

BACHELORARBEIT

Titel der Bachelorarbeit

Erhebung von Interessen an Bewegungsprogrammen von
Personen mit der Diagnose „Diabetes Mellitus Typ 2“ im
Rehabilitationsaufenthalt, um eine Weiterführung dieser nach
dem Aufenthalt zu fördern

Verfasserin

Stephanie Kolm

angestrebter akademischer Grad

Bachelor of Science in Health Studies (BSc)

St. Pölten, 2018

Studiengang: Studiengang Physiotherapie

Jahrgang: PT 15

Betreuerin / Betreuer: FH-Prof. Romana Bichler, PT, MAS

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Dieses Bachelorarbeitsthema habe ich bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

.....

Datum

.....

Unterschrift

Abstract: (Deutsch)

Titel der Arbeit: Erhebung von Interessen an Bewegungsprogrammen von Personen mit der Diagnose „Diabetes Mellitus Typ 2“ im Rehabilitationsaufenthalt, um eine Weiterführung dieser nach dem Aufenthalt zu fördern.

Einleitung: Diabetes Mellitus Typ 2 ist eine sehr häufige Erkrankung und in Europa gibt es mehr als 60 Millionen Menschen, die daran erkrankt sind. Es gibt viele Risikofaktoren, die einen prädisponierenden Faktor für die Erkrankung darstellen und wenn die Diagnose schon gestellt wurde, diese noch verschlimmern. Die Spätfolgen, wie Neuropathie und Retinopathie, belasten das Gesundheitssystem. Tägliche Bewegung stellt einen präventiven Faktor dar und ist in den Alltag integrierbar. Bewegungsprogramme bringen eine Verbesserung diesbezüglich. Zu beobachten ist, dass PatientInnen ohne Anleitung nicht konsequent in der weiteren Anwendung von in der Rehabilitation erlernten Interventionen sind. Dadurch wird der erreichte Zustand wieder verschlechtert. Die tägliche Aktivität sollte Alltag sein und aus dem eigenem Antrieb der betroffenen Personen kommen.

Fragestellung: Welche Inhalte in Bewegungsprogrammen interessiert Personen mit der Diagnose „Diabetes Mellitus Typ 2“ während des Rehabilitationsaufenthaltes, um die Weiterführung nach der Rehabilitation zu fördern?

Methodik: Die Studie ist eine empirische Fragebogen Untersuchung in Form einer Fokusgruppenbefragung, welche eine Studentin der Fachhochschule St. Pölten moderiert. Die TeilnehmerInnen werden in der Rehabilitationsanstalt Alland rekrutiert. Folgend werden die Ergebnisse der Befragungen mathematisch ausgewertet und diskutiert.

Ergebnisse: Bewegungsarten mit einer hohen Ausdauerkomponente werden Kraftsportarten vorgezogen. Als extrinsischen Faktor der Motivation geben fast die Hälfte der PatientInnen den sichtbaren Gewichtsverlust an. Des Weiteren würden die ProbandInnen technische Erinnerungssysteme annehmen, wenn damit eine ausführliche und individuelle Anleitung beziehungsweise Anpassung einhergeht.

Schlussfolgerungen: Die nötige Motivation zur Weiterführung der erlernten Bewegungsprogramme muss von dem betroffenen Menschen selbst kommen, kann aber durch äußere Faktoren gefördert und dadurch längerfristig hoch gehalten werden.

key words: Physiotherapie, Bewegungstherapie/-programm, Diabetes Mellitus Typ 2, Compliance, Therapiebereitschaft, Fokusgruppen-Leitfaden

Abstract: (Englisch)

titel of the paper: Collecting interests in movement programs of people with the diagnosis of type 2 diabetes mellitus in the rehabilitation stay to promote a continuation of this after the stay

introduction: Diabetes mellitus type 2 is a very common disease and in Europe there are more than 60 million people who are affected by it. There are many risk factors which are a predisposing factor for the disease and, if the diagnosis has already been made, aggravate it. The late sequelae, such as neuropathy and retinopathy, affect the health system. Daily activity is a preventive factor and can be integrated into everyday life. Motion programs bring an improvement in this. It is to be observed that patients without guidance are not consistent in the further application of interventions learned in rehabilitation. Thus, the state reached is again deteriorated. The daily activity should be every day and come from the own drive of the affected persons.

research question: Which contents in exercise programs are of interest to persons diagnosed with type 2 diabetes mellitus during the rehabilitation period in order to promote the continuation after rehabilitation?

methods: The study is an empirical questionnaire study in the form of a focus group survey, which is moderated by a student of the University of Applied Sciences St. Pölten. The participants are recruited at the Rehabilitation Center Alland. Subsequently, the results of the surveys are mathematically evaluated and discussed.

results: Movement types with a high endurance component are preferred to strength sports. As an extrinsic factor of motivation, nearly half of the patients report visible weight loss. Furthermore, the subjects would accept technical reminder systems, if accompanied by a detailed and individual guidance or adaptation.

conclusion: The necessary motivation to continue the learned exercise programs must come from the affected person himself, but can be promoted by external factors and thereby kept high in the longer term.

key words: physiotherapy, exercise therapy / program, diabetes mellitus type 2, compliance, therapy, focus group guide

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Problemstellung.....	1
1.2	Fragestellung.....	2
1.3	Zielsetzung und Relevanz für die Praxis	2
2	Methodik.....	3
2.1	Studiendesign.....	3
2.2	Literaturrecherche.....	4
2.3	ProbandInnen und Ein-/Ausschlusskriterien.....	4
2.4	Fokusgruppenbefragungsleitfaden.....	5
3	Theorieteil.....	8
3.1	Einführung in die Thematik/ Begriffserklärung.....	8
3.2	Compliance und Patientenedukation	9
3.3	Motivation zur Bewegung.....	10
4	Ergebnisse.....	13
4.1	Fragestellung 1.....	13
4.2	Fragestellung 2.....	14
4.3	Fragestellung 3.....	17
4.4	Fragestellung 4.....	18
5	Diskussion	21
5.1	Interpretation	21
5.2	Limitationen	26
6	Zusammenfassung und Ausblick	28
7	Literaturverzeichnis.....	30

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fragestellung 1	13
Abbildung 2: Ausdauerart	14
Abbildung 3: Fragestellung 2	15
Abbildung 4: Intrinsische Faktoren	16
Abbildung 5: Extrinsische Faktoren	16
Abbildung 6: Fragestellung 3	17
Abbildung 7: Erinnerungssysteme	18
Abbildung 8: Fragestellung 4	19

Vorwort:

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich sowohl bei der Durchführung als auch beim Verfassen dieser Arbeit unterstützt haben.

Ein besonderes Dankeschön gilt meiner Familie und Freunden, auf deren Hilfe ich immer zählen konnte. Ich möchte besonders meine Eltern und meinen Freund hervorheben, die mich bereits seit Studienbeginn, mit viel Geduld und Verständnis, auf dem Weg des gesamten Prozesses begleiten.

Ein weiteres Dankeschön gilt meinen Kolleginnen und Kollegen, die mich in fachlichen und menschlichen Fragen tatkräftig und zu jeder Zeit unterstützt haben. Auch meine Betreuerin FH-Prof. Romana Bichler, PT, MAS stand mir vor allem bei der Planung und Durchführung der Studie mit ihrem umfassenden fachlichen Wissen zur Seite.

Stephanie Kolm

Schönberg am Kamp, 4.3.2018

1 Einleitung

Im folgenden ersten Kapitel dieser Bachelorarbeit wird die Problemstellung des aufgegriffenen Themas behandelt. Danach möchte die Autorin auf die Fragestellung und die Zielsetzung beziehungsweise Relevanz für die Praxis näher eingehen.

1.1 Problemstellung

Diabetes Mellitus Typ 2 ist eine der häufigsten Erkrankungen weltweit. In Europa leiden mehr als 60 Millionen Menschen an dieser chronischen und fortschreitenden Erkrankung. Es gibt viele Risikofaktoren, die einen prädisponierenden Faktor für die Erkrankung darstellen und wenn die Diagnose schon gestellt wurde, diese noch verschlimmern. Fettleibigkeit und Übergewicht, zusammen mit geringer körperlicher Aktivität, stellen die gewichtigsten Risikofaktoren dar. Unbehandelter oder nicht ausreichend behandelter Diabetes Mellitus Typ 2 schädigt das Herz, die Blutgefäße, die Augen, die Nieren und die Nerven. Die Spätfolgen dieser Schädigungen belasten die Gesundheitssysteme weltweit und führen oft zu frühzeitigem Tod. Dabei wäre Diabetes Mellitus Typ 2 weitgehend vermeidbar und die daraus folgenden Zusatzerkrankungen verzögerbar. Um die Prävalenz zu reduzieren, erfordert es alters- und bevölkerungsbezogene Ansätze. Eine Kombination aus Gesetzgebung, Umweltveränderungen und Sensibilisierung für Gesundheitsrisiken fördert das Bewusstsein für Ernährung und Bewegung. In den Alltag integrierte Interventionen, wie ausgewogene Diät und die körperliche Aktivität sind wirkungsvoller als Medikamente. (WHO, 2016)

Ein präventiver Faktor zu den oben beschriebenen Folgen von unbehandeltem Diabetes Mellitus Typ 2 stellt die tägliche Bewegung dar. Regelmäßig und in den Alltag integriert bringt sie eine wortwörtliche „Erleichterung“. (Belalcazar u.a., 2010) Um Bewegung in den Alltag zu implementieren ist eine Diabetikerschulung, die auf das Verhalten der Person eingeht, wichtig. Zudem soll das Verlangen nach täglicher Aktivität aus eigenem Antrieb kommen. (Weinger & Carver, 2010) Um diesen intrinsischen Motivationsfaktor zu wecken, kann das Veranschaulichen der Bewegung von Vorteil sein. Personen die mittels eines „Aktivitätstrackers“ ihre gegangenen Schritte und die Intensität ihres Trainings sehen konnten, verbesserten trotz ihrer Krankheit ihr Fitnesslevel. (Miyachi u.a., 2016)

Zu beobachten ist aber, dass PatientInnen ohne ständige Anleitung nicht konsequent in der weiteren Anwendung von erlernten Interventionen sind. Nach einer anfänglichen enthusiastischen Hochphase reduzieren die ProbandInnen die Bewegung auf ein Minimum. (Ménard u.a., 2005) PatientInnen führen, trotz sichtbarer Verbesserung im Wohlbefinden gemessen an der Lebensqualität in der Interventionsphase, das Bewegungsprogramm

danach unzureichend weiter. Ein signifikanter Abfall in der Punkteanzahl des Lebensqualitätstests war zu sehen. (Snel u.a., 2012)

1.2 Fragestellung

In der Literatur wird beschrieben, dass Bewegungsprogramme nach ihrer offiziellen Beendigung nicht weitergeführt werden und das Heimbewegungsprogramme nicht ausreichend angenommen sowie ausgeführt werden. Ausgehend davon kann angenommen werden, dass Bewegungsprogramme sowie Heimbewegungsprogramme nicht genügend den individuellen Interessen von Personen mit Diabetes Mellitus Typ 2 entsprechen. Somit soll in den folgenden Arbeiten folgende Fragestellung beantwortet werden:

Welche Inhalte in Bewegungsprogrammen interessiert Personen mit der Diagnose „Diabetes Mellitus Typ 2“ während des Rehabilitationsaufenthaltes, um die Weiterführung nach der Rehabilitation zu fördern?

