

„Mehr Diabetes Selbstmanagement Typ 2“: Ein neues Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit nicht-insulinpflichtigem Typ-2-Diabetes

Bernhard Kulzer & Norbert Hermanns

Diabetes Zentrum Mergentheim, Bad Mergentheim

Kurzfassung

Obwohl die Patientenschulung mittlerweile eine anerkannte Therapiemaßnahme darstellt, sind Menschen mit nicht-insulinpflichtigem Typ-2-Diabetes noch zu selten geschult. Die bisher angewendeten Schulungsmaßnahmen fokussieren zudem weitgehend auf die Vermittlung von Wissen über den Diabetes und die richtige Form der Behandlung sowie deren praktische Umsetzung. Daher entsprechen sie nicht den Standards einer modernen Patientenschulung. Diese verfolgt auf der theoretischen Basis des Selbstmanagement- bzw. Empowermentansatzes das Ziel, Menschen mit Diabetes zu befähigen, selbständig und eigenverantwortlich ihre Erkrankung zu behandeln. Es wird ein neues, modernes Schulungs- und Behandlungsprogramm „Mehr Diabetes Selbstmanagement für Typ 2 (MEDIAS-2)“ vorgestellt, das im Rahmen einer kontrollierten, prospektiven randomisierten Studie im Auftrag des Bundesforschungsministeriums entwickelt wurde und diese Anforderung erfüllt. Wesentliche verhaltensmedizinische Randbedingungen der Erkrankung wurden bei der Programmentwicklung berücksichtigt. MEDIAS 2 erweist sich als ein effektives und effizientes Schulungs- und Behandlungsprogramm.

Schlüsselwörter

Diabetes
Selbstmanagement
Patientenschulung
Didaktik
Evaluation

Einleitung

Der Typ-2-Diabetes ist eine chronisch progrediente Erkrankung, die besonders dann, wenn sie im mittleren Lebensalter (≤ 65 Jahre) auftritt und inadäquat behandelt wird, zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität sowie zu erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität führt. Die Behandlung muß daher auf eine optimale Diabeseinstellung ausgerichtet sein, um gleichermaßen sowohl die hyperglykämiebedingten und neuropathischen als auch die arteriosklerotischen Folgeschäden zu verhüten (Deutsche Diabetes Gesellschaft, 2000). Besonders die

Ergebnisse der multizentrischen, randomisierten und prospektiven Therapievergleichsstudie UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study Group, 1998) weisen deutlich darauf hin, dass mit einer frühzeitigen, intensiven Therapie, welche das Ziel einer strikten Blutzucker- und Blutdruckkontrolle verfolgt, das Risiko für das Entstehen diabetischer Folgekomplikationen reduziert werden kann.

Dies ist nur erreichbar, wenn Patienten mit Typ-2-Diabetes Eigenverantwortung für den Erhalt ihrer Gesundheit übernehmen. Die Patientenschulung wird daher in der Diabetologie bereits seit 1930 als ein wesentlicher und integra-

ler Bestandteil der Diabetestherapie angesehen (Asall et al., 1985; Bartlett, 1986). Mittlerweile existiert eine große Fülle an empirischen Ergebnissen und Literatur zur Effektivität der Diabetes-schulung, darunter mehrere Metaanalysen (Brown, 1990; Padgett et al., 1988; Norris et al., 2001).

Defizite der Patientenschulung

Eine kritische Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Typ-2-Diabetikern im mittleren Lebensalter in Deutschland zeigt jedoch, dass der Großteil der Patienten bisher überhaupt noch nicht, zu spät bzw. unzureichend geschult ist (Deutsche Diabetes Gesellschaft, 2000). Zu diesem Ergebnis kamen wir auch in unserer MEDIAS-2 Studie. Nach durchschnittlich 6,6 Jahren Krankheitsdauer waren nur 21% der Typ-2-Diabetiker geschult worden.

