Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie Univ.-Prof. Dr. med. Stephanie Stock
Förderkennzeichen:	01NVF18033
Akronym:	P-SUP
Projekttitel:	Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm
Autorinnen und Autoren:	Giesen L, Bootz C, Könnecke H, Redaèlli M, Simic D, Scholl M, Lendt C, Gawlik A, Chermette C, Pilic L, Funke C, Frank F, Wild D, Gülay A, Stock S, Konerding U
Förderzeitraum:	01.11.2019-30.06.2024
Ansprechperson:	Prof. Stephanie Stock; stephanie.stock@uk-koeln.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt P-SUP wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF18033 gefördert.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zusammenfassung

Hintergrund: Seit dem Jahr 2002 stehen für Menschen mit Typ 2 Diabetes mellitus (T2DM) und Koronare Herzkrankheit (KHK) evidenzbasierte Disease Management Programme (DMP) zur Verfügung. Obwohl die Versorgung der Patient*innen durch die Programme patientenzentrierter ist als die Regelversorgung und auch klinische Outcomes verbessert wurden, bestehen noch Versorgungslücken. Insbesondere in Bezug auf die Unterstützung des Selbstmanagements und in Bezug auf die Unterstützung von Patient*innen mit besonderem Unterstützungsbedarf zum Beispiel aufgrund einer unzureichenden Gesundheitskompetenz oder niedrigem Aktivierungsgrad fehlen gezielte Unterstützungsangebote. Im Projekt Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm (P-SUP) wurden in die bestehenden DMPs T2DM sowie KHK mehrere Komponenten integriert, die das Selbstmanagement verbessern sowie Patient*innen mit unzureichender Gesundheitskompetenz bzw. niedrigem Aktivierungsgrad unterstützen.

Methodik: Das Programm P-SUP wurde im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie (11/2019 - 6/2024) im Parallelgruppendesign auf Wirksamkeit evaluiert. Die Bausteine der Intervention in P-SUP wurden in einem partizipativen Ansatz mit Patientenvertreter*innen entwickelt. Für die Evaluation wurden Patient*innen, die bereits in ein DMP eingeschrieben waren, im hausärztlichen Setting rekrutiert und in die Interventionsgruppe (IG) bzw. die Kontrollgruppe (KG) randomisiert. Teilnehmer*innen der IG nahmen im Rahmen der 18monatigen Interventionsdauer wöchentlich an Peer Support Gruppen (PSG) teil. Die wöchentlichen Treffen bestanden 3 Mal pro Monat aus angeleiteten Bewegungseinheiten. Einmal pro Monat wurden sie durch sogenannte „Expertenmeetings“ ergänzt. Dabei handelte es sich um (online) Vorträge mit anschließender Diskussion zu Bewegung, Ernährung, Motivation und weiteren Aspekten der Lebensstilveränderung. Unterstützt wurden diese Treffen durch Online-Angebote auf einem partizipativ entwickelten Webportal. Die KG nahm an der Regelversorgung teil. Hauptzielkriterium (HK) der Evaluation war eine Reduzierung der Krankenhaustage. Als Nebenzielkriterien (NK) wurden u.a. Ängstlichkeit, Depressivität, Einsamkeit, Lebensqualität, Motivation und Selbstwirksamkeit erhoben. Diese NK wurden zu einem Index zusammengefasst.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 1.258 Patient*innen (verteilt auf 48 PSG) vorwiegend in den Regionen der Städte Aachen, Bonn, Essen, Düsseldorf und Köln rekrutiert, von denen 1.002 ausgewertet werden konnten. Messzeitpunkte mittels Fragebögen (vor Interventionsstart, nach 9 Monaten und Interventionsende) und Leistungsdaten der Krankenkassen lieferten die Datenbasis für die Evaluation. Bei der Analyse des HK konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt werden. Dagegen sind die NK in Form des Index zugunsten der IG statistisch hoch signifikant ($p<0,01$) gegenüber der KG. Vor allem die Teilbereiche Ernährungsverhalten und Einsamkeit zeigten überproportionale Verbesserungen. Die Expertenmeetings wurden intensiv und mit hohem Interesse in Anspruch genommen.

Diskussion: Der Start des Projektes P-SUP fiel in die Zeit der COVID-Pandemie. Dadurch musste das Programm kurzfristig für viele Teilnehmende auf online Treffen umgestellt werden. Dieser Umstand erschwerte vielen älteren Patient*innnen die Teilnahme und verhinderte die homogene Zusammensetzung der PSGs nach räumlichen, biografischen und körperlichen

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Gesichtspunkten. Zudem stellte die Terminfindung für viele Teilnehmende der PSG-Treffen eine Herausforderung dar.

Die Bewegungseinheiten wurden durch Sporttherapeut*innen begleitet. Dies ermöglichte es den Teilnehmer*innen das Niveau der Bewegungseinheiten an den Bedarfen und der körperlichen Verfassung der Teilnehmenden auszurichten. Die Nicht-Erreichung des HK liegt vermutlich in der Kürze des Beobachtungszeitraums. In der Summe aller summativen und formativen Ergebnisse weist die Intervention einen positiven Effekt auf die Versorgung von Menschen mit T2DM und KHK auf, die in ein DMP eingeschrieben sind. Eine flächendeckende Ausrollung sollte sowohl von Selbsthilfe-Strukturen wie von Fachgesellschaften und den Krankenkassen begleitet werden.

Schlagworte: Selbstmanagement, Disease Management Programme, Typ 2 Diabetes Mellitus, Koronare Herzkrankheit, Gesundheitskompetenz

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Inhaltsverzeichnis

I Abkürzungsverzeichnis 5

II Abbildungsverzeichnis 6

III Tabellenverzeichnis 6

1 Projektziele 7

2 Projektdurchführung 7

2.1 Projektbeteiligte 7

2.2 Beschreibung und Darstellung des Projekts 11

2.3 Ablauf des Projekts 12

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung und Maßnahmen 13

2.5 Rechtsgrundlage 14

3 Methodik 14

4 Projektergebnisse 20

5 Diskussion der Projektergebnisse 36

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung 40

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen 41

IV Literaturverzeichnis 48

V Anlagen 50

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

I Abkürzungsverzeichnis

ÄKNO	Ärztekammer Nordrhein
BCT	Behaviour Change Technique
BHLS	Brief Health Literacy Screen
BIÖG	Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit
DBS	Deutscher Behindertensportverband
DGPR	Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e. V.
DMP	Disease Management Programm
DOSB	Deutscher olympischer Sportbund
DRG	Diagnosis Related Group
DSHS	Deutsche Sporthochschule Köln
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.
FG	Fokusgruppen
FGI	Fokusgruppen Interview
GK	Gesundheitskompetenz
GÖ	Gesundheitsökonomie
HAPA	Health Action Process Approach
HH	Haupthypothese
HZB	Hochschulberechtigung
IBPR	Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation
ICD-10	International Classification of Diseases
IG	Interventionsgruppe
IGKE	Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KG	Kontrollgruppe(n)
KH	Krankenhaus
KHK	Koronare Herzkrankheit
KV-No	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KV-WL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
MZP	Messzeitpunkt(e)
NH	Nebenhypothese
PAM	Fragebogen zur Patientenaktivierung
QPE	qualitative Prozessevaluation
SDT	Selbstbestimmungstheorie
PSG	Peer Support Gruppe
PSG-L	Peer Support Gruppen Leitung
P-SUP	Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm
T2DM	Typ 2 Diabetes mellitus
TC	Telefoncoaching
TI	Telefoninterview
WHO	World Health Organization
ZI	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organisationelle Struktur im Konsortium 10
Abbildung 2: CONSORT Diagramm von P-SUP 22

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektbeteiligte einschließlich Verantwortungsbereich 7
Tabelle 2: Komponenten des Programms 11
Tabelle 3: Einschlusskriterien 15
Tabelle 4: Ausschlusskriterien 15
Tabelle 5: Übersicht der Fragebögen 15
Tabelle 6: Übersicht zur summativen Evaluation 18
Tabelle 7: Übersicht zur formativen Evaluation 19
Tabelle 8: Mortalität in der vorläufigen Prüfstichprobe 21
Tabelle 9: Rückzug aus der Studie 23
Tabelle 10: Bedingungsunterschiede bei vollständigen Daten 23
Tabelle 11: Bedingungsunterschiede nach Imputationsvervollständigung 24
Tabelle 12: Datenbasis bezüglich der Krankenhaustage von beteiligten Krankenkassen 25
Tabelle 13: Beobachtung der Vorgaben der Gabelfragen 26
Tabelle 14: Teilnehmer der Implementationsanalyse 26
Tabelle 15: Angaben zu den Ausgangsbedingungen bei Implementation der Intervention 27
Tabelle 16: Erfahrungen mit den verschiedenen Komponenten der Intervention 28
Tabelle 17: Angaben zu Gruppensitzungen 28
Tabelle 18: Angaben zu den Feedback-Berichten 29
Tabelle 19: Inanspruchnahme der verschiedenen Komponenten des Web-Portals 30
Tabelle 20: Angaben zum Web-Portal 30
Tabelle 21: Telefonbasiertes Gesundheits-Coaching 31
Tabelle 22: Charakteristika der Studienpopulation zur Baseline, nach Studiengruppe 31
Tabelle 23: Krankenhaustage und Durchschnittskosten zur Baseline 32
Tabelle 24: Kosten der Intervention 33
Tabelle 25: Aufstellung der Kosten pro Patient*innen 34
Tabelle 26: Ergebnisse der ZI-Parameter aus den Jahren 2023 vs. 2021 bezogen auf T2DM 35
Tabelle 27: Ergebnisse der ZI-Parameter aus den Jahren 2023 vs. 2021 bezogen auf KHK 35
Tabelle 28: Publikationen in P-SUP (mit eingereichten und geplanten Veröffentlichungen) 45

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1 Projektziele

Das strukturierte Selbstmanagement Unterstützungsprogramm P-SUP sollte durch die Verknüpfung bereits belegter wirksamer Interventionsansätze und deren Implementierung in die bestehenden DMPS zur Verbesserung des Selbstmanagements und zum nachhaltigen Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils der eingeschriebenen Versicherten beitragen. Als Folge des verbesserten Selbstmanagements wurde erwartet, dass es zu einer Verbesserung klinischen Outcomes kommen würde. Dazu wurden vier Komponenten zur Förderung des Selbstmanagements in die bestehenden DMPs integriert. Primäre Zielgruppe im Rahmen der Studie waren Versicherte der AOK Rheinland-Hamburg und der BARMER mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen. Eingeschriebene Patient*innen mussten als Voraussetzung für die Teilnahme an P-SUP ausreichende kognitive, psychische und sprachliche Fähigkeiten aufweisen. Die PSG-Leitung (PSG-L) sollte von Personen aus dem Kreis der primären Zielgruppe, also Laien bzw. Peers, übernommen werden. Zur Unterstützung von Patient*innen mit besonderem Bedarf wurde die Teilnahme an einem personalisierten Telefoncoaching angeboten.

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

In Tabelle 1 sind alle Projektpartner*innen und ihre Verantwortungsbereiche aufgeführt, die an P-SUP mitgewirkt haben. Institutionen, die unmittelbar an der Intervention beteiligt waren, sind mit den jeweiligen Verantwortlichen namentlich genannt. Bei Institutionen, in denen während des Projektverlaufs ein Wechsel in der Verantwortlichkeit stattgefunden hat, sind jeweils am Ende des Abschnitts die Nachfolger*innen angegeben.

Tabelle 1: Projektbeteiligte einschließlich Verantwortungsbereich

Projektpartner	Rolle im Projekt	Verantwortungsbereich
Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) Uniklinik Köln Univ.-Prof. Dr. med. Stephanie Stock	Konsortialführung	Projektleitung, Projektmanagement, Gesundheitsökonomische Evaluation
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie Uniklinik Köln Univ.-Prof. Dr. med. Christian Albus, PD Dr. med. Frank Vitinius	Konsortialpartner	Training PSG-Leiter*innen, Supervision, Training Telefon-Coaches
Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation Deutsche Sporthochschule (DSHS) Köln Prof. Dr. Ingo Froböse Dr. Bianca Bialas	Konsortialpartner	Entwicklung und Betreuung Online-Angebot, Interviews, Datenerhebung und Analyse (formative Evaluation) und Fokusgruppen: Datenerhebung und Analyse

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Schwerpunkt Allgemeinmedizin Uniklinik Köln Prof. Dr. med. August Wilhelm Bödecker, Univ.-Prof. Dr. med. Beate Müller	Konsortialpartner	Praxisrekrutierung, Patient*innenrekrutierung, Ausbildung PSG-Leiter*innen
Institut für Allgemeinmedizin Universität Duisburg-Essen Univ.-Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitten	Konsortialpartner	Praxisrekrutierung, Patient*innenrekrutierung, Ausbildung PSG-Leiter*innen
Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) Dr. Bernd Hagen	Konsortialpartner	Erstellung von personalisierten Feedbackberichten
Abteilung Gesundheit und Sozialpsychologie Deutsche Sporthochschule (DSHS) Köln Univ.-Prof. Dr. Jens Kleinert	Konsortialpartner	Training Telefon-Coaches, Befragung in Sportgruppen, Ausbildung PSG-Leiter*innen
Trimberg Research Academy Universität Bamberg PD Dr. Uwe Konerding	Konsortialpartner	Patient*innenfragebogen: Datenerhebung, summative und formative Hauptevaluation
Institut für Allgemeinmedizin Universitätsklinikum RWTH Aachen Prof. Dr. med. Nicole Kuth Univ.- Prof. Dr. med. Martin Mücke	Konsortialpartner	Praxisrekrutierung, Patient*innenrekrutierung, Ausbildung PSG-Leiter*innen
Institut für Hausarztmedizin Universitätsklinikum Bonn Univ.-Prof. Dr. med. Brigitta Weltermann	Konsortialpartner	Praxenrekrutierung, Patient*innenrekrutierung, Ausbildung PSG-Leiter*innen
Institut für Allgemeinmedizin Universitätsklinikum Düsseldorf Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm	Konsortialpartner	Praxisrekrutierung, Patient*innenrekrutierung, Ausbildung PSG-Leiter*innen
AOK Rheinland/Hamburg; BARMER	Konsortialpartner	Generierung der Leistungsdaten
Deutsche Diabetes-Hilfe lokale / regionale Sportvereine	Kooperationspartner	Stellung von Infrastruktur

Die strukturelle Organisation ist in der nachfolgenden Abbildung dargestellt. Die Konsortialführung war für die Koordination und Durchführung des Gesamtprojekts verantwortlich. Das Trust-Center war formal an der Konsortialführung angegliedert. Es bestand aus datenschutzrechtlichen Gründen räumlich und personell eine getrennte Organisationsstruktur.

Die externe Evaluation wurde durch das Trimberg Research Academy der Universität Bamberg durchgeführt. Sie war bei allen Entscheidungen zu methodischen Aspekten oder die Methodik berührenden Aspekten in die Diskussion eingebunden. Die fünf allgemeinmedizinischen Institute rekrutierten die allgemeinmedizinischen Praxen und brachten ihre Erfahrungen in der Kommunikation mit Patient*innen und deren Perspektiven ein. Sie führten u.a. Fokusgruppengespräche mit Patienten*innen und Hausärzt*innen durch. Die beteiligten Abteilungen der Deutschen Sporthochschule entwickelten die Bewegungseinheiten und leiteten diese zum Teil auch an. Zudem schulten sie die PSG-Leiter*innen im Thema Gruppendynamik von PSGs. Die Telefon-Coach-Ausbildung sowie die Entwicklung von

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Leitfäden wurden von der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie verantwortet. Das ZI entwickelte gemeinsam mit den allgemeinmedizinischen Instituten und Abteilungen der Sporthochschule die personalisierten Feedbackberichte und versendete diese an die teilnehmenden Praxen. Die Krankenkassen waren beratend bei der Entwicklung des Projekts und im Rahmen von intensiver PR-Arbeit tätig. Zudem waren sie in allen Fragen der Methodik eingebunden. Letztendlich lieferten sie die Routinedaten für den primären Endpunkt und die gesundheitsökonomische Evaluation.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

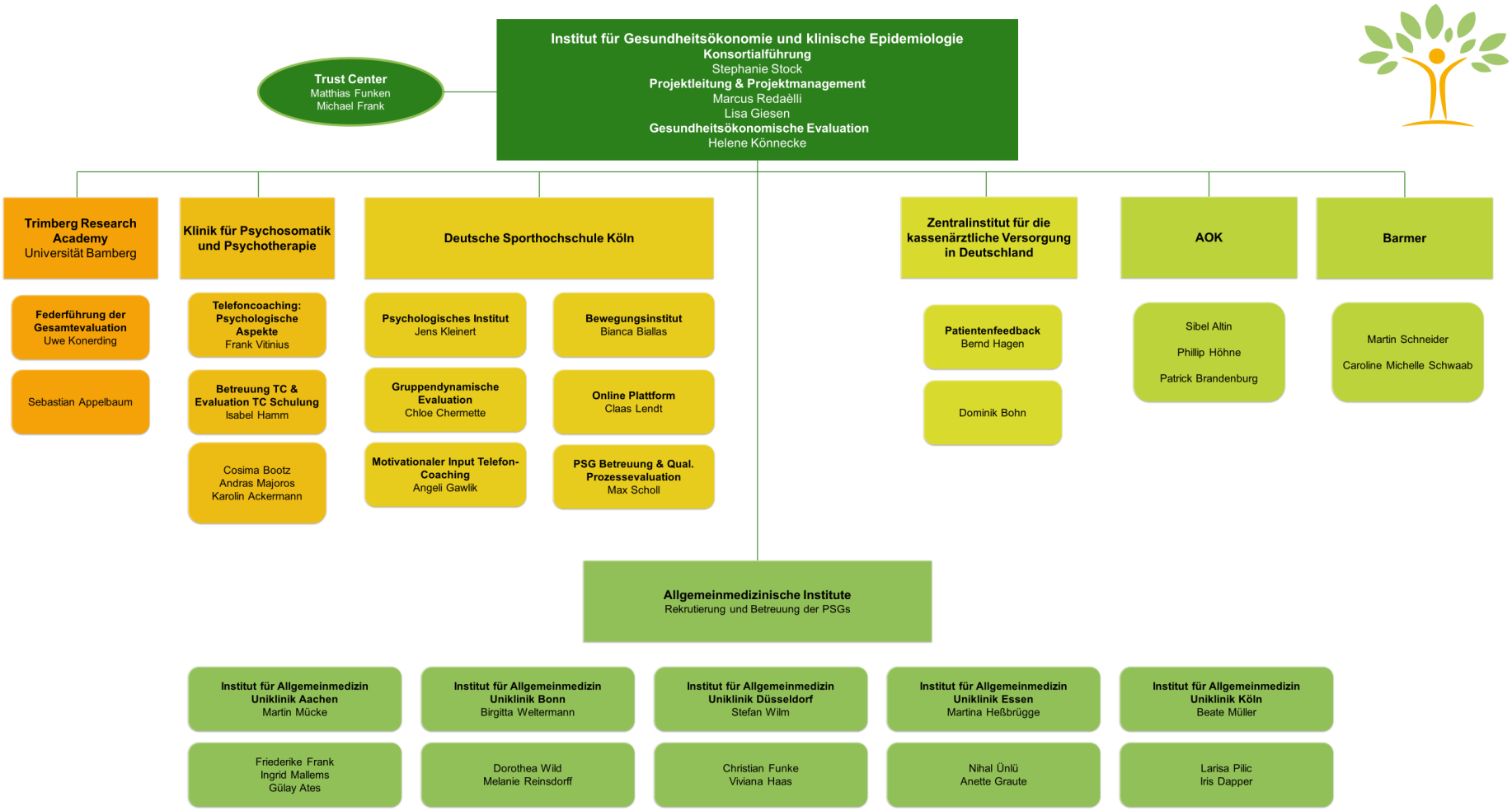


Abbildung 1: Organisationelle Struktur im Konsortium

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2.2 Beschreibung und Darstellung des Projekts

Die neue Versorgungsform P-SUP (Personalisiertes Selbstmanagementunterstützungs-programm) ergänzt die in der GKV implementierten Disease Management Programme (DMPs) um ein niederschwelliges, personalisiertes und risikostratifiziertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm mit den Komponenten angeleitete Peer Support Gruppen (PSG), Telefoncoaching (TC) für Personen mit besonderem Unterstützungsbedarf (niedriger Gesundheitskompetenz und/oder niedrigem Aktivierungsgrad), personalisiertes Patient*innenfeedback (PF) und Online-Angebote (OA) (Tabelle 2). P-SUP richtet sich an Personen mit Diabetes Mellitus Typ 2 (T2DM) und/oder koronarer Herzkrankheit (KHK), die in eines der dazugehörenden Disease-Management-Programmen (DMPs) eingeschrieben sind und zielt darauf ab, den Umgang er Patient*innen mit den Krankheiten zu verbessern. Insbesondere geht es dabei um die Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung.

Tabelle 2: Komponenten des Programms

- Peer Support Gruppen (PSGs)	Hauptkomponente von P-SUP; wöchentliche Treffen zu Bewegungseinheiten ergänzt durch einmal monatliche Expertenvorträge mit Diskussionsmöglichkeit
- Online-Angebot	Enthielt Videos zu Bewegungseinheiten, Rezepte, Liste mit Hilfsangeboten und die Fragebögen
- Personalisiertes Patientenfeedback	Personalisierter Bericht über den Verlauf wichtiger medizinischer Variablen wie Blutdruck, Gewicht, HbA1c, der vom betreuenden Hausarzt / -ärztin mit den Patient*innen besprochen wurde
- Telefon-Coaching	Personalisiertes Coaching zum Aufbau und Aufrechterhaltung von Motivation und Lebensstilveränderungen

In den Anlagen 1-13 dieses Berichts sind Handbuch für die PSG-Leiter, die Schulungsinhalte und –formate für die Sporttherapeuten und Telefon-Coaches, sowie Komponenten in ihren Formen bzw. Abläufen exemplarisch grafisch zur besseren Nachvollziehbarkeit dargestellt (siehe Anlagen 1-13).

Die Hauptkomponente von P-SUP bilden die PSGs einschließlich der PSG-Leiter*innen. Die PSGs haben sich einmal zum gemeinsamen Bewegungsprogramm getroffen, das sich in Art und Intensität der Bewegung je nach Präferenz der PSG unterscheiden konnte. Alle drei Monate konnte ein Expert*innen-geleitetes Onlinemeeting zu einem von der Gruppe gewählten Thema mit biomedizinischen, psychologischen oder soziologischen Inhalten durchgeführt werden. Darüber hinaus erhielten Teilnehmende von ihren betreuenden Ärzt*innen einen personalisierten Feedbackbogen, der verschiedene Variablen wie z.B.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Blutdruck, Gewicht und HbA1c im Zeitverlauf darstellte. Als dritte Komponente wurde eine Online-Plattform aufgebaut, die Videos zu Bewegungseinheiten, gesunde Rezepte, Fragebögen zur Selbsteinschätzung sowie eine Liste von Hilfsangeboten unterschiedlichster Art beinhaltete. Die vierte Komponente von P-SUP stellte ein strukturiertes Telefon-Coaching für ausgewählte Teilnehmende (geringe Gesundheitskompetenz bzw. niedriger Motivationsgrad) dar.

Bei der Zusammensetzung der PSGs sollte auf Wohnortnähe und Homogenität in Bezug auf Alter, Geschlecht, Bildung und körperliche Fitness geachtet werden. Für Personen, die durch Wohnlage (z.B. ländliche Regionen), berufliche Verpflichtungen (z.B. LKW-Fahrer) oder anderweitige Hürden nicht an bestehenden PSGs teilnehmen konnten, sollte es Online-PSGs geben.

Ziel von P-SUP war es, die Fähigkeit zum Selbstmanagement zu verbessern. In der Folge sollte der Umgang mit der Erkrankung verbessert sowie eine erhöhte Selbstwirksamkeit erreicht werden. Durch die Veränderungen des Lebensstils (u.a. Bewegung, Ernährung, Motivation) sollten sich medizinische Parameter (u.a. RR, HbA1c, BMI, Depression) verbessern.

2.3 Ablauf des Projekts

Das Projekt startete am 01.11.2019. Bis zum Sommer 2020 sollten alle Entwicklungsarbeiten für das Projekt abgeschlossen sein. Da der Beginn der Corona-Pandemie ungefähr mit dem Projektstart zusammenfiel, wurde das Projekt um eine Online-Version erweitert. Das Online-Angebot musste zusätzlich zum Präsenzangebot mit den bestehenden Ressourcen neu aufgebaut und die entsprechenden Teile in P-SUP modifiziert werden. Nach Ende des ersten Lockdowns (22.03.2020 - 04.05.2020) begann die Rekrutierungsphase, die durch die Auswirkungen der Pandemie sehr schleppend war. Dennoch konnten im Herbst 2020 die ersten PSG starten. Aufgrund gesetzlicher Corona-Auflagen wurden sie allerdings zunächst im Freien durchgeführt (z.B. Walking).

Die Rekrutierung verlief pandemiebedingt zu Beginn schleppend. Zum Teil verweigerten die teilnehmenden hausärztlichen Praxen die Einschreibung der Patient*innen, um diese nicht durch eine Coronainfektion zu gefährden. Um die Rekrutierungsbasis zu verbreitern wurde die Rechtsgrundlage erweitert, sodass rekrutierende Praxen das Angebot der Teilnahme auf alle gesetzlich Versicherten ausweiten konnten. Zudem wurde die Fallzahl in Abstimmung mit dem Evaluator von 1.664 auf 1.258 Teilnehmende geringfügig angepasst.

Im Rahmen des zweiten Lockdowns (06.01.2021 - 05/2021) wurden bereits angelaufene Gruppen im Online-Format weitergeführt. Dies hatte erste Ausfälle (Drop-outs) bei den Teilnehmenden aufgrund technischer Probleme zur Folge. Zudem kam es zu einem erneuten Stillstand der Rekrutierung. Dies führte in Abstimmung mit dem Evaluator zu einer erneuten Anpassung der Fallzahl auf 1001 (Antragsstellung am 21.06.2021). Um den Gesamterfolg der Studie nicht zu gefährden, wurde zusätzlich zur Reduktion der Fallzahl eine Laufzeitverlängerung beantragt.

Die letzte PSG startete ihre Treffen im Dezember 2021. Die letzten Treffen der ersten Gruppen fanden im Frühjahr 2022 statt, die der letzten Gruppe im Mai 2022. Dieser erste Teil der

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Implementierung des Projekts wurde als P-SUP-1 bezeichnet. Begleitend zur Durchführung der Intervention in P-SUP-1 erfolgte eine Prozessevaluation. Die daraus gewonnenen Ergebnisse wurden für die Vorbereitung von P-SUP-2 (Umsetzung einer mit den Erkenntnissen aus P-SUP-1 verbesserten Intervention für die KG (Warte-Kontrollgruppe)) genutzt, um Strukturen und Prozesse zu optimieren. Eine zentrale Veränderung von P-SUP-1 zu P-SUP-2 war die Abwandlung der Zugangsvoraussetzungen zum Telefon-Coaching. An Stelle eines risikoadaptierten Zugangs, der auf einem Fragebogenscreening beruhte, wurde allen Teilnehmenden ein bedarfsorientiertes Erstgespräch mit einem Telefon-Coach angeboten.

Die Intervention und die Durchführung wurden mit Ausnahme der pandemiebedingten Anpassungen und Verzögerungen wie geplant durchgeführt.

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung und Maßnahmen

Die Implementierung von P-SUP wurde wie oben beschrieben von gesetzlichen Corona-Auflagen beeinflusst. Zahlreiche Angebote konnten dadurch nicht wie geplant durchgeführt werden. Beispielsweise konnten keine Übungsleiter*innen aus Sportvereinen rekrutiert werden. Die Gruppen wurden daher durch die Sporttherapeuten der Deutschen Sporthochschule angeleitet. Um geschlossene Räume zu vermeiden wurden für die Bewegungseinheiten frei zugängliche Grünflächen und Sportvereine mit großen Hallen sowie weitere Freizeitangebote (z.B. Nordic-Walking-Gruppen) eingebunden. Die Inhalte der Bewegungseinheiten wurden von der Deutschen Sporthochschule unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den Herzsportgruppen entwickelt. Die Bereitstellung der Videos auf der Online-Plattform ermöglichte die zeit- und raumunabhängige Nutzung je nach individuellem Bedarf.

Die PSG wurden von PSG-Leitern (PSG-L) angeleitet. Die Schulung der PSG-L wurde aufgrund der Pandemie weitestgehend online durchgeführt. Die Rekrutierung der PSG-L gestaltete sich trotz Vergütungsangebot schwierig, sodass bei einer breiten Ausrollung über Alternativen in Form eines professionellen Unterstützungsmanagements z.B. durch Sportvereine nachgedacht werden sollte. Es sollte berücksichtigt werden, dass Gruppen mit älteren Teilnehmenden mehr Unterstützung benötigen, während Gruppen mit einer jüngeren Altersstruktur eine größere Affinität zur selbstständigen Leitung aufwiesen. 41 von 48 Gruppen durchliefen die vollständige Intervention. Bei einer Anzahl von weniger als vier Teilnehmenden erfolgte die Auflösung der Gruppe und eine Zuteilung der Teilnehmenden zu räumlich benachbarten Gruppen. Aufgrund von Teilnahmeunterbrechungen durch z.B. Urlaubszeiten und Infektionswellen ist eine Gruppenstärke von mindestens 12 Personen förderlich.

Die Diskussion des personalisierten Feedback-Berichtes mit den Teilnehmenden erfolgte über die betreuenden Hausärzt*innen. Die Feedbackberichte wurden von Patient*innen sowie den teilnehmenden hausärztlichen Praxen positiv bewertet.

Aufgrund einer unerwartet hohen Abbruchquote im Rahmen von P-SUP-1, die möglicherweise durch die Pandemie beeinflusst wurde, wurde der risikoadaptierte Zugang zum Telefon-Coaching auf einen bedarfsadaptierten Zugang umgestellt. Allen Teilnehmenden wurde ein Erstgespräch mit einem Telefoncoach angeboten, im Rahmen dessen der individuelle Bedarf

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

gemeinsam eruiert wurde. Durch die Umstellung erhöhte sich der Prozentsatz der Teilnehmenden, die ein Telefoncoaching erhielten in P-SUP-2 im Vergleich zu P-SUP-1 interessanterweise nicht. D.h. die Identifizierung vulnerabler Gruppen mittels Risikoscreening oder persönlichem Gespräch führte zu ähnlichen Ergebnissen.

Zusammenfassend hat sich die Implementierung evidenzbasierter Komponenten zur Unterstützung des Selbstmanagements im Rahmen des P-SUP Projektes auf Basis der Nutzung der vorhandenen DMP Strukturen als praktikabel erwiesen. Corona bedingt wurde jedoch eine teilweise Umstellung auf online Angebote notwendig. Dies hat sich jedoch aufgrund der eigeschränkten Affinität der Altersgruppe zu online Angeboten als schwierig in der Durchführung erwiesen. Lediglich zur Umsetzung des individualisierten Telefon-Coachings bedarf es bei der Übernahme in die Regelversorgung gegebenenfalls der Schaffung weiterer Strukturen.

2.5 Rechtsgrundlage

Für das Projekt P-SUP wurde ein Selektivvertrag nach §140a SGB V zwischen den Leistungsträgern (AOK Rheinland/Hamburg und BARMER) und dem Leistungserbringer (Universitätsklinik Köln) geschlossen. Die Leistungserbringung beinhaltete das Telefon-Coaching durch die Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik Köln.

Die Rechtsgrundlage wurde unter dem Einverständnis der beteiligten Krankenkassen pandemiebedingt erweitert (§630a, BGB), um eine breitere Gruppe von Patient*innen ansprechen zu können. In der Folge konnten die Rekrutierungszahlen gesteigert werden.

3 Methodik

Das strukturierte Selbstmanagement Programm P-SUP wurde als multizentrische randomisierte kontrollierte Studie (RCT) mit einer Interventionsgruppe (IG) und einer Wartekontrollgruppe (KG) konzipiert. Die Randomisierung fand auf Patient*innenebene statt. Das Randomisierungsverfahren wurde durch den Evaluator durchgeführt. Die Struktur- und Prozessformate wurden in einem partizipativen Ansatz mit den Patient*innen entwickelt.

Der ursprüngliche geographische Raum der Interventionsdurchführung liegt im Versorgungsgebiet der Kassenärztlichen Versorgung Nordrhein (KV-No) und umfasste 5 Regionen (Aachen, Bonn, Köln, Düsseldorf, Essen und Bünde). Aufgrund der erschwerten Rekrutierungsbedingungen durch die COVID-Pandemie wurde mittels eines angrenzenden Ärztenetzwerks noch die im Gebiet der Kassenärztlichen Versorgung Westfalen-Lippe liegenden Region Bünde eingeschlossen.

Die Projektlaufzeit war vom 01.11.2019 bis zum 31.10.2023 geplant. Aufgrund geänderter Gegebenheiten infolge der COVID-19-Pandemie verlängerte sich die Projektlaufzeit bis zum 30.06.2024.

Die Studienpopulation bestand aus Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 und/oder KHK der jeweiligen Krankenkassen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

eingeschrieben waren und im Gebiet Nordrhein ihren Wohnsitz hatten, unter der Voraussetzung, dass sie die folgenden Einschlusskriterien (Tabelle 3) erfüllten:

Tabelle 3: Einschlusskriterien

in Behandlung bei einer der eingeschlossenen Hausarztpraxen,
mindestens 18 Jahre alt,
eingeschrieben in ein DMP für T2DM und/oder KHK,
Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen,

Ausgeschlossen wurden die folgenden Patient*innen (Tabelle 4)

Tabelle 4: Ausschlusskriterien

unzureichende Beherrschung der deutschen Sprache
schwere geistige oder körperliche Einschränkungen
schwere Komorbiditäten

Als Hauptzielkriterium wurde die Anzahl der Krankenhaustage im letzten Jahr des Interventionszeitraums festgelegt. Nebenzielkriterien wurden die selbstberichtete körperliche Gesundheit, das selbstberichtete Bewegungsverhalten; das selbstberichtete Ernährungsverhalten, die Selbstwirksamkeit bezüglich Bewegung, die Absicht bezüglich Bewegung, die Selbstwirksamkeit bezüglich Ernährung, die Absicht bezüglich Ernährung, die Selbstwirksamkeit bezüglich des Umgangs mit chronischen Krankheiten, sowie der Grad an Einsamkeit, Depression und Angespanntheit (Erhebung durch validierte Fragebögen, siehe Anlage 1 im Evaluationsbericht und Tabelle 5) festgelegt.

Als Basis für die gesundheitsökonomische Evaluation wurden die Leistungsdaten der Krankenkassen evaluiert.

Tabelle 5: Übersicht der Fragebögen

1) Lebensqualität: EuroQol Fragebogen mit 5 Dimensionen und 5 Abstufungen (EQ-5D-5L, siehe Herdman et al., 2011)
2) Bewegung: Modifizierte Form des Godin Leisure Time Exercise Questionnaire, (GLTEQ, siehe Godin & Shephard, 1985)
3) Ernährung: Selbstentwickeltes Fragemodul aus 9 Fragen
4) Selbstwirksamkeit bezüglich Bewegung: Eine selbstformulierte Frage
5) Absicht bezüglich Bewegung: Eine selbstformulierte Frage
6) Selbstwirksamkeit bezüglich Ernährung: Eine selbstformulierte Frage zur Selbstwirksamkeit bezüglich Ernährung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

7) Absicht bezüglich Ernährung: Eine selbstformulierte Frage zur Absicht bezüglich Ernährung
8) Selbstwirksamkeit bezüglich gesundheitsrelevanten Selbst-Managements: 4-Fragen-Kurzversion (Wild et al. 2018) der Perceived Medical Condition Self-Management Scale (PMCSMS, siehe Wallston et al., 20210)
9) Einsamkeit: 6-Fragen-Kurzversion (Wongpakaran et al., 2020) der Revised UCLA Loneliness Scale (RULS-6, siehe Russsell et al., 1980)
10) Depression: Die ersten beiden Fragen des Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4, siehe Löwe et al. 2010)
11) Angespanntheit: Die letzten beiden Fragen des Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4, siehe Löwe et al., 2010).

Alle genannten Beschreibungen von Verfahren zur Erhebung von Daten dienen der Beantwortung folgender Fragestellungen bzw. Arbeitshypothesen:

Primäre Fragestellung

Die primäre Fragestellung untersucht, ob sich die Interventionsgruppe von der Kontrollgruppe in der Anzahl der Krankenhaustage im letzten Jahr der Intervention unterscheidet.

Sekundäre Fragestellungen

Es gibt zwei sekundäre Fragestellungen. Die erste Fragestellung eruiert, ob die Intervention einen positiven Effekt auf die einzelnen sekundären Endpunkte hat. Die zweite Fragestellung analysiert, an welchen Stellen die Umsetzung der Intervention einen Optimierungsbedarf aufweist.

Im Rahmen der Gesamtevaluation des Projektes P-SUP wurden folgende Aspekte evaluiert:

1) Wirkt die Intervention (Wirksamkeitsevaluation)?
2) Ist die Intervention kosteneffektiv (Gesundheitsökonomische Evaluation)?
3) Hat die Intervention neben den in der Wirksamkeitsevaluation betrachteten Effekte eine Wirksamkeit auf andere Variablen (Explorative Evaluation)?
4) Wie wird die Intervention umgesetzt (formative Evaluation bzw. Prozessevaluation)?
   a. Wird die Intervention wie geplant implementiert?
   b. Welche Bedingungen fördern bzw. behindern die Implementation?
   c. Wird die Intervention wie geplant durchgeführt?
   d. Welche Bedingungen fördern bzw. behindern die Durchführung?
   e. Was sind die Wirkmechanismen der Intervention?

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zur Untersuchung der Wirksamkeit gibt es zwei Arbeitshypothesen:

1) Die Intervention senkt die Anzahl der Krankenhaustage.

2) Die Intervention hat eine positive Wirkung auf die sekundären Endpunkte.

Bezüglich der Untersuchungen zur Umsetzung der Intervention gibt es keine Arbeitshypothesen. Diese sind rein explorativ.

Bezüglich der Wirkmechanismen und Wirkung der Intervention gibt es eine Haupthypothese (HH) und drei Nebenhypothesen (NH):

HH: Versicherte in der Interventionsgruppe (IG) weisen 18 Monate nach Einschluss eine geringere Anzahl an Krankenhaustagen auf als Versicherte der Kontrollgruppe (KG).

NH1: Versicherte in der Interventionsgruppe (IG) haben 18 Monate nach Einschluss eine höhere Selbstwirksamkeit bezüglich des Selbstmanagements, höhere Absichten und subjektive Verhaltenskontrolle bezüglich Bewegung und gesunder Ernährung, geringere Einsamkeit, geringere Depressivität und geringere Ängstlichkeit als Versicherte der Kontrollgruppe (KG).

NH2: Versicherte in der Interventionsgruppe (IG) zeigen 18 Monate nach Einschluss ein höheres Maß an Bewegung und gesunder Ernährung als Versicherte der Kontrollgruppe (KG).

NH3: Versicherte der Interventionsgruppe (IG) haben 18 Monate nach Einschluss einen besseren selbstberichteten Gesundheitszustand als Versicherte der Kontrollgruppe (KG).

Die Rekrutierung wurde zweistufig durchgeführt. In einem ersten Schritt wurden die hausärztlichen Praxen gewonnen, die dann ihrerseits die Patient*innen rekrutierten. Die Praxen sollten aus dem Patient*innenkollektiv auch geeignete PSG-Leiter auswählen, die nach einer im Rahmen von P-SUP angebotenen Schulung die PSGs leiten sollten. Die Randomisierung der Teilnehmer*Innen ist bereits unter 2.3 beschrieben worden.

Das Projekt war in zwei Phasen unterteilt. P-SUP-1 beinhaltete die geplante 18-monatige Intervention der IG mit den Vergleichsdaten der (Warte-)KG. P-SUP-2 untersuchte die auf dem Boden der Rückmeldung durch die Prozessevaluation optimierte Intervention der (Warte)-KG über 9 Monate. P-SUP-2 wird nur im Rahmen der Prozess- und Implementierungsevaluation, nicht jedoch in der Wirksamkeitsanalyse oder der gesundheitsökonomischen Evaluation berücksichtigt.

Im Evaluationsbericht werden die Details der Durchführung dezidiert dargestellt. Die beiden nachfolgenden Tabellen stellen die Schritte und ihre zu erhebenden Variablen dar. In Tabelle 6 werden die Komponenten der summativen Evaluation aufgelistet.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 6: Übersicht zur summativen Evaluation

Variable	**Datenquelle**	**Messinstrument bzw. Erhebungsmethode**
Wirksamkeitsevaluation		
Hauptzielgröße		
Anzahl der Krankenhaustage	GKV-Routinedaten	• Bei den kooperierenden GKV: direkter Abruf • Ansonsten: Abruf über Patient*innenquittungen
Nebenzielgrößen		
1 Selbstberichteter körperlicher Gesundheitszustand	Eigene Erhebungen	1 EQ-5D-5L
2 Körperliche Bewegung		2 Bei allen: Selbstbericht über Modifizierte Version des GLTEC; Bei Teilmenge: Physikalische Bewegungsmessung mit Beschleunigungsmesser
3 Ernährung		3 Selbstentwickeltes Fragebogenmodul
4 Absicht, sich zu bewegen		4 Selbstformulierte Frage
5 Verhaltenskontrolle über Bewegung		5 Selbstformulierte Frage
6 Absicht, sich gesund zu ernähren		6 Selbstformulierte Frage
7 Verhaltenskontrolle über gesunde Ernährung		7 Selbstformulierte Frage
8 Selbstwirksamkeit bezüglich gesundheitsbezogenen Selbst-Management		8 Deutsche Adaptation der Perceived Medical Condition Self-Management Scale
9 Einsamkeit		9 Deutsche Adaptation der 6-Item-Kurzversion der Revised UCLA Loneliness Scale
10 Depression		10 Die ersten beiden Items des PHQ-4
11 Ängstlichkeit/ Angespanntheit		11 Die letzten beiden Items des PHQ-4
Gesundheitsökonomische Evaluation		
1 Anzahl der Krankenhaustage 2 Leistungsinanspruchnahme in den Hauptleistungsbereichen Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, ambulante und stationäre Leistungsinanspruchnahme, Arbeitsunfähigkeitstage (AU), Rehabilitations- und Pflegeleistungen	GKV-Routinedaten	• Bei Patient*innen, die bei kooperierenden Kassen versichert waren: direkter Abruf • Ansonsten: Abruf über Patient*innenquittungen
Explorative Evaluation		
1 Gesundheitskompetenz 2 Aktivierungsniveau 3 Patient*innenwissen	Eigene Erhebung	1 BHLS 2 PAM 3 Selbstentwickeltes Fragebogenmodul

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Klinische Outcomes Mortalität; Neuauftreten von kardiovaskulären Ereignissen (Herzinfarkt, Schlaganfall). Surrogat-Outcomes RR, HbA1c, BMI Daten der Prozessqualität Häufigkeit von Kontrolluntersuchungen (Überprüfen der Nierenfunktion, der Netzhaut, der Füße sowie Kontrolle auf Neuropathie-Symptome); Häufigkeit einer Schulungswahrnehmung (Diabetes-, Hypertonieschulung); Überweisung an spezialisierte Ärzte / Zentren bei auffälligem Fußstatus.	DMP-Routinedaten	Direkter Abruf beim ZI

In der nachfolgenden Tabelle 7 werden die Komponenten der formativen Evaluation aufgelistet.

Tabelle 7: Übersicht zur formativen Evaluation

Ausführende Institution	**Daten**
TRAc	Wahrnehmungen und Bewertungen der für die Teilnahme an der Intervention möglicherweise ausschlaggebenden Bedingungen. Wahrnehmungen und Bewertungen bezogen auf • PSG-Treffen • Telefon-Coaching • Internet-Plattform • Patient*innenrückmeldungen
AGS an der DSHS	• Gruppenkohäsion • Wahrgenommene Ähnlichkeit mit Gruppe • Beziehung zur PSG-Leitung • Stimmungslage/Motivationslage • Psychische Gesundheit • Bedingungsstile • Stadien der Verhaltensänderung
IGKE	• Ernährungsverhalten
Telefon-Coaches	• Teilnahme an den Beratungen • Stadien der Verhaltensänderung
PSG-Leiter*innen bzw. Vertreter*innen der PSGs	• Anwesenheit der PSG-Mitglieder
IGKE	• Teilnahme an der Intervention • Teilnahme an den Befragungen
IBB an der DSHS	• Auf individueller Ebene: Plattformnutzung • Auf Gruppenebene: Nutzung der verschiedenen Plattformteile

Die Erhebung der Krankenhaustage erfolgte einerseits über die Routinedaten der Krankenkassen und zum anderen über eine direkte Befragung der Untersuchungsteilnehmenden. Sofern die Teilnehmenden bei der BARMER oder AOK

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Rheinland-Hamburg versichert waren, stellten diese Krankenkassen die Daten direkt zur Verfügung, anderenfalls forderten die Teilnehmenden mit Unterstützung von Projektmitarbeitenden Patient*innenquittungen an. Im Rahmen der Befragung mittels Fragebögen wurde die Anzahl der Krankenhaustage im Jahr vor dem Interventionszeitraum durch eine eigenständige Befragung erfasst, die Frage nach der Anzahl im Jahr vor Ende des Interventionszeitraums wurde dagegen im Fragebogen zur Endbefragung eingefügt.

Der vereinigte Datensatz (AOK und BARMER) wurde in mehreren Schritten qualitätsgesichert. Alle Daten wurden Plausibilitätsprüfungen unterzogen. Diese umfasste die Prüfung auf negative Zeitfenster in den Daten zu Disease-Management-Programmen (DMP), Medikamentenverschreibungen, stationären und ambulanten Krankenhausfällen, sonstigen Leistungen und Pflegeleistungen. Zusätzlich wurden Datumsangaben in ein geeignetes Format konvertiert, um Fälle mit Inkonsistenzen zu identifizieren, bei denen das Enddatum vor dem Startdatum lag. Zudem wurde eine Überprüfung auf negative Kosten durchgeführt.

Auch wurden implausible Altersangaben (z. B. > 100 Jahre) und die Konsistenz der Geschlechtsangaben bei spezifischen Diagnosen (z. B. Vorkommen von Geburtsdiagnosen ausschließlich bei weiblichen Versicherten und korrekte Erfassung von Diagnosen, die nur einen Teil der Bevölkerung betreffen, wie Prostatadiagnosen bei Männern) geprüft.

Anschließend wurden die Krankenhausfälle extrahiert und analysiert. Dabei wurde die mittlere Anzahl der Krankenhaustage im letzten Jahr des Interventionszeitraums für die Interventionsgruppe berechnet. Zur Signifikanzbestimmung des Unterschieds zwischen Interventions- und Kontrollgruppe wurde eine Testung der Negativen Binomial-Regression Typ 2 durchgeführt.

Die Intervention beinhaltete PSGs mit folgenden Inhalten: Begleitung durch PSG-Leiter*innen, durch Sporttherapeut*innen begleitete Bewegungseinheiten von Expert*innen (qualifizierte Fachgruppen, medizinisches Fachpersonal und Ärzt*innen für die Inhalte zu den Krankheiten) gestaltete Theorieeinheiten zu biomedizinischen und psychosozialen Themen. Zur Förderung der Selbstständigkeit der Gruppen wurden die zeitlichen Intervalle der sporttherapeutischen Betreuung im Verlauf größer. Teilnehmenden mit niedriger Gesundheitskompetenz und / oder niedrigem Aktivierungsgrad wurde zusätzlich ein Telefon-Coaching durch speziell ausgebildete Coaches angeboten. Auf einer Online-Plattform waren Videos der Bewegungseinheiten zum ort- und zeitunabhängigen Anschauen vorhanden, evidenzbasierte und laienverständliche Informationen zu den Erkrankungen sowie Rezeptideen.

Alle Corona-bedingten methodische Anpassungen sind bereits unter Punkt 2.3 ausgeführt.

4 Projektergebnisse

Aufgrund der Vielzahl an Prozessen, Strukturen und Auswertungen im Rahmen dieser komplexen Intervention werden hier nur die zentralen Ergebnisse dargestellt. Alle weiteren und ausführlicheren Beschreibungen sind dem Evaluationsbericht zu entnehmen.

Insgesamt erfolgte die Rekrutierung von 1227 Personen, von denen 222 ausgeschlossen wurden. 202 Personen sendeten den Fragebogen nicht zurück. Bei sieben Personen kam es

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

zur Beendigung der Teilnahme aufgrund pandemiebedingter organisatorischer Schwierigkeiten. Bei neun Personen blieb die DMP-Zugehörigkeit unklar.

Damit wurden 1005 Teilnehmende randomisiert. Davon wurden 462 Teilnehmer*innen der IG und 543 Teilnehmer*innen der KG zugeteilt.

Bei drei Personen aus der KG wurde die Randomisierung gebrochen, zweien wurde versehentlich die Teilnahme an einer PSG angeboten, die dritte Person hat sich selbstständig zur PSG-Teilnahme entschieden. Bei vier Personen stimmten die Versendungstermine für die Hauptbefragung nicht mit den Terminen für den Interventionsbeginn überein. Vor Ende des Interventionszeitraums verstarben vier Personen der IG und drei Personen der KG (siehe Tabelle 8). Es bestand kein signifikanter Unterschied der Mortalität zwischen den Gruppen in dem Zeitraum, in dem die Intervention in der Interventionsgruppe durchgeführt worden ist.

Die endgültige Prüfstichprobe besteht damit aus 995 Personen (IG 458, KG 537, siehe Abbildung 5; Ebene Auswertung).

Die Abschlusserhebung umfasste 287 Teilnehmende in der IG und 186 in der KG. Um eine valide Auswertungsbasis zu haben, wurden fehlende Werte in der Enderhebung durch Mehrfachimputation ermittelt. Damit können in der IG 458 Teilnehmer*innen und in der KG 537 Teilnehmer*innen ausgewertet werden.

Tabelle 8: Mortalität in der vorläufigen Prüfstichprobe

	Überlebende (= Prüfstichprobe)	**Verstorbene**	**Gesamt**
Intervention	458 (99,1 %)	4 (0,9 %)	462 (100 %)
Kontrolle	537 (99,4 %)	3 (0,6 %)	540 (100 %)
Gesamt	995 (99,3 %)	7 (0,7 %)	1002 (100 %)

Zwischen Interventions- und Kontrollgruppe gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich Alter, Geschlecht, Bildung und DMP-Zugehörigkeit. Das durchschnittliche Alter bei Eingang des Eingangsfragebogens lag bei 65,2 Jahren. Das Geschlechterverhältnis war ausgewogen.

Aus der Abbildung 2 lässt sich der Ablauf und die Details zum jeweiligen Zeitpunkt der Studie in Bezug auf Teilnehmer*innen ablesen.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

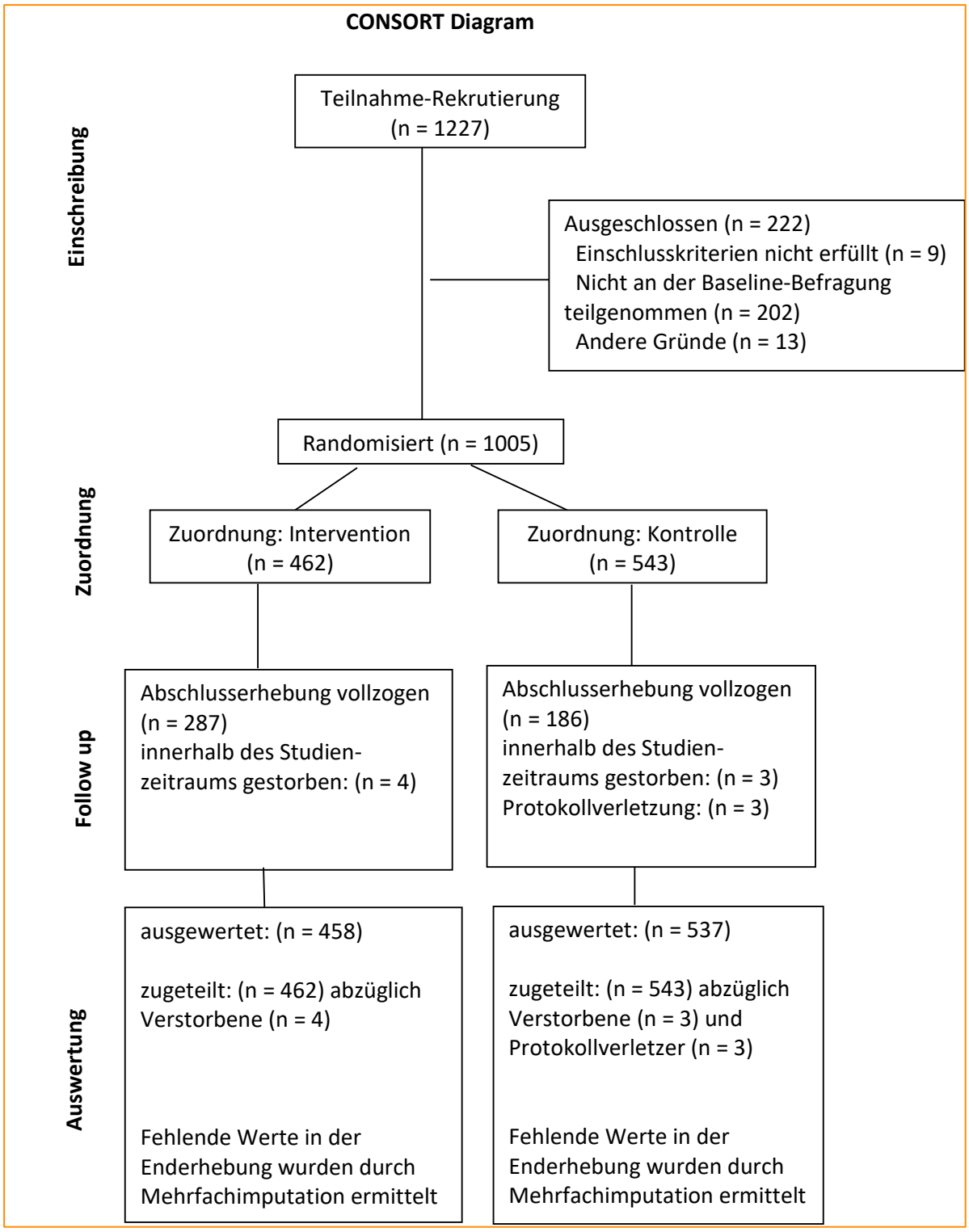


Abbildung 2: CONSORT Diagramm von P-SUP

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Rückzugquote lag in der IG während des Interventionszeitraums bei mehr als 25 % und war deutlich höher als in der KG (siehe Tabelle 9). Im Nachbetrachtungszeitraum lag der Anteil bei mehr als einem Drittel mit einem deutlich höheren Anteil in der KG (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Rückzug aus der Studie

Zeitraum	Intervention	Kontrolle (a)	Gesamt (a)	p-Wert (b)
Interventionszeitraum für die Interventionsgruppe	44,3 % (203/458)	13,8 % (74/537)	27,7 % (276/995)	<0,05
Nachbeobachtungszeitraum	7,1 % (15/255)	51,8 % (240/463)	35,9 % (258/718)	<0,05

(a) Prozent der Rückzüge (Anzahl der Rückzüge / Größe der Bezugsgruppe)
(b) Unterschied zwischen Intervention und Kontrolle mittels exaktem Test nach Fisher.

Sowohl bei der Analyse der vollständigen Datensätze als auch der durch multiple Imputation vervollständigten Daten besteht beim Aggregatwert ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der Intervention. Auch die deskriptiven Werte für alle einzelnen Endpunkte fallen zugunsten der Intervention aus. Bei der Analyse der vollständigen Datensätze bestehen statistisch signifikante Effekte bei der körperlichen Gesundheit, der Ernährung, der Selbstwirksamkeit bezüglich der Bewegung, der Abwesenheit von Einsamkeit und der Abwesenheit von Depression. Bei der Analyse der durch multiple Imputation vervollständigten Datensätze zeigen sich dagegen signifikante Effekte bei der Selbstwirksamkeit bezüglich des Selbstmanagements bei chronischen Krankheiten, der Abwesenheit von Einsamkeit und der Abwesenheit von Angespanntheit (siehe Tabellen 10 und 11).

Tabelle 10: Bedingungsunterschiede bei vollständigen Daten

Variablen (a)	Koeffizient	Standardfehler	p-Wert (b)
Index körperlicher Gesundheit	0,0320	0,0149	<0,05
Bewegung	0,5088	0,8966	0,571
Ernährung	0,0581	0,0153	<0,001
Selbstwirksamkeit	0,0475	0,0220	<0,05
Absicht, Bewegung	0,0354	0,0232	0,128
Selbstwirksamkeit, Ernährung	0,0223	0,0177	0,208
Absicht, Ernährung	0,0257	0,0166	0,123
Selbstwirksamkeit, Selbstmanagement	0,0311	0,0170	0,067
Abwesenheit vom Einsamkeit	0,0314	0,0152	<0,05
Abwesenheit von Depression	0,0385	0,0161	<0,05
Abwesenheit von Angespanntheit	0,0263	0,0157	0,094
Aggregatwert	0,3900	0,0898	<0,001

(a) Der Index körperlicher Gesundheit ist auf 1 für vollständige Gesundheit und 0 für Tod normiert. Bewegung wird in Stunden mäßiger oder anstrengender Bewegung pro Woche erfasst. Der Aggregatwert ist auf den Mittelwert und die Standardabweichung normiert. Alle anderen Variablen sind mit 0 für das untere und 1 für das obere Skalenende normiert.
(b) Zweiseitiger t-Test (t = Koeffizient/Standardfehler).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 11: Bedingungsunterschiede nach Imputationsvervollständigung

Variablen (a)	Koeffizient	Standardfehler	p-Wert (b)
Index körperlicher Gesundheit	0,0106	0,0258	0,682
Bewegung	0,6287	1,4991	0,677
Ernährung	0,0102	0,2444	0,679
Selbstwirksamkeit, Bewegung	0,0303	0,0457	0,511
Absicht, Bewegung	0,0166	0,0414	0,690
Selbstwirksamkeit, Ernährung	0,0303	0,0251	0,646
Absicht, Ernährung	0,0186	0,0320	0,563
Selbstwirksamkeit, Selbstmanagement	0,0815	0,0276	<0,01
Abwesenheit von Einsamkeit	0,0764	0,0270	<0,01
Abwesenheit von Depression	0,0552	0,0297	0,070
Abwesenheit von Angespanntheit	0,0856	0,0201	<0,01
Aggregatwert	0,3413	0,0798	<0,001

(a) Der Index körperlicher Gesundheit ist auf 1 für vollständige Gesundheit und 0 für Tod normiert. Bewegung wird in Stunden mäßiger oder anstrengender Bewegung pro Woche erfasst. Der Aggregatwert ist auf den Mittelwert und die Standardabweichung normiert. Alle anderen Variablen sind mit 0 für das untere und 1 für das obere Skalenende normiert.
(b) Zweiseitiger t-Test (t = Koeffizient/Standardfehler). Die Freiheitsgrade sind gemäß den Regeln der multiplen Imputation geschätzt.

Für die Auswertung des vereinten AOK- und BARMER-Datensatzes ist von den vier verschiedenen Regressionsverfahren, die hier vergleichend geprüft wurden, die Negative Binomial-Regression am geeignetsten.

Rein deskriptiv haben die Mitglieder der Interventionsgruppe bei den zusammengefassten Daten im letzten Jahr des Interventionszeitraums 0,29 Tage mehr im Krankenhaus verbracht als die Mitglieder der Kontrollgruppe. Nach Bereinigung der Unterschiede der Anzahl der Krankenhaustage im letzten Jahr vor dem Interventionszeitraum für die IG, der Region und der Krankenkasse ist dieser Unterschied aber statistisch nicht signifikant (siehe Tabelle 12).

Sofern die Teilnehmenden nicht bei den am Projekt beteiligten Krankenkassen versichert waren, forderten sie ihre Patient*innenquittungen bei ihren jeweiligen Kassen an. Die Anzahl der Krankenhaustage, die anhand der Patient*innenquittungen erhoben wurden, sind signifikant niedriger als die auf Basis der Routinedaten. Auch die Selbstberichte, die als Back-up-Lösung für die Patient*innenquittungen (unsichere Schätzung der Rücklaufquote) dienen sollten, weisen niedrigere Werte aus. Aufgrund der Erfahrungen mit der unsicheren Validität der Selbstberichte und der Heterogenität der Patient*innenquittungen, die vielfach keine Trennung zwischen ambulanten oder stationären Leistungen im Krankenhaus zulassen, wurden die Routinedaten der beteiligten Krankenkassen als alleinige Datenbasis für die Berechnung des primären Endpunktes herangezogen. Aufgrund der durch die Covid-19-Pandemie bedingten Unsicherheiten in der Codierung ist auch bei der Auswertung der Routinedaten von nicht unerheblichen Verzerrungen auszugehen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 12: Datenbasis bezüglich der Krankenhaustage von beteiligten Krankenkassen

Quelle	Intervention (a)	Kontrolle (a)	Gesamt (a)	p-Wert (b)
AOK	111/117 (94,9 %)	143/146 (97,9 %)	254/263 (96,6 %)	0,192
BARMER außer Bünde	102/105 (98,1 %)	129/137 (94,2 %)	232/242 (95,9 %)	0,194
AOK oder BARMER außer Bünde	214/222 (96,4 %)	272/283 (96,1 %)	486/505 (96,2 %)	1,000
Patientenquittungen	38/226 (16,8 %)	62/248 (25,0 %)	100/474 (21,8 %)	<0,05
Selbstbericht: vorher	215/458 (46,9 %)	415/537 (77,3 %)	630/995 (63,3 %)	<0,001
Selbstbericht: nachher	149/458 (32,5 %)	290/537 (54,0 %)	439/995 (44,1 %)	<0,001
Selbstbericht: vorher und nachher	141/458 (30,8 %)	277/537 (51,6 %)	418/995 (42,0 %)	<0,001

(a) Mittlere Anzahl der Krankenhaustage im letzten Jahr des Interventionszeitraums für die Interventionsgruppe (die dazugehörenden Standardabweichungen); Anzahl der Personen.
(b) Unterschied zwischen Intervention und Kontrolle; Test über die Negative Binomial-Regression Typ 2 bereinigt bezüglich der Unterschiede bei der Anzahl der Krankenhaustage im letzten Jahr vor dem Interventionszeitraum für die Interventionsgruppe und der Region.
(c) Unterschied zwischen Intervention und Kontrolle; Test über die Negative Binomial-Regression Typ 2 bereinigt bezüglich der Unterschiede bei der Anzahl der Krankenhaustage im letzten Jahr vor dem Interventionszeitraum für die Interventionsgruppe, der Region und der Krankenkasse.

In der IG haben 272, in der KG 230 Personen an der Befragung zur Implementationsevaluation teilgenommen. Bei drei Personen aus der IG fehlten die Kennziffern auf den Fragebögen, sodass die Daten für die Analysen zum Zusammenhang zwischen den Antworten bei der Implementationsevaluation und den Besuchen der Gruppensitzungen sowie den Rückzügen aus dem Projekt nicht verwendet werden.

Der Großteil der Befragten hat sich bei der Beantwortung der Gabelfragen an die Vorgaben gehalten (siehe Tabelle 13). Zwischen den beiden Gruppen gibt es diesbezüglich keinen signifikanten Unterschied (siehe Tabelle 13).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 13: Beobachtung der Vorgaben der Gabelfragen

Frage	Intervention (a)	Kontrolle (a)	p-Wert (b)
Ist Ihnen schon ein Gruppentreffen vorgeschlagen worden?	86,8 % (236/272)	91,7 % (211/230)	0,050
Haben Sie schon an einem Gruppentreffen teilgenommen?	93,4 % (254/272)	92,6 % (213/230)	0,434

(a) Prozent der Personen, die Vorgaben beachtet haben (Anzahl der Personen, die Vorgaben beachtet haben / Anzahl der Personen, an die die Frage gerichtet war).
(b) Exakter Test nach Fisher.

Die Mehrheit der befragten Personen hat zum Zeitpunkt der Befragung bereits ein Gruppentreffen vorgeschlagen bekommen und auch schon an einem solchen Treffen teilgenommen. In der Kontrollgruppe sind die Anteile rein deskriptiv höher als in der Interventionsgruppe, bei der Frage nach der Teilnahme ist der Unterschied statistisch signifikant (Tabelle 14).

Tabelle 14: Teilnehmer der Implementationsanalyse

Untergruppen	Intervention	Kontrolle	p-Wert (a)
Alle (absolute Häufigkeit)	272	230	
Personen, denen ein PSG-Treffen vorgeschlagen worden ist - Absolute Häufigkeit Prozent bezogen auf alle Teilnehmer	 250 91,9 %	 219 95,2 %	 0,094
Personen, die an einem PSG-Treffen teilgenommen haben - Absolute Häufigkeit Prozent bezogen auf Teilnehmer, denen ein PSG-Treffen vorgeschlagen worden ist	 186 74,4 %	 181 82,6 %	 <0,05
Prozent bezogen auf alle Teilnehmer der IG bzw. der KG	68,4 %	78,7 %	<0,01

(a) Unterschied zwischen Intervention und Kontrolle; exakter Test nach Fisher.

Bei der Beantwortung der zehn Fragen zu den Rahmenbedingungen des P-SUP Programms (siehe Tabelle 15) fehlen in der IG insgesamt 7,7 % der Werte, in der KG 5,9 %. Zwischen den Fragen variieren die Prozentzahlen fehlender Werte in der Interventionsgruppe von 3,8 % für die beiden letzten Fragen bis zu 11,2 % für die Frage nach der Erreichbarkeit des Orts des Gruppentreffens. In der Kontrollgruppe variieren diese Zahlen von 2,8 % für die vorletzte Frage und 7,8 % für die Fragen nach der Erreichbarkeit des Orts des Gruppentreffens und der Verwendung eines Kraftfahrzeugs. Für alle 10 Fragen zeigen sich eher positive Antworten. Mit Ausnahme der Frage zum Erhalt telefonischer oder schriftlicher Anfragen durch das Programm sind die Antworten in beiden Studiengruppen vergleichbar (siehe Tabelle 15).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 15: Angaben zu den Ausgangsbedingungen bei Implementation der Intervention

Frage	Intervention (a)	Kontrolle (a)	p-Wert (b)
Alle Untersuchungsteilnehmende			
Ich glaube, dass mir das Programm „P-SUP“ sehr viel bringen würde.	0,68 (0,28); 251	0,63 (0,29); 218	0,062
Ich glaube, dass mich das Programm „P-SUP“ sehr viel Aufwand kosten würde.	0,41 (0,31); 256	0,40 (0,30); 216	0,744
Aufgrund einiger Veränderungen in meinem Leben ist es für mich schwerer geworden, an dem Programm „P-SUP“ teilzunehmen.	0,33 (0,38); 252	0,37 (0,38); 218	0,370
Ich habe im Zusammenhang mit dem Programm „P-SUP“ schriftlich oder telefonisch zu viele Anfragen bekommen.	0,17 (0,27); 248	0,28 (0,32); 215	<0,001
Nur Untersuchungsteilnehmende, denen ein Gruppentreffen vorgeschlagen worden ist			
Mir ist sehr schnell ein Gruppentreffen vorgeschlagen worden.	0,73 (0,32); 229	0,72 (0,33); 205	0,931
Die Termine der Gruppentreffen sind für mich sehr günstig.	0,66 (0,36); 229	0,60 (0,39); 205	0,073
Der Ort für die Gruppentreffen ist für mich sehr leicht zu erreichen.	0,72 (0,33); 222	0,69 (0,34); 202	0,377
Können Sie für den Besuch der Gruppentreffen ein Kraftfahrzeug verwenden?	73,5 %(166/226)	72,8 %(147/202)	0,480
Nur Untersuchungsteilnehmende, die an einem Gruppentreffen teilgenommen haben			
Die anderen Personen beim ersten Gruppentreffen waren mir sehr sympathisch.	0,74 (0,25); 179	0,76 (0,25); 176	0,528
Das, was bei dem ersten Gruppentreffen gemacht worden ist, hat mir sehr gut gefallen.	0,73 (0,29); 179	0,71 (0,30); 173	0,400

(a) Mittelwert (Standardabweichung); Anzahl aller Antworten. Ausnahme: Frage zur Verwendung eines Kraftfahrzeugs: Prozent Ja-Antworten (Anzahl der Ja-Antworten/Anzahl aller Antworten

(b) -Test für unabhängige Stichproben. Ausnahme: Frage zur Verwendung eines Kraftfahrzeugs: exakter Test nach Fisher.

Die verschiedenen Komponenten der Intervention sind zum Zeitpunkt beider Prozessevaluationen unterschiedlich in Anspruch genommen worden. Der Großteil der Patient*innen hat zu diesem Zeitpunkt mindestens einmal ein Gruppentreffen besucht, jedoch hat nur ein kleiner Teil einen Feedback-Bericht erhalten (siehe Tabelle 16).

In der KG zeigte sich eine statistisch signifikant höhere Teilnahmequote am Telefon-Coaching (siehe Tabelle 16), allerdings wurde das Telefon-Coaching in der IG nur einer Auswahl und in der KG allen Personen angeboten.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 16: Erfahrungen mit den verschiedenen Komponenten der Intervention

Komponente	Intervention (a)	Kontrolle (a)	p-Wert (b)
An Gruppentreffen teilgenommen	93,8 % (181)	90,0 % (126)	0,220
Feedback-Bericht erhalten	22,3 % (43)	27,1 % (38)	0,365
Mindestens einmal das Web-Portal genutzt	55,4 % (107)	58,6 % (82)	0,578
Am Web-Portal-Coaching teilgenommen	30,1 % (58)	24,3 % (34)	0,266
Telefon-Coaching vorgeschlagen bekommen	30,1 % (58)	---	---
Am Telefon-Coaching teilgenommen	22,8 % (44)	42,9 % (60)	<0,001

(a) Prozent der Teilnehmer an der Prozessevaluation (absolute Häufigkeit). Insgesamt 193 Befragungsteilnehmende in der Interventions- und 140 in der Kontrollgruppe.
(b) Exakter Test nach Fisher.

Die Gruppensitzungen wurden von beiden Gruppen vergleichbar häufig wahrgenommen und positiv beurteilt. Positiv formulierten Aussagen wurde weitgehend zugestimmt, während den negativ formulierten Aussagen weitgehend nicht zugestimmt wurde. Bei den Aussagen, die auf die Eigeninitiative der Untersuchungsteilnehmenden abzielten („Die Gruppentreffen mit Bewegung haben mich dazu gebracht, mich außerhalb der Gruppentreffen mehr zu bewegen." und „Die Expertenvorträge haben mich dazu gebracht, den Umgang mit meinen chronischen Erkrankungen zu ändern."), waren die Reaktionen eher negativ konnotiert. Auch die Zustimmungswerte zu der Aussage „Die Bewegungstreffen ohne Sporttherapeuten haben immer gut geklappt." sind eher mäßig (siehe Tabelle 30).

Signifikante Unterschiede bestanden in der Beurteilung der Technik bei den digitalen Treffen, welche in der KG negativer bewertet wurden und der gestellten Anforderungen, die von der KG häufiger als zu hoch beurteilt wurden (siehe Tabelle 30).

Tabelle 17: Angaben zu Gruppensitzungen

Frage	Intervention (a)	Kontrolle (a)	p-Wert(b)
Einzelne Aspekte der Gruppentreffen (c)			
Ich war immer ausreichend darüber informiert, wann die Gruppentreffen stattfinden.	0,91 (0,21); 180	0,89 (0,23); 125	0,330
Die Termine für die Gruppentreffen haben mir immer gut gepasst.	0,74 (0,29); 180	0,68 (0,32); 125	0,091
Bei den digitalen Treffen hat technisch alles fehlerfrei geklappt.	0,70 (0,35); 176	0,60 (0,35); 118	<0,05
Ich war immer ausreichend darüber informiert, wo die Gruppentreffen mit direkter Begegnung stattfinden.	0,87 (0,26); 170	0,88 (0,22); 121	0,577
Die Orte, an denen die Gruppentreffen mit direkter Begegnung stattgefunden haben, konnte ich immer gut erreichen.	0,86 (0,27); 169	0,85 (0,26); 120	0,925
Die Orte, an denen die Gruppentreffen im Freien stattgefunden haben, waren für diese Treffen sehr geeignet.	0,79 (0,31); 142	0,76 (0,29); 105	0,412

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Bei Gruppentreffen in geschlossenen Räumen waren die Räumlichkeiten immer sehr geeignet.	0,80 (0,30); 160	0,79 (0,28); 120	0,665
Ich wusste immer, an wen ich mich mit Fragen zur Gruppe wenden konnte.	0,83 (0,27); 175	0,86 (0,26); 123	0,376
Mit den anderen Gruppenmitgliedern bin ich bisher sehr gut zurechtgekommen.	0,88 (0,23); 179	0,88 (0,21); 123	0,951
Die Anforderungen bei den Bewegungsübungen waren für mich viel zu hoch.	0,15 (0,24); 177	0,22 (0,30); 120	p<0,05
Die Anforderungen bei den Bewegungsübungen waren für mich viel zu niedrig.	0,42 (0,36); 175	0,40 (0,35); 120	0,563
Die Bewegungstreffen mit Sporttherapeut*innen haben uns gut auf die Bewegungstreffen ohne Sporttherapeuten vorbereitet.	0,74 (0,30); 176	0,75 (0,27); 119	0,767
Die Bewegungstreffen ohne Sporttherapeut*innen haben immer gut geklappt.	0,68 (0,31); 175	0,65 (0,33); 120	0,522
Die Gruppentreffen mit Bewegung haben mich dazu gebracht, mich außerhalb der Gruppentreffen mehr zu bewegen.	0,57 (0,30); 177	0,54 (0,33); 122	0,349
Das Niveau der Expert*innenvorträge war für mich viel zu hoch.	0,15 (0,22); 169	0,19 (0,26); 117	0,228
Das Niveau der Expert*innenvorträge war für mich viel zu niedrig.	0,34 (0,32); 167	0,33 (0,32); 113	0,974
Die Expert*innenvorträge haben mich dazu gebracht, den Umgang mit meinen chronischen Erkrankungen zu ändern.	0,51 (0,28); 167	0,51 (0,31); 118	0,885
Gesamtzufriedenheit (d)			
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den Gruppentreffen?	0,84 (1,08); 177	0,69 (0,92); 124	0,202

(a) Mittelwert (Standardabweichung); Anzahl aller Antworten
(b) t-Test für unabhängige Stichproben.
(c) Zustimmungen mit 0 für „Stimme überhaupt nicht zu“ und 1 für „Stimme voll und ganz zu“ kodiert.
(d) Zufriedenheit mit -2 für „Äußerst unzufrieden“ und 2 für „Äußerst zufrieden“ kodiert.

Die Personen, die Feedback-Berichte erhalten haben, haben diese gleichermaßen in IG und KG überwiegend positiv beurteilt (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Angaben zu den Feedback-Berichten

Frage	**Intervention (a)**	**Kontrolle (a)**	**p-Wert (b)**
Einzelne Aspekte der Feedback-Berichte (c)			
Der Bericht war verständlich.	0,81 (0,24); 43	0,90 (0,23); 36	0,098
Der Bericht hat mir weitergeholfen.	0,66 (0,29); 42	0,73 (0,32); 34	0,340
Gesamtzufriedenheit (d)			
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Bericht?	0,72 (1,01); 43	0,92 (0,81); 36	0,341

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

(a) Mittelwert (Standardabweichung); Anzahl aller Antworten
(b) t-Test für unabhängige Stichproben.
(c) Zustimmungen mit 0 für „Stimme überhaupt nicht zu“ und 1 für „Stimme voll und ganz zu“ kodiert.
(d) Zufriedenheit mit -2 für „Äußerst unzufrieden“ und 2 für „Äußerst zufrieden“ kodiert.

Die Komponenten des Web-Portals wurden weitestgehend im ähnlichen Ausmaß genutzt, die Trainingsvideos am häufigsten, die Texte zur Motivation am seltensten. (siehe Tabelle 19). Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht bezüglich der Nutzungsmuster.

Tabelle 19: Inanspruchnahme der verschiedenen Komponenten des Web-Portals

Komponente	Nichts (a, b)	Einiges (a, b)	Sehr viel (a, b)	Alles (a, b)	n (b)
Intervention					
Trainingsvideos	9,9 % (10)	36,6 % (37)	28,7 % (29)	24,8 % (25)	101
Texte zu Bewegung	14,4 % (13)	46,7 % (42)	31,1 % (28)	7,8 % (7)	90
Texte zu Ernährung	8,1 % (8)	46,5 % (46)	34,3 % (34)	11,1 % (11)	99
Rezepte	20,4 % (20)	40,8 % (40)	27,6 % (27)	11,2 % (11)	98
Texte zu Motivation	22,3 % (21)	41,5 % (39)	24,5 % (23)	11,7 % (11)	94
Kontrolle					
Trainingsvideos	6,8 % (5)	44,6 % (33)	23,0 % (17)	25,7 % (19)	74
Texte zu Bewegung	11,0 % (8)	41,1 % (30)	23,3 % (17)	24,7 % (18)	73
Texte zu Ernährung	9,6 % (7)	32,9 % (24)	34,2 % (25)	23,3 % (17)	73
Rezepte	23,0 % (17)	33,8 % (25)	29,7 % (22)	13,5 % (10)	74
Texte zu Motivation	20,3 % (15)	41,9 % (31)	23,0 % (17)	14,9 % (11)	74

(a) Prozent der Teilnehmenden an der Prozessevaluation (Absolute Häufigkeit). (b) Anzahl der Antworten zu dieser Frage

Die Beurteilung des Web-Portals ist ebenfalls sowohl in IG als auch in KG weitgehend positiv (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Angaben zum Web-Portal

Frage	Intervention (a)	Kontrolle (a)	p-Wert (b)
Merkmale des Web-Portals (c)			
Das Web-Portal ist sehr übersichtlich.	0,78 (0,23); 104	0,82 (0,19); 76	0,216
Das Web-Portal hat immer gut funktioniert.	0,81 (0,25); 102	0,84 (0,18); 75	0,338
Das Web-Portal hat mich sehr angesprochen.	0,72 (0,24); 101	0,73 (0,24); 75	0,817
Die Inhalte des Web-Portals waren für mich sehr hilfreich.	0,70 (0,26); 101	0,75 (0,23); 74	0,185
Zufriedenheit (d)			
Wie zufrieden sind Sie mit dem 12-Wochen-Coaching?	0,67 (1.015); 58	0,85 (0,834); 33	0,187
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Web-Portal?	0,83 (0,79); 88	0,90 (0,72); 61	0,566

(a) Mittelwert (Standardabweichung); Anzahl aller Antworten
(b) t-Test für unabhängige Stichproben.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

(c) Zustimmungen mit 0 für „Stimme überhaupt nicht zu“ und 1 für „Stimme voll und ganz zu“ kodiert.
(d) Zufriedenheit mit -2 für „Äußerst unzufrieden“ und 2 für „Äußerst zufrieden“ kodiert.

Auch das telefonbasierte Gesundheits-Coaching wird weitgehend positiv bewertet, jedoch ist die KG statistisch relevant weniger zufrieden (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Telefonbasiertes Gesundheits-Coaching

Frage	Intervention (a)	Kontrolle (a)	p-Wert (b)
Gedanken bei Angebot der Gesundheitsberatung (c)			
Dieses Telefoncoaching würde mir sehr viel helfen.	0,68 (0,28); 53	---	---
Dieses Telefoncoaching würde mich sehr viel Aufwand kosten.	0,28 (0,33); 53	---	---
Merkmale der Gesundheitsberatung			
Wie finden Sie die Dauer der Telefongespräche? (d)	0,00 (0,32); 41	0,09 (0,51); 57	0,297
Wie finden Sie die Anzahl der Telefongespräche? (e)	0,02 (0,35); 41	-0,02 (0,62); 56	0,671
Zufriedenheit (f)			
Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation der Termine der Telefongespräche?	1,38 (0,73); 42	1,30 (0,81); 56	0,621
Wie zufrieden sind Sie mit den Inhalten der Telefongespräche?	1,44 (0,81); 41	1,16 (0,80); 56	0,097
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Telefoncoaching?	1,57 (0,63); 42	1,16 (0,87); 56	<0,01

(a) Mittelwert (Standardabweichung); Anzahl aller Antworten
(b) t-Test für unabhängige Stichproben.
(c) Zustimmungen mit 0 für „Stimme überhaupt nicht zu“ und 1 für „Stimme voll und ganz zu“ kodiert.
(d) „Viel zu kurz“ mit -2 und „viel zu lang“ mit 2 kodiert.
(e) „Viel zu wenig“ mit -2 und „Viel zu viel“ mit 2 kodiert.
(f) Zufriedenheit mit -2 für „Äußerst unzufrieden“ und 2 für „Äußerst zufrieden".

Die Baseline-Analyse zur Vergleichbarkeit zwischen der IG und der KG vor Beginn der Interventionszeit ergab ein Durchschnittsalter von 65 Jahren, einen Anteil weiblicher Patientinnen von 59 %, einen durchschnittliche CCI von 1,49 sowie einen Patient*innenanteil von 89 % im DMP T2DM und 34 % im DMP KHK. Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (Tabelle 22).