1.3 Zielsetzung und Relevanz für die Praxis

Die Relevanz dieses Themas besteht darin, dass Diabetes Mellitus Typ 2 als wesentlichen Risikofaktor mangelnde Bewegung hat. Diese wird von Seiten der Gesundheitsprofessionen immer wieder versucht dem Patienten oder der Patientin näher zu bringen. Allerdings spricht der Großteil der Personen nur unzureichend oder gar nicht darauf an. Des Weiteren stellen viele Studien einen klar definierten Plan zu Bewegung und Ernährung den TeilnehmerInnen zur Verfügung, erheben davor keine spezifischen Interessen der Personen. Allerdings würde die individuelle Anpassung von Interventionen mit Hilfe von Gesprächen oder Befragungen vor, während und nach dieser die Therapiebereitschaft und die Motivation zur Bewegung steigern. (Scherenberg, 2003)

Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, welche Inhalte ein Bewegungsprogramm beziehungsweise ein Heimbewegungsprogramm haben muss, damit Personen mit Diabetes Mellitus Typ2 nach dem Rehabilitationsaufenthalt nicht das Interesse verlieren und diese erstellten Programme weiterführen. Hierzu wird ein Leitfaden für Fokusgruppengespräche entworfen. Die Grundlage wird die folgende Literaturrecherche sein.

2 Methodik

Im zweiten Kapitel wird die Methodik, das Vorgehen und die Literaturrecherche zu dieser Studie erläutert. Zusätzlich werden die Ein- und Ausschlusskriterien der gewählten ProbandInnen beschrieben.

2.1 Studiendesign

Die Studie ist eine Fragebogen Untersuchung in Form einer Gruppendiskussion der Fokusgruppe, welche eine Studentin der Fachhochschule St. Pölten moderiert. Das im Voraus festgelegte Thema erörtert die PatientInnengruppe anhand eines Leitfadens.

Die Einladung zur freien Diskussion ergeht an die betroffenen PatientInnen mit der Diagnose Diabetes Mellitus Typ 2, um anhand von formulierten Fragen die Interessen zum Thema abzuhandeln. Einblick in die Erwartungen und Vorstellungen seitens der betroffenen Personen zu den Inhalten ist eine der Zielsetzungen, wieso eine Fokusgruppenbefragung durchgeführt wird. Zum theoretischen Ablauf: Die Gruppe umfasst drei bis acht Personen und diskutiert, geleitet von einem/einer ModeratorIn zu einem Leitfaden. Dieser ist ausschließlich für den/die DiskussionsleiterIn bestimmt und fungiert zur Fokussierung auf den Themenbereich. Der Leitfaden umfasst bis zu fünf offene Fragen oder Teilthemenbereiche, die klar definiert sind. Die Gesprächsatmosphäre und der Umgang miteinander soll respektvoll und wertschätzend sein, damit eine volle Ausschöpfung des kreativen Potentials der Fokusgruppe gewährleistet werden kann. Der Aufbau umfasst eine kurze Einleitung zum gewählten Thema und eine Vorstellung der Beteiligten, danach folgt der Dialog. Vorher wird die Zustimmung zu einer Tonbandaufnahme beziehungsweise Videoaufnahme zur späteren Auswertung der Ergebnisse eingeholt. Es ist wichtig, dass alle TeilnehmerInnen wissen, dass die Aussagen vertraulich behandelt und anonymisiert werden. (Greenbaum, 1998)

Die TeilnehmerInnen der Fokusgruppe werden nach Ein- und Ausschlusskriterien, vorbehaltliche der Zusage und Planung des Rehabilitationszentrums Alland ausgewählt. Die ProbandInnen werden persönlich zu der Befragung in den nächsten Tagen eingeladen, somit wird ein erster Kontakt mit der Moderatorin hergestellt. Im Winter/Frühjahr 2018 finden die Rekrutierung statt und die anschließenden Diskussionen in der Fokusgruppe werden in einem vorab ausgefüllten Fragebogen mitdokumentiert. Die möglichen Antworten werden pro Nennung gekennzeichnet und gezählt. „Neue“ Antwortmöglichkeiten und für das Thema relevante Diskussionsbeiträge werden schriftlich mitnotiert. Diese Art der Dokumentation ermöglicht der Autorin einerseits im Gespräch als Moderatorin hautnah dabei zu sein und andererseits alle wichtigen Informationen unverfälscht zu bekommen.

Danach erfolgt eine mathematische Auswertung in Form von Prozentrechnungen mit Hilfe von Excel 2016. Zuletzt werden die Auswertungen und die dazugehörige Diskussion in dem zweiten Teil der Bachelorarbeit im fünftem Semester niedergeschrieben.

2.2 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgt in verschiedenen Datenbanken im Zeitraum Februar bis Juli 2017. Fachliteratur aus der Bibliothek der Fachhochschule St. Pölten und der Medizinischen Universität Wien, sowie unterschiedliche Studien aus den elektronischen Datenbanken PubMed und PEDro werden zur Prüfung der wissenschaftlichen Relevanz und zur Herleitung der Thematik verwendet. Dazu wird nach folgenden Stichworten oder einer Kombination dieser gesucht:

- Physiotherapie
- Bewegungstherapie/-programm
- Diabetes Mellitus Typ 2
- Compliance
- Therapiebereitschaft
- Fokusgruppe Leitfaden

2.3 ProbandInnen und Ein-/Ausschlusskriterien

Die Personen, die als ProbandInnen dieser Studie fungieren, müssen folgende Ein- und/oder Ausschlusskriterien vorweisen. Zum einen haben die gewählten Personen die Diagnose „Diabetes mellitus Typ 2“. Zum anderen sind alle TeilnehmerInnen der Fokusgruppenbefragung PatientInnen im Rehabilitationsaufenthalt in der Sonderkrankenanstalt Alland. Die Teilnahme dieser PatientInnen ist vorbehaltlich der Zusage und Planung des Rehabilitationszentrums Alland. Die PatientInnen nehmen freiwillig und im Rahmen des zu absolvierenden Prozesses in der Sonderkrankenanstalt Alland an der Befragung teil. Ein weiteres Einschlusskriterium ist, dass die Personen bereits länger als ein Jahr mit der Diagnose „Diabetes Mellitus Typ 2“ leben. Zuletzt müssen die ProbandInnen aktiv am Rehabilitationsaufenthalt teilnehmen, das heißt sie müssen bei den Bewegungsprogrammstundenplan der Sonderkrankenanstalt Alland nachkommen.

Ausgeschlossen werden alle Personen, die einerseits an Diabetes mellitus Typ 1 erkrankt sind. Andererseits dürfen Menschen die weniger als ein Jahr mit der Diagnose „Diabetes mellitus Typ 2“ leben nicht an den Befragungen teilnehmen. Betroffene mit Zusatzerkrankungen, wie schweren Herz-Kreislauf-erkrankungen oder einer massiven

Sturzgefahr, die ein selbstständiges und gefahrloses Bewegen nicht möglich machen, werden aus Sicherheitsgründen auch nicht befragt.

Vor dem moderierten Gruppengespräch werden die ProbandInnen in der Vorstellungsrunde mündlich nochmals die Ein- und Ausschlusskriterien endgültig überprüft.

2.4 Fokusgruppenbefragungsleitfaden

Die Forschungsfrage, welche Inhalte in Bewegungsprogrammen interessiert Personen mit der Diagnose „Diabetes Mellitus Typ 2“ während des Rehabilitationsaufenthaltes und der nachfolgenden Studie, befasst sich mit den Interessen an Bewegungsprogrammen und wie diese gestaltet werden sollen, damit eine Weiterführung nach einem Rehabilitationsaufenthalt gefördert wird. Um soeben Beschriebenes und das Ziel dieser Arbeit beziehungsweise der empirischen Studie zu vereinen, wird eine Befragung von PatientInnen mit der Diagnose „Diabetes Mellitus Typ 2“ in Form von Fokusgruppen durchgeführt. Diese moderierte Gruppendiskussion bringt viele Vorteile mit sich. Einer davon ist, dass mehrere Personen gleichzeitig ihre Bedürfnisse zu diesem Thema kundtun können und diese in einem geleiteten, informellen Gespräch diskutieren können. Ein positives Gruppenklima trägt dazu bei, dass private und persönliche Aspekte zu dieser Thematik besprochen werden können.

Folgend wird der Leitfaden, nachdem die Gespräche aufgebaut werden, beschrieben und erläutert. Die Fragestellungen in Punkt (4) werden nicht wortwörtlich und auch nicht zwingend in dieser Reihenfolge gestellt.

- (1) Begrüßung der TeilnehmerInnen der Fokusgruppe, Vorstellung der Moderatorin, Einverständniserklärungen unterschreiben lassen

Zuerst findet eine Begrüßung der ProbandInnen und die Vorstellung der Autorin beziehungsweise Moderatorin der Fokusgruppenbefragung statt. Es soll eine freundliche offene Atmosphäre herrschen, um die Kreativität zu fördern.

- (2) Vorstellungsrunde der FokusgruppenteilnehmerInnen

Die befragten PatientInnen stellen sich und ihre derzeitigen Umstände, das heißt, ob sie eher aus einer ländlichen Region oder der Stadt kommen, vor. Informationen zu ihrem jetzigen Krankheitsverlauf dürfen, müssen sie aber nicht preisgeben. Bei der Rekrutierung wurde bereits ein kurzes persönliches Gespräch geführt, ob die ProbandInnen die Einbeziehungsweise Ausschlusskriterien erfüllen.

- (3) Überblick über die Thematik, Erläuterung der Bachelorarbeit I, Erklärung des Begriffs „Fokusgruppe“, Erklärung der Fragestellung und festlegen etwaiger Gesprächsregeln

Vor dem tatsächlichen Befragungsgespräch wird von der Moderatorin kurz das Thema der empirischen Studie erläutert. Es wird ein kurzer Einblick in die bisherige Literaturrecherche und eine Erklärung der Prinzipien der Fokusgruppenbefragung durchgeführt.

- (4) Folgend die zu behandelnden Fragen:

Frage 1: Welche Punkte der erlernten Bewegungsprogramme könnten Sie sich vorstellen nach diesem Aufenthalt weiterzuführen beziehungsweise werden Sie weiterführen? Führen Sie einen genauer aus.

Frage 2: Welche Faktoren motivieren Sie zum Weiterführen eines der erlernten Punkte aus Bewegungsprogrammen?

Frage 3: Möchten Sie Anreize und/oder Erinnerungen, dass Sie die Bewegungsprogramme oder einzelne Aspekte daraus regelmäßig fortführen? Wenn ja, welche?

Frage 4: Wie oft möchten Sie direkten Face-to-Face Kontakt mit Arzt/Ärztin, PhysiotherapeutIn, DiätologIn, Pflegefachkraft, ect.? Über welche Inhalte möchten Sie bei diesen Gesprächen informiert werden?

Die vier Punkte behandeln Fragen, die im Laufe der Literaturrecherche aufgekommen sind und zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit von der Autorin als notwendig gesehen werden. Fragestellung eins und zwei gehen sehr direkt auf die zu erfassenden Anliegen ein. Mit dem dritten Punkt möchte die Moderatorin mehr über die extrinsischen Motivationsfaktoren herausfinden. Die Frage 4 wird gestellt, da ermittelt werden soll, wer nach dem Rehabilitationsaufenthalt noch Einfluss auf die ProbandInnen nehmen kann.

- (5) Während und nach der Diskussion Klärung von aufgetretenen Fragen der TeilnehmerInnen

Die PatientInnen der Fokusgruppenbefragungen können jederzeit bei den anderen TeilnehmerInnen und der Moderatorin nachfragen, falls Unklarheiten über Themengebiete oder getätigte Aussagen auftreten. Es sollen gemeinsam Lösungen zu den gestellten Fragen erarbeitet werden.

- (6) Verabschiedung

Die Fokusgruppenbefragung wird in etwa eine dreiviertel Stunde in Anspruch nehmen. Davor, beziehungsweise danach besuchen die PatientInnen ihre individuellen

Programmpunkte der Rehabilitationsanstalt Alland. Die TeilnehmerInnen können so direkt aus der Praxis berichten, welche Dinge sie ansprechen.

3 Theorieteil

Der nächste Teil der Arbeit ist dem Literaturbericht gewidmet. Er soll die Hintergründe und die Forschung zur Frage, welche Inhalte in Bewegungsprogrammen interessiert Personen mit der Diagnose „Diabetes Mellitus Typ 2“ während des Rehabilitationsaufenthaltes, um die Weiterführung nach der Rehabilitation zu fördern, darstellen.

3.1 Einführung in die Thematik/ Begriffserklärung

Allgemein wird der Diabetes mellitus zu der Gruppe der metabolischen Erkrankungen gezählt. Er ist durch eine Hyperglykämie charakterisiert. Die Besonderheiten von Diabetes Mellitus Typ 2 liegen im Insulinmangel und der vermehrten Glykagonproduktion postprandial im Pankreas, sowie in der übermäßigen hepatischen Glukoseproduktion und der Insulinresistenz. Letzteres trifft auf eine inadäquate kompensatorische Insulinantwort, die wiederum, wie eben beschrieben, eine Hyperglykämie und die damit einhergehenden Schäden produziert. Als mögliche Schädigungen werden mikro- und makrovaskuläre Komplikationen, die von Neuropathie der Extremitäten über Verlust des Sehvermögens bis zu Herzinfarkt und Schlaganfall reichen, aufgezählt. Die Erkrankung ist zu Beginn symptomarm, erst nach und nach kommen Leistungsschwäche, starkes Durstgefühl und Polyurie hinzu. Man nimmt an, dass bei klinischer Diagnosestellung der/die PatientIn schon seit Jahren unter zunehmenden Insulinmangel leidet. (Thomas, 2012)

Einer der zwei wichtigsten Risikofaktoren ist die körperliche Inaktivität. Dessen bekannter Gegenspieler, die Bewegung wird häufig zu wenig in der Therapie genutzt. (König, Deibert, Dickhuth, & Berg, 2006) Adipositas, die Fettleibigkeit, geht dem Diabetes häufig zuvor und ist ein großer Zusatzfaktor, warum eine Person an Diabetes mellitus erkrankt. Wenn die Diagnose bereits gestellt ist, verschlimmert die zusätzliche Erkrankung das Gesamtbild und führt zu einer um eine vielfache erhöhte Mortalität. (Toplak, Hoppichler, Wascher, Schindler, & Ludvik, 2016) Ein angepasstes Training, im Sinne von aeroben oder kraftorientiertem Ausdauertraining, wirkt pathologischen Mechanismen entgegen. Beobachtet wird eine Gewichtsabnahme und allerdings nicht nur dadurch, eine positive Beeinflussung der gesamten glykämischen Stoffwechsellage. Die pathophysiologischen Mechanismen, wie die Insulinresistenz werden durch die Muskelkontraktion per se, d.h. zum Beispiel durch Spazieren gehen, vermindert. (König u. a., 2006) Bewegung ist eine wichtige Maßnahme gegen Diabetes Mellitus Typ2. Die längerfristige Kontrolle des Blutzuckerhaushaltes kann so garantiert werden und eine hohe Lebensqualität der Betroffenen erreicht werden.

3.2 Compliance und Patientenedukation

Diabetes Mellitus ist eine ernst zu nehmende, aber zu Beginn schmerzlose Erkrankung. Viele PatientInnen verstehen nach der Diagnosestellung nicht, warum sie mehr auf sich achten sollten, da sie nur wenige oder keine Beschwerden wahrnehmen. (Scherenberg, 2003) So genannte „Diabetikerschulungen“ verwenden verschiedene pädagogische und psychologische Ansätze, um den PatientInnen von einer Diät und mehr Bewegung zu überzeugen. Sie reichen von Einzel- oder Gruppenschulungen in denen der Patient beziehungsweise die Patientin einem vorgegeben Plan folgt, bis hin zu, dass der/die PatientIn mit minimaler Unterstützung einen Plan zusammenstellt und verfolgt. Eines wollen allerdings alle: eine bleibende und sich auf den Diabetes Mellitus Typ 2 positiv auswirkende Verhaltensänderung. Letzteres dauert sehr lange und ist sehr schwierig, ohne Zustimmung des Patienten oder der Patientin zu erreichen. (Weinger & Carver, 2010)

In den Gesundheitsprofessionen gibt es seit längerer Zeit den Begriff „Compliance“, der als *„Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen“* (Duden, 2013) beschrieben wird. Diese Bereitschaft beeinflussen mehrere Faktoren: Bezüglich des Patienten oder der Patientin spielt die Krankheits- und Behandlungseinsicht in Wechselwirkung mit der Körperwahrnehmung eine Rolle in der längerfristigen Therapiemitarbeit. Die einfache und individuelle Gestaltung der Therapie und wie gut sich diese in den Alltag implementieren lässt, bestimmt häufig die Bereitschaft des Patienten/der Patientin. Bezüglich des Arztes/der Ärztin oder eines anderen Gesundheitsberufes hilft die Vermittlung von Wissensinhalten, zum Beispiel die Erklärung und Beschreibung der Krankheit, ihrer Auslöser und ihrer Therapie, die Compliance zu steigern. Hinzuzufügen ist, dass die gezielte Rückmeldung über den Therapieverlauf und der soziale Kontakt, also die Anerkennung und die Bestätigung der Familie beziehungsweise der Freunde eine Erhöhung der Compliance mit sich bringt. Allgemein liegt das Hauptproblem von chronisch kranken Personen darin, dass sie Maßnahmen als nicht sinnvoll erachten. Dadurch ist die längerfristige Compliance herabgesetzt. (Petermann, 1997)

Weininger und Carver (2010) beschreiben folgend einen möglichen Lösungsweg für Non-Compliance PatientInnen: *„Effective treatment for challenging patients with diabetes requires the building of a working alliance. This alliance begins with establishment of a dialogue between patient and health care provider where the patient can begin to trust that the provider is really interested in what he/she thinks, feels, and wants. [...] They need to pay attention to their beliefs motivations, moods, and interpersonal thoughts, feelings, and*

words. [...] the goal is not just better glycemic control but the mutual development of coping strategies for living with diabetes.“

Die gut geführte PatientInnenedukation oder PatientInnenschulung kann sich auf die Therapiemotivation ebenfalls auswirken. Sie hat zur Grundlage die frühzeitige Schulung der Selbstbehandlung der PatientInnen. Die betroffene Person soll lernen, Verantwortung für seine Therapie zu übernehmen. Nach dem Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ lehrt ein interdisziplinäres Team dem Individuum im Rahmen eines Behandlungskonzepts, Eigenverantwortung für seinen Körper und die Krankheit zu übernehmen. Nach einer anfänglichen allgemeinen Information über Diabetes mellitus Typ 2 und Akut- sowie Folgeschäden wird auch das Handling mit der Therapie besprochen. Eine bestmögliche metabolische Einstellung und eine damit einhergehende hohe Lebensqualität stehen im Mittelpunkt. (Petermann, 1997)

Es kann davon ausgegangen werden, wenn die Information und/oder das Wissen über die Krankheit unzureichend ist und zudem die Motivation des Patienten/der Patientin niedrig, dass das Endergebnis für beide Seiten frustrierend sein wird. Ist nun das medizinische Fachwissen beider Seiten groß, da eine Informationsweitergabe stattgefunden hat und die Motivation zur Mitarbeit hoch, kann eine hohe Compliance und ein damit einhergehender Therapieerfolg erwartet werden. (Petermann, 1997)

3.3 Motivation zur Bewegung

Der Erfolg in der PatientInnenedukation liegt selten in einzelnen Maßnahmen, sondern umfasst einen ständigen Prozess. Die Informationsabstimmung und die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten sind entscheidende Faktoren. Alle Personen sollen über alles Bescheid wissen, das heißt jeder und jede Beteiligte kennt die verschiedenen Aufgaben und Vorgangweisen. Der intakte Informationsfluss verspricht eine hohe Compliance bei den PatientInnen und Kooperationsbereitschaft im Allgemeinen. Die Initiierung von Maßnahmen durch einzelne Akteure soll nicht stattfinden. (Scherenberg, 2003) Durch regelmäßige Gespräche und Interventionen, wie zum Beispiel Bewegungseinheiten durch Spezialisten, über einen längeren Zeitraum kann beobachtet werden, dass das Verständnis von der eigenen Krankheit zunimmt. Die Bereitschaft Bewegung im Alltag zu integrieren steigt. (Balducci u. a., 2015)

Im Vordergrund aller Maßnahmen steht der Patient/die Patientin und seine/ihre Lebensqualität. Diese Berücksichtigung der Bedürfnisse soll dauerhaft geschehen und ist auch auf alle anderen Personen, die in die Therapie miteinbezogen sind, auszuweiten. Die

Lebenssituation kann sich verbessern oder verschlechtern, regelmäßige offene Gespräche und aktives Nachfragen von Seiten der Gesundheitsprofessionen, hilft das Behandlungsprogramm individuell anzupassen. (Scherenberg, 2003) Die Analyse der Anliegen der PatientInnen, das heißt, was braucht der Patient/die Patientin in diesem Moment, welche Schwierigkeiten haben sich ergeben, ect., soll aus ihrer Perspektive geschehen. Es ist ein wesentlicher Bestandteil, dass der Behandler/die Behandlerin den Erkrankten zu verstehen lernt. (Rucker & Baier, 2012)

Trotz eines engmaschigen Systems kann die PatientInnen-Compliance sinken. Unerwünschte oder zu viele Nachrichten, sowie monologartige Gespräche führen zu Motivationsverlust. Dialoge, in denen die Gesprächspartner auf einer Ebene stehen, fördern hingegen. Auch dem Individuum angepasste Nachrichten über seinen Gesundheitszustand oder überkommene Maßnahmen helfen die Therapiebereitschaft hoch zu halten. (Scherenberg, 2003) Eine Möglichkeit die komplexen Interessen der PatientInnen herauszufinden, sind Fokusgruppenbefragungen. Sie bieten in einer vergleichweisen kurzen Zeit Überblick über Meinungen und Einstellungen zu Themen. (Block, Unger, & Wright, 2008) Für Menschen mit einer chronischer Erkrankung wie Diabetes Mellitus Typ 2 ist es wichtig selbstbestimmt sagen zu können, ob sie eine Intervention befürworten oder nicht. Das Konzept, das die PatientInnen dazu befähigt, also ihnen Hilfe zur Selbsthilfe anbietet, wird häufig zu wenig gefördert. Zusätzlich verwendet man nicht spezifische, sondern von staatlichen Richtlinien vorgegebene Bewegungsprogramme. Die Annahme besteht, dass dadurch die Therapiebereitschaft sinkt und einfachere Behandlungen, wie Medikamente, vorgezogen werden. (Schjøtz u. a., 2012)

Durch Befragungen in einer Fokusgruppe können die TeilnehmerInnen ihre Meinungen äußern und ihre Beweggründe näher erläutern. Die Erfahrungen der miteinbezogenen Personen fließen in die Diskussion ein und sollten von allen Beteiligten respektiert werden. (Block u. a., 2008) Spezifische Beweggründe können Impulse für Aktivitäten in die richtige Richtung sein. Diese werden von Motivationsfaktoren angetrieben. Ein Beispiel wäre, dass eine Person Schmerz empfindet und deswegen die Übungen zur Schmerzreduktion des/der behandelnden PhysiotherapeutIn regelmäßig macht. Die Motivation ist ein Schlüsselement in der Erfüllung von Bedürfnissen. Beschrieben wird Motivation einerseits als Vorgang oder andererseits als Zustand. Sie erfolgt aus dem Inneren heraus, intrinsische Motivationsfaktoren, oder wird von außen gefördert, extrinsische Motivationsfaktoren. (Rucker & Baier, 2012) Ein heutzutage klassischer Motivationsfaktor ist ein „Aktivitracker“. Er zeichnet zum Beispiel, die gegangenen Schritte und sportliche Aktivität in Form einer Armbanduhr auf. Die Intensität von Training wird mit Hilfe von Vitalparametern und Dauer

der Bewegung bestimmt. PatientInnen, denen ein solches Armband zur Verfügung gestellt worden ist, zeigen einen Anstieg an täglicher Bewegung. Die ProbandInnen hatten fast den ganzen Tag ihren Motivator vor den Augen auf ihrem Handgelenk. Sie wollten von sich aus immer neue Ziele, wie mehr Schritte als am Vortag oder eine Intensitätsverbesserung des Trainings, erreichen. In anderen Worten, hat dieses Armband die intrinsische Motivation gefördert. Der extrinsische Faktor wurde durch das Lob des sozialen Umfelds bestärkt. (Miyachi u. a., 2016)