Auch der *theoretische Hintergrund* sowie die *Schulungsdidaktik* der bisher eingesetzten Schulungsprogramme ist eher als defizitär zu bezeichnen. In einem Übersichtsartikel von Clements (1995), der im Auftrag des amerikanischen „National Diabetes Advisory Board“ die Wirksamkeit von verschiedenen Schulungsansätzen beurteilte, kam dieser zu dem eindeutigen Schluss, dass das Ziel der Diabetes-schulung nicht darin bestehen könne, dem Patienten Empfehlungen zu geben, wie er bestmöglichst mit seiner Krankheit umgehen sollte. Dieser traditionelle Ansatz, welcher auch als „Compliance-Modell“ bezeichnet wird, greift angesichts der Komplexität der Therapie und den vielfachen Barrieren und Hindernissen bei der Therapiedurchführung im Alltag zu kurz. Zu lange hat man darauf vertraut, dass sich durch eine *Wissensvermittlung* die notwendigen Verhaltensveränderungen automatisch einstellen würden. Hierfür gibt es jedoch in der Literatur keine Evidenz, da sich durchweg *geringe* oder sogar *negative Korrelationen* zwischen dem Wissensstand über die Diabeteserkrankung und der Reduktion biologischer Risikofaktoren (hierzu gehören u.a. Blutdruckwerte und die glykämische Kontrolle) fanden (Fernando et al., 1993; Nagasawa et al., 1990; Norris et al., 2001). Dagegen konnte gezeigt werden, dass Prozessvariablen wie Selbstwirksamkeit, Problemlösestrategien und Bewältigungsstrategien eine viel größere Bedeutung für den Schulungserfolg aufweisen (Clement, 1995; Glasgow & Anderson, 1999; Glasgow & Osteen, 1992).

Moderne Schulungs- und Behandlungskonzepte sollten sich daher dem *Selbstmanagement- und Empowermentansatz* verpflichtet sehen. Dieser strebt an, die Ziele des Patienten bezüglich seines eigenen Lebens und des Umgangs mit dem Diabetes ernst zu nehmen und ihn zu befähigen, möglichst eigenständig mit den krankheitsspezifischen Anforderungen und Problemen zurecht zu kommen (Anderson, 1995; Funell et al., 1991). Hierbei handelt es sich somit um einen prozessorientierten Ansatz. Um die Bedeutung dieser anderen Schulungsphilosophie herauszustreichen, wurden in Amerika bereits 1994 die Standards zur Diabetesschulung in diesem Sinne geändert, dass nur noch Programme anerkannt werden, die diesen „Selbstmanagementansatz“ umsetzen und das Wort Schulung konsequenterweise mit „Selbstmanagement“ („National standards for diabetes self-management education programs“) gleichsetzen (Task Force to Revise the National Standards, 1995). Mittlerweile wird die Etablierung von *Selbstmanagementfähigkeiten* oder *Empowerment* in allen modernen Leitlinien oder Konsensempfehlungen als zentrale Behandlungsphilosophie und Ziel der Diabetestherapie beschrieben (American Diabetes Association, 2000; Kulzer, 2001). So wird beispielsweise in dem europäischen Desktop-Leitfaden zu Typ-2-Diabetes (European Diabetes Policy Group, 2000) formuliert, dass „das oberste Ziel der Diabetesbetreuung darin besteht, Menschen mit Diabetes in die Lage zu versetzen, ein normales und erfülltes Leben zu führen“ und dass hierbei „die primäre Ressource für die Diabetesbehandlung der Patient selbst sei“. Dabei liege es in der Verantwortung des Diabetesteam, „zu gewährleisten, dass die Person mit Diabetes ein Leben nach eigenen informierten Entscheidungen führen kann. Dies wird durch die drei Elemente des Empowerments erreicht: Wissen, Verhaltensänderung und Selbstverantwortlichkeit“. Auch in den Qualitätsrichtlinien für die Schulung von Typ-2-Diabetikern im mittleren Lebensalter wird gefordert: „Strukturierte Therapie- und Schulungsprogramme sollen auf der Basis eines ganzheitlichen Menschenbildes Patienten motivieren, auf dem Hintergrund ihrer individuellen Lebenssituation persönliche Behandlungsziele zu formulieren und deren Umsetzung anzustreben (Empowerment)“ (Deutsche Diabetes Gesellschaft, 2000). Die Evidenz für diese Empfehlung ist durch eine Metaanalyse von Norris und Mitarbeitern (2001) zur Effektivität von Selbstmanagement-

orientierten Schulungsprogrammen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes belegt. In dieser Metaanalyse wurden nur kontrollierte, randomisierte Studien eingeschlossen.

Kritisch ist zudem anzumerken, dass sich bisherige Schulungsprogramme gleichermaßen an alle Typ-2-Diabetiker richteten, obwohl sich diese ganz entscheidend bezüglich des Alters, vor allem aber auch der Prognose des Typ-2-Diabetes unterscheiden. So reicht die Altersspanne von Menschen mit Typ-2-Diabetes von jungen (MODY) bis hin zu hochbetagten Menschen, so dass es sich schon alleine aus *lernpsychologischen Gesichtspunkten* anbietet, differenzierte Schulungsprogramme anzubieten. Noch gravierender ist jedoch der Umstand zu bewerten, dass die in den Schulungsprogrammen vermittelten Inhalte sich nach der *Prognose des Diabetes* orientieren müssen. Während bei Typ-2-Diabetikern, die im mittleren Lebensalter (< 65 Jahre) erkranken, die Therapieziele wie bei Typ-1-Diabetikern auf eine optimale Diabeteseinstellung ausgerichtet sein sollten, sind diese Therapieziele bei Menschen, die erst im höheren Lebensalter an Typ-2-Diabetes erkranken, nicht mehr so streng zu formulieren (Deutsche Diabetes Gesellschaft, 2000; Kulzer, 1999b). Hier ist aufgrund der geringeren verbleibenden Lebensspanne das Risiko, für diabetesbedingte Folgeerkrankungen, deutlich geringer (Dreyer, 1998). Während somit ein Schulungsprogramm, welches auf die Modifikation therapierelevanter Verhaltensweisen (z.B. Ernährung, Übergewicht, Bewegung) zielt, für Patienten, mit einer Diabetesmanifestation im mittleren Lebensalter sehr sinnvoll ist, gilt dies umso weniger bzw. ist geradezu kontraindiziert, je älter ein Patient bei der Diabetesmanifestation ist. Auch dies findet sich in der Stellungnahme der Deutschen Diabetes Gesellschaft (Deutsche Diabetes Gesellschaft, 2000) wieder, in der gefordert wird, dass die „Schulungsmethoden, das Curriculum und die Schulungsmaterialien in angemessener Weise auf die Zielgruppe von Menschen im mittleren Lebensalter und deren Krankheitserleben, Bedürfnisse und Lebenssituation zugeschnitten sein müssen“.

Ebenfalls sehr problematisch ist die *zeitliche Dauer* bisheriger Schulungsprogramme für Menschen mit Typ-2-Diabetes. Obwohl die Schulungsinhalte bei dieser Patientengruppe auf die Veränderung von Lebensgewohnheiten abzielen, wird in Deutschland die ambulante Schulung zumeist in 4 Doppelstunden absolviert (Berger et

al., 1987; Grüsser et al., 1993). Ein Einbezug des Patienten in die Schulung - eine Grundvoraussetzung des Selbstmanagement-/Empowermentansatzes - ist somit angesichts der Fülle des Stoffes fast ausgeschlossen (Kulzer, 1999a).

Bisher existiert kein Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, welches diese Anforderungen erfüllt. Bei der Entwicklung des Schulungsprogrammes MEDIAS 2 haben wir daher darauf geachtet, auf der Basis des Selbstmanagementansatzes auch wesentliche verhaltensmedizinische Randbedingungen des Typ-2-Diabetes zu berücksichtigen.

Verhaltensmedizinische Randbedingungen der Selbstbehandlung bei Menschen mit Typ-2-Diabetes

Es existieren eine Reihe von psychologischen Barrieren, die ein adäquates Krankheitserleben und aktives Krankheitsverhalten der Patienten erschweren. In einem Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes im mittleren Lebensalter sollten diese Randbedingungen der Erkrankung daher Berücksichtigung finden.

Mangelndes Krankheitserleben: Aufgrund des zunächst symptomarmen Verlaufs der Diabeteserkrankung wird das Auftreten eines Typ-2-Diabetes als wenig dramatisch erlebt (Kulzer, 1990). Die Diagnosestellung erfolgt meist im Rahmen einer Routineuntersuchung. In der Regel fehlen unmittelbare Beschwerden, äußerlich erkennbare Krankheitssymptome oder eindeutig dem Diabetes zuordnbare interozeptive Hinweisreize über den Schweregrad der Erkrankung. Auch Schmerzen, welche laientheoretisch als typische Krankheitsanzeichen und Hinweisreize („cues to action“) für krankheitsspezifische Maßnahmen gedeutet werden, sind bei der Manifestation und ersten Krankheitsphase normalerweise nicht anzutreffen. Zudem wird der Typ-2-Diabetes von dem überwiegenden Teil der Bevölkerung eher als ein altersnormiertes Ereignis und weniger als eine schwere Erkrankung angesehen (Hermanns & Kulzer, 1995, Kulzer, 1994).

Risikowahrnehmung: Aufgrund des mangelnden Krankheitserlebens und Problembewusstseins um den langfristigen Bedrohungscharakter der Erkrankung, unterschätzen viele Patienten das mit dem Typ-2-Diabetes verbundene Risiko. Dazu trägt sicher die

Tatsache bei, dass das Risiko von Folgeerkrankungen nicht spürbar, sondern nur über eine kognitive Repräsentation erfahrbar ist. Ein geringer Grad der Bedrohung durch eine Erkrankung wie auch eine geringe wahrgenommene Vulnerabilität stellen nach dem sozial-kognitiven Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens von Schwarzer (1992, 1996) jedoch hemmende Faktoren für eine effektive Selbstbehandlung dar.

Langjährige Verhaltensweisen: Eine weitere Schwierigkeit der Diabetesbehandlung besteht in der Tatsache, dass die Veränderung von grundlegenden Lebensgewohnheiten (z.B. Ernährungs- und Bewegungsverhalten) zu den zentralen Therapiemaßnahmen gehört (Kulzer, 1992). Da sich Menschen mit Typ-2-Diabetes in der Regel bereits in ihrer zweiten Lebenshälfte befinden, sind die therapeutisch zu verändernden Verhaltensweisen jedoch durch jahrzehntelang eingeübte Gewohnheiten geprägt und unterliegen als Alltagshandlungen aufgrund des Gewohnheitscharakters oft keiner bewussten kognitiven Kontrolle (Hermanns & Kulzer, 1993). Eine dauerhafte Modifikation desselben wird von den meisten Menschen mit einer Diabeteserkrankung als eher schwierig eingestuft, da mit diesen Therapieanforderungen häufig „Verzicht“ und eine Einbuße der Lebensqualität verbunden wird.

Mangelnde Handlungsergebniserwartung: Vielfach haben Menschen mit Typ-2-Diabetes bereits die Erfahrung gemacht, dass die Veränderung des Gewichts, des Ess- oder Bewegungsverhaltens schwierig ist, da die Umsetzung dieser Therapiemaßnahme eine sehr komplexe Verhaltensmodifikation erforderlich macht und Rückfälle in alte Verhaltensmuster sehr häufig vorkommen. Zudem garantiert die Umsetzung dieser Therapiemaßnahmen nicht automatisch einen Behandlungserfolg, da eine Reduktion des Übergewichtes nicht unbedingt mit einer Verbesserung der Blutzucker-, -fett oder -druckwerte einhergehen muß bzw. Folgeerkrankungen dadurch nicht sicher zu vermeiden sind. Erkennen Personen jedoch nicht die Kontingenz zwischen ihren Handlungen und dem nachfolgenden Ergebnis, so stellt dies eine wesentliche Barriere bezüglich der Veränderungsmotivation für ein aktives Gesundheitsverhalten dar (Knäuper & Schwarzer, 2000).

Komplexität der Therapieanforderungen: Aufgrund des mit dem Typ-2-Diabetes ansonsten metabolischen Syndroms erfordert eine effektive Behandlung des Typ-2-Diabetes gleichermaßen die Kontrolle der Hyperglykämie, des Hypertonus wie auch der Hyperlipidämie. Hierzu gibt es eine Reihe von verschiedenen Ernährungsempfehlungen, verschiedene Formen der Selbstkontrolle, der Medikation und die Empfehlung, sehr häufige Untersuchungstermine zur Kontrolle der Risikoparameter und zur Bestimmung des Status der Folgeerkrankungen wahrzunehmen. Zudem sollte eine Modifikation zahlreicher Lebensgewohnheiten erfolgen, die von einer Gewichtsreduktion bis hin zu einem veränderten Fußpflegeverhalten reichen. Gelingt es nicht, die komplexen Therapieanweisungen auf einfache, schrittweise zu steigernde Anforderungen zu reduzieren, so kann der Grad der Komplexität der Therapieanforderungen (Rotter et al., 1998) zu einer weiteren Behandlungsbarriere werden.

Arztzentrierte Behandlungserwartung: Die Therapie des Typ-2-Diabetes erfordert ein aktives Krankheitsverhalten sowie die Fähigkeit, aufgrund eigener Handlungskompetenzen („Selbstwirksamkeit“) die Erkrankung selbst zu behandeln. Dies ist auch dadurch begründet, dass die wesentlichen Therapiemaßnahmen Alltagshandlungen darstellen, so dass die Etablierung von Selbstmanagementfähigkeiten eine unverzichtbare Notwendigkeit jeder erfolgreichen Diabetesbehandlung ist. Dem steht jedoch eine häufig sehr passive, arztzentrierte Behandlungserwartung der Patienten gegenüber, dem nicht selten die wesentliche Verantwortung für die Diabetestherapie (Medikation, Durchführung der Kontrolluntersuchungen etc.) zugeschrieben wird (Kulzer, 1992).

Selbstkontrolldilemma: Auch motivationspsychologisch sind Patienten mit Typ-2-Diabetes in einer schwierigen Situation. Der Anreizwert, sich um eine gute Diabetestherapie zu bemühen ist sehr abstrakt, da die positiven Folgen einer erfolgreichen Selbstbehandlung in Bezug auf die Vermeidung von Komplikationen nicht unmittelbar erfahrbar sind und in einer unbestimmten Zukunft liegen. Die Verringerung eines bestimmten Risikos ist jedoch eine primär negative Motivation und stellt eine sehr vage Größe dar, die langfristiges, antizipatorisches Denken sowie eine realistische Risikoeinschätzung erfordert (Bott, 2000). Bezogen

auf die Entwicklung der Erkrankung besteht die maximale positive Auswirkung darin, dass sich das bisherige Erkrankungsbild nicht weiter verschlechtert. Demgegenüber sind die Belastungen und Einschränkungen aufgrund der Therapiemaßnahmen unmittelbar und im eigenen Lebensalltag erfahrbar.

Grundprinzipien von MEDIAS -2

Im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie (BMFT) wurde ein neues verhaltensmedizinisches Behandlungs- und Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes entwickelt und evaluiert (MEDIAS 2 = **Mehr Diabetes Selbstmanagement Typ 2**). Bei MEDIAS 2 handelt es sich um ein 12-stündiges (à 90 Minuten) verhaltensmedizinisches Gruppenprogramm für nichtinsulinpflichtige Typ-2-Diabetiker im mittleren Lebensalter (40 bis 65 Jahre), das ambulant durchgeführt wird (Bergis et al., 1995, Bergis et al., 1996).

Ziel der Schulung

MEDIAS 2 möchte Menschen mit einem Typ-2-Diabetes motivieren, neue Verhaltensweisen in der Behandlung des Diabetes im Alltag zu erproben und einen langfristigen Plan zu entwickeln, wie sie künftig mit ihrem Diabetes umgehen. Mit MEDIAS 2 ist daher auch eine andere Schulungsphilosophie verbunden. Im Gegensatz zu traditionellen Schulungsprogrammen wird der Patient von Anfang an sehr aktiv in die Schulung miteinbezogen. Die Vermittlung von Wissen erfolgt im Dialog mit den Teilnehmern, die angeregt werden, selbst über ihre bisherigen Einstellungen und Lebensgewohnheiten nachzudenken, ihr momentanes Verhalten genauer unter die Lupe zu nehmen, Verhaltensalternativen zu prüfen und auf der Basis eigener Erfahrungen zu entscheiden, wie sie in Zukunft ihren Diabetes behandeln möchten. Das Ziel des Schulungsprogramms ist daher der entscheidungsfähige Patient, der sich eigenverantwortlich und aktiv um seinen Diabetes kümmert.

Für den Patienten übersetzen wir den Terminus „Selbstmanagement“ mit „den Diabetes selbst steuern“ oder „eigenständig im Alltag mit dem Diabetes gut zurecht kommen“. Schon bei der Vorstellung der Inhalte des Schulungsprogrammes wird dem Patienten vermittelt, dass ihm eine aktive Rolle zukommt und er im Kurs eine Unter-

stützung bei der Umsetzung der Therapiemaßnahmen im Alltag erfährt.

Didaktik

Bei der Gestaltung des Schulungsprogramms haben wir sehr viel Wert darauf gelegt, die lernpsychologischen Voraussetzungen unserer Zielgruppe - Menschen im mittleren Lebensalter - zu berücksichtigen. Die Materialien (Folien, Patientenhandbuch, Arbeitsblätter, Selbstkontrollheft, Kalorienbausteintabelle, Ernährungsspiel) wurden ansprechend und übersichtlich gestaltet und bilden mit sehr vielen Fotos das Leben von Menschen im mittleren Lebensalter in *Alltagsituationen* ab. Diese reichen vom Einkauf im Supermarkt bis hin zu Festen und Feiern.

Ebenfalls haben wir uns bemüht, komplizierte Sachverhalte möglichst einfach und verständlich auszudrücken. Das notwendige Krankheits- und Behandlungswissen soll den Teilnehmern mittels einfacher *plausibler Erklärungsmodelle* in einer alltagsnahen Sprache vermittelt werden. Hierbei zielt die Wissensvermittlung stets darauf ab, handlungsleitendes Wissen möglichst praxisnah so zu vermitteln, dass Patienten hinsichtlich ihrer eigenen Selbstbehandlung und den bestehenden verschiedenen Therapieoptionen *entscheidungsfähig* werden. Hierbei verwenden wir häufig bildliche Darstellungen, da diese komplizierte Sachverhalte besser verdeutlichen können und einen höheren Erinnerungswert aufweisen (Weidenmann, 1986).

Da Lernen im mittleren Lebensalter leichter fällt, wenn *neue Informationen mit bisher bereits gespeicherten Informationen verknüpft* werden (Edelmann, 1996; Hermanns & Kulzer, 1993) wurde bei jedem Schulungsthema sehr auf die Anschlussfähigkeit und Kompatibilität der neuen Informationen mit dem bisherigen Denkschemata des Patienten geachtet. So wird beispielsweise der Patient in jeder Schulungseinheit vor der Planung einer konkreten Veränderung aufgefordert, seinen bisherigen Umgang mit der Therapieanforderung zu reflektieren.

Die verschiedenen Schulungseinheiten sind klar *gegliedert*. Eine kurze Übersicht über die Inhalte der Schulungseinheit zu Beginn wie auch eine Zusammenfassung am Ende der Stunde verdeutlicht die Struktur der einzelnen Einheiten. Damit auch jederzeit nach dem Kurs die Möglichkeit besteht, die wichtigsten Behandlungsmaßnahmen des Diabetes nachzulesen oder die Schulung aufzufrischen, erhält jeder

Schulungsteilnehmer zudem ein *Schulungsbuch*, in dem die wesentlichen Inhalte in einer einfachen Sprache nachzulesen sind.

Um die Lernvorgänge zu optimieren, fanden auch die Erkenntnisse der Lernpsychologie Berücksichtigung (Hermanns & Kulzer, 1993), wonach mehrfache *Wiederholung der Schulungsinhalte* gerade bei Menschen im mittleren Lebensalter eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiches Lernen darstellt. Die Erarbeitung der Inhalte der Stunden erfolgt interaktiv, so dass von einem aktiven Lernvorgang ausgegangen werden kann. Auch wurden die Erkenntnisse von Bandura (1997) integriert, wonach der Einbezug mehrerer Lernebenen (direkte Erfahrung, Modelllernen auf Grund stellvertretender Erfahrungen, symbolische Erfahrungen und Körperrückmeldungen) für die Veränderung von Selbstwirksamkeitserwartungen sinnvoll ist.

Zur Unterstützung eines *aktiven Lernens* gibt es für jede Schulungseinheit bzw. als Aufgabe zwischen den jeweiligen Schulungseinheiten einfache Übungen. So können sich Patienten beispielsweise selbst einen Eindruck über ihr persönliches Risikoprofil für diabetesbedingte Folgeerkrankungen, die Gefährdung ihrer Füße, ihr Essverhalten im Alltag oder ihr persönliches Bewegungsverhalten verschaffen.

Ein *Curriculum* für die Anwender der Schulung mit den didaktischen Zielen, der Methodik und dem praktischen Vorgehen von MEDIAS 2 erleichtert dem Behandler die Umsetzung dieses neuen Schulungskonzeptes.

Inhalte von MEDIAS 2

Die Schulungsinhalte entsprechen den Anforderungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (2000). Von den Grundlagen des Diabetes bis hin zu sozialrechtlichen Aspekten werden alle Themen behandelt (siehe Abb. 1).

Kursinhalte von MEDIAS 2

Schaffung von Krankheitserleben,
Aufbau von Behandlungsmotivation

Die Etablierung eines adäquaten Krankheits- und Problembewusstseins stellt eine wesentliche motivationale Bedingung für einen aktiven Umgang der Betroffenen mit den Anforderungen ihrer Diabeteserkrankung dar. Ein wichtiger Bestandteil dieses Schulungsprogramms besteht daher darin, einen Rahmen für die individuelle *emotionale* und *kognitive* Auseinanderset-

zung mit der Diabeteserkrankung anzubieten. Hierbei werden die Teilnehmer angeregt, über ihre bisherigen Erfahrungen mit der Diabeteserkrankung und den diabetesbedingten Folgeerkrankungen zu reflektieren und eine realistische Einstellung zum diesbezüglichen Risiko zu entwickeln (Bedrohungswahrnehmung, Ergebnis- und Kompetenzerwartung). Darüber hinaus wird der Patient aufgefordert, sich über die Vor- und Nachteile einer Behandlungsoption Gedanken zu machen und das Für und Wider alternativer Behandlungsmöglichkeiten abzuwägen.

Selbstbeobachtung

Die oft seit Jahrzehnten bestehenden Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten sowie der eigene Umgang mit diabetesbedingten Anforderungen weisen häufig einen hohen Grad an Automatisierung auf, so dass problematisches Selbstbehandlungsverhalten häufig den Patienten selbst gar nicht bewusst ist. Durch die Anleitung zu einer *strukturierten Selbstbeobachtung* und einer *Selbstbewertung* betrachten die Kursteilnehmer systematisch ihr eigenes Verhalten und mögliche Barrieren, die einer Verhaltensänderung entgegenstehen. Eine solche Selbstbeobachtung umfasst aber nicht nur die Analyse von Defiziten im bisherigen Umgang mit den diabetesbedingten Anforderungen („einseitige Defizitorientierung“) sondern erstreckt sich auch auf Stärken und gelungene Aspekte der bisherigen Diabetesselbstbehandlung („Ressourcenorientierung“).

Zielformulierung

Unter Berücksichtigung ihres Lebensalltags werden die Patienten angeregt, persönliche *Ziele* zum künftigen Umgang mit den verschiedenen Therapieanforderungen zu formulieren. Diese werden nicht vorgegeben, sondern individuell erarbeitet, was die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung erhöht. Am Ende des Kurses - nach der Formulierung von Zwischenzielen, deren Umsetzung und Bewertung - sollen die Patienten zusammenfassend ihren Plan formulieren und schriftlich fixieren, wie sie zukünftig in ihrem Alltag mit dem Diabetes umgehen möchten.

Umsetzung im Alltag

MEDIAS 2 soll einen Rahmen bieten, neue und für die Diabeteserkrankung günstigere Verhaltensweisen im Alltag