Tabelle 22: Charakteristika der Studienpopulation zur Baseline, nach Studiengruppe

Kategorie	Gesamt N = 477	KG N = 282	IG N = 225	p-Wert
Alter in Jahren, MW (SA)	65,02 (10,29)	65,43 (10,21)	64,51 (10,40)	0,46
Weiblich, N (%)	282 (59,12)	162 (57,45)	120 (53,33)	0,37

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Charlson Comorbidity Index (CCI), MW (SA)	1,49 (1,47)	1,5 (1,44)	1,48 (1,52)	0,74
Teilnahme am DMP T2DM, N (%)	426 (89,31)	239 (86,59)	187 (84,61)	0,61
Teilnahme am DMP KHK, N (%)	166 (34,81)	91 (32,97)	75 (33,93)	0,85

MW = Mittelwert, SA = Standardabweichung

Die Summe der Krankenhaustage betrug 2,08 Tage in der KG und 2,56 Tage in der IG. Die durchschnittlichen Gesamtkosten zur Baseline (über die letzten zwölf Monate vor Studienstart) lag bei 5.502 € für die KG und 6.023 € für die IG. Bezüglich der Durchschnittskosten einzelner Leistungsbereiche konnten zur Baseline keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG festgestellt werden (Tabelle 23).

Tabelle 23: Krankenhaustage und Durchschnittskosten zur Baseline

Kategorie	Gesamt MW (SA)	KG MW (SA)	IG MW (SA)	Differenz	p-Wert*	95 %-KI**
Summe der vollstationären Krankenhaustage	2,29 (7,65)	2,08 (6,12)	2,56 (9,24)	-0,48	0,51	(-1,9744, 0,8597)
Gesamtkosten	5.733,59 (7.163,65)	5.502,2 (6.302,38)	6.023,62 (8.120,62)	-521,42	0,62	(-1.810,6, 751,7)
Stationäre Krankenhauskosten	1.651,76 (4.951,39)	1.389,3 (3.464,74)	1.980,73 (6.334,52)	-591,44	0,39	(-1.503,9, 266,1)
Ambulante Kosten	1.334,76 (979,24)	1.309,32 (911,84)	1.366,66 (1.058,91)	-57,35	0,93	(-240,58, 119,03)
Arzneimittelkosten	1.460,83 (2.207,79)	1.544,92 (2.700,48)	1.355,44 (1.357,37)	189,48	0,90	(-175,4, 565,9)
Kosten von sonstigen Leistungen	849,38 (1.297,70)	787,58 (1.182,03)	926,84 (1.428,49)	-139,26	0,34	(-358,1, 82,4)
Krankengeldkosten	355,99 (2.683,05)	402,19 (2.695,25)	298,10 (2.672,57)	104,10	0,14	(-442,3, 520,7)
Stationäre Rehabilitationskosten	80,85 (489,25)	68,89 (438,08)	95,85 (547,33)	-26,96	0,48	(-121,72, 58,31)

MW = Mittelwert, LCOF = Last carried observation forward, SA = Standardabweichung.
*mittels Mann-Whitney-U-Test ermittelt. **per Bootstrapping ermittelt, 1.000 Stichproben.

Die Kosten für die Implementierung und Durchführung der Intervention unter Projektbedingungen betrugen 391,60 € pro Versicherten bzw. 21,75 € monatlich. Die höchsten Kosten verursachten die Honorare der Telefoncoaches, der Sporttherapeut*innen in Präsenz und der Expert*innen sowie die Raummiete für Gruppentreffen (Tabelle 24)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 24: Kosten der Intervention

Kategorie	Kosten-bezeichnung	Stück-kosten	Menge	Summe In Euro (€)	Formelerklärung
Sachkosten PSG-Treffen	PSG-Leiter*innen	10	1248	12.480,00	Stückkosten (Aufwandsentschädigung PSG-Leiter*in pro Treffen) * Menge (Anzahl PSG-Leiter*innen in P-SUP 1 (16) * Anzahl Treffen (78 Treffen in 18 Monaten))
	Raumkosten	10	3510	35.100,00	Stückkosten (Miete pro Treffen) * Menge (Anzahl Gruppen Präsenz * Anzahl Treffen (78 Treffen in 18 Monaten))
	Sporttherapeut*innen Präsenz	52,5	630	33.075,00	Stückkosten (Lohnkosten+Reisekosten) * Menge (Anzahl Gruppen Präsenz * Anzahl Treffen (14 Treffen in 18 Monaten))
	Sporttherapeut*innen Online	45	42	1.890,00	Stückkosten (Lohnkosten) * Menge (Anzahl Gruppen Präsenz * Anzahl Treffen (14 Treffen in 18 Monaten))
	Expert*innentreffen	80	384	30.720,00	Stückkosten (Honorar) * Menge (Anzahl Gruppen * Anzahl Treffen (8 Treffen in 18 Monaten))
Feedback-berichte	Druckkosten FBB	2,24	2166	4.851,84	Porto Brief 1 Seite mit Rückantwort (vorfrankiertem Umschlag für die Hausärzt*innen zum Versand an die Patient*innen) * Anzahl Berichte * Anzahl Patient*innen
Telefon-coaching	Honorare Telefoncoaches	30	1470	44.100,00	Anzahl Patient*innen Interventionsgruppe mit Telefoncoaching * Anzahl Stunden für Telefonate inklusive Vor- und Nachbereitung * Stundenlohn Telefoncoaches
	Hardware	493	5	2.465,00	Handy + Vertrag + Laptop * 5 (Anzahl der Telefoncoaches)
Online Portal	Löhne & Gehälter SHK			15.000,00	Pauschalbetrag

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Deutsche Sporthoch-schule	Konzeption, Erstellung und technischer Betrieb des Online-Portals			0,00	Nicht berücksichtigt, da diese Kosten bei einer Weiterbenutzung nicht erneut anfallen.
	1-Jahreslizenz für Softwarepaket Articulate 360 Education für 2 Benutzer*innen			2.376,00	Education Lizenz ist nur für Universitäten und NGOs. Andernfalls fällt ca. der doppelte Preis an. Kosten für 1-Jahreslizenz (1.188,00€) * Jahre der Nutzung (2)
	1-Jahreslizenz NounPro Edu für Bilddatenbank TheNounProject			36,00	Noun Pro Edu für Bildungseinrichtungen (20 US-Dollar pro Jahr). Andernfalls fällt der doppelte Preis an. Kosten für 1-Jahreslizenz (18,00€) * Jahre der Nutzung (2)
Gesamt-summe				182.093,84	

Dementsprechend ergibt sich für 465 Patient*innen ein monatlicher Betrag von 21,75€ über einen Interventionszeitraum von 18 Monaten (siehe Tabelle 25).

*Tabelle 25: Aufstellung der Kosten pro Patient*innen*

Anzahl der Patient*innen in IG:	465
Interventionskosten pro Patient*in (ITT)	391,60 €
Monatliche Kosten pro Patient*in über 18 Monate	21,75 €

ITT = Intention-To-Treat-Ansatz

Das Telefon-Coaching ist bei Betrachtung der einzelnen Interventionsanteile der größte Kostenfaktor.

Zur Auswertung der biomedizinischen und versorgungstechnischen Daten aus der DMP-Dokumentation des ZI wurden für DMP-T2DM und DMP-KHK folgende Wertekonstellationen im Vergleich des Jahres 2021 (Interventionsbeginn) und des Jahres 2023 (Interventionsende) aufgestellt. An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass die Daten für Bünde (KV-WL) nicht vorliegen und auch aus dem Bereich KV-No noch nicht komplementiert sind (siehe Evaluationsbericht).

Im Vergleich zum Jahr 2021 weist die IG im DMP-T2DM eine statistisch signifikante Reduktion des systolischen Blutdrucks, des Gewichts, der eGFR und des LDL-C auf. Auch die zugematchte Vergleichsgruppe (VG) hat eine statistisch signifikante Absenkung des Gewichts, der eGFR und des LDL-C. Die reduzierte eGFR ist durch das zunehmende Alter in beiden Gruppen erklärbar.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Für die drei Parameter Gewicht, LDL-C und eGFR konnte statistisch keine Interaktion nachgewiesen werden (Tabelle 26).

Tabelle 26: Ergebnisse der ZI-Parameter aus den Jahren 2023 vs. 2021 bezogen auf T2DM

Items	**IG**	**p**	**VG**	**p**
Befunde				
- systolisch RR	minus 1,52	**,035**	plus 0,10	,825
- diastolisch RR	minus 0,17	,693	minus 0,25	,419
- HbA_{1c} (%)	plus 0,04	,371	minus ,010	,744
- Gewicht (KG)	minus 1,56	**,000**	minus 1,47	**,000**
- eGFR LOCF (ml/min/KF)	minus 3,17	**,000**	minus 3,40	**,000**
- LDL-C LOCF (mg/dl)	minus 7,48	**,003**	minus 6,79	**,011**
Versorgungsqualität				
- HbA_{1c} (%) – Zielwert erreicht	,116 vs. ,802			
- HbA_{1c} (%) Maximal	,488 vs. ,101			
- syst. Blutdruck max. 150 mmHg	,442 vs. ,857			
- Diabetes-Schulung insgesamt	,063 vs. **,000**			
- Netzhaut untersuchen	,624 vs. ,378			
- Nierenfunktion überprüfen	,289 vs. ,837			
- Fußstatus kontrollieren	,159 vs. ,126			

Für die versorgungstechnischen Parameter zeigen sich einige statistisch allerdings nicht signifikante Verbesserungen für die IG im Jahr 2023 (siehe Evaluationsbericht). Signifikant ist aber der erhöhte Anteil an Diabetes-Schulungen im DMP. Auffällig ist die Wertekonstellation bei dem Parameter „Diabetes-Schulung in letzten 24 Monaten“ (erst 2023 eingeführt) mit 94,9 % für die IG vs. 77,3 % für die VG (p = 0,002).

Bei der Auswertung für das DMP-KHK (Tabelle 27) ergeben sich Verbesserungen für systolische und diastolische Blutdruck-Werte, das Gewicht, sowie für das LDL-C. Davon statistisch signifikant sind die Veränderung des systolischen Blutdrucks und des LDL-Cholesterins. Auch bei der VG sind bei allen genannten Parametern Verbesserungen eingetreten, davonstatistisch signifikant ist die Änderung des LDL-C-Werts (Tabelle 27).

Tabelle 27: Ergebnisse der ZI-Parameter aus den Jahren 2023 vs. 2021 bezogen auf KHK

Items	IG	p	VG	p
Befunde				
- systolischer RR	minus 2,92	**,008**	minus 0,19	,841
- diastolischer RR	minus 0,64	,376	minus 0,64	,251
- Gewicht (Kg)	minus 0,14	,756	minus 0,44	,301
- LDL-C LOCF (mg/dl)	minus 7,18	**,002**	minus 4,69	**,002**
Versorgungsqualität				
- Blutdruck < 140/90 mmHg	,077 vs. ,764			
- Nicht rauchen	1,000 vs.,267			
- TAH verordnet	,085 vs.,648			
- Statine verordnet	,286 vs. ,123			
- Keine Angina Pectoris-Beschwerden	1,000 vs. 1,000			
- Sportlich trainieren	,170 vs. 1,000			

IG = Interventionsgruppe, VG = Vergleichsgruppe (hier nicht Kontrollgruppe, da zugemacht)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zu den fatalen Ereignissen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Sterbefall) bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG laut der ZI-Dokumentation. Laut dieser sind vier Sterbefälle (3 IG; 1 KG) zu verzeichnen. In der Studiendokumentation sind dagegen von sieben Sterbefälle beschrieben (4 IG; 3 KG). Die Unterschiede liegen darin, dass es keine verpflichtende Rückmeldung in der DMP-Dokumentation für Sterbefälle gibt.

5 Diskussion der Projektergebnisse

Im Rahmen des Projektes P-SUP wurde ein risikoadaptiertes personalisiertes Selbstmanagement-Unterstützungsprogramm in der Regelversorgung in die DMPs Diabetes Mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit implementiert. Ziel war die Stärkung des Selbstmanagements der an den DMPs teilnehmenden Patient*innen mit Fokus auf der Nachhaltigkeit der Lebensstiländerungen in den Bereichen Bewegung und Ernährung. Dazu wurden vier Komponenten (Peer Support Gruppen, Telefoncoaching, personalisiertes Feedback und Online-Angebote) eingeführt. Das Telefoncoaching diente der Unterstützung besonders vulnerabler Gruppen mit niedriger Gesundheitskompetenz und/oder niedrigem Aktivierungsgrad. Basierend auf dem Wirkmodell zielte die langfristige Verbesserung des Selbstmanagements sowie die nachhaltige Veränderung des Lebensstils auf die Optimierung klinischer Outcomes und die Verringerung der Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten ab.

Im Bereich der Wirksamkeitsevaluation konnte gezeigt werden, dass in den sekundären Endpunkten anhand der Analyse sowohl der vollständigen Datensätze als auch der durch multiple Imputationen vervollständigten Daten die Aggregatwerte auch nach Bonferroni-Korrektur einen statistisch hochsignifikanten Effekt zugunsten der Interventionsgruppe nachweisen. Dieser Effekt resultiert daraus, dass bei jeder der elf Nebenzielgrößen mindestens eine Tendenz und in drei Fällen sogar ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der Intervention besteht, welche sich zu einem großen gemeinsamen Effekt aufaddieren. Der Effekt beim Aggregatwert liegt bei etwas mehr als einem Drittel der Standardabweichung bei den Aggregatwerten. Das ist gemessen an dem, was bei Interventionen dieser Art zu erwarten ist, ein starker Effekt.

Unter Berücksichtigung des Anteils mindestens einer Gruppensitzungsteilnahme von weniger als zwei Dritteln in der IG und auf Basis der Annahme des aus der Teilnahme resultierenden Effekts, lässt sich auf einen höheren Effekt bei tatsächlicher Inanspruchnahme schlussfolgern. Möglicherweise würde dieser bei einer halben Standardabweichung liegen.

Zudem fallen alle deskriptiven Werte für die elf einzelnen Endpunkte zugunsten der Intervention aus. Bei der Analyse der vollständigen Datensätze bestehen statistisch signifikante Effekte in Bezug auf die körperliche Gesundheit, Ernährung, Selbstwirksamkeit bezüglich der Bewegung, Abwesenheit von Einsamkeit und Abwesenheit von Depression. Betrachtet man die durch multiple Imputation vervollständigten Datensätze zeigen sich signifikante Effekte im Hinblick auf Selbstwirksamkeit bezüglich des Selbstmanagements bei chronischen Krankheiten (als der im Titel des Projekts benannten Variable), Abwesenheit von Einsamkeit und Abwesenheit von Angespanntheit.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Bei Betrachtung des Faktors der Abwesenheit von Depression wird ein signifikanter Effekt nur knapp verfehlt. In früheren Studien konnte gezeigt werden, dass Depressionen und mangelnde Selbstwirksamkeit beim Selbstmanagement chronischer Krankheiten mit höheren Krankenhauseinweisungen vergesellschaftet sind (Tardiff et al, 2002; Buck et al., 2015; Hamidi et al., 2022; Alharbi et al., 2023; Liu et al., 2024). Möglicherweise lässt sich der ausbleibende Effekt in P-SUP durch die kurze Nachbeobachtungsphase, die in internationalen Studien häufig auf mehrere Jahre angelegt ist, begründen.

Bezüglich des untersuchten Hauptzielkriteriums ergibt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Vielmehr zeigen sich in der IG minimal mehr Krankenhaustage und konsekutiv etwas höhere Kosten als in der KG. Dies könnte auf verschiedene Ursachen zurückzuführen sein: (1) Durch den Beginn der Intervention unter Covid-19-Pandemiebedingungen konnten sich viele PSGs nicht zur Durchführung von Bewegungseinheiten treffen, wodurch der Effekt der Intervention möglicherweise unterschätzt wird; (2) der Beobachtungszeitraum war mit hoher Wahrscheinlichkeit zu kurz, um Effekte auf Krankenhaustage durch Veränderungen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten adäquat abzubilden. Diese zeigen sich vermutlich vorrangig in Veränderungen der Surrogatparametern wie z.B. Blutdruck, Blutzucker oder Blutfette, welche im langfristigen Verlauf mit klinischen Endpunkten wie Schlaganfällen bzw. Herzinfarkten korrelieren können; (3) die Covid-19-Pandemie bedingte eine Unschärfe der Diagnosen, die nicht bereinigt werden konnte. Infolge wurden alle Leistungsdaten mit Covid-19-Bezug nicht berücksichtigt; (4) ein möglicher Beeinflussungsfaktor könnte auch das Verfahren der Selbstselektion bzw. ärztlich durchgeführten Selektion sein. Es zeigt sich eine weiblichere und jüngere Population als die 2021 in Nordrhein-Westfalen in DMP T2DM bzw. KHK eingeschriebenen Patient*innen, wodurch man schlussfolgern könnte, dass das Programm für diese Zielgruppe besonders attraktiv sein könnte. Zudem lässt sich mutmaßen, dass durch die Selbstselektion eine höhere Gesundheitskompetenz und damit eine höhere Bereitschaft zur Leistungsinanspruchnahme vorhanden war. Eine geringfügig höhere Leistungsinanspruch-nahme der IG im Vergleich zur KG zeigt sich in der gesundheitsökonomischen Evaluation. Ob diese aufgrund einer höheren Morbidität der IG, durch die Intervention selbst oder als eine Begleiterscheinung der Pandemie auftritt, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht beantworten.

Wie aus der Prozessevaluation ersichtlich ist, hat die Covid-19-Pandemie die Implementation der Intervention erheblich erschwert und zu Anpassungen der ursprünglich geplanten Durchführung geführt. Die Umsetzung der Gruppensitzungen im Online-Format könnte eine erhöhte Rückzugquote und verringerte Teilnahmebereitschaft zur Folge gehabt haben. Einige Teilnehmende haben ihren Rückzug aus der Studie mit den mit Covid-19 einhergehenden Gefahren und Änderungen der Intervention begründet. Daher ist die Übertragbarkeit der Studienergebnisse eingeschränkt.

Neben den pandemiebedingten Anpassungen ergaben sich im Verlauf weitere notwendige Modifikationen. Die ursprünglich geplante selbstständige Organisation der PSGs scheiterte an fehlender Bereitschaft der Teilnehmenden zur Ausübung der Gruppenleitungsfunktion. Die resultierende Notwendigkeit eines höheren externen Betreuungsaufwandes spiegelt sich auch in dem in der Prozessevaluation geäußerten Bedarf nach der Anleitung durch

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Sporttherapeut*innen wider. Ob eine Unterstützung der PSGs durch die Diabetes Selbsthilfe den Unterstützungsbedarf auffangen könnte, sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

Die Ergebnisse der Prozessevaluation deuten darauf hin, dass das Programm mit Ausnahme einer zeitlich verzögerten oder ausbleibenden Zustellung der Feedback-Berichte gut durchgeführt worden ist. .

Die gesundheitsökonomische Evaluation basiert aufgrund der geringen Rücklaufquote der angeforderten Patient*innenquittungen (<25 %) lediglich auf Daten einer Teilstichprobe. Die Darstellung der soziodemografischen Charakteristika zeigt jedoch, dass sich die Teilstichprobe nicht wesentlich von der Gesamtstichpopulation unterscheidet, sodass von einer ausreichenden Repräsentativität auszugehen ist. Zu Baseline bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich verschiedener soziodemografischer Merkmale. Die Intervention weist hinsichtlich Effektivität und Kosten keine signifikanten Unterschiede zur Regelversorgung. Die probabilistische Sensitivitätsanalyse wies eine tendenzielle Unterlegenheit der Intervention auf, die sich möglicherweise in einer stärkeren Sensibilisierung der Teilnehmenden beispielsweise durch verstärkte Präventionsmaßnahmen oder Eigeninitiative für frühzeitige ärztliche Konsultation als Interventionseffekt begründet. Zur Untersuchung dieser Annahme könnten Angaben zu Diagnosen und Prozeduren hinzugezogen werden, welche für den Gesamtdatensatz jedoch nicht vorliegen (Schöffski & von der Schulenburg, 2012). Ebenso ist eine Beeinflussung durch die Nachbeobachtungszeit der Studie möglich, welche die langfristigen Auswirkungen von Lebensstiländerungen eventuell nicht vollständig erfasst, insbesondere da das Selbstmanagement chronischer Erkrankungen oft langfristige Maßnahmen über viele Jahre erfordert (Deutsche Diabetes Gesellschaft, 2024). Daher bleibt die Kosten-Effektivität der Intervention über einen lebenslangen Zeitraum unsicher und könnte eine Modellierung über den Studienzeitraum hinaus erfordern (Schöffski & Schulenburg, 2012).

Des Weiteren ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse möglicherweise eingeschränkt, da die Teilnehmenden aus einer Population von DMP-Teilnehmenden stammt.

Dass sich die Veränderungen bei der Messung der Gruppendynamik erst nach sechs Monaten zeigten, könnte darauf hinweisen, dass die Entwicklung zwischenmenschlicher Bindungen Zeit benötigen und durch die Dropouts eine homogenere Gruppendynamik entsteht. Beide Punkte deuten darauf hin, dass der Zeitraum zwischen drei und sechs Monaten besonders wichtig für die Gruppenentwicklung ist und in zukünftigen Studien genauer betrachtet werden sollte.

Bei Betrachtung der Lebensstilveränderungen zeigt sich in der IG ein positiver Effekt im Vergleich zur KG in den Bereichen Ernährung und Bewegungsverhalten, letzteres jedoch ohne statistische Signifikanz. Da der Interventionszeitraum in der Zeit des pandemiebedingten Lock-Downs stattfand, lässt sich hinterfragen, ob die resultierenden Einschränkungen und der Ausfall der Präsenzdurchführung der PSGs negative Auswirkungen hatten. Ein weiterer Grund für die ausbleibende Signifikanz könnte das bereits hohe Ausgangsaktivitätsniveau der Patient*innen sein. Bereits zu T0 wurden die WHO-Empfehlungen von 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche sowohl von der IG (186 Minuten) als auch von der KG (234 Minuten) überschritten (World Health Organization, 2020). Dies spricht wiederum für die Selbstselektion der Teilnehmenden und könnte zu einem Deckeneffekt geführt haben, der die Möglichkeit einer weiteren Steigerung der Aktivität einschränkte.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zur Überprüfung der Effektivität von Peer-Support-Interventionen nutzen die meisten Studien subjektiv erhobene Gesundheitsdaten mittels Fragebögen oder objektive Daten wie medizinische Parameter (Chen et al., 2024) und wiederum nur wenige objektive Bewegungsdaten, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert. In einer vergleichbaren Studie von Khunti und Kolleg*innen wurde der Einfluss einer Gruppenintervention (Gruppentreffen, individualisierte Nachrichten und halbjährliches Telefoncoaching) auf das Bewegungsverhalten älterer Personen mit Prädiabetes untersucht. Zwölf Monate nach Interventionsstart ließen sich zwar signifikante Unterschiede in den Schritten pro Tag zwischen IG und KG jedoch nicht in der Aktivitätszeit pro Woche feststellen (Khunti et al., 2021). In P-SUP stieg die moderat-intensive körperliche Aktivität der IG um 31 Minuten von T0 zu T1, was eine stärkere Verbesserung darstellt und gleichzeitig das Potenzial der P-SUP-Intervention, insbesondere im Bereich der moderat-intensiven körperlichen Aktivität, verdeutlicht.

Trotz der nicht signifikanten Ergebnisse des primären Endpunkts zeigt die vorliegende Analyse, dass bereits kleine Verbesserungen (Kosten für Medikamenten- oder Krankentagegeld) durch die Intervention sichtbar sind. Dies unterstreicht die Notwendigkeit weiterer Studien mit größeren Stichproben und objektiven Messverfahren, um den Einfluss von Interventionen wie in P-SUP auf das Aktivitätsverhalten von Patienten mit T2DM und/oder KHK genauer zu untersuchen.

Obwohl viele Studien zum Peer Support zum Ausgleich von Versorgungsdefiziten aus dem außereuropäischen Ausland wie z.B. China stammen (Liang et al., 2020; Azmiarti et al., 2021), zeigen die Ergebnisse, dass ein niederschwelliger Peer-Support-Ansatz auch in einem gut entwickelten Gesundheitssystem wirksam sein kann und das Krankheitswissen auch bei Patient*innen steigern kann, die bereits an DMPs teilnehmen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, solche Elemente im Rahmen des DMP-Programms zu stärken (Redaèlli et al., 2023).

Gesundheitsbezogene Anpassungen des Lebensstils, wie eine Steigerung der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements, sind in der Literatur als positive Einflussfaktoren der Behandlung von T2DM und KHK anerkannt (Li et al., 2020; Mokdad et al., 2016; O'Brien et al., 2014). Auf individueller Ebene bestehen Herausforderungen und Hindernisse bei der Umsetzung dieser Anpassungen. Frühere Misserfolge scheinen hier einen starken Einfluss darauf zu haben, ob weitere Versuche der Lebensstilmodifikation unternommen werden. Die Gruppensitzungen mit der Möglichkeit des Austauschs mit anderen Betroffenen werden als wertvolle Unterstützung und als positive Erfahrung wahrgenommen. Eine größere Homogenität innerhalb der Gruppe ist aus häufiger Sicht der Teilnehmenden unterschiedlicher demografischer Gruppen für ein stärkeres Verständnis und eine höhere Bereitschaft zur gegenseitigen Unterstützung hilfreich. Die Frage, ob sich diese Perspektive je nach kulturellem Hintergrund unterscheidet, bleibt offen und wird unter den Limitationen weiterbehandelt.

Unerwartet war die Passivität in der Beteiligung im Rahmen der Gruppentreffen, die als Zurückhaltung interpretiert werden könnte im Kontext ihrer mutmaßlich hohen Motivation bei der Entscheidung zur Teilnahme im Rahmen der Akquise über die Praxen und der im späteren separaten Rekrutierungsverfahren geäußerten Bereitschaft, über Erwartungen und

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Erfahrungen zu berichten. Es zeigt sich, dass auch Personen, die nicht gerne offen über ihre gesundheitlichen Themen sprechen, sich für die Teilnahme an den Interviews entschieden. Insgesamt wurde der Wunsch nach einer anleitenden Person oder einem strukturierten Rahmen für das Programm deutlich. Eine begleitende Einführung und gezielte Übergangsphasen sowie eine Anbindung an die organisierte Selbsthilfe könnten eine wichtige Rolle spielen, um die Konzepte des Peer-Supports und des Selbstmanagements erfolgreich zu vermitteln.

Für die Prozessevaluation wurden sowohl aktiv Teilnehmende als auch Dropouts rekrutiert, um sicherzustellen, dass sowohl zufriedene als auch potenziell unzufriedene Teilnehmende ihre Erfahrungen teilen. Dennoch lässt sich eine Selektionsverzerrung nicht ausschließen, da die Teilnehmenden, die an dieser Studie teilnahmen, möglicherweise motivierter und zufriedener mit der Intervention waren. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Dropouts und aktiv Teilnehmenden im Rahmen der Evaluation könnte dazu beitragen, dieses Problem zu minimieren. Fast alle Berufsgruppen der Interventionseinheit, wurden befragt. Nicht erhoben wurden Aussagen der Interviewenden und des Personals des Universitätsklinikums, die an der Organisation der Gruppentreffen und der Gestaltung des P-SUPs beteiligt waren, da sich aufgrund persönlicher Bekanntschaft die Gefahr einer Verzerrung der Ergebnisse nicht ausschließen ließ. Die Beauftragung einer externen Organisation zur Durchführung der Interviews hätte somit möglicherweise die Erhebung wichtiger Informationen ermöglicht.

Aus organisatorischen Gründen wurden die Umsetzenden mittels Telefoninterviews und die Patient*innen mittels Fokusgruppeninterviews (FGIs) befragt. FGIs können das Verständnis einer Intervention bestätigen, erweitern oder bereichern und zusätzliche Informationen liefern (Gill & Baillie, 2018). Die Interaktion zwischen den Teilnehmenden führt oft zu einer lebhaften Diskussion und erleichtert so die Erhebung tiefgehender Daten. Allerdings besteht aufgrund der Anwesenheit anderer Teilnehmender und Interviewer*innen einer potenziellen Verzerrung durch soziale Erwünschtheit, was zu einer Überbewertung positiver und negativer Erfahrungen geführt und die Heterogenität der Antworten verringert haben könnte (Bergen & Labonté, 2020).

Die Rekrutierung der Patient*innen und die Durchführung der Intervention wurden maßgeblich von der Covid-19-Pandemie beeinflusst. Die erhöhte Auslastung der Praxen beeinflusste die Effizienz der Rekrutierungsprozesse und trug zu Verzögerungen bei, sodass Projektmitarbeitende bei der Rekrutierung unterstützen mussten. Die notwendige Umstellung auf digitale Schulungseinheiten beeinflusste die Dynamik der Intervention und stellte aufgrund teilweise begrenzter technischer Ressourcen eine zusätzliche Hürde für die Teilnahme dar. Auch die Suche nach passenden Räumlichkeiten war herausfordernd. Aufgrund der Kontaktbeschränkungen mussten sportliche Aktivitäten anfangs im Freien durchgeführt werden, wodurch Planung und Umsetzung der Intervention, Zugänglichkeit und Teilnahmebereitschaft sowie die Gruppengrößen der PSGs beeinflusst wurden.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Das in P-SUP geprüfte Konzept wurde bereits in der Planungsphase gezielt an der bestehenden Prozess- und Infrastruktur der bestehenden DMPs ausgerichtet, sodass es flächendeckend

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ausgerollt werden könnte. Die angeleiteten Bewegungseinheiten orientierten sich an den bestehenden Herzsportgruppen. Ziel in der Planungsphase war die Vermeidung von Parallel- bzw. Doppelstrukturen und gleichzeitig größtmögliche Kompatibilität.

Folglich ist diese neue Versorgungsform als leicht integrierbarer Bestandteil in die derzeit bestehende Versorgungsform anzusehen. Die Gewinnung von Patient*innen ist in den hausärztlichen Praxen umsetzbar, Organisation und Unterstützung der Gruppen könnte durch die Selbst-Hilfe-Strukturen gewährleistet werden. Teilweise zeigt sich bereits ein Fortbestehen der Gruppen, partiell in vollkommener Eigenregie.

Der individualisierte Feedbackbericht, der bereits zur Einführung von DMP empfohlen wurde, könnte durch das ZI zur Verfügung gestellt werden. Die Bewegungseinheiten sollten als ressourcensparende Strukturen aufgebaut werden, die gemeinsame Ziele verfolgen. Hier ist vor allem die bereits flächendeckende Struktur der Herzsportgruppen zu erwähnen.

Die Online-Plattform sollte zentral organisiert sein und auf evidenzbasierten Inhalten basieren. Folglich bieten sich Einrichtungen wie das ZI, IGWiG oder BIÖG an. Im Hinblick auf die Ausweitung auf andere metabolisch-bedingten Erkrankungen könnte auch eine Kooperation von ZI und BIÖG sinnvoll sein.

Das Telefon-Coaching war für die gezielte Unterstützung einer Gruppe mit niedriger Gesundheitskompetenz und niedrigem Aktivierungsgrad mit konsekutiv hoher Belastung des deutschen Gesundheitssystems entwickelt worden. Statt eines risikoadaptierten sollte jedoch eher ein bedarfsadaptierter Zugang gewährleistet werden.

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Pilic L, Sommer L, Redaèlli M, Molkentin K, Müller BS, Stock S, Wilm S. Unzufriedenheit mit dem DMP KHK: Explorativer Survey mit Hausärzt*innen zu den DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2025 Oct 13:S1865-9217(25)00153-9.

Hamm I, Lehmann A, Gawlik A, Nacak Y, Timmke J, Funke C, Wilm S, Giesen L, Redaèlli M, Chermette C, Vitinius F. Evaluation of a train-the-coach program in the context of a complex intervention for diabetes type 2 and coronary heart disease patients (P-SUP study). Front Med (Lausanne). 2025 Jul 11;12:1577341. doi: 10.3389/fmed.2025.1577341.

Pilic L, Molkentin K, Herrmann A, Redaèlli M, Kupsch L, Lehmann L, Bödecker AW, Müller BS, Stock S, Wilm S. GPs' experienced challenges and strategies for supporting patient self-management in disease management programs for type 2 diabetes mellitus and coronary heart disease - a qualitative study. BMC Prim Care. 2025 Jul 12;26(1):222. doi: 10.1186/s12875-025-02896-w.

Appelbaum, S., Ostermann, T. & Konerding, U. Maximum likelihood estimation of parameters for double poisson regression: a simulation study. Comput Stat (2025). https://doi.org/10.1007/s00180-025-01636-z

Scholl M, Amerkamp J, Chermette C, Frank F, Funke C, Giesen L, Haas V, Heßbrügge M, Küppers L, Pilic L, Vitinius F, Biallas B. (2024). Patients' and stakeholders' experiences of a personalized

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

self-management SUPport program (P-SUP) for patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease: a qualitative process evaluation. BMC Public Health. 2024 Sep 19;24(1):2566. doi: 10.1186/s12889-024-20034-6.

Scholl, M., Amerkamp, J., Giesen, L., Funke, C., Haas, V., Vitinius, F., Gawlik, A., Marikar, J., Wild, D., Pilic, L., & Biallas, B. (2023). Förder- und Hemmfaktoren zur Umsetzung eines Personalisierten Selbstmanagement-Unterstützungsprogramms (P-SUP) für Patient:innen mit Typ-2-Diabetes und/oder koronarer Herzkrankheit. In Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 57. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DocV-10-02). Berlin, 28.-30.09.2023. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House. https://doi.org/10.3205/23degam056

Giesen Lisa and Pilic, L. and K. H. and S. L. and W. J. and R. M. and S. S. and S. A. and G. A. and Ü. N. and H. M. and A. S. V. (2023). Predictors of eating behaviour in patients with type 2 diabetes and coronary heart disease. Population Medicine, 5(Supplement). https://doi.org/10.18332/popmed/165678

Scholl J; Giesen L; Funke C; Haas V; Vitinius F; Chermette C; Marikar J; Wild D; Pilic L; Biallas B, M. A. (2023). Förder- und Hemmfaktoren zur Umsetzung eines Personalisierten Selbstmanagement- -SUP) für Patient:innen mit Typ-2 Diabetes und/oder Koronarer Herzkrankheit. Das Gesundheitswesen, 85(08/09), [183]. https://doi.org/10.1055/s-0043-1770540

Lendt, C., Gawlik, A. und Chermette, C. (2022). Entwicklung einer webbasierten Intervention zur Aktivitätsförderung bei Patient:innen mit Typ-2 Diabetes mellitus und Koronarer Herzkrankheit. DRV- Schriften Band 126, Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen, 7. - 9. März 2022, Münster.

Lendt, C., Burkhardt, E. und Marikar, J. (2022). Accelerometer-Based Assessment of Sedentary Behaviour in Patients with Type 2 Diabetes mellitus. Abstractband, Jahrestagung dvs-Kommission Gesundheit, 14. – 16. September 2022, Institut für Sportwissenschaft in Tübingen, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät / Medizinische Fakultät, Eberhard-Karls-Universität Tübingen.

Wild, D., Braun, G. und Küppers, F. (2022). Peer-Support-Programme als Ergänzung zur Regelversorgung – Ergebnisse einer Querschnittsstudie unter Hausärzten in Nordrhein. 56. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Greifswald, 15. – 17. September 2022, German Medical Science GMS Publishing House. Online verfügbar unter: GMS | 56. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin | Peer-Support-Programme als Ergänzung zur Regelversorgung – Ergebnisse einer Querschnittsstudie unter Hausärzten in Nordrhein (egms.de)

Redaèlli, M. Konzepte aktiver Patientenpartizipation an DMP. 7. – 8. September 2022, Berlin (Vortrag), Zi Kongress Versorgungsforschung. Online verfügbar unter: Power-Point-Präsentation (zi-congress.de)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Giesen, L., Schneider, L., Bootz, C., et al. (2021). Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm (P-SUP) zur Verbesserung des Bewegungs- und Ernährungsverhalten und langfristigen Verhaltensänderung. Aktuelle Ernährungsmedizin, 46(03), PP-24. Online verfügbar unter https://www.thieme-connect.com/products/e-journals/html/10.1055/s-0041-1729712, zuletzt geprüft am 09.02.2022.

Könnecke, H., Giesen, L., Goetz, J., et al. (2021). Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm (P-SUP) für Patient* innen mit Diabetes mellitus Typ 2 und/oder koronarer Herzkrankheit. Das Gesundheitswesen, 83(08/09), 602. Online verfügbar unter https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0041-1732053, zuletzt geprüft am 09.02.2022.

Reck, C., Lendt, C. und Biallas, B. (2021). User Engagement and Usability of a Digital Behavior Change Intervention to Promote Physical Activity in Older Patients with Type-2 Diabetes and Coronary Heart Disease. Book of Abstract: 26th Annual Congress of the European College of Sport Science, 8th-10th September 2021. https://fis.dshs-koeln.de/portal/de/publications/user-engagement-and-usability-of-a-digital-behavior-change-intervention-to-promote-physical-activity-in-older-patients-with-type2-diabetes-and-coronary-heart-disease(4cdbf07c-1131-4296-a3d1-31a8c366f422).html

Pilic L, Molkentin K, Lehmann L, Herrmann A, Funke C, Müller BS, Bödecker AW, Redaèlli M, Wilm S. (2024). Die wahrgenommene Effektivität der Disease Management Programme für Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit aus Sicht von Hausärzt*innen – Ergebnisse einer Fokusgruppenstudie. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 185:45-53. German. doi: 10.1016/j.zefq.2023.12.003.

Redaelli M. Giesen L, Könnecke H, Stock S. Selbstmanagement – eine unterschätzte Ressource in der Versorgung von Menschen mit Typ-2-DiabetesSelf-management—an underestimated resource in the care of people with type 2 diabetes. Die Diabetologie. 2023;19(19). DOI: 10.1007/s11428-023-01078-5

Gawlik, A., Nacak, Y., Kleinert, J., Konerding, U., & Vitinius, F. (2023). Theoretical derivation of a telephone-based health coaching intervention. Popul. Med., 5 (Supplement), A926. https://doi.org/10.18332/popmed/165696

Majjouti, K., Küppers, L. und Thielmann, A. (2022). Family doctors' attitudes toward peer support programs for type 2 diabetes and/ or coronary artery disease: an exploratory survey among german practitioners. BMC Primary Care, 23(1). Online verfügbar unter: Family doctors' attitudes toward peer support programs for type 2 diabetes and/or coronary artery disease: an exploratory survey among German practitioners | SpringerLink.

Konerding, Uwe; Szel, Clarissa (2021). Promoting physical activity in per-sons with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of systematic re-views. Patient Education and Counseling. Online verfügbar unter https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399120306753?via%3Dihub , zuletzt geprüft am 09.02.2022.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Konerding, U., Redaèlli, M., Ackermann, K. et al. (2021). A pragmatic randomised controlled trial referring to a Personalised Self-management SUP-port Programme (P-SUP) for persons enrolled in a disease management programme for type 2 diabetes mellitus and/or for coronary heart disease. Trials 22, 659. https://doi.org/10.1186/s13063-021-05636-4

Vitinius, F., Giesen, L., Redaelli, M., et al. (2021). Personalized Self-Management Support Program for Patients with Type 2 Diabetes mellitus or coronary Heart Dis-ease: P-SUP (Study Protocol). In INTERNIST (Vol. 62, No. SUPPL 2, pp. 191-192).

Konerding, Uwe; Szel, Clarissa (2020). Promoting physical activity in persons with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of systematic reviews. Patient Education and Counseling. Online verfügbar unter https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399120306753?via%3Dihub, zuletzt geprüft am 22.01.2021.

Könnecke, Helene; Giesen, Lisa; Redaèlli, Marcus; Simic, Dusan; Konerding, Uwe; van der Arend, Inés; Froböse, Ingo; Heßbrügge, Martina; Wilm, Stefan; Funke, Christian; Weltermann, Birgitta; Thielmann, Anika; Pilic, Larisa; Bödecker, August-Wilhelm; Dehnen, Katja; Stock, Stephanie (2020). Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm (P-SUP) für Patienten mit Diabetes Mellitus Typ 2 (DM
T2) und Koronare Herzkrankheit (KHK). Meeting Abstract. Hrsg. v. 19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF 2020). Digital. Online verfügbar unter https://www.egms.de/static/en/meetings/dkvf2020/20dkvf170.shtml, zuletzt geprüft am 22.01.2021.

Majjouti, Khalid; Thielmann, Anika; Vitinius, Frank; van der Arend, Inés; Pilic, Larisa; Funke, Christian; Redaèlli, Marcus; Heßbrügge, Martina; Bödecker, August-Wilhelm; Weltermann, Birgitta (2020). Personalised Self-Management Support Programme (P-SUP) from the perspective of Family Medicine: Benefits, practicability and implementation. Meeting Abstract. Hrsg. v. 19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF 2020). Digital. Online verfügbar unter https://www.egms.de/static/de/meetings/dkvf2020/20dkvf287.shtml, zuletzt geprüft am 22.01.2021.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 28: Publikationen in P-SUP (mit eingereichten und geplanten Veröffentlichungen)

Erstautor (m/w/d)	Titel	Ankündigung des Vorhabens	Ankündigung des Einreichens	Veröffentlichungsstatus
Konerding U	A pragmatic randomised controlled trial referring to a Personalised Selfmanagement SUPport Programme (P-SUP) for persons enrolled in a disease management programme for type 2 diabetes mellitus and/or for coronary heart disease	Arbeit vor Bestehen des PKs begonnen	Arbeit vor Bestehen des PKs eingereicht	Veröffentlicht am 27.9.2021
Gawlik A	Theoretical Derivation of a Telephone-Based Health Coaching Intervention for Promoting Physical Activity and Healthy Nutrition.	Arbeit vor Bestehen des PKs begonnen	Arbeit vor Bestehen des PKs eingereicht; Ankündigung des Einreichens bei den Unterzeichnern der Publikationsverein-barung am 10.11.2022	Veröffentlicht am 30.6.2023
Appelbaum S	Parameter estimation for Double Poisson Regression: A simulation study	16.12.2022	30.1.2024	Veröffentlicht am 28.05.2025
Appelbaum S	How to evaluate randomised controlled trials with a count variable as primary outcome: A simulation study comparing various statistical methods	16.12.2022	---	Liegt in der Schublade
Neuhausen A (alt) Hamm I (neu)	Evaluation of a train-the-coach program in the context of a complex intervention for diabetes type 2 and coronary heart disease patients (P-SUP study)	25.1.2023	---	Veröffentlicht am 12.07.25

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Giesen L	Socio-demographic and psychosocial predictors of eating behaviour in patients with type 2 diabetes and /or coronary heart disease	26.1.2023	Neuauflage	
Könnecke H	Health economic analyses of peer support interventions for patients with type 2 diabetes and/or coronary heart disease: A systematic review	27.1.223	---	(Nachfrage zum Stand am 18.12.2024)
Konerding U	How could peer-support groups affect days in hospital? An investigation regarding possible mediating processes	9.2.2023	---	Liegt in der Schublade
Funke C (akt) Redaelli M (neu)	Personalisierte Peer-Support-Programme: Einstellungen und Erwartungen von Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ 2 und/oder koronarer Herzkrankheit	14.2.2023	10.7.2024	
Pilic L	Effektivität der DMP für Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit aus hausärztlicher Sicht - Ergebnisse einer Fokusgruppenstudie	24.2.2023	8.9.2023	Veröffentlicht am 28.2.2024
Scholl M	Patients' and Health Care Professionals' Experiences of a Personalized Self-Management Support Program (P-SUP) for Patients with Type 2 Diabetes mellitus and/or Coronary heart disease: A Focus Group and Interview Study	20.6.2023	Ist unterblieben	Veröffentlicht am 19.9.2024
Redaèlli M	Selbstmanagement – eine unterschätzte Ressource in der Versorgung von Menschen mit Typ-2-Diabetes	8.8.2023 (nachträglich)	8.8.2023 (nachträglich)	Veröffentlicht am 13.7.2023
Scholl M	What determines the use of an internet-portal addressing persons with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease?	27.10.2023	---	eingereicht

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Pilic L	GPs' perceived patient motivation for self-management in disease management programs for type 2 diabetes mellitus and coronary heart disease – a qualitative study	6.2.2024	21.8.2024	Veröffentlicht am 12.07.25
Giesen L	Predictors of adherence to the Mediterrranean diet in patients with type 2 diabetes and /or coronary heart disease	30.4.2024; 1. Version 2.5.2024; Revision	Neuauflage	
Könnecke H	Exploring sex-specific profiles of patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease - A 12-month observational study using retrospective data on healthcare utilization from the P-SUP trial cohort	2.5.2024	---	---
Könnecke H	Erfahrungsbericht über die Erhebung von Patient:innenquittungen	7.6.2024	---	---
Pilic L	Explorativer Survey mit Hausärzt*innen zu den DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie	17.9.2024	10.12.2024	---

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

IV Literaturverzeichnis

1. Alharbi TAF, Alhumaidi B, Alharbi MN, et al. Diabetes education self-management intervention in improving self-efficacy for people with type 2 diabetes in the Gulf Cooperation Council countries: A systematic review. Diabetes Metab Syndr 2023; 17(12): 102906. doi: 10.1016/j.dsx.2023.. Epub 2023 Nov 18.

2. Azmiardi A, Murti B, Febrinasari RP, Tamtomo DG. The effect of peer support in diabetes self-management education on glycemic control in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Epidemiol Health 2021; 43:e2021090.(doi): 10.4178/epih.e2021090. Epub 2021 Oct 22.

3. Bergen N, Labonté R. "Everything Is Perfect, and We Have No Problems": Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research. Qual Health Res 2020; 30(5): 783-92. doi: 10.1177/1049732319889354. Epub 2019 Dec 13.

4. Buck HG, Dickson VV, Fida R, et al. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. Int J Nurs Stud 2015; 52(11): 1714-22. doi: 10.016/j.ijnurstu.2015.06.018. Epub Jul 17.

5. Chen C, Zhou Y, Xu JY, Song HY, Yin XW, Gu ZJ. Effect of peer support interventions in patients with type 2 diabetes: A systematic review. Patient Educ Couns 2024; 122:108172.(doi): 10.1016/j.pec.2024.108172. Epub 2024 Jan 28.

6. Cook DA, Reed DA. Appraising the quality of medical education research methods: the Medical Education Research Study Quality Instrument and the Newcastle-Ottawa Scale-Education. Acad Med 2015; 90(8): 1067-76. doi: 10.97/ACM.0000000000000786.

7. Gawlik A, Nacak Y, Kleinert J, Konerding U, Vitinius F. Theoretical Derivation of a Telephone-Based Health Coaching Intervention for Promoting Physical Activity and Healthy Nutrition. Int J Environ Res Public Health 2023; 20(13): 6271. doi: 10.3390/ijerph20136271.

8. Gill P, Baillie J. Interviews and focus groups in qualitative research: an update for the digital age. Br Dent J 2018; 5(10): 815.

9. Godin G, Shephard RJ. A simple method to assess exercise behavior in the community. Can J Appl Sport Sci 1985; 10(3): 141-6.

10. Hamidi S, Gholamnezhad Z, Kasraie N, Sahebkar A. The Effects of Self-Efficacy and Physical Activity Improving Methods on the Quality of Life in Patients with Diabetes: A Systematic Review. J Diabetes Res 2022; 2022:2884933.(doi): 10.1155/2022/2884933. eCollection 2022.

11. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). Qual Life Res 2011; 20(10): 1727-36. doi: 10.007/s11136-011-9903-x. Epub 2011 Apr 9.

12. Jordan S, Hoebel J. [Health literacy of adults in Germany: Findings from the German Health Update (GEDA) study]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015; 58(9): 942-50. doi: 10.1007/s00103-015-2200-z.

13. Khunti K, Highton PJ, Waheed G, et al. Promoting physical activity with self-management support for those with multimorbidity: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2021; 71(713): e921-e30. doi: 10.3399/BJGP.2021.0172. Print 2021 Dec.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

14. Konerding U, Redaèlli M, Ackermann K, et al. A pragmatic randomised controlled trial referring to a Personalised Self-management SUPport Programme (P-SUP) for persons enrolled in a disease management programme for type 2 diabetes mellitus and/or for coronary heart disease. Trials 2021; 22(1): 659. doi: 10.1186/s13063-021-05636-4.

15. Konerding U, Szel C. Promoting physical activity in persons with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of systematic reviews. Patient Educ Couns 2021; 104(7): 1600-7. doi: 10.016/j.pec.2020.12.011. Epub Dec 23.

16. Li R, Liang N, Bu F, Hesketh T. The Effectiveness of Self-Management of Hypertension in Adults Using Mobile Health: Systematic Review and Meta-Analysis. JMIR Mhealth Uhealth 2020; 8(3): e17776. doi: 10.2196/.

17. Liang D, Jia R, Zhou X, et al. The effectiveness of peer support on self-efficacy and self-management in people with type 2 diabetes: A meta-analysis. Patient Educ Couns 2021; 104(4): 760-9. doi: 10.1016/j.pec.2020.11.011. Epub Nov 10.

18. Liu Q, Song H, Zhang S, et al. Efficacy of using telecare services for community-dwelling people with diabetes: A systematic review and meta-analysis. Prim Care Diabetes 2024; 18(4): 393-401. doi: 10.1016/j.pcd.2024.06.008. Epub Jun 22.

19. Löwe B, Wahl I, Rose M, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. J Affect Disord 2010; 122(1-2): 86-95. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.019. Epub Jul 17.

20. Majjouti K, Küppers L, Thielmann A, et al. Family doctors' attitudes toward peer support programs for type 2 diabetes and/or coronary artery disease: an exploratory survey among German practitioners. BMC Prim Care 2022; 23(1): 220. doi: 10.1186/s12875-022-01827-3.

21. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2016; 387(10036): 2383-401. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00648-6. Epub 2016 May 9.

22. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med 2014; 89(9): 1245-51. doi: 10.097/ACM.0000000000000388.

23. Organization WH. GLOBAL ACTION PLAN ON PHYSICAL ACTIVITY 2018-2030 - MORE ACTIV PEOPLE FOR A HEALTHIER WORLD. Genf: Word Health Organization, 2020.

24. Pilic L, Molkentin K, Lehmann L, et al. [General practitioners' perspectives on the perceived effectiveness of the disease management programs for type 2 diabetes and coronary heart disease: Results of a focus group study]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2024; 185:45-53.(doi): 10.1016/j.zefq.2023.12.003. Epub 4 Feb 28.

25. Redaelli M, Giesen L, Könnecke H, Stock S. Selbstmanagement – eine unterschätzte Ressource in der Versorgung von Menschen mit Typ-2-Diabetes. Die Diabetologie 2023; 19(5).

26. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. J Pers Soc Psychol 1980; 39(3): 472-80. doi: 10.1037//0022-3514.39.3.472.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

27. Scheckel B, Schmidt K, Stock S, Redaèlli M. Patient Portals as Facilitators of Engagement in Patients With Diabetes and Chronic Heart Disease: Scoping Review of Usage and Usability. J Med Internet Res 2023; 25:e38447.(doi): 10.2196/38447.

28. Scholl M, Amerkamp J, Chermette C, et al. Publisher Correction: Patients' and stakeholders' experiences of a personalized self-management SUPport program (P-SUP) for patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease: a qualitative process evaluation. BMC Public Health 2024; 24(1): 2903. doi: 10.1186/s12889-024-20247-9.

29. Scholl M, Amerkamp J, Chermette C, et al. Patients' and stakeholders' experiences of a personalized self-management SUPport program (P-SUP) for patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease: a qualitative process evaluation : Maximilian Scholl. BMC Public Health 2024; 24(1): 2566. doi: 10.1186/s12889-024-20034-6.

30. Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC. Role of antidepressants in murder and suicide. Am J Psychiatry 2002; 159(7): 1248-9. doi: 10.176/appi.ajp.159.7..

31. Wallston KA, Osborn CY, Wagner LJ, Hilker KA. The Perceived Medical Condition Self-Management Scale applied to persons with HIV/AIDS. J Health Psychol 2011; 16(1): 109-15. doi: 10.1177/1359105310367832. Epub 2010 Jul 23.

32. Wild MG, Ostini R, Harrington M, Cavanaugh KL, Wallston KA. Validation of the shortened Perceived Medical Condition Self-Management Scale in patients with chronic disease. Psychol Assess 2018; 30(10): 1300-7. doi: 10.037/pas0000572. Epub 2018 May 21.

33. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Pinyopornpanish M, et al. Development and validation of a 6-item Revised UCLA Loneliness Scale (RULS-6) using Rasch analysis. Br J Health Psychol 2020; 25(2): 233-56. doi: 10.1111/bjhp.12404. Epub 2020 Jan 30.

V Anlagen

Anlage 1:	P-SUP-Bewegungskasten
Anlage 2:	P-SUP-Ablaufplan-Beispiel
Anlage 3:	P-SUP-1_Themenauswahl-Expert*innenmeetings
Anlage 4:	P-SUP-2_Themenauswahl-Expert*innenmeetings
Anlage 5:	Feedback-Bericht_Muster
Anlage 6:	Infoschreiben Sporttherapeuten
Anlage 7:	Schulung Sporttherapeuten
Anlage 8:	TC-Schulung-Evaluationsbericht
Anlage 9:	TC-Schulung_Theoretischer Part_Informative Folien
Anlage 10:	TC_SDT-Workshop-Schulung
Anlage 11:	PSG-Leiter Handbuch
Anlage 12:	PSG-Leiter_Pre-Test_digital
Anlage 13:	Studienordner_Hausarztpraxen

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage 1: P-SUP-Bewegungskasten

Bewegungsbaukästen

Prof. Dr. Ingo Froböse

Dr. Bianca Biallas

Claas Lendt

Maximilian Scholl

Deutsche Sporthochschule Köln

Liebes P-SUP Mitglied,

die Bewegungsbaukästen sollen Ihnen als Anregung zur Gestaltung der wöchentlichen Bewegungseinheit in der Gruppe dienen. Sie können Übungen aus den Bewegungsbaukästen, aber auch Ihre eigenen Ideen sowie Wünsche und Anregungen in die Einheit einfließen lassen.

Eine Bewegungseinheit besteht immer aus den folgenden Phasen:

1. Aufwärmen
2. Hauptteil
3. Abwärmen

Wir empfehlen Ihnen, Rituale beim Auf- und Abwärmen beizubehalten, um Beständigkeit und Sicherheit in den Einheiten zu schaffen. Auch diese sind den Baukästen zu entnehmen.

Für den Hauptteil können Sie sich an den vorliegenden Übungen nach Belieben bedienen und die Einheiten individuell zusammenstellen. Zur Gestaltung der Bewegungseinheiten finden Sie im Dokument Vorschläge und Anregungen für jede Phase der Einheit. So können Sie in der Praxis abwechslungsreich, kreativ und kompetent agieren.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg und Spaß bei der Umsetzung!

Ihr Bewegungs-Team

Univ.-Prof. Dr. Ingo Froböse, Claas Lendt, Dr. Bianca Biallas und Maximilian Scholl

Inhalt

Aufwärmen....4
Abwärmen....6
Hauptteil - Beispiele....9
- Körperwahrnehmung....9
- Ausdauer....12
- Alltag....14
- Koordination....17
- Was für den Kopf....20
- Zirkeltraining....23

Schematischer Ablauf einer Bewegungseinheit

Die Bewegungseinheiten der PSG sollten etwa 60 Minuten lang sein und inhaltlich aus einem Aufwärmen, Hauptteil und Abwärmen bestehen.

Die Rituale zum Auf- und Abwärmen sollten fester Bestandteil jeder Einheit sein. Bei der Wahl der Aktivität im Hauptteil sind Sie komplett frei. Ob Spazierengehen, Nordic Walking oder gemeinsam Fahrradfahren – alles ist möglich! Wählen Sie als Gruppe eine Aktivität, die Spaß macht.

Zeit (Minuten)	Block	Inhalte
5	Einstieg	• Begrüßung • Befindlichkeitsabfrage
10	Aufwärmen	• Mobilisationsritual
30	Hauptteil	• Körperwahrnehmung • Ausdauer • Alltag • Koordination • Was für den Kopf • Kraftzirkel
10	Abwärmen	• Abwärmritual
5	Abschluss	• Befindlichkeitsabfrage • Verabschiedung

Aufwärmen

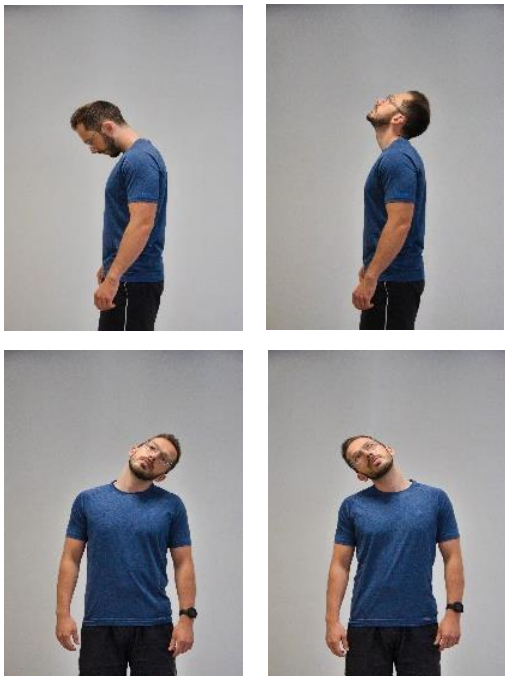
Mobilisationsritual	
Ziele: Mobilisation aller Körpergelenke	
Durchführung: TN stehen im Kreis, Grundspannung ist aufgebaut, pro Übung 5-10 Wiederholungen, dynamische Durchführung	
Dauer: 10 Minuten	**Materialien:** keine

Mobilisation der Halswirbelsäule:

- Kopfnicken
- Kopfseitneigen

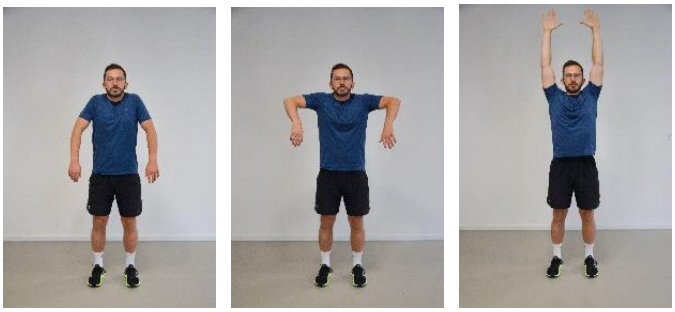
Achtung:

Kopf nicht überstrecken, Bewegung langsam und gleichmäßig ausführen



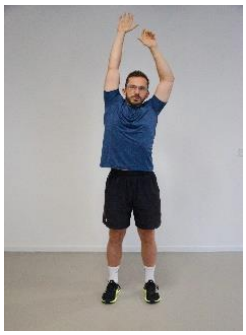
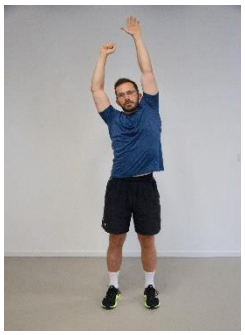
Mobilisation des Schultergürtels

- Arme seitlich hängen lassen
- Schultern langsam rückwärts kreisen
- nach und nach den Bewegungsumfang vergrößern
- Danach vorwärts kreisen



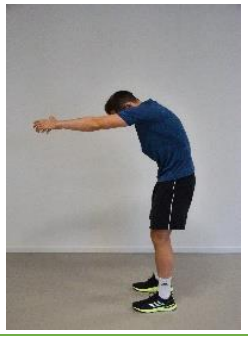
Mobilisation der oberen Extremitäten

- Arme nach oben führen
- im Wechsel maximal strecken („Äpfel pflücken“)

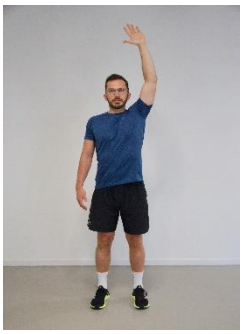
Mobilisation der Brustwirbelsäule

- ausgestreckte Arme seitlich nach hinten führen, den Brustkorb öffnen
- vor dem Körper wieder zusammenführen, dabei einen Rundrücken formen



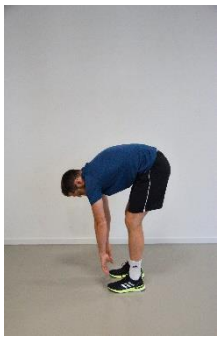
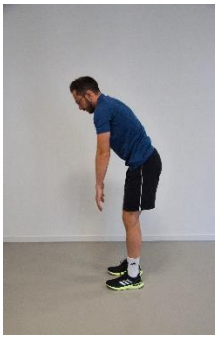
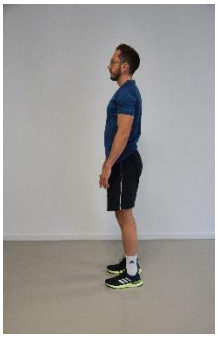
Mobilisation der seitlichen Rückenmuskulatur

- Linken Arm über Kopf führen und den Oberkörper leicht nach rechts neigen
- Soweit neigen, bis eine Dehnung an der seitlichen Rumpfmuskulatur spürbar ist
- Danach Seite wechseln



Mobilisation der unteren Rückenmuskulatur

- Beine leicht beugen, den Oberkörper nach vorne neigen und vorsichtig einen Rundrücken formen
- Arme dabei locker hängen lassen
- Wirbel für Wirbel aufrollen und wieder eine aufrechte Position einnehmen

Achtung: Kommt es während der Übung zu Schwindel, beugen Sie sich nicht zu weit nach unten

Abwärmen

Abwärmen - Dehnen	
Ziele: Dehnung der Muskulatur, Verbesserung der Beweglichkeit	
Durchführung: TN stehen im Kreis, aufrechter Stand, Grundspannung, pro Übung 5-10 Wiederholungen	
Dauer: 10 Minuten	**Materialien:** Wand/Geländer
Dehnung der seitlichen Halsmuskulatur • Arme nach unten strecken, linke Hand anwinkeln, sodass die Handfläche zum Boden zeigt • Kopf nach rechts neigen, sodass das rechte Ohr zur rechten Schulter zeigt • Linken Arm aktiv in Richtung Boden ziehen, bis die Dehnung an der linken Halsseite spürbar ist 20 Sekunden halten, dann Seitenwechsel	
Dehnung der Schultermuskulatur • Rechten Arm nach vorne ausstrecken und mit der linken Hand den rechten Ellenbogen umfassen • Den rechten Arm vor der Brust in Richtung linke Schulter ziehen, bis die Dehnung am rechten Oberarm und der rechten Schulter spürbar ist 20 Sekunden halten, dann Seitenwechsel	

Dehnung Trizeps und seitlicher Rumpf

- Rechten Arm Richtung Decke ausstrecken
- Linke Hand greift den rechten Ellenbogen und zieht den nun gebeugten rechten Arm rücklings zum Kopf
- In der Position den Oberkörper nach links neigen, bis die Dehnung der seitlichen Rumpfmuskulatur zu spüren ist
- 20 Sekunden halten, dann Seitenwechsel

Dehnung der Brustmuskulatur

- In Schrittstellung (linkes Bein vorne) mit der linken Körperseite zur Wand
- Linken Ellenbogen beugen, den Arm etwa bis auf Schulterhöhe anheben und Unterarm an die Wand legen
- Oberkörper leicht nach rechts drehen (weg von der Wand), bis die Dehnung an der linken Schulter- und Brustmuskulatur spürbar ist
- 20 Sekunden halten, dann Seitenwechsel

Alternativ: ohne Wand

- Hüftbreiter Stand, Arme ausstrecken, Hände auf Schulterhöhe
- Schulterblätter zusammenführen bis eine Dehnung in der Brust zu spüren ist

Dehnung der Oberschenkelrückseite und Wade

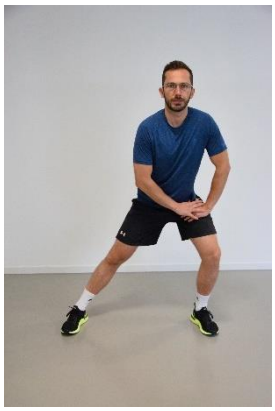
- Gewicht auf das rechte Bein verlagern
- Linkes Bein nach vorne ausstrecken und die linke Ferse aufstellen (Fußspitze zum Körper ziehen)
- Mit geradem Rücken das Gesäß so weit nach hinten schieben, dass die Dehnung an der linken Beinrückseite spürbar ist
- 20 Sekunden halten, dann Seitenwechsel

Achtung:

Bei Gleichgewichtsproblemen z.B. an der Wand abstützen

Dehnung der Oberschenkelinnenseite

- Weite Grätschstellung einnehmen, das rechte Bein zur Seite strecken, das linke Bein leicht beugen, beide Fußspitzen zeigen nach vorne
- Gewicht auf das linke Bein verlagern und Hüfte nach unten Richtung gebeugtes Bein schieben, bis die Dehnung an der Oberschenkelinnenseite des gestreckten Beins spürbar ist
- Gesäß dabei nach hinten schieben, Knie bleiben hinter den Fußspitzen
- 20 Sekunden halten, dann Seitenwechsel



Hauptteil - Beispiele

Körperwahrnehmung

Körperwahrnehmung	
Ziele: Sensibilisierung für den eigenen Körper	
Dauer: 30 Minuten	**Materialien:** keine

Körper-Scan

Beim Körper-Scan handelt es sich um ein gedankliches Abtasten („scannen“) durch den eigenen Körper. Dabei wird die Aufmerksamkeit auf verschiedene Bereiche des Körpers gerichtet. Es geht darum, eigene Körperempfindungen, Gedanken und Gefühle bewusst wahrzunehmen, ohne sie zu bewerten.

Dauer: 7 min

*TN stehen oder sitzen im Kreis, ein TN/Trainer*in gibt die Übung vor:*

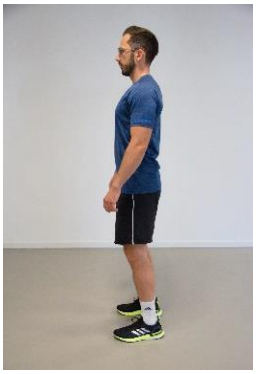
- *„Begib dich in eine angenehme Position und atme tief ein und aus.“*
- *„Schließe mit dem Ausatmen die Augen und komme langsam zur Ruhe. Sobald die Gedanken abschweifen, kommst du mit der Aufmerksamkeit wieder zurück zur jeweiligen Körperregion.“*
- *„Beginne mit den Füßen und fühle, an welchen Stellen die Füße den Boden berühren und nimm die Fersen, Fußsohlen, die Zehen und den Fußspann ganz bewusst wahr.“*
- *„Spüre dann in die Unterschenkel hinein, die Waden und Schienbeine. Wandere dann mit deiner Aufmerksamkeit in die Knie, die Oberschenkel.“*
- *„Wandere nun mit deiner Konzentration in deinen Bauch. Atme tief in den Bauch hinein und spüre, wich sich deine Bauchdecke beim Atmen hebt und senkt.“*
- *„Sind die unteren Rückenmuskeln entspannt? Überprüfe, ob die Schultern locker sind.“*
- *„Lockere deine Gesichtsmuskeln und überprüfe, ob der Unterkiefer locker ist, ob die Augenlider ganz locker aufeinanderliegen.“*

- *Spüre in deine Arme hinein. Fühle die Oberarme, die Ellenbogen, die Unterarme und die Finger.*
- *Konzentriere dich nun wieder auf deine Atmung. Mit der nächsten Ausatmung öffnest du wieder die Augen.*

Leitfragen:

- Welche Bereiche fühlen sich angenehm, welche unangenehm an?
- Wie fühlen sich die einzelnen Körperregionen an?
- Ist ein Unterschied zu vorher spürbar?

Der aufrechte Stand



Dauer: 3 min

TN stehen im Kreis

- Aufgerichtet stehen, die Füße stehen hüftbreit und die Knie sind leicht gebeugt
- Den Brustkorb während der Einatmung öffnen und aufrichten, bei der Ausatmung den Brustkorb senken
- Die Arme neben dem Körper hängen lassen
- Der gesamte Körper ist aufgerichtet, als würde er an den Haaren nach oben gezogen werden

Achtung:

Diese Übung gilt als Voraussetzung für die korrekte Ausführung der folgenden Übungen und den Aufbau der Grundspannung als Voraussetzung für alle Bewegungsübungen

Die Grundspannung

Dauer: 5 min

Die TN stehen im Kreis zusammen und gehen die wichtigsten Merkmale zum Aufbau der Grundspannung durch

- Die Füße hüftbreit aufstellen
- Die Knie leicht beugen und die Oberschenkelvorderseite bewusst anspannen, um eine Überstreckung der Kniegelenke zu vermeiden
- Das Becken aufrichten. Dazu die Gesäß-, Beckenboden- und Bauchmuskulatur anspannen. („Den Bauchnabel nach innen ziehen.“)
- Die Schulterblätter nach hinten unten ziehen und den Oberkörper aufrichten
- Die Arme hängen seitlich neben dem Körper
- Den Kopf in Verlängerung der Wirbelsäule halten, das Kinn leicht Richtung Kehlkopf/Brustbein ziehen

Körpermitte – Variation in der Bewegung

Dauer: 5 min, nach ca. 1 Minute Schrittkombination wechseln (Pausen nach Belieben)

TN stehen im Kreis und machen einfache Schrittkombinationen auf der Stelle

- Lockeres Gehen
- Lockere Schritte zur Seite
- Dynamisches Gehen mit Armeinsatz (Arme schwingen dynamisch mit)
- Lockere Schritte zur Seite mit Armeinsatz (Arme schwingen dynamisch mit)

Es soll wie zuvor eine innere Spannung aufgebaut- und wahrgenommen werden – diesmal in Bewegung.

Leitfragen:

- Können Sie Ihre Mitte aktiv anspannen?

Bewusstes Gehen

Dauer: 10 min

TN gehen gemeinsam spazieren/walken

- aufmerksam beobachten, in welchen Körperregionen die Bewegung am deutlichsten zu spüren ist

Leitfragen:

- Wo spüren Sie die Bewegung am deutlichsten?

Ausdauer - Gehen

Ziele: Aktivierung, Gehkoordination, Ausdauer

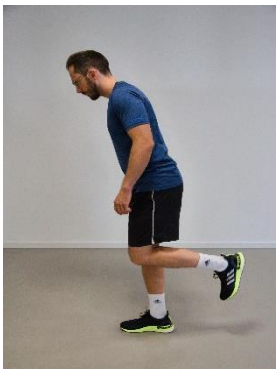
Dauer: 30 Minuten **Materialien:** keine

Gehschule – Bewegungsaufgaben

Dauer: 12 min, ca. 60-90 Sek. pro Übung

*Ein TN/Trainer*in stellt Bewegungsaufgaben:*

- rückwärtsgehen
- seitwärtsgehen
- kleine Schritte gehen
- große Schritte gehen
- über ein imaginäres Hindernis steigen
- Körpervorlage, dabei leicht anfersen (s. Bild)
- Körperrücklage, dabei Knie leicht anheben (s. Bild)
- Aufrechte Körperhaltung
- Aktiver Armeinsatz



Ausdrucks-Gehen

Dauer: 8 min, ca. 2 Minuten pro Gangart

TN verändern ihren Gang auf Ansage:

- stampfen
- schleichen
- bei jedem Schritt klatschen; z.B. klatschen, wenn der linke Fuß aufsetzt und 2 Mal klatschen, wenn der rechte Fuß aufsetzt
- in Zeitlupe gehen, vorwärts und rückwärts

Schatten-Gehen/Imitations-Gehen

Dauer: 10 min

Ein TN führt beim Gehen verschiedene Bewegungen aus und ein weiterer TN folgt mit ausreichend Abstand wie ein Schatten und imitiert die Bewegung. Bei ungerader Anzahl kann auch eine 3er-Gruppen gebildet werden.

z.B.:

- Ausfallschritt
- auf Zehenspitzen gehen
- von einem Bein auf das andere hüpfen
- mit der Hand den Boden berühren
- Arme nach oben oder zur Seite strecken etc.

Wechsel nach ca. 5 Minuten, der andere TN macht nun die Übungen vor

Alltag -Treppenlaufen

Ziele: Funktionelle Kräftigung der Becken- und Beinmuskulatur, Verbesserung der allgemeinen Ausdauer

Dauer: 30 Minuten **Materialien:** Treppe mit Geländer

Treppensteigen mit verschiedenen Gangformen

Dauer: 15 min (inkl. kurzer Erholungspausen, die jeder TN individuell machen kann)

TN gehen die Treppe hoch und wieder runter.

- Mit Blick in Richtung Treppe, Grundspannung im gesamten Körper und Treppen steigen
- Beim Hochgehen abwechselnd mit normaler Schrittbreite, in breitem und engem Schritt

Variation:

TN führen während der verschiedenen Gangformen folgende zusätzliche Aufgaben aus:

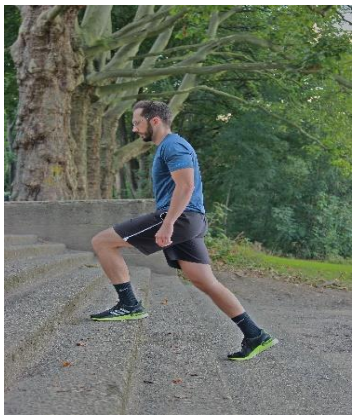
- Kniehebelauf
- Jede zweite Stufe nehmen
- zwei Stufen rauf, eine wieder herunter, dabei abwechselnd mit links und rechts beginnen

Wichtig:

Je nach Geschick und Sicherheitsgefühl am Geländer festhalten (nicht hochziehen).

Große Schritte auf der Treppe

Dauer: 5 min



TN gehen eine Etage die Treppe hoch und wieder runter. Beim Hochgehen wird folgende Bewegung (2-3 Durchgänge) ausgeführt:

- Mit Blick in Richtung Treppe, Grundspannung im gesamten Körper
- Linken Fuß auf die übernächste Stufe stellen
- Rechten Fuß langsam nachziehen
- Anschließend rechten Fuß auf die übernächste Stufe stellen
- Linken Fuß nachziehen usw.

Wichtig:

- Je nach Geschick und Sicherheitsgefühl am Geländer festhalten (nicht hochziehen).

Treppensteigen in verschiedenen Variationen

Dauer: 5 min

Zügige, aber sichere Bewegungsgeschwindigkeit, jede Geh-Variante 1-2 Mal durchführen

- Mit Blick in Richtung Treppe, Grundspannung im gesamten Körper
- Treppe im Anstellschritt steigen
- Treppe im Wechselschritt steigen
- Treppe in der Abfolge 2 Stufen hoch, 1 Stufe runter steigen

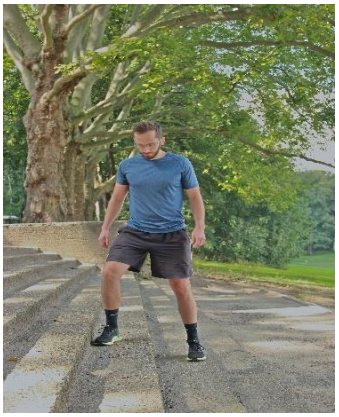
Variation:

- Bewegungsabläufe auch beim Hinabsteigen durchführen

Wichtig:

Je nach Geschick und Sicherheitsgefühl am Geländer festhalten (nicht hochziehen).

Seitliches Treppensteigen



Dauer: 5 min

TN steigen die Treppe seitlich im Wechsel mit links und rechts hoch.

- Treppe im Anstellschritt steigen

Variation:

- Treppe im Wechselschritt steigen (siehe Bild - Beine kreuzen bei jedem zweiten Stufenwechsel)
- Kreuzung der Beine variieren (vorne/hinten)
- Bewegungsabläufe auch beim Hinabsteigen durchführen

Leitfrage:

- Spüren Sie einen Unterschied zwischen den Seiten?

Wichtig:

Je nach Geschick und Sicherheitsgefühl am Geländer festhalten (nicht hochziehen).

Koordination - Gleichgewicht	
Ziele: Optimierung des Gleichgewichts durch verschiedene Standpositionen	
Dauer: 30 Minuten	**Materialien:** kleine Bälle (Alternativ: Taschentuchpackungen)

Erlernen der Standpositionen

Dauer: 5 min

*TN stehen im Kreis, ein TN/Trainer*in zeigt Standpositionen, diese sollen ca. 10 Sek. von den TN gehalten werden*

- Paralleler Stand: Beide Füße stehen nah beieinander
- Semi-Tandem-Stand: Ein Fuß steht leicht nach vorne versetzt, sodass Ferse und Fußballen auf einer Höhe sind
- Tandem-Stand: Beide Füße werden direkt voreinander platziert
- Einbein-Stand: einen Fuß auf Knöchelhöhe anheben und die Balance halten, danach Seitenwechsel

Wichtig: Bei Unsicherheit die Übungen in der Nähe von Mauern, Bäumen oder Bänken durchführen, sodass eine Möglichkeit zum Festhalten geboten wird. Außerdem sollte dann in eine leichtere Standposition gewechselt werden.

Oberkörperübungen in den Standpositionen – Gleichgewicht und Kraft

Dauer: 5 min, je 2x30 Sek.

TN nehmen einen Stand ihrer Wahl ein. Um den Unterschied der Belastung festzustellen, können die Standpositionen variiert werden.

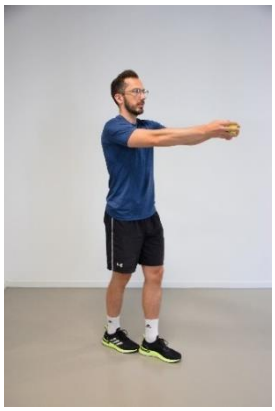
- Seitheben: Arme ausbreiten und bis auf Schulterhöhe heben und senken
- Brustkräftigung: Hände vor der Brust zusammendrücken, Ellenbogen zeigen nach außen
- Rückenstärkung: Arme auf Schulterhöhe ausbreiten, Handflächen zeigen nach hinten, sodass die Daumen Richtung Boden zeigen, Arme lang nach hinten bringen und die Schulterblätter zusammendrücken

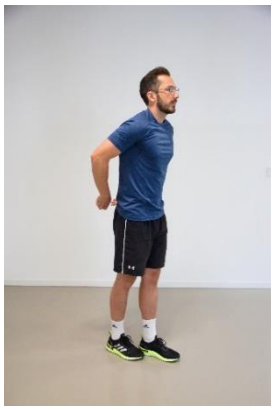
Wurfübungen in den Standpositionen – Gleichgewicht und Hand-Auge-Koordination

Dauer: 10 min, Variationen anbieten, sobald TN die Übungen beherrschen

Ablauf wie zuvor, jeder TN hat zwei Bälle. Den TN bei diesen Übungen genug Zeit lassen, um die Möglichkeit des Übens zu bieten.

- Vorerst mit einem Ball: nur rechts, nur links, abwechselnd hochwerfen und fangen
- Ball um den Körper herumführen
- Beide Bälle: Abwechselnd hochwerfen und mit gleicher Hand fangen, gleichzeitig werfen und mit der gleichen/anderen Hand fangen





Abschlussspiel: „Stopp, nicht so eilig!“

Dauer: 10 min

TN gehen zügig durcheinander und bewegen gleichzeitig die Arme

- Wenn ein TN/Trainer*in „Stopp“ ruft, sollen TN in ihrer momentanen Position verbleiben, ohne das Gleichgewicht zu verlieren
- TN/Trainer*in ruft „Weiter“, dann gehen die TN wieder durcheinander

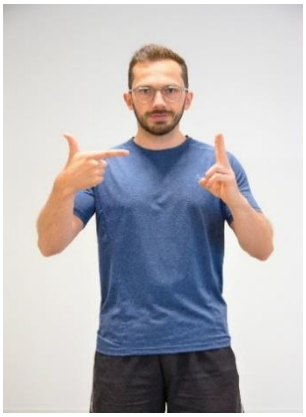
Variation:

- Vorgabe bestimmter Bewegungsmuster: Nur ein Fuß am Boden, die Arme über Kopf, möglichst große Schritte, Hüpfen, …

Was für den Kopf – Kognitionsspiele	
Ziele: Spielerische Steigerung der koordinativen Fähigkeiten	
Dauer: 30 Minuten	**Materialien:** keine

Hase und Jäger

Dauer: 5 min



- TN formen mit den Fingern der einen Hand einen Hasen (Zeige- und Mittelfinger sind gestreckt, Daumen, Ring- und Kleinfinger sind angewinkelt) und mit der anderen Hand eine Pistole (Daumen und Zeigefinger sind gestreckt, die anderen Finger sind angewinkelt), welche auf den Hasen zeigt
- Beide Figuren sollen getauscht werden: Der Hase wird zum Jäger und der Jäger wird zum Hasen
- Erst langsam und ggf. nacheinander durchführen, wenn möglich schneller werden

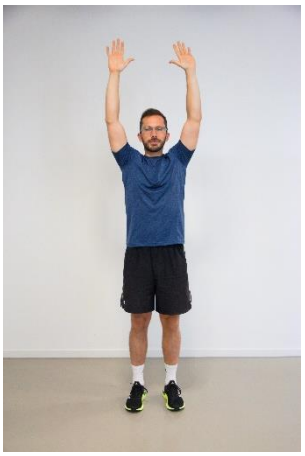
Achtung: Um die Konzentration aufrecht zu erhalten, sollten die Kognitionsübungen zwischendurch von einfacher Bewegung unterbrochen werden. Beispiel: 5 Minuten zügiges Gehen

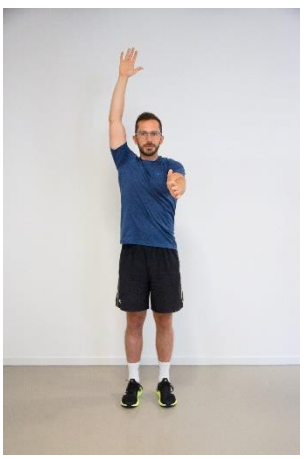
Verkehrspolizist

Dauer: 10 min

Um sich die Grundbewegung der Übung besser zu merken, wird diese einige Male durchgeführt:

- Beide Arme über Kopf strecken, Arme zur Seite ausbreiten, Arme gestreckt vor die Brust bewegen
- Nach der Gewöhnungsphase beginnt die eigentliche Übung: Die Arme machen die Grundbewegung zeitlich versetzt
- Startposition: Beide Arme über Kopf strecken: Der rechte Arm beginnt, bewegt sich nach rechts außen, dann den rechten Arm vor die Brust bringen und gleichzeitig den linken Arm nach links außen strecken, den rechten Arm nach oben und gleichzeitig den linken Arm nach vorne strecken, usw.
- Seite wechseln: wie oben, aber mit links beginnend





Variation:

Wie oben, aber Richtung wechseln: Arme nach vorne gestreckt, dann zur Seite, dann nach oben, im zweiten Schritt wieder zeitlich versetzte Bewegung der Arme

Klopf – Schnips – Klatsch

Dauer: 5 min

TN stehen im Kreis und machen die Bewegungsabfolge nach

- Klopf – Schnips – Klatsch – Klatsch – Klopf – Schnips – Klatsch – Schnips
- Klopf: mit der rechten Hand leicht auf den Brustkorb „schlagen“
- Schnips: mit der rechten Hand schnipsen
- Klatsch: mit beiden Händen klatschen
- Abfolge mehrmals wiederholen

Variationen

- Variation 1: Abfolge mit links durchführen
- Variation 2: Abfolge im Einbeinstand durchführen

Abschlussspiel: „Wir zählen bis 5!“

Dauer: 10 min

- TN stehen im Kreis und zählen gemeinsam bis 5 durch, sodass jeder immer eine Zahl nennt und dann der Nachbar fortführt
- Ziel ist es, gemeinschaftlich möglichst schnell und fehlerfrei bis 5 zu zählen
- 1-2 Runden zur Eingewöhnung, nach und nach werden verschiedene Zahlen gegen einfache Aufgaben ersetzt
- 1. Stufe: Zahl 3 wird durch Klatschen ersetzt
- 2. Stufe: Zahl 1 wird durch Hüpfen ersetzt
- 3. Stufe: Zahl 4 wird durch eine sanfte Kniebeuge ersetzt

Achtung: Wenn die TN-Zahl durch 5 teilbar ist, sollte bis 6 gezählt werden

Zirkeltraining

Zirkeltraining –

Übungsauswahl für ein abwechslungsreiches Ganzkörpertraining

Ziele: Steigerung der Kraftausdauer der Muskulatur von Kopf bis Fuß

Dauer: 30 Minuten **Materialien:** siehe Übung

Im Folgenden ist eine große Übungsauswahl zur Erstellung Ihres eigenen, abwechslungsreichen Zirkeltrainings zu finden. Die Übungen sind dabei frei auswählbar. Wir empfehlen, verschiedene Muskelgruppen zu kombinieren (z.B. Arm-, Rücken- und Beinübungen).

Beim Zirkeltraining findet das Training klassischerweise in Kreisform der „Übungsstationen“ statt. Jeder TN sucht sich eine Übungsstation zum Start aus (es gibt so viele Übungen wie TN). Nach Übungsdurchführung wird während der Übungspause die Station im oder gegen den Uhrzeigersinn gewechselt, sodass in einer „Zirkelrunde“ jeder TN einmal an einer Übungsstation war. Dadurch findet ein sehr abwechslungsreiches, dynamisches Gruppentraining statt. Je nach verfügbarer Zeit und TN-Zahl können 2-3 Zirkelrunden mit Pausen zwischen jeder Zirkelrunde (z.B. 2 Minuten) durchgeführt werden.

Variationen:

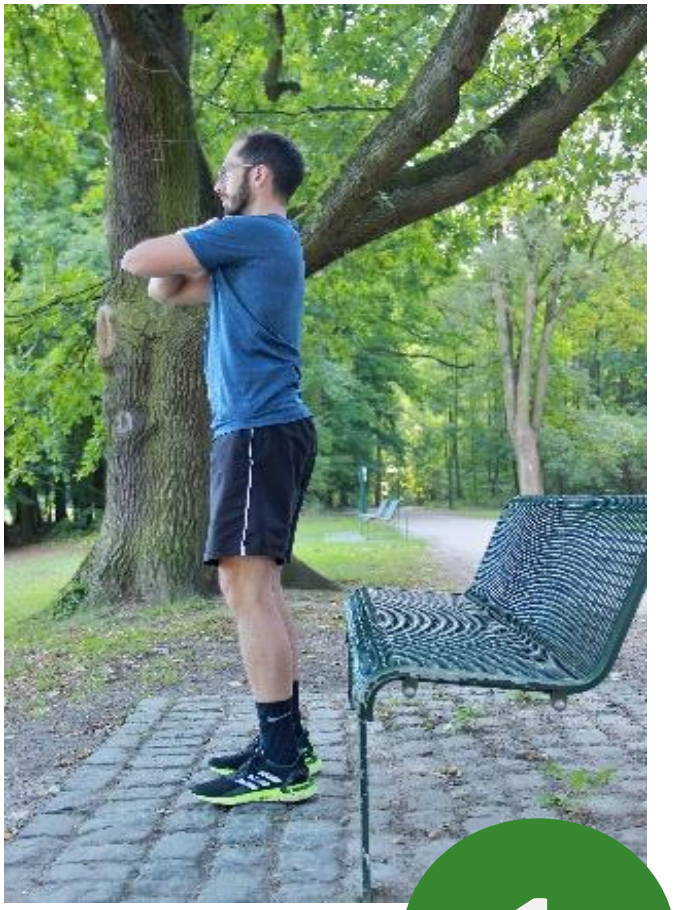
- Variation 1: Je nach Vorliebe der Gruppe kann das Training auch als Stationstraining durchgeführt werden: Die TN führen 2-3 Sätze der jeweiligen Übung durch und wechseln erst anschließend die Übungsstation.
- Variation 2: Die Übungen können auch jederzeit flexibel eingesetzt werden, z.B. als „aktive Pausen“ alle 5 Minuten während einer Nordic Walking Einheit.

Beachten Sie: Die Belastungsdauer und Wiederholungsfrequenz kann nach Zeit (z.B. 60 Sekunden Belastung, 45 Sekunden Pause) oder Wiederholungsinstruktion (z.B. jeder TN macht 15 Wiederholungen) variabel bestimmt werden.

Aufstehen & Hinsetzen

Ausdauer | **Kraft**

- Körperschwerpunkt im Sitzen nach vorne verlagern, aus der Beinmuskulatur aufrichten und in den Stand kommen
- Danach langsam und kontrolliert wieder hinsetzen und wiederholen
- Während der Bewegung auf einen geraden Rücken achten!



1

Aufstieg

PISUP
Praktisch, sportlich und persönlich.

Ausdauer | **Kraft**

- Mit den Fußspitzen des linken Fußes an die Sitzfläche des Stuhls/ die Kante der Mauer tippen
- Danach linken Fuß wieder auf den Boden stellen und das Gleiche mit dem rechten Fuß durchführen
- Bewegung mehrfach wiederholen

Beinkräftigung im Sitzen

PISUP
Praktisch, sportlich und persönlich.

Kraft

- Aufrecht sitzend die Fußspitze des rechten Fußes anziehen, das Bein maximal strecken und Position kurze Zeit (1-2 Sek.) halten
- Knie wieder beugen, Fuß abstellen und das Gleiche mit dem anderen Bein durchführen

Gerade Bauchmuskulatur im Sitzen

Kraft

- Grundspannung im Oberkörper aufbauen und die Wirbelsäule während der gesamten Übung aufgerichtet halten
- Oberkörper leicht nach hinten lehnen, Spannung in der Bauchmuskulatur kurze Zeit halten (1-2 Sek.) und danach wieder die Ausgangsposition einnehmen

Gleichgewicht mit Ball

PISUP
Praktisch, sportlich und persönlich.

Koordination

- Bevorzugte Standposition einnehmen und halten (je nach gewünschter Schwierigkeit)
- Übung 1) 2) oder 3) (mit Tennisball o.ä.) mit Standposition kombinieren

1) Ball mit rechts und links abwechselnd hochwerfen und fangen

2) Ball um den Körper kreisen lassen (zwischendurch Richtungswechsel)

3) Zwei Bälle abwechselnd oder zeitgleich hochwerfen und mit der gleichen Hand fangen

Gleichgewicht - Standpositionen

Koordination

- Bevorzugte Standposition einnehmen und halten (je nach gewünschter Schwierigkeit)
- Variation 1) = leicht; Variation 2) = etwas schwerer; Variation 3) = noch schwerer; Variation 4) = am schwersten
- Optional: Durch gleichzeitige Kopfbewegung von links nach rechts (Blick geht über linke und rechte Schulter) wird die Schwierigkeit der Übungen zusätzlich erhöht

Tipp: Bei Unsicherheit die Übungen unter Zuhilfenahme einer Stütze (Stuhl, Wand etc.) durchführen

1) Paralleler Stand: Beide Füße stehen nebeneinander

2) Semi-Tandem-Stand: Ein Fuß steht leicht nach vorne versetzt, Ferse und Fußballen sind nebeneinander

3) Tandem-Stand: Beide Füße werden direkt hintereinander (auf einer Linie) platziert

4) Einbein-Stand: Ein Bein anheben und Fuß auf Knöchelhöhe positionieren

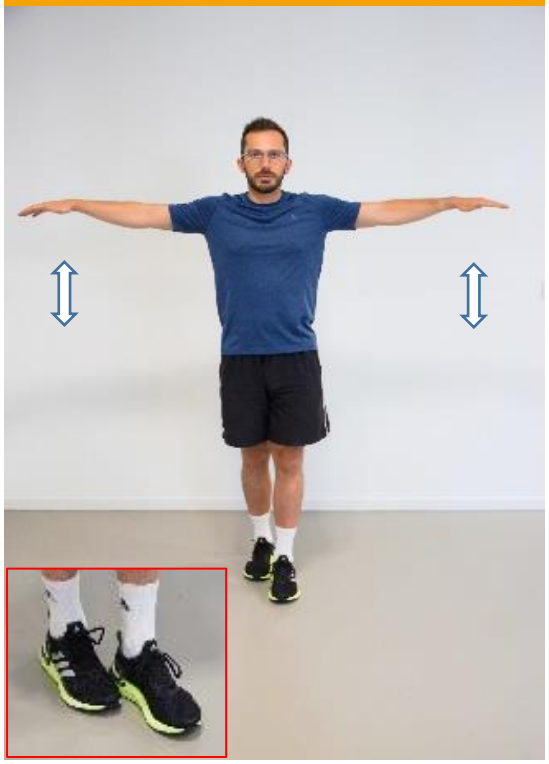
Gleichgewicht und Kraft

PISUP
Praktisch, sportlich und persönlich.

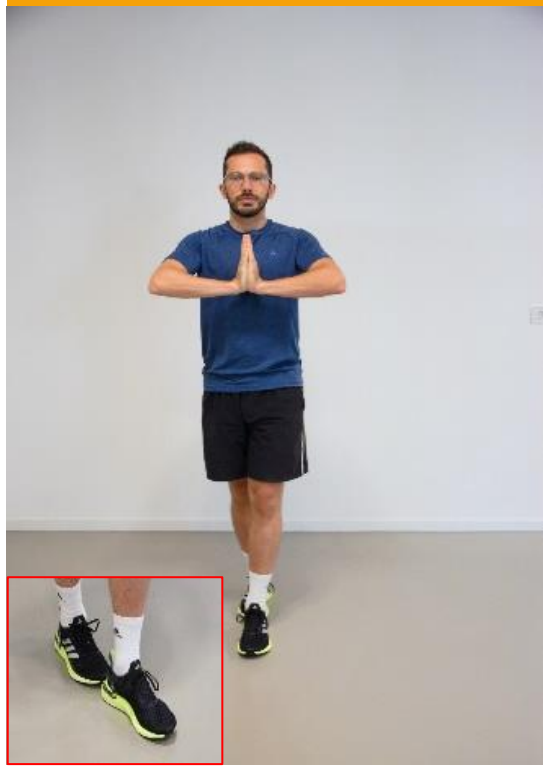
Koordination | **Kraft**

- Bevorzugte Standposition einnehmen und halten (je nach gewünschter Schwierigkeit)
- Kräftigungsübung 1) 2) oder 3) mit Standposition kombinieren
- Optional: Durch gleichzeitige Kopfbewegung von links nach rechts (Blick geht über linke und rechte Schulter) wird die Schwierigkeit der Übungen zusätzlich erhöht

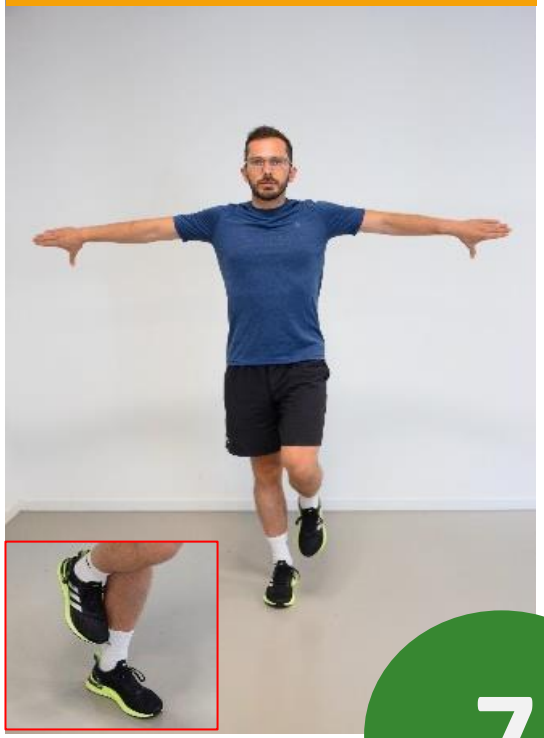
1) Schulterkräftigung: Arme ausbreiten und bis auf Schulterhöhe heben und senken



2) Brustkräftigung: Hände vor der Brust zusammendrück, Ellenbogen zeigen nach außen



3) Rückenkräftigung: Arme ausbreiten, Handflächen zeigen nach hinten, Daumen Richtung Boden, Schulterblätter zusammendrücken



Der „Hacker“

Ausdauer

- Spannung im Oberkörper aufbauen
- Arme führen kleine, schnelle Hackbewegungen aus
- Variation 1) = einfacher; Variation 2) = schwerer

1) Ellenbogen seitlich am Körper halten und die Unterarme führen Hackbewegungen aus

2) In der Hüfte beugen, Oberkörper nach vorne lehnen und die Unterarme führen Hackbewegungen aus

Kniebeugen

Ausdauer

Kraft

- Hüftbreiter Stand, Knie leicht beugen und in Richtung der Fußspitzen ausrichten
- Knie bis max. 90° beugen (X- und O-Beinstellung vermeiden)
- Gesäß nach hinten führen und aufgerichteten Oberkörper leicht nach vorne neigen
- Beine wieder strecken und Ausgangsposition einnehmen

Rudern

Kraft

- Arme nach vorne ausstrecken, Handinnenflächen zeigen zueinander
- Ellenbogen nah am Körper entlangführen, die Schulterblätter fest zusammendrücken
- Arme wieder ausstrecken und Bewegung wiederholen

Schattenboxen

Ausdauer

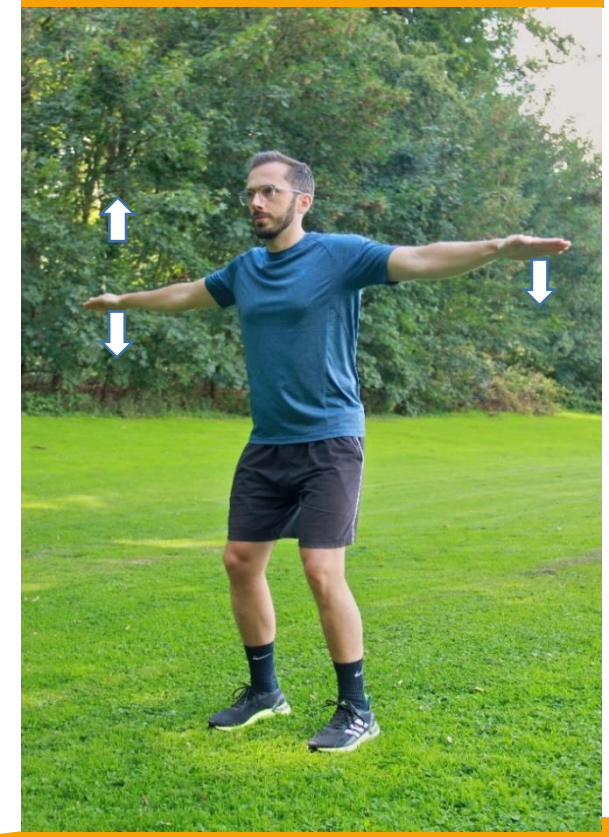
- Arme anwinkeln, Oberarme nah am Körper positionieren
- Abwechselnd linken und rechten Arm nach vorne ausstrecken und wieder zurückziehen, dabei auf flüssigen Bewegungsablauf achten
- Oberkörper während der Bewegung stabil halten

Schmetterling

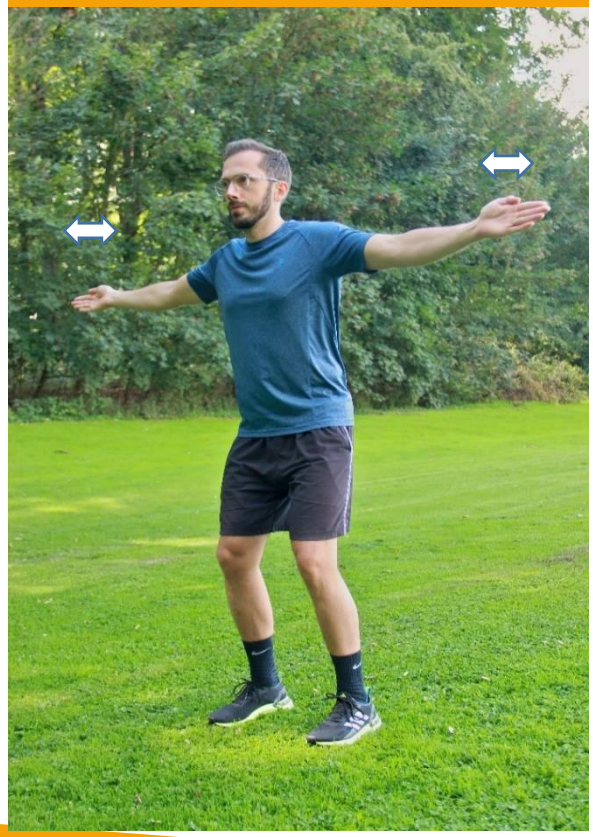
Ausdauer | **Kraft**

- Arme seitliche ausstrecken, sodass die Hände auf Schulterhöhe sind
- Mit gestreckten Armen kleine, schnelle Bewegungen aus dem Schultergelenk ausführen
- Alle 5 Sekunden Handhaltung und Bewegungsrichtung ändern
- Auf Oberkörperspannung während der Bewegung achten!

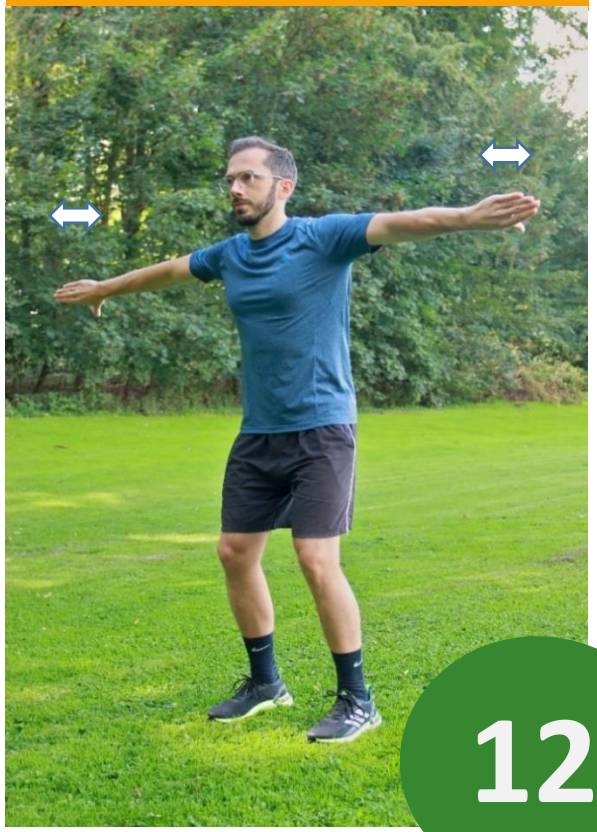
1) Handfläche nach unten, vertikale Bewegung der Arme



2) Handfläche nach vorne, horizontale Bewegung der Arme



3) Handfläche nach hinten, horizontale Bewegung der Arme



Schräge Bauchmuskulatur im Sitzen

Kraft

- Sitzend Grundspannung im Oberkörper aufbauen und leicht zurücklehnen
- Rechts Bein anheben und zeitgleich den Oberkörper eindrehen, so dass sich Ellenbogen und Oberschenkel annähern
- Übung im Seitenwechsel mehrmals ausführen

Seitstütz

Kraft

- Mit etwa einem Meter Abstand seitlich neben eine Bank/einen Stuhl stellen
- Mit der rechten Hand auf der Lehne abstützen, dabei den Arm strecken
- Spannung im Körper aufbauen und halten, so dass der Körper eine Gerade bildet und nach einem Durchgang die Seite wechseln

Positive Liegestütze

Kraft

- Etwa einen Meter von der Wand/Baum/Geländer stehend, Hände auf Schulterhöhe und -breite anlegen
- Ellenbogen beugen und Körperschwerpunkt nach vorne verlagern
- Danach Ellenbogen strecken, Ausgansposition einnehmen und wiederholen

Trizeps-Stütz

Kraft

- Aufrecht sitzend die Hände schulterbreit auf der Sitzfläche positionieren
- Beine etwa im 90° Winkel aufstellen, Grundspannung im Körper aufbauen
- Variation 1) = einfacher; Variation 2) = schwerer

1) Gesäß anheben, etwas nach vorne schieben und Stützposition halten

2) Ellenbogen beugen, sodass sich das Gesäß in Richtung Boden senkt und Arme wieder strecken

Kniehebelauf

Ausdauer

- Knie im Wechsel anheben, Oberkörper dabei leicht eindrehen
- Linkes Knie und rechter Ellenbogen nähern sich an und
- Rechtes Knie und linker Ellenbogen nähern sich an

Anlage 2: P-SUP-Ablaufplan-Beispiel

Beispielhafter Wochenplan für die Gruppentreffen

-Bei den weißen Feldern kann es sich je nach Monat um 2-3 Bewegungseinheiten handeln-

Monat 1				Monat 2			
			(ERNÄHRUNG)				(GRUPPEN-DYNAMIK)
Monat 3				**Monat 4**			
			(MEDIZIN)				
Monat 5				**Monat 6**			
							(MOTIVATION)
Monat 7				**Monat 8**			
Monat 9				**Monat 10**			
			(FREIE WAHL)				
Monat 11				**Monat 12**			
							(FREIE WAHL)
Monat 13				**Monat 14**			
Monat 15				**Monat 16**			
			(FREIE WAHL)				
Monat 17				**Monat 18**			
							(FREIE WAHL)

Sporttherapeut*in | Bewegung alleine | Expertentreffen | Gesprächstreffen

Anlage 3: P-SUP-1_Themenauswahl-Expert*innenmeetings

Liebe P-SUP-Gruppe,

für Sie und Ihre Gruppe steht nun das **erste Expertentreffen mit einem Thema der freien Wahl** an.

Wir möchten Ihnen nun vorab die Gelegenheit geben, sich als Gruppe für ein Thema zu entscheiden. Schauen Sie sich unsere **Themenvorschläge auf den folgenden Seiten** in Ruhe an und treffen Sie als Gruppe die Wahl, welches Thema Sie am meisten interessiert.

Falls nicht das Richtige für Ihre Gruppe dabei ist, können Sie uns untenstehend gerne Ihr Wunsch-Thema mitteilen und wir werden versuchen einen geeigneten Experten zu finden.

_____

_____

_____

_____

_____

Wir freuen uns, Sie bald im nächsten **Expertentreffen** begrüßen zu dürfen!

Ihr P-SUP-Team

Themenvorschläge zum Expertentreffen "Freie Wahl"

Ernährung:

☐ ***Thema 1: Kohlenhydrate mal anders***

- Erfahren Sie, wie groß die Vielfalt der Kohlenhydrate ist und erhalten Sie praktische Tipps für Ihren Ernährungsalltag. Lernen Sie leckere Alternativen zu Kartoffeln, Reis und Nudeln kennen und erfahren Sie mehr über deren Vorteile.

☐ ***Thema 2: Zucker und Zuckerersatzstoffe***

- Tauchen Sie ein in die süße Welt des Zuckers und der Zuckerersatzstoffe. Wir nehmen Zucker, Süßstoffe und Zuckeraustauschstoffe unter die Lupe und beantworten häufig gestellte Fragen rund um dieses Thema.

☐ ***Thema 3: Gewichtsentwicklung und Ernährungsverhalten***

- Sie versuchen schon seit einiger Zeit Ihr Körpergewicht zu reduzieren aber es verändert sich nichts (mehr) auf der Waage? In diesem Expertentreffen nehmen wir unter die Lupe, was zu einem Gewichtsstillstand führen kann. Zudem erfahren Sie, ob und wie sich Gewicht und Gesundheit beeinflussen.

☐ ***Thema 4: Gut geplant – der Weg zum Ziel***

- Überlassen Sie eine gesunde und ausgewogene Ernährung nicht dem Zufall. Mit einem durchdachten Plan fällt eine Ernährungsumstellung meist gar nicht so schwer. Erfahren Sie in diesem Expertentreffen, wie eine gute Planung aussieht. Weiterhin erhalten Sie Tipps, wie Sie die Vorratshaltung und Lagerung von Lebensmitteln optimieren können, um für eine bessere Haltbarkeit zu sorgen.

☐ ***Thema 5: Milch (-produkte) und pflanzliche Alternativen***

- Sie fragen sich, ob es immer Kuhmilch sein muss? Dann sind Sie in diesem Expertentreffen genau richtig. Hier werden Milch und Milchprodukte auf Kuhmilchbasis genauer betrachtet und mit pflanzlichen Alternativen verglichen. Sie erfahren, wie Sie die Vielfalt in der Küche noch abwechslungsreicher gestalten können.

☐ ***Thema 6: Essen und Trinken - Mehr als nur Nahrungsaufnahme?***

- Essen und Trinken kann mehr sein als die Befriedigung von Hunger und Durst. Manchmal stellt die Nahrungsaufnahme auch eine Form der Belohnung dar oder spendet Trost. In diesem Expertentreffen erfahren Sie, wie Sie mehr Bewusstsein für das individuelle Ernährungsverhalten entwickeln und was für eine Veränderung der Gewohnheiten hilfreich sein kann.

Bewegung:

 Thema 7: Effekte körperlicher Aktivität

- Lernen Sie mehr darüber, wie sich Bewegung und Sport auf die verschiedenen Körpersysteme auswirkt und wie vielfältig die Bewegungsmöglichkeiten dabei sind.

Motivation:

 Thema 8: Gesundheitsverhaltensänderung

- Lernen Sie gemeinsam hilfreiche Techniken kennen, wie Sie langfristig mehr Gesundheit in Ihren Alltag bringen können – individuell, praktisch und eigentlich doch ganz einfach.

 Thema 9: Selbstvertrauen

- Mehr Selbstvertrauen für mehr Gesundheit. Glauben Sie an sich und Ihre Gesundheit! Gemeinsam werden Sie hier Ihr Selbstvertrauen im Hinblick auf Ihren gesunden Alltag stärken.

Medizin:

 Thema 10: Fettleber- die unterschätzte Begleiterkrankung!

- Bis zu 75 % der Übergewichtigen und bis zu 80 % der Typ 2-Diabetiker haben eine Fettleber. Doch kaum einer der Betroffenen weiß davon. Die meisten erfahren davon erst durch einen medizinischen Zufall. Die Fettleber kann dabei Ursache aber auch Folge einer anderen Erkrankung sein. Als zentrales Organ im Stoffwechsel entscheidet sie maßgeblich über den Behandlungserfolg aller Erkrankungen. Mit einfachen Mitteln kann jeder einen Beitrag dazu leisten seine Krankheitsbelastung zu senken.

 Thema 11: Der Schlüssel des Lebens: das Mikrobiom!

- Das Mikrobiom beschreibt die Summe aller guten Bakterien im Darm, die eine perfekte Umsetzung von Nahrung in elementare Bausteine des Lebens organisieren. Die Rolle des Darms und damit des Mikrobioms ist erst seit etwa 10 Jahren im Fokus der Medizin. Aber schon jetzt ist klar: ein gestörtes Mikrobiom führt zu schweren Erkrankungen, verhindert erfolgreiche Behandlungen und trägt erheblich zum Alterungsprozess bei. Daher ist die „Pflege“ des Mikrobioms die Quelle eines guten Lebens.

□ ***Thema 12: Nikotinabhängig***

- „Ich kann jederzeit aufhören!“, „Ich rauche gar nicht viel“ oder „Jeder hat halt ein Laster“. Um das Thema Rauchen oder Rauchstoppversuche ranken sich viele Mythen. In dieser Einheit beleuchten wir das Thema Rauchen von A wie Abhängigkeit bis Z wie Zigarette. Ergänzend werden regelmäßig Bezüge zu den Erkrankungen Diabetes (Typ 2) und der koronaren Herzkrankheit hergestellt.

□ ***Thema 13: Fragerunde mit Medizinern***

- In diesem Expertentreffen beantwortet Ihnen medizinisches Fachpersonal alle Fragen rund um das Thema Diabetes Typ 2 und/oder Koronare Herzkrankheit.

Mentales Wohlbefinden:

□ ***Thema 14: Krankheitsverarbeitung und -bewältigung***

- Eine chronische Erkrankung kann eine seelische Herausforderung darstellen. Daher spielen Bewältigungsstrategien eine wichtige Rolle z.B. zu wissen, was einem gut tut und hilft. In diesem Expertentreffen schauen wir uns gemeinsam an, was im Umgang mit der Erkrankung im Alltag hilft.

□ ***Thema 15: Stressmanagement***

- Ständiger Stress gehört bei vielen zum Alltag. Doch ein übermäßiger Stress beeinträchtigt das Wohlbefinden und gefährdet die Gesundheit. Wir schauen uns in diesem Treffen gemeinsam an, welche Auswirkungen Stress haben kann und welche positiven Umgangsweisen entwickelt werden können.

□ ***Thema 16: Entspannungstechniken***

- In diesem Expertentreffen lernen wir ein paar alltagstaugliche Entspannungsverfahren kennen. Sehr bekannt sind z.B. die Progressive Muskelentspannung (PMR*) nach Jacobsen oder das Autogene Training (AT). Bei Möglichkeit kann eine Entspannungstechnik auch exemplarisch ausprobiert werden.

 Thema 17: Hohe Resilienz – die Quelle der mentalen Widerstandskraft!

- Die Krisen der Welt, aber auch die Belastungen des Alltagslebens führen uns immer häufiger an unsere mentalen Belastungsgrenzen. Um nicht daran zu erkranken braucht es eine hohe Widerstandskraft (Resilienz). Je höher diese ist, umso geringer die Gefahr von Stress, Depressionen oder Burnout. Jede Lebensphase hat ihre spezifischen Herausforderungen und bedarf entsprechend ihre eigene Resilienz. Ein Überblick zur diesem Thema kann den Weg zu einer gesteigerten Resilienz ebnen.

 Thema 18: Einsamkeit – Warum hat Großbritannien dafür ein Ministerium?

- Die Einsamkeit kann zur Krankheit beitragen und umgekehrt kann Krankheit zur Einsamkeit führen. In Großbritannien besteht bei vielen Menschen eine ungewollte Einsamkeit, die zu erheblichen Folgen für den Einzelnen und die Gesellschaft beiträgt. Deswegen werden alle politischen Entscheidungen vom Ministerium für Einsamkeit gegengeprüft. In Deutschland berichten die Hausärzte ebenfalls von vielen Menschen mit ungewollter Einsamkeit. Dabei bemerken die meisten gar nicht, dass sie einsam sind. Was jeder einzelne für sich und für anderen bewirken kann, ist Ziel dieser Veranstaltung.

Anlage 4: P-SUP-2_Themenauswahl-Expert*innenmeetings

Liebe P-SUP-Gruppe,

für Sie und Ihre Gruppe steht nun das **erste Expertentreffen mit einem Thema der freien Wahl** an.

Wir möchten Ihnen nun vorab die Gelegenheit geben, sich als Gruppe für ein Thema zu entscheiden. Schauen Sie sich unsere **Themenvorschläge auf den folgenden Seiten** in Ruhe an und treffen Sie als Gruppe die Wahl, welches Thema Sie am meisten interessiert.

Falls nicht das Richtige für Ihre Gruppe dabei ist, können Sie uns untenstehend gerne Ihr Wunsch-Thema mitteilen und wir werden versuchen einen geeigneten Experten zu finden.

_____

_____

_____

_____

_____

Wir freuen uns, Sie bald im nächsten **Expertentreffen** begrüßen zu dürfen!

Ihr P-SUP-Team

Themenvorschläge zum Expertentreffen "Freie Wahl"

Ernährung:

 Thema 1: Kohlenhydrate mal anders

- Erfahren Sie, wie groß die Vielfalt der Kohlenhydrate ist und erhalten Sie praktische Tipps für Ihren Ernährungsalltag. Lernen Sie leckere Alternativen zu Kartoffeln, Reis und Nudeln kennen und erfahren Sie mehr über deren Vorteile.

 Thema 2: Zucker und Zuckerersatzstoffe

- Tauchen Sie ein in die süße Welt des Zuckers und der Zuckerersatzstoffe. Wir nehmen Zucker, Süßstoffe und Zuckeraustauschstoffe unter die Lupe und beantworten häufig gestellte Fragen rund um dieses Thema.

 Thema 3: Warum nehme ich nicht ab?

- Sie versuchen schon seit einiger Zeit Ihr Körpergewicht zu reduzieren aber es verändert sich nichts (mehr) auf der Waage? In diesem Expertentreffen nehmen wir unter die Lupe, was zu einem Gewichtsstillstand führen kann. Zudem erfahren Sie, ob und wie sich Gewicht und Gesundheit beeinflussen.

Motivation:

 Thema 8: Gesundheitsverhaltensänderung

- Lernen Sie gemeinsam hilfreiche Techniken kennen, wie Sie langfristig mehr Gesundheit in Ihren Alltag bringen können – individuell, praktisch und eigentlich doch ganz einfach.

Medizin:

 Thema 10: Fettleber- die unterschätzte Begleiterkrankung!

- Bis zu 75 % der Übergewichtigen und bis zu 80 % der Typ 2-Diabetiker haben eine Fettleber. Doch kaum einer der Betroffenen weiß davon. Die meisten erfahren davon erst durch einen medizinischen Zufall. Die Fettleber kann dabei Ursache aber auch Folge einer anderen Erkrankung sein. Als zentrales Organ im Stoffwechsel entscheidet sie maßgeblich über den Behandlungserfolg aller Erkrankungen. Mit einfachen Mitteln kann jeder einen Beitrag dazu leisten seine Krankheitsbelastung zu senken.

 Thema 11: Der Schlüssel des Lebens: das Mikrobiom!

- Das Mikrobiom beschreibt die Summe aller guten Bakterien im Darm, die eine perfekte Umsetzung von Nahrung in elementare Bausteine des Lebens organisieren. Die Rolle des Darms und damit des Mikrobioms ist erst seit etwa 10 Jahren im Fokus der Medizin. Aber schon jetzt ist klar: ein gestörtes Mikrobiom führt zu schweren Erkrankungen, verhindert erfolgreiche Behandlungen und trägt erheblich zum Alterungsprozess bei. Daher ist die „Pflege“ des Mikrobioms die Quelle eines guten Lebens.

 Thema 13: Fragerunde mit Medizinern

- In diesem Expertentreffen beantwortet Ihnen medizinisches Fachpersonal alle Fragen rund um das Thema Diabetes Typ 2 und/oder Koronare Herzkrankheit.

Mentales Wohlbefinden:

 Thema 14: Krankheitsverarbeitung und -bewältigung

- Eine chronische Erkrankung kann eine seelische Herausforderung darstellen. Daher spielen Bewältigungsstrategien eine wichtige Rolle z.B. zu wissen, was einem gut tut und hilft. In diesem Expertentreffen schauen wir uns gemeinsam an, was im Umgang mit der Erkrankung im Alltag hilft.

 Thema 16: Entspannungstechniken

- In diesem Expertentreffen lernen wir ein paar alltagstaugliche Entspannungsverfahren kennen. Sehr bekannt sind z.B. die Progressive Muskelentspannung (PMR*) nach Jacobsen oder das Autogene Training (AT). Bei Möglichkeit kann eine Entspannungstechnik auch exemplarisch ausprobiert werden.

 Thema 17: Hohe Resilienz – die Quelle der mentalen Widerstandskraft!

- Die Krisen der Welt, aber auch die Belastungen des Alltagslebens führen uns immer häufiger an unsere mentalen Belastungsgrenzen. Um nicht daran zu erkranken braucht es eine hohe Widerstandskraft (Resilienz). Je höher diese ist, umso geringer die Gefahr von Stress, Depressionen oder Burnout. Jede Lebensphase hat ihre spezifischen Herausforderungen und bedarf entsprechend ihre eigene Resilienz. Ein Überblick zur diesem Thema kann den Weg zu einer gesteigerten Resilienz ebnen.

Praxis Dr. med. M. Mustermann | Gleueler Str. 176-178 • 50935 Köln

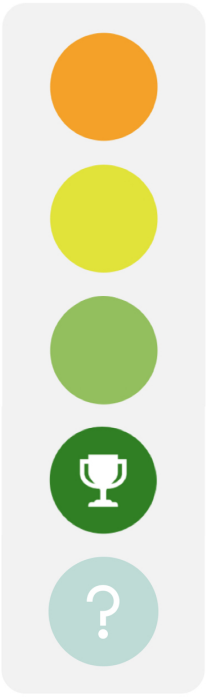
P-SUP
Praktisch, sportlich und persönlich.

DMP-FallNr: 12345, F, Geb.Jahr 1950, BARMER

12.05.2021

Sehr geehrte P-SUP Teilnehmerin,

Nachstehend finden Sie eine Auswahl Ihrer medizinischen Werte. Dieser Bericht soll dazu dienen, Ihnen eine Übersicht über die Entwicklung Ihrer Werte im Laufe des Programms zu bieten.



Das **orange Symbol** deutet auf eine **Verschlechterung** Ihrer Werte hin. Das sollte aber kein Grund sein aufzugeben, die Zeit für Veränderung ist jetzt!

Das **gelbe Symbol** deutet darauf hin, dass **keine Veränderung** stattgefunden hat. Lassen Sie sich jedoch nicht entmutigen, denn Veränderung braucht manchmal Zeit!

Das **hellgrüne Symbol** deutet auf eine **Verbesserung** Ihrer Gesundheit hin. Ausgezeichnet!

Das **dunkelgrüne Symbol** bedeutet, dass Ihre Werte im **Normbereich** liegen. Dies ist ein toller Erfolg!

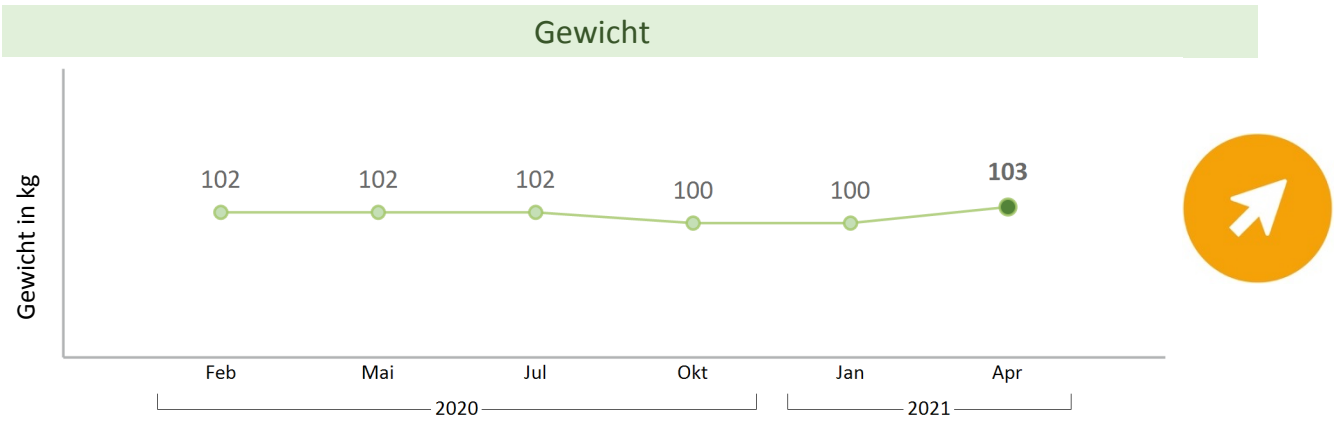
Das **hellblaue Symbol** deutet darauf hin, dass Ihre Werte nicht korrekt vorliegen. Dafür entschuldigen wir uns!

Bitte besprechen Sie Ihre Werte, die außerhalb des Normbereichs liegen, mit Ihrem Hausarzt. Weitere Informationen zu den Inhalten dieses Berichts finden Sie auf der Online Plattform.

Wir wünschen Ihnen alles Gute und hoffen, dass Sie Ihre Ziele erreichen!

Gewicht

Im Folgenden wird der Verlauf Ihres Körpergewichts (in Kilogramm) abgebildet.

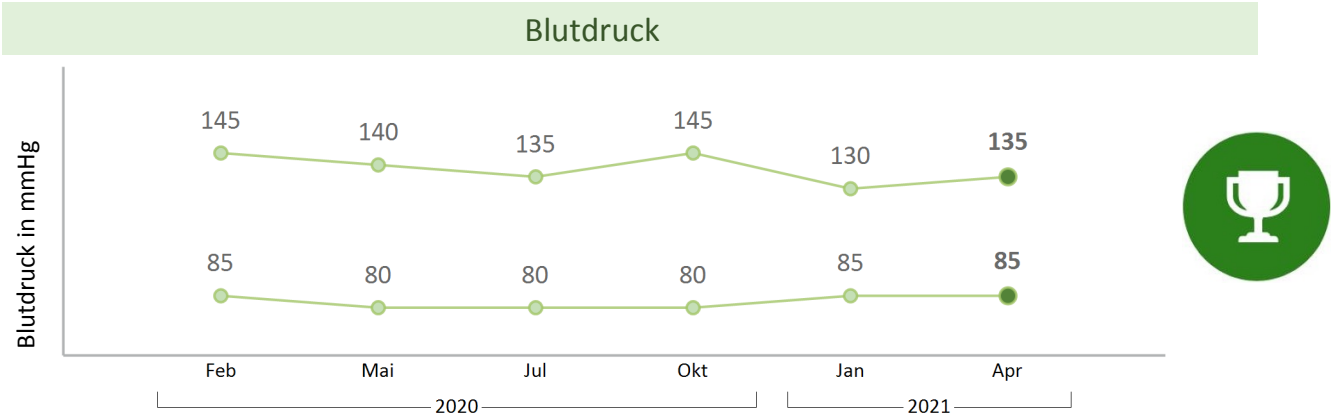


Ihr aktuelles Gewicht liegt oberhalb des Bereichs, in dem dieser Wert normalerweise zu erwarten wäre.

Im Vergleich zu Ihrer Messung im Januar 2021, ist Ihr Gewicht gestiegen. Geben Sie nicht auf!

Blutdruck

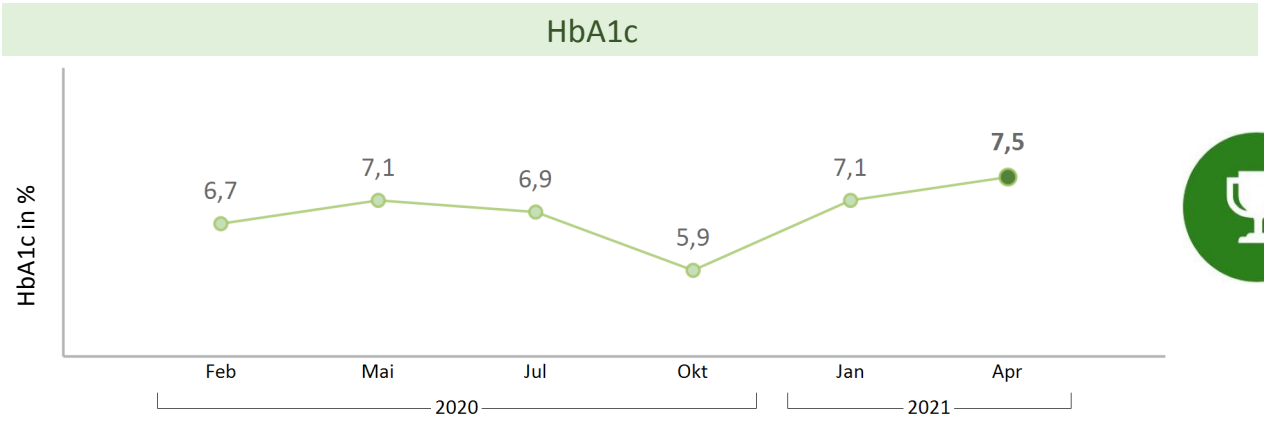
Ein hoher Blutdruck belastet das Herz und erhöht dessen Sauerstoffverbrauch, wodurch eine Herzkrankheit entstehen oder verschlechtert werden kann.



Ihr Blutdruck liegt im Normbereich. Sie können stolz auf sich sein!

HbA1c

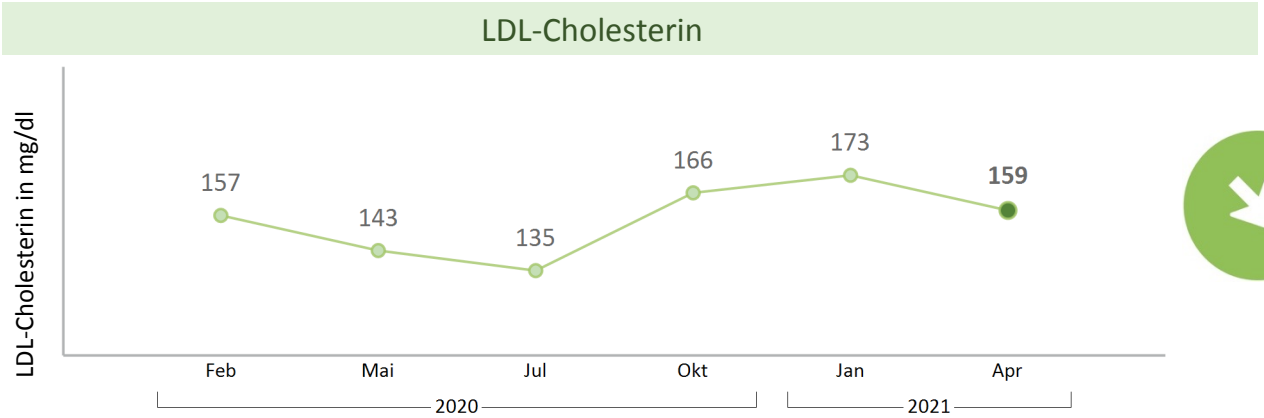
Dieser Blutwert gibt Auskunft über die Blutzuckerwerte der letzten 8 bis 12 Wochen.



Ihr HbA1c liegt im Normbereich. Sie können stolz auf sich sein!

LDL-Cholesterin

Hohe LDL-Cholesterinwerte schädigen die Gefäßstruktur, indem Cholesterin in die Zellen und Organe transportiert wird.



Ihr aktueller LDL-Cholesterin-Wert liegt oberhalb des Bereichs, in dem dieser Wert normalerweise zu erwarten wäre.

Im Vergleich zu Ihrer Messung im Januar 2021, ist Ihr LDL-Cholesterin gesunken. Weiter so!

Deutsche Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne

P SUP
Praktisch, sportlich und persönlich.

Informationen für Sporttherapeut*innen im Projekt P-SUP

1. Kurz erklärt: Was ist P-SUP?

Das Projekt „Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm“ (kurz P-SUP, www.p-sup.de) entwickelt und untersucht verschiedene Unterstützungsangebote für **Menschen mit Diabetes Mellitus Typ 2 (DMT2) und/oder Koronarer Herzkrankheit (KHK)**. Das übergeordnete Ziel ist es, die Lebensqualität, das Wohlbefinden und die Versorgung dieser Menschen zu verbessern. Dafür werden im Rahmen des Projekts mehrere Komponenten entwickelt und anschließend evaluiert.

Eine dieser Komponenten ist die **Peer-Support Gruppe (PSG).** Hierbei handelt es sich um eine Gruppe von Patient*innen, die sich wöchentlich zu **gemeinsamen Bewegungseinheiten** (3x/Monat) sowie zur Vermittlung theoretischer Inhalte in Form von Expertentreffen (1x/Monat) trifft. Die PSGs sollen einen Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen Patient*innen ermöglichen und gleichzeitig eine niederschwellige Möglichkeit zur Bewegung sein. Jede Gruppe besteht aus maximal 6-10 Teilnehmenden (TN).

2. Wie kommen die Gruppen zustande?

Alle TN werden im Rahmen bestehender Disease-Management-Programme (DMP) für Patient*innen mit DMT2 und/oder KHK von ihren Hausärzt*innen angesprochen. Bei Einwilligung zur Teilnahme ist das zuständige medizinische Institut für die wohnortnahe Gruppenbildung sowie die Kontaktaufnahme zu Ihnen als Sporttherapeut*in verantwortlich. Die medizinischen Institute koordinieren wann, wo und mit wem die Einheiten stattfinden.

Die Institute sind dabei folgende:

- Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum **Essen**
- Institut für Hausarztmedizin, Universitätsklinikum **Bonn**
- Institut für Allgemeinmedizin, RWTH **Aachen**
- Institut für Allgemeinmedizin, Universität **Düsseldorf**
- Schwerpunkt Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum **Köln**

3. Was ist das Ziel der gemeinsamen Bewegungseinheiten

Als Sporttherapeut*in übernehmen Sie die Gruppenleitung von insgesamt 10 Bewegungseinheiten (inkl. einer Kennenlern-Einheit). Die TN sollen durch Sie und die Gruppe dazu ermutigt werden, mehr Aktivität in ihren Alltag zu integrieren und durch positive Erfahrungen Spaß an der Bewegung vermittelt bekommen. Das Ziel ist es, dass die Gruppe die Bewegungseinheiten langfristig eigenständig -ohne Ihr stetiges Beisein- durchführen können. Aus diesem Grund sind Sie zu Beginn öfter dabei, um der Gruppe den Einstieg zu erleichtern. Im Laufe der Zeit soll die Gruppe die Bewegungstreffen immer eigenständiger durchführen. Daher ist es völlig in Ordnung und gewünscht, die Einheiten möglichst simpel zu halten und die Gruppe immer wieder in die Abläufe mit einzubinden (z.B. durch selbständige Anleitung der Bewegungsrituale).

4. Was sind Ihre Aufgaben als Trainer*in?

- Gegenseitiges Kennenlernen und Aufbau von Vertrauen
- Austausch von Kontaktdaten zwecks Absprache (z.B. WhatsApp Gruppe)
- Erarbeitung eines gemeinsamen „Bewegungsplans“ zur eigenständigen Durchführung kommender Einheiten (=Selbstmanagement)

Grundsätzlich ist eine gewisse Erfahrung im Umgang mit heterogenen Gruppen, optimalerweise in der Zielgruppe, notwendig. Als Sporttherapeut*in sollten Sie flexibel auf die jeweilige Gruppe und die Umgebung reagieren können.

5. Wie laufen die Bewegungstreffen inhaltlich ab?

Konkret sollen die **Mobilisationsrituale** sowie die **Abwärmrituale** dauerhaft durchgeführt werden. Für den Hauptteil können moderate, niedrigschwellige Aktivitäten in Absprache mit der Gruppe ausgewählt werden. Hierbei kann es sich um Aktivitäten wie Walken/Nordic Walking aber auch Gleichgewichts- und Kräftigungsübungen wie das **Zirkeltraining** handeln. Inhaltlich sollen sich die Einheiten an der Leistungsfähigkeit und den Interessen der Gruppe orientieren. Anregungen und Stundenbilder finden Sie im Bewegungsbaukasten und dem Zirkeltraining. Eine Einheit dauert 60 Minuten.

6. Wie fördere ich das Selbstmanagement der Teilnehmenden?

Es ist wichtig, die Teilnehmenden von Beginn an in die Gestaltung der Einheiten mit einzubeziehen. Eine gute Möglichkeit ist es, der Gruppe **Hausaufgaben** nach der Stunde mitzugeben, um bei dem nächsten Treffen dort wieder anzuknüpfen.

7. Wie erfolgt die Abrechnung?

Die Vergütung beträgt 52,50 € pro Zeitstunde. Die Tätigkeit erfolgt auf Honorarbasis und die Abrechnung durch das Allgemeinmedizinische Institut Ihrer zuständigen Uniklinik.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Herrn Maximilian Scholl (m.scholl@dshs-koeln.de / 0221/4982-7116) am Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation der Deutschen Sporthochschule Köln.

Anlage 7: Schulung Sporttherapeuten

P-SUP

Personalisiertes Selbstmanagement
Unterstützungsprogramm

Schulung P-SUP Sporttherapeut:innen

Maximilian Scholl
Wissenschaftlicher Mitarbeiter DSHS Köln/
Sporttherapeut Schwerpunkt Kardiologie

Was ist P-SUP?

- **P**ersonalisiertes **S**elbstmanagement-**U**nterstützungs**P**rogramm

Personalisierte Feedback-berichte

Online-Plattform

Telefon Coaching

Peer-Support Gruppen

Peer-Support-Gruppe

- Bestehend aus Patient:innen der DMPs T2DM- und/oder KHK
- Max. Gruppengröße: 10 Personen
- Jede Gruppe soll möglichst einen „Gruppenverantwortlichen“ haben

1. Gemeinsame Bewegungstreffen
2. Gemeinsame Online-Expertenvorträge

Peer-Support-Gruppe

Wöchentliche Bewegungstreffen

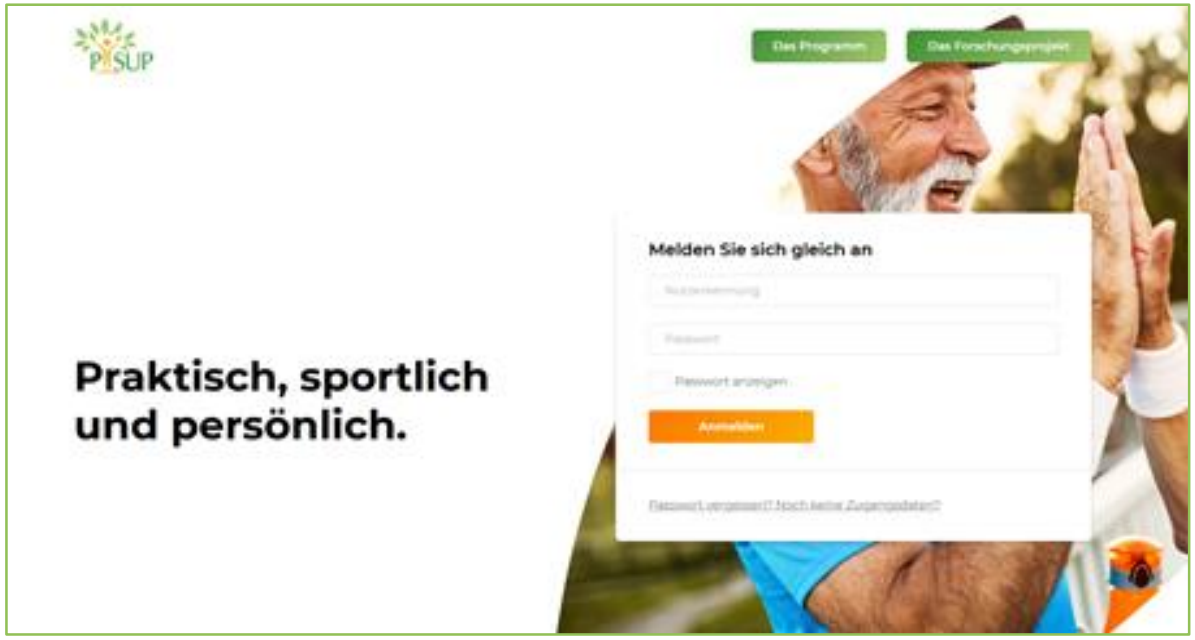
- Moderate Aktivierung
- Möglichst Mischung aus Ausdauer,-Kraft- und Koordinationstraining

Online-Expertenvorträge

- 1x/Monat
- 4 vorgegebene Themen + 1 Thema freier Wahl

Online-Portal

- Trainingsvideos für zu Hause
- Bewegungsbaukästen inkl. Zirkeltraining und Mobilisationsrituale
- 12 Wochen-Coaching
- Gesundheitsinformationen zu den Themen Bewegung, Ernährung und Motivation
- Koch- und Backrezepte



www.p-sup.de

Nutzerkennung: DSHS_Teilnehmer
Passwort: gute_aussicht_42

Telefoncoaching

- Ziel: Steigerung der Motivation zu einem gesteigerten Bewegungs- und verbesserten Ernährungsverhaltens, Steigerung des Bewegungsverhaltens und Verbesserung der gesunden Ernährung
- Auf Basis psychologischer Theorien (z.B. Selbstbestimmungstheorie, sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens) entwickelt
- Individualisiert mithilfe von 16 selbstentwickelten wissenschaftlich fundierten Tools zur Förderung der Selbstwirksamkeit, sowie der Steigerung der Motivation

Telefoncoaching in P-SUP2

- Dauer: 9 Monate
  - An & Song, 2020: *Optimal dosage over a period from 6 to 12 months*.
- Frequenz
  - Zu Beginn höhere Frequentierung
  - Insgesamt 7 Gespräche

Monate	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Anzahl	2	1	1		1		1		1
Dauer (in Min)	20-30	20-30	20-30		20-30		20-30		20-30

Feedbackberichte

- Zusammenstellung persönlicher medizinischer Parameter und Gesundheitsdaten
  - HbA1c, Gewicht, Blutdruck oder Medikation
- TN sollen den Bericht von ihrem Hausarzt erhalten

P-SUP
Praktisch, sportlich und persönlich.

DMP-FallNr: 14829W, F, Geb.Jahr 1983, AOK — Bericht 2020-1

03.03.2021

Sehr geehrte P-SUP Teilnehmerin,

Nachstehend finden Sie eine Auswahl Ihrer medizinischen Werte. Dieser Bericht soll dazu dienen, Ihnen eine Übersicht über die Entwicklung Ihrer Werte im Laufe des Programms zu bieten.

Das **orange Symbol** deutet auf eine **Verschlechterung** Ihrer Werte hin. Das sollte aber kein Grund sein aufzugeben, die Zeit für Veränderung ist jetzt!

Das **gelbe Symbol** deutet darauf hin, dass **keine Veränderung** stattgefunden hat. Lassen Sie sich jedoch nicht entmutigen, denn Veränderung braucht manchmal Zeit!

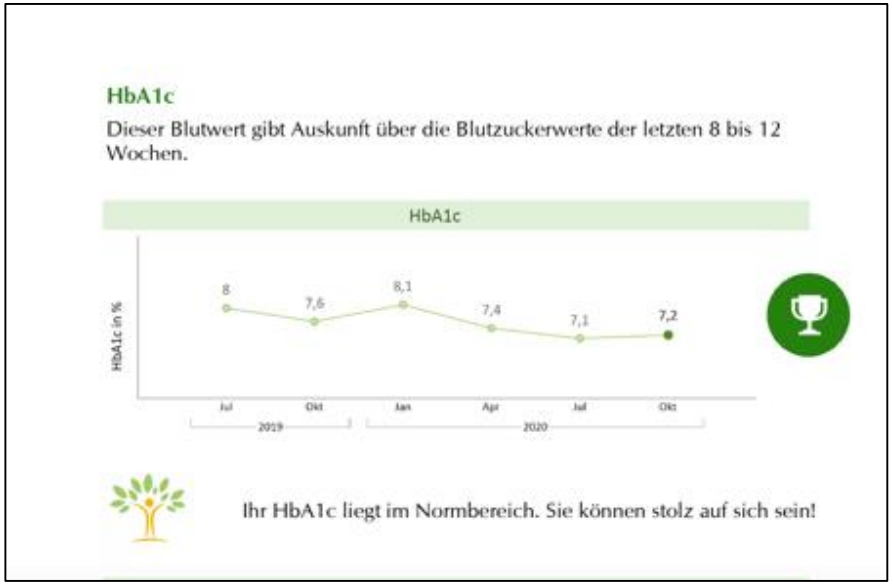
Das **hellgrüne Symbol** deutet auf eine **Verbesserung** Ihrer Gesundheit hin. Ausgezeichnet!

Das **dunkelgrüne Symbol** bedeutet, dass Ihre Werte im **Normbereich** liegen. Dies ist ein toller Erfolg!

Das **hellblaue Symbol** deutet darauf hin, dass Ihre Werte nicht korrekt vorliegen. Dafür entschuldigen wir uns!

Bitte besprechen Sie Ihre Werte, die außerhalb des Normbereichs liegen, mit Ihrem Hausarzt. Weitere Informationen zu den Inhalten dieses Berichts finden Sie auf der Online Plattform.

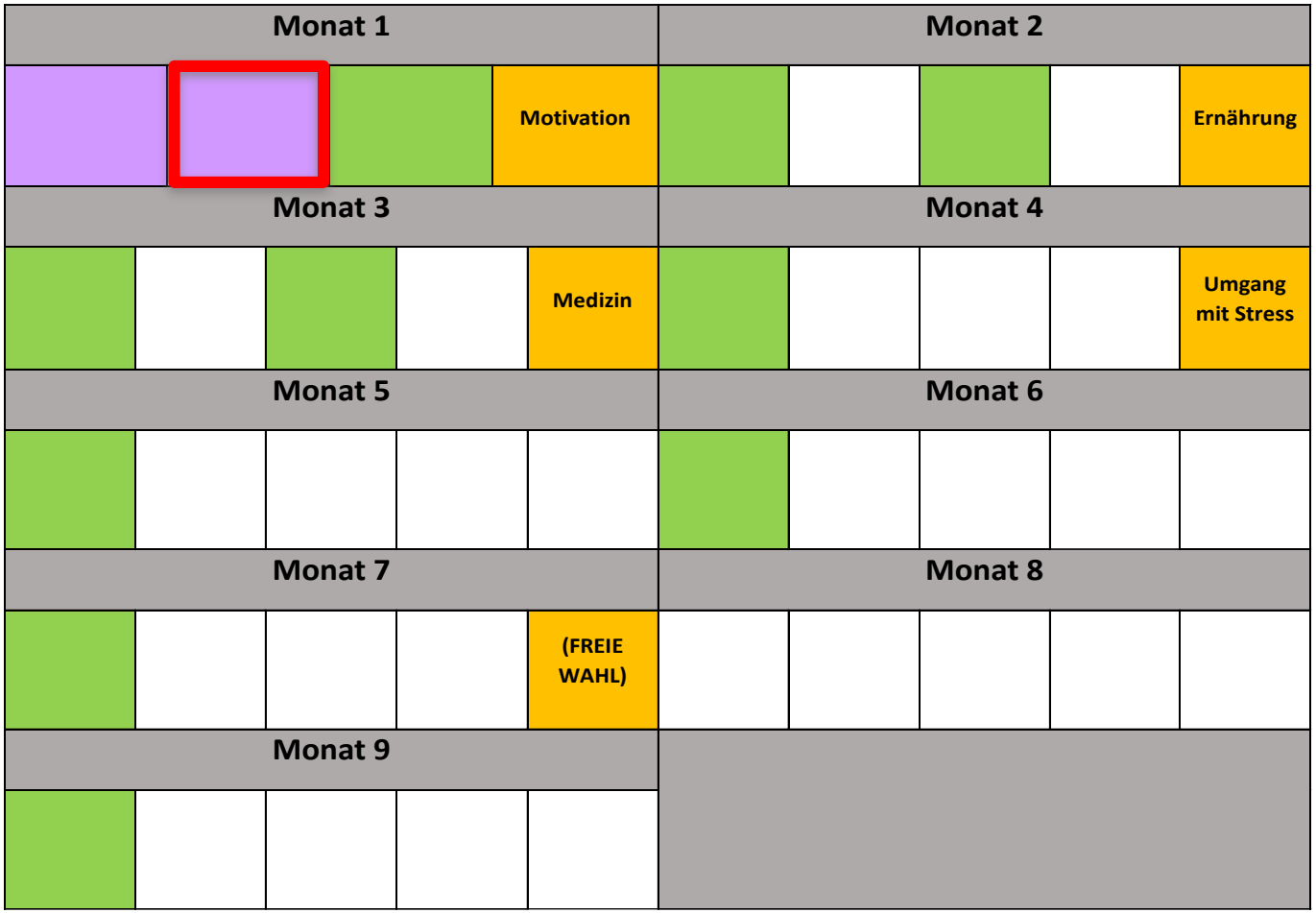
Wir wünschen ihnen alles Gute und hoffen, dass Sie Ihre Ziele erreichen!



Was sind eure Aufgaben?

Zeitlicher Ablauf

Gruppenname: xxx Zeitpunkt der Treffen: xxx Treffpunkt: xxx



Kennenlernen

Erstes Treffen

- Nur Projektmitarbeiter:in
- Kennenlernen der Gruppenmitglieder
- Organisatorisches

Zweites Treffen

- Projektmitarbeiter:in UND Sporttherapeut:in
- Kennenlernen Gruppe & Sporttherapeut:in
- Anamnesegespräch und Zielbesprechung

Bewegungseinheiten

- Wöchentliche Einheiten je 60 Minuten
- Ort der Durchführung: flexibel
- Mischung aus vorgegebenen Inhalten und Gestaltungsspielraum

1. Auf- und Abwärmrituale (online abrufbar)
2. Zirkeltraining (2x pro Gruppe laminiert + online abrufbar)
3. Theraband

Bewegungseinheiten

Auf- und Abwärmrituale

Mobilisationsritual - Aktivierung

Ziele: Mobilisation aller Körpergelenke

Durchführung: TN stehen im Kreis, Grundspannung ist aufgebaut, pro Übung 5-10 Wiederholungen, dynamische Durchführung

Dauer: 10 Minuten **Materialien:** keine

Mobilisation der Halswirbelsäule:

- Kopfnicken
- Kopfseitneigen

Achtung:

Kopf nicht überstrecken, Bewegung langsam und gleichmäßig ausführen

Mobilisation des Schultergürtels

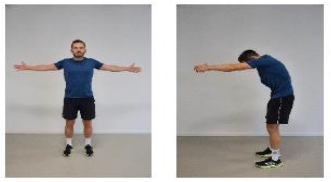
- Arme seitlich hängen lassen
- Schultern langsam rückwärts kreisen
- nach und nach den Bewegungsumfang vergrößern
- Danach vorwärts kreisen

Mobilisation der oberen Extremitäten

- Arme nach oben führen
- im Wechsel maximal strecken („Äpfel pflücken“)

Mobilisation der Brustwirbelsäule

- ausgestreckte Arme seitlich nach hinten führen, den Brustkorb öffnen
- vor dem Körper wieder zusammenführen, dabei einen Rundrücken formen

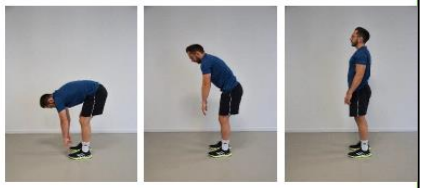


Mobilisation der seitlichen Rückenmuskulatur

- Linken Arm über Kopf führen und den Oberkörper leicht nach rechts neigen
- Soweit neigen, bis eine Dehnung an der seitlichen Rumpfmuskulatur spürbar ist
- Danach Seite wechseln

Mobilisation der unteren Rückenmuskulatur

- Beine leicht beugen, den Oberkörper nach vorne neigen und vorsichtig einen Rundrücken formen
- Arme dabei locker hängen lassen
- Wirbel für Wirbel aufrollen und wieder eine aufrechte Position einnehmen



Bewegungseinheiten

Zirkelübungen

Kniebeugen

Ausdauer

Kraft

- Hüftbreiter Stand, Knie leicht beugen und in Richtung der Fußspitzen ausrichten
- Knie bis max. 90° beugen (X- und O-Beinstellung vermeiden)
- Gesäß nach hinten führen und aufgerichteten Oberkörper leicht nach vorne neigen
- Beine wieder strecken und Ausgangsposition einnehmen

Gleichgewicht - Standpositionen

Koordination

- Bevorzugte Standposition einnehmen und halten (je nach gewünschter Schwierigkeit)
- Variation 1) = leicht; Variation 2) = etwas schwerer; Variation 3) = noch schwerer; Variation 4) = am schwersten
- Optional: Durch gleichzeitige Kopfbewegung von links nach rechts (Blick geht über linke und rechte Schulter) wird die Schwierigkeit der Übungen zusätzlich erhöht

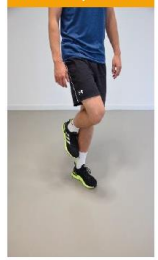
Tipp: Bei Unsicherheit die Übungen unter Zuhilfenahme einer Stütze (Stuhl, Wand etc.) durchführen

1) Paralleler Stand: Beide Füße stehen nebeneinander

2) Semi-Tandem-Stand: Ein Fuß steht leicht nach vorne versetzt, Ferse und Fußballen sind nebeneinander

3) Tandem-Stand: Beide Füße werden direkt hintereinander (auf einer Linie) platziert

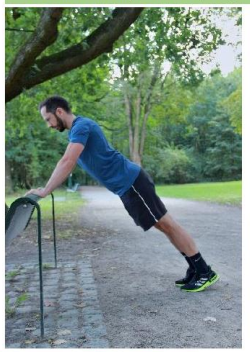
4) Einbein-Stand: Ein Bein anheben und Fuß auf Knochelhöhe positionieren



Positive Liegestütze

Kraft

- Etwa einen Meter von der Wand/Baum/Geländer stehend, Hände auf Schulterhöhe und -breite anlegen
- Ellenbogen beugen und Körperschwerpunkt nach vorne verlagern
- Danach Ellenbogen strecken, Ausgansposition einnehmen und wiederholen



Kniehebelauf

Ausdauer

- Knie im Wechsel anheben, Oberkörper dabei leicht eindrehen
- Linkes Knie und rechter Ellenbogen nähern sich an und
- Rechtes Knie und linker Ellenbogen nähern sich an

Aufbau Bewegungseinheiten (Beispiel)

- Einheit 1: Bewegungsrituale
  - Hausaufgabe: Auf- und Abwärmritual eigenständig üben (Webportal)
- Einheit 2: Bewegungsrituale + Zirkelübungen Teil I
  - Hausaufgabe: Zirkelübungen Teil I (Webportal)
- Einheit 3: Bewegungsrituale + Zirkelübungen Teil II
  - Hausaufgabe: Zirkelübungen Teil II (Webportal)

- Einheit 4: Bewegungstreffen alleine
  - Zielvorgabe: Auf- und Abwärmrituale + Zirkelübungen Teil I
- Einheit 5: Feedbackrunde / Vorbereitung aus Bewegungstreffen alleine
  - Vertiefung Zirkelübungen ODER Einführung Theraband

Eigenständiges Üben Zuhause einfordern!

Wie kommt ihr an die Materialien?

Wie kommuniziere ich mit der Gruppe?

Wer sind meine Ansprechpartner innerhalb des P-SUP Programms?

Erfahrungen aus P-SUP 1

- Kommunikation
- Zieldefinition
- Räumlichkeiten
- Selbstmanagement
- „Gruppenleiter“
- Programmstruktur
- Drop-Outs

Fragen? Her damit!

AOK Die Gesundheitskasse. | AOK Rheinland/Hamburg

UNIKLINIK KÖLN

Universitätsmedizin Essen
Universitätsklinikum
Institut für Allgemeinmedizin

Zi

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Deutsche Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

UNIVERSITY OF BAMBERG
OTTO-FRIEDRICH-UNIVERSITÄT BAMBERG

hhu Heinrich Heine Universität Düsseldorf

UNIVERSITÄT BONN | INSTITUT FÜR HAUSARTZTMEDIZIN

BARMER

UNIKLINIK RWTH AACHEN
Lehrgebiet Allgemeinmedizin

P-SUP Evaluationsbericht – Telefoncoaching-Schulung

Beschreibung der Erhebung

o Ziel der Erhebung/Wissenschaftliche Relevanz

Um ein qualitativ hochwertiges Telefoncoaching zu gewährleisten, ist eine Schulung zur Vorbereitung auf die Coaching-Tätigkeit wichtig. Bislang wurden jedoch nur wenige Schulungsprogramme evaluiert (McGlynn et al., 2022). Im Rahmen des Peer-Support-Programms P-SUP sollten BeraterInnen PatientInnen mit Diabetes Mellitus Typ 2 (T2DM) und/oder koronarer Herzkrankheit (KHK) individuelles Telefoncoaching anbieten, um die körperliche Aktivität und gesunde Ernährung zu steigern und so den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern. Die Schulung wurde mit qualitativen und quantitativen Methoden bewertet.

o Beschreibung des Instruments

Die Schulung wurde quantitativ mit einem Evaluationsbogen und einem Wissenstest und qualitativ mit halbstrukturierten Interviews evaluiert, wobei der Schwerpunkt auf der qualitativen Evaluierung lag.

Der Evaluationsbogen untersuchte, inwieweit die Schulung akzeptiert und als hilfreich empfunden wurde. Die BeraterInnen bewerteten, wie informativ, lehrreich, praktikabel und zufriedenstellend verschiedene Komponenten der Schulung waren. "Informativ" bezieht sich darauf, wie viel Wissen den BeraterInnen vermittelt wurde, während "lehrreich" beschreibt, wie gut die SchulungstrainerInnen die BeraterInnen angeleitet haben. "Praktikabel" bezieht sich auf die Anwendbarkeit und Nützlichkeit der Ausbildungsinhalte in realen Coaching-Situationen. "Zufriedenstellend" misst den Grad der Erfüllung, den die BeraterInnen während der Ausbildung erfahren haben. Die zu bewertenden Komponenten bestanden aus den einzelnen Einheiten und Techniken (Theorien, SchauspielpatientInnen, Videos, Feedback von BeraterInnen/SchulungstrainerInnen), dem didaktischen Ansatz, der Ausbildungsatmosphäre (Engagement der BeraterInnen, Arbeitsatmosphäre, Kompetenzen der SchulungstrainerInnen) und dem Gesamteindruck. Die Umfrage wurde auf einer 7-stufigen Likert-Skala von 1 (überhaupt keine Zustimmung) bis 7 (volle Zustimmung) durchgeführt.

Mit dem Wissenstest soll festgestellt werden, inwieweit die in der Schulung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten erhalten geblieben sind. Der Wissenstest umfasste die folgenden Themen der Schulung und deren Anwendung: das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA), motivationale Gesprächsführung (MI), Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmungstheorie (SDT). Die theoretischen Inhalte (HAPA, MI, Selbstwirksamkeit und SDT) werden im Evaluationsbericht des Telefoncoachings detailliert erläutert. Der Test bestand aus Multiple-Choice-Fragen (bspw. „Welche der Fragen sind nach dem Prinzip des Motivational Interviewing nicht geeignet?“) und offenen Fragen (bspw. „Beschreiben Sie Selbstwirksamkeit mit eigenen Worten.“), die den theoretischen und praktischen Hintergrund des Coaching-Konzepts abfragten. Die BeraterInnen wurden außerdem gebeten, zwei Anwendungsaufgaben zu bearbeiten (zwei Coaching-Fälle mit Identifikation passender Tools).

Das qualitative Interview diente dazu, die Erfahrungen der BeraterInnen mit der Schulung zu erfassen sowie den Nutzen des erworbenen Wissens und die Anwendung im Beurteilungsalltag zu bewerten. Die Leitfragen waren nach drei Ebenen des Kirkpatrick-Modells (Reaction, Learning, Behavior) strukturiert. Zunächst wurden die BeraterInnen gefragt, wie sie die Schulung insgesamt empfanden. Dann erkundigte sich der Interviewer nach der Wahrnehmung der einzelnen Schulungsinhalte, des Praxis-Coachings mit den SchauspielpatientInnen und des Praxis-Coachings unter den KollegInnen. Im nächsten Schritt wurden die BeraterInnen gefragt, was sie von der Schulung verinnerlicht hatten, was für sie nützlich war und was sie in der Schulung vermisst hatten. Im letzten Schritt beantworteten die BeraterInnen Fragen zu ihrem Selbstvertrauen und ihrer Kompetenz bei der Durchführung der Coaching-Sitzungen und zu den Herausforderungen, die sie bei der Durchführung der Sitzungen beobachten. Für jede Stufe wurden den Interviewern Fragen zur Aufrechterhaltung, Klärung und Aufrechterhaltung gestellt.

- **Warum wurde das Instrument gewählt?**

Die qualitativen Interviews wurden anhand eines halbstrukturierten Leitfadens geführt, um Raum für Flexibilität zu schaffen und gleichzeitig ein gewisses Maß an Standardisierung zu gewährleisten. Die beiden quantitativen Bewertungsinstrumente (Evaluationsbogen, Wissenstest) dienten als Ergänzung. Der Evaluationsbogen erfasste die subjektiven Wahrnehmungen der BeraterInnen über die informativen, lehrreichen, praktischen und zufriedenstellenden Bedingungen der verschiedenen Komponenten der

Schulung. Der Wissenstest erfasste das verinnerlichte Wissen der BeraterInnen nach der Schulung zu den einzelnen Einheiten. Die Instrumente beleuchteten damit die Schulungsqualität aus verschiedenen Perspektiven und vereinten subjektive und objektive Wahrnehmung.

- **Wer wird befragt?**

Vier BeraterInnen wurden für das Telefoncoaching eingestellt und nahmen damit an der Schulung zur Vorbereitung auf das Telefoncoaching teil.

- **Zu welchen Zeitpunkten?**

Die quantitative Evaluation, in Form des Wissenstests und Evaluationsbogen, fand sechs Monate nach Zeitpunkt der Schulung statt. Die qualitative Evaluation, in Form der Interviews, wurde mindestens ein Jahr nach der Schulung durchgeführt.

- **Wie wurde die Erhebung durchgeführt?**

Die qualitative Erhebung fand über Telefon statt, die quantitative Erhebung wurde vor Ort, in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik Köln, durchgeführt.

- **Betraf die Befragung nur P-SUP 1 oder auch P-SUP 2?**

Die Befragung fand in P-SUP 1 statt.

Auswertung der Erhebung

- **Beschreibung der Methodik**

Die Schulung wurde auf Grundlage des Kirkpatrick-Modells bewertet, das sich zur Bewertung von Schulungen empirisch bewährt hat (Johnston, Coyer & Nash, 2018). Das Modell besteht aus vier Ebenen, auf denen die Schulung und ihre Auswirkungen bewertet werden können. Stufe 1 „Reaktion“ spiegelt das Ausmaß wider, in dem die BeraterInnen die Schulung als nützlich, ansprechend und relevant für ihre Arbeit empfanden. Stufe 2 „Lernen“ umfasst das Ausmaß, in dem die BeraterInnen das beabsichtigte Wissen, die Fähigkeiten, die Einstellungen, das Vertrauen und das Engagement erwarben, weil sie an der Schulung teilgenommen hatten. Stufe 3 „Verhalten“ gibt an, wie gut die BeraterInnen das während der Schulung Gelernte an ihrem Arbeitsplatz anwandten. Stufe 4 „Ergebnisse“ zeigt das Ausmaß, in dem die beabsichtigten Ergebnisse aufgrund der Schulung eintraten (Johnston, Coyer & Nash, 2018).

Stufe 1 „Reaktion“ wurde anhand der Ergebnisse des Evaluationsbogen und des qualitativen Interviews ermittelt. Das qualitative Interview und der Wissenstest wurden zur Bewertung von Stufe 2 „Lernen“ verwendet. Stufe 3 „Verhalten“ wurde über das

qualitative Interview ermittelt, da zum Zeitpunkt des qualitativen Interviews die ersten Telefoncoaching-Sitzungen bereits stattgefunden hatten. Stufe 4 konnte aufgrund der Komplexität des Mehrkomponenten-Designs des P-SUP Programms nicht evaluiert werden.

Wissenstest und Evaluationsbogen wurden mit SPSS (Version 29.0.0.0) deskriptiv ausgewertet.

Die qualitativen Interviews wurden mit MAXQDA 2022 (MAXQDA, 2022) kodiert und nach den Transkriptionsregeln (1-5 & 8-14) von Dresing und Pehl (2018) transkribiert. Vor Beginn der Kodierung wurden deduktive Haupt- und Unterkategorien aus dem Kirkpatrick-Modell und aus Leitfragen des qualitativen Interviews abgeleitet. Die Kategorien wurden zwischen allen Verantwortlichen der Auswertung besprochen und nach kollektiver Zustimmung zugewiesen. Zwei unabhängige KodiererInnen begannen mit der Kodierung eines qualitativen Interviews und diskutierten die vergebenen Codes nach kurzen Abschnitten, um einen einheitlichen Kodierungsstil und ein gemeinsames Verständnis des Materials zu gewährleisten. Insgesamt wurden 671 Codes vergeben, die sich auf 20 Kategorien und 40 Unterthemen verteilen.

Nach Abschluss der Kodierung arbeiteten die Verantwortlichen zusammen, um das Kodesystem zu verdichten und Redundanzen in den induktiv erstellten Codes zu entfernen. Die Intercoder-Reliabilität wurde mit einem guten Cohen's Kappa (Altman, 1991) von .70 ermittelt. Die zugewiesenen Codes wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse zusammengefasst (Mayring, 2019).

Ergebnisse der Erhebung

- **Darstellung der Ergebnisse**

Die vier BeraterInnen für das Telefoncoaching wurden mithilfe qualitativer (semistrukturiertes Interview) und quantitativer Messinstrumente (Wissenstest und Evaluationsbogen) zu ihrer Teilnahme der Schulung zur Vorbereitung auf die Telefoncoaching-Tätigkeit befragt, um die Schulung umfassend beurteilen zu können.

Die Bewertungsumfrage erfasste die subjektiven Wahrnehmungen der BeraterInnen über die informativen, lehrreichen, praktischen und zufriedenstellenden Bedingungen der verschiedenen Komponenten der Ausbildung. Die gesamte Schulung wurde im Durchschnitt als sehr informativ (Mittelwert = 6,75; SD = 0,5), lehrreich (Mittelwert = 6,5; SD = 1), praktisch (Mittelwert = 6,25; SD = 0,5) und zufriedenstellend (Mittelwert = 6,25; SD = 0,95; siehe Abbildung 1) bewertet. Die HAPA-Schulung wurde mit

Durchschnittswerten zwischen 6,5 (SD= .5) und 6,75 (SD= .58) als besonders informativ, lehrreich, praktisch und zufriedenstellend bewertet. Die Komponente der körperlichen Aktivität wurde auf den vier Dimensionen am schlechtesten bewertet, wobei die Durchschnittswerte zwischen 3,5 (SD= 1,73) und 4,3 (SD= 1,5) lagen. Das Praxiscoaching mit den SchauspielpatientInnen und untereinander wurde ausschließlich auf den drei Dimensionen informativ, lehrreich und praktisch bewertet. Das Praxiscoaching mit den SchauspielpatientInnen (Mittelwert= 7; SD= 0) wurde auf allen Dimensionen höher bewertet als das Praxiscoaching untereinander (Mittelwert informativ= 5,5; SD= 1,29; Mittelwert instruktiv= 6; SD= 1,41; Mittelwert praktisch= 4,75; SD= 1,26). Die Nützlichkeit eines Dokumentationsbogens für die Coaching-Sitzungen wurde durchschnittlich hoch bewertet (Mittelwert= 6,5; SD= .58), das zur Verfügung gestellte Handbuch wurde als wichtig bewertet (Mittelwert= 5; SD= 2,28). Die didaktische und methodische Kompetenz der SchulungstrainerInnen wurde als hoch (Mittelwert= 7; SD= 0) bewertet.

Der Wissenstest bewertete das verinnerlichte Wissen der BeraterInnen nach der Schulung zu den einzelnen Schulungseinheiten. Die Gesamtpunktzahl des Wissens der BeraterInnen lag zwischen 76 % und 93 %. Die Fragen zu organisatorischen Aspekten des Coachings sowie inhaltliche Fragen zur Einführungssitzung wurden alle richtig beantwortet (bspw. "Wie viele Sitzungen erhalten die Coachees mit ihrem Coach?"). Drei von vier Items des MI wurden richtig beantwortet. Die niedrigsten Punktwerte wurden für die Themen SDT (Mittelwert= 2,8; SD= .79) und Selbstwirksamkeit (Mittelwert= 3,06; SD= .83) angegeben.

In den Interviews wurde die Schulung insgesamt als informativ und aufschlussreich empfunden. Die gesamte Schulung wurde als nützlich empfunden. Die BeraterInnen betonten die interaktive Gestaltung mit einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Wissensvermittlung und Praxisbezug einschließlich Praxiscoaching.

Das individuelle Feedback und die Unterstützungsangebote der SchulungstrainerInnen wurde von den BeraterInnen positiv vermerkt. Darüber hinaus betonten die BeraterInnen eine klare Kommunikation und umfassende Informationen über den Schulungsaufbau.

In beiden Formaten, Präsenz und Online, wurde die Schulung als informativ empfunden. Die BeraterInnen waren der Meinung, dass die Online-Bereitstellung von Schulungsinhalten gewinnbringend war, allerdings mit der Einschränkung, dass die Durchführung der Online-Schulung als anstrengender empfunden wurde. Die

BeraterInnen waren froh, dass die erste Sitzung persönlich stattfand, da sich die BeraterInnen so besser kennenlernen konnten.
Insgesamt nahmen die BeraterInnen wahr, dass sie viele nützliche Werkzeuge für das Telefoncoaching erhalten hatten. Die BeraterInnen führten dies auf die gute Vermittlung der Inhalte und gut organisierten Arbeitsmaterialien zurück. Das Praxiscoaching wurde von den BeraterInnen als besonders lehrreich empfunden. Durch das Praxiscoaching konnten die BeraterInnen das Gelernte weiter verinnerlichen.
Insbesondere identifizierten sich die BeraterInnen stark mit dem HAPA-Modell. Die Wichtigkeit, offene Fragen zu stellen und den PatientInnen in der Sitzung zur MI-Einheit Raum zu geben, wurde von den BeraterInnen besonders verinnerlicht. Die drei Grundbedürfnisse der SDT wurden als wichtige Punkte für die Coaching-Sitzungen genannt. Für jede Schulungseinheit wurden bei den meisten BeraterInnen Erinnerungslücken festgestellt.
Was die Anwendung des Gelernten in ihrer täglichen Arbeit betrifft, so fühlten sich alle BeraterInnen sicher, die erlernten Tools in den Coachingsitzungen einzusetzen. Die BeraterInnen fühlten sich bei der Wahl der Instrumente sicher. Die erlernten Tools wurden überwiegend intuitiv eingesetzt und als flexibler Leitfaden gesehen. Im Kontext von MI wurden wichtige Coaching-Regeln übernommen, die vorher nicht bedacht worden waren und in den ersten Sitzungen gewinnbringend eingesetzt werden konnten.

Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Evaluationsmethoden deuten darauf hin, dass die Schulung eine nützliche und wichtige Vorbereitung für die Arbeit als BeraterIn zur Unterstützung eines aktiven und gesunden Lebensstils von PatientInnen mit Diabetes Mellitus Typ 2 und/oder koronarer Herzkrankheit ist. Die BeraterInnen waren in der Lage, vieles von dem, was sie in der Schulung gelernt haben, abzurufen und das gewonnene Wissen in den Coachingsitzungen anzuwenden.
Es wurden wichtige Werkzeuge für die konkrete Umsetzung der Coachingsitzungen zur Verfügung gestellt und ausreichend Unterstützung während der Schulung geboten. Dies spiegelte sich in allen drei Bewertungsmethoden wider. Die vermittelten Inhalte konnten überwiegend auswendig gelernt und reproduziert werden. Als besonders wichtig und relevant für die BeraterInnen erwiesen sich das HAPA-Modell und die MI-Techniken. Diese Einheiten wurden hoch bewertet und ihre Wichtigkeit wurde ausdrücklich erwähnt. Die

positive Bewertung der MI- und HAPA-Einheiten könnte auf eine konsequente Anwendung dieser Einheiten in den Coachingsitzungen hinweisen, was mit der zugeschriebenen Bedeutung dieser beiden Einheiten übereinstimmt. Es scheint sinnvoll zu sein, eine ausreichende Anzahl verschiedener Tools zur Verfügung zu stellen, da je nach PatientIn unterschiedliche Tools genutzt und bevorzugt werden.
Die Bewertung der SDT-Einheit bleibt widersprüchlich. Die SDT-Einheit zeigte im Wissenstest niedrigere Werte als die anderen Einheiten, im Bewertungstest wurde sie ähnlich hoch bewertet wie die anderen Einheiten. Die Auswertung des qualitativen Interviews zeigte unterschiedliche Sichtweisen über die Bedeutung von SDT für das Coaching und wurde teilweise als hilfreich für das Coaching beschrieben, teilweise aber auch als irrelevant und abstrakt. Die wahrgenommene Relevanz der SDT-Einheit könnte eine Erklärung für die vergleichsweise geringe Reproduktion im Wissenstest sein. Außerdem spielte die SDT-Einheit im Gegensatz zu den HAPA- und MI-Einheiten eine untergeordnete Rolle im eigentlichen Coaching, was die niedrigere wahrgenommene Relevanz erklären könnte. Die Einheiten zu körperlicher Aktivität und Ernährung wurden in der Evaluierungsumfrage ebenfalls tendenziell schlechter bewertet, was mit den Äußerungen in den qualitativen Interviews übereinstimmt. Diese Teile wurden von den BeraterInnen aufgrund ihres beruflichen Hintergrunds als weniger relevant wahrgenommen.
Die interaktive Schulung mit Rollenspielen wurde als vorteilhaft angesehen. Das Praxis-Coaching untereinander wurde in der Evaluationsumfrage schlechter bewertet, als das Praxis-Coaching mit den SchauspielpatientInnen. In den qualitativen Interviews empfanden die BeraterInnen das Praxis-Coaching untereinander als besonders nützlich und schlugen es als relevanten Teil der Schulung vor. Da die qualitativen Interviews einige Monate nach der Evaluationsbefragung stattfanden, könnte eine tiefere Verarbeitung stattgefunden haben. Für beide Praxis-Coaching-Formen wurde mehr Zeit gewünscht. Insgesamt wurden beide Praxis-Coaching-Formen als sehr förderlich für die Vorbereitung auf die Tätigkeit als BeraterIn bewertet.

- **Zusammenfassung der Ergebnisse**

Die Auswertung der Coaching-Schulung ergab, dass die BeraterInnen die Schulung als informativ und aufschlussreich empfanden. In allen Auswertungen wurde deutlich, dass die Schulung erfolgreich war. Die MI- und HAPA-Einheiten wiesen insgesamt die größte

Bedeutung in Bezug auf die Vorbereitung auf die Coaching-Tätigkeit auf. Sowohl das Praxis-Coaching mit Schauspieler-PatientInnen als auch das Praxis-Coaching untereinander wurden als wichtig und nützlich empfunden. Außerdem sollte ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Theorie und Praxis angestrebt werden. Insgesamt wurde die Schulung als Vorbereitung auf die Coaching-Tätigkeit hoch bewertet und als wichtig angesehen, und die erlernten Fähigkeiten und Kenntnisse waren auch nach sechs Monaten noch abrufbar. Durch die Coaching-Schulung und deren Evaluation wurde sichergestellt, dass die BeraterInnen über einen vergleichbaren Wissensstand verfügen und mit etablierten Methoden arbeiten können.
Darüber hinaus konnten aus dem qualitativen Interview erfolgreich praktische Implikationen (z.B. die Bedeutung von Schauspiel-PatientInnen, die Bevorzugung von Präsenz) und deren Argumentation abgeleitet werden.

- **Bedeutung der Ergebnisse für die Versorgungsform (Schlussfolgerungen)**

Schulungsinhalte sollten immer relevant für die Arbeit als BeraterIn sein. BeraterInnen wollen und müssen das Projekt, in dem das Coaching eingebettet ist, verstehen. Auch sollten die vermittelten Inhalte an den Wissensstand der BeraterInnen angepasst werden. In zukünftigen Schulungen könnte das Vorwissen der BeraterInnen stärker didaktisch eingebunden werden, indem sich die BeraterInnen gegenseitig unterrichten.
Die Durchführung der Schulung in Präsenz wurde gegenüber der Online-Durchführung bevorzugt. Die BeraterInnen fanden die Schulung in Präsenz wichtig, um sich gegenseitig kennenzulernen. Was die Durchführung betrifft, so erweist sich die Online-Schulung in der Regel als einfacher. Daher könnte eine Bedarfsanalyse vor Beginn der Schulung genutzt werden, um zu erfassen, ob die BeraterInnen die Schulung lieber online oder persönlich absolvieren würden.

Literatur

- Altman, DG. *Practical Statistics for Medical Research. Boca, Florida: Chapman & Hall / CRC;1991*.
- Dresing T, Pehl T. *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende.* 8th ed. Marburg: In-house publishing; 2018.
- Johnston, S Coyer, FM Nash, R. Kirkpatrick's evaluation of simulation and debriefing in health care education: a systematic review. *Journal of Nursing Education*. 2018;*57*(7), 393-398.
- MAXQDA (computer software). Version 2022. Berlin: VERBI Software; 2021
- Mayring, P. Qualitative Inhaltsanalyse. Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. 2019;20(3), Art. 16. http://dx.doi.org/10.17169/fqs-20.3.3343
- McGlynn A, O'Callaghan C, McDougall B, Osborne J, Harris-Roxas B. Translating Health Coaching Training into Clinical Practice. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 1;19(23):16075. doi: 10.3390/ijerph192316075.

Tabellarische Ansicht der quantitativen Ergebnisse

Deskriptive Statistik des Wissenstests:

	Items	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung
HAPA	4	2	4	3.33	.90
MI	4	3	4	3.75	.5
Selbstwirksamkeit	4	2	4	3.06	.83
SDT	4	2	3.5	2.80	.79
Organisation	4	4	4	4	0.0
Anwendungsaufgabe	2	1	2	1.75	.51
Einführungssitzung	1	1	1	1	0.0
Gesamt (%)	4	76	93	85	7

Deskriptive Statistik des Evaluationsbogen:

		Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung
Gesamt	Informativ	6	7	6.75	.5
	Lehrreich	5	7	6.5	1
	Praktikabel	6	7	6.25	.5
	Zufriedenstellend	5	7	6.25	.95
HAPA	Informativ	6	7	6.75	.5
	Lehrreich	6	7	6.75	.5
	Praktikabel	6	7	6.5	.57
	Zufriedenstellend	6	7	6.5	.57
MI	Informativ	6	7	6.25	.5
	Lehrreich	5	7	6.5	1
	Praktikabel	7	7	7	0.0
	Zufriedenstellend	6	7	6.75	.5
Selbstwirksamkeit	Informativ	6	7	6.25	.5
	Lehrreich	5	7	6	.81
	Praktikabel	5	7	6	.81
	Zufriedenstellend	5	7	6	.81
SDT	Informativ	6	7	6.33	.57
	Lehrreich	6	7	6.33	.57
	Praktikabel	6	7	6.33	.57
	Zufriedenstellend	6	7	6.33	.57
Ernährung	Informativ	6	7	6.5	.57
	Lehrreich	5	7	6.25	.95
	Praktikabel	6	7	6.5	.57
	Zufriedenstellend	5	7	6.25	.95
Körperliche Aktivität	Informativ	2	5	3.75	1.5
	Lehrreich	2	5	3.5	1.73
	Praktikabel	2	5	4.25	1.5
	Zufriedenstellend	2	5	3.75	1.5

Kodierung der qualitativen Interviews

Level	Category	Subcategory	Sub-subcategory	Definition/Use code when	Example
Level 1: Reaction				Level 1: Reaction - This level evaluates how the trainees react to the training program. It measures the satisfaction of the trainees towards the content, delivery method, and instructor.	
	1.1 Challenges during the training			Coaches mentioned challenges that occurred during the training	Some of the roles played were extreme/ some were different /so / the roles played by the different coaches with us were also partly / there were some where they were very cooperative and where it was very harmonious. And then the same actor played a different role and suddenly you were in a, I'll say, carnage. It was psychological/what can I say, there were people

					who didn't want to do it at all, or who had hearing impairments. That stuck with me, it was very challenging.
		1.1.1 Different personalities		Coaches mentioned difficulties during the training due to different personalities	I could imagine that the chemistry in such exercises is not quite right in the team among the colleagues, so that it could also be difficult, yes.
		1.1.2 Dealing with challenges		Coaches mentioned how they dealt with difficulties during the training	So at some point I brought it up because I noticed that I was under so much pressure and I thought I'd just tell the group and say, but I really have to get over myself now, and that was really great. Then at some point there was a training session where they asked again who was going to start and then I gave myself a jolt and said, "Come on, you should be the first and start. And I got

					great feedback from Ms. Gawlik that she thought it was great that I dared to start and that it was also a good coaching talk and yes, of course, that is also a nice/ a nice reinforcement.
			1.1.2.1 Supervisions	Coaches mentioned supervision in the context of the training and the work that they do	We have also discussed this, because the human being does not only consist of diabetes and CHD. But of course, also like all others, who also do not have this diagnosis in large share of course also their personality, personality change show whatever could be in addition.
	1.2 Further reactions			Further reactions to the training and its effects other than satisfaction and dissatisfaction	
		1.2.1 Personal approach to the situation		Coach explains a specific personal experience	Which also had a lot to do with this actor situation and also a bit so with the own claim is to want to do right. And

					that was already that was now also not only with me topic. Yes.
		1.2.2 Anticipation		Anticipation the coach felt for the training and the job	And I was actually totally curious and very much looking forward to it, because this is a completely new area for me, too. And that was the first impulse that remained with me/ that I was very full of curiosity.
	1.3 Dissatisfaction			Reactions to the training that imply a dissatisfaction	Of course, it would always be nicer to do such trainings not online but in presence, but well, the pandemic just put a spanner in the works. I find that even nicer.
		1.3.1 Overall with the Training		Overall dissatisfaction with the training	
			1.3.1.1 Improvement proposal	Suggestions for improval regarding the dissatisfaction	
			1.3.1.2 Organisation (online-teaching)	Dissatisfaction with the organization of the training and the online format	

		1.3.2 HAPA		Dissatisfaction with the HAPA-module	
			1.3.2.1 Didactics and Method	Dissatisfaction with the Didactics and Methods regarding the HAPA-module	
			1.3.2.1.1 Too much Information at that time		I found it all very exciting but then also very much at the end.
			1.2.2.1.2 Improvement proposal		some form of deskewing might then have been helpful in the practical implementation of what was learned theoretically.
		1.3.3 Motivational interviewing		Dissatisfaction with the MI-module	
			1.3.3.1 Organisation	Dissatisfaction with the MI-module regarding organization	But this was the first digital training, so the effect of personal contact was not there.
		1.3.4. Self-efficacy and Self-detamination-theory		Dissatisfaction with the Self-efficacy and Self-detamination-theory module regarding organization	
			1.3.4.1 Didactic and Methods	Dissatisfaction with the Self-efficacy and Self-detamination-theory	That was also of course an online meeting. And also a bit of lecture

				module regarding didactic and methods	mode, I'd say. So I really have a big memory gap. I can't even say what kind of exercises we did. Maybe it was too much in quotation marks, presentation for the first time, that can happen on the screen during a presentation, that you don't feel addressed or picked up in such a way that you get involved. But that is now also just an attempt for me to explain why we are no longer so present.
			1.3.4.2 Usefullness	Dissatisfaction with the Self-efficacy and Self-detamination-theory module regarding its usefullness	That was for me / is in the memory now not such a big part in my work so important / so I would say it now times like the other stories were now.
			1.3.4.3 Organisation	Dissatisfaction with the Self-efficacy and Self-detamination-theory module regarding its organisation	That was also of course an online meeting. And also a bit of lecture mode, I'd say. So I really have a big memory gap.

					I can't even say what kind of exercises we did. Maybe it was too much in quotation marks, presentation first of all, that can happen on the screen during a presentation, that you don't feel addressed or picked up in such a way that you get involved. But that is now also just an attempt for me to explain why we are no longer so present is
		1.3.5 Diet and physical activity		Dissatisfaction with the Diet and physical activity module	
			1.3.5.1 Didactic and Methods	Dissatisfaction with the Diet and physical activity module regarding didactic and methods	As far as I remember, there has not been such a large part of personal participation, active participation. But I think that is also the nature of things through this kind of knowledge that is imparted.
			1.3.5.1.1 Suggestion for improval		I don't know if it would have been possible to

					present the exercise programmes in a simple and normal way, which the participants receive, so to speak. I have seen how this unit works because I was also present at one of the pre-tests. And then I also observed Mr. Scholl during the movement part and saw what exercises he did with the participants. Maybe when I think about it, it would have been more exciting to find out what the people do in terms of content. And then also when I talk to a coach, for example, to know what he is talking about when he says after I did this and that gymnastics last week and I had this or that problem. Then you are a bit closer to the coach. But that's not

					what this one-hour training was about.
			1.3.5.2 Organisation	Dissatisfaction with the Diet and physical activity module regarding organisation	Yes, if I'm being honest and frank, I was wondering when this training was created for us, who was being offered this training, so to speak.
			1.3.5.2.1. Suggestion for improval	Suggestion for improvement regarding the organisation Diet and physical activity	No, so I found that / I would have liked it if it had somehow also been a four-hour training. But due to the fact that it was only a very short information event, I'll call it that. It was not necessary for me
			1.3.5.3 Usefullness	Dissatisfaction with the Diet and physical activity module regarding its usefullness	But in terms of content, the training really didn't get me anywhere. It was nicely done. But I personally wouldn't have needed it from my background.
		1.3.6 Practice with the actor patients		Dissatisfaction with the practice module with the actor patients	

			1.3.6.1 Didactic and Method	Dissatisfaction with the practice module with the actor patients regarding didactic and methods	Maybe this training should have lasted longer or these sequences should have lasted longer. So maybe a little more time should have been made available.
			1.3.6.2 Dissatisfaction with colleges	Dissatisfaction with the practice module with the actor patients regarding colleges	As far as that is concerned. And like I said, it's this time, pressure/this feeling that comes from it, that the feedback is actually not so accepted, not so important. It's not put in the centre so much. It's always something that has to be done quickly, so it feels like you're not taken seriously. To change that, it's up to one person here in our team. And that is the way we communicate. Although it's about communication, we are also amazed at how little willingness there is

					to change / and that every week. For us, we've partly just come to terms with it. And therefore that would be the only thing where I would say/ but it's the same every time, also in other areas. So I'm quite open about it.
			1.3.6.3 Organisation	Dissatisfaction with the practice module with the actor patients regarding didactic and methods	
			1.3.6.3.1 pressure of time	The coaches felt that there was not enough time or they felt something was rushed	sometimes, unfortunately, there was little time for feedback and it came very quickly.
			1.3.6.3.1.1 Suggestion for improval	Suggestion for improval regarding the pressure of time	This could have been avoided by having one more appointment and then, so to speak, creating the space to have time to answer questions that come up or simply / yes more time. There was also a lot of time pressure

					that was added to the schedule and that could have been reduced,
			1.3.6.3.2 with the role	The role of the acting practice was criticized or not well liked to some extend	I know that there was a situation in a conversation with me in a role that was a bit unfortunate. I can't remember the details now, but the actor, the acting patient, he obviously didn't have one piece of information that every participant in this project and in the telephone coaching has. And that somehow led to me explaining it to him in conversation, which then led to / which then took a little longer in terms of time and the feedback I got afterwards was that I shouldn't have gone into it in such detail and I was simply irritated because it was unfortunate for the

					role. Because the actor obviously lacked information, a coach knows that beforehand, and can put that aside. So that just stuck with me a little bit. Because somehow the first conversations were like that and it was a bit unpleasant for me that it went so unhappily, but otherwise I found the roles very appealing.
		1.3.7 Practice among the coaches		Dissatisfaction with the practice module with the coaches among each other	
			1.3.7.1 Efficancy	Dissatisfaction with the practice module with the coaches among each other regarding efficancy	One can also discuss "this till to death". That's a very harsh term for it, but maybe that expresses a little bit of my feeling that I had/have there, that feeling is just enough for me right now.
			1.3.7.1.1 posed situation	The practice coaching situation and its degree	So I really think that these practice units

				of naturalness or realness	with the coaches, what we did afterwards among ourselves, that was actually something that was unplanned in the training beforehand or that was built in unplanned that we then took up on our own initiative, I would find that basically very helpful to integrate into the training.
			1.3.7.2 Improvement proposal	Improvement proposal for the dissatisfaction with the practice module with the coaches among each other	So I really think that these practice units with the coaches, what we did afterwards among ourselves, that was actually something that was unplanned in the training beforehand or that was built in unplanned that we then took up on our own initiative, I would find that basically very helpful to integrate into the training.
	1.4 Satisfaction				

		1.4.1 self-efficancy and self-determination-theory		Satisfaction with the self-efficancy and self-determination-theory	Even if I now have parts/ it's been too long now. No, I didn't really miss anything. So that was very positive
			1.4.1.1 Didactics and methods	Satisfaction with the self-efficancy and self-determination-theory regarding didactics and methods	And there, too, the method was particularly memorable and it was possible to illustrate very well what self-efficacy means, what is behind this concept in contrast to, for example, compliance or other theories.
			1.4.1.2 trainer	Satisfaction with the self-efficancy and self-determination-theory regarding the trainer	Also with Angeli, I have to say again, she built it up similarly well. It was incredibly motivating how she does it. I like the way she sets up the training.
			1.4.1.3 content	Satisfaction with the self-efficancy and self-determination-theory regarding content	I: And what about the topics of self-efficacy and self-determination theory? P: That is quite interesting.
			1.4.1.4 organisation	Satisfaction with the self-efficancy and self-	

				determination-theory regarding organiaation	
			1.4.1.4.1 online/in-person traning	Satisfaction with the self-efficancy and self-determination-theory regarding online/in-person traning	I found it particularly exciting how it was implemented digitally and how it simply stimulated one to deal with this topic oneself through this digital implementation.
		1.4.2 practice among the coaches		satisfaction with the practice among the coaches	on the whole, i am satisfied with the way it went
			1.4.2.1 usefulness	satisfaction with the practice among the coaches regarding usefulness	So I really think that these practice units with the coaches, what we did afterwards among ourselves, that was actually something that was unplanned in the training beforehand or that was built in unplanned that we then took up on our own initiative, I would find that basically very helpful to integrate into the training.
			1.4.2.2 Distinction between the	Distinction between the coaching practice and	In these exercises with the actors, we

			coaching practice with the actors	the actor patient exercise	colleagues were only participants in a training course organised by Mr Vithinius or Ms Gawlick or Ms Nagiak. And when we meet among ourselves, we are only in a close circle of colleagues, so then we don't have any, I'll say it like this, no leading person, no leading authority any more, so that softens the structure a bit.
			1.4.2.3 Constructive feedback	Satisfaction with the constructive feedback during the practice coachings with each other	And then, on the meta-level, I could say something else or give feedback or, as a colleague, say again, hey, why don't you go into the right direction, why don't you use the technique? So we really gave each other honest feedback, constructive feedback. I found that very good.

		1.4.3 coaching practice with the actor patients		Satisfaction with the practice coaching with the actor patients	I: And how did you find the organisation of the exercise days? P: Basically good.
			1.4.3.1 organisation	Satisfaction with the organisation of the practice coaching with the actor patients	It wouldn't be a bad thing if a training course like this were to take place again, but it wouldn't have suffered in terms of content.
			1.4.3.2 usefulness	Satisfaction with the usefulness of the practice coaching with the actor patients	They were also very helpful because you could go into a kind of coaching situation and also get feedback on it: Usually when I coach, I don't get much feedback from the person I'm coaching on whether it's good or whether it has a positive or negative effect, or what's good or what's bad about it. That's why I found this exercise very helpful. They did several of them, yes,

			1.4.3.3 different roles	Satisfaction with the different roles of the practice coaching with the actor patients	Otherwise, I actually found the roles very appealing
			1.4.3.4 gender of the actor	Satisfaction with the gender choice of the actor patients	Perhaps I should also point out that I always find it good when there is an acting patient and a female patient, i.e. both men and women, but I think that's also the way it is now, in the beginning it was always just one gender.
			1.4.3.5 didactic and methods	Satisfaction with the didactic and methods of the practice coaching with the actor patients	For me, it wasn't about new content, in fact we were all familiar with that, but I found it helpful to know exactly what the patients and participants in our project actually get to know. What are the main topics?
		1.4.4 Diet and physical activity		Satisfaction with the Diet and physical activity unit	I also found nutrition very interesting.
			1.4.4.1 Organisation	Satisfaction with the Diet and physical	So for the amount of time it took, it was perfectly fine for me

				activity unit regrading organisation	that there were no practical parts or practical exercises included.
			1.4.4.2 usefulness	Satisfaction with the Diet and physical activity unit regrading usefulness	But I have the feeling that what was taught there is a very good basis for being able to work with it in coaching. And from that point of view, I didn't miss anything in terms of previous education.
			1.4.4.3 didactics and method	Satisfaction with the Diet and physical activity unit regrading didactics and method	In principle, I found that this concept of Mediterranean nutrition with the plate concept is very simple and clearly structured and can be put into practice very well, so that I think even people who do not have this professional background can convey it well and can also integrate it well into further practice.
			1.4.4.3.1 knowledge reproduction	Coach reproduces what they had learned	What I found interesting was simply

				regarding diet and physical activity	to look at the new WHO guidelines again, because they have just been updated this year or last year.
		1.4.5 MI			
			1.4.5.1 didactic and method	Satisfaction with the MI unit regrading didactics and method	But apart from that, I can only say that I found it very well structured and the concept was conveyed well.
			1.4.5.2 reaction	Reaction to the MI unit	Overall the training was good too.
			1.4.5.3 content	Satisfaction with the MI unit regrading content	And also related to the content, very exciting.
			1.4.5.4 usefulness	Satisfaction with the MI unit regrading usefulness	I also found it very exciting in principle. Also very useful
			1.4.5.5 organisation	Satisfaction with the MI unit regrading organisation	
			1.4.5.5.1 online-training	Satisfaction with the MI unit regrading online training	And then we worked with our colleagues in a breakout session and got together again. I thought that was good. I thought it worked surprisingly well. If you've never done this

					before and you're new, you're often first of all / how does it work when you're used to being present, of course it's much nicer. But it worked amazingly well and I didn't think there was any difference in the content that came across. So that was completely okay.
		1.4.6 HAPA		Satisfaction with HAPA	Yes, specifically I don't know what else to do now / specific parts / as a whole I found it a very good training.
			1.4.6.1 organisation	Satisfaction with HAPA regarding organisation	Yes, I have basic/ I can't really distinguish between the individual ones now, but this part was the basis and the foundation of it and I knew beforehand /in itself and what it's about and also actually what the study is fundamentally about and what the project is about.

			1.4.6.2 didactic and method	Satisfaction with HAPA regarding didactic and method	HAPA model. Well, the HAPA model is very complex, but it is also important to recognise how I can actually identify exactly where a coach stands, i.e. where I can pick them up. And what steps can I then take with them? Exactly, so I think that's enough about the HAPA model for now.
			1.4.6.3 usefulness	Satisfaction with HAPA regarding usefulness	Of course, we were also given case examples in small groups, or we were presented with exact patient cases, which we were then supposed to assign to the individual groups. So into unprepared, prepared and active. I found that very helpful and useful.
			1.4.6.4 praise of the HAPA tools	Satisfaction with HAPA tools	So I find the tools basically a helpful guide.
			1.4.6.5 online traning	Satisfaction with HAPA regarding online traning	It was basically very good. That was the only

					training in presence form.
		1.4.7 overall the training		Satisfaction with the overall traning	In general, really very very good
			1.4.7.1 didactics and methods	Satisfaction with overall traning regarding didactic and method	But apart from that, I can only say that I found it very well structured and the concept was conveyed well.
			1.4.7.1.1 Team	Satisfaction with the team	Because we also got to know each other much better through this practice,
			1.4.7.1.1.1 personality of the coach	Positive comments regarding the personality of the other coaches	Because through this practice we also got to know each other much better, both personally but also to know where one or the other has their strengths, so for example I was able to take a lot from the calmness of (name). So we realised that we are all really four very different types.
			1.4.7.1.2 trainer	Positive comments regarding the trainer	Later, we had other training sessions, also with Angeli, and they

					were all very good. Very interactive!
			1.4.7.1.2.1 support offer	Positive comments regarding the support offer	Oh, yes, sufficient again and again. We all know that / or I know that I can call Ms Nagiak or Ms Gawlik at any time and write to them and we can organise a Zoom meeting if necessary. We have used this for smaller questions several times and always get a relatively quick response, which is also good to know. So I don't have the feeling that I'm somehow sitting alone in the home office and I have problems and don't know who I can contact because I don't know if there is individual feedback.
			1.4.7.1.3 practical application	Positive comments regarding practical application tasks in the training	We then learnt in theory to simply try it out with practical exercises. I think that

					was a very important part of it.
			1.4.7.2 no improvements needed	Overall satisfaction and no improvement needed	Both in presence and in online form with actor-patients. Even though I am not supposed to mince my words, I really can't say anything negative about it, not even superordinately.
			1.4.7.3 usefulness	Overall usefulness	I enjoyed the training very much and was able to learn a lot from it.
			1.4.7.4 content	Overall satisfaction with the content of the training	So overall, I actually experienced it as positive. I found the content very different.
			1.4.7.5 organisation	Overall satisfaction with the organisation of the training	But the question is still how uniform something like that becomes, and especially within the framework of a research project, I think it must somehow have a structure, a guideline. And that's why, as I said, I rate the training overall as positive, as pleasant. And I am also pleased that we were

					informed so comprehensively.
			1.4.7.5.1 online/in-person training	Overall satisfaction with the online/in-person training aspect of the training	In and of itself, the content was also conveyed really well via the video conferences.
		1.4.8 Inclusion of the coaches in the overall course of the project		Mentioning of the inclusion of the coaches in the other component of the overall project	For me, it wasn't about new content, in fact we were already all familiar with it, but I found it helpful to know exactly the same thing: what do the patients and participants from our project actually get to know?
2. Learn success					
	2.1 new content				
		2.1.1Diet and physical activity		New content regarding Diet and physical activity	With the self-determination theory, that was new to me.
		2.1.2 HAPA		New content regarding HAPA	It was very exciting because the HAPA model was new to me.
		2.1.3 Acting practice		New content regarding acting practice	I have never done exercises like this with actors before
		2.1.4 Motivational Interviewing		New content regarding MI	But that was actually a completely new area that I didn't know at all

					and that was also a personal enrichment for me.
	2.2 Memory gaps			Coach shows memory gaps tough saying e.g. that he/she doesn't remember something	
		2.2.1 Motivational Interviewing		Memory gaps regarding MI	To be honest, I've just found the training courses a bit blurred, because some of them took place online.
		2.2.2 Diet and physical activity		Memory gaps regarding Diet and physical activity	Yes, I am really thinking about what we have done there.
		2.2.3 Self-efficacy and self-determination-theory		Memory gaps regarding Self-efficacy and self-determination-theory	I:.....can you remember how you felt at that time compared to the training, maybe some aspects of the content without remembering the whole training? P: No, unfortunately not. It is a bit uncomfortable for me right now, but unfortunately no.
		2.2.4 HAPA		Memory gaps regarding HAPA	I really realise that the training was a bit ago.

	2.3 Learn success self efficacy			Progress in knowledge or expertise regarding the self efficacy unit	that has become very solidified as a theory in my head.
	2.4 Learn success coaching practice exercises			Progress in knowledge or expertise regarding coaching practice exercises	At the beginning, of course, you had the impression that you really had to implement a tool in terms of content, but over the course of the next few weeks and training sessions and the practical exercises, it became clear that everyone has their own individual leeway and it is only a guideline. No, I can identify with it / could identify with it very quickly.
		2.4.1 Practice with the actor patients		Progress in knowledge or expertise regarding coaching practice exercises with the actor patients	And sometimes it is perhaps also good to have this extreme stress. Because it might have been produced because it wasn't optimal, but nevertheless it might have worked within this greater stress and you

					could see and see how I deal with it. And that's why I tended to take the positive out of it and say that's just the way it is. Then I also had to show or see for myself what I could do. Then that is also completely okay for me.
		2.4.2 Practice with the coaches		Progress in knowledge or expertise regarding coaching practice exercises among the coaches	oh yes, you should only do it that way. These are the theories, this is what we want to implement. Then we try to do that in the discussions when we practise with each other. Then all of a sudden it's just there.
	2.5 Learn success motivational interviewing			Progress in knowledge or expertise regarding the MI unit	For example/ in the beginning, now it has really improved, I found it extremely difficult to ask open questions.
		2.5.1 Off-the-job learning success		Progress in knowledge or expertise regarding the personal life	No, except really thank you again! And that it was a lot of fun for me professionally, but also

					in terms of transferring it to private communication, and that I can get an incredible amount out of it.
	2.6 Learn success HAPA			Progress in knowledge or expertise regarding HAPA	As I said, the model was new. But I identified with it very quickly/ I personally can also identify very well with how I work, or how I have worked with patients so far, and I had the feeling relatively quickly that this is a tool with which I can work very well. And also with the tools in terms of content. I think they are all actually very good. At the beginning, of course, you had the impression that you really had to implement a tool in terms of content, but over the course of the next few weeks and training

					sessions and the practical exercises, it became clear that everyone has individual room for manoeuvre and that it is only a guideline. No, I can identify with it / could identify with it very quickly.
		2.6.1 HAPA tools		Progress in knowledge or expertise regarding HAPA	For me, the most important thing is not that I can implement all the tools in theory, so to speak, in my sleep, but rather that I feel really confident for the first third or the first half of the tools, thirds are too few, that half of the tools, that is, I feel really confident and can build on them.
			2.6.1.1 Implementation difficulties		I: how confident do they feel in using the tools? P: It varies, so I have to say that this has a bit to do with the role I was given in our exercises. I

					didn't really have the opportunity to go through all the tools in a practical exercise. But it was important for me to go through the first tools again and again so that they really sit. Assuming that we don't only have active people assigned to us, that's different in my case for the time being, but that's not a bad thing at all. In this respect, I have not really been able to practise all the tools in such detail in practical exercises.
	2.7 Interview was helpful			Progress in knowledge or expertise thorugh the interview	For me, recapitulating that now and going back in there and so on is also a learning process. Because you call up a lot of things. So I thought it was a very good idea and it was great that we did it. Helpful!

	2.8 Knowledge rendition			Coach says something that shows that they retained the information of the training	(thinking) What I still remember very well is that it was structured in such a way that these three aspects of paying attention to the needs of the coaches and also preserving the autonomy of the coach and the need for social connection have strengthened this theory in my mind. And that this is also a very important aspect/three very important aspects that one should pay attention to in coaching in order to be able to work successfully.
Level 3: Behavior				Level 3: Behavior - This level evaluates the changes in the trainees' behavior as a result of the training. It assesses whether the trainees apply their newly acquired knowledge and skills on the job.	

	3.1 Application in the workday			Coach mentions and or explains that they applied knowledge and know-how from the training in the coaching sessions	So, in addition to the pools, I also prepared some posters myself, which I can then stick on my laptop or something, which is why I felt very well prepared and have also had really funny conversations so far.
		3.1.1 challenges		Challenges that occur while applying the learned in the workday	Sometimes I think the training was great, the content we learned was great, the tools we got were very exciting, but there are always conversations where I have the impression that it is not as good in real life as it should be in my imagination, which would meet my requirements.
			3.1.1.1 Dealing with challenges	The dealing with the challenges of the application of the learned in the workday	Oh, that was quite good. Because I have a very talkative first coach. I had to make an agreement with him right at the first meeting that we had to

					watch the time and that I could interrupt him or that he would feel hurt. He gave me a lot of space to really consciously make sure that I /that I think about my questions carefully, that I get as much information as possible with as short a question as possible. And I was also really really satisfied with these open questions and /that because I had the impression that I really succeeded quite well in the first two interviews I had. But also because of the information and the training that I received in advance.
			3.1.1.2 With the HAPA tools	The dealing with the challenges of the application of the learned HAPA Tools in the workday	Yes, one tool that I often use is the decision balance. I find it more difficult with the health motivation tool, or with the self-efficacy tools, which I also find more

					challenging, I notice that. It is often more difficult for me to communicate this. One tool I often use is my routine or my goal.
		3.2.1 Subjective competence conception		The coach shows their perceived level of competence	And in this respect/ so I felt very well prepared I was a bit excited from the first interview then it really started.
			3.2.1.1 With motivational Interviewing	The coach shows their perceived level of competence with the MI	How does the implementation of the aspects of motivational interviewing work? P Well, I think it's very easy for me.
			3.2.1.2 With the HAPA tools	The coach shows their perceived level of competence with HAPA	I had the feeling relatively quickly that this is a tool I can work with very well. And also with the tools in terms of content. I also find them all very good.
Other					
	4.1 Pre-experience			Mentioning the pre-experience the coach has	
		4.1.1 PSG-Project		Mentioning the pre-experience regarding	Also on the nutrition part, I saw excerpts of

				the PSG-Projekt the coach has	this part of the training in the pre-tests, if that hadn't been the case, I could imagine that telephone coaching sessions that don't focus on nutrition would also be a small impulse for us.
		4.1.2 Diet and physical activity		Mentioning the pre-experience regarding the Diet and physical activity the coach has	it was / or is of course not my main topic as a sports scientist, so it was fundamentally different from this movement part. For me, it wasn't about new content - in fact, we were all familiar with it.
		4.1.3 Motivational interviewing		Mentioning the pre-experience regarding the motivational interviewing the coach has	But for me, in essence, not much new. There were maybe two more aspects where I thought, ah, yes, okay, I haven't looked at that side yet either. All in all, it was perfectly okay due to the training, but not so much new for me.

		4.1.4 Self-efficacy and self-determination-theory		Mentioning the pre-experience regarding the self-efficacy and self-determination-theory the coach has	But that might also be because it wasn't necessarily something completely new, but because I had added a bit of content to it and what we had already done before was something that I had somehow already practised a bit until then, as I just told you, in private but also with my colleagues.
		4.1.5 HAPA		Mentioning the pre-experience regarding HAPA the coach has	Yes, actually yes. I think most of us actually knew the HAPA model. So it was simply a refresher for many of us. But overall I had the feeling that all of us who came had a basic idea of what the HAPA model is and what it can do. Yes, and then simply intensified it again.
		4.1.6 unspecific		Mentioning an unspecific pre-experience coach has	I think the basis that I brought with me could be so great somehow

					especially in this area of coaching again /so much could be built on /
	4.2 Supervision in the everyday work			Supervision	Of course, we talked again about how to deal with / have supervisions. And during the coaching, when they really start, we have the possibility / and these are supposed to be fixed supervision appointments where you can report with such coaches about how you can deal with it.

PISUP

Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm

TC-Schulung
Theoretischer Teil

HAPA-Modell und praktische Tools zur Umsetzung von motivationalen und volitionalen Verhaltensänderungstechniken

07/10/2020

Dauer & Frequentierung des TCs

- Dauer: 18 Monate (P-SUP1)
- Frequenz (Eakin et al., 2007)
  - In den ersten zwei Monaten enge Frequentierung (4 Gespräche, alle zwei Wochen, Dauer der Gespräche, 1. + 2. + 18. Gespräch: ca. 30 Minuten, alle weiteren 20 Minuten)
  - In den Monaten 3 bis 6 jeweils ein Gespräch á 20 Minuten
  - In den Monaten 8,10,12,14,18 jeweils ein Gespräch

  = 13 Gespräche in 18 Monaten

Monate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Anzahl	2	2	1	1	1	1		1		1		1		1				1
Dauer (in min)	30	20	20	20	20	20		20		20		20		20				30

Fallbeispiele

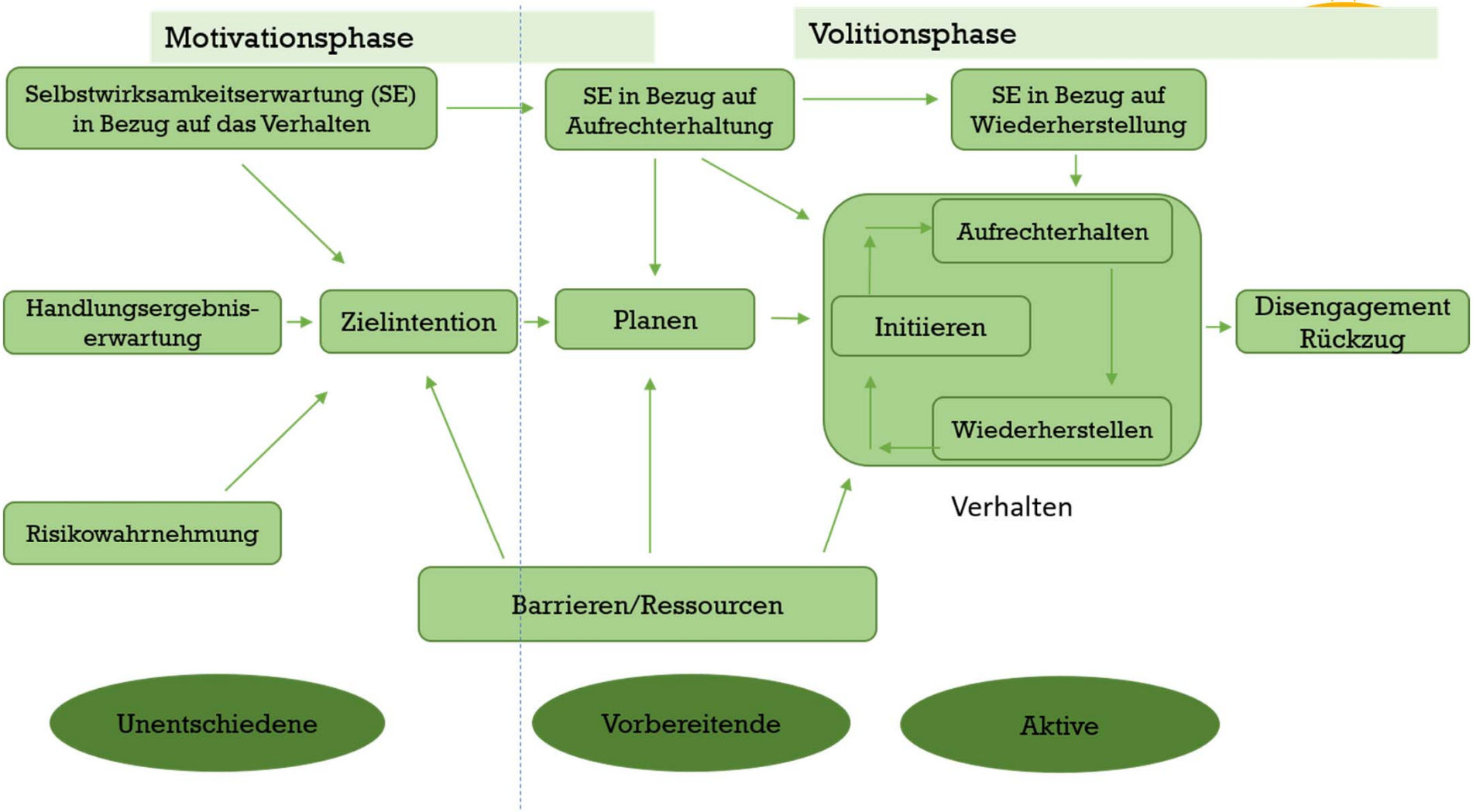
- Caroline, 43, Lehrerin, verheiratet, Diabetes Typ II
  -Vollzeitjob und 3 Kinder: keine Zeit für Sport
  -Ernährung nach eigenen Aussagen „normal“; „es muss eben schnell gehen“; Hauptsache, die Kinder kriegen zu essen, sie hat keine Zeit für sich darauf zu achten

- Joseph, 70, Friseur im Ruhestand, alleinstehend, KHK
  -450Euro-Job in seinem alten Salon
  -einmal die Woche Fußball mit Kumpels
  -kocht weitestgehend gesund, gerne und viel

- Stefan, 68, verheiratet, Ingenieur im Ruhestand, Diabetes Typ II
  - Mitglied im Fitnessstudio, seitdem die Rückenschmerzen schlimmer werden, geht er nicht mehr hin
  - Raucher
  - 2 warme Mahlzeiten am Tag, er kocht gerne und lecker mit seiner Frau zusammen

- Hanne, 78, Hausfrau, verwitwet, Diabetes Typ II
  -Anmeldung in einem senioren-Yoga-Kurs vor zwei Wochen auf Empfehlung eines Freundes
  -Ernährung spielt keine große Rolle, bestellt meistens Fast-Food seitdem ihre Frau gestorben ist, die hat wohl gerne gekocht

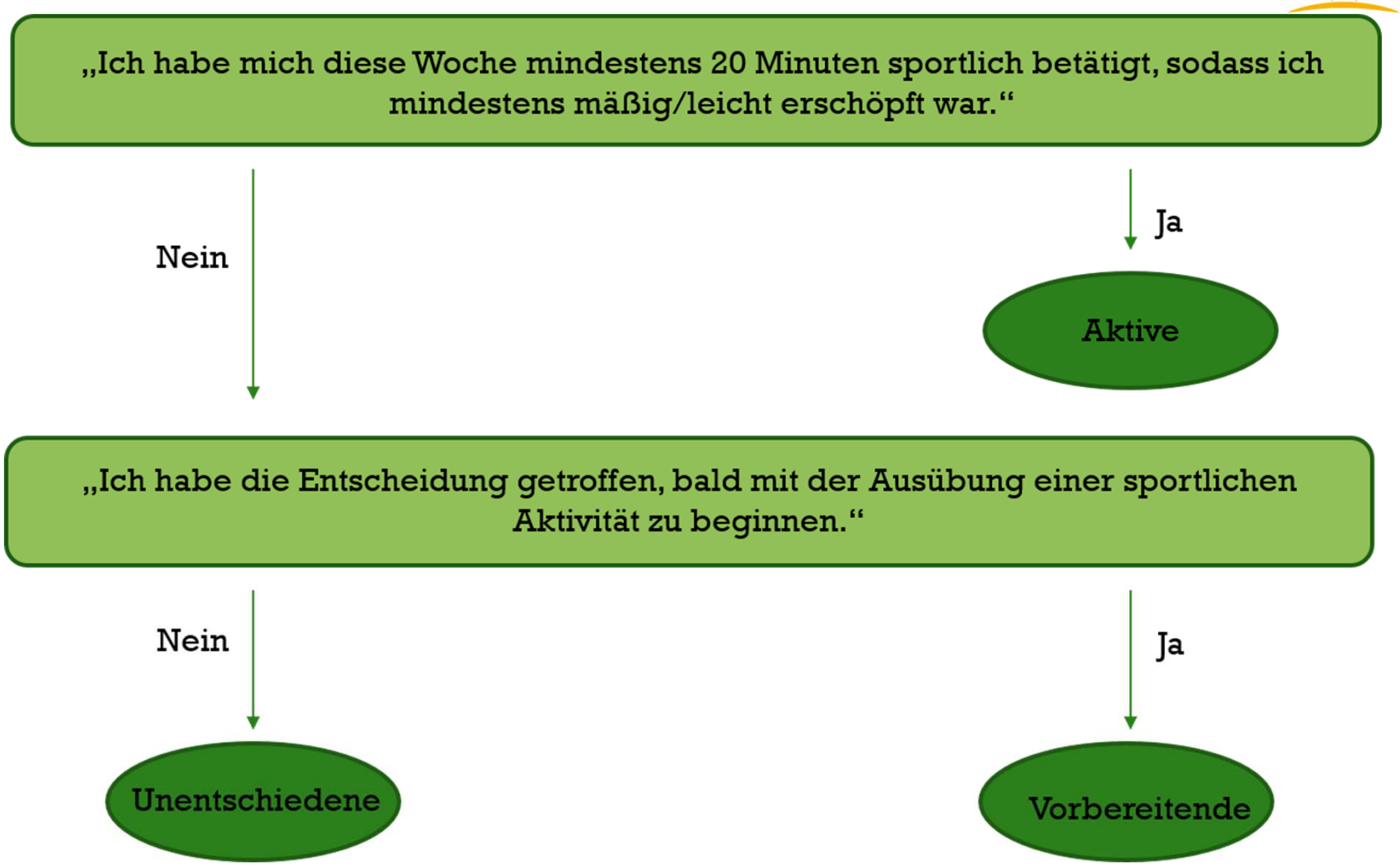
HAPA-Modell


Motivationsphase
Volitionsphase
Selbstwirksamkeitserwartung (SE) in Bezug auf das Verhalten
SE in Bezug auf Aufrechterhaltung
SE in Bezug auf Wiederherstellung
Handlungsergebnis-erwartung
Zielintention
Planen
Aufrechterhalten
Initiieren
Wiederherstellen
Disengagement Rückzug
Verhalten
Risikowahrnehmung
Barrieren/Ressourcen
Unentschiedene
Vorbereitende
Aktive

Erstgespräch

- Ziele:
  - Kennenlernen
  - Erste Einschätzung zur Person
  - Vertrauensaufbau
  - Zuordnung zur HAPA-Gruppe

Erstgespräch



Zwei Ansätze zur Durchführung eines Telefon-Coaching-Gesprächs

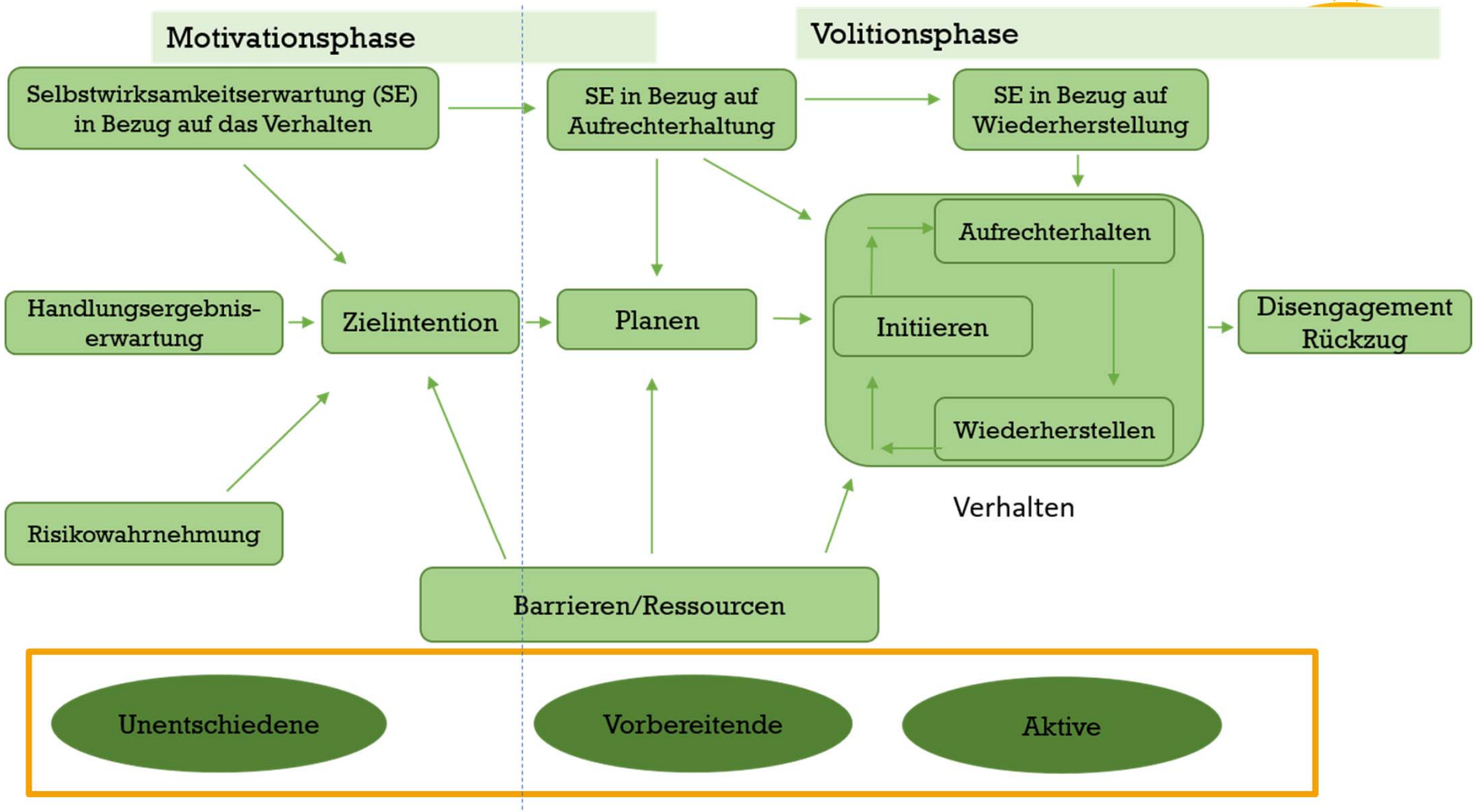
1
problemorientiert

2
gruppenorientiert

1 Problemorientierter Ansatz

Problemstellung	TC / OA- Tool	Wissens-Tool
Der Coachee weiß nicht, welche Bewegungsform zu ihm passt. Er hat noch keine Bewegungsform gefunden, die ihm Freude bereitet/kennt sich mit Bewegung nicht gut aus/denkt kategorisch („ich mag keinen Sport“).	*Toolbeispiel*	*Toolbeispiel*
Der Coachee hat kein oder (noch) kein selbstkonkordantes Gesundheitsziel für sich formuliert. Er ist sich seiner Ziele nicht bewusst. Er hat keine Idee, welches gesundheitsbezogene Ziel er erreichen möchte.	*Toolbeispiel*	*Toolbeispiel*
…	…	…

2 Gruppenorientierter Ansatz



Die 3 Gruppen

- Unentschiedene
  - Handlungsergebniserwartung
  - Risikowahrnehmung
  - SE in Bezug auf das Verhalten
- Vorbereitende
  - Zielintention
  - Planen
  - SE in Bezug auf Aufrechterhaltung
- Aktive
  - Initiieren
  - Aufrechterhalten
  - Wiederherstellen
  - SE in Bezug auf Wiederherstellung

Tool-Verteilung

Unentschiedene	Vorbereitende	Aktive
Aktivitätscheck	Gesundheitsplaner	Meine große Routine
Bewegungstyp	Gesundheitstagebuch	Meine Brücken
Entscheidungswaage	Mein Ziel	Selbstreflektion und Vertiefung
Meine Bewegungsmotivation	Visualisierung meines Ziels	Mein zukünftiges Selbstmanagement

PSUP

Personalisiertes Selbstmanagement
Unterstützungsprogramm

TC-Schulung
Selbstbestimmungstheorie

Workshop

AGENDA

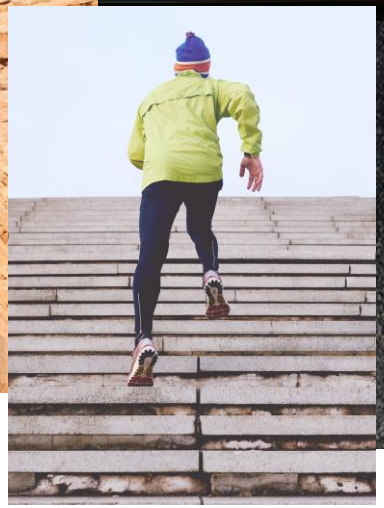
- „Selbstbestimmung“ / „Selbstbestimmt sein“ / „selbst bestimmen“
- Motivationale Einflussfaktoren
- Selbstbestimmungstheorie und ihre Mini Theorien
- Theorie der drei Grundbedürfnisse + Üben
- Organismische Integrationstheorie + Üben

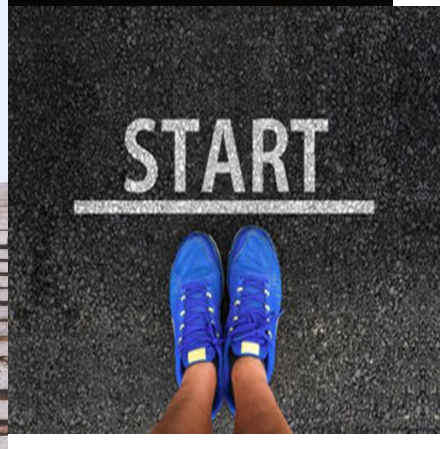
Ablaufplan des Workshops

Uhrzeit	Thematische Ausrichtung
9:00 - 9:30	Einführung + Begriffsbestimmung Motivation
9:30 – 9:40	Motivationale Einflussfaktoren
9:40 – 9:50	Selbstbestimmungstheorie und ihre Mini Theorien
9:50 – 10:40	Theorie der 3 Grundbedürfnisse + Übung
10:40 – 11:00	
11:00 – 11:25	Organismische Integrationstheorie
11:25 – 12:10	Üben „Eigene Gesundheitsmotivation“
12:10 – 12:20	Fragen + Abschluss

Motivation

Was bedeutet Motivation für euch?





Motivation

- Allgemeiner Begriff für alle Prozesse, die der Initiierung, der Richtungsgebung und der Aufrechterhaltung physischer und psychischer Aktivitäten dienen. (Zimbardo & Gerrig, 2004)

- Sammelbezeichnung für Prozesse und Konstrukte mittels derer das „warum“ des menschlichen Verhaltens oder „Nicht-Verhaltens“ zu erklären versucht wird

Was beeinflusst unsere Motivation?

- Geht 2 bis 3 Minuten in euch und überlegt, was eure motivationalen Einflussfaktoren sind (auf Ernährung und Bewegung bezogen).

- Psychologische Faktoren:

  Die 3 psychologische Bedürfnisse:
  Autonomie
  Kompetenz
  Verbundenheit/Beziehung

Eine motivationspsychologische Theorie: Die Selbstbestimmungstheorie (Self-determination Theory, SDT)

„Wie kann ich Menschen motivieren?“

„Wie kann ich die Bedingungen so gestalten,
dass Menschen motiviert sind?“

(Deci & Ryan, 1985)

Eine motivationspsychologische Theorie: Die Selbstbestimmungstheorie (Self-determination Theory, SDT)

„Wie kann ich Menschen motivieren?“

„Wie kann ich die Bedingungen so gestalten,
dass Menschen motiviert sind?“

(Deci & Ryan, 1985)

Selbstbestimmungstheorie + ihre Mini-Theorien

- Basic Psychological Needs Theory (BPNT)
- Organismic Integration Theory (OIT)
- Cognitive Evaluation Theory (CET)
- Causality Orientations Theory (COT)
- Goal Contents Theory (GCT)
- Relationships Motivation Theory (RMT)

(Deci & Ryan, 1985, 2000; Ryan and & Deci)

Selbstbestimmungstheorie + ihre Mini-Theorien

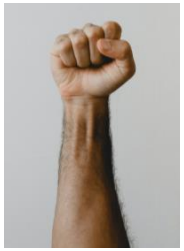
- **Basic Psychological Needs Theory (BPNT)**
- **Organismic Integration Theory (OIT)**
- Cognitive Evaluation Theory (CET)
- Causality Orientations Theory (COT)
- Goal Contents Theory (GCT)
- Relationships Motivation Theory (RMT)

(Deci & Ryan, 1985, 2000; Ryan and & Deci)

Basic Psychological Needs Theory (BPNT)

**Menschen sind dann motiviert,
wenn soziale Umgebungsbedingungen eine
Befriedigung der 3 Basic Needs ermöglichen.**

Autonomie



Kompetenz

Verbundenheit

Die 3 Grundbedürfnisse

Autonomie

-

Selbstbe-
stimmtheit

Entscheidungs-
freiheit

Kompetenz

-

Eigene
Fähigkeiten

Selbstver-
wirklichung

Verbundenheit

-

Soziale
Einbezogenheit

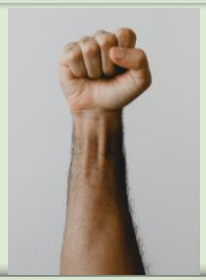
Die 3 Grundbedürfnisse

So, jetzt seid ihr dran – in Kleingruppen:

1. Überlegt euch bitte, wie ihr die drei Grundbedürfnisse bei euren Coachees adressieren könntet (unabhängig von der Situation).

2. Nehmt euch das Tool „Gesundheitsplaner“ zur Hand. Wendet dieses Tool in einer Coach-Coachee-Situaton an und überlegt euch, wie ihr innerhalb dieses Tools die verschiedenen Grundbedürfnisse stärken könnt!

Die 3 Grundbedürfnisse



Autonomie

-

Eigenständigkeit

Entscheidungs-freiheit

- Wahlmöglichkeiten geben
- Selbst entscheiden lassen

Kompetenz

-

Eigene Fähigkeiten

Selbstver-wirklichung

- Positives Feedback
- Realistische Ziele
- Wissensvermittlung

Verbundenheit

-

Soziale Einbezogenheit

- Teamgeist vermitteln
- Buddyprinzip
- Modelllernen

Organismic Integration Theory (OIT)

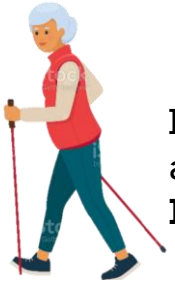
Extrinsische Motivation

Extrinsische Motivation ist ein Verhalten, das instrumentell ist - das auf Ergebnisse abzielt, die außerhalb des Verhaltens selbst liegen. Es gibt jedoch verschiedene Formen von Instrumentalität, zu denen externale, introjizierte und identifizierte und integrierte Regulierung gehören.

Intrinsische Motivation

Intrinsische Motivation ist eine Motivation, die auf der Befriedigung des Verhaltens "um seiner selbst willen" beruht. Eine Motivation, die ohne erkennbare Belohnung einfach da ist und ohne Bekräftigung von außen vorhanden ist.

Herr Maier geht spazieren, weil er eine **Prämie** von seiner Krankenkasse in Aussicht hat



Frau Schmidt **genießt** regelmäßig ausgedehnte Spaziergänge und hat **Freude** daran

Deci & Ryan (1985)

SDT: Organismische Integrationstheorie

Extrinsische Motivation ⟷ Intrinsische Motivation

Externale Verhaltens-regulation	Introjizierte Verhaltens-regulation	Identifizierte Verhaltens-regulation	Integrierte Verhaltens-regulation
Bewegung ist kein *eigenes* Ziel; es wird ausgeübt um es *anderen* Recht zu machen, z.B. dem Arzt.	Bewegung ist ein funktionales Ziel; ausgeführt um Anerkennung, Lob zu erhalten und Schuld zu vermeiden.	Bewegung wird als persönlich wichtig angesehen.	Bewegung gehört zum Selbstkonzept und ist ein Ziel dem Selbstbild zu entsprechen.

Externale Kontrolle → Autonomie

- Ich mache Sport, weil es mein Arzt von mir verlangt.
- Ich fühle mich schlecht, wenn ich keinen Sport mache.
- Ich mache Sport, um meinem Körper etwas Gutes zu tun.
- Sport ist mir wichtig und ein Teil von mir. Ich mache gerne Sport.

SDT: Organismische Integrationstheorie

Extrinsische Motivation ⟷ Intrinsische Motivation

Externale Verhaltens-regulation	Introjizierte Verhaltens-regulation	Identifizierte Verhaltens-regulation	Integrierte Verhaltens-regulation
Bewegung ist kein *eigenes* Ziel; es wird ausgeübt um es *anderen* Recht zu machen, z.B. dem Arzt.	Bewegung ist ein funktionales Ziel; ausgeführt um Anerkennung, Lob zu erhalten und Schuld zu vermeiden.	Bewegung wird als persönlich wichtig angesehen.	Bewegung gehört zum Selbstkonzept und ist ein Ziel dem Selbstbild zu entsprechen.

So, jetzt seid ihr wieder dran:
Sucht euch bitte für euch Beispielhandlungen aus, wie Sport/Haushalt/Familie besuchen etc. und ordnet sie den jeweiligen Verhaltensregulationsformen zu! (10 Minuten)

Deine Gesundheits-motivation

Jetzt wird wieder geübt:
Einmal das Tool „Meine Gesundheitsmotivation“ üben!
Die Herausforderung ist nun, keinen Patienten zu simulieren, sondern man selbst zu sein. Was ist **eure** Gesundheitsmotivation?

Gibt es noch Fragen?

P-SUP

Praktisch, sportlich
und persönlich.

Handbuch

Das Programm P-SUP

Entwurf

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung in P-SUP 7

1.1 Was ist das Ziel dieser Schulungseinheit? 7

1.2 Das Programm P-SUP 8

1.2.1 Was ist das Ziel des Projekts? 9

1.2.1 Was sind die Programmbestandteile? 9

1.2.2.1 Was sind Peer-Support-Gruppen? 9

1.2.2.2 Was macht ein Gruppenleiter und was macht ihn aus? 9

1.2.2.3 Welche Eigenschaften hat ein Gruppenleiter? 9

1.2.2.4 Welche Rolle hat ein Gruppenleiter? 9

1.2.3 Woraus besteht der Online-Bereich? 9

1.2.4 Was beinhaltet das Telefoncoaching? 9

1.2.5 Wie gestaltet sich das personalisierte Patientenfeedback? 9

2 Leben mit chronischen Erkrankungen 11

2.1 Wie wirkt sich die Erkrankung in meinem Leben aus? 12

2.2 Wie lerne ich den Umgang mit der Erkrankung? Was hilft mir? 12

2.3 Was ist Stress? Was sind (Stress-)Bewältigungsstrategien? 13

2.4 Welche praktischen Techniken helfen bei Alltagsstress und tun der Seele gut?

2.5 Einfluss der Persönlichkeit auf die Gesundheit 14

2.6 Psychische Störungen 14

2.6.1 Depression: Wie erkenne ich eine Depression? 14

2.6.2 Wie erkenne ich eine Angststörung? 15

2.6.3 Wann reden wir von einer Essstörung und welche Formen gibt es? 15

2.6.4 Alkohol- und Tabakkonsum 16

2.6.5 Wie gehe ich als PSG-Leiter voran, wenn ich bei mir oder bei den Gruppenteilnehmern eine psychische Belastung vermute/beobachte? 16

2.7 Toolbox 17

3 Gruppendynamik

3.1 Wie leite ich eine Gruppe und wie baue ich zu den Teilnehmenden eine gute Beziehung auf? 18

3.2 Wie gewährleiste ich die regelmäßige Teilnahme? Wie sieht ein motivationales Gruppenklima aus? 12

3.3 Was brauchen meine Teilnehmer für Informationen und welche Fragen kann ich beantworten? 12

3.4 Wie definiere ich mit meiner Gruppe Ziele?

3.5 Wie gehe ich als PSG-Leiter mit unterschiedlichen Interessen und Persönlichkeiten um? 12

3.6 Was ist eine Interaktion? 12

3.7 Der PSG-Leiter als Mediator: Wie gehe ich mit Spannungen/ Störungen in der Gruppe um? 12

3.8 Techniken für eine erfolgreiche Kommunikation und zur Konfliktlösung 12

3.9 Wie grenze ich mich ab? /Wie schütze ich mich? 12

3.10 Exkurs Emotionen: Was ist emotionale Kompetenz? Wie gehe ich mit Emotionen um? 12

3.11 Toolbox 12

BUCHEINFÜHRUNG

Wie nutze ich dieses Buch?

Dieses Handbuch wurde entwickelt, um Leiter von Peer-Support-Gruppen des Personalisierten Selbstmanagement-Unterstützungsprogramms (kurz: P-SUP) bei ihrer Leitertätigkeit auch über die zu Beginn stattfindende mehrtägige Leiterschulung hinaus zu unterstützen. Darüber hinaus können Sie dieses Handbuch selbstverständlich auch gerne innerhalb der Gruppentreffen nutzen, um bestimmte Inhalte und Informationen an die Mitglieder Ihrer Peer-Support-Gruppe weiterzugeben.

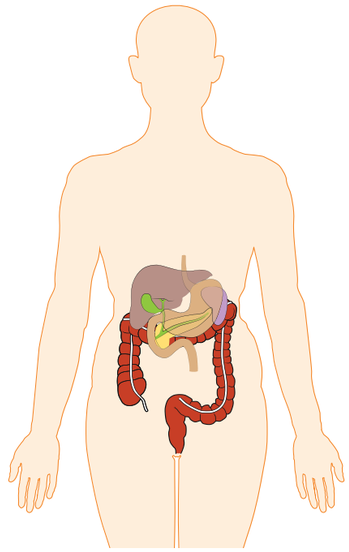
Das Buch vereint **theoretische** Kenntnisse mit **praktischen** Empfehlungen und wurde von Experten aus verschiedenen Fachrichtungen (unter anderem Ernährung, Sportwissenschaften und Gesundheitswissenschaften) entwickelt.

Das Handbuch für PSG-Leiter ist ein **Nachschlagewerk**. Es ist also nicht erforderlich, dass Sie es komplett und in der angegebenen Reihenfolge lesen. Dazu dienen die Inhaltsverzeichnisse und das Stichwortverzeichnis. Im Inhaltsverzeichnis am Anfang des Buches finden Sie eine Übersicht der verschiedenen Kapitel. Am Anfang jedes Kapitels wiederum sehen Sie ein weiteres Inhaltsverzeichnis mit den darin behandelten Themen. Daran können Sie sich orientieren, wenn Sie nach einem bestimmten Thema suchen. Wenn Sie jedoch nach einem ganz konkreten Begriff suchen, können Sie diesen durch das Stichwortverzeichnis am Ende dieses Buches ausfindig machen.

» *Im Laufe der Kapitel werden Sie merken, dass wir mal die männliche, mal die weibliche Form verwendet wird. Damit möchten wir eine geschlechtergerechte Sprache in diesem Handbuch sicherstellen.*

Illustrationen und besondere Hinweise

In manchen Kapiteln finden Sie Illustrationen mit einem hohen Informationsgehalt. Beispielweise in Kapitel XXX zum Diabetes Mellitus Typ 2 werden Sie folgende Darstellung vorfinden:



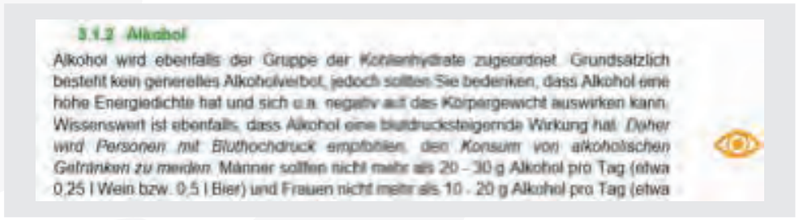
In anderen Kapiteln helfen bildliche Hinweise Ihnen zu erkennen, ob eine konkrete Information für Ihre Erkrankung relevant ist.

Beispiel: im Kapitel für Ernährung sehen Sie ein gelbes Auge, wenn die Information daneben besonders für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit relevant ist, und ein grünes Auge, wenn die Information besonders für Typ 2 Diabetiker relevant ist.

= Spezifische Information für Personen mit einer koronaren Herzkrankheit

= Spezifische Information für Personen mit Typ 2 Diabetes

Im Text werden Sie diesen Hinweis dann beispielhaft am Thema Alkohol wie folgt vorfinden:



3.1.2 Alkohol

Alkohol wird ebenfalls der Gruppe der Kohlenhydrate zugeordnet. Grundsätzlich besteht kein generelles Alkoholverbot, jedoch sollten Sie bedenken, dass Alkohol eine hohe Energiedichte hat und sich u.a. negativ auf das Körpergewicht auswirken kann. Wissenswert ist ebenfalls, dass Alkohol eine blutdrucksteigernde Wirkung hat. *Daher wird Personen mit Bluthochdruck empfohlen, den Konsum von alkoholischen Getränken zu meiden.* Männer sollten nicht mehr als 20 – 30 g Alkohol pro Tag (etwa 0,25 l Wein bzw. 0,5 l Bier) und Frauen nicht mehr als 10 - 20 g Alkohol pro Tag (etwa

Kein Ersatz für ärztlichen Rat

Dieses Nachschlagewerk dient Ihrer Information und Weiterbildung und ist keinesfalls ein Ersatz für ärztlichen Rat. Wenn Sie oder Ihre Gruppenmitglieder akute Beschwerden haben, sollte immer ein Arzt aufgesucht werden.

Entwurf

Kapitel

01

Einführung in P-SUP

Was ist das Ziel dieser Projekteinführung?

Das Programm P-SUP

› Was ist das Ziel des Projekts?

› Was sind die Programmbestandteile?

- Baustein 1: Was sind Peer-Support-Gruppen?
- Baustein 2: Woraus besteht der Online-Bereich?
- Baustein 3: Wie gestaltet sich das personalisierte Patientenfeedback?
- Baustein 4: Was beinhaltet das Telefoncoaching?

› Welche Aufgaben hat ein Gruppenleiter?

1 Einführung in P-SUP

1.1 Was ist das Ziel dieser Projekteinführung?

In diesem Kapitel sollen Sie Grundkenntnisse zum Programm P-SUP erwerben. Dazu gehören die Ziele des Projekts, sowie die Zusammensetzung und Grundlagen der einzelnen Programmbestandteile.

1.2 Das Programm P-SUP

P-SUP steht für

P **P**ersonalisiertes
S **S**elbstmanagement
U **U**nterstützungs-
P **p**rogramm

Es handelt sich um ein Projekt, dass in der Region Nordrhein im Bundesland Nordrhein-Westfalen für Patienten mit Diabetes Mellitus Typ 2 und/oder Koronarer Herzkrankheit entwickelt wurde.

1.2.1 Was ist das Ziel des Projekts?

Ziel des Projekts ist die Verbesserung der Lebensqualität, des Wohlbefindens und des Gesundheitszustands von Menschen mit Diabetes Mellitus Typ 2 und/oder Koronarer Herzkrankheit (KHK). Konkret soll dieses Ziel durch eine Stärkung der individuellen Kompetenzen, dem Zusammenhalt und der gegenseitigen Unterstützung zwischen den Teilnehmenden erreicht werden.

Entwurf

1.2.2 Was sind die Programmbestandteile?

Das Programm besteht aus vier Bausteine:

- Die **Peer-Support-Gruppen**, die zur gemeinsamen Bewegung und Austausch dienen
- Ein **Online-Angebot** zur Wissensvermittlung und motivationalen Unterstützung
- Personalisierte **Feedbackberichte** zum Verlauf klinischer Werte
- Individuelles **Telefoncoaching** (für ausgewählte Studienteilnehmende)

1.2.2.1 Baustein 1: Was sind Peer-Suport-Gruppen?

Eine Peer-Support-Gruppe ist eine Gruppe von chronisch erkrankten Menschen, die sich regelmäßig – persönlich oder virtuell – trifft, um gemeinsam aktiv zu werden. So soll diese einen Treffpunkt für Menschen, die an Diabetiker und KHK erkrankt sind bieten, um sich miteinander zu **bewegen und auszutauschen**. Der Hintergrund einer Peer-Support-Gruppe ist die gegenseitige und gemeinsame Unterstützung zwischen Menschen mit den gleichen Zielen.

Die Treffen werden in zwei verschiedenen Varianten stattfinden. In der **Präsenzvariante** finden diese über den gesamten Projektzeitraum in Kleingruppen von 4-6 Personen unter hygienisch angemessenen Voraussetzungen statt. In der **Onlinevariante** werden sich die Patienten von Beginn an in Online-PSG zusammenfinden und wöchentlich zu virtuellen Bewegungseinheiten treffen. Die Gruppengröße der Online-Peer-Support-Gruppen wird sich auf 5-7 Personen belaufen.

Die **Bewegungstreffen** finden wöchentlich statt und haben eine Dauer von ca. 45-90 Minuten. Die Art der gemeinsamen Aktivität können die Gruppenmitglieder gemeinsam bestimmen. Beispiele für Bewegungsaktivitäten sind Gehen, Wandern, Nordic Walking, Schwimmen, Turnen, Gymnastikübungen... Dabei sollte eine Sportart gewählt werden, mit der alle Gruppenmitglieder einverstanden sind.

Einmal im Monat findet anstelle des wöchentlichen Bewegungstreffens ein **Thementreff** statt. Die Treffen dienen dem Austausch von Informationen, der gegenseitigen Motivation und Unterstützung. Gesprächsthemen werden von der Gruppe selbst ausgewählt. Jeder zweite Thementreff kann professionell begleitet werden. Dazu lädt die Gruppe einen Experten ein (bspw. Ärztinnen, Diätassistenten, Psychologinnen). In den ersten Expertentreffen werden die Themen nach einer festen Reihenfolge stattfinden (hierzu können Sie sich als PSG-Leiter zusätzliche Unterstützung bei Ihrem Ansprechpartner einholen).

Die alle 2 Monate stattfindenden „Experten-Treffen“ werden über ein Online-Meeting (beispielsweise durch die Online-Plattform: Zoom) durchgeführt, um alle Teilnehmende mit den digitalen Angeboten vertraut zu machen und gleichzeitig stärker an die Online Plattform zu binden. Teilnehmende, die entweder nicht die technische Affinität oder die benötigten Geräte besitzen, haben ebenfalls die Möglichkeit dem Meeting über die Einwahl per Telefon beizutreten. Fragen können während der Online Meetings auf verschiedene Weisen von den Teilnehmenden gestellt werden:

- Die letzten 20 Minuten des Meetings könnten für eine offene Fragerunde reserviert sein, in dem die Teilnehmenden entweder einfach offen ihre Fragen stellen oder diese in den Chat des Meeting Raums schreiben. Die Teilnehmenden haben voran die Möglichkeit zu entscheiden, ob sie sich mit ihrem ganzen Namen und/ oder Videoübertragung einloggen, sodass bei Bedarf auch die Anonymität bedingt gewahrt werden kann.
- Der PSG-Leiter könnte vor dem Experten-Treffen die Fragen der Teilnehmenden sammeln und dem Experten zur Verfügung stellen, sodass die Fragen innerhalb des „Vortrages“ oder danach beantwortet werden können.

Außerdem wird die Bildung von Buddy-Paaren angeregt. In diesem Rahmen können sich jeweils zwei Gruppenmitglieder - zusätzlich zu den Gruppentreffen - regelmäßig zum gemeinsamen Sporttreffen im Freien zusammenfinden (z. B. zum Spazierengehen, Wandern, oder Walken).

Als Sicherheitsvorkehrungen um eine COVID-19 Infektion bei Präsenztreffen zu vermeiden sind verschiedene Hygienemaßnahmen zu beachten. Diese finden Sie in dem Informationsheft **„Bewegungsbausteine und Sicherheitshinweise für P-SUP“.**

Innerhalb von P-SUP wird es zwei Varianten des Programms in Bezug auf die Bewegungstreffen geben: die Präsenzvariante und die Digitalvariante. Die Gruppen werden dementsprechend je nach Präferenzen des Gruppenleiters und der Mitglieder gebildet, sodass es einerseits **„Präsenz-Gruppen“** geben wird, die sich für die Bewegungseinheiten persönlich treffen, und andererseits **„Digital-Gruppen“**, die sich per Videokonferenz zur gemeinsamen Bewegungseinheit treffen.

Durch die Kombination von Bewegungseinheiten und Thementreffen ergeben sich folgende Abläufe:

Aufbau der Gruppentreffen im Zeitablauf (Vergleich beider Gruppenvarianten):

Woche	Präsenzvariante	Digitalvariante
1	Erste Kennenlernen-Einheit in Räumlichkeiten	Erste Kennenlern-Einheit per Videokonferenz
2	**Bewegungstreffen** bspw. im Park, begleitet durch einen Sporttherapeuten	**Bewegungstreffen** per Videokonferenz, begleitet durch einen Sporttherapeuten
3	**Bewegungstreffen** bspw. im Park, begleitet durch einen Sporttherapeuten	**Bewegungstreffen** per Videokonferenz, angeleitet durch ein Bewegungsvideo
4	**Expertentreffen** (online) mit 2 weiteren Gruppen	**Expertentreffen** (online) mit 2 weiteren Gruppen
5	**Bewegungstreffen** angeleitet von Sporttherapeut	**Bewegungstreffen** per Videokonferenz, angeleitet durch ein Bewegungsvideo
6	**Bewegungstreffen** angeleitet von PSG-Leiter	**Bewegungstreffen** per Videokonferenz, angeleitet durch ein Bewegungsvideo
7	**Bewegungstreffen** angeleitet von PSG-Leiter	**Bewegungstreffen** per Videokonferenz, begleitet durch einen Sporttherapeuten
8	**Gesprächstreffen** (online) mit eigener PSG	**Gesprächstreffen** (online) mit eigener PSG
9	**Bewegungstreffen** angeleitet von PSG-Leiter	**Bewegungstreffen** per Videokonferenz, angeleitet durch ein Bewegungsvideo
...	...	...

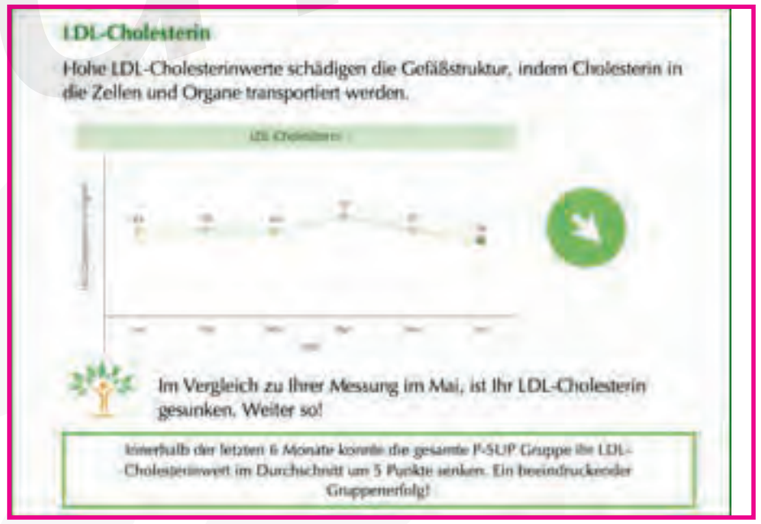
1.2.2.2 Baustein 2: Woraus besteht der Online-Bereich?

Die Plattform vermittelt alle relevanten Themenbereiche in drei unterschiedlichen Methoden: **Wissensvermittlung** zu den Themen Sport/körperliche Aktivität und Ernährung im Alltag, **Selbstdiagnostik** durch die Eingabe von relevanten Werten und individuelle **Empfehlungen** auf Basis der Selbstdiagnostik. Außerdem verfügt die Plattform über eine Datenbank mit Bewegungsangeboten und **Vernetzungsmöglichkeiten**. Genauere Informationen dazu haben Sie entweder bereits enthalten oder werden Sie in den nächsten Wochen erhalten.

1.2.2.3 Baustein 3: Wie gestaltet sich das personalisierte Patientenfeedback?

Den Programmteilnehmenden wird ein regelmäßiger Feedback-bericht zu **medizinischen Parametern** (z. B. Blutdruck und Gewicht) und deren Verlauf durch den behandelnden Hausarzt bereitgestellt. Bei akuten Verschlechterungen tritt die Praxis aktiv mit dem Patienten in Kontakt.

Ein beispielhafter Ausschnitt wird im Folgenden dargestellt:

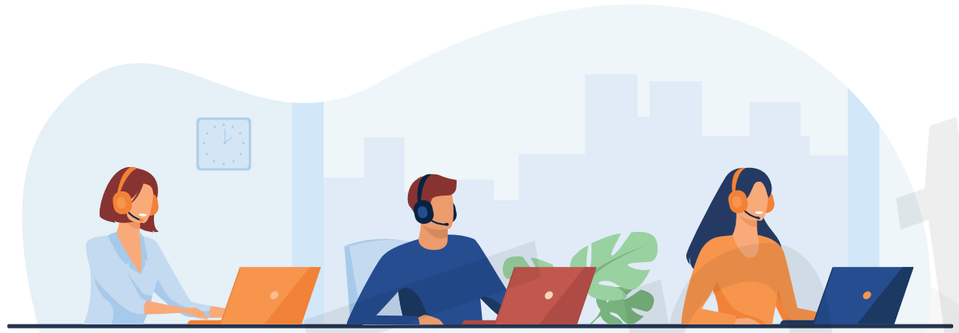


1.2.2.4 Baustein 4: Was beinhaltet das Telefoncoaching?

Das Telefoncoaching wird jenen Programmteilnehmenden angeboten, die aufgrund der Eingangsbefragungen einen besonderen Unterstützungsbedarf aufweisen. Das Telefoncoaching startet mit Beginn des Programms, sobald die Zuordnung der Studienteilnehmenden erfolgt ist.

Ablauf des Telefoncoachings
Zu Beginn erfolgen insgesamt 4 Eingangsgespräche. In der ersten Hälfte dieser Eingangsphase dienen die Gespräche zur Intentionsbildung, also der Generierung von Vorsätzen zur Veränderung des Lebensstils. In der zweiten Hälfte wird daran gearbeitet, diese Vorsätze in tatsächliche **Veränderungen** umzusetzen. Für den restlichen Zeitraum der Intervention sollen diese Veränderungen **stabilisiert** und verstetigt werden.

Inhalte des Gesprächs umfassen die Abfrage von Verhaltenserfolgen und Misserfolgen, Erkennung möglicher Verhaltensbarrieren, Entwicklung von Strategien zum Umgang mit Verhaltensbarrieren, Formulierung sinnvoller und realistischer Ziele für die folgende Zeit und Verhaltenskontrolle.



1.2.3 Welche Aufgaben hat ein Gruppenleiter?

Ihre hauptsächliche Aufgabe als Gruppenleiterin ist es, die Treffen zu **Organisieren**. Bei den Bewegungstreffen also geht es erst einmal die Gruppe zu fragen, wann sie sich treffen möchten und welche Bewegungsart beim nächsten Treffen gemacht werden soll. Wenn eine Entscheidung getroffen wurde, teilen Sie Uhrzeit, Ort und Vorhaben für das nächste Treffen mit. Nach den Treffen geben Sie auf einer Anwesenheitsliste an, wer bei diesem Treffen dabei war, und welche Sportart die Gruppe gemacht hat.

Welche Eigenschaften sind darüber hinaus hilfreich?
Für die erfolgreiche Leitung einer Peer-Support-Gruppe sollte der Gruppenleiter viel Eigenmotivation mitbringen, um auch andere Gruppenmitglieder motivieren zu können. Der Gruppenleiter besitzt grundsätzlich eine positive **Lebenseinstellung** und kann sich in andere einfühlen.

Von Vorteil sind Eigenschaften, die zur Streitschlichtung dienen. Außerdem sollte Interesse und Offenheit zum Umgang mit Online- und digitalen **Kommunikationstechnologien** vorhanden sein.

» *Sie wurden ausgewählt, weil Ihr Arzt der Meinung ist, dass Sie ein guter Gruppenleiter sein werden Das heißt, sind Sie dafür geeignet und brauchen sich keine Sorgen zu machen, dass Sie etwas nicht schaffen.*

Kapitel

02

Leben mit chronischen Erkrankungen

Wie wirkt sich die Erkrankung in meinem Leben aus?

- Was hilft mir im Umgang mit meiner Erkrankung?
- Was ist Stress? Was sind (Stress-)Bewältigungsstrategien?
  - Welche praktischen Techniken helfen bei Alltagsstress?

Psychische Störungen: Warum ist das ein Thema?

- Was ist eine Depression?
- Was sind Merkmale einer Angststörung?
- Was sind Merkmale einer Essstörung?
- Alkohol- und Tabakkonsum
- Einfluss der Persönlichkeit auf die Gesundheit
- Umgang mit psychischen Belastungen in der Gruppe

2 Leben mit chronischen Erkrankungen

Zu Beginn geht es in diesem Abschnitt um die Darstellung der Zusammenhänge zwischen chronischen Erkrankungen und dem psychischen Befinden. Im Anschluss folgen hilfreiche Anregungen im Umgang mit der Erkrankung. Darauf folgend wird auch das Thema Stress und der Umgang mit Stress beschrieben. Es werden einige Techniken zur allgemeinen Stressbewältigung vorgestellt. Im zweiten Abschnitt folgt die Vorstellung einiger relevanter psychischer Erkrankungen wie Depression, Angst- und Essstörungen. Zudem wird der Einfluss bestimmter Persönlichkeitseigenschaften auf die Gesundheit erläutert. Am Ende bekommen Sie einen Input dafür, wie sie Verhaltensänderungen bei Teilnehmenden ansprechen können.

2.1 Wie wirkt sich die Erkrankung in meinem Leben aus?

Eine chronische Erkrankung ist eine seelische Herausforderung und kann häufig ein Gefühl von starker Verunsicherung und Hilfslosigkeit auslösen. Die Auseinandersetzung sowie das Leben mit einer chronischen Erkrankung sind nicht immer einfach.

Nach der Diagnose der Erkrankung sind Betroffene zunächst mit der Aufgabe und der Verantwortung konfrontiert, ihren Alltag teilweise umzugestalten und Strategien anzuwenden, um einen hilfreichen, möglichst gesunden Umgang mit der Erkrankung zu entwickeln. Das gelingt nicht immer und kann Betroffene psychisch belasten, unter Umständen psychische Erkrankungen (wie Depression oder Ängste) auslösen. Auf der anderen Seite können bereits bestehende psychische Erkrankungen wiederum sich sowohl auf den Umgang mit der Erkrankung als auch auf den Krankheitsverlauf negativ auswirken. So besteht die Gefahr, dass Betroffene in einen „Teufelskreis“ geraten, in dem sich das körperliche und psychische Befinden gegenseitig negativ beeinflussen und verstärken können (s.Abb.X). Beispielsweise kann sich aufgrund einer Depression die Lebensqualität verschlechtern und ein bestimmtes Risikoverhalten entstehen, welches zu einer Verschlechterung der Erkrankung bzw. auch zu Folgeerkrankungen führen kann. Eine gesunde Krankheitsbewältigung ist daher ausschlaggebend, um nicht in einen „Teufelskreis“ zu geraten.

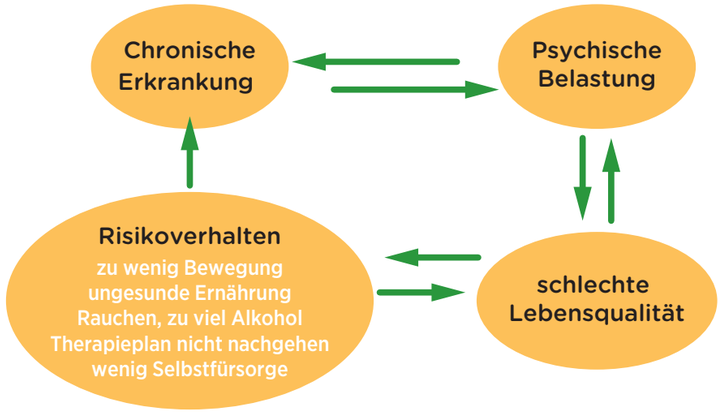


Abbildung X. Der Teufelskreis der Symptome: Entwickeln Betroffene keine gesunde Krankheitsbewältigung, geraten sie schnell in einen Teufelskreis, in dem sich körperliches und psychisches Befinden gegenseitig negativ beeinflussen und verstärken können.

2.1.1 Was hilft mir im Umgang mit meiner Erkrankung?

Auf sich selbst zu achten und die Erkrankung in den alltäglichen Entscheidungen einzubeziehen, ist eine wichtige Fähigkeit, die sich erlernen lässt . Neben einer adäquaten Änderung des Lebensstils, ist auch eine stabile Psyche für den positiven Umgang mit der Erkrankung von großer Bedeutung. Änderungen der Stimmung treten dabei auch bei psychisch gesunden Menschen auf.

Anbei einige **Ressourcen**, die Ihnen und den Teilnehmenden im Umgang mit ihrer Erkrankung helfen können:

- **Wissen über die Erkrankung als kognitive Ressource:**
  Da eine gesunde Krankheitsbewältigung mit dem Wissen über die Erkrankung, ihrer Ursachen und ihrer Behandlung zusammenhängt, ist es wichtig, sich ausreichend Wissen anzueignen. Wichtige Fragen, die Sie sich stellen können, sind: „Was weiß ich schon? Welche Informationen benötige ich noch? Wo erhalte ich diese Informationen? Wie nutzte ich bislang mein Wissen? Wie könnte ich mein Wissen effektiver nutzen bzw. anwenden?“
- **Selbstmanagement und Selbstkontrolle sind persönliche Ressourcen:**
  Die Fähigkeit, eigenverantwortlich und selbstständig zu handeln und zu “managen”, was dem Körper, der Psyche und der eigenen zwischenmenschlichen Beziehungen gut tut: „Was hilft mir im Umgang mit meiner Erkrankung und beeinflusst mich positiv? Was hilft mir in meinem Umfeld? Wer oder was könnte mich noch unterstützen?“
- **Körperliche Aktivitäten können Ressourcen sein:**
  „Was tut meinem Körper gut und beruhigt dadurch meine Seele?“ Ein Bad nehmen, Atemübungen, Yoga, Massage oder in der freien Natur spazieren. Bewegung in der freien Natur wirkt sich sowohl positiv auf Körper als auch auf Psyche aus.
- **Emotionale Kompetenz ist eine Ressource:**
  „Was empfinde ich? Was möchte mir dieses Gefühl sagen? Wie gehe ich mit diesem Gefühl um? Was fühlen andere Menschen? Wie reagiere ich auf sie?“ Der richtige Umgang mit Gefühlen ist sehr wichtig und kann Konfliktsituationen mildern. Im Abschnitt X.X. können Sie hierzu mehr lesen.
- **Spiritualität und persönliche Werte als Ressourcen:**
  „Was sind meine Überzeugungen? Worin erfahre ich Sinn? Was gibt mir in meinem Umfeld das Gefühl von Sinnhaftigkeit?“. Spiritualität und persönliche Werte können bei Krankheits- und Stressbewältigung eine Energiequelle sein.
- **Soziale Unterstützung als Ressource:**
  „Wer tut mir gut? Wie stark sind diese Personen in meinem Umfeld integriert? Wer könnte mir noch guttun?“ Vertrauensvolle Beziehungen sind eine wichtige Ressource und Kraftquelle (z.B. die emotionale Unterstützung durch Familie und Freunde). Auch Gespräche mit ebenfalls betroffenen Mitmenschen können hilfreich sein.
- **Fähigkeit zum Perspektivenwechsel als eine geistige Ressource:**
  „Wie interpretiere ich das Problem? Wie könnte ich es auch sehen? Was hilft mir im Umgang mit der Situation und wie kann ich sie bewältigen?“ Das Problem oder die Situation auch aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten, kann leichter zu einer Lösung führen.

2.1.2 Was ist Stress? Was sind (Stress-)Bewältigungsstrategien?

Stress ist ein komplexer Prozess in Wechselwirkung zwischen den Anforderungen der jeweiligen Situation (sogenannte Stressoren) und der betroffenen Person. Als stressauslösende Reize bzw. Stressoren werden sehr häufig Alltagssituationen beschrieben, die als unangenehm wahrgenommen werden. Beispiele dafür sind: Zeitdruck, zu langweilige oder überfordernde Aufgaben, Klima (Hitze oder Kälte) oder soziale Bedingungen (z.B. Konflikte oder Abhängigkeiten) und vieles mehr.

Stress ist allerdings nicht nur ein objektiver Zustand, sondern auch eine subjektive Bewertung einer Situation. Für einige kann bereits eine rote Ampel ein Stressor sein, für andere muss der Verkehr komplett stillstehen, damit die Situation als Stress empfunden wird. Ob eine Situation stresst oder nicht, hat oft damit zu tun, wie wir diese innerlich bewerten: Warum empfinden Sie bestimmte Situationen als Belastung? Laden Sie sich unnötig viel Last auf oder nutzen Ihre Zeit nicht effektiv? Vielleicht stellen Sie sich selbst zu hohe Ansprüche? D.h. stressauslösende Reize bzw. potenzielle Stressoren müssen nicht zwangsläufig zu Stress führen, denn persönliche Interpretationen und Bewältigungsstrategien können oft verhindern, dass der Zustand eine ungünstige Stressreaktion auslöst.

Als Bewältigungsstrategien, auch Copingstrategien genannt, werden Fähigkeiten bezeichnet, die den (positiven) Umgang mit Stress und Belastungen (z.B. die chronische Erkrankung) beschreiben. Insbesondere bei der Bewältigung von Stress in Krisen oder schwierigen Lebenssituationen spielt die “Resilienz” eine bedeutende Rolle. Sie beschreibt eine Widerstandsfähigkeit und Robustheit gegenüber belastenden Lebensumständen und den positiven Umgang mit negativen Stressfolgen. Menschen mit hoher Resilienz reagieren in schwierigen Situationen dynamisch, flexibel und mit Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Resilienz ist eine Fähigkeit, die erlernt werden kann.

Folglich einige Punkte, die beschreiben wie Sie ihre Widerstandsfähigkeit erhöhen können:

- Betrachten Sie Krisen nicht als unüberwindbare Probleme, z.B. „Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.“
- Setzen Sie sich realistische Ziele, z.B. „Ich habe ein klares Ziel vor Augen und fühle mich wohl dabei.“
- Suchen Sie aktiv nach Lösungen. Nehmen Sie keine "Opferrolle" ein, z.B. „Ich kann schwierige Zeiten durchstehen, weil ich weiß, dass ich das früher auch schon geschafft habe.“
- Glauben Sie an Ihr Können, z.B. „Ich glaube an mich selbst und das hilft mir auch in harten Zeiten“.
- Seien Sie geduldig mit sich, mit anderen und mit der Situation. Sehen Sie die Dinge aus einer langfristigen und auch aus einer anderen/alternativen Perspektive z.B. „Ich kann Situationen auch aus mehreren Perspektiven betrachten.“
- Sorgen Sie für sich und übernehmen Sie Verantwortung für sich selbst und andere, z.B. „Ich glaube, mein Schicksal selbst in der Hand zu haben.“
- Bauen Sie soziale Kontakte auf und pflegen Sie diese (Familie, Freunde, Vereine, Kirche u.a.), z.B. „Ich habe gute Freunde, auf die ich mich in einer Krisenzeit verlassen kann.“

2.1.2.1 Welche praktischen Techniken helfen bei Alltagsstress?

Alles, was entspannt und der Gesundheit nicht schadet, ist gut. Es können bereits scheinbare Kleinigkeiten sein, die entspannen und ein Gefühl von Zufriedenheit und Wohlbefinden erzeugen. Beispiele dafür sind: Musik hören, sich bewegen (z.B. Spazieren gehen, Sport treiben), ein Bad nehmen oder ein angenehmes Gespräch mit einem Freund führen. Zudem gibt es eine ganze Reihe aktiver Entspannungstechniken, die hier kurz vorgestellt werden. Es gibt nicht „die eine“ Entspannungstechnik, die jedem Menschen zusagt. Durch das Ausprobieren lässt sich individuell herausfinden, welche Methode guttut.

Anbei einige Beispiele für aktive Techniken:

Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
Bei dieser Übung lösen sich Verspannungen und mögliche Beschwerden können gemildert werden. Die Übungen helfen, Erregungszustände abzubauen und machen belastbarer. Zudem wird die eigene Körperwahrnehmung geschult. Je häufiger die Übungen im Alltag angewendet werden, desto besser wirken sie. Wir empfehlen Ihnen hierzu einen Experten einzuladen, der die Übung professionell anleitet. Eine Anleitung als Anregung finden Sie auf der Onlineplattform.

Imaginationstechniken
Imagination ist eine gute Technik, um zu entspannen und einen freien Kopf zu bekommen. Allein durch die Vorstellungskraft aktivieren sich Reaktionen auf emotionaler und körperlicher Ebene. Manchen Menschen fällt der Einstieg leicht, andere Menschen müssen einige Male üben, um ein Ergebnis zu spüren. Während der Imagination können störende Gedanken oder Bilder auftauchen. Das ist normal und gilt auch für Entspannungsverfahren. Wichtig ist, konzentriert wieder in die Imagination zurückzukehren. Eine Anleitung hierzu finden Sie im Anhang (online).

Achtsamkeit
Eine andere Art, um mit Alltagsstress umzugehen, bietet die Achtsamkeit. Schon kleine Achtsamkeitsübungen helfen, die Gedanken im Hier und Jetzt zu fokussieren. Die zunächst als banal erscheinenden und meist automatisierten Routinetätigkeiten im Alltag können schon als eine kleine Achtsamkeitsübung genutzt werden. Achtsam sein bedeutet, sich bewusst zu sein, was während des Zeitpunkt des Geschehens (z.B. beim Zähneputzen, Autofahren, Duschen oder beim Essen) geschieht. Auch den eigenen Atem zu beobachten und zu beeinflussen gehört dazu. Anstatt mehrere Dinge gleichzeitig zu erledigen, konzentriert man sich auf eine einfache Aufgabe im Alltag und betrachtet diese, ohne sie zu bewerten. So können Sie z.B. ein Stück Obst zunächst mit allen Sinnen wahrnehmen (Betrachten, Fühlen, Riechen, Schmecken) und dann langsam genießen. Eine praktische Achtsamkeitsübung finden Sie im Anhang (online).

Sorgen- und Grübelzeit
Eine einfache Art mit Alltagssorgen umzugehen, bietet die „Sorgen und Grübel-Zeit". Hier geht es also nicht direkt, um das Thema Entspannung, sondern darum, dass ein konkreter Zeitraum im Voraus geplant wird, um sich mit seinen Sorgen und Ängsten zu befassen. Dafür könnte man sich z.B. täglich 10 Minuten zu einer bestimmten Tageszeit nehmen („Ich habe mir vorgenommen, mich jeden Nachmittag 10 Minuten mit meinen Gedanken und Sorgen zu beschäftigen."). Während der „Sorgen-Zeit" kümmern Sie sich nur um Ihre Sorgen und Gedanken. Sie machen z.B. ein Brainstorming. Wann immer sich Sorgen bemerkbar machen oder Sie anfangen zu grübeln, sagen Sie sich innerlich zu anderen Zeitpunkten „Stop! Diese Gedanken gehören in die Sorgen/Grübelzeit. Um diese Gedanken kümmere ich mich in meiner Sorgen-Zeit". Mit dieser Methode verhindern Sie, dass die Sorgen im Alltag zu viel Raum und Zeit einnehmen können (Für eine genaue Anleitung s. im Anhang).

» *Sie können mit Ihrer Gruppe entweder regelmäßig oder sporadisch Übungen (s.u.) in die Gruppentreffen mit einbauen. Wenn es die Gruppe wünscht, kann eine Expertin eingeladen werden, die dann die ein oder andere Technik praktisch anleiten kann. Auch im Onlineplattform erhalten Sie hierzu einige Inputs.*

2.2 Psychische Störungen: Warum ist das ein Thema?

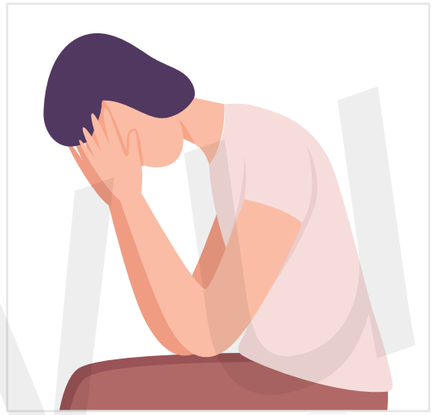
Psychische Störungen sind abzugrenzen von „schlechter Stimmung" oder kurzzeitige Phasen mit depressiven Gedanken, die nahezu jeder Mensch erlebt und die nach einiger Zeit „von allein" oder bei Anwendung von Ressourcen zurückgehen. Psychische Störungen haben einen tiefgreifenden Einfluss auf das Befinden und auf die Lebensqualität der Betroffenen. Sie beeinträchtigen verschiedene Lebensbereiche (private, soziale, berufliche etc.) und führen zu einem (hohen) Leidensdruck. Psychische Störungen stellen zudem keine Seltenheit dar. Die Ergebnisse einer umfassenden Studie zeigen, dass jeder dritte bis vierte Mensch in Deutschland mit eine psychische Störung im Laufe eines Jahres konfrontiert ist, unabhängig vom Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Liegt eine chronische Erkrankung vor, erhöht sich das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln.

» *Die Feststellung einer psychischen Störung und ihrer Behandlungsbedürftigkeit erfordern eine gründliche Untersuchung durch einen Experten.*

Falls Sie den Eindruck haben, dass bei einem Ihrer Gruppenteilnehmer eine psychische Belastung vorliegen könnte, haben Sie nicht die Aufgabe, eine Diagnose zu stellen. Sie können ggf. im Einzelgespräch die Person fragen, ob Sie Unterstützung benötigt und auf den Hausarzt verweisen. Sie selber als PSG-Leiter können sich- wie bei allen anderen für Sie schwierigen Situationen- telefonisch mit Mitgliedern des Projektteams beraten.

2.2.1 Was ist eine Depression?

Eine Depression äußert sich typischerweise mit einer gedrückten Stimmung, Interessen- und Freudlosigkeit, Energie- und Antriebsminderung, erhöhte Ermüdbarkeit und Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, gestörter Schlaf, veränderter Appetit, verringertes Selbstwertgefühl/-vertrauen, Pessimismus, Libidoverlust. Oftmals sind bei einer Depression auch ein sozialer Rückzug, Selbstvorwürfe und Schuldgefühle vorhanden. Auch Selbstmordgedanken können bei Depressionen auftreten. Die typischen Symptome einer Depression zeigen sich über mindestens zwei Wochen und können bis zu mehreren Monaten andauern oder sich chronifizieren. Je nach Ausprägung der Beschwerden (Symptome) führt die Depression zu massiven Einschränkungen der sozialen Aktivität und der Lebensqualität.



Sofern die depressiven Beschwerden parallel mit einer chronischen Erkrankung auftreten, ist die Lebensqualität weit mehr beeinträchtigt. Oft ist auch aufgrund der chronischen Erkrankung das Abgrenzen von depressiven Beschwerden von Symptomen der Grunderkrankung erschwert, so dass die Depression häufig unerkannt bleibt und nicht behandelt wird.

Depressive Erkrankung treten bei Diabetes mellitus und Herzerkrankun gen häufig auf und scheinen sich wechselseitig stark zu beeinflussen. Einerseits hat die Depression einen negativen Einfluss auf den Verlauf einer chronischen Erkrankung und anderseits erhöht die körperliche Erkrankung das Risiko eine Depression zu entwickeln. Wenn z.B. eine Diabetikerin eine Depression entwickelt, so besteht ein erhöhtes Risiko für Folgekomplikationen. Anderseits ist mit steigender Anzahl und Schwere der Folgekomplikationen auch das Depressionsrisiko erhöht. Hat ein Mensch eine Depression, so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit um ca. 60% eine KHK zu entwickeln im Vergleich zu Menschen, die keine Depression haben. Ferner haben depressive Menschen mit Diabetes und KHK eher ein ungünstiges Selbstmanagement, d.h. sie sind weniger fähig sich um ihre Erkrankung adäquat und aktiv zu kümmern. Für diese Patienten ist es häufig eine große Herausforderung regelmäßig Arzttermine wahrzunehmen, Medikamente korrekt einzunehmen, eine gesunde Ernährung zu beachten oder körperlichen Aktivitäten nachzugehen.

2.2.2 Was sind Merkmale einer Angststörung?

Wenn ein Mensch in eine bedrohliche oder nicht zu bewältigende Situation gerät, bekommt er Angst. Grundsätzlich ist Angst eine gesunde und überlebenssichernde, angeborene Emotion. Bei Angst mobilisiert sich der Körper mit den Reserven, die er für den „Kampf oder die Flucht“ benötigt. Der Herzschlag erhöht sich, der Blutdruck steigt an, der Atem wird schneller, der Blutzuckerspiegel und die Körpertemperatur steigen an. Der gesamte Körper ist alarmiert und wachsam, um das Überleben in potenziell bedrohlichen Situationen zu gewährleisten. Wann aber ist Angst pathologisch? Angst ist pathologisch, wenn sie chronifiziert und von ihrer ursprünglichen, sinnvollen Funktion abweicht (vor Gefahren schützen, das Überleben sichern). Dann ist die Angst irrational und übertrieben, häufig und oftmals auch ohne konkreten Anlass. Betroffene neigen zu einer übertriebenen Schonhaltung mit Vermeidung von körperlichen, sozialen und beruflichen Aktivitäten und beeinflussen somit auch die Lebensqualität negativ. Es existieren verschiedene Formen von Angststörungen (Hierzu finden Sie online mehr Informationen).

Chronische Erkrankungen, insbesondere kardiale Erkrankungen, führen häufig zu Ängsten und Sorgen, z.B. vor Folgeerkrankungen oder Komplikationen. Diese sind normal und nachvollziehbar. Sind sie angemessen ausgeprägt, können sie förderlich für die Bewältigung der Erkrankung sein. Sind sie aber übermäßig ausgeprägt und beeinträchtigen Alltagsaktivitäten sowie die Lebensqualität der Patientin, haben sie zwangsläufig auch einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und auf das Selbstmanagement. Übermäßige Ängste und Sorgen sollten daher ernst genommen und behandelt werden.

2.2.3 Was sind Merkmale einer Essstörung?

Essstörungen sind Verhaltensstörungen, die zu ernsthaften und langfristigen Gesundheitsschäden führen können. Wesentlich ist die permanente gedankliche und emotionale Beschäftigung mit dem Thema Essen. Sie betrifft die Nahrungsaufnahme oder deren Verweigerung. Bei allen Formen der Essstörung kann eine ausgeprägte negative Einstellung zum eigenen Körper bestehen.

Wie wird zwischen einem ungesunden und einem pathologischen Essverhalten unterschieden?
Nicht nur die Lebensmittel, die Sie zu sich nehmen , sondern auch das persönliche Verhalten tragen zu einem gesunden Essverhalten wesentlich bei. Von einem ungesunden Essverhalten wird gesprochen, wenn sich der Mensch beispielsweise unausgewogen und nährstoffarm ernährt. Zu spätes, schnelles, unregelmäßiges oder zu häufiges Essen können Hinweise auf ein ungesundes Essverhalten sein. Handelt es sich um eine Essstörung, beschäftigt sich der Mensch sehr häufig gedanklich, emotional sowie rigide mit den Themen Essen, Nahrung und Gewicht. Typisch sind auch erhöhte Unzufriedenheit mit dem Körperbild, Rückzug aus Freundschaften und sozialen Situationen. Oft treten Essstörungen daher auch in Kombination mit anderen psychischen Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen etc. auf. Essstörungen kommen in unterschiedlichen Formen vor. Die drei häufigsten Formen sind die Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) und Binge-Eating (Esssucht). Neben diesen gibt es auch atypische Essstörungen. Im nächsten Abschnitt werden wir etwas genauer auf die Binge-Eating Erkrankung eingehen, da sie für Patienten mit Diabetes und KHK mehr Relevanz hat .

Was ist Binge-Eating?
Wie bei einer Bulimie (Ess-Brech-Sucht) äußert sich eine Binge-Eating Erkrankung durch wiederholte Heißhunger-/ Essanfällen. Die Betroffenen verschlingen zwanghaft und unkontrolliert in relativ kurzer Zeit größere Mengen an Nahrung, als die meisten Menschen in einer ähnlichen Zeitspanne unter ähnlichen Umständen essen würden. Oft so lange, bis sie ein unangenehmes Völlegefühl haben und auch wenn sie sich nicht hungrig fühlen. Während und nach einem Essanfall haben Betroffene das Gefühl, dass sie die Kontrolle verloren haben. Manche essen auch mehr oder weniger ständig, häufig ohne dies bewusst wahrzunehmen. Typisch sind Scham- und Schuldgefühle nach den Essanfällen. Die Essanfälle werden meist durch psychosoziale Belastungen und Stress ausgelöst und dienen der Regulation negativer Emotionen. Das Vorliegen einer Binge-Eating kann wie alle anderen psychischen Störungen einen negativen Einfluss auf den Umgang und Verlauf einer Erkrankung haben.

2.2.4 Alkohol- und Tabakkonsum

Menschen trinken und rauchen aus verschiedensten Gründen, u.a. um ihre Stimmung zu beeinflussen, Ängste zu reduzieren und in Kontakt zu anderen Menschen zu kommen. Ein regelmäßiger Alkoholkonsum schadet der Gesundheit und erhöht das Risiko weiterer Folgeerkrankungen. Der übermäßige Konsum von Alkohol beeinträchtigt zudem das Selbstmanagement. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass je höher Alkoholkonsum, desto weniger gut “managen” Menschen sich und ihre Krankheit. Zu unterscheiden sind vier Formen des problematischen Alkoholkonsums:

Alkoholabhängigkeit:
In einem 12-Monatszeitraum ist zu beobachten:
1. Eine Toleranzentwicklung,
2. Entzugserscheinungen,
3. Höherer oder längerer Konsum als beabsichtigt,
4. Anhaltender Wunsch oder Versuch, den Konsum zu reduzieren oder zu kontrollieren.
5. Vernachlässigung wichtiger sozialer und/oder beruflicher Aktivitäten.
6. Hoher Zeitaufwand und Beschäftigung mit dem Thema Alkohol (Alkohol besorgen, konsumieren, erholen),
7. Fortgesetzter Konsum trotz des Wissens von körperlichen und psychischen Folgen.

Alkoholmissbrauch:
Unter Ausschluss einer Alkoholabhängigkeit ist das ein wiederholter Alkoholgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen wie Arbeit, Haushalt, Familie führt. Trotz wiederholter Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen und sozialen Situationen, die durch den Alkoholkonsum verursacht oder verstärkt werden, wird der Alkoholkonsum weiterhin fortgesetzt.

Riskanter Alkoholkonsum:
Von einem riskanten Alkoholkonsum spricht man, wenn eine gesundheitsschädigende Menge Alkohol konsumiert wird. Frauen wird nicht mehr als 10g und Männern nicht mehr als 20g des Konsums von reine Alkohol pro Tag empfohlen. Diese Werte sind reine Schätzwerte und beziehen sich auf gesunde Erwachsene. Bei Verdacht auf einen riskanten Alkoholkonsum wird eine Diagnostik beim Fach-/Hausarzt empfohlen.

» *Ein Glas Bier á 330ml mit 4,8% oder ein Glas Wein 125ml mit 12% enthalten min. 12g reinen Alkohol.*

Rauschtrinken:
Äußert sich durch unregelmäßigen, exzessiven Alkoholkonsum. Innerhalb kurzer Zeit wird eine große Alkoholmenge konsumiert. Häufiges Rauschtrinken erhöht das Risiko für einen zukünftig riskanten Alkoholkonsum.

Der Tabakkonsum:
Das Rauchen von Tabak geht mit einem schwerwiegenden gesundheitlichen Risiko einher. Regelmäßiges Rauchen kann chronische und/oder nicht heilbare Erkrankungen mit deutlichen Einschränkungen der Lebensqualität zur Folge haben. Die Lebenserwartung ist im Durchschnitt bei Rauchern um ca. 10 Jahre gesenkt. Die Folgen des Konsums sind hoch. Bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung erhöht Rauchen das Risiko für Folgeerkrankungen und einen negativen Krankheitsverlauf. Rauchen kann die Entstehung einer KHK begünstigen und den Verlauf eines Diabetes mellitus verschlechtern. Sie können zu den inhaltlichen Gesprächstreffen zu diesem Thema auch einen Experten einladen.

2.2.5 Einfluss der Persönlichkeit auf die Gesundheit

Jeder Mensch hat individuelle Besonderheiten in seiner Persönlichkeit, was das Erleben und Verhalten im Alltag beeinflusst. So hat die Persönlichkeit auch einen starken Einfluss auf unser Gesundheitsverhalten. Eine bereits wissenschaftlich gut belegte Aussage ist, dass bestimmte Persönlichkeitseigenschaften gewisse Erkrankungen begünstigen können. Sie stellen somit einen Risikofaktor dar. Beispielsweise haben Menschen mit einer Typ-D Persönlichkeit ein höheres Risiko, kardial zu erkranken. Typ-D Persönlichkeiten neigen verstärkt zum Erleben von negativen Gefühlen, Unsicherheiten und Ängsten. Sie sind öfter verärgert, reizbar und depressiv (z.B. „Ich rege mich über unwichtige Dinge auf“, „Ich mache mir oft Sorgen“). Sie sind sozial gehemmt, haben ein fehlendes Selbstvertrauen und fühlen sich öfter unglücklich („Ich fühle mich oft unglücklich“, „Ich fühle mich oft im Umgang mit Anderen gehemmt“). Ferner unterdrücken sie oft negative und ambivalente Gefühle in sozialen Situationen und haben ein höheres Stresserleben, welches negative Auswirkungen auf Blutdruck, Herzfrequenz und Herzschlagvariabilität haben kann. Auch kann eine vermehrte Ausschüttung von Kortisol eine Rolle spielen. Typ-D Personen leben häufiger ungesund, schieben Arztbesuche hinaus und managen ihre Gesundheit weniger gut, was sich wiederum stark auf die Lebensqualität auswirkt. Insbesondere für solche Persönlichkeitstypen ist das Erlernen von Bewältigungsstrategien und Techniken im Umgang mit stressauslösenden Situationen und mit der Erkrankung wichtig.

2.2.6 Umgang mit psychischen Belastungen in der Gruppe

Eine psychische Belastung wird oft als eine sehr persönliche Angelegenheit wahrgenommen. Stellen Sie sich vor, Sie haben das Gefühl, dass es einer Person in Ihrer Gruppe schon seit geraumer Zeit psychisch nicht so gut geht. Wir empfehlen einen offenen Umgang mit diesem Thema. Sie können in einem Vier-Augen Gespräch auf die ihrerseits wahrgenommene Belastung der anderen Person eingehen. Sie können auch über das Thema “Stress mit der Person ins Gespräch kommen.

Sie haben als PSG-Leiter nicht die Aufgabe, psychische Erkrankungen zu erkennen oder gar zu diagnostizieren. In jedem Fall gilt es aber, verändertes Verhalten der Person über einen gewissen Zeitraum zu beobachten, bevor an eine psychische Belastung gedacht wird und ein Gespräch mit der Person gesucht wird.

Falls so ein Gespräch stattfindet, ist ein „geschützter Raum“ unter vier Augen notwendig, um ein vertrauensvolles Gespräch führen zu können (Beispielszenario, s. Toolbox).

» *Bei einer psychischen Belastung, die tiefgreifenden Einfluss auf das Wohlbefinden und den Alltag hat, sollte ein ärztliches Gespräch in Anspruch genommen werden. Die erste Anlaufstelle kann die Hausarztpraxis sein.*

Toolbox

Ein Beispielszenario:

Herr Müller ist in der letzten Zeit auffällig ruhig und wirkt traurig. Zudem beteiligt er sich nur mit Mühe und Not an der Gruppe. Er hat auch schon mehrere Male unentschuldigt gefehlt. Das alles kennen Sie möglicherweise auch gar nicht von ihm. Sonst hat er bei Ihnen einen eher humorvollen und aufgeschlossenen Eindruck hinterlassen und war immer eifrig in den Gruppentreffen dabei.

Sie vermuten, dass es ihm schlecht geht. So ergreifen Sie die Initiative und fragen, ob er mit Ihnen unter vier Augen kurz reden möchte. Er stimmt zu:

„Mir ist in der letzten Zeit aufgefallen, dass du so (z.B.) sehr still geworden bist. In der Gruppe beteiligst du dich auch schon länger nicht mehr aktiv."...kurze Pause..."Das kenne ich von dir so gar nicht. Auf mich wirkst du irgendwie (z.B.) etwas traurig...Wie siehst du das? / Möchtest du dazu etwas sagen"

Vorsicht:

Natürlich kann das veränderte Verhalten von Herr Müller auch einen ganz anderen Hintergrund haben. Vielleicht fühlt sich Herr Müller in der letzten Zeit in der Gruppe einfach nicht so wohl bzw. er ist nicht mehr so motiviert etc. Wenn es ein Motivationsproblem ist, können Sie vielleicht gemeinsam überlegen, wie die Motivation wieder erhöht werden kann (z.B. Was braucht Herr Müller, um sich selbst wieder zu motivieren?)

Haben Sie mit Ihrer Vermutung aber recht gehabt, er öffnet sich und erzählt mehr. Dann hören Sie aktiv zu und seien sie emphatisch („Aktives Zuhören" s. auch S.X Gruppendynamik). Seien Sie aber zurückhaltend mit gut gemeinten Ratschlägen. Die beste Unterstützung und Hilfe, die Sie geben können, ist, der Person Mut zu machen, sich selbst ärztlichen Rat (z.B. beim Hausarzt) zu holen.

Kapitel

03

Gruppendynamik/ Kommunikation

Was ist eine Gruppe? Wie gestalte ich die ersten Treffen?

- Wie leite ich eine Gruppe und wie baue ich zu den Teilnehmenden eine gute Beziehung auf?
- Wie unterstütze ich die regelmäßige Teilnahme? Wie sieht ein positives Gruppenklima aus?
- Was brauchen meine Teilnehmer für Informationen und welche Fragen kann ich beantworten?
- Wie definiere ich mit meiner Gruppe gemeinsame Ziele?

Was ist Kommunikation? Wie entstehen Missverständnisse?

- Der PSG-Leiter als Mediator: Wie gehe ich mit Spannungen in der Gruppe um?
- Welche Techniken sind wichtig für eine erfolgreiche Kommunikation und zur Konfliktlösung ?
- Wie grenze ich mich ab? / Wie schütze ich mich?

Exkurs Emotionen: Was ist emotionale Kompetenz? Wie gehe ich mit Emotionen um?

3 Gruppendynamik/Kommunikation

In der PSG spielt die Kommunikation – auch beeinflusst durch gruppendynamische Prozesse – eine wichtige Rolle. Nachfolgend werden Ihnen einfache Strategien vorgestellt, Beratungen durchzuführen, mit Spannungen innerhalb der Gruppe umzugehen und sich im Sinne des Selbstschutzes abzugrenzen.

3.1 Was ist eine Gruppe? Wie gestalte ich die ersten Treffen?

Zum besseren Verständnis möchten wir den Begriff „Gruppe“ etwas näher erläutern. Eine Gruppe ist eine Anzahl von Menschen, die meist freiwillig zusammengefunden haben, um gemeinsam abgestimmte Ziele zu verfolgen. Die Gruppe soll den Teilnehmenden „etwas bringen“. Sie soll leichter an Ziele und Vorhaben bringen, um attraktiv für alle zu bleiben. Neben den gemeinsam definierten Zielen einer Gruppe, bringen Teilnehmende individuelle Zielvorstellungen mit. Decken sich die persönlichen Ziele mit dem Gruppenziel, ist die motivierende Teilhabe am Gruppengeschehen für die einzelne Person wahrscheinlicher.

Merkmale einer Peer Support Gruppe:

- Freiwilligkeit und Individualität der Teilnehmenden
- Gemeinsam abgestimmte Ziele
- Zielorientiertes Handeln der Gruppe
- Demokratisches Leiten und Moderieren durch die PSG-Leiter
- Positives, vertrauensvolles und motivationales Klima

Die ersten Treffen:

- Kennenlernen initiieren, ermöglichen und fördern.
- Sicherheit und Orientierung bieten.
- Klare Strukturen bieten: Überblick über Ablauf und mögliche Themen geben.
- Alle einbeziehen, anerkennen und ernst nehmen. Jeden Beitrag wertschätzen.

Vermutlich werden zu Beginn die Teilnehmenden das Bedürfnis nach Kontakt, Kennenlernen, Sicherheit und Überblick haben. Diese Bedürfnisse zu berücksichtigen ist sehr wichtig. An erster Stelle steht daher der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und eines angenehmen Gruppenklimas. Zur Förderung des positiven Gruppenklimas, können zu Beginn verschiedene Kennlernmethoden eingesetzt werden. Das lockert und aktiviert die Teilnehmer.

Zur Anregung zwei Beispiele, wie das Kennenlernen aktiv gestaltet werden kann:

- **Was sind meine Stärken?:**
  Jeder überlegt und beantwortet auf einem Blatt Papier kurz und knapp folgende Fragen: „Wer bin ich? (Was mache ich beruflich?) Was sind meine Stärken? Wie würden mich meine besten Freunde beschreiben? Welche Erwartungen habe ich von der PSG?". Anschließend sollten gemeinsam die Ergebnisse zusammentragen werden.
- **Speed-Dating:**
  Bei einem Zwei-Personen-Austausch stellen sich die Personen gegenseitig vor und erzählen so lange bis die PSG-Leiterin ein Zeichen gibt (z.B. nach 1min. Hand hochheben) und dann werden die Paare getauscht, so lange bis alle sich einmal kennengelernt haben.

3.1.1 Wie leite ich eine Gruppe und wie baue ich zu den Teilnehmenden eine gute Beziehung auf?

Damit die Teilnehmenden sich selbstbestimmt und autonom (unabhängig) erleben können, ist auch der PSG-Leiter nicht als ein „Bestimmter" zu verstehen, sondern als ein koordinierender, gemeinsamer Lenker. Damit das gelingen kann, ist ein intensiver, regelmäßiger Austausch innerhalb der Gruppe sehr wichtig. Ferner ist eine vertrauensvolle Beziehung eine wichtige Grundlage für die Kommunikation in der Gruppe und führt zu einem positiven Klima.

Eine gute Basis für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung liefert:

- Akzeptanz: Jede/r in der Gruppe ist gleichwertig, individuell und wird so akzeptiert wie sie ist und soll bedingungslos wertgeschätzt werden.
- Empathie: Jeder, insbesondere die PSG-Leiter sollten sich in die Lage des anderen hineinversetzen und sich in die Situation des Gegenübers (vorurteilsfrei) einfühlen können.
- Authentizität: Die Aussagen und Verhaltensweisen der Teilnehmenden sind stimmig zueinander und authentisch.

3.1.2 Wie unterstütze ich die regelmäßige Teilnahme? Wie sieht ein positives Gruppenklima aus?

Die persönlichen Ziele eines Teilnehmers beeinflussen die Motivation und die Beteiligung. Je mehr die Ziele der Gruppe mit den persönlichen Zielen übereinstimmen, desto ausgeprägter wird die Bereitschaft sein, am Gruppengeschehen teilzunehmen. Im umgekehrten Fall kann es passieren, dass einige Teilnehmende ihre persönlichen Ziele nicht mit denen der Gruppe in Einklang bringen können. In diesem Fall würden diese vermutlich irgendwann die Motivation verlieren und die Gruppe verlassen. Daher sollten bei einer Gruppenaktivität die gemeinsamen Ziele sowie die persönlichen Ziele aller Teilnehmer ausreichend übereinstimmen, oder zumindest nicht kollidieren. Idealerweise fragt die PSG-Leiterin die Ziele und Interessen der Teilnehmenden in regelmäßigen Abständen erneut ab.

Zudem sollte niemand weder unter- noch überfordert werden, sondern die persönlichen Fähigkeiten und die verfügbaren Ressourcen/ Energien angemessen herausgefordert werden. Hier ist der PSG-Leiter ein Vorbild, in dem er begeistert, motiviert und Einfühlungsvermögen zeigt.

Auch ein Teamgefühl oder „Wir-Gefühl" ist motivierend. Um ein „Wir-Gefühl" zu erzeugen ist auch das Hervorheben der Einzigartigkeit und Besonderheit der Gruppe bedeutsam. Die Teilnehmenden können sich z.B. gemeinsam einen Namen für die Gruppe überlegen. Oder gemeinsam ein Gruppen-T-Shirt entwerfen. Aber auch Reflexionsrunden zum Abschluss der Treffen können fest eingeführt werden, um den mündlichen Austausch des Erlebten zu fördern.

Positives Gruppenklima:
Damit die Teilnahme in einer Gruppe als angenehm und unterstützend erlebt werden kann, sollte ein angenehmes Gruppenklima geschaffen werden. Hier ist insbesondere wichtig, dass niemand sich einem Leistungsdruck oder Wettkampf ausgesetzt fühlt. Im Vordergrund stehen stets individuelle Ziele und Wünsche.

Anbei einige Ideen zur Förderung eines positiven und motivationalen Klimas:

- **Attraktivität von Zielen erhöhen:**
  Hier können Sie als PSG-Leiter Ihre Gruppe auf den Nutzen und auf die Sinnhaftigkeit der (individuellen Ziele) aufmerksam machen. Dies erhöht die Attraktivität der Ziele und auch die Motivation.
- **Entscheidungsfreiheit:**
  Im Fokus steht stets die Mitbestimmung der einzelnen Teilnehmer. Durch die Mitbestimmung wird auch mehr Verantwortung für das eigene Verhalten und auch für die Gruppe übernommen.
- **Lob und Anerkennung:**
  Bereits kleine Erfolge oder Fortschritte zu loben, wirken motivierend. Ein Lob kann auch dafür ausgesprochen werden, dass eine Person z.B. trotz Müdigkeit an der Gruppe teilnimmt. Ganz unabhängig davon, ob sie an dem Tag genauso aktiv mitmacht.
- **Soziale Interaktion fördern:**
  Auch gemeinsame Aktivitäten außerhalb der Gruppe zu zweit (Buddies) oder in einer kleineren Gruppe sollten initiiert und gefördert werden. Das können Verabredungen für weitere Sportaktivitäten sein oder auch für ein gemeinsames Essen oder kulturelle Unternehmungen sein.

3.1.3 Was brauchen meine Teilnehmer für Informationen und welche Fragen kann ich beantworten?

Die PSG-Leiterin sollte nach Möglichkeit das Bedürfnis der Teilnehmenden individuell ermitteln. Welche Informationen brauchen sie und welche Fragen kann der PSG-Leiter durch sein vorhandenes Wissen und seine Kompetenz beantworten? Der PSG-Leiter ist zwar ein „Experte seiner Erkrankung", was aber nicht heißt, dass er z.B. medizinische Fragen beantworten kann oder muss. Hier ist die Aufgabe des PSG-Leiters lediglich, offen gebliebene, wichtige Fragen an Experten weiterzugeben.

3.1.4 Wie definiere ich mit meiner Gruppe gemeinsame Ziele?

Das ist eine entscheidende und grundlegende Aufgabe der PSG-Leiterin, hier möglichst alle persönlichen Bedürfnisse und Ziele der Teilnehmenden zu berücksichtigen. Es gibt Kernziele einer Gruppe, die stets beibehalten werden, wie z.B. das Ziel einen gesünderen Lebensstil zu erreichen und das eigene Selbstmanagement (Die Fähigkeit, eigenverantwortlich und selbstständig die Krankheit zu managen) zu fördern. Daneben gibt es untergeordnete Ziele, die nicht zwangsläufig von allen verfolgt werden. Jedoch sollten diese Teilziele nicht den individuellen Zielen der Teilnehmenden widersprechen und im besten Fall kompatibel sein.

In einer Gruppe wird es nicht möglich sein, alle individuellen Ziele gleichzeitig zu verfolgen. Auch wird der Weg zu gemeinsamen Zielfindung möglicherweise nicht immer spannungsfrei verlaufen, da jeder Teilnehmer anders ist und andere Erwartungen und Vorstellungen mitbringen wird. Wichtig ist, die Ziele entweder nach Relevanz und Bedeutung oder nach Demokratie (nach Mehrheitsprinzip) der Reihenfolge nach abzuarbeiten. Im Laufe der Zeit können und sollen Ziele stets neu analysiert oder festgelegt werden, je nach Bedarf (aktuelle Bedürfnisse der Teilnehmenden) und Situation (z.B. interne Beziehungen, externe Einflüsse wie z.B. das Wetter, Räumlichkeiten) in der Gruppe.

Methode zur Findung von Ideen oder Zielen:

Eine einfache, aber sehr effektive Methode ist das **„Brainstorming“**. Dies ist eine Methode, um neue Ideen zu finden. Dabei nennen Teilnehmende ganz spontan ihre Ideen und Gedanken zu einem Thema (oder zur Lösung eines Problems). Wichtig ist bei dieser Methode einen freien Lauf zu haben. Alle Vorschläge werden wertfrei aufgenommen und gesammelt:

- Jeder darf seine Gedanken frei äußern
- Kritik, Kommentare, Bewertungen, Korrekturen zu den geäußerten Ideen sind nicht zulässig
- Kreative und phantasievolle Ideen sind erwünscht
- Je mehr Ideen, desto besser
- Für jeden kann eine andere Lösung „richtig“ sein

Um neue Ideen für die Bewegungseinheit zu finden, könnten folgende Fragen gestellt werden:

- Welche Art von Bewegung gefällt mir besonders gut?
- Ist es möglich, das auch mit der Gruppe auszuprobieren?
- Welche Möglichkeiten gibt es vor Ort?
- Welche Lösungen gibt es, falls in der Gruppe sehr unterschiedliche Interessen bestehen?

Die gesammelten Ideen können zur besseren Übersicht visualisiert oder verschriftlicht werden (z.B. auf einem Plakat).

3.2 Was ist Kommunikation? Wie entstehen Missverständnisse?

Eine Kommunikation verläuft auf zwei Ebenen (auf Sach- und Beziehungsebene). Die Sachebene beschreibt Fakten, Inhalte, Daten und Informationen sowie Regeln und Strukturen. Die Beziehungsebene setzt sich aus Gefühlen, Stimmungen und persönlichen Beziehungen zusammen, z.B. Sympathie, Vorurteile oder Interesse. Jeder Mensch wird Erfahrungen damit haben, dass eine Zusammenarbeit mit einer Person, die man sympathisch findet, meist angenehmer und reibungsloser funktioniert. Stellen Sie sich vor, dass Sie einen Streit mit Ihrem Partner hatten und ohne sich zu versöhnen, am Morgen das Haus verlassen. Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass Sie den restlichen Tag die Aussagen von Ihrem Partner auf der Beziehungsebene betrachten und deshalb viel emotionaler und gereizter reagieren als sonst. Beobachten Sie das mal bei sich und anderen in der Gruppe.

Wie entstehen eigentlich Missverständnisse?

Vermutlich haben Sie schon einmal erlebt, dass Dinge von Ihrem Kommunikationspartner völlig anders aufgenommen wurden, als Sie es gemeint haben. Eine Kommunikation hängt nämlich nicht nur vom "Sender" der Nachricht ab, sondern ebenfalls davon, wie die Kommunikationspartnerin die Nachricht empfängt und interpretiert. Wie Missverständnisse in der Kommunikation entstehen können, erklärt das Vier-Ohren Modell von Schulz von Thun (1981). Nach diesem Modell enthält eine Äußerung/ Nachricht vier Botschaften und kann auf vier Weisen verstanden werden. Oftmals sind sich die „Sender“ dieser vier Botschaften ihrer Nachricht nicht bewusst.

Die vier Seiten:

1. Der Sachverhalt: Der enthält reine Fakten und Informationen
2. Der Appell: Er enthält Wünsche, Ratschläge oder Anweisungen
3. Die Beziehung: Diese Seite enthält Information darüber, was der Sender vom Empfänger hält und wie er zu ihm steht. Hier sind besonders non-verbale Signale und Gefühle bedeutsam.

4. Die Selbstoffenbarung: Diese Seite einer Nachricht enthält eine Selbstoffenbarung, wie eigene Gefühle, Werte, Bedürfnisse. Diese Selbstoffenbarung kann gewollt oder ungewollt sowie deutlich kommuniziert oder nur verdeckt in der Nachricht enthalten sein.

Anbei ein alltagsnahes Beispiel:
Frau sitzt auf dem Sofa und spricht zum Ehemann „Es zieht wieder“ (Der Sachverhalt). Der Appell könnte sein z.B. "Mach das Fenster zu“. Die Beziehungsseite könnte z.B. „Du lässt den ganzen Tag das Fenster auf Kippe“ lauten. Die Selbstoffenbarung dieser Botschaft könnte sein: „Mir ist sehr kalt“. Unten ausgeführt sind nun die Reaktionsmöglichkeiten des Empfängers: Der Mann könnte auf die Aussage seiner Ehefrau unterschiedlich reagieren:

1. Er reagiert auf den Sachinhalt mit einer Sachbotschaft: „Ja, es zieht, weil das Fenster und die Wohnzimmertür geöffnet sind.“
2. Er reagiert auf die Selbstoffenbarung der Frau mit einer eigenen Selbstoffenbarung: „Ist Dir kalt? Ich habe das Fenster aber geöffnet, weil die Luft im Wohnzimmer verbraucht war.“
3. Er reagiert auf die Beziehungsseite der Nachricht und antwortet: „Immer machst Du mir Vorwürfe! Mach du doch das Fenster zu, wenn es dich stört.“
4. Er reagiert auf die Appellseite der Nachricht mit einer nonverbalen Antwort: Er sagt nichts, steht auf und schließt das Fenster.

Zwischenmenschliche Missverständnisse kann man oft durch die richtige Kommunikation vermeiden. Anbei einige Punkte, die Ihnen und Ihrer Gruppe helfen können:

- Einfache, klare und direkte Kommunikation
- Keine Andeutungen und sarkastische oder ironische Aussagen
- Wünsche und Bedürfnisse klar äußern
- Wenn eine Aussage zweideutig wirkt, direkt nachfragen und sicher sein, dass sie richtig verstanden wurde (s.a. Techniken 2.2)

3.2.1 Der PSG-Leiter als Mediator: Wie gehe ich mit Spannungen in der Gruppe um?

Konfliktsituationen sind stressig und der Mensch fühlt sich schnell angegriffen und reagiert meist automatisch. An erster Stelle steht, Konflikte und Spannungen frühzeitig und deutlich wahrzunehmen. Dazu gehört, sich selbst in Konflikten und den Umgang mit Konflikten zu verstehen. Ferner aber auch die Fähigkeit zu haben, am Ende die eigenen Strategien zu erweitern, Lösungen für das Problem zu überlegen und auszuprobieren. An zweiter Stelle steht der konstruktive Umgang mit den Gefühlen, wie z.B. Wut und Ärger sowie diesen vorzubeugen. Darüber hinaus ist es wichtig zu wissen, dass eine Konfliktsituation nicht von allen gleich oder überhaupt als ein Konflikt interpretiert wird. Die subjektive Wahrnehmung spielt eine große Rolle bei der Entstehung von Konflikten (s. a. Vier-Ohren Modell). Viele Konflikte und Spannungen in den Gruppen lassen sich dadurch vermeiden, wenn die Anliegen fair und deutlich vermittelt, eigene Meinungen und Gefühle rücksichts- und respektvoll mitgeteilt werden. Das erfordert ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit, Toleranz und eine gute Wahrnehmung.

Was tun bei einer Spannung?
Bei einer Eskalation zwischen zwei oder mehreren Teilnehmenden kann ein kurzfristiges Laufenlassen der Diskussion helfen. Wenn Emotionen die Oberhand gewinnen und das eigentliche Thema in den Hintergrund gerät, ist das Zurücklenken wichtig (z.B. „Ich habe das Gefühl, dass ihr nicht mehr über das redet, was wir eigentlich wollten. Können wir das nicht später besprechen und uns jetzt auf das eigentliche Thema konzentrieren?“). Auch der Verweis auf die Gruppenregeln hilft, um die Diskussion auf einem respekt- und rücksichtsvollen Niveau zu halten. Daher ist es obligatorisch, vorher mit der Gruppe zusammen bestimmte Verhaltensregeln bzw. Gruppenregeln aufzustellen. Nicht immer müssen Probleme sofort geklärt werden. Probleme können auch offengelassen werden, manche Dinge brauchen einfach mehr Zeit (z.B. „Ich glaube, ich brauche noch etwas Zeit, um darauf zu antworten.“).

Verhaltensregeln in der Gruppe: Was soll hier nicht passieren?
Jede Peer-Support Gruppe sollte ihre eigenen Gruppenregeln erarbeiten, die sich aus den Anliegen und Wünschen aller ergeben. Anbei einige Anregungen und Tipps als Hilfestellung.

- Jeder wird respektvoll behandelt. Werte und Meinungen werden nicht bewertet. Respekt vor den Erfahrungen und Meinungen anderer ist eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen einer guten Gruppenkommunikation.
- "Schweigepflicht": Die Inhalte der Gespräche bleiben in der Gruppe und werden nicht nach außen getragen.
- Gegenseitiges Akzeptieren ist wichtig für den Zusammenhalt und für das eigene Selbstwertgefühl.
- Die Eigenständigkeit aller Teilnehmer respektieren. Es kann über Meinungen diskutiert werden, beim Austausch gibt es aber kein "richtig" oder "falsch".

3.2.2 Welche Techniken sind wichtig für eine erfolgreiche Kommunikation und zur Konfliktlösung?

Bei einer guten Kommunikation steht an erster Stelle, Missverständnisse möglichst zu vermeiden. Dieses Zitat (von Gerhard Schwarz) beschreibt es sehr zutreffend:
„Gesagt – ist noch nicht gehört. Gehört – ist noch nicht verstanden. Verstanden – ist noch nicht einverstanden. Einverstanden – ist noch nicht durchgeführt. Durchgeführt – ist noch nicht erfolgreich durchgeführt. Einmal erfolgreich – ist noch nicht auf Dauer erfolgreich.“

Feedback nehmen und Feedback geben:
Um möglichst Missverständnisse zu vermeiden, ist es wichtig, zu erfragen, ob das Gesagte so angekommen ist wie gewollt/beabsichtigt. Das ist für eine gute Kommunikation sehr wichtig.

Feedback anfordern:

› Durch direkte Frage: „Ich weiß nicht, ob ich mich verständlich ausgedrückt habe. Kannst Du mir vielleicht sagen, wie Du es verstanden hast? /...wie das bei Dir angekommen ist?“

Feedback geben:

› Ein Feedback bzw. eine Rückmeldung zu geben ist auch eine Kunst für sich. Bei einem Feedback geht es darum, Eindrücke und Beobachtungen so zu formulieren, dass die andere Person sie auch annehmen kann und nicht in eine Verteidigungsposition gedrängt wird. Die wird sich sonst „nur wehren und mauern“.

› Nur konstruktive Kritik kommt an. Daher sollte Feedback auf veränderbare Verhaltensweisen bezogen sein und nicht charakterbezogen.

› Feedback sollte eine Informations- und Motivationsquelle sein.

› Feedback sollte kurz und knapp sein. Bei zu vielen Punkten sieht der Adressat kein Land mehr und blockiert.

› Der Effekt ist maximal, wenn nur ein Punkt angesprochen wird. Feedback sollte möglichst zeitnah erfolgen, damit der andere sofort weiß, worauf genau sich die Rückmeldung bezieht.

› Feedback enthält idealerweise auch Tipps oder Verbesserungsvorschläge oder Empfehlungen. Das löst ein Denkprozess aus.

Ein **erfolgreiches Feedback** ist also kurz und knapp, beschreibend, nicht bewertend, so konkret und klar wie möglich, wahrnehmbar, überprüfbar, bezieht sich auf veränderbare Verhaltensweisen. Ein erfolgreiches Feedback ist zudem so schnell und direkt wie möglich (Nicht um den heißen Brei reden und nicht durch die Blume!). Ein Beispiel für ein Feedback: „Mir hat beim heutigen Treffen sehr gefallen, dass du so aktiv mitgemacht hast. Aber ich habe die letzten Male beobachtet, dass du spät gekommen bist. Das hat mich leicht verärgert, da die anderen und ich warten mussten. Ich wünsche mir, dass du dich und alle anderen Teilnehmer sich an unsere Gruppenregeln halten, wie z.B. die Pünktlichkeit. So ist es auch den anderen gegenüber fair und wir können pünktlich starten.“

Ich-Botschaften senden:

Um die eigene Sichtweise zu schildern, ist die „Ich“-Form zu präferieren. Besonders in Konfliktgesprächen ist diese Form auch sehr hilfreich und kann angespannte Situationen entschärfen. Keine Du-Botschaften. Keine Urteile. Kein richtig oder falsch, sondern: „Ich habe.. Ich empfinde... Ich wünsche...Ich bitte...“.

Bestandteile einer Ich-Botschaft sind:

› Das Gefühl (Ich bin verärgert)
› Der Auslöser (Du bist zu spät gekommen)
› Die Begründung (Wir müssten warten)
› Die Erwartung oder der Wunsch
(Ich möchte das nächste Mal pünktlich starten).

Beim Erhalten von Feedback:

› Die Rückmeldung und die Person ernst nehmen und bis zum Ende zuhören, ohne sofort darauf zu reagieren.

› Es ist weder notwendig, noch günstig, sich zu rechtfertigen, zu verteidigen oder zu erklären, warum etwas so ist.

› Das Gesagte auf sich wirken lassen und für sich selbst überprüfen, was stimmig und annehmbar erscheint und diese Aspekte dann für sich annehmen.

Meinungsformel: Wie verpacke ich meine Meinung?

› „Ich glaube... ich finde... ich denke....“- anschließend begründen, wie man zu dieser Meinung gekommen ist. Bei einer Meinungsäußerung immer sich zunächst im Klaren sein, welche Konsequenzen sich aus diesem Standpunkt ergeben können und was man von anderen erwartet.

› **„Urteilsfrei“:** der Gesprächspartner, der gerade spricht, ist jemand anderes und kann anders denken. Es ist wichtig, eigene Wertvorstellungen und Erfahrungen beiseite zu lassen, wenn man der anderen Person zu hört.

› **„Keine Ratschläge“:** Ratschläge zu erteilen ist etwas Anderes als zu informieren. Informationen zu vermitteln ist hilfreich, z.B. „Ich glaube, du brauchst eine Person, die dir hier sicher eine Hilfe sein könnte. Ich empfehle dir ... zu kontaktieren.

Das richtige Zuhören:

Allein das Zuhören macht sehr viel aus. Gut zuhören hilft, zu verstehen, was der Gesprächspartner gerade denkt, fühlt, möchte sowie meint, kann schon helfen, Spannungen oder Probleme zu lösen oder Klarheit zu schaffen. Auch Zuhören will gelernt sein und braucht Zeit, um sich zu entwickeln.

Einige Tipps:

› **Aktives Zuhören:** Beim aktiven Zuhören versucht man, die Kernaussagen des Gesprächspartners mit eigenen Worten wiederzugeben oder zusammenzufassen. Diese Art von Zuhören drückt Wertschätzung und Interesse aus und fördert vertieftes Verständnis. Der Gesprächspartner fühlt sich dadurch verstanden, eventuelle Missverständnisse können auf diese Weise sofort geklärt werden.

› **(Anregendes) Wiederholen:** „Meinst du, ich sollte das machen?“ oder „Du meinst, du bist dir nicht sicher, ob du das machen sollst“.

› **Warten:** „Mut zur Lücke“ Auch Pausen sind in Diskussionen wichtig und meist auch fruchtbar. Pausen ermutigen nämlich zu weiteren Ergänzungen oder Fragen.

› **Nachfragen und Klären bei Unklarheiten:** „Woran hast du das gemerkt?“ „Kannst du mir das nochmal (genauer) erklären? / ... mit anderen Worten beschreiben?“

› **Zusammenfassen:** „Du bist also zum Arzt gegangen, als dein Husten längere Zeit nicht wegging und wolltest ein anderes Medikament verschreiben lassen...?“.

Offene und Geschlossene Fragen

Je nachdem, wie viele Informationen vom Gesprächspartner benötigt werden, gibt es verschiedene Fragetypen, die angewandt werden können:

- **Geschlossene Fragen:** Diese werden nur mit einem Ja oder Nein bzw. mit einem Wort beantwortet Der Vorteil ist eine rasche, gezielte Information. Geschlossene Fragen ermöglichen eine schnelle Orientierung, meist ohne Ausufern (Beispiele: „Hat die Übung Spaß gemacht?“, „Habt ihr heute Lust, draußen xxx zu üben?“). Der Nachteil einer solchen Fragestellung ist, dass möglicherweise wichtige Informationen nicht mit berichtet werden.
- **Offene Fragen:** Solche Fragen eignen sich gut bei Gesprächsöffnungen und/ oder -vertiefungen, sie sind ermutigend und kontaktfördernd. Offene Fragen können häufiger bei Teilnehmenden eingesetzt werden, die eher introvertiert sind und sich weniger beteiligen. So wird eine aktivere Teilnahme ermöglicht. Der Nachteil solcher Fragetypen ist leichtes Ausufern oder thematisches Abweichen „Wie ist es Ihnen nach dem letzten Treffen ergangen?“, „Wie sind Sie mit den Übungen zu Hause zurechtgekommen?“. Diese Fragestellungen sollten nicht an Teilnehmende gerichtet werden, die weitschweifig und extrem redselig sind.

  Tipp: Ist eine Person in der Gruppe sehr **weitschweifig** und die Gruppe bereits gelangweilt oder nicht mehr aufmerksam, können Sie mit neuen oder weiterführenden Fragen den Blickkontakt auf eine andere Person zuwenden. Achten Sie darauf, dass jeder mit seiner persönlichen Meinung zu Wort kommen kann.

- **Kleine „Ermunterungen“** können den Gesprächspartner zum weiteren Ausführungen helfen. Das kann ein einfaches „Oh, ja“ sein oder: „Erzähl weiter“ oder die letzten Wörter, die der Partner gesagt hat wie „...so wenig Zeit hattest du?“ oder auch nur nonverbale Signale (Nicken, Lächeln, Blickkontakt halten). Oft können solche Ermunterungen großen Effekt haben.

Nonverbale Kommunikation

„Man kann nicht nicht kommunizieren" (Zitat von P. Watzlawick, 1969), was gleichbedeutend ist mit der Tatsache, dass wir kommunizieren, auch wenn wir schweigen und nichts sagen. Die nonverbale Kommunikation kann sowohl absichtlich als auch unabsichtlich passieren. Hier nur einige wichtige Orientierungsideen:

- **Blickkontakt:** Bei einem Gespräch ist der Blickkontakt wichtig. Hält der Gesprächspartner Blickkontakt aufrecht oder wendet er seinen Blick ab?
- **Mimik:** Welche Gefühle sind durch die Mimik erkennbar? Was sagen sie aus?
- **Körperhaltung:** Wendet der Gesprächspartner seinen Körper ab? Nimmt er durch seine Haltung viel Raum ein? Sind Arme und Beine entspannt?
- **Auditive Prozesse** "Der Ton macht die Musik": Stimmlage, Artikulation, Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit, die Betonung der Wörter innerhalb eines Satzes können viel sagen.
- **Psychosomatische Prozesse (körperliche Reaktion):** Rot werden, Zittern, u.v.m.

3.2.3 Wie grenze ich mich ab?/Wie schütze ich mich?

Jeder Mensch hat Grenzen, und diese sind sehr individuell und sollen in einer Gruppe stets erhalten bleiben. Natürlich ist Nähe für eine gute Bindung und Beziehung von Bedeutung. Aber auch Sie als PSG-Leiterin sollten so früh und so klar wie möglich Ihre Grenzen der Gruppe zeigen und selbst entscheiden, wie weit Ihre Gruppe gehen darf. Wichtig ist, dass Sie sich abgrenzen können, aber zugleich eine gute Balance von Nähe und Distanz vorleben.

Es ist nicht einfach, standhaft zu bleiben, wenn andere Menschen sich über die eigenen Grenzen hinwegsetzen. Dies kann passieren, wenn der Mensch...

- seine Grenzen selber nicht kennt
- seine Grenzen zwar kennt, aber nie klar artikuliert und zeigt
- seine Grenzen zwar setzt, aber diese durch andere ignoriert werden.

Mangelnde Abgrenzung führt schnell zu Überforderung, Ausnutzen und unbefriedigte Eigenbedürfnisse. Um genau diese zu vermeiden, haben Sie als PSG-Leiter stets die Aufgabe, Ihre Grenzen zu schützen, bzw. für sich selbst zu sorgen.

Wie gehe ich voran?

- Problem erkennen und verbalisieren: Wenn der PSG-Leiter nicht will, dann kommuniziert er das deutlich. (z.B. „Ich möchte diese Frage nicht beantworten. Sie ist mir zu persönlich.“)
- Zeitmanagement: Gute Planung und Organisation sind wichtig.
- Neinsagen können: Eine grundlegende soziale Kompetenz ist auch das Neinsagen. Beim Neinsagen darauf achten, die Bitte abzulehnen und nicht die Person, von der sie stammt (z.B. „Dein Anliegen kann ich gut verstehen, aber das übersteigt meine Kapazitäten.“).
- Bedürfnisse differenzieren: „Ich brauche...ich wünsche...ich will...ich muss...“
- Realistisch bleiben: Sie sind als PSG-Leiter nicht für das Verhalten anderer verantwortlich. Jeder ist für sein eigenes Handeln verantwortlich.

Schritt zur Selbstfürsorge (angelehnt an Saakvite et al.,1996)

- Bewusstsein: Sich selbst beobachten („ Wie geht es mir?“).
- Entspannung: Wann immer es geht nach Möglichkeiten zur Entspannung und Balance suchen. Auch wenn es nur ein tiefes Durchatmen ist. Pausen und Ausgleich sind wichtig (Entspannungsverfahren finden Sie im Onlineplattform),
- Soziale Unterstützung: Wenn Sie von den Teilnehmenden Unterstützung brauchen, holen Sie sich ohne zu zögern Hilfe.
- Professionelle Hilfe: Kommen stets sich wiederholende Spannungen und Störungen in der Gruppe vor, können Sie sich ohne zu zögern Hilfe holen.
- Humor & Gelassenheit: Ob auf Arbeit, Privat oder in Peer-Support Gruppen mit Humor und Gelassenheit geht vieles leichter. Ein wertschätzender, wohlwollender Humor kann Wunder wirken. Das Lied aus dem Buch "Das Dschungelbuch“ bringt es auf den Punkt: „Probier´s mal mit Gemütlichkeit, mit Ruhe und Gemütlichkeit, jagst du den Alltag und die Sorgen weg“ .

3.3 Exkurs Emotionen: Was ist emotionale Kompetenz? Wie gehe ich mit Emotionen um?

Emotionen (Gefühle) sind aktuelle Zustände von Menschen wie Freude, Traurigkeit, Ärger, Angst oder auch Enttäuschung, Erleichterung, Stolz, Scham und Neid u.v.m. Emotionen haben eine wichtige Funktion. Sie ermöglichen bedürfnis- und situationsgerechte Auswahl von Verhaltensweisen, sie regulieren das Verhalten und können das Lernen neuer Verhaltensweisen bewirken. Alle Emotionen, die erlebt werden, haben Relevanz im alltäglichen Leben, da sie nicht nur im Kopf stattfinden, sondern zudem zu starken physiologischen Reaktionen im Körper, z.B. bei Angst zu Herzklopfen und Zittern, bei Wut zu Anspannung führen können.

Was ist emotionale Kompetenz?

Die emotionale Kompetenz beschreibt die Fähigkeit, die eigenen Gefühle und die der anderen richtig einzuschätzen und die möglichen Gründe zu erkennen und nachvollziehen zu können. Zum Beispiel können zu Beginn in der Gruppe eine gewisse Angst und Unsicherheit herrschen, da die Teilnehmenden sich nicht kennen und ein Vertrauen noch aufgebaut werden muss.

Der effektive und reife Umgang mit Gefühlen, lässt sich durch drei Fähigkeiten beschreiben:

- Die Fähigkeit, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und zu verstehen
- Die Fähigkeit, sich in die Gefühle anderer hineinzuversetzen (empathisch zu sein)
- Die Fähigkeit, über eigene und fremde Emotionen kommunizieren zu können

Wofür sind Gefühle wichtig? Wie gehe ich mit Gefühlen um?

Emotionen (wie Zorn, Angst, Trauer, Freude Überraschung) haben großen Einfluss auf die Kommunikation. Über die **Emotionen oder Gefühlszustände** geben das **Gesicht**, die **Augen**, die **Gestik**, die **Körperhaltung** und der **Tonfall** die meisten Informationen.

Spürt man bei einem Teilnehmer Wut, Ärger, Angst, Trauer, Verletztheit, Frustration usw., sollte das möglichst direkt angesprochen werden. Diese Gefühle sollten abgebaut werden, damit eine konstruktive Kommunikation in der Gruppe aufgebaut werden kann.

Oftmals ist das Gefühl Wut, was unterdrückt, hinuntergeschluckt oder beschwichtigt wird. Wenn kein klärendes Gespräch stattgefunden hat, ist das auf Dauer sehr anstrengend, da man z.B. bei anhaltendem Ärger ständig unter Spannung stehen kann. Daher sollte bei Spannungen möglichst offen über Gefühle gesprochen werden. Wichtig ist, dass bei persönlichen Themen oder Gefühlen ein Gespräch unter vier Augen verläuft. Besonders wichtig ist das Einverständnis des Gesprächspartners, ob ein solches Gespräch derzeit geführt oder erstmals aufgeschoben werden soll.

Toolbox

Konstruktiver Umgang mit Gefühlen: Wie gehe ich mit meiner Wut um und bleibe gelassen?

Das Gefühl Wut sollte der Mensch ernst nehmen und nicht übergehen. Wut ist per se nicht schlecht, da diese uns signalisiert, dass etwas nicht so läuft, wie wir es wollen und versetzt uns in eine Lage, dieses zu verändern. Folgende Aspekte beim Umgang mit Gefühlen können beachtet und gelernt werden:

????

- **Bewusstheit:** Sich bewusstwerden, welche Situationen das Fass zum Überlaufen bringen
- **Bedürfnisse ausdrücken:** Sich fragen, was man eigentlich braucht und möchte und dies offen mitteilen.
- **Stress körperlich abreagieren:** Durch Bewegung und Sport…
- **Abstand gewinnen:** Durch Entspannung, Ruhe, Spaziergang oder Humor…
- **Lernen, Gefühle kognitiv steuern:** Bei frustrierenden, zunächst nicht veränderbaren Situationen: Wie kann ich die Situation noch betrachten (Perspektivenwechsel)? Was kann ich daraus lernen?