Bei den Diskussionen in Fokusgruppen können sowohl extrinsische als auch intrinsische Motivatoren beredet werden und es erfolgt dadurch eine Analyse der Situation aus Perspektive der Betroffenen. Die Feststellung eines Bedarfs oder der Bedürfnisse einer Zielgruppe gehört zu den Anwendungsgebieten einer moderierten Gruppendiskussion. Des Weiteren wird die Überprüfung von Wirkung und/oder Akzeptanz eines bestimmten Angebots an diese Individuen im Vordergrund stehen. (Block u. a., 2008) Zu dem können Faktoren, die Beeinflussend auf Entscheidungen oder Nicht-Entscheidungen wirken, herausgefunden werden. Ein Gespräch unter Gleichgesinnten in einem vorgegebenen Rahmen birgt eine große Spontaneität und Offenheit und ähnelt einer in Bahnen gelenkten Plauderei. Die daraus folgende Gruppendynamik bringt häufig eine Bandbreite von Aspekten des betrachteten Themas. (Greenbaum, 1998)

Für den/die PatientIn spielt es nicht nur eine Rolle, wie fachlich und sozial kompetent der/die BehandlerIn ist, sondern dass seinem/ihrer Wunsch nachgegangen wird. Ein häufig genannter Punkt ist eine autonome Lebensgestaltung. In anderen Worten bedeutet das, dass die Fragen, zum Beispiel eines/einer PhysiotherapeutIn zu den Erwartungen und Bedürfnissen eines/einer PatientIn für die langfristige Therapiemotivation enorm wichtig sind. (Rucker & Baier, 2012)

4 Ergebnisse

Im vierten Kapitel wird die Auswertung der Ergebnisse der Gespräche in den Fokusgruppen sachlich dargestellt. Die Unterteilung ergibt sich aus den vier Fragestellungen des Gesprächsleitfadens.

4.1 Fragestellung 1

Die erste Frage gestaltet sich allgemein und bezieht sich auf das Bewegungsprogramm, das im Zuge des Aufenthaltes im Rehabilitationszentrums Alland erlernt wird: Welche Punkte der erlernten Bewegungsprogramme könnten Sie sich nach diesem Aufenthalt vorstellen weiterzuführen, beziehungsweise werden Sie weiterführen? Die TeilnehmerInnen bevorzugen mit 70 Prozent eine Ausdauerprogrammart vor dem Krafttraining mit nur elf Prozent. Die angebotenen Entspannungsübungen, zu denen auch Atemübungen zählen, werden die PatientInnen zu 19 Prozent nach ihrem Aufenthalt weiterführen (Abb.1).

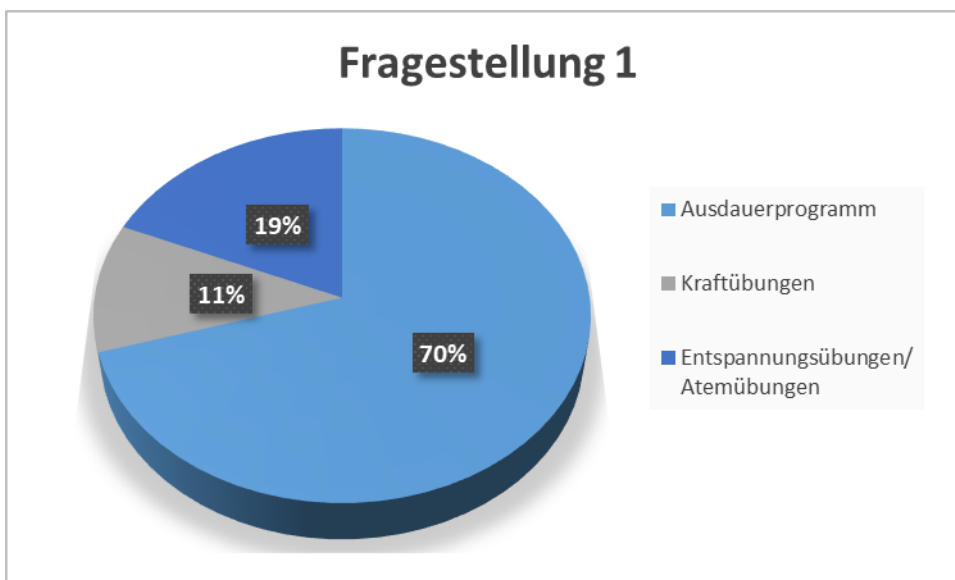


Abbildung 1: Fragestellung 1

Die Sportarten Nordic Walken und Wandern zählen zu den Ausdauerprogrammartarten die am häufigsten mit 44 Prozent genannt wurden. Das Training am Ergometer wird mit 35 Prozent an zweiter Stelle genannt, gefolgt vom Laufen mit vier Prozent. Radfahren in der freien Natur wird von manchen wegen Sicherheitsbedenken abgelehnt. Zwei Personen werden nach der Rehabilitation Schwimmen oder Aquajogging/Aquagymnastik weiter fokussieren. Diese TeilnehmerInnen wohnen in der Stadt und ihnen steht die Ressource eines Hallenbades zur Verfügung (Abb. 2).

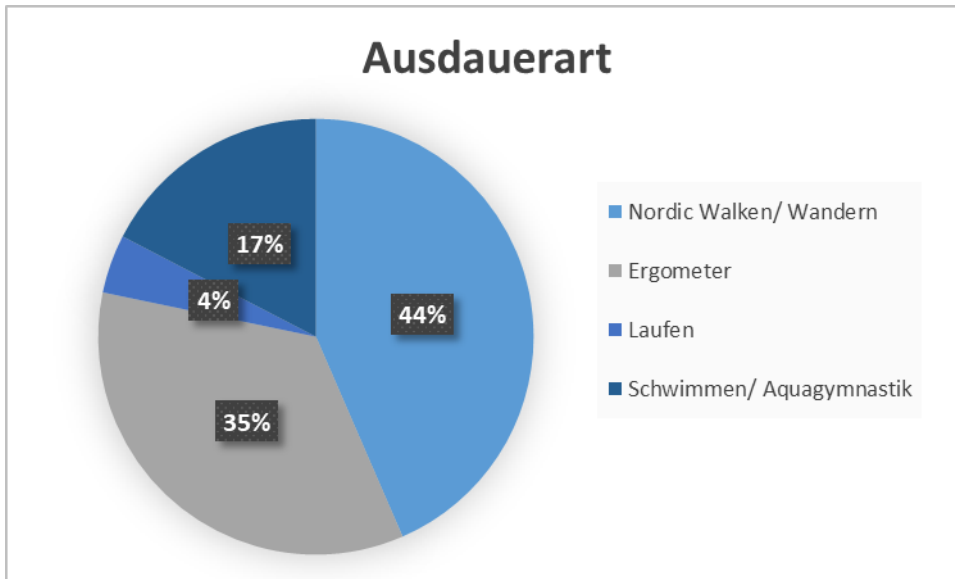


Abbildung 2: Ausdauerart

Weitere Äußerungen bei dieser Fragestellung waren unter anderem, dass die Kraftübungen mit einem Gymnastikband zwar als anstrengend, aber effizient eingestuft werden und deswegen von den TeilnehmerInnen weitergeführt werden. Eine Befragungsgruppe ist der Meinung, dass die Punkte des Bewegungsprogrammes, die der Verbesserung der Beweglichkeit dienen, als Fixpunkt eingeplant werden. Eine problemlose Adaptierung der beliebtesten Übungen in den bisherigen Alltag ist bei zwei Gruppen nicht möglich und stellt eine Hürde in der Weiterführung dar.

4.2 Fragestellung 2

Welche Faktoren zum Fortführen der Bewegungsprogramme motivieren, behandelt die zweite Frage. Diese wurde zusammen oder nachfolgend mit Fragestellung 1 im Gespräch an die Gruppe gerichtet. Zur leichteren Gliederung werden die genannten Faktoren in innere und äußere beziehungsweise intrinsische und extrinsische Motivationsfaktoren, wie folgend beschrieben, untergliedert.

„Intrinsische Motivation bedeutet, dass die Motivation aus der Tätigkeit selbst erwächst: Personen erleben das Tun als spannend, interessant und selbstbestimmt. [...] Extrinsische Motivation heißt, dass die Motivation durch äußere Reize und Kontrolle wie Geld, Lob oder Angst vor Strafe entsteht.“ (Hoos-Leistner & Balk, 2011)

Bei dieser Befragung wurden etwas häufiger Antworten, die in die Sparte der intrinsischen Faktoren fallen, genannt (Abb. 3) 54 Prozent spornt es an, sich „körperlich fitter zu fühlen“ und eine „Steigerung der Belastungsfähigkeit im Alltag“ festzustellen. Die PatientInnen nannten auch die Zunahme an einem allgemeinen Wohlbefinden und eine zunehmende

geistige Fitness als Motivationsfaktoren um regelmäßige Bewegung in verschiedensten Formen fortzuführen (Abb. 4). Die äußere Motivation steht an zweiter Stelle mit 46 Prozent, davon ist vor allem ein sichtbarer Gewichtsverlust mit 45 Prozent ausschlaggebend für die zukünftige Bewegungsausführung. Die PatientInnen geben oft an, dass sie bereit wären, angebotene Sportprogramme in Gruppen zu besuchen. Bei jeweils neun Prozent der TeilnehmerInnen sind längere Spaziergänge oder Wandern immer am Tagesplan, da sie entweder einen Hund besitzen oder schon positive Erfahrungen mit dem Einfluss von Bewegung auf ihre Blutwerte gemacht haben. 17 Prozent empfinden positive Rückmeldungen und/oder Aufforderungen zur gemeinsamen Bewegung von FreundInnen und Familie als motivierenden Faktor (Abb. 5).

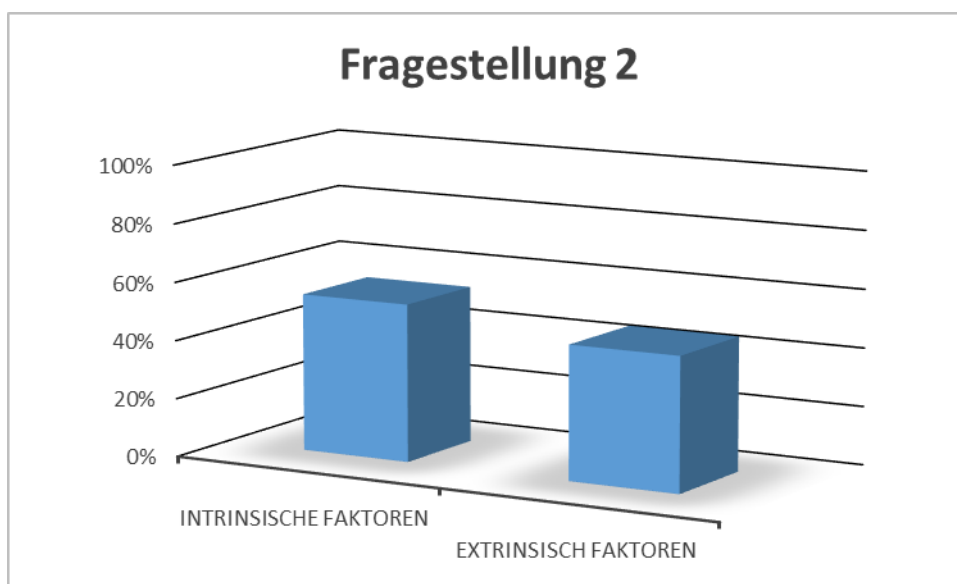


Abbildung 3: Fragestellung 2

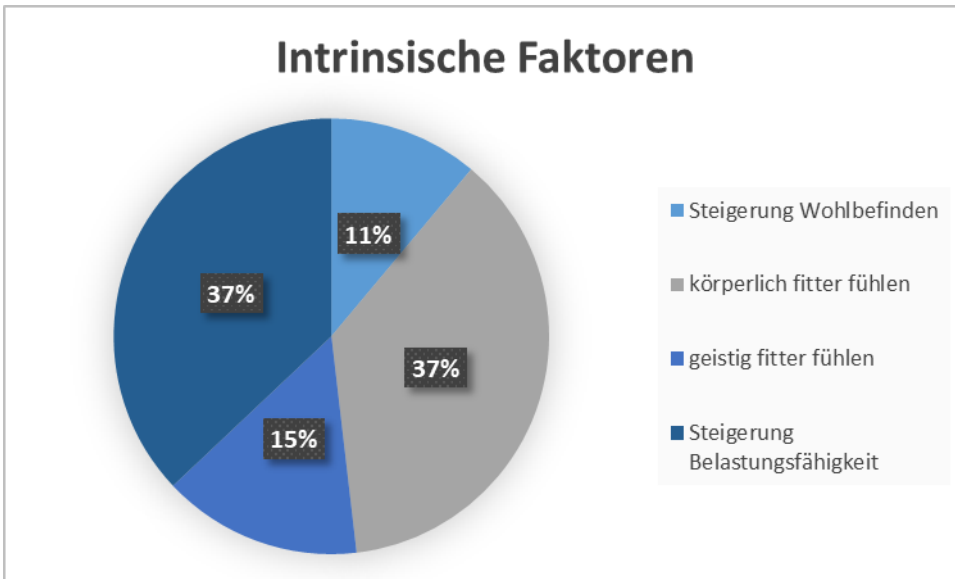


Abbildung 4: Intrinsische Faktoren

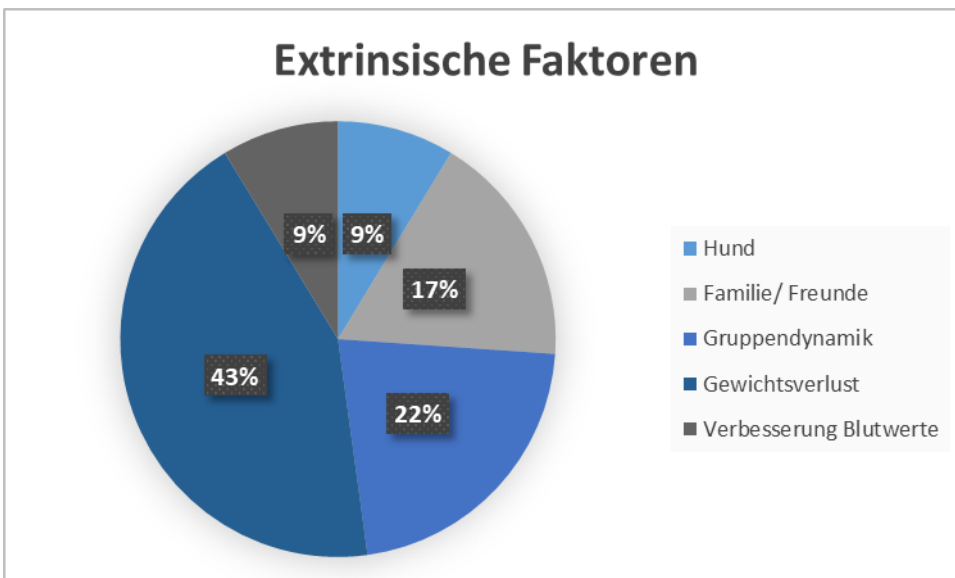


Abbildung 5: Extrinsische Faktoren

ProbandInnen, die in einer Ehe oder Partnerschaft leben, nannten zusätzlich häufig, dass diese miteinbezogen werden müssten, um ein großes Hindernis in der Weiterführung zu beseitigen. Ein Drittel der Befragten gab weiters an, dass sie sich nach der erfolgreichen Gewichtsabnahme mit etwas „Belohnen“ werden, zum Beispiel einem neuen Rad oder neuen Schuhen. Diese Einkäufe werden den PatientInnen wiederum als Motivationsfaktoren dienen, um die Bewegung weiter durchzuführen.

4.3 Fragestellung 3

Die dritte Fragestellung wollte mögliche Anreize und Erinnerungssysteme, die eine Weiterführung der erlernten Bewegungsprogramme unterstützen, ermitteln. Jeder der TeilnehmerInnen könnte sich mit einem der beiden Punkte anfreunden. Die Erinnerungssysteme, wie Alarmierungen einer Handyapp, wurden aber mit 58 Prozent deutlich öfter genannt, als der Punkt der Vergünstigungen mit nur 21 Prozent. Es können sich auch 21 Prozent eine Kombination aus beidem vorstellen (Abb. 6).

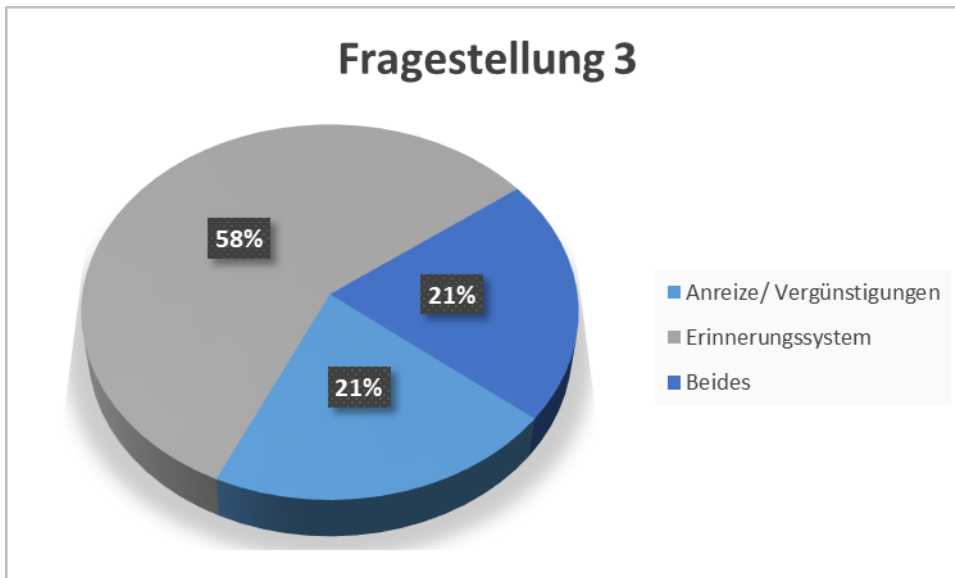


Abbildung 6: Fragestellung 3

Die PatientInnen sprechen bei den Erinnerungssystemen mit 53 Prozent am häufigsten von einer Applikation auf dem schon vorhandenen Handy. Mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen der Fokusgruppenbefragung gibt an, ein Mobiltelefon mit der Möglichkeit von Apps zu besitzen. Nur 35 Prozent möchten generell oder zusätzlich zur Mobiltelefon-App eine Fitnessuhr beziehungsweise einen externen Activitytracker. Eine der Befragungsgruppen hat die technische Komponente der Systeme ganz abgelehnt und möchte eine regelmäßige Zusendung von Informationen bezüglich Diabetes Mellitus und Bewegungsprogrammen per Post (Abb. 7).

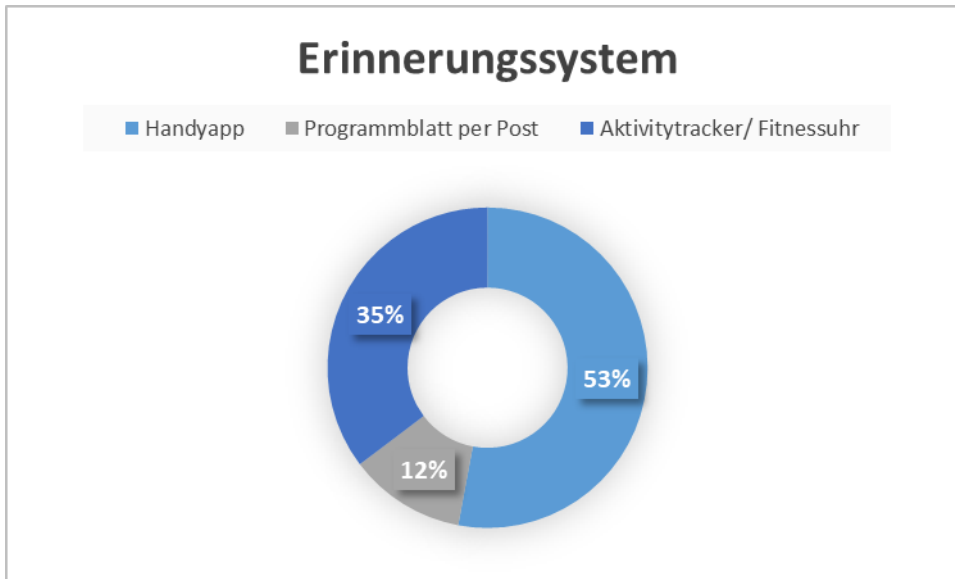


Abbildung 7: Erinnerungssysteme

Zusätzlich zu der Frage welche Erinnerungssysteme zum Einsatz kommen sollten, um eine Weiterführung der erlernten Bewegungsprogramme nach dem Rehabilitationsaufenthalt, zum Beispiel in der Sonderkrankenanstalt Alland zu fördern, wurde nach dem „wie oft“ und dem „wie“ gefragt. Bei diesen zwei Aspekten gibt es fast so viele Antworten wie TeilnehmerInnen, die an den Fokusgruppenbefragungen teilgenommen haben. Zu der Frage, wie oft die ProbandInnen von einer Handyapp oder einer Fitnessuhr an Bewegung erinnert werden sollen, wird mit der Gegenfrage „Das ist doch meist voreingestellt, oder?“ entgegnet. Wenn die TeilnehmerInnen selber wählen könnten, wann alarmiert würde, gibt es viele verschiedene Antworten. Die Einen möchten eine stündliche Erinnerung während des Tages, die Anderen eine vom User/ von der Userin festgelegte Zeit und die Dritten nur eine Alarmierung bei längerer Inaktivität, wie es bei manchen Activitytrackern heutzutage zu finden ist. Bei Zweiterem, dem „wie“, gibt es auch ein breites Antwortenspektrum. Manche Personen wünschen sich eine Erinnerung, wie eine Mail mit Bewegungsvorschlägen bei zu langer Inaktivität, gemessen mit einer Fitnessuhr oder einer App. Andere Befragte möchten einen bestimmten Text, fast in Form eines Befehls. Einige TeilnehmerInnen der Fokusgruppenbefragung meinen, dass weniger mehr ist, und ihnen mit wöchentlichen Nachrichten als SMS oder Mail schon geholfen sei.

4.4 Fragestellung 4

In der vierten Frage wurde die Notwendigkeit des persönlichen Kontakts mit medizinischem Fachpersonal, zum Beispiel Arzt/Ärztin, PhysiotherapeutInnen oder DiätologInnen, erfragt. Mit 52 Prozent ist der Hausarzt beziehungsweise die Hausärztin oder der/die Arzt/Ärztin mit

internistischem Schwerpunkt am häufigsten genannt worden. Hinzuzufügen ist, dass bis auf vier Personen jeder einen Wahlarzt bezüglich ihrer Erkrankung zusätzlich aufsucht. Die Begründung ist, dass sich dieser etwas mehr Zeit für ihre Anliegen nimmt und ihnen zuhört. Grundsätzlich geben die ProbandInnen ein gutes Verhältnis zu ihren Ärzten/Ärztinnen an, dass auf eine hohe Besuchsrate zurückzuführen ist.

An zweiter Stelle werden PhysiotherapeutInnen mit 26 Prozent aufgesucht. Auf Nachfrage, wegen welchen Problemen oder Informationen die TeilnehmerInnen den Physiotherapeuten/die Physiotherapeutin aufsuchen, antworten alle durchwegs, dass es vor allem Beschwerden des Bewegungsapparates betreffend seien. Die Pflegefachkraft sitzt häufig bei dem besuchten Hausarzt/der besuchten Hausärztin dabei und es können sich 14 Prozent vorstellen, nur mit dieser ohne nachfolgendem Arzt/Ärztinnengespräch zu reden (Abb. 8).

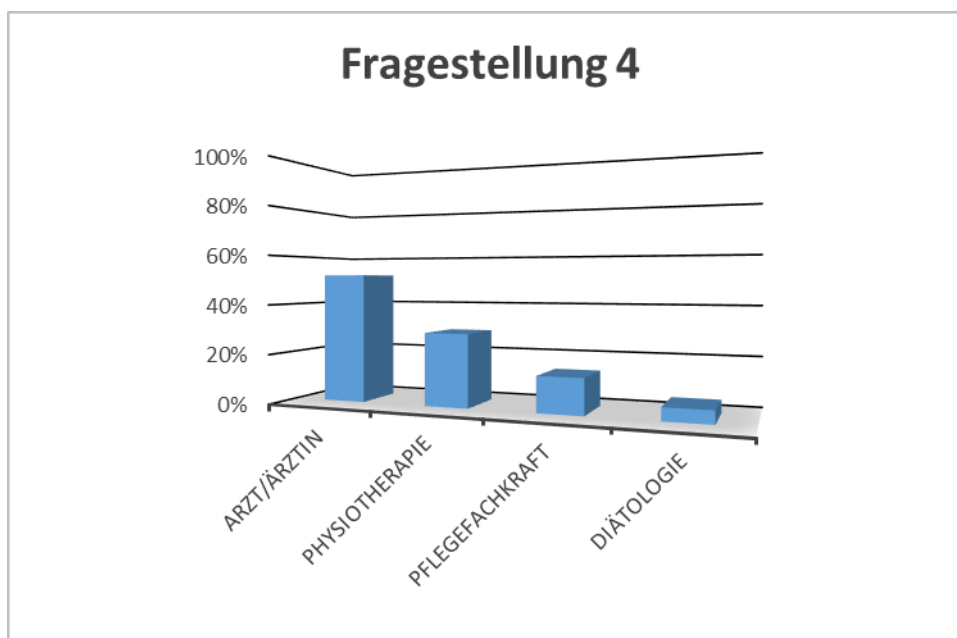


Abbildung 8: Fragestellung 4

Die PatientInnen nennen durchwegs die erneute Kontaktierung eines Diätologen/einer Diätologin nicht. Nur fünf Prozent könnten sich ein Gespräch nach dem Rehabilitationsaufenthalt vorstellen. Allgemein ist dazu zu sagen, dass die ProbandInnen angeben, mit dem erlernten Programm bezüglich der Ernährung das nötige Rüstzeug für den Alltag mitzubekommen.

Zwei der TeilnehmerInnen der Fokusgruppenbefragung können sich auch Videotelefonie mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin vorstellen. Des Weiteren würden ProbandInnen, die einen Physiotherapeuten/eine Physiotherapeutin wegen neuer Anreize für

Bewegungsprogramme für die tägliche Bewegung gegen den Diabetes Mellitus Typ 2 aufsuchen, einerseits Einzeltherapie in Anspruch nehmen wollen. Auf der anderen Seite bildet die Therapie in der Gruppe, wie zuvor beschrieben, einen hohen extrinsischen Motivationsfaktor.

5 Diskussion

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Interpretation der Ergebnisse der Fokusgruppenbefragungen. Ein weiterer Unterpunkt werden die Limitationen der Ausführung und Auswertung der Studie darstellen.

5.1 Interpretation

Diese Arbeit befasst sich mit der Thematik, wie ein Bewegungsprogramm aufgebaut werden soll, um eine Weiterführung nach einem Rehabilitationsaufenthalt zu fördern. Die betreffende Personengruppe umfasst ProbandInnen mit Diabetes Mellitus Typ 2. In den vorangegangenen Fokusgruppenbefragungen hat sich herauskristallisiert, dass Bewegungsprogramme mit einem großen Anteil an Ausdauersportarten öfter ausgeführt werden als Kraftsportprogramme. Sportarten wie Nordic Walken sind in der Bevölkerung weit verbreitet, einfach durchzuführen und benötigen wenig bis keinen Materialaufwand. Schon eine kurze Distanz hat eine große Wirkung und wird deswegen besser angenommen. (König u. a., 2006) Der geringe Zeitaufwand spielt sicherlich bei den Personen, die ihrer Meinung nach das Programm nicht einfach in ihren Alltag, wegen Zeitdiskrepanzen einbauen können, eine große Rolle. Zusätzlich ist zu sagen, dass bei Nordic Walken der ganze Körper bewegt wird, im Gegensatz zu normalem schnellen spazieren gehen. In der Sonderkrankenanstalt Alland wird mit den PatientInnen auch ein Kraftausdauerprogramm mit Gymnastikbändern erarbeitet, dieses findet in der Befragung Anklang. Es wird bei zwei unabhängigen Gruppenbefragungen genannt. Wiederum spricht die einfache und zeitunaufwändige Durchführung für die weitere Anwendung im persönlichen Sportprogramm der TeilnehmerInnen.

Ein weiterer Punkt, der einer Implementierung der Maßnahmen in den Alltag im Weg steht, ist die Vereinbarkeit mit dem Familienleben. Bei zwei PatientInnen war im Gespräch deutlich herauszuhören, dass sie es viel Kraft kosten wird, sich von ihrer Familie für den Zeitraum der Bewegungsübungen loszulösen. Dieser Faktor ist sehr kritisch zu betrachten, denn durch mehr Miteinbeziehung der Familienangehörigen, die im gleichen Haushalt beziehungsweise in der näheren Umgebung wohnen, könnten in diesem Punkt PatientInnen negativ beeinflusst werden. Oft können konkrete Vorschläge, wie Bewegung allgemein in das Familienleben eingeführt werden kann, Abhilfe gegen die zunehmende Undiszipliniertheit aller Beteiligten der folgenden Monate schaffen. Hand in Hand geht der Zeitfaktor, der bei einigen ProbandInnen als Hemmschwelle für die regelmäßige und von nun an dauerhafte Durchführung gesehen wird. Programmpunkte, die wenig Zeit im Allgemeinen in Anspruch nehmen, werden bevorzugt ausgeführt. Einer dieser Punkte ist

Nordic Walken oder Wandern. Beides braucht vergleichsweise zu Schwimmen wenig Vorbereitungszeit und kann meistens „ab der Haustüre“ durchgeführt werden. Sportarten, die zu Hause durchgeführt werden können, wie etwa fahren auf dem Ergometer oder Kraftausdauerübungen mit dem Gymnastikband finden ebenso hohen Zuspruch. Weitere Bewegungsprogrammpunkte, die zwar relativ leicht in der Anwendung sind, aber eine gewisse Disziplin, Ruhe sowie Zeit erfordern, sind Atemübungen beziehungsweise Entspannungsübungen. Diese kommen gegenüber Krafttraining sehr gut an und sind für viele ProbandInnen unabhängig von Zeit und Raum durchzuführen.

Eine hohe Anzahl an ProbandInnen kann sich vorstellen das Bewegungsprogramm fortzuführen, da sie sich körperlicher fitter fühlen. Sie geben auch an, im Alltag belastungsfähiger zu sein. Ein ähnliches Ergebnis wie bei Belalcarz, et al (2010), der zu Beginn auch eine Verbesserung der Lebensqualität mit Bewegung hervorgerufen hat. Bei dieser Studie nahm jedoch mit zunehmender Zeit, ohne direkten festgelegten Interventionen, die Lebensqualität wieder ab. Nun kann in der Rehabilitationsanstalt Alland aus einer Fülle von Bewegungsprogrammunkten gewählt werden. Somit haben die PatientInnen die Möglichkeit, die Übungen des Programmes, welche für sie oder ihn am besten in den Alltag integrierbar ist und mit der Familie vereinbart werden kann, zu wählen. Nach einer anfänglichen enthusiastischen Hochphase muss mit einer Verringerung der Sportstunden pro Woche zu Hause gerechnet werden. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die PatientInnen ihre „Lieblingsbewegung“ weiterführen und somit in den Alltag implementieren. Die regelmäßige Bewegungsausführung wird zur Gewohnheit und dadurch wäre das Ziel der Fortführung der Bewegung erreicht.

Äußere Motivationsfaktoren sind bei der Erreichung von zuvor beschriebenen Aspekten eine zusätzliche Stütze. Der sichtbare Gewichtsverlust bringt viele dazu diszipliniert an dem Bewegungsprogramm festzuhalten. Man kann davon ausgehen, dass die damit einhergehenden Komplimente ein weiterer Motivationsbringer ist. Eigentlich ein Unterpunkt, aber von einigen ProbandInnen als ein für sie sehr wichtiger Motivationsfaktor, ist die Verbesserung der Blutwerte. Damit wird dokumentiert, dass die TeilnehmerInnen auf dem richtigen Weg sind, ihrer Erkrankung entgegen zu wirken. Das Visualisieren guter Ergebnisse, auf einem Weg, der von vielen nur als einer der „bergab geht“ beschrieben wird, bringt die TeilnehmerInnen wiederum zu neuer Lebensfreude und zur längerfristigen Bewegung. Aber nicht nur das eigene, bessere Wohlbefinden birgt die gewünschte Weiterführung, sondern auch die Nöte und Sorge um andere, wie zum Beispiel um den geliebten Hund. Zwei TeilnehmerInnen meinen, dass sie ein gewisses Maß an Bewegung machen müssen, um die Bedürfnisse ihres vierbeinigen Freundes zu stillen. Sie wissen

jedoch, dass weitere und längere Spaziergänge, Nordic Walken oder Wandern, eventuell auch in unbekanntes Terrain ihren Hunden gefallen würde. Somit schaffen sich die Hundebesitzer ganz nebenbei einen äußeren Motivationsfaktor für zusätzliche und vor allem regelmäßige Bewegung.

Die Applikation auf einem Mobiltelefon, kurz Handyapp, findet als Erinnerungssystem und Motivationsförderer und den TeilnehmerInnen großen Zuspruch. Viele ProbandInnen möchten jedoch eine persönliche Adaptierung an ihr Leben und ihre jetzige Situation der Krankheit. Bei vielen Anwendungen am Telefon ist dies nicht möglich, außerdem sind diese Handyapps oftmals sehr umständlich gestaltet, vor allem für die ältere Generation. Die PatientInnen der Fokusgruppenbefragung gaben an, manche Apps schon ausprobiert zu haben, aber ohne dafür eingehende Unterweisung, weil diese sehr schwer verständlich seien. Grundsätzlich nehmen Menschen Anweisungen, die einfach und für ihren Geschmack übersichtlich sind, gerne an. Wenn etwas nicht gleich so funktioniert, wie man es gerne hätte, holt sich eine Person im Normalfall Hilfe in dieser Angelegenheit. Bei Applikationen ist „Hilfe holen“ schwierig oder oftmals gar nicht möglich. Eine deutsche Studie hat ihre ProbandInnen vor der Benutzung von Handy und App auf diese eingeschult. Zusätzlich war ein technischer Beauftragter per Telefon oder per Mail auf Anfrage immer für die PatientInnen da. Die verwendete Applikation war kompliziert, aber mit einer persönlichen Anleitung und etwas Übung bewältigbar. Somit wurde am Ende eine gesteigerte subjektive Lebensqualität bei den Benutzern der Apps festgestellt. (Steinert, Haesner, & Steinhagen-Thiessen, 2017) Die PatientInnen dieser Fokusgruppenbefragung würden wahrscheinlich mit der „richtigen“ Applikation und einer eigenen Anleitung mehr auf dieses Hilfsmittel zurückgreifen. Die individuelle Anpassung, das heißt, welche Menüpunkte für den Menschen überhaupt wichtig und nützlich sind, müsste durch dafür geschultes Fachpersonal durchgeführt werden. Somit könnte die Technik in die Physiotherapie mit einbezogen werden. Denn ein tägliches und kontinuierliches Beschäftigen mit der persönlichen Gesundheitssituation, wie es bei Handyapps vorkommt, zeigt den PatientInnen gut, was schon erreicht worden ist, welche Punkte ausständig sind und in welche Richtung es gehen soll. Des Weiteren können die Apps auch Bewegung oder Inaktivität gut darstellen und den Benutzer daran erinnern, aktiv zu werden. Diese Funktion wird von einigen PatientInnen als unangenehm empfunden. Hier wäre wiederum eine persönliche Adaptierung, wann genau alarmiert werden soll für diese Personen hilfreich und ein Grund, die Apps zu verwenden. Dadurch kann die Motivation zur Weiterführung der erlernten Bewegungsprogramme und anderer Inhalte nach dem Rehabilitationsaufenthalt gesteigert werden.

Ganz ähnlich ist es mit den sogenannten „Aktivitätstrackern“, sie verfolgen die tägliche Aktivität und können diese bei Bedarf am Computer anzeigen. Diese Fitnessuhren liegen gerade bei dem aktiven Teil der Bevölkerung stark im Trend, da sie ein einfaches Mittel sind, um tägliche Aktivität anzuzeigen. Dieses Anwendungsgebiet wäre auch für die ProbandInnen der Fokusgruppenbefragung gut geeignet. Erstens wird hier zu bedenken gegeben, dass diese Uhren wieder, vor allem bei einem inaktiven Lebensstil, alarmieren, um den Besitzer darauf hinzuweisen, sich zu bewegen. Manchmal kann die betroffene Person aber dieser Aufforderung nicht Folge leisten, da sie im Büro bei der Arbeit sitzt. Zweitens geben die Befragten an, dass die Aktivitätstracker zwar alarmieren, aber nur dann den Bewegungsauftrag ohne konkrete Handlungsanweisung geben. Es wäre gut, so sind sich einige ProbandInnen der Befragungsgruppen sicher, wenn bei mehrmaliger Alarmierung auf Grund von Inaktivität eine SMS oder Mail verschickt wird. In dieser sollten konkrete Anweisungen, zum Beispiel wie weit und wie lange am Abend gewalkt werden sollte, enthalten sein.

Eine der Gruppen der Fokusgruppenbefragung lehnte die technischen Versionen der Erinnerungssysteme, wie eben beschrieben, komplett ab. Diesen ProbandInnen ist eine klassische Erinnerung, wie ein Vermerk im Stehkalender lieber. Es ist dazu zu sagen, dass diese Personen einer älteren Generation angehören. Viele von ihnen verlassen sich seit Jahrzehnten auf ihren Kalender, beziehungsweise zur Koordination der Familie auf ihren Stehkalender. In solchen Fällen ist von Erneuerungen abzusehen und sollte mit den PatientInnen besprochen werden, welche Aufforderungen zur Bewegung sie gerne in ihrem Kalender stehen haben möchten. In diesem Zusammenhang spielt auch der Motivationsfaktor „Gruppe“ eine große Rolle. Viele ältere Personen sind alleine zu Hause und haben nur wenige soziale Kontakte, so wird zum Beispiel auch der Besuch beim Hausarzt zum Austausch „missbraucht“. Anzudenken wäre im Zuge der Anpassung des Stehkalenders oder Kalenders der einzelnen Personen durch den Physiotherapeuten/die Physiotherapeutin sie zu einem gemeinsamen Bewegen mit anderen Betroffenen in ihrem näheren Umfeld zu animieren. Im Zuge der regelmäßigen Seniorentreffen in einigen Gemeinden könnte durch gezielte Informationsvorträge über die Vorteile, von in den Alltag implementierte ausreichende Bewegung, wie Nordic Walken, informiert werden. Es ist oftmals zu beobachten, wenn sich zum Beispiel Wandergruppen gebildet haben, diese Bewegungsform in der Gruppe und der damit einhergehende soziale Austausch als Motivationsfaktor, zur längerfristigen Weiterführung dient.

Die vierte Fragestellung „Wie oft möchten Sie direkten Face-to-Face Kontakt mit Arzt/Ärztin, PhysiotherapeutIn, DiätologIn, Pflegefachkraft, ect.? Über welche Inhalte möchten Sie bei

diesen Gesprächen informiert werden?“ will herausfinden, welche Gesundheitsprofession am häufigsten und somit den meisten Einfluss auf die ProbandInnen nehmen kann. Hier ist zu sehen, dass die Ärztin/der Arzt am häufigsten besucht wird. In der Rehabilitationsanstalt wird eher auf das multidisziplinäre Team, auf verschiedene Berufsgruppen gesetzt, somit greift ein Programmpunkt in den nächsten und eine allumfassende Information kann sichergestellt werden. Sind PatientInnen außerhalb einer solchen Sonderkrankenanstalt nach dem Rehabilitationsaufenthalt wird davon ausgegangen, dass diese selbst die benötigten Zusatzinformationen einholen. Wie zuvor beschrieben, wird der Betroffene/die Betroffene aber oft nur bei der Hausärztin/beim Hausarzt vorstellig. Somit sollte dasjenige Kontrollorgan, welches zum Beispiel regelmäßig die Blutwerte überprüft, auch über alle nötigen zusätzlichen dazugehörenden Bereiche gleichzeitig informieren. Die geringe Zeit die jeder Patient/jede Patientin mit dem Arzt/der Ärztin zur Verfügung hat, reicht aber meist nicht aus. Dadurch suchen die ProbandInnen dieser Fokusgruppenbefragung immer öfter einen/eine privat zu zahlenden/e Arzt/Ärztin auf. Diese Entwicklung ist kritisch zu hinterfragen, da zum einen ein/eine Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerin oft über gar nicht so viel Detailwissen über Diabetes Mellitus Typ 2 in all seinen Formen hat. Zum anderen macht somit nur eine Berufsgruppe die Arbeit mehrerer Professionen. Einige Befragte der Fokusgruppen gaben an, die medizinische Hilfe in einem Ambulatorium speziell für Stoffwechselerkrankungen zu beziehen. In diesem Setting kann angenommen werden, dass mehrere SpezialistInnen zusammenarbeiten um die PatientInnen optimal zu versorgen.

Dem möglichen und in naher Zukunft immer wahrscheinlicherem Videotelefonat mit dem/der Arzt/Ärztin stimmen nur wenige ProbandInnen der Fokusgruppenbefragung zu. Viele ältere PatientInnen benötigen wiederum eine Einschulung und bei Bedarf einen sogenannten „technischen Support“. Es kann aber angenommen werden, dass nach einer ausführlichen und individuellen Anleitung, wie zuvor beschrieben, bei der Verwendung von Applikationen auf dem Mobiltelefon der jetzige Aufwand einen Arzt/eine Ärztin zu besuchen mit dieser Intervention, gesenkt werden kann. Das somit der soziale Austausch im Vorzimmer der Ordination wegfällt, ist zu überdenken.

Bei den Befragungen in der Fokusgruppe im Zuge dieser Bachelorarbeit kristallisierte sich nach Nachfrage der Moderatorin heraus, dass der Physiotherapeut/die Physiotherapeutin nur im Zusammenhang mit Problemen des Bewegungsapparates aufgesucht wird. Das Informationsdefizit der ProbandInnen kann auf den weit verbreiteten Glauben der Gesellschaft, dass Physiotherapie nur für Menschen mit „sichtbaren“ körperlichen Gebrechen sei, zurückzuführen sein. Im Zuge einer Aufklärung, dass Physiotherapie bei

allen Krankheiten zumindest unterstützend in Anspruch genommen werden kann, stimmten die PatientInnen zu, auch wegen ihrer Stoffwechselerkrankung, einen Therapeuten/eine Therapeutin zu besuchen. Derjenige/Diejenige könnten somit den Part der Informationsweitergabe, bezüglich der positiven Auswirkungen von Bewegung auf den gesamten Körper, übernehmen. Des Weiteren sollte angemerkt werden, dass wenige PhysiotherapeutInnen sich auf die innere Medizin spezialisieren, wobei ein Bedarf an kompetentem Fachwissen über, zum Beispiel Stoffwechselerkrankungen und wie ihnen entgegenzuwirken ist, heutzutage wichtig ist.

Die PatientInnen nennen in der vierten Frage, ob und wie oft sie direkten Face-to-Face Kontakt mit Arzt/Ärztin, PhysiotherapeutIn, DiätologIn, Pflegefachkraft, ect. und über welche Inhalte sie bei diesen Gesprächen informiert werden möchten durchwegs nicht die erneute Kontaktierung eines Diätologen/einer Diätologin. Allgemein sind die ProbandInnen der Meinung, mit dem erlernten Programm bezüglich der Ernährung das nötige Rüstzeug für den Alltag mitzubekommen. Dennoch sind im „Global report on Diabetes“ der WHO (2016) erschreckend hohe Zahlen zu Personen mit Diabetes Mellitus Typ 2 in Kombination mit Adipositas. Ein Zusammenhang dieser beiden schweren Stoffwechselerkrankungen liegt durch mehrere wissenschaftlichen Studien vor. Trotzdem wird es den PatientInnen selber überlassen, ob sie nach einer anfänglichen Diabetikerschulung, die die Basis an Wissen vermittelt und nach eventuellen Rehabilitationsaufenthalten einen Diätologen/ eine Diätologin aufsuchen. Oftmals würde es bei dieser Bevölkerungsgruppe um Aufklärung und Kontrolle der bereits vermittelnden Information gehen, da die Basiswissensvermittlung schon stattgefunden hat.

5.2 Limitationen

Nachfolgend werden Limitationen in der Planung sowie Durchführung und Auswertung der Fokusgruppenbefragungen für die Fragestellung „Welche Inhalte in Bewegungsprogrammen interessiert Personen mit der Diagnose ‚Diabetes Mellitus Typ 2‘ während des Rehabilitationsaufenthaltes, um die Weiterführung nach der Rehabilitation zu fördern?“ beschrieben.

Zu Beginn ist zu sagen, dass es unsicher ist, ob die Fokusgruppenbefragung die richtige Methode zur Beantwortung der Forschungsfrage war. Die Fragestellungen hätte man auch in einzelne Fragen in Form eines Multiple-Choice- Fragebogens verpacken können und somit wären auch mehrere Personen in kürzerer Zeit, zu ihren Motivationsfaktoren befragt

worden. Ebenso stellt sich die Frage, ob es für diese Arbeit besser gewesen wäre, kurze Fragen zu verwenden, als die verwendeten ausführlichen Fragen.

Bei der Planung der Gruppenbefragungen waren zu wenige Termine mit einer sehr geringen Anzahl an ProbandInnen eingerechnet. Nur ein Termin für die Befragungen gibt dem Autor/der Autorin zu dieser Fragestellung wenig Information, ob die getätigten Aussagen auch wirklich in Zukunft zutreffen werden. Bei weiteren Befragungsrunden, mit zwei oder mehr Terminen, kann mit den ProbandInnen evaluiert werden, welche der Punkte des Bewegungsprogramms und welche Motivationsfaktoren aufrechterhalten worden sind, oder noch immer werden. Bezüglich der Motivationsfaktoren, könnte man bei darauffolgenden Terminen noch klarer herausfinden, welche Faktoren nun schlussendlich erhalten bleiben.

Die Durchführung beinhaltet die Fokusgruppenbefragungen mit gesamt zwölf Personen, beziehungsweise vier Gruppen zu je drei Personen. Weshalb die Ergebnisse nicht auf eine größere Bevölkerungsgruppe angewandt werden kann und die Forschungsfrage „Welche Inhalte in Bewegungsprogrammen interessiert Personen mit der Diagnose ‚Diabetes Mellitus Typ 2‘ während des Rehabilitationsaufenthaltes, um die Weiterführung nach der Rehabilitation zu fördern?“ für ein genaueres Ergebnis mit mehr ProbandInnen besprochen werden muss.

Die Gruppen waren nicht homogen, da es bei der Befragung in zwei Gruppen einen großen Altersunterschied gab. Es konnte beobachtet werden, dass sich bei der dritten und vierten Fragestellung ein Stadt-Land-Gefälle der ProbandInnen eröffnete, weil die Antworten innerhalb der Gruppe sehr unterschiedlich waren. Bedingt kann auch die TeilnehmerInnencompliance als eine Limitation angesehen werden, zwar nahmen alle PatientInnen freiwillig und im Rahmen ihres Rehabilitationsprogrammes teil, aber manche nahmen nur sehr zögerlich an den Diskussionen teil, ließen sich von anderen mitreißen, sodass von ihnen keine eigenen Antworten kamen und wollten so bald als möglich, mit der vereinbarten Therapie fortfahren.

Die Auswertung erfolgte auf Grund der geringen TeilnehmerInnenanzahl nur in einem mathematisch kleinen Rahmen, ohne einer statistisch hochwertigen Austestung sowie Aufzählung. Zudem wurde auch in Folge der wenigen ProbandInnen auf eine bürokratisch aufwendige Tonbandaufnahme und dessen Transkriptionen verzichtet, wodurch bei der reinen schriftlichen Dokumentation der Gespräche, eventuell einige Informationen verloren gegangen sind.

6 Zusammenfassung und Ausblick

Zu Beginn wurden die Problemstellung zum Thema dieser Bachelorarbeiten ausführlich beschrieben. Das bedeutsame Problem des Diabetes Mellitus Typ 2 und die damit einhergehenden Risikofaktoren für den jeweiligen Menschen und das Gesundheitssystem wurden erörtert. Bewegung, auch nur im geringen Maße und andere Therapien sind entscheidend für die Lebensqualität und Lebenserwartung. Des Weiteren haben chronisch Kranke häufig eine mangelnde Therapiebereitschaft, da, wie bei Diabetes Mellitus Typ 2 der Betroffene lange Zeit keine akuten Schmerzen aufweist. Nun werden aber genau diese Menschen von Beginn an mit Interventionen überhäuft, um Folgeerkrankungen vorzubeugen, die lebensnotwendige Therapieeinstellung vorzunehmen und ihnen zu vermitteln, dass sie nicht die einzige Person mit dieser Diagnose sind. Diese systematische Wissensvermittlung wird zwar angeboten und angenommen, aber selten längerfristig ausgeführt. Gezielte Gespräche und eine vertrauensvolle PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung lassen die Perspektive des Leidtragenden deutlicher werden. Die eingehende Befragung nach den Bedürfnissen steigert die Patienten-Compliance.

Die vorliegende Arbeit zu der durchgeführten empirischen Studie mit Hilfe von Fokusgruppenbefragungen sollte der Frage, welche Inhalte in Bewegungsprogrammen für Personen mit Diabetes Mellitus Typ 2 interessant sind, um eine Weiterführung dieser Punkte nach einem Rehabilitationsaufenthalt zu fördern, nachgehen. Es wurden folgende Informationen herausgefunden:

- Bewegungsarten mit einer hohen Ausdauerkomponente werden Kraftsportarten vorgezogen. Einerseits, da die Durchführung allgemein und die Implementierung in den Alltag wesentlich einfacher ist, andererseits weil weniger Material, um die Sportart auszuführen, benötigt wird.
- Entspannungsübungen und Atemtechniken werden von den ProbandInnen als gut integrierbar in die jetzige Lebenssituation empfunden.
- Die innere Motivation, Bewegung regelmäßig durchzuführen ist zum Zeitpunkt der Befragungen sehr hoch. Zu starken Motivationsfaktoren zählen die gesteigerte Fitness und die verbesserte Belastungsfähigkeit im Alltag.
- Als extrinsischen Faktor der Motivation geben fast die Hälfte der PatientInnen den sichtbaren Gewichtsverlust an. An zweiter Stelle steht die Gruppendynamik, die für viele die Weiterführung eines Bewegungsprogrammes erleichtert.

- Die ProbandInnen würden technische Erinnerungssysteme annehmen, wenn damit eine ausführliche und individuelle Anleitung beziehungsweise Anpassung einhergeht. Am meisten werden Applikationen am bereits vorhandenen Handy genannt. Diese würden mit Alarmierung bei längerer Inaktivität zu mehr Bewegung animieren.
- Vergünstigungen, zum Beispiel in Form von Gutscheinen, als Motivationsanreiz möchte nur ein geringer Anteil der Befragten.
- Nachdem Rehabilitationsaufenthalt wird am häufigsten der Arzt/die Ärztin aufgesucht. Die Physiotherapie wird eher mit Problemen des Bewegungsapparates und nicht mit Belangen der inneren Medizin in Verbindung gebracht.
- Eine diätologische Beratung wird nach dem Aufenthalt in einer Rehabilitationsanstalt nicht mehr in Erwägung gezogen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass dieses Themengebiet weiter ausführlicher und längerfristiger beforscht werden müsste, damit die aufgeworfenen Forschungsfragen besser beantwortet werden können. Die Thematiken der Physiotherapie, die innere Medizin betreffend, werden in Zukunft eine große Rolle spielen. Das zunehmende Alter der gesamten Bevölkerung und die damit einhergehenden Erkrankungen, sowie der häufig praktizierte ungesunde Lebensstil wird den PhysiotherapeutInnen und allen anderen Gesundheitsprofessionen in nächster Zeit Arbeit aufgeben.

Bei dieser empirischen Studie hat man gesehen, dass eine gezielte Informationsvermittlung, wie sie bereits stattfindet, gut ist. Eine individuelle Anpassung der Programme, begleitet von Experten mit hohem Fachwissen wäre auf lange Sicht gesehen besser. Als „Programm“ kann einerseits eine Ernährungssensibilisierung, andererseits Bewegungsprogramme gesehen werden. Zusätzlich wird die technische Komponente in den kommenden Jahren große Bedeutung gewinnen. Schon jetzt ist ein Großteil der älteren Menschen, die leider generell als „technisch nicht begabt“ zählen, aber denen Technologie eine Erleichterung und Stütze für den Alltag bringt, an solchen Entwicklungen interessiert. Die nötige Motivation zur Weiterführung der erlernten Bewegungsprogramme muss von dem betroffenen Menschen selbst kommen, kann aber durch äußere Faktoren gefördert und dadurch längerfristig hoch gehalten werden.

7 Literaturverzeichnis

- Balducci, S., Sacchetti, M., Haxhi, J., Orlando, G., Zanuso, S., Cardelli, P., ... Pugliese, G. (2015). The Italian Diabetes and Exercise Study 2 (IDES-2): a long-term behavioral intervention for adoption and maintenance of a physically active lifestyle. *Trials*, 16. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1088-0>
- Belalcazar, L. M., Reboussin, D. M., Haffner, S. M., Hoogeveen, R. C., Kriska, A. M., Schwenke, D. C., ... Ballantyne, C. M. (2010). A 1-Year Lifestyle Intervention for Weight Loss in Individuals With Type 2 Diabetes Reduces High C-Reactive Protein Levels and Identifies Metabolic Predictors of Change. *Diabetes Care*, 33(11), 2297–2303. <https://doi.org/10.2337/dc10-0728>
- Block, M., Unger, H. von, & Wright, M. T. (2008). Partizipative Qualitätsentwicklung - Fokusgruppe. Abgerufen 2. Juli 2017, von <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/subnavi/methodenkoffer/fokusgruppe.html>
- Duden: Die deutsche Rechtschreibung*. (2013) (26., völlig neu bearb. und Aufl). Mannheim: Bibliographisches Institut.
- Greenbaum, T. L. (1998). *The handbook for focus group research* (2nd ed., and expanded). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Hoos-Leistner, H., & Balk, M. (2011). *Gesprächsführung für Physiotherapeuten: Theorie - Techniken - Fallbeispiele*. Georg Thieme Verlag.
- König, D., Deibert, P., Dickhuth, H.-H., & Berg, A. (2006). Bewegungstherapie bei Diabetes mellitus Typ II - metabolische Grundlagen und evidenzbasierte Empfehlungen. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, Jahrgang 57*(Nr. 10), 242–247.
- Ménard, J., Payette, H., Baillargeon, J.-P., Maheux, P., Lepage, S., Tessier, D., & Ardilouze, J.-L. (2005). Efficacy of intensive multitherapy for patients with type 2 diabetes

- mellitus: a randomized controlled trial. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 173(12), 1457–1466. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050054>
- Miyauchi, M., Toyoda, M., Kaneyama, N., Miyatake, H., Tanaka, E., Kimura, M., ... Fukagawa, M. (2016). Exercise Therapy for Management of Type 2 Diabetes Mellitus: Superior Efficacy of Activity Monitors over Pedometers. *Journal of Diabetes Research*, 2016, 5043964. <https://doi.org/10.1155/2016/5043964>
- Petermann, F. (Hrsg.). (1997). *Patientenschulung und Patientenberatung: ein Lehrbuch* (2., vollst. überarb. und Aufl.). Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Rucker, A. M. L., & Baier, J. (2012). Motivationsfaktoren für Physiotherapie aus der Sicht des Patienten. *physioscience*, 8(4), 163–168. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1313095>
- Scherenberg, V. (2003). *Patientenorientierung: Compliance and Disease-Management-Programme ; Praxisbeispiel Diabetes mellitus Typ 2*. Stuttgart; Berlin: Verl. für Wiss. und Kultur.
- Schiøtz, M., Strandberg-Larsen, M., Frølich, A., Krasnik, A., Bellows, J., Kristensen, J. K., ... Hsu, J. (2012). Self-Management Support to People with Type 2 Diabetes - A comparative study of Kaiser Permanente and the Danish Healthcare System. *BMC Health Services Research*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-160>
- Snel, M., Sleddering, M. A., Vd Peijl, I. D., Romijn, J. A., Pijl, H., Meinders, A. E., & Jazet, I. M. (2012). Quality of life in type 2 diabetes mellitus after a very low calorie diet and exercise. *European Journal of Internal Medicine*, 23(2), 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2011.07.004>
- Steinert, A., Haesner, M., & Steinhagen-Thiessen, E. (2017). [App-based self-monitoring in type 2 diabetes]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 50(6), 516–523. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1082-5>

- Thomas, L. (Hrsg.). (2012). *Labor und Diagnose:: Indikation und Bewertung von Laborbefunden für die medizinische Diagnostik. Bd. 2: [...]* (8. Aufl). Frankfurt/Main: Th-Books Verl.-Ges.
- Toplak, H., Hoppichler, F., Wascher, T. C., Schindler, K., & Ludvik, B. (2016). Adipositas und Typ 2 Diabetes. *Wiener klinische Wochenschrift*, 128(2), 196–200. <https://doi.org/10.1007/s00508-016-0986-9>
- Weinger, K., & Carver, C. A. (2010). *Educating your patient with diabetes*. New York: Humana Press.
- WHO (Hrsg.). (2016). Global report on Diabetes. Abgerufen von http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf