

Aus dem Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Leiterin: Univ.-Prof. Dr. Dr. Andrea Icks

Gedanken an Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität  
chronisch erkrankter Menschen am Beispiel von Diabetes mellitus  
Typ 2

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von  
Rabea Schlenker

2019

Gewidmet meiner Familie

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekanin/Dekan:

Referentin/Referent:

Korreferentin/Korreferent:

# Zusammenfassung

**Hintergrund:** Im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen, wie beispielsweise dem Diabetes mellitus, werden Fragen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität häufig thematisiert, da diese im Vergleich zu Gesunden vermindert ist. Neben somatischen Faktoren scheinen aber auch psychosoziale Faktoren für die Beurteilung der Lebensqualität bedeutsam, da gerade psychische Probleme bei Menschen mit Diabetes gehäuft auftreten. In diesem Zusammenhang ist in den letzten Jahren ein steigendes Interesse entstanden zusätzliche Einflussfaktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu bestimmen, die ihren Fokus auf die psychosoziale Komponente richten.

**Zielsetzung:** Ziel der Arbeit war es das Wissen über mögliche Psychosoziale Faktoren, die einen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben können zu verbreitern und gezielt den Zusammenhang von negativen Gedanken an Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität chronisch kranker Menschen zu untersuchen

**Methodik:** Für die Bearbeitung der Fragestellung dieser Arbeit wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Es wurden mit 22 TeilnehmerInnen einer Diabetes-Schwerpunktpraxis problemzentrierte Einzelinterviews geführt. Zur Erfassung allgemeiner Daten wurde ergänzend zum Interview ein Kurzfragebogen erstellt, in dem einige soziodemographische Standarddaten, sowie Fragen zum Erleben von Gedanken an Gesundheit erfasst wurden. Die Interviews wurden aufgezeichnet und wörtlich transkribiert.

**Auswertung:** Die Auswertung der Interviewtexte erfolgte zweistufig. Das Datenmaterial wurde zunächst nach den Prinzipien der strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Im Anschluss erfolgte die Bildung qualitativer Typen nach dem Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung nach Kelle und Kluge.

**Ergebnisse:** Nach Auswertung des Datenmaterials ergaben sich insgesamt neun Kategorien: Die Häufigkeit der Gedanken an Gesundheit und der Zeitaufwand für Gedanken an Gesundheit, Anlässe für Gedanken an Gesundheit, das Gesundheitsverhalten, der Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten, das Belastungsempfinden und die Bewertung des Diabetes sowie das Bewältigungs- und Kontrollverhalten. Ausgehend von den gefundenen Kategorien konnten zwei Typen gebildet werden. Zum einen Patienten mit häufigen, meist negativen Gedanken an die eigene Gesundheit, einem hohen Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten und einem dysfunktionalen, bedrohungs-fokussiertem Bewältigungsverhalten, die eine schlechte Lebensqualität und ein hohes Belastungsempfinden angaben. Auf der anderen Seite gab es die Patienten mit wenigen Gedanken an die eigene Gesundheit, einem moderaten Zeitaufwand für das Selbstmanagement und einem funktionalen, bedrohungs-minderndem Bewältigungsverhalten. Sie bewerteten ihre Lebensqualität deutlich besser und fühlten sich auch weniger belastet.

**Schlussfolgerung:** In den Interviews wurde deutlich, dass Menschen, die viel und häufig an ihre Gesundheit dachten, ihre Lebensqualität schlechter beurteilten und deutlich belasteter waren als Patienten ohne diese Gedanken. Negative Gedanken an die Gesundheit scheinen also negativ mit der Lebensqualität assoziiert und können eine wichtige Variable bei der Bewertung der Lebensqualität darstellen. Die Bewertung der Krankheitssituation, die Attribuierung ihrer Ursache, das Bewältigungsverhalten und der Aufwand für das Selbstmanagement der Erkrankung sind in diesem Zusammenhang wichtige Konzepte, die es in der Praxis zu berücksichtigen gilt. So sollte in Bezugnahme auf die gebildeten Typen, auf diejenigen Individuen, die dem Typus mit häufigen Gedanken und einem hohen Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten zugeordnet werden können, in zukünftiger Diabetes-Forschung und dem Gesundheitswesen ein Fokus gelegt werden.

## Abstract

**Background:** Regarding chronic illnesses, as for example diabetes mellitus, questions of health-related-quality of life are a topical subject. Compared to healthy people, diabetes patients have a diminished quality of life. However, beside somatic factors psychosocial factors also seems significant talking about health-related-quality of life, especially because psychic problems are more frequent with people with diabetes. In this connection there a rising interest during the last years in finding additional factors of influence of the health-related quality of life, that focus on the psychosocial dimension.

**Objective:** The aim of the study was to identify possible psychosocial factors, that might have an influence on the health-related quality of life and specifically to examine the connection of negative thought about health and the health-related quality of life of diabetes patients.

**Method:** For this study a qualitative research method was chosen. Problem-centred interviews were held with 22 participants from a diabetes-practise. To gather socio-demographic data, as well as some data regarding the experience of thoughts about health a short questionnaire was provided. The interviews were taped and transcribed literally.

**Data analysis:** The data was analysed by structured qualitative content analysis according to Mayring, followed by a construction of qualitative types after Kelle and Kluge.

**Results:** After data were analysed by structured content analysis a total of nine categories were found: The frequency of thoughts about health and the time spent on thinking about health, occasions for thoughts about health, the health behaviour, the time spend on health-related activities, the assessment of diabetes and the feeling of stress, as well as coping strategies and control behaviour. On the basis of these categories two Types of patients could be identified: On the one hand side patients with frequent, mostly negative thoughts of health, high time spent on health-related activities and dysfunctional coping strategies that lead to an increased feeling of stress and a reduced quality of life. On the other side there were patients with few thoughts about health, a moderate time spent on diabetes-self-management and a functional coping-strategy. Those patients valued their quality of life clearly better and also felt less stressed than patients from type 1.

**Conclusion:** It seems that negative thoughts about health are negatively associated with health-related quality of life, as in the interview people with many thoughts about health felt more burdened and stressed and valuated their quality of life lower than people with rare thoughts about health. Also Time spent on diabetes-self-management coping strategies, perception of illness, subjective health and disease concepts are important aspects that have to be considered dealing with those patients. Thus a focus in health-service and future research should be on those individuals who can be assigned to the patient- type with frequent thoughts and a high time involved for health-related activities.

## Abkürzungsverzeichnis

<b>ADA</b>	American Diabetes Association
<b>BEFO</b>	Berner Bewältigungsformen
<b>BMI</b>	Body-Mass-Index
<b>DAWN</b>	Diabetes Attitudes, Wishes and Needs
<b>DDG</b>	Deutsche Diabetes Gesellschaft
<b>DM2</b>	Diabetes mellitus Typ 2
<b>DMP</b>	Disease-Management-Program
<b>EASD</b>	European Association for the Study of Diabetes
<b>EFC</b>	Emotional-focused coping
<b>FEV1</b>	Forced Expiratory Pressure in 1 Second/ Einsekundenkapazität
<b>HRQOL</b>	Health-related quality of life
<b>IDF</b>	International Diabetes Federation
<b>PFC</b>	Problem-focused coping
<b>QUALY</b>	Qualified-adjusted life year
<b>TTO</b>	Time-Trade- Off
<b>(unv.)</b>	Unverständlich
<b>VAS</b>	Visuelle Analog Skala
<b>WHO</b>	World Health Organisation

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
1.1	DIE GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT	1
1.2	GEDANKEN AN GESUNDHEIT	4
1.3	DIABETES MELLITUS	9
1.4	ZIELSETZUNG	12
<b>2</b>	<b>METHODIK</b>	<b>14</b>
2.1	METHODISCHER ANSATZ DER STUDIE	14
2.2	DATENERHEBUNG	15
2.2.1	<i>Die Studienpopulation</i>	15
2.2.2	<i>Die Rekrutierung der Studienpopulation</i>	16
2.2.3	<i>Ethische Aspekte</i>	16
2.2.4	<i>Der Interviewleitfaden (Anhang)</i>	16
2.2.5	<i>Der Kurzfragebogen (Anhang)</i>	18
2.2.6	<i>Die Durchführung der Interviews</i>	19
<b>3</b>	<b>AUSWERTUNG DES INTERVIEWMATERIALS</b>	<b>21</b>
3.1	DIE TRANSKRIPTION DER DATEN	21
3.2	PRINZIPIEN DER DATENAUSWERTUNG	21
3.2.1	<i>Die qualitative Inhaltsanalyse</i>	21
3.2.2	<i>Der Prozess der Typenbildung</i>	25
3.2.3	<i>Gütekriterien</i>	28
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>31</b>
4.1	BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	31
4.2	ERGEBNISSE AUS DEM KURZFRAGEBOGEN	33
4.3	ERGEBNISSE DER QUALITATIVEN INHALTSANALYSE	33
4.3.1	<i>Häufigkeit und Umfang der Gedanken an Gesundheit</i>	34
4.3.2	<i>Anlässe für Gedanken an Gesundheit</i>	35
4.3.3	<i>Gesundheitsverhalten</i>	37
4.3.4	<i>Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten</i>	41
4.3.5	<i>Belastungsempfinden</i>	42
4.3.6	<i>Bewertung des Diabetes</i>	45
4.3.7	<i>Bewältigungsverhalten</i>	47
4.3.8	<i>Kontrollüberzeugung</i>	61
4.4	ERGEBNISSE DER TYPENBILDUNG	62
4.4.1	<i>Typ 1: Der Grübler</i>	64
4.4.2	<i>Typ 2: Der Unbesonnene</i>	67
<b>5</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>71</b>
5.1	INHALTLICHE DISKUSSION	71
5.2	LIMITATIONEN	79
<b>6</b>	<b>FAZIT UND AUSBLICK</b>	<b>81</b>
<b>7</b>	<b>ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>83</b>
<b>8</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>84</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG</b>	<b>91</b>

# 1 Einleitung

## 1.1 Die gesundheitsbezogene Lebensqualität

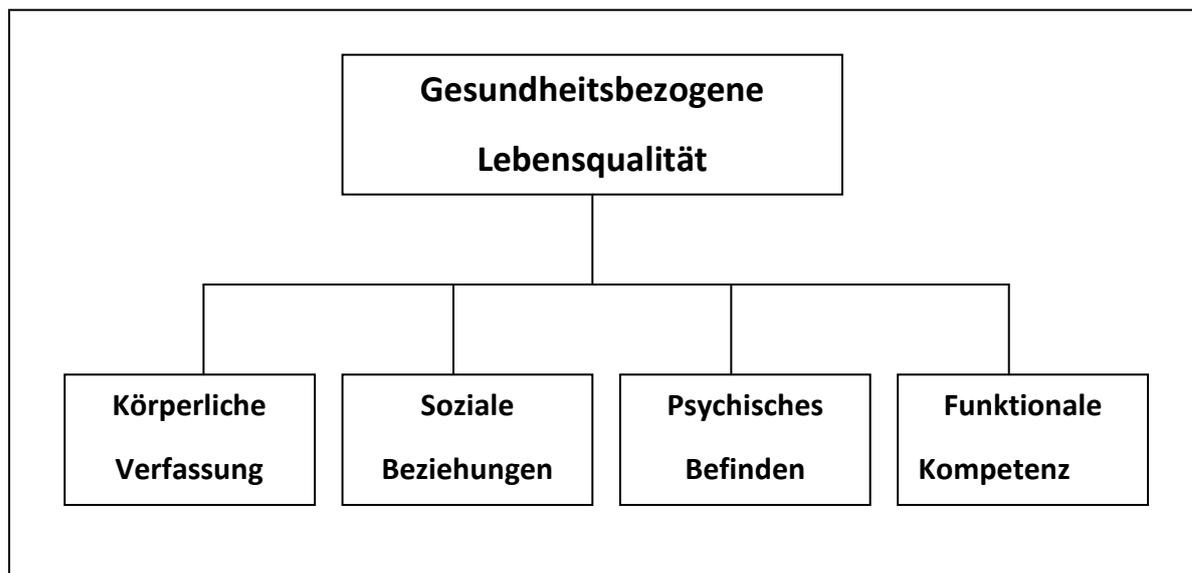
*Da es sehr förderlich für die Gesundheit ist, habe ich beschlossen, glücklich zu sein.*

*– Voltaire (1694-1778) –*

Gesundheit ist mit all ihren Dimensionen Voraussetzung für die uneingeschränkte Handlungsfähigkeit das eigene Leben nach individuellen Vorstellungen und Wünschen zu gestalten, und ein wesentlicher Faktor für das Wohlbefinden eines Menschen. Dieser gesundheitsbezogene Aspekt des persönlichen Wohlbefindens wird, abgegrenzt von materiellen und politischen Bezügen des Wohlbefindens, mit dem Begriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ beschrieben. Der Begriff ist eng mit der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verbunden und beschreibt aus Patientensicht die körperlichen, psychischen, mentalen, sozialen und funktionalen Einflüsse von Krankheit und Behandlung auf das Wohlbefinden und die körperliche Funktionsfähigkeit (Bullinger et al, 2000). Dabei unterliegt die gesundheitsbezogene Lebensqualität Einflüssen auf unterschiedlichen Ebenen, die sich nach Bullinger (Bullinger, 1994) vereinfachend im Wesentlichen in vier inhaltliche Bereiche einteilen lassen (Abb.1):

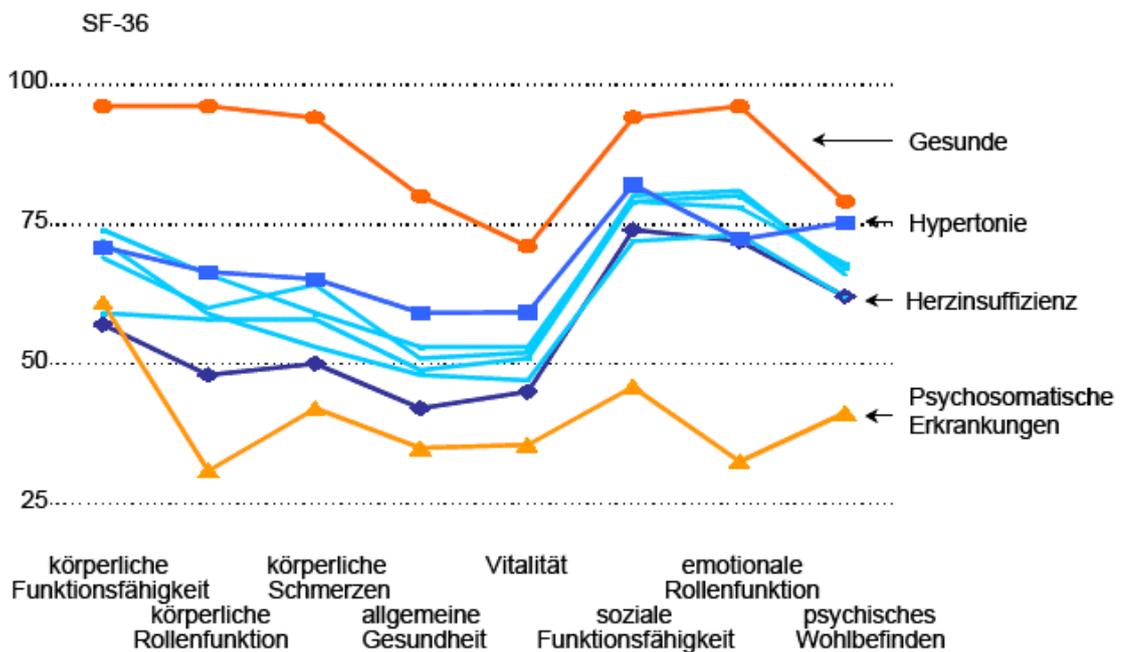
1. Art der Erkrankung und die krankheitsbedingten körperlichen Beschwerden
2. Krankheitsbedingte Einschränkungen der zwischenmenschlichen Beziehungen und sozialen Interaktionen
3. Psychische Verfassung und die emotionale Befindlichkeit und Lebenszufriedenheit
4. Funktionale Einschränkungen im Alltagsleben, z. B. in Freizeit, Beruf und Haushalt

**Abbildung 1: Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Bullinger (Bullinger et al, 2000)**



Alle Dimensionen können zu einer Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führen, wobei die einzelnen Dimensionen für jeden Menschen von unterschiedlicher Bedeutung sind und verschieden gewichtet werden können (Rose, 2003). Anhand dieser Bereiche kann auch zwischen verschiedenen Erkrankungen und Therapien anschaulich verglichen werden, indem ein Überblick gegeben wird, welche Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von der Erkrankung oder Therapie besonders betroffen sind und ggf. besondere Aufmerksamkeit verdienen (Rose, 2003). Betrachtet man das Muster der verschiedenen gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsdimensionen für einige chronische somatische Erkrankungen wie die Hypertonie, den Diabetes mellitus, oder die Herzinsuffizienz (Abb.2), so fällt auf, dass sich bei allen somatischen Erkrankungen die stärksten Einschränkungen im Bereich des physischen Wohlbefindens finden lassen, gefolgt von Einschränkungen im Bereich des psychischen Wohlbefindens (Rose, 2003). Patienten die mit primär psychischen Erkrankungen behandelt werden, weisen generell die schlechtesten Lebensqualitätswerte auf (Rose et al, 2000). Depressive Patienten zeigen sogar in allen Lebensqualitätsdimensionen ähnlich schlechte Werte wie Patienten mit einer lebensbedrohlichen körperlichen Erkrankung (Rose, 2003; Scholler, 1997). Der psychischen Disposition der Kranken scheint damit offenbar eine herausgehobene Stellung in der Lebensqualitätsmessung zuzukommen.

**Abbildung 2: unterschiedliche Lebensqualitätsprofile bei chronischen Erkrankungen (Rose, 2003)**



**Abb. 2:** Unterschiedliche Lebensqualitätsprofile bei chronisch Erkrankungen (Rose, 2003) Lebensqualitätsprofil anhand der Skalen des SF-36 von Gesunden Personen (n=914), Patienten mit Hypertonie (n=5380), Diabetes mellitus (n=172), Asthma bronchiale (n=171), Tumor- (n=60), Magen-Darm-Erkrankungen (n=184), Herzinsuffizienz (n=269) und psychosomatischen Erkrankungen (n=2442).

Dabei wurde lange Zeit angenommen, dass die körperliche Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (organische Dysfunktionen und körperliche Beschwerden) die wichtigste Rolle spielt und diese in der Folge zu Beeinträchtigung der Dimensionen psychisches Wohlbefinden und soziale Funktionsfähigkeit führt (Rose, 2003). Entsprechend folgerte man, dass eine erfolgreiche somatische Therapie auch die abhängigen Variablen psychisches und soziales Wohlbefinden verbessern wird. Bei der Therapie akuter Infektionserkrankungen, z. B. der Pneumonie, besteht kein Zweifel an der Richtigkeit dieser Annahme (Bullinger, 2000; Schumacher, 2003). Aber durch die allmähliche Verschiebung des Krankheitsspektrums in den industrialisierten Ländern während des 20. Jahrhunderts sind die biologischen und physiologischen Outcome-Parameter wie z. B. Mortalität und Morbidität als alleiniges Maß unzureichend geworden (Bullinger, 2000). Die früher dominierenden Infektionskrankheiten wurden abgelöst durch eine Reihe von chronisch und degenerativ verlaufenden Erkrankungen, die heutzutage den überwiegenden Teil der behandlungsbedürftigen Krankheiten im Gesundheitswesen ausmachen (Faltermaier, 1994). Die Alameda-County-Studie in Kalifornien (Berkman & Breslow, 1983) kam zu dem

Ergebnis, dass von 7000 untersuchten Personen, 43 % mindestens eine chronische Erkrankung oder Behinderung hatten, während nur 29 % der Personen keine Beschwerden aufwiesen. Infektionskrankheiten sind dabei heutzutage mit nur ca. 3 % statistisch fast zu vernachlässigen (Faltermaier, 1994). Trotz eines vergleichsweise hohen Lebensstandards und eines hohen Niveaus der Medizintechnologie ist in den meisten industrialisierten Gesellschaften also ein Großteil der Bevölkerung krank (Faltermaier, 1994). Dabei ist zu beachten, dass chronisch-degenerative Erkrankungen wie die Herzinsuffizienz, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder der Diabetes mellitus durch eine rein kurativ ausgerichtete Medizin nicht entscheidend zu bekämpfen sind (Faltermaier, 1994). Bei diesen Erkrankungen steht meist keine Heilung in Aussicht, sondern allenfalls eine kurzzeitige Besserung der organischen Befunde oder eine Stabilisierung der organischen Restfunktion. Ihre meist lebenslangen Therapien und Interventionen können einen gravierenden Einfluss auf das Alltagsleben und die Zufriedenheit der Betroffenen und Angehörigen ausüben (Bullinger, 2000; Schumacher, 2003). Vor diesem Hintergrund spielt es also zunehmend eine Rolle wie erkrankte Menschen ihren Gesundheitszustand subjektiv erleben und wie sie in ihrem Alltag zurechtkommen (Rose, 2003). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Beurteilungskriterium für medizinische Maßnahmen und Therapien wird daher immer wichtiger (Bullinger, 1996), wobei es scheint, dass der psychischen Dimension eine bedeutende Rolle zukommt. So konnte in einer Studie mit 111 jungen Patienten mit angeborenem Herzfehler, die meist keine weitere Erkrankung aufwiesen, die somatische Funktion, die mittels Spirometrie gemessen wurde, nur ca. 4 % der gemessenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität aufklären. (Rose et al, 2005) Ähnliches zeigt sich in einer Studie mit Asthma-bronchiale-Patienten: Hier kann die Atemstoßkapazität (FEV1) nur ca. 3 % der subjektiven erkrankungsspezifischen Belastungen aufklären ( $r=,12-,15$ ). Der Zusammenhang zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist sogar noch geringer ( $r=,04$ ) (Rose, 2003; Rutten-van Molken et al, 1995). Daher ist in den letzten Jahrzehnten das Interesse gestiegen, zusätzliche Einflussfaktoren auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu bestimmen, die ihren Fokus verstärkt auf die psychosoziale Komponente richten.

## **1.2 Gedanken an Gesundheit**

Einen möglichen weiteren Einflussfaktor auf die HRQOL definiert Paul Dolan (Dolan, 2011) in seiner Studie: Er untersuchte, ob und inwiefern sich Gedanken und Gefühle über die eigene Gesundheit, die Familie, Finanzen oder den Job zusätzlich zu den bereits bekannten Einflussfaktoren auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen auswirken. Die

HRQOL wurde dabei mit dem sogenannten *Time-Trade-Off* Verfahren (TTO) ermittelt (Burström et al). Der TTO misst wie viele Jahre des Lebens man bereit ist aufzugeben, wenn die verbleibenden ohne jedwede gesundheitliche Einschränkung verbracht werden können. Der Befragte wird vor die Wahl zwischen einem Zustand mit eingeschränkter Lebensqualität für den Rest seiner statistischen Lebenserwartung und einer Zeitspanne  $x$  in vollkommener Gesundheit und anschließendem Tod gestellt. Dolan fiel auf, dass Patienten, die Erkrankungen hatten, mit denen man sich normalerweise sehr schnell abfindet und an die man sich gut gewöhnen kann, häufig bereit waren, viele Jahre ihrer Lebenserwartung zu opfern, um diese Erkrankungen loszuwerden. In der Psychologie wird der Gewöhnungseffekt, der sowohl nach positiven und auch negativen Ereignissen erlebt wird, als hedonische Adaption bezeichnet. Dolan untersuchte, ob und inwiefern Gedanken und Gefühle über die eigene Gesundheit, die Familie, Finanzen oder den Job eben diese Diskrepanz zwischen hedonischer Adaption und den durch den TTO ermittelten gesundheitsbezogenen Nutzwerten erklären können. Es zeigte sich, dass nur zwischen den Gedanken an Gesundheit, nicht jedoch an Familie, den Job oder Finanzen, und den TTO-Werten ein signifikanter Zusammenhang hergestellt werden konnte. Häufige positive Gedanken waren mit höheren TTO-Werten und häufige negative Gedanken an Gesundheit mit niedrigeren TTO-Werten assoziiert. Die Probanden mit sehr häufigen negativen Gedanken an die eigene Gesundheit hatten, nach Adjustierung für den Gesundheitszustand um bis zu 7,5 % niedrigere TTO-Werte. Sie waren also bereit, mehr Lebensjahre zu opfern, als TeilnehmerInnen mit positiven Gedanken oder keinen Gedanken an die eigene Gesundheit. Bisher gibt es in der Literatur nur wenige wissenschaftliche Studien, die sich mit den Auswirkungen von Gedanken auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität beschäftigen, aber in den letzten Jahren hat das Interesse an diesem Forschungsthema stark zugenommen. So sprechen mittlerweile weitere Studienergebnisse dafür, dass sowohl positive als auch negative Gefühle und Gedanken einen Einfluss auf unsere Gesundheit haben können (Lohnberg & Altmaier, 2014) (Barakat et al, 2007) (Park et al, 2010).

Aber was genau ist unter Gedanken an Gesundheit zu verstehen? Um diese Frage zu beantworten, sollte man zunächst klären, was Gesundheit eigentlich bedeutet. Gesundheit ist in den heutigen Industriegesellschaften zunehmend ein Gegenstand öffentlicher Aufmerksamkeit geworden. In Fernsehmagazinen, Zeitschriften und im Internet gibt es mittlerweile zahlreiche Beiträge, die über Gesundheit berichten oder Ratschläge für einen gesunden Lebensstil geben. Es wird mit der Wertschätzung von Gesundheit geworben, zu ihrer Steigerung werden Mittel angepriesen und das Argument „etwas für die Gesundheit tun“

reicht meist aus, um Menschen für etwas zu motivieren (Franke, 2010). Gesundheit gilt auch im Volksmund als höchstes Gut. „Hauptsache gesund“, sagen daher auch Schwangere häufig, wenn sie nach dem Geschlecht des ungeborenen Kindes gefragt werden (Franke, 2010). Gesundheit ist heute für viele ein zentraler Wert und hat einen hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft (Faltermajer, 1994). Immer mehr Menschen interessiert es, wie sie ihre Gesundheit erhalten und wie sie gesund leben können. Sie achten verstärkt auf gesunde Ernährung, halten sich fit durch Sport und Bewegung und sind sensibel geworden für die körperlichen Auswirkungen ihrer psychischen Konstellationen (Faltermajer, 1994). Es lässt sich also wohl berechtigterweise von einem zunehmenden Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung sprechen (Faltermajer, 1994). Auch in der Politik spielen Fragen der Gesundheit eine große Rolle. Es wird über Gesundheitsleistungen und -kosten diskutiert und Gesundheitsreformen werden propagiert (Franke, 2010). Aber welche Gesundheit soll eigentlich reformiert werden? Wer versteht in dieser Diskussion was unter Gesundheit? Die öffentliche Diskussion findet statt, ohne dass ein Konsens über die Definition, den Stellenwert und die Bedeutung von Gesundheit besteht, denn obwohl der Begriff „Gesundheit“ im Alltag häufig verwendet wird, ist es ein schweres Vorhaben, Gesundheit einheitlich und eindeutig zu definieren (Franke, 2010). Betrachtet man in einer ersten Annäherung die sprachliche Bedeutung des Begriffs „Gesundheit“, so verweist das deutsche Wort „gesund“ in seinen Ursprüngen auf „mächtig, stark“. Das englische Wort „*health*“ hat ebenso wie das deutsche Wort „heil“ den Bedeutungsgehalt von „ganz“ (Faltermajer, 1994). Eine Person wird also bei der Abwesenheit von Symptomen und Beschwerden als gesund eingestuft. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird diese Definition als Negativdefinition bezeichnet, weil sie Gesundheit über die Abwesenheit von Krankheit definiert. Diese Vorstellung von Gesundheit als Störungsfreiheit gehört nicht nur zu den ältesten Definitionen, sondern kennzeichnet das Verständnis des westlich-industriellen Medizinsystems (Franke, 2010). Solange sich Werte innerhalb definierter Grenzen oder statistischer Normen befinden, die von Experten festgelegt wurden, gilt man als gesund. In diesem biomedizinischen Modell von Krankheit und Gesundheit werden Krankheiten eher mit einer naturwissenschaftlichen Perspektive untersucht und auf der Basis von naturwissenschaftlichen Gesetzen erklärt. Die Medizin konzentriert sich dabei auf den Körper des Menschen und reduziert Krankheiten auf ein innerkörperliches Geschehen, demzufolge in der Person liegende Defekte und Dysfunktionen die Krankheit bedingen (Faltermajer, 1994). Der kranke Mensch ist dabei nur der passive Träger dieser pathogenen Störung und wird in der Folge zum Objekt der Behandlung. Psychische Faktoren werden in diesem Modell vom körperlichen Geschehen abgetrennt und konsequent ausgeblendet, da sie als irrelevant für das eigentliche Krankheitsgeschehen

eingestuft werden (Franke, 2010). Ohne Frage dominierte das biomedizinische Modell lange Zeit das Verständnis von Krankheit und Gesundheit, nicht nur in der Medizin, sondern auch in allen anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung. Es ist auch heute noch das vorherrschende Modell und der theoretische Ausgangspunkt der Gesundheitsdiskussionen (Franke, 2010). Der ausschließlich organische und objektivierende Zugang des biomedizinischen Modells wurde aber zunehmend kritisiert und die Vernachlässigung der Person in ihrer Ganzheitlichkeit beklagt. Auch in der wissenschaftlichen Diskussion wurde es zur Disposition gestellt. Es häuften sich Forschungsergebnisse, die den Einfluss von psychischen und sozialen Faktoren auf die Krankheitsentwicklung, den Krankheitsverlauf und die Behandlungserfolge belegten und ein ausschließlich organisch bestimmtes Modell zunehmend überholt erschienen lassen (Faltermaier, 1994). Dagegen bezieht sich die Definition von Gesundheit als Wohlbefinden auf die subjektive Ebene des Individuums und fokussiert die psychischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit stärker. Gesundheit und Krankheit werden hier als individuelle Zustände aufgefasst, die jeder anders empfindet und bewertet. Offiziell wurde dies erstmalig 1946 von der WHO in die Debatte eingebracht: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen (World Health Organization, 1946)“. Gesundheit geht in diesem Verständnis über das Freisein von körperlichen und psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen hinaus, Gesundheit ist Wohlbefinden (Franke, 2010). Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ergänzte 1986 (World Health Organization, 1986): „Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten (World Health Organization, 1986). Damit sind für die Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Person nicht mehr nur somatische Indikatoren wie die Symptomatik oder die Überlebenszeit von Bedeutung, sondern es wurde unterstrichen, dass auch psychische und soziale Faktoren beachtet werden müssen. All diesen Modellen liegt das Konzept zu Grunde, dass Krankheit und Gesundheit zwei verschiedene Zustände sind, die sich gegenseitig ausschließen und nicht gleichzeitig vorhanden sein können (Franke, 2010). Doch heutzutage werden Krankheiten nicht mehr am Körper, sondern im Körper entschlüsselt. Krankheiten sind von einem äußerlich unversehrtem Körper nicht mehr so leicht abzulesen (Faltermaier, 1994) sondern mehr und mehr

beeinflussen technische Möglichkeiten der Diagnostik die Einteilung in gesund oder krank. Je fortschrittlicher die Möglichkeiten der Diagnostik werden, umso mehr erweitert sich das Spektrum potentieller Erkrankungen, von denen die Betroffenen nichts wissen und die sie in ihrem Gesundheitserleben nicht beeinträchtigen (Franke, 2010). So werden beispielsweise Diabetes oder Bluthochdruck subjektiv in den Frühstadien eher nicht wahrgenommen und nicht als Beeinträchtigung des Befindens erlebt, obwohl sie aus medizinischer Sicht ein hohes gesundheitliches Risiko bergen. Andersherum gibt es besonders im psychosomatischen Bereich Menschen, die sich sehr krank und eingeschränkt fühlen, bei denen aber trotz intensiver Diagnostik nur minimale körperliche Befunde vorliegen (Franke, 2010). Auch für die im Krankheitsspektrum immer wichtiger werdenden chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen ist eine strikte Trennung von gesund und krank nicht ohne weiteres möglich. Weder können die Krankheiten einfach wegtherapiert werden noch entsteht danach automatisch Gesundheit. Im Gegensatz zu Akutkranken, die an vorübergehenden, prinzipiell heilbaren Krankheiten leiden, begleiten chronische Krankheiten die Betroffenen fortan im weiteren Lebenslauf. Dabei sind sie phasenweise mehr oder weniger in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt (Schaeffer & Moers, 2008). Sie sind also gewissermaßen krank und gesund zugleich, befinden sich dabei allerdings nicht in einem Zustand vollständiger, sondern bedingter Gesundheit bzw. Krankheit (Schaeffer & Moers, 2008). Sie befinden sich eher auf einem Kontinuum, in dem sich mal die Krankheit, dann wieder die Gesundheit in den Vordergrund schiebt (Schaeffer & Moers, 2008). So ist eine Kombination von Gesundheit und Krankheit möglich. Chronisch Kranke sind also nicht entweder krank oder gesund, sondern mehr oder weniger immer beides. Die Position auf dem Kontinuum wird durch Merkmale verschiedenster Dimensionen bestimmt; etwa durch die Dimension des medizinischen Befundes, der Prognose, der Therapiemöglichkeit, der Funktionseinschränkung, der Schmerzempfindung oder des Ausmaßes der subjektiv erlebten Beeinträchtigung (Franke, 2010). Eine allgemeingültige Gesundheits- oder Krankheitsdefinition zu finden, gestaltet sich damit als schwierig und ist nicht so einfach, wie sie auf den ersten Blick scheinen mag. Festzustellen ist jedenfalls, dass Gesundheit ohne Krankheit nicht denkbar ist und umgekehrt. Jede Definition von Gesundheit schließt somit notwendiger Weise auch Krankheit mit ein (Franke, 2010). Gedanken an Gesundheit lassen sich folglich nicht klar definieren, sondern sie basieren auf den individuellen Konzepten der Befragten von Gesundheit.

### 1.3 Diabetes mellitus

Zu den weltweit häufigsten und gesundheitsökonomisch relevantesten chronischen Erkrankungen gehört der Diabetes mellitus. Nach Schätzungen der Internationalen Diabetes Föderation (IDF) aus dem Jahr 2015 sind derzeit rund 415 Millionen Menschen im Alter zwischen 20 und 79 Jahren weltweit, davon ca. 59 Millionen Europäer, an Diabetes mellitus erkrankt (International Diabetes Federation, 2015). Bis 2040 soll die Zahl sogar auf ca. 645 Millionen Betroffene ansteigen, sodass die IDF mittlerweile von einer Diabetes-Epidemie spricht. In Deutschland leiden derzeit rund 7,5 Millionen Menschen an einem Diabetes. Dazu kommen vermutlich bis zu vier Millionen Menschen, deren Diabetes noch nicht diagnostiziert wurde (International Diabetes Federation, 2015) Aufgrund der Altersstruktur der deutschen Gesellschaft, der demographischen Entwicklung und der steigenden Lebenserwartung hat besonders die Zahl der an Typ-2-Diabetes Erkrankten stark zugenommen. Diabetes mellitus Typ 2 (DM2) gehört mit rund 95 % der Diabetes-Erkrankungen mittlerweile zu den häufigsten chronischen Krankheiten in Deutschland – die Tendenz ist weiterhin steigend (Jacobs et al, 2017). Betrachtet man die Prävalenz der Erkrankung in Abhängigkeit vom Lebensalter, fällt auf, dass der Diabetes mellitus bei älteren Menschen deutlich häufiger vorkommt als bei jüngeren. Bei den Menschen im Alter von über 60 Jahren leiden zwischen 18 und 28 Prozent der Männer und Frauen an dieser Erkrankung (Hessen et al, 2007). Bei den Menschen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren sind es zwischen vier und zehn Prozent. Mittlerweile wird aber auch zunehmend bei jüngeren Leuten ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert (Deutsche Diabetes-Hilfe, 2014) Als wichtigste Risikofaktoren für einen Typ-2-Diabetes gelten ein ungesunder Lebensstil, Übergewicht, Bewegungsmangel und steigendes Alter sowie eine erbliche Veranlagung (Kerner & Bruckel, 2008). Insgesamt ist die Lebenserwartung von Menschen mit Diabetes mellitus reduziert. So konnte im Vergleich zu Nichtdiabetikern bei Männern durch den Diabetes ein Verlust von 5,3 Lebensjahren und bei Frauen sogar von 6,4 Jahren beschrieben werden (Hien & Böhm, 2007). 2015 starben rund 56000 Betroffene an diabetesbezogenen Komplikationen (International Diabetes Federation, 2015). Neben der erhöhten Sterblichkeit ergibt sich die große Bedeutung des Diabetes auch durch die diabetesbedingten Folgeerkrankungen, die mit Erblindung, Dialysepflichtigkeit und Amputation von Gliedmaßen einhergehen können und eine große Belastung für die Betroffenen darstellen (Rathmann et al, 2009).

Bei der Therapie des Diabetes kommt dem Patienten die entscheidende Rolle zu. Er muss die wesentlichen Therapiemaßnahmen eigenverantwortlich und dauerhaft in seinem Alltag

umsetzen (Kulzer, 2011). Die Prognose des Diabetes hängt dabei in einem hohen Ausmaß davon ab, inwieweit die Betroffenen in der Lage sind, die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen wie regelmäßige Blutzuckerkontrollen, Insulininjektionen, Medikamenteneinnahmen oder die Blutdruckkontrolle selbstständig und erfolgreich durchzuführen (Kulzer, 2011). Auch die präventiven Aktivitäten sind tief in das Alltagshandeln eingebettet und haben eine wesentliche Funktion für die Gesundheitshaltung oder sollen das Fortschreiten der Krankheit verhindern: die Art der Ernährung, der Umgang mit Genussmitteln, das Ausmaß an Bewegung, die Selbstbehandlung von Beschwerden usw. (Faltermaier, 1994). Das Gesundheitsverhalten von chronisch Erkrankten besteht also aus einer großen Bandbreite von Aktivitäten, die von präventiven, die Gesundheit erhaltenden Verhaltensweisen über den Umgang mit alltäglichen Beschwerden bis hin zu Selbstmanagementmaßnahmen im Rahmen der chronischen Krankheit reichen. Die Entstehung von Akut- und Folgekomplikationen und das Erreichen der wesentlichen Diabetes-Therapieziele hängt entscheidend von diesem Gesundheitsverhalten ab, dessen Bedeutung aufgrund des Umfangs und der Qualität der Leistungen kaum zu überschätzen ist (Kulzer, 2011). Von den Betroffenen wird eine lebenslange Anpassungsleistung gefordert, um diese Behandlungsmaßnahmen zu bewältigen und bestmöglich in das Leben zu integrieren (Kulzer, 2003). Dies ist angesichts der Komplexität der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen eine schwierige Aufgabe und viele Menschen haben Probleme im Umgang mit der Erkrankung (Kulzer, 2003). Rund 50 % der Betroffenen fühlen sich durch die Anforderungen der Diabetestherapie belastet (Mehnert et al, 2003) und die Lebensqualität ist im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes vermindert (Kneck et al, 2012). Die Belastungen, die aus den Selbstmanagementanforderungen resultieren, können die Betroffenen leicht überfordern und die Lebensqualität negativ beeinflussen (Vijan et al, 2014). Ein wichtiger Faktor ist dabei der Zeitaufwand, denn die Integration der Behandlungsmaßnahmen in den Alltag beansprucht viel Zeit. Diabetespatienten, die viel Zeit für die Diabetes-Therapie aufwenden, haben eine reduzierte Lebensqualität. (Yen et al, 2013). Versteht man den Aufwand der Betroffenen als „Arbeit“, lassen sich Parallelen zur Berufswelt ziehen. Auch hier haben Menschen, die viel Zeit in bezahlte Arbeit investieren, ein verringertes subjektives Wohlbefinden (MacGregor & Wathen, 2014). Die durch die komplexen und vielfältigen Behandlungsaspekte eingeschränkte Lebensqualität kann wiederum die Behandlungsmotivation und das Selbstbehandlungsverhalten weiter reduzieren und folglich das Erreichen der Gesundheitsziele und die Arzt-Patienten-Beziehung gefährden (Polonsky et al, 1995).

Darüber hinaus zeigen Studienergebnisse, dass Menschen mit DM durch die lebenslange Anpassungsleistung an die Erkrankung auch eine Reihe von emotionalen Belastungen erleben (Kulzer et al, 2012). So sind depressive Symptome bei Patienten mit Diabetes sehr häufig. In verschiedenen Studien konnte eine erhöhte Prävalenz depressiver Störungen bei Diabetikern nachgewiesen werden (Lehnert et al, 2011). Im Vergleich zur Normalbevölkerung treten Depressionen und psychische Probleme bei Menschen mit Diabetes doppelt so häufig auf (Anderson et al, 2001). Anderson et al. (Anderson et al, 2001) errechneten in einer Metaanalyse von 39 Studien mit insgesamt 20218 Diabetikern eine Prävalenz von 11% für schwere Depressionen und eine Prävalenz von 31% für klinisch relevante Depressionen. Bei Rund 7 Millionen Menschen mit Diabetes in Deutschland leidet somit ca. jeder dritte Betroffene an einer subklinischen oder klinischen Depression. In einer der weltweit größten psychosozialen Diabetes-Studien gaben mehr als 65 % der Menschen mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes psychologische Probleme an (Debono & Cachia, 2007). Auch Patienten einer kardiologischen Rehabilitationsklinik hatten nach einem kardialen Ereignis ein deutlich schlechter eingestuftes subjektives Wohlbefinden und waren deutlich depressiver, wenn sie an einem Diabetes mellitus erkrankt waren (Rosenthal et al, 1998). Nach dem kognitionstheoretischen Modell von Beck (Beck, 2011) können Depressionen auf häufige negative Gedanken zurückzuführen sein, die in der Folge zu dysfunktionalen Denkschemata bei den Betroffenen führen. Im Rahmen einer effektiven Diabetestherapie sollten, neben verhaltenstherapeutischen und medizinischen Maßnahmen, diese Gedanken daher identifiziert und modifiziert werden, um eine bereits bestehende depressive Symptomatik zu lindern oder möglicherweise das Auftreten einer solchen zu verhindern (Clarke & Goosen, 2009). Denn in der Folge verschlechtern Depressionen und depressive Verstimmungen die Prognose der Erkrankung, reduzieren die Lebenserwartung sowie die Lebensqualität der Betroffenen und führen zu einer erhöhten Rate an Komplikationen und Folgeerkrankungen wie Nephropathien, Amputationen und kardiovaskulären Erkrankungen (Black et al, 2003). Depressionen sind häufig sogar stärkere Prädiktoren für die Hospitalisierung und die Mortalität als physiologische und metabolische Werte wie Folgeerkrankungen, der BMI oder der HbA1c-Wert (Rosenthal et al, 1998). Auch gesundheitsökonomisch sind Depressionen ein wesentlicher Faktor für erhöhte Inanspruchnahmen von Leistungen und Kosten im Gesundheitswesen, da sie häufig zu Arbeitsunfähigkeit und frühzeitiger Berentung führen (Kulzer et al, 2012). Darüber hinaus können Depressionen und emotionale Belastungen das Selbstmanagementverhalten der Betroffenen beeinflussen (Kulzer et al, 2012; Rubin & Peyrot, 1999). Einige Studien berichten, dass Diabetiker mit psychischen Problemen oft Schwierigkeiten haben, die wesentlichen Therapiemaßnahmen eigenverantwortlich und

dauerhaft im Alltag umzusetzen (Lin et al, 2004). Damit sind die psychosozialen Aspekte der Lebensqualität sowohl als Voraussetzung als auch als Folge einer erfolgreichen Diabetestherapie von Bedeutung (Kulzer et al, 2010) und beeinflussen zudem die Prognose der Erkrankung. Denn diese hängt in einem hohen Maße davon ab, inwieweit der Patient in der Lage ist, die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen selbstständig durchzuführen (Kulzer et al, 2012).

Zusammenfassend ist Diabetes eine Erkrankung, die mit weitreichenden Belastungen für die Betroffenen verbunden ist und für viele Menschen einen deutlichen Einschnitt in ihr Leben bedeutet. Obwohl lange Zeit keine Symptome auftreten, kann die Erkrankung das Alltagsleben, die Spontanität und die Verwirklichung von Lebenszielen beeinträchtigen, was in der Folge zu schwerwiegenden psychischen Belastungen führen kann und die Lebensqualität der Betroffenen im Vergleich zu Gesunden vermindert (Kulzer, 2011). Auch die medizinischen Interventionen können einen gravierenden Einfluss auf das Alltagsleben und die Zufriedenheit der Betroffenen ausüben. Daher spielt es zunehmend eine Rolle, wie erkrankte Menschen ihren Gesundheitszustand subjektiv erleben und wie sie in ihrem Alltag zurechtkommen. Um eine Verbesserung der Behandlungsmethoden und der Therapieerfolge zu erreichen, sollten Informationen über die gesundheitsbezogenen Motive, Belastungen und die daraus resultierenden Handlungsmöglichkeiten erhoben werden. In der Folge wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Evaluationskriterium immer wichtiger. Besonders bei chronisch Kranken profitiert diese aber nicht nur durch eine rein somatische Befundverbesserung. In diesem Zusammenhang ist in den letzten Jahren ein steigendes Interesse entstanden, zusätzliche Einflussfaktoren auf die HRQOL zu bestimmen, die ihren Fokus auf die psychosoziale Komponente richten, da besonders psychische Probleme bei Patienten mit Diabetes mellitus gehäuft auftreten. Neben bereits bekannten Einflussfaktoren wie dem Zeitaufwand für das Selbstmanagement der Erkrankung ist von Interesse, welchen Einfluss Gedanken an Gesundheit auf die Lebensqualität chronisch kranker Patienten haben. Es scheint nämlich, dass die Intensität und Häufigkeit von negativen Gedanken die Krankheit beeinflussen können (Dolan, 2011). Da dieses Konstrukt aber bisher ein eher vernachlässigter Aspekt in der Forschungsliteratur ist, sollen in dieser Arbeit die Ergebnisse von Dolans (Dolan, 2011) Studie aufgegriffen und weiter vertieft werden.

## **1.4 Zielsetzung**

Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag zur Darstellung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von chronisch kranken Menschen am Beispiel von Diabetes leisten. Insgesamt

wissen wir nur wenig über die individuelle Kombination von subjektiv relevanten Einflussfaktoren auf die Lebensqualität chronisch Kranker. Es scheint aber, dass vor allem psychosoziale Einflüsse in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielen (Rose, 2003). Im Rahmen dieser qualitativen, explorativen Arbeit soll der Zusammenhang von Gedanken an Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität chronisch Kranker am Beispiel von Diabetes untersucht werden, um die individuellen Perspektiven von Gedanken an Gesundheit näher zu untersuchen. Die Gedanken an Gesundheit und ihre Bedeutung für die Lebensqualität sollen dabei möglichst in ihrer Komplexität rekonstruiert und ihr subjektiver Stellenwert soll dargestellt werden. Sie wird sich somit eher auf das Feld der Erkenntnisgewinnung und Theorieentwicklung konzentrieren und weniger auf die Absicherung ihrer allgemeinen Geltung. Sie zielt insgesamt darauf ab, das Wissen über Gedanken an Gesundheit und die Bedeutung von gedanklicher Belastung bei chronisch Kranken zu verbreitern. Vor allem interessieren die Verbindungen zwischen den Gedanken an Gesundheit, der Lebensqualität und den im Alltagsleben realisierten Handlungen im Umgang mit der Erkrankung sowie die verschiedenen möglichen Einflüsse auf diese Prozesse. Es stehen dabei folgende Fragen im Mittelpunkt:

1. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit und Qualität von Gedanken an Gesundheit und der Lebensqualität von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2
2. Welche Rolle spielen dabei subjektive Vorstellungen und persönliche Einstellungen und welche weiteren wichtigen Faktoren und Prozesse beeinflussen Gedanken an Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden?

## **2 Methodik**

### **2.1 Methodischer Ansatz der Studie**

Für die Bearbeitung der Fragestellungen dieser Arbeit wurde ein qualitativer Forschungsansatz in Form eines problemzentrierten Interviews gewählt. Ein qualitativer Ansatz liegt vor allem deshalb nahe, weil das Forschungsinteresse darin besteht, komplexe Zusammenhänge zu erheben und sichtbar zu machen, über die bisher noch wenige Erkenntnisse vorliegen. Zudem dient die qualitative Forschung der Beantwortung von Bedeutungs- und Sinnfragen und ist besonders nützlich, wenn es darum geht eine Erfahrung aus dem Blickwinkel der Betroffenen zu verstehen. Im Vordergrund stehen dabei die alltäglichen Krankheitserfahrungen und individuellen Sichtweisen der Menschen bezüglich Gesundheit und Krankheit (LoBiondo-Wood, 2005). Man erfährt wie bestimmte Themen bewertet werden, wie die Menschen zu ihren Bewertungen kommen und welche Bedeutung sie den Themen zumessen (Dresing, 2013). Teilweise lassen sich so Aspekte finden, die vorher gar nicht bedacht oder für unbedeutend gehalten wurden (Dresing, 2013). Dabei geht es eher um die Erfassung von komplexen Zusammenhängen, individuellen Mustern und um die interpretative Betrachtung des Einzelfalls, als um die Aufdeckung korrelativer Zusammenhänge (Schöneck-Voß & Voß, 2010).

Mit Hilfe der qualitativen Forschung können Gesundheitserfahrungen im Kontext des Alltagslebens besser verstanden werden und Rückschlüsse und Bedeutungen generiert werden, die für Theorie, Praxis, Entwicklung von Instrumentarium und weitere Forschung wichtige Informationen enthalten (LoBiondo-Wood, 2005).

Lange Zeit wurde die qualitative Forschung hauptsächlich in der Sozialwissenschaft angewandt und die Verwendung eines qualitativen Forschungsansatzes in der Medizin musste besonders begründet werden (Faltermaier, 1994). Zunehmend wird diese Methode aber auch in der Medizin immer bedeutsamer. Besonders, da die Medizin keine reine Naturwissenschaft ist, sondern soziale Aspekte in der medizinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung gewinnen, sind qualitative Methoden sinnvolle Forschungsinstrumente, die in immer mehr Forschungsbereichen zur Selbstverständlichkeit werden und deren Legitimität zunehmend außer Frage steht (Faltermaier, 1994). Bislang ist zu dem Thema Gedanken an Gesundheit in Deutschland nur relativ wenig geforscht worden. Unter Berücksichtigung der bereits

vorhandenen Literatur in diesem wenig erforschten Bereich soll diese Arbeit neue Erkenntnisse generieren und dabei relevante Hypothesen und mögliche Einflussvariablen ausfindig machen. Daher ist sie explorativ zu verstehen und soll weitere wichtige Anstöße für zukünftige Forschung ableiten.

## **2.2 Datenerhebung**

Die qualitative Datenerfassung erfolgte in Form eines problemzentrierten leitfadengestützten Einzelinterviews (Witzel, 2000). Durch den Leitfaden werden die zentralen Interviewthemen fallübergreifend aufgegriffen und der Inhalt der Interviews bleibt für das Studienziel von Bedeutung. Gleichzeitig bietet diese Methode aber auch umfassende Gestaltungsfreiheit bei der Durchführung der Interviews und ermöglicht es flexibel weitere Aspekte einzubinden, die sich in den Interviews ergeben. So kann das Gespräch um neu entstandene Themen abweichend vom Leitfaden erweitert werden. Damit kombiniert das problemzentrierte Interview induktives und deduktives methodologisches Vorgehen (Witzel, 2000).

Für die vorliegende Fragestellung ist das Verfahren sehr gut geeignet, da es durch den möglichst offenen, nicht direktiven Charakter einen guten Zugang zu den erfahrungsnahen Erkenntnissen der Interviewpartner, wie auch ein dialogisches, am Problem orientiertes Nachfragen ermöglicht, welches durch den thematischen Leitfaden unterstützt wird. Aufgrund der geringen Standardisierung und weniger Regeln zur Kontrolle qualitativer Verfahren gegenüber quantitativen Untersuchungen ist es zu empfehlen, die Qualitätsansprüche an diesen Ansatz sehr hoch zu setzen. Die Vorteile einer größeren Flexibilität der methodischen Anpassung an den Gegenstand führen zu Nachteilen bei der Forschungsökonomie und Überprüfbarkeit (Faltermaier, 1994). Um einer möglichen Beliebigkeit qualitativer Forschung entgegenzuwirken ist die „Methodenkontrolle“ (Witzel, 2000) von zentraler Bedeutung. Demnach ist eine systematische und methodische Vorgehensweise geboten, die für Dritte transparent, nachvollziehbar und damit prinzipiell überprüfbar ist (Gerhold et al, 2015). Daher werden in diesem Kapitel die in dieser Studie verwendeten Methoden für die Erhebung und Auswertung ausführlich erläutert.

### **2.2.1 Die Studienpopulation**

Zur Erstellung einer Zufallsstichprobe wurde auf die Datenbank einer Diabetes Schwerpunktpraxis in Leverkusen zurückgegriffen, in der insgesamt über 2500 Patienten mit Diabetes Typ 1 und 2 behandelt werden. Eine zufällige Stichprobe von 40 Patienten wurde

aus dem elektronischen Karteisystem der Praxis ausgewählt. Dabei galten folgende Ein und Ausschlusskriterien:

- Einschluss aller Patienten mit Typ 2 Diabetes über 45 Jahre
- Ausschluss aller Patienten mit schlechten deutschen Sprachkenntnissen

### **2.2.2 Die Rekrutierung der Studienpopulation**

An die zufällig ausgewählten TeilnehmerInnen für diese Studie wurden Informationsschreiben und eine Einladung zu dieser Studie versendet. Im Telefonischen Kontakt wurden eventuelle Fragen und Details erläutert und die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie erfragt. Absagen wurden miterfasst und notiert. Bei Interesse an der Teilnahme der Studie wurde ein Termin für das Interview vereinbart, wobei Ort und Zeit dabei individuell besprochen wurden. Aus Gründen der Machbarkeit im Rahmen einer Promotionsarbeit wurde die maximale mögliche Teilnehmerzahl auf 22 festgelegt.

### **2.2.3 Ethische Aspekte**

Als grundlegende Voraussetzung dieser Studie wurde im Sinne einer informierten Zustimmung, nach mündlicher und schriftlicher Aufklärung aller TeilnehmerInnen, um ihre schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme gebeten. Die Arbeit wurde der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vorgelegt und genehmigt (Aktenzeichen 4817).

### **2.2.4 Der Interviewleitfaden**

Im Vorfeld der Interviews wurde in Orientierung an relevante Publikationen, insbesondere an die Studie von Dolan (Dolan, 2011) und Yen (Yen et al, 2013), ein Leitfaden erarbeitet, der die wesentlichen Aspekte der Problemstellung enthält. Die Kernergebnisse der vorangegangener Studien legen nahe, dass

1. Häufige negative Gedanken an Gesundheit die gesundheitsbezogene Lebensqualität negativ beeinflussen können
2. Ein hoher Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten ebenfalls negativ mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammenhängt.

Daher wurden der Zeitaufwand für Gedanken an Gesundheit sowie für gesundheitsbezogene Tätigkeiten als zentrale Faktoren herausgearbeitet und weitere Aspekte ergänzt. Es ergaben sich so folgende Themen für das Interview:

- Der Zeitaufwand für gesundheitsbezogene und präventive Tätigkeiten

- Erfassung des Gesundheitsverhaltens
- Der Zeitaufwand für Gedanken an Gesundheit
- Die Qualität der Gedanken an Gesundheit
- Die Erfassung der Situationen die zu Gedanken an Gesundheit führen
- Der Zusammenhang der Diagnose Diabetes und der Einfluss anderer Erkrankungen auf die Gedanken an Gesundheit
- Die persönliche Wahrnehmung gesundheitsbezogener und präventiver Tätigkeiten

Der hohe Reflexionsbedarf, den diese Fragen bedürfen erfordert die Erhebung durch ein thematisch geleitetes Interview. Die Befragten müssen aber dennoch im Gespräch möglichst viele Chancen haben Schwerpunkte zu setzen und persönlich wichtige Aspekte innerhalb des thematischen Rahmens ansprechen zu können, besonders solche, die der Interviewer nicht antizipiert hat (Faltermaier, 1994). Im Gegensatz zu biographischen Interviews werden darüberhinausgehende Erfahrungen ausgespart, vor allem solche privater Art. Die Balance zwischen einer thematischen Strukturierung und einer möglichst großen Offenheit für die Sicht der Subjekte ermöglicht zwar ein vollständiges Bild der Erfahrungen, Bedeutungen und Gefühle der Befragten, bringt aber große Anforderungen an den Interviewer und den Gesprächsstil mit sich. Der Interviewer muss eine große Flexibilität in der Kommunikation zeigen und wo immer möglich, Erzählungen stimulieren. Es ist daher oft nötig, dass der Interviewer häufiger Fragen stellt, auch spezifisch nachfragt, auf Äußerungen reagiert und sich wie ein Gesprächspartner der Alltagskommunikation verhält, um so auch Präzisierungen von Aussagen zu erreichen und das eigene Verständnis abzusichern (Faltermaier, 1994). Um die Schilderung subjektiven Erlebens grundsätzlich zu erleichtern, bekamen Erzählaufforderungen einen hohen Stellenwert (z.B. „Könnten Sie beschreiben, wie Sie dies oder jenes erlebt haben“; „erzählen Sie mal, wie war das für Sie?“). Um dem Gedankenfluss der TeilnehmerInnen Raum zu geben und so die Formulierung interessanter Aussagen zu unterstützen, wurde mit dem Interviewleitfaden flexibel umgegangen (Flick et al, 2009). Allerdings wurde darauf geachtet, dass alle Punkte des Leitfadens im Interview berücksichtigt wurden. So entstand unter Bezugnahme auf die zentrale Problemstellung ein vollständiges Bild der Erfahrungen, Bedeutungen und Gefühle der Befragten. Zur besseren Erfassung und Vergleichbarkeit der zentralen Kategorien Zeitaufwand für Gedanken an Gesundheit sowie für gesundheitsbezogene Tätigkeiten wurden hier drei Antwortdimensionen („sehr viel“, „viel“ und „wenig“) vorgegeben, aus denen die TeilnehmerInnen auswählen konnten.

Zur Vorbereitung auf die Durchführung der Interviews erfolgte vorab eine Anleitung durch die Betreuerinnen. Es wurden günstige Einleitungen für das Interview, mögliche Problemsituationen und Möglichkeiten der Gesprächsführung besprochen.

Zur Erprobung der Erhebungsinstrumente wurde eine Pilotierung des Leitfadens bei einer 87-jährigen, an Diabetes Typ 2 erkrankten Frau aus dem persönlichen Umfeld durchgeführt, die nicht zur Studienpopulation gehörte. Die Fragen wurden hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und Anwendbarkeit überprüft. Zudem konnte so Sicherheit in der Interviewführung gewonnen werden und das eigene Verhalten reflektiert werden. Im Anschluss an die erfolgreiche Pilotierung erfolgte keine weitere Modifikation des Interviewleitfadens. Zur besseren Übersicht ist der komplette Interviewleitfaden im Anhang aufgeführt.

### **2.2.5 Der Kurzfragebogen**

Zur Erfassung allgemeiner Daten wurde ergänzend zum Interview ein Kurzfragebogen erstellt, in dem einige soziodemographische Standarddaten, sowie Fragen zum Erleben von Gedanken an Gesundheit erfasst wurden. Vor Beginn eines jeden Interviews wurde der Kurzfragebogen von den TeilnehmerInnen ausgefüllt. Folgende Inhalte wurden dabei abgefragt:

- Alter
- Geschlecht
- Familienstand
- Höchster schulischer und beruflicher Abschluss sowie aktueller Beschäftigungsstatus
- Jahr der Diagnose Diabetes
- Komorbiditäten und akute Erkrankungen in den letzten Wochen
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes
- Gedankenfrage nach Dolan(Dolan, 2011)

Dolan verwendet in seiner Studie ein Set an Gedankenfragen, in dem die Probanden bezüglich der Intensität und Häufigkeit der Gedanken an Themen Arbeit, Finanzen, Familie und Gesundheit am Tag zuvor befragt wurden. In dem Kurzfragebogen, wurde die Gedankenfrage zum Thema Gesundheit herausgegriffen und ins Deutsche übersetzt (Abb.3).

### Abbildung 3: Gedankenfrage nach Dolan (Dolan, 2011)

9. Wie häufig haben Sie gestern über Ihre Gesundheit nachgedacht?

- gar nicht
- manchmal
- häufig
- ständig

10. Wenn Sie über Ihre Gesundheit nachgedacht haben, wie haben Sie sich bei diesen Gedanken gefühlt? Bitte geben Sie auf der Skala an, wie Sie sich bei diesen Gedanken gefühlt haben

0: trifft gar nicht zu; 6: trifft genau zu

	0	1	2	3	4	5	6
froh und positiv	<input type="checkbox"/>						
ärgerlich	<input type="checkbox"/>						
niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>						
besorgt	<input type="checkbox"/>						

**Abb. 3:** Gedankenfrage nach Dolan. Ins Deutsche übersetzte Fragen aus seiner Studie „*Thinking about it, Thoughts about health and valuing QALYs*“. Eine Frage zur Häufigkeit von Gedanken an Gesundheit und eine Frage zur Qualität der Gedanken. Bei der Frage nach der Qualität der Gedanken sind Mehrfachnennungen möglich. Die Antworten ‚ärgerlich‘, ‚niedergeschlagen‘ und ‚besorgt‘ zählen als negative Gedankenqualitäten und die Antwortmöglichkeit ‚froh und positiv‘ als positive Qualität.

Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfolgte mit der Visuellen Analogskala (VAS) (Crichton, 2001). Auf einer Skala von 0-100 wurden die TeilnehmerInnen gebeten ihren Gesundheitszustand am Tag des Interviews anzugeben.

- 100 = bestmöglicher Gesundheitszustand
- 0 = schlechtmöglicher vorstellbarer Gesundheitszustand

Darüber hinaus erfolgte die Erfassung der subjektiven allgemeinen Gesundheit. Die Einteilung erfolgte gemäß den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation anhand von fünf Auswahlmöglichkeiten (De Bruin, 1996) (sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht). Der vollständige Kurfragebogen befindet sich ebenfalls im Anhang der Arbeit.

#### 2.2.6 Die Durchführung der Interviews

Die Interviews fanden wahlweise in den Schulungsräumen der diabetologischen Schwerpunktpraxis statt oder, falls gewünscht, in den Wohnungen der TeilnehmerInnen. Diese Option wurde bewusst gewählt, da vertraute Umgebungen eine offene Gesprächsatmosphäre begünstigen (Manderson et al, 2006) und der Aufwand für ggf. immobile Patienten für die Teilnahme an dem Interview reduziert wurde. Vor Beginn des Interviews wurden die TeilnehmerInnen um ihr schriftliches Einverständnis gebeten und es

erfolgte eine kurze Skizzierung des Ablaufes und des zeitlichen Rahmens. Anschließend wurde ihnen der Kurzfragebogen vorgelegt und im Anschluss das Interview begonnen. Die Gespräche wurden so geführt, dass es der Alltagssprache der Interviewten entsprach. Auf eine direkte Konfrontation mit Widersprüchen der befragten Personen wurde gänzlich verzichtet.

Alle Interviews wurden mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Unmittelbar nach den Gesprächen wurden Interviewprotokolle erstellt, die einige Notizen zu spontanen Eindrücken und Besonderheiten dokumentieren. Das Interviewprotokoll soll den im Auswertungsprozess unvermeidlichen Informationsverlust abmildern. Schon beim Tonbandmitschnitt werden die im Interview geäußerten und beobachtbaren Phänomene auf gesprochene Daten reduziert, die durch die Transkription und Protokollierung noch weiter an Informationen verlieren (Faltermaier, 1994). Mithilfe des Interviewprotokolls sollen also Kontextinformationen zum Interview festgehalten werden, die helfen können, die Informationsreduzierung zu kompensieren.

Alle Interviews der vorliegenden Untersuchung wurden im Zeitraum von Anfang Oktober bis Ende Dezember 2014 von der Autorin selbst durchgeführt.

## **3 Auswertung des Interviewmaterials**

### **3.1 Die Transkription der Daten**

Die Interviews wurden wörtlich transkribiert. Die Verschriftlichung der Daten orientierte sich an einem einfachen Transkriptionsschema und erfolgte durch literarische Umschrift mit Übernahme umgangssprachlicher Redewendungen und Dialekten, sowie Ergänzungen nicht verbaler Aspekte. Die in dieser Arbeit verwendeten Zitate sind originalgetreu und sprachlich nicht geglättet, weshalb sie wirklichkeitsnäher sind und durch die Satzformulierungen, Wiederholungen und Widersprüche etc. die Bedeutungsinhalte besser wiedergeben werden können (Dresing, 2013). Zudem wäre eine Glättung ein Eingriff in das Datenmaterial, der den eigentlichen Sinn durchaus entfremden kann. Wörter deren Verständnis auf Grund von tontechnischen Störungen nicht möglich war, wurden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Die Anonymität blieb gewahrt, indem identifizierbare persönliche Daten (z.B. Namen und Orte) faktisch anonymisiert wurden. Nach Abschluss der Datenauswertung wurden die Tonbandaufnahmen gelöscht.

### **3.2 Prinzipien der Datenauswertung**

Die Auswertung der Interviewtexte erfolgte zweistufig.

1. Durchführung einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 1990)
2. Empirisch begründete Typenbildung mit dem Stufenmodell nach Kelle und Kluge (Kelle & Kluge, 1999)

#### **3.2.1 Die qualitative Inhaltsanalyse**

Den zentralen Aspekt der strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse bildet ein Kategoriensystem, welches gleichzeitig das zentrale Instrument und Ergebnis der Untersuchung ist. Angestrebt wird eine Reduzierung der Komplexität des Materials. Durch die Inhaltsanalytische Kodierung werden die einzelnen Interviewtexte untereinander vergleichbar (Mayring, 1990). Für die Bearbeitung von qualitativem Material wird zur Erstellung des Kategoriensystems ein gemischt deduktives-induktives Vorgehen empfohlen (Schreier, 2014). Die deduktiven Kategorien wurden auf der Grundlage der wichtigen

Forschungsthemen dieser Arbeit und den zentralen Aspekten des Leitfadens entwickelt, und die weitere Kodierung des Textes erfolgte ergänzend induktiv anhand des Interviewmaterials. Unter deduktiver Kategorienbildung versteht man dabei eine Kategorienentwicklung auf der Grundlage von bereits bestehendem Wissen oder entwickelten Theorien. Sie lässt sich aber auch am Forschungsinteresse bzw. der Forschungsfrage ausrichten (Kuckartz, 2012). Neu entwickelte Theorien oder Theoriekonzepte bilden hier den Ausgangspunkt und aus Fragestellungen, Hypothesen, Vermutungen und wichtigen Themen werden Kategorien abgeleitet in welchem diejenigen Aspekte festgelegt sind, die für die Auswertung relevant erscheinen und aus dem Material herausgefiltert werden sollen (Mayring, 1990). D.h. bei der deduktiven Analyserichtung werden die Kategorien vor der Analyse entwickelt und dann ans Material herangetragen. Mit induktiver Kategorienbildung ist genau die umgekehrte Analyserichtung gemeint. Das Textmaterial bildet den Ausgangspunkt und die Kategorien werden möglichst eng an den Textpassagen orientiert formuliert. Die Theorieentwicklung gestaltet sich hier aus dem Material heraus und weniger durch den Austausch zwischen Material und theoretischen Vorannahmen. Erst nach der Kodierung werden die Daten unter einem sich entwickelten theoretischen Gesichtspunkt, einer sogenannten Kernkategorie, zusammengestellt, dabei spielen allerdings die Fragestellung und der theoretische Hintergrund der Untersuchung auch mit hinein. Durch diese möglichst naturalistische und gegenstandsnahe Abbildung des Materials, ohne Verzerrung durch Vorannahmen des Forschers wird eine größtmögliche Offenheit gewährleistet (Mayring, 1990). Da diese Studie zum Ziel hat, Bedeutungskonstruktionen und Sinnzusammenhänge zu erfassen, ist die große Nähe zum Material für die Bearbeitung der Fragestellung besonders von Bedeutung.

Die gemischt deduktiv-induktive Analyse des Interviewmaterials erfolgte mit Hilfe der Datenanalyse-Software MAXQDA 2012. MAXQDA ist eine Software zur Analyse qualitativer Daten und Texte. Nachdem deduktiv anhand des Leitfadens und der Forschungsfrage einige Kategorien erstellt wurden, wurden zwei erste Probeinterviews gesichtet und alle relevanten Textstellen einem passenden Code zugeordnet. Diesen Vorgang nennt man Kodierung. Anschließend wurden das Datenmaterial induktiv gesichtet und segmentiert und den Textsegmenten passende Codes zugeordnet. Diese Codes stellen die untere Kategorienebene dar und ermöglichen eine erste Ordnung des Interviewmaterials.

Die Zuordnung der Codes zu den Textstellen geschieht dabei nicht automatisch, sondern stellt einen Interpretationsakt dar, jedoch sollte dieser Schritt der Interpretation nach Mayring so regelgeleitet und so explizit wie möglich sein (Mayring, 1990). Daher wurde der gesamte

Codierungsprozess der zwei ersten Probeinterviews von einer zweiten unabhängigen Doktorandin nach dem vier Augen Prinzip durchgeführt. So konnte eine einseitige Zuordnung vermieden werden und sowohl die Offenheit der Analyse als auch die Plausibilität der Interpretation gesteigert werden, da eine der beiden unbeeinflusst von thematischem Vorwissen arbeiten konnte (Mayring, 1990).

Anschließend wurden die Resultate verglichen und alternative Deutungen und Blickwinkel diskutiert und sich auf eine gemeinsame Deutung geeinigt. Eine völlige Übereinstimmung der Deutungen ist allerdings bei qualitativ orientiertem Arbeiten, in denen interpretative Bestandteile enthalten sind, nie zu erwarten (Mayring, 1990).

In einem zweiten Abstraktionsschritt wurden mehrere Inhaltliche Codes zu einer Kategorie zusammengefasst. Der gemeinschaftlich entwickelte erste Kategorienbaum wurde der Betreuerin vorgestellt und erneut diskutiert und reflektiert. Im nächsten Schritt wurde das Vorgehen in einem Kodierleitfaden festgehalten, um eine möglichst präzise Formulierung der Kategorien zu erreichen und unnötige Überschneidungen zu vermeiden. Im Leitfaden wird definiert welche Bestandteile unter eine Kategorie fallen und konkrete Textstellen aus den Interviewtranskripten werden als Musterbeispiele für die Kategorie angeführt.

Beispiel:

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Belastungsempfinden	Alle Textstellen die auf eine Bewertung des Alltags mit der Erkrankung verweisen	<i>„Das ist schon belastend. Weil man ja nicht mehr das alles machen kann, oder alles machen darf, was man sonst gemacht hat. Man ist schon eingeschränkt“</i>	Nur Bewertung des alltäglichen Lebens mit der Erkrankung, nicht Bewertung der Erkrankung selbst.

Anhand dieses ersten Auswertungsraters wurden die restlichen Interviews kodiert und nach gleichen und unterschiedlichen Ausprägungen der gebildeten thematischen Codes gefahndet. Neue Codes wurden in das Analyseraster eingefügt, wenn sich Aspekte ergaben, die bislang keinem Code zugeordnet werden konnten. Durch dieses Vorgehen wurde der Verlust von relevanten Spektren für die Fragestellung verhindert. Kategorien, bei denen Unstimmigkeiten auftraten, wurden klarer definiert und zu anderen Kategorien abgegrenzt. Die zu diesem Zeitpunkt analysierten Interviews wurden nochmals gelesen. Es wurde geprüft, ob alle relevanten Textsegmente Eingang in die Kategorienentwicklung gefunden hatten. Bisher nicht

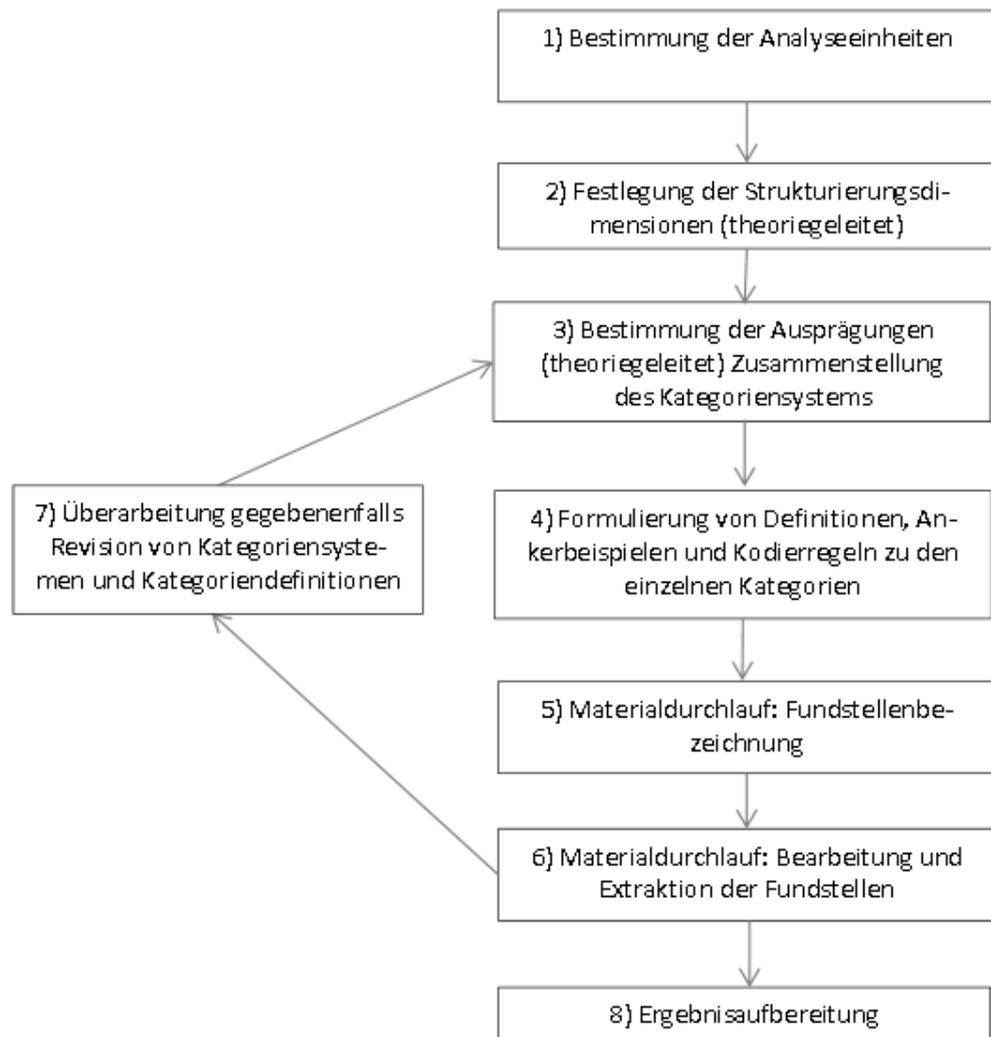
berücksichtigte oder vorab noch nicht als relevant eingestufte Textsegmente wurden in das Kategoriensystem integriert (Abb.4). Gemeinsam mit den Betreuerinnen wurde das entstandene Kategoriensystem, Definitionen, Ankerbeispiele und bedeutsame Textstellen gemeinsam erörtert und auf Verständlichkeit und Plausibilität der Zuordnung überprüft. Gab es widersprüchliche Zuordnungen, so wurden diese diskutiert.

Im Verlauf der Analyse wurde das Kategoriensystem also stetig modifiziert, um neuen Erkenntnissen aus den Daten gerecht zu werden. Kategorien wurden zusammengefasst, subsummiert, aufgelöst, angepasst oder umbenannt

Da sich aus den Daten ein sehr komplexes, vielschichtiges und mehrdimensionales Kategoriensystem ergab, wurden die Kategorien abschließend nochmals mithilfe theoriegeleiteter Überlegungen nach ihren Dimensionen in übergeordnete Kategorien zusammengefasst. Es wurde versucht an bestehende Theorien auf den verschiedenen Gebieten anzuknüpfen, um die Ergebnisse vor dem theoretischen Hintergrund in Hinblick auf die Fragestellung interpretieren zu können. Am Ende stand ein neues allgemeineres und knapperes Kategoriensystem mit Überkategorien auf einem abstrakteren Level. Nach Mayring (Mayring, 1990) ist das Anknüpfen an den theoretischen Hintergrund oder die Fragestellung Bestandteil der Kategorienentwicklung und wichtig um einen Erkenntnisfortschritt zu gewährleisten.

Das gebildete Kategoriensystem inklusive aller Subkategorien befindet sich im Anhang und wird im Ergebnisteil ausführlich erläutert.

**Abbildung 4: Ablaufmodell der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2002)**



### 3.2.2 Der Prozess der Typenbildung

Um die individuellen Bezüge zwischen den einzelnen Kategorien zu untersuchen und aus den Einzelfällen vorsichtige Verallgemeinerungen vorzunehmen, wurde im Anschluss an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring eine Kontrastierung der Einzelfälle vorgenommen. Dazu wurde das Datenmaterial mit Hilfe des Stufenmodells empirisch begründeter Typenbildung (Kelle & Kluge, 1999) ausgewertet. Das Verfahren der Typenbildung schien geeignet, die Reichhaltigkeit der fallbezogenen Aussagen und die im Einzelfall erkennbaren Zusammenhänge möglichst zu bewahren, ohne auf eine vorsichtige Verallgemeinerung zu verzichten. Es sollte untersucht werden, ob sich die analysierten Einzelfälle zu Typen zusammenfassen lassen, sprich ob die einzelnen Interviews gemeinsame spezifische Merkmalskombinationen aufweisen anhand derer sie in Fallgruppierungen eingeteilt,

beschrieben und charakterisiert werden können (Kelle & Kluge, 1999). Dadurch können auf den Einzelfall bezogene Daten auch über diesen hinaus verwendbar gemacht werden, und somit die Formulierung von Hypothesen über allgemein kausale Beziehungen und Sinnzusammenhänge anregen (Kelle & Kluge, 1999). Anders als in der quantitativ orientierten Sozialforschung erfolgt die Generalisierung der Ergebnisse hier aber nicht durch die Zahlenmäßige Verteilung und der Repräsentativität der Ergebnisse, sondern über das Typische (Kelle & Kluge, 1999). Mithilfe von qualitativen Typologien können eher individuelle Muster und komplexe soziale Realitäten oder Zusammenhänge greifbar und damit auch begreifbar gemacht werden (Kelle & Kluge, 1999). Darüber hinaus können qualitative, typenbildende Verfahren untersuchen, welche Ursachen und Begründungen den spezifischen Merkmalsausprägungen zugrunde liegen. Diese können so auf Beziehungen zwischen mehreren Merkmalsausprägungen verweisen und damit wichtige Hinweise auf inhaltliche Zusammenhänge liefern. Qualitative Typen bekommen somit einen ganz anderen Stellenwert als dies in quantitativ orientierten Studien der Fall ist.

Dabei lassen sich vier Stufen im Prozess der Typenbildung unterscheiden. Diese ermöglichen es die zentralen Teilziele des Typenbildungsprozesses (s.u.) zu realisieren. Durch eine Kombination von unterschiedlichen Methoden und Techniken kann zusätzlich eine hohe Offenheit und Flexibilität erreicht werden, die der Vielfalt der qualitativen Fragestellung und der Daten gerecht wird. Zu beachten ist, dass es sich bei der Typenbildung um einen zirkulären Prozess handelt. D.h. die ersten drei Stufen können mehrfach durchlaufen werden und so zu einer schrittweisen Weiterentwicklung der Vergleichsdimensionen führen (Kelle & Kluge, 1999). Im Folgenden wird dargestellt, wie der Prozess der Typenbildung in dieser Arbeit umgesetzt wurde:

### 1. Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen

Die Entwicklung des Kodiersystems nach Mayring diente der Strukturierung des Datenmaterials und der Identifizierung von Merkmalen bzw. Vergleichsdimensionen, die als Basis für die Typenbildung verwendet wurden. Der genaue Vorgang der Kategorisierung wurde in Abschnitt 3.2.1 beschreiben und erfolgte bereits im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse. Die gezielte Auswahl der Vergleichsdimensionen orientierte sich an der Fragestellung der Arbeit und den dazu getroffenen theoretischen Vorannahmen. Da die Häufigkeit von Gedanken an Gesundheit einen zentralen Punkt der Fragestellung darstellen, wurde diese Kategorie als zentrale Vergleichsdimension gewählt. Zudem ist diese Kategorie durch ihre dichotome Gliederung in „viel“ und „wenig“ Zeitaufwand für eine erste

Fallkontrastierung gut geeignet und kann damit vorrangig zur Bildung einer zentralen Vergleichsdimension herangezogen werden.

## 2. Gruppierung der Fälle und Analyse empirischer Regelmäßigkeiten

Im Anschluss an die strukturierende Inhaltsanalyse mit der Bildung von Kategorien, wurde zur besseren Übersicht, aus diesen Stichworten ein zusammenfassender Text mit den prägnantesten Zitaten aus den Interviews erstellt. Diese Zusammenfassung sollte die wesentlichen Eindrücke und hervorstechenden Merkmale des jeweiligen Interviews übersichtlich wiedergeben (Anhang 1). Anhand der Ausprägungen in den Aussagen zum Zeitaufwand wurden die Interviews nur einem ersten Fallvergleich unterzogen. Anschließend wurden die einzelnen Interviews anhand der unterschiedlichen Ausprägungen innerhalb der zentralen Kategorie „Häufigkeit der Gedanken an Gesundheit“ gruppiert und die Gruppen hinsichtlich Regelmäßigkeiten in den anderen Kategorien sowie den Daten aus dem Kurzfragebogen untersucht (Kelle & Kluge, 1999). Dabei wurde darauf geachtet, dass die einzelnen Gruppen möglichst viele gemeinsame Merkmalsausprägungen aufwiesen (interne Homogenität) und möglichst klar zu anderen Gruppierungen abgegrenzt werden konnten, d.h. die Elemente von zwei Typen sollten möglichst keine gemeinsamen Merkmalsausprägungen aufweisen (externe Heterogenität).

## 3. Analyse der inhaltlichen Sinnzusammenhänge

Bei der Typisierung handelt es sich aber nicht nur um die Identifikation von Merkmalskombinationen, sondern es geht vielmehr darum, den Sinn und die Bedeutung hinter dieser Merkmalskombination zu erfassen. D.h. die untersuchten Gruppierungen sollen nicht nur deskriptiv beschrieben, sondern interpretiert und theoretisch erklärt werden (Kelle & Kluge, 1999). Daher wurde versucht, die inhaltlichen Sinnzusammenhänge, die den einzelnen Gruppierungen und Merkmalskombinationen zugrunde lagen, zu rekonstruieren. Es wurde untersucht wodurch sich die einzelnen Typen auszeichneten und ob eventuelle Muster und Zusammenhänge in den Daten zu erkennen waren.

## 4. Charakterisierung der Typen

Im letzten Schritt wurden die gebildeten Typen ausführlich anhand der Merkmalskombinationen und Sinnzusammenhänge beschrieben. Da sich die Fälle, die zu einem Typus zusammengefasst wurden nicht in allen Merkmalen glichen, sondern nur ähnelten, stellte sich das Problem wie die Gemeinsamkeiten der Typen am Treffendsten

charakterisiert werden könnte (Kelle & Kluge, 1999). In dieser Arbeit wurden daher sog. „Prototypen“ ausgewählt. Das sind reale Fälle, „die die Charakteristika eines jeden Typus am besten repräsentieren und der Veranschaulichung im Sinne eines konkreten Musterstückes dienen (Kelle & Kluge, 1999). Dieses Vorgehen erlaubt das Typische der jeweiligen Merkmalskombination aufzuzeigen, und die individuellen Besonderheiten dagegen abzugrenzen (Kuckartz, 1988). Der Prototyp dient als Repräsentant, d.h. als idealer Vertreter seiner Gruppe und zugleich als Kontrast zu den anderen Gruppen.

### **3.2.3 Gütekriterien**

Die Qualität der Forschungsergebnisse, insbesondere in qualitativ angelegenen Forschungsprojekten wird mittels Gütekriterien abgesichert. Da die Übertragbarkeit der klassischen Gütekriterien Reliabilität und Validität und Objektivität bei der Analyse qualitativer Daten nicht problemlos möglich ist und zudem in der qualitativen Forschung einen unangemessenen Anspruch darstellt, wurden im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse eigene Gütekriterien entwickelt. Folgende umfassende Kriterien nach Mayring (Mayring, 2002) können dabei zur Beurteilung herangezogen werden:

#### **3.2.3.1 Verfahrensdokumentation**

Durch die genaue Verfahrensdokumentation und Beschreibung der Methoden, der Durchführung und Auswertung der Datenerhebung sowie deren Analyse werden die Ergebnisse auch für Dritte glaubwürdig und nachvollziehbar. Dieses Gütekriterium wurde in der vorliegenden qualitativen Studie umgesetzt, indem die einzelnen Forschungs- und Analyseschritte offengelegt und erläutert wurden, sowie die Analysekategorien und Muster der Erhebungsinstrumente (Kurzfragebogen, Leitfaden) im Anhang zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus wurde die erste Interviewcodierung von zwei Doktorandinnen unabhängig voneinander durchgeführt und die Resultate verglichen und diskutiert. Dadurch wurde eine einseitige Zuordnung vermieden und die intersubjektive Nachvollziehbarkeit zusätzlich gesteigert.

#### **3.2.3.2 Argumentative Interpretationsabsicherung und Regelgeleitetheit**

Die argumentative Interpretationsabsicherung wurde innerhalb des Projekts gewährleistet, indem die Analyse der Interviewtranskripte regelgeleitet durch die qualitative Inhaltsanalyse erfolgte und Beispiele aus den Interviews in die Analyse eingebracht wurden. Da dieser Punkt vor allem bei der Darstellung und der Interpretation der Ergebnisse eine Rolle spielt, wird er dort Beachtung finden. Die Ergebnisse werden dort anhand von Zitaten belegt und somit

abgesichert. Gleichzeitig stellt die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse auch die Berücksichtigung des Gütekriteriums der Regelgeleitetheit sicher. Das Verfahren und die einzelnen Schritte der Analyse erfolgten systematisch und sind im Ablaufmodell nachprüfbar dargelegt. Nach ca. 15 % des Interviewmaterials (vier Interviews) erfolgte eine erste Rücküberprüfung dieses Kategoriensystems am Ausgangsmaterial. Durch diese nochmalige Anwendung des Analyseinstrumentes wurde die Stabilität der Analyse überprüft (Mayring, 1990). Dafür mussten alle relevanten Textsegmente in den bisher gebildeten Kategorien aufgehen. War dies nicht der Fall, wurden neue Kategorien gebildet oder Kategoriendefinitionen angepasst. Um eine möglichst große Offenheit der Analyse zu gewährleisten, konnten bis zum Ende der Analyse neue Kategorien gebildet und Kategorien als Subkategorien unter Hauptkategorien zusammengefasst werden. Kategorien, die sich als unzutreffend erwiesen, wurden fallengelassen.

Abschließend wurde die semantische Gültigkeit der gebildeten Kategorien überprüft, indem alle unter einer Kategorie subsummierten Textsegmente im Hinblick auf die Kategoriendefinition geprüft wurden. Unklare Textstellen wurden nochmals analysiert und ggf. umcodiert oder aus der Kategorie entfernt. Im Verlauf der Auswertung wurde das entstandene Kategoriensystem, Definitionen, Ankerbeispiele und bedeutsame Textstellen gemeinsam mit der Betreuerin erörtert und auf Verständlichkeit und Plausibilität der Zuordnung überprüft. Gab es widersprüchliche Zuordnungen, so wurden diese diskutiert. Dieser Austausch erweiterte die Sicht auf das eigene Material und individuelle Tendenzen in der Analyse wurden relativiert.

### 3.2.3.3 Die Nähe zum Gegenstand

Die Nähe zum Gegenstand ist ein Grundprinzip der qualitativ orientierten Forschung. Die Gespräche wurden so geführt, dass es der Alltagssprache der Interviewten entsprach, um ein offenes gleichberechtigtes Verhältnis zwischen Forscher und TeilnehmerInnen zu erreichen. Darüber hinaus fanden die Interviews in der Lebenswelt der TeilnehmerInnen statt. D.h. die Interviews wurden zum Teil bei den Befragten zuhause durchgeführt.

### 3.2.3.4 Kommunikative Validierung

Die von Mayring vorgeschlagene Prüfung der Konstruktvalidität mittels kommunikativer Validierung, bei der die Ergebnisse der Analyse den Befragten zu Diskussion und Überprüfung vorgelegt werden, konnte im Rahmen der Arbeit aus Ressourcen Gründen nicht umgesetzt werden

### 3.2.3.5 Triangulation

Methodische Verzerrungen sollen durch den Einsatz vieler Methoden, Theorien und Forscher kompensiert werden. Auf eine Triangulation wurde aus Gründen der Machbarkeit im Rahmen einer Doktorarbeit ebenfalls verzichtet.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Beschreibung der Stichprobe

In der vorliegenden Studie wurden 22 Interviews durchgeführt. Die Gesamtzahl von 22 TeilnehmerInnen entsprach 73 % der telefonisch kontaktierten Personen. Sechs Personen fielen aus der Stichprobe heraus, weil kein telefonischer Kontakt hergestellt werden konnte und zwei Personen hatten kein Interesse an der Teilnahme.

Acht Interviews fanden in den Schulungsräumen der diabetologischen Schwerpunktpraxis statt und 14 bei den Befragten zuhause. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 30 Minuten. Das längste Interview dauerte eine Stunde und zwei Minuten und das kürzeste 17 Minuten.

Die TeilnehmerInnen waren zwischen 55 und 86 Jahre alt mit einem Durchschnittsalter von 66,9 Jahren (Median 67). 15 Teilnehmerinnen waren weiblich und sieben Teilnehmer männlich. Die Erkrankungsdauer lag zwischen fünf und 34 Jahren, im Mittel bei 15 Jahren. Insgesamt hatten rund 77,2 % der Befragten neben dem DM2 weitere chronische Erkrankungen. Genannt wurden Hypertonie (8), Herzerkrankungen (8), Rücken- und Gelenkprobleme (7), Rheuma (4), Asthma (3) und Schilddrüsenerkrankungen (3). Weitere angegebene Erkrankungen mit jeweils einer Nennung waren Schlaganfall, Prostatabeschwerden, Reizdarmsyndrom, Osteoporose, Gicht, Hypercholesterinämie, Psoriasis, Krebserkrankung, Schlafapnoe, Vaskulitis und eine Nierentransplantation. TeilnehmerInnen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht (4) bewerteten, hatten neben dem Diabetes alle zwei oder mehr weitere chronische Erkrankungen. Bei den TeilnehmerInnen, die ihren Gesundheitszustand als gut (3) einschätzten, hatte eine Person mehr als zwei weitere Erkrankungen, einer nur eine weitere und der Dritte keine weitere chronische Erkrankung. Von den TeilnehmerInnen, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig beschrieben (14), waren die Meisten (8) ebenfalls von zwei oder mehr weiteren chronischen Erkrankungen betroffen.

In der nachstehenden Tabelle (Tab.1) findet sich eine Übersicht über die soziodemographischen Daten der Studienpopulation.

**Tabelle 1: Übersicht über die Studienpopulation**

Charakteristika	Anzahl (n)
<b><u>Alter</u></b>	
50-59	3
60-69	6
70-79	9
80-89	3
Keine Angabe	1
<b><u>Schulabschluss</u></b>	
Kein Abschluss	1
8.Klasse/Volksschule	10
Mittlere Reife	6
Höhere Handelsschule/Fachhochschulreife	2
Abitur	1
Sonstiges (Ausland)	1
Keine Angaben	1
<b><u>Berufliche Ausbildung</u></b>	
Keine	3
Betriebliche Anlernzeit	2
Abgeschlossene Lehre/Berufsabschluss	13
Hochschulabschluss	1
Meister/Techniker	2
Keine Angaben	1
<b><u>Familienstand</u></b>	
Ledig	1
Verheiratet	14
Geschieden	1
Verwitwet	5
Keine Angaben	1
<b><u>Beschäftigungsstatus</u></b>	
Pensioniert	16
Voll berufstätig	3
Teilzeitbeschäftigt	2
erwerbsunfähig	1
<b><u>Gesundheitszustand</u></b>	
Schlecht	4
Mittel	14
Gut	3
Keine Angaben	1
<b><u>Komorbiditäten</u></b>	
Keine	5
1	4
≥2	12
Keine Angaben	1

**Tab. 1:** Übersicht über die soziodemographischen Daten der TeilnehmerInnen. Die Daten wurden vor Beginn der Interviews mit einem Kurzfragebogen erhoben.

## 4.2 Ergebnisse aus dem Kurzfragebogen

Insgesamt gaben 17 der TeilnehmerInnen im Kurzfragebogen an, am Tag vor den Interviews an ihre Gesundheit gedacht zu haben, über die Hälfte (10) davon „häufig“ oder „ständig“ und sieben TeilnehmerInnen „manchmal“. Teilnehmer, die häufig an ihre Gesundheit dachten, empfanden dabei häufig negative Gefühle, während bei Teilnehmern mit wenigen Gedanken an die eigene Gesundheit die positiven Gefühle überwogen. Nur zwei TeilnehmerInnen hatten ausschließlich positive Gedanken an die eigene Gesundheit (Tab.2).

Bei der Bewertung des Gesundheitszustandes am Tag des Interviews mittels der Visuellen Analogskala (von 0-100) wurden von den TeilnehmerInnen Werte zwischen 30 und 100 angegeben. Bei TeilnehmerInnen mit häufigen negativen Gedanken am Tag vor den Interviews lag der Mittelwert bei 57. TeilnehmerInnen mit wenigen und wenn positiven Gedanken an Gesundheit hatten einen VAS-Mittelwert von 72.

**Tabelle 2 Auswertung der Gedankenfrage nach Dolan (Dolan, 2011)**

Häufigkeit der Gedanken an Gesundheit am Tag vor den Interviews	Anzahl (n)
<b>Gar nicht</b>	4
<b>Keine Angaben</b>	1
<b>Häufig/Ständig</b>	10
- Eher negative Gedanken	9
- Eher positive Gedanken	1
<b>Manchmal</b>	7
- Eher negative Gedanken	3
- Eher positive Gedanken	4

**Tab. 2:** Auswertung der Gedankenfrage nach Dolan. Diese war ebenfalls im Kurzfragebogen enthalten, den die Teilnehmer vor Beginn der Interviews erhalten haben. Insgesamt haben zehn TeilnehmerInnen häufig an ihre Gesundheit dacht, sieben manchmal und vier TeilnehmerInnen gar nicht. Positives Gefühl: „froh und positiv“ war das höchste oder mit-höchste bewertete Gefühl. Negatives Gefühl: eines der drei negativen Gefühle („ärgerlich, besorgt, niedergeschlagen“) wurde höher bewertet (Dolan, 2011; Kahneman & Krueger, 2006).

## 4.3 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Nach Auswertung des Datenmaterials ergaben sich insgesamt acht finale Kategorien:

1. Häufigkeit der Gedanken an Gesundheit und Zeitaufwand für Gedanken an Gesundheit
2. Anlässe für Gedanken an Gesundheit
3. Gesundheitsverhalten
4. Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten

5. Belastungsempfinden
6. Bewertung des Diabetes
7. Bewältigungsverhalten
8. Kontrollverhalten

Die Kategorien eins bis vier wurden deduktiv auf Grundlage des Interviewleitfadens erstellt. Die Kategorien fünf bis acht wurden induktiv aus dem vorliegenden Textmaterial entwickelt und mit bereits bestehenden Theorien und Konzepten verknüpft.

Im Folgenden werden die einzelnen Kategorien und ihre Subkategorien ausführlich erläutert. Auf eine Quantifizierung der in der interpretativen Auswertung enthaltenen Kategorien wurde verzichtet, weil sie aufgrund der relativ kleinen Stichprobe nicht sehr aussagekräftig sein würde und nicht unbedingt etwas über die Bedeutung verrät.

#### **4.3.1 Häufigkeit und Umfang der Gedanken an Gesundheit**

Zentraler Bestandteil der Interviews war die Frage nach dem Umfang und der Häufigkeit der Gedanken an Gesundheit. Dies wurde sowohl in den Interviews als auch mit Hilfe der Gedankenfrage nach Dolan in den Kurfragebögen abgefragt. In den Interviews wurden die TeilnehmerInnen gebeten, die Zeit, die sie mit Gedanken an Gesundheit verbringen, einzuschätzen. Dabei wurde darauf verzichtet, den genauen Umfang in Minuten oder Stunden zu erfragen. Vielmehr wurden die TeilnehmerInnen aufgefordert, ihre Wahrnehmung des Zeitaufwandes anhand der Dimensionen „wenig“, „viel“ oder „sehr viel“ zu beschreiben. Die Antworten der TeilnehmerInnen reichten von „wenig“ bis „sehr viel“. Die Mehrheit der TeilnehmerInnen (12) gab an, eher wenig Zeit mit Gedanken an Gesundheit zu verbringen. Die anderen zehn TeilnehmerInnen schätzten ihren Zeitaufwand für Gedanken an Gesundheit als eher hoch ein. Neben dem zeitlichen Umfang wurden die TeilnehmerInnen gebeten, die Häufigkeit ihrer Gedanken anzugeben um hier eventuelle Diskrepanzen aufzudecken. Anhand der genannten Antworten wurden die Dimensionen „häufig“, „manchmal“ und „selten“ erstellt. Angaben wie *ständig*, *immer*, *täglich* und *ziemlich oft* wurden zur Dimension „häufig“ subsumiert. Aussagen wie *mehrmals wöchentlich* oder *wöchentlich* wurden der Dimension „manchmal“ zugeordnet. TeilnehmerInnen mit seltenen Gedanken an die Gesundheit machten Angaben wie *so gut wie nie* oder *sehr selten*. Die meisten Befragten gaben an, eher häufig an ihre Gesundheit zu denken (13), während die verbliebenen neun TeilnehmerInnen eher selten an Gesundheit dachten. Keiner der Befragten gab an, gar nicht über seine Gesundheit nachzudenken. Vergleicht man die Aussagen zur Häufigkeit der Gedanken an Gesundheit mit den Aussagen zum Zeitaufwand, so zeigt sich größtenteils eine

Übereinstimmung. Personen, die häufig an Gesundheit dachten, waren der Auffassung, auch viel Zeit mit Gedanken an Gesundheit zu verbringen, und andersherum. Nur bei drei Befragten zeigte sich eine Diskrepanz der beiden Kategorien: Sie gaben an häufig an ihre Gesundheit zu denken, gleichzeitig aber beanspruchten die Gedanken an Gesundheit nur wenig Zeit in ihrem Alltag. Erklärungen dafür waren, dass die Befragten zwar häufig am Tag an ihre Gesundheit dachten, aber nur wenige Sekunden beziehungsweise Minuten je Gedanke aufwendeten und den zeitlichen Umfang deshalb insgesamt als gering einstufen.

*„Also wenn ich jeden Tag mit 24 h ansetze, muss ich sagen, ist das wohl eher wenig. Aber es ist ja nicht so / man macht sich die Gedanken, ärgert sich, das ganze Spielchen dauert ein paar Minuten und dann ist das wieder vorbei. Das sind natürlich auch Gedanken zu Gesundheit. Das macht man im Grunde genommen bei jedem Essen. Wenn man das alles berücksichtigt, wird es dann wohl ein bisschen mehr werden. Im Vergleich zum 24-Stunden-Tag ist das immer noch aus meiner Sicht wenig, es ist jetzt also nicht irgendwo, dass man sagen kann, es betrifft jetzt 40, 50 Prozent der Tageszeit“ (28,15).*

TeilnehmerInnen, die selten an ihre Gesundheit dachten, waren häufig der Meinung, dass ein Reflektieren der Krankheitssituation zu keinen wesentlichen Verbesserungen führen oder ihre Krankheitssituation in irgendeiner Weise positiv verändern würde. Es sei somit überflüssig.

*„Also sonst versuche ich das also so zu sagen: „es ist nun mal so, da musst du jetzt nicht noch ständig darüber reflektieren“ (15,23).*

#### **4.3.2 Anlässe für Gedanken an Gesundheit**

In den analysierten Interviews wurden als häufigster Grund für Gedanken an Gesundheit krankheitsbedingte Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltags genannt, besonders durch Schmerzen und Bewegungseinschränkungen.

*„Wenn es anfängt wehzutun. Und wehtun tut mir immer was“ (22,7).*

*„Solange mir, ich mein, solange man keine schwerwiegenden Schäden hat irgendwie, denkt man gar nicht über die Gesundheit nach“ (13,23).*

Als zusätzliche Gründe wurden gesundheitsbezogene Tätigkeiten wie die Blutzuckerkontrolle oder die tägliche Medikamenteneinnahme genannt. Auch Arztbesuche oder spezielle diätetische Anforderungen beim Einkaufen oder beim Kochen waren bei den Betroffenen Gründe für Gedanken an Gesundheit. Besonders häufig wurde die fehlende Disziplin bei der

Ernährung als Ursache für Gedanken an die eigene Gesundheit genannt. In diesen Fällen hatten die Befragten meist ein schlechtes Gewissen und machten sich Vorwürfe.

*„Denkt man jeden Tag dran. Allein schon wegen der Ernährung her, dass man das Falsche isst und weiß, man darf es eigentlich nicht essen, und dann hat man ein schlechtes Gewissen. Und dann überlegt man wieder: Ja, was hast du wieder falsch gemacht und machst du es morgen anders? Also deswegen denkt man fast jeden Tag dran. (...) (26,3)“.*

*„Ja, z. B. wenn es mir zu gut schmeckt mittags, müsste ich eigentlich nur die Hälfte essen, aber kann ich dann nicht, weil, das macht mir eigentlich den meisten Spaß, kochen und essen. (unv.) (Lachen). Ja, da denk ich auch: Hättest du mal lieber nicht so viel gegessen, dann hättest du weniger Schmerzen in den Knochen, und und und. Aber ist jetzt zu spät (22,9)“.*

Auch fehlende Disziplin oder Motivation bei der Gewichtsreduktion oder dem Rauchstopp waren Auslöser für Gedanken an Gesundheit.

*„Man steigt die Treppen, man weiß, man hat Übergewicht, man müsste eigentlich abnehmen, und dann denkt man: ach naja. Und das sind so Sachen, da denkt man dran. Man könnte ja eigentlich, wenn man wollte, was Besseres machen, aber (...) es ist eben nicht so. Und da denkt man eben, dass man, ja, man hat da was falsch gemacht (26,7)“.*

*„Ja, dann fühle ich mich schon schlecht. Dann denke ich schon: ‚Boar, es könnte dir eigentlich bessergehen, wenn du z. B. nicht mehr rauchen würdest‘, oder es (unv.) geht auch vorbei (20,9)“.*

Krankheitsfälle in der Familie oder im Umfeld führten ebenfalls dazu, dass sich die TeilnehmerInnen Gedanken um ihre Gesundheit machten. Aber auch Beiträge und Reportagen über gesundheitliche Themen in Zeitung, Rundfunk und Fernsehen haben einen Einfluss auf die Häufigkeit der Gedanken an Gesundheit.

*„Jetzt guck ich mir die Leute an, wenn ich manchmal in der Praxis sitze beim Dr. X, da tun teilweise auch junge Leute da rein kommen mit amputierten Füßen und Beinen und dann weiß man ja, wovon das herkommt. Und dann kriegt man ein bisschen Angst. Man denkt man schon doch, doch man denkt schon dran“ (22,29).*

Fast alle TeilnehmerInnen berichteten, dass sich ihre Gedanken an die eigene Gesundheit seit der Diagnose Diabetes intensiviert hätten. Vorher hatten die TeilnehmerInnen meist gar nicht über ihre Gesundheit nachgedacht.

*„Eigentlich habe ich vorher wenig drüber nachgedacht, weil ich gesund war“ (30,27).*

Es fiel auf, dass Gesundheit hauptsächlich nur wahrgenommen wurde, wenn sie nicht mehr vorhanden war und es zu Einschränkungen kam, mit denen sich die TeilnehmerInnen auseinandersetzen mussten. Die Frage, ob sie auch an Gesundheit denken würden, wenn es ihnen gut ginge, verneinten die meisten.

**Interviewer:** *Wenn sie sich gut fühlen, denken Sie dann auch an Gesundheit?*

**Person:** *„Ne, da denke ich mal, wenn ich mich gut fühle (...) dann sag ich mir, ich sollte da nicht dran denken und ich denk auch nicht daran“ (12,16).*

Nur vier Personen dachten auch dann manchmal an ihre Gesundheit.

*„Ja, höchstens indirekt, indem ich dann denke: ‚Schön, dass das alles so läuft‘“ (15,21).*

### **4.3.3 Gesundheitsverhalten**

In den Interviews wurden die TeilnehmerInnen nach ihrem Gesundheitsverhalten gefragt. Um zu klären, welche Maßnahmen von den Befragten überhaupt eingesetzt werden und um eine größtmögliche Bandbreite an Antworten zu generieren, wurde die Frage offen formuliert: *„Was tun Sie alles für ihre Gesundheit?“*. Als mögliche Orientierungshilfen wurden, wenn nötig, beispielhafte Bereiche wie Ernährung, Bewegung und präventive Gesundheitsförderung (Arzt- und Vorsorgebesuche) angeführt. Nahezu alle TeilnehmerInnen versuchten eine gesunde Lebensweise in ihren Alltag zu integrieren, deren Umsetzung aber, je nach Fall, in Ausmaß und Intensität variierte.

*„Ich habe mich daran gehalten und dann sagt der Dr. X: ‚Sie dürfen auch ruhig mal ein Stückchen Schokolade essen. ‘ ‚Ja‘, sage ich. ‚Schokolade, die lutsche ich. ‘ Früher habe ich eine Tafel gegessen, danach nicht mehr. Man kennt sich dann selber““ (30,38).*

*„Ja, kann ich beschreiben. Früher habe ich alles gegessen. Was ich Appetit hatte und herzhaft, habe ich gegessen. Und jetzt nicht mehr. Weil, wenn ich mir ein Butterbrot mache, dann tue ich nur eine Scheibe Wurst, keine Margarine, nichts drauf. Esse ich nur so“ (14,31).*

Eine sehr strikte Therapieadhärenz bedeutete für Viele aber soziale Isolation, schlechte Lebensqualität und fehlende Lebensfreude, weshalb ein Großteil der TeilnehmerInnen eher locker und großzügig mit den Ernährungsvorschriften umging. Die gesundheitlichen Risiken waren ihnen im eingeschränkten Maße zwar durchaus bewusst, aber Essen galt als wichtiger Faktor für das persönliche Wohlbefinden. Zudem zählten unmittelbare Gratifikationen mehr als unsichere Nutzen in der Zukunft. So wurde von den TeilnehmerInnen die Möglichkeit zur normalen Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und die Uneingeschränktheit in der Lebensführung höher bewertet als ihre Gesundheit und ein vorbildliches Diabetes-Management.

*„Irgendwas jetzt mit Essen und so weiter, dann denk ich schon mal: ‚Ist das ok jetzt?‘ Aber auch nicht so viel, weil, ich bin an für sich ein Mensch der sagt: ‚Wenn ich jetzt ganz, ganz streng Diät leben würde und würde mich hundertprozentig an all das halten, was im Grunde genommen vorgegeben ist als Diabetikerin, oder auch weil ich einen etwas erhöhten Dingsens, Blutdruck habe, dann wäre für mich die Lebensqualität weg“ (16,19).*

*„Weil ich ein Fan von Süßigkeiten bin und immer, wenn ich dann davor stehe, denke ich: ‚Du kannst es eigentlich nicht, du bist ja Diabetikerin, dein Diabetes könnte höher gehen, aber, ach, ist auch scheiß egal. Mach mal und iss dann trotzdem die Schokolade.‘ So, das könnte ich eigentlich dazu sagen“ (20,3).*

Nur sechs TeilnehmerInnen waren sehr bemüht sehr vorbildlich und hoch therapieadhärent zu handeln, obwohl dies meist erhebliche Einschränkungen im Alltag mit sich brachte und ihr Sozialleben beeinträchtigte.

*„Also wenn, wir hatten früher immer so, Kaffeeklatsch nannten wir das, mit Frauen und dann kamen abends die Männer dazu. Da haben wir so richtig schöne Sahnetorte und so. Das habe ich aufgehört, weil ich es einfach nicht mehr hören konnte. ‚Mensch, nun iss doch ein Stück, wenigstens die Spitze.‘ Und das waren leckere Sachen. Da habe ich gesagt: ‚Nein, nur ein kleines Stückchen.‘ ‚Ja, nur ein kleines Stückchen.‘ Ja, ja. Und das wurde im Bekanntenkreis, wurde das nicht eingehalten. In diesem Bekanntenkreis. Und dann gab es abends noch, wenn die Männer dazu kamen, hatte die Frau dann vorbereitet eine anständige Platte, also das habe ich aufgegeben. Was mir sehr leid tat [...], aber das tut mir, das hat mir leid getan. Das war eigentlich immer ein schöner Nachmittag und ein Austausch auch. [...] Aber ich habe es aufgegeben. Ich konnte es nicht mehr hören.*

*Und die anderen haben, hatten keinen Zucker und hatten da auch wenig Verständnis für [...] Also das tut mir auch bei Gesellschaften und so, tut mir das, und Geburtstage, wenn ich da nicht so zuschlagen kann, das tut mir schon weh“ (19,14).*

Besonders schwierig für die TeilnehmerInnen war es bei Feiern oder Veranstaltungen auf Essen zu verzichten, oder wenn sie in der Familie beim Thema Ernährung keine Unterstützung erfuhren.

*„Also besonders schlimm ist für mich, wenn wir Essen gehen, wenn wir feiern, wenn Feiern sind und dann ist es für mich besonders schlimm zu sagen: ‚Das kannst du nicht probieren, das haben die anders gekocht, da musst du weniger essen.‘ Das ist für mich schlimm. Ich esse gerne“ (19,7).*

*„Und es ist auch schlimm für mich, für zwei Personen zu kochen. Einmal für meinen Mann und einmal für mich. Denn der sagt sehr oft: ‚Meine Güte, kannst du nicht mal ein Stück Butter daran tun?‘ Ich tue es. Ich versuche es zu tun und dann weniger zu essen, aber das bringt mir nichts“ (19,9).*

In Bezug auf das Thema Bewegung variierten die individuellen Verhaltensweisen stark und hatten je nach Umgangsweise und Ausprägung eine unterschiedliche Bedeutung. Auf der einen Seite gab es TeilnehmerInnen die regelmäßig ins Fitnessstudio gingen, an Schwimm- oder Wassergymnastikkursen teilnahmen oder regelmäßig Spaziergänge unternahmen. Auf der anderen Seite stand eher die funktionale Bewegung und Leistung im Vordergrund. So wurde die Ausübung von körperlichen Tätigkeiten im Job, Haus oder Garten als einzige körperliche Betätigung genannt. Körperliche Bewegung oder Sport, so wurde argumentiert, hätten sie in ihrer Arbeit oder zuhause genug. Während alle TeilnehmerInnen angaben, in irgendeiner Form auf ihre Ernährung zu achten, gab mehr als die Hälfte der Befragten (15) an, sich sehr wenig körperlich zu betätigen. Genannte Gründe waren Zeitmangel, fehlende Motivation und Disziplin sowie körperliche Einschränkungen. Vielen war bewusst, dass sie sich zu wenig bewegen, und sie trafen Aussagen wie *„Ich müsste noch mehr tun“*, *„Sport mach ich einfach viel zu wenig“* oder *„Wird Zeit, dass du wieder was machst“*.

*„Ich müsste mehr Sport machen, ich müsste mich anders ernähren. Ich müsste abnehmen. Das sind alles diese Sachen, wo ich eigentlich (...)“ (35,31).*

*„Dann kann ich mich nicht aufraffen. Das ist bestimmt ein Fehler. Vielleicht wenn ich mich aufraffen würde, dass es dann besser wird. Aber es tut halt eben so weh“ (22,39).*

Die TeilnehmerInnen, die regelmäßig Sport betrieben, nahmen die körperliche Bewegung im Gegensatz zur bewussten Ernährung nicht als Belastung oder Einschränkung wahr, sondern als wichtigen Faktor für ihr persönliches Wohlbefinden.

Vorsorgeuntersuchungen und regelmäßige Kontrollen beim Arzt waren für viele Teilnehmer sehr wichtig und ein fester Bestandteil ihres Alltagslebens mit einer chronischen Erkrankung. Nur einige wenige TeilnehmerInnen (4) gingen aufgrund der langen Wartezeiten oder des hohen logistischen Aufwandes nicht regelmäßig zu diesen Untersuchungen und empfanden diese als lästig. Eine Teilnehmerin nahm die Vorsorgeuntersuchungen nicht gerne wahr, da solche Termine sie beunruhigen und sie sich nicht *„verrückt machen lassen will damit“* (24,27).

*„Weil mir das alles furchtbar lästig ist und das im Grunde für mich Sachen sind, wo die alten Leute sitzen (Lachen). Also wo praktisch die Rentner, die die Zeit haben, die verbringen dann ihre Tage in der Praxis“* (16,27).

Eine Teilnehmerin zweifelte die Wirksamkeit von Vorsorgeuntersuchungen im Allgemeinen an.

*„Die ganzen Vorsorgen, die man über sich ergehen lassen muss. [Ausführungen] Ich habe mich geärgert über diese massive Info: ‚Gehen sie hin, was sie jetzt sehen können, das kann man wegmachen.‘ Ja. Und wenn da was Bösartiges ist, dann habe ich es schon. Dann macht der nichts weg“* (12,86).

Weitere gesundheitsbezogene Tätigkeiten, die von den Teilnehmern auf die Frage *„Was tun sie alles für ihre Gesundheit?“* angegeben wurden, waren zum einen Rauchstopp, mäßiger Alkoholkonsum und regelmäßiger Schlaf, aber auch die Teilnahme an Diabeteschulungen oder DMP-Programmen sowie die regelmäßige professionelle Fußpflege. Eine Teilnehmerin besuchte zudem nach einem Schlaganfall regelmäßig einen Englischkurs, um sich geistig fit zu halten.

Die Angaben zum Gesundheitsverhalten der Befragten lassen auf die Vorstellungen zu Risikofaktoren als negative Einflüsse auf die Gesundheit schließen. Rauchen, Übergewicht, schlechte Ernährung oder fehlende Bewegung und Mangel an Schlaf scheinen dabei von allen als schlecht für die Gesundheit eingestuft zu werden. Das heißt aber nicht, dass alle TeilnehmerInnen sich deshalb auch danach richteten. Die Umsetzung hing von der jeweiligen

Lebenssituation, dem sozialen Kontext und den individuellen Persönlichkeitsmerkmalen ab. Wenig Zeit, der Job und Familie, um die man sich kümmern muss, fehlende Motivation und Disziplin standen einer Umsetzung im Wege.

#### **4.3.4 Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten**

Im Anschluss an die Frage nach den gesundheitsbezogenen Tätigkeiten wurden die TeilnehmerInnen gebeten einzuschätzen wie viel Zeit diese in ihrem Alltag einnehmen. Ähnlich wie bei der Frage nach dem Zeitaufwand für Gedanken an Gesundheit stand auch hier nicht die genaue Erfassung der aufgewendeten Stunden und Minuten im Vordergrund, sondern eher die subjektive Wahrnehmung des Zeitaufwandes.

Die eine Hälfte der Befragten schätzte den Zeitaufwand für ihre gesundheitsbezogenen Tätigkeiten als gering ein, hauptsächlich weil viele dieser Tätigkeiten aufgrund langjähriger Erkrankung mittlerweile so in die alltägliche Routine eingebettet sind, dass sie nicht mehr explizit wahrgenommen werden. Außerdem wurden Arztbesuche, Fahrtwege und Vorsorgeuntersuchungen bei der Schätzung des Zeitaufwandes von einigen TeilnehmerInnen nicht berücksichtigt, da diese aufgrund ihrer Unregelmäßigkeit keine Rolle bei der Beurteilung des Zeitaufwandes spielen.

Die andere Hälfte der Befragten empfand den Zeitaufwand für das tägliche Management der Erkrankung wie Insulinspritzen, Medikamente sortieren, Blutzuckermessen oder die Organisation von Arztbesuchen oder das Beschaffen eines Rezeptes als sehr zeitintensiv.

*„Also, also man hat immer damit zu tun, ja. (...). Ich würde sagen relativ viel. Obwohl das unterschiedlich ist. Mal ist es sehr, sehr viel, manchmal ist es weniger viel, aber am Tag übergesehen, aber das interessiert die [Politik, Ärzte] ja nicht, wenn ich dann sonntags dasitze und meine Pillchen am Sortieren bin, dann ist eine Viertelstunde weg. Weg ist sie. Ja, spricht keiner drüber“ (25,32).*

Dabei scheint die Wahrnehmung des Zeitaufwandes auch vom Kontext der Lebenssituation der Betroffenen beeinflusst (z. B. Rentner vs. Job und Familie) und kann sich so im Verlauf der Zeit verändern.

*„Das Verhältnis. Wo ich früher gearbeitet hab und ich musste nach dem Arzt, dann war mir das zu viel. Schon wieder morgens hin, warten, ich habe noch so viel zu tun. Dann hat man das Gefühl, es ist zu viel. So ich habe im Moment jetzt, das wird auch erstmals*

*so bleiben, weiter nichts zu tun. Es fällt mir nicht mehr schwer. Dementsprechend habe ich das Gefühl, ich habe nicht so viel Zeitaufwand dafür“ (12,76).*

#### **4.3.5 Belastungsempfinden**

Diabetes tangiert nahezu alle Lebensbereiche der Betroffenen und konfrontiert diese mit einer Vielzahl unterschiedlicher Belastungssituationen. Diese können dabei zum einem aus dem täglichen Selbstmanagement der Erkrankung resultieren oder durch die psychosozialen Herausforderungen bedingt sein. Wichtig dabei ist das Krankheitserleben und damit die Bedeutung, die der Krankheitswirklichkeit für die Betroffenen zukommt. Denn ob und wie weit der Diabetes als belastend und damit als Stressfaktor wahrgenommen und empfunden wird, hängt davon ab, wie die Betroffenen die Situation einschätzen und bewerten. Aussagen zum individuellen Belastungserleben und zur Bedeutung der Krankheitssituation ergeben sich im gesamten Verlauf des Interviews und illustrieren so zusammengenommen ein ausführliches Bild der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Der Großteil der Befragten (13) vermittelt in den Interviews den Eindruck, durch die Erkrankung substantiell belastet und eingeschränkt zu sein:

*„Ja, es ist immer der gleiche Zustand, man kann mit / irgendwie ist es eine Belastung fürs Leben, die bleibt. Es ist eine Belastung, eine ständige Belastung. Ist nicht, jetzt sagen wir, dass man damit nicht gut leben kann, aber es ist eine Belastung. So, und die bleibt auch“ (25,11).*

Eine Vielzahl der Alltagsprobleme und Belastungen resultiert dabei aus der aufwendigen Selbstbehandlung und im Besonderen der diätischen Ernährung die u.a. eine gewisse Regelmäßigkeit in der Lebensführung fordert und so zu einem Verlust der Spontaneität führt, was eine Teilnehmerin sehr anschaulich berichtet.

*„Aber wie ich sage, ich kann auf nichts mich freuen. Weil, das sind Sachen, immer was kommt dazwischen. [...] Aber so (...) ist kein Leben. Keine Perspektive. (34,5.) Und das / ich bin immer mit Krankheit verbunden, ganzen Tage. Ich habe nichts von meinem Privatleben, weil, immer muss ich nachdenken: wo habe ich Termin und wann wieder das Termin ist. Und wie ich sage, das Insulin, die Medikamente darf ich nicht vergessen, und mit manchmal ist das alles Kotze. So ist das, kann man sagen“ (34, 3).*

Weitere Belastungssituationen ergaben sich durch Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, die für die Betroffenen teilweise nur sehr schwer zu akzeptieren sind.

Weitaus gravierender als die körperlichen Einschränkungen oder der Zeitaufwand für das tägliche Diabetes-Management scheint für die Befragten aber die gedankliche Belastung.

*„Nun, jeden Tag denk ich immer: ‚Wie wird das weitergehen? Wie wird das weiter noch gehen? Wie lange oder was.‘ Ne. (...) Immer denkt man, wenn ist einer krank. Ne“ (21,5).*

*„Deswegen sage ich Ihnen ja, man hat es jeden Tag im Kopf, man will einfach nicht, aber man muss. Das geht gar nicht anders. Sie müssen ständig, müssen sie daran denken. Es fängt schon mit, ich sag ja, 4-6-mal messen, so in der Richtung“ (25,26).*

Besonders Zukunftsängste und Sorgen vor Spätfolgen und Begleiterkrankungen, die ihr alltägliches Leben und das ihrer Familie massiv beeinflussen könnten, ebenso wie die Angst vor einer Verschlimmerung der Erkrankung, wurden in den Interviews oft thematisiert. Besonders bei TeilnehmerInnen mit an Diabetes erkrankten Angehörigen waren diese Ängste verstärkt.

*„Weil ich Angst habe vor den Folgen der Diabetes, also ich denke immer dran, ich wache auf und denke: ‚Oh, was isst du heute, was machst du heute. Um Diabetes in Griff zu kriegen.‘ Also das mach ich schon jeden Tag und das ist nicht so schön, dass ich das immer wieder tue, dran denke. Also es ist noch nicht so, dass ich damit gut zurechtkomme“ (19,5).*

Ein Teilnehmer leidet aufgrund eines Hypoglykämievorfalls in der Vergangenheit an einer enormen Angst, erneut zu unterzuckern, und fühlt sich permanent bedroht.

Ebenfalls eine große Rolle für das Belastungsempfinden spielen Gefühle der Frustration und des Versagens. So führen ausbleibende Behandlungserfolge und schlechte Blutzuckerwerte trotz großer Behandlungsmotivation und Disziplin zu einer hohen Frustration auf Seiten der Betroffenen. Gleichermaßen führten auch enttäuschte Erwartungen an sich selbst durch fehlende Motivation und Disziplin (z. B. weil sie diätische Ernährungsempfehlungen missachteten), zu Gefühlen der Schuld und des Versagens, insbesondere der Familie gegenüber. In der Folge fühlten sich die Betroffenen sehr hilflos und mit den Anforderungen der Erkrankung alleingelassen und überfordert.

*„Fühlt man sich nicht so gut manchmal. Jetzt nicht jeden Tag, aber man hat so Tage, da hat man eben ein schlechtes Gewissen. Einem selbst gegenüber, dass man da eben sich hat nicht so durchsetzen können. Der eigene Wille, der fehlt ja dann oft“ (26,11).*

*„Warum ich schlecht mich fühle, das ist ganz einfach. Ist auch ein bisschen Wut bei. Bisschen Wut auch gegen mich, dass ich nicht konsequenter bin. Also Wut auch gegen mich, dass ich denke, Mensch dein / du hast es doch gewusst, du sollst es nicht tun“ (19,13).*

Insbesondere bei TeilnehmerInnen mit einem sehr idealistischen und perfektionistischen Anspruch an das Selbstmanagement der Erkrankung wurde dies häufig beschrieben. Das Selbst wird diszipliniert und sie machen sich selbst für das Gelingen eines gesunden Lebensstils verantwortlich und fühlen sich durch die ständigen Erwartungen an sie als Patient stark belastet.

*„Das mit dem Essen nicht mehr unterdrücken. Ich muss wirklich ganz streng dann leben. Also wirklich ganz streng. Das ist schon mehr, dass macht keinen Spaß soweit. Ich trink keinen Alkohol. So, ich rauche nicht. Ja, was soll ich denn noch alles machen? Ja. Essen tu ich auch nicht. [...] Lästig ist das. Richtig lästig. Das bestimmt einen Alltag und das ist nicht schön. Das bestimmt wirklich den Alltag“ (25,22; 30).*

*„Und das sind Sachen, da muss ich immer vor meinem Auge behalten, ich darf das nicht vergessen. Oder ich kann nicht meinen Urlaub jetzt zum Beispiel buchen, in ein paar Monate irgendwo fahren. Das geht nicht. Und ja, wie ich sage, ich kann mich nicht über mein Leben freuen. Weil z. B., ich würde gerne irgendwo fahren im Dezember, aber das kann ich nicht machen, weil die Termine sind und weiß man nicht, was kommt dazwischen“ (31,5).*

Zwei Teilnehmerinnen fühlen sich durch die Erkrankung zwar belastet, die Krankheit spielt aber im Vergleich zu den anderen Befragten in ihrem Alltagsleben aus Zeitmangel keine zentrale Rolle. Zum einen bedingt durch eine zeitintensive Berufstätigkeit, zum anderen durch die Pflege der kranken Mutter.

Teilnehmer die das Leben mit der Erkrankung als nicht belastend empfinden haben sich meist mit der Situation abgefunden, und sich auf die mit dem Diabetes verbundenen Herausforderungen eingestellt. Die Anforderungen durch das Selbstmanagement der Erkrankung empfinden sie als machbar und sie haben das Gefühl, die Krankheitssituation auch gedanklich unter Kontrolle zu haben.

*„Und von daher komme ich also mit Krankheit an für sich gut zurecht. Oder an meine Gesundheit denk ich nicht oft“ (16,3).*

Die Befragten sehen ihre Handlungsfähigkeit oder Leistungsfähigkeit durch die Erkrankung gar nicht bis minimal eingeschränkt. Sie nehmen körperliche Beschwerden und Beeinträchtigungen als „normal“ und „aushaltbar“ wahr, sodass diese nicht weiter beachtet werden. Generell fühlen sie sich eher gesund als krank. Es finden sich Formulierungen wie „ich kann ja alles“, „ich lebe normal, es ist ja nichts, was mich einschränkt“. Gesundheitliche Beeinträchtigungen werden zum Teil heruntergespielt und als Kleinigkeiten abgetan.

*„Aber so. Ich muss es halt hinnehmen. Ich muss es irgendwo in mein Leben mit einbauen und das klappt und es ist ja auch nichts Großartiges, was mich einschränkt“ (16,37).*

Sie gestehen der Erkrankung keinen zentralen Stellenwert in ihrem Leben und ihrem Alltag zu und sind bemüht, einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Diabetes-Erkrankung aufrechtzuerhalten, dabei aber ein Gleichgewicht zwischen Krankheits-Management und Erhalt der Lebensqualität zu finden. Zwar sehen sie gesundheitliche Gefahren, glauben aber meist nicht, dagegen etwas ausrichten zu können (siehe auch Kapitel 4.3.8).

*„Für mich ist diese Krankheit halt, ja gut, die ist irgendwo dahinten dran, die hängt damit drin, aber mehr auch nicht. Das andere ist mein Leben und die Krankheit ist so ein, naja gut (...), die ist da, aber ich muss da auch ein bisschen darauf achten, und ich muss natürlich meine Werte kontrollieren, ich muss mein Insulin spritzen, meine Tabletten nehmen, aber das ist es auch. Ich lass mich also nicht von dieser Krankheit beherrschen“ (16,19).*

#### **4.3.6 Bewertung des Diabetes**

Sehr wichtig ist auch die subjektive Bedeutung, die die Betroffenen dem Diabetes als Erkrankung beimessen. Zum einen gibt es TeilnehmerInnen, die den Diabetes als eher harmlose Erkrankung einstufen. Gründe dafür sind fehlende Symptome oder Schmerzen ebenso wie nur minimale Einschränkungen im Alltag. Da es für den Diabetes mittlerweile gute Behandlungsmöglichkeiten gibt und die Erkrankung intensiv beforscht wird, wird die Bedrohlichkeit der Erkrankung zusätzlich gesenkt. Auch die Möglichkeit die Erkrankung durch aktives Selbstmanagement mit beeinflussen zu können und so der Erkrankung nicht hilflos ausgeliefert spielt bei der Bewertung eine Rolle.

*„Da würde ich sagen, Diabetes kriegt man noch am allerehesten gedanklich in den Griff. Also man weiß, was man tun muss“ (17,33).*

Einige Aussagen wirken beinahe schon bagatellisierend:

*„Er mag vielleicht das Leben verkürzen, aber das tun 100.000 andere Dinge auch“ (18,23).*

*„Schlimmer würde ich empfinden, wie gesagt, wenn das wirklich eine schlimme Krankheit wäre. Ich glaube, dann würde ich mir auch viel, viel mehr Gedanken machen“ (16,37).*

Teilweise fand ein Wandel in der Bewertung des Diabetes statt. Zwei TeilnehmerInnen erzählten, zu Beginn der Erkrankung waren sie noch sehr verunsichert und ängstlich und mittlerweile haben sie gelernt mit der Erkrankung zu leben und empfinden sie nicht mehr als bedrohlich.

Zum anderen bewerteten Teilnehmer den Diabetes als eine schwerwiegende, oft unterschätzte Erkrankung, die die normale Lebensführung behindert und einschränkt. Besonders die möglichen Komplikationen und Spätfolgen sowie die fehlende Möglichkeit einer Heilung der Erkrankung sind dabei Aspekte, die von den TeilnehmerInnen angesprochen wurden. Gerade wegen der gravierenden Auswirkungen und Folgen für das Leben der Betroffenen und ihrer Familien werten sie den Diabetes als eine schwere Erkrankung, die es bestenfalls zu vermeiden gilt. Eine Teilnehmerin verdeutlicht die Schwere der Erkrankung anschaulich mit einem Vergleich:

*„Also es ist schon, man, gegenüber früher, wenn ich dran denke, wenn früher jemand Diabetes hatte, war quasi direkt ein Todesurteil. Und wenn das ärmere Leute waren, die sich das nicht kaufen konnten (...)“ (22,59).*

Aber auch die psychischen Belastungen durch die Erkrankung spielt eine wichtige Rolle bei der Bewertung des Diabetes.

*„Aber es ist schwer. Es ist eine schwere Krankheit, die belastend ist. Weil es immer wieder: rattata rattata [zeigt mit Finger auf Kopf]. Also für mich ist sie sehr belastend“ (19,61).*

Die Bewertung ist zum Teil davon abhängig, welche Erfahrungen, auch von Bezugspersonen, mit der Erkrankung gemacht wurden. So entwickelten sich bei einigen TeilnehmerInnen Überzeugungen von der Schwere der Erkrankung aus dem Umgang mit Diabeteserkrankten in ihrem nahen Umfeld.

*„Und wo ich dann auch die Angst habe, in meiner Familie sind schon viele an Diabetes gestorben. Das ist eigentlich meine Angst. Dass mein Opa ist gestorben, mein Onkel ist gestorben, zwei Onkels von mir sind gestorben an Diabetes und das macht schon dann viel aus (...)“ (35,23).*

#### **4.3.7 Bewältigungsverhalten**

Im Verlauf der Analyse zeigte sich ein komplexes System von interindividuell verschiedenen Krankheitsbewältigungsstrategien und Verhaltensweisen, die häufig flexibel angewendet wurden. Da die Bewältigungsstrategien in den Interviews von den TeilnehmerInnen immer wieder thematisiert wurden, scheinen diese wichtige Aspekte im Hinblick auf Gedanken an Gesundheit zu sein. Es wurden daraufhin induktiv offene Kategorien gebildet und diese theoriegeleitet überprüft (Mayring, 1990). In der Literatur wird, abhängig vom jeweiligen theoretischen Ansatzpunkt, eine Vielzahl von verschiedenen Bewältigungsstrategien diskutiert. Es hat sich abgezeichnet, dass zwischen den in den Interviews beschriebenen Kategorien und den von Heim dargestellten Berner Bewältigungsformen (BEFO, siehe unten) (Heim et al, 1991) eine große Ähnlichkeit besteht. Die gebildeten Kategorien wurden daraufhin sprachlich angeglichen und verknüpft. Die BEFO wurden konzipiert, um die Krankheitsverarbeitung bei vorwiegend chronischen Körperkrankheiten sowie die Bewältigung von Belastungsereignissen allgemein zu erfassen. Unter Bewältigungsprozessen versteht Heim „psychische Vorgänge, die darauf ausgerichtet sind, bereits bestehende oder erwartete krankheitsbedingte Belastungen entweder innerpsychisch (emotional/kognitiv) oder durch Handeln vorbeugend auszugleichen oder ihre Manifestation zu verarbeiten und zu meistern“ (Heim et al, 1991). Heim unterscheidet 28 klinisch relevante Bewältigungsformen, von denen sich 19 in den Interviews wiederfinden ließen. Diese können jenseits einer empirisch-topographischen Einteilung in handelnde, kognitive und emotionale Bewältigung in drei Skalen gegliedert werden (Hessel et al, 2000):

1. Ein bedrohungsminderndes Bewältigungsverhalten
2. Ein bedrohungsfokussiertes Bewältigungsverhalten
3. Ein zuwendungsorientiertes Bewältigungsverhalten

Unter einem bedrohungsmindernden Bewältigungsverhalten versteht Heim Strategien, die zu einer Reduktion von Belastungen und negativen Krankheitsaspekten durch Ich-Leistungen führen. Bewältigungsstrategien, die als bedrohungsfokussiert eingestuft werden, gehen mit dem Erleben von stark negativen Gefühlen wie Wut, Angst und Trauer einher. Die Suche nach Zuwendung, kompensatorischer Ersatzbefriedigung oder spiritueller Stärkung sowie narzisstischer Gratifikation wird als zuwendungsorientiertes Bewältigungsverhalten aufgefasst (Hessel et al, 2000). Eine übersichtliche Darstellung der unterschiedlichen Bewältigungsformen ist in Tabelle 3 dargestellt. Die insgesamt 19 in den Interviews beschriebenen Bewältigungsstrategien werden im Folgenden kurz vorgestellt.

**Tabelle 2: Übersicht über die Berner Bewältigungsformen**

<b>Bedrohungsminderndes Coping</b>	<b>Bedrohungs-fokussiertes Coping</b>	<b>Zuwendungsorientiertes Coping</b>
Humor	Aktives Vermeiden	<u>Zuwendung</u>
Isolieren/Unterdrücken	<u>Wut/Schuldzuweisung/Selbstvorwürfe</u>	<u>Problemanalyse</u>
<u>Passive Kooperation</u>	<u>Hadern/Selbstbedauern</u>	Sozialer Rückzug
<u>Akzeptieren</u>	<u>Rumifizieren (Grübeln)</u>	<u>Religion</u>
<u>Dissimulieren</u>	<u>Resignation</u>	<u>Kompensation</u>
<u>Valorisieren</u>		Emotionale Entlastung
<u>Kognitive Vermeidung</u>		Ablenkendes Anpacken
<u>Ablenken</u>		Konstruktive Aktivität
<u>Aktive Bewältigung</u>		Konzentrierte Entspannung
<u>Altruismus</u>		Sinngebung
<u>Relativieren</u>		
<u>Positiv denken</u>		
<u>Haltung bewahren</u>		

**Tab. 3:** Übersicht über die 28 klinischen Berner Bewältigungsformen nach Heim (Hessel et al, 2000). Die Bewältigungsformen können eingeteilt werden in „bedrohungsminderndes Coping“, „bedrohungs-fokussiertes Coping“ und zuwendungsorientiertes Coping“. Nicht alle 28 Bewältigungsstrategien waren in den Interviews vertreten. Unterstrichen sind die die Bewältigungsstrategien, die in den Interviews beschrieben wurden.

#### 4.3.7.1 Zuwendung (13)

Viele Befragte sahen soziale Beziehungen in irgendeiner Form als wichtig für die Gesundheit an. Wichtige soziale Ressourcen wurden im Lebenspartner, in der Familie oder im sozialen Netz gesehen. Die Unterstützung der Familie oder des direkten Umfeldes wurde als eine

große Hilfe im Umgang mit der Erkrankung wahrgenommen. Es ist den TeilnehmerInnen wichtig, ihre Probleme und Sorgen mit der Familie besprechen zu können. Die Zuwendung durch die ihnen nahestehenden Menschen gibt ihnen Halt und Hoffnung. Die Gewissheit der Unterstützung und des Rückhaltes, egal in welcher Situation, gibt ihnen die Kraft, auch schwere Situationen zu meistern. Die Betroffenen bekommen die Möglichkeit, sich auszusprechen, um Rat zu fragen und jemanden der zuhört und ihnen das Gefühl gibt, zu einer Gemeinschaft anzugehören. Gerade das Gefühl der Zugehörigkeit und der bedingungslosen Akzeptanz scheint eine große Bedeutung zu haben.

*„Im Großen und Ganzen wissen die Frauen das alle, sind sehr hilfsbereit. Und sagen auch, du warst vorher bei uns, jetzt, wo du krank bist, gehörst du auch zu uns. Und das stärkt nochmal den Rücken“ (23,126).*

Darüber hinaus spielt der Austausch mit anderen Betroffenen eine wichtige Rolle. Zu hören, dass andere den gleichen Schwierigkeiten ausgesetzt und mit den gleichen Belastungen und Problemen zu kämpfen haben, entlastet die Befragten emotional.

*„Dass ich mich austauschen kann. Dass ich mich wirklich austauschen kann und sehe, dass die anderen, dass es denen nicht besser geht. Darf ich das sagen? (Lachen) Also, dass wir dann also die gleichen Sorgen haben. Man hat genau die gleichen Sachen. Der Austausch ist mir sehr wichtig“ (19,49).*

Neben der emotionalen Unterstützung durch das Umfeld spielt die praktische Hilfe der Angehörigen bei der Bewältigung und Gestaltung des Alltags ebenfalls eine Rolle. So unterstützen sie die Betroffenen bei Fahrten und Terminen, bei der Haushaltsführung, motivieren und ermutigen und haben Verständnis für die Krankheitssituation.

*„Dass die mich auch / nämlich meine Frau, die isst dasselbe Essen denn wie ich. Das wäre was Anderes, wenn ich jetzt wäre, da so, Diätessen, und die isst denn (...) / Nein. Da (...). Bei uns gibt es denn das Gleiche. Das ist das. Und (...). Was sollen wir noch. (...) Ja. So. Dass die so einen dabei unterstützt. Das einem auch ein bisschen Verständnis entgegengebracht wird. Ja (...). Für das, was man tut oder nicht macht oder nicht kann“ (13,45).*

Die materielle und alltagspraktische Unterstützung des Gesundheits- und Versorgungssystems ist nur für einen Teilnehmer von großer Wichtigkeit für die Bewältigung des Krankheitsalltags. Er hat das Gefühl nicht ausreichend professionell durch das

Versorgungswesen unterstützt zu werden und fordert dahingehend mehr Hilfe durch das Gesundheitssystem in Form von Rehabilitationsprogrammen, Rollatoren oder reduzierten Beitragskosten.

#### 4.3.7.2 Akzeptanz (10)

Die Befragten versuchen, die Krankheitssituation zu akzeptieren und das Beste aus ihrer Situation zu machen. Häufig fielen Aussagen wie „Da muss man durch“ oder „Ist nun mal so, ich kann es nicht ändern“. Sie versuchen, die Erkrankung in ihr Leben zu integrieren und mit ihrem Leben zu vereinbaren.

*„Man akzeptiert das. Ich muss das doch akzeptieren, ich kann doch nicht hingehen und, und da, ne (Lachen), das nutzt doch nichts. Man muss damit leben. Das ist nun mal so. Man kann das nicht ändern“ (13,7).*

*„Ja, ich nehme das einfach als gegeben hin. Ich mache mir keine riesigen Gedanken: ‚Och, du bist arm dran‘ oder ‚Anderen geht es noch viel besser‘ oder ‚Dir geht es nicht besser‘. Ich nehme das als gegeben hin und ich denke weiterhin positiv. Ich mache jetzt mir nicht einen Kopf und die Tage sind grau und ich habe nichts mehr zu erwarten‘ (17,11).*

#### 4.3.7.3 Wut (8)

An einer chronischen Erkrankung zu leiden, ist häufig mit einer Rollenänderung verbunden. Das plötzliche Abdrängen in die Rolle einer hilfsbedürftigen Person, die zunehmend von der Hilfe anderer abhängig ist wird auch thematisiert.

*„Und da hat er gefragt, ob ich nicht mitkommen kann, weil, wenn er mich alleine lässt und ich aus irgendeinem Grund hin falle, ich komm dann nicht hoch. Ich komm alleine nicht hoch. Und das ärgert mich natürlich. Das ärgert mich so wahnsinnig. Naja“ (23,31).*

Andere TeilnehmerInnen sind nicht wütend „krank“ zu sein, sondern übertragen ihre Wut und Enttäuschung auf Personen, die sie für ihre Situation verantwortlich machen. Für sie ist es schwierig, die Erkrankung mit ihrer eigenen Identität zu vereinbaren, sodass sie häufig Schuldzuweisungen äußern (2). Sie kritisieren das Versorgungswesen, von dem sie sich in ihrer Situation nicht hinreichend wahrgenommen und verstanden fühlen.

*„Ärgern tue ich mich eigentlich nur, dass die Ärzte was verschlampt haben, wo ich dann heute mit Leben muss. Der Zucker ist wohl nicht erkannt worden, wohl einige Jahre nicht“ (18,9).*

Im Gegensatz dazu stehen TeilnehmerInnen, die aufgrund ihrer mangelnden Disziplin und Motivation sehr wütend auf sich selber sind. Sie bereuen die Fehler in ihrer Vergangenheit und machen sich enorme Vorwürfe.

*„Auch gegen mir, dass ich nicht konsequenter bin. Also Wut auch gegen mich, dass ich denke, Mensch dein / du hast es doch gewusst, du sollst es nicht tun und wenn ich dann Zucker messe, ich sehe das Ergebnis, weil ich gesündigt habe, dann ist da sehr viel Wut bei. Ich spritze und (...). Es ist so. Ich habe Wut. Sehr viel Wut. Auf mich selber. Also ich weiß, ich habe zu meiner Mutter immer gesagt: ‚Kannst / ist da nicht ein bisschen / kannst du nicht mehr Disziplin üben? ‘ Und jetzt merke ich, dass ich selber diese Disziplin auch nicht habe“ (19,13).*

#### 4.3.7.4 Kognitive Vermeidung (8)

Körperliche Beschwerden oder Beeinträchtigungen werden hier weitestgehend übergangen und der Gesundheit wird wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Befragten versuchen, die Krankheitsrealität so weit wie möglich abzuwehren und vermeiden es daran zu denken, um auf diese Weise den Erhalt des Bestehenden zu sichern. Dafür führen sie unterschiedliche Gründe an. Zum einen wird die Krankheitssituation verharmlost und heruntergespielt, um so eine Rechtfertigung für die kognitive Vermeidung zu schaffen. So gaben die TeilnehmerInnen an, keinerlei Anlässe oder Einschränkungen im Alltag zu erleben, die es notwendig machen würden, sich mit ihrer Situation auseinanderzusetzen. Dadurch können Einschränkungen so lange es geht ignoriert oder verdrängt werden. Zum anderen existiert die Überzeugung, an der Erkrankungssituation nichts verändern zu können, wodurch sich eine Auseinandersetzung mit der Krankheit erübrigt. Dadurch erlangen sie ein Stück Normalität und haben das Gefühl, die Situation unter Kontrolle zu haben.

*„Also sonst versuche ich, das also so zu sagen: ‚Es ist nun mal so, da musst du jetzt nicht noch ständig darüber reflektieren. ‘“ (15,23).*

*„und ja (...), das verdränge ich an sich. Also (...), ich leb einfach danach, die Familie lebt auch mehr oder weniger danach und man braucht ja nichts Spezielles zu machen und*

*(...). Ich tue da nicht viel, wirklich viel Sachen dran denken, also, man lebt das einfach, weil, man hat das schon so drinnen“ (29,5).*

Darüber hinaus ist für die Betroffenen das ständige Reflektieren über die Krankheitssituation eine emotionale Belastung, die ihr subjektives Wohlbefinden beeinträchtigt und die einer normalen Gestaltung ihres Alltages im Weg steht. Sie unterdrücken ihre Ängste und Sorgen und vermeiden es aus Selbstschutz, sich damit auseinanderzusetzen.

*„Ich glaube, da macht man sich keinen Gefallen, tut man sich dabei (13,55). Denn das will man gar nicht heraufbeschwören. Und verbiete ich mir manchmal selber, dran zu denken“ (27,60).*

*„Ich kann mich ja auch krank reden und das sehe ich gar nicht ein. Ich habe vielleicht mit 66 vielleicht noch 10 Jahre, 15 Jahre, wenn es hochkommt, wo ich einigermaßen rüstig bin und was tun kann. Soll ich die kurze Zeit, die mir noch bleibt, mit solch trübseligen Gedanken verbringen? Wo will ich denn da hin, da sacke ich doch in irgendein dämliches Loch, wo ich nicht mehr rauskomme. Nein, das ist nicht/das will ich nicht. Ich will Spaß haben“ (28,59).*

#### 4.3.7.5 Positiv denken (7)

Einige Betroffene sind um eine optimistische, positive Interpretation der Krankheitssituation bemüht. Sie fokussieren sich auf die positiven Aspekte und betonen diese.

*„Ich weiß nicht, ob das eine Veranlagung ist. Aber ich sehe eigentlich mein Leben eigentlich positiv. Ich freue mich über das, was ich alles kann, dass ich teilweise viel mehr kann wie Leute, die eigentlich kaum Krankheiten haben“ (18,13).*

Der zentrale Aspekt, der dieses Bewältigungsverhalten kennzeichnet, ist der Versuch, das Beste aus der Krankheitssituation zu machen. Negative Gedanken werden von den Betroffenen eher vermieden. Stattdessen wird nach vorne geschaut und die positiven Aspekte wie die vorhandene Leistungsfähigkeit oder Normalität werden betont.

#### 4.3.7.6 Passive Kooperation (6)

Zum Teil hilft den TeilnehmerInnen bei der Bewältigung der Krankheitssituation das Vertrauen in die Fähigkeiten und das Wissen eines Arztes, dem sie vertrauen. Die Möglichkeit, Symptome und Probleme mit einer fachkundigen Person zu bereden, reduziert ihre Ängste und hilft ihnen, die Situation besser zu kontrollieren.

*„Dass ich mit dem Arzt reden kann. Über Aussichten, Sachen, wie es aussieht und (...). Ich wollte gar kein Medikament haben. Sondern einfach über diese Ängste, dass vielleicht die Herzklappe nicht mehr schließt, dass da vielleicht eine künstliche rein muss, und einfach drüber reden. Wie sieht das aus, wie sind meine Chancen, wann merke ich, wann der Punkt ist: Das kriegen wir nicht in den Griff“ (18,3).*

Emotionale Unterstützung ist dabei weniger wichtig. Als viel bedeutsamer und beruhigender wird eine medizinische Kontrolle der Beschwerden empfunden der Gewissheit, dass organisch alles in Ordnung ist.

*„Also emotionale Unterstützung im Sinne, dass mich da einer tröstet, nein. Viel wichtiger ist mir dann zu sagen, okay, wir fahren dann eben mal in die Notaufnahme, was früher auch häufig vorgekommen ist. Lass mal checken, ist da irgendwas oder nicht“ (28,41).*

Aber nicht nur die Fachkompetenz und Beratung durch den Arzt wird als entscheidend beschrieben. Wichtig ist auch, dass der Arzt sich Zeit für ihre Ängste und Probleme nimmt und sie und ihre Sorgen ernst genommen werden.

#### 4.3.7.7 Hadern/Selbstbedauern (6)

Wiederum andere TeilnehmerInnen zeigen in den Interviews deutliche Schwierigkeiten, ihre Krankheitssituation zu akzeptieren. Sie wird als ungerecht und unverdient empfunden. Häufig taucht hier der Satz auf: *„Warum ich?“*.

*„(...) dass ich richtig manchmal ärgerlich bin, dass ich diese Krankheit bekommen habe. Ich habe die ganze Zeit nie über 200-mal gehabt. Die ganzen Jahre. Da müsste es doch gar nicht passieren mit den Beinen. Da ist man manchmal ein bisschen ärgerlich. Andere, die haben über 300-Werte und denen passiert sowas nicht“ (27,44).*

In den Aussagen wird deutlich, dass die Betroffenen ein eher in die Vergangenheit gerichtetes Bewältigungsverhalten haben. Sie hadern mit ihrem Schicksal und bedauern ihre Situation und ziehen wehmütige Vergleiche zu ihrem Leben vor der Erkrankung. Einschränkungen, die durch die Erkrankung hinzugekommen sind, werden bedauert und beklagt. Ein besonders wichtiger Aspekt ist dabei der Verlust der Mobilität.

*„Kein Fahrrad fahren mehr. Und das fehlt mir. Das Fahrradfahren. Das fehlt mir. Ich mach jetzt alles zu Fuß oder mit dem Bus. [...] Und wenn ich Leute sehe mit dem Fahrrad fahren. Das tut mir weh, weil ich nicht so kann, das Fahren. Ja, so ist das“ (14,41).*

#### 4.3.7.8 Ablenkung (4)

Einige TeilnehmerInnen lenken sich durch alltägliche Aufgaben wie den Hausputz, Gartenarbeit oder den Berufsalltag von ihren Sorgen und Problemen bezüglich der Krankheit ab. So finden sie keine Zeit, sich mit ihrer Erkrankung zu beschäftigen oder sich mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen.

*„Und aber ansonsten (...) mach ich mir einfach keinen Kopf, vielleicht, weil ich einfach zu viel abgelenkt werde durch mein tägliches Leben. Ich bin noch berufstätig teilweise. Wie gesagt, ich habe eine Tochter noch zuhause wohnen, ich habe ein Haus, ich habe einen Garten, wir haben drei Hunde. Meine drei Geschwister, wir unternehmen sehr viel, mein Freundeskreis auch, von daher habe ich gar nicht viel Zeit, irgendwo darüber nachzudenken“ (16,11).*

Eine Teilnehmerin lenkt sich in stressreichen Situationen bewusst durch entspannende Tätigkeiten wie Lesen oder Fernsehen ab.

*„Ich kann ganz gut abschalten. Das hört sich zwar jetzt blöd an, aber ich nehme mir ab und zu auch, wir haben ein Laptop oder so ein iPad und sowas auch zu Hause, dann setze ich mich hin und mache irgendein Spiel oder so, um mich abzulenken. Das ist auch ganz hilfreich mal. Dass man mal total abschaltet. Hört sich zwar blöd an, aber es hilft mir. Oder ich nehme ein Buch und lese, dass ich da total mal abschalte. Das kann ich auch manchmal ganz gut“ (36,49).*

#### 4.3.7.9 Dissimulieren (4)

Eine weitere Bewältigungsstrategie, die in den Interviews auftaucht ist die Verharmlosung der Erkrankungssituation. Die Befragten waren bemüht Einschränkungen zu normalisieren und herunterzuspielen, im Bestreben die eigenen Ängste zu verdrängen. Sie erklären sich die Symptome und Einschränkungen im Alltag durch Alterungsprozesse oder schieben diese genetischen Veranlagungen zu.

*„Dass ich Diabetes habe, denke ich eigentlich gar nicht so drüber nach. Ich denke mal, dass das so Sachen sind, die man ab einem gewissen Alter vielleicht nicht mehr so machen kann. Das denke ich mir immer, wenn irgendwas ist oder sein sollte“ (20,5).*

Belastungen werden bagatellisiert und in ihrer Stärke, Dauer oder Gewichtung von den Betroffenen abgeschwächt.

*„Andere Dinge, denk ich mal, gut, jeder hat so seins, das Asthma, also ein Erbteil hat die halbe Familie, Hashimoto hat die halbe Familie, das sind so Sachen, wo ich sage: Jeder hat seins. Da sehe ich also gar nicht so, das ist einfach so. Gehört zum Leben dazu. Wie Aua Zähne“ (18,9).*

#### 4.3.7.10 Relativieren (4)

Einige Interviewpartner verharmlosen ihre Situation, indem sie diese bewusst mit schlimmeren Krankheiten oder Schicksalsschlägen anderer Menschen vergleichen. Sie betonen häufig, wie gut es ihnen mit der Situation geht und wie zufrieden sie mit ihrem Leben und der Situation sind.

*„Warum sollte ich mir da einen großen Kopf drum machen. Ich habe auch in der Familie schlimme Krankheiten erlebt, von wegen Krebs und diese Sachen, und dann denke ich mir immer: ‚Dir geht es doch verdammt gut. ‘“ (16,3).*

#### 4.3.7.11 Haltung bewahren (3)

Disziplin und Pragmatismus spielen im Umgang mit der Erkrankung eine große Rolle. Die Betroffenen sind bemüht, sich diszipliniert zu verhalten, und versuchen, starke emotionale Reaktionen bezüglich ihrer Erkrankung weitestgehend zu vermeiden und sich auch nicht in diese hineinzusteigern. Ein kontrolliertes und sachliches Verhalten in Bezug auf die Erkrankungssituation ist für sie sehr wichtig und gibt ihnen das Gefühl, die Kontrolle über die Situation zu behalten.

*„Und so ein Mensch bin ich nicht, der einen Schreikrampf kriegt oder sich sonst irgendwie benimmt, sondern ich bin doch im Großen und Ganzen immer ziemlich diszipliniert“ (27,62).*

*„Ich versuche, das pragmatisch zu sehen. Muss ich das jetzt, dass ich mir dann sage, muss ich das jetzt ernst nehmen, oder warten wir mal erst, ob es nicht von alleine wieder weggeht. Und (...) ja, ich sage mal, ich lebe alleine, dann kannst du die Krankheiten auch nicht kultivieren, kannst du nicht einem dann dauernd in den Ohren liegen. Ja, und von daher habe ich zu meinen Krankheiten ein relativ pragmatisches Verhältnis. Das ist nicht, dass ich da riesen Dramen draus mache oder, ja, so Grübeleien verfolge, da habe ich eigentlich nichts“ (24,7).*

#### 4.3.7.12 Problemanalyse (3)

Anderen Interviewpartnern war es wiederum sehr wichtig, ihre Krankheitssituation umfassend zu analysieren. Die TeilnehmerInnen sind bemüht die Ursachen ihrer Erkrankung zu ergründen und Erklärungen für ihre Symptome zu finden. Die Analyse aller zugänglichen Informationen über die Krankheit sowie ihrer Symptome und Verlaufsformen hilft ihnen, die Kontrolle über die Situation zu behalten und negative Gefühle und Ängste zu verdrängen oder aufzulösen.

*„Information. Information, Aufklärung. Da hilft einem der Trost der Frau nichts, gar nichts. Also rein von Information, was die Krankheit macht, was sie nicht macht, was es für Möglichkeiten gibt. Das ist ja mein Credo mich zu informieren. Ne. Aus jeder Richtung“ (12,78).*

Sie versuchen, eher distanziert ein Symptom objektiv zu definieren und zu diagnostizieren. Der Körper wird soweit beobachtet, dass mögliche Zeichen einer Krankheit erkennbar werden. Beschwerden werden also in ihrer Bedeutung als mögliche Krankheitssymptome eingeordnet. Eine darüber hinausgehende Körperbeobachtung wird aber eher abgelehnt. Solange die Beschwerden eingeordnet werden können, werden sie nicht als beunruhigend erlebt. Die körperlichen Veränderungen, insbesondere die körperlichen Beschwerden werden als Signale interpretiert, die dann häufig eine Suche nach den Ursachen dieser Veränderung und entsprechende Maßnahmen auslösen.

*„Da wären das Reflekt/diese Punkte, das ständige Rasonieren über Krankheit wären permanente Hindernisse. Die würden auch ablenken von dem Ergebnis. Da kommt man nicht weiter [...]. Wenn ein bestimmtes Symptom kommt, dann kann ich ja hingehen und kann sagen: ‚Moment, also jetzt muss ich mich darum kümmern.‘ Und dann guck ich mal, wo stehst du momentan, kannst du was damit machen? Musst du was verändern?“ (15,65).*

*„Und jetzt ist natürlich / jetzt komme ich jetzt zu dem Punkt. Wie wirkt sich das jetzt aus? Sind jetzt bestimmte Erscheinungen, die ich jetzt habe, muss ich ja versuchen einzuschätzen. Ich bin ja jetzt 74. Sind das jetzt Alterserscheinungen, also, wenn man bestimmte Müßigkeiten hat, oder ich habe irgendwas im Garten gearbeitet, dann tut alles Mögliche weh, oder sind das Zeichen dafür, dass die entzündlichen Prozesse wiederkommen?“ (15,3).*

#### 4.3.7.13 Rumifizieren (3)

Einige Betroffene grübeln zwanghaft über ihre Krankheit nach, die im Zentrum ihres Alltages steht. Die meist sorgenvollen Gedanken bewegen sich im Kreis und geben ihnen keine Ruhe, was meist als sehr belastend und quälend empfunden wird. Sie versuchen die Gedanken beiseite zu schieben, was aber meist nicht gelingt.

*„Jeden Tag denk ich an meine Gesundheit. Jeden Tag, wie geht es, was kommt morgen, was kommt übermorgen. Jeden Tag“ (14,9).*

*„Ja zum Beispiel, wenn man nicht schlafen kann, dann kommen ja solche Gedanken. Da versucht man manchmal, krampfhaft nicht dran zu denken, aber es geht nicht“ (27,20).*

#### 4.3.7.14 Aktive Bewältigung (3)

Einige TeilnehmerInnen sind um einen sehr direkten, eigenständigen und problemorientierten Umgang mit der Erkrankung bemüht. Sie akzeptieren die Krankheitssituation wie sie ist, versuchen aber die Kontrolle über die Situation zu behalten und die Ursachen der Erkrankung zu ergründen. Sie suchen, häufig gemeinsam mit ihrem behandelnden Arzt, nach Lösungsvorschlägen. Ihnen ist ein aktives Herangehen an die Problemsituation sehr wichtig und sie sind bemüht, Einschränkungen und Behinderungen so schnell wie möglich aktiv zu beseitigen und die Situation wieder in den Griff zu bekommen.

*„Wichtig ist, dass ich merke, dass man sich wirklich meine Probleme anhört, dass man ernsthaft versucht, eine Lösung zu finden, wie das abgestellt werden kann. Das ist das Einzige. Was will man mehr machen? Ich brauche keinen tröstenden Zuspruch, ich muss nicht gestreichelt werden, sondern ich will mein Problem loswerden, es behindert mich bei einem vernünftigen Leben (Lachen) in meinem Sinne. Und alles andere brauche ich nicht. Wichtig ist für mich eben, diese klare Abgrenzung. Was kann man tun? Werde ich das wieder los? Alles andere mache ich selber“ (28,45).*

Diese Personen sehen den Diabetes als eine Herausforderung, deren Bewältigung im Vordergrund steht. Dadurch kann ihr begegnet und positive Auswirkungen erzielt werden. Ein bestimmtes Maß an persönlicher Kontrolle über die Krankheit scheint möglich.

*„Wenn ein bestimmtes Symptom kommt, dann kann ich ja hingehen und kann sagen: ‚Moment, also jetzt muss ich mich darum kümmern. ‘ Und dann guck ich mal, wo stehst du momentan, kannst du was damit machen? Musst du was verändern?“ (15,65).*

#### 4.3.7.15 Valorisierung (2)

Zwei Befragten hilft es, die Krankheitssituation zu bewältigen, indem sie sich an bereits erfolgreich gemeisterte Situationen erinnern. Auch die Anerkennung, die sie von Anderen für ihre Leistung und ihren Umgang mit einer Belastungssituation erhalten, ist für sie eine Unterstützung und steigert ihr Selbstwertgefühl. Durch bereits durchgestandene schwierige Lebenssituationen oder Krisen, entwickelten sie aus diesen Erfahrungen und Erkenntnissen eine Zuversicht in ihre eigenen Stärken, Zufriedenheit und positives Vertrauen in das Leben.

*„Ich habe mein Leben jetzt gemeistert, ich muss es weiter meistern. Das Leben geht weiter und so soll es sein. Und die Tochter sagt: ‚Mutti, ich bin stolz auf dich und der Papa wäre auch stolz auf dich. Was du alles machst. ‘ Und ich mach es auch, es ist meins“ (30,71).*

*„Bei meiner Schwester, bei der ist also vor drei Jahren Brustkrebs diagnostiziert worden und auch da haben wir durch die Familie sie unwahrscheinlich gut auffangen können. [...] Und von daher, also mich belastet das alles nicht so sehr, vielleicht auch, weil ich meine Eltern sehr früh schon mit 12 Jahren verloren habe durch einen Autounfall und immer sehen musste, dass ich mich da durchgekämpft und durchgeboxt habe und immer nur denke: ‚Was willst du eigentlich, es kann doch alles viel schlimmer kommen?‘ Und das kommt ja gottseidank nicht, von daher, warum soll ich da irgendwo (...) mir große Gedanken machen. [...]? Ich habe leider vor neun Jahren meinen Mann ganz plötzlich verloren durch eine Herzgeschichte und habe glücklicherweise eine große Familie mit Kindern und Geschwistern und ich sage immer: ‚Mir geht es einfach nur gut.‘ Von daher. Ich könnte nichts Negatives sagen.“ (16,3,5)*

*„Naja. Dann denkt man dann: Och, schaffst du das eine, schaffst du das andere auch noch, ne“ (23,67).*

#### 4.3.7.16 Altruismus (2)

Zwei InterviewteilnehmerInnen verdrängen ihre Erkrankungssituation, indem sie ihre Bedürfnisse hinter denen anderer zurückstellen. Sie haben ein starkes Verantwortung- und Pflichtgefühl ihrer Umgebung gegenüber und gestehen sich selbst keine Schwäche ein.

*„Ich bin ja nicht nur für mich alleine verantwortlich“ (15,17).*

*„Ich muss ja noch stark sein für meine Kinder“ (30,16).*

#### 4.3.7.17 Kompensation (1)

Eine Teilnehmerin kompensiert die für sie belastende Situation u. a., indem sie Süßigkeiten isst. Dadurch erreicht sie eine Spannungsreduktion.

*„Oder, wenn, habe ich so, komme ich nach Hause, irgendwo gestern habe ich für ein Rezept eine Stunde gewartet. Ich war so verzweifelt. Dort war mir warm, ich war rot. [...] Ich bin richtig rot nach Hause. Ich habe gesagt, eine Stunde, nur für das Rezept warten, das ist unvorstellbar. Da komme ich richtig sauer, dann habe ich richtig so eine Wut und dann muss ich was Süßes essen. Egal was. Manchmal schmeckt mir das nicht, aber diesen Moment, da schmeckt mir das. Ja, so ist das“ (34,22).*

Dieses Verhalten wurde nur von dieser Teilnehmerin beschrieben und ist als einzige Aussage in der Kategorie Kompensation codiert.

#### 4.3.7.18 Resignation/Fatalismus (1)

Eine Teilnehmerin spricht sehr hoffnungslos über ihre Krankheitssituation und denkt häufig ans Sterben. Es wird deutlich, dass sie aufgegeben hat und vor der Krankheitssituation kapituliert. Sie hat bereits mit ihrem Leben abgeschlossen und gibt sich ergeben ihrem weiteren Schicksal hin.

*„Ich denke manchmal darüber nach, dass, also (...), ich habe also Momente, wo ich unbedingt ans Sterben dachte und auch gedacht habe: ‚Hoffentlich ist bald alles zu Ende und nicht mit riesen Schrecken. ‘ Ich habe schon seit mehreren Jahren alles sehr geordnet, was mein persönliches Leben betrifft. Ich habe mein Haus vor 5 Jahren abgegeben. [...] Da denk ich öfters schon mal drüber nach. Aber ich selbst, ich habe eigentlich mit allem abgeschlossen und denke, wenn du abtreten musst, dann ist es eben ok“ (17.9/19).*

#### 4.3.7.19 Religion (1)

Eine Teilnehmerin findet Halt und Unterstützung bei der Bewältigung von belastenden Situationen im Glauben und im Gebet. Ihre christliche Erziehung und die daraus resultierenden Wertvorstellungen sind für sie wesentlich für den Umgang mit ihrer Erkrankung.

*„Aber ich denk mein ganzes Leben, ich bin Christ und dann denke ich mir, dann gibt es einfach, dann hat man vielleicht auch noch einen anderen Ansatz, Sachen zu bearbeiten*

*und ja. Und dann denke ich immer, es ist gut so, wie es ist, und ich habe viel Grund zum Danken für meine Lebensumstände, die da ja auch mit rein wirken“ (24,11).*

#### 4.3.7.20 Zusammenfassung Bewältigungsstrategien

Betrachtet man das in den Interviews beschriebene Bewältigungsverhalten der TeilnehmerInnen, wird sichtbar, dass sich dieses nicht aus einer einzelnen Strategie zusammensetzt, sondern bei der Mehrzahl der Befragten verschiedene Bewältigungsstrategien mit höchst unterschiedlichen Ausprägungen flexibel zum Einsatz kommen. Sie alle verfolgen aber immer das Ziel, das durch die Krankheit beschädigte und in seiner Normalität bedrohte Leben wieder unter Kontrolle zu bringen und sind keineswegs vorrangig und allein auf das direkte Krankheitsgeschehen ausgerichtet.

Die Flexibilität im Coping erschwerte aber eine übersichtliche und einheitliche Darstellung des Bewältigungsverhaltens. In den Interviews, in denen Bewältigungsstrategien aus allen drei Dimensionen (bedrohungs-fokussiert, zuwendungsorientiert und bedrohungs-mindernd) verwendet wurden, erfolgte daher zur überschaubaren Befundbewertung die Einteilung in eine Bewältigungsform mit Hilfe einer fünfstufigen Ratingskala. Jeder der drei Dimensionen wurde eine Zahl zwischen 0 = nicht vorhanden und 4 = sehr stark vorhanden zugeordnet. Die Bewältigungsdimension mit der stärksten Ausprägung (z. B. bedrohungs-fokussiert) wurde stellvertretend ausgewählt und als Grundlage für die spätere Typenbildung verwendet. Insgesamt zeigte sich zwischen bedrohungs-minderndem und bedrohungs-fokussiertem Bewältigungsverhalten ein ausgewogenes Verhältnis in den Interviews. So verfolgen zehn TeilnehmerInnen hauptsächlich eine eher bedrohungs-mindernde Bewältigungsstrategie, während neun Befragte ein eher bedrohungs-fokussierendes Bewältigungsverhalten anwenden. Nur drei Interviewpartner konnten anhand ihrer Aussagen hauptsächlich der Dimension „zuwendungsorientiertes Bewältigungsverhalten“ zugeordnet werden. In fast jedem Interview ließen sich aber Bewältigungsstrategien finden, die dieser Dimension zugehörig sind. Damit scheinen Unterstützung und die Zuwendung für fast jeden Erkrankten, neben anderen Bewältigungsstrategien, eine wichtige Rolle zu spielen, um die Anforderungen der Erkrankung zu bewältigen. Hier kann jedoch diskutiert werden, ob die sozialen Ressourcen stärker für die Erhaltung der Gesundheit oder doch für die Bewältigung der Krankheit bedeutsam sind.

#### 4.3.8 Kontrollüberzeugung

In den Interviews wurden verschiedene Aspekte der kognitiven Kontrolle über die Krankheitssituation angeschnitten. Neun TeilnehmerInnen erleben Gesundheit weder als vorhersehbar noch als beeinflussbar. Sie waren der Auffassung, dass eine Krankheit schicksalhaft über einen Menschen kommt, und sie sahen wenige Möglichkeiten, selbst etwas zu tun. Sie waren der fatalistischen Auffassung, Gesundheit sei Schicksal oder Glückssache, oder hielten das Alter, Gene oder andere Personen für ursächlich.

*„Ja, jetzt Gedanken drübermachen: ‚Ohh, diese Krankheiten, wie lebe ich damit?‘ Wirklich ganz, ganz selten. Ist halt wirklich nur dieses: Ich muss Insulin kontrollieren und sowas. Aber so, dass ich jetzt dasitze und ‚Ahhh, wie wird das nur mit meiner Gesundheit, mein Gott ich bin jetzt 55, was mag in 5 Jahren sein?‘ Nein. Mach ich nicht, weil, ich kann es nicht ändern. Was kommt, kommt. Ich kann, gut ich könnte noch mehr tun. Ich kämpfe mit dem Gewicht. Das ist auch schon ein bisschen runter. Das ist immer so eine Welle. Gut, da kämpfen andere auch. Wird im Alter schlimmer. Sage ich mir oft genug: Gut, wenn du jetzt ganz schlank wärest, aber, wenn ich dann wieder höre, ganz Schlanke kriegen auch Krankheiten; andere. Dann sag ich mir, ich lebe eigentlich gut und bin zufrieden“ (18,17).*

*„Ja, hättest du doch früher ein bisschen was früher getan. Gut. Da wusste ich /. Dann vergisst man, dass man das auch vererbt kriegt und man sich nicht dagegen wehren kann, wenn man mal was kriegt“ (12,9).*

Allen vorangegangen Zitate ist gemein, dass die Personen ihre Gesundheit oder Krankheitssituation als unabhängig von ihrer eigenen Kontrolle wahrnehmen. Sie sind der Ansicht, keinen oder nur einen sehr begrenzten Einfluss auf das Eintreten von Krankheiten zu haben und dies unabhängig vom eigenen Verhalten ist. Obwohl diese Sicht häufig sehr definitiv geäußert wird, finden sich im einzelnen kleine Abweichungen und damit auch Widersprüche in den Äußerungen. So wird Krankheit oder Gesundheit als unbeeinflussbar vorbestimmt wahrgenommen, aber es wird einigen medizinisch definierten Risikofaktoren zugestanden, dass sie einen Einfluss haben könnten, sodass man eventuell seine Gesundheit verbessern könnte, indem man z. B. die körperliche Fitness verbessert oder das Übergewicht abbaut, D.h. sie achten aber dennoch auf eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und einen gesunden Lebensstil.

*„die ich/ mein Diabetes, schätze ich mal, war Vererbung, kann man nichts dran machen, mit der Halsschlagader (Anm. Carotisstenose bds.), dumm gelaufen, vielleicht hat das auch mit dem vielen Rauchen vorher zu tun gehabt. Muss nicht sein, kann“ (29,19).*

Weniger TeilnehmerInnen waren überzeugt, dass sie selbst oder Bedingungen in ihnen für ihre Gesundheit verantwortlich sind und sie ihre Gesundheit durch eine entsprechende Lebensweise selbst in der Hand haben. Sie sahen in der Krankheit eine unmittelbare Konsequenz ihres eigenen Verhaltens, das durch eine ungesunde Lebensweise geprägt war. Dies betrifft vor allem die Ernährung und das Ausmaß an Bewegung.

*„Traurig. Dann bin ich traurig, weil, ich würde gerne die Enkelkinder aufwachsen sehen, also die sind jetzt schon ziemlich groß, aber jetzt, die Kleine, mit dieser Krankheit, will man der auch ein paar Tipps geben. Mach es nicht wie die Oma, dann kriegst du es auch“ (22,13).*

*„Ja, was denke ich (...)? Warum? (...) Warum hat man Bluthochdruck, warum hat man Diabetes, warum hat man das alles oder woher kommt das alles? Eigentlich von einer ungesunden Lebensweise (...)“ (35,29).*

Doch auch hier lassen sich Widersprüche zwischen Theorie und Verhalten finden. So sind zwei Teilnehmerinnen zwar überzeugt, dass der Diabetes eine Konsequenz ihres eigenen Verhaltens ist, sind aber nicht in der Lage, eine gesündere Lebensweise in ihrem Alltag umzusetzen.

*„Ich müsste mehr Sport machen, ich müsste mich anders ernähren. Ich müsste abnehmen. Das sind alles diese Sachen, wo ich eigentlich (...)“ (32, 29-31).*

#### **4.4 Ergebnisse der Typenbildung**

Anhand der Häufigkeiten der Gedanken an Gesundheit wurden die Interviews einem ersten Fallvergleich unterzogen. In einer zweiten Phase wurden die Interviews in den Kategorien Belastungsempfinden als Ausdruck des subjektiven Wohlbefindens, Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten, Bewertung des Diabetes sowie Bewältigungs- und Kontrollverhalten miteinander verglichen. Aufgrund der Heterogenität und der Vielzahl der Aussagen in den Kategorien Gesundheitsverhalten und Anlässe für Gedanken an Gesundheit hätten zahlreiche kleine Gruppen gebildet werden müssen, deren inhaltliche Relevanz und Aussagekraft fraglich gewesen wäre. Aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit wurde daher bei der Auswahl der Vergleichsdimensionen zur fortschreitenden Fallkontrastierung auf die Kategorien Gesundheitsverhalten und Anlässe für Gedanken an Gesundheit verzichtet.

Anschließend, erfolgte anhand einer tabellarischen Darstellung ein Überblick über die interindividuellen Unterschiede der einzelnen Kategorien. In der tabellarischen Übersicht über die Merkmale wird sichtbar, welche Kombinationen gar nicht oder selten auftreten bzw. welche Kombinationen stärker von welchen Elementen besetzt sind. Auch wurden augenscheinliche und intuitive Zusammenhänge erfasst, z. B. dass bei manchen Probanden Häufungen in bestimmten Kategorien miteinander einhergingen. Beispielsweise findet sich bei Probanden mit einem hohen Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten und für Gedanken an Gesundheit auch eine häufige Nennung eines bedrohungs-fokussierten Bewältigungsverhaltens. TeilnehmerInnen mit ähnlichen Merkmalsausprägungen in den einzelnen Kategorien wurden dann zu Fällen gruppiert. Es bildeten sich verschiedene Cluster von komplexen Merkmalskombinationen, die eine zusätzliche Sichtweise auf die Interviewergebnisse ermöglichen und somit neue theoretische Betrachtungen zulassen. Zusätzlich wurden die gruppierten Einzelfälle in Bezug auf Daten aus dem Kurzfragebogen interpretiert.

Insgesamt konnten anhand der zwei Vergleichsdimensionen Zeitaufwand und Umfang von Gedanken an Gesundheit und gesundheitsbezogener Zeitaufwand vier Gruppierungen identifiziert werden:

1. TeilnehmerInnen mit einem hohen Zeitaufwand sowohl für Gedanken an Gesundheit als auch für gesundheitsbezogene Tätigkeiten (9)
2. TeilnehmerInnen mit wenig Zeitaufwand für Gedanken an Gesundheit und einem geringen Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten (10)
3. Eine Teilnehmerin mit vielen Gedanken an Gesundheit und wenig Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten
4. Zwei TeilnehmerInnen, die wenig Zeit mit Gedanken an Gesundheit verbringen, aber viel Zeit für gesundheitsbezogene Tätigkeiten aufwenden

Anhand der Fallzahlen wurden nur die ersten beiden Gruppierungen als „Typen“ im eigentlichen Sinne gewertet, während die Gruppierungen drei und vier als „Phänomene“ anzusehen sind und daher in der Typisierung nicht berücksichtigt werden.

Generell unterscheiden sich die Typen nicht deutlich in Alter, Geschlecht, Bildungslevel oder Komorbiditäten. Meist ist der Diabetes nur ein Teil der Krankengeschichte und es gibt keine Hinweise, dass einer der beiden Typen deutlich mehr Komorbiditäten aufweist.

TeilnehmerInnen, die dem Typ 1 zugeordnet werden konnten, hatten meist in dem Kurzfragebogen angegeben, am Tag vor den Interviews häufig an ihre Gesundheit gedacht zu haben. Dabei handelte es sich bei allen hauptsächlich um negative Gedanken der Qualitäten besorgt, wütend oder niedergeschlagen. Sie bewerteten ihren Gesundheitszustand subjektiv als schlechter als TeilnehmerInnen mit seltenen Gedanken an die Gesundheit und gaben tendenziell auch niedrigere Werte auf der VAS an. Bei TeilnehmerInnen, die dem Typ 2 zugeordnet wurden variierten die Häufigkeit und auch die Qualität der Gedanken an Gesundheit am Tag vor den Interviews. Dabei gaben sechs der acht Betroffenen an auch positiv an ihre Gesundheit zu denken.

Durch den Vergleich der einzelnen Interviews wurden diejenigen Fälle herausgestellt, die sich am stärksten hinsichtlich der relevantesten Kategorien voneinander unterschieden. Dabei können die Merkmale oder Eigenschaften eines Typus in sehr verschiedenen Graden vorhanden sein. Einige Merkmale können sogar ganz fehlen, ohne dass auf eine Zuordnung dieser Individuen zu einem Typus verzichtet werden muss (Kelle & Kluge, 1999). Da sich also nicht alle Einzelfälle, die zu einem Typus zusammengefasst wurden, in allen beschriebenen Merkmalen gleichen, sondern nur ähneln, stellte sich das Problem, wie die Gemeinsamkeiten der einzelnen Typen am treffendsten charakterisiert werden können (Kelle & Kluge, 1999). Deshalb wurde für die nachfolgende Beschreibung der Typen die Darstellung anhand von Prototypen ausgewählt. Derjenige reale Einzelfall, der hinsichtlich möglichst vieler Merkmalsausprägungen den jeweiligen Typus deutlich repräsentieren konnte, wurde als Prototyp ausgewählt und charakterisiert. Anhand der Typisierung lassen sich zwei Muster erkennen. Jedes dieser Muster wird durch einen prototypischen Realfall erläutert, der im Folgenden ausführlich beschrieben wird. Um die Prototypen zu beschreiben, werden dabei vor allem die Informationen präsentiert, die zu einer Kontrastierung der Typen beitragen.

#### **4.4.1 Typ 1: Der Grübler**

Frau X ist 69 Jahre alt. Vor rund sieben Jahren wurde bei ihr Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert. Sie hat keine weiteren Erkrankungen. Ihren Gesundheitszustand schätzt sie selbst als mittelmäßig ein und sie bewertet ihre Gesundheit am Tag des Interviews auf der Visuellen Analogskala mit einer 60.

Sie denkt fast immer über ihre Gesundheit nach und macht sich viele Sorgen. Für sie ist der Diabetes eine schwere und belastende Erkrankung, der alle Bereiche ihres Lebens beeinflusst. Gerade die psychischen Auswirkungen, besonders das ständige Nachdenken über ihre

Gesundheit und die Angst vor Komplikationen und Folgeerkrankungen, belasten sie sehr. Auch im Fragebogen vorab gab sie an, am Tag vor den Interviews häufig besorgt und niedergeschlagen über ihre Gesundheit nachgedacht zu haben.

*„Weil ich Angst habe vor den Folgen des Diabetes, also ich denke immer dran, ich wache auf und denke: ‚Oh, was isst du heute, was machst du heute, um Diabetes in Griff zu kriegen?‘ Also das mach ich schon jeden Tag und das ist nicht so schön, dass ich das immer wieder tue, dran denken. Also es ist noch nicht so, dass ich damit gut zurechtkomme“.*

Frau X ist um einen bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit der Erkrankung bemüht und wendet viel Zeit für ihre Gesundheit auf. Sie bewegt sich sehr regelmäßig, geht mehrmals wöchentlich zum Schwimmen und nimmt an Gymnastikkursen teil. Außerdem hat sie sich ein Fitnessgerät für zuhause zugelegt, welches sie jeden Tag für mindestens fünfzehn Minuten nutzt. Um sich zusätzlich täglich zu bewegen, hat sie sich extra einen Hund angeschafft, mit dem sie lange Spaziergänge unternimmt. Sie hat ihr Leben ganz auf die Krankheitsrealität abgestellt und um die Krankheit zentriert. Sie ist besonders bemüht auf ihre Ernährung zu achten, was ihr aber sehr schwerfällt und für sie extrem belastend ist.

*„Also besonders schlimm ist für mich, wenn wir Essen gehen, wenn wir feiern, wenn Feiern sind und dann ist es für mich besonders schlimm zu sagen: Das kannst du nicht probieren, das haben die anders gekocht, da musst du weniger essen. Das ist für mich schlimm. Ich esse gerne (Lachen). Und das ist schlimm. Und ich trinke auch gerne mal/wenn dann Bier getrunken wird und ich muss dann den ganzen Abend oder sitze fast den ganzen Abend bei Wasser und ich sag mal und selbst Fruchtsäfte in Wasser sind nicht gut. Das ist für mich sehr schlimm. Also, dann, das ist schlimm“.*

Zusätzlich haben die Anforderungen der Erkrankung zu Einschränkungen im Sozialleben von Frau X geführt. Die mangelnde Unterstützung und das fehlende Verständnis ihrer Freunde für ihren krankheitsangepassten Lebensstil erschweren ihre Bewältigungsbemühungen. Sie fühlt sich von ihrem Umfeld unverstanden und allein gelassen. Ohne die Unterstützung durch ihr Umfeld fällt es ihr sehr schwer, diszipliniert die Erwartungen an ihre Rolle als Diabetespatienten zu erfüllen. Daher hat sie ihre wöchentlichen Treffen mit ihren Freundinnen zum Kaffee und Kuchen aufgegeben.

*„Da haben wir so richtig schöne Sahnetorte und so. Das habe ich aufgehört, weil ich es einfach nicht mehr hören konnte. ‚Mensch, nun iss doch ein Stück, wenigsten die Spitze.‘ Ich konnte es nicht mehr hören. Und das waren leckere Sachen. Da habe ich gesagt:*

*„Nein, nur ein kleines Stückchen.“ „Ja nur ein kleines Stückchen.“ Ja, ja. Und das wurde im Bekanntenkreis, wurde das nicht eingehalten. In diesem Bekanntenkreis. Und dann gab es abends noch, wenn die Männer dazu kamen, hatte die Frau dann vorbereitet, eine anständige Platte, also das habe ich aufgegeben. Was mir sehr leid tat.“*

Auch Arztbesuche und Vorsorgeuntersuchungen nimmt sie gewissenhaft wahr.

Frau X hat ein eher bedrohungsorientiertes Bewältigungsverhalten und erlebt starke negative Gefühle in Bezug auf ihre Erkrankung. Sie macht sich sehr viele Vorwürfe und empfindet sehr viel Wut, besonderes in Situationen, in denen ihr kein verantwortungsvoller und disziplinierter Umgang mit der Erkrankungssituation gelingt.

*„Warum ich schlecht mich fühle, das ist ganz einfach. Ist auch ein bisschen Wut bei. Bisschen Wut auch gegen mich, dass ich nicht konsequenter bin. Also Wut auch gegen mich, dass ich denke, Mensch dein/du hast es doch gewusst, du sollst es nicht tun und wenn ich dann Zucker messe, ich sehe das Ergebnis, weil ich gesündigt habe, dann ist da sehr viel Wut bei. Ich spritze und (...). Es ist so. Ich habe Wut. Sehr viel Wut. Auf mich selber. Also ich weiß, ich habe zu meiner Mutter immer gesagt: „Kannst/ist da nicht ein bisschen/kannst du nicht mehr Disziplin üben?“ Und jetzt merke ich, dass ich selber diese Disziplin auch nicht habe. Also ist so. Ich kann es nicht ändern.“*

Was ihr hilft, um mit der Erkrankungssituation besser umzugehen, ist der Austausch mit anderen Erkrankten.

*„Dass ich mich austauschen kann. Dass ich mich wirklich austauschen kann und sehe, dass die anderen, dass es denen nicht besser geht. Darf ich das sagen? (Lachen) Also, dass wir dann also die gleichen Sorgen haben. Man hat genau die gleichen Sachen. Der Austausch ist mir sehr wichtig“.*

Alle Personen, die diesem Typus zugeordnet wurden, denken ständig bis häufig an ihre Gesundheit und haben ihr Leben mehr oder weniger ganz auf die Krankheitssituation ausgerichtet und es um die Krankheit zentriert. Sie sind bemüht bewusst und verantwortungsvoll mit der Krankheitssituation umzugehen. Entsprechend viel Zeit investieren sie in gesundheitsbezogene Tätigkeiten wie bewusste Ernährung, Sport, Medikamenteneinnahme sowie Arztbesuche, Vorsorgeuntersuchungen etc. Für Personen, die diesem Typus zugeordnet wurden, ist der Diabetes eine sehr bedrohliche Erkrankung, die im Mittelpunkt des Lebens steht. Sie fühlen sich mit der Erkrankungssituation häufig belastet und überfordert. Die Freizeit wird dem Ziel Gesundheit untergeordnet und einem gesunden

Lebensstil unterworfen. Für das Gelingen des gesunden Lebensstils halten sich die TeilnehmerInnen selbst für verantwortlich. Entsprechend werden Schuld und Enttäuschung geäußert, wenn es ihnen nicht gelingt den Lebensstil in ihrem Alltag so umzusetzen. Diesem Typus zugehörige Personen haben tendenziell ein eher bedrohungs-fokussiertes Bewältigungsverhalten, das mit einem starken Erleben von negativen Gefühlen wie Wut, Selbstvorwürfen, Schuldzuweisung, Resignation oder Hadern und Selbstbedauern einhergeht. Bei zwei Teilnehmern steht allerdings ein eher zuwendungsorientiertes Bewältigungsverhalten im Vordergrund, das geprägt ist durch die Suche nach Zuwendung und Unterstützung durch die Familie und Freunde sowie materieller Zuwendung und nützlicher Unterstützung durch das Gesundheitssystem. Im Fragebogen, der vor den Interviews von den TeilnehmerInnen ausgefüllt wurde, zeigte sich, dass alle Personen, die in diese Gruppe eingeordnet wurden, am Tag vor den Interviews häufig bis ständig negativ an ihre Gesundheit gedacht haben. Sie stufen ihren Gesundheitszustand als schlecht bis mittelmäßig ein und hatten eine reduzierte gesundheitsbezogene Lebensqualität auf der Visuellen Analogskala (Median: 60, arithmetisches Mittel: 58).

#### **4.4.2 Typ 2: Der Unbesonnene**

Frau Y ist 61 Jahre alt und hat seit 10 Jahren einen diagnostizierten Typ 2 Diabetes. Außerdem hat sie Bluthochdruck und Varizen. Ihren eigenen Gesundheitszustand schätzt sie selbst als gut ein. Am Tag des Interviews bewertet sie ihren Gesundheitszustand auf der Visuellen Analogskala mit einer 90.

Frau Y macht sich sehr wenige Gedanken um ihre Gesundheit. Wenn, dann denkt sie meist positiv darüber nach. Sie vergleicht ihre Krankheitssituation häufig mit schlimmeren Schicksalsschlägen und Krankheiten anderer Menschen und betont wie gut sie mit ihrer Situation zurechtkommt. Auch im Fragebogen gab sie an, am Tag vor den Interviews gar nicht an ihre Gesundheit gedacht zu haben. Für gesundheitsbezogene Aktivitäten wendet sie ebenfalls nur wenig Zeit auf. Die täglichen Medikamenteneinnahmen, das Blutzuckermessen sowie das Spritzen von Insulin empfindet sie nicht als zeitintensiv. Sie hat diese Aufgaben vollständig in ihren Alltag integriert und die Krankheitssituation akzeptiert. Frau Y ist bestrebt, ihren Alltag so normal wie möglich weiterzuführen, der Erkrankung möglichst wenig Raum zuzugestehen und deren Einfluss auf ihr Leben zu beschränken.

*„Für mich ist diese Krankheit halt, ja gut, die ist irgendwo dahinten dran, die hängt damit drin, aber mehr auch nicht. Das andere ist mein Leben und die Krankheit ist so ein, naja gut (...), die ist da, aber ich muss da auch ein bisschen darauf achten, und ich*

*muss natürlich meine Werte kontrollieren, ich muss mein Insulin spritzen, meine Tabletten nehmen, aber das ist es auch. Ich lass mich also nicht von dieser Krankheit beherrschen. Das passiert mir garantiert nicht“.*

Sie achtet auf ihre Ernährung, doch der totale Verzicht von Süßigkeiten und eine strenge Diät fallen ihr sehr schwer und schränken ihre Lebensqualität in erheblichem Maße ein. Daher verzichtet sie auf einen sehr strengen und disziplinierten Umgang mit den diätischen Vorschriften. Frau Y nimmt Vorsorgeuntersuchungen und Arztbesuche eher ungern wahr, da der zeitliche und logistische Aufwand ihr lästig ist. Auch Sport treibt sie aus Zeitmangel keinen. Sie bewegt sich in ihrem Job als Fleischereifachverkäuferin sehr viel und hat drei Hunde, ein Haus und einen großen Garten, um den sie sich kümmern muss.

Der Diabetes ist für sie eine harmlose Erkrankung, die mittlerweile sehr gut erforscht ist und für die es viele Behandlungsmöglichkeiten gibt. Daher erübrigt es sich für sie, sich mit der Erkrankung zu beschäftigen. Teilweise haben ihre Aussagen auch einen bagatellisierenden Charakter. Eventuelle Einschränkungen, die sich ergeben, gehören für sie zum Alltag mit der Erkrankung und werden von ihr kaum noch wahrgenommen. Sie kommt mit der Erkrankungssituation sehr gut zurecht und fühlt sich im Alltag nicht belastet.

*„Diabetes ist heutzutage Gott sei Dank also wahnsinnig gut erforscht worden, wo man wahnsinnig tolle Behandlungsmöglichkeiten hat und auch Hilfen hat, wie jetzt gerade hier in der Praxis, wo man aufgeklärt wird. Wo man diese Unterrichtsstunden hat in der Ernährungslehre und so weiter. Und deshalb mache ich mir über diese Krankheit überhaupt keine Gedanken“.*

Frau X hat ein eher bedrohungsminderndes Bewältigungsverhalten. Sie verharmlost und relativiert ihre Situation, indem sie ihre Krankheit bewusst mit schlimmeren Schicksalsschlägen und Erkrankungen anderer Menschen vergleicht. Folglich sieht sie auch keine Notwendigkeit, sich mit ihrer Situation gedanklich zu beschäftigen. Sie betont häufig, wie gut es ihr geht und wie zufrieden sie mit ihrer Situation ist.

*„Aber das nehme ich irgendwo immer so ein bisschen lächerlich hin, weil, ich denke mir immer, wenn man älter wird, hat man Probleme, die dazu kommen können, der Körper wird nun mal älter und alles ist ein bisschen mehr verschlissen, warum sollte ich mir da einen großen Kopf drum machen? Ich habe auch in der Familie schlimme Krankheiten erlebt, von wegen Krebs und diese Sachen, und dann denke ich mir immer: ‚Dir geht es doch verdammt gut. ‘“.*

Zudem findet Frau Y Zuflucht in vertrauten Tätigkeiten. Sie ist berufstätig, alleinerziehend, da ihr Mann früh verstorben ist, und hat viele soziale Kontakte. Daher fehlt ihr die Zeit, sich mit ihrer Krankheitssituation auseinanderzusetzen.

*„Und aber ansonsten (...) mach ich mir einfach keinen Kopf, vielleicht, weil ich einfach zu viel abgelenkt werde durch mein tägliches Leben. Ich bin noch berufstätig teilweise. Wie gesagt, ich habe eine Tochter noch zuhause wohnen, ich habe ein Haus, ich habe einen Garten, wir haben drei Hunde. Meine drei Geschwister, wir unternehmen sehr viel, mein Freundeskreis auch, von daher habe ich gar nicht viel Zeit, irgendwo darüber nachzudenken“.*

Zu diesem Typus gehören Personen, die selten oder gar nicht an ihre Gesundheit denken und auch wenig Zeit aufwenden, um sich gedanklich mit ihrer Gesundheit zu beschäftigen. Sie sind bestrebt, die Erkrankung ihrem Leben unterzuordnen, und versuchen, ihr gewohntes Leben soweit als möglich aufrechtzuerhalten. Sie haben die Erkrankung gut in ihren Alltag und ihr Leben integriert und die Krankheitssituation weitestgehend akzeptiert. Der Krankheit wird dabei oft nicht mehr Raum als zwingend nötig zugestanden. Das Leben mit einer chronischen Erkrankung wie dem Diabetes wird daher als einfach und nicht belastend empfunden. Sie bewerten den Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten als gering und Tätigkeiten in Bezug auf das Selbstmanagement sind für sie zur Gewohnheit geworden und häufig so selbstverständlich, dass sie kaum wahrgenommen werden. Der Diabetes ist für sie eine eher harmlose, gut zu bewältigende Erkrankung, die teilweise auch bagatellisierend dargestellt wird. Sie bewerten ihre Lebensqualität im Vergleich zum Typ 1 als deutlich besser (Median: 82,5, arithmetisches Mittel: 72,5). Bei diesem Typ steht ein eher bedrohungsminderndes Bewältigungsverhalten im Vordergrund. Sie versuchen, über Ich-Leistungen wie bestimmte kognitive Prozesse oder Handlungen negative Krankheitsaspekte zu beeinflussen. Anders als beim Prototyp relativieren die meisten Personen die Erkrankungssituation nicht, sondern versuchen, sie durch kognitive Vermeidung zu verdrängen. Ängste werden ähnlich wie bei Frau Y häufig verharmlost und durch Erklärungen wie Alter, Schicksal, Vererbung etc. normalisiert. Zwar sehen sie auch die gesundheitlichen Gefahren und erleben Belastungen, glauben aber tendenziell eher nicht, dagegen etwas unternehmen zu können. So gehen sie eher gelassen mit der Situation um, versuchen, sich wenig Sorgen zu machen und das Leben trotzdem zu genießen. In den Fragebögen, gaben die meisten an, am Tag vor den Interviews gar nicht oder selten und wenn, dann eher froh und positiv an ihre Gesundheit gedacht zu haben. Nur eine Befragte dieses Typus (weiblich, 59 Jahre), bei der einige Tage vor dem Interview ein Krebsleiden diagnostiziert wurde, gab an,

häufig und negativ an ihre Gesundheit gedacht zu haben. Sie fühlte sich, anders als die anderen TeilnehmerInnen dieser Gruppe, mit ihrer momentanen Krankheitssituation auch eher belastet. Dies ist anamnestisch am wahrscheinlichsten auf die kürzlich stattgefundenene Krebsdiagnose zurückzuführen. Ihren Gesundheitszustand bewerten die Befragten als mittelmäßig bis gut.

## 5 Diskussion

### 5.1 inhaltliche Diskussion

Zu den in der Nationalen Versorgungsleitlinien festgeschriebenen zentralen Zielen der Diabetes-Therapie gehört das Vermeiden akuter wie auch langfristiger Komplikationen der Stoffwechselerkrankung und die Verminderung der Morbidität und Mortalität bei gleichzeitigem Erreichen eines möglichst guten Wohlbefindens (Bundesärztekammer (BÄK) et al, 2013). Besonders Letzteres wird aber häufig nicht erreicht (Kneck et al, 2012). Das belegen unter anderem auch die Daten der aktuellen DAWN2 Studie (*Diabetes, Attitudes, Wishes and Needs*) (Nicolucci et al, 2013). In der DAWN2 Studie wurden ca. 8500 Menschen mit Diabetes Typ 1 und Typ 2 aus insgesamt 17 verschiedenen Ländern unter anderem danach gefragt, wie belastend sie den Diabetes und die damit verbundenen Therapieanforderungen erleben, wie ihre Therapieadhärenz ist und wie sie ihre allgemeine Lebensqualität bewerten. Rund 44% der befragten Menschen mit Diabetes gab an eine starke emotionale Belastung durch die Erkrankung zu erfahren. Insofern scheint die weitere Untersuchung wichtiger Faktoren für das subjektive Wohlbefinden der Erkrankten von großer Bedeutung. Die Relevanz, die negative Gedanken in diesem Kontext haben können, wird mittlerweile zunehmend in der aktuellen Forschungsliteratur diskutiert. Beispielsweise zeigten Clarke und Goosen in ihrer Studie 2009 (Clarke & Goosen, 2009), dass Menschen mit Diabetes, die häufige negative Gedanken haben, deutlich häufiger eine depressive Symptomatik entwickelten. Sie bezogen sich dabei auf das Kognitionstheoretische Modell von Beck (Beck, 2011), das besagt, dass häufige negative Gedanken zusammen mit einer andauernden Stresssituation, wie eine chronische Erkrankung sie darstellt, zu einem dysfunktionalen Denkschema führen und in der Folge die Entstehung von Depressionen und einer depressiven Symptomatik begünstigt. Diabetes-Patienten mit depressiver Symptomatik haben wiederum eine erhöhte Mortalität, mehr Folgekomplikationen wie Herz-Kreislaufkrankungen, Nierenversagen und Amputationen und mehr Einschränkungen im Alltagsleben sowie eine verminderte Lebensqualität (Black et al, 2003). Auch bei Krebspatienten korrelieren intrusive negative Gedanken oder Rumifizierung negativ mit dem subjektiven Wohlbefinden und der Anpassung an die Krankheitssituation (Park et al, 2010). Bei chronischen Schmerzpatienten stellten negative Gedanken sogar einen größeren Faktor bei der Beurteilung der psychischen Komponente der Lebensqualität dar, als die Schmerzintensität und die dadurch erlebte Beeinträchtigung (Lohnberg & Altmaier, 2014).

Zunehmend werden auch in der Placebo Forschung und dem relativ neuen Fachbereich der Psychoimmunologie die Auswirkungen und Zusammenhänge von negativen Gedanken auf die Gesundheit untersucht. Dafür wird der Einfluss verschiedener psychologischer Konstrukte, in erster Linie die Bedeutung der Depressivität und der subjektiv erlebten Belastung auf eine große Anzahl verschiedener somatischer Prozesse und unterschiedlicher Immunparameter untersucht (Rose, 2003). So erlebte über die Hälfte der chronischen Kopfschmerzpatienten, die gelernt hatten, ihre negativen Gedanken über Gesundheit und Schmerzen zu kontrollieren, eine deutliche Verbesserung der Schmerzen (Thorn et al, 2007). Auch weitere Ergebnisse geben Anhaltspunkte für immunmodulatorische Effekte von psychischen Faktoren (Arck et al, 2001; Maes, 1999; Maes et al, 1998), sie erlauben aber bisher noch keine Stellungnahme ob sich Zusammenhänge zwischen psychischen Merkmalen und somatischen Verläufen regelhaft finden lassen oder diese gar ihre Entstehung bedingen (Rose, 2003; Rose et al, 2002).

Zudem kann die subjektiv erlebte Lebensqualität bei bestimmten Erkrankungen von wesentlicher Bedeutung für die Therapieadhärenz der Patienten sein und sich somit auch langfristig auf den somatischen Verlauf zurück wirken (Rose, 2003; Testa & Simonson, 1996). Besonders in der Diabetes-Therapie hat dies große Relevanz, da der Verlauf überwiegend durch die Selbsttherapie der Patienten bestimmt wird. Einige Studien berichten, dass Diabeteserkrankte mit psychischen Problemen, depressiver Symptomatik oder Angststörungen oft Schwierigkeiten haben, die wesentlichen Therapiemaßnahmen eigenverantwortlich und dauerhaft im Alltag umzusetzen (Kulzer et al, 2012; Rubin & Peyrot, 1999) und es ihnen schwer fällt sich an vereinbarte Therapiestrategien, wie beispielsweise Nikotinverzicht, eine ausgewogene Ernährung oder ausreichend Bewegung, zu halten (Lin et al, 2004). Auch die Medikamenteneinnahme gestaltete sich bei diesen Patienten sehr unregelmäßig. (Lin et al, 2004). Dieser, in der Literatur angedeutete Zusammenhang zwischen Depressionen und einer verminderten Therapieadhärenz und Sorgfalt der Betroffenen, konnte in der vorliegenden Arbeit so nicht gefunden werden. Im Gegenteil: Patienten die emotional sehr belastet waren, waren meist sehr bemüht, sich sehr strikt an die Therapievereinbarungen zu halten und richteten ihr ganzes Leben auf die Krankheitssituation aus. Sie waren der Überzeugung alles streng kontrollieren zu müssen, versuchten ständig vorbildlich im Sinne der Erkrankung zu handeln und wendeten viel Zeit für das Diabetes-Management auf. Dieser andauernde Versuch verbrauchte neben Zeit aber auch viele emotionale Ressourcen der TeilnehmerInnen und führte beim Scheitern zu Gefühlen wie persönlichem Versagen, Wut und Frust. So waren in den Interviews häufige Anlässe für

negativen Gedanken eine fehlende Disziplin bei der Ernährung oder bei der Umsetzung eines krankheitsangepassten Lebensstils. Die Betroffenen machten sich Vorwürfe, hatten ein schlechtes Gewissen und fühlten sich durch diese Gedanken „belastet“ (25,11), „mies und deprimiert“ (30,16) oder einfach nur „schlecht“ (23,27). Es scheint, dass nicht unbedingt der tatsächliche Zeitaufwand für die einzelnen gesundheitsbezogenen Tätigkeiten ( wie z. B. für das Einkaufen, bewusste Ernährung, Bewegung, Insulinspritzen, Medikamenteneinnahme) ursächlich für das Belastungsempfinden ist, sondern Wut, Schuld und Frustgefühle, die sich aus dem persönlichen Scheitern der eigenen Ansprüche ergeben.

Verstärkt wird diese Schuldthematik heutzutage dabei durch die Ausrichtung der westlichen Kultur zum Thema Diabetes. So wird Diabetes häufig als selbstverursachte Lifestyle-Erkrankung gesehen, deren Entstehung durch Übergewicht und schlechte Essgewohnheiten begünstigt wird. Menschen mit Diabetes werden dadurch beschuldigt, nicht in der Lage zu sein, angemessene Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen und somit selbst die Erkrankung verursacht zu haben (Broom & Whittaker, 2004): Wahrscheinlich wurde eben nicht genug Sport gemacht, ausschweifend gelebt oder geraucht und getrunken (Kattermann, 2009). Diese Auffassung wird unterstützt indem bei der Diabetes-Prävention immer wieder die Bedeutung von ausgewogener Ernährung und Bewegung hervorgehoben wird. Auch in Schulungen werden in dem Bemühen um einen optimalen HbA1c-Wert häufig die Wichtigkeit einer gemäßigten Ernährung und ausreichend Bewegung betont. Die Verantwortung und die Kontrolle über den Verlauf der Erkrankung werden damit den Patienten selbst übertragen. Es wird suggeriert, dass eine gute Gesundheit Resultat einer Wahl ist, die alle Menschen treffen können (MacGregor & Wathen, 2014). Die optimale Diabetes-Therapie wird somit oftmals zu einem sozialen und moralischen Imperativ, der bei einem Teil der Patienten zu dem Wunsch führt, ein „guter Patient“ zu sein und somit in hohen Leistungs- und Perfektionsansprüchen resultiert (MacGregor & Wathen, 2014). Der Imperativ der persönlichen Gesundheitsverantwortung zeigte sich teilweise auch in den vorliegenden Interviews durch von den TeilnehmerInnen verwendete Wörter wie „müssen, ich sollte, ich kann nicht“. Einige Erkrankten waren bemüht den Ansprüchen der Gesundheitsdienstleister gerecht zu werden und deren Erwartungen zu erfüllen. Diese illusorischen Kontrollerwartungen können bei den Erkrankten aber eine besondere Vulnerabilität erzeugen, wenn die tatsächlichen Erfahrungen diesen Erwartungen nicht entsprechen (Schröder, 1997), denn im Kontext des Alltagslebens ist eine optimale Diabetes-Therapie nicht immer möglich. Dies kann in den Patienten zu einem intrapersonalen Konflikt zwischen dem von anderen und ihnen selbst als möglich erachteten Verhalten führen (Auduly et al, 2009; Mamhidir & Lundman, 2004).

Stellen sich dann trotz aller Bemühungen um ein möglichst perfektes Krankheitsmanagement keine Veränderungen ein, kann dies Gefühle des persönlichen Versagens und negative Gedanken wie Selbstvorwürfe verursachen (Kneck et al, 2012). Wiederholte erfolglose Kontrollversuche führen möglicherweise zu gelernter Hilflosigkeit und können die Adaption an chronische, schwer beeinflussbare Krankheiten behindern (Schröder, 1997), zu Hindernissen bei der Therapieadhärenz führen und einer effizienten Arzt-Patienten Beziehung im Wege stehen (Spenceley & Williams, 2006). Zwar können Selbstvorwürfe einer strikteren Therapie- und Selbstmanagementadhärenz zuträglich sein, können aber auf der anderen Seite bei den Betroffenen vermehrt depressive Symptome hervorrufen oder verstärken (Karlsen et al, 2004) (Karlsen & Bru, 2002). Patienten mit positiven Gedanken wiederum setzten sich realistischere Therapieziele und benutzten effektive Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung (Rasmussen et al, 2006), was sich auch in den Interviews zeigte.

Daher scheint es für eine effektive Behandlung von chronisch erkrankten Menschen besonders erforderlich zu sein, neben den somatischen Bedingungen auch die subjektive Bedeutung der verordneten Therapie zu berücksichtigen. Besonderes, da in den frühen Stadien die Erkrankung zunächst meist keine Beschwerden verursacht, sodass oft nicht die Erkrankung, sondern die Therapie als Einschränkung der Lebensqualität erlebt wird. Wünschenswert wäre es daher, dass die Gefahren der Verbreitung einer Gesundheitsideologie bei den behandelnden Ärzten stärker ins Bewusstsein rücken und bei der Therapieplanung berücksichtigt werden. So wird von den Patienten oftmals ein Verzicht auf eine für sie positive Aktivität oder Gewohnheit gefordert, ohne dass die Lebens- und Denkweise der Betroffenen individuell berücksichtigt wird. Dabei sind die Kosten einer Behandlung für die Patienten meist sofort spürbar und können beachtliche Effekte auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben, wie man auch in den vorliegenden Interviews sehen konnte. (Vijan et al, 2014). Im Gegensatz dazu manifestieren sich die Nutzen, die aus der Behandlung resultieren meist erst nach mehreren Jahren. Man müsste sich öfter fragen, ob man einige Patienten mit den Schulungen vielleicht zu sehr unter Druck setzt? Überfordert man sie damit? Vermitteln die Schulungen oder die behandelnden Ärzte diesen Patienten vielleicht eine unrealistisch überhöhte positive Erwartungshaltung? Und haben die Patienten die sich ganz streng an die Vorschriften halten und in der Folge eine verringerte Lebensqualität haben denn überhaupt einen besseren HbA1c-Wert, als die Patienten, die eine lockerere Handhabung präferieren? Und wenn ja, rechtfertigt der damit verbundene psychische und körperliche Ressourcenverbrauch überhaupt einen besseren HbA1c-Wert? In der Theorie werden diese Aspekte zwar schon berücksichtigt, in der Praxis steht aber bei der

Formulierung der Therapieziele meist noch ein unflexibles und krankheitsorientiertes Verständnis der Selbstbehandlung im Vordergrund, welches eher die Krankheit und nicht das beschädigte Leben der Betroffenen fokussiert (Spenceley & Williams, 2006). Damit laufen Ärzte Gefahr bei einigen Patienten überzogene Kontroll- und Perfektionsansprüche zu schaffen oder die Adhärenz der Patienten zu mindern, da sie als Bevormundung verstanden und daher nicht ernst genommen werden.

Weder also sind überzogene Kontroll- und Disziplinierungsversuche, die letztendlich vom eigentlichen Leben wegführen zu empfehlen, noch ist es eine extreme Genusshaltung, die letztendlich gesundheitliche Belange ignoriert und zur Ablehnung von Eigenverantwortung führt. Es gilt einen Mittelweg zu finden. Das subjektive Erleben und die Bedeutung und die Auswirkungen, die eine Erkrankung für den Betroffenen hat, sollte stärker in den Fokus der Gesundheitspolitik und der behandelnden Ärzte rücken. Dabei sollten Ärzte darauf achten nicht mehr nach streng vorgegebenen Zielwerten und mit pauschalen Empfehlungen zu therapieren, sondern im Praxisalltag individuelle Besonderheiten hinsichtlich Art und Ausmaß der Empfehlungen, zu formulieren. Die Therapiemaßnahmen sollen sich an den Fähigkeiten des Patienten und den in seinem Lebensumfeld gegebenen Bedingungen orientieren und dürfen die Patienten nicht überfordern. Durch eine gemäßigte Formulierung der Therapieziele könnte auch die Adhärenz der Patienten erhöht werden, denn als Arzt gilt es nicht nur die richtige Therapie für den Patienten auszuwählen, sondern auch, dass die Patienten den Rat befolgen. Der alleinige Fokus auf den HbA1c-Wert bei der Zielsetzung der Diabetes-Therapie könnte sich daher als eine mangelhafte Strategie erweisen und ein einzelner HbA1c-Zielwert für alle Patienten, unabhängig vom Gesundheitszustand, dem Alter, und der aktuellen Lebenssituation, erscheint nicht angemessen (Inzucchi et al, 2012). Jede HbA1c-Einstellung sollte individuell definiert werden und die Belastungen und Kosten einer Behandlung aus Patientensicht bei der Gestaltung der Therapieziele berücksichtigt werden (Schaeffer & Moers, 2008). Mittlerweile wird dieser Paradigmenwechsel von allgemeingültigen Therapieleitlinien hin zu individuell festgelegten Behandlungszielen bei der Behandlung des Typ 2 Diabetes auch in der neu erarbeiteten Nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes (Bundesärztekammer (BÄK) et al, 2013) und den Leitlinien der internationalen Diabetes Vereinigung IDF (*International Diabetes Federation*) (International Diabetes Federation Guideline Development Group, 2014) als auch in einem gemeinsamen Positionspapier der *American Diabetes Association* (ADA) und der *European Association for the Study of Diabetes* (EASD) (Inzucchi et al, 2012) gefordert. Besonders in der Ausbildung junger Ärzte

sollten die psychologischen Aspekte einer Entscheidungsfindung mit dem Patienten trainiert und die Fähigkeit zur Ermittlung von Patientenpräferenzen erweitert werden.

Ferner sollten die Bewältigungsstrategien der Betroffenen beachtet werden. Denn abhängig vom spezifischen Charakter und dem jeweiligen Verlauf einer Krankheit sind die Belastungen vielfältig und verlangen – häufig sehr plötzlich, manchmal auch langsam und schleichend – von den Betroffenen ein breites Spektrum an Bewältigungsfertigkeiten. Dabei ist fast niemand, der chronisch erkrankt, darauf vorbereitet. Das seelische Rüstzeug zur Krankheitsbewältigung ist also meist nicht ausreichend vorhanden (Kattermann, 2009). Dabei kommt den Bewältigungsressourcen eine elementare Bedeutung im Alltagsleben zu. Sie haben den Charakter von Überlebensstrategien und dienen den Patienten als Schutzwall gegen die Krankheit, indem sie das Ziel verfolgen, das durch die Krankheit beschädigte Leben zu reparieren und wieder unter Kontrolle zu bringen (Schaeffer & Moers, 2008). Den unterschiedlichen Fähigkeiten und Strategien, belastende Lebensereignisse und Stresssituationen kognitiv und emotional zu verarbeiten, wird u.a. auch ein vermittelnder Effekt zwischen negativen Gedanken und der Lebensqualität zugeschrieben (Clarke & Goosen, 2009). So kann die Wahl der Copingstrategien beeinflussen, inwiefern negative Gedanken verarbeitet werden und welche Auswirkungen sie auf das Leben der Betroffenen ausüben. In einer Studie von Jensen, Turner und Romano 2001 (Turner et al, 2000) mit 141 Schmerzpatienten zeigte sich, dass häufige negative Gedanken die psychosozialen Ressourcen, die einem Individuum zur Bewältigung einer Stresssituation zur Verfügung stehen, verringern und sich in der Folge eine depressive Symptomatik verstärkt entwickeln kann. Bei Diabetes-Patienten mit emotional fokussierten Copingstrategien (EFC) z. B. Selbstvorwürfen, Wut und wehmütigem Zurückblicken, war die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken, im Vergleich zu Patienten mit einem problemfokussierten Copingverhalten, das beispielsweise in aktiver Bewältigung, Zuwendung oder Problemanalyse bestehen kann, deutlich erhöht (Clarke & Goosen, 2009; Talbot & Nouwen, 2000). Mit anderen Worten: PFC korreliert negativ und EFC positiv mit dem Auftreten von Depressionen (Carr & Vitaliano, 1985). EFC führte zu einer stärkeren Verbindung zwischen negativen Gedanken und dem Auftreten einer depressiven Symptomatik und diese wurde reduziert, wenn EFC kontrolliert wurde (Clarke & Goosen, 2009). Es gibt also Evidenzen, dass negative Gedanken, EFC und Depressionen zusammenhängen, wie genau, sollte aber noch weiter erforscht werden. Mit diesen Ergebnissen der aktuellen Forschung einhergehend zeigte sich auch in der vorliegenden Arbeit ein Zusammenhang zwischen negativen Copingstrategien wie Wut, Hadern und Selbstvorwürfe beziehungsweise positiven Strategien,

wie aktiver Bewältigung, Akzeptanz oder Optimismus und der Häufigkeit von negativen Gedanken und dem Belastungsempfinden. Bei der Therapie chronischer Erkrankung sollte daher auch ein verstärkter Fokus auf die Bewältigungsressourcen gerichtet werden. Vor diesem Hintergrund wäre es möglich neue Behandlungszugänge zu entwickeln und bestehende auszudifferenzieren.

Für den Diabetes mellitus ließ sich bereits darstellen, dass die Einbeziehung von systematischen Verhaltensschulungen positive Effekte sowohl hinsichtlich des Wohlbefindens als auch der Blutzuckerregulation hat (Grey et al, 2000; Grey et al, 1998; Rose, 2003). Man könnte ebenfalls versuchen Patienten mit häufigen negativen Gedanken und einem dysfunktionalen, bedrohungs-fokussiertem Bewältigungsverhalten bereits in der Routineversorgung zu identifizieren und ihnen gegebenenfalls verhaltenstherapeutische und begleitende psychologische Hilfestellungen so schon früh anzubieten. Wichtig wäre es daher den psychologischen Status des Patienten, also sein Wohlbefinden und seine negativen Gedanken regelmäßig zu erfragen. Im aktuellen Gesundheits-Pass Diabetes der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) wird als Screeninginstrument bereits der WHO--5-Fragebogen zum psychischen Wohlbefinden integriert (Kulzer et al, 2012; Schütt, 2014). Dieser Test umfasst fünf Fragen, die vom Patienten im Allgemeinen in wenigen Minuten beantwortet werden können und mindestens einmal pro Jahr ausgefüllt werden sollten. Bisher ist aber eine dahingehende begleitende psychologische Betreuung bei chronischen Erkrankungen nicht oder nur am Rande vorgesehen, während sie beispielsweise bei Krebspatienten mittlerweile durchaus zum Therapiestandart gehört (Kattermann, 2009). Im Normalfall werden allenfalls kurze psychoedukative Interventionen oder schmerzorientierte Behandlungsverfahren angeboten, die Krankheitsbewältigung selbst bleibt jedoch meist den Betroffenen überlassen und wird nur selten thematisiert (Kattermann, 2009). Dabei wäre es wichtig, eine Form der Unterstützung zu entwickeln, die den Patienten bei der Bewältigung der sich ihnen stellenden Herausforderungen behilflich ist und ihnen bei der Entwicklung der nötigen Selbstmanagementkompetenzen hilft.

Der Wunsch nach mehr Unterstützung wird auch in einem Interview geäußert:

*Interviewer: Hab ich denn noch was vergessen, was Ihnen auf dem Herzen liegt, wo wir nicht drüber gesprochen haben hier im Interview?*

*Person: Was mir auf dem Herzen liegt, dass man/wir kriegen ja alle (...) Diabetes irgendwann, ich weiß es nicht, wie es die anderen machen/Man kann sich eine Weile zusammennemen, dass man das besser trainiert. Das muss man ja trainieren. Und das*

*man da Unterstützung kriegt in diesem Training. Diesen Heißhunger, ich habe da auch ein Stück Schokolade, schwarze Schokolade, da kriegt man so einen Heißhunger, dann renne ich dann hier wie so ein Löwe durch die Gegend. Und dass ich da Unterstützung kriegte und wüsste, wie ich da besser mit klarkäme. Das wäre ganz gut. (Lachen) Auch in den Schulungen wurde das Thema auch angeschnitten und auch besprochen, aber das müsste noch mehr/und die Unterzuckerung. Also ich hatte es eine Weile, dass ich ganz konkret gesagt hab: Ich esse weniger. So geht es nicht. Ich werde immer dicker und immer dicker. Dann habe ich gespritzt und bin unterzuckert. Ich weiß nicht, wie man das in den Griff kriegt. Man wird davor gewarnt. Man will es ja manchmal. Also da wollte ich es ganz konkret und habe gesagt, ja, es gibt ja auch so viele dünne Zuckerkrankte. Um Gottes willen, wie machen die das? Sagen sie es mir? Sagen sie es mir. [...] ich wäre so gerne (Lachen) ein paar Kilo leichter. Aber das hat nichts gebracht. Das hat wirklich nichts gebracht. Dann war ich morgens schon, dass ich unterzuckert war, das war nichts. Wenn ich mich richtig wohlfühle, dann merke ich auch, dass mein Zucker in Ordnung ist, dann ist der so an die 120, 117. Da fühle ich mich wohl. Wenn ich gesündigt habe, merke ich es sofort. Fast. Fast. Merk ich es. Und ich glaube die anderen auch. Ich bin nicht die Einzige, die das so sieht. Aber es ist schwer. Es ist eine schwere Krankheit, die belastend ist. Weil es immer wieder: rattata rattata. Also für mich ist sie sehr belastend. [...] Ist belastend, aber, wenn ich es nicht tue, dann komme ich wieder in den Schlendrian rein. Komme ich. (Lachen)“ (19, 58-59).*

Abschließend bleibt zu sagen, es herrscht Konsensus, dass die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität chronisch Kranker für sich ein wesentliches Behandlungsziel darstellt, das keiner weiteren Legitimation bedarf. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist eine wichtige Orientierungsmarke in der Medizin und auch Pharmahersteller sollten in Zukunft angeleitet werden Daten zur Lebensqualität unter der Therapie zu erheben, denn für den Erfolg einer Behandlung reicht in der Regel eine Beseitigung der biochemischen Störung nicht aus. Verstärkt sollten psychische und soziale Bedürfnisse des einzelnen Patienten mit einbezogen werden und die subjektiven Erfahrungen der chronisch kranken Menschen stärker beachtet werden. Besonders die Integration psychologischer und psychotherapeutischer Konzepte und Angebote, die den negativen Gedanken an die Gesundheit mehr Aufmerksamkeit schenken wäre als Standard der Diabetes-Therapie relevant. Ebenso Konzepte, die das das Erleben von Stress und Überforderung thematisieren und darauf abzielen das Bewältigungsverhalten der Patienten zu verbessern und Patienten, die Schwierigkeiten mit ihrer Diabetes-Erkrankung haben, professionell zu unterstützen. Dem

Patienten sollte in Gesprächen die Möglichkeit geboten werden, negative Gefühle und Gedanken der Ohnmacht, der Überforderung und mögliche Selbstvorwürfe zu thematisieren. Das Wissen, eine Erkrankung nicht restlos kontrollieren zu können, dass sie vielleicht bekannte, vielleicht auch unbekannte Ursachen haben kann, könnte eine befreiende Wirkung auf die Patienten haben (Kattermann, 2009). Dabei könnte eine dahingehende, psychologische Unterstützung als selbstverständlicher Baustein einer medizinischen Betreuung bei einem Teil der chronisch Kranken Menschen deren Lebensqualität verbessern. Aus theoretischer Perspektive ist es auch nicht minder wichtig, der für chronische Krankheiten typischen Kranken- bzw. Patientenrolle mehr Beachtung zu schenken. Denn im Gegensatz zu der Rollensituation von Akutkranken begleiten chronische Krankheiten die Betroffenen fortan im weiteren Lebenslauf. Dabei sind sie anders als Akutkranke nicht von Alltagsverpflichtungen entbunden, sondern sie müssen ihr Leben und die Krankheit zeitgleich bewältigen. In vielen Phasen des Krankheitsverlaufes überfordert dies einen Teil der Patienten strukturell (Schaeffer & Moers, 2008). Zugleich sind die bestehenden Rollenerwartungen und Vorgaben nicht unbedingt kompatibel mit ihrer Situation und führen zu intrapersonalen Konflikten zwischen den Erwartungen an sie als Patient und ihrem Bedürfnis, das Leben so normal wie möglich weiterzuführen (Audulv et al, 2009). In der Therapieplanung sollten daher die Krankheitserfahrungen und Ambiguität der Rollenerwartung thematisiert werden. Auch gezielte Schulungen von Ärzten können die Sensibilität für diese Themen und die Kompetenzen im Umgang mit diesen Patienten verstärken, und so eine ganzheitliche Gesundheitspraxis ermöglichen.

## **5.2 Limitationen**

Aufgrund der aufwendigen Datenerhebung und Auswertung kann in der Regel bei qualitativen Arbeiten nur eine geringe Zahl an Personen einbezogen werden. In der vorliegenden Arbeit wurde eine Teilnehmerzahl von 22 Personen realisiert, wodurch das Maximum der verfügbaren Ressourcen ausgeschöpft wurde. Bedingt durch diese Stichprobengröße sind die gebildeten Typen allerdings nicht durch eine breite Datenbasis gefestigt und nur bedingt aussagekräftig. Die Repräsentativität und die Reichweite der Aussagen sowie der Grad der Verallgemeinerbarkeit sind daher beschränkt. Zum anderen zeigen sich die einzelnen Kategorien nicht immer in Reinform. So gab es zum Teil Überschneidungen zwischen den einzelnen Bewältigungsstrategien. Da zudem einige Kategorien induktiv am Textmaterial gebildet wurden und nicht Bestandteil des Leitfadens waren, haben sich nicht alle TeilnehmerInnen gleichermaßen zu den gefundenen Aspekten

geäußert und manche Kategorien zeichneten sich deutlicher ab als andere. Unter Berücksichtigung der Durchführbarkeit der Arbeit konnte aber nicht mit dem Ziel der Datensättigung gearbeitet werden. Auch erheben die gebildeten Kategorien nicht den Anspruch, die Gesamtheit an möglichen Ausprägungen darzustellen, es lassen sich darüber hinaus sicher weitere Aspekte identifizieren. Eine weitere Limitation ist die fehlende Unterscheidung der Diabetes-Therapie zwischen oraler Diabetesmedikation oder Insulintherapie, dabei ist die Lebensqualität bei Patienten mit Insulintherapie nachweislich etwas schlechter als bei Patienten mit oraler Diabetesmedikation (Vijan et al, 2014). Darüber hinaus können Analyse und Interpretation der Ergebnisse mit jedem Forscher variieren: Eine gewisse Beeinflussung bei der Kategorienentwicklung und der Analyse durch Vorwissen und Vorannahmen kann in den wenigsten Fällen ausgeschlossen werden. Zudem gibt es immer mehr als einen Weg einen vorliegenden Text zu interpretieren; die vorliegenden Ergebnisse repräsentieren daher nur das sinnvollste Verständnis im Sinne des Forschers. Ein weiterer Punkt, der als Limitation der Arbeit genannt werden sollte, ist, dass die Sichtweisen der TeilnehmerInnen nur zu einem einzelnen Zeitpunkt erhoben wurden. Eine Adaptation an eine chronische Erkrankung ist allerdings ein dynamischer Prozess, weshalb es möglich wäre, dass sich die Sichtweisen der Befragten über die Zeit verändern. Zuletzt bleibt noch zu sagen, dass dieser Studie, als meines Wissens nach erste Studie dieser Art, natürlich in vielerlei Hinsicht Neuland betreten hat und Fragen hat offenlassen. Einige Bezüge bleiben wenig ausgearbeitet und über die Kausalität der Ergebnisse lassen sich nur Vermutungen anstellen. Zukünftige Forschung in dieser Richtung könnte die Aufmerksamkeit auf die angedeuteten Zusammenhänge legen und diese vertiefen und anhand einer größeren, repräsentativen Studie überprüfen.

## 6 Fazit und Ausblick

Die Diskussion der vorhandenen Forschungsarbeiten, hat ergeben, dass eine gewisse Basis an Studien zum Thema Gedanken an Gesundheit und Lebensqualität vorhanden ist, auf deren Erkenntnisse sich aufbauen lässt. Allerdings sind sie allesamt quantitativer Natur. Diese Arbeit hat eine erste Annäherung an das Konstrukt Gedanken an Gesundheit und ihre Bedeutung für chronisch Kranke am Beispiel von Diabetespatienten im Rahmen einer qualitativen Studie untersucht. Der Fokus lag darauf, die subjektive Bedeutung von Gedanken an Gesundheit in Bezug auf die Lebensqualität und ihre Handlungsrelevanz zu verstehen und weitere wichtige Variablen in diesem Zusammenhang zu identifizieren. Übereinstimmend mit aktuellen Diskursen und vergangenen Forschungsergebnissen korrelieren auch in dieser Arbeit die Intensität und Häufigkeit von negativen Gedanken an Gesundheit mit einer schlechten Lebensqualität. So zeigte sich in den vorliegenden Interviews, dass Patienten, die viel und häufig an ihre Gesundheit dachten, ihre Lebensqualität schlechter beurteilten und deutlich belasteter waren als Patienten ohne diese Gedanken. Wie bereits erwartet korrelierte auch ein erhöhter Zeitumfang für das Selbstmanagement mit einer verringerten Lebensqualität. Darüberhinaus erwiesen sich das Bewältigungsverhalten, die Kontrollerwartung und die Bewertung der Erkrankung als in diesem Zusammenhang weitere bedeutsame Komponenten, welche von den TeilnehmerInnen immer wieder angesprochen wurden. Die Ergebnisse beschrieben dabei zunächst nur das Spektrum an möglichen Einflussfaktoren. Die Bewertung der Krankheitssituation, die Attributierung ihrer Ursache, das Bewältigungsverhalten und der Aufwand für das Selbstmanagement der Erkrankung scheinen also zusammen mit kognitiven Prozessen wie dem Umfang und der Häufigkeit von Gedanken an Gesundheit ein komplexes System bei der Bewertung der Lebensqualität zu bilden. Dabei müssen die einzelnen Aspekte aber als systematische Verknüpfung verstanden werden und nicht als einzelne Elemente. Dennoch wird deutlich, dass der Umfang und die Häufigkeit negativer Gedanken im Alltag von chronisch Kranken, bedeutsame Variablen im Zusammenhang mit der HRQOL darstellen. Diese erscheint jedoch erst im Rahmen von umfassenden weiteren relevanten Attributionen in ihrer Bedeutung für das Subjekt einschätzbar.

Die hier vorgestellte Konzeption würde allerdings missverstanden werden, wenn sie als ein Modell aufgefasst wird, das alle relevanten Prädiktoren enthält. Vielmehr geht es um das

Beschreiben individueller Meinungen und Eindrücke und das Verstehen von Zusammenhängen sowie die Generierung von ersten Hypothesen, die in ihrer Ganzheitlichkeit und lebensweltlichen Integration ein angemessenes Verstehen der subjektiven Grundlagen der Lebensqualität ermöglichen sollen. Die in der Arbeit entfaltete Komplexität der Ergebnisse zeigt die Spannweite der subjektiven Vorstellungen und die Vielfalt an Konzepten, die in diesem Kontext bedeutsam sind. Die in der Arbeit dargestellten Gedanken der TeilnehmerInnen sind zwar nicht immer frei von Widersprüchen, gerade weil sie in persönlichen Erfahrungen begründet sind und oft als Teil einer individuellen Entwicklung gesehen werden. Dennoch stellen sie eine eigene Qualität an Erkenntnissen dar. Ihre Bedeutung liegt zunächst vor allem darin, dass es sie gibt und sie Grundlagen für das Alltagshandeln der Betroffenen bilden. Welche Komponenten aber für die Beurteilung der Lebensqualität zentral sind, kann nur schwer und im Rahmen dieser Arbeit nur in Ansätzen beantwortet werden, indem die relevantesten der in den Interviews genannten Einflussfaktoren ausgewählt und durch prototypischen Einzelfälle illustriert wurden.

Die praktischen Konsequenzen, die sich für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung aus den Ergebnissen dieser und anderer Studien ableiten lassen, sind weitreichend und konnten in der Arbeit nur ansatzweise sichtbar gemacht werden. So sollte in Bezugnahme auf die gebildeten Typen, auf diejenigen Individuen, die dem Typus mit häufigen Gedanken und einem hohen Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten zugeordnet werden können, in zukünftiger Diabetes-Forschung und dem Gesundheitswesen ein Fokus gelegt werden. Es sollte überlegt werden, wie diese Typen bestmöglich identifiziert werden können und wann, wie viel und für wen Interventionen entwickelt werden sollten, die die Art und Weise, wie über Gesundheit gedacht und gefühlt wird, beeinflussen können. Das Bewältigungsverhalten und die überzogenen Kontrollansprüche haben sich als wichtige Konzepte erwiesen, die es in weiteren Studien zu berücksichtigen gilt. Eine weitere Aufgabe der zukünftigen Forschung könnte darin bestehen, mit einem vergleichbaren theoretischen Ansatz die empirische Basis auszuweiten und bessere Chancen für eine Verallgemeinerung der Ergebnisse zu schaffen. Um den Zusammenhang einiger vermuteter Zusammenhänge zu überprüfen wären zudem weitere Untersuchungen mit longitudinal angelegten Studien notwendig. Da in den vorliegenden Interviews die beiden gebildeten Typen fast identisch in der Teilnehmerzahl vertreten sind, wäre es interessant zu überprüfen, wie hoch der Anteil der an Typ2 Diabetes erkrankten Menschen, die häufig an ihre Gesundheit denken und viel Zeit für das Selbstmanagement aufwenden, an der Gesamtpopulation der Menschen mit Diabetes tatsächlich ist und wie andere Konzepte wie das Bewältigungsverhalten oder der tatsächlichen HbA1c Wert damit zusammenhängen.

## 7 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Übersicht über die Studienpopulation .....	32
<b>Tabelle 4:</b> Übersicht über die Berner Bewältigungsformen .....	48
<b>Abbildung 1:</b> Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Bullinger (Bullinger et al, 2000).....	2
<b>Abbildung 2:</b> unterschiedliche Lebensqualitätsprofile bei chronischen Erkrankungen (Rose, 2003).....	3
<b>Abbildung 3:</b> Gedankenfrage nach Dolan (Dolan, 2011) .....	19
<b>Abbildung 4:</b> Ablaufmodell der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2002) .....	25

## 8 Literaturverzeichnis

- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2001) The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes care*, 24(6), 1069-1078.
- Arck, P. C., Rose, M., Hertwig, K., Hagen, E., Hildebrandt, M. & Klapp, B. F. (2001) Stress and immune mediators in miscarriage. *Hum Reprod*, 16(7), 1505-11.
- Audulv, Å., Norbergh, K. G., Asplund, K. & Hörnsten, Å. (2009) An ongoing process of inner negotiation—a Grounded Theory study of self-management among people living with chronic illness. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1(4), 283-293.
- Barakat, L. P., Schwartz, L. A., Simon, K. & Radcliffe, J. (2007) Negative thinking as a coping strategy mediator of pain and internalizing symptoms in adolescents with sickle cell disease. *J Behav Med*, 30(3), 199-208.
- Beck, J. (2011) *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Berkman, L. F. & Breslow, L. (1983) Health and ways of living: the Alameda County study.
- Black, S. A., Markides, K. S. & Ray, L. A. (2003) Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 26(10), 2822-2828.
- Broom, D. & Whittaker, A. (2004) Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. *Social science & medicine*, 58(11), 2371-2382.
- Bullinger, M. (1994) Lebensqualität: Grundlagen und Anwendungen. *Lebensqualität und Asthma*, 17-28.
- Bullinger, M. (2000) Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Volume 43(3), 190-197
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (2000) Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin—eine Einführung. *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und-soziologischer Perspektive*, 11-21.
- Bullinger, M. R.-S., U. (1996) Stand der Forschung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. . München: Dustri-Verlag. , in Petermann, F. (ed), *Lebensqualität und chronische Krankheit*. München: Dustri-Verlag, 29-71.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2013) *Nationale Versorgungsleitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes*, 4.
- Burström, K., Johannesson, M. & Diderichsen, F. A comparison of individual and social time trade-off values for health states in the general population. *Health Policy*, 76(3), 359-370.

- Carr, J. E. & Vitaliano, P. P. (1985) The theoretical implications of converging research on depression and the culture-bound syndromes. *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, 244-266.
- Clarke, D. & Goosen, T. (2009) The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 460-464.
- Crichton, N. (2001) Visual analogue scale (VAS). *J Clin Nurs*, 10(5), 706-6.
- De Bruin, A. (1996) *Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments*. WHO Regional Publications, European Series, No.58.ERIC.
- Debono, M. & Cachia, E. (2007) The impact of diabetes on psychological well being and quality of life. The role of patient education. *Psychol Health Med*, 12(5), 545-55.
- Deutsche Diabetes-Hilfe (2014) Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes URL: [http://www.diabetesde.org/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs\\_und\\_TEXTE/Infomaterial/Ge\\_sundheitsbericht\\_2015.pdf](http://www.diabetesde.org/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs_und_TEXTE/Infomaterial/Ge_sundheitsbericht_2015.pdf) [Last accessed: 10. Januar 2016].
- Dolan, P. (2011) Thinking about it: thoughts about health and valuing QALYs. *Health Econ*, 20(12), 1407-16.
- Dresing, T. P., Thorsten (2013) *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*, 5. Auflage Marburg
- Faltermaier, T. (1994) *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln*. Belz, Psychologie-Verlag-Union
- Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (2009) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 7. Aufl., Orig. Ausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rowohlt Enzyklopädie, 55628).
- Franke, A. (2010) Modelle von Gesundheit und Krankheit.
- Gerhold, L., Schüll, E., Cuhls, K., Peperhove, R., Bernasconi, T., Weimert, B., Zweck, A. & Weßner, A. (2015) Grundlagen der Standards Gruppe 2, in Gerhold, L., Holtmannspötter, D., Neuhaus, C., Schüll, E., Schulz-Montag, B., Steinmüller, K. & Zweck, A. (eds), *Standards und Gütekriterien der Zukunftsforschung: Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 83-150.
- Grey, M., Boland, E. A., Davidson, M., Li, J. & Tamborlane, W. V. (2000) Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *The Journal of pediatrics*, 137(1), 107-113.
- Grey, M., Boland, E. A., Davidson, M., Yu, C., Sullivan-Bolyai, S. & Tamborlane, W. V. (1998) Short-term effects of coping skills training as adjunct to intensive therapy in adolescents. *Diabetes care*, 21(6), 902-908.
- Heim, E., Augustiny, K., Blaser, A., Kühne, D., Rothenbühler, M., Schaffner, L. & Valach, L. (1991) Manual zur Erfassung der Krankheitsbewältigung: Die Berner Bewältigungsformen (BEFO). *Huber, Bern*.

- Hessel, A., Heim, E., Geyer, M. & Brähler, E. (2000) Krankheitsbewältigung in einer repräsentativen Bevölkerungs-stichprobe. *PPmP-Psychotherapie- Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, 50(08), 311-321.
- Hessen, E. A. d. V. A., Hessen, K., Hauner, H., Köster, I. & Schubert, I. (2007) Trends in der Prävalenz und ambulanten Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus. *Dtsch Arztebl*, 104(41), 2799-805.
- Hien, P. & Böhm, B. (2007) *Diabetes-Handbuch: eine Anleitung für Praxis und Klinik*. Springer-Verlag.
- International Diabetes Federation (2015) Diabetes Atlas, Brussels. Available from: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition.html> [Last accessed: 5 March 2016].
- International Diabetes Federation Guideline Development Group (2014) Global guideline for type 2 diabetes. *Diabetes research and clinical practice*, 104(1), 1-52
- Inzucchi, S. E., Bergenstal, R. M., Buse, J. B., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M., Peters, A. L., Tsapas, A., Wender, R. & Matthews, D. R. (2012) Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes care*, 35(6), 1364-1379.
- Jacobs, E., Tamayo, T. & Rathmann, W. (2017) Epidemiologie des Diabetes in Deutschland. *Deutscher Gesundheitsbericht*, 10.
- Kahneman, D. & Krueger, A. B. (2006) Developments in the measurement of subjective well-being. *Journal of Economic perspectives*, 20(1), 3-24.
- Karlsen, B. & Bru, E. (2002) Coping styles among adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 7(3), 245-259.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Hanestad, B., Murberg, T. & Bru, E. (2004) Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 9(1), 53-70.
- Kattermann, V. (2009) Chronische Erkrankungen: Eine seelische Herausforderung. *Dtsch Arztebl International*, 8(12), 548.
- Kelle, U. & Kluge, S. (1999) Vom Einzelfall zum Typus. *Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen.
- Kerner, W. & Bruckel, J. (2008) Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 3(2), S131.
- Kneck, Å., Klang, B. & Fagerberg, I. (2012) Learning to live with diabetes—integrating an illness or objectifying a disease. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2486-2495.
- Kuckartz, U. (1988) Computer und verbale Daten. *Chancen zur Innovation sozialwissenschaftlicher Forschungstechniken*. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Kuckartz, U. (2012) *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* Beltz Juventa.

- Kulzer, B. (2003) Psychologische Aspekte des Diabetes. *Diabetologie kompakt-Grundlagen und Praxis*, 31-37.
- Kulzer, B. (2011) Die psychologische Dimension des Diabetes mellitus, *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes*. Berlin: diabetesDE, 40-47.
- Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F. & Petrak, F. (2012) Psychosoziales und Diabetes mellitus. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 7(S 02), S136-S142.
- Kulzer, B., Krichbaum, M. & Hermanns, N. (2010) *Lebensqualität bei Diabetes mellitus. [Quality of life in diabetes mellitus]*, 4.
- Lehnert, T., Konnopka, A., Riedel-Heller, S. & König, H.-H. (2011) Diabetes und komorbide depression: systematische Literaturübersicht gesundheitsökonomischer Studien. *Psychiatrische Praxis*, 38(08), 369-375.
- Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G. E., Oliver, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Bush, T. & Young, B. (2004) Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*, 27(9), 2154-60.
- LoBiondo-Wood, G. (2005) *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. Elsevier, Urban&FischerVerlag.
- Lohnberg, J. A. & Altmaier, E. M. (2014) Thought intrusion among adults living with complex regional pain syndrome. *Rehabil Psychol*, 59(2), 171-5.
- MacGregor, J. C. & Wathen, C. N. (2014) My health is not a job': a qualitative exploration of personal health management and imperatives of the 'new public health. *BMC public health*, 14(1), 726.
- Maes, M. (1999) Major depression and activation of the inflammatory response system, *Cytokines, stress, and depression* Springer, 25-46.
- Maes, M., Goossens, F., Lin, A.-h., De Meester, I., Van Gastel, A. & Scharpé, S. (1998) Effects of psychological stress on serum prolyl endopeptidase and dipeptidyl peptidase IV activity in humans: higher serum prolyl endopeptidase activity is related to stress-induced anxiety. *Psychoneuroendocrinology*, 23(5), 485-495.
- Mamhidir, A.-G. & Lundman, B. (2004) Having control over type 2 diabetes means daring to be free. *Journal of Diabetes Nursing*, 8(1), 12-16.
- Manderson, L., Bennett, E. & Andajani-Sutjahjo, S. (2006) The social dynamics of the interview: Age, class, and gender. *Qualitative health research*, 16(10), 1317-1334.
- Mayring, P. (1990) *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken*, 2. Auflage edition. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag.
- Mayring, P. (2002) *Einführung in die qualitative Sozialforschung; eine Anleitung zum qualitativen Denken*. Beltz Verlag Weinheim und Basel
- Mehnert, H., Standl, E., Usadel, K. & Häring, H. (2003) *Diabetologie in Klinik und Praxis*, 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl. Thieme, Stuttgart New York.

- Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Holt, R., Comaschi, M., Hermanns, N., Ishii, H., Kokoszka, A., Pouwer, F., Skovlund, S. & Stuckey, H. (2013) Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30(7), 767-777.
- Park, C. L., Chmielewski, J. & Blank, T. O. (2010) Post-traumatic growth: finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psychooncology*, 19(11), 1139-47.
- Polonsky, W. H., Anderson, B. J., Lohrer, P. A., Welch, G., Jacobson, A. M., Aponte, J. E. & Schwartz, C. E. (1995) Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes care*, 18(6), 754-760.
- Rasmussen, H. N., Wrosch, C., Scheier, M. F. & Carver, C. S. (2006) Self-regulation processes and health: the importance of optimism and goal adjustment. *Journal of personality*, 74(6), 1721-1748.
- Rathmann, W., Strassburger, K., Heier, M., Holle, R., Thorand, B., Giani, G. & Meisinger, C. (2009) Incidence of Type 2 diabetes in the elderly German population and the effect of clinical and lifestyle risk factors: KORA S4/F4 cohort study. *Diabetic Medicine*, 26(12), 1212-1219.
- Rose, M. (2003) *Messung der Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen*. Humboldt-Universität zu Berlin, Medizinische Fakultät - Universitätsklinikum Charité.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Bronner, E., Scholler, G., Danzer, G. & Klapp, B. (2000) „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“, ein Teil der „allgemeinen“ Lebensqualität?, in Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (eds), *Jahrbuch der medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe, 206-221.
- Rose, M., Hildebrandt, M., Fliege, H., Seibold, S., Mönnikes, H. & Klapp, B. F. (2002) T-cell immune parameters and depression in patients with Crohn's disease. *Journal of clinical gastroenterology*, 34(1), 40-48.
- Rose, M., Köhler, K., Köhler, F., Sawitzky, B., Fliege, H. & Klapp, B. F. (2005) Determinants of the quality of life of patients with congenital heart disease. *Quality of Life Research*, 14(1), 35-43.
- Rosenthal, M. J., Fajardo, M., Gilmore, S., Morley, J. E. & Naliboff, B. D. (1998) Hospitalization and mortality of diabetes in older adults. A 3-year prospective study. *Diabetes Care*, 21(2), 231-5.
- Rubin, R. R. & Peyrot, M. (1999) Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*, 15(3), 205-18.
- Rutten-van Molken, M. P., Custers, F., van Doorslaer, E. K., Jansen, C. C., Heurman, L., Maesen, F. P., Smeets, J. J., Bommer, A. M. & Raaijmakers, J. A. (1995) Comparison of performance of four instruments in evaluating the effects of salmeterol on asthma quality of life. *Eur Respir J*, 8(6), 888-98.
- Schaeffer, D. & Moers, M. (2008) Überlebensstrategien-ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronischer Erkrankter. *Pflege & Gesellschaft*, 13(1).

- Scholler, G. R., M.; Busche, A.; Neuhaus, R.; Neuhaus, P. und Klapp, B. F. B. (1997) *Biopsychosoziale Zusammenhänge im prä-und postoperativen Verlauf bei Lebertransplantationspatienten*. Lengerich Pabst Science Publishers.
- Schöneck-Voß, N. & Voß, W. (2010) Methodenintegrative Forschung. *Darstellung am Beispiel einer Befragung von Studierenden zu Studienbeiträgen. Diskussionspapiere aus der Fakultät für Sozialwissenschaft*. URL: *dp10-1. pdf* (Abrufdatum 2.9. 15).
- Schreier, M. (2014) Ways of Doing Qualitative Content Analysis: Disentangling Terms and Terminologies, *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*.
- Schröder, K. (1997) Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung. *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*, 2, 319-347.
- Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (2003) Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung, in Brähler, E. (ed), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Schütt, M. (2014) Der zufriedene Patient *Der Allgemeinarzt* 36, 6.8.2016 2014, 40-45.
- Spenceley, S. M. & Williams, B. A. (2006) Self-care from the perspective of people living with diabetes. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, 38(3), 124-145.
- Talbot, F. & Nouwen, A. (2000) A review of the relationship between depression and diabetes in adults: is there a link? *Diabetes care*, 23(10), 1556-1562.
- Testa, M. A. & Simonson, D. C. (1996) Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, 334(13), 835-840.
- Thorn, B. E., Pence, L. B., Ward, L. C., Kilgo, G., Clements, K. L., Cross, T. H., Davis, A. M. & Tsui, P. W. (2007) A randomized clinical trial of targeted cognitive behavioral treatment to reduce catastrophizing in chronic headache sufferers. *J Pain*, 8(12), 938-49.
- Turner, J. A., Jensen, M. P. & Romano, J. M. (2000) Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85(1-2), 115-25.
- Vijan, S., Sussman, J. B., Yudkin, J. S. & Hayward, R. A. (2014) Effect of patients' risks and preferences on health gains with plasma glucose level lowering in type 2 diabetes mellitus. *JAMA internal medicine*, 174(8), 1227-1234.
- Witzel, A. (2000) Das problemzentrierte Interview. *Forum qualitative Sozialforschung*, 1(1), Bd. 1 (2000) H. 1, 26 Abs.
- World Health Organization (1946) *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. New York, NY.
- World Health Organization (1986) *Ottawa charter for health promotion, First International Health Promotion Conference, Ottawa, Canada, 1986*.
- Yen, L. E., McRae, I. S., Jowsey, T. & Bagheri, N. (2013) Time spent on health related activity by older Australians with diabetes. *Journal of diabetes and metabolic disorders*, 12(1), 1.



# Anhang

## Leitfaden

### Vor Beginn des Interviews

- Datenschutz und Einwilligungserklärung unterschreiben
- Kurzen Fragebogen ausfüllen

### Einleitung

Wir beginnen nun mit unserem Interview. Ich werde Ihnen Fragen zu Ihren Gedanken über Ihre Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten stellen. Ich mache mir zwischendurch ein paar Notizen und behalte ein wenig die Zeit im Auge. Sie erzählen einfach frei, es gibt kein richtig und falsch und es geht uns auch nicht um genaue Werte. Ich werde Sie nur unterbrechen wenn ich Nachfragen habe oder neue Fragen stelle. Alle persönlichen Daten werden von uns pseudonymisiert, d.h. sie können nicht mehr ihrer Person zugeordnet werden. Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet, wir arbeiten aber nur mit den Abschriften, d.h. die Aufnahme wird anschließend gelöscht. Wenn Sie bereit sind, können wir dann gerne anfangen.

### Fragen

1. Wann haben Sie zuletzt an ihre Gesundheit gedacht? Beschreiben Sie bitte mal die Situation?
2. Wann denken Sie üblicherweise an Gesundheit?
3. Wie häufig sind solche Situationen?
4. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie über Ihre Gesundheit nachdenken? – Denken Sie ruhig einen Moment nach und nehmen sich Zeit.
5. Wie ist es, wenn Sie sich gut fühlen? Denken Sie dann auch über Gesundheit nach?
6. Wenn Sie einmal schätzen: Wie viel Zeit nehmen denn die Gedanken an ihre Gesundheit in ihrem Alltag ein? Ist das eher viel, wenig oder sehr viel?
7. Denken sie anders über ihre Gesundheit nach seit Sie wissen, dass Sie Diabetes haben?
  - Beschreiben Sie mal wie Sie vorher über ihre Gesundheit nachgedacht haben, und wie Sie seit der Diagnose Diabetes über ihre Gesundheit nachdenken
8. Wie beeinflussen denn andere Erkrankungen die Sie möglicherweise haben oder auch hatten Ihre Gedanken über Gesundheit?
9. Was tun Sie alles für Ihre Gesundheit?

- Wenn Sie mal an Ernährung, Bewegung, Arztbesuche oder Vorsorgeuntersuchungen denken? Alles was Ihnen einfällt.
10. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie diese Dinge für Ihre Gesundheit tun? Beschreiben Sie wie Sie sich dabei fühlen.
  11. Wenn Sie nochmal einmal schätzen: Wie viel Zeit nehmen die Dinge, die Sie für ihre Gesundheit tun, alle zusammen so in Ihrem Alltag in Anspruch: Eher wenig, viel oder sehr viel?
  12. Wenn Sie sich an eine Zeit erinnern, in der Sie sich viele Sorgen um ihre Gesundheit gemacht haben, welche Art von Unterstützung mit Ihren Gedanken und Sorgen ist Ihnen da wichtig?
  13. Wie gehen denn Menschen aus dem Gesundheitssystem, also Ihre behandelnden Ärzte oder Menschen aus dem Gesundheitssystem mit denen Sie zu tun hatten oder haben, mit Ihren Gedanken über Gesundheit um ?
  14. Gut dann sind wir eigentlich auch am Abschluss des Interviews. Ich hätte noch eine letzte Frage an Sie. Sie können sich ruhig Zeit lassen und einen Moment darüber nachdenken. Wenn Sie mir abschließend drei Begriffe nennen würden die am ehesten Ihre Gedanken über Gesundheit beschreiben, welche wären das?
  15. Habe ich noch etwas vergessen, was wir hier nicht angesprochen haben, was Ihnen wichtig ist und Sie gerne noch erzählen würden?

## Kurzfragebogen

### Fragebogen zu Gedanken an Gesundheit

***Herzlichen Dank, dass Sie an diesem Interview teilnehmen!***

#### Diabetes und Behandlung des Diabetes

##### **1. Welchen Diabetes-Typ haben Sie?**

Typ-1

Typ-2 („Altersdiabetes“)

Anderer

und zwar: \_\_\_\_\_

weiß ich nicht

##### **2. Wann wurde der Diabetes bei Ihnen diagnostiziert?**

vor \_\_\_\_\_ Jahren oder Jahresangabe: \_\_\_\_\_

vor \_\_\_\_\_ Monaten (wenn Diagnose weniger als 1 Jahr zurückliegt)

weiß ich nicht

#### Angaben zu Ihrer Person

**3. Ihr Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

**4. Ihr Geschlecht:** Männlich  Weiblich

##### **5. Welchen Familienstand haben Sie?**

Ledig

Verheiratet

Geschieden

Verwitwet

**6. Welchen allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie? Bitte geben Sie nur Ihren höchsten Schulabschluss an :**

- Schule beendet ohne Abschluss .....|\_|
- Volks-/Hauptschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule  
(mit Abschluss 8. oder 9. Klasse).....|\_|
- Mittlere Reife, Realschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule  
(mit Abschluss 10. Klasse).....|\_|
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.).....|\_|
- Abitur bzw. Erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse  
(Hochschulreife)..... |\_|
- Anderen Schulabschluss und zwar \_\_\_\_\_ |\_|

**7. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?**

*Mehrere Angaben sind möglich!*

- Betriebliche Anlernzeit, aber keine abgeschlossene Lehre.....|\_|
- Lehre/ Berufsfachschulabschluss .....|\_|
- Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss .....|\_|
- Fachhochschulabschluss .....|\_|
- Hochschulabschluss.....|\_|
- Anderen beruflichen Ausbildungsabschluss, und zwar:  
\_\_\_\_\_ |\_|
- Keinen beruflichen Ausbildungsabschluss.....|\_|

**8. Wie sind Sie beruflich beschäftigt?**

- |\_| Voll erwerbstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr)
- |\_| Teilzeitbeschäftigt
- |\_| Arbeitslos
- |\_| Erwerbsunfähig
- |\_| Rentner(in), Pensionär(in), im Vorruhestand
- |\_| Sonstige Tätigkeit \_\_\_\_\_

## Gesundheitszustand

### 9. Wie häufig haben Sie gestern über Ihre Gesundheit nachgedacht?

- gar nicht  
 manchmal  
 häufig  
 ständig

Wenn Sie über Ihre Gesundheit nachgedacht haben, wie haben Sie sich bei diesen Gedanken gefühlt?

Bitte geben Sie auf der Skala an, wie Sie sich bei diesen Gedanken gefühlt haben

0: trifft gar nicht zu; 6: trifft genau zu

	0	1	2	3	4	5	6
froh und positiv	<input type="checkbox"/>						
ärgerlich		<input type="checkbox"/>					
niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>						
besorgt	<input type="checkbox"/>						

### 10. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- Sehr gut       Gut  Mittelmäßig       Schlecht       Sehr schlecht

### 11. Haben sie außer Diabetes Typ 2 noch eine andere Erkrankung

- Nein  
 Ja

Wenn ja, bitte angeben \_\_\_\_\_

### 12. Hatten Sie in den letzten Wochen eine akute Erkrankung?

- Nein  
 Ja

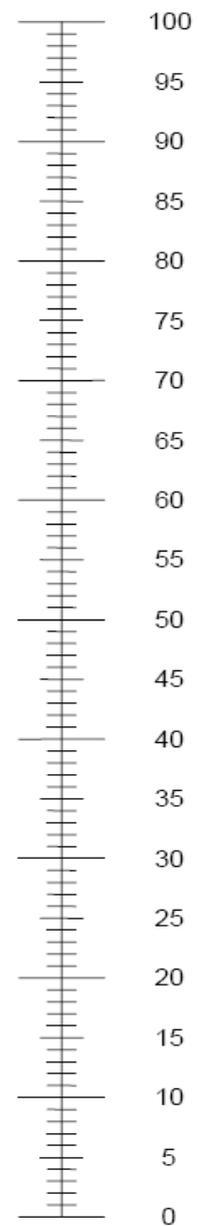
Wenn ja, bitte angeben \_\_\_\_\_

### 13. Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

- Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
- 100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.  
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE =

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

**Herzlichen Dank!**

# Patienteninformationsmaterial

Deutsches Diabetes-Zentrum



Funktionsbereich Public Health und Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung  
an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

---

Funktionsbereich Public Health • Moorenstraße 5 • 40225 Düsseldorf

6. November 2017

## Einladung zum Interview

Thema: Gedanken zur eigenen Gesundheit

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben vor einiger Zeit in Kooperation mit der Gemeinschaftspraxis Kaltheuner – v. Boxberg an einer Befragung zum Thema Zeitaufwand im Zusammenhang mit Diabetes teilgenommen. Gerne würden wir die Ergebnisse aus diesem Projekt ein wenig vertiefen und durch eine weitere Datenerhebung in Form eines Interviews ergänzen.

Wir möchten besser verstehen wie der Zeitaufwand für Gesundheit, Gedanken über die eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden zusammenhängen. Deshalb führt der Funktionsbereich Public Health der Universität Düsseldorf und das Deutsche Diabetes Zentrum (DDZ) eine Befragungsstudie durch, die gleichzeitig Teil meiner Promotionsarbeit ist. Ich bin Doktorandin der Medizin an der Universität Düsseldorf und würde mich sehr über ihre Unterstützung als Expertin/Experte in eigener Sache freuen und wäre ihnen dankbar wenn sie mir helfen das Thema aus einem anderen Blickwinkel zu sehen. Sie tragen damit letztlich auch zu einem besseren Verständnis der Situation von Menschen mit Diabetes bei.

Sie werden einmalig zu einem ca. 30 – 45 minütigem Interview eingeladen. Gerne können Ort und Zeit individuell mit Ihnen vereinbart werden um Ihnen möglichst wenig Aufwand zu bereiten. Besondere Kenntnisse oder eine Vorbereitung sind hierfür nicht notwendig.

Im Laufe der kommenden Woche werde ich mich telefonisch mit ihnen in Verbindung setzen um ihre Bereitschaft zur Teilnahme an diesem Projekt zu erfragen. Gerne erkläre ich ihnen weitere Details der Studie und beantworte ihre Fragen. Bei weiteren Fragen können sie mich auch gerne kontaktieren.

Wir werden bei diesem Projekt dabei freundlich durch die Praxis Dr. Kaltheuner – v. Boxberg unterstützt.

Über ihre Teilnahme an diesem Projekt würden wir uns sehr freuen,

Herzlichen Dank schon im Voraus,  
Rabea Schlenker

## Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie „Gedanken an Gesundheit“

Ich möchte an der oben genannten wissenschaftlichen Studie des Deutschen Diabetes-Zentrums und des Funktionsbereichs Public Health der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf teilnehmen.

Ich wurde ausführlich über die Ziele des Projektes und die Vorgehensweise informiert. Ich hatte ausreichend Zeit und Möglichkeiten mich für die Teilnahme zu entscheiden und Fragen zu stellen.

Meine dazu gemachten persönlichen Angaben und Antworten dürfen zu diesem speziellen Zweck, unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erfasst und wissenschaftlich ausgewertet werden. Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Durch die Ablehnung der Teilnahme oder den späteren Rücktritt entstehen mir keinerlei Nachteile. Das Einverständnis zur Teilnahme an der Studie kann von mir jederzeit und ohne Angabe von Gründen teilweise oder ganz widerrufen werden und Ihre Daten werden gelöscht.

Ich bin damit einverstanden, dass die Gruppendiskussion auf Tonträgern aufgezeichnet wird und diese Daten wissenschaftlich ausgewertet werden dürfen.

Ja \_\_\_                      Nein \_\_\_

---

Name Studienteilnehmer in Druckbuchstaben

---

Datum, Unterschrift

Haben Sie Zeit für ein kurzes Gespräch?

## Patienteninformation zur Studie über Gedanken an Gesundheit

*Der Funktionsbereich Public Health der Universität Düsseldorf und das Deutsche Diabetes Zentrum (DDZ) erforschen chronischen Erkrankungen und den Zusammenhängen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Sie haben vor einiger Zeit an einer Studie zum Thema Patientenzeitaufwand im Zusammenhang mit Diabetes teilgenommen. Diese Studie soll durch eine weitere Befragungsstudie erweitert werden. Sie ist Teil meiner Promotionsarbeit und über ihre Unterstützung bei diesem Projekt würde ich mich herzlichst freuen.*

### *Worum geht es?*

Was es bedeutet gesund zu sein, weiß man erst wenn man krank ist. Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen und wird mittlerweile nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen definiert, sondern als eine Verbindung von Körper, Geist und Seele gesehen. Welche Rolle die Gedanken über die eigene Gesundheit dabei spielen, soll in dieser Studie untersucht werden.

### *Ziel der Studie*

Wir möchten die Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenem Zeitaufwand, Häufigkeit und Intensität der Gedanken über die eigene Gesundheit und dem selbst eingeschätztem Gesundheitszustand besser verstehen.

### *Ablauf der Studie*

Sie haben vor einiger Zeit an einem Projekt zum Thema: „Patientenzeitaufwand im Zusammenhang mit Diabetes“ teilgenommen. Die Ergebnisse aus diesem Projekt liegen uns nun vor. Da die Ergebnisse eine breite Streuung zeigen würden wir das Projekt gerne durch eine qualitative Datenerhebung ergänzen um die Ergebnisse zu vertiefen. Sie werden einmalig zu einem ca. 30 minütigem Interview eingeladen. Gerne können wir Zeit und Ort des Gespräches individuell mit ihnen vereinbaren, um ihnen möglichst wenig Aufwand zu bereiten. Das Gespräch wird auf Tonband aufgezeichnet.

### *Was passiert mit ihren Daten?*

Von der Tonbandaufnahme wird eine anonymisierte Abschrift angefertigt, in der persönliche Details wie Namen und Orte durch Platzhalter ersetzt werden. Nach der Auswertung werden die Tonbandaufnahmen gelöscht. Bitte beachten sie auch die Erläuterungen zum Datenschutz auf der folgenden Seite.

## Kategorienbaum

Liste der Codes	Memo
<b><u>Bewältigungsverhalten</u></b>	Alle Aussagen, die jede Form der Auseinandersetzung bzw. des Umgangs mit bestehenden oder erwarteten Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit beschreiben, um diese emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern.
<b>Zuwendungsorientiertes Bewältigungsverhalten</b>	Zu dieser Gruppe gehören Bewältigungsformen, die im Sinne angestrebter Stärkung des Selbst durch die Suche nach Zufuhr jeglicher Art charakterisiert sind. Es geht um konsumieren, kraftschöpfen oder auftanken. Dabei kann es sich um menschliche Zuwendung, kompensatorische Ersatzbefriedigung oder spirituelle Stärkung etc. handeln.
Kompensation	Durch konsumieren (z. B. Kaufen, Essen, Alkohol) wird eine Spannungsreduktion erreicht.
Religion	Religiöse Zuwendung als emotionale Unterstützung  <i>„Interviewer: Wenn Sie sich an eine Zeit erinnern, in der Sie sich viele Sorgen um Ihre Gesundheit gemacht haben, welche Art von Unterstützung mit ihren Sorgen war Ihnen da wichtig?“</i>  <i>Person: Das Gebet in erster Linie, klar.“</i>
Zuwendung	Menschliche Zuwendung: Die Möglichkeit sich auszusprechen, verstanden zu sein und sich aufgehoben zu fühlen wird als hilfreich eingeschätzt und angestrebt.  Nützliche Zuwendung: Bedürfnis nach ökonomischer Zuwendung durch Dienstleistungen oder finanzielle Fördermittel wie Haushaltshilfen, Fahrdienste etc.
Problemanalyse	Kognitive Analyse aller zugänglichen Informationen über die Krankheit und die Krankheitssituation. Versuche der Erklärung was mit mir selbst und meiner Krankheit wirklich los ist.

	<p><i>„Also ich würde das eher neutral sehen, nech. Das ich dann sage: „ja was könnte es sein“, versuche da eine Einschätzung zu machen, ja und dann muss ich mich auf was anderes wieder einlassen. Ja. Ich kann ja nicht da sitzen und andauernd denken: oh was bist du krank oder irgendwas. Das geht nicht.“</i></p>
<b>Problemfokussierendes Bewältigungsverhalten</b>	<p>Bewältigungsformen dieser Gruppe gehen mit dem Erleben starker negativer Affekte einher (Z.B. Scham, Wut, Angst, Trauer)</p>
Wut	<p>Aussagen, die Gefühle von starkem Ärger ausdrücken werden dieser Kategorie zugeordnet. Sie unterteilt sich in zwei Subkategorien</p>
- Schuldzuweisung	<p>Wut auf Andere Menschen. Die Enttäuschung und Verärgerung über die Krankheitssituation wird an Anderen ausgelassen und ihnen die Schuld zugeschoben.</p> <p><i>„Manchmal packt mich eine große Wut auf die anderen“</i></p>
- Selbstvorwürfe	<p>Gefühle von starkem Ärger oder Vorwürfen gegen sich selber.</p>
Hadern, Selbstbedauern	<p>Die momentane Krankheitssituation wird als unverdient und ungerecht empfunden, entsprechend wird mit dem Schicksal gehadert oder der eigene Zustand beklagt.</p> <p><i>„Ich frage mich, warum es gerade mich treffen musste!“</i></p>
- Wehmut	<p>Erinnern und vermissen von Fähigkeiten oder anderen Gütern, die durch die Erkrankung nicht mehr vorhanden sind, welches die Betroffenen sehr traurig stimmt.</p>
Resignation/Fatalismus	<p>Aufgeben mit einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Hilfslosigkeit. Sich der Krankheitssituation mutlos ergeben. Die Betroffenen kapitulieren und ergeben sich ihrem Schicksal.</p> <p><i>„Ich habe das Gefühl, dass alles keinen Sinn mehr hat, ich habe die Hoffnung verloren.“</i></p>
Rumifizieren	<p>Quälendes, grüblerisches, zwanghaftes Hin- und Her überlegen der Krankheitssituation.</p>
<b>Bedrohungsminderndes Bewältigungsverhalten</b>	<p>In diese Gruppe gehören Bewältigungsformen, die über eine bestimmte Ich-Leistung verfügen, und die negativen Krankheitsaspekte, bzw. negativen Affekte beeinflussen, die durch die Belastungen einer Krankheit entstehen.</p>
Passive Kooperation	<p>Sich dem behandelnden Arzt/Team im Wissen um deren fachliche und menschliche</p>

	<p>Kompetenz zuversichtlich anvertrauen.</p> <p><i>„Ich weiß, dass ich bei den Ärzten in guten Händen bin“</i></p>
Positiv denken	<p>Betonung der positiven Aspekte: Aussagen die sich auf die positiven Aspekte konzentrieren. Bemühungen um positive Bedeutung .</p>
Altruismus	<p>Eigene Wünsche, Bedürfnisse, Ängste etc. werden hinter den Bedürfnissen von anderen zurückgestellt, um sie nicht mehr spüren zu müssen.</p> <p><i>„Das Wohlergehen anderer [z. B. meiner Angehörigen] ist mir wichtiger, als meiner Krankheit nachzuhängen“</i></p>
Haltung bewahren	<p>Anstreben von Disziplin und Selbstkontrolle um emotionale Reaktionen zu verbergen.</p>
Kognitive Vermeidung	<p>Gedankliches Vermeiden und Ausweichen der Belastung. Umfasst kognitive Prozesse, in denen eine Person die Aufmerksamkeit von bedrohungsbezogenen Merkmalen einer Situation abzieht, z.B. durch Ablenkung, Bagatellisierung oder Fokussierung positiver Aspekte. Abwendung der Aufmerksamkeit von Belastungen/Bedrohungen .</p> <p>Vermeidungsverhalten durch Abwendung der Aufmerksamkeit von bedrohungsbezogenen Reizen.</p> <p><i>„Denn, das will man gar nicht heraufbeschwören. Und verbiete ich mir manchmal selber dran zu denken“</i></p>
Aktive Bewältigung	<p>Selbstverantwortliches, aktives Angehen der krankheitsbezogenen Situation und ihrer Probleme.</p>
Akzeptieren	<p>Die Krankheit wird als schicksalhaft vorbestimmt und unabänderlich mit mehr oder weniger Gelassenheit hingenommen, man versucht das Beste aus der Situation zu machen und mit der Krankheit zu leben.</p>
Ablenkung	<p>Ablenken oder Vergessen von krankheitsbedingten Problemen durch z.B. vertraute Tätigkeiten. Sich von stressbezogenen Aktivitäten/Situationen ablenken durch Zuwendung zu stressinkompatiblen Aktivitäten (Ablenken durch fernsehen, lesen, spielen).</p> <p><i>„Vor lauter Arbeit hatte ich keine Zeit an meine Erkrankung zu denken, es gab so viel vorzubereiten, da hatte ich gar keine Zeit</i></p>

	<p><i>drüber nachzudenken.</i></p> <p><i>„Ich kann ganz gut abschalten. Das hört sich zwar jetzt blöd an, aber ich nehme mir ab und zu auch, wir haben ein Laptop oder so ein iPad und sowas auch zu Hause, dann setze ich mich hin und mache irgendein Spiel oder so, um mich abzulenken. Das ist auch ganz hilfreich mal. Dass man mal total abschaltet. Hört sich zwar blöd an, aber es hilft mir. Oder ich nehme ein Buch und lese, dass ich da total mal abschalte. Das kann ich auch manchmal ganz gut“</i></p>
Relativieren	<p>Versuch, sich mit der eigenen Krankheitssituation abzufinden, indem diese bewusst mit schlimmeren Krankheiten oder Schicksalsschlägen anderer Menschen verglichen wird.</p> <p><i>„Wenn ich an die Leute denke, welche wirklich Schweres zu tragen haben, geht es mir noch relativ gut“</i></p>
Valorisierung	<p>Stärkung des eigenen Selbstwertgefühls durch die Erinnerung an erfolgreich gemeisterte Situationen, an Situationen die persönliche Anerkennung brachten oder durch die Besinnung darauf was man alles noch kann und wie gut es einem noch geht.</p>
Dissimulieren	<p>Verharmlosen der momentanen Krankheitssituation, indem offensichtliche Gegebenheiten ignoriert (verleugnet) oder bagatellisiert (heruntergespielt) werden.</p> <p><i>„Ich wüsste nicht, warum ich beunruhigt sein sollte, es geht mir eigentlich ganz gut, und es ist nicht halb so schlimm, wie alle meinen“</i></p>
<b><u>Belastungserleben</u></b>	<p>Wie wird die Stresssituation bewertet bzw. wahrgenommen und wie stark ist das persönliche Belastungsempfinden?</p>
nicht belastend	<p>Krankheit wird nicht als Einschränkung oder Belastung im Alltag empfunden</p> <p><i>„Aber so. Ich muss es halt hinnehmen. Ich muss es irgendwo in mein Leben mit einbauen und das klappt und es ist ja auch nichts großartiges was mich einschränkt. Das sind/Wie gesagt, was ist an Tablettenschlucken oder wenn ich mal eben den Blutzucker messen muss, was ist daran so schrecklich? Das ist eine Moment Sache“</i></p>
belastend	<p>Die Krankheit wird als Belastung empfunden, Einschränkungen machen zu schaffen.</p> <p><i>„Eigentlich immer. Weil ich Angst habe vor den</i></p>

	<i>Folgen der Diabetes, also ich denke immer dran, ich wache auf und denke: „oh was isst du heute, was machst du heute. Um Diabetes in Griff zu kriegen.“ Also das mach ich schon jeden Tag und das ist nicht so schön, dass ich das immer wieder tue, dran denke. Also es ist noch nicht so, dass ich damit gut zurechtkomme.“</i>
<b><u>Krankheitsverarbeitung</u></b>	Aussagen die deutlich machen wie die Belastungssituation verarbeitet und ins Leben und den Alltag integriert wird. Krankheitsrealität in Bezug auf den Alltag der Betroffenen.
Krankheit wird im Leben untergeordnet	Krankheit rückt in den Hintergrund und hat keine große Bedeutung/ Auswirkung für den Alltag/ das Leben der Betroffenen  <i>„Für mich ist diese Krankheit halt, ja gut die ist irgendwo dahinten dran, die hängt damit drin, aber mehr auch nicht. Das andere ist mein Leben und die Krankheit ist so ein , naja gut (...), die ist da, aber ich muss da auch ein bisschen darauf achten, und ich muss natürlich meine Werte kontrollieren, ich muss mein Insulin spritzen, meine Tabletten nehmen, aber das ist es auch. Ich lass mich also nicht von dieser Krankheit beherrschen.“</i>
Leben wird um die Krankheit zentriert	Die Krankheit spielt eine große Rolle im Alltag der Betroffenen und der Alltag und das Leben wird um die Krankheit ausgerichtet und verlangt Einschränkungen. Krankheit im Vordergrund. <i>„So. Dann musst du, kommst du mittags nach Hause, war ich im Garten, komm ich nach Hause, oh ja Tabletten vergessen, man merkt das ja schon da. Und dann nimmt man die nach , dann kann man abends die Tabletten wieder viel später nehmen, dann verschiebt man das alles ein bisschen und so hat man ständig damit zu tun, es vergeht kein Tag wann das ist. Das sind 365 Tage im Jahr.“</i>
<b><u>Präventions-und Interventionsverhalten</u></b>	Die Kategorie umfasst alle Aussagen zu Dingen die die Patienten für ihre Gesundheit tun.
Sonstiges	In diese Kategorie fallen Aussagen die nicht in die Kategorien Ernährung, Sport und Arztbesuche eingeordnet werden können. Z.B. Fußpflege, Schulungsprogramme, Alkohol und Zigarettenkonsum etc.
Arztbesuche/Vorsorge	In diese Kategorie gehören alle Aussagen zum Thema Arztbesuche und Vorsorgeuntersuchungen

	<p>„ So sind die Tage, immer hin zum Arzt. Von Arzt da sind verschiedene Untersuchungen. Gestern war ich bei Mammographie, vorgestern bei Fußpflege, Freitag habe ich wieder zum Psychologin um 10, um halb 3 habe ich zu Osteopathin und nächste Woche wieder Augenarzt Dr. Henker und es dreht sich nur um Ärzte. Naja.“</p>
- nicht belastend	<p>Die Arztbesuche oder Vorsorgeuntersuchungen werden nicht als lästig oder einschränkend empfunden</p> <p>„Also das ist für mich normal, das macht man, das gehört sich so, das ist für meine Gesundheit. Das ist normal.“</p>
- belastend	<p>Die Teilnahme an Arztbesuche und Vorsorgeuntersuchungen wird als lästig empfunden und als Einschränkung wahrgenommen.</p> <p>„Ja wie gesagt, das Größte ist halt einfach es ist mir lästig. Es ist mir lästig mir einen Arzttermin zu holen, es ist mir lästig mich dahin zusetzen. Im Grunde genommen immer nur unter Druck , weil ich muss hier jedes viertel Jahr hin. Das ist auch ein gewisser Druck“</p>
Ernährung	<p>In diese Kategorie fallen alle Aussagen zum Thema Ernährung</p>
- streng	<p>die Patienten achten sehr streng auf ihre Ernährung und haben sich in ihrer Ernährungsweise stark eingeschränkt.</p> <p>„Tue ich aufpassen was ich tu essen. Meine Frau ist jetzt weg, ich hab schon gemacht Blumenkohl, Möhren und 2 Kartoffelchen. Weil meine Frau das isst. Und ich weiß nicht ob ich nehme Kartoffeln. ich tue sehr sehr aufpassen. Immer ist der so hoch. ich muss aufpassen.“</p>
- locker	<p>Es wird auf die Ernährung geachtet aber nicht so konsequent und auch mal gesündigt</p> <p>„Irgendwas jetzt mit essen und so weiter, dann denk ich schon mal: „ ist das ok jetzt?“. Aber auch nicht so viel, weil ich bin an für sich ein Mensch der sagt : „wenn ich jetzt ganz streng Diät leben würde und würde mich hundertprozentig an all das halten, was im Grunde genommen vorgegeben ist als Diabetikerin, oder auch weil ich einen etwas erhöhtem Dingens, Blutdruck habe, dann wäre für mich die Lebensqualität weg“</p>
- nicht belastend	<p>Einschränkungen beim Essen werden als nicht schlimm empfunden.</p>

	<p><i>„Eigentlich gut und normal. Ich entbehre ja nichts, ich kann trotzdem mit diesen Sachen. Man kann ja alles essen, nur nicht so viel“</i></p>
- belastend	<p>Auf die Ernährung achten zu müssen wird als Einschränkung empfunden</p> <p><i>„Schlimm ist für mich, wenn wir Essen gehen, wenn wir feiern, wenn Feiern sind und dann ist es für mich besonders schlimm zu sagen: Das kannst du nicht probieren, das haben die anders gekocht, da musst du weniger essen. Das ist für mich schlimm. Ich esse gerne.“</i></p>
Bewegung	<p>Alle Aussagen zum Thema Bewegung und Sport fallen in diese Kategorie</p>
- nicht belastend	<p>Sport zu treiben oder sich zu Bewegen gehört dazu und wird als nicht schlimm empfunden.</p> <p><i>„Person: die Bewegung ist ganz normal für mich. Da ist nicht lästiges. Das gehört einfach dazu. Das akzeptiere ich so wie es ist“</i></p>
- belastend	<p>Alle Aussagen in denen deutlich wird, dass man sich nicht gerne bewegt bzw. nicht gerne Sport treibt.</p> <p><i>„Immer ein unwahrscheinlicher Angang. Ich habe ja durch die Rückengeschichte ja dann so ein Reha also das nennt sich Reha-Sport, da ist man auch an so, ähnlich wie im Fitnessstudio, aber noch an so besonderen Geräten. Und das war mir so ein Angang da das erste Mal hinzugehen.“</i></p>
<b><u>Bewertung des Diabetes</u></b>	<p>Einschätzung des Diabetes: Wie wird die Erkrankung subjektiv für die Betroffenen wahrgenommen.</p>
Schlimme Erkrankung	<p>Aussagen die deutlich werden lassen, dass die Betroffenen den Diabetes als eine schwerwiegende Erkrankung ansehen die auch weitreichende Folgen haben kann und belastend für sie ist. Ebenso Aussagen die ausdrücken, dass die Betroffenen Angst haben vor der Erkrankung und es als sinnvoll erachten, diese zu vermeiden.</p> <p><i>„Aber es ist schwer. Es ist eine schwere Krankheit die belastend ist. Weil es immer wieder: rattata rattata. Also für mich ist sie sehr belastend.“</i></p>
Managebare Erkrankung	<p>Der Diabetes ist im Alltag integriert und die Betroffenen können gut damit umgehen.</p> <p><i>„Das klappt mit dem Diabetes wunderbar. Und ich hab auch dadurch so keine Schwierigkeiten</i></p>

	<i>mit der Beine oder sonst irgendwie.“</i>
<b><u>Subjektive Krankheitskonzepte</u></b>	Theorien der Krankheitserscheinungen, der Verursachung. Summe aller Meinungen, Erklärungen, Deutungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes. Theorien und Vorstellungen sowie Erwartungen die mit einer bestimmten Krankheit assoziiert werden.
Erklärungsmodelle/ Attributionstheorie	Individuelle Erklärungsversuche für die Ursache der Erkrankung, Herleitung des Krankheitsgeschehens.
- Außen	Durch das Denken und Handeln anderer, Schicksal, Alter, Zufall  <i>„Aber sonst. Das geht nicht anders. Der Lauf der Zeit“</i>
- Innen	Durch das eigene Tun.  <i>„Ja was denke ich (...) Warum? (...) Warum hat man Bluthochdruck, warum hat man Diabetes, warum hat man das alles oder woher kommt das alles. Eigentlich von einer ungesunden Lebensweise .“</i>
Selbstwirksamkeitskonzept	Einstellung zur Wirksamkeit des eigenen Handelns
- geringe Selbstwirksamkeit	Menschen mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung sind der Überzeugung dass sie mit ihren Fähigkeiten und ihrem Verhalten nicht viel bewegen können.
- hohe Selbstwirksamkeit	Menschen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung glauben, dass sie mit ihrem Handeln etwas bewirken und auch schwierige Situationen bewältigen können.  <i>„Das man halt aktiv sehr wohl was tun kann für viele Dinge, auch wenn man es nicht immer hundertprozentig tut“</i>
<b><u>Anlässe für Gedanken an Gesundheit</u></b>	Situationen, die dazu führen, dass Patienten an ihre Gesundheit denken müssen.
Gesundheitsbezogene Tätigkeiten	Gedanken an die eigene Gesundheit bei gesundheitsbezogenen Tätigkeiten wie Insulin spritzen, Zucker messen, Blutdruck messen, Medikamente einnehmen, zum Arzt gehen etc.  <i>„Wie gesagt Gesundheit fällt mir nur ein, weil man halt Zucker messen muss und solche Sachen. Ich muss meine Tabletten morgens nehmen“</i>
Exogene Faktoren	Gedanken durch andere Menschen, Medien, Beiträge, Familie etc.

	<p><i>„Jetzt guck ich mir die Leute an, wenn ich manchmal in der Praxis sitze beim Kalthener, da teilweise auch junge Leute da rein kommen mit amputierten Füßen und Beinen und dann weiß man ja wovon das her kommt. Und dann kriegt man ein bisschen Angst. Man denkt man schon doch, doch man denkt schon dran“</i></p>
Symptome und Einschränkungen	Wenn etwas wehtut oder man sich eingeschränkt fühlt
<b><u>Zeitaufwand für gesundheitsbezogenes Verhalten</u></b>	Alle Aussagen in denen deutlich wird wie viel Zeit für gesundheitsbezogenen Tätigkeiten aufgewendet wird. Das umschließt Tabletten einnehmen, abholen, sortieren, auf die Ernährung achten, Sport treiben, Arztbesuche etc.
- wenig	
- viel	
<b><u>Zeitaufwand Gedanken an Gesundheit</u></b>	Wie viel Zeit die Gedanken an die Gesundheit im Alltag der Patienten subjektiv empfunden einnehmen
- wenig	
- viel	
<b><u>Häufigkeit der Gedanken an Gesundheit</u></b>	Wie häufig wird an Gesundheit gedacht?
- Gar nicht	
- Selten	
- Manchmal	
- Häufig	

## **Fallbeschreibungen der einzelnen Interviews**

### **Fallbeschreibung 12**

- 63-jähriger Mann mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Schulabschluss mittlere Reife und Lehre/Berufsschulabschluss, Rentner
- Hat gestern manchmal eher froh/positiv und niedergeschlagen an seine Gesundheit gedacht
- Beschreibt seinen Gesundheitszustand als mittelmäßig (VAS 95%)
- Weitere chronische Erkrankungen : arterielle Hypertonie, Psoriasis

### **Zeitaufwand für Gesundheit**

Er wendet wenig Zeit für seine Gesundheit auf. Als er noch berufstätig war kam es ihm sehr viel vor, nun da er Rentner ist, hat er aber mehr Zeit am Tag und empfindet es nun als wenig Zeitaufwand. Er achtet auf seine Ernährung und den täglichen Kalorienverbrauch. Er war zu anfangs sehr unsicher, wie man sich mit der Erkrankung ernähren sollte und hat eine Beratung mitgemacht. Ihm fällt es nun nicht mehr schwer sich danach zu richten. Er benutzt beim Einkaufen Apps, die ihn über den Kaloriengehalt informieren. Sport macht er im Moment nicht, da ihm die Motivation gefehlt hat, möchte aber wieder damit anfangen. Arzttermine und Vorsorgeuntersuchungen nimmt er wahr, diese empfindet er aber eher als lästig.

### **Gedanken an Gesundheit**

Er kann sich nicht genau festlegen, denkt aber eher tendenziell wenig an seine Gesundheit. Auslöser sind seine täglichen Tabletteneinnahmen, Berichte in den Medien oder durch andere Menschen (Gespräche mit den Arbeitskollegen, Pflege seiner kranken Eltern). