



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Ökotrophologie

**Erhebung zum Screeningverhalten deutscher
diabetologischer Facheinrichtungen zur Detektion von möglichen
Essstörungen bei diabetologischen Patienten**

Bachelorarbeit

Vorgelegt von:
Farina Zander

Erstgutachterin: Prof. Dr. Silya Ottens
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Christine Behr-Völtzer

Abgabe:
Berlin, 6. Oktober 2014

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
TABELLENVERZEICHNIS	V
1 Einleitung.....	1
2 Diabetes mellitus und Essstörungen	3
2.1 Relevanz des Diabetes mellitus	3
2.1.1 Epidemiologie des Diabetes mellitus	3
2.1.2 Gesundheitsökonomische Aspekte des Diabetes mellitus	4
2.2 Diabetes mellitus und Folgeerkrankungen	6
2.2.1 Diabetes mellitus und psychosoziale Belastungen	7
2.3 Die Syntropie von Diabetes mellitus und Essstörungen	8
2.3.1 Ätiologie der Essstörung bei Diabetes mellitus	9
2.3.2 Epidemiologie von Essstörungen bei Diabetes mellitus	11
2.3.3 Risikoprofil für Essstörungen bei Diabetes mellitus	13
2.3.4 Folgen von Essstörungen bei Diabetes mellitus	13
2.3.5 Detektion von Essstörungen bei diabetischen Patienten	15
2.3.6 Therapie von Essstörungen bei Diabetes mellitus	16
2.3.7 Prävention von Essstörungen bei Diabetes mellitus	17
2.4 Die Rolle von Schulungen bei der Diabetesbehandlung.....	17
2.5 Veröffentlichungen der Deutsche Diabetes Gesellschaft zum Thema Essstörungen.....	19
3 Erhebung zum Screeningverhalten diabetologischer Facheinrichtungen.....	23
3.1 Methodisches Vorgehen	23
3.1.1 Forschungsziel	23
3.1.2 Forschungsdesign	23
3.1.3 Ermittlung der Zielpopulation	24
3.1.4 Stichprobenermittlung	24

3.1.5	Konstruktion des Erhebungsinstruments	25
3.1.6	Der Fragebogen	28
3.2	Ergebnisse der Umfrage	50
3.3	Auswertung	65
3.3.1	Rücklaufquote und Komplikationen	65
3.3.2	Beantwortungszeit	66
3.3.3	Analyse der Fragen	67
3.4	Diskussion	71
3.5	Fazit	73
	ZUSAMMENFASSUNG	74
	ABSTRACT	75
	LITERATURVERZEICHNIS	76
	ANHANG	i
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	lvi

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AN	Anorexia nervosa
BED	Binge-Eating-Disorder (eng. für Binge-Eating-Störung)
BGS	Blutglucosespiegel
BN	Bulimia nervosa
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
Diab-Ess	„Fragebogen zu gestörtem Essverhalten bei Diabetikerinnen“
DEPS	Diabetes Eating Problem Survey
DMP	Disease-Management-Programm
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V
EDNOS	Eating Disorder Not Otherwise Specified (eng. für nicht näher bezeichnete Essstörungen)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (eng. für Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
KoDiM	„Kosten des Diabetes mellitus“ – Studie
NCD	Noncommunicable Diseases (eng. für nicht übertragbare Krankheiten)
NVL	Nationale Versorgungs-Leitlinie
RKI	Robert-Koch-Institut
WHO	World Health Organisation (eng. für Weltgesundheitsorganisation)

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Skizze: Diabetologische Folgeerkrankungen.....	6
Abbildung 2 Zusammenhang von Behandlung des Diabetes mellitus und der Essstörungspathologie	10
Abbildung 3 Adressen-Tool der DDG-Website.....	24
Abbildung 4 Benutzeransicht des Fragebogens.....	28
Abbildung 5 schematische Darstellung des Fragebogen	34

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Prävalenzen von Diabetes mellitus und Essstörungen	11
Tabelle 2 Frage 1	36
Tabelle 3 Frage 2	37
Tabelle 4 Frage 3	38
Tabelle 5 Frage 4	38
Tabelle 6 Frage 5	39
Tabelle 7 Frage 6	40
Tabelle 8 Frage 7	40
Tabelle 9 Frage 8	41
Tabelle 10 Frage 9	41
Tabelle 11 Frage 10	42
Tabelle 12 Frage 11	43
Tabelle 13 Frage 12	43
Tabelle 14 Frage 13	44
Tabelle 15 Frage 14	44
Tabelle 16 Frage 15	44
Tabelle 17 Frage 16	44
Tabelle 18 Frage 17	45
Tabelle 19 Frage 18	45
Tabelle 20 Frage 19	46
Tabelle 21 Frage 20	46
Tabelle 22 Frage 21	47
Tabelle 23 Frage 22	47
Tabelle 24 Frage 23	47
Tabelle 25 Frage 25	48
Tabelle 26 Frage 26	49
Tabelle 27 Ergebnis Frage 1	51
Tabelle 28 Ergebnis Frage 2	51
Tabelle 29 Ergebnis Frage 3	52
Tabelle 30 Ergebnis Frage 4	52
Tabelle 31 Ergebnis Frage 5	53
Tabelle 32 Ergebnis Frage 6	54

Tabelle 33 Ergebnis Frage 7	54
Tabelle 34 Ergebnis Frage 8	55
Tabelle 35 Ergebnis Frage 9	56
Tabelle 36 Ergebnis Frage 10	57
Tabelle 37 Ergebnis Frage 11	57
Tabelle 38 Ergebnis Frage 12	58
Tabelle 39 Ergebnis Frage 13	58
Tabelle 40 Ergebnis Frage 14	59
Tabelle 41 Ergebnis Frage 15	59
Tabelle 42 Ergebnis Frage 16	60
Tabelle 43 Ergebnis Frage 17	60
Tabelle 44 Ergebnis Frage 18	61
Tabelle 45 Ergebnis Frage 19	61
Tabelle 46 Ergebnis Frage 20	61
Tabelle 47 Ergebnis Frage 21	62
Tabelle 48 Ergebnis Frage 22	62
Tabelle 49 Ergebnis Frage 23	63
Tabelle 50 Ergebnis Frage 24	63
Tabelle 51 Ergebnis Frage 25	64
Tabelle 52 Ergebnis Frage 26	65
Anhang	
Tabelle 53 Punktprävalenz von Diabetes mellitus und Essstörungen - Typ-I- Diabetes beziehungsweise insulinpflichtiger Diabetes	ii
Tabelle 54 Punktprävalenz von Diabetes mellitus und Essstörungen - Typ-II- Diabetes beziehungsweise nicht-insulinpflichtiger Diabetes.....	iv
Tabelle 55 Punktprävalenz von Diabetes mellitus und Essstörungen - Typ-I- Diabetes und Typ-II-Diabetes	v
Tabelle 56 Vergleich – Prävalenz von Essstören ohne Diabetes	vi

1 Einleitung

Der Diabetes mellitus ist auf dem Vormarsch. Als Wohlstandserkrankung hat er unsere moderne Gesellschaft fest im Griff. Die aktuellen Prävalenzzahlen des Diabetes mellitus für Deutschland, aber auch weltweit, sind hoch und steigen stetig weiter. Wir waren Zuschauer einer alarmierenden Entwicklung und nun ist es schlichtweg nicht möglich, sie zu ignorieren. Und so verwundert es nicht, dass nicht nur der betroffene Mensch und sein Umfeld, sondern auch das Gesundheitssystem erhebliche Mühen aufbringen muss, um mit dieser chronischen Stoffwechselkrankheit fertig zu werden.

Dabei ergeben sich die grundsätzlichen Kosten nicht nur aus der medikamentösen Therapie des Diabetes. Es sind gerade die Folge- und Begleiterkrankungen, die die Erkrankung so gefährlich und die lebenslange Versorgung eines Diabetikers teuer werden lassen.

Neben somatischen Folgeerkrankungen kann auch eine Vielzahl an psychischen Problemen auftreten, die die Therapieschwierigkeiten des Diabetes mellitus zusätzlich schüren. Neben Depressionen und Angstzuständen sind es auch Essstörungen, die als psychologische Begleitkomplikation des Diabetes mellitus auftreten können. Das Zusammenspiel von Essstörungen und Diabetes mellitus kann erhebliche Therapieschwierigkeiten mit sich bringen, da die Essstörung dort entstehen kann, wo die Diabetestherapie ansetzt.

Einer der Grundpfeiler der Diabetestherapie ist die Auseinandersetzung mit der Art und Weise der täglichen Nahrungsaufnahme sowie mit dem eigenen Gewicht. Doch ist bekannt, dass ein intensives Fokussieren dieser beiden Sachverhalte in eine Essstörung münden kann.

Die tatsächliche Prävalenz der Syntropie von Diabetes mellitus und Essstörungen ist nach der aktuellen Forschungslage eher gering. Doch ungeachtet dessen können die Konsequenzen der Essstörungen bei Diabetikern so verehrend sein, dass jedem einzelnen Fall größtmögliche Beachtung geschenkt werden sollte. Eine frühzeitige Entdeckung ist hier substanziell.

Ziel dieser Arbeit ist in diesem Zusammenhang herauszufinden, ob sich von der Deutschen Diabetes Gesellschaft zertifizierte diabetologische Facheinrichtungen um eine Detektion der Essstörungen bei Ihren Patienten bemühen.

Der Fokus dieser Arbeit wird dabei auf den psychologischen Aspekt bei der Entstehung einer Essstörung bei Diabetikern gelegt. Es werden keine Zusammenhänge zu familiär bedingten Entstehungen einer Essstörung dargestellt. Diese Einschränkungen sind in Anbetracht des gewählten Themas „Diabetes und Essstörungen“ notwendig gewesen.

Im nachfolgenden Kapitel soll somit zuvorderst auf die Relevanz des Themas Diabetes mellitus anhand von Prävalenzentwicklungen und den Folgen der Erkrankung eingegangen

werden. Bezugnehmend auf die möglichen Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus werden die Zusammenhänge von Diabetes und Essstörungen beleuchtet, um im Anschluss die Erhebung vorzustellen, die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wurde.

2 Diabetes mellitus und Essstörungen

In diesem Kapitel wird zu Beginn die Relevanz des Themas „Diabetes mellitus und Essstörungen“ erläutert. Darüber hinaus werden die Publikationen der diabetologischen Fachwelt beleuchtet, die sich mit dieser Syntropie auseinander gesetzt haben. Es wird zudem vertieft, welche Informationen zu der Thematik „Diabetes und Essstörungen“ die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) an die von ihr zertifizierten Facheinrichtungen weitergibt. So werden schlussendlich die Grundvoraussetzungen dargestellt, mit denen die DDG zertifizierten Facheinrichtungen zu dem Thema Diabetes und Essstörungen offiziell ausgestattet sind.

2.1 Relevanz des Diabetes mellitus

2.1.1 Epidemiologie des Diabetes mellitus

Der Diabetes mellitus gilt als weltweite Epidemie (World Health Organization, 2013; International Diabetes Federation, 2013). Laut der Weltgesundheitsorganisation WHO zählt die Stoffwechselerkrankung zu den großen Vier der *noncommunicable diseases (NCD, eng: nicht übertragbare Krankheiten)*. Zu ihnen zählen neben dem Diabetes kardio-vaskuläre Erkrankungen, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen. Zusammen sind die NCD's die Ursache für rund zwei Drittel aller weltweiten Todesfälle (World Health Organization, 2013). Im Jahr 2010 starben weltweit circa 34,5 Millionen Menschen an den nicht übertragbaren Krankheiten, wobei der Diabetes mellitus hier rund 1,3 Millionen Todesopfer forderte. In Deutschland werden im selben Jahr von insgesamt rund 800.000 Todesfällen 21.000 dem Diabetes mellitus zugeschrieben (Institute of Health Metrics and Evaluation - IHME, 2014). Grundsätzlich zeichnet sich hier weltweit ein stetiger Aufwärtstrend ab, sodass Hochrechnungen zufolge im Jahr 2030 rund 52 Millionen Menschen an den Folgen der NCD versterben werden (World Health Organization, 2013).

Doch nicht nur die Zahl der Todesopfer zeigt eine steigende Tendenz an. Ähnliche Entwicklungen erkennt man auch in Bezug auf die Prävalenzen des Diabetes mellitus.

2.1.1.1 Prävalenz des Diabetes mellitus

Die Prävalenzzahlen des Diabetes mellitus sind je nach Untersuchung leicht unterschiedlich, erdrückend sind die Zahlen aber in jeder Hinsicht. Nach einer aktuellen Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI) von 2013 liegt die Lebenszeitprävalenz des Diabetes mellitus in Deutschland bei rund 7,2 % für den Bevölkerungsanteil der 18- bis 79- jährigen (Heidemann et al.,2013). Eine Hochrechnung auf die gesamtdeutsche Bevölkerung ergibt

eine absolute Zahl von knapp sechs Millionen betroffenen Menschen (Deutscher Gesundheitsbericht - Diabetes 2014).

In den vergangenen Jahrzehnten konnte man eine stetige Zunahme des Diabetes mellitus in Deutschland beobachten. In einer vorangegangenen Untersuchung des RKI aus dem Jahre 1999 lag die Prävalenz in der Altersgruppe der 18- bis 79- jährigen bei 5,2 % (Bellach, 1999). Ähnliche Entwicklungen zeigen sich auch bei einer weltweiten Betrachtung. Nach einer internationalen Analyse verdoppelte sich die Anzahl der Diabetes mellitus Fälle zwischen 1980 und 2008 (Danaei et al., 2011). Heute sind weltweit beinahe 340 Millionen Menschen an Diabetes mellitus erkrankt (International Diabetes Federation, 2013). Wagt man einen Blick in die Zukunft, wird deutlich, dass sich dieser Trend weiter fortsetzen könnte. Nach dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung könnten in Deutschland im Jahr 2030 knapp acht Millionen Deutsche an der Stoffwechselerkrankung leiden (DZD - Deutsches Zentrum für Diabetesforschung, 2014), weltweit werden es nach Prognosen im Jahr 2035 rund 560 Millionen sein (International Diabetes Federation, 2013; Peters et al., 2010).

Wirft man einen genaueren Blick auf die deutsche Prävalenzentwicklung, kann ein Teil der stetigen Zunahme des Diabetes mellitus unter Berücksichtigung des demographischen Wandels erklärt werden (Peters et al., 2010). So sind gerade ältere Menschen ab dem 50. Lebensjahr von der Stoffwechselerkrankung betroffen. Mit dem steigenden Anteil dieser Altersgruppe in der deutschen Bevölkerung kann so rund ein Drittel des Prävalenzanstiegs erklärt werden (Heidemann et al., 2013). Die verbleibenden zwei Drittel könnten mit einem grundsätzlichen Lebenswandel der deutschen Bevölkerung in Verbindung stehen. Gerade veränderte Ess- und Bewegungsgewohnheiten können an diesem rasanten Anstieg des Diabetes mellitus beteiligt sein (Deutscher Gesundheitsbericht - Diabetes 2014). In diesem Zusammenhang ließe sich auch die hohe Rate des Diabetes Typ II erklären. Von den rund sechs Millionen Diabetikern in Deutschland leiden circa 95% an der zweiten Diabetesform (Deutscher Gesundheitsbericht - Diabetes 2014). Neben genetischen Faktoren gelten gerade Lebensstileinflüsse als Manifestationsfaktoren für Diabetes-Typ-II (Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Therapie des Typ-2-Diabetes, 2014).

2.1.2 Gesundheitsökonomische Aspekte des Diabetes mellitus

Parallel zu der hohen Anzahl an Diabetikern in Deutschland sind auch die Kosten für das Gesundheitssystem erheblich. Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes aus dem Jahre 2009 stehen in Deutschland die endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit 12,6 Milliarden Euro an sechster Stelle der Gesamtausgaben von 236 Mil-

liarden Euro. Dabei entstehen allein durch den Diabetes mellitus Kosten von rund 5,6 Milliarden. Anzumerken ist hierbei, dass in diesem Bericht lediglich die direkten Kosten berücksichtigt wurden, die im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose „Diabetes mellitus“ entstehen. Nicht berücksichtigt sind die Kosten der Begleit- und Folgeerkrankungen (Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt, 2009). Die „Kosten des Diabetes mellitus“ – Studie (KoDiM) geht hier einen Schritt weiter und schließt sowohl die direkten als auch die indirekten Kosten in die Betrachtung mit ein. So errechnete sie für den Diabetes mellitus Gesamtkosten von 12,8 Milliarden Euro für das Jahr 2001. Mit einem Anteil von 9,6 Milliarden Euro machten hier die Behandlungen von Folgeerkrankungen den überwiegenden Anteil aus (Köster et al., 2005). Bei einer Follow-up-Untersuchung dieser Studie im Jahr 2012 zeigte sich, dass sich die Kosten entsprechend der Prävalenz verhalten und stetig ansteigen (Köster et al., 2012).

Betrachtet man die vorangegangenen Abschnitte, wird deutlich, dass es sich bei dem Diabetes mellitus um eine vielschichtige Krankheit handeln muss, die sich gerade deshalb in ihren weltweiten Ausmaßen schlecht einzudämmen und kontrollieren zu lassen scheint. Die Gründe hierfür sind ebenso komplex wie die Krankheit selbst. Dies soll im folgenden Abschnitt näher erläutert werden.

2.2 Diabetes mellitus und Folgeerkrankungen

„Alle Dinge sind Gift, und nichts ist ohne Gift; alleine die Dosis machts, dass ein Ding kein Gift sei.“

Es ist dieses Zitat von Paracelsus aus dem Jahr 1538, das zur Darstellung der Problematik des Diabetes mellitus herangezogen werden kann. So ist das Leitsymptom dieser chronischen Stoffwechselerkrankung ein erhöhter Blutglucosespiegel (BGS). Ein dauerhaft erhöhter BGS birgt durch Zellschädigungen erhebliche Gefahren für den menschlichen Körper, die sich in einer Fülle an komplexen somatischen Folge- und Begleiterkrankungen äußern (Spinas & Fischli, 2011, S. 127). Neben Makro- und Mikroangiopathien leiden diabetologische Patienten häufig auch an Neuropathien und anderen komplexen Krankheitsbildern wie dem diabetischen Fußsyndrom (Hien & Böhm, 2010, S.

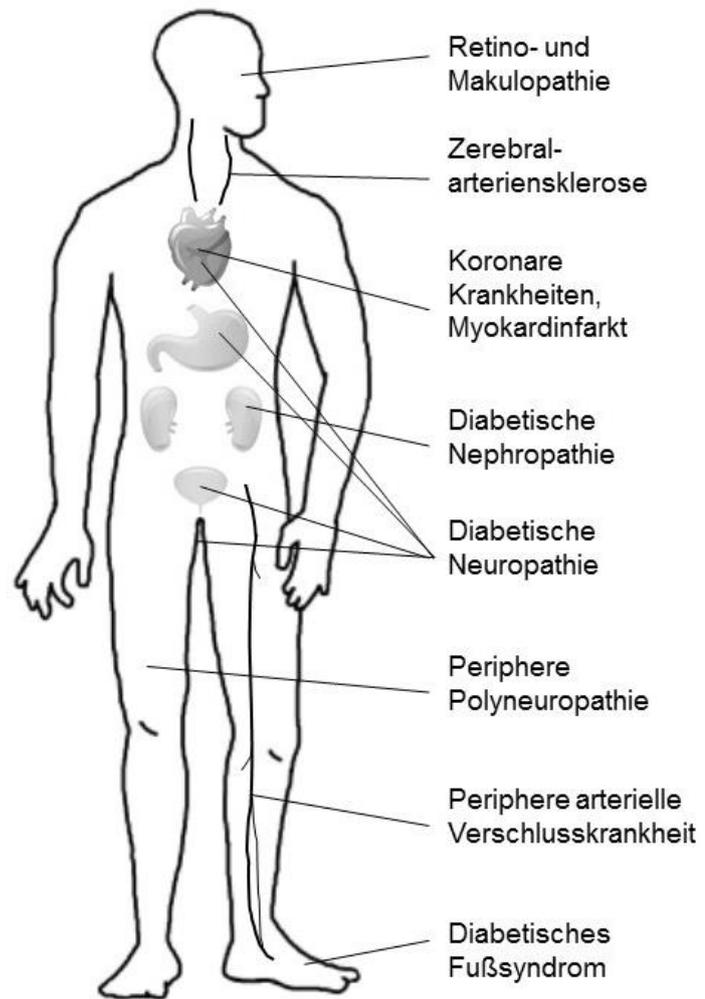


Abbildung 1 | Skizze: Diabetologische Folgeerkrankungen, modifiziert nach Arastéh et al., 2009, S. 708

87). Um diesen schädigenden Effekten entgegenzuwirken, ist es unerlässlich, die Kontrolle des

BGS als oberstes Therapieziel zu definieren (Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC) Research Group, 1999; King et al., 1999; The Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993). Doch eben diese Kontrolle ist es, die weitere Komplikationen im Rahmen einer Diabetestherapie mit sich bringen kann.

2.2.1 Diabetes mellitus und psychosoziale Belastungen

Die Diagnosestellung von Krankheiten geht bei dem betroffenen Patienten grundsätzlich mit einem Krankheitsverarbeitungsprozess einher. So ermöglichen kognitive, aktionale aber auch emotionale Auseinandersetzungen mit dem Diabetes mellitus gemeinsam mit sozialer Unterstützung eine gewisse Akzeptanz der Erkrankung, auf dessen Grundlage wiederum die Therapie fußen sollte (Bengel & Jerusalem, 2009, S. 360 f.). Doch dieser Prozess unterliegt selten dieser Geradlinigkeit.

Mit der Diagnosestellung ist der Diabetiker gezwungen schnellstmöglich kognitive und aktionale Prozesse zu erlernen, da die Therapie des Diabetes mellitus frühzeitig einem hohen Maß an Selbstmanagement unterliegt. So muss der betroffene Patient bereits zu Beginn der Erkrankung die nötigen Therapieinhalte verinnerlichen, um diese lebenslang und tagtäglich umsetzen zu können (Kulzer, et al., Psychosoziales und Diabetes Teil I, 2013). Dies birgt eine zwangsläufige und substanzielle Lebensstilveränderung. Nicht selten ergeben diese diabetesassoziierten tagtäglichen Belastungen eine Minderung der Lebensqualität und münden schließlich im Laufe der Erkrankung in eine Überforderung des Patienten (Holt et al., 2013). Diese Belastungen lassen sich dabei nicht ausschließlich auf die kognitiven und aktionalen Ansprüche zurückzuführen. Die tägliche Durchführung der Therapie, mangelndes Gesundheitsverhalten, Akutkomplikationen oder bereits vorhandene Folge- und Begleiterkrankungen können grundsätzlich Hindernisse bei der optimalen Therapieumsetzung darstellen (Pettrak & Herpertz, 2013, S. 107). Doch sind es vielmehr die emotionalen Anstrengungen, die sich als Konsequenzen der lebenslangen Diabetestherapie und der Eigenverantwortlichkeit ergeben können, die eine Überbeanspruchung des Patienten bewirken (Pettrak & Herpertz, 2013, S. 106). Gerade die Akzeptanz des vollständigen Verlustes von Gesundheit aufgrund der Persistenz des Diabetes mellitus stellt eine große Herausforderung in der Therapie des Patienten dar (Pettrak & Herpertz, 2013, S. 110). Wut, Trauer, Ärger, Hilflosigkeit, Depressivität, (Versagens-) Ängste, Erschöpfung, Kontrollverlust, Schuldgefühle, Sorgen, Verleugnungen oder das Gefühl auf Verständnislosigkeit und mangelnde Unterstützung zu treffen, können Folgen unzureichender Krankheitsverarbeitung sein (Pettrak & Herpertz, 2013, S. 108-113).

Dabei stehen die diabetologischen Patienten mit diesen negativen psychologischen Effekten einer weiteren Problematik gegenüber. Das Ziel der Diabetestherapie ist die Verhinderung von Folgeerkrankungen und diabetesbezogenen Einschränkungen der Lebensqualität (Böhm et al., 2011, S. 21) mit Hilfe von langfristig guter Blutglucose-einstellung. Doch Stress, Depressivität sowie mangelnde soziale Unterstützung oder Therapieadhärenz haben einen negativen Effekt auf den BGS (Pettrak & Herpertz, 2013, S. 97). Psychologische Störungen bei Patienten mit Diabetes mellitus können dementsprechend vergleichsweise

geringe Therapieerfolge nach sich ziehen (Chida & Hamer, 2008; Fisher et al., 2008; Katon et al., 2010) oder sogar das Mortalitätsrisiko erhöhen (van Dooren et al., 2013). Die Auswirkungen dieses Teufelskreises aber auch aller anderen genannten somatischen und psychologischen Belastungen können in eine klinische Manifestation von psychologischen Erkrankungen münden. In erster Linie sind es Depressionen, Angsterkrankungen, Essstörungen und Abhängigkeitserkrankungen wie Alkoholmissbrauch, die als diabetologische Folgeerkrankung auftreten können (Deutscher Gesundheitsbericht - Diabetes, 2012, S.48). Entsprechend einer aktuellen Untersuchung scheint in Deutschland jeder zehnte Diabetiker an psychologischen Folgekomplikationen zu leiden (Petra et al., 2011). Vordergründig sind es gerade Depressionen (10-25 %) und Angststörungen (~20 %), die sich häufig bei diabetologischen Patienten beobachten lassen (Kulzer et al., Psychosoziales und Diabetes Teil I&II, 2013). So treten beispielsweise Depressionen bei Diabetikern rund doppelt so häufig auf als es bei der entsprechenden Normalbevölkerung der Fall ist (Anderson et al., 2001, Lin & von Korff, 2008). Vergleichsweise gering sind teils die Prävalenzzahlen bezüglich der Koexistenz von Diabetes mellitus und Essstörungen. Je nach Kombination des Diabetes- und des Essstörungstyps liegt die Häufigkeit dieser Komorbidität zwischen 0 bis 25 % (siehe Abschnitt: 2.3.2 Epidemiologie).

Ungeachtet dieser teils niedrigen Prävalenz stellt gerade die Syntropie von Diabetes mellitus und Essstörungen einen besonderen Aspekt bei der Betrachtung von psychologischen Folgeerkrankungen bei Diabetes dar. Abseits von Medikation und körperlicher Bewegung fußt eine erfolgreiche Diabetes-mellitus-Therapie auf einer ausgewogenen Ernährungsweise (Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Therapie des Typ-2-Diabetes, 2014). Mit dem parallelen Auftreten einer Essstörung kann dieses Fundament erheblich wanken. Diese Problematik soll im folgenden Abschnitt beleuchtet werden.

2.3 Die Syntropie von Diabetes mellitus und Essstörungen

Sowohl der Diabetes mellitus als auch Essstörungen sind für sich genommen komplexe Krankheiten, die auf vielfältige Weise eine Fülle an klinischen Symptomen hervorrufen können. Dementsprechend werden beide Erkrankungen in verschiedene Krankheitsbilder unterteilt. Um den Umfang der nachfolgenden Abschnitte angemessen einzugrenzen, werden im weiteren Verlauf dieser Arbeit lediglich die Diabetestypen I und II nach ICD-10 E 10 und 11 im Zusammenhang mit den Essstörungserkrankungen Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), der Binge-Eating-Störung (BED) und den nicht näher bezeichneten Essstörungen (EDNOS) nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V) untersucht.

2.3.1 Ätiologie der Essstörung bei Diabetes mellitus

Die Entstehung von Essstörungen im Zusammenhang mit Diabetes mellitus ist noch nicht vollständig geklärt. Es gibt jedoch einige Ansätze, die diese Syntropie zu erklären versuchen.

Wie bereits beschrieben, liegt die große Herausforderung für den diabetischen Patienten darin, ein hohes Maß an Selbstmanagement zu betreiben, um, gerade in Hinblick auf Folgeerkrankungen, dem Diabetes in adäquater Form begegnen zu können. Basis des Selbstmanagement ist das lebenslange Auseinandersetzen mit der richtigen Nahrungsmittelauswahl, körperlicher Bewegung sowie dem damit einhergehenden Gewichtsmanagement (Munsch & Herpertz, 2011). Konsequenz dieses Behandlungsansatzes ist aber, dass gerade das Essverhalten zwangsläufig einen rigiden Anstrich erhält. Durch Restriktionen und Verzicht, die an vielen Stellen die tägliche Nahrungsaufnahme eines Diabetikers bestimmen, rückt das Essverhalten stärker in den kognitiven Fokus der Aufmerksamkeit (de Zwaan, 2004; Kakleas et al., 2009; Smith et al., 2008; Stewart et al., 2002). Die rigide Kontrolle des täglichen Essens ist ein möglicher Risikofaktor für die Entstehung einer Essstörung (Antisdell & Chrisler, 2000). So ist bekannt, dass einschränkendes Essverhalten die Entstehung von Essanfällen erhöhen kann. Dies wiederum ist assoziiert mit einer Manifestation von Bulimia nervosa oder einer Binge-Eating-Störung (de Zwaan, 2004). Gerade Binge-Eating geht mit einer zwangsläufigen Gewichtszunahme einher.

Nicht nur aus diabetologisch-therapeutischer Sicht, sondern auch bedingt durch idealisierte Körperbildschemen ist eine Gewichtszunahme bei den betroffenen Patienten kein wünschenswerter Effekt. So ergibt sich auch hier ein weiterer Teufelskreis. Die durch restriktives Essverhalten ausgelösten Essanfälle münden in unangemessenes Kompensationsverhalten, um aufgebautes Gewicht wieder verlieren zu können (de Zwaan, 2004; Rodin et al., 2002). Dabei kann sich das unangemessene Kompensationsverhalten in einschränkendem Diäthalten, selbstinduziertem Erbrechen, exzessiver körperlicher Betätigung oder auch durch die Einnahme von Diuretika und Laxantien ausdrücken (Turner & Peveler, 2005). Bei insulinpflichtigen Diabetikern kann zudem das „Insulin-Purging“ beobachtet werden (Turner & Peveler, 2005). Es handelt sich hierbei um das absichtliche Unterdosieren oder Weglassen von Insulininjektionen, um eine hyperglykämische Stoffwechsellage zu erreichen (de Zwaan, 2004; Kulzer et al., Psychosoziales und Diabetes Teil II, 2013, S. 8; Munsch & Herpertz, 2011; Rodin et al., 2002). Im Zusammenhang mit der Gewichtszunahme spielt ein hyperglykämischer Stoffwechselzustand bei einem weiteren Erklärungsansatz der Ätiologie von Diabetes und Essstörungen eine entscheidende Rolle. Ein nicht entdeckter und damit unbehandelter Diabetes mellitus geht in aller Regel mit einem Gewichtsverlust be-

dingt durch Hyperglykämie und daraus entstehender Glucosurie einher. Mit Diagnosestellung und Behandlungsbeginn wird das ungewollte Ausscheiden der Glucose über den Urin unterbunden. Die Energie verbleibt im Körper und ist daher häufig mit der Zunahme von Gewicht assoziiert (Turner & Peveler, 2005). Gerade bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen kann die unerwünschte Gewichtszunahme und die damit häufig einhergehende Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper die Entstehung einer Essstörung begünstigen (Munsch & Herpertz, 2011).

Unabhängig von rigidem Essverhalten und Gewichtszunahmen können auch psychologische Störungen bei der Entstehung einer Essstörung bei Diabetes mellitus zugrunde liegen. Die lebenslange Kontrolle des eigenen Handelns bedingt durch die Diagnose *Diabetes mellitus* kann, wie bereits beschrieben, zu einer Reihe von negativen psychologischen Konsequenzen führen. Die Essstörung könnte in diesem Zusammenhang auch als Antwort auf unzureichendes Coping verstanden werden (Munsch & Herpertz, 2011).

Zusammenhang von Behandlung des Diabetes mellitus und der Essstörungspathologie

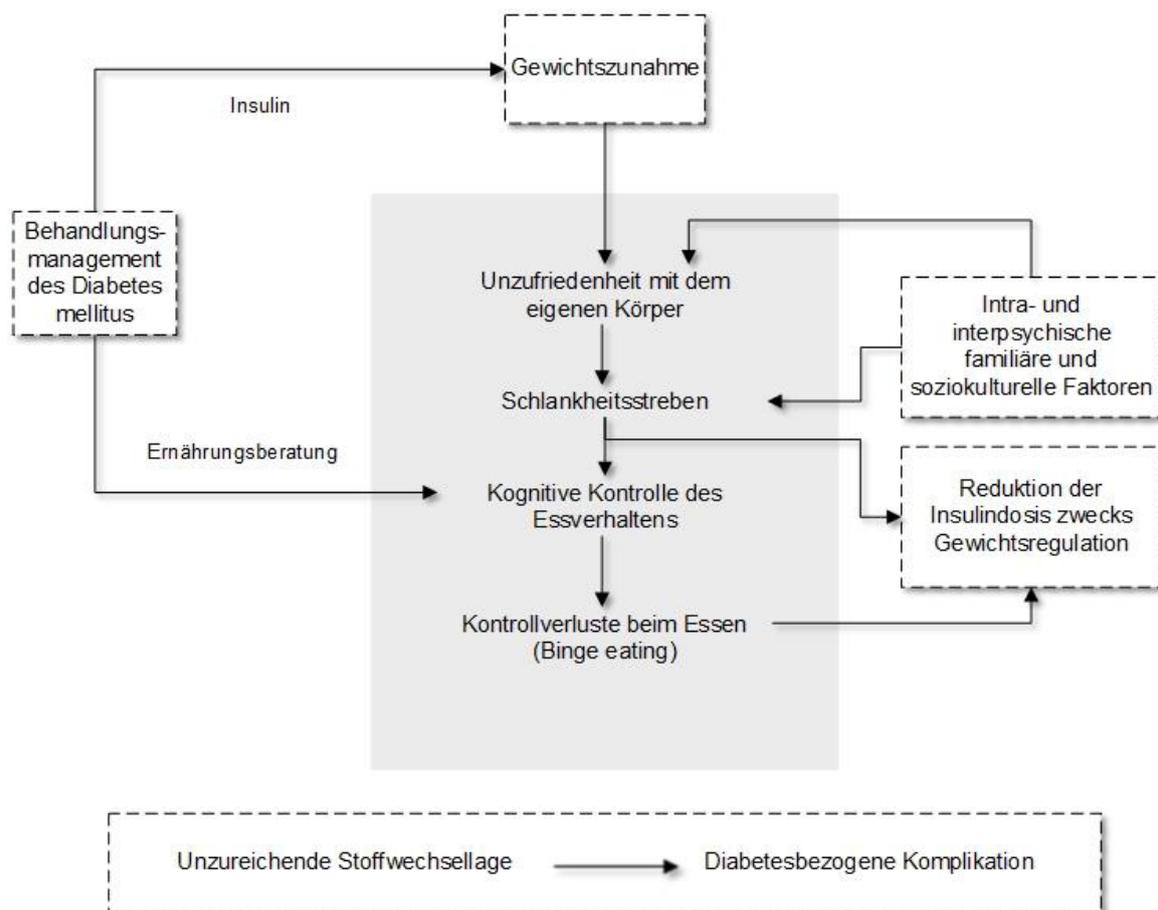


Abbildung 2 | Zusammenhang von Behandlung des Diabetes mellitus und der Essstörungspathologie modifiziert nach (Munsch & Herpertz, 2011)

Ähnlich komplex wie die beiden Erkrankungen Diabetes mellitus und Essstörungen scheinen also deren gemeinsame Ursachen zu sein. Die dargestellten Erklärungsansätze dieser Komorbidität bilden sicher nur einen Teil der eigentlichen Krankheitsentstehungsgeschichte jedes betroffenen Patienten ab. Annähernd vielschichtig stellen sich auch hier die Prävalenzen von Diabetes und Essstörungen dar, die im folgenden Absatz einer näheren Betrachtung unterzogen werden sollen.

2.3.2 Epidemiologie von Essstörungen bei Diabetes mellitus

In den vergangenen Jahrzehnten wurde die Prävalenz von Diabetes mellitus und Essstörungen immer wieder untersucht. Aufgrund der Vielfältigkeit der beiden Krankheiten bietet das Thema ein breites Band an möglichen Untersuchungsansätzen für diverse Studien. So können beispielweise bei Typ-I-Diabetikern jeglichen Alters nach Inzidenzen für AN, BN, BED, EDNOS oder nach subklinischen Formen von Essstörungen gesucht werden. Gleiches gilt selbstverständlich ebenfalls für Typ-II-Diabetiker. Im Laufe der Zeit wurde eine Reihe von Studien veröffentlicht, die auch in aktuellen Publikationen zur Prävalenz von Diabetes und Essstörungen immer wieder zitiert werden. Sie dienen in der vorliegenden Darstellung als Orientierungshilfe, um ein adäquates Gesamtbild der Prävalenz von Diabetes mellitus und Essstörungen darstellen zu können. Es werden lediglich die Studien der letzten 20 Jahre berücksichtigt.

Die Ergebnisse der untersuchten Studien (Anhang Seite *ii*, Tab.1-3) zeigen folgende Prävalenzen von Diabetes mellitus und Essstörungen:

Tabelle 1 | **Prävalenzen von Diabetes mellitus und Essstörungen**

Essstörung	PUNKTPRÄVALENZEN IN PROZENT	
	Diabetes-Typ-I	Diabetes-Typ-II
Anorexia nervosa	0 – 1,2	0
Bulimia nervosa	0 - 15	0,3
Binge-Eating-Störung	1,8 - 12,5	1,4 - 25,6
Nicht näher bezeichnete Essstörungen	1,2 - 9,4	2,5 - 3,8
Insulinmissbrauch	1,4 - 36	4,1

Die Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die Punktprävalenzen der jeweiligen Essstörungen nach den DSM-V-Kriterien in Bezug zu den Diabetes Typen I und II. Darüber hinaus wird die Häufigkeit des Insulinmissbrauchs aufgeführt, da das Insulin-Purging in den meisten Studien als eigenständige Form einer Essstörung betrachtet wird.

Eine Vielzahl der Untersuchungen zeigen weiterhin Prävalenzen für ein allgemein gestörtes Essverhalten der Patienten auf. Da hier jedoch jede Studie ihre eigene Definition für ein gestörtes Essverhalten festlegt, wird in dieser Arbeit auf die einzelnen Nennungen dieser Prävalenzen verzichtet. Eine häufig zitierte Studie soll jedoch trotz allem hier Einzug finden. Es handelt sich dabei um die Untersuchung von Neumark-Sztainer et al., in der sich bei 37 % aller teilnehmenden Probanden ein ungesundes bis sehr ungesundes (Ess-) Verhalten¹ zeigte. Aufgrund der hohen Prävalenz ist diese Studie auffallend und so werden die Ergebnisse in einschlägiger Literatur häufig in einem Atemzug mit anderen Prävalenzuntersuchungen genannt. Da Neumark-Sztainer et al. in seiner Studie jedoch auf die Einteilung in klinische oder subklinische Essstörungen verzichtet hat, wird sie in Tabelle 1 nicht berücksichtigt.

Entsprechend der Natur des Diabetes mellitus sowie der von Essstörungen weisen die genannten Studien in Bezug auf die Prävalenzergebnisse eine gewisse Heterogenität auf. Ein Umstand fällt bei näherer Betrachtung der Tabelle 1 jedoch auf. Es zeigt sich, dass sich sowohl bei Diabetes-Typ-I als auch –II gerade die Binge-Eating-Störung häufig finden lässt. Im Vergleich mit einer vergleichbaren Bevölkerungsgruppe ohne Diabetes liegt die Prävalenz für Binge-Eating lediglich bei rund 1,2 % (S3-Leitlinie - Diagnostik und Therapie der Essstörungen, 2010). Somit scheinen die Prävalenzen für Binge-Eating bei Diabetikern grundsätzlich höher zu liegen. Diese erhöhte Prävalenz zeigt sich jedoch nicht nur für BED alleine. Auch die Bulimia nervosa scheint bei Diabetikern häufiger aufzutreten (Affenito et al., 1997; Crow et al., 2001; Jones et al., 2000; Papelbaum et al., 2005; Rodin et al., 2002; Vila et al., 1995). Zudem weisen einige der untersuchten Studien darauf hin, dass das Risiko für die Entwicklung einer Essstörung gerade bei Mädchen und jungen Frauen mehr als um das Doppelte erhöht sein kann als im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Diabetes mellitus (Colton et al., 2004; Grylli et al., 2004; Jones et al., 2000; Rodin et al., 2002). Grundsätzlich können die Essstörungen aber noch im höheren Alter auftreten (Mannucci et al., 2002; Papelbaum et al., 2005).

¹ Ungesundes Verhalten:

Fasten, sehr wenig Essen, Einsatz von Nahrungsersatzstoffen, Mahlzeiten ausfallen lassen, Rauchen

Sehr ungesund:

Diätpillen, selbstinduziertes Erbrechen, Insulinmissbrauch, Einsatz von Laxantien und Diuretika

2.3.3 Risikoprofil für Essstörungen bei Diabetes mellitus

Diese Ergebnisse aufgreifend, kann ein Risikoprofil zusammengetragen werden, das zur Detektion von potenziell gefährdeten Patienten herangezogen werden kann.

Risikofaktoren beziehungsweise Warnhinweise, die allein oder in Kombination auf eine Essstörung bei einem Diabetiker hinweisen können, sind die Folgenden:

- Weibliches Geschlecht ¹
- Jungdliches Alter bis junge Erwachsene ¹
- Erhöhtes Körpergewicht ¹
- Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper oder Aussehen ^{1&2}
- Weigerung, sich wiegen zu lassen ²
- Geringes Selbstwertgefühl ²
- Neigung zum Vegetarismus ²
- Permanentes Berechnen von Kalorien und Wiegen von Lebensmitteln ²
- Restriktives Diätverhalten ²
- Selbstinduziertes Erbrechen ²
- Verwendung von Abführmitteln ²
- Vorhandensein von psychischen Erkrankungen wie Depressionen ^{1&2}
- Familiäre Probleme ³
- Adhärenz bezüglich der Diabetestherapie ³
- Schlechte BGS-Kontrolle ^{2&3}
- Hoher HbA_{1C} ³
- Wiederholtes Auftreten von Hyper- und Hypoglykämie ^{2&3}
- Wachstumsstörungen und Verzögerung der Pubertät bei jungen Menschen ³
- Auslassen von Arztbesuchen ²

(¹ Kakleas et al., 2009; ² Pinhas-Hamiel & Levy-Shraga, 2013; ³ Turner & Peveler, 2005)

Die Sensibilität, mit der bei Patienten nach einem gemeinsamen Auftreten von Diabetes und Essstörungen geschaut werden sollte, kann nicht nur durch die teilweise hohe Prävalenz gerechtfertigt werden. Es sind vor allem die Folgen, die sich aus dieser Syntropie ergeben können, die die betroffenen Patienten zusätzlich belasten können und ein Screening erforderlich werden lassen.

2.3.4 Folgen von Essstörungen bei Diabetes mellitus

Die unmittelbaren Folgen von gestörtem Essverhalten äußern sich bei vielen betroffenen Patienten in einer Verschlechterung ihres diabetesassoziierten Gesundheitsstatus (Helgeson et al., 2009; Herpertz et al., 2001; Kakleas et al., 2009; Rodin et al., 2002).

Kurzfristig können häufiger Hyperglykämien (Turner & Peveler, 2005) und Ketoazidose sowie Hypoglykämien auftreten (Pinhas-Hamiel & Levy-Shraga, 2013; Rodin et al., 2002).

Auf längere Sicht hingegen kommt es bei Patienten mit komorbidem Essverhalten häufiger zu mikrovaskulären Folgeerkrankungen. So scheint es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Essstörungen und dem Auftreten von Retinopathien zu geben (Kakleas et al., 2009; Nielsen & Mølbak, 1998, Rodin et al., 2002; Takii et al., 2002). Die Erhöhung des Risikos für eine Retinopathie bei gleichzeitigem Vorliegen einer Essstörung liegt nach einer Untersuchung von Nielsen bei knapp 33 % (Nielsen, 2002). Rydall et al. konnte nach einer 4-jährigen Follow-up-Untersuchung bei 86 % der untersuchten Patienten eine Retinopathie nachweisen (Rydall et al., 1997). Besonders scheint sich das Risiko dann zu erhöhen, wenn die Patienten Insulin-Purging anwenden (Peveler et al., 2005).

Der Insulinmissbrauch scheint zudem das Vorkommen an Nephropathien zu erhöhen (Takii et al., 2002). In einer Studie zeigten 25 % der Patienten eine Nephropathie bei parallelem Auftreten von Insulin-Purging (Kakleas et al., 2009). Bei denjenigen, die kein Insulin-Purging verwenden, zeigte sich nur bei 10 % der Probanden eine Nephropathie (Goebel-Fabbri et al., 2008).

Auch zeigte sich, dass der Insulinmissbrauch zu einem insgesamt schlechteren HbA_{1c} (Jones et al., 2000; Takii et al., 2002), einem vermehrten Auftreten von Neuropathien (Kakleas et al., 2009; Takii et al., 2002; Turner & Peveler, 2005), Depressionen und Angststörungen sowie zu einem erhöhten Streben nach Perfektion führt (Takii et al., 2002).

Neben Wachstumsverzögerung bei Jugendlichen (Rodin et al., 2002) kann gestörtes Essverhalten bei Diabetes zudem zu einem erhöhten Risiko für Osteoporose und kardiovaskuläre Erkrankungen führen (Turner & Peveler, 2005). Auch zeigen sich häufiger negativ assoziierte Bewältigungsstrategien, die mit einer geringeren Lebensqualität einhergehen (Grylli et al., 2005).

Darüber hinaus scheint das Mortalitätsrisiko bei essgestörten Diabetikern erhöht zu sein (Nielsen, 2002; Nielsen et al., 2002; Peveler et al., 2005). Eine Darstellung von Nielsen et al. zeigt diesen Zusammenhang sehr anschaulich. Untersucht wurde die Mortalität von Mädchen mit Typ-I-Diabetes: Lag die Mortalität bei 2,2 pro 1000 Diabetikern und bei 7,3 pro 1000 Essgestörten, so lag die Sterblichkeit bei gemeinsamen Vorliegen von Diabetes und Essstörungen bei 34,6 pro 1000 Betroffenen (Nielsen et al., 2002).

Die Fülle dieser negativen Konsequenzen wirft die Frage auf, wie den potenziell gefährdeten Patienten angemessen begegnet werden kann. Im anschließenden Abschnitt werden einige Ansätze vorgestellt, die in der Fachliteratur diskutiert und in Studien evaluiert wurden.

2.3.5 Detektion von Essstörungen bei diabetischen Patienten

Die Identifikation von betroffenen Personen ist aufgrund der möglichen mannigfaltigen Folgeerkrankungen äußerst wichtig (Jones et al., 2000; Rydall et al., 1997; Young-Hyman & Davis, 2010). Die Detektion ist gleichsam aufgrund der unspezifischen Symptome in vielen Fällen mit Schwierigkeiten verbunden und bedarf daher besonderer Aufmerksamkeit (Pereira & Alvareng, 2007). Um diesem Problem Herr zu werden, wird von der Fachliteratur immer wieder ein systematisches Screening der Patienten empfohlen (Neumark-Sztainer et al., 1995; Turner & Peveler, 2005). So sollen diese Screenings dazu führen, Risiken wie beispielsweise ungesunde Gewichtsreduzierungspraktiken bei möglicherweise betroffenen Patienten aufzuspüren (Kakleas et al., 2009; Rodin et al., 2002; Smith et al., 2008). Mit Verhandlungsgeschick des Arztes und Kompromissbereitschaft von Patienten und Arzt (Nielsen & Mølbak, 1998) sollen gefährdete Patienten in eine multidisziplinäre Diagnostik und Behandlung der Syntropie von Diabetes mellitus und Essstörungen eingebunden werden (Grylli et al., 2005).

Die Art und Weise des Screenings kann dabei jedoch grundsätzlich variieren. So eignen sich hierfür Blutuntersuchungen, die beispielsweise chronisches selbstinduziertes Erbrechen durch eine Hypokaliämie detektieren könnten (Pinhas-Hamiel & Levy-Shraga, 2013). Zudem kann auch eine biografische Anamnese (Kulzer et al., Psychosoziales und Diabetes Teil II, 2013, S. 11) auf Basis eines strukturierten Interviews mit geeignetem Fachpersonal genutzt werden, um eventuell gestörtes Essverhalten bei den Patienten aufzuspüren (Petrak & Herpertz, 2013, S. 114; Turner & Peveler, 2005). Darüber hinaus kann der Einsatz von Ernährungs- und Stimmungstagebüchern helfen, eine komorbide Essstörung bei den Patienten zu erkennen (Pereira & Alvareng, 2007).

Ein durchaus wichtiges Screeninginstrument ist dank der einfachen Handhabung der Einsatz von Fragebögen als zielführende Methode zur Detektion von Essstörungen bei Diabetes (Petrak & Herpertz, 2013, S. 114; Turner & Peveler, 2005). Derartige Screeningmethoden sind bei der Detektion von Essstörungen eine gängige Praxis (S3-Leitlinie - Diagnostik und Therapie der Essstörungen, 2010, S. 42-46). Untersuchungen zeigen jedoch, dass Fragebögen, die für die alleinige Erfassung von Essstörungen konzipiert wurden, oftmals eine Essstörung bei Diabetikern nicht einwandfrei anzeigen. So wird unter anderem gerade das häufig angewendete Insulin-Purging bei herkömmlichen Essstörungsfragebögen nicht abgefragt. Wertvolle Informationen für die Diagnosestellung können so verloren gehen beziehungsweise ergeben sich schlichtweg falsch-positive Ergebnisse (Bahrke et al., 2006; Kulzer et al., Psychosoziales und Diabetes Teil II, 2013, S. 11). In diesem Zusammenhang wurden Fragebögen wie der „Fragebogen zu gestörtem Essverhalten bei Diabetikerinnen“

(Diab-Ess) (Bahrke et al., 2006) oder der „Diabetes Eating Problem Survey“ (DEPS) (Markowitz et al., 2010) entwickelt. Sie dienen der speziellen Identifizierung von Essstörungen bei Diabetikern.

Grundsätzlich ist es bei jeder der genannten Screeningmethoden möglich, dass potenziell gefährdete oder bereits erkrankte Patienten nicht erkannt werden. Die exakte Beurteilung einer möglicherweise vorliegenden Syntropie von Diabetes und Essstörungen bedarf bei jedem Patienten den Einsatz eines multidisziplinären Teams von Ernährungsberatern, Sozialarbeiter, Psychologen sowie Ärzten (Pinhas-Hamiel & Levy-Shraga, 2013), sodass zielgerichtete Therapien ihren Einsatz finden können (Turner & Peveler, 2005).

2.3.6 Therapie von Essstörungen bei Diabetes mellitus

Als eine bewährte Methode bei der Therapie von Essstörungen bei Diabetes scheint die Psychoedukation auf Basis von Gruppeninterventionen sinnvoll zu sein. Sie können als Präventionsmaßnahme eingesetzt werden oder ermöglichen als Intervention ein frühes Eingreifen bei Vorliegen der Komorbidität (Olmsted et al., 2002; Rodin et al., 2002).

Darüber hinaus werden häufig auch kognitive Verhaltenstherapien angewandt, um betroffenen Patienten Hilfe leisten zu können (Amsberg et al., 2009; Kulzer et al., Psychosoziales und Diabetes Teil II, 2013, S. 12; Turner & Peveler, 2005).

Im Allgemeinen empfehlen sich also psychotherapeutische Ansätze für die Therapie von Essstörungen bei diabetischen Patienten (Kulzer et al., Psychosoziales und Diabetes Teil II, 2013, S. 11; Pereira & Alvareng, 2007; Winkley et al., 2006). Dabei sollten die Therapeuten weitreichend über die diabetesassoziierten Besonderheiten bei Essgestörten informiert sein, um gemeinsam mit den Patienten ein Gleichgewicht zwischen einer „normalen Ernährungsweise“ und den nötigen diabetologischen Einschränkungen zu finden (Kulzer et al., Psychosoziales und Diabetes Teil II, 2013, S. 12; Turner & Peveler, 2005).

2.3.7 Prävention von Essstörungen bei Diabetes mellitus

Die Prävention von Essstörungen bei Diabetes ist wenig epidemiologisch erforscht.

Pinhas-Hamiel et al. gibt jedoch in diesem Zusammenhang in seiner Publikation eine kurze Übersicht:

- Diabetische Ernährungsempfehlungen sollen flexibel gestaltet werden, um rigides Essen zu vermeiden
- Patienten mit (schwankenden) Gewichtsveränderungen und Sorgen um das eigene Körperbild sollen vom behandelnden Fachpersonal mit Aufmerksamkeit bedacht werden
- Durchführung von Schulungen zur Steigerung des Selbstwertgefühls und der Körperakzeptanz
- Das familiäre Umfeld soll in die Behandlung eingebunden werden
- Bei Depressionen und Angststörungen soll eine psychiatrische Beratung angeboten werden
- Durchführung von Psychotherapien zur Verbesserung des Essverhalten und Wahrnehmung des Körperbildes

(Pinhas-Hamiel & Levy-Shraga, 2013)

Psychotherapeutisch gestützte Schulungen scheinen demnach einen guten Ausgangspunkt für die erfolgreiche Prävention und Behandlung von essgestörten Patienten darzustellen.

Wie eingangs im Kapitel 2.2.1 „Diabetes und psychosoziale Belastungen“ bereits beleuchtet, ist grundsätzlich eine umfangreiche Schulung für den diabetologischen Patienten notwendig. Ein psychologischer Fokus innerhalb einer Schulung kann sich für den Patienten durchaus positiv auf seine gesamte psychische Verfassung auswirken. So kann der frühzeitige Einsatz von derartigen Therapiemaßnahmen die beschriebenen Kaskaden von psychologischen Belastungen und Folgeerkrankungen bei diabetologischen Patienten möglicherweise eindämmen. In diesem Zusammenhang soll im nun folgenden Abschnitt in aller Kürze die Effektivität von Schulungen dargestellt werden.

2.4 Die Rolle von Schulungen bei der Diabetesbehandlung

Die Ziele einer Diabetesschulung sind im Allgemeinen, den Patienten durch systematische und zielorientierte Prozesse Kenntnissen über seine Krankheit und Fähigkeiten zu deren Behandlung zu vermitteln. So wird der Betroffene in die Lage versetzt, auf der Basis eigener Entscheidungen den Diabetes in sein Leben zu integrieren und die Lebensqualität zu steigern (Kulzer et al., Psychosoziales und Diabetes Teil I, 2013, S. 6). Zudem sollte der Patient bestrebt sein, auch die akuten oder langfristigen negativen körperlichen, psychischen oder

sozialen Konsequenzen zu vermeiden. Um dieses Anliegen in die Tat umzusetzen, ist es erforderlich, dass hierfür einerseits ausreichend Unterstützung und Hilfestellung zur Verfügung steht und andererseits die Schulungsinhalte an die Belange der Patienten angepasst werden (Kulzer et al., Psychosoziales und Diabetes Teil I, 2013, S. 7).

In diesem Zusammenhang bieten gerade Selbstmanagement-Schulungen eine gute Voraussetzung für die erfolgreiche Behandlung von psychologischen Problemen im Rahmen der Diabetestherapie. Werden psychologische Aspekte in die Selbstmanagement-Schulungen eingefügt, zeigen sich beispielsweise sowohl eine Minderung von Depressionen als auch eine Verbesserung der Lebensqualität der Patienten (Steed et al., 2003).

Für die qualifizierte Diabetesschulung gibt es diverse evaluierte Schulungsprogramme (vgl. Nationale VersorgungsLeitlinie Strukturierte Schulungsprogramme – Langfassung, 1. Auflage, Version 3, 2012, zuletzt geändert: Juni 2013, S. 68ff.). In einer Untersuchung dieser gängigen Schulungsprogramme konnte nur ein Programm (die MEDIAS-2-Basis-Schulung) eine signifikante Verbesserung des psychischen Status der Patienten vorweisen (Kulzer & Hermanns, 2001; Kulzer et al., 2007). In dieser Hinsicht wäre eine fortschrittliche Weiterentwicklung der Schulungsprogramme sicherlich eine wünschenswerte Zukunftsperspektive.

Die vorangegangenen Kapitel der vorliegenden Arbeit zeigen deutlich die medizinisch-therapeutische und sozioökologische Relevanz des Diabetes mellitus und seinem gemeinsamen Vorliegen von psychologischen Folgeerkrankungen, insbesondere von Essstörungen. Die Komorbidität von Diabetes und Essstörungen ist ein komplexes Zusammenspiel von seelischem Empfinden, Pathomechanismen und Therapiemanagement, deren erfolgreiche Detektion und Behandlung nicht ohne Bemühungen von Seiten des Patienten als auch von Seitens des behandelnden Fachpersonals erfolgen kann.

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit soll in diesem Zusammenhang die Arbeit der Fachwelt im Fokus des Interesses liegen. Im Zuge der Recherchen fanden sich immer wieder Hinweise, inwiefern mit der Syntropie von Diabetes und Essstörungen im Allgemeinen umgegangen werden kann. Im Besonderen steht hier die frühzeitige Diagnose im Vordergrund. Hinweise, wie und in welchem Umfang die Identifikation von essgestörten diabetischen Patienten in der deutschen Praxis stattfindet, konnten nur eingeschränkt ausfindig gemacht werden. Schlussendlich kristallisierte sich eine erste Frage heraus, die das Fundament dieser Arbeit darstellt: Werden in deutschen Arztpraxen Diabetiker hinsichtlich einer möglichen Essstörungen systematisch gescreent?

Im nun folgenden Abschnitt sollen die nötigen theoretischen Grundlagen gelegt werden, um diese Frage mithilfe einer empirischen Untersuchung zu beantworten.

2.5 Veröffentlichungen der Deutsche Diabetes Gesellschaft zum Thema Essstörungen

Die Untersuchungen zu dem Thema, inwiefern in Deutschland Diabetiker auf Essstörungen hin gescreent werden, wird sich im Verlauf der Arbeit lediglich auf die Ansätze der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) beziehen, um so dem zgedachten Umfang einer Bachelorthesis gerecht zu werden.

Die DDG gilt als Dachverband für die Diabetologie in Deutschland. Der Leitgedanke der Gesellschaft lautet: „Diabetes erforschen, verhindern, behandeln und heilen“, und so geben sie beispielsweise Richtlinien zur Diagnostik und Therapie oder Standards für Qualitätssicherung und Zertifizierung heraus (DDG Satzung, 2014). Zudem ist die DDG maßgeblich an der Erstellung von wissenschaftlichen Leitlinien zu unterschiedlichen Themen des Diabetes mellitus beteiligt (DDG Leitlinien, 2014).

In diesem Zusammenhang wurden die Publikationen der DDG aus den letzten Jahren in Hinblick auf die Erwähnung von Essstörungen untersucht. Aus Gründen der Aktualität wurden Publikationen der letzten fünf Jahre berücksichtigt.

Hauptausgangspunkt bei der Recherche war die Homepage der DDG. Zu Beginn wurden die über die Website aufrufbaren Leitlinien der DDG einer genaueren Betrachtung unterzogen. Die Leitlinien „NVL-Therapie des Typ-2-Diabetes“, „NVL-Diabetes Strukturierte Schulungsprogramme“, „Psychosoziales und Diabetes“ sowie „Therapie des Diabetes mellitus Typ 1“ und „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“ als auch die „Ernährungsempfehlungen zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus“ wurden nach den Begriffen „Essstörung“ oder „Essverhalten“ (z.B. „gestörtem Essverhalten“) durchsucht. Neben den „Psychosoziales und Diabetes“-Leitlinien greift die Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“ das Thema Essstörungen zwar auf, es werden jedoch keine Empfehlungen zur Diagnostik gegeben. Die Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“ berichtet wesentlich umfangreicher über das Thema Essstörungen mit einem eigenen Kapitel.

Die Empfehlungen zur Diagnostik sind jedoch auf zwei Aussagen begrenzt zusammengefasst:

Empfehlung/Statement 4.6 – 1

Bei jedem Patienten mit unzureichender Stoffwechseleinstellung und mit erheblichen Schwankungen des Blutglucosespiegels und des Gewichts – insbesondere bei Mädchen in der Adoleszenz und bei jungen Frauen – sollte frühzeitig eine BN mit oder ohne Insulin-Purging erwogen und differenzialdiagnostisch geklärt werden.

[...] Empfehlungsgrad: B

(Kulzer et al., Psychosoziales und Diabetes Teil II, 2013, S. 11)

Empfehlung/Statement 4.6 – 2

Für die Diagnose der Essstörung ist häufig eine eingehende Anamnese notwendig, die den Patienten hilft, die Schamschwelle und jahrelange Tendenz zu überwinden, die Essstörung zu verleugnen.

[...] Empfehlungsgrad: 0

(Kulzer et al., Psychosoziales und Diabetes Teil II, 2013, S. 11)

Die aufgeführten Empfehlungsgrade B und 0 stehen als Nomenklatur für *sollte* (B) und *kann* (0).

Differenzierte Hinweise auf einsetzbare Screeninginstrumente, abseits der „biografischen Anamnese“, finden sich in der Leitlinie nicht. Im Gegensatz zu den anderen genannten Leitlinien ist die Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“ neben den „Ernährungsempfehlungen zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus“ eine S2-Leitlinie.

Da sich die Leitlinie zu den strukturierten Schulungsprogrammen zunächst weniger ergiebig zeigte, wurden die Inhalte der Schulungsprogramme einer genaueren Betrachtung unterzogen. Dabei fanden sich beispielsweise im Schulungsprogramm von Medias-Basis-2 Schulungsinhalte zu psychologischen Folgeerkrankungen. Eine spezielle Erwähnung zu Essstörungen konnte aber nicht festgestellt werden.

Im Anschluss wurde der Fokus der Suche nach Hinweisen zu dem Thema Essstörungen erneut auf die Homepage der DDG gelenkt. Mit den Begriffen „Essstörung“ und „Essverhalten“ wurde eine allgemeine Recherche per Suchfenster begonnen. Im Falle von „Essstörungen“ fanden sich keinerlei Treffer. Die Suche nach „Essverhalten“ zeigte ein Ergebnis

im Zusammenhang mit Essstörungen an. Es handelte sich dabei um eine Pressemitteilung über Bulimie nervosa mit dem Titel „Bulimie bei Diabetikerinnen: Psychotherapie hilft“. Der Artikel verweist grundsätzlich auf die „Psychosoziales und Diabetes-Leitlinien“ und nimmt keine Stellung zur möglichen Diagnostik von Essstörungen. Der genannte Artikel ist auch Teil der „DDG Information“ (Deutsche Diabetes Gesellschaft, 2013), die im Zuge der Onlinerecherchen aufgefunden werden konnte.

Weitere Ergebnisse zu den Themen Diabetes und Essstörungen zeigen sich bei den Berichten zum Diabetes Kongress 2014. Im Rahmen der Veranstaltung wurde am 29.05.2014 ein Vortrag mit dem Titel „Prävalenz von Essstörungen unter Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes (SET-Studie)“ von Frau Dr. rer. nat. Heike Saßmann gehalten. Recherchen hierzu ergaben leider keine nennenswerten Ergebnisse, da die erwähnte Studie zum Zeitpunkt dieser Arbeit noch nicht veröffentlicht wurde. Die Recherchen hierzu wurden am 23. September 2014 ein zweites Mal durchgeführt. Bis zu diesem Datum zeigten sich keine neuen Rechercheergebnisse.

Nach Abschluss dieser ersten Recherche wurden die möglichen Weiterbildungen wie „Diabetologe DDG“ oder „Diabetesberaterin DDG“ nach Inhalten zum Thema Essstörungen durchsucht. In diesem Zusammenhang fand sich lediglich bei den DDG Fachpsychologen eine Erwähnung des Sachverhaltes als Teil der Weiterbildung. Die Ausbildung umfasst einen 400-stündigen theoretischen Anteil, von dem rein rechnerisch rund 20 Minuten auf das Thema Essstörungen fallen.

Darüber hinaus wurde sich mit den Zertifizierungsaufgaben der DDG befasst. Durch bestimmte Vorgaben der DDG können sich diabetologische Einrichtungen beispielsweise als „zertifiziertes Diabeteszentrum DDG“ auszeichnen lassen. Bei den Auflagen wird kein besonderer Fokus auf psychologische Folgeerkrankungen gelegt.

Die in diesem Abschnitt aufgeführten Recherchen wurden in einer offiziellen Anfrage an die DDG zusammengefasst, mit dem Gesuch, ob es sich bei diesen Punkten um die Gänze an Publikationen zu dem Thema Essstörungen bei Diabetes handelt. Die Antwort bestätigte die im Vorfeld gemachte Annahme, dass von Seiten der DDG keine weiteren Informationen und Empfehlungen zu dieser Komorbidität vorliegen.

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass die Deutsche Diabetes Gesellschaft verhältnismäßig wenig literarische Informationen zu dem Thema Essstörungen bei Diabetes herausgibt. Die konkreten Vorgaben für diabetologische Facheinrichtungen, wie mit der Detektion von Essstörungen bei Patienten umgegangen werden kann, sind in kleinerem Umfang gehalten. Sie werden auch nicht durch eine Zertifizierung verpflichtend oder in größerem Ausmaß in Weiterbildungen angesprochen.

Die primäre Fachliteratur gibt durchaus Hinweise zu geeigneten Detektionsmöglichkeiten von Essstörungen bei Diabetikern. So gibt es auch im deutschsprachigen Raum wenigstens einen evaluierten Screening-Fragebogen (Diab-Ess), der als Screening-Instrument eingesetzt werden könnte.

Es existiert sicher eine Vielzahl an Gründen für diese Unstimmigkeiten, die zugunsten der eigenen Erhebung im Rahmen dieser Abschlussarbeit nicht näher ergründet werden sollen. Die Frage bleibt aber im Raum stehen, inwiefern diabetologische Einrichtungen mit diesem Thema umgehen.

Der nun folgende empirische Abschnitt der vorliegenden Arbeit soll sich eben dieser Thematik widmen.

3 Erhebung zum Screeningverhalten diabetologischer Facheinrichtungen

Obwohl die Syntropie von Diabetes mellitus und Essstörungen keine unbekannte Größe mehr in der diabetologischen Fachwelt ist, scheinen in Deutschland strukturierte Leitfäden zu fehlen, mit deren Hilfe Essstörungen bei Diabetes erfolgreich detektiert werden könnten, um so im Zweifel eine lebensrettende Therapie einleiten zu können. Ungeachtet dessen stehen bereits Möglichkeiten für eine erfolgreiche Detektion zur Verfügung.

Im Rahmen dieser Arbeit soll das Screeningverhalten deutscher diabetologischer Facheinrichtungen zur Detektion von möglichen Essstörungen bei diabetologischen Patienten untersucht werden.

3.1 Methodisches Vorgehen

3.1.1 Forschungsziel

Das oberste Forschungsziel ist die Generierung von Daten, die es ermöglichen eine Aussage darüber zu treffen, ob diabetologische Facheinrichtungen in Deutschland ein standardisiertes Screeningverfahren anwenden, um die Detektion einer möglichen Essstörung bei ihren Patienten gewährleisten zu können.

Darüber hinaus soll weiterhin überprüft werden, inwiefern der Einsatz von standardisierten Screeningmethoden aus organisatorischer Sicht möglich wäre, sollte das Ergebnis des ersten Forschungsziels aufzeigen, dass nur wenig oder keine Praxen diese Form der Detektion anwenden.

3.1.2 Forschungsdesign

Da als oberstes Forschungsziel der Untersuchung kein hypothesenüberprüfender Ansatz definiert wurde, wird die Erhebung als explorative Studie durchgeführt.

Als statistische Erhebungsmethode ist die quantitative Methode der schriftlichen Befragung festgelegt worden. Das Erhebungsinstrument ist hierbei ein Fragebogen. Die Datenerhebung findet in Form eines Querschnitts statt.

3.1.3 Ermittlung der Zielpopulation

In Anlehnung an die Recherchen bezüglich der DDG fiel die Wahl der Untersuchungsteilnehmer bewusst auf DDG-zertifizierte deutsche diabetologische Facheinrichtungen. Der Hintergrund zu dieser Entscheidung lässt sich damit erklären, dass diese Einrichtungen alle einen einheitlich festgelegten medizinischen Grundstandard haben. Für die Erhebung sind somit die Rahmenbedingungen der befragten diabetologischen Einrichtungen bekannt. Berücksichtigt wurden in diesem Zusammenhang jene Institutionen, die mindestens die Basisanerkennung „Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG“ vorweisen konnten. Diese Einrichtungen verfügen unter anderem über gleichartige personelle Voraussetzungen, müssen Kooperationen mit anderen medizinischen Einrichtungen nachweisen und sind dazu verpflichtet ihren Patienten Schulungen anzubieten (Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V., 2013). Die angebotenen Schulungen sind nur jene, die durch die DDG anerkannt wurden. (Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V., 2014).

3.1.4 Stichprobenermittlung

Ein Grund für die Wahl, nur zertifizierte Einrichtungen zu berücksichtigen, ist zudem die Tatsache, dass sich sämtliche zertifizierten Diabeteszentren DDG auf der Website der DDG

Sie suchen nach Einrichtungen für

Hauptdiagnose Diabetes: Basisanerkennung / Diabetologikum DDG

- Typ 1-Diabetes
- Typ 2-Diabetes
- Kinder und Jugendliche

Nebendiagnose Diabetes:

- Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)

Schwerpunkt Fußbehandlung

- Fußbehandlung

Wählen Sie die Art der zertifizierten Einrichtung

- Arztpraxis
- Klinik

PLZ / Ort

Fremdsprache

keine ▼

in einem zusammenfassenden Register aufrufen lassen. So kann sichergestellt werden, dass im Rahmen der Erhebung alle zertifizierten Arztpraxen und Krankenhäuser als Vollerhebung mit berücksichtigt werden können.

Auf der Website der DDG stehen für die Adressenermittlung verschiedene Funktionen zur Verfügung, die in der nebenstehenden Abbildung dargestellt sind. Mit Hilfe der Bestätigungszeichen (√) kann der Abbildung entnommen werden, welche Auswahlkriterien gesetzt wurden, um die Adressen der zertifizierten Einrichtungen auszuwählen.

Abbildung 3 | Adressen-Tool der DDG-Website (Quelle: <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierte-arztpraxenkliniken.html>)

Gesucht wurde wie bereits erwähnt nur nach Einrichtungen mit der Basisanerkennung. Zudem wurden die auswählbaren Diabetes-Typen I und II ausgewählt sowie die Altersgruppe von Kinder und Jugendlichen. Hintergrund dieser Entscheidung ist, in der folgenden Erhebung herauszufinden, ob Diabeteszentren ihre Patienten hinsichtlich möglicher Essstörungen screenen. Die Typen des Diabetes sowie das Alter der Patienten sind vordergründig nicht relevant. Um aber alle Patienten als Gesamtheit zu erfassen, ist es im Gegenzug durchaus bedeutsam, alle möglichen Typen und Altersgruppen zu berücksichtigen.

Ebenfalls ist der Abbildung zu entnehmen, welche Art von zertifizierten Einrichtungen für die Erhebung ausgewählt wurde. Auch hier wurden beide Möglichkeiten mit einbezogen, um eine möglichst große Gesamtheit abbilden zu können.

Im Zuge dieser Auswahl war nun endgültig die Zielgruppe der folgenden Erhebung festgelegt:

Die Gesamtheit der zertifizierten Diabeteszentren DDG unter Einschluss aller hier behandelten Patienten

Insgesamt wurden 422 (Stand: 24.06.2014) zertifizierte Arztpraxen und Krankenhäuser in Deutschland ermittelt, die im Rahmen der Erhebung berücksichtigt wurden.

3.1.5 Konstruktion des Erhebungsinstruments

Für die Erhebung wird ein schriftlicher Fragebogen als statistisches Erhebungsinstrument eingesetzt. Charakter dieser Methode ist, dass eine vollständige Strukturierung stattfinden kann. So werden alle Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien in einer feststehenden Reihenfolge beantwortet. Der Fragebogen kann also standardisiert beantwortet werden (Diekmann, 2011, S. 437). Vorteil dieser Methode ist unter anderem eine schnelle und kostengünstige Datengenerierung. Zudem haben die Befragten die Möglichkeit, die gestellten Fragen ausführlich zu durchdenken. Auch wird die Erhebung nicht durch Merkmale oder Verhalten eines Interviewers beziehungsweise der Interviewsituation beeinflusst, die bei einer mündlichen Befragung möglicherweise das Ergebnis ändern könnten (Diekmann, 2011, S. 514). Darüber hinaus entsteht durch den Einsatz eines schriftlichen Fragebogens beim Befragten eine Distanz zum Fragenden. Diese ermöglicht das Gefühl, dass der Fragebogen frei beantwortet werden kann, ohne dass spätere Konsequenzen befürchtet werden müssen (Diekmann, 2011, S. 439).

Im Gegensatz dazu sind gerade aufgrund der Standardisierung nur eingeschränkte Antwortmöglichkeiten vorhanden (Diekmann, 2011, S. 438). So kann bei der schriftlichen Befragung nicht direkt Hilfestellung bei Verständnisproblemen gewährleistet werden

(Diekmann, 2011, S. 514). Wie bei allen Befragungen besteht auch hier das Problem der sozialen Erwünschtheit (Diekmann, 2011, S. 447).

Trotz dieser negativen Argumente wurde gerade zugunsten der Schnelligkeit und der geringen Kosten die Verwendung eines Fragebogens in Betracht gezogen. Um eine Spezifikation festzulegen, in welcher Art und Weise die schriftliche Befragung ablaufen soll, wurde als schlussendliches Erhebungsinstrument eine Online-Umfrage initiiert. Der Vorteil der Online-Umfrage ist die Möglichkeit schnell und zeitgleich alle 422 potenziellen Teilnehmer über die Erhebung zu informieren und so ein klares Startdatum und später auch einen eindeutigen Schlusspunkt zu generieren. Die Dokumentation der Daten verläuft automatisiert.

Für die Umfrage wurde das internetbasierte Umfrageportal „umfrage-online“ genutzt, welches für Studenten ein umfangreiches kostenloses Tool zur Verfügung stellt. Die Online-Befragung bot den Vorteil, dass die diabetologischen Einrichtungen lediglich über einen Computer (Hardware) mit Internetzugang verfügen mussten. Die Verwendung einer speziellen Software war nicht nötig. Grundsätzlicher Nachteil ist jedoch, dass die Facheinrichtungen über eine E-Mail-Adresse verfügen müssen. Zudem können nicht vorhersehbare technische Probleme den Antwortrücklauf vermindern. Das Non-Response-Problem besteht jedoch grundsätzlich bei jeder Art der schriftlichen Befragung.

Nachdem die Art des Erhebungsinstrumentes festgelegt wurde, konnte der Inhalt des Fragebogens erstellt werden.

Zunächst wurde per Brainstorming mit zwei Diabetesberaterinnen eine Itemsammlung vorgenommen. Mit Hilfe dieser Items wurden thematische Blöcke in Form von Modulen festgelegt.

Dabei kristallisierte sich bereits der spätere allgemeine Aufbau des Fragebogens heraus:

- Allgemeines zur Einrichtung
- Schulungen und Informationsveranstaltungen
- Folgeerkrankungen / Komplikationen
- Abschluss

Hintergrund der Entscheidung auch nach Schulungen zu fragen ist der Tatsache geschuldet, dass mit Hilfe des Fragebogens auch die Fragestellung des zweiten Forschungsziels (vgl. 3.1.1.Forschungsziele) überprüft werden soll. Mit diesen und weiteren Fragen (siehe 3.1.6.2 Inhalte des Fragebogens) sollen die Rahmenbedingungen der diabetologischen Fa-

cheinrichtungen ermittelt werden, um so Aussagen darüber treffen zu können, ob der Einsatz standardisierter Screeningmethoden in diabetologischen Facheinrichtungen grundsätzlich möglich ist.

In diesem Zusammenhang wird im Rahmen der Erhebung der Fokus auf den Einsatz von Fragebögen als Screeningmethode gelegt. Hintergrund dieser Entscheidung ist vor allem, den Umfang der Befragung für die teilnehmenden Praxen als auch für diese Abschlussarbeit in einem angemessenen Rahmen zu halten.

Im Abschnitt „2.3.5. Detektion von Essstörungen bei diabetischen Patienten“ wurden neben dem Einsatz von Fragebögen auch Blutuntersuchungen und biographische Anamnese als weitere Screeningmethoden dargestellt. Um zu erörtern, in welcher Art und Weise diese beiden weiteren Methoden in diabetologischen Einrichtungen eingesetzt werden, bedarf es einer Fülle an zusätzlichen, spezifischeren Fragen. In Hinblick auf die biographische Anamnese müsste beispielsweise neben der Frage, ob diese Methode eingesetzt wird auch erfragt werden, welche Parameter für eine Diagnose herangezogen werden. Darüber hinaus müsste unter anderem der Umfang der Anamnese und die Gewichtung der Parameter ermittelt werden. Mit derlei Fragen kann zudem nicht gewährleistet werden, dass auch sachkundige Personen an der Umfrage teilnehmen können. Der Fragebogen, wie später erläutert wird, soll darauf ausgelegt sein, auch von einer Person ohne fundierte medizinische Fachkenntnisse beantwortet werden zu können. Der Einsatz von Fragebögen als Screeninginstrument hingegen erfordert nur die Stellung zweier Fragen: Ob ein Fragebogen für die Detektion von Essstörungen bei Diabetikern eingesetzt wird und welche Bögen hierfür zum Einsatz kommen.

Diese genannten Erweiterungen und Einschränkungen mit berücksichtigend, wurde auf Grundlage der Module ein erster Fragebogenentwurf angefertigt. Anschließend wurde die Durchführung eines Pretest veranlasst. Zu diesem Zeitpunkt sollte die Erhebung noch auf Basis eines Telefoninterviews durchgeführt werden. Im Rahmen des Pretest wurde diese Screeningmethode vornehmlich wegen erheblichen Problemen bei der Terminfindung nicht weiter fortgeführt. Es entstand die Entscheidung eine Onlinebefragung durchzuführen.

So musste der Fragebogen an die neue Form der Umfrage angepasst und in das Onlineportal eingepflegt werden. Die wesentlichen Inhalte blieben jedoch bestehen. Anschließend wurde ein erneuter Pretest durchgeführt.

Hierfür wurde eine fachlich unabhängige Population gebeten, den Fragebogen auf Verständlichkeit der Fragen und logische Abfolge hin zu überprüfen. Eine inhaltliche Überprüfung der Fragen war mit dieser Zielgruppe nicht möglich. Von der Möglichkeit die Online-

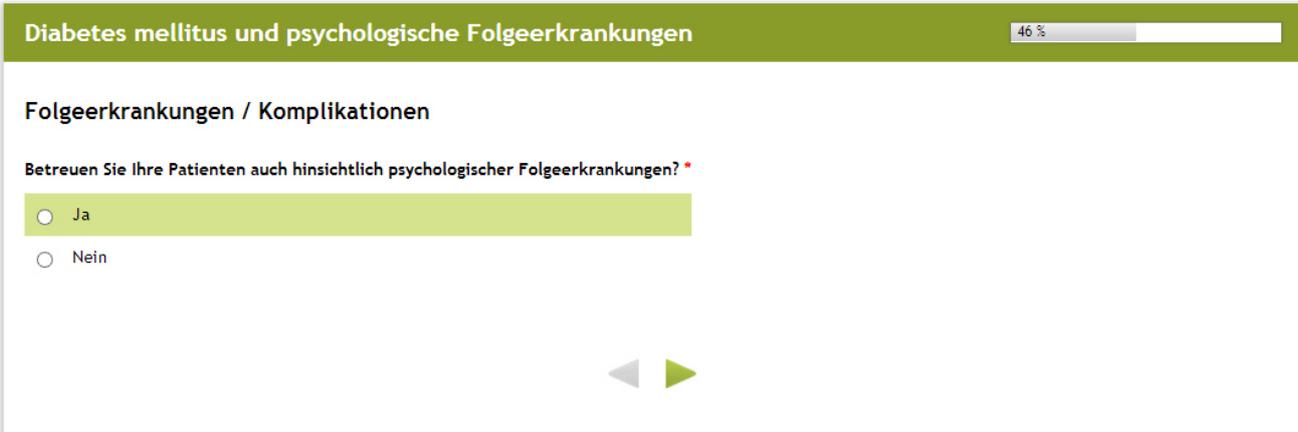
Umfrage als Pretest bereits an einige zertifizierte Diabeteszentren DDG zu versenden wurde abgesehen, da dies eine Minderung der Stichprobengröße zur Folge gehabt hätte. So ergab sich die inhaltliche Überprüfung des Fragebogens vordergründig durch den Einsatz der zwei Diabetesberaterinnen, mit deren Hilfe bereits die Itemgenerierung stattgefunden hatte. Vorteilhaft für diese Überprüfung war zudem, dass die beiden Beraterinnen Mitarbeiterinnen eines ehemaligen zertifizierten Diabeteszentrums DDG waren, deren Zertifikat nur wenige Wochen zuvor regelgerecht nach drei Jahren ablief. So kannten sie die Rahmenbedingungen und die Arbeit unter der Zertifizierung sehr genau.

Nach Abschluss dieses Pretests stand die endgültige Version des Fragebogens fest.

3.1.6 Der Fragebogen

3.1.6.1 Aussehen und Funktionen

Die nachfolgende Abbildung zeigt exemplarisch die Benutzeransicht des Fragebogens.



The screenshot shows a survey interface with a green header bar containing the title 'Diabetes mellitus und psychologische Folgeerkrankungen' and a progress indicator '46 %'. Below the header, the current section is 'Folgeerkrankungen / Komplikationen'. The main question is 'Betreuen Sie Ihre Patienten auch hinsichtlich psychologischer Folgeerkrankungen? *'. There are two radio button options: 'Ja' (selected) and 'Nein'. At the bottom, there are left and right arrow navigation buttons. A 'Teilnahme fortsetzen »' link is visible in the top right corner.

Abbildung 4 | Benutzeransicht des Fragebogens

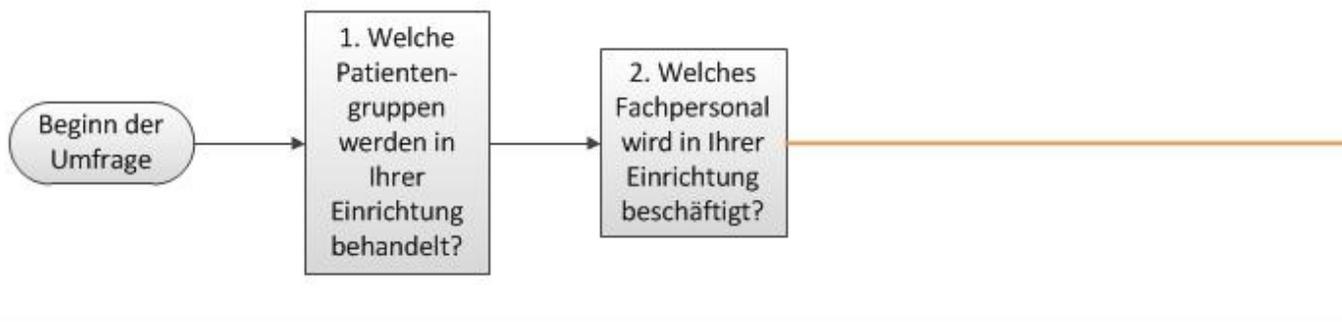
Ersichtlich sind hier die allgemeine Überschrift „Diabetes mellitus und psychologische Folgeerkrankungen“ sowie die Teilüberschrift (hier) „Folgeerkrankungen / Komplikationen“, die dem Benutzer aufzeigen, in welchem Modul er sich aktuell befindet. Der Prozent-Balken in der oberen rechten Ecke zeigt an, wie weit der Benutzer mit der Beantwortung der Fragen fortgeschritten ist. Mit Hilfe der Pfeiltasten ist es möglich, vorangegangene Fragen noch einmal aufzurufen beziehungsweise mit der Beantwortung der Fragen fortzufahren. Dies soll die Benutzerfreundlichkeit erhöhen. Der angegebene Verweis (*) am Ende der Frage zeigt dem Befragten an, dass es sich bei dieser Frage um eine Pflichtfrage handelt. Werden diese Fragen nicht beantwortet, ist ein Weiterschalten zu der nächsten Frage per Pfeiltasten

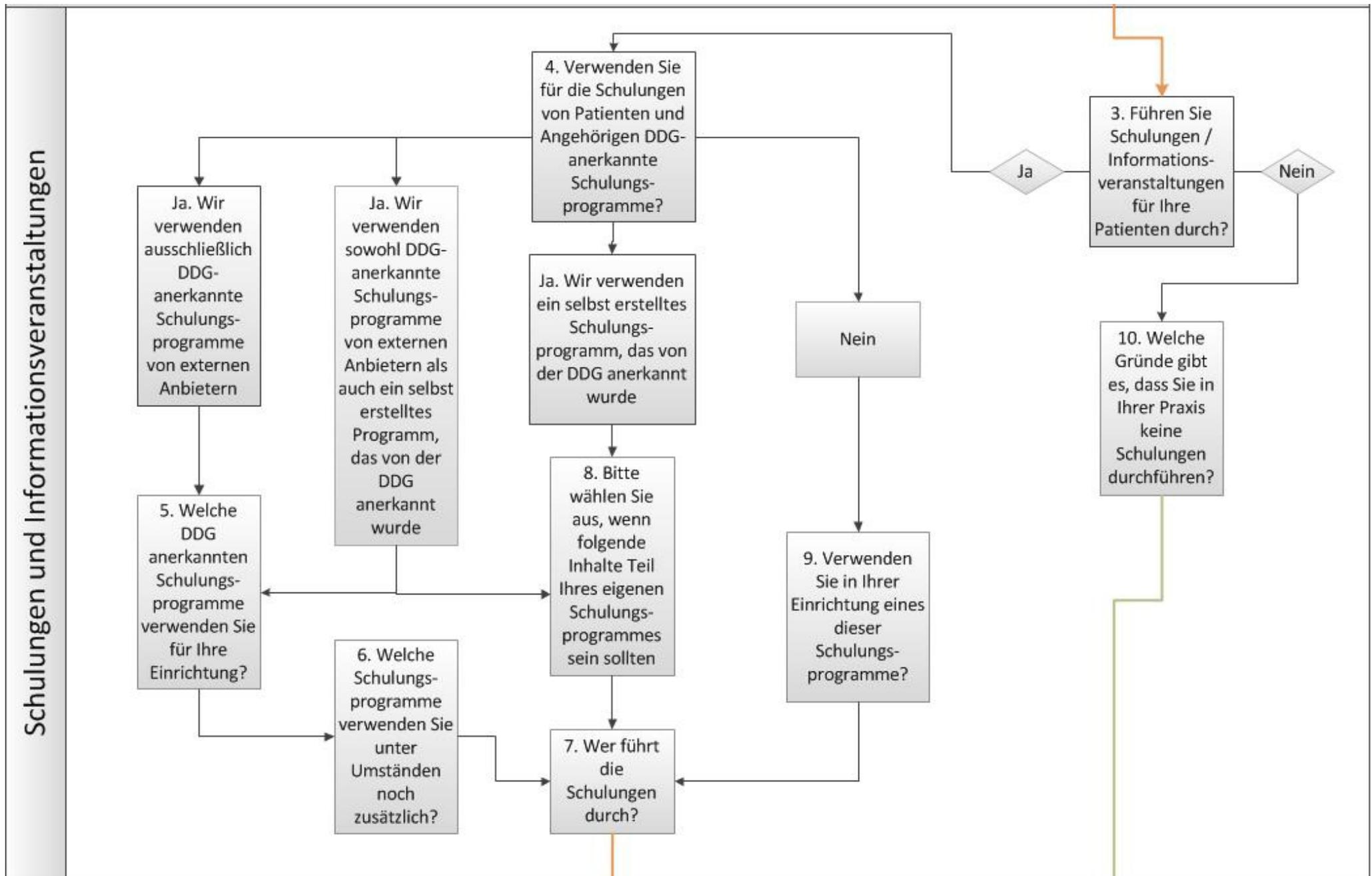
nicht möglich. Wird dies jedoch trotzdem versucht, erscheint eine erneute Erinnerung, dass es sich um eine Pflichtfrage handelt. Die Pflichtfragen wurden gesetzt um sicherzustellen, dass wichtige Fragen nicht versehentlich übergangen werden.

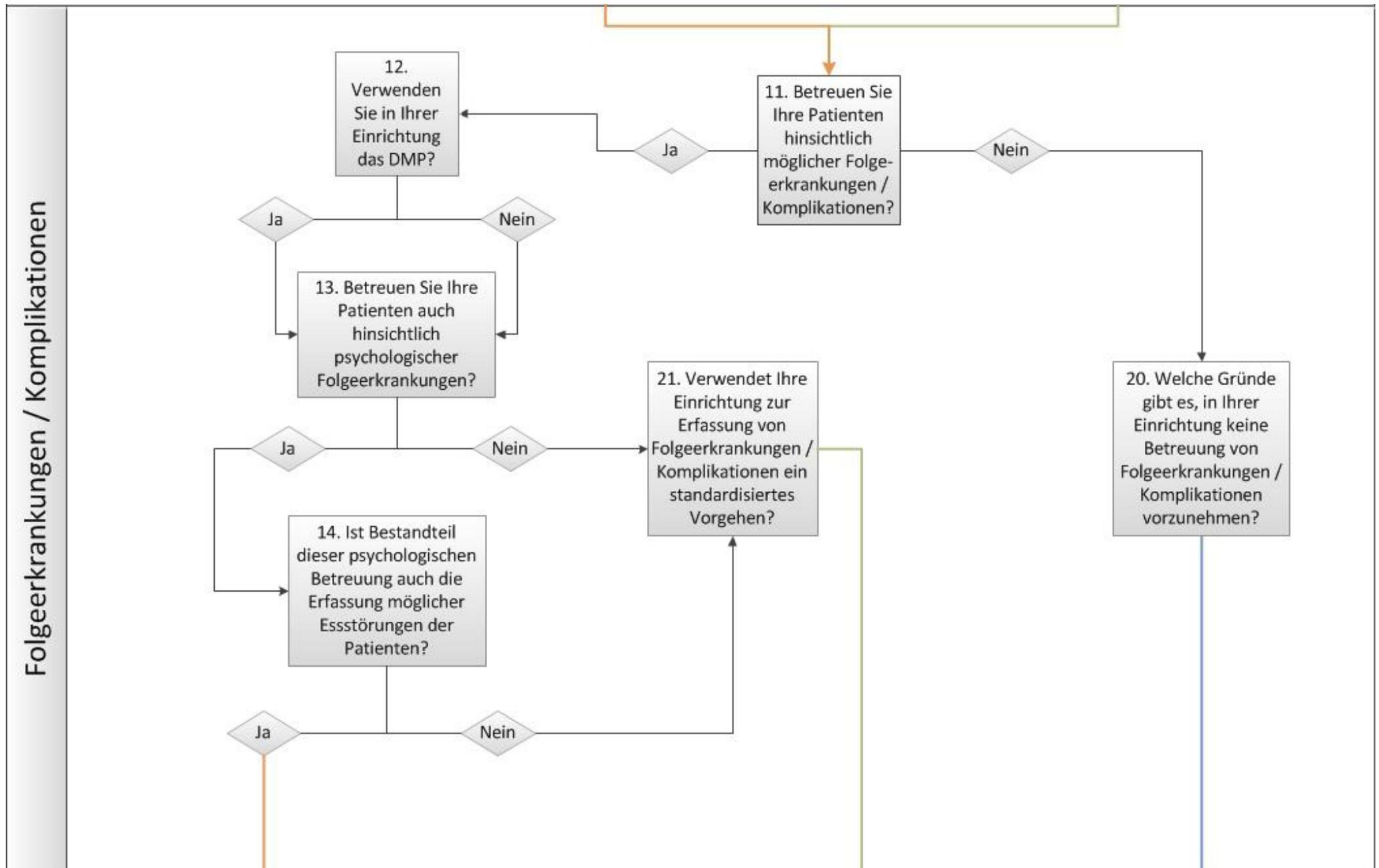
Ebenfalls rechts oben in der Ecke befindet sich das Item „Teilnahme fortsetzen“. Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, die Befragung zu pausieren und sie zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen. Das Item dient der Benutzerfreundlichkeit.

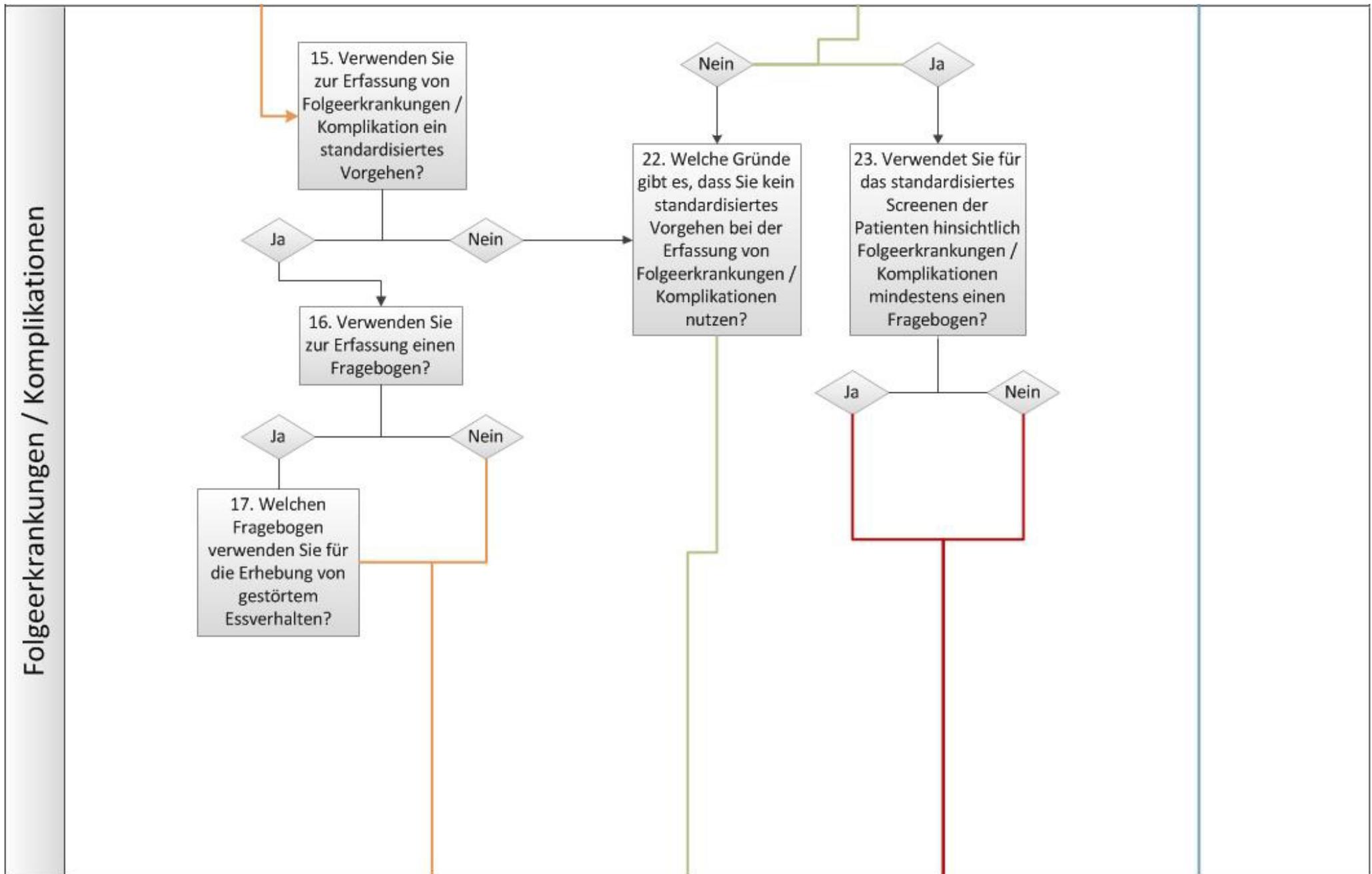
Auf den nachfolgenden Seiten ist eine schematische Darstellung des Fragebogenablaufes zu finden. Genauere Informationen zu den Fragen finden sich im Anschluss. Die Fragen sind in dieser Ansicht durchnummeriert um später einfacher Bezug auf einzelne Fragen nehmen zu können. Diese Durchnummerierung ist hingegen nicht im eigentlichen Fragebogen zu finden gewesen (vgl. Abbildung 5). Für eine zusammenhängende Übersicht des Fragebogens befindet sich die PDF-Datei „Fragebogen“ auf der beiliegenden CD-ROM. Der originale Fragebogen kann nicht mehr begutachtet werden, da er für die Datengenerierung abgeschlossen werden musste und nicht mehr online zur Verfügung steht.

Diabetes mellitus und psychologische Folgeerkrankungen

Allgemeines zu Ihrer
Einrichtung







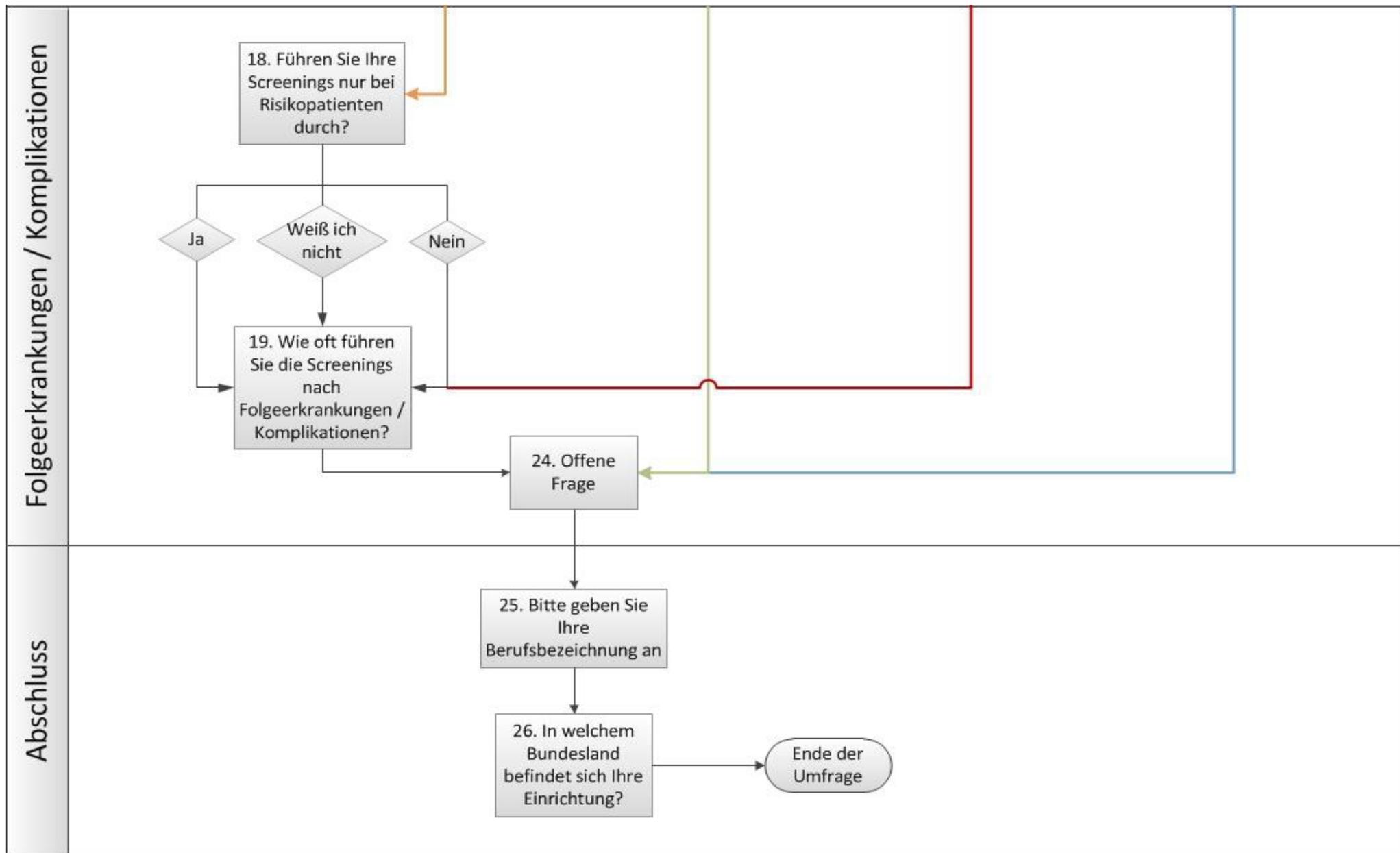


Abbildung 5 | schematische Darstellung des Fragebogen

3.1.6.2 Inhalte des Fragebogens

Nachdem nun die Vernetzung der Fragen im Rahmen des Fragebogens bekannt ist, sollen im Folgenden die einzelnen Fragen einer genaueren Betrachtung unterzogen werden.

Der Fragebogen weist grundsätzlich drei Arten von Fragen auf:

- Geschlossene Fragen
- Halboffene Fragen
- Offene Fragen

Ein Teil der Fragen sind als geschlossene Fragen formuliert. Bis auf die vierte Frage handelt es sich bei allen geschlossenen Fragen um Ja-Nein-Fragen. Der Vorteil der geschlossenen Frage ist vor allem die schnelle Beantwortbarkeit, auch dank der anschaulich minimalistischen Darstellung. Gerade bei der Arbeit am Computer kann ein Zuviel an Text schnell dazu verleiten, die Fragen sowie die Antworten nicht genau genug zu lesen (Diekmann, 2011, S. 529). Durch eine intuitive Übersicht wird das Lesen und Beantworten erleichtert. Zudem besteht für den Benutzer dank dieser Gabelungsfragen die Möglichkeit den Verlauf des Fragebogens gedanklich leichter nachvollziehen zu können.

Grundsätzlich bestehen weitere Vorteile einer geschlossenen Frage darin, dass die Vergleichbarkeit der Fragen gewährleistet werden kann, welches gleichzeitig mit einem geringeren Zeitaufwand bei der Auswertung verbunden ist. Auch aufgrund dieser Standardisierung der Antworten entsteht eine hohe Durchführungs- und Auswertungsobjektivität (Diekmann, 2011, S. 477). Diese Vorteile finden sich ebenfalls bei einem weiteren Anteil der Fragen wieder, die als halboffene Frage formuliert wurden.

Diese Fragen sind geschlossene Fragen mit einer zusätzlichen offenen Antwortmöglichkeit. So können fehlende Begriffe in einer Auflistung durch den Teilnehmer ergänzt werden.

Eine der Fragen stellt eine offene Frage dar. Im Rahmen derer haben die Befragten die Möglichkeit ohne gesetzte Vorgaben antworten zu können. Hinter dem empirischen Ansatz der Frage steckt der Gedanke, den Fragebogen abwechslungsreicher und somit interessanter für den Befragten zu gestalten.

Die Fragen sind alle kurz, präzise, verständlich und mit einem Wiedererkennungswert formuliert. Auch die Antwortkategorien sind gemäß den Adjektiven disjunkt, erschöpfend und präzise erstellt worden. Die Reihenfolge wurde so festgelegt, dass trichterförmig in den letzten zwei Dritteln des Fragebogens die wichtigeren Fragen gestellt werden, um so möglichst lange das Interesse des Teilnehmers aufrecht zu erhalten. Als Rahmen finden sich grundlegendere sozialstatistische Fragen jeweils zu Beginn und am Ende.

Der Fragebogen ist so entwickelt, dass möglichst wenig Zeit investiert werden muss, um die Fragen zu beantworten. Im Pretest ergaben sich im Mittel rund fünf Minuten Bearbeitungszeit.

Der gesamte Fragebogen ist in einfachem Hochdeutsch verfasst und an die Zielgruppe angepasst worden. Medizinische Fachkenntnisse sind für die Beantwortung nicht erforderlich. Die Arbeit in einer entsprechenden Einrichtung gilt als ausreichende Voraussetzung, sodass der Fragebogen grundsätzlich sowohl von einer Sprechstundenhilfe als auch von einem Diabetologen beantwortet werden kann. Der Hinweis, dass es keiner Fachkenntnis zur Beantwortung bedarf, wurde in der elektronischen Zuschrift erwähnt und findet sich gleichfalls auf dem Titelblatt der Umfrage.

Zunächst beginnt der Fragebogen mit einer Begrüßung auf dem Titelblatt, welche unter anderem Angaben dazu enthält, bis zu welchem Zeitpunkt der Fragebogen für eine Onlinebefragung zur Verfügung steht. Darüber hinaus ist ebenfalls ein Hinweis gegeben, dass der Fragebogen vollkommen anonymisiert beantwortet werden kann. Auch wird hier über die Kennzeichnung (*) der Pflichtfragen informiert.

Der Fragebogen startet anschließend mit dem Modul „Allgemeines“. Die erste Frage befasst sich mit den Patientengruppen, die in der Einrichtung behandelt werden. Im weiteren Verlauf werden die gestellten Fragen aufgelistet und mit einer kurzen Erläuterung versehen.

Allgemeines zu Ihrer Einrichtung

Tabelle 2 | Frage 1

1. Welche Patientengruppen werden in Ihrer Einrichtung behandelt? Mehrfachnennungen sind möglich. *

<input type="checkbox"/>	Kinder bis 12 Jahre (Jhg: 2014 – 2002)
<input type="checkbox"/>	Jugendliche bis 17 Jahre (Jhg: 2002 – 1997)
<input type="checkbox"/>	Junge Erwachsene bis 30 Jahre (Jhg: 1996 – 1984)
<input type="checkbox"/>	Erwachsene zwischen 31-64 Jahre (Jhg: 1983 – 1949)
<input type="checkbox"/>	Ältere Patienten ab 65 Jahre

Für die spätere Auswertung ist es wichtig zu wissen, ob die Risikogruppen für Essstörungen in den Einrichtungen überhaupt behandelt werden. Sollte sich herausstellen, dass die befragten Zentren ausschließlich ältere Patienten behandeln, die im Allgemeinen nicht als Risikogruppe für Essstörungen angesehen werden, müssten die nachfolgenden Ergebnisse der Studie entsprechend anders bewertet werden. Somit ist die Auflistung der weiteren Altersgruppen aus Gründen der Vollständigkeit geschehen.

Tabelle 3 | Frage 2

2. Welches Fachpersonal wird in Ihrer Einrichtung beschäftigt? Mehrfachnennungen sind möglich. *

<input type="checkbox"/>	Diabetologen DDG
<input type="checkbox"/>	Diabetesberater DDG
<input type="checkbox"/>	Diabetesassistenten DDG
<input type="checkbox"/>	Fachpsychologen DDG
<input type="checkbox"/>	Kooperationen mit Fachpsychologen DDG
<input type="checkbox"/>	Psychologen
<input type="checkbox"/>	Kooperationen mit Psychologen
<input type="checkbox"/>	Wundmanager DGCW oder ICW
<input type="checkbox"/>	Wundassistenten DDG
<input type="checkbox"/>	Podologen
<input type="checkbox"/>	Medizinische Fachangestellte
<input type="checkbox"/>	Diabetes-Pflegekräfte
<input type="checkbox"/>	Gesundheits- und Krankenpfleger
<input type="checkbox"/>	Diätassistenten
<input type="checkbox"/>	Ernährungsberater DGE
<input type="checkbox"/>	Ökotrophologen
<input type="checkbox"/>	Ernährungsmediziner
<input type="checkbox"/>	Physiotherapeuten
<input type="checkbox"/>	Weitere Berufsbezeichnung <input type="text"/>

Diese zweite Frage soll vor allem überprüfen helfen, ob in den Einrichtungen ein multidisziplinäres Team vorhanden ist, um eine mögliche Essstörung adäquat diagnostizieren und gegebenenfalls behandeln zu können. In diesem Zusammenhang erklärt sich auch die Auswahlmöglichkeit von eventuellen Kooperationsverträgen mit Fachpsychologen DDG beziehungsweise Psychologen.

Im Anschluss findet bereits der Übergang zum zweiten Modul „Schulungen und Informationsveranstaltungen“ statt.

Schulungen und Informationsveranstaltungen

Tabelle 4 | Frage 3

3. Führen Sie Schulungen / Informationsveranstaltungen für Ihre Patienten durch? *

<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein

Die Durchführung von Schulungen ist für die zertifizierten Diabeteszentren DDG verpflichtend. Daher ist die Frage zwar grundsätzlich redundant, um jedoch alle Eventualitäten abzudecken zu können, ist sie Teil der Erhebung.

Durch Thematisierung von psychologischer Gesundheit oder Essstörungen im Rahmen der Schulungen können Patienten bereits für diese Sachverhalte sensibilisiert werden. Eine Einbindung von ersten Screeningmethoden wie einem Ernährungsanamnesebogen könnte in diesen Veranstaltungen realisiert werden. Besonders für Zentren, die keine weiteren standardisierten Screeningmethoden verwenden, wäre dies ein erster Ansatz für die Detektion von Essstörungen bei ihren Patienten.

Tabelle 5 | Frage 4

4. Verwenden Sie für die Schulungen von Patienten und Angehörigen DDG-anerkannte Schulungsprogramme? *

<input type="radio"/>	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.
<input type="radio"/>	Ja. Wir verwenden ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde.
<input type="radio"/>	Ja. Wir verwenden sowohl DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde
<input type="radio"/>	Nein

Die zertifizierten Diabeteszentren können sich in einem festgelegten Verfahren ihr eigenes Schulungsprogramm anerkennen lassen. In diesem Zusammenhang müssen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Schulungsprogramms festgelegt und empirisch evaluiert werden. Neben dem eigenen Schulungsprogramm können die Einrichtungen auch andere durch die DDG anerkannte Schulungsprogramme benutzen. Die Antwortmöglichkeit „Nein“ steht der Vollständigkeit halber zur Verfügung, obwohl zertifizierte Zentren durch ihre Zertifizierung grundsätzlich zur Durchführung von Schulungen verpflichtet sind.

Tabelle 6 | Frage 5

5. Welche DDG-anerkannten Schulungsprogramme verwenden Sie in Ihrer Einrichtung? Mehrfachnennungen sind möglich. *

ZI - Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Behandlungs- und Schulungsprogramme, die durch die ZI betreut werden.

<input type="checkbox"/>	MEDIAS 2 Basic
<input type="checkbox"/>	MEDIAS 2 ICT
<input type="checkbox"/>	PRIMAS
<input type="checkbox"/>	ZI-Programm für intensivierete Insulintherapie
<input type="checkbox"/>	ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen
<input type="checkbox"/>	ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen
<input type="checkbox"/>	ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen
<input type="checkbox"/>	Diabetes bei Kindern: ein Behandlungs- und Schulungsprogramm
<input type="checkbox"/>	Schulungs- und Behandlungsprogramm für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Typ I
<input type="checkbox"/>	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie
<input type="checkbox"/>	HBSP - Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm
<input type="checkbox"/>	BGAT - Blutglukosewahrnehmungstraining für Typ-1-Diabetiker
<input type="checkbox"/>	HYPOS - Hypoglykämieprogramm
<input type="checkbox"/>	BARFUSS
<input type="checkbox"/>	SGS - Strukturiertes Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker im höheren Lebensalter
<input type="checkbox"/>	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>	Keines der genannten Programme, wir verwenden: <input type="text"/>

Mit den aufgelisteten Antwortmöglichkeiten soll ermittelt werden, welche Schulungen am häufigsten verwendet werden. Wie an anderer Stelle in dieser Arbeit beschrieben (Abschnitt 2.3. Die Rolle von Schulungen bei der Diabetesbehandlung) bietet vor allem das Medias-2-Programm eine mögliche Verbesserung von psychologisch bedingten Folgeerkrankungen bei Diabetes mellitus. Finden bestimmte Schulungsprogramme unabhängig von Medias 2 besonders häufig Anwendung, könnte die Empfehlung ausgesprochen werden, in diesen Programmen ebenfalls eine psychologische Komponente einzugliedern.

Tabelle 7 | Frage 6

6. Welche Schulungsprogramme verwenden Sie unter Umständen noch zusätzlich? Mehrfachnennungen sind möglich.

<input type="checkbox"/>	Linda - Selbstmanagement-Programm für Typ I & II
<input type="checkbox"/>	Subito - Insulinpumpenschulung
<input type="checkbox"/>	DiSKO - wie Diabetiker zum Sport kommen
<input type="checkbox"/>	Diabetes II im Gespräch
<input type="checkbox"/>	Diabetes und Verhalten
<input type="checkbox"/>	Keines der genannten Programme
<input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="text"/>

Mit dieser Frage hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, weitere verwendete Schulungsprogramme zu nennen, die von der DDG nicht anerkannt wurden. Sie dient der Vollständigkeit.

Tabelle 8 | Frage 7

7. Wer führt die Schulungen durch? Mehrfachnennungen sind möglich. *

<input type="checkbox"/>	Diabetologen DDG
<input type="checkbox"/>	Diabetesberater DDG
<input type="checkbox"/>	Diabetesassistenten DDG
<input type="checkbox"/>	Fachpsychologen DDG
<input type="checkbox"/>	Psychologen
<input type="checkbox"/>	Wundmanager DGCW oder ICW
<input type="checkbox"/>	Wundassistenten DDG
<input type="checkbox"/>	Podologen
<input type="checkbox"/>	Medizinische Fachangestellten
<input type="checkbox"/>	Diabetes-Pflegekräfte
<input type="checkbox"/>	Gesundheits- und Krankenpfleger
<input type="checkbox"/>	Diätassistenten
<input type="checkbox"/>	Ernährungsberater DGE
<input type="checkbox"/>	Ökotrophologen

<input type="checkbox"/>	Ernährungsmediziner
<input type="checkbox"/>	Physiotherapeuten
<input type="checkbox"/>	Weitere Berufsbezeichnung <input type="text"/>

Es handelt sich hierbei um dieselbe Auflistung wie in Frage 2, abgesehen von den Kooperationspartnern. Dies ist aus Gründen des Wiedererkennens so ausgewählt worden. Die Frage an sich soll einen Rückschluss darauf ermöglichen, ob das Personal, welches die Schulungen durchführt, fachlich dazu in der Lage wäre, psychologische Folgeerkrankungen beziehungsweise Essstörungen im Rahmen der Schulung anzusprechen.

Tabelle 9 | Frage 8

8. Bitte wählen Sie aus, wenn folgende Inhalte Teil Ihres eigenen Schulungsprogramms sein sollten:

<input type="checkbox"/>	Folgeerkrankungen & Komplikationen
<input type="checkbox"/>	Alltagsbewältigungsstrategien
<input type="checkbox"/>	Ich möchte folgendes hinzufügen: <input type="text"/>

Diese Frage wird den Einrichtungen gestellt, die angegeben haben, dass sie in ihrer Praxis ein eigenes Schulungsprogramm verwenden. Mit Hilfe dieser Frage soll ersichtlich sein, ob die eigenen Schulungen sich mit den psychologischen Problematiken der Diabetestherapie auseinandersetzen.

Tabelle 10 | Frage 9

9. Verwenden Sie in Ihrer Einrichtung eines dieser Schulungsprogramme? Mehrfachnennungen sind möglich. *

<input type="checkbox"/>	MEDIAS 2 Basic
<input type="checkbox"/>	MEDIAS 2 ICT
<input type="checkbox"/>	PRIMAS
<input type="checkbox"/>	ZI-Programm für intensivierete Insulintherapie
<input type="checkbox"/>	ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen
<input type="checkbox"/>	ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen
<input type="checkbox"/>	ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen
<input type="checkbox"/>	Diabetes bei Kindern: ein Behandlungs- und Schulungsprogramm

<input type="checkbox"/>	Schulungs- und Behandlungsprogramm für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Typ I
<input type="checkbox"/>	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie
<input type="checkbox"/>	HBSP - Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm
<input type="checkbox"/>	BGAT - Blutglukosewahrnehmungstraining für Typ-1-Diabetiker
<input type="checkbox"/>	HYPOS - Hypoglykämieprogramm
<input type="checkbox"/>	BARFUSS
<input type="checkbox"/>	SGS - Strukturiertes Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker im höheren Lebensalter
<input type="checkbox"/>	Linda - Selbstmanagement-Programm für Typ I & II
<input type="checkbox"/>	Subito - Insulinpumpenschulung
<input type="checkbox"/>	DiSKO - wie Diabetiker zum Sport kommen
<input type="checkbox"/>	Diabetes II im Gespräch
<input type="checkbox"/>	Diabetes und Verhalten
<input type="checkbox"/>	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>	Keines der genannten Programme, wir verwenden: <input type="text"/>

Bei dieser Frage handelt es sich um einen Zusammenschluss der Frage 5 und 6. Der Hintergrund entspricht dem in Frage 5 und 6. Sie gilt für jene, die Frage 4 mit „Nein“ beantwortet haben.

Tabelle 11 | Frage 10

10. Welche Gründe gibt es, dass Sie in Ihrer Einrichtung keine Schulungen durchführen? Mehrfachnennungen sind möglich. *

<input type="checkbox"/>	Kein Geld von den Krankenkassen
<input type="checkbox"/>	Zu wenig Zeit
<input type="checkbox"/>	Zu wenig Personal
<input type="checkbox"/>	Grund unbekannt
<input type="checkbox"/>	Ich möchte zu dieser Frage keine Auskunft geben
<input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="text"/>

Einige der Fragen, die mit „Nein“ beantwortet wurden, werden im Anschluss mit einer Frage nach den Gründen für die Entscheidung versehen. Werden beispielsweise keine

Schulungen abgehalten oder nach Folgeerkrankungen (Frage 20) bei den Patienten geschaut, ist es grundsätzlich interessant zu ermitteln, warum dies so ist. Möglicherweise können so auch Rückschlüsse daraus gezogen werden, warum generell nicht häufig nach beispielweise Essstörungen bei Patienten geschaut wird.

Mit den nun folgenden Fragen befindet sich der Fragebogen im dritten Themenbereich.

Folgeerkrankungen / Komplikationen

Tabelle 12 | Frage 11

11. Betreuen Sie Ihre Patienten hinsichtlich möglicher Folgeerkrankungen / Komplikationen? *

<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein

Der Hintergrund dieser Frage ergibt sich aus dem gesamten Thema dieser Abschlussarbeit. Dass nicht gleich nach psychologischen Folgeerkrankungen oder nach Essstörungen gefragt wird, ist auf die theoretischen Grundlagen von Fragebögenkonstruktionen zurückzuführen, in denen angeraten wird „nicht gleich mit der Tür ins Haus zu fallen“ (u.a. (Diekmann, 2011, S. 478)). Darüber hinaus kann dank der Gabelung dieser Frage gleich der Teil der Teilnehmer aussortiert werden, der in seiner Einrichtung die Folgeerkrankungen der Patienten nicht betreut. Diese Teilnehmer werden nicht mit weiteren Fragen zu diesem Thema irritiert.

Tabelle 13 | Frage 12

12. Verwenden Sie in Ihrer Einrichtung das Disease Management Programm (DMP)? *

<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein

Disease-Management-Programme (DMP) für Diabetes mellitus sind Programme vieler Krankenkassen. Im Rahmen dieser DMP's werden Patienten regelmäßig auf gewisse Folgeerkrankungen untersucht (u.a. Bundesversicherungsamt (BVA), 2009; (Bundesversicherungsamt (BVA) , 2014; Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2010; Techniker Krankenkasse, 2013). Ergibt die Umfrage, dass ein Großteil der Arztpraxen ihre Patienten im DMP betreuen, würde sich hieraus eine ähnliche Empfehlung ergeben wie bei Frage 5.

Tabelle 14 | Frage 13

13. Betreuen Sie Ihre Patienten auch hinsichtlich psychologischer Folgeerkrankungen? *

<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein

Ebenfalls wie bei Frage 11 ergibt sich der Grund für die Frage aus der Themenstellung dieser Arbeit.

Tabelle 15 | Frage 14

14. Ist Bestandteil dieser psychologischen Betreuung auch die Erfassung von möglichen Essstörungen der Patienten? *

<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein

Siehe hierzu die Begründung der Frage 13.

Tabelle 16 | Frage 15

15. Verwenden Sie zur Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen ein standardisiertes Vorgehen? *

<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein

Die Frage nach der Standardisierung ist wichtig, um nachvollziehen zu können, welcher Anteil an Einrichtungen (alle) ihre Patienten systematisch hinsichtlich möglicher Folgeerkrankungen untersucht. Wäre das bei einem Großteil der Diabeteszentren der Fall, könnte darauf rückgeschlossen werden, dass auch eine standardisierte Abfrage nach möglichen Essstörungen ohne weiteres in den Ablauf der Zentren integriert werden könnte.

Tabelle 17 | Frage 16

16. Sie haben angegeben, dass Ihre Einrichtung Ihre Patienten hinsichtlich möglicher Essstörungen betreut. Verwenden Sie zur Erfassung der Erkrankung einen Fragebogen? *

<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein

Wie bereits beschrieben, soll sich diese Untersuchung auf das Screeningverhalten mittels Fragebögen beschränken. Dementsprechend findet sich diese Frage im Verbund des Fragebogens wieder. In diesem Zusammenhang erklärt sich auch die folgende Frage.

Tabelle 18 | Frage 17

17. Welchen Fragebogen verwenden Sie für die Erhebung von gestörtem Essverhalten? Mehrfachnennungen sind möglich. *

<input type="checkbox"/>	DEPS - Diabetes Eating Problem Survey
<input type="checkbox"/>	Diab - Ess
<input type="checkbox"/>	BITE - Bulimic investigatory test edinburgh
<input type="checkbox"/>	NEQ – Night Eating Questionnaire
<input type="checkbox"/>	SCOFF
<input type="checkbox"/>	FEV – Fragebogen zum Essverhalten
<input type="checkbox"/>	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>	Weitere Fragebögen <input type="text"/>

Neben den „wichtigen“ Fragebögen DEPS und Diab-Ess zu Diabetes und Essstörungen befinden sich weitere Fragebögen in dieser Auflistung, die sich ausschließlich auf Essstörungen beziehen. Sie sind das Resultat der Recherchen zu dieser Fragestellung. Es soll an dieser Stelle gleich erwähnt werden, dass im Laufe weiterer Recherchen noch andere Fragebögen gefunden wurden, die diese Liste ergänzen könnten (vgl. S3-Leitlinie - Diagnostik und Therapie der Essstörungen, 2010). Eine entsprechende Erweiterung der Liste war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich. Dass eine erweiterte Auswahl fehlt, hat jedoch keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Ergebnisse der Frage, da unter den Antwortmöglichkeiten ein Feld zur Verfügung steht, mit Hilfe dessen fehlende Fragebögen ergänzt werden können.

Tabelle 19 | Frage 18

18. Führen Sie Ihre Screenings nur bei Risikopatienten für Essstörungen durch? *

<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein
<input type="radio"/>	Weiß ich nicht

Auf die Definition von Risikopatienten ist in dieser Frage bewusst verzichtet worden. Es wird impliziert, dass Einrichtungen, die in ihrer Praxis Risikopatienten screenen, diese auch identifizieren können. Andernfalls steht hier die Möglichkeit zur Verfügung „Weiß ich nicht“ als Antwort auszuwählen.

Tabelle 20 | Frage 19

19. Wie oft führen Sie die Screenings nach Folgeerkrankungen / Komplikationen durch? *

<input type="radio"/>	Beim ersten Besuch
<input type="radio"/>	Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)
<input type="radio"/>	Gelegentlich (z.B. 1x im Jahr)
<input type="radio"/>	Beim ersten und jedem weiteren Besuch
<input type="radio"/>	Beim ersten Besuch und dann nur gelegentlich

Die Frage nach der Häufigkeit der Screenings ist relevant, da sich eine Essstörung beziehungsweise psychische Folgeerkrankungen erst im Laufe der Diabeteserkrankung entwickeln kann. Das Screenen ausschließlich beim ersten Besuch könnte dazu führen, dass diese Erkrankungen beim Patienten nicht erkannt werden.

Die Formulierung der Frage kann bei nicht genauere Betrachtung Verwirrungen hervorrufen. Diese detaillierte Auflistung der einzelnen Möglichkeiten ist das Resultat des Pretest. Zuvor gab es nur die ersten drei Antwortmöglichkeiten. Es wurde so impliziert, dass mit „bei jedem Besuch“ auch der erste Besuch gemeint ist. Dies wurde von vielen Pretestern so nicht aufgefasst, sodass die Liste um die letzten zwei ergänzt wurde. Bei der Beantwortung der Frage kann es nun aber trotzdem zu Missverständnissen kommen, nämlich dann, wenn hinterfragt wird, was der Unterschied zwischen „jedem Besuch“ und dem „ersten Besuch“ ist. Hinsichtlich dessen ist die Frage irreführend formuliert worden.

Tabelle 21 | Frage 20

20. Welche Gründe gibt es, in Ihrer Einrichtung keine Betreuung von Folgeerkrankungen / Komplikationen vorzunehmen? Mehrfachnennungen sind möglich. *

<input type="checkbox"/>	Kein Geld von den Krankenkassen
<input type="checkbox"/>	Zu wenig Zeit
<input type="checkbox"/>	Zu wenig Personal
<input type="checkbox"/>	Grund unbekannt

<input type="checkbox"/>	Ich möchte zu dieser Frage keine Auskunft geben
<input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="text"/>

Siehe hierzu die Begründung der Frage 10.

Tabelle 22 | Frage 21

21. Verwendet Ihre Einrichtung zur Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen ein standardisiertes Vorgehen? *

<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein

Siehe hierzu die Begründung der Frage 15.

Tabelle 23 | Frage 22

22. Welche Gründe gibt es, dass Sie kein standardisiertes Vorgehen bei der Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen nutzen?

<input type="checkbox"/>	Keine Kenntnisse zu der Thematik Screening
<input type="checkbox"/>	Zu wenig Zeit
<input type="checkbox"/>	Zu wenig Personal
<input type="checkbox"/>	Grund unbekannt
<input type="checkbox"/>	Fehlende Akzeptanz der Patienten
<input type="checkbox"/>	Ich möchte zu dieser Frage keine Angabe machen
<input type="checkbox"/>	Sonstige Gründe <input type="text"/>

Siehe hierzu die Begründung der Frage 10.

Tabelle 24 | Frage 23

23. Verwenden Sie für das standardisierte Screenen der Patienten hinsichtlich Folgeerkrankungen / Komplikationen mindestens einen Fragebogen? *

<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein

Siehe hierzu die Begründung der Frage 15.

24. Unabhängig von Vorgehen und Methodik in Ihrem täglichen beruflichen Alltag: Sie stellen bei einem Ihrer Patienten eine Essstörung fest oder haben zumindest den Verdacht, dass eine Essstörung vorliegen könnte. Welche Maßnahmen ergreifen Sie als nächstes?

Bei dieser Frage finden Sie keine vorgegebenen Möglichkeiten vor, da die Bandbreite an möglichen Entscheidungen Ihrerseits sehr vielfältig sein kann. Bitte fühlen Sie mit wenigen Worten das untere Textfeld aus. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

(Textfeld)

Diese offene Frage dient einer möglichen Einschätzung darüber, wie die Praxen mit ihren essgestörten Patienten umgehen beziehungsweise umgehen würden.

Tabelle 25 | Frage 25

25. Bitte geben Sie Ihre eigene Berufsbezeichnung an. Mehrfachnennungen sind möglich. *

<input type="checkbox"/>	Diabetologe/-In DDG
<input type="checkbox"/>	Diabetesberater/-In DDG
<input type="checkbox"/>	Diabetesassistent/-In DDG
<input type="checkbox"/>	Fachpsychologe /-In DDG
<input type="checkbox"/>	Psychologe
<input type="checkbox"/>	Wundmanager/-In DG CW oder ICW
<input type="checkbox"/>	Wundassistent/-In DDG
<input type="checkbox"/>	Podologe/-In
<input type="checkbox"/>	Medizinische/r Fachangestellte/r
<input type="checkbox"/>	Diabetes-Pflegekraft
<input type="checkbox"/>	Gesundheits- und Krankenpfleger/-In
<input type="checkbox"/>	Diätassistent/-In
<input type="checkbox"/>	Ernährungsberater/-In DGE
<input type="checkbox"/>	Ökotrophologe/-In
<input type="checkbox"/>	Ernährungsmediziner/-In
<input type="checkbox"/>	Physiotherapeut/-In
<input type="checkbox"/>	Weitere Berufsbezeichnung <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>

Mit der Frage soll ermittelt werden, welchen medizinischen Kenntnisstand der Teilnehmer hat. Die Mehrfachnennung ist hier durchaus beabsichtigt. So kann beispielsweise eine Diätassistentin gleichfalls auch die Weiterbildung zur Diabetesberaterin absolviert haben.

Tabelle 26 | Frage 26

26. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Einrichtung? *

<input type="radio"/>	Baden-Württemberg
<input type="radio"/>	Bayern
<input type="radio"/>	Berlin
<input type="radio"/>	Brandenburg
<input type="radio"/>	Bremen
<input type="radio"/>	Hamburg
<input type="radio"/>	Hessen
<input type="radio"/>	Mecklenburg-Vorpommern
<input type="radio"/>	Niedersachsen
<input type="radio"/>	Nordrhein-Westfalen
<input type="radio"/>	Rheinland-Pfalz
<input type="radio"/>	Saarland
<input type="radio"/>	Sachsen
<input type="radio"/>	Sachsen-Anhalt
<input type="radio"/>	Schleswig-Holstein
<input type="radio"/>	Thüringen

Die Frage nach der jeweiligen Lokalität der Befragten kann im weiteren Verlauf genutzt werden, um möglicherweise Rückschlüsse auf regionale Häufungen für bestimmte Sachverhalte aufzuzeigen.

Mit dieser Frage ist die Umfrage inhaltlich beendet. Es folgt eine weitere Maske, auf der eine Verabschiedung erfolgt sowie die Möglichkeit besteht, eine E-Mail-Adresse zu hinterlassen. Die Adresse dient dazu, interessierte Teilnehmer später über die Ergebnisse der Erhebung zu informieren.

Die Beantwortung der Fragen war vom 13.07.2014 bis zum 31.07.2014 möglich. Dieser Zeitraum wurde gewählt, um die häufige Sommerpause im August umgehen zu können. Da

die Beantwortung im Pretest nie mehr als fünf Minuten betrug, ist der zur Verfügung stehende Zeitraum für eine Beantwortung als ausreichend zu betrachten.

3.2 Ergebnisse der Umfrage

Von 422 möglichen zertifizierten Diabeteszentren DDG konnten 13 Einrichtungen nicht angeschrieben werden, da bei den betroffenen Praxen keine E-Mail-Adresse zur Verfügung stand.

Von den 409 verbleibenden erfolgte bei zwei Mailadressen kein Sendebericht.

In die Erhebung eingeschlossen wurden 407 zertifizierte Diabeteszentren DDG (Stand: 24.06.2014)

Von den 407 benachrichtigten Einrichtungen nahmen 71 an der Umfrage teil.

Demnach errechnet sich ein Ausschöpfungsquotient von 17,4 %.

$$A = \frac{\text{Anzahl auswertbarer Fragebögen}}{\text{Anzahl angeschriebener Praxen} = \text{Gesamtheit Praxen} - \text{nicht erreichbare Praxen}} \cdot 100$$

$$A = \frac{71}{422 - 15} \cdot 100 = 17,4 \%$$

Von den 71 Teilnehmern der Umfrage haben im Verlauf der Befragung acht Teilnehmer den Fragebogen vorzeitig beendet, sodass insgesamt 63 Teilnehmer den Fragebogen vollständig beendet haben. Die Abbruchquote der Umfrage beträgt demnach rund 11,5%.

Die durchschnittliche Beantwortungszeit lag bei $\bar{x} = 54$ Minuten. Der Median zeigt einen Wert von $\tilde{x} = 6$ Minuten.

Die anschließenden Tabellen zeigen die deskriptive Häufigkeitsverteilung der Antworten. Die Angaben der Häufigkeiten beziehen sich dabei immer auf die angegebene Anzahl der Teilnehmer jeder Frage. Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Tabellenkalkulationsprogramm Excel 2013.

Die Rohdaten befinden sich im Anhang ab Seite *vi*. Die gesammelten E-Mail-Adressen finden sich aus Datenschutzgründen nicht in der Liste wieder.

Tabelle 27 | Ergebnis Frage 1

1. Welche Patientengruppen werden in Ihrer Einrichtung behandelt? Mehrfachnennungen sind möglich. *

Anzahl der Teilnehmer

71

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Kinder	16	0,23	23 %
Jugendliche	27	0,38	38 %
Junge Erwachsene	56	0,79	79 %
Erwachsene	61	0,86	86 %
ältere Erwachsene	61	0,86	86 %

Tabelle 28 | Ergebnis Frage 2

2. Welches Fachpersonal wird in Ihrer Einrichtung beschäftigt? Mehrfachnennungen sind möglich. *

Anzahl der Teilnehmer

71

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Diabetologen DDG	69	0,97	97 %
Diabetesberater DDG	70	0,99	99 %
Diabetesassistenten DDG	39	0,55	55 %
Fachpsychologen DDG	17	0,24	24 %
Kooperationen mit Fachpsychologen DDG	4	0,06	6 %
Psychologen	29	0,41	41 %
Kooperationen mit Psychologen	18	0,25	25 %
Wundmanager DGCW oder ICW	38	0,54	54 %
Wundassistenten DDG	31	0,44	44 %
Podologen	19	0,27	27 %
Medizinische Fachangestellte	37	0,52	52 %
Diabetes-Pflegekräfte	22	0,31	31 %
Gesundheits- und Krankenpfleger	43	0,61	61 %
Diätassistenten	48	0,68	68 %
Ernährungsberater DGE	21	0,30	30 %
Ökotrophologen	23	0,32	32 %
Ernährungsmediziner	17	0,24	24 %
Physiotherapeuten	43	0,61	61 %
Weitere Berufsbezeichnung:			
Sozialarbeiter	2	0,03	3 %
psychologisch geschulte Krankenschwester	1	0,01	1 %
Kunsttherapeuten	1	0,01	1 %
Dermatologen	1	0,01	1 %
Allgemeinmediziner	2	0,03	3 %

Tabelle 29 | Ergebnis Frage 3

3. Führen Sie Schulungen / Informationsveranstaltungen für Ihre Patienten durch? *

Anzahl der Teilnehmer

71

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Ja	69	0,97	97 %
Nein	2	0,03	3 %
Σ	71	1	100 %

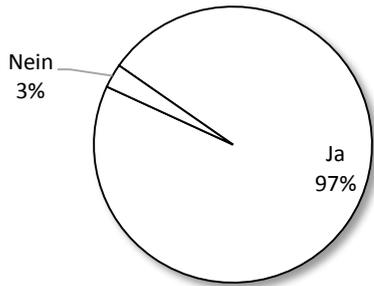


Tabelle 30 | Ergebnis Frage 4

4. Verwenden Sie für die Schulungen von Patienten und Angehörigen DDG-anerkannte Schulungsprogramme? *

Anzahl der Teilnehmer

69

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	27	0,39	39 %
Ja. Wir verwenden ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde.	1	0,01	1 %
Ja. Wir verwenden sowohl DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	40	0,58	58 %
Nein	1	0,01	1 %
Σ	69	1	100 %

Tabelle 31 | Ergebnis Frage 5

**5. Welche DDG-anerkannten Schulungsprogramme verwenden Sie in Ihrer Einrichtung?
Mehrfachnennungen sind möglich. ***

Anzahl der Teilnehmer

66

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
MEDIAS 2 Basic	36	0,55	55 %
MEDIAS 2 ICT	30	0,45	45 %
PRIMAS	24	0,36	36 %
ZI-Programm für intensivierete Insulin- therapie	29	0,44	44 %
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	34	0,52	52 %
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen	33	0,50	50 %
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	28	0,42	42 %
Diabetes bei Kindern: ein Behand- lungs- und Schulungsprogramm	14	0,21	21 %
Schulungs- und Behandlungspro- gramm für Eltern von Kindern und Ju- gendlichen mit Typ I	13	0,20	20 %
Behandlungs- und Schulungspro- gramm für Patienten mit Hypertonie	30	0,45	45 %
HBSP - Strukturiertes Hypertonie-Be- handlungs- und Schulungsprogramm	4	0,06	6 %
BGAT - Blutglukosewahrnehmungstrai- ning für Typ-1-Diabetiker	15	0,23	23 %
HYPOS - Hypoglykämieprogramm	22	0,33	33 %
BARFUSS	12	0,18	18 %
SGS - Strukturiertes Schulungspro- gramm für Typ-2-Diabetiker im höheren Lebensalter	10	0,15	15 %
Weiß ich nicht	5	0,08	8 %
Keines der genannten Programme, wir verwenden:			
Eigenes Schulungsprogramm	3	0,05	5 %
Leben mit Diabetes von W. Hecker	1	0,02	2 %
Subito	1	0,02	2 %
Jugendliche mit Diabetes	1	0,02	2 %
Andreas Neu	1	0,02	2 %

Tabelle 32 | Ergebnis Frage 6

6. Welche Schulungsprogramme verwenden Sie unter Umständen noch zusätzlich? Mehrfachnennungen sind möglich.

Anzahl der Teilnehmer

53

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Linda - Selbstmanagement-Programm für Typ I & II	17	0,32	32 %
Subito - Insulinpumpenschulung	18	0,34	34 %
DiSKO - wie Diabetiker zum Sport kommen	18	0,34	34 %
Diabetes II im Gespräch	0	0,00	0 %
Diabetes und Verhalten	3	0,06	6 %
Keines der genannten Programme	12	0,23	23 %
Sonstige:			
Lilly Schulungsfolien	2	0,04	4 %
Weiß ich nicht	1	0,02	2 %
Dikol	1	0,02	2 %

Tabelle 33 | Ergebnis Frage 7

7. Wer führt die Schulungen durch? Mehrfachnennungen sind möglich. *

Anzahl der Teilnehmer

67

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Diabetologen DDG	39	0,58	58 %
Diabetesberater DDG	66	0,99	99 %
Diabetesassistenten DDG	29	0,43	43 %
Fachpsychologen DDG	11	0,16	16 %
Psychologe	4	0,06	6 %
Wundmanager DGCW oder ICW	2	0,03	3 %
Wundassistenten DDG	3	0,04	4 %
Podologen	2	0,03	3 %
Medizinische Fachangestellten	1	0,01	1 %
Diabetes-Pflegekräfte	7	0,10	10 %
Gesundheits- und Krankenpfleger	3	0,04	4 %
Diätassistenten	19	0,28	28 %
Ernährungsberater DGE	8	0,12	12 %
Ökotrophologen	14	0,21	21 %
Ernährungsmediziner	5	0,07	7 %
Physiotherapeuten	7	0,10	10 %
Weitere Berufsbezeichnung:			
Hypertensiologen	1	0,01	1 %

Tabelle 34 | Ergebnis Frage 8

8. Bitte wählen Sie aus, wenn folgende Inhalte Teil Ihres eigenen Schulungsprogramms sein sollten:

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Anzahl der Teilnehmer	32		
Folgeerkrankungen & Komplikationen	30	0,94	94 %
Alltagsbewältigungsstrategien	28	0,88	88 %
Ich möchte folgendes hinzufügen:			
Oben genanntes, ist Teil des Schulungsprogramms	1	0,03	3 %
Diabetes und Seele	1	0,03	3 %

Tabelle 35 | Ergebnis Frage 9

9. Verwenden Sie in Ihrer Einrichtung eines dieser Schulungsprogramme? Mehrfachnennungen sind möglich. *

Anzahl der Teilnehmer

1

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
MEDIAS 2 Basic	0	0,00	0 %
MEDIAS 2 ICT	0	0,00	0 %
PRIMAS	0	0,00	0 %
ZI-Programm für intensivierete Insulintherapie	0	0,00	0 %
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	0	0,00	0 %
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen	0	0,00	0 %
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	0	0,00	0 %
Diabetes bei Kindern: ein Behandlungs- und Schulungsprogramm	0	0,00	0 %
Schulungs- und Behandlungsprogramm für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Typ I	0	0,00	0 %
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	1	1,00	100 %
HBSP - Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm	0	0,00	0 %
BGAT - Blutglukosewahrnehmungstraining für Typ-1-Diabetiker	0	0,00	0 %
HYPOS - Hypoglykämieprogramm	0	0,00	0 %
BARFUSS	0	0,00	0 %
SGS - Strukturiertes Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker im höheren Lebensalter	0	0,00	0 %
Linda - Selbstmanagement-Programm für Typ I & II	0	0,00	0 %
Subito - Insulinpumpenschulung	1	1,00	100 %
DiSKO - wie Diabetiker zum Sport kommen	0	0,00	0 %
Diabetes II im Gespräch	0	0,00	0 %
Diabetes und Verhalten	0	0,00	0 %
Weiß ich nicht	0	0,00	0 %
Keines der genannten Programme, wir verwenden	0	0,00	0 %

Tabelle 36 | Ergebnis Frage 10

10. Welche Gründe gibt es, dass Sie in Ihrer Einrichtung keine Schulungen durchführen? Mehrfachnennungen sind möglich. *

Anzahl der Teilnehmer		2		
Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten	
Kein Geld von den Krankenkassen	1	0,50	50 %	
Zu wenig Zeit	0	0,00	0 %	
Zu wenig Personal	0	0,00	0 %	
Grund unbekannt	0	0,00	0 %	
Ich möchte zu dieser Frage keine Auskunft geben	1	0,50	50 %	
Sonstiges	0	0,00	0 %	

Tabelle 37 | Ergebnis Frage 11

11. Betreuen Sie Ihre Patienten hinsichtlich möglicher Folgeerkrankungen / Komplikationen? *

Anzahl der Teilnehmer		68		
Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten	
Ja	68	1,00	100 %	
Nein	0	0,00	0 %	
Σ	68	1	100 %	

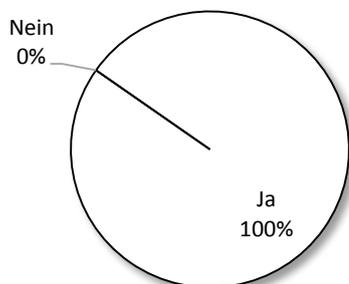


Tabelle 38 | Ergebnis Frage 12

12. Verwenden Sie in Ihrer Einrichtung das Disease Management Programm (DMP)? *

Anzahl der Teilnehmer

66

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Ja	40	0,61	61 %
Nein	26	0,39	39 %
Σ	66	1	100 %

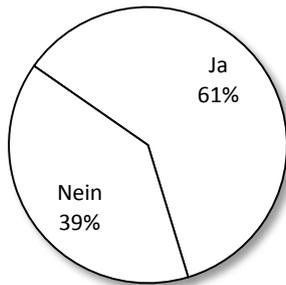


Tabelle 39 | Ergebnis Frage 13

13. Betreuen Sie Ihre Patienten auch hinsichtlich psychologischer Folgeerkrankungen?*

Anzahl der Teilnehmer

64

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Ja	41	0,64	64 %
Nein	23	0,36	36 %
Σ	64	1	100 %

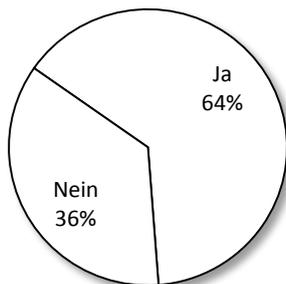


Tabelle 40 | Ergebnis Frage 14

14. Ist Bestandteil dieser psychologischen Betreuung auch die Erfassung von möglichen Essstörungen der Patienten? *

Anzahl der Teilnehmer

41

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Ja	36	0,88	88 %
Nein	5	0,12	12 %
Σ	41	1	100 %

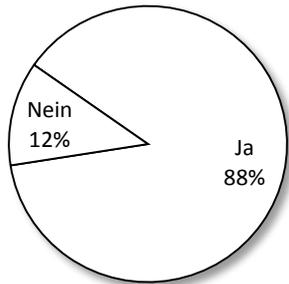


Tabelle 41 | Ergebnis Frage 15

15. Verwenden Sie zur Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen ein standardisiertes Vorgehen? *

Anzahl der Teilnehmer

37

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Ja	32	0,86	86 %
Nein	5	0,14	14 %
Σ	37	1	100 %

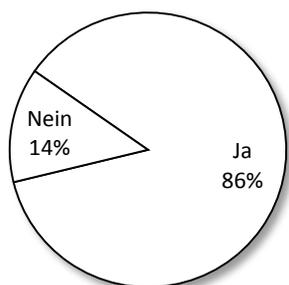


Tabelle 42 | Ergebnis Frage 16

16. Sie haben angegeben, dass Ihre Einrichtung Ihre Patienten hinsichtlich möglicher Essstörungen betreut. Verwenden Sie zur Erfassung der Erkrankung einen Fragebogen? *

Anzahl der Teilnehmer	32		
Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Ja	12	0,38	38 %
Nein	20	0,63	63 %
Σ	32	1	100 %

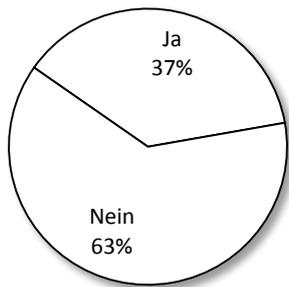


Tabelle 43 | Ergebnis Frage 17

17. Welchen Fragebogen verwenden Sie für die Erhebung von gestörtem Essverhalten? Mehrfachnennungen sind möglich. *

Anzahl der Teilnehmer	12		
Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
DEPS - Diabetes Eating Problem Survey	0	0,00	0 %
Diab - Ess	1	0,08	8 %
BITE - Bulimic investigatory test edinburgh	1	0,08	8 %
NEQ – Night Eating Questionair	1	0,08	8 %
SCOFF	1	0,08	8 %
FEV – Fragebogen zum Essverhalten	5	0,42	42 %
Weiß ich nicht	3	0,25	25 %
Weitere Fragebögen:			
Eating Disorder Inventory 2 (EDI2)	1	0,08	8 %
eigenen Ernährungsanamnesebogen	2	0,17	17 %

Tabelle 44 | Ergebnis Frage 18

18. Führen Sie Ihre Screenings nur bei Risikopatienten für Essstörungen durch? *

Anzahl der Teilnehmer

31

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Ja	18	0,58	58 %
Nein	9	0,29	29 %
Weiß ich nicht	4	0,13	13 %
Σ	31	1	100 %

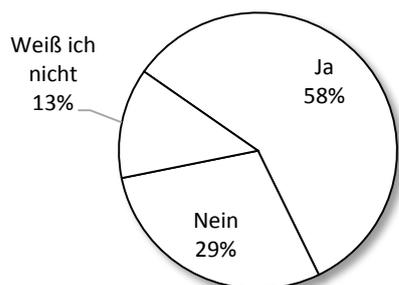


Tabelle 45 | Ergebnis Frage 19

19. Wie oft führen Sie die Screenings nach Folgeerkrankungen / Komplikationen durch?*

Anzahl der Teilnehmer

51

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Beim ersten Besuch	12	0,24	24 %
Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)	18	0,35	35 %
Gelegentlich (z.B. 1x im Jahr)	7	0,14	14 %
Beim ersten und jedem weiteren Besuch	5	0,10	10 %
Beim ersten Besuch und dann nur gelegentlich	9	0,18	18 %

Tabelle 46 | Ergebnis Frage 20

20. Welche Gründe gibt es, in Ihrer Einrichtung keine Betreuung von Folgeerkrankungen / Komplikationen vorzunehmen? Mehrfachnennungen sind möglich. *

Anzahl der Teilnehmer

0

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Kein Geld von den Krankenkassen	0	-	-
Zu wenig Zeit	0	-	-
Zu wenig Personal	0	-	-
Grund unbekannt	0	-	-
Ich möchte zu dieser Frage keine Auskunft geben	0	-	-
Sonstiges	0	-	-

Tabelle 47 | Ergebnis Frage 21

21. Verwendet Ihre Einrichtung zur Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen ein standardisiertes Vorgehen? *

Anzahl der Teilnehmer

28

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Ja	21	0,75	75 %
Nein	7	0,25	25 %
Σ	28	1	100 %

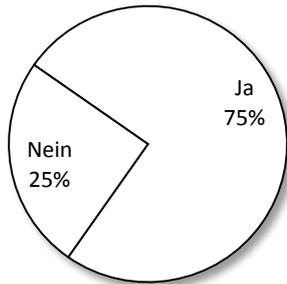


Tabelle 48 | Ergebnis Frage 22

22. Welche Gründe gibt es, dass Sie kein standardisiertes Vorgehen bei der Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen nutzen?

Anzahl der Teilnehmer

11

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Keine Kenntnisse zu der Thematik Screening	3	0,27	27 %
Zu wenig Zeit	6	0,55	55 %
Zu wenig Personal	5	0,45	45 %
Grund unbekannt	1	0,09	9 %
Fehlende Akzeptanz der Patienten	1	0,09	9 %
Ich möchte zu dieser Frage keine Angabe machen	2	0,18	18 %
Sonstige Gründe:			
noch nicht darüber nachgedacht	1	0,09	9 %
Führt der Fachpsychologe durch	1	0,09	9 %

Tabelle 49 | Ergebnis Frage 23

23. Verwenden Sie für das standardisierte Screenen der Patienten hinsichtlich Folgeerkrankungen / Komplikationen mindestens einen Fragebogen? *

Anzahl der Teilnehmer	20		
Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Ja	12	0,60	60 %
Nein	8	0,40	40 %
Σ	20	1	100 %

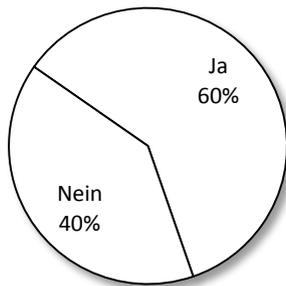


Tabelle 50 | Ergebnis Frage 24

24. Offene Frage

Anzahl der Teilnehmer	51		
Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Psychologisches Konsil	27	0,53	53 %
Wünscht der Patient irgendeine Therapie?	5	0,10	10 %
Behandlung durch multidisziplinäres Team	2	0,04	4 %
Ernährungsberatung / Ernährungsanamnese	7	0,14	14 %
Ärztliche Beratung	3	0,06	6 %
Gespräch suchen	10	0,20	20 %
Angehörige miteinbeziehen	2	0,04	4 %
Weiterführende Diagnostik um den Befund zu sichern	6	0,12	12 %
Therapie ansetzen	1	0,02	2 %
Besprechung des Falls im multidisziplinären Team	2	0,04	4 %
Besprechung des Falls mit Psychologen	2	0,04	4 %
Anamnesegespräch	1	0,02	2 %

Tabelle 51 | Ergebnis Frage 25

25. Bitte geben Sie Ihre eigene Berufsbezeichnung an. Mehrfachnennungen sind möglich. *

Anzahl der Teilnehmer

63

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Diabetologe/-In DDG	31	0,49	49 %
Diabetesberater/-In DDG	25	0,40	40 %
Diabetesassistent/-In DDG	8	0,13	13 %
Fachpsychologe /-In DDG	2	0,03	3 %
Psychologen	0	0,00	0 %
Wundmanager/-In DGCW oder ICW	3	0,05	5 %
Wundassistent/-In DDG	2	0,03	3 %
Podologe/-In	1	0,02	2 %
Medizinische/r Fachangestellte/r	1	0,02	2 %
Diabetes-Pflegekraft	2	0,03	3 %
Gesundheits- und Krankenpfleger/-In	10	0,16	16 %
Diätassistent/-In	9	0,14	14 %
Ernährungsberater/-In DGE	2	0,03	3 %
Ökotrophologe/-In	4	0,06	6 %
Ernährungsmediziner/-In	3	0,05	5 %
Physiotherapeut/-In	0	0,00	0 %
Weitere Berufsbezeichnung:			
Hypertensiologe	1	0,02	2 %
Allgemeinmediziner	6	0,10	10 %
Sozialpädagoge	1	0,02	2 %
Kinderkrankenschwester	1	0,02	2 %
Diplom-Trophologin	1	0,02	2 %

Tabelle 52 | Ergebnis Frage 26

26. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Einrichtung? *

Anzahl der Teilnehmer

63

Antwort	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeiten	Prozentuale Häufigkeiten
Baden-Württemberg	11	0,17	17 %
Bayern	4	0,06	6 %
Berlin	3	0,05	5 %
Brandenburg	0	0,00	0 %
Bremen	3	0,05	5 %
Hamburg	1	0,02	2 %
Hessen	6	0,10	10 %
Mecklenburg-Vorpommern	0	0,00	0 %
Niedersachsen	4	0,06	6 %
Nordrhein-Westfalen	16	0,25	25 %
Rheinland-Pfalz	5	0,08	8 %
Saarland	0	0,00	0 %
Sachsen	4	0,06	6 %
Sachsen-Anhalt	1	0,02	2 %
Schleswig-Holstein	4	0,06	6 %
Thüringen	1	0,02	2 %

3.3 Auswertung**3.3.1 Rücklaufquote und Komplikationen**

Die Rücklaufquote von 17,4% ist grundsätzlich gering. Ob die Ergebnisse dieser Untersuchung daher die tatsächlichen Gegebenheiten in allen zertifizierten Diabeteszentren DDG widerspiegeln, kann trotz des Vollerhebungsansatzes nicht garantiert werden.

Die ermittelte Abbruchquote innerhalb des Fragebogens vermindert zudem die Übersichtlichkeit bei dem Vergleich der einzelnen Ergebnisse. Vergleicht man zu Beginn noch 71 Teilnehmer miteinander, sind es am Ende nur noch 63. So ist es in jeder Frage überaus wichtig, die statistischen Häufigkeiten immer auf die jeweilige Teilnehmerzahl der Frage zu beziehen. Ein übergreifender Vergleich mancher Fragen (z.B. Frage 11 zu 12 zu 13) ist so nur mit der Nennung vieler Zahlen möglich. Dies schmälert die Lesefreundlichkeit der Daten. Bei der Betrachtung der Teilnehmerzahlen für jede Frage fallen zudem Ungereimtheiten auf. Nach ausgiebiger Prüfung der Rohdaten konnte festgestellt werden, dass zwei Teilnehmer (in den Rohdaten markiert, siehe Anhang ab Seite *vii*) widersprüchlich geantwortet haben. Die Daten zeigen, dass sie im Fragebogen gesprungen sein müssen. Teilnehmer 13415098 beantwortete die Frage 3 nach der Durchführung von Schulungen mit „Nein“ und auch die darauffolgende Frage 10 versah er mit einer Antwort. Anschließend beantwortete

er zusätzlich Fragen zu den Schulungsprogrammen. Eine nachträgliche Sondierung des programmierten Fragebogentools ergab aber, dass hier keinesfalls falsche Verlinkungen die Ursache für das „Springen“ gewesen sein können. So muss der Teilnehmer per Pfeiltasten die Fragebogenabfolge umgangen haben. Derselbe Vorgang zeigt sich auch für den Teilnehmer 13441305. Dieser beantwortet Frage 21 mit „Nein“, für die Folgefrage 22 findet sich jedoch keine Antwort mehr von ihm vor, dafür aber für den anderen Fragestrang ab Frage 13, der sich mit der psychologischen Betreuung der Patienten beschäftigt. Da beide Teilnehmer durch Beantwortung der letzten Frage den Fragebogen über einen anderen Pfad beendet haben, kann daraus geschlossen werden, dass der erste widersprüchliche Pfad fehlerbehaftet ist. Bei den betroffenen Fragen 3,10 und 21 ist demnach jeweils ein Teilnehmer zu viel aufgelistet. Die Einbringung der Pfeiltasten kann in diesem Zusammenhang als Fehlentscheidung interpretiert werden. Von einer Nebenrechnung der betroffenen Fragen wird in diesem Zusammenhang jedoch Abstand genommen, da der Nutzen nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Aufwand steht. Die betroffenen Fragen beantworten Nebeninformationen, die die Aussagekraft der Forschungsergebnisse nicht in Mitleidenschaft ziehen.

Andere Erhebungsmethoden wie eine schriftliche postalische Befragung hätten die Problematiken bei der Vergleichbarkeit der Daten umgangen, indem die „Abbrecher“ gleich in die Summe der Rücklaufquote geflossen wären. Das Springen innerhalb des Fragebogens wäre zudem in dieser Form nicht möglich gewesen beziehungsweise wären widersprüchliche Daten als ungültig gewertet worden und erst gar nicht mit in die Ergebnisse geflossen. Die dokumentierten Geschehnisse scheinen eine Besonderheit von Online-Befragungen darzustellen. Bei möglichen zukünftigen Erhebungen sollten diese Aspekte stärker in die Überlegungen einbezogen werden, wenn es um die Wahl der Erhebungsmethode geht.

Die bei vielen Fragen nicht vermeidbare Möglichkeit der Mehrfachnennung trägt im Übrigen dazu bei, dass sich die Fragen schwer prozentual miteinander vergleichen lassen. Bei einer entsprechenden Neukonstruktion des Fragebogens würde dieser Punkt sicher mehr in den Fokus gerückt werden, auch wenn sich aus statistischer Sicht dadurch keine Vorteile ergeben.

3.3.2 Beantwortungszeit

Bezogen auf die Dauer der Beantwortungszeit scheint der Median von sechs Minuten aussagekräftig zu sein. Wie in den Rohdaten (Anhang ab Seite *vii*) ersichtlich ist, gab es einen Teilnehmer, der knapp 24 Stunden benötigte um die Umfrage zu beenden.

Der ausreißerempfindliche Mittelwert zeigt somit die durchschnittliche Bearbeitungszeit von 54 Minuten an. Werden die 24 Stunden herausgerechnet, ergibt sich ein Mittelwert von 14 Minuten. In diesem Zusammenhang sowie in Anbetracht des errechneten Medians erfüllt der Fragebogen die Anforderung, möglichst schnell beantwortet werden zu können.

Nach dieser theoretischen Betrachtung der Fragebogenergebnisse schließt sich nun eine inhaltliche Analyse der Antworten an.

3.3.3 Analyse der Fragen

Die Betrachtung der Frage 1 zeigt deutlich, dass in den teilgenommenen Diabeteszentren, die an der Umfrage teilgenommen haben auch die Betreuung der Risikogruppe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen stattfindet. Um das Vorhandensein von Risikogruppen noch besser abschätzen zu können, hätte nach dem Geschlechterverhältnis der risikoreichen Gruppen gefragt werden können.

In rund einem Drittel der Praxen werden jugendliche Patienten behandelt. In drei von vier Einrichtungen werden junge Erwachsene medizinisch versorgt. In diesen Einrichtungen kann das Auseinandersetzen mit der Thematik von Essstörungen bei Diabetikern durchaus sinnvoll sein.

3.3.3.1 Personal

Mit der vorhandenen Verteilung des Fachpersonals in den Einrichtungen könnte die Bildung eines multidisziplinären Teams für die Behandlung einer Essstörung bei einer Vielzahl der Befragten durchaus möglich sein. Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang die häufige Nennung von psychologischem Fachpersonal und solchem mit ernährungstherapeutischem Hintergrund.

Im Zusammenhang mit den Zertifizierungskriterien ist es durchaus verwunderlich, dass nicht 100 % der Praxen einen Diabetologen beschäftigen, gleiches gilt auch für die Tatsache, dass knapp 3 % der Zentren keine Schulungen durchführen und eine Einrichtung keine DDG-anerkannten Schulungsprogramme verwendet, doch sind Erklärungsversuche dieses Widerspruchs nicht Aufgabe dieser Untersuchung.

3.3.3.2 Schulungen

Hinsichtlich der Schulungsprogramme ist interessant zu sehen, dass 58 % der Teilnehmer angegeben haben, eigene anerkannte Schulungsprogramme zu verwenden. Von diesen 40 Teilnehmern aus Frage 4 geben fast alle 32 Personen in Frage 8 an, dass die Themen

Folgeerkrankungen und Alltagsbewältigungsstrategien durchaus eine Rolle im Alltag der Praxen spielen. Bei der Betrachtung der Frage 4 fällt zudem auf, dass hier nur nach anerkannten Schulungsprogrammen gefragt wird. Die anerkannten Programme sollen hier zwar auch im Vordergrund stehen, jedoch kann mit der Frage nicht die Gesamtheit der möglichen Zusammensetzungen von Schulungen abgedeckt werden. Eigene Schulungsprogramme, die nicht von der DDG anerkannt worden sind, könnten allerhöchstens bei Frage 9 genannt werden.

Unabhängig von den eigenen Schulungsprogrammen sind es aber vor allem die ZI-Schulungen sowie die Medias 2-Programme, die in den Diabeteszentren eingesetzt werden. Der häufige Einsatz von Medias 2 ist besonders in Hinblick auf die bereits beschriebenen positiven Effekte bei psychologischen Komplikationen ein hervorzuhebendes Ergebnis. Wäre ein ähnlicher Einfluss auf das psychologische Wohlbefinden auch bei den ZI-Schulungen zu beobachten, könnte das in dieser Hinsicht möglicherweise zu einer Verbesserung der Situation vieler Patienten beitragen.

Mit 99 % werden die Schulungen in fast allen Fällen mindestens von Diabetesberatern durchgeführt. Die Nennung von allen anderen möglichen Fachgebieten legt nahe, dass in Zusammenarbeit mit den Diabetesberatern auch anderes Fachpersonal die Schulungen bereichert. Häufig vertreten sind Ernährungsfachkräfte wie Diätassistenten (28 %), Ökotrophologen (21 %), Ernährungsberater DGE (12 %) und die Fachpsychologen (16 %). Die Zusammenarbeit dieser Fachgruppen ist eine gute Grundlage, um Themen wie psychologische Gesundheit oder Essstörungen bei Diabetes mellitus ansprechen zu können. Eine mögliche Behandlung dieser Sachverhalte in der Ausbildung von Diabetesberatern könnte in dieser Hinsicht einen positiven Effekt haben.

Auch wenn die Ergebnisse des Moduls „Schulungen und Informationsveranstaltungen“ insgesamt zeigen, dass Themen wie Folgeerkrankungen und Alltagsbewältigungsstrategien in Schulungen angesprochen werden, konnte die eigentliche Intention der Frage (siehe Erläuterung Frage 3, Seite 38) nicht beantwortet werden. Grund hierfür ist die zu geringe Spezifikation der gestellten Fragen. Es hätte wesentlich genauer gefragt werden können, ob in den Schulungen auch psychologische Folgeerkrankungen oder Essstörungen angesprochen werden. Die tatsächlich erhobenen Informationen können als interessante Ergänzung der Ergebnisse angesehen werden. Sie ermöglichen so vor allem eine genauere Vorstellung der Rahmenbedingungen in den befragten Zentren.

3.3.3.3 Betreuung von Folgeerkrankungen

Die Betreuung von Folgeerkrankungen findet durch jedes der an der Umfrage teilgenommenen 68 Zentren statt. Somit wäre es bei allen Zentren theoretisch möglich, auch psychologische Folgen in das Gesamtbild der diabetologischen Begleiterkrankungen mit einzubeziehen.

Von 66 Befragten bei Frage 12 gaben 61 % an, das DMP als Behandlungsbestandteil in ihrer Einrichtung zu verwenden. Die regelmäßige Betreuung der Patienten auch in Hinblick auf psychologisches Wohlbefinden könnte also bei einem Großteil der Praxen möglicherweise einen positiven Effekt bei den Patienten erzielen. Bisher ist eine psychologische Komponente nicht Teil der DMP.

Die Frage nach der psychologischen Betreuung wird aber ohnehin von 41 (64 %) der 64 Teilnehmer genannt. Auch hier spiegelt sich der Gedanke bei vielen Einrichtungen wieder, dass psychologische Gesundheit ein wichtiger Teil der Diabetestherapie ist. 36 (88 %) der 41 Einrichtungen geben hierbei an, dass auch die Betreuung von Essstörungen ein Bestandteil des Therapieangebotes ist. Bezogen auf die gesamten Teilnehmer der Umfrage spielen somit bei rund der Hälfte aller befragten Einrichtungen Essstörungen als Komorbidität eine Rolle im Praxisalltag. Dieses Ergebnis legt den Schluss nahe, dass die Betreuung von essgestörten Patienten in diabetologischen Facheinrichtungen ein hinreichend bekanntes Problem ist, welchem in vielen Fällen auch entsprechend begegnet wird.

3.3.3.4 Screening

Eine standardisierte Erfassung der Essstörung bei den Patienten ist hingegen weniger verbreitet. Knapp 32 (86 %) Einrichtungen verwenden für die Erfassung von Folgeerkrankungen zwar ein standardisiertes Vorgehen, jedoch sind es von diesen wiederum nur 12, die für die Erfassung auch einen Fragebogen einsetzen. Wie bereits an früherer Stelle beschrieben, muss hier natürlich die Limitation der Untersuchung berücksichtigt werden. Es wird hier als standardisierter Vorgang lediglich der Einsatz von Fragebögen bei der Erfassung von Essstörungen abgefragt. Bei Einbeziehung aller möglicher Screeningmethoden für Essstörungen bei Diabetikern könnte dieses Ergebnis durchaus anders aussehen.

Das standardisierte Vorgehen wird auch an anderer Stelle (Frage 21) nochmal abgefragt. Auch hier geben 75% an, das Screenen nach Folgeerkrankungen bereits standardisiert zu haben. Hiervon sind es wiederum 60%, die für das Screenen der Patienten auf Fragebögen zurückzugreifen. Aus der reinen organisatorischen Sicht zeigt sich so grundsätzlich, dass ein Großteil der Zentren in der Lage ist, eine standardisierte Abfrage nach möglichen Essstörungen zusätzlich im Praxisalltag integrieren zu können.

Die ermittelte Art der Fragebögen, die eingesetzt werden, um Essstörungen standardisiert erfassen zu können, könnte jedoch spezifischer sein. Von den 12 Zentren, die angaben einen Essstörungs-Fragebogen zu verwenden, nennt nur eine Einrichtung den Diab-Ess-Fragebogen. Der DEPS-Fragebogen wird gar nicht angewendet. Wie bereits beschrieben sind diese Fragebögen ausschließlich für die Ermittlung von Essstörungen bei Diabetikern entwickelt worden und können somit beispielsweise keine Falsch-Positiv-Ergebnisse liefern, wie es beim häufiger genannten FEV der Fall sein könnte. Sicher stellt der Einsatz des DEPS eine besondere Herausforderung dar, da er ausschließlich in englischer Sprache verfasst ist. Ein vermehrter Einsatz des Diab-Ess hingegen könnte als positive Entwicklung angesehen werden.

Von den Einrichtungen, die angegeben haben keine standardisierten Screenings anzuwenden um Erkrankungen systematisch erfassen zu können, sind es vor allem zeitliche und personelle Gründe, die hierfür angeführt werden. Es scheint somit weniger mit dem aktuellen Wissensstand der Einrichtungen zusammenzuhängen, dass die entsprechenden Methoden nicht angewandt werden.

Die Frage, ob ausschließlich Risikopatienten gescreent werden, beantworten 58% der 31 Befragten mit „Ja“. Damit werden bei dem überwiegenden Teil nur jene Patienten nach Essstörungen hin untersucht, die nach dem epidemiologischen Wissensstand besonders anfällig für Essstörungen sind. Ein ausschließliches Screenen von Risikogruppen könnte dazu führen, dass Essstörungen bei anderen Patienten unentdeckt bleiben.

Nach der Frage, wie häufig die Screenings nach Folgeerkrankungen durchgeführt werden, waren die Antworten durchaus gemischt. Im Grunde screenen die meisten Einrichtungen ihre Patienten bei jedem Besuchen des Patienten. So kann bei einem Großteil der Praxen rein theoretisch sichergestellt werden, dass Veränderungen im Gesundheitszustand der Patienten erfasst werden.

3.3.3.5 Offene Frage

Die Antworten zu der offen formulierten Frage zeigen, dass rund die Hälfte der 51 Befragten bei dem Verdacht oder der Diagnose einer Essstörung ein psychologisches Konsil anfordern würden. 20 % würden das direkte Gespräch mit dem Patienten suchen und in 10% der Fälle fragen, ob diese grundsätzlich eine Behandlung wünschen. 14 % der Benennungen beziehen sich auf die Durchführung von Ernährungsanamnesegesprächen.

12 % der Teilnehmer würden die Diagnose „Essstörung“ zuvor durch andere Methoden sichern. Die Beantwortung der Frage zeigt grundsätzlich, dass bei einem Großteil der zertifizierten Diabeteszentren die Vernetzung mit einem multidisziplinären Team für komplexere Diagnosestellung und Therapie von Folgeerkrankungen funktionieren sollte.

Die Fragebögen wurden in der Hälfte der Fälle von den Diabetologen oder den Diabetesberatern beantwortet. Inhaltlich korrekte Angaben zu den gestellten Fragen können also in vielen Fällen vorausgesetzt werden.

Bezüglich der Lokalität zeigt sich keine spezielle Häufung für bestimmte Bundesländer. Nordrhein-Westfalen ist zwar mit 25 % mit Abstand am häufigsten vertreten, jedoch befinden sich auch prozentual gesehen die meisten zertifizierten Diabeteszentren DDG in diesem Bundesland, sodass diese Häufung die tatsächliche Verteilung in Deutschland gut widerspiegelt. Bei der Betrachtung der Rohdaten konnte ebenfalls keine Angabe gefunden werden, die besonders häufig von einem bestimmten Bundesland gemacht wurde.

3.4 Diskussion

Zusammenfassende Aussagen

Die Mehrzahl der Einrichtungen

- behandeln die Risikogruppen für Essstörungen
- verfügen über multidisziplinäre Teams
- verwenden häufig das Medias-2-Schulungsprogramm sowie eigene anerkannte Programme mit einem Fokus auf Folgeerkrankungen und Alltagsbewältigungsstrategien
- vereinigen mehrere Fachrichtungen bei der Durchführung von Schulungen miteinander
- betreuen psychologische Folgeerkrankungen und Essstörungen ihrer Patienten
- verwenden ein standardisiertes Vorgehen bei der Erfassung von Folgeerkrankungen, auch mittels Fragebogen
- verwenden nicht-spezifische Fragebögen bei der Erfassung von Essstörungen
- screenen nur die Risikogruppen für Essstörungen
- screenen regelmäßig
- fordern ein psychologisches Konsil an, bei einem Verdacht von Essstörungen

Für die genannten Punkte finden sich keine regionalen Häufungen.

Insgesamt betrachtet sind die Ergebnisse der Umfrage zielführend für die Beantwortung der Fragestellungen. Bei einem Teil der untersuchten Teilnehmer zeigt sich deutlich, dass für die Detektion von Essstörungen bei ihren Patienten standardisierte Screeningmethoden zum Einsatz kommen. Insgesamt ist es aber ein eher geringer Anteil bezogen auf die Gesamtheit der befragten Personen. Ob die prozentuale Verteilung, die hier ermittelt werden

konnte, als repräsentativ für alle zertifizierten Diabeteszentren DDG gelten kann, kann aufgrund der geringen Teilnehmeranzahl nicht dargestellt werden. In diesem Zusammenhang kann das hier ermittelte Ergebnis möglicherweise sogar positiv verzerrt sein, sofern man unterstellt, dass lediglich die Praxen an der Umfrage teilgenommen haben, die an dem Thema Diabetes und psychologische Folgeerkrankungen ein Interesse haben. Ungeachtet dieser Möglichkeiten weisen diese Daten aber darauf hin, dass ein fragebogenbasiertes Screening von Essstörungen bei Diabetikern zwar durchgeführt wird, jedoch keinesfalls flächendeckend.

In Hinblick auf die zweite Forschungsfrage ergibt sich aus den Ergebnissen der Daten, dass ein Großteil der Praxen aus organisatorischer Sicht ein fragebogengestütztes Screening von Essstörungen bei ihren Patienten umsetzen könnte.

Aufgrund des explorativen Ansatzes der Untersuchungen entsteht bei der Betrachtung der Ergebnisse eine Reihe von weiteren Fragen, die durch hypothesenüberprüfende spezifische Untersuchungen sicher interessante Ergebnisse hervorbringen könnten.

So stellt sich beispielsweise im Falle der Praxen, die Fragebögen zur Detektion von Essstörungen einsetzen, die Frage, aufgrund welcher Motive sie sich für diese Methode entschieden haben und auf der Grundlage welcher Informationen sie diese Screeningmethode anwenden. Sicher lassen sich diese Fragestellungen weniger durch breit gefächerte Untersuchungsmethoden wie Online-Befragungen umsetzen.

Die Ergebnisse erlauben gleichfalls keine Rückschlüsse darauf, was die DDG möglicherweise unternehmen kann, um die Erhöhung von fragebogengestützten Detektionen hinsichtlich Essstörungen zu fördern. In diesem Zusammenhang müsste grundlegend auch die Notwendigkeit dieser Verfahren weiter geprüft werden. Selbiges gilt auch für die DM-Programme. Welchen positiven Einfluss würde die psychische Gesundheit von diabetologischen Patienten erfahren, wäre die psychologische Betreuung flächendeckender Bestandteil von DMPs?

Bedauernd ist zudem, dass durch die geringe Spezifikation bei der Fragestellung des zweiten Moduls keine aussagekräftigen Ergebnisse entstanden sind, die sich mit der ursprünglichen Intention vereinbaren lassen. Für eine genauere Betrachtung von ersten Screeningmethoden im Rahmen einer Schulung fehlen schlichtweg die Fragestellungen. Diese Themen bieten sich aber für eine weiterführende Untersuchung an.

Aus methodischer und inhaltlicher Sicht könnte die Umfrage durchaus von einer Modifikation profitieren. Einige Programmierungen wie die Verwendung von Pfeiltasten würden sicher wegfallen. Auch müsste in einigen Fällen über die Formulierung der Fragen nachgedacht werden um beispielsweise eine Verringerung von Mehrfachantworten zu ermöglichen.

Zudem könnte der gesamte Fragebogen noch spezifischer formulierte Fragen beinhalten, um so weitaus gezielter nach bestimmten Sachverhalten zu fragen. Das allgemeine Fragen nach Folgeerkrankungen / Komplikationen hätte beispielsweise gleich spezifischer auf psychologische Folgeerkrankungen bezogen werden können. Das Bedürfnis, keiner Aussage vorwegzugreifen, ist in diesem Zusammenhang möglicherweise übererfüllt worden. So ist auch gerade der eigentliche Fokus auf Essstörungen nur verzerrt wiederzuerkennen.

Im Rahmen einer Teamleistung wären sicher einige dieser Schwachstellen bereits im Vorfeld erfasst und verhindert worden.

Grundsätzlich ermöglichen die Ergebnisse der Erhebung die Beantwortung der Forschungsfragen. Die Nennungen von beispielhaften Verbesserungsvorschlägen sind nur aufgrund der gemachten Erfahrung möglich.

3.5 Fazit

Die Syntropie von Diabetes mellitus und Essstörung ist ein wichtiger Faktor bei der Betrachtung der psychologischen Gesundheit bei diabetologischen Patienten. Die seelische Gesundheit des diabetischen Patienten ist maßgeblich für eine erfolgreiche Langzeittherapie des Diabetes mellitus.

Ein erfolgreiches standardisiertes Screening nach Essstörungen bei Diabetikern kann eine frühzeitige Detektion der Erkrankung ermöglichen. In Hinblick auf die Risiken für die Gesundheit des Patienten ist eine Entdeckung der Essstörung wesentlich. Wenngleich in deutschen Fachpublikation der Einsatz von fragebogenbasierten Screeningmethoden nicht explizit gefordert wird, gibt es in Deutschland Diabeteszentren, die diese Detektionsmethode einsetzen. Eine flächendeckende Einführung dieses Screeningverfahrens könnte aus organisatorischer Sicht in vielen Fällen möglich sein.

Weiterführende Untersuchungen zu diesen Sachverhalten sind opportun und könnten neue Ansätze für die Prävention und Behandlung von Essstörungen bei Diabetikern aufzeigen.

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund

Diabetes mellitus ist als chronische Stoffwechselerkrankung in Deutschland weit verbreitet. Die Therapie erfordert ein hohes Maß an Selbstmanagement, das nicht selten bei vielen Patienten mit einer psychischen Belastung einhergeht. Diese Belastung kann sich in Form einer Essstörung manifestieren. Aufgrund der negativen Konsequenzen, die bei einem Diabetiker mit Essstörungen erwachsen können, ist es sinnvoll die Essstörung schnellstmöglich zu detektieren.

Ziel

Ziel dieser Bachelorthesis ist es zu ermitteln, ob diabetologische Facheinrichtungen in Deutschland ein standardisiertes Screeningverfahren anwenden, um die Detektion einer möglichen Essstörung bei ihren Patienten gewährleisten zu können.

Methode

Es wurde eine explorative Querschnittsuntersuchung durchgeführt. Dabei wurden 407 zertifizierte Diabeteszentren DDG um Teilnahme gebeten. Als Erhebungsmethode wurde eine schriftliche Befragung mittels Online-Fragebogen gewählt.

Ergebnis

An der Umfrage nahmen 71 zertifizierte Diabeteszentren DDG teil. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass 36 diabetologische Einrichtungen ihre Patienten hinsichtlich Essstörungen betreuen. 12 Zentren setzen für die Detektion einer möglichen Essstörung einen Fragebogen ein.

Schlussfolgerung

Standardisierte fragebogengestützte Screeningmethoden werden nach dieser Untersuchung von den teilnehmenden deutschen diabetologischen Facheinrichtungen nur vereinzelt eingesetzt. Die Durchführung von Screenings per Fragebogen wäre aus organisatorischer Sicht bei einem Großteil der Einrichtungen möglich.

ABSTRACT

Background

Diabetes mellitus is as a chronic metabolic disease very common in Germany. The therapy demands a high level of self-management which can lead to emotional stress. This stress could manifest in an eating disorder. Through the negative consequences of diabetes mellitus in combination with an eating disorder it is important to detect the eating disorder as soon as possible.

Aim

The aim of this bachelor thesis is to evaluate if diabetic healthcare facilities use a standardized screening approach to detect an eating disorder.

Methods

An exploratory cross-sectional study was performed. 407 diabetic healthcare facilities were asked to participate. An interview based on an online questionnaire was chosen as the survey method.

Results

71 diabetic healthcare facilities participated in the survey. Of those, 36 screen their patients for eating disorders. 12 use a standardized questionnaire.

Conclusion

Standardized questionnaire-based screening methods are used only by a small number of the diabetic healthcare facilities which participated in this survey. From an organisational point of view the use of standardized questionnaire-based screening methods is possible in the majority of the diabetic healthcare facilities.

LITERATURVERZEICHNIS

- Affenito, S. G., Backstrand, J. R., Welch, G. W., Lammi-Keefe, C. J., Rodriguez, N. R., & Adams, C. H. (Februar 1997). Subclinical and Clinical Eating Disorders in IDDM Negatively Affect Metabolic Control. *Diabetes Care*, S. 182-184.
- Allison, K. C., Crow, S. J., Reev, R. R., Smith West, D., Foreyt, J. P., DiLillo, V. G., . . . Stunkard, A. J. (Mai 2007). Binge Eating Disorder and Night Eating Syndrome in Adults with Type 2 Diabetes. *Obesity* 15 (5), S. 1287–1293.
- Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers, J., Lins, P.-E., Adamson, U., & Johansson, U.-B. (2009). A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients—A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 77, S. 72–80.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (Juni 2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes - A meta-analysis. *Diabetes Care*, S. 24(6): 1069–1078.
- Antisdel, J. E., & Chrisler, J. C. (2000). Comparison of eating attitudes and behaviors among adolescents and young women with type 1 diabetes mellitus and phenylketonuria. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 21, S. 81-86.
- Arastéh et al. (2009). *Duale Reihe - Innere Medizin*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Bahrke, U., Bandemer-Greulich, Fikentscher, E., Rübler, D., Nauck, M., Nagel-Reuper, C., & Konzag, T. (2006). Erfassung essgestörten Verhaltens bei Patientinnen mit Diabetes mellitus mit Hilfe eines Fragebogens (Diab-Ess). *Diabetologie und Stoffwechsel* 1(1), S. 46-53.
- Bellach, B. M. (Dezember 1999). Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 - Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. *Das Gesundheitswesen Sonderheft 2 (Schwerpunkt zum Bundes-Gesundheitssurvey 1998, 61 Jahrgang)*, S. 55-222.
- Bengel, J., & Jerusalem, M. (2009). *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Böhm, B. O., Dreyer, M., Fritsche, A., Füchtenbusch, M., Götz, S., & Martin, S. (2011). *S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes - Version 1.0*. Deutschen Diabetes-Gesellschaft.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2013). *Nationale VersorgungsLeitlinie Strukturierte Schulungsprogramme – Langfassung, 1. Auflage. Version 3. 2012, zuletzt geändert: Juni 2013*. Available from: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_schulung.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (des Typ-2-Diabetes – Langfassung, 1. Auflage. Version 3. 2013, zuletzt geändert: April 2014). *Nationale VersorgungsLeitlinie Therapie*. Available from: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_therapie.

- Bundesversicherungsamt (BVA) . (17. 09 2014). *Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA)* . Von www.bundesversicherungsamt.de: <http://www.bundesversicherungsamt.de/weitere-themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html> abgerufen
- Bundesversicherungsamt (BVA). (2009). *Bericht des Bundesversicherungsamtes zur vergleichenden Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen bei Diabetes mellitus Typ 2*.
- Cerrelli, F., Manini, R., Forlani, G., Baraldi, L., Melchionda, N., & Marchesini, G. (Dezember 2005). Eating behavior affects quality of life in type 2 diabetes mellitus. *Eating and Weight Disorders* 10 (4), S. 251-7.
- Chida, Y., & Hamer, M. (20. September 2008). An association of adverse psychosocial factors with diabetes mellitus: a meta-analytic review of longitudinal cohort studies. *Diabetologia*, S. 51:2168–2178.
- Colton, P. A., Olmsted, M. P., Daneman, D., Rydall, A. C., & Rodin, G. M. (November 2007). Five-Year Prevalence and Persistence of Disturbed Eating Behavior and Eating Disorders in Girls With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 30 (11), S. 2861-2.
- Colton, P., Olmsted, M., Daneman, D., Rydall, A., & Rodin, G. (2004). Disturbed Eating Behavior and Eating Disorders in Preteen and Early Teenage Girls With Type 1 Diabetes - A case-control study. *Diabetes Care* 27, S. 1654–1659.
- Crow, S., Kendall, D., Praus, B., & Thuras, P. (2001). Binge Eating and Other Psychopathology in Patients with Type II Diabetes Mellitus. *International Journal of Eating Disorders* 30, S. 222–226.
- Danaei, G., Finucane, M. M., Lu, Y., Singh, G. M., Cowan, M. J., Paciorek, C. J., . . . Ezzati, M. (Juni. 25 2011). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2·7 million participants. *Lancet*, S. 378: 31–40.
- DDG Leitlinien. (02. 09 2014). *Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V.* Von www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de: <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien.html> abgerufen
- DDG Satzung. (Zugriff: 02. 09 2014). *Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V.* Von [/www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de): <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/ueber-uns/satzung.html> abgerufen
- de Zwaan, M. (2004). Diabetes mellitus Typ 1 und Essstörungen: Eine über- oder eine unterbewertete Komorbidität? *Wiener klinische Wochenschrift* 116 (7–8), S. 215–216.
- Deutsche Diabetes Gesellschaft. (August 2013). Deutsche Diabetes Gesellschaft hält Schulung und Selbsthilfe allein für unzureichend. *DDG Information* 04/2013, 5. Jahrgang, S. 139.
- Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (2013). *Richtlinien zur Anerkennung einer Behandlungseinrichtung "Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG"*.
- Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (2014). *Anerkannte Schulungs- und Behandlungsprogramme nach den Richtlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG)*.

- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin. (2010). *S3-Leitlinie - Diagnostik und Therapie der Essstörungen*.
- diabetesDE - Deutsche Diabetes-Hilfe. (2012). *Deutscher Gesundheitsbericht - Diabetes 2012*. Berlin, Mainz: Kirchheim +Co GmbH.
- diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. (2014). *Deutscher Gesundheitsbericht - Diabetes 2014*. Berlin, Mainz: Kirchheim + Co GmbH.
- Diekmann, A. (2011). *Empirische Sozialforschung - Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- DZD - Deutsches Zentrum für Diabetesforschung. (19. Juli 2014). Von <http://www.dzd-ev.de/diabetes-die-krankheit/zahlen/index.html> abgerufen
- Engström, I., Kroon, M., & Arvidsson, C. G. (Februar 1999). Eating disorders in adolescent girls with insulin-dependent diabetes mellitus: a population-based case-control study. *Acta Paediatrica* 88(2), S. 175–180.
- Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC) Research Group. (Januar 1999). Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC): Design, implementation, and preliminary results of a long-term follow-up of the Diabetes Control and Complications Trial cohort. *Diabetes Care*, S. 22(1): 99-111.
- Fisher, L., Skaff, M. M., Mullan, J. T., Alean, P., Glasgow, R., & Masharani, U. (September 2008). A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, S. 25(9): 1096–1101.
- Goebel-Fabbri, A. E., Fikkan, J., Franko, D. L., Pearson, K., Anderson, B. J., & Weinger, K. (März 2008). Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 31 (3), S. 415-419.
- Gorin, A. A., Niemeier, H. M., Hogan, P., Coday, M., Davis, C., DiLillo, V. G., . . . The Look AHEAD Research Group. (Dezember 2008). Binge eating and weight loss outcomes in overweight and obese individuals with type 2 diabetes: Results from the Look AHEAD trial. *Archives of General Psychiatry* 65 (12), S. 1447-1455.
- Grylli, V., Hafferl-Gattermayer, A., Schober, E., & Karwautz, A. (2004). Prevalence and clinical manifestations of eating disorders in Austrian adolescents with type-1 diabetes. *Wiener klinische Wochenschrift* 116 (7–8), S. 230–234.
- Grylli, V., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Schober, E., & Karwautz, A. (2. Februar 2005). Disturbed eating attitudes, coping styles, and subjective quality of life in adolescents with Type 1 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research* 59, S. 65– 72.
- Heidemann, C., Du, Y., Schubert, I., Rathman, W., & Scheidt-Nave, C. (27. Mai 2013). Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 2013 56, S. 668–677.

- Helgeson, V. S., Siminerio, L., Escobar, O., & Becker, D. (2009). Predictors of Metabolic Control among Adolescents with Diabetes: A 4-Year Longitudinal Study. *Journal of Pediatric Psychology*, S. 34(3): 254–270.
- Herpertz, S., Albus, C., Kielmann, R., Hagemann-Patt, H., Lichtblau, K., Köhle, K., . . . Senf, W. (30. März 2001). Comorbidity of diabetes mellitus and eating disorders - A follow-up study\$. *Journal of Psychosomatic Research* 51, S. 673– 678.
- Herpertz, S., Albus, C., Lichtblau, K., Köhle, K., Mann, K., & Senf, W. (Juli 2000). Relationship of weight and eating disorders in type 2 diabetic patients: A multicenter study. *International Journal of Eating Disorders* 28 (1), S. 68–77.
- Herpertz, S., Wagener, R., Albus, C., Kocnar, M., Wagner, R., Best, F., . . . Senf, W. (März/April 1998). Diabetes mellitus and eating disorders: a multicenter study on the comorbidity of the two diseases. *Journal of Psychosomatic Research* 44 (3-4), S. 503-515.
- Hien, P., & Böhm, B. (2010). *Diabetes-Handbuch - Eine Anleitung für Praxis und Klinik, 6. Auflage*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Holt, R. I., Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Escalante, M., Forbes, A., Hermanns, N., . . . Peyrot, M. (2013). Research: Educational and Psychological Issues - Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2TM): Cross-national comparisons on barriers and resources for optimal care—healthcare professional perspective. *DIABETIC Medicine* 30, S. 789–798.
- Institute of Health Metrics and Evaluation - IHME. (20. Juli 2014). Von Global Burden of Disease Studie, 2010: <http://www.healthdata.org/search-gbd-data?s=Non-communicable%20diseases%20Global%20Germany%20Diabetes%20Deaths> abgerufen
- International Diabetes Federation. (2013). IDF Diabetes Atlas, 6th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation <http://www.idf.org/diabetesatlas>.
- Jones, J. M., Lawson, M. L., Daneman, D., Olmsted, M. P., & Rodin, G. (10. Juni 2000). Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *British Medical Journal* 320, S. 1563–6.
- Kakleas, K., Kandyla, B., Karayianni, C., & Karavanaki, K. (22. August 2009). Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism* 35, S. 339–350.
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. (2010). *Arztmanual - Eine Arbeitshilfe für die strukturierten Behandlungsprogramme KHK, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Asthma bronchiale, COPD*.
- Katon, W. J., Russo, J. E., Heckbert, S. R., Lin, E. H., Ciechanowski, P., Ludman, E., . . . von Korff, M. (Mai 2010). The relationship between changes in depression symptoms and changes in health risk behaviors in patients with diabetes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, S. 25(5): 466–475.
- Kenardy, J., Mensch, M., Bowen, K., & Pearson, S.-A. (1994). A Comparison of Eating Behaviors in Newly Diagnosed NIDDM Patients and Case-Matched Control Subjects. *Diabetes Care* 17 (10), S. 1197-1199.

- Kenardy, J., Mensch, M., Bowen, K., Green, B., & Walton, J. (2001). Disordered eating behaviours in women with Type 2 diabetes mellitus. *Eating Behaviors* 2 (2), S. 183-92.
- King, P., Peacock, I., & Donnelly, R. (November 1999). The UK Prospective Diabetes Study (UKPDS): clinical and therapeutic. *British Journal of Clinical Pharmacology*, S. 48(5): 634-648.
- Köster, I., Schubert, I., & Huppertz, E. (27. April 2012). Fortschreibung der KoDiM-Studie: Kosten des Diabetes mellitus 2000–2009. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, S. 137(19): 1013-1016.
- Köster, I., von Ferber, L., & Hauner, H. (2005). *Die Kosten des Diabetes mellitus - Ergebnisse der KoDiM-Studie*. Köln, München: PMV Forschungsgruppe.
- Kulzer, B., & Hermanns, N. (2001). Mehr Diabetes-Selbstmanagement Typ 2: Ein neues Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit nicht-insulinpflichtigem Typ-2-Diabetes. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 14 (54), S. 129-136.
- Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F., & Petrak, F. (Juni 2013). Psychosoziales und Diabetes Teil I. *Diabetologie und Stoffwechsel - Ausgabe 03, Volume 8*, S. 198-242.
- Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F., & Petrak, F. (August 2013). Psychosoziales und Diabetes Teil II. *Diabetologie und Stoffwechsel - Ausgabe 04, Volume 18*, S. 292-325.
- Kulzer, B., Hermanns, N., Reinecker, H., & Haak, T. (2007). Effects of self-management training in Type 2 diabetes: a randomized, prospective trial. *Diabetic Medicine* 24 (4), S. 415–423.
- Lawrence, J. M., Liese, A. D., Liu, L., Dabelea, D., Anderson, A., Imperatore, G., & Bell, R. (Dezember 2008). Weight-Loss Practices and Weight-Related Issues Among Youth With Type 1 or Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 31 (12), S. 2251–2257.
- Lin, E. H., & von Korff, M. (13. Juni 2008). Mental disorders among persons with diabetes—Results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Psychosomatic Research*, S. 65:571–580.
- Mannucci, E., Rotella, F., Ricca, V., Moretti, S., Placidi, G. F., & Rotella, C. M. (Mai 2005). Eating disorders in patients with type 1 diabetes: a meta-analysis. *Journal of Endocrinological Investigation* 28 (5), S. 417-9.
- Mannucci, E., Tesi, F., Ricca, V., Pierazzuoli, E., Barciulli, E., Moretti, S., . . . Rotella, C. M. (2002). Eating behavior in obese patients with and without type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Obesity* 26, S. 848–853.
- Markowitz, J. T., Butler, D. A., Volkening, L. K., Antisdell, J. E., Anderson, B. J., & Laffel, L. M. (März 2010). Brief Screening Tool for Disordered Eating in Diabetes - Internal consistency and external validity in a contemporary sample of pediatric patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 33 (3), S. 495-500.
- Morse, S. A., Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., & Hirsch, I. B. (August 2006). Isn't This Just Bedtime Snacking? - The potential adverse effects of night-eating symptoms on treatment adherence and outcomes in patients with diabetes. *Diabetes Care* 29 (8), S. 1800–1804.

- Munsch, S., & Herpertz, S. (14. Juli 2011). Essstörungen bei Adipositas und Diabetes mellitus. *Nervenarzt* 82, S. 1125–1132.
- Neumark-Sztainer, D., Patterson, J., Mellin, A., Ackard, D. M., Utter, J., Story, M., & Sockalosky, J. (2002). Weight Control Practices and Disordered Eating Behaviors Among Adolescent Females and Males With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 25, S. 1289–1296.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Resnick, M. D., Garwick, A., & Blum, R. W. (1995). Body Dissatisfaction and Unhealthy Weight-Control Practices Among Adolescents With and Without Chronic Illness: A Population-Based Study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, American Journal of Diseases of Children* 149 (12), S. 1330-1335.
- Nielsen, S. (Juli/August 2002). Eating disorders in females with type 1 diabetes: an update of a meta-analysis. *European Eating Disorders Review* 10 (4), S. 241–254.
- Nielsen, S., & Mølbak, A. G. (1998). Eating Disorder and Type 1 Diabetes: Overview and Summing-Up. *European Eating Disorders Review* 6, S. 4-26.
- Nielsen, S., Emborg, C., & Mølbak, A.-G. (2002). Mortality in Concurrent Type 1 Diabetes and Anorexia Nervosa. *Diabetes Care* 25, S. 309–312.
- Olmsted, M. P., Daneman, D., Rydall, A. C., Lawson, M. L., & Rodin, G. (28. Januar 2002). The Effects of Psychoeducation on Disturbed Eating Attitudes and Behavior in Young Women With Type 1 Diabetes Mellitus. *International Journal of Eating Disorders* 32, S. 230-239.
- Papelbaum, M., Appolinário, J. C., de Oliveira Moreira, R., Ellinger, V. C., Kupfer, R., & Coutinho, W. F. (2005). Prevalence of eating disorders and psychiatric comorbidity in a clinical sample of type 2 diabetes mellitus patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 27 (2), S. 135-8.
- Pereira, R. F., & Alvareng, M. (Juli 2007). Disordered Eating: Identifying, Treating, Preventing, and Differentiating It From Eating Disorders. *Diabetes Spectrum* 20 (3), S. 141-148.
- Peters, E., Pritzkeleit, R., Beske, F., & Katalinic, A. (9. April 2010). Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten - Eine Projektion bis 2050. *Bundesgesundheitsblatt*, S. 53:417–426.
- Petrak, F., & Herpertz, S. (2013). *Psychodiabetologie*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag .
- Petrak, F., Rubio, R., Kaltheuner, M., Scheper, N., von Hübbenet, J., Heinemann, L., & Faber-Heinemann, G. (2011). Psychische Belastungen und Therapieadhärenz von Patienten mit Diabetes in DSPen. *Diabetes, Stoffwechsel und Herz* 20, S. 7–12.
- Peveler, R. C., Bryden, K. S., Neil, H. A., Fairburn, C. G., Mayou, R. A., Dunger, D. B., & Turner, H. M. (Januar 2005). The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 28 (1), S. 84-88.
- Peyrot, M., Rubin, R. R., Kruger, D. F., & Travis, L. B. (Februar 2010). Correlates of Insulin Injection Omission. *Diabetes Care* 33 (2), S. 240–245.
- Pinhas-Hamiel, O., & Levy-Shraga, Y. (2013). Eating Disorders in Adolescents with Type 2 and Type 1 Diabetes. *Current Diabetes Reports* 13, S. 289–297.
- Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt. (2009). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Heft 48 Krankheitskosten*. Berlin: Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt.

- Rodin, G., Olmsted, M. P., Rydall, A. C., Maharaj, S., Colton, P. A., Jones, J. M., . . . Daneman, D. (2002). Eating disorders in young women with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research* 53, S. 943–949.
- Rydall, A. C., Rodin, G. M., Olmsted, M. P., Devenyi, R. G., & Daneman, D. (26. Juni 1997). Disordered Eating Behavior and Microvascular Complications in Young Women With Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *The New England Journal of Medicine* 336 (26), S. 1849-54.
- Smith, F. M., Latchford, G. J., & Dickson, R. A. (2008). Do Chronic Medical Conditions Increase the Risk of Eating Disorder? A Cross-Sectional Investigation of Eating Pathology in Adolescent Females with Scoliosis and Diabetes. *Journal of Adolescent Health* 42, S. 58–63.
- Spinas, G. A., & Fischli, S. (2011). *Endokrinologie und Stoffwechsel Kompakt, 2. Auflage*. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag.
- Steed, L., Cooke, D., & Newman, S. (2003). A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling* 51, S. 5-15.
- Stewart, T. M., Williamson, D. A., & White, M. A. (2002). Rigid vs. flexible dieting: association with eating disorder symptoms in nonobese women. *Appetite* 38, S. 39-44.
- Takii, M., Uchigata, Y., Nozaki, T., Nishikata, H., Kawai, K., Komaki, G., . . . Kubok, C. (September 2002). Classification of Type 1 Diabetic Females With Bulimia Nervosa Into Subgroups According to Purging Behavior. *Diabetes Care* 25 (9), S. 1571–1575.
- Techniker Krankenkasse. (2013). *Ergebnisbericht zum Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2 zum 30.09.2013*. Münster.
- The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (30. September 1993). The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *The New England Journal of Medicine*, S. 329(14): 977-986.
- TODAY Study Group, Wilfley, D., Berkowitz, R., Goebel-Fabbri, A., Hirst, K., levers-Landis, C., . . . Van Buren, D. (April 2011). Binge eating, mood, and quality of life in youth with type 2 diabetes: baseline data from the today study. *Diabetes Care* 34 (4), S. 858-60.
- Turner, H., & Peveler, R. (2005). Eating disorders and type 1 diabetes mellitus. *Psychiatry: Eating Disorders* 4 (4), S. 30-33.
- van Dooren, F. E., Nefs, G., Schram, M. T., Verhey, F. R., Denollet, J., & Pouwer, F. (5. März 2013). Depression and Risk of Mortality in People with Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, S. 8 (3).
- Vila, G., Robert, J. J., Nolle-Clemencon, C., Vera, L., Crosnier, H., Rault, G., . . . Mouren-Simeoni, M. C. (Oktober 1995). Eating and emotional disorders in adolescent obese girls with insulin-dependent diabetes mellitus. *European Child & Adolescent Psychiatry* 4 (4), S. 270-279.

-
- Winkley, K., Landau, S., Eisler, I., & Ismail, K. (27. Juni 2006). Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal* 333, S. 1-5.
- World Health Organization. (2013). *Research for universal health coverage: World health report 2013*. Zuletzt aufgerufen: 20.07.2014: <http://www.who.int/whr/2013/report/en/>.
- Young-Hyman, D. L., & Davis, C. L. (März 2010). Disordered Eating Behavior in Individuals with Diabetes - Importance of context, evaluation, and classification. *Diabetes Care* 33 (3), S. 683-689.

ANHANG

Punktprävalenz von Diabetes mellitus und Essstörungen der letzten 20 Jahre

Tabelle 53 | Typ-I-Diabetes beziehungsweise insulinpflichtiger Diabetes

Name	Anzahl, Geschlecht Alter	AN in %	BN in %	BED in %	EDNOS in %	Gestörtes Essverhalten ²	Insulinmiss- brauch in %	Besonderheiten
(Smith, Latchford, & Dickson, 2008)	40 Teilnehmer Weiblich 11-18 Jahre	0	15	12,5		Selbstinduziertes Erbrechen 7,3 %		Verbreitet vor allem BN & unangemessenes Kompensationsverhalten
(Jones, Lawson, Daneman, Olmsted, & Rodin, 2000)	356 Teilnehmer Weiblich 12–16 Jahre	0	1		9	14 %		
(Grylli, Hafferl-Gattermayer, Schober, & Karwautz, 2004)	96 Teilnehmer Weiblich/Männlich Keine Angabe zum Alter	0	2,1		9,4	13,5 davon => Exzessiver Sport: 30,4 %, Diät: 30,4 %, Insulinmissbrauch: 26,1 %, Laxantien: 4,3 %	26,1	
(Neumark-Sztainer, et al., 2002)	143 Teilnehmer Weiblich/Männlich 12-21 Jahre					Ungesundes/sehr ungesundes Essverhalten => 37 % Mädchen	7-10 % je nach Alter	Ungesundes Verhalten: Fasten, Sehr wenig Essen, Nahrungsersatzstoffe, Essen ausfallen lassen, Zunahme Rauchen Sehr ungesund: Diätpillen, selbstinduziertes Erbrechen, Insulinmissbrauch, Laxantien, Diuretika

² Ohne klinische Manifestation

(Mannucci, et al., 2005)	748 Teilnehmer Weiblich/Männlich Keine Angaben zum Alter	0,27	1,73					
(Peveler, et al., 2005)	87 Teilnehmer Weiblich 11-25 Jahre	1,2	3,4	3,4	1,2		36	
(Colton P. , Olmsted, Daneman, Rydall, & Rodin, 2004)	101 Teilnehmer Weiblich 9-14 Jahre	0	0	3	8	16 % gestörtes Essverhalten => striktes Diät halten, exzessiver Sport, in keiner Gruppe: Erbrechen, Laxantien, Diuretika, Diätpillen	2	Ergebnisse höher als in der Kontrollgruppe ohne Diabetes Kontrollgruppe (n=303)
5-Jahre-Follow-up (Colton P. A., Olmsted, Daneman, Rydall, & Rodin, 2007)	98 Teilnehmer Weiblich			6		44 % bewusstes wenig- es Essen, 3 % selbst- induziertes Erbrechen 26 % exzessiver Sport,	3	13% BN, subklinisch und ENDOS zusammen
(Herpertz, et al., 1998)	340 Teilnehmer Weiblich/Männlich 18-65 Jahre	0,3	1,5	1,8	1,8		1,4	Punktprävalenzen
(Engström, Kroon, & Arvidsson, 1999)	89 Teilnehmer Weiblich 14–18 Jahre	0	0	5,3			16,9	

Tabelle 54 | Typ-II-Diabetes beziehungsweise nicht-insulinpflichtiger Diabetes

Name	Anzahl, Geschlecht Alter	AN in %	BN in %	BED in %	EDNOS in %	Gestörtes Essverhalten ¹	Insulinmiss- brauch in %	Besonderheiten
(Mannucci, et al., 2002)	156 Teilnehmer Weiblich/Männlich 30-65 Jahre			2,5		Essanfälle 7,5		
(Crow, Kendall, Praus, & Thuras, 2001)	43 Teilnehmer Weiblich/Männlich 18-70 Jahre			25,6				
(Kenardy J. , Mensch, Bowen, & Pearson, 1994)	50 Teilnehmer Weiblich/Männlich 36-80 Jahre			6				
(Papelbaum, et al., 2005)	70 Teilnehmer Weiblich/Männlich 40-65 Jahre			10				
(Kenardy J. , Mensch, Bowen, Green, & Walton , 2001)	215 Teilnehmer Weiblich 24-85 Jahre			21				
(Herpertz, et al., 2000)	322 Teilnehmer Weiblich/Männlich			7				starker Zusammenhang zwischen BMI und ge- störtem Essverhalten, Möglicherweise BED per se ein Risikofaktor bei Diabetes-Typ-II? Nach Follow-up zeigen 86% immer noch BED
(Allison, et al., 2007)	845 Teilnehmer Weiblich/Männlich 45-75 Jahre			1,4	NES ³ : 3,8			

³ Night-Eating-Syndrom

(Cerrelli, et al., 2005)	168 Teilnehmer Weiblich/Männlich Ø 63,7Jahre			6,7				
(TODAY Study Group, et al., 2011)	678 Teilnehmer Weiblich/Männlich 10-17 Jahre			6		20		BED: mehr Gewichtssorgen, Depressionen, mehr Übergewichtig subklinisch & BED: geringe Lebensqualität als Die Teilnehmer ohne Diabetes
(Gorin, et al., 2008)	5145 Teilnehmer Weiblich/Männlich 45-76 Jahre			3,7				
(Herpertz, et al., 1998)	322 Teilnehmer Weiblich/Männlich 18-65 Jahre		0,3	3,7	2,5		4,1	Punktprävalenzen

Tabelle 55 | Typ-I-Diabetes und Typ-II-Diabetes

Name	Anzahl, Geschlecht Alter	AN in %	BN in %	BED in %	EDNOS in %	Gestörtes Essverhalten ¹	Insulinmiss- brauch in %	Besonderheiten
(Peyrot, Rubin, Kruger, & Travis, 2010)	502 Teilnehmer Weiblich/Männlich Ø 54,9 Jahre						57	
(Lawrence, et al., 2008)	3357 Teilnehmer Weiblich/Männlich 10-21 Jahre					Selbstinduziertes Erbrechen/ Laxantien 2,3%	4,2	

(Morse, Ciechanowski, Katon, & Hirsch, 2006)	714 Teilnehmer Weiblich/Männlich 18-57 Jahre					NES: 9,7	714 Patienten=> 9,7% NES, mehr Depressionen, Essen nach Ärger, Traurigkeit, Einsamkeit, Sorgen, höherer HbA1c, mehr Übergewicht, mehr Komplikationen
--	--	--	--	--	--	----------	--

Tabelle 56 | Vergleich – Prävalenz von Essstörungen ohne Diabetes

Name	AN in %	BN in %	BED in %	EDNOS in %	Besonderheiten
(S3-Leitlinie - Diagnostik und Therapie der Essstörungen, 2010)	0,4	1	1,2	60	Punktprävalenz

ROHDATEN

Antwort-ID	13411491	13412592	13414579	13414600	13414687	13414911	13415098	13415252	13415464	13415690	13415703	13415745	13416108	13416245
Zu wenig Zeit														
Zu wenig Personal														
Grund unbekannt														
Ich möchte zu dieser Frage keine Auskunft geben							1							
Textfeld														
5. Verwenden Sie für die Schulungen von Patienten und Angehörigen DDG- anerkannte Schulungsprogramme?	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.
6. Welche DDG- anerkannten Schulungsprogramme verwenden Sie in Ihrer Einrichtung? Mehrfachnennungen sind möglich.														
MEDIAS 2 Basic		1	1						1		1			
MEDIAS 2 ICT									1		1			
PRIMAS		1			1						1			
ZI-Programm für intensivierete Insulintherapie		1	1		1				1	1				
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen		1	1		1				1	1				
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen		1	1		1				1					
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen		1	1		1									
Diabetes bei Kindern: ein Behandlungs- und Schulungsprogramm				1										
Schulungs- und Behandlungsprogramm für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Typ 1				1										
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie			1		1				1	1	1	1		
HBSP - Strukturiertes Hypertonie- Behandlungs- und Schulungsprogramm														
BGAT - Blutglukosewahrnehmungstraining für Typ-1-Diabetiker			1									1		

_Antwort-ID	13411491	13412592	13414579	13414600	13414687	13414911	13415098	13415252	13415464	13415690	13415703	13415745	13416108	13416245
HYPOS - Hypoglykämieprogramm		1	1		1						1			
BARFUSS		1	1						1					
SGS - Strukturiertes Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker im höheren Lebensalter			1											
Weiß ich nicht														
Textfeld														
7. Bitte wählen Sie aus, sollten folgende Inhalte Teil Ihres eigenen Schulungsprogramms sein:														
Folgeerkrankungen & Komplikationen				1	1				1	1	1	1		
Alltagsbewältigungsstrategien				1	1				1	1	1	1		
Textfeld														
8. Welche Schulungsprogramme verwenden Sie unter Umständen noch zusätzlich? Mehrfachnennungen sind möglich.														
Linda - Selbstmanagement-Programm für Typ I & II			1						1		1			
Subito - Insulinpumpenschulung		1			1					1	1	1		
DiSKO - wie Diabetiker zum Sport kommen			1		1				1		1	1		
Diabetes II im Gespräch														
Diabetes und Verhalten											1			
Keines der genannten Programme														
Textfeld									Lilly Schulungsfolien					
9. Wer führt die Schulungen durch? Mehrfachnennungen sind möglich.														
Wer führt die Schulungen durch? Mehrfachnennungen sind möglich.*														
Diabetologen DDG			1	1	1				1					
Diabetesberater DDG		1	1	1	1				1	1	1	1		
Diabetesassistenten DDG		1	1							1	1	1		
Fachpsychologen DDG				1					1					
Psychologen														
Wundmanager DGCW oder ICW									1		1			
Wundassistenten DDG											1			
Podologen									1					
Medizinische Fachangestellte											1			
Diabetes-Pflegekräfte										1		1		
Gesundheits- und Krankenpfleger				1							1			
Diätassistenten				1						1		1		

Antwort-ID	13411491	13412592	13414579	13414600	13414687	13414911	13415098	13415252	13415464	13415690	13415703	13415745	13416108	13416245
Diabetes und Verhalten														
Weiß ich nicht														
Textfeld														
16. Betreuen Sie Ihre Patienten hinsichtlich möglicher Folgeerkrankungen / Komplikationen?	ja													
17. Verwenden Sie in Ihrer Einrichtung das Disease Management Programm (DMP)?	ja	ja	nein	ja		ja	nein	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja
18. Welche Gründe gibt es, in Ihrer Einrichtung keine Betreuung von Folgeerkrankungen / Komplikationen vorzunehmen? Mehrfachnennungen sind möglich.														
Kein Geld von den Krankenkassen														
Zu wenig Zeit														
Zu wenig Personal														
Grund unbekannt														
Ich möchte zu dieser Frage keine Auskunft geben														
Textfeld														
19. Betreuen Sie Ihre Patienten auch hinsichtlich psychologischer Folgeerkrankungen?	ja	ja		ja		ja	nein		ja	nein	ja	nein	ja	nein
20. Ist Bestandteil dieser psychologischen Betreuung auch die Erfassung von möglichen Essstörungen der Patienten?	ja	ja		ja		ja			ja		ja		ja	
21. Verwenden Sie zur Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen ein standardisiertes Vorgehen?	nein	nein		ja		ja			ja		ja		nein	
22. Sie haben angegeben, dass Ihre Einrichtung Ihre Patienten hinsichtlich möglicher Essstörungen betreut. Verwenden Sie zur Erfassung der Erkrankung einen Fragebogen?				nein		ja			nein		nein			
23. Welchen Fragebogen verwenden Sie für die Erhebung von gestörtem Essverhalten? Mehrfachnennungen sind möglich.														
DEPS - Diabetes Eating Problem Survey														
Diab - Ess							1							

Antwort-ID	13411491	13412592	13414579	13414600	13414687	13414911	13415098	13415252	13415464	13415690	13415703	13415745	13416108	13416245
BITE - Bulimic investigatory test edinburgh														
NEQ – Night eating Questionnair														
SCOFF														
FEV – Fragebogen zum Essverhalten														
Weiß ich nicht														
Textfeld														
24. Sie haben angegeben, dass Sie Ihre Patienten hinsichtlich gestörtem Essverhalten systematisch erfassen. Führen Sie Ihre Screenings nur bei Risikopatienten durch?			Nein		Nein				Weiß ich nicht		Nein			
25. Verwendet Ihre Einrichtung zur Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen ein standardisiertes Vorgehen?						nein			ja		nein		nein	
26. Verwenden Sie für das standardisierte Screenen der Patienten hinsichtlich Folgeerkrankungen / Komplikationen mindestens einen Fragebogen?									ja					
27. Wie oft führen Sie die Screenings nach Folgeerkrankungen / Komplikationen durch?			Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)		Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)			Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)	Gelegentlich (z.B. 1x im Jahr)		Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)			
28. Welche Gründe gibt es, dass Sie kein standardisiertes Vorgehen bei der Erfassung von Folgeerkrankunge / Komplikationen nutzen?														
Keine Kenntnisse zu der Thematik Screening	1	1												1
Zu wenig Zeit	1	1										1	1	
Zu wenig Personal	1											1	1	
Grund unbekannt														
Fehlende Akzeptanz der Patienten													1	
Ich möchte zu dieser Frage keine Angabe machen							1							
Textfeld														noch nicht darüber nachgedacht

_Antwort-ID	13411491	13412592	13414579	13414600	13414687	13414911	13415098	13415252	13415464	13415690	13415703	13415745	13416108	13416245
Textfeld	Hypertensiologie, Endokrinologie												Diabetologie (Zusatzbez. der BLÄK)!	
31. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Einrichtung?	Schleswig-Holstein	Nordrhein-Westfalen		Hamburg		Bayern	Bremen		Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	Sachsen	Baden-Württemberg	Bayern	Sachsen

19. Betreuen Sie Ihre Patienten auch hinsichtlich psychologischer Folgeerkrankungen?		ja	ja	nein	nein	nein	ja	ja	ja	nein	nein	ja	nein	nein
20. Ist Bestandteil dieser psychologischen Betreuung auch die Erfassung von möglichen Essstörungen der Patienten?		ja	ja				ja	ja	ja			ja		
21. Verwenden Sie zur Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen ein standardisiertes Vorgehen?		nein	ja				ja	ja	ja			ja		
22. Sie haben angegeben, dass Ihre Einrichtung Ihre Patienten hinsichtlich möglicher Essstörungen betreut. Verwenden Sie zur Erfassung der Erkrankung einen Fragebogen?			ja				nein	ja	nein			nein		
23. Welchen Fragebogen verwenden Sie für die Erhebung von gestörtem Essverhalten? Mehrfachnennungen sind möglich.														
DEPS - Diabetes Eating Problem Survey														
Diab - Ess														
BITE - Bulimic investigatory test edinburgh														
NEQ – Night eating Questionnair														
SCOFF									1					
FEV – Fragebogen zum Essverhalten				1					1					
Weiß ich nicht														
Textfeld														
24. Sie haben angegeben, dass Sie Ihre Patienten hinsichtlich gestörtem Essverhalten systematisch erfassen. Führen Sie Ihre Screenings nur bei Risikopatienten durch?			ja				ja	ja	ja			ja		
25. Verwendet Ihre Einrichtung zur Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen ein standardisiertes Vorgehen?				ja	ja	ja				ja	ja		ja	ja

26. Verwenden Sie für das standardisierte Screenen der Patienten hinsichtlich Folgeerkrankungen / Komplikationen mindestens einen Fragebogen?					ja	ja				ja	ja		nein	nein
27. Wie oft führen Sie die Screenings nach Folgeerkrankungen / Komplikationen durch?			Gelegentlich (z.B. 1x im Jahr)		Beim ersten Besuch und dann nur gelegentlich	Beim ersten und jedem weiteren Besuch	Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)	Beim ersten Besuch	Beim ersten Besuch	Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)	Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)	Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)	Gelegentlich (z.B. 1x im Jahr)	Beim ersten Besuch und dann nur gelegentlich
28. Welche Gründe gibt es, dass Sie kein standardisiertes Vorgehen bei der Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen nutzen?														
Keine Kenntnisse zu der Thematik Screening														
Zu wenig Zeit														
Zu wenig Personal														
Grund unbekannt														
Fehlende Akzeptanz der Patienten														
Ich möchte zu dieser Frage keine Angabe machen														
Textfeld														
29. Unabhängig von Vorgehen und Methodik in Ihrem täglichen beruflichen Alltag: Sie stellen bei einem Ihrer Patienten eine Essstörung fest oder haben zumindest den Verdacht, dass eine Essstörung vorliegen könnte. Welche Maßnahmen ergreifen Sie als nächstes?		führt der Fachpsychologe durch	Genauere Anamnese der zugrundeliegenden Esstörung. Besprechung und Aufklärung. Therapieangebote von Gesprächen hier bis Einleitung einer ambulanten oder stationären Psychotherapie.		psychologisches Konsil; diesbezügliche ambulante Weiterbetreuung		Kontaktaufnahme zur Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in unserem Klinikum und gemeinsame Absprache über weiteres Vorgehen/Einleitung von Therapie etc.	weiterführende Diagnostik; Klärung Therapieindikation; Therapieplan		Frage nach Selbsteinschätzung des Patienten, Eßanamnese ggf. Protokoll GGf. Screening Bogen	Vorstellung bei Verdacht im gespräch-Tagebuch-Ernährungsgewohheiten bei der Psychologin im Amb. Bereich.; Im Stat. Bereich ist ein Psychologen weiterempfehlen.		Überweisung zum psychologen	Psychiatrisches Konsil
30. Bitte geben Sie Ihre eigene Berufsbezeichnung an. Mehrfachnennungen sind möglich.														
Diabetologe/-In DDG			1		1		1	1	1				1	1
Diabetesberater/-In DDG			1		1				1	1			1	
Diabetesassistent/-In DDG									1		1		1	

Fachpsychologe /-In DDG														
Psychologen														
Wundmanager/-In DGCW oder ICW											1	1		
Wundassistent/-In DDG												1		
Podologe/-In												1		
Medizinische/r Fachangestellte/r												1		
Diabetes-Pflegekraft												1		
Gesundheits- und Krankenpfleger/ In											1			
Diätassistent/-In														
Ernährungsberater/-In DGE														
Ökotrophologe/-In														
Ernährungsmediziner/-In														1
Physiotherapeut/-In														
Textfeld														
31. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Einrichtung?		Nordrhein-Westfalen	Nordrhein-Westfalen		Sachsen	Baden-Württemberg	Berlin	Hessen	Baden-Württemberg	Baden-Württemberg	Niedersachsen	Berlin	Schleswig-Holstein	Niedersachsen

Zu wenig Zeit														
Zu wenig Personal														
Grund unbekannt														
Ich möchte zu dieser Frage keine Auskunft geben														
Textfeld														
19. Betreuen Sie Ihre Patienten auch hinsichtlich psychologischer Folgeerkrankungen?	ja	nein	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
20. Ist Bestandteil dieser psychologischen Betreuung auch die Erfassung von möglichen Essstörungen der Patienten?	ja		ja	nein	ja	ja		ja		ja		ja		
21. Verwenden Sie zur Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen ein standardisiertes Vorgehen?	ja		ja		ja	ja		ja		ja		ja		
22. Sie haben angegeben, dass Ihre Einrichtung Ihre Patienten hinsichtlich möglicher Essstörungen betreut. Verwenden Sie zur Erfassung der Erkrankung einen Fragebogen?	nein		nein		nein	ja		nein		ja		ja		
23. Welchen Fragebogen verwenden Sie für die Erhebung von gestörtem Essverhalten? Mehrfachnennungen sind möglich.														
DEPS - Diabetes Eating Problem Survey														
Diab - Ess														
BITE - Bulimic investigatory test edinburgh														
NEQ – Night eating Questionnair														
SCOFF														
FEV – Fragebogen zum Essverhalten							1							
Weiß ich nicht													1	
Textfeld										Eating Disorder Inventory 2 (EDI2)				
24. Sie haben angegeben, dass Sie Ihre Patienten hinsichtlich gestörtem Essverhalten systematisch erfassen. Führen Sie Ihre Screenings nur bei Risikopatienten durch?	Ja		Ja		Weiß ich nicht	Ja		Weiß ich nicht		Ja			Nein	

Psychologen														
Wundmanager/-In DGCW oder ICW														
Wundassistent/-In DDG											1			
Podologe/-In														
Medizinische/r Fachangestellte/r														
Diabetes-Pflegekraft														
Gesundheits- und Krankenpfleger/-In							1				1		1	
Diätassistent/-In			1	1										1
Ernährungsberater/-In DGE				1										
Ökotrophologe/-In								1	1					
Ernährungsmediziner/-In														
Physiotherapeut/-In														
Textfeld														
31. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Einrichtung?	Sachsen	Rheinland-Pfalz	Nordrhein-Westfalen	Nordrhein-Westfalen	Bayern	Hessen	Baden-Württemberg	Bremen	Hessen	Bayern	Nordrhein-Westfalen		Baden-Württemberg	Rheinland-Pfalz

4. Welche Gründe gibt es, dass Sie in Ihrer Einrichtung keine Schulungen durchführen? Mehrfachnennungen sind möglich.														
Kein Geld von den Krankenkassen														
Zu wenig Zeit														
Zu wenig Personal														
Grund unbekannt														
Ich möchte zu dieser Frage keine Auskunft geben														
Textfeld														
5. Verwenden Sie für die Schulungen von Patienten und Angehörigen DDG- anerkannte Schulungsprogramme?	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden sowohl DDG- anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde
6. Welche DDG- anerkannten Schulungsprogramme verwenden Sie in Ihrer Einrichtung? Mehrfachnennungen sind möglich.														
MEDIAS 2 Basic				1						1				
MEDIAS 2 ICT										1				
PRIMAS				1						1				1
ZI-Programm für intensivierte Insulintherapie			1											1
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen								1						1
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen								1						1
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen								1						1
Diabetes bei Kindern: ein Behandlungs- und Schulungsprogramm		1		1						1				1

Wer führt die Schulungen durch? Mehrfachnennungen sind möglich. *														
Diabetologen DDG		1	1				1						1	1
Diabetesberater DDG	1	1	1	1			1			1			1	1
Diabetesassistenten DDG														1
Fachpsychologen DDG										1				
Psychologen		1												
Wundmanager DGCW oder ICW														
Wundassistenten DDG														
Podologen														
Medizinische Fachangestellte														
Diabetes-Pflegekräfte			1											
Gesundheits- und Krankenpfleger			1											
Diätassistenten										1			1	1
Ernährungsberater DGE			1							1				
Ökotrophologen		1		1			1							
Ernährungsmediziner							1							
Physiotherapeuten			1											
Textfeld														
10. Welche DDG-anerkannten Schulungsprogramme verwenden Sie in Ihrer Einrichtung? Mehrfachnennungen sind möglich.														
MEDIAS 2 Basic					1	1				1			1	
MEDIAS 2 ICT					1	1				1				
PRIMAS													1	
ZI-Programm für intensivierte Insulintherapie										1			1	
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen					1	1				1				
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen					1	1				1				
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen					1	1				1				
Diabetes bei Kindern: ein Behandlungs- und Schulungsprogramm													1	
Schulungs- und Behandlungsprogramm für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Typ 1													1	
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie					1	1				1				

Textfeld														
19. Betreuen Sie Ihre Patienten auch hinsichtlich psychologischer Folgeerkrankungen?	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja		ja	ja	ja	nein	ja	ja
20. Ist Bestandteil dieser psychologischen Betreuung auch die Erfassung von möglichen Essstörungen der Patienten?	ja	ja	ja	nein		ja	nein		ja	ja	ja		ja	ja
21. Verwenden Sie zur Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen ein standardisiertes Vorgehen?	ja	ja	ja			ja			ja	ja	ja		nein	ja
22. Sie haben angegeben, dass Ihre Einrichtung Ihre Patienten hinsichtlich möglicher Essstörungen betreut. Verwenden Sie zur Erfassung der Erkrankung einen Fragebogen?	nein	nein	nein			nein			ja	ja	nein			nein
23. Welchen Fragebogen verwenden Sie für die Erhebung von gestörtem Essverhalten? Mehrfachnennungen sind möglich.														
DEPS - Diabetes Eating Problem Survey														
Diab - Ess														
BITE - Bulimic investigatory test edinburgh														
NEQ – Night eating Questionnair														
SCOFF														
FEV – Fragebogen zum Essverhalten											1			
Weiß ich nicht														
Textfeld									eigene fragebögen im rahmen der zertifizierung					
24. Sie haben angegeben, dass Sie Ihre Patienten hinsichtlich gestörtem Essverhalten systematisch erfassen. Führen Sie Ihre Screenings nur bei Risikopatienten durch?	Ja	Ja	Nein			Ja			Ja	Ja	Nein			Ja

25. Verwendet Ihre Einrichtung zur Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen ein standardisiertes Vorgehen?				ja	ja		nein					ja		
26. Verwenden Sie für das standardisierte Screenen der Patienten hinsichtlich Folgeerkrankungen / Komplikationen mindestens einen Fragebogen?				nein	ja							ja		
27. Wie oft führen Sie die Screenings nach Folgeerkrankungen / Komplikationen durch?	Beim ersten Besuch	Beim ersten Besuch und dann nur gelegentlich	Gelegentlich (z.B. 1x im Jahr)	Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)	Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)	Beim ersten Besuch und dann nur gelegentlich			Beim ersten Besuch und dann nur gelegentlich	Beim ersten Besuch	Beim ersten Besuch und dann nur gelegentlich	Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)		Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)
28. Welche Gründe gibt es, dass Sie kein standardisiertes Vorgehen bei der Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen nutzen?														
Keine Kenntnisse zu der Thematik Screening														
Zu wenig Zeit														
Zu wenig Personal														
Grund unbekannt														
Fehlende Akzeptanz der Patienten														
Ich möchte zu dieser Frage keine Angabe machen														1
Textfeld														
29. Unabhängig von Vorgehen und Methodik in Ihrem täglichen beruflichen Alltag: Sie stellen bei einem Ihrer Patienten eine Essstörung fest oder haben zumindest den Verdacht, dass eine Essstörung vorliegen könnte. Welche Maßnahmen ergreifen Sie als nächstes?	Konsultation durch Diätassistenten, Psychologen	- Hinzuziehen unserer Kinder- und Jugendpsychiaterin und gemeinsames Festlegen des Procederes.	Ausführliches Arztgespräch, auch Gespräch mit Eltern d. Patienten.; Hinzuziehung der Psychologin, dann ggf. Überweisung an ein psychologisches Zentrum mit Schwerpunkt Essstörung.	spreche den Patienten drauf an und verweise ggf. an einen Fachpsychologen, bis dahin führe ich den Patienten		Aussprache des Verdachts, Fragen zur Anamnese (Dauer der Störung, Auslöser etc.) , Anbindung an Psychologen				Ich setze werde den Psychologen informieren	Überweisung in psychologische Ambulanz sofern vom Pat gewünscht	Wir versuchen die Pat. zu einer Vorstellung bei unserer / einer Psychologin zu überreden (was oft sehr schwierig ist)	genauere Abklären, ob Essstörung oder nicht; Einschaltung der Psychologin; Gespräch mit Patient	Ernährungsanamnes, Ernährungsberatung, intensive explorative Gespräche und Psychologische und evtl. neuro-psychiatr. Konsil, Bepsrechnungen im team, Ausschluss organ. Ursachen, Einbeziehung von Kontaktpersonen.

30. Bitte geben Sie Ihre eigene Berufsbezeichnung an. Mehrfachnennungen sind möglich.														
Diabetologe/-In DDG		1	1	1		1					1	1		1
Diabetesberater/-In DDG					1		1			1				
Diabetesassistent/-In DDG									1					
Fachpsychologe /-In DDG														
Psychologen														
Wundmanager/-In DGCW oder ICW														
Wundassistent/-In DDG														
Podologe/-In														
Medizinische/r Fachangestellte/r														
Diabetes-Pflegekraft										1				
Gesundheits- und Krankenpfleger/ In										1				
Diätassistent/-In					1								1	
Ernährungsberater/-In DGE														
Ökotrophologe/-In							1		1					
Ernährungsmediziner/-In											1			
Physiotherapeut/-In														
Textfeld	FÄ für Innere Medizin		Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin							Kinderkranken schwester				
31. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Einrichtung?	Sachsen- Anhalt	Baden- Württemberg	Nordrhein- Westfalen	Nordrhein- Westfalen	Nordrhein- Westfalen	Nordrhein- Westfalen	Bremen		Baden- Württemberg	Niedersachsen	Nordrhein- Westfalen	Nordrhein- Westfalen	Hessen	Rheinland- Pfalz

Antwort-ID	13482519	13483219	13484268	13485890	13486019	13487403	13488032	13493523	13500348	13517897	13548852	13557127	13564879	13575125	13575573
Resume-Code	e6f4913	587352a	71a83d4	827bede	8cd655a	1de0cc0	102d24c	1a74a47	0737f8b	862ae6a	36ad9fc	b7f60f9	9f1ac61	e895c27	c80456e
Start	21.07.2014 04:39	21.07.2014 08:33	21.07.2014 10:19	21.07.2014 13:03	21.07.2014 13:16	21.07.2014 15:32	21.07.2014 13:41	22.07.2014 09:16	22.07.2014 18:18	24.07.2014 11:46	28.07.2014 12:31	29.07.2014 10:35	29.07.2014 20:19	30.07.2014 19:27	30.07.2014 20:10
Datum und Zeit	21.07.2014 04:44	23.07.2014 08:24	21.07.2014 10:29	21.07.2014 13:06	21.07.2014 13:21	21.07.2014 15:48	21.07.2014 16:40	22.07.2014 09:23	22.07.2014 18:24	24.07.2014 11:52	28.07.2014 12:37	29.07.2014 10:37	29.07.2014 20:31	30.07.2014 19:38	30.07.2014 20:13
Bearbeitungsdauer	00:05:00	23:51:00	00:10:00	00:03:00	00:05:00	00:16:00	02:59:00	00:07:00	00:06:00	00:06:00	00:06:00	00:02:00	00:12:00	00:11:00	00:03:00
1. Welche Patientengruppen werden in Ihrer Einrichtung behandelt? Mehrfachnennungen sind möglich.															
Kinder bis 12 Jahre (Jhg: 2014 – 2002)	1				1						1				
Jugendliche bis 17 Jahre (Jhg: 2002 – 1997)	1				1	1			1	1					
Junge Erwachsene bis 30 Jahre (Jhg: 1996 – 1984)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1
Erwachsene zwischen 31-64 Jahre (Jhg: 1983 – 1949)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ältere Patienten ab 65 Jahre		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Welches Fachpersonal wird in Ihrer Einrichtung beschäftigt? Mehrfachnennungen sind möglich.															
Diabetologen DDG	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Diabetesberater DDG	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Diabetesassistenten DDG	1	1			1	1	1		1			1	1	1	1
Fachpsychologen DDG						1			1				1	1	
Kooperationen mit Fachpsychologen DDG															
Psychologen										1		1	1	1	1
Kooperationen mit Psychologen	1	1	1		1		1	1							
Wundmanager DG CW oder ICW		1	1		1			1	1			1		1	1
Wundassistenten DDG				1	1		1		1					1	1
Podologen					1		1	1	1					1	
Medizinische Fachangestellte	1		1		1	1	1	1	1		1			1	1
Diabetes-Pflegekräfte		1	1		1		1			1	1		1	1	
Gesundheits- und Krankenpfleger	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1		1	1	1
Diätassistenten	1		1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1
Ernährungsberater DGE	1		1											1	1
Ökotrophologen	1				1		1								
Ernährungsmediziner												1		1	
Physiotherapeuten	1	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1
Textfeld		psycholog geschulte Fachkrankens chwester					Endokrinologe , Angiologe im Team						Kunsttherape uten	Dermatologen , Allgemeinärz te	
3. Führen Sie Schulungen / Informationsveranstaltungen für Ihre Patienten durch?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
4. Welche Gründe gibt es, dass Sie in Ihrer Einrichtung keine Schulungen durchführen? Mehrfachnennungen sind möglich.															
Kein Geld von den Krankenkassen															
Zu wenig Zeit															
Zu wenig Personal															
Grund unbekannt															
Ich möchte zu dieser Frage keine Auskunft geben															
Textfeld															

Median 0:06

Mittelwert 0:54

0:14 ohne 13483219

5. Verwenden Sie für die Schulungen von Patienten und Angehörigen DDG-anerkannte Schulungsprogramme?	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	verwenden sowohl DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	verwenden sowohl DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	verwenden sowohl DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde.	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	Nein	verwenden sowohl DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	verwenden sowohl DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	verwenden sowohl DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	verwenden sowohl DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	verwenden sowohl DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern, als auch ein selbst erstelltes Schulungsprogramm, das von der DDG anerkannt wurde	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.	Ja. Wir verwenden ausschließlich DDG-anerkannte Schulungsprogramme von externen Anbietern.
6. Welche DDG-anerkannten Schulungsprogramme verwenden Sie in Ihrer Einrichtung? Mehrfachnennungen sind möglich.															
MEDIAS 2 Basic				1							1			1	
MEDIAS 2 ICT				1						1				1	
PRIMAS										1				1	
ZI-Programm für intensivierte Insulintherapie		1								1					
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen		1												1	
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen		1								1				1	
ZI-Programm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen		1								1				1	
Diabetes bei Kindern: ein Behandlungs- und Schulungsprogramm											1				
Schulungs- und Behandlungsprogramm für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Typ I											1				
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie										1			1		
HBSP - Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm		1								1					
BGAT - Blutglukosewahrnehmungstraining für Typ-1-Diabetiker										1				1	
HYPOS - Hypoglykämieprogramm														1	
BARFUSS													1		
SGS - Strukturiertes Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker im höheren Lebensalter													1		
Weiß ich nicht					1										
Textfeld									subito						
7. Bitte wählen Sie aus, sollten folgende Inhalte Teil Ihres eigenen Schulungsprogramms sein:															
Folgeerkrankungen & Komplikationen		1		1						1			1		
Alltagsbewältigungsstrategien		1		1						1			1		
Textfeld													Diabetes und Seele		
8. Welche Schulungsprogramme verwenden Sie unter Umständen noch zusätzlich? Mehrfachnennungen sind möglich.															
Linda - Selbstmanagement-Programm für Typ I & II													1		

Grund unbekannt																
Ich möchte zu dieser Frage keine Auskunft geben																
Textfeld																
19. Betreuen Sie Ihre Patienten auch hinsichtlich psychologischer Folgeerkrankungen?	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	nein		ja	ja	nein	
20. Ist Bestandteil dieser psychologischen Betreuung auch die Erfassung von möglichen Essstörungen der Patienten?	ja			nein	ja	ja	ja		ja	ja			nein	ja		
21. Verwenden Sie zur Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen ein standardisiertes Vorgehen?	ja			ja	ja	ja	ja		ja	ja				ja		
22. Sie haben angegeben, dass Ihre Einrichtung Ihre Patienten hinsichtlich möglicher Essstörungen betreut. Verwenden Sie zur Erfassung der Erkrankung einen Fragebogen?	nein			ja	ja	nein	ja		nein	nein				ja		
23. Welchen Fragebogen verwenden Sie für die Erhebung von gestörtem Essverhalten? Mehrfachnennungen sind möglich.																
DEPS - Diabetes Eating Problem Survey																
Diab - Ess																
BITE - Bulimic investigatory test edinburgh								1								
NEQ – Night eating Questionnair								1								
SCOFF																
FEV – Fragebogen zum Essverhalten															1	
Weiß ich nicht					1	1										
Textfeld							eigener Ernährungsanamnesebogen									
24. Sie haben angegeben, dass Sie Ihre Patienten hinsichtlich gestörtem Essverhalten systematisch erfassen. Führen Sie Ihre Screenings nur bei Risikopatienten durch?	ja				Nein	Nein	ja		ja	Weiß ich nicht				Nein		
25. Verwendet Ihre Einrichtung zur Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen ein standardisiertes Vorgehen?		ja	ja	ja				nein		ja		ja	ja		nein	
26. Verwenden Sie für das standardisierte Screenen der Patienten hinsichtlich Folgeerkrankungen / Komplikationen mindestens einen Fragebogen?		nein	ja	ja							nein		ja			

27. Wie oft führen Sie die Screenings nach Folgeerkrankungen / Komplikationen durch?	Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)	Beim ersten Besuch und dann nur gelegentlich	Beim ersten Besuch	Beim ersten und jedem weiteren Besuch	Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)	Beim ersten Besuch	Beim ersten Besuch und dann nur gelegentlich		Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)	Gelegentlich (z.B. 1x im Jahr)	Beim ersten und jedem weiteren Besuch		Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)	Bei jedem Besuch (z.B. 1x pro Quartal)
28. Welche Gründe gibt es, dass Sie kein standardisiertes Vorgehen bei der Erfassung von Folgeerkrankungen / Komplikationen nutzen?														
Keine Kenntnisse zu der Thematik Screening														
Zu wenig Zeit									1					1
Zu wenig Personal									1					1
Grund unbekannt														
Fehlende Akzeptanz der Patienten														
Ich möchte zu dieser Frage keine Angabe machen														
Textfeld														
29. Unabhängig von Vorgehen und Methodik in Ihrem täglichen beruflichen Alltag: Sie stellen bei einem Ihrer Patienten eine Essstörung fest oder haben zumindest den Verdacht, dass eine Essstörung vorliegen könnte. Welche Maßnahmen ergreifen Sie als nächstes?	Psychotherapeutisches Konsil in unserer Klinik zur weiteren Diagnostik.	Hinzuziehen der Diabetesberaterin ,Informationen zur Ernährung sowie der Körperfunktionen, evtl Vorstellung zum Gespräch mit der psycholog. Fachschwester.	psychologische Anbindung			Ich bespreche mit der Patientin / dem Patienten die Möglichkeit der genaueren Diagnostik und der psychotherapeutischen Behandlung des Problems und dann bei Interesse ganz praktisch die Möglichkeiten im Umkreis: Psychodiabetologische Fachambulanz an der Uni Mainz (mein Favorit), Forum für Essstörungen in Frankfurt, niedergelassene Psychotherapeuten vor Ort. Ich gebe der Patientin / dem Patienten Kontaktadressen und bespreche die elend lange Wartezeit auf einen Therapieplatz. Aktiv kümmern tut sich dann die Patientin / der patient.	Überweisung zum Psychologen im Hause (Instiut für Medizinische Psychologie) ggf. Psychosomatik oder Psychiatrie (im Hause)	Empfehlung zur professionellen psychologischen Begleitung	1. ansprechen mit der Patientin; 2. Vorstellung bei der Psychologin DDG	Kontakt zu den Psychologen aufnehmen und dort vorstellen.	Psychatrisches konsil	Psychologisches Konsil	Interne Vorstellung psychologische Psychotherapie.	Kontaktaufnahme zum kooperierenden Psychologen zur weiteren Evaluation und Behandlung
30. Bitte geben Sie Ihre eigene Berufsbezeichnung an. Mehrfachnennungen sind möglich.														
Diabetologe/-In DDG	1	1							1				1	1
Diabetesberater/-In DDG			1	1					1		1			
Diabetesassistent/-In DDG														
Fachpsychologe /-In DDG							1							
Psychologen														
Wundmanager/-In DGCW oder ICW														
Wundassistent/-In DDG														
Podologe/-In														
Medizinische/r Fachangestellte/r														
Diabetes-Pflegekraft														
Gesundheits- und Krankenpfleger/-In			1					1		1				
Diätassistent/-In					1						1			

Ernährungsberater/-In DGE															
Ökotrophologe/-In															
Ernährungsmediziner/-In															
Physiotherapeut/-In															
Textfeld		FA Innere Medizin	Sozialpädagog e		Diplom- Trophologin		Endokrinologe		Internistin						
31. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Einrichtung?	Hessen	Nordrhein- Westfalen	Schleswig- Holstein	Nordrhein- Westfalen	Rheinland- Pfalz	Hessen	Thüringen	Schleswig- Holstein	Nordrhein- Westfalen	Nordrhein- Westfalen	Baden- Württemberg		Berlin	Niedersachsen	Baden- Württemberg

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Farina Zander