Kapitel

04

Diabetes und KHK

Diabetes

› Was ist eine Diabetes Erkrankung?
- Definition
- Entstehung
- Welche negative Folgen birgt Typ-2-Diabetes für den Körper?
- Diagnose von Typ-2-Diabetes
- Risikofaktoren

› Die Behandlung von Typ-2-Diabetes
- Wie kann ein Behandlungsplan bei einer Typ-2-Diabetes Erkrankung aussehen?
- Lebensstilveränderungen und Reduktion von Risikofaktoren als langfristige Behandlung
- Medikamentöse Behandlung

› Kontrolluntersuchungen, Selbstkontrolle und Eigenverantwortung
- Blutzuckerselbstmessung

› Langzeitbetreuung
- Hausärztliche Versorgung
- Strukturierte Behandlungsprogramme
- Selbstständiger Umgang mit der Krankheit

› Anhang

KHK

› Was ist eine Koronare Herzkrankheit und was ist Atherosklerose?
- Definition
- Risikofaktoren
- Das Herz und seine Gefäße
- Was passiert bei einer KHK im Körper?
- Diagnose einer KHK

› Die Behandlung der KHK: gezielt gegen Atherosklerose
- Kombination verschiedener Behandlungsansätze
- Medikamentöse Behandlung
- Invasive Eingriffe
- Begleiterkrankungen mit behandeln
- Lebensstilveränderungen und Reduktion von Risikofaktoren als langfristige Behandlung

› Wie kann ich die Erfolge der Behandlung messen?

› Langzeitbetreuung
- Hausärztliche Versorgung
- Strukturierte Behandlungsprogramme: DMP KHK
- Selbstständiger Umgang mit der Krankheit

› Weitere Informationsquellen zum Thema KHK
- Weitere Informationsquellen zum Thema KHK

4 Diabetes und KHK

4.1 Diabetes

Nachdem im vorherigen Kapitel beschrieben wurde, wie sich das Leben mit einer chronischen Krankheit ändern kann, werden in diesem Kapitel grundlegende medizinische Aspekte ausgeführt. Es ist sinnvoll, über die eigene Erkrankung informiert zu sein, um sein Leben an die veränderten Umstände anzupassen und die Veränderungen bewältigen zu können. Gut informiert zu sein ermöglicht es, aktiv an einem guten Verlauf der Krankheit mitzuwirken. Dazu wird zunächst auf die Entstehung, die Eigenschaften und ebenso auf die Behandlung der Krankheit eingegangen.

Diabetes ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die durch eine dauerhafte Erhöhung des Blutzuckers gekennzeichnet ist. Beim Typ-2-Diabetes kommt es durch verschiedene Störungen zu einem erhöhten Blutzuckerspiegel. Dabei entwickelt sich eine sogenannte Insulinresistenz, das heißt, dass das Hormon Insulin seine Wirkung verliert.. Im weiteren Verlauf wird die Ausschüttung von Insulin gestört und es kommt schlussendlich zu einer Erschöpfung der insulinproduzierenden Zellen, wodurch ein Insulinmangel entsteht. Häufig tragen mehrere Risikofaktoren gleichzeitig zur Krankheitsentstehung bei, wie zum Beispiel die erbliche Veranlagung und die Lebensweise des einzelnen Menschen. Letztere Faktoren können jedoch durch einen gesunden Lebensstil positiv beeinflusst werden.

Diabetes ist eine ernst zu nehmende chronische Erkrankung und kann zu verschiedenen, möglicherweise lebensbedrohlichen Komplikationen führen. Diese Komplikationen können durch einen gesunden Lebensstil und einen gut eingestellten Blutzucker vermindert werden. Es ist in einigen Fällen sogar möglich, ganz auf Medikamente zu verzichten. Menschen mit Diabetes können einen ähnlichen Alltag wie gesunde Menschen verbringen. Dabei steht jede Diabetespatientin vor der Aufgabe, mit der Erkrankung auf bestmögliche Weise umzugehen. Zunächst einmal sollten die Lebensbedingungen angepasst und die Erkrankung in den Alltag integriert werden. Dies betrifft zahlreiche Bereiche, wie zum Beispiel Ernährung, Sport, Berufswahl, Schwangerschaft, Medikamente und Reisen.

Bei der Therapie des Typ-2-Diabetes ist es nicht nur wichtig, Überzuckerung zu verhindern, um den Blutzuckerwert langfristig zu senken und stabil zu halten, sondern auch, um die Lebensqualität zu erhalten bzw. wiederherzustellen und den Betroffenen zu helfen, besser mit der Krankheit umzugehen. Zu der Behandlung gehören in einem ersten, wesentlichen Schritt, die Ernährungstherapie und –beratung und das Integrieren von Aktivität und Bewegung in den Alltag.

Medikamente kommen (meist) erst dann zum Einsatz, wenn trotz veränderten Lebensstiles der Blutzucker zu hoch bleibt, oder von Diagnose an sehr hoch ist. Dabei ist das Ziel der medikamentösen Therapie, den erhöhten Blutzuckerspiegel zu senken und stabil zu halten und mögliche Diabetes-Langzeitfolgen, wie z.B. Veränderungen an Blutgefäßen, Nerven und Organen, zu verhindern. Dafür gibt es verschiedene medikamentöse Ansätze. Häufig wird bei Typ-2-Diabetes als erstes Medikament Metformin verschrieben. Eine Alternative sind die Sulfonylharnstoffe.

Darüber hinaus wird bei einer Typ-2-Diabetes Erkrankung auch Insulin eingesetzt, wenn es durch eine Lebensstiländerung oder allein mit blutzuckersenkenden Tabletten nicht gelingt, den HbA1c-Wert in den gewünschten individuellen Bereich zu bringen.

Alle Wirkstoffe haben Vor- und Nachteile, sodass für jeden Patienten die (medikamentöse) Therapie individuell angepasst werden muss. Dabei werden viele verschiedene Faktoren berücksichtigt, wie die Symptome und das persönliche Risiko für die Entwicklung von Komplikationen, Vorerkrankungen, Alter und Lebensqualität und persönliche Vorlieben.

4.1.1 Was ist eine Diabetes Erkrankung?

Der Diabetes mellitus, auch bekannt als Zuckerkrankheit, ist eine chronische Stoffwechselstörung des Kohlenhydratstoffwechsels. Diese Störung entsteht durch einen absoluten oder relativen Mangel des Hormons Insulin, welches in der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) gebildet wird und dafür verantwortlich ist, dass der Zucker (bzw. die Kohlenhydrate) nach jeder Mahlzeit über das Blut in die Zellen transportiert wird. Der Mangel an Insulin führt dabei zu einem chronisch erhöhten Zuckergehalt im Blut.

4.1.1.1 Definition

Es gibt verschiedene Diabetes-Typen, denen unterschiedliche Störungen im Insulinstoffwechsel zugrunde liegen. Bei über 90% der Diabetes Erkrankungen handelt es sich um einen Typ-2-Diabetes. Für gewöhnlich tritt Typ-2-Diabetes erst im Erwachsenenalter auf. Es können mehrere Störungen zugrunde liegen, die oft gemeinsam oder nacheinander vorkommen:

- Störung der Insulinwirkung ("Insulinresistenz"): Bei einem Typ-2-Diabetes kann Insulin nicht mehr seine volle Wirkung entfalten, da die Körperzellen auf das Hormon nicht ausreichend ansprechen. Dadurch nehmen die Zellen zu wenig Zucker auf. Die Folge ist ein erhöhter Blutzuckerspiegel. Häufig gleicht der Körper diese Insulinresistenz aus, indem er vermehrt Insulin bildet, so dass der Insulinspiegel im Blut erhöht ist.
- Gestörte Insulinsekretion (Insulinausschüttung): Nach der anfänglich kompensatorisch erhöhten Insulinsekretion erschöpft sich dieser Mechanismus und es kommt, insbesondere nach dem Essen, zu einer unzureichenden Insulinsekretion und einem steigenden Zuckergehalt im Blut.
- Insulinmangel: Langfristig sterben einige der insulinproduzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse ab und es wird immer weniger Insulin produziert. Es kommt zu einem relativen Insulinmangel.

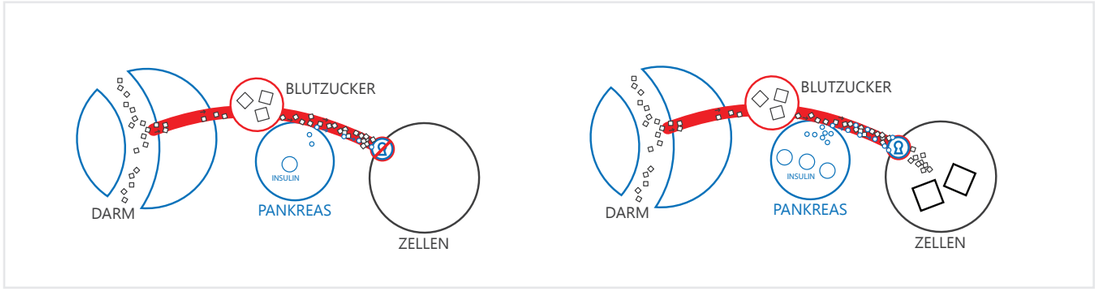


Abbildung 1: Gegenüberstellung des schematischen gesunden Zuckerstoffwechsels (links), mit Aufnahme von Zucker ins Blut und anschließender Weitergabe in die Zellen mithilfe von Insulin. Rechts schematischer diabetischer Zuckerstoffwechsel mit Insulinresistenz und mangelnder Aufnahme von Zucker in die Zellen. (angepasst nach www.doktorkarl.de)

Normalerweise entwickelt sich Typ-2-Diabetes über Jahre hinweg und verursacht am Anfang keine spürbaren Beschwerden. Deswegen bleibt die Krankheit oft jahrelang unentdeckt. Es gibt jedoch einige unspezifische Anzeichen, die auf einen Typ-2-Diabetes hindeuten können, wie z.B. Leistungs-, Antriebs- und Konzentrationsschwäche, Müdigkeit und häufiges Wasserlassen. Aber auch eine depressive Verstimmung kann auftreten.

4.1.1.2 Entstehung

Bei der Entstehung von Typ-2-Diabetes spielt Insulin eine wichtige Rolle. Insulin ist ein lebenswichtiges Hormon, das der Körper produziert, um seinen Zuckerhaushalt zu regulieren. Es wird in den sogenannten Beta-Zellen der Langerhans-Inseln in der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) gebildet.

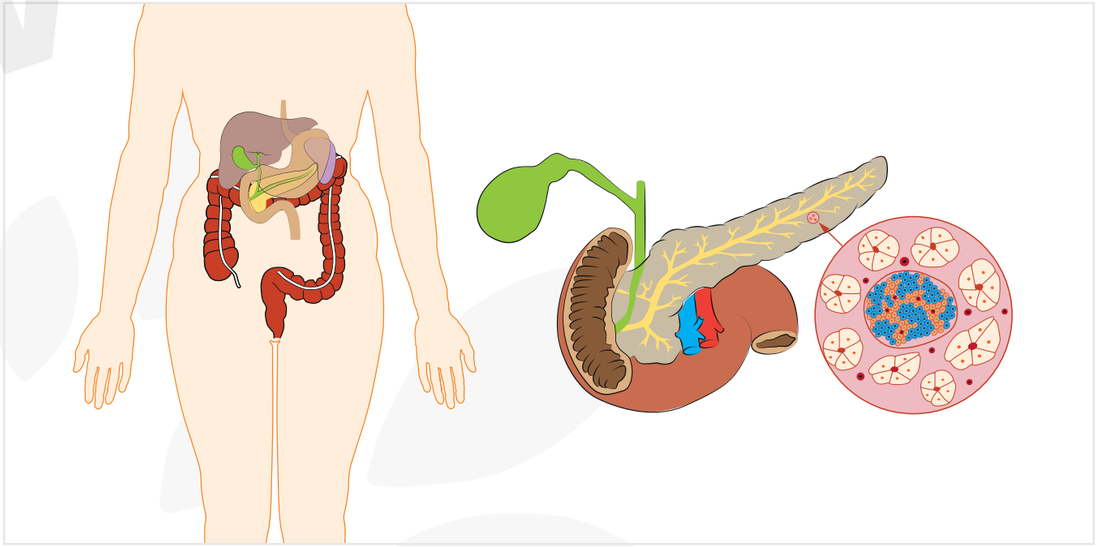


Abbildung 2: Aufbau und Lage der Bauchspeicheldrüse (erworben und übersetzt nach iStock)

Die Bauchspeicheldrüse liegt im hinteren Teil der Bauchhöhle zwischen dem Magen und der Wirbelsäule. Sie besteht aus drei Abschnitten: dem Pankreaskopf, dem Pankreaskörper und dem Pankreasschwanz. „Zucker“ wird als allgemeine Bezeichnung für Glukose/Kohlenhydrate verwendet. Diese sind in sehr vielen Lebensmitteln enthalten und funktionieren als Hauptenergiequelle für den menschlichen Körper. Im Darm werden Lebensmittel zersetzt und der Zucker herausgezogen und ins Blut übergeben. Insulin sorgt dafür, dass Zucker aus dem Blut in die Zellen gelangt und dort ein- oder abgebaut wird. Dadurch wird der Zucker für den Körper nutzbar gemacht. Wenn dieser Vorgang nicht funktioniert, bleibt zu viel Zucker im Blut. Ohne Insulin kann der Zucker nicht in die Körperzellen gelangen. Es funktioniert wie ein Schlüssel für den Zucker. Wenn der Zucker stattdessen im Blut bleibt, spricht man von einem erhöhten Blutzuckerspiegel.

4.1.1.3 Welche negative Folgen birgt Typ-2-Diabetes für den Körper?

Durch die Insulinresistenz bei Typ-2-Diabetikern, die sich über Jahre entwickelt hat, kann die Bauchspeicheldrüse nach einer bestimmten Zeit die Erhöhung der Insulinproduktion nicht mehr aufrechterhalten. Ab diesem Zeitpunkt wird durch die Zellen nicht mehr ausreichend Insulin produziert, um den Blutzucker zu kontrollieren. Dabei entstehen akute und langfristige Folgen für den Körper.

Akute Folgen

› **Überzuckerung (Hyperglykämische Entgleisung)**
Typische Symptome bei einer hyperglykämischen Entgleisung sind: Erbrechen, starkes Durstempfinden, Harndrang, Schläfrigkeit (Somnolenz), Verwirrtheit, Bewusstlosigkeit bis hin zum Koma. Die hyperglykämische Entgleisung kann ebenfalls vielfältige Ursachen haben, so z.B. Diätfehler, nicht eingenommene Antidiabetika, Medikamentenverwechslung und Infekte. Nach einer hyperglykämischen Entgleisung sollte eine ärztliche Rücksprache erfolgen, bei sehr hohen Blutzuckerwerten und/oder nicht ansprechbaren oder verwirrten Patienten sollte der Rettungsdienst informiert werden.

› **Unterzuckerung (Hypoglykämie)**
Interindividuell gibt es sehr unterschiedliche Blutzuckergrenzwerte, daher kann kein strikter Grenzwert festgelegt werden (häufig wird ein Blutzucker unter 60 mg/dl als Grenze genannt). Bei einer leichten Hypoglykämie (Selbsthilfe möglich) können folgende Symptome auftreten: Heißhunger, Unruhe, Schwitzen, Schwindel, Schwäche, Herzklopfen und Müdigkeit.

Zu den schweren Symptomen (Fremdhilfe nötig) gehören: Aggressivität, ungezieltes Umhergehen, Verkennen von Personen, inadäquates Verhalten bis hin zu Schläfrigkeit (sog. Somnolenz), Krampfanfall und Koma. Teilweise kommt es durch die antidiabetische Therapie selbst zu Unterzuckerungen, wenn der Patient sich beispielsweise Insulin (siehe Anhang 3, Insulin) gespritzt und danach nichts gegessen hat.

Bei einer leichten Unterzuckerung können Patienten sich selbst behandeln, indem Traubenzuckertabletten oder Würfelzucker eingenommen werden. In den folgenden Stunden sollte der Blutzucker häufiger gemessen werden. Bei Unsicherheit sollte ein Arzt kontaktiert werden, bei schwerer Unterzuckerung sollte sofort der Rettungsdienst angerufen werden.

Langfristige Folgen und Begleiterkrankungen
Der erhöhte Blutzucker kann unbemerkt die kleinen und großen Blutgefäße sowie die Nerven schädigen.

Mögliche Spätfolgen und Begleiterkrankungen sind:
› Erhöhtes Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall
› Verschlechterung der Nierenfunktion bis hin zum Nierenversagen
› Abnahme der Sehfähigkeit bis zur Erblindung
› Durchblutungsstörungen der Füße und Beine
› Gefühlsstörungen an Füßen und Beinen
› Erhöhte Infektanfälligkeit und Pilzerkrankungen
› Störungen der Potenz oder Libido

Diese Komplikationen können jedoch durch einen gesunden Lebensstil und einen gut eingestellten Blutzucker in vielen Fällen verhindert werden.

4.1.1.4 Diagnose von Typ-2-Diabetes

Leider wird der Typ-2-Diabetes oft sehr spät erkannt, da gerade zu Beginn der Erkrankung nur leichte, unspezifische Symptome auftreten, die auch verschiedene andere Ursachen haben könnten, wie zum Beispiel Müdigkeit, Schwäche und Leistungsminderung. Auch häufiger Harndrang und ein vermehrtes Durstgefühl können Anzeichen für Typ-2-Diabetes sein. Dies macht es sehr schwierig, die Krankheit zu erkennen. Oft ist die Diagnose daher ein Zufallsbefund bei anderen Untersuchungen oder im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen.

Neben der Messung des Nüchternblutzuckers wird bei der Diagnose von Diabetes unter anderem der sogenannte HbA1c-Wert (glykiertes Hämoglobin) in einer Blutprobe bestimmt. Liegt dieser Wert über >6,5%, besteht eine Diabetes Erkrankung. Der HbA1c-Wert kann als „Blutzuckergedächtnis“ bezeichnet werden. Anhand dieses Wertes lässt sich abschätzen, ob in den letzten 8-12 Wochen viel oder wenig Zucker im Blut transportiert wurde, der Blutzuckerspiegel also häufig hoch, oder eher niedrig war. Die roten Blutkörperchen mit dem roten Farbstoff Hämoglobin haben eine durchschnittliche Lebenszeit von 8-12 Wochen. Je mehr Zucker in diesem Zeitraum im Blut ist, desto mehr Zucker hängt sich an das Hämoglobin und bleibt dort haften. Der HbA1c-Wert gibt an, wie viele Zuckerteilchen sich an das Hämoglobin gebunden haben. Dieser Wert sollte dabei individuell festgelegte Grenzen nicht überschreiten. Bei Menschen ohne Diabetes liegt er normalerweise unter 5,7%. Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes werden leicht erhöhte Zielwerte zwischen 6,5 % und 7,5 % angestrebt.

4.1.1.5 Risikofaktoren

Eine Reihe von Faktoren können die Entstehungen von Typ-2-Diabetes begünstigen. Nicht alle diese Risikofaktoren lassen sich vermeiden. Es ist bekannt, dass z.B. das Alter und das Vorliegen einer familiären Veranlagung einen Einfluss auf das Risiko haben. Dabei haben Studien gezeigt, dass häufig mehrere Risikofaktoren gleichzeitig zur Krankheitsentstehung beitragen. Viele von diesen Faktoren können jedoch durch einen gesunden Lebensstil positiv beeinflusst werden.

Übergewicht/Adipositas
Übergewicht und Adipositas sind die wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes. Das Übergewicht/Adipositas ist eng mit einer verminderten Insulinwirkung assoziiert. Es spielt jedoch nicht nur das Ausmaß des Übergewichts, sondern auch die spezifische Verteilung des übermäßigen Fettgewebes eine Rolle. Menschen mit vermehrter Fettspeicherung im Bauchraum (viszerales Fett) haben ein erhöhtes Diabetesrisiko, Menschen mit vermehrter subkutaner Fettspeicherung dagegen nicht.

Rauchen
Rauchen begünstigt die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes. So haben Raucher im Vergleich zu Nichtrauchern ein 30-40 % erhöhtes Risiko, einen Typ-2--Diabetes zu entwickeln. Problematisch ist dabei, dass das Rauchen, wie der Diabetes mellitus auch, das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen erhöht. Bei Vorliegen beider Risikofaktoren potenziert sich entsprechend das Risiko für Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall.

Ernährung
Typ-2-Diabetes kann durch ein permanentes Überangebot an Kohlenhydraten, also zu viel Zucker in der Nahrung und entsprechend im Blut, (mit)verursacht werden. Mehr Informationen zum Thema Ernährung steht im Kapitel XXX .

Alkohol
Eine bestehende Fettleber kann die Entstehung von Diabetes begünstigen. Eine Fettleber wiederum entsteht häufig bei Alkoholmissbrauch und bei einer Ernährung, die viel Zucker und viel Fett, zum Beispiel durch den häufigen Konsum von Fast Food oder Säften beinhaltet, so dass auch bei Diabetes übermäßiger Alkoholgenuss eine Verschlimmerung bewirken kann.

Schwangerschaftsdiabetes
Rund 35 bis 60 % der Frauen mit einem Schwangerschaftsdiabetes erkranken innerhalb von zehn Jahren an einem Typ-2-Diabetes. In der Regel ist das Auftreten einer Schwangerschaftsdiabetes dabei ein Hinweis darauf, dass eine gewisse Veranlagung zur Erkrankung besteht.

Medikamente
Bestimmte Medikamente (z. B. Glukokortikoide, Medikamente gegen Bluthochdruck) können das Auftreten des Typ-2-Diabetes beeinflussen.

Depression
Depressionen können ebenfalls das Typ-2-Diabetes Risiko erhöhen, indem Faktoren, wie körperliche Bewegung und gesunde Ernährung, negativ beeinflusst werden.

Stress
Die Anforderungen des modernen Lebens lassen oft zu wenig Zeit für einen gesunden Lebensstil oder verhindern konsequente Maßnahmen, um einen ungesunden Lebensstil zu verändern. Andauernder Stress (z. B. Arbeitslosigkeit, Partnerschaftsschwierigkeiten, soziale Isolation) hat auch eine negative Auswirkung auf die Wirkung des Insulins.

Alter
Das Diabetesrisiko steigt mit zunehmendem Alter. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen steigen die Zahlen für Typ-2-Diabetes bis zum 80. Lebensjahr an. Bereits heute ist in Deutschland fast jeder Dritte über 70-jährige an Typ-2-Diabetes erkrankt. Zudem beginnt der Typ-2-Diabetes immer früher, immer häufiger sind auch Kinder und Jugendliche betroffen.

Auftreten von Typ-2-Diabetes in der Familie/genetische Prädisposition
Bei Kindern von Eltern mit einem Typ-2-Diabetes liegt eine zirka 40 bis 50 % Wahrscheinlichkeit vor, ebenfalls an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Dies ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um ca. 7 % deutlich erhöht. Personen mit einer genetischen Vorbelastung für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes stellen daher eine besondere Zielgruppe für diagnostische sowie präventive Interventionen dar.

Metabolisches Syndrom
Typ-2-Diabetes kann sich im Laufe der Zeit auch aus einem sogenannten metabolischen Syndrom entwickeln. Bei dem metabolischen Syndrom spielt die Kombination aus verschiedenen Risikofaktoren und Störungen eine wichtige Rolle, die oft gemeinsam auftreten und die Gesundheit schädigen können.

Das Hauptmerkmal eines metabolischen Syndroms ist bauchbetontes Übergewicht (mit Taillenumfang bei Frauen > 80 cm, bei Männern > 94 cm). Zusätzlich müssen zwei der folgenden Faktoren vorliegen: Bluthochdruck (>135/85 mmHg), erhöhte Triglyceride (Neutralfette >150 mg/dl), niedriges HDL (gutes)-Cholesterin (Frauen <50 md/dl, Männer <40 mg/dl) oder eine gestörte Glukosetoleranz (Vorstufe eines Typ-2-Diabetes).

4.1.2 Die Behandlung von Typ-2-Diabetes

Wenn ein Typ-2-Diabetes diagnostiziert wurde, steht jeder Patient vor der Aufgabe, mit seiner Erkrankung auf angemessene Weise umzugehen. Dabei liegt ein Fokus darauf, seine Lebensbedingungen an die Erkrankung anzupassen. Natürlich ist ein regelmäßiges Überprüfen der Blutzuckerwerte ebenso unerlässlich wie entsprechende Maßnahmen in den Alltag zu integrieren. Eine strukturierte Schulung und praktisches Training (z.B. zur Blutzuckermessung) sind daher wichtige Bestandteile der Typ-2-Diabetes-Therapie.

4.1.2.1 Wie kann ein Behandlungsplan bei einer Typ-2-Diabetes Erkrankung aussehen?

Das Ziel bei der Therapie von Typ-2-Diabetes ist es, den erhöhten Blutzuckerspiegel zu senken und die oben beschriebenen möglichen Diabetes-Langzeitfolgen, z.B. Veränderungen an Blutgefäßen, Nerven und Organen, zu verhindern. Dafür gibt es verschiedene Ansätze. Bei der Therapie werden viele verschiedene Faktoren berücksichtigt: die individuellen Symptome und das persönliche Risiko für die Entwicklung von Komplikationen, weitere Krankheiten, Alter und Lebensqualität, persönliche Vorlieben und das soziale Umfeld. Arzneimittel kommen erst dann zum Einsatz, wenn trotz gesunder Lebensweise der Blutzucker zu hoch ist. Häufig wird bei Typ-2-Diabetes als erstes Medikament Metformin verschrieben, wobei auch mehrere blutzuckersenkende Mittel miteinander kombiniert werden können (z.B. Kombination von zwei Medikamenten in Tablettenform oder Insulin zusammen mit einem oralen Medikament), um das individuelle Therapieziel zu erreichen.

Alle Wirkstoffe haben Vor- und Nachteile, sodass für jeden Patienten eine individuelle Entscheidung getroffen werden muss. Welches Medikament in Frage kommt, hängt unter anderem von den individuellen HbA1c-Werten und seinem Verlauf über verschiedene Zeiträume, aber auch von weiteren Vorerkrankungen (z.B. der Nierenfunktion), den persönlichen Wünschen und Vorstellungen sowie Lebensgewohnheiten des Patienten ab. Die Wirkstoffauswahl richtet sich ebenfalls nach den Arzneimitteln, die eventuell wegen weiterer Erkrankungen zusätzlich eingenommen werden und den möglichen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen. Die Therapie folgt in der Regel einem Stufenplan.

Stufenplan der Behandlung

- **Stufe 1:**
  Auf der ersten Stufe steht die sogenannte Basistherapie. Dabei soll der Patient unterstützt werden, seinen Lebensstil zu verändern, um eine Verbesserung der Blutzuckerwerte zu erreichen und dadurch Langzeitfolgen zu reduzieren. Die Basistherapie umfasst die wesentlichen Bausteine: Schulungen, Ernährungstherapie, Steigerung der körperlichen Aktivität und Raucherentwöhnung. Bei manchen Patienten führt dieser angepasste Lebensstil bereits dazu, dass der HbA1c-Wert sich ausreichend normalisiert.

- **Stufe 2:**
  Wenn vereinbarte Therapieziele, wie die Senkung des HbA1c-Werts, nach drei bis sechs Monaten durch diese Maßnahmen nicht ausreichend erreicht wurden, wird zusätzlich ein blutzuckersenkendes Medikament verschrieben, ein sogenanntes orales Antidiabetikum. Das Mittel der ersten Wahl ist Metformin, wenn es jedoch Gründe gibt, die gegen eine Behandlung mit Metformin sprechen, können auch andere Wirkstoffe eingesetzt werden. (Für weitere Informationen zu Medikamenten siehe Anhang 3, Seite XXX).

  Eine Ausnahme zu diesem Vorgehen ist ein stark erhöhter Langzeitzucker (HbA1c) bei Diagnosestellung. Ist dieser vorhanden, dann wird häufig direkt zur Stufe 1 auch eine medikamentöse Therapie eingeleitet.

- **Stufe 3:**
  Falls ein oral eingenommenes Medikament nicht ausreicht, um den HbA1c-Wert zu stabilisieren, werden zwei Wirkstoffe (Zweifachkombination) verordnet. In manchen Fällen ist auch eine alleinige Therapie mit Insulin möglich oder empfehlenswert, zum Beispiel beim Vorliegen von Unverträglichkeiten.

- **Stufe 4:**
  Wenn die vorherigen Schritte nicht zu einer Stabilisierung führen und der HbA1c-Wert nicht im Zielbereich liegt, wird in der Regel eine Therapie mit Insulin, teilweise in Kombination mit einem Diabetesmedikament in Tablettenform, begonnen.

4.1.2.2 Lebensstilveränderungen und Reduktion von Risikofaktoren als langfristige Behandlung

Lebensstilveränderungen sind die zentrale Maßnahme für eine langfristige und erfolgversprechende Therapie des Typ-2-Diabetes, um die oben beschriebenen möglichen Diabetes-Langzeitfolgen zu verhindern. Dazu zählen insbesondere:

- Umstellung der Ernährung auf eine vollwertige und ausgewogene Ernährung (Siehe Kapitel „Ernährung“)
- Aufnahme oder Steigerung von Bewegung im Alltag und kleinen Sporteinheiten (Siehe Kapitel „Bewegung“ und „Bewegungsbaukästen“)
- Eine positive Begleiterscheinung von Bewegung und einer Ernährungsumstellung ist die damit einhergehende Gewichtsabnahme, die wiederum die Bewegungsfreude und die Lebensqualität positiv beeinflussen kann
- Eine Entwöhnung vom Rauchen trägt dazu bei, dass Risiko für mögliche Langzeitfolgen deutlich zu senken
- Reduktion des Alkoholkonsums, der einen negativen Einfluss auf die Typ-2-Diabetes Erkrankung haben kann (Frauen sollten maximal 0,1 l und Männer maximal 0,2 l Wein pro Tag konsumieren. An mindestens zwei Tagen in der Woche sollte kein Alkohol getrunken werden.)
- Andauernder seelischer Stress kann die Erkrankung auf Dauer beeinflussen, durch Entspannungsübungen oder Bewegung kann zum Beispiel ein Ausgleich geschaffen werden

  Alle genannten Lebensstilveränderungen beeinflussen sich gegenseitig und verbessern zusätzlich zum Typ-2-Diabetes auch mögliche Begleiterkrankungen bzw. beugen ihnen aktiv vor. Es ist dabei jedoch wichtig, dass jede Patientin selbstbestimmt individuelle Veränderungen herbeiführt, mit denen sie sich wohlfühlt und identifiziert. Dies ist wichtig, damit die Veränderungen über einen langfristigen Zeitraum bestehen und in die Lebensweise übergehen und jeder Patient damit eigene Verantwortung für seine Gesundheit und sein Wohlbefinden übernimmt.

4.1.2.3 Medikamentöse Behandlung

Zur Therapie des Typ-2-Diabetes stehen mehrere Medikamentengruppen und Substanzen zur Verfügung, die sich in ihrer Wirkungsweise unterscheiden. Für jeden Patienten wird individuell abgewogen, welches Medikament das aktuell sinnvollste ist. (Für weitere Informationen zu Medikamenten siehe Anhang 3, Seite XXX).

4.1.3 Kontrolluntersuchungen, Selbstkontrolle und Eigenverantwortung

Typ-2-Diabetiker haben im Alltag eine große Eigenverantwortung, indem sie selbst für die eigene Lebensstilveränderung, die Wahrnehmung der ärztlichen Untersuchungen, die Kontrolle des Blutzuckers und die planmäßige Einnahme der verordneten Medikamente verantwortlich sind, um folgende Ziele der Behandlung zu erreichen:

- Die Lebensqualität zu erhalten und wiederherzustellen.
- Helfen, besser mit der Krankheit umzugehen.
- Gesellschaftliche Vorurteile und Unterstellungen abzubauen, die im Zusammenhang mit Typ-2-Diabetes entstehen können.
- Die Zufriedenheit mit der Behandlung fördern.
- Unterstützung zu suchen, um die vereinbarten Therapieziele einzuhalten.
- Mögliche Folgekomplikationen durch Typ-2-Diabetes zu vermeiden und zu behandeln.

- Durch eine gute Stoffwechseleinstellung Anzeichen von hohem Blutzucker und Blutfetten vorzubeugen und zu verbessern.
- Begleiterkrankungen zu behandeln und zu verbessern, wie beispielsweise Bluthochdruck oder Gefäßschäden.
- Bei Übergewicht/Adipositas zu versuchen, das Körpergewicht zu reduzieren.
- Die Nebenwirkungen der Typ-2-Diabetesbehandlung, wie Unterzuckerungen, und die Belastung für Betroffene durch die Therapie so gering wie möglich zu halten.

Welche Änderungen vorgenommen und wie stark die Werte gesenkt werden müssen, ist von Person zu Person verschieden. Es hängt unter anderem von dem Alter der Patienten, den persönlichen Wünschen und Bedürfnissen sowie weiteren Erkrankungen ab, welche Ziele erreicht werden können.

4.1.3.1 Blutzuckerselbstmessung

Selbstkontrollen des Blutzuckers können Patienten helfen drohende Unterzuckerungen oder zu hohe Blutzuckerwerte zu erkennen. Zudem kann durch Selbstmessungen erfahren werden, wie sich Bewegung und Mahlzeiten auf den Blutzucker auswirken.

- Im Blut (Bluttropfen aus der Fingerkuppe): Es gibt konkrete Situationen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes, in denen Selbstmessungen des Blutzuckers notwendig sind oder vorübergehend erforderlich sein können. Diese Situationen umfassen unter anderem eine Typ-2-Diabeteseinstellung oder -umstellung; instabile Stoffwechselsituationen mit häufigen Unterzuckerungen; bestimmte Erkrankungen, wie zum Beispiel Entzündungen (Infektionen), Durchfall oder Erbrechen; eine geplante Operation; eine Behandlung mit Insulin und besondere Gefahren (lange Autofahrten, Führen von Maschinen, Alkoholkonsum, Schichtarbeit oder Reisen)
- Im Urin: Zucker im Urin tritt nur auf, wenn die Nieren den Zucker nicht mehr ausreichend aus dem Blut filtern können. Der Teststreifen zeigt jedoch nur deutlich erhöhte Zuckerwerte an. Genaue Blutzuckerwerte können Sie nicht ablesen. Ein weiterer Nachteil ist, dass eine Unterzuckerung mit dieser Methode nicht erkennbar ist. Darüber hinaus bestimmt der behandelnde Arzt alle drei Monate den oben genannten HbA1c („Langzeitzucker“). Der Anteil dieses HbA1c am gesamten Hämoglobin wird bei an Typ-2-Diabetes erkrankten Personen untersucht, um den Behandlungserfolg zu beobachten und das Risiko von Langzeitschäden einzuschätzen. Für mehr Informationen zum HbA1c Wert siehe auch Kapitel 1.3.

4.1.4 Langzeitbetreuung

Patienten mit Typ-2-Diabetes müssen ihren Alltag und ihr Leben an die Besonderheiten ihrer Erkrankung anpassen. Im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen und dem regelmäßigen Besuch beim Hausarzt/ Diabetologen werden die Patienten langfristig begleitet und unterstützt. So kann eine kontinuierliche Verbesserung oder Stabilität der Erkrankung überwacht und auf eventuelle Risiken oder Verschlechterungen schnell reagiert werden.

4.1.4.1 Hausärztliche Versorgung

Für Menschen mit Typ-2-Diabetes ist häufig die wichtigste Anlaufstelle die Hausarztpraxis. Dort werden alle Maßnahmen rund um die Erkrankung dokumentiert und koordiniert. Das reicht von der Diagnostik, über die Behandlung bis hin zur Rehabilitation. Diese Aufgaben können auch Internisten, die auf Diabetes spezialisiert sind, oder Diabetologen übernehmen. Dabei handeln die Ärzte in der Funktion eines „Lotsen“, der die Patienten durch alle Phasen der Erkrankung begleitet. Ihre Aufgabe ist es zum Beispiel, die Therapieziele in Zusammenarbeit mit der Patientin zu vereinbaren, Schulungen durchzuführen und die Behandlungsschritte abzustimmen. Schulungen zu sehr speziellen Themen, etwa dem Umgang mit Insulinpumpen, Fußkomplikationen oder dauerhafter Blutzuckermessung werden häufig in diabetologischen Schwerpunktpraxen angeboten.

4.1.4.2 Strukturierte Behandlungsprogramme

In der heutigen Zeit ist eine Typ-2-Diabetes Erkrankung gut behandelbar. Dabei werden die Patienten individuell von Ihren Hausärzten und Spezialisten behandelt und ein eigener Behandlungsplan erstellt (siehe Kapitel 2.1). Darüber hinaus werden den Patienten auch Behandlungsprogramme angeboten.

Ein sehr groß angelegtes strukturiertes Behandlungsprogramm ist das „Disease Management Programm“, auch DMPs (engl.: Disease Management Programs) genannt. Diese DMPs sollen eine optimale Versorgung von Patienten im Gesundheitssystem ermöglichen. Dies bedeutet, dass alle 3 bis 6 Monate Termine bei dem jeweiligen Arzt/Ärztin stattfinden, in dem ein standardisiertes Untersuchungsprogramm durchgeführt wird. Zum Beispiel wird der HbA1c- Wert erfasst, aber auch der Blutdruck gemessen und Untersuchungen der Nieren und Füße durchgeführt. Eine regelmäßige Untersuchung der Augen sollte auch unbedingt initiiert werden. Durch diese Überwachung kann eine kontinuierliche Verbesserung oder Stabilität der Erkrankung erreicht werden und auch auf eventuelle Risiken, Verschlechterungen oder Folgeerkrankungen schnell reagiert werden. Zudem kann die Patientin an Gesundheitsschulungen teilnehmen, um eigenverantwortliches, gesundheitsbewusstes Handeln zu erlernen.

4.1.4.3 Selbstständiger Umgang mit der Krankheit

Ein Ziel der strukturierten Behandlungsprogramme und Schulungen ist, die Patienten zu bestärken, sicher und selbstständig mit ihrer Krankheit umzugehen. Dabei können Blutzuckerselbsthilfetests, das Teilnehmen an Selbsthilfe- und Sportgruppen von großer Hilfe sein und den Patienten befähigen, selbstbewusst mit seiner Erkrankung umzugehen und eigenverantwortlich die Behandlung durch Veränderungen im Lebensstil positiv zu beeinflussen.

4.1.5 Anhang

Anhang 1: Toolbox für das erste Treffen
Gesprächsleitfaden – Wie moderiert man ein Gruppengespräch über medizinische Themen
Kontaktaufbau:

- Wann wurde bei Ihnen die Diagnose Typ-2-Diabetes und/oder KHK gestellt?
- Wie wurde die Krankheit entdeckt? Welche Symptome lagen vor?
- Erfahrungen mit den Erkrankungen:
- Welche Behandlungen/Therapien haben Sie bereits gehabt? Wie ist Ihre Erfahrung mit diesen gewesen?
- Behandeln Sie Ihren Typ-2-Diabetes und oder KHK mit Medikamenten?
- In wie weit spielt Bewegung eine Rolle in Ihrem Leben?
- Haben Sie wegen der Erkrankung in Ihrem Leben etwas verändert, zum Beispiel Ihre Ernährung oder haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? Was hat Ihnen dabei geholfen?

„Tools"- für den Austausch in der Gruppe?

- Feedbackberichte mitbringen und sich darüber austauschen, um eine Verbesserung der eigenen Werte Woche für Woche zu sehen
- Wochenaufgaben absprechen:
  - Online Plattform besuchen und sich zum Thema Diabetes und/ oder KHK informieren
  - Challenge: wer schafft es nächste Woche mit dem Rauchen aufgehört zu haben

4.2 KHK

Das menschliche Herz besteht im Wesentlichen aus Muskulatur und sorgt mit jedem Herzschlag dafür, dass der gesamte Körper ausreichend mit sauerstoffreichem Blut versorgt wird. Hierfür benötigt der Herzmuskel selbst eine gute Blutversorgung. Im Rahmen einer koronaren Herzkrankheit (KHK) sind die Herzkranzarterien, die das Herz mit sauerstoffreichem Blut versorgen, krankhaft verengt. Solche Engstellen entstehen durch Ablagerungen (Plaques) in den Gefäßinnenwänden. Dieser Prozess wird auch als Atherosklerose bezeichnet. Die gravierendste Ausprägungsform der KHK ist der Herzinfarkt, bei dem es zu einem kompletten Verschluss einer oder mehrerer Herzkranzarterien kommt.

Die Wahrscheinlichkeit an einer KHK zu erkranken, hängt ganz wesentlich von den individuellen Risikofaktoren ab. Wenn jemand also beispielsweise raucht und gar keinen Sport treibt, erhöht er sein persönliches Risiko an einer KHK zu erkranken bzw. eine schon bestehende KHK zu verschlechtern. Bei körperlicher Anstrengung oder psychischem Stress beginnt das Herz schneller zu schlagen. Gleichzeitig benötigt auch das Herz mehr sauerstoffreiches Blut, um diese Leistung überhaupt erbringen zu können. Wenn nun die Herzkranzgefäße verengt sind, kommt es zur Unterversorgung des Herzmuskels mit Blut. Der Betroffene leidet dann unter einem Engegefühl und Schmerzen in der Brust.

Eine KHK wird meistens entdeckt, weil der Patient aufgrund von Beschwerden zu seinem Arzt geht. Manchmal ist die KHK aber auch ein Zufallsbefund, das heißt, dass sie bei einer Routineuntersuchung vom Arzt entdeckt wird. Neben der körperlichen Untersuchung und dem Patientengespräch, sind das Belastungs-EKG und die Herzkatheter-Untersuchung die wichtigsten diagnostischen Maßnahmen, um eine KHK sicher zu diagnostizieren. Die Therapie einer KHK ist vielschichtig und beinhaltet, abhängig vom Schweregrad, verschiedene Behandlungsstufen. Die erste therapeutische Maßnahme, und zugleich wichtigste langfristige Behandlungsstrategie, ist die Veränderung des Lebensstils. Diese sollte unter anderem eine Ernährungsumstellung, vermehrte Bewegung und die Aufgabe des Rauchens umfassen. Weiterhin sollten relevante Nebenerkrankungen, wie ein Bluthochdruck oder ein Diabetes Mellitus (siehe Kapitel 2 des Handbuchs über Diabetes Mellitus Typ 2), gut eingestellt werden, da sie einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben. Da die KHK eine chronische Erkrankung ist, dienen alle Therapien einer symptomatischen Verbesserung und dem Verhindern eines Fortschreitens der Erkrankung. Dabei kommen sowohl Medikamente (z.B. ASS und/oder Betablocker) als auch invasive Verfahren (Stents, Bypass-OP) zum Einsatz.

4.2.1 Was ist eine Koronare Herzkrankheit und was ist Atherosklerose?

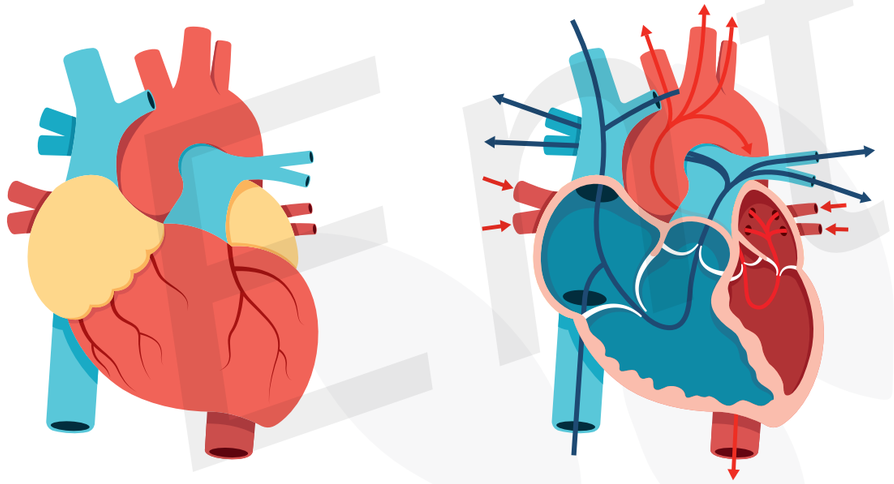
Bei der koronaren Herzkrankheit (KHK) sind die Arterien, die das Herz mit sauerstoffreichem Blut versorgen, krankhaft verengt. Wenn das Herz nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird, können Beschwerden oder sogar bleibende Schäden entstehen. Solche Engstellen entstehen aufgrund von krankhaften Ablagerungen (Plaques) in den Gefäßinnenwänden. Ist ein Gefäß auf diese Art verändert, spricht man von Atherosklerose. Die koronare Herzkrankheit ist eine chronische Erkrankung, die zu starken Beeinträchtigungen in der Lebensführung der Betroffenen führt und ernst zu nehmende Risiken mit sich bringt.

4.2.1.1 Definition

Koronare Herzkrankheit
Das Herz wird von den Koronararterien, auch Herzkranzgefäße genannt, mit Sauerstoff versorgt. Diese Gefäße können sich krankhaft verengen, was durch einen ungesunden Lebensstil begünstigt wird. In der Folge ist der Blutstrom eingeschränkt und es kommt zur Sauerstoffunterversorgung des Herzmuskels. Dies kann z.B. Luftnot und Brustschmerzen auslösen. In fortgeschrittenen Stadien kann es zum Gefäßverschluss und damit zur Unterbrechung des Blutstroms kommen. Ein Herzinfarkt ist die Folge.

Atherosklerose
Bei der Atherosklerose, im Volksmund auch Gefäßverkalkung genannt, lagern sich an den Gefäßinnenwänden sogenannte Plaques ab. Dabei handelt es sich um krankhafte Ablagerungen, die z.B. aus überschüssigen Blutfetten, Bindegewebe, Blutgerinnsel oder Kalzium bestehen. Die so entstandenen Gefäßverengungen werden medizinisch als Atherosklerose bezeichnet. Die Gefäße verlieren dabei ihre Elastizität und versteifen zunehmend. Umso stärker die Atherosklerose ausgeprägt ist, desto mehr wird der Blutfluss gestört und desto eher kann es auch zu Beschwerden kommen.

Im Allgemeinen treten Gefäßveränderungen dieser Art häufiger mit zunehmendem Alter auf. Unter bestimmten Bedingungen kann sich dieser Vorgang jedoch beschleunigen und zu stärkeren Beschwerden führen oder auch schon Menschen in jüngerem Alter betreffen.



4.2.1.2 Risikofaktoren

Bestimmte Faktoren können die Entstehungen von Atherosklerose und der KHK begünstigen. Nicht alle diese Risikofaktoren lassen sich vermeiden. Man weiß, dass das Alter, das Geschlecht und das Vorliegen einer familiären Veranlagung einen Einfluss auf das Risiko haben.

Man kann allerdings sicher davon ausgehen, dass mehrere Faktoren gleichzeitig zur Krankheitsentstehung beitragen. Darunter sind vielfach auch solche, die behandelt werden können und stark vom Lebenswandel abhängig sind. Die am Wichtigsten zu nennenden sind:

- Rauchen
- Bewegungsmangel
- Bluthochdruck
- Hohe Blutfette
- Psychosoziale Belastung

Rauchen
Tabakrauch greift die Gefäßinnenwände zusätzlich an. Plaques können sich so schneller ansammeln und die Gefäße verengen. Außerdem wirkt sich Tabakrauch ungünstig auf die Blutfettwerte aus.

Mit dem Rauchen aufzuhören ist der wirkungsvollste Schutz vor einem Herzinfarkt. Deutlich mehr KHK-Patienten können vor einem vorzeitigen Tod bewahrt werden, wenn sie das Rauchen aufgeben.

Die erste Anlaufstelle zur Rauchentwöhnung ist der behandelnde Arzt. Es gibt unterschiedliche Vorgehensweisen, je nach dem Bedarf an Unterstützung. Mögliche Maßnahmen reichen von Beratung, Verhaltenstherapie bis hin zu Medikamenten.

Bewegung
Fehlende Bewegung begünstigt Übergewicht und Typ-2-Diabetes, wohingegen regelmäßige Bewegung das Herz-Kreislauf-System stärkt. Auch mit KHK sollte man weiterhin aktiv in Bewegung bleiben. Wer seine Kondition trainiert, ist im Alltag belastbarer und weniger anfällig für Beschwerden unter Belastung. Unsicherheiten oder Bedenken sollten beim nächsten Arztbesuch angesprochen werden.

Viele Fachleute raten i.d.R. zu drei Tagen die Woche leichtem Ausdauersport von 15 bis 60 Minuten, z.B. Nordic Walking, Radfahren oder Schwimmen. Dabei sollte stets mit einer niedrigen Belastung begonnen und erst langsam gesteigert werden.

Bluthochdruck
Etwa ein Fünftel der erwachsenen Bevölkerung ist von Bluthochdruck betroffen. In den meisten Fällen ist die Ursache für den Bluthochdruck unbekannt. Durch eine medikamentöse Therapie und einen gesunden Lebenswandel lässt sich ein hoher Blutdruck gut kontrollieren. Dass zumeist keine spezifischen Beschwerden auftreten, sollte Betroffene über den notwendigen Behandlungsdruck nicht hinwegtäuschen. Unbehandelt ist die Prognose ungünstig, da es langfristig das Herz-Kreislauf-System schädigt.

Kategorie	Systolischer Wert (mmHg)		Diastolischer Wert (mmHg)
Optimal	<120	und	<80
Normal	120-129	und/oder	80-84
Hoch normal	130-139	und/oder	85-89
Hypertonie Grad 1	140-159	und/oder	90-99
Hypertonie Grad 2	160-179	und/oder	100-109
Hypertonie Grad 3	≥180	und/oder	≥110
Isolierte systolische Hypertonie	≥140	und	<90

Tabelle 1: Einteilung der Arteriellen Hypertonie gemäß der ESC/ESH-Leitlinie von 2018

Hypercholesterinämie

Beim Cholesterin handelt es sich um einen fettähnlichen Stoff, der sowohl über die Nahrung aufgenommen als auch vom Körper selbst produziert wird. Es hat wichtige Aufgaben, u.a. wird es zur Herstellung von Hormonen benötigt. Problematisch sind erhöhte Cholesterinwerte. Es wird zwischen „schlechtem“ und „gutem“ Cholesterin unterschieden.

Das „gute“ HDL-Cholesterin ist am Abbau von überschüssigem Cholesterin beteiligt. Es ist der Gegenspieler zum „schlechten“ LDL-Cholesterin. Das LDL-Cholesterin schädigt die Gefäßstruktur, indem es Cholesterin in die Zellen und Organe transportiert. Das „gute“ Cholesterin kann dem „schlechten“ nur begrenzt entgegenwirken, weshalb die Behandlung häufig auf die Senkung des LDL-Cholesterins abzielt. Die Behandlung kann durch Lebensstilveränderungen unterstützt werden, z.B. durch eine gesündere Ernährung. Allerdings wird der größte Teil des Cholesterins in der Leber hergestellt, weshalb eine alleinige Ernährungsumstellung oft nicht ausreicht. Die Normwerte für Cholesterin hängen vom Alter und Geschlecht ab.

Altersgruppe in Jahren	Gesamtcholesterin in mg/dl	
	Frauen	Männer
18-29	175 - 183	166 - 174
30-44	185 - 192	200 - 208
45-64	214 - 221	207 - 214
65-79	221 - 229	201 - 209

Tabelle 2: Alters- und geschlechtsabhängige Normwerte für das Gesamtcholesterin im Blut.

Psychosoziale Belastung

Die KHK kann auch durch psychosoziale Belastungen einen schlechteren Verlauf nehmen und vermutlich tragen sie auch zur Krankheitsentstehung bei. Typische Belastungen dieser Art könnten Depression oder Angststörungen sein. Aber auch häufig überschießender Ärger, fehlender sozialer Rückhalt und übermäßige Stressbelastungen durch Beruf oder Familie können den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen (sieheLeben mit einer chronischen Erkrankung).

4.2.1.3 Das Herz und seine Gefäße

Das Herz ist ein Hohlorgan. Seine Wände bestehen aus starken Muskelsträngen. Mit jedem Herzschlag pumpt das etwa faustgroße Organ sauerstoffreiches Blut in den Körperkreislauf. Über die Arterien wird dieses Blut durch die Pumpleistung des Herzens im ganzen Körper verteilt. Sauerstoffarmes Blut gelangt über die Venen zurück zum Herzen, wo es vom Herzen in die Lungen gepumpt wird, um dort von neuem mit Sauerstoff angereicherten Blut versorgt zu werden. Für diesen Kraftakt benötigt der Herzmuskel seinerseits eine gute Blutversorgung, um ununterbrochen mit ausreichend Sauerstoff versorgt zu werden. Das Herz wird daher von großen Gefäßen abgedeckt, den Herzkranzgefäßen (auch Koronararterien genannt), die sich wiederum in viele kleinere Äste aufteilen.

4.2.1.4 Was passiert bei einer KHK im Körper?

Besonders bei körperlicher Belastung, aber auch bei Stress, treten Beschwerden auf, da das Herz nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird und den erhöhten Bedarf im Körper nicht mehr decken kann. Die Beschwerden können dabei in unterschiedlicher Intensität und Ausprägung auftreten:

- Schmerzen hinter dem Brustbein, die häufig in Hals, Nacken, Kiefer, Arme oder Oberbauch ausstrahlen
- Engegefühl in der Brust
- Luftnot, Kurzatmigkeit
- Schweißausbrüche („kalter Schweiß“)
- Übelkeit
- Ein Gefühl der Lebensbedrohung

Das Beschwerdebild wird als Angina pectoris (Brustenge) bezeichnet. Ist die Belastungsschwelle, bei der Beschwerden auftreten, gleichbleibend und sind die Beschwerden stets ähnlich, spricht man von einer stabilen Angina pectoris. Sie klingt zumeist nach kurzer Ruhephase von allein ab und lässt sich auch gut medikamentös behandeln. Bei der instabilen Angina pectoris hingegen treten die Beschwerden unerwartet oder ohne körperliche Belastung auf. In einem solchen Fall besteht dringender Handlungsbedarf, da die Gefahr eines Herzinfarkts gegeben ist.

4.2.1.5 Diagnose einer KHK

Zu Beginn der Diagnose steht immer das Arztgespräch. Hier erfragt der Arzt Angaben zu der Krankengeschichte und den Lebensumständen, sofern diese noch nicht bekannt sind. Darunter fallen u.a. Angaben zu Beschwerden, Vorerkrankungen, Medikamenten und Herzerkrankungen im familiären Umfeld. In der darauffolgenden körperlichen Untersuchung werden Gewicht, Körpergröße, Taillen- und Hüftumfang gemessen. Der Blutdruck wird bestimmt und das Herz und die Lunge werden abgehört. Die körperliche Untersuchung hilft vor allem dabei, andere Ursachen für die Beschwerden auszuschließen. Eine Blutuntersuchung kann helfen, gleichzeitig vorhandene Risikofaktoren wie einen erhöhten Blutzucker oder erhöhte Blutfette nachzuweisen. Besteht der konkrete Verdacht auf eine KHK, werden weitere Untersuchungen durchgeführt.

Es gibt verschiedene Untersuchungen, die Auskunft über die Funktion und Leistung des Herzens geben. So können indirekt Aussagen über mögliche Einschränkungen der Herzfunktion getroffen werden. Eine wichtige Untersuchung ist das Elektrokardiogramm (EKG). Hierbei wird die elektrische Aktivität des Herzmuskels aufgezeichnet. Die Ableitung zeigt an, wann der Muskel sich zusammenzieht und wieder erschlafft. Anhand dieser Untersuchung kann bereits eine KHK erkannt werden, allerdings kann auch bei einem unauffälligen Befund eine KHK vorliegen.

Die Pumpfunktion des Herzens kann besonders gut mit einem Herz-Ultraschall untersucht werden. Die auf einem Bildschirm dargestellten Schallsignale ermöglichen die Betrachtung der Leistung einzelner Herzkammern und der Herzklappen in Echtzeit. Mit dieser Untersuchung können noch zusätzlich zu einer KHK bestehende Funktionseinschränkungen diagnostiziert werden. In vielen Fällen sind noch weitere Untersuchungen nötig, um den Verdacht auf eine KHK zu erhärten. Beispielsweise kann eine Computertomographie (CT) des Herzens, ein Belastungs-EKG (auf einem Fahrradergometer) oder eine Herzkatheteruntersuchung notwendig sein. Je nach vorliegendem Fall und dem persönlichen Risiko für eine KHK wird entschieden, welche weiteren Verfahren durchgeführt werden. Dabei kommt es auch darauf an, ob die Untersuchung gut vertragen wird, welche Verfahren vor Ort möglich sind und wie groß der erwartete Nutzen wäre.

4.2.2 Die Behandlung der KHK: gezielt gegen Atherosklerose

4.2.2.1 Kombination verschiedener Behandlungsansätze

Da es sich bei der KHK um eine chronisch verlaufende Erkrankung handelt, erfordert ihre Behandlung dementsprechend auch langfristige therapeutische Maßnahmen und eine stetige Mitarbeit des Patienten. Die verschiedenen Therapieprinzipien sollten grundsätzlich zunächst zwischen Patienten und Arzt besprochen werden. Der Patient kann und soll eigene Wünsche mit seinem behandelnden Arzt kommunizieren, sodass schließlich eine gemeinsame Therapiestrategie entwickelt wird.

Bei der Therapie der KHK kommen unterschiedliche Behandlungsansätze zum Einsatz, die in ihrer Kombination die bestmögliche Wirkung entfalten sollen.

Dabei müssen an erster Stelle Veränderungen des alltäglichen Lebensstils erwähnt werden. Diese Therapie hat sich in unzähligen Studien als hocheffizient erwiesen. Die Lebensstilveränderungen können in jedem Krankheitsstadium in das therapeutische Konzept eingebaut werden. Trotz ihrer Effektivität erweisen sich Lebensstilveränderungen oft als nicht leicht umsetzbar, da sie nicht selten als Einschnitt in die Lebensführung wahrgenommen werden und lebenslang Bestand haben sollten. Allerdings können selbst kleine Veränderungen, wie z.B. regelmäßige Spaziergänge, bereits einen positiven Effekt haben. Ist die anfängliche Hürde einmal genommen, werden Lebensstilveränderungen sogar vielmehr als Gewinn für die eigene Lebensqualität und Zufriedenheit angesehen. Eine weitere Säule der Therapie besteht in der Einnahme von Medikamenten, sowohl zur direkten Beeinflussung der KHK als auch zur Behandlung von relevanten Nebenerkrankungen. In Akutsituationen, wie bei einem Herzinfarkt, oder in fortgeschrittenen Fällen, bei denen die zuvor genannten Maßnahmen nicht mehr ausreichend sind, können sogenannte invasive Verfahren (Stent-Einlage) oder Operationen (Bypass) notwendig werden. Alle therapeutischen Ansätze können miteinander kombiniert werden und sollten mit den individuellen Zielen des Patienten in Einklang gebracht werden, um eine bestmögliche Lebensqualität zu erreichen.

4.2.2.2 Medikamentöse Behandlung

Da sich eine KHK grundsätzlich nicht vollständig heilen lässt, dienen Medikamente in erster Linie dazu, ein Fortschreiten der Erkrankung sowie akute Folgeerkrankungen, wie beispielsweise einen Herzinfarkt, zu verhindern. Es gibt dabei auf der einen Seite Medikamente die symptomatisch wirken, das heißt die Symptome der KHK lindern, und auf der anderen Seite Medikamente, die präventiv wirken, also ein weiteres Fortschreiten der Erkrankung verhindern sollen. Symptomatische Medikamente (Nitrate, Betablocker, Kalziumantagonisten) senken die Pulsfrequenz und erweitern die Herzkranzgefäße, wodurch eine ausreichende Durchblutung des Herzmuskels gewährleistet, sowie die gesamte Herzarbeit verringert wird. Der Patient kann dies durch eine Abnahme von Beklemmungs- und Schmerzzuständen im Bereich des Brustkorbs spüren.

Die präventiven Medikamente setzen an unterschiedlichen Angriffspunkten an und zielen auch auf eine Therapie der Begleiterkrankungen ab. Zu allererst sollten hier die Thrombozytenaggregationshemmer, wie z.B. das ASS, genannt werden. Sie verhindern die Entstehung von Thromben (Blutgerinnsel) in den Herzkranzgefäßen und beugen somit dem Auftreten eines Herzinfarktes vor. Weiterhin spielen die sogenannten Statine eine wichtige Rolle. Sie senken die Blutfette und hierbei insbesondere das negativ behaftete LDL-Cholesterin, wodurch Fetteinlagerungen in den Wänden der Herzkranzgefäße entgegengewirkt wird. Die Gabe von Statinen erfolgt unabhängig davon, ob erhöhte Blutfette bei dem Patienten vorliegen. Beide Medikamente sorgen also für ein „Offenbleiben“ der Herzkranzgefäße, da eine Verengung zur Verschlechterung der KHK bzw. ein Verschluss im schlechtesten Fall zu einem Herzinfarkt führen kann.

4.2.2.3 Invasive Eingriffe

Bei anhaltender oder sich verschlechternder Symptomatik der KHK können invasive Eingriffe an den Herzkranzgefäßen notwendig werden. Ein für den Patienten schonenderes Verfahren als eine Operation stellt die Einlage eines kleinen Rohres (Stent) in das verengte Herzkranzgefäß dar. Dieser Stent wird über einen sehr feinen Kunststoffschlauch, meistens über die Beckenarterie, bis in die Herzgefäße vorgeschoben. Der Patient ist in der Regel bei vollem Bewusstsein und spürt jedoch aufgrund einer leichten Betäubung nichts von dem Eingriff.

Auf der anderen Seite gibt es noch die Bypass-Operation. Sie wird in aller Regel eher bei komplexen Situationen durchgeführt, beispielsweise wenn mehrere Herzkranzgefäße von einer Verengung betroffen sind. Für die Operation entnimmt man ein Gefäß, z.B. aus dem Unterarm des Patienten, und verpflanzt dieses Gefäß am Herzen, um die Engstelle im Herzkranzgefäß zu überbrücken. Der Eingriff ist für den Patienten belastender als eine Stent-Einlage, da es sich um eine Operation am offenen Herzen in Vollnarkose handelt. Die Langzeitergebnisse einer Bypass-OP sind jedoch gut und sorgen meist für eine nachhaltige Beschwerdefreiheit der Patienten.

4.2.2.4 Begleiterkrankungen mit behandeln

Es gibt diverse Begleiterkrankungen, die sich negativ auf den Krankheitsfortschritt einer KHK auswirken können und somit bedeutende Risikofaktoren darstellen.

Ein hoher Blutdruck belastet das Herz und erhöht dessen Sauerstoffverbrauch, wodurch eine KHK entstehen oder verschlechtert werden kann. Eine konsequente Senkung des Blutdruckes auf Werte unter 140/90 mmHg gilt deshalb als erstrebenswert. Als Medikamente können hier beispielsweise Beta-Blocker oder ACE-Hemmer zum Einsatz kommen.

Wenn gleichzeitig ein Typ-2-Diabetes vorliegt, sollte dieser optimaler Weise auf einen HbA_{1c} - Wert von 6,5 – 7,5 % eingestellt werden (siehe auch Kapitel 1.3. des Handbuchs über Diabetes Mellitus Typ 2). Die chronisch erhöhten Blutzuckerwerte schädigen langfristig die Gefäßwände, sodass ein Typ-2-Diabetes auch Ursache einer KHK sein kann. Medikamentös lässt sich ein Typ-2-Diabetes z.B. mit Metformin behandeln (siehe auch Kapitel 2.2. des Handbuchs über Diabetes Mellitus 2).

Die Hypercholesterinämie kennzeichnet sich durch erhöhte Blutfette, wobei hier insbesondere das LDL-Cholesterin zu nennen ist. Statine können hier medikamentös eingesetzt werden, um die Blutfette zu senken und deren Einlagerung in die Gefäßwände zu verhindern. Die in Abschnitt 2.5. erwähnten lebensstilbezogenen Maßnahmen haben auch einen großen therapeutischen Effekt auf die zuvor genannten Begleiterkrankungen.

4.2.2.5 Lebensstilveränderungen und Reduktion von Risikofaktoren als langfristige Behandlung

Lebensstilveränderungen sind die zentrale Maßnahme für eine langfristige und erfolgversprechende Therapie der KHK. Die folgenden Lebensstilveränderungen haben sich in der Therapie der KHK bewährt.

- Eine Ernährungsumstellung sollte vor allem eine Reduktion ungesunder Fette beinhalten, aber auch weiterführend ein generelles Ernährungsbewusstsein schaffen. Eine Fettreduktion führt zu einer verbesserten Stoffwechsellage des Körpers und wirkt einer Ablagerung von Fetten in den Gefäßwänden entgegen. Für ausführlichere Informationen zum Thema Ernährung verweisen wir auf das Kapitel XXX zum Thema Ernährung.
- Neben einer Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens stärkt ein moderates körperliches Training die Belastbarkeit der Patienten und führt zu einer besseren Bewältigung des Alltags. Auf körperlicher Ebene bewirkt moderater Sport eine verbesserte Durchblutung des Herzmuskels sowie eine Senkung des Blutdruckes – beide Faktoren lindern die Beschwerden einer KHK.
- Für ausführlichere Informationen zum Thema Bewegung verweisen wir auf das Kapitel XXX zum Thema Sport und Bewegung. Eine positive Begleiterscheinung von Bewegung und einer Ernährungsumstellung ist die damit einhergehende Gewichtsabnahme, die das gesamte Herz-Kreislaufsystem entlastet sowie einem Typ-2-Diabetes oder einer Hypercholesterinämie entgegenwirkt.
- Ein Rauchverzicht dient nicht nur einer Verbesserung der KHK-Symptomatik, sondern beugt auch vielen anderen Gefäßkrankheiten und vor allem Krebserkrankungen vor. Der Verzicht auf das Rauchen kann in vielen Fällen das Fortschreiten einer KHK und deren Folgeerkrankungen verhindern.
- Der Konsum von Alkohol sollte begrenzt werden. Als grobe Faustregel kann man sagen, dass Frauen maximal 0,1 l und Männer maximal 0,2 l Wein pro Tag trinken sollten und an mindestens zwei Tagen in der Woche komplett auf Alkohol verzichtet werden sollte.
- Andauernder Stress kann neben der seelischen Belastung auf körperlicher Ebene auch zu einer Blutdruckerhöhung führen. Patienten mit einer KHK sollten deshalb im alltäglichen Leben Stress vermeiden und regelmäßige Entspannung integrieren. Eine Stressreduktion kann beispielsweise in Form von Bewegung oder Entspannungsübungen erfolgen (siehe Umgang mit chronischen Erkrankung, Entspannungstechniken).

  Alle genannten Lebensstilveränderungen greifen ineinander über und verbessern neben der KHK auch mögliche Begleiterkrankungen bzw. beugen ihnen aktiv vor. Anders als Medikamente und Operationen bewirkt eine Lebensstilveränderung eine Regulation des gesamten Herz-Kreislaufsystems sowie des Stoffwechsels. Es ist wichtig zu beachten, dass es nicht um Leistung geht, sondern darum, einen individuellen Weg zu finden, der die Lebensziele, -einstellungen und -umstände des Patienten berücksichtigt. Der Patient kann Stück für Stück mehr Verantwortung für seine Gesundheit und sein Wohlbefinden zu übernehmen, um dadurch langfristig unabhängiger von Therapeuten und Gesundheitseinrichtungen zu werden.

4.2.3 Wie kann ich die Erfolge der Behandlung messen?

Die Erfolge einer KHK-Behandlung können neben dem subjektiven Wohlbefinden des Patienten und der verbesserten Symptomatik auch objektiv nachverfolgt werden. So kann körperliche Bewegung beispielsweise gleichzeitig die Stimmung aufhellen, den Schlaf verbessern, Stress abbauen, das Gewicht reduzieren und die persönliche Leistungsfähigkeit im Alltag steigern. Diese Faktoren nimmt der Patient subjektiv wahr. Körperliche Bewegung sorgt aber auch für eine Blutdruck- und Blutzuckersenkung. Eine Verbesserung dieser Parameter spürt ein Patient in der Regel nicht. Diese können jedoch durch die Messung des Blutdruckes und des HbA1c – Wertes objektiviert werden. Eine gesunde Ernährung senkt die Blutfette, reduziert das Gewicht und kann einen Bluthochdruck günstig beeinflussen. Das Gewicht kann der Patient durch regelmäßiges wiegen selbst bestimmen und eine Senkung der Blutfette könnte durch die Bestimmung des LDL-Cholesterins im Blut gemessen werden. Sollte der Patient Raucher sein und eine Tabakentwöhnung begonnen haben, kann man die Fortschritte durch die stetige Reduktion des täglichen Zigarettenkonsums nachverfolgen.

Es ist von großer Wichtigkeit die Erfolge sicht- und messbar zu machen, um einerseits die Behandlungsziele der Therapeuten sicherzustellen und andererseits die positiven Auswirkungen des Therapiekonzeptes auf das Leben des Patienten deutlich zu machen.

4.2.4 Langzeitbetreuung

4.2.4.1 Hausärztliche Versorgung

Die Patientin sollte bestenfalls langfristig durch ihren Hausarzt oder ihrer Hausärztin betreut werden. Dadurch werden stetige Forstschritte in der Behandlung und ein kontinuierlicher Austausch zwischen Arzt und Patientin gewährleistet. Der Hausarzt kann den Patienten regelmäßig untersuchen und wichtige Parameter und Blutwerte bestimmen und dem Patienten schließlich Rückmeldung über seinen derzeitigen Zustand geben. Auf diesem Weg kann das Behandlungskonzept abhängig von der aktuellen Situation stets modifiziert und angepasst werden. Probleme bei der Einhaltung von therapeutischen Konzepten sollten unbedingt thematisiert werden, sodass Arzt und Patient gemeinsam an Lösungsstrategien arbeiten können.

4.2.4.2 Strukturierte Behandlungsprogramme: DMP KHK

Strukturierte Behandlungsprogramme, auch DMPs (engl.: Disease Management Programs) genannt, sollen eine optimale Versorgung von Patienten im Gesundheitssystem ermöglichen. In Ihnen befragt der Hausarzt den Patienten regelmäßig zu seiner Erkrankung, in diesem Fall der KHK, und erfasst wichtige Verlaufsparameter. Dieses strukturierte Behandlungsprogramm soll den Gesundheitszustand des Patienten engmaschig überwachen und mögliche Folgeerkrankungen frühzeitig erkennen. Hierdurch können sich für den Patienten potentiell gefährliche Krankheitsverläufe und Krankenhausaufenthalte vermindert oder verhindert werden. Gleichzeitig verpflichtet sich der Patient zur aktiven Teilnahme an Gesundheitsschulungen und Bewegungsprogrammen, um eigenverantwortliches, gesundheitsbewusstes Handeln zu erlernen.

4.2.4.3 Selbstständiger Umgang mit der Krankheit

Der Patient sollte bestenfalls viel von seinem behandelnden Arzt und aus Schulungen über seine Erkrankung lernen. Dazu gehören eine verbesserte Selbstwahrnehmung und das Wissen darüber, wie man durch eigenes Handeln den Verlauf seiner Erkrankung günstig beeinflussen kann. Eine Erkrankung könnte vom Patienten möglicherweise als Chance verstanden werden, um aus eigener Kraft durch die Veränderung seiner Lebensgewohnheiten eine neue und bessere Lebensqualität zu erreichen.

4.2.5 Wo kann ich mich noch informieren?

Es gibt einige hilfreiche Informationsquellen, wenn es darum geht mehr über die eigene Erkrankung oder seine Ansprüche als Patient zu erfahren. Im Folgenden ist eine Auswahl an seriösen Quellen aufgeführt, die Sie bedenkenlos empfehlen können. Schauen Sie bei Bedarf auch zusammen mit der Gruppe zu bestimmten Fragen nach. Im Anhang finden Sie noch viele weitere Quellen auf die Sie zurückgreifen können.

4.2.5.1 Patienteninformation

Patientenportal
Viele weiterführende Informationsmaterialen zu Herzerkrankungen finden Sie auf dem Patientenportal **www.patienten-information.de** , einer gemeinsamen Plattform von Bundesärzte-kammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung.

Befunddolmetscher
Hier können Patienten ihre medizinischen Befunde kostenlos in eine leicht verständliche Sprache "übersetzen" lassen. Die ehrenamtlichen Übersetzer sind Medizinstudierende und Ärzte, die von "Was hab' ich?" zu Beginn ihres Engagements ei-ne ausführliche Kommunikationsausbildung erhalten: www.washabich.de

Toolbox

Gesprächsleitfaden – Wie moderiert man ein Gruppengespräch über medizinische Themen

Neben den allgemeinen Regeln eines Gruppengespräches (s. Kap. XXX) gibt es bei medizinischen Themen Punkte die hervorgehoben werden sollten:

- Die eigene Krankheitsgeschichte kann etwas sehr Persönliches sein. Ermutigen Sie zum Austausch und wahren Sie gleichzeitig die Grenzen jedes Teilnehmers.
- Erinnern Sie regelmäßig alle daran, dass ein vertrauensvoller Umgang wichtig ist und Gesagtes die Gruppe nicht verlässt.
- Wertungen sind fehl am Platz. Jeder geht mit seiner Erkrankung anders um. Aber vielleicht gibt es etwas was Sie bisher nie ausprobiert haben oder nicht wussten?

„Tools"- Welche Fragen können hierbei hilfreich sein?

Teilnehmer sollten sich über Ihre persönlichen Krankengeschichten austauschen:

- Seit wann sind Sie an einer KHK erkrankt?
- Wie kam es zur Diagnose? Zufall? Oder hatten Sie einen Verdacht?
- Welche Fragen, Probleme und Gefühle hatten Sie in dieser Zeit?
- Wer oder was hat Ihnen geholfen Ihre Fragen, Probleme und Gefühle zu verarbeiten?
- Welche Behandlungen/Therapien haben Sie bereits gehabt? Wie ist Ihre Erfahrung mit diesen gewesen?
- Haben Sie wegen der Erkrankung in Ihrem Leben etwas verändert, zum Beispiel Ihre Ernährung oder haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? Was hat Ihnen dabei geholfen?
- Inwieweit bringen Sie sich bei Ihrem Arzt mit in die Behandlung ein?
- Welche Themen finden Sie schwierig mit Ihrer Ärztin zu besprechen?
- Haben Sie ungeklärte Fragen zu Ihrem Behandlungsplan? Zu Ihren Medikamenten? Zu den Kontrolluntersuchungen? Zu möglichen anderen Behandlungswegen?
- Falls ja, warum denken Sie ist das so?

Unbeantwortete Fragen können nach der Gesprächsrunde gesammelt und an den Experten weitergeleitet werden

Kapitel

05

Ernährung

Baum – bewusst, achtsam und mediterran

Tellerkonzeption

Makro- und Mikronährstoffe

› Kohlenhydrate
  - Zucker und Süßstoffe
  - Alkohol
› Fett
› Eiweiß (Protein)
› Vitamine
› Mineralstoffe (Mengen- und Spurenelemente)

5Sättigung

Psychologische Aspekte

Einkaufshilfe

5 Ernährung

= Spezifische Information für Diabetiker

= Spezifische Information für Personen mit einer koronaren Herzkrankheit

In diesem Teil des Handbuchs erfahren Sie, wie eine gesunde Ernährung aussehen kann und wie Sie Ihre Mahlzeiten genussvoll und gesund gestalten können. Eine gesunde Ernährung versorgt den Körper mit ausreichend Energie und fördert das Wohlbefinden. Zusätzlich stärkt sie das Immunsystem und kann helfen, chronische Erkrankungen, wie Diabetes Mellitus Typ 2 (DMT2) oder koronare Herzerkrankungen (KHK), positiv zu beeinflussen. Jeder Mensch kann von einer ausgewogenen Ernährung profitieren. Ernährungsgewohnheiten, dazu zählt auch das Trinkverhalten, haben sich häufig über viele Jahre entwickelt und sind zur festen Routine im Alltag geworden. Daher ist bei einer Ernährungsumstellung Geduld gefragt, denn Gewohnheiten lassen sich nur langsam verändern. Geben Sie sich Zeit und verändern Sie Ihre Ernährungsweise Schritt für Schritt. Beginnen Sie mit Kleinigkeiten, die Sie ohne große Anstrengungen in Ihrem Alltag umsetzen können. Lieben Sie z.B. Kaffee mit Zucker? Versuchen Sie die Menge Zucker, die Sie im Kaffee konsumieren langsam zu reduzieren und vermeiden Sie absolute Verbote (Zucker sofort komplett weglassen). Je mehr Aufmerksamkeit Sie Ihrem Körper schenken, desto bewusster werden Sie merken, was Ihr Organismus wirklich benötigt.

Sich gesund und bewusst zu ernähren bedeutet nicht, dass Sie ab sofort Ihre Lieblingsgerichte nicht mehr essen dürfen. Vielmehr geht es darum, durch eine ausgewogene und abwechslungsreiche Lebensmittelauswahl Ihre Ernährung noch genussvoller zu gestalten. Es ist keine Seltenheit, dass Menschen durch Ihr routiniertes Ess- und Trinkverhalten oftmals zu den gleichen Nahrungsmitteln greifen und somit eine ungeahnte Geschmacksvielfalt nicht voll ausgekostet wird. Seien Sie mutig, wenn es um die Verwendung Ihnen unbekannter Lebensmittel geht und probieren Sie neue Rezepte aus. Diesen Genuss sollten Sie sich nicht entgehen lassen.

Die folgenden Kapitel sollen eine Orientierung geben, wie Sie Ihre Ernährung anpassen können. Unmittelbar auf der ersten Seite finden Sie eine zusammenfassende Übersicht zu den wichtigsten Empfehlungen dieses Handbuchs. Zudem erhalten Sie praktische Tipps zur Umsetzung im Alltag sowie wichtige Hinweise, welche Lebensmittel besonders empfehlenswert sind. Einkaufstipps, Informationen zum Thema Sättigung und psychologische Aspekte bei einer Ernährungsumstellung werden ebenfalls thematisiert.
Lassen Sie es sich schmecken!

5.1 Baum – bewusst, achtsam und mediterran

Tellerkonzeption
- ½ Teller Gemüse und/ oder Salat, angemacht mit guten Fetten
- ¼ Teller kohlenhydrathaltige Lebensmittel
- ¼ Teller proteinhaltige Lebensmittel
- 1 großes Glas Wasser
- Zum Nachtisch eignet sich z.B. eine Portion Beeren

Dem Essen Aufmerksamkeit schenken
- Nehmen Sie sich Zeit zum Zubereiten und Essen Ihrer Mahlzeiten und genießen Sie diese bewusst und in Ruhe
- Achten Sie auf Ihr Sättigungsgefühl, dieses tritt erst nach ca. 20 Minuten ein
- Verfeinern Sie Ihre Speisen mit verschiedenen Gewürzen und probieren Sie neue Geschmacksrichtungen, wie z.B. frische Kräuter, Kreuzkümmel, Harissa, Kardamom, etc.

Volles Korn für volle Kraft
- Vollkornprodukte sind reich an Ballaststoffen und sättigen gut und lange
- Hülsenfrüchte (Kichererbsen, Linsen, weiße Bohnen), Quinoa, Bulgur oder Vollkornreis eignen sich besonders gut

Gute Fette
- Verwenden Sie qualitativ hochwertige Fette, besonders eignen sich Pflanzenöle, wie z.B. natives kaltgepresstes Olivenöl, Walnussöl oder Leinöl
- Greifen Sie beherzt bei Nüssen, Samen, Avocados oder fettreichen Seefischen, wie z.B. Lachs, Makrele oder Hering zu

Alternative Eiweißquellen
- Bevorzugen Sie grundsätzlich pflanzliche Eiweißquellen, wie z.B. Sojabohnen (Tofu), Kichererbsen und Linsen
- Achten Sie auf die Herkunft und Qualität Ihrer tierischen Proteine, bevorzugen Sie Fleisch und Geflügel aus Weide- bzw. Freilandhaltung, sowie Fische aus Wildfang

Snacks für Zwischendurch
- Seien Sie vorbereitet und wählen Sie einen gesunden Snack, wie z.B. Gemüsestreifen, Obst, Nüsse oder Samen
- Wenn Sie naschen möchten, bietet sich z.B. ein Stück Schokolade mit einem hohen Kakaoanteil an (mind. 70%)

Viel trinken
- Führen Sie Ihrem Körper über den Tag verteilt mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit zu
- Geeignet sind alle ungesüßten Getränke, am besten ist (Mineral-)Wasser
- Pures Wasser können Sie mit Minze, Zitrone oder Ingwer verfeinern

Essmotivation und Gönnen Können
- Hinterfragen Sie Ihre Essensmotivation – Haben Sie wirklich Hunger oder ist es Durst? Kompensieren Sie Stress oder Langeweile? Überlegen Sie sich Strategien, die eine Alternative zur Nahrungsaufnahme bieten
- Vermeiden Sie dennoch strikte Verbote und gönnen Sie sich gelegentlich Ihre Lieblingsspeisen

Den Einkauf planen und Etiketten lesen
- Schreiben Sie sich einen Einkaufszettel und gehen Sie im gesättigten Zustand einkaufen
- Planen Sie vor dem Einkauf, was Sie in den kommenden Tagen essen möchten (Wochenplan)
- Nehmen Sie sich Zeit zum Einkaufen und vergleichen Sie Produkte – das Lesen der Etiketten kann Ihnen helfen, die richtigen Lebensmittel auszuwählen (z.B. Varianten mit weniger Zucker, keine gehärteten Fette, etc.)

5.2 Tellerkonzeption

Im Rahmen einer gesunden Ernährung lassen sich ausgewogene Hauptmahlzeiten ganz einfach zusammenstellen. Grundsätzlich geht es bei der Tellerkonzeption nicht darum, einzelne Nahrungsmittel auszugrenzen oder die Gesamtmenge zu verändern. Vielmehr findet die Gewichtung der verschiedenen Lebensmittel mehr Beachtung. Schenken Sie Ihrer nächsten Hauptmahlzeit volle Aufmerksamkeit. Welche Lebensmittel befinden sich in welchen Mengen auf Ihrem Teller? Sind es Kohlenhydrate in Form von z.B. Nudeln, Kartoffeln oder Reis? Oder nimmt Fleisch den meisten Platz auf Ihrem Teller ein?

Für eine ausgewogene Ernährung empfehlen wir Ihnen Ihre Mahlzeit wie folgt zusammenzustellen:

Gemüse und/ oder Salat sollten **die Hälfte** Ihres Tellers füllen. Dabei können Sie frei wählen, was Ihnen am besten schmeckt. Beispiele könnten sein: Blattsalat, Gurken, Tomaten, Brokkoli, Zucchini, Pilze, Spinat, Blumenkohl, Spargel, oder Avocado. Auch Gemüse in zubereiteter Form zählt dazu, wie z.B. eine frisch zubereitete Tomatensoße (kein Fertigprodukt!). Für mehr Vielfältigkeit bietet es sich an, Gemüsesorten saisonal zu variieren. Zudem bieten regionale Lebensmittel den Vorteil, dass der Nährstoffgehalt aufgrund von möglicherweise langen Transportwegen nicht so stark beeinträchtigt wird.

Ein Viertel Ihres Tellers sollte durch kohlenhydrathaltige Lebensmittel bedeckt sein. Geeignet sind: Quinoa, Hülsenfrüchte (Kichererbsen, Linsen, weiße Bohnen), Bulgur oder Vollkornreis. Auch Lebensmittel wie Kartoffeln, Teigwaren (z.B. Nudeln) oder Couscous zählen dazu. Hierbei sollten Sie Vollkornvarianten bevorzugen, denn diese sättigen länger und haben einen weniger starken Einfluss auf den Blutzuckerspiegel.

Das **letzte Viertel** sollte aus eiweißreichen Lebensmitteln bestehen. Fisch, Meeresfrüchte, Geflügel, Fleisch, Milchprodukte, Eier sowie pflanzliche Eiweißquellen (z.B. Tofu) stehen Ihnen hier zur Verfügung. Genießen Sie zu Ihrer Mahlzeit ein zuckerfreies Getränk, am besten ein großes Glas (Mineral-) Wasser. Zum Nachtisch eignet sich hervorragend eine kleine Schale mit Obst, wie z.B. Brombeeren, Himbeeren, Aprikosen oder Wassermelone.

Im Alltag erfolgt Essen häufig nebenbei und verliert somit die verdiente Aufmerksamkeit. Nehmen Sie sich Zeit – sowohl für die Zubereitung der Speisen als auch für die Einnahme Ihrer Mahlzeiten. Somit schenken Sie Ihrem selbst zubereiteten Essen eine größere Wertschätzung. Langsames und gründliches Kauen ermöglichen ein bewusstes Genießen der Speisen. Fernseher, Computer oder die Tageszeitung lenken häufig vom Essen ab und fördern ein „Überessen“. Wenn Sie Ihre Speisen und Getränke bewusster genießen, wird es Ihnen leichter fallen, die Sättigungssignale wahrzunehmen, die etwa 15 bis 20 Minuten nach dem Essen einsetzen. Auch im Fall der Mahlzeiteneinnahme erfordert es ein wenig Geduld, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu verändern. Starten Sie mit kleinen Anpassungen und legen Sie z.B. zunächst die Tageszeitung weg vom Tisch und starten eine Unterhaltung mit Ihrem Gegenüber.

Für eine neue und größere Vielfalt in der Küche, ist das Experimentieren mit bislang unbekannten Lebensmitteln bzw. Rezepten empfehlenswert. Z.B. können Sie den Konsum von Salz und Zucker recht einfach durch leckere Gewürzalternativen reduzieren. Probieren Sie Gewürze wie z.B. frische Kräuter, Kurkuma, Kreuzkümmel, Zimt, Ingwer oder Koriander, um Ihren Mahlzeiten eine neue Geschmackrichtung zu geben.

Nicht zu vergessen ist das Trinken. Führen Sie Ihrem Körper über den Tag verteilt mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit zu. Geeignet sind alle ungesüßten Getränke, am besten ist (Mineral-)Wasser. Ist Ihnen der Geschmack von Wasser zu fad, verfeinern Sie Ihr Wasser mit einem Stück Zitrone, einer Scheibe Ingwer oder einem Stängel Minze. Suppen oder auch Kaffee in Maßen zählen ebenfalls zur Flüssigkeitsaufnahme, sollten jedoch nicht Teil der 1,5 Liter Flüssigkeit darstellen.

5.3 Makro- und Mikronährstoffe

Zu den Makronährstoffen zählen Kohlenhydrate, Fette und Eiweiß (Protein). Es handelt sich um Hauptnährstoffe, die dafür sorgen, dass sämtliche Prozesse im Körper funktionieren und fungieren gewissermaßen als „Brennstoff“. Verglichen mit einem Auto, stellen die Makronährstoffe das „Benzin für den Körper“ dar, wobei nicht jeder Körper Diesel verträgt. So wie für ein Auto die Art und Qualität des Brennstoffes eine entscheidende Rolle spielt, sind qualitativ hochwertige und geeignete Lebensmittel fundamental wichtig für einen gesunden und gut funktionierenden menschlichen Organismus. Detaillierte Informationen zu jeweiligen qualitativ hochwertigen Makronährstoffen erhalten Sie in den entsprechenden Kapiteln.

Zu den Mikronährstoffen gehören Vitamine und Mineralstoffe. Bei Vitaminen handelt es sich um Stoffe, die der Körper nicht oder nur in unzureichenden Mengen selbst herstellen kann. Daher müssen diese über die Nahrung zugeführt werden. Im Gegensatz zu den Makronährstoffen dienen sie nicht der Energiezufuhr („Brennstoffzufuhr“), sondern haben ihre Funktion im Bereich der Regulation und Steuerung des Stoffwechsels. Mineralstoffe benötigt der Körper nur in geringen Mengen, jedoch sind diese von großer Bedeutung, da sie unterschiedliche Funktionen erfüllen. Zum Beispiel dienen einige Mineralstoffe dem Aufbau von Körperstrukturen, andere regulieren den Wasserhaushalt und die Druckverhältnisse im Körper.

5.3.1 Kohlenhydrate

Kohlenhydrate erfüllen im Körper verschiedene Aufgaben. Die Versorgung unseres Körpers mit Energie stellt die wichtigste Funktion dar. Der Begriff Kohlenhydrate umschließt eine große Gruppe an „Zuckern“, die in Zusammensetzung sowie Aufbau sehr unterschiedlich sind. Der im alltäglichen Sprachgebrauch verwendete Begriff „Zucker“, bezieht sich in der Regel auf Einfach- oder Zweifachzucker, etwa den Traubenzucker, Fruchtzucker oder Haushalts- und Milchzucker. Darüber hinaus gibt es mehrfach zusammengesetzte Kohlenhydratketten aus Einzelzuckern, die in der Nahrung einen anderen Stellenwert haben. Genau diese bezeichnet man als Ballaststoffe. Einige dieser Ballaststoffe sind unverdaulich, woraus ein hoher gesundheitlicher Nutzen resultiert. Denn Ballaststoffe haben einen positiven Einfluss auf die Gewichtsregulation sowie die Verdauung – sie sättigen und regen die Darmtätigkeit an.

Kohlenhydrate kommen in allen pflanzlichen Lebensmitteln vor, jedoch nur in wenig tierischen Produkten. Die höchsten Gehalte an empfehlenswerten ballaststoffreichen Kohlenhydraten sind in (Vollkorn-) Getreide, Kartoffeln, Hülsenfrüchten, Obst und einigen Gemüsesorten (z.B. Süßkartoffeln, Mais, Pastinaken) zu finden. Insbesondere für Diabetiker sind diese Lebensmittel sehr gut geeignet, da der Blutzucker gleichmäßig ansteigt, nicht so stark und schnell, wie dies beim Verzehr von Lebensmitteln mit hohem Gehalt an Ein- oder Zweifachzuckern (z.B. Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke) der Fall ist. Ebenso eignet sich der Verzehr von ballaststoffreichen Kohlenhydraten bei Personen mit KHK, denn wie erwähnt, können Lebensmittel dieser Art einen vorteilhaften Einfluss auf die Gewichtsregulation haben und zudem enthalten einige Gemüsesorten einen hohen Kaliumanteil, was sich positiv bei Bluthochdruck auswirken kann.

Tipps für die praktische Umsetzung:

- Bevorzugen Sie ballaststoffreiche Kohlenhydrate wie: (Vollkorn-)Produkte (z.B. Körnerbrötchen, Naturreis oder Vollkornnudeln), Hülsenfrüchte (Erbsen, Bohnen, Linsen, Kichererbsen), Knollen, Rüben und Obstsorten, wie z.B. Äpfel, Aprikosen oder Bananen
- Versuchen Sie große Mengen „einfachen Zucker“ zu meiden → Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke, Kuchen, helle Mehlspeisen oder Honig

5.3.1.1 Zucker und Süßstoffe

Zucker bilden den kleinsten Baustein der Kohlenhydrate und können nicht weiter aufgespalten werden. Dazu zählen Einfachzucker, wie z.B. Traubenzucker (Glukose), Fruchtzucker (Fruktose) oder Zweifachzucker, wie z.B. Haushaltszucker (Saccharose), Milchzucker (Laktose) oder Malzzucker (Maltose). Diese Arten von Zucker werden sehr schnell zu Glukose abgebaut und gelangen über die Verdauung rasch ins Blut. Das führt zu einem rapiden Blutzuckeranstieg, jedoch fällt dieser ebenso schnell wieder ab. Dieser Effekt hat zur Folge, dass das Gefühl der Sättigung rasch nachlässt und Sie innerhalb von kurzer Zeit wieder hungrig sind. Vielen verarbeiteten Produkten werden Ein- und Zweifachzucker „versteckt“ zugesetzt. Damit kann gewissermaßen eine „Abhängigkeit“ bzw. „Sucht“ beim Konsumenten erzeugt werden, die dazu führt, dass diese Produkte oftmals im Einkaufswagen landen. Vergegenwärtigen Sie sich stets, dass zuckerhaltige Getränke, aber auch Süßigkeiten, Schokolade, Kuchen und Co Übergewicht und die Entstehung von Folgeerkrankungen begünstigen können. Daher ist es empfehlenswert, diese Nahrungsmittel zu meiden bzw. den Verzehr einzuschränken.

Wer langfristig nicht auf Zucker als Süßungsmittel verzichten möchte, kann raffinierten Zucker durch kalorienfreie Süßstoffe (z.B. Stevia oder Erythriol) ersetzen. Diese energiefreien Süßstoffe können von Menschen, die Ihr Gewicht reduzieren wollen, in Maßen genutzt werden. Eine weitere Alternative stellen natürliche Süßungsmittel, wie z.B. Ahornsirup oder Kokosblütenzucker dar, da sie im Vergleich zu Haushaltszucker den Blutzuckerspiegel etwas langsamer ansteigen lassen und Mineralstoffe enthalten. Wichtig ist, dass alternative Süßungsmittel nur in reduzierter Menge genossen werden und kein Bestandteil der alltäglichen Kost darstellen sollten. Fruchtzucker, sowie weitere kalorienhaltige Zuckeraustauschstoffe, wie z.B. Sorbit oder Isomalt, haben für Diabetiker langfristig keinen nennenswerten Vorteil gegenüber der Verwendung von Haushaltszucker, weshalb sie nicht mehr empfohlen werden.

5.3.1.2 5.3.1.2 Alkohol

Alkohol wird ebenfalls der Gruppe der Kohlenhydrate zugeordnet. Grundsätzlich besteht kein generelles Alkoholverbot, jedoch sollten Sie bedenken, dass Alkohol eine hohe Energiedichte hat und sich u.a. negativ auf das Körpergewicht auswirken kann. Wissenswert ist ebenfalls, dass Alkohol eine blutdrucksteigernde Wirkung hat. Daher wird Personen mit Bluthochdruck empfohlen, den Konsum von alkoholischen Getränken zu meiden. Männer sollten nicht mehr als 20 g Alkohol pro Tag (etwa 0,25 l Wein bzw. 0,5 l Bier) und Frauen nicht mehr als 10 g Alkohol pro Tag (etwa 0,125 l Wein bzw. 0,25 l Bier) zu sich nehmen. Diabetiker sollten zusätzlich die blutzuckersenkende Wirkung von Alkohol beachten, die Gefahr einer Unterzuckerung ist groß. Grundsätzlich sollte Alkohol nicht täglich konsumiert werden, sondern eher punktuell, wie z.B. zu besonderen Anlässen.

5.3.2 Fett

Fette haben im Körper unterschiedliche fundamentale Funktionen. Sie sind z.B. Energielieferant, bilden das Depotfett, sorgen dafür, dass der Körper fettlösliche Vitamine aufnehmen kann und sind Bestandteil von Zellmembranen. Zudem hat Fett die wichtige Funktion als Geschmacksträger. Fette hatten lange Zeit einen „schlechten Ruf“ und wurden versucht, weitestgehend aus Lebensmitteln zu verbannen („Low-fat“-Trend). Der aktuelle Stand der Wissenschaft zeigt jedoch, dass dieser Trend nicht mehr den Zeitgeist trifft. Durch die Reduktion der Fette wird zwar die Gesamtenergiezufuhr eingeschränkt, jedoch fehlen dem menschlichen Organismus somit auch viele „gute“ Fette. Diese benötigt der Körper, um leistungsfähig zu sein und langfristig gesund zu bleiben. Neuere Studien belegen sogar, dass einige Fette gerade zum Abnehmen benötigt werden und weitere positive Effekte hinsichtlich bestimmter Erkrankungen zeigen.

Fette kommen in der Lebensmittelwelt in unterschiedlicher Qualität vor. Das bedeutet, dass Sie sowohl „gute“ wie auch „ungünstige“ Fette in der Nahrung finden. Gute Fette sind sogenannte einfach- und mehrfach ungesättigte Fettsäuren, ungünstige Fette sind gesättigte Fettsäuren und Transfette. Im Rahmen einer gesunden und ausgewogenen Ernährung spielt die Fettqualität eine entscheidende Rolle. Bevorzugen Sie daher in Ihrem Speiseplan ein- und mehrfach ungesättigte Fette. Nüsse, Samen und Avocados enthalten z.B. viele

gute Fette. Empfehlenswert ist auch der Einsatz von Ölen, die reich an ungesättigten Fettsäuren sind. Beispiele dafür sind Olivenöl sowie hochwertiges Lein- und Walnussöl. Grundsätzlich gibt es viele Pflanzenöle auf dem Markt, jedoch weisen diese enorme Qualitätsunterschiede auf.

Berücksichtigen Sie bei der Wahl des Öls unbedingt folgende Aspekte:

- Abfülldatum → sollte so nah wie möglich in der Vergangenheit liegen
- Das Öl sollte in einer dunklen Glasflasche abgefüllt sein (die optimalerweise zusätzlich in einer Pappschachtel verpackt ist)
- Kaltgepresst
- Bei raffinierten und filtrierten Ölen nicht zugreifen, diese sind stark verarbeitet und die Qualität nimmt deutlich ab
- Schmeckt ein Öl ranzig, entsorgen Sie dieses sofort

Auch einige Fischsorten sind reich an guten Fetten – Lachs, Makrele, Thunfisch oder Hering. Ein bis zwei Portionen Fisch pro Woche sind empfehlenswert. Weitere Lebensmittel, die „gute" Fette enthalten, entnehmen Sie bitte den Praxistipps. Es wird empfohlen, gesättigte Fettsäuren nur in Maßen zu genießen. Diese finden Sie vorwiegend in Lebensmitteln tierischen Ursprungs, z.B. Schmalz, Fleisch und Fleischprodukten, Milchprodukten wie Joghurt, Pudding, Milch, oder Gebäck wie Blätterteig, Plunderteilchen oder Mürbegebäck. Transfette sollten Sie möglichst meiden, da diese im Verdacht stehen, eine krebserregende Wirkung zu haben. Sie erkennen Transfette auf Lebensmittel-verpackungen an der Bezeichnung „enthält gehärtete oder teilweise gehärtete Fette". Beispiele sind Chips, frittierte Produkte, Eiscremes, Erdnussbutter oder Backwaren. Lesen Sie dazu mehr in den Einkaufstipps. Cholesterin wird ebenfalls in die Kategorie der Fette einsortiert. Lange Zeit wurde vor einer überhöhten Zufuhr über die Nahrung gewarnt, da eine zu hohe Zufuhr für den Körper als schädlich angesehen wurde. Neuere Erkenntnisse der Wissenschaft bestätigen jedoch, dass die Sorge um das Cholesterin in vielen Fällen unbegründet ist. Cholesterin wird nicht nur über die Nahrung aufgenommen, sondern ebenfalls vom Körper selbst produziert. Daher ist der Einfluss auf den Cholesterinspiegel über die Nahrung nur bedingt möglich (siehe auch Handbuch KHK). Durch die Zufuhr von gesunden Fetten können Sie den Cholesterinspiegel positiv beeinflussen.

Tipps für die Praxis:

- Genießen Sie Lebensmittel mit ein- und mehrfach ungesättigten Fetten → Oliven-, Lein-, Walnussöl, Nüsse, Samen, Avocado, Lachs, Hering, Makrele, etc.
- Beachten Sie bei der Verarbeitung von kaltgepressten Ölen (z.B. Walnussöl oder Leinöl), dass nicht alle Öle hoch erhitzbar sind – manche Öle sind nur für kalte Speisen geeignet
- Verzehr von gesättigten Fetten reduzieren (Butter, Wurstwaren, Hackfleischgerichte, durchwachsener Speck, Schmalz, Milchprodukte mit hohem Fettgehalt) – auch hier gilt kein generelles Verbot, jedoch sollten Sie die Mengen beachten
- Meiden Sie Transfette (Frittiertes, Gebäck, Margarine mit gehärteten Fettsäuren, verarbeitete Fleischprodukte) → achten Sie hierfür auf die Lebensmitteletiketten

5.3.3 Eiweiß (Protein)

Eiweiß, auch Protein genannt, erfüllt im Körper unterschiedliche Funktionen. Hauptfunktion ist die Herstellung von Körpergeweben wie Muskel-, Organ- und Bindegewebe, vor allem während des Wachstums. Aber auch im zunehmenden Alter spielen Proteine eine entscheidende Rolle, denn sie wirken dem Muskelabbau entgegen. Weiterhin sind Proteine am Aufbau Hormonen und Enzymen beteiligt.

Einen hohen Proteingehalt finden Sie in Fleisch, Fisch, bestimmten Milchprodukten (z.B. Magerquark, körniger Frischkäse, Edamer 45% F.i.Tr. oder Parmesan), Eiern und Hülsenfrüchten. Grundsätzlich enthalten pflanzliche Lebensmittel weniger Protein als tierische Lebensmittel, ausgenommen sind Hülsenfrüchte (diese sind sehr proteinreich). Bei einer ausgewogenen Mischkost entspricht die Proteinzufuhr i.d.R. der empfohlenen Menge. Auch eine pflanzenbasierte Kostform (vegetarisch) versorgt den Körper mit ausreichend Protein, wenn diese gesund und abwechslungsreich gestaltet wird. Oftmals bieten auch Produkte auf Sojabasis gute Alternativen zu Fleisch und Fleischprodukten. Es ist empfehlenswert tierische Proteinquellen öfter durch pflanzliche Proteinquellen zu ersetzen. Daraus ergibt sich der Vorteil, dass Sie weniger gesättigte Fettsäuren zu sich nehmen und im Gegenzug viele wertvolle Vitamine und Ballaststoffe durch die pflanzlichen Alternativen (Hülsenfrüchte) aufnehmen.

» *Die Proteinzufuhr für Menschen mit DMT2 bzw. KHK stimmen mit denen von gesunden Erwachsenen überein, wobei individuelle Besonderheiten stets zu beachten sind. Aufgrund des hohen Gehalts an gesättigten Fetten, sollten vor allem Menschen mit KHK den Fleischkonsum moderat halten und auf pflanzliche Varianten ausweichen.*

Tipps für die Praxis:

- Auch in ausgewählten pflanzlichen Produkten ist ein hoher Proteingehalt zu finden – Beispiele dafür sind: Sojabohnen, Erbsen, Kichererbsen, Linsen, Haferflocken
- Fleischkonsum aufgrund des hohen Gehalts an gesättigten Fetten reduzieren → beachten Sie die Qualität des Fisches, lieber weniger, dafür jedoch in guter Qualität (Wildfang, Bio, o.ä.)

5.3.4 Vitamine

Vitamine dienen im Gegensatz zu den Makronährstoffen (Kohlenhydrate, Fett und Protein) nicht der Energiegewinnung. Vielmehr liegen ihre Funktionen im Bereich der Regulierung und Steuerung des Stoffwechsels. Da Vitamine nicht oder nur in unzureichenden Mengen vom Körper produziert werden, ist eine Aufnahme über die Nahrung unabdingbar. Es werden wasserlösliche und fettlösliche Vitamine unterschieden.

Wie der Name vermuten lässt, können fettlösliche Vitamine (Vitamin E, D, K und A) vom Körper nur in Verbindung mit fetthaltigen Nahrungsmitteln aufgenommen werden und werden zudem im Vergleich zu wasserlöslichen Vitaminen wesentlich besser im Körper gespeichert (Ausnahme ist Vitamin K). Bei allen weiteren Vitaminen handelt es sich um wasserlösliche Vitamine, die mit Ausnahme von Vitamin B12, nicht gespeichert werden. Überschüssige Mengen werden ausgeschieden.

Der Vitaminbedarf unterliegt vielen unterschiedlichen Einflüssen, wie z.B. körperliche Aktivität oder Stress. Bei einer gesunden und ausgewogenen Mischkost ist eine Unterversorgung in vielen Fällen eher unwahrscheinlich.

Tipps für die Praxis:

- Achten Sie bei der Zubereitung von Speisen darauf, dass wertvolle Vitamine erhalten bleiben → Gemüse lieber dünsten oder blanchieren, denn beim Kochen werden die meisten Vitamine zerstört
- Kochen Sie z.B. Reis mit der Quellmethode (Reis saugt das komplette Kochwasser auf, ein Abgießen ist nicht notwendig), so werden wichtige Mikronährstoffe beim Abgießen nicht ausgeschwemmt

5.3.5 Mineralstoffe (Mengen- und Spurenelemente)

Bei den Mineralstoffen unterscheidet man zwischen Mengen- und Spurenelementen. Zu den Mengenelementen gehören z.B. Natrium, Kalium, Calcium, Magnesium und Schwefel. Im Körper sind Mengenelemente in Konzentrationen von > 50 mg/ kg Körpergewicht zu finden. Eisen, Jod, Fluor, Zink und Silicium sind Beispiele für Spurenelemente, die im Körper ≤ 50 mg/ kg Körpergewicht vorliegen. Ähnlich wie die Vitamine, dienen auch die Mineralstoffe nicht der Energiegewinnung. Mineralstoffe unterstützen den Aufbau von Körperstrukturen (z.B. Knochen), regulieren den Wasserhaushalt und die Druckverhältnisse im Körper (z.B. um Wassereinlagerungen zu verhindern) oder sie wirken beim Aufbau von Wirkstoffen, Enzymen und Hormonen (z.B. Eisen als Bestandteil von Hämoglobin, dem roten Blutfarbstoff) mit. Genau wie bei Vitaminen, ist der Bedarf an die individuellen Voraussetzungen anzupassen.

Genaue Empfehlungen für die Zufuhr der einzelnen Vitamine und Mineralstoffe können Sie den D-A-CH-Referenzwerten entnehmen (siehe Literaturverzeichnis).

Tipps für die Praxis:

- Achten Sie bei Bluthochdruck darauf, dass die Kochsalzzufuhr pro Tag auf < 5 g beschränkt wird (Natriumzufuhr < 2 g/ Tag)
- Bevorzugen Sie bei Bluthochdruck kaliumreiches Gemüse und Obst, da Kalium der Gegenspieler von Natrium ist → z.B. Kohlrabi, Fenchel, Blumenkohl, Aubergine, Karotten, rote Paprika, Bananen, Aprikosen, Rhabarber, Johannisbeeren, Trockenobst

5.4 Sättigung

Hunger und Sättigung sind komplexe Vorgänge im Körper. Daher erfolgt an dieser Stelle nur eine grobe Übersicht und Sie erhalten praktische Tipps für eine bewusste Wahrnehmung von Körpersignalen. Einerseits liegt das Steuerungszentrum für Hunger und Sättigung im Gehirn und andererseits werden im Magen-Darmtrakt Sättigungssignale gebildet. Hunger- bzw. Sättigungssignale nehmen Sie mit Ihren Sinnen wahr. Geschmack (schmecken), Geruch (riechen) und Aussehen (sehen) von Nahrung lösen im Körper viele Reaktionen aus. Aus den unterschiedlichsten Gründen erfolgt die Nahrungsaufnahme heutzutage oftmals nebenbei. Dies kann dazu führen, dass Sie verlernen, auf Ihren Körper zu hören und seine Signale wahrzunehmen bzw. richtig zu deuten. Bedenken Sie beim Essen stets, dass das Sättigungsgefühl erst 15 - 20 Minuten nach dem Einnehmen der Mahlzeit eintritt.

Tipps für die Praxis:

- Nehmen Sie sich Zeit und schenken Sie den Signalen Ihres Körpers volle Aufmerksamkeit
- Wenn Sie ein „Gewohnheitsmensch“ sind, der zu bestimmten Zeiten immer das Gleiche ist, versuchen Sie hinzuhören → Braucht Ihr Körper das jetzt wirklich?
- Oftmals kann man auftretende Hungergefühle mit einem großen Glas Wasser stillen → Haben Sie wirklich Hunger oder eigentlich Durst?
- Nehmen Sie Ihre Mahlzeiten langsam und bewusst ein → langsam essen, gründlich kauen, zwischendurch das Besteck zur Seite legen, 10 - 15 Minuten mit dem Nachnehmen warten, eine Unterhaltung führen, Ablenkungen durch TV, Zeitung oder Handy möglichst vermeiden
- Wählen Sie für den Hunger „zwischendurch“ Snacks wie z.B. Nüsse und Kerne, Gemüsestreifen oder ein Stück Obst

5.5 Psychologische Aspekte

Wenn Sie das nächste Mal den Kühlschrank oder die Schublade mit Ihren Lieblingsnaschereien öffnen, fragen Sie sich: „Warum esse ich?“. Haben Sie tatsächlich Hunger? Oder stecken möglicherweise andere Motive hinter Ihrem Verlangen etwas zu essen? Motive können z.B. Stress, Langeweile, Gewohnheit, Frust, Trauer oder Lust sein. Hinterfragen Sie sich öfter selbst und beobachten Sie sich. In vielen Fällen können andere Maßnahmen deutlich effektiver wirken. Haben Sie sich stark geärgert? Vielleicht hilft ein Spaziergang um den Block oder das Arbeiten im Garten besser als eine Tafel Schokolade. Essen Sie oft aus Langeweile? Vielleicht gibt es ein spannendes Hobby, dem Sie immer schon nachgehen wollten. Auch Entspannungsübungen, wie z.B. Atemübungen, können helfen, über „gefühlte Hungerattacken“ hinweg zu gelangen. Ein Ernährungstagebuch kann ebenfalls unterstützen herauszufinden, warum und wann Sie essen und Sie haben eine gute Möglichkeit anhand Ihrer Auflistung Veränderungen vorzunehmen. Ein Beispiel für ein Ernährungstagebuch finden Sie im Anhang.

Natürlich sollten Sie sich zwischendurch auch etwas gönnen. Verbote haben häufig den Reiz sie zu brechen und im Nachhinein quält das schlechte Gewissen. Um ein „Überessen“ mit süßen oder salzigen Snacks zu verhindern, essen Sie Ihre Lieblingsschokolade oder Kekse z.B. als Nachtisch nach einer richtigen Mahlzeit. Das kann vermeiden, dass Sie eine ganze Tafel oder Packung nebenbei vor dem TV verspeisen. Zudem kann es hilfreich sein, sich auf gewisse Situationen vorzubereiten. Wenn Sie wissen, dass Sie beim Fernsehgucken oftmals doch zu einem Snack greifen, wählen Sie diese mit Bedacht. Kaufen Sie z.B. zuvor nur dunkle Schokolade (70 % Kakaoanteil oder mehr), Walnüsse mit Schale oder bereiten Sie Gemüsesteifen vor (Karotten, Gurken, Paprika, Kohlrabi).

Vermutlich wird es ab und zu Situationen oder Anlässe geben, zu denen Sie mehr essen, als Sie sich vorgenommen haben. Das ist vollkommen in Ordnung und kann punktuell geschehen. Sehen Sie diese „Ausrutscher“ nicht als Versagen an, sondern als menschlich. Denken Sie immer daran, dass jeder Tag Ihnen eine neue Chance gibt – als würden Sie den „Neustart-Knopf“ betätigen. Starten Sie den neuen Tag mit einem gesunden Frühstück was Sie lange sättigt und konzentrieren Sie sich auf die Mahlzeiten, die vor Ihnen liegen, anstatt sich vom schlechten Gewissen des vorherigen Tages negativ beeinflussen zu lassen. Sie werden sehen, dass dieses Vorgehen Ihnen helfen wird, sich selbst kleine „Ausrutscher“ zu verzeihen und Ihre gesunden Ernährungsgewohnheiten langfristig aufrechtzuerhalten.

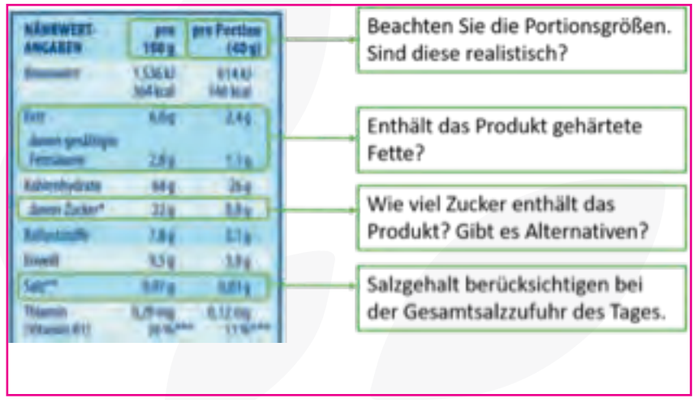
5.6 Einkaufshilfe

Es kann enorme Vorteile haben, den Einkauf zu planen. Auf diese Weise können Sie sich bereits vorab überlegen, was Sie gerne essen möchten und Sie vermeiden mögliche Impulskäufe, die dazu führen, dass „unerwünschte“ Lebensmittel im Einkaufswagen landen. Das spart Zeit und Geld. Zusätzlich werden geplante Einkäufe dazu beitragen, dass Sie aktiv einer Lebensmittelverschwendung entgegenwirken, da durch das vorherige Planen i.d.R. weniger Lebensmittel verderben und im Mülleimer landen. Schreiben Sie sich einen Einkaufszettel. Dieser wird Ihnen helfen, nichts zu vergessen und die richtigen Lebensmittel auszuwählen. Möglicherweise hilft es Ihnen, vor dem Einkauf zu planen, was Sie in den kommenden Tagen kochen bzw. essen möchten. Entwerfen Sie einen Wochenplan. Dieser kann z.B. alle Rezepte bzw. Gerichte beinhalten, die Sie in der kommenden Woche zubereiten möchten. Basierend darauf können Sie den Einkaufszettel schreiben und mit „Grundnahrungsmitteln“ ergänzen. Dieses Vorgehen kann ebenfalls Stress reduzieren, wenn es um die Frage geht, was gekocht werden soll. Einkaufen im gesättigten Zustand wird Sie dabei unterstützen, keine „unnötigen“ Dinge zu kaufen (Schokolade oder Bonbons im Kassenbereich oder das Teilchen beim Bäcker). Lesen Sie die Etiketten auf den Lebensmitteln - in Deutschland gibt es eine Kennzeichnungspflicht. Somit können Sie Inhaltsstoffe identifizieren, die nicht unbedingt im Produkt enthalten sein müssen.

Tipps für die Praxis:

- Einkaufen im gesättigten Zustand
- Vor dem Einkaufen eine Liste schreiben
- Aufmerksames Lesen der Etiketten auf den Produkten → Transfette sind an der Kennzeichnung „gehärtete“ oder „teilweise gehärtete“ Fette zu erkennen
- Vielen Lebensmitteln wird Zucker zugesetzt, obwohl es nicht nötig ist → achten Sie auf die Bezeichnung „Kohlenhydrate – davon Zucker“
- Achten Sie auf eine gute Qualität bei Pflanzenölen → Abfülldatum beachten, Herstellungsverfahren und Verpackung
- Lassen Sie sich nicht täuschen! Wird ein Produkt mit X% weniger Fett oder Zucker beworben, wird meist etwas anderes zugesetzt (bei reduzierten Zuckergehalten ist oft mehr Fett enthalten und umgekehrt) → irgendwo muss der Geschmack herkommen → halten Sie nach einem alternativen Produkt Ausschau

Hier sehen Sie ein Beispiel für ein Etikett:



Toolbox

Gesprächsleitfaden

Eingangsfragen & Erfahrungsaustausch:

› Wer kennt sich im Bereich Ernährung gut aus? Woher kommt das Wissen?
› Welche Themen hinsichtlich Ernährung sind für Sie als Gruppenteilnehmer relevant und interessant?
› Welche Erfahrungen und Kontaktpunkte haben Sie bereits mit dem Thema Ernährung?

Ideen, wie verschiedene Inhalte zum Thema Ernährung eingebracht werden können:

› Thema Kohlenhydrate (Zuckergehalt von Lebensmitteln)
› Frühstücksvergleich → jeder Teilnehmende notiert sich z.B. drei Tage, was gefrühstückt wurde; beim nächsten Treffen vergleichen und mit den anderen Teilnehmenden austauschen
  - Beachten Sie, dass hier ein wertungsfreier Austausch stattfindet!
  - Halten Sie als Gruppe gemeinsam fest, wie ein gesundes und leckeres Frühstück aussehen kann und tauschen Sie Ihre Erfahrungen aus.

Thema Hunger bzw. Sättigung

› Austausch in der Gruppe: Warum und in welchen Situationen essen Sie?
  - Überlegen Sie im Anschluss zusammen mit der Gruppe, welche Kompensationsstrategien es geben könnte → z.B. essen bei Stress – Wie können Sie dem Stress anders und wirkungsvoller entgegenwirken? → Spaziergang, Atemübungen, körperliche Aktivität, mit Freunden sprechen, etc.

Tools

1. Baum – **B**ewusst, **a**chtsam **u**nd **m**editerran (als Download für Ihren Kühlschrank auf der Online Plattform)
2. Ernährungstagebuch (Anhang & als Download auf der Online Plattform)
3. Wochenplan (Anhang & als Download auf der Online Plattform)
4. Auf der Online Plattform finden Sie außerdem:

› monatlich wechselnde Themenschwerpunkte
› Rezepte
› Ideen & Tipps wie Sie den Themenbereich Ernährung am besten in Ihrer Peer-Support Gruppe gestalten.

Kapitel

06

Effektive körperliche Aktivität

Bewegung und Gesundheit: was steckt dahinter?

Warum ist Bewegung bei Typ 2 Diabetes und KHK so wichtig?
- Wie profitieren Menschen mit Typ 2 Diabetes?
- Wie profitieren Menschen mit KHK?

Wie kann ich eine Über- und Unterforderung vermeiden?
- Beobachten äußerer Merkmale
- Steuerung über die subjektive Anstrengungsskala
- Einflussfaktor Betablocker und Insulin

Wie viel von welcher Bewegung soll es sein?
- Ausdauer
- Kraft
- Koordination
- Beweglichkeit
- Bewegung im Alltag

Wie gestalte ich eine Bewegungseinheit mit der Gruppe

6 Effektive körperliche Aktivität

Gäbe es ein Medikament, das unser Herz stärkt, den Blutdruck senkt, den Blutfettspiegel günstig beeinflusst, die geistige Wachheit fördert, peripher entspannend wirkt, die Belastbarkeit der Knochen und Sehnen verbessert, unsere Muskeln wachsen lässt und die Durchblutung fördert und, nicht zu vergessen, unser Leben verlängert, dabei ohne Nebenwirkungen ist – was würden Sie dafür bezahlen?

» *Es gibt dieses Medikament: Bewegung!*

Dieses Zitat von einem der renommiertesten Sportmediziner Deutschlands, Prof. Wildor Hollmann, klingt fast zu schön, um wahr zu sein und lässt die meisten von Ihnen vermutlich im ersten Moment stutzig werden. Sport und Bewegung als Medizin hat sich jedoch bewährt.

Viele groß angelegte Studien konnten in der Vergangenheit zeigen, dass Bewegung einen positiven Einfluss auf Körper und Geist hat und heilsam bei verschiedenen Krankheiten wirkt. So auch bei Typ 2 Diabetes und der Koronaren Herzkrankheit (KHK). Bei diesen chronischen Erkrankungen gilt die Bewegung nach nationalen und internationalen Leitlinien als Grundpfeiler der Therapie und wird ausdrücklich empfohlen.

Die folgenden Kapitel sollen verdeutlichen, welche Organsysteme des menschlichen Körpers besonders von der Bewegung profitieren, warum Bewegung insbesondere bei Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen so wichtig ist und welche Bewegungsarten zu empfehlen sind.

Neben einer Vertiefung Ihres theoretischen Wissens sollen Sie als PSG- (Peer-Support-Gruppen) Leitung darüber hinaus Tipps für die praktische Umsetzung der gemeinsamen Bewegungseinheiten erhalten. Hierzu gehören Tipps zur Gestaltung einer Bewegungseinheit sowie zur Steuerung der Belastung der Teilnehmenden (TN).

Mit welchen Inhalten Sie die Bewegungseinheiten zusammen mit Ihrer Gruppe füllen, liegt bei Ihnen und der Gruppe. **Im Vordergrund steht der Spaß!** Vorgefertigte Stundenbilder finden Sie bei Bedarf im Anhang zusammen mit den sogenannten „Bewegungsbaukästen“.

6.1 Bewegung und Gesundheit: was steckt dahinter?

Dass körperliche Aktivität gut für die Gesundheit ist, wird heute kaum mehr angezweifelt. Trotz dieses Wissens fällt es vielen Menschen schwer, ihren Alltag ausreichend aktiv zu gestalten. Dabei gehört die regelmäßige Bewegung zu einem gesunden Lebensstil unbedingt dazu. Denn die positiven Auswirkungen sind vielfältig. Gezielte wohldosierte Bewegung führt zur Stärkung diverser Organsysteme:

Herz-Kreislauf-System
Regelmäßiges Training führt zu einer ökonomischeren Arbeitsweise des Herzens. So wird z.B. der Blutdruck stabilisiert und die Herzfrequenz sinkt in Ruhe und unter Belastung. Der Körper wird besser durchblutet und die Anzahl der roten Blutkörperchen, die den Sauerstofftransport regeln, steigt. Dadurch wird der Körper besser mit Sauerstoff versorgt, was sich bereits bei alltäglichen Aktivitäten durch eine verminderte Ermüdbarkeit zeigt.

Verbesserung von Lungenfunktion und Atmung
Durch regelmäßige Bewegung verbessert sich die Funktionsfähigkeit der Lunge: Die Atmung wird tiefer, wodurch pro Atemzug mehr Sauerstoff für die Versorgung der Körperzellen aufgenommen wird.

Aktivierung des Stoffwechsels
Wohldosierte Aktivitäten regen den gesamten Stoffwechsel an und senken das Risiko für Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen. Durch den erhöhten Energieverbrauch hilft Bewegung bei der Vermeidung von Übergewicht.

Kräftigung des Muskel-Skelett-Systems
Ein gesundheitsorientiertes Training bewirkt die Verbesserung der muskulären Belastbarkeit und regt das Knochenwachstum an. Eine gestärkte Muskulatur stabilisiert die Körperhaltung und unterstützt Gelenke, Sehnen und Bänder bei ihrer täglichen Arbeit. Um Muskelarbeit leisten zu können, verbraucht die Muskulatur die Energiestoffe Zucker und Fett. Dadurch wird der Energieumsatz in Ruhe und unter Belastung erhöht und beugt somit Übergewicht vor.

Stärkung des Immunsystems
Durch körperliche Aktivität wird das Immunsystem stimuliert und seine Leistungsfähigkeit gesteigert. Dies geschieht durch eine vermehrte Bildung körpereigener Abwehrzellen sowie durch eine vermehrte Aktivierung bereits vorhandener Antikörper. Daraus resultiert eine bessere Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen wie Erkältungskrankheiten oder eine Grippe.

Verbessert das psychische Wohlbefinden
Regelmäßige Bewegung wirkt sich positiv auf die Psyche und Stimmung aus. Im Gehirn werden während der körperlichen Aktivität bestimmte Botenstoffe ausgeschüttet – z.B. Serotonin und Dopamin. Diese sogenannten Glückshormone können dabei helfen, Stress und Angstgefühle abzubauen und die Stimmung allgemein zu verbessern.

Die gute Nachricht ist: Es sind keine sportlichen Höchstleistungen zu vollbringen, um von den positiven Effekten zu profitieren. Weiterhin gibt es eine Vielzahl an geeigneten Bewegungsmöglichkeiten, die sich an die individuellen Bedürfnisse anpassen lassen und gut in den Alltag integrierbar sind.

6.2 Warum ist Bewegung bei Typ 2 Diabetes und KHK so wichtig?

Seit einigen Jahren rückt die körperliche Aktivität auch in der Therapie chronischer Erkrankungen vermehrt in den Fokus. Verschiedene Untersuchungen konnten nachweisen, dass regelmäßige Bewegung und Sport den Verlauf deutlich verbessern. Weiterhin bietet sie Betroffenen, neben der gängigen Therapie mit Arzneimitteln, die Möglichkeit, aktiv in die Behandlung einzugreifen und diese positiv zu beeinflussen. Somit gilt die Bewegung laut nationalen und internationalen Leitlinien als Grundpfeiler der Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 und der Koronaren Herzkrankheit (KHK).

6.2.1 Wie profitieren Menschen mit Typ 2 Diabetes?

Bei Typ 2 Diabetes setzt die körperliche Aktivität am Hauptproblem der Erkrankung an, der **Insulinresistenz**. Diese hat unter anderem die für Diabetiker typische Steigerung des Blutzuckerspiegels zur Folge. Körperliche Aktivität hilft: Denn gerade während der Bewegung brauchen die Muskeln besonders viel des Treibstoffs Glukose. Zur ausreichenden Versorgung bedienen sich die Muskeln hier an körpereigenen Reserven und aus dem Blut – der Blutzuckerspiegel sinkt. Regelmäßige Aktivität sorgt weiterhin dafür, dass die Zellen wieder besser auf Insulin reagieren. Darüber hinaus gibt es einen sogenannten **insulinunabhängigen Transport** während der körperlichen Aktivität. Hierbei sorgt allein die Muskelaktivität für die Anregung des Glukosetransports. Selbst bei einer Insulinresistenz kann es durch ausreichende Bewegung somit zu einer Senkung des Blutzuckerspiegels kommen.

Weitere positive Effekte:
- Reduzierung des Entstehungsrisikos diabetischer Folgeerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall)
- Anzahl der Insulinrezeptoren nimmt zu (Andockstellen)
- Verringerung des Bauchfetts
- Muskelwachstum und Kraftzuwachs

6.2.2 Wie profitieren Menschen mit KHK?

Menschen mit einer Koronaren Herzkrankheit können durch ausreichend Bewegung vielfältig profitieren. Die durch die KHK bedingte Verengung der Blutgefäße führt häufig zu einem erhöhten Blutdruck. Neben entsprechenden Medikamenten, wie z.B. Betablockern, wirkt auch Bewegung als Blutdrucksenker. Die Blutgefäße werden elastisch gehalten, wodurch sich der Widerstand in den Gefäßen verringert und der Blutdruck sinkt. Eine Blutdrucksenkung um bis zu 10 mmHg kann sowohl systolisch als auch diastolisch erreicht werden.

Weiterhin wird der Herzmuskel durch regelmäßige Bewegung gestärkt. Durch die hinzugewonnene Kraft kann es bei jedem Schlag mehr Blut in den Körper befördern, wodurch es seltener schlagen muss – die Herzfrequenz sinkt. Dadurch wird das Herz geschont und der Herzmuskel wird zwischen den Schlägen länger durchblutet. Das Herz arbeitet ökonomischer.

Weitere positive Effekte:

- Bildung neuer Blutgefäße (Kollaterale) zur Überbrückung möglicher Engstellen
- Optimierung der Blutfettwerte (Reduzierung Triglyzeride und LDL-Cholesterin; Steigung HDL-Cholesterin)

Die positiven Effekte für Typ 2 Diabetiker (DM Typ 2) und KHK-Patienten sind in der folgenden Tabelle nochmals zusammengefasst:

Positive Effekte körperlicher Aktivität DM Typ 2	KHK
Unmittelbare Senkung des Blutzuckerspiegels	Erhöhte Elastizität der Blutgefäße
Insulinunabhängiger Glukosetransport	Blutdrucksenkung bis zu 10 mmHG (systolisch und diastolisch)
Reduzierung des Entstehungsrisikos diabetischer Folgeerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall)	Ökonomisierung der Herzarbeit
Zunahme der Insulinrezeptoranzahl	Kapillarisierung / Kollateralbildung zwischen den Arterien
Verringerung des Bauchfetts bei gleichzeitigem Muskelwachstum	Optimierung der Blutfettwerte (Reduzierung des LDL-Cholesterins; Steigerung des HDL-Cholesterins)

Tabelle 1: Effekte körperlicher Aktivität bei DM Typ 2 und KHK

6.3 Wie kann ich eine Über- und Unterforderung vermeiden?

Um die Aktivität für jeden Teilnehmenden sicher und effektiv zu gestalten, ist die Steuerung der Belastung wichtig. Sie als PSG-Leitung führen mit der Gruppe ausschließlich moderate, niedrigschwellige Aktivitäten durch. Es besteht also kein Grund zur Sorge! Es kann jedoch hilfreich sein, ein paar Kriterien bei der Durchführung körperlicher Aktivitäten zu berücksichtigen.

Halten Sie sich bei allen Aktivitäten an den Rat der Deutschen Herzstiftung. Diese empfiehlt, die Belastungsintensität so zu gestalten, dass ein entspanntes Gespräch nach dem Motto „Laufen ohne schnaufen“ möglich ist. Raten Sie ihren TN also, die Intensität so zu wählen, dass sie sich miteinander unterhalten können. Dies verringert das Risiko einer Überlastung, fördert den Gruppenzusammenhalt und macht darüber hinaus mehr Spaß!

Die sicherste Variante der Belastungssteuerung bietet der Belastungstest (Belastungs-EKG) beim Facharzt. Unter Berücksichtigung der Herzfrequenz und des Blutdrucks in Ruhe sowie unter Belastung lässt sich die optimale Herzfrequenz während der Aktivität ermitteln **(=Trainingsherzfrequenz)**. Die Trainingsherzfrequenz sollte während der Bewegung möglichst nicht weit über- oder unterschritten werden.

» *Den TN der PSG wird empfohlen, einen Ergometer-Belastungstest bei ihrem Hausarzt oder Kardiologen durchführen zu lassen. Das sorgt für zusätzliche Sicherheit!*

Liegen keine aktuellen Daten aus einem Belastungstest vor, gibt es weitere Möglichkeiten die Aktivität sicher zu gestalten. Dies kann durch objektive Verfahren wie die **Beobachtung äußerer Merkmale** sowie durch subjektive Verfahren wie die **Anstrengungsskala** erfolgen.

6.3.1 Beobachten äußerer Merkmale

Achten Sie während der Bewegungseinheiten in der Gruppe stets aufeinander um eine Überlastung wahrnehmen zu können. Eine mögliche Überlastung lässt sich gut an äußeren Überlastungsmerkmalen erkennen. Zu den typischen Überlastungs-merkmalen zählen:

- weißes Mund-Nasen-Dreieck
- roter Kopf
- übermäßiges Schwitzen
- unsaubere Bewegungsausführung
- Atemnot

Tritt eines dieser Merkmale bei TN auf, sprechen Sie diese unmittelbar an und sorgen Sie für eine kurze Pause. Fühlt sich der TN gut, kann die moderate Belastung im Anschluss fortgesetzt werden.

Entwurf

6.3.2 Steuerung über die subjektive Anstrengungsskala

Über die Anstrengungsskala lässt sich das subjektive Belastungsempfinden ermitteln. Es handelt sich hierbei um eine subjektive Bewertungsskala, deren Schätzungen linear zur Beanspruchung ansteigen. Diese Methode ist simpel und die TN lernen sich selbst besser einzuschätzen.

Skalenwerte	Subjektives Belastungsempfinden
6	Überhaupt keine Anstrengung
7	Extrem leicht
8	
9	Sehr leicht
10	
11	Leicht
12	
13	Etwas schwer
14	
15	Schwer
16	
17	Sehr schwer
18	
19	Extrem schwer
20	Maximale Anstrengung

Tabelle 2: Anstrengungsskala

Nutzen Sie die Anstrengungsskala immer mal wieder während der Pausen, um das subjektive Belastungsempfinden Ihrer TN zu überprüfen. Achten Sie darauf, dass die TN die Belastung im Optimalfall mit **Skalenwerten von 11 bis 14** bewerten. Eine leichte Unter- oder Überschreitung ist unproblematisch, wenn die TN beschwerdefrei sind.

6.3.3 Einflussfaktor Betablocker und Insulin

Bei Gruppenmitgliedern, die blutdrucksenkende Medikamente wie Betablocker einnehmen oder insulinpflichtig sind, gibt es im Rahmen der körperlichen Aktivität einige Besonderheiten. Diese sind den Betroffenen durch langjährige Erfahrung im Umgang mit ihrer Erkrankung in der Regel bekannt.

Betablocker
Sie werden innerhalb der Gruppe mit großer Wahrscheinlichkeit TN haben, die blutdrucksenkende Medikamente einnehmen. Für die Ausübung moderater Aktivitäten ist dies kein Grund zur Sorge. Weisen Sie diese Personen immer wieder darauf hin, regelmäßig ihren Blutdruck zu messen. Der zusätzliche Einsatz der Anstrengungsskala (Kap. 3.2) ist hier ebenfalls sinnvoll.

Insulin
Insulinpflichtige Gruppenteilnehmer sollten darauf hingewiesen werden, Rücksprache mit ihrem Arzt zu halten. Ggf. ist eine Anpassung der Insulindosis notwendig, um eine Unterzuckerung zu vermeiden. Aufgrund der moderaten Intensität der gemeinsamen Bewegungseinheiten ist die Gefahr einer Unterzuckerung jedoch sehr niedrig.

Achtung:
- Insulinpflichtige Diabetiker sollten, für den Fall einer Unterzuckerung, während der Bewegungseinheiten immer einen kohlehydratreichen Snack bei sich tragen (z.B. Traubenzucker oder Fruchtsaft).
- Folgende Symptome sollten zum **Abbruch** der Bewegungseinheit für den TN führen: **Kalter Schweiß, Schwindel, Herzrasen, Engegefühl in der Brust.**

6.4 Wie viel von welcher Bewegung soll es sein?

Jede Art von Bewegung ist gut! Schon kleine Aktivitätssteigerungen wirken sich erwiesenermaßen positiv auf die Gesundheit aus. Glücklicherweise gibt es eine Vielzahl von Bewegungsmöglichkeiten. Die entscheidende Frage ist, welche Bewegung von der Gruppe mit Freude und beschwerdefrei umgesetzt werden kann. Die deutschen Leitlinien empfehlen übereinstimmend eine Mischung aus Ausdauer-, Kraft-, Koordinations- und Beweglichkeitstraining bei Typ 2 Diabetes und Koronarer Herzkrankheit. Bereits die Steigerung der Alltagsaktivitäten zeigt große Effekte auf die Gesundheit.

6.4.1 Ausdauer

Im Fokus eines Gesundheitstrainings steht das Ausdauertraining zur Stärkung des Herz-Kreislauf-Systems. Als Ausdauer wird die Fähigkeit bezeichnet, eine körperliche Anstrengung möglichst lange aufrecht zu erhalten. Mögliche Ausdauersportarten sind z.B.: Gehen, Walken, Nordic Walking, Wandern, Joggen und Fahrradfahren.
Die deutschen Leitlinien für Typ 2 Diabetes und KHK empfehlen:

- Mindestens 150 Minuten moderate körperlich Aktivität pro Woche (12-14 auf der Anstrengungsskala) oder
- mindestens 75 intensivere körperliche Aktivität pro Woche (>15 auf der Anstrengungsskala) oder
- mindestens 10-minütige einzelne Einheiten über den Tag und die Woche verteilt (z.B. 3x10 Minuten an fünf Tagen pro Woche)

6.4.2 Kraft

Kraft ist die Fähigkeit des Nerven- und Muskelsystems, Widerstände zu überwinden, ihnen nachzugeben oder diese zu halten. Ergänzend zum Ausdauertraining wird ein Kraftausdauertraining empfohlen. Es kann z.B. mit freien Gewichten, Therabändern, dem eigenen Körpergewicht oder an Krafttrainingsgeräten erfolgen. Hierbei gilt es, auf eine gleichmäßige Atmung zu achten und nicht die Luft anzuhalten – Pressatmung soll vermieden werden!
Die deutschen Leitlinien für Typ 2 Diabetes und KHK empfehlen:

- 2-3 Krafteinheiten pro Woche
- Alle großen Muskelgruppen involvieren (Beine, Bauch, Rücken, Brust)
- Pro Übung 2-3 Durchgänge mit 10-15 Wiederholungen bei moderater Intensität (11-13 auf der Anstrengungsskala)

Achtung:

- Die Durchführung von strukturierten Krafttrainings sollte aufgrund erhöhter Verletzungsgefahr lediglich von Experten angeleitet werden.

6.4.3 Koordination

Unter Koordination werden alle Prozesse zusammengefasst, die der Abstimmung zielgerichteter Bewegungen dienen.
Sie beschreibt das Zusammenwirken zwischen dem zentralen Nervensystem, dem peripheren Nervensystem und der Skelettmuskulatur.

- Das Training der Koordination sollte:
- An mind. 1-2 Tagen in der Woche durchgeführt werden
- Gleichgewichtsübungen enthalten, die in den Alltag integrierbar sind
- Unter gesicherten Bedingungen durchgeführt werden (keine Stolperfallen, Möglichkeiten zum Abstützen, wie z.B. Stühle, Geländer)

6.4.4 Beweglichkeit

Die Beweglichkeit bezeichnet die Fähigkeit, Bewegungen in einem maximal möglichen Bewegungsausmaß durchzuführen. Sie wird bestimmt durch das Bewegungsausmaß eines Gelenks und die Dehnfähigkeit der Sehnen, Bänder, Gelenkkapseln und Muskeln.

Vor der körperlichen Aktivität sollte eine Mobilisation erfolgen, um Sehnen, Bänder und Muskeln auf die Bewegung vorzubereiten und den Blutfluss in den entsprechenden Regionen anzuregen. Während der körperlichen Aktivität verkürzen sich diese Strukturen durch die Muskelkontraktion. Um diese wieder auf die Ausgangslänge zu bringen und Verletzungen vorzubeugen, sollte nach dem Training das Dehnen der beanspruchten Muskulatur erfolgen.

Beweglichkeitstraining:

- Dehnübungen vor und nach jeder Bewegungseinheit
- Fokus auf die beanspruchte Muskulatur (z.B. Gehen = Beinmuskulatur)
- Dehnposition jeweils 5-15 Sekunden halten

6.4.5 Bewegung im Alltag

Sammeln Sie auch im Alltag Bewegungspunkte! Schon leichte Aktivitäten, wie z.B. Spaziergänge, Gartenarbeit, Haushalt, Treppensteigen und Besorgungen zu Fuß erledigen nutzen dem Gesundheitszustand. Körperliche Aktivität heißt nicht ausschließlich sportliche Aktivität.

Die übereinstimmend empfohlenen 150 Minuten körperliche Aktivität pro Woche lassen sich beispielsweise schon mit etwa 20 Minuten Bewegung am Tag erreichen. Denn laut Weltgesundheitsorganisation hat auch ein geringes Bewegungsausmaß am Tag positive Auswirkungen auf die Gesundheit.

Um die Übungen aus den Bewegungseinheiten möglichst auch zuhause in den Alltag integrieren zu können, sind diese alltagsnah gestaltet und weitestgehend ohne den Einsatz von Hilfsmitteln durchführbar.

6.5 Wie gestalte ich eine Bewegungseinheit mit der Gruppe

Eine Bewegungseinheit der PSG sollte zwischen 45 und 60 Minuten umfassen (Begrüßung, Erwärmung, Hauptteil, Abwärmen, Abschluss). Versuchen Sie darauf zu achten, dass die Einheiten aus mindestens 30 Minuten reiner Bewegung bestehen. Aber auch der soziale Aspekt ist wichtig. Geben Sie sich und Ihren TN Zeit für den Austausch – die Mischung macht's!

Achtung:

› Die Bewegungseinheiten können problemlos in lockerer Alltagskleidung durchgeführt werden. Die TN sollten jedoch zur eigenen Sicherheit festes Schuhwerk tragen!

Begrüßung

Der Ablauf der Begrüßung zu Beginn einer Einheit kann prinzipiell in jeder Stunde ähnlich aussehen und nimmt maximal 5 Minuten in Anspruch. Eine Ritualisierung kann sowohl Ihnen als auch den TN den Einstieg erleichtern. Sie als PSG-Leitung beginnen gegebenenfalls mit einer kurzen Einleitung in die Stunde (Nennung des Hauptziels der Stunde). Die Befindlichkeitsabfrage sollte fester Bestandteil jeder Begrüßung sein. Das Daumenbarometer ist eine Möglichkeit der Abfrage. Dabei bittet die PSG-Leitung alle TN die Befindlichkeit mithilfe eines Handzeichens anzuzeigen. Die Angaben reichen von sehr gute (Daumen hoch), über mittlere (Daumen zur Seite) bis schlechte Befindlichkeit (Daumen runter). Wenn TN eine mittlere oder schlechte Befindlichkeit angeben, kann die PSG-Leitung oder die gesamte Gruppe diese Personen darauf ansprechen und in Erfahrung bringen, ob die angegebene Befindlichkeit gegebenenfalls Auswirkungen auf die Übungseinheit hat.

Erwärmung

Das Ziel der Erwärmung ist die Vorbereitung von Körper und Geist auf die folgende körperliche Aktivität und die Erhöhung der Körperkerntemperatur. Der Puls wird erhöht, der Blutfluss gesteigert und der Stoffwechsel beschleunigt, sodass die Muskulatur besser mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt wird. Das Aufwärmen nimmt etwa 10 Minuten in Anspruch. Inhaltlich bieten sich hierfür Übungen zur Mobilisation der zu beanspruchenden Muskulatur an.

Hauptteil

Im Hauptteil sollen die inhaltlichen Schwerpunkte umgesetzt werden. Mit 20 bis 30 Minuten nimmt der Hauptteil die meiste Zeit in Anspruch. Dieser kann beliebig nach bevorzugtem Schwerpunkt gestaltet werden. Generell soll der Fokus im Rahmen der PSG-Einheiten auf das Ausdauertraining sowie Aspekte der Koordination und Beweglichkeit gelegt werden.

Abwärmen und Abschluss

Idealerweise wird das Abwärmen mit einer regenerativen Herzkreislauf-Belastung (z.B. langsames Walken) eingeleitet und mit einem leichten Dehnprogramm der beanspruchten Muskeln abgerundet, um den Muskeltonus zu senken (10 Minuten). Anschließend kann die PSG-Leitung die Stunde kurz reflektieren (max. 5 Minuten) und die Befindlichkeit abschlie-

ßend nochmals mittels Daumenbarometer abfragen (siehe Begrüßung).

Vorgefertigte Bewegungseinheiten finden Sie im Anhang in den sogenannten „Bewegungs-baukästen“.

Toolbox
„Tools“

Bewegungsbaukästen (als kompaktes Buch & als Download auf der Online Plattform)

Entwurf

Kapitel

07

Motivation & Volition zu Bewegung

Was ist Motivation

Prinzipien der Motivierung

- Motivierung durch soziale Kontrolle
- Motivierung durch Modelllernen
- Motivierung durch soziale Unterstützung
- Motivierung durch Verständnis und Akzeptanz
- Motivierung durch Freude und Genuss

Zum Problem der Umsetzung von Bewegungsabsichten oder: Warum Motivation nicht alles ist

Tools zur Steigerung der Motivation sowie zur Erleichterung der Umsetzung

7

Motivation & Volition zu Bewegung

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels geht es um den Begriff Motivation und um verschiedene Formen der Motivation. Einer Handlung können demnach unterschiedliche Motivationsformen zugrunde liegen. Die beiden am weitesten auseinander liegenden Motivationsformen, sind die Fremdmotivation und die Eigenmotivation. Zwischen diesen beiden Extremformen, können zahlreiche Mischformen der Motivation nach Ihrem Grad der Selbstbestimmung in ein eher fremdbestimmtes Handeln oder in ein eher selbstbestimmtes Handeln eingeteilt werden. Je selbstbestimmter eine Person Zugang zu Bewegung findet, desto mehr Freude macht es ihr, dieser Aktivität nachzugehen und desto wahrscheinlicher ist eine langfristige Verhaltensänderung in Richtung eines körperlich aktiven Lebensstils. Ein wichtiges Ziel in der Motivationsarbeit mit Ihren Teilnehmenden ist es daher, das persönliche Interesse und die Freude der PSG-Teilnehmenden an Bewegung zu wecken und die Eigenmotivation diesbezüglich zu fördern.

Im zweiten Abschnitt werden verschiedene Prinzipien der Motivierung genauer behandelt. Hier erfahren Sie, wie Sie als PSG-Leitende Ihre Teilnehmenden motivational in Bezug auf ihr Gesundheits- und Bewegungsverhalten (z.B. einem körperlich aktiven Lebensstil) unterstützen können. Das wahrscheinlich langfristig wirksamste Prinzip der Motivierung ist die Motivierung durch Freude und Genuss, welches Sie als PSG-Leitender nutzen sollten, um langfristige Verhaltensänderungsprozesse bei den Teilnehmenden anzuregen. Die Berücksichtigung der psychologischen Grundbedürfnisse des Menschen spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle und unterstützt die Teilnehmenden dabei, sich stärker und intensiver mit ihren persönlichen Bewegungszielen zu beschäftigen. Dementsprechend gehen wir unter anderem darauf ein, wie Sie diese psychologischen Grundbedürfnisse im Rahmen der PSG fördern und berücksichtigen können.

Die Bildung einer Absicht alleine reicht oftmals nicht aus, um eine Verhaltensänderung auch tatsächlich in die Tat umzusetzen. Abschnitt 3 thematisiert daher häufig aufkommende Probleme der Umsetzung von Gesundheits- und Bewegungsabsichten. Zur erfolgreichen Umsetzung von Bewegungsaktivitäten benötigt es beispielsweise selbstregulatorischer Kompetenzen, die das In-Bewegung-Kommen (Anfangen, Durchführen und Aufrechterhalten einer Bewegungsaktivität) erleichtern. Diese Kompetenzen können durch das Erlernen und Anwenden von Verhaltensänderungstechniken in der PSG entwickelt und gestärkt werden. Dazu stehen Ihnen 5 Praxis-Tools zur Verfügung, welche flexibel in den Bewegungs- und Gesprächstreffen eingesetzt werden können. Des Weiteren verfügen Sie über 5 Online-Tools und eine Anleitung zur Handhabung der Gesprächstreffen. Die Online-Tools werden die Teilnehmenden einzeln bearbeiten und dann gemeinsam bei den Gesprächstreffen besprechen. Die Praxis- sowie Online-Tools zielen darauf ab, die Motivation zu Bewegung der Teilnehmenden zu fördern sowie die konkrete Umsetzung von Gesundheits- und Bewegungsabsichten zu erleichtern.

7.1 Was ist Motivation

Warum lesen Sie sich gerade dieses Kapitel durch?
Die Antwort basiert auf Ihrer Motivation dieses Kapitel zu lesen - sei es aufgrund der Motivation sich auf Ihre Aufgabe als PSG-Leiterin ausreichend vorzubereiten oder der Motivation, mehr über Motivierung im Zusammenhang mit körperlicher Aktivität zu erfahren.
Bisher gibt es keine allgemein gültige Definition von Motivation der alle Motivationspsychologinnen zustimmen. Motivation kann als **„die aktivierende Ausrichtung der aktuellen Lebensführung auf einen angestrebten Zielzustand“** (Rheinberg) beschrieben werden. Je klarer wir uns über diesen Zielzustand sind, desto bewusster, aktiver, intensiver und ausdauernder können wir unsere Lebensführung, d.h. unser Handeln danach ausrichten. Es lässt sich außerdem feststellen, dass die Motivation, ein bestimmtes Ziel zu verfolgen, von äußeren Faktoren (z.B. Erwartungen Dritter, Anreize, Umstände), von inneren, personenbezogenen Faktoren (z.B. Stimmung, Interesse, Bedürfnisse) sowie von deren Wechselwirkung abhängig ist.

Die Beweggründe für die Ausführung einer Handlung (z.B. Spazierengehen) können dementsprechend individuell sehr unterschiedlich sein. Man unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen einem eher fremdbestimmten Verhalten und einem eher selbstbestimmten Verhalten, das auf einem Kontinuum zwischen den beiden Extremformen, der Fremdmotivation und der Eigenmotivation, eingeordnet werden kann (vgl. Abbildung 1).

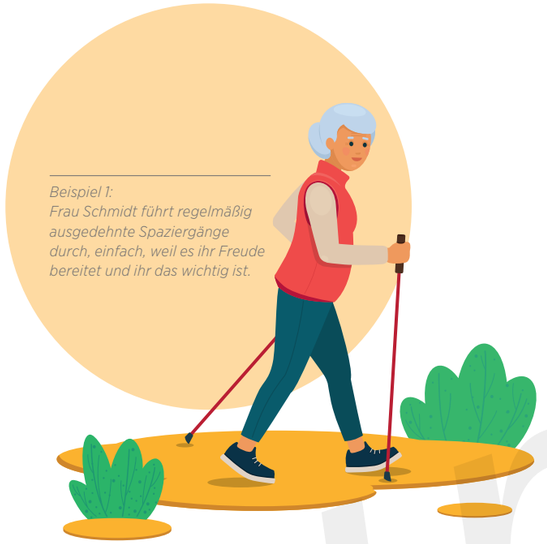
Motivationsform	**Fremdmotivation**			**Eigenmotivation**
Grad der Selbstbestimmung	fremdbestimmt	eher fremdbestimmt	eher selbstbestimmt	selbstbestimmt

Prozess der Verinnerlichung

Abbildung 1: Kontinuum der Motivationsformen

Fremdbestimmt bedeutet, eine Person handelt aus Gründen, die von außen beeinflusst werden, z.B. um eine Belohnung zu erhalten (Gewichtsabnahme, einen Kuchen am Ende einer Wanderung) oder einer Strafe zu entgehen (schlechtes Gewissen, Ermahnung des Arztes).

Selbstbestimmt bedeutet, dass eine Person aus freien Stücken (aus eigenem Antrieb und Interesse) d.h. ohne Druck oder Zwang von außen, sich für eine bestimmte Tätigkeit (z.B. Spazierengehen) entscheidet. Je selbstbestimmter eine Person handelt, desto mehr wird das ausgeübte Verhalten in persönliche Werte und Ziele überführt. Als maximalen Grad der Selbstbestimmtheit gilt das vollkommene „Aufgehen“ in der ausgeübten Handlung. Eine Person würde dann beispielsweise sagen: „Spazierengehen ist voll mein Ding“ oder: „Spazierengehen gehört zu mir und meinem Leben“. Wenn eine Person eine Handlung, wie z.B. das Spazierengehen zunächst eher fremdbestimmt ausführt, sich dann aber mit der Zeit mehr und mehr auf diese Handlung einlässt, beginnt sie, diese zunehmend zu verinnerlichen. Die Handlung gewinnt somit an Wert und Akzeptanz für diese Person.



Beispiel 1:
Frau Schmidt führt regelmäßig ausgedehnte Spaziergänge durch, einfach, weil es ihr Freude bereitet und ihr das wichtig ist.

Die Antwort auf die Frage: Warum geht jemand spazieren? kann also sehr weit auseinanderliegen. Frau Schmidt (Beispiel 1) handelt aus sich heraus (selbstbestimmt) und benötigt keinen zusätzlichen Anreiz, um spazieren zu gehen.

Bei Herrn Maier (Beispiel 2) liegen die Beweggründe für das Spazierengehen dagegen eher außerhalb seiner eigenen Interessen. Er sieht möglicherweise in dem Spazierengehen weiter gar keinen Sinn und führt diese Aktivität nur aus, weil andere es von ihm verlangen und/oder aufgrund eines äußeren Anreizes. Letzteres ist jedoch in Bezug auf die langfristige Ausführung dieser Aktivität problematisch, denn: Je weiter entfernt eine Handlung von den eigenen Interessen und Bedürfnissen einer Person ist, desto weniger besteht die Aussicht auf eine langfristig erfolgreiche Ausübung dieser Handlung. So ist im Beispiel von Herrn Maier die Wahrscheinlichkeit hoch, dass dieser das Spazierengehen einstellt, sobald er seine Prämie erhalten hat. Eine längerfristige Änderung des Bewegungsverhaltens von Herrn Maier wurde somit nicht erreicht.

Zusammenfassend kann man sagen: Je mehr dieser **Prozess der Verinnerlichung** stattfindet, desto selbstbestimmter führt eine Person eine Handlung aus und desto stärker werden eigene Werte und Ziele mit dieser Handlung verbunden.

Unabhängig davon, wo eine Person auf dem Kontinuum zwischen Fremd- und Eigenmotivation mit einem (neuen) Bewegungsverhalten startet, gilt es diesen Prozess der Verinnerlichung durch geeignete Prinzipien der Motivierung zu unterstützen (siehe nächster Abschnitt: „Prinzipien der Motivierung“).

Beispiel 2:
Herr Maier dagegen verbindet weniger positive Gefühle mit der Tätigkeit Spazierengehen, führt diese Tätigkeit aber dennoch aus, da ihm eine Prämie von der Krankenkasse in Aussicht gestellt wurde.

Zu beachten ist, dass in den dargestellten beiden Beispielen bewusst zwei extrem weit auseinanderliegende Motivationsformen dargestellt wurden. In unserem alltäglichen Leben werden Sie vielmehr feststellen, dass wir uns häufiger in Bezug auf verschiedene Aktivitäten (z.B. Einkaufen gehen, Wohnung aufräumen, sich mit Freunden zum Boule spielen im Park treffen etc.) irgendwo zwischen diesen beiden Extrempositionen d.h. auf einem Punkt auf dem Kontinuum, zwischen Fremd- und Eigenmotivation, befinden und nur eine Tendenz in Richtung eines eher fremdbestimmten oder eines eher selbstbestimmten Handelns auszumachen ist.

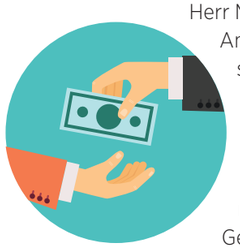
Die Motivation kann außerdem in Abhängigkeit von unserem Wohlbefinden, unserer Stimmung, unserer Tagesform und vielen anderen Faktoren, stark schwanken. Ist eine Person beispielsweise sehr müde, leidet sie unter Schmerzen oder ist sie in einer schlechten psychischen Verfassung, kann dies die Motivation stark beeinflussen. Darüber hinaus ist es auch möglich und in Bezug auf Bewegungsaktivitäten sogar sehr häufig, dass eine Person zunächst sehr skeptisch gegenüber Bewegungsaktivitäten und Sporttreiben eingestellt ist und erst durch das konkrete Tun herausfindet, dass die Ausübung einer bestimmten Bewegungsform (z.B. trotz Vorliegen einer chronischen Einschränkungen) (1) machbar ist, (2) wohltuend auf den Körper und die Psyche wirken kann (z.B. weniger Beschwerden) und im besten Fall sogar (3) richtig Freude bereiten kann. Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang jedoch stellt ist: Wie können Sie einer bewegungsskeptischen oder unentschiedenen Person helfen, einen neuen, unvoreingenommenen Zugang zu Bewegungsaktivitäten finden? Hier bieten sich durchaus unterschiedliche Wege der Motivierung an, die im folgenden Kapitel näher behandelt werden sollen.

7.2 Prinzipien der Motivierung

Führen wir uns noch einmal die beiden Beispiele von Frau Schmidt (Beispiel 1) und Herrn Maier (Beispiel 2) aus dem letzten Abschnitt vor Augen, so wird deutlich, dass hier unterschiedliche Motivationsformen zugrunde liegen. Wie können Sie als PSG-Leitende, Menschen mit diesen möglicherweise sehr unterschiedlichen Motivationsformen dabei unterstützen, ihr Gesundheitsverhalten zu verändern, möglicherweise sogar langfristig? Grundsätzlich sind folgende Grundprinzipien der Motivierung voneinander zu unterscheiden:

7.2.1 Motivierung durch soziale Kontrolle
7.2.2 Motivierung durch Modelllernen
7.2.3 Motivierung durch soziale Unterstützung
7.2.4 Motivierung durch Verständnis und Akzeptanz
7.2.5 Motivierung durch Freude und Genuss

7.2.1 Motivierung durch soziale Kontrolle

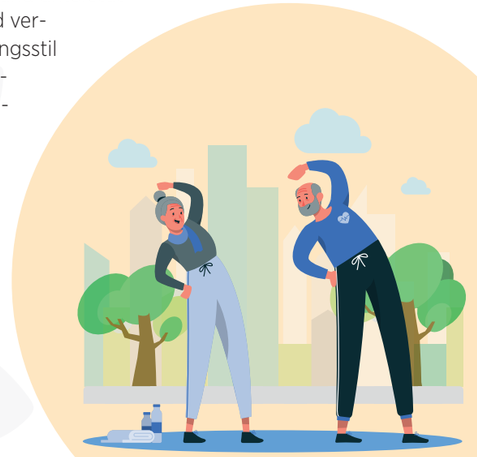


Herr Maier aus Beispiel 2 handelt in Bezug auf das Spazierengehen weniger aus eigenem Antrieb heraus und würde höchstwahrscheinlich ohne den Anreiz von außen (in diesem Fall die Prämie) nicht auf die Idee kommen, regelmäßig spazieren zu gehen. Hier hat sich die Krankenkasse von Herrn Maier das Prinzip der Motivierung durch soziale Kontrolle zunutze gemacht. Bei diesem Prinzip führt eine Person eine bestimmte Handlung nur aus, um Bestrafungen zu vermeiden, die bei Nicht-Ausübung drohen (negative Konsequenzen) oder um eine in Aussicht gestellte Belohnung (positive Konsequenzen) zu erhalten. Die Konsequenzen können dabei z.B. Geld, Süßigkeiten oder Lob sein. Häufig ist der handelnden Person gar nicht unbedingt bewusst, dass sie nach sozial kontrollierten Prinzipien handelt, denn viele Regeln, Normen und Verhaltensweisen werden durch Erziehung und soziales Lernen unbewusst übernommen. Die Krankenkasse bietet etwas an, dass man durch eine Verhaltensänderung bekommen kann, also macht man es, ohne sich weiter damit zu beschäftigen, ob und warum das erwünschte Verhalten eine tiefere Bedeutung für sich und das eigene Leben hat.

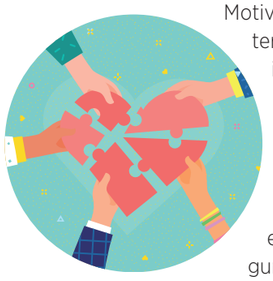
Vorsicht: Die Motivierung durch soziale Kontrolle ist als ein sehr kritisches Prinzip zu betrachten, denn es macht die zu belohnende oder zu bestrafende Person sehr abhängig von dem Urteil anderer. Die Person handelt in diesem Sinne nicht frei und selbstbestimmt, sondern richtet ihr Verhalten nur nach den Wünschen und Erwartungen anderer aus. Die Person handelt, ohne den eigentlichen Zweck des Verhaltens zu sehen, sie folgt blind einer Regel oder strebt nach einer Belohnung. Dies ist das genaue Gegenteil von dem, was wir in der PSG erreichen wollen. Die PSG-Teilnehmenden sollen dazu angeregt werden, sich bewusst mit ihrem Gesundheitsverhalten auseinander zu setzen und dabei unterstützt werden, sich über ihre eigenen Werte und Ziele in diesem Zusammenhang klarer zu werden. Sie sollen sich in diesem Sinne bewusst FÜR dieses gesundheitsförderliche Verhalten entscheiden und nicht dazu überredet werden. Durch eine sozial kontrollierte Motivierung kann dies jedoch nicht erreicht werden, ja sie kann sogar dazu führen, dass die Eigenmotivation im Keim erstickt wird und sollte deswegen vermieden werden. Darüber hinaus wäre die Nutzung dieses Prinzips auch nur kurzfristig „erfolgreich“, denn das Risiko ist sehr hoch, dass eine Person das erwünschte Verhalten einstellt, sobald das „Druckmittel“ wegfällt. Herr Maier aus unserem Beispiel würde somit nach Auszahlung der Prämie möglicherweise wieder in das alte (inaktive) Verhalten verfallen und das Ziel einer langfristigen Umstellung seines Bewegungsverhaltens wäre somit verfehlt.

7.2.2 Motivierung durch Modellernen

Dieses Prinzip der Motivierung ist besonders relevant für die PSG. Durch das aktive Vorleben Ihrer eigenen bewegungsaffinen Werte und Normen sowie durch Ihr selbstbestimmtes Handeln als PSG-Leitende, können Sie Ihre Teilnehmenden positiv „anstecken“ und aktivieren. Diese Identifikation mit dem Vorbild, das Sie verkörpern, gelingt umso effektiver, je ähnlicher sich die Personen und das Vorbild sind (z.B. gleiche Merkmale in Bezug auf Alter, Geschlecht, Wohnort, Erkrankung). Machen Sie sich also bewusst: Sie sind Vorbild und können allein durch Ihre Eigenmotivation, d.h. durch die Art und Weise, wie Sie an die Dinge herangehen, wie Sie (konstruktiv, aber realistisch) über Herausforderungen und Aufgaben denken und sprechen, andere in ihrer Motivation unterstützen. Indem Sie vermitteln: „Auch ich habe mit den Herausforderungen einer chronischen Erkrankung zu kämpfen und bin dennoch körperlich aktiv“, lenken Sie die persönliche Auseinandersetzung Ihrer Teilnehmenden in Richtung: „Ich kann das auch schaffen, es ist möglich!“. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass Sie die persönliche Entwicklung der bewegungsbezogenen Motivation Ihrer Teilnehmenden begleiten und unterstützen ohne Druck aufzubauen sowie wertungsfrei und verständnisvoll kommunizieren. Denn ein solcher Leitungsstil könnte die Teilnehmenden schnell überfordern und - insbesondere bei bewegungsskeptischen Personen - Widerstand hervorrufen und dazu führen, dass diese sich bevormundet oder nicht wertgeschätzt fühlen (vgl. Kapitel Kommunikation). Rechnen Sie damit, dass es unterschiedlich stark eigenmotivierte Menschen in Ihrer Gruppe geben wird. Nutzen Sie die positive Energie und die persönliche bewegungsaffine Einstellung der bereits aktiven und motivierten Teilnehmenden in Ihrer Gruppe, auch diese können als Rollenmodelle fungieren und andere dazu anregen, etwas verändern zu wollen.



7.2.3 Motivierung durch soziale Unterstützung



Motivation zu mehr Bewegung kann durch den gezielten Einsatz von sozialer Unterstützung gefördert werden. Nutzen Sie dieses Prinzip der Motivierung aktiv innerhalb der PSG. Möglicherweise gibt es Teilnehmende bei Ihnen in der Gruppe, die würden ohne die soziale Unterstützung der PSG nur unzureichend oder gar nicht in Bewegung kommen. Die Gruppe hat dementsprechend eine sehr wichtige Funktion für diese Teilnehmenden. Auch **positives Feedback, also das positive Hervorheben und Verstärken von körperlich aktivem Verhalten** ist eine geeignete Technik, die Sie in der PSG einsetzen sollten. Eine Person gewinnt soziale Anerkennung und Bestätigung für ihr körperliches Aktiv-Sein.

Darüber hinaus fördert das Spiegeln von persönlichen Stärken und Erfolgen (auch kleine Erfolge sind es wert beachtet und verstärkt zu werden) einen bewussteren Umgang mit gemachten Fortschritten auf dem Weg zum Ziel. Fokussieren Sie sich in diesem Zusammenhang stets auf die Dinge, die schon gut laufen bzw. auf die positiven Veränderungen und heben Sie diese im Sinne von Ermutigungen besonders hervor. Durch eine zunehmend bessere Vertrauensebene und den wachsenden Gruppenzusammenhalt innerhalb der PSG, binden Sie die Teilnehmenden indirekt an regelmäßige Bewegungsaktivitäten. Schlussendlich sollte das Ziel jedoch immer sein, die persönliche Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitsverhalten zu fördern („Warum ist Bewegung für mich wichtig?“) sowie vielfältige, positive Bewegungserfahrungen zu vermitteln („Bewegung kann Freude machen!“), so dass die Teilnehmenden im besten Fall einen **zunehmend selbstbestimmteren Zugang zu Bewegungsaktivitäten** bekommen und eine stärkere Eigenmotivation dahingehend entwickeln, sich auch selbständig (d.h. auch ohne die Gruppe) mehr zu bewegen **(Verinnerlichung)**.

Wie aber regt man diesen Prozess der Verinnerlichung zu einem selbstbestimmten und eigeninitiierten Bewegungsverhalten genau an? Ein Weg kann die wissensvermittelnde Annäherung an das Thema Bewegung sein. Denn erst wenn eine Person ausreichend aufgeklärt und informiert ist über Sinn und Zweck eines körperlich aktiven Lebensstils, kann sie eine bewusste (d.h. mündige) Entscheidung in Bezug auf ihre Bewegungsziele treffen.

7.2.4 Das Prinzip Motivierung durch Verständnis und Akzeptanz

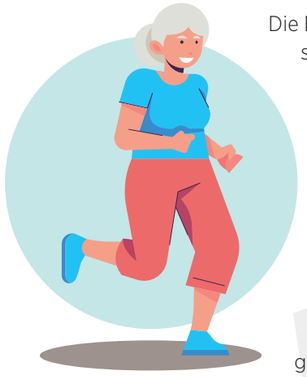
Das Prinzip Motivierung durch Verständnis und Akzeptanz nutzt den Weg der Aufklärung und Wissensvermittlung. Die Annahme dahinter ist: Wenn eine Person sich bewusster mit ihrem Gesundheitsverhalten auseinandersetzt und ausreichend über die positiven Gesundheitseffekte von körperlicher Aktivität informiert ist und diese verstanden hat, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass diese Person ihr Bewegungsverhalten verändern möchte oder dieses zumindest überdenkt. Hier nähert man sich auf der theoretischen Ebene dem Thema Bewegung, etwa so, wie es im Kapitel 6 (Bewegung) angegangen wird. Nutzen Sie dieses Prinzip der Motivierung, indem Sie den Teilnehmenden immer wieder spiegeln, warum diese oder jene Übung gerade für was genau wichtig ist oder weshalb Sie eine bestimmte Übung ausgesucht haben etc. **Durch das Erläutern des Sinns und Zwecks** Ihres Handelns, regen Sie an, dass Ihre Teilnehmenden zunehmend besser die Zusammenhänge zwischen ihrem eigenen Handeln und der aktiven Einflussnahme auf ihren Gesundheitszustand („ich kann selbst aktiv Einfluss auf meinen Gesundheitszustand nehmen!“) verstehen und dieses Verhalten irgendwann eigeninitiativ ausführen können.

Eine Technik, die in diesem Zusammenhang eingesetzt werden kann, ist das **Abwägen von Vor- und Nachteilen einer Verhaltensänderung in Bezug auf körperliche Aktivität**. Dieser Prozess der Entscheidungsbalance kann z.B. zur Folge haben, dass eine Person sich klarer darüber wird, wie viele persönliche Vorteile ein aktiver Lebensstil mit sich brächte, was die Absichtsbildung, das eigene Bewegungsverhalten verändern zu wollen, fördert. Oder aber es wird im Zuge dieses Abwägens deutlich, welche Bedenken diese Person in Bezug auf die Verhaltensänderung hat, die daraufhin in der PSG aufgelöst werden könnten. Hierzu könnten Sie als PSG-Leiter beispielsweise eine offene und wertungsfreie Gruppendiskussion in der PSG anregen, mit der Frage: „Welche Vor- und Nachteile hätte es für euch persönlich, wenn ihr regelmäßig einer Bewegungsaktivität nachgehen würdet?“. Die Art und Weise wie Sie Ihren Teilnehmenden Fragen (z.B. offene Fragen versus geschlossene Fragen) stellen, wie Sie mit Ihnen über die Vor- und Nachteile von einem aktiveren Lebensstil sprechen, kann sehr motivierend für Ihre Gruppe sein. Solche Fragen können die innere Auseinandersetzung mit persönlichen Bewegungszielen und die damit einhergehende Motivation zur Verhaltensänderung anregen.

Ein **Ist/Soll-Abgleich** kann die Motivation sich zu verändern in hohem Maße anregen. Teilnehmende können an den Punkt gelangen, an dem sie die Diskrepanz zwischen dem, was sie sich eigentlich in Bezug auf ihr Aktivitätsverhalten wünschen und dem, was sie tatsächlich machen, klar vor Augen haben. Solche Prozesse können durch eine realistische und konkrete Zielsetzung sowie -verfolgung unterstützt werden. Ein passendes Online-Tool zur realistischen Zielsetzung unter dem Titel: „Gesundheits- und Bewegungsziele klären und setzen“ finden Sie und Ihre Teilnehmenden auf der Online-Plattform.

Das Verstehen und Akzeptieren der Wichtigkeit und der Wirksamkeit eines körperlich aktiven Lebensstils reicht jedoch alleine nicht aus, um erfolgreich und nachhaltig eine Veränderung des Bewegungsverhaltens zu bewirken. Man könnte auch anders formuliert sagen: Der reine Vernunftgedanke: „Bewegung ist gesund und wichtig für mich!“ hält Ihre Teilnehmenden kaum langfristig aktiv. Der wahrscheinlich wirksamste und vielversprechendste Faktor, um langfristig erfolgreich Bewegungsaktivitäten auszuführen ist der Faktor **Freude!** Wie aber können wir diesen bei unseren Teilnehmenden stärker in den Fokus rücken?

7.2.5 Die Entwicklung von Freude und Genuss an Bewegung



Die Entwicklung von Freude und Genuss an Bewegung ist das wahrscheinlich wirksamste Prinzip der Motivierung. Es lässt sich weniger auf der theoretischen Ebene vermitteln als vielmehr auf der praktischen Ebene des konkreten Erlebens und Erfahrens. Dies führt uns zu der Frage: Wie vermittle ich in der Bewegungspraxis möglichst viele positive Bewegungserfahrungen, sprich: Freude und Genuss an Bewegung? – Lassen Sie uns hierfür ein wenig ausholen: Im Rahmen der sogenannten Selbstbestimmungstheorie von Deci und Ryan wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch die natürliche Neigung hat, sich weiterentwickeln zu wollen, neue Erfahrungen zu sammeln und Herausforderungen zu suchen. Genauer bedeutet dies, dass jeder Mensch neben physiologischen Grundbedürfnissen wie z.B. Essen, Trinken, Schlafen etc., auch angeborene **psychologische Grundbedürfnisse** hat. Diese psychologischen Grundbedürfnisse sind das **Bedürfnis nach Kompetenz, Autonomie und sozialer Verbundenheit**.

Sie sind essentiell für die gesunde (psychische) Entwicklung eines Menschen und regen motivationale Prozesse in hohem Maße in Richtung selbstbestimmtes Handeln an:

- Als Mensch strebt man danach, durch sein Handeln etwas zu bewirken, sich dabei als wirksam und in der Folge als kompetent zu erleben. Dies beschreibt unser erstes Grundbedürfnis nach Kompetenz. Ist dieses Bedürfnis befriedigt, so stellt sich ein Gefühl der Selbstsicherheit und Überzeugung über die eigenen Fähigkeiten ein.
- Das Autonomiebedürfnis beschreibt ein Verlangen, möglichst frei von Zwängen handeln zu können. Autonom zu sein, bedeutet in diesem Zusammenhang die Möglichkeit zu haben, freie Entscheidungen zu treffen und sich als Verursacher seiner Handlungen erleben zu können.
- Das Streben nach sozialer Verbundenheit beschreibt das dritte psychologische Grundbedürfnis. Menschen möchten sich mit anderen verbunden fühlen, von diesen akzeptiert und anerkannt werden sowie wechselseitige Zuneigung und Fürsorge erfahren.

Die Berücksichtigung dieser drei psychologischen Grundbedürfnisse ist eine unabdingbare Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen zur Unterstützung von motivationalen Prozessen zur Verhaltensänderung. Werden die notwendigen Bedingungen zur freien Entfaltung und Entwicklung von eigenmotiviertem Handeln nicht gewährt, läuft jede noch so gut geplante Maßnahme Gefahr, ihr langfristiges Ziel (z.B. körperlich aktiver Lebensstil) zu verfehlen.

Wie können Sie nun aber diese drei Grundbedürfnisse in der PSG berücksichtigen und fördern? Wichtig ist, sich in diesem Zusammenhang noch einmal zu vergegenwärtigen, dass jede neue Bewegungserfahrung, die Ihre Teilnehmenden in der PSG machen, als ein eigener Lernprozess zu betrachten ist. Je mehr diese Lernerfahrung dabei mit positiven Gefühlen verknüpft ist, desto stärker werden die Teilnehmenden sich für diese Aktivität interessieren und desto positiver fallen auch ihre Bewertungen und Erwartungen an diese Tätigkeit aus.

Wenn Menschen bisher jedoch eher negative und frustrierende Bewegungserfahrungen in ihrem Leben gesammelt haben und Bewegungsaktivitäten innerlich eher ablehnend gegenüberstehen, dann benötigt es zunächst viel Zeit, Offenheit, Mut, Geduld, Zuspruch und Selbstreflektion, um einen neuen, positiveren Zugang zu geeigneten Bewegungsformen zu finden. Die Lernbedingungen oder auch das **Lernklima** sollte dabei so gestaltet sein, dass die psychologischen Grundbedürfnisse der Teilnehmenden in hohem Maße angesprochen und gefördert werden. Die Praxis-Tools „Kompetenzerleben fördern“, „Autonomieerleben fördern“ und „Das Erleben von sozialer Verbundenheit fördern“ bieten Ihnen Handlungsempfehlungen, Tipps und Übungsformen, wie Sie die psychologischen Grundbedürfnisse bei den Bewegungs- und Gesprächstreffen gezielt fördern können.

Gelingt es Ihnen, das zuletzt behandelte Prinzip der Motivierung durch Freude und Genuss zu berücksichtigen, leisten Sie einen großen Beitrag dazu, dass sich die Teilnehmenden stärker, kreativer und positiver mit ihren persönlichen Bewegungszielen beschäftigen, d.h. mit Fragen wie: **Warum möchte ich mich eigentlich mehr bewegen und welche Bewegungsform würde mir gefallen? Was verspreche ich mir von einem aktiveren Leben und warum könnte das hilfreich und wichtig für mich und meine Gesundheit sein?**

Welche Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Bewegungsabsichten aufkommen können und wie Sie Ihren Teilnehmenden dabei helfen können die Umsetzung erfolgreicher zu gestalten, erfahren Sie in den nächsten beiden Abschnitten.

7.3 Zum Problem der Umsetzung von Bewegungsabsichten oder: Warum Motivation nicht alles ist

Haben Sie sich schon mal einen Neujahrsvorsatz gesetzt? Falls ja, wie erfolgreich haben Sie diesen umgesetzt? Man kennt es von sich oder von Personen aus dem eigenen Umfeld. Sobald es zur Jahreswende 0:00 Uhr schlägt, nimmt man sich z.B. eine gesündere Lebensweise in Form einer gesünderen Ernährung oder mehr Bewegung vor. Oft bleibt es jedoch bei dieser wage formulierten Absicht, das Verhalten in die ein oder andere Richtung verändern zu wollen, ohne dass tatsächlich weitere Planungs- oder gar konkrete Handlungsschritte eingeleitet werden.

Woran liegt das? Ein Grund, der einem unmittelbar in den Sinn kommt, ist: „Dann ist die Absicht möglicherweise nicht stark d.h. nicht wichtig genug gewesen, denn, wenn einem etwas wirklich wichtig ist, dann setzt man es doch auch um!“. Tatsächlich ist die Antwort auf diese Frage nicht so einfach, denn Schwierigkeiten bei der Umsetzung und Aufrechterhaltung z.B. von Bewegungszielen sind ein weit verbreitetes Problem. So kommt es sehr häufig vor, dass Menschen zwar hochmotiviert sind, sich in Zukunft mehr zu bewegen und trotzdem gelingt es ihnen einfach nicht, ihre Absichten in die Tat umzusetzen. Dieses Phänomen wird in der Fachliteratur als die Intentions-Verhaltens-Lücke beschrieben (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Intentions-Verhaltens-Lücke

Natürlich zählt eine ausreichend starke Intention zu den wichtigsten Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung von Bewegungszielen. Dennoch erfordert die Umsetzung, d.h. genauer: Die Initiierung, die Durchführung und die Aufrechterhaltung von Bewegungsaktivitäten weitere wichtige Kompetenzen, die unter dem Begriff der Selbstregulation zusammengefasst werden können. **Selbstregulation** bedeutet, dass man das eigene Verhalten (z.B. die Aufmerksamkeit, Gedanken, Gefühle und Handlungen) im Hinblick auf die selbst gesetzten Ziele ausrichtet und steuert. Eine große Herausforderung kann es beispielsweise sein, dass das Befriedigen eines kurzfristigen Wunsches (z.B. sich auf der Couch ausruhen und fernzusehen) verworfen wird, zugunsten des langfristigen Ziels (z.B. regelmäßig Walken gehen) einer Person oder dass einer spontan aufkommende Handlungsalternative (z.B. Einladung zum Eis essen) nicht nachgegeben wird,

Bestehen Schwierigkeiten bei der Umsetzung eines Ziels in konkretes Handeln, empfiehlt es sich daher **selbstregulatorische Kompetenzen** wie etwa die Fähigkeit sich bewusster und konkreter Ziele zu setzen **(Zielklärung und -setzung)** und den Weg dorthin genau und realistisch zu planen **(Handlungsplanung)** sowie mögliche Hindernisse (äußere und innere Barrieren) auf dem Weg zum Ziel vorwegzunehmen bzw. zu erkennen und diesbezüglich Lösungsstrategien **(Barrierenmanagement)** zur Überwindung dieser Hindernisse zu planen und anzuwenden.

Schwierigkeiten, eine Absicht in die Tat umzusetzen, können beispielsweise auftreten, wenn das anvisierte Bewegungsziel nicht genügend konkretisiert wurde (z.B. Neujahrsvorsätze). Wenn der Vorsatz folgendermaßen heißt: „Ich möchte mich mehr bewegen“ dann ist noch nicht klar, welche Bewegungsform möchte man genau, wann, wie oft, wo und mit wem durchführen. Hierfür kann dann eine detaillierte Planung der Bewegung sehr hilfreich sein. Papier ist jedoch bekanntlich sehr geduldig, d.h. selbst wenn man es geschafft hat, sich einen Plan zu erstellen, heißt dies noch lange nicht, dass es gelingt diesen Plan dann auch erfolgreich umzusetzen. In diesem Zusammenhang sind beispielswiese innere und äußere Barrieren in Betracht zu ziehen, die jemandem bei der konkreten Umsetzung, also der Initiierung im Wege stehen können. Ein Beispiel für eine äußere Barriere, die bei der Umsetzung einer Bewegungsaktivität unter freiem Himmel (situativ) auftreten kann, ist die Wetterlage: Es fängt unmittelbar vor der anvisierten Bewegungseinheit an zu regnen – und nun? Gehe ich trotzdem? Verschiebe ich das Walking? Innere Barrieren betreffen dagegen eher gedankliche (kognitive) oder emotionale Prozesse, die die Initiierung einer Bewegungsaktivität ebenso hemmen können (z.B. „heute bin ich zu müde“, „ich fühle mich nicht gut“, „gleich kommt die tolle Sendung im Fernsehen“, „ich werde mein Wunschgewicht ohnehin nie erreichen, dann kann ich es auch gleich sein lassen“). Zu diesem Thema finden Sie und Ihre Teilnehmenden auf der Online-Plattform das Online-Tool „Meine Brücken“. Dieses unterstützt die Teilnehmenden dabei, sich für ihre häufigsten Barrieren einen Plan B zu erstellen, der möglicherweise einen vorschnellen Abbruch eines Bewegungstreffens verhindern kann.

Darüber hinaus sind aber auch die Fähigkeit der **Selbstbeobachtung** (z.B. der eigenen Gedanken, der Gefühle und des Verhaltens), die **Regulation der eigenen Spannungs- und Stimmungslage** sowie die **Selbstinstruktion und -belohnung** in Bezug auf ein bestimmtes Zielverhalten wichtige Kompetenzen, die geübt werden können und die Selbstregulation sowie die Selbstkontrolle einer Person verbessern können.

Äußere Hilfestellungen, die unabhängig von den inneren personenbezogenen Kompetenzen als hilfreich und unterstützend bei der Umsetzung eingesetzt werden können, ist das gezielte **Nutzen von sozialer Unterstützung**, wie es bei der PSG durch die Gruppenform der Fall ist oder wenn man sich bewusst mit jemandem zur Aktivität verabredet und dadurch die Umsetzung verbindlicher gestaltet. Auch der gezielte, ritualisierte Einsatz von aktivierenden Handlungen (z.B. sich selbst rhythmisch auf die Oberschenkel klopfen) kurz vor Initiierung der Aktivität kann eine sehr hilfreiche Technik zur **psycho-physischen Aktivierung** (vgl. Praxis-Tool Psycho-physische Aktivierung) sein.

7.4 Tools zur Steigerung der Motivation sowie zur Erleichterung der Umsetzung

In den vorigen Abschnitten wurden die Bereiche Motivation und Handlungsumsetzung erläutert und deren Wichtigkeit im Zuge einer körperlich aktiven Lebensstilveränderung verdeutlicht. Nun sollen diese motivationalen und handlungserleichternden Themen in den PSG-Treffen (Bewegungs- und Gesprächstreffen) integriert werden, um die Teilnehmenden zu befähigen, einen möglichst selbstbestimmten Zugang zu Bewegungsaktivitäten zu entwickeln sowie ihre selbstregulatorischen Kompetenzen zu erweitern und zu trainieren. Dazu werden **5 Praxis-Tools für die Bewegungs- und Gesprächstreffen** vorgestellt. Diese enthalten Empfehlungen, Tipps und praktische Übungen dazu,

- wie Sie ein passendes Lernklima herstellen können, in dem sich jeder verstanden und akzeptiert fühlt (Tools zur Förderung der psychologischen Grundbedürfnisse)
- wie Sie die Eigenmotivation der Teilnehmenden in Bezug auf Bewegung erhöhen können (Tools zur Förderung der psychologischen Grundbedürfnisse)
- wie Sie möglichst viele positive Bewegungserfahrungen vermitteln können (Achtsamkeitsübungen)
- wie Sie Ihre Gruppe aktivieren können (Psycho-physische Aktivierung).

Die Praxis-Tools eignen sich für den flexiblen Einsatz während eines Bewegungstreffens, können aber auch in die Gesprächstreffen integriert werden. Gerade bei längeren Gruppengesprächen lockern Übungen zur psycho-physischen Aktivierung die Atmosphäre und fördern einen angeregten Austausch. Die Tools zur Förderung der psychologischen Grundbedürfnisse können als Grundhaltung verstanden werden, die Ihnen als Orientierung dienen soll.

Um das Thema Motivation mit Ihren Teilnehmenden zu diskutieren, können Sie sich an den Fragen aus dem Gesprächsleitfaden der Toolbox orientieren. Möchten Sie das Thema Motivation in Ihrer PSG tiefgreifender behandeln, so können Sie die **5 Online-Tools und die dazugehörige Anleitung zur Handhabung der Gesprächstreffen nutzen.** Die untenstehende Anleitung bereitet Sie optimal auf ein Gesprächstreffen zum Thema Motivation vor.

Die Gesprächstreffen zum Thema Motivation sind als Gruppengespräche konzipiert. Dazu fordern Sie 2-4 Wochen vor dem geplanten Gesprächstreffen Ihre Teilnehmenden aktiv dazu auf, das passende Online-Tool (z.B. Bewegungstyp) als Hausaufgabe selbständig auf der Online Plattform zu bearbeiten. Die im besten Fall erledigte Hausaufgabe wird dann gemeinsam in der Gruppe im vorher angekündigten Gesprächstreffen nachbesprochen. Die Online-Tools finden Sie und Ihre Teilnehmenden auf der Online-Plattform unter „motivationale Lernmodule“.

Die Online-Tools zum Thema Motivation (motivationale Lernmodule) haben eine sinnvoll aufeinander aufbauende Reihenfolge. Zu empfehlen ist die Folgende:
1. Bewegungstyp
2. Entscheidungsbalance
3. Zielsetzung
4. Bewegungsplaner
5. Meine Brücken

Ziel der Online-Tools ist es, sich selbst mit der eigenen Motivation auseinanderzusetzen und zu reflektieren. In den Gesprächstreffen wird sich dann über die gesammelten Eindrücke und Erfahrungen ausgetauscht. Dabei sind Sie in der Rolle des PSG-Leiters als Moderator und Gesprächsleiter gefordert, Sie stehen jedoch nicht in der Verantwortung als Motivator. Jeder Teilnehmende soll sich selbst mit seiner Motivation auseinandersetzen – die Gesprächstreffen bieten den geeigneten Raum, sich mit anderen über die gemachten Erfahrungen auszutauschen und sich durch den Austausch gemäß dem Prinzip einer PSG zu unterstützen und zu helfen. Als PSG-Leiter unterstützen Sie Ihre Gruppe, indem Sie die Teilnehmenden anregen, sich über die Online-Tools mit ihrer Motivation auseinanderzusetzen.

Handhabung der Gesprächstreffen zum Thema Motivation – eine Anleitung
Der Verlauf eines Gesprächstreffens wird am Beispiel „Bewegungstyp“ vorgestellt. Dieses Online-Tool ist auch zur Durchführung des ersten motivationalen Gesprächstreffen gedacht. Die Vorbereitung und der Ablauf zum Gesprächstreffen können so aussehen:

2 - 4 Wochen vor
Theorietreffen
Hausaufgabe
„Geht bis zum nächsten Gesprächstreffen auf die Online-Plattform und bearbeitet das Online-Tool „Bewegungstyp“. Dieses Online-Tool findet ihr auf eurer Startseite unter „motivationale Lernmodule“. In der Regel erhaltet ihr eine individuelle Auswertung nach dem erfolgreichen Durchlaufen des Lernmoduls. Ladet euch diese Auswertung herunter oder druckt es aus und bringt es zum Gesprächstreffen mit.“

„Diejenigen von euch, die nicht auf die Plattform kommen, denen teile ich gerne eine Vorlage zu diesem Thema aus, die ihr bis zum nächsten Gesprächstreffen ausfüllen und mitbringen könnt.“

Tipp: Sollten Sie in Ihrer PSG einen E-Mail-Verteiler oder eine Whatsapp-Gruppe als Kommunikationsmedium nutzen, so können Sie die Hausaufgaben auch darüber versenden und den passenden Link zum jeweiligen Online-Tool einfügen. Ihren Teilnehmenden wird dadurch der Weg zum richtigen Online-Tool erleichtert.

Teilnehmender hat Online-Tool bereits ausgefüllt

Unterstützung durch positives Feedback
Sie können Ihren Teilnehmenden mit positivem Feedback unterstützen: „Super, das ist prima, dass Du dich bereits damit beschäftigt hast!“

Bitten Sie den Teilnehmenden darum, dass dieser seine Auswertung (pdf-Datei mit den Ergebnissen des jeweiligen Lernmoduls) des jeweiligen Online-Tools zum Gesprächstreffen mitbringt.

Sie können Ihren Teilnehmenden auch dazu ermutigen das Online-Tool nochmals durchzuarbeiten.

Gruppengespräch bei Gesprächstreffen

Gesprächsorientierung

1. Begrüßung
2. Kurze Nennung des Gesprächsthemas:

„Sich selbst zur Bewegung motivieren und motiviert bleiben“

3. Durch offene Fragen Gruppengespräch einleiten und ggf. führen:

- Wie seid ihr mit dem Online-Tool zurechtgekommen?
- War die Bearbeitung des Online-Tools hilfreich für euch?
- Was habt ihr herausbekommen?
- Inwiefern hat euch das Online-Tool zum Nachdenken angeregt?
- Wo liegen Gemeinsamkeiten/Unterschiede?
- Wo gab es Schwierigkeiten?

4. Vereinbarung auf die Bearbeitung eines weiteren Online-Tools zum Thema: „Sich selbst zur Bewegung motivieren und motiviert bleiben“ (z.B. Teil 2: Entscheidungsbalance etc.)
5. Optional: Abstimmung, ob PSG sich einen Experten (z.B. einen Sportpsychologen/ Mentaltrainer) zur Vertiefung des Themas einladen möchte (vgl. Expertenliste auf Online-Plattform).
6. Verabschiedung

Toolbox

Gesprächsleitfaden

Eingangsfragen & Erfahrungsaustausch:

Regen Sie eine Diskussion zum Thema „Motivation zu Bewegung“ an:

- Was fällt euch zum Thema „Motivation zu Bewegung“ ein?
- Wie motiviert ihr euch zu Bewegung und Sport?
- Welche Tipps könnt ihr empfehlen und an die anderen weitergeben?
- Was könnte den Zugang zu Bewegung und Sport erschweren?
- Wie könnte man den inneren Schweinehund überlisten?

Tools

Folgende Praxis-Tools stehen Ihnen zur motivationalen Unterstützung Ihrer Teilnehmenden zur Verfügung (siehe Praxis-Tools 1-5 im Anhang & auf der Online- Plattform):

Wie können die drei psychologischen Grundbedürfnisse in der PSG gefördert werden?

1. Kompetenzerleben fördern
2. Das Erleben nach sozialer Verbundenheit fördern
3. Autonomieerleben fördern

Welche Inhalte und Übungen unterstützen noch die Motivation zu Bewegung?

4. Achtsamkeitsübungen
5. Psycho-physische Aktivierung

Folgende Online-Tools stehen den Teilnehmenden auf der Online-Plattform unter der Rubrik „Motivationale Lernmodule“ zur Verfügung:

1. Bewegungstyp
2. Entscheidungsbalance
3. Zielsetzung
4. Bewegungsplaner
5. Meine Brücken

Regen Sie Ihre Teilnehmenden an, diese Motivations-Tools zu bearbeiten und nutzen sie die jeweiligen Ergebnisse als Grundlage für ihre Gesprächstreffen (vgl. Anleitung in Unterkapitel 4, Gesprächstreffen - Anleitung).

Entwurf

Kapitel

08

Motivation zu Lebensstilmodifikationen

Wie motiviere ich mich für einen gesunden/gesünderen Lebensstil?

Was bedeutet Therapieadhärenz?

Der innere Schweinehund: Was sind die häufigsten Barrieren, die eine Verhaltensänderung verhindern?

Welche Techniken stehen mir zur Verfügung?

Wie erreiche ich langfristig eine gesündere Lebensweise?

8 Motivation zur gesunden Lebensweise

Unser Verhalten Menschen kann sowohl die seelische als auch die körperliche Gesundheit fördern oder beeinträchtigen. Eine ungesunde Lebensweise wie z.B. Bewegungsmangel, Rauchen oder Übergewicht kann das Auftreten sowie das Voranschreiten chronischer Erkrankungen wie z.B. der KHK und dem Diabetes mellitus begünstigen. Ein gesundes Verhalten hat dagegen einen positiven Einfluss auf die KHK und den Diabetes mellitus. Wie aber motivieren Sie sich für einen gesunden Lebensstil? Oft fehlt dem Menschen entweder die Motivation, die „Fähigkeit" zur Umsetzung oder das Durchhaltevermögen. Dieser Abschnitt soll eine Hilfe für die PSG-Treffen sein. Im Anschluss werden in der Toolbox hilfreiche Anleitungen gegeben, die Sie in den Peer-Support-Gruppen anwenden können.

8.1 Wie motiviere ich mich für einen gesunden/gesünderen Lebensstil?

Der Lebensstil bezeichnet die Art und Weise einer Lebensführung. Er umfasst immer wiederkehrende Gewohnheiten und Verhaltensweisen, die sich im Alltag zeigen und sich auf private, berufliche, familiäre und soziale Aspekte beziehen. Zwangsläufig hat der Lebensstil einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität und entsprechend auch auf die Gesundheit. Oft sind Krankheiten ein Anreiz zur Veränderung ungünstiger Gewohnheiten und Verhaltensweisen. Eine Veränderung des Lebensstils z.B. mit gesunder Ernährung, Gewichtsreduktion und mehr Bewegung kann nicht nur die Entstehung möglicher Folgeerkrankungen verzögern oder verhindern, sondern sich insgesamt günstig auf die Lebensqualität auswirken. Wann ist aber der richtige Zeitpunkt, um z.B. seine Ernährung umzustellen oder sich mehr zu bewegen bzw. Sport zu treiben? Am besten sofort! Auf der einen Seite ist der Mensch immer einem gewissen Stresspegel ausgesetzt und findet so nie den perfekten Moment, mit einer Veränderung zu starten. Auf der anderen Seite bringen positive Veränderungen des Lebensstils (sich gesünder ernähren, mehr bewegen, mehr entspannen etc.) auch einen Mehrwert in den Alltag. Positive Erlebnisse und Gefühle beim Sport, körperliches Wohlgefühl und ein Selbstwirksamkeitserleben ("Ich habe es geschafft") können helfen mit belastenden Situationen des täglichen Lebens besser umzugehen. Sie können bei den inhaltlichen Gruppentreffen mit ihrer Gruppe gemeinsam vieles zu diesem Thema ausarbeiten.

Entwurf

„Was möchte ich erreichen? Was ist mir wichtig?“ sind Fragestellungen, die zunächst geklärt werden sollten. D.h. fragen Sie sich und Ihrer Gruppe, was Sie erreichen möchten und was Ihnen wirklich wichtig ist. Das ist das Fundament für die ersten Schritte der positiven Veränderung des eigenen Lebensstils.

Doch wie und wo fängt man an? Eine ausschlaggebende Rolle spielt die Motivation. Die beste Voraussetzung ist ein von innen kommender Antrieb (z.B. “Ich habe Freude an Bewegung und mache gerne Sport”) und nicht nur von außen vorgesetzte oder fremdbestimmte Wünsche und Anweisungen, z.B. vom behandelnden Arzt oder Partner (“Ich mache Sport, weil es mein Arzt gesagt hat”). Im Kapitel XXX (Motivation zu Bewegung) wird explizit auf das Thema Motivation mit bewegungsbezogenen Beispielen eingegangen.

8.2 Was bedeutet Therapieadhärenz?

Stellen Sie sich einen Arztbesuch vor. Sie gehen Sie zu ihrem Arzt und teilen ihm direkt oder indikrekt mit: „Hier ist mein kranker Körper. Machen Sie ihn gesund. Sagen Sie mir, was daran nicht in Ordnung ist und welche Behandlung ich brauche. Ich tue alles, was Sie sagen. Sie haben die volle Verantwortung.“ Oder Sie gehen zu ihm und sagen: „Hier ist mein kranker Körper. Was können wir tun, um ihn gesund zu machen?“ Genau die zweite Vorgehensweise beschreibt die Therapietreue bzw. Adhärenz und eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patientin. Es zeigt die Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit und das Vertrauen in die Behandlung. Mit anderen Worten sprechen wir von einer idealen Behandlung, wenn der Patient, Arzt und andere Fachpersonen in einem Team zusammenarbeiten. Wichtig ist es, als Patient bestimmte Fähigkeiten und Wissen zu erwerben und zu beherrschen, um mit der Erkrankung verantwortungsvoll und besser umgehen und leben zu können und somit der Manager seiner Erkrankung zu werden. Um ein Manager seiner Erkrankung zu werden, gehört vorrangig:

- Sich um die Krankheit, um sich selbst un die wichtigsten Beziehungspersonen zu kümmern (z.B. die Medikamenteneinnahme, Nutzen der gesundheitsbezogenen Angebote, psychischer Ausgleich wie Entspannung und Hobbies).
- Problematische Gewohnheiten und Verhaltensweisen aufzudecken und diese Schritt für Schritt zu verändern (z.B. das Rauchen, schlechte Ernährung, Bewegungsmangel) und neue gesunde, wohltuende Verhaltensweisen zu erlernen.

8.3 Der innere Schweinehund: Was sind die häufigsten Barrieren, die eine Verhaltensänderung verhindern?

Das Wahrnehmen der eigenen Verantwortung an Wohlergehen und Gesundheit ist das A und O (siehe Therapietreue/-adhärenz). Ohne das Erkennen der Eigenverantwortung ist keine effektive und langlebige Veränderung möglich. Körperlich aktiv zu sein, sich gesünder zu ernähren und falls notwendig Gewicht zu verlieren sind die häufigsten Ziele, die zu einem besseren Lebensstil und einer Steigerung der Lebensqualität beitragen. Diese lassen sich leichter erreichen, wenn Sie passende Motivationsstrategien einsetzen, aber auch (mögliche) Barrieren identifizieren und eliminieren.

Die eigenen Verhaltensweisen oder Gewohnheiten zu ändern erfordert die Überwindung verschiedener Barrieren. Die wohl bekannteste Barriere ist der “innere Schweinehund” (auch bezeichnet als innere Barrieren). Innere Barrieren können sein: die Stimmung, Gefühle oder Gedanken, die Sie daran hindern, das zu verwirklichen, was Sie sich vorgenommen haben. Der innere Schweinehund mag keine Veränderungen und versucht auch mit ganzer Kraft, solche Vorhaben zu verhindern. Er versucht Menschen z.B. mit fehlerhaften Annahmen wie „Mich wird das schon nicht treffen“, „Ich habe das schon immer so gemacht, bisher ist nichts passiert“ oder mit Aussagen wie „Wozu soll ich mein Verhalten verändern?“ zu stoppen.

Und manchmal ist es die emotionale Überschätzung der Ziele, die das Aktivwerden verhindert („Ich weiß, dass ich es nicht schaffe“), insbesondere dann, wenn bereits Erfahrungen mit Rückschlägen oder Misserfolgen gemacht wurden („Das letzte Mal habe ich es auch nicht geschafft.“). Diese bestätigen den Zweifel daran, die Verhaltensänderungen nicht erfolgreich meistern zu können und demotivieren zusätzlich. Auch eine negative Stimmung („Ich bin heute schlecht drauf und werde nicht an der Gruppenaktivität teilnehmen.“) oder ungünstige Gedanken („Einmal Fehlen ist keinmal Fehlen“, “Die Anderen sind doch auch nicht immer da“ oder „Es ist so ein Aufwand, jetzt die Sportsachen aus dem Schrank zu suchen“) können bewirken, dass Gruppentreffen und Aktivitäten ausgelassen werden.
Aber auch äußere Barrieren können einen davon abhalten, Zielen nachzugehen. Äußere Barrieren sind alle Dinge, die außerhalb des Einflussrd der eigenen Person liegen, wie z.B. das Wetter, berufliche Inanspruchnahme, familiäre Verpflichtungen (Betreuung kleiner Kinder oder pflegebedürftiger Familienangehörige) und Mitmenschen (z.B. durch Ablenkung oder Konflikte), finanzielle Aspekte, fehlende Angebote, großer Organisationsaufwand und Logistik.

Wie Barrieren identifiziert werden können und welche Techniken helfen, Barrieren zu managen, werden im Abschnitt XX (DSHS Motivation), auf das Thema Bewegung bezogen, anschaulich dargestellt Sie können in Ihrer Gruppe, die hier behandelten Themen (innere vs äußere Barrieren, Motivation etc.) zur Diskussion stellen und/ oder einen Experten zu dieser Thematik einladen.

8.4 Welche Techniken stehen mir zur Verfügung?

Ungünstige/Ungesunde Verhaltensweisen und Gewohnheiten sind zwar oft schon über viele Jahre fest verankert, aber können dennoch verändert werden. Wichtig ist, diese Gewohnheiten bewusst wahrzunehmen und mit realistischen (Etappen-) Zielen zu verändern. Die eigenen Ressourcen, die Sie besitzen, zu kennen, zu nutzen und weiter auszubauen, wird hier eine wichtige Energiequelle für Sie und für die PSG-Gruppe sein:

› **"Warum will ich das?**": Klarheit über die persönlichen Ziele verschaffen, um anschließend den Weg dorthin bestimmen und realisieren zu können. Wenn Sie wissen, was Sie wollen und warum Sie es wollen, ist die Motivation höher, beispielsweise, wenn gesundheitliche Risiken erkannt werden, die bei Beibehaltung der problematischen Verhaltensweisen und Gewohnheiten, auftreten können. Geht es z.B. um eine Gewichtsreduktion, kann eine Analyse über Vor- und Nachteile des Abnehmens eine gute Hilfe sein. Wichtig ist hier, für sich selbst bedeutsame Gründe für eine Veränderung zu finden und nicht ausschließlich gesundheitsbezogene Gründe zu verfolgen. Bleiben Sie beim Beispiel der Gewichtsreduktion, so wird deutlich, dass diese nicht nur einen besseren Gesundheitszustand sondern ebenfalls eine bessere Fitness bewirken kann (s. Toolbox Motivationsanalyse "Warum will ich das?").

› **Was kann ich tun?:** Entwerfen Sie feste Verhaltens- und Handlungspläne und führen Sie Aktivitätsprotokolle und/ oder Tagebücher. Diese geben dem Alltag eine Struktur (s. Toolbox Handlungsplan erstellen „Was tun? Wann tun? Wie tun?").

› **Praktikable Ziele:** Überprüfen Sie regelmäßig, ob die Pläne praktikabel und leicht umzusetzen sind. Zeitliche, logistische und finanzielle Aspekte sollten stets einkalkuliert werden (eine zu lange Fahrt mit dem Auto ins Fitnessstudio kann eine Barriere darstellen, ebenso auch ein überladener Terminkalender). Um ein Erreichen der (Gesundheits-) Ziele zu gewährleisten, sollten die Ziele angemessen gewählt werden und dabei nicht zu einer Überforderung führen.

› **Konkrete, erreichbare Ziele:** "Richtige" Ziele zu formulieren ist der erste Schritt. Dadurch entsteht mehr Motivation, Leichtigkeit, Lebensfreude und Selbstvertrauen. Das könnte folgendermaßen aussehen: "Mein Ziel für die nächsten zwei Wochen ist, mehr als drei Mal zu meiner Arbeit mit dem Fahrrad zu fahren oder zu Fuß zu laufen, unabhängig vom Wetter. Das sind ca. 10 Minuten oder 30 Minuten". "Ich werde jeden 2. Abend vor dem Schlafengehen mit meinem Partner zusammen einmal um den Block spazieren. Ich schreibe jeden Tag auf, ob und wie ich es geschafft habe, dieses Ziel zu erreichen und bringe meine Aufzeichnungen zum nächsten Treffen mit". Je konkreter und realistischer die Ziele und Pläne werden, desto weniger Chancen hat der innere Schweinehund, die Pläne zu durchkreuzen. Geben Sie das auch gerne Ihrer Gruppe mit (Toolbox Ziele definieren „Welche Ziele habe ich?").

› **Passen die Ziele zu mir?:** Um die Motivation stets hoch zu halten, ist es wichtig, dass die Vorhaben Spaß machen. Unattraktive Ziele sind entmutigend und demotivierend. Daher stets klären, ob die Ziele bzw. der Weg dahin den eigenen Interessen, Neigungen und Wünschen entsprechen.

› **Es kann auch mal schief gehen:** Veränderungen verlaufen nicht kontinuierlich. Misserfolge und Rückschläge sind normal und gehören zu jedem Entwicklungs- bzw. Veränderungsprozess dazu. Von diesen Rückschlägen gilt es, sich nicht entmutigen zu lassen. Analysieren Sie die Ursachen für die Rückschläge oder Misserfolge. Definieren Sie anschließend neue Lösungswege und machen weiter, ohne aufzugeben. Häufig wird es notwendig sein, mehrere Anläufe zu nehmen.

› **Viel Geduld, viel ausprobieren und flexibel bleiben:** Vergegenwärtigen Sie sich immer wieder erfolgreich umgesetzte Veränderungen und haben Sie viel Geduld mit sich selbst und mit dem Erreichen von Erfolgen. Trägt eine Handlung nicht zum Erreichen eines Ziels bei, geben Sie nicht sofort auf, sondern analysieren und modifizieren Sie Ihr Verhalten. Eventuell können andere Pläne erstellt werden, die möglicherweise besser zur Person und der aktuellen Situation passen.

› **Selbst in die Hand nehmen:** Übernehmen Sie Verantwortung für Ihr eigenes Wohlergehen und Ihre Gesundheit und gehen Sie bewusst damit um.

› **Ich schaffe das:** Eine optimistische Überzeugung von eigenen Fähigkeiten (z.B. ein Verhalten, trotz Schwierigkeit ausführen zu können) ist unschätzbar wertvoll. Denken Sie dabei an Dinge, die Sie bisher geschafft haben und seien Sie zuversichtlich. Menschen unterschätzen oftmals ihre eigene, wirkungsvolle Kraft und fühlen sich der Umwelt, insbesondere der Erkrankung ausgeliefert. Daher kennen und nutzen viele Menschen ihre Potenziale nicht im vollen Umfang. Haben Sie einen Verhaltens- oder Handlungsplan, bei dem Sie von Beginn an nur Bedenken haben, oder sind Sie zuversichtlich, dass Sie diesen Plan umsetzten können? Wichtig ist, dass Sie bereits bei der Planung zuversichtlich sind und sich (ver-)trauen.

› **Soziale Unterstützung:** Die Peers oder Familienangehörigen sind wichtige Begleiter. Um eine chronische Krankheit erfolgreich managen zu können, ist es wichtig, an passenden Stellen eigeninitiativ sich Hilfe zu suchen und Hilfe anzunehmen.

› **Lob und Belohnung:** Dürfen Sie sich selbst auf die Schulter klopfen? Bereits kleinere Veränderungen zu loben ist motivierend. Gerade kurzfristig, unmittelbar erreichte Ziele sollten gelobt und auch belohnt werden. Wie sieht eine Belohnung für Sie aus? Ist es ein Wellnessbad, neue Sportkleidung oder ein Konzert? Das wirkt motivationsfördernd („Glückwunsch an mich. Ich habe mich in den letzten fünf Tagen mehr bewegt als sonst. Ich bin täglich 5 km gelaufen.").

› **Selbstbeobachtung:** Die Selbstbeobachtung hilft dabei nochmal zu sehen, wie positiv sich die Veränderungen auf Sie auswirken („Wie fühle ich mich dabei? Merke ich schon einen Unterschied im Alltag?“). Das motiviert zum Weitermachen. Denn das bewusste Beobachten und Wahrnehmen der Veränderungen löst ein spürbares Erfolgsgefühl aus. So können Sie als PSG-Leiterin in Gesprächstreffen auch mit Ihrer Gruppe bereits spürbare Veränderungen im Alltag der Teilnehmenden „brainstormen“ und auch loben.

8.5 Wie erreiche ich langfristig eine gesündere Lebensweise?

Neue Verhaltensweisen werden zu festen Gewohnheiten im Alltag: Für eine langfristige Lebensstiländerung gehört das Vertrauen in die eigene Fähigkeit: Aus den kleinen Verhaltensänderungen und aus den neuen Erfahrungen entstehen möglicherweise neue und positive Gefühle und mehr Lebensqualität, die Sie beibehalten möchten. So fühlen Sie sich möglicherweise vitaler, haben Freunde an neuen Tätigkeiten (z.B. gemeinsam mit Freunden regelmäßig gesunde Mahlzeiten kochen, eine neue Sportart ausprobieren) und fühlen sich kraftvoller. Auch das Gefühl der Selbstwirksamkeit ist essenziell “„Ich schaffe es! Ich habe es geschafft! Ich kann so viel bewirken, wenn ich will.“ Wer die Verantwortung für seine Gesundheit und sein Wohlergehen übernimmt, taucht eine passive Haltung gegen eine Aktive aus. Wer beispielsweise sportlich aktiver ist, setzt seiner Passivität etwas entgegen und erlebt zusätzlich, dass damit vieles bewirkt werden kann („Ich habe den inneren Schweinehund besiegt!”).

Auch Rom wurde nicht an einem Tag erbaut. Damit neue, gesündere Verhaltensweisen zu festen Gewohnheiten im Alltag werden können, brauchen Sie Geduld und Ausdauer. Daher sind alltagsnahe und kleinere Ziele meist effektiver und werden gewöhnlich schneller erreicht als zu hoch gesetzte, große Ziele. Anbei einige Strategien, die Ihnen und Ihrer Gruppe helfen können, durchzuhalten:

› **Feste Pläne:** Verabreden Sie sich regelmäßiges für Aktivitäten. Planen Sie feste Zeiten in der Woche ein. Die PSG ist ein guter Start für Ihre Gruppe.

› **Spaß haben:** Passen Sie immer wieder die Ziele an die Interessen an. Es soll Ihnen und Ihrer Gruppe Spaß und Freude bereiten.

› **Gewohnheit werden lassen:** Ziele und Handlungspläne solange verfolgen, bis sie zu einer Gewohnheit im Alltag werden.

› **Weniger ist mehr:** Kleinere (Etappen-) Ziele haben auf lange Sicht eine größere Wirkung.

› **Vorbilder suchen:** Lassen Sie die Teilnehmenden Vorbilder finden. Diese können Freunde oder Bekannte sein oder auch berühmte Personen, die einem motivieren.

› **Mitstreiter finden:** Finden Sie und Ihre Gruppe auch Mitstreiter (z.B. der Partner/in) außerhalb der Peer-Support-Gruppe und beteiligen Sie diese regelmäßig in Ihr Zielvorhaben. Dadurch wächst zusätzlich das Verpflichtungsgefühl und die Menschen aus Ihrer Umgebung können ebenfalls eine Energiequelle sein und Ihnen Kraft geben.

› **Geduld mitbringen:** Haben Sie Geduld mit sich selbst und geben diese Haltung auch an Ihre Peer-Support-Gruppe weiter.

› **Seelischer Ausgleich:** Ein verbesserter Umgang mit Stress sorgt für mehr Ausgleich und Ausdauer. Haben Sie ausreichend Bewältigungsstrategien im Alltag, um mit potenziellen Stressoren umzugehen? Abschnitt Umgang mit der Erkrankung. kann Ihnen und Ihrer Gruppe hilfreiche Tipps geben.

Toolbox
Ziele definieren
(Diese können Sie selbstverständlich mit der Gruppe gemeinsam herausarbeiten. Zunächst primäre Ziele für die Gruppe und anschließend individuelle Ziele, jeder für sich.
Meine Ziele

- **Denken Sie an all das, was Sie vorhaben. Was möchten Sie verändern? Welche Ziele haben Sie?**

_____
_____
_____

- **Mit welchem Ziel wollen Sie beginnen?** _____
- **Listen Sie alle Möglichkeiten auf, die für Sie wichtig sind, um das Hauptziel zu erreichen:**

_____
_____
_____

Motivationsanalyse „Warum will ich das?“
Sie haben ein konkretes Ziel bzw. einen konkreten Handlungsplan, dann kann diese Motivationsanalyse zusätzlich Ihren Entschluss stärken und motivieren. Diese Analyse können Sie auch in den Gruppen gemeinsam machen oder auch den Teilnehmenden als Hausaufgabe mitgeben.
Warum will ich das?

- **Meine Gründe für:**_____**z.B. Abnehmen, gesünder ernähren** _____

- **Wenn ich**_____**, ist mein größter Gewinn:**

_____
_____
_____

- **Weitere gute Gründe sind:**

_____
_____
_____

Handlungsplan erstellen „Was tun? Wann tun? Wie tun?“

Anlage 12: PSG-Leiter_Pre-Test_digital

Pre-Test Digital	Uhrzeit	Thema	„PSG-Leiter“	Beobachter (mind. 2)
Tag 1: Mittwoch 11.11.2020	9:00-9:30	Einführung	• Christine • Aliza • Noemi • Chiara • Szarah • Carlotta • Hannes	• Helene Könnecke • Lisa Giesen
	9:30-10:15	Diabetes		
	10:15—11:00	KHK		
	11:10-11:55	Bewegung		
	11:55-12:40	Motivation		
Tag 2: Freitag 13.11.2020	12:00-12:45	Diabetes	• Christine • Aliza • Noemi • Chiara • Szarah • Carlotta • Hannes	• Helene Könnecke • Lisa Giesen
	13:15-14:00	KHK		
	14:30-15:15	Bewegung		
	15:45-16:30	Motivation		
	16:30-17:00	Feedback		
Tag 1: Montag 16.11.2020	9:00- 10:00	Ernährung	• Birgit • Chiara • Szarah • Carlotta • Hannes	• Helene Könnecke • Lisa Giesen
	10:05-11:05	Leben m. chr. Erkrankung		
	11:10-12:10	Kommunikation		
Tag 2: Mittwoch 18.11.2020	9:00-10:00	Ernährung	• Birgit • Chiara • Szarah • ~~Carlotta~~ • Hannes	• Helene Könnecke • Lisa Giesen
	10:30-11:30	Leben m. chr. Erkrankung		
	12:00-13:00	Kommunikation		
	13:00-13:30	Feedback		

Personalisiertes Selbstmanagement
Unterstützungsprogramm

STUDIENORDNER

PRAXIS ID | P-SUP | AUGUST 2020

Inhalt

Geleitwort zum P-SUP Studienordner 3
Material für die Patient*innen 4
Kontaktdaten zum Projekt 5
Kontaktdaten zum Projekt 6
Kontaktdaten zum Projekt 7
Kooperationspartner dieser Studie 8
FAQ 12
Was ist P-SUP? 12
Für wen ist P-SUP vorgesehen? Ein- und Ausschlusskriterien 12
Welches Ziel verfolgt P-SUP? 13
Wie läuft das Projekt ab? 14
Was ist meine Rolle als Hausarzt*ärztin? 16
Patient*innen-Liste 18
Case Report Form (CRF): Patient*innen-Fragebögen 20
Einverständniserklärung der Patient*innen 21
Kooperationsvereinbarung Hausärzt*innen 22
Ethikvotum 23
Studienprotokoll 27
Schriftverkehr 28

Abk.

P- SUP	Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm
PSG-Leiter*innen	Peer Support Gruppen-Leiter*innen
KHK	Koronare Herzkrankheit
IGKE	Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universitätsklinik Köln

Geleitwort zum P-SUP Studienordner

Liebe Hausärzt*innen,

in Ihren Händen halten Sie den Studienordner, der Sie für die komplette Studiendauer begleiten wird. Mit diesen Unterlagen möchten wir den teilnehmenden Praxen die Umsetzung der Studie so einfach wie möglich machen.

Sie finden alle relevanten Informationen rund um das Forschungsprojekt, sowie die notwendigen Flyer und Informationsmaterialien für Ihre Patient*innen unter dem Punkt ***Material***. Bei Fragen zum Projekt finden Sie unter ***Kontaktinformationen*** ihre Ansprechpartner*innen, die Ihnen gerne per E-Mail oder telefonisch für Rückfragen oder Anmerkungen zur Verfügung stehen. Häufig gestellte Fragen und eine grafische Übersicht des Studiendesigns finden Sie im Unterpunkt ***Projektbeschreibung & FAQ.***

Nutzen Sie die Patient*innenliste, um die teilnehmenden Patient*innen einzutragen. Die nötige **Einverständniserklärung der Patient*innen** finden Sie ebenfalls im Ordner.

Alle Patient*innenfragebögen, die wir im Rahmen dieser Studie erheben, finden Sie als Template im Abschnitt ***Patient*innen Fragebögen.*** Diese werden vom P-SUP Studienteam an die Patient*innen weitergegeben und müssen **nicht** von Ihnen verteilt werden. Im Studienordner dienen sie lediglich Ihrer Information.

Zu guter Letzt: Sie können jede Korrespondenz bezüglich dieser Studie im Kapitel ***Schriftverkehr*** abheften.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und sind gerne für Sie erreichbar!

Werfen Sie auch gerne einen Blick auf unsere Internetseite: https://www.p-sup.de/

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Institut (...)

Material für die Patient*innen

Inhalt

- Flyer für Patient*innen: Allgemein
- Flyer für Patient*innen: Gruppenleiter*innen

Kontaktdaten zum Projekt

Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

Centre of Health and Society (chs)

Gebäude 17.11, 2. Etage

Moorenstraße 5

40225 Düsseldorf

Ihre Ansprechpartnerin: Mona Nitsche, B. Sc.

MonaCarina.Nitsche@uni-duesseldorf.de, +49/0)211/81-06501

Projektmitarbeiter*innen am Standort Düsseldorf:

Sophia Antonioli, B.Sc.

Sophia.Antonioli@med.uni-duesseldorf.de, +49/0)211/ 81-0651

Viviana Haas, B.A.

Viviana.Haas@med.uni-duesseldorf.de, +49/0)211/ 81-0651

Mona Nitsche, B.Sc.

MonaCarina.Nitsche@uni-duesseldorf.de, +49/0)211/81-06501

Standort-Projektleiter:

Christian Funke, M.Sc.

Christian.Funke@med.uni-duesseldorf.de, +49/0) 221/81-06513)

Webadresse: https://www.p-sup.de/

Kontaktdaten zum Projekt

Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

Centre of Health and Society (chs)

Gebäude 17.11, 2. Etage

Moorenstraße 5

40225 Düsseldorf

Ihre Ansprechpartnerin: Sophia Antonioli, B.Sc.

Sophia.Antonioli@med.uni-duesseldorf.de, +49/ 0)211/81-0651

Projektmitarbeiter*innen am Standort Düsseldorf:

Sophia Antonioli, B.Sc.

Sophia.Antonioli@med.uni-duesseldorf.de, +49/0)211/ 81-0651

Viviana Haas, B.A.

Viviana.Haas@med.uni-duesseldorf.de, +49/0)211/ 81-0651

Mona Nitsche, B.Sc.

MonaCarina.Nitsche@uni-duesseldorf.de, +49/0)211/81-06501

Standort-Projektleiter:

Christian Funke, M.Sc.

Christian.Funke@med.uni-duesseldorf.de, +49/0) 221/81-06513)

Webadresse: https://www.p-sup.de/

Kontaktdaten zum Projekt

Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

Centre of Health and Society (chs)

Gebäude 17.11, 2. Etage

Moorenstraße 5

40225 Düsseldorf

Ihre Ansprechpartnerin: Viviana Haas, B.A.

Viviana.Haas@med.uni-duesseldorf.de, +49/0)211/81-0651

Projektmitarbeiter*innen am Standort Düsseldorf:

Sophia Antonioli, B.Sc.

Sophia.Antonioli@med.uni-duesseldorf.de, +49/0)211/ 81-0651

Viviana Haas, B.A.

Viviana.Haas@med.uni-duesseldorf.de, +49/0)211/ 81-0651

Mona Nitsche, B.Sc.

MonaCarina.Nitsche@uni-duesseldorf.de, +49/0)211/81-06501

Standort-Projektleiter:

Christian Funke, M.Sc.

Christian.Funke@med.uni-duesseldorf.de, +49/0) 221/81-06513)

Webadresse: https://www.p-sup.de/

KOOPERATIONSPARTNER DIESER STUDIE

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Projektbeschreibung

Insbesondere eine gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung können Diabetes Mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit (KHK) nachweislich günstig beeinflussen. So zeigen Daten der Nurses Health Study (Kohorte 1 und 2), dass 90 von 100 Erkrankungen an Diabetes mellitus Typ 2 hätten vermieden werden können, wenn das Ernährungs- und Bewegungsverhalten deutlich geändert worden wäre.

Vor diesem Hintergrund startet nun unter der Leitung des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universitätsklinik Köln (IGKE) ein umfangreiches Forschungsprojekt mit dem Ziel, das Selbstmanagement und Gesundheitsverhalten dieser beiden Patientengruppen zu fördern und so den Krankheitsverlauf langfristig positiv zu gestalten. In Deutschland leiden rund 6,5 Millionen Menschen im Alter von 20 bis 79 Jahren an Diabetes mellitus Typ 2 (ca. 7,9 Prozent der Gesamtbevölkerung). Rund 9,3 Prozent aller 40 bis 79-Jährigen erkranken im Laufe ihres Lebens an einer koronaren Herzkrankheit, wobei Personen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status ein etwas höheres Erkrankungsrisiko (10,9 Prozent) haben als der Durchschnitt der Bevölkerung (7,2 Prozent). Eine wichtige Ursache dafür ist, dass Menschen aus sozio-ökonomisch schwächerem Umfeld häufig eine niedrigere Gesundheitskompetenz aufweisen und seltener Präventionsangebote in Anspruch nehmen. Zudem ist ihr gesundheitlicher Zustand oft schlechter und es fällt ihnen schwerer, mit ihrer Erkrankung gut umzugehen, also ein wirksames Selbstmanagement zu betreiben.

Das Forschungsprojekt erprobt neue Ansätze, um Menschen, die an Diabetes Mellitus Typ 2 und / oder KHK leiden, beim Selbstmanagement ihrer Erkrankung zu unterstützen. Selbstmanagement und die damit verbundene Eigenverantwortung und Befähigung soll den Patient*innen helfen Ihr Gesundheitsbewusstsein zu verbessern und sie motivieren, langfristig positive Lebensstilveränderungen zu implementieren. Dazu werden die bestehenden strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme, DMP) für chronisch Kranke mit Diabetes Mellitus Typ 2 und KHK weiter ausgebaut und durch ein neu entwickeltes, individuell zugeschnittenes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm für die am Projekt teilnehmenden Patientinnen und Patienten erweitert.

Dieses Personalisierte Selbstmanagement Unterstützungsprogramm (P-SUP) besteht aus mehreren, sich ergänzenden Angeboten:

1- **Die Patient*innen, die in so genannten Peer Support Gruppen als Gruppenleiter*innen fungieren, werden im Vorfeld geschult und ausgebildet, um Betroffene anzuleiten, sich ausreichend zu bewegen und ausgewogen zu ernähren.**
2- **Die ersten drei Treffen werden ergänzend durch einen Sporttherapeuten oder eine Sporttherapeutin professionell begleitet.**
3- **Hinzu kommen bedarfsorientierte Telefoncoachings,**
4- **personalisierte Feedbackberichte zu den eigenen medizinischen Werten,**
5- **sowie ein spezielles Online-Angebot, bestehend aus Wissensvermittlung zum Thema Sport und Ernährung, Selbstdiagnostik zu eigenmotivierter Selbstreflexion, individuelle Empfehlungen und online wahrnehmbare Bewegungs-und Vernetzungsangebote.**

Betroffene werden über die Netzwerke der Allgemeinmedizinischen Lehr- und Forschungspraxen rekrutiert, die den teilnehmenden Instituten für Allgemeinmedizin in Nordrhein angegliedert sind. Insgesamt sollen ca. 1.700 Patienten eingeschlossen werden. Das Projekt wird für vier Jahre mit ca. 8,6 Millionen Euro durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert.

Langfristig soll der Krankheitsverlauf bei den Betroffenen durch das verbesserte Selbstmanagement und Veränderungen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten positiv beeinflusst werden. Im Erfolgsfall werden folgende Effekte erwartet:

- ***weniger Krankenhauseinweisungen***
- ***Verbesserung der Grunderkrankungen***
- ***weniger Folgekrankheiten und Komplikationen***
- ***Steigerung der Lebensqualität***
- ***Verbesserung der praktischen Fähigkeiten und des Wissens über die Erkrankung***
- ***langfristige Stabilisierung von Lebensstilveränderungen.***

FAQ

Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm

WAS IST P-SUP?

P-SUP ist ein Programm, das von Hausärzt*innen für Patient*innen entwickelt wurde, um Patient*innen mit Diabetes Mellitus Typ 2 und/oder KHK ein personalisiertes Angebot zu bieten und Hausärzt*innen durch Peer-Support-Gruppen in der Behandlung dieser Patient*innen zu unterstützen.

Patient*innen aus nahegelegenen Hausarztpraxen bilden eine Gruppe und organisieren sich größtenteils selbständig für ihre wöchentlichen Treffen, welche innerhalb eines professionell organisierten Rahmens stattfinden. Unterstützend erhalten alle Teilnehmer*innen ein ansprechendes Online-Angebot, Personalisiertes Feedback und bei hohem Unterstützungsbedarf auch ein regelmäßiges Telefoncoaching.

FÜR WEN IST P-SUP VORGESEHEN? EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN

Alle Versicherte, die in das DMP Diabetes Mellitus Typ 2 und/ oder KHK der AOK Rheinland/Hamburg oder der BARMER eingeschrieben sind und ihren Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen haben, können teilnehmen.

Patient*innen, die unzureichende Deutschkenntnisse besitzen, kognitive Einschränkungen oder schwere (psychische) Erkrankungen haben, die eine Teilnahme an Gruppenbewegungsaktivitäten verhindern, können nicht in das P-SUP Programm eingeschlossen werden.

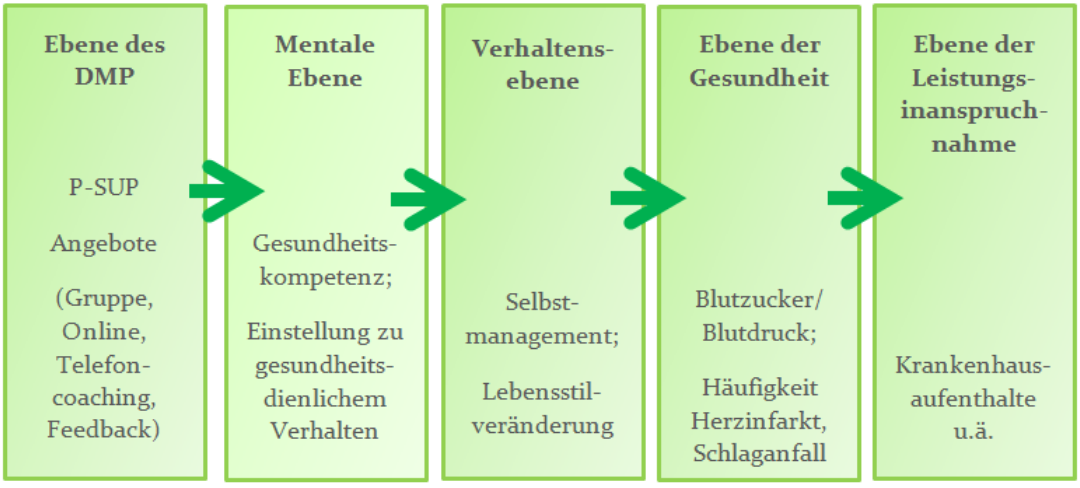
WELCHES ZIEL VERFOLGT P-SUP?

Durch die Etablierung eines Peer-Support-Systems möchten wir eine komplementäre Versorgungsstruktur unter Einbezug bereits bestehender Struktur im Gesundheitssystem und in den Kommunen (Sportverein etc.) schaffen.

Durch die Treffen der Peer-Support-Gruppen wollen wir Patient*innen einen Raum geben, in dem Sie sich nach ihren Vorstellungen (von Freude an gemeinsamer Bewegung bis hin zu inhaltlichen Impulsen durch Expert*innen) mit ihrer chronischen Erkrankung auseinandersetzen können und gegenseitig unterstützen. Darüber hinaus gibt es neben den inhaltlichen Impulsen von Expert*innen auch ein breites Online-Angebot, das der Motivation sowie der Wissensvermittlung dient und Vernetzungsmöglichkeiten bietet. Speziell für Personen, mit niedriger Gesundheitskompetenz und mit niedrigem Aktivierungsgrad gibt es das Telefoncoaching durch trainierte Berater*innen. Alle Patient*innen werden durch ein personalisiertes Feedback regelmäßig über ihre medizinischen Parameter und deren Verlauf informiert. Ziel dieser Angebote ist die Verbesserung des Selbstmanagements, der Gesundheitskompetenz und des Aktivierungsgrades, die ihrerseits zu einer verbesserten physischen Gesundheit beitragen können.

Auf Basis der Evidenz möglicher Verbesserungen durch P-SUP könnten diese Strukturen flächendeckend zur Versorgung eingesetzt werden.

Abbildung 1 : Wirkmodell P-SUP



Wirkmodell: Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm

WIE LÄUFT DAS PROJEKT AB?

Nachdem die Patient*innen der Studienteilnahme zugestimmt haben, werden diese entweder zu der Interventions- oder der Kontrollgruppe randomisiert (zusammenlebende Paare oder Familienmitglieder werden derselben Gruppe zugeordnet). Die Interventionsgruppe erhält nachfolgend neben der Regelversorgung durch Ihre Praxis zusätzlich die Studien-Interventionen (Peer-Support-Gruppe, Online-Angebot, Personalisiertes Feedback und ggf. Telefoncoaching) über einen Zeitraum von zwei Jahren.

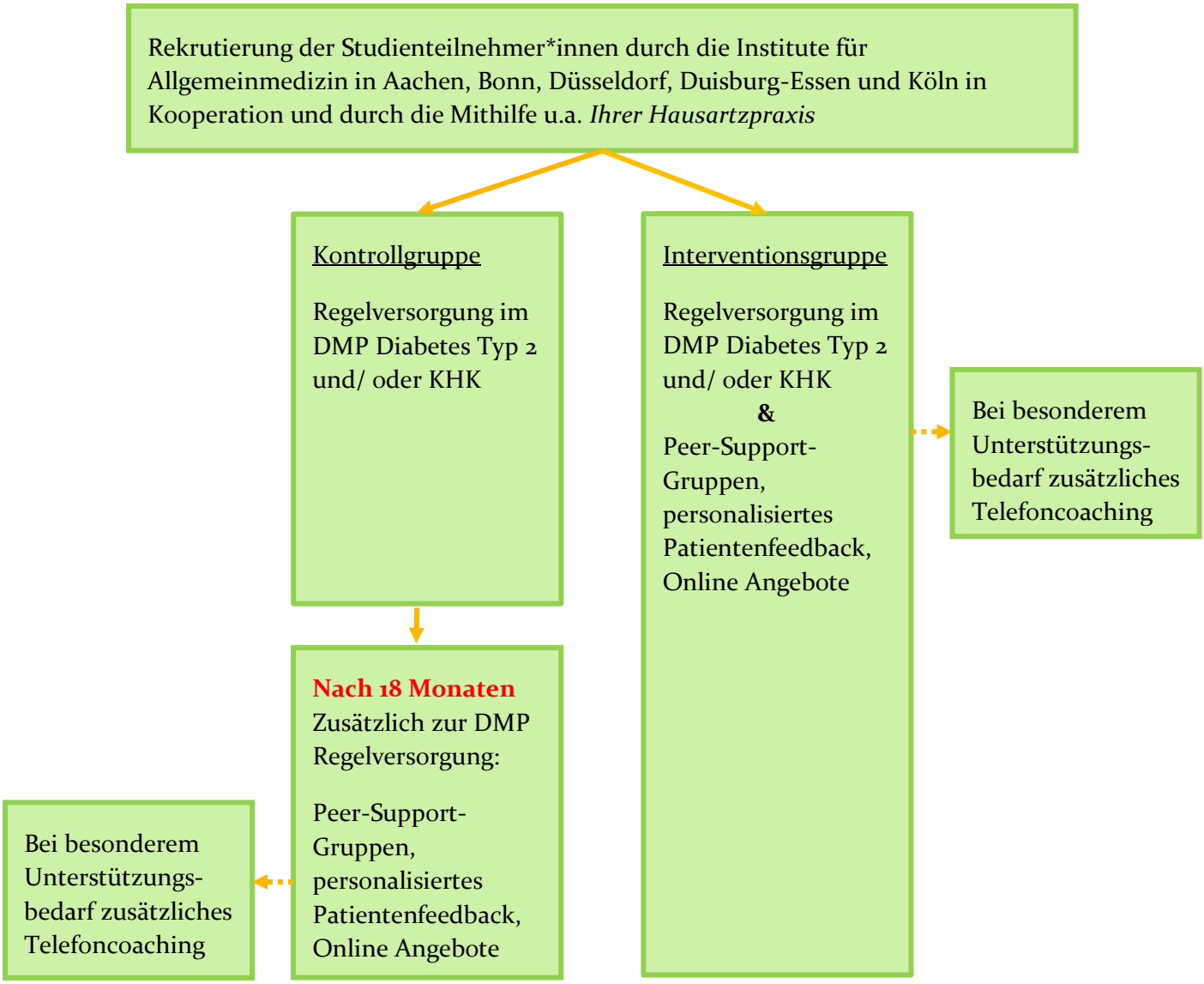
Speziell für Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz und mit niedrigem Aktivierungsgrad gibt es das individuelle Telefoncoaching durch trainierte Berater*innen. Vier Gespräche zu Beginn dienen der Intentionsbildung und –umsetzung. Danach finden die Telefoncoachings in einem Turnus von zwei Monaten über zwei Jahre hinweg statt.

Um die wissenschaftliche Überprüfbarkeit der Effekte durch P-SUP gewährleisten zu können, werden den Patient*innen der Kontrollgruppe die P-SUP-Angebote dann im Folgejahr für einen Zeitraum von einem Jahr angeboten. Es werden somit alle Patient*innen im Laufe dieser Studie Interventionen erhalten.

Patient*innen, die laut ihrer Einschätzung Peer-Support-Gruppenleiter*innen werden könnten und die ihr Einverständnis geben, werden vor Beginn der Gruppentreffen eine Schulung zu psychischen, physiologischen und gruppenbezogenen Aspekten durchlaufen und erhalten für jedes Gruppentreffen eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro. Die Schulungen werden vom P-SUP Projektteam organisiert und durchgeführt.

VISUALISIERTES STUDIENSCHEMA

Abbildung 2: Studienschema P-SUP



WAS IST MEINE ROLLE ALS HAUSARZT*ÄRZTIN?

Sie bilden den wichtigen Schnittpunkt zwischen unseren Forschungseinrichtungen und Ihren Patient*innen. Für jede*n P-SUP-Teilnehmer*in/ PSG Leiter*in, aus Ihrer Praxis, erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 50 Euro.

Allen Patient*innen, die im DMP für KHK/Diabetes Mellitus Typ 2 eingeschrieben und bei der BARMER bzw. AOK Rheinland/Hamburg versichert sind, können Sie dieses Projekt anbieten. Patient*innen, die Teil des Programms werden möchten, notieren Sie in der Patient*innenliste, nachdem die schriftliche Einverständniserklärung unterschrieben wurde. Patient*innen, die Ihrer Meinung nach auch Peer-Support-Gruppen (nach Teilnahme einer Schulung) leiten könnten, werden nach ihrer Zustimmung auf der Patient*innenliste als PSG-Leiter*innen notiert. Ein*e Mitarbeiter*in unserer Studie ist Ansprechpartner*in Ihrer Praxis und wird in regelmäßigen Abständen Kontakt mit Ihnen aufnehmen. Alle weiteren Informationen zur Studie erhalten die Patient*innen nach erfolgreicher Übermittlung der Einverständniserklärung postalisch vom P-SUP Projektteam.

Außerdem erhalten Sie personalisierte Feedbackberichte für Ihre Patient*innen. Diese sollen patientengerecht weitergegeben werden und können in Ihren Behandlungsplan und die DMP Gespräche integriert werden.

Selbstverständlich können Sie uns gerne kontaktieren, wenn Sie Nachfragen oder Anmerkungen haben.

Patient*innen-Liste

Name	Vorname	Geburtsdatum	PSG Leiter*in (ja/nein)

Name	Vorname	Geburtsdatum	PSG Leiter*in (ja/nein)

Case Report Form (CRF): Patient*innen-Fragebögen

Einverständniserklärung der Patient*innen

Hier bitte die ausgefüllten, originalen Einverständniserklärungen abheften.

Die ausgefüllte Einverständniserklärung wird dann von einer /einem Studienmitarbeiter*in abgeholt und an das Trust Center geschickt.

Bitte denken Sie daran, dass immer 2 Einverständniserklärungen komplett ausgefüllt und unterschrieben werden. Ein Original verbleibt dann bei dem/der Patient*in, das andere Original wird zunächst hier im Studienordner abgeheftet und später, wie oben beschrieben, von einem Projektmitarbeiter abgeholt.

Kooperationsvereinbarung Hausärzt*innen

Ethikvotum

Universität zu Köln

Geschäftsstelle Ethikkommission • Universität zu Köln • 50931 Köln

Uniklinik Köln, Institut für
Gesundheitsökonomie und Klinische
Epidemiologie
Herrn Dr. Marcus Redaèlli
Kerpener Str. 62
50937 Köln

Per EKPool

Köln, 06.07.2020

Unser Zeichen: 20-1155

Personalisiertes Selbstmanagement Unterstützungsprogramm (P-SUP)

Sehr geehrter Herr Dr. Redaèlli,

die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln hat sich in ihrer Sitzung vom 02.07.2020 mit Ihrem Antrag befasst. Hierbei wurde Ihnen Gelegenheit zu mündlichen Erläuterungen gegeben. Die Beratung erfolgte nach § 15 Abs. 1 der Berufsordnung der Nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte in Verbindung mit § 2 Abs. 1 der Satzung für die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln.

Der Antrag wird **zustimmend bewertet**. Die zustimmende Bewertung wird an den Eintritt der **folgenden Bedingungen** geknüpft:

1) Wir empfehlen die Information und Einwilligungserklärung unter Berücksichtigung der folgenden Punkte zu überarbeiten und neu vorzulegen:

   a) Der Zweck der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung ist anzugeben sowie die Rechtsgrundlage der Erhebung (vgl. Art. 13+D60 Abs. 1 lit. c DSGVO; Art. 5 Abs. 1 lit. b, Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO+D65). Die Rechtsgrundlage ist in der Regel Art. 6 DSGVO.

   b) Die Gesamtstudienteilnehmeranzahl sollte angegeben sein (vgl. Abschnitt 4.8.10 19. Spiegelstrich (2) ICH/GCP).

   c) Der Nutzen für die Teilnehmer kann deutlicher dargestellt werden (vgl. Abschnitt 4.8.10 8. Spiegelstrich ICH/GCP).

   d) Der Datenfluss sollte in der Information ergänzt werden, bislang sind die Informationen nur in der Einwilligung zu finden.

Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

Geschäftsstelle der Ethikkommission

Vorsitzender
Univ.-Prof. Dr. med.
Raymond Voltz

Leitung der Geschäftsstelle
Dr. med. Guido Grass
Telefon +49 221 478 87916

Stellv. Leitung
Dipl.-Ges.-Ök. Karolina Mäder
Telefon +49 221 478 88844

Dipl.-Biol. Alice Follmann
Telefon +49 221 478 97773

Dipl.-Ges.-Ök. Christine Grimm
Telefon +49 221 478 97772

Dipl.-Ges.-Ök. Agnieszka
Hompanera Torre
Telefon +49 221 478 87488

Corinna Wendeler M.Sc.
Telefon +49 221 478 82903

Christin Willgrod M.A.
Telefon +49 221 478 82902

Büroleitung
Barbara Ulhardt M.A.
Telefon +49 221 478 82900
Telefax +49 221 478 82905

ek-med@uni-koeln.de
www.ek-koeln.de

Servicezeiten:
Mo. – Do. 9.00 – 16.00 Uhr
Fr. 9.00 – 12.00 Uhr
und nach Vereinbarung

Besucheradresse:
Gleueler Str. 269
50937 Köln

Postanschrift:
Kerpener Str. 62
50937 Köln

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft Köln
BLZ 370 205 00
Kto.-Nr. 8 150 000
BIC BFSWDE31

Schreiben der Ethikkommission vom 06.07.2020
Antragsnummer 20-1155

e) Die Ein- und Ausschlusskriterien sollten gemäß Ethikantrag genannt werden. Bisher wird nur Teilnahme an dem DMP als Einschlusskriterium genannt.

f) Es sollte darüber informiert werden, dass und in wie weit und zu welchem Zweck (Prüfung der ordnungsgemäßen Durchführung) Hilfspersonal des Prüfers, Beauftragte des Sponsors (Monitore, Auditoren) und Aufsichtsbehörden Einsicht in die Originalunterlagen nehmen können. Die EK ist für die Überwachung der klinischen Prüfung nicht zuständig und nimmt daher keine Einsicht in Originalunterlagen (Art. 13 Abs. 1 lit. c und e DSGVO; Abschnitt 4.8.10 14. Spiegelstrich ICH/GCP).

g) Die Betroffenen sind auf ihr Recht hinzuweisen, Auskunft (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie) über die sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten sowie ggf. deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen (vgl. Art. 13 Abs. 2 lit. b, Art. 15, Art. 16, Art. 17, Art. 18 DSGVO).

h) Auf Umstände, die zur Beendigung der Teilnahme und / oder zum Abbruch der Studie führen können, ist hinzuweisen (vgl. Abschnitt 4.8.10 18. Spiegelstrich ICH/GCP).

Besondere Hinweise

Sollten – wie mündlich bereits ausgeführt - aufgrund der COVID-19-Pandemie Änderungen im Studienablauf geplant sein, müssen diese als nachträgliche Änderung zur Beratung vorgelegt werden. Bereits jetzt machen wir darauf aufmerksam, dass Änderungen ggf. nicht nur am Studienplan, sondern auch z. B. am Datenschutzkonzept (beispielsweise bei Nutzung eines Anbieters für Videoübertragungen) vorzunehmen sind.

Begründung

Die Unterlagen, einschließlich des Studienplans und der Modalitäten für die Auswahl der Studienteilnehmer entsprechen dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Die vorhersehbaren Risiken und Nachteile der Studie sind gegenüber dem Nutzen für die Person, bei der sie durchgeführt werden soll, und der voraussichtlichen Bedeutung der Ergebnisse für die Heilkunde ärztlich vertretbar.

Hinweise

Die Ethikkommission bittet um Kenntlichmachung und optische Hervorhebung der nach den Anregungen des Votums der Ethikkommission geänderten Passagen bei erneuter Vorlage. Die Dokumente sind über das Antragsportal EthikPool zum Antrag über „Aktion“ → „wesentliche Änderung erstellen“ einzureichen.

Schreiben der Ethikkommission vom 06.07.2020
Antragsnummer 20-1155

Wir dürfen Sie darum bitten, die Ethikkommission unverzüglich von sämtlichen nachträglichen Änderungen im Studienplan (abgesehen von rein formellen) zu unterrichten, da sie eine erneute Beratung erforderlich machen.

Die Ethikkommission bittet darum über alle Vorkommnisse und Änderungen des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes, die während der Studie bekannt werden und die Sicherheit der Teilnehmer oder die Durchführung der Studie beeinträchtigen könnten, unverzüglich informiert zu werden. Diese Information soll nur in Verbindung erfolgen mit einer Stellungnahme des Studienleiters, ob aus seiner Sicht das Nutzen-/Risiko-Verhältnis des Vorhabens verändert ist.

Die Ethikkommission bittet um Unterrichtung über den Beginn der Studie sowie ferner über einen möglichen frühzeitigen Abbruch der Studie. Wir bitten um Übersendung eines jährlichen Zwischenberichtes (vgl. Artikel 23 der Deklaration von Helsinki in der Fassung von 2013). Nach Abschluss des Projektes bitten wir um Übersendung eines Schlussberichtes.

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln setzt sich zusammen und arbeitet gemäß den nationalen gesetzlichen Bestimmungen. Hierbei werden die Grundsätze, wie sie in der „Note for Guidance on Good Clinical Practice“ (CPMP/ICH/135/95) niedergelegt sind, berücksichtigt.

Entsprechend der Funktion der Ethikkommission betrifft diese Stellungnahme nur die ethische Beurteilung der Konzeption, der vorgesehenen Methoden, Durchführung und Überwachung des betreffenden Projektes sowie der beabsichtigten Patientenaufklärung. Die ärztliche und juristische Verantwortung verbleibt jedoch uneingeschränkt beim Projektleiter und seinen Mitarbeitern, so dass alle zivil- oder haftungsrechtlichen Folgen, die sich ergeben könnten, von dieser Seite zu tragen sind.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Raymond Voltz

Corinna Wendeler, M.Sc.

Schreiben der Ethikkommission vom 06.07.2020
Antragsnummer 20-1155

Liste der Beschluss fassenden Kommissionsmitglieder

Prof. Dr. Raymond Voltz (Vorsitz)
Prof. Dr. Jörg-Janne Vehreschild
Dr. Barbara Strohbücker
PD Dr. Steffen Simon
Dr. Andrea Liekweg
Prof. Dr. Barbara Krug
Leonie Kaufmann-Fund

Folgende Unterlagen haben zur Beratung vorgelegen

1) Anlage 1-Antrag_PSUP_inklusive_Anhang-Ethik.docx vom 17.03.2020
2) Anlage 2-P-SUP_Übersicht der Projektintervention-Ethik.pptx vom 17.03.2020
3) Anlage 3-Aufklärungsinfo_Einwilligungserklärung_P-SUP-2020-Ethik-Fassung.docx vom 17.03.2020
4) Anlage 4-Flyer_Patienten_Version_IGKE_2020_02_28-Ethik.pptx vom 17.03.2020
5) Anlage 5-Flyer_Ärzte_Version_IGKE_2020_02_28-Ethik.pptx vom 17.03.2020
6) Anlage 6-P-SUP-Prozesse_2020_03_11-Ethik.pptx vom 17.03.2020
7) Anlage 7-Datenschutzkonzept-Ethik.docx vom 17.03.2020
8) Anlage_8_Sicherheitskonzepte.pdf vom 17.03.2020
9) Anschreiben-Ethik-Kommission.docx vom 17.03.2020
10) Ethikantrag_P-SUP-2020-Final.docx vom 17.03.2020

Das Votum ist gültig für folgende Studienzentren

Prof. Dr. Stephanie Stock, Dr. Marcus Redaèlli, Dusan Simic,
Uniklinik Köln, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie
Kerpener Str. 62
50937 Köln

Prof. Dr. Christian Albus, Dr. Frank Vitinius
Uniklinik Köln, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Kerpener Str. 62
50937 Köln

Studienprotokoll

Schriftverkehr