

# Inhalt

---

## Teil A Interaktive Grundlagen der Diabetologie

*Alexander Risse*

1	Horizontbeschreibungen.....	3
1.1	Diabetologie in Forschung und Praxis .....	3
1.2	Besinnung.....	4
1.3	Sollbruchstellen der Diabetologie .....	5
1.4	Praktische Diabetologie.....	7
2	Wissenschaft und Praxis in der Diabetologie: Grundlegende Begrifflichkeiten zur Erkenntnistheorie .....	12
2.1	Wissen – Wissenschaft .....	14
2.2	Methoden der Wissenschaft.....	14
2.2.1	Nomothetische und idiographische Methoden .....	14
2.2.2	Das Induktionsproblem .....	15
2.2.3	Panmathematismus (Wuchern des Berechnungs- und Vermessungsgeistes) ....	15
2.2.4	Reduktionismus.....	17
2.2.5	Terminologie: Die Sprache der Wissenschaften.....	18
2.3	Ontologie: Ereignisontologie – Dingontologie .....	20
2.4	Anthropologie: der anthropologische Dualismus.....	22
2.5	Erkenntnistheorie .....	22
2.5.1	Erkenntnis.....	23
2.5.2	Sachverhalte .....	23
2.5.3	Tatsachen .....	23
2.5.4	Wahrheit .....	24
2.5.5	Evidenz – „evidence“ – „self-evidence“ .....	25
2.6	Der Wissenschaftsbetrieb .....	27
2.6.1	Paradigma.....	27
2.6.2	Denkstil – Denkstilgemeinschaft (Denkkollektiv) – denkstilgebundene Wahrnehmungsverarmung.....	27
2.6.3	Self-fulfilling prophecy .....	29
2.7	Zusammenfassung.....	30
3	Vollere Realität und verarmte Wirklichkeit: über das Verhältnis von (Natur-) Wissenschaften zu klinischer Praxis Oder: Die Welt, in der wir leben, ist nicht die Welt, mit der wir rechnen .....	32

4	Psychopathologie als Hilfswissenschaft der Diabetologie: das chronische, hirnorganische Psychosyndrom .....	36
4.1	Therapieziele in der Diabetologie .....	36
4.2	Diabetes mellitus und chronisches, hirnorganisches Psychosyndrom .....	37
4.3	Psychopathologie .....	38
4.4	Der psychopathologische Befund.....	39
4.5	Das chronische, hirnorganische Psychosyndrom (Demenz) .....	41
4.6	Kommentare zu den psychopathologischen Symptomen.....	42
4.6.1	Merkfähigkeitsstörungen (Störungen des Kurzzeitgedächtnisses).....	42
4.6.2	Affektlabilität .....	42
4.6.3	Verlust des Eigenantriebes bei erhaltener Fremdanregbarkeit .....	43
4.6.4	Intoleranz gegen simultane, sensorische Stimuli .....	43
4.6.5	Umständlicher Gedankengang .....	43
4.6.6	Auffassungsstörungen .....	44
4.6.7	Rigidität der Verhaltensweisen .....	44
4.6.8	Bewusstseinswachheit .....	45
4.6.9	Erhaltene Fassade .....	45
4.7	Verlauf .....	45
4.8	Schlussfolgerungen .....	46
5	Sprache und therapeutische Wirklichkeit .....	48
5.1	Medizinischer Denkstil .....	48
5.2	Chronische und akute Erkrankungen .....	48
5.3	Sprachliche Hinweise auf benutzte Denkstile .....	50
5.3.1	Sprachliche Hinweise auf diabetologische Inkompetenz .....	50
5.3.2	Sprachliche Hinweise auf ärztlichen Führungsanspruch .....	51
5.4	Moralischer Vorwurf als durchgängiges Merkmal bei Therapieversagen .....	52
6	Einführung in die Phänomenologie des Leibes: das diabetische Fuß-Syndrom	54
6.1	Einleitung .....	54
6.2	Der „Leib“ und die Kategorialanalyse der Leiblichkeit .....	55
6.3	Leiblichkeit.....	55
6.4	Aufweise der Leiblichkeit an Phantomgliederlebnissen .....	56
6.5	Die Inselstruktur des Leibes .....	57
6.6	„Leib“ und „Körperschema“ .....	58
6.7	Ausgangspunkte: Polyneuropathie, Leibesinselschwund und therapeutische Situation .....	59
6.8	Konstanter Leibesinselschwund als Ursache des Therapieversagens auf der Ebene des Ortsraumes .....	60
6.9	Konstitution und Selbstverständnis des Subjekts durch Leibesinseln.....	60
6.10	„Leibesinselschwund“ durch diabetische Polyneuropathie.....	60
6.11	Verlust der Warnfunktion des Schmerzes mit entsprechendem Ausbleiben personalen Regression durch Schmerz .....	61

6.12	Änderung der leiblichen Ökonomie durch konstanten Leibesinselschwund bei diabetischer Polyneuropathie .....	62
6.13	Das Missverständnis zwischen Arzt und DFS-Patient durch unterschiedliche leibliche Ökonomie .....	62
6.14	Annäherung an die Patienten: der neo-phänomenologische Zugang .....	63
6.15	Die Ebenen der Interpretation von Patientenbeschwerden.....	65
6.16	Konsequenzen .....	66
6.17	Schlussfolgerungen: Anthropologische Dimensionen .....	67
6.18	Therapeutische Optionen?.....	67
6.19	Zusammenfassung und Interpretation .....	68
6.20	„Naturwissenschaftliche“ Medizin: Primat der Körpermaschine gegenüber dem Leib.....	69
6.21	Das diabetische, symmetrische, sensible Polyneuropathie – Syndrom in neo-phänomenologischer Sicht .....	70
	Literatur .....	

## Teil B

### Systemische Grundlagen und Techniken der Diabetestherapie

*Marcus Siebolds*

1	Zur Entstehung therapeutischer Wirklichkeiten .....	75
1.1	Wie entstehen therapeutische Wirklichkeiten?.....	76
1.1.1	Reflexion der wissenschaftstheoretischen Grundlagen, die das Denken und damit auch das Handeln von Ärzten und Therapeuten bestimmen .....	77
1.1.2	„Platonisch-aristotelisch“ grundgelegte Wissenschaft .....	79
1.1.3	Naturwissenschaft als Professionalitätsproblem .....	85
1.1.4	Das Fallmodell David Sacketts als Modell der Therapie akut erkrankter Patienten .....	85
1.1.5	Konstruktivismus und hermeneutisches und systemisches Fallverstehen als Modell der Therapie chronisch Kranker .....	86
1.2	Die therapeutische Wirklichkeit und ihre beiden grundlegenden Formen .....	93
1.2.1	Wie entsteht therapeutische Wirklichkeit? .....	93
1.2.2	Die konstruktivistisch-systemische Wirklichkeit .....	94
1.2.3	Wann ist die Wirklichkeit eine Wirklichkeit?.....	96
1.2.3.1	Stabile therapeutische Wirklichkeiten .....	96
1.2.3.2	Instabile therapeutische Wirklichkeiten .....	97
1.3	Ist der Patient wissenschaftlich?.....	99
1.4	Sprache und Tragödien der real-therapeutischen Welt .....	99
1.4.1	Von der Idee des pädagogischen Paradoxes .....	99
1.4.2	Von der Idee der doppelseitigen Fixierung.....	101
1.5	Insulinpumpentherapie – Mythos und Tragödien in der realpraktischen Insulintherapie .....	102
1.6	Synopsis .....	104

2	Theorie einer lösungsorientierten Therapie – damit die Problemlösung nicht selbst zum Problem wird .....	105
2.1	Die fünf Kriterien professioneller hermeneutischer Fallarbeit (nach Oevermann und Weidner) .....	105
2.2	Zum grundlegenden Problem .....	111
2.2.1	Akute Erkrankung .....	111
2.2.2	Chronische Erkrankung .....	112
2.2.3	Der chronisch Kranke als dauernder Grenzgänger .....	113
2.3	Was bedeutet dieser Diskurs für die lösungsorientierte Therapie? .....	114
2.3.1	Akute Erkrankungen .....	114
2.3.2	Chronische Erkrankungen .....	115
3	Das Assessmentverfahren in der Diabetologie – Vom nicht mehr können als Maß der (Therapie-) Dinge .....	119
3.1	Problemhintergrund .....	119
3.2	Assessmentverfahren für ältere Typ-II-Diabetiker .....	120
3.3	Durchführung der einzelnen Assessment-Schritte .....	122
3.3.1	Sensomotorische Prüfung .....	122
3.3.1.1	Essbeobachtung .....	122
3.3.1.2	Beobachtung einer Fußpflege .....	123
3.3.1.3	Beobachtung von Insulininjektion und Stoffwechselkontrolle .....	123
3.3.2	Prüfung des sozialen Umfeldes .....	124
3.3.2.1	Essanamnese .....	124
3.3.2.2	Fragen zur sozialen Versorgung .....	124
3.3.3	Frühdemenz (HOPS) .....	125
4	Auftragsklärung in der Diabetologie „Herr Doktor, bitte reparieren sie mich!“ .....	127
4.1	Themenhintergrund .....	127
4.2	Wie werden in der Diabetologie Therapieaufträge geklärt? .....	127
4.2.1	Der Therapieauftragsbegriff .....	129
4.2.2	Wie gehen Ärzte oder Schulungsteams mit Patienten in ihrem aktuellen Auftragsstatus um? .....	130
4.2.3	Die Rolle des Assessment .....	134
4.3	Der Auftragsklärungsprozess .....	135
4.3.1	Palliative Diabetologie bei hochbetagten, pflegebedürftigen Patienten .....	135
4.3.1.1	Vier Grundelemente der palliativen Diabetologie .....	136
4.3.2	Kurative Diabetologie: .....	139
5	Das interprofessionelle Diabetesschulungsteam – auf dem Weg zum Schulungsteam zwischen Wunschdenken und bitterer Realität .....	147
5.1	Themenhintergrund .....	147
5.1.1	Qualitätsrichtlinien der DDG .....	147

5.1.2	Der Teammythos der Therapeuten .....	148
5.2	Empirische Teamforschung: Bericht über ein Projekt .....	148
5.2.1	Die Teamwirklichkeit von Schulenden .....	149
5.2.2	Ergebnisse der quantitativen Befragung .....	151
5.2.3	Bewertung der Ergebnisse .....	151
5.3	Die Grundprobleme der Entwicklung eines multiprofessionellen Schulungsteams .....	153
5.3.1	Begriffsdefinitionen .....	153
5.3.2	Die wichtigsten Teamprobleme .....	154
5.4	Teamaufbau und -entwicklung .....	157
5.4.1	Die Settingkonferenz .....	158
5.4.2	Umsetzung der Setting-Konferenz: Supervision oder Teamcoaching .....	163
5.4.3	Teamweiterbildung .....	164
5.5	Checkliste „Settingkonferenz“ .....	165
5.5.1	Funktion der Checkliste .....	165
5.5.2	Die Arbeit mit der Checkliste .....	165
5.5.2.1	Erster Arbeitsschritt: Wie muss die Settingkonferenz vorbereitet werden? .....	165
5.5.2.2	Zweiter Arbeitsschritt: Wie soll die Settingkonferenz moderiert werden? .....	167
	Literatur .....	172

## Teil C

### Pädagogische Grundlagen und Techniken in der Diabeteschulung

*Wolfgang Heffels*

1	Didaktische Überlegungen zur Gestaltung einer Diabetiker-Schulungsstunde .....	177
1.1	Sinnhaftigkeit von Diabetikerschulungen .....	178
1.2	Vorbereitung einer Schulungsstunde .....	180
1.2.1	Wass will ich in der Schulungsstunde erreichen? .....	181
1.2.2	Methodenorganisationsgestaltung .....	183
1.3	Schlussbetrachtung .....	187
	Literatur .....	187
2	Das Curriculum zur Diabetikerschulung im Spannungsfeld zwischen administrativer Notwendigkeit und Schulungsprozess fördernder Bedeutsamkeit .....	189
2.1	Was beinhalten die Qualitätsrichtlinien der DDG? .....	189
2.2	Welche Schulungsverständnisse zur Schulung von Diabetikern können voneinander unterschieden werden? .....	191
2.2.1	Das normative Schulungsverständnis .....	191
2.2.2	Das Schulungsverständnis von der klientenorientierten Selbstbestimmtheit .....	193
2.2.3	Das Kontingenz-Kompetenz-Schulungsverständnis .....	194

---

2.3	Was ist ein Curriculum und welche Funktion hat es im Schulungsprozess? ....	196
2.4	Wer sollte an der Curriculumentwicklung beteiligt werden? .....	197
2.5	Wie erstellt man ein Curriculum?.....	198
2.6	Was erfolgt, nachdem das Curriculum erstellt worden ist?.....	201
2.7	Resümee .....	202
	Literatur .....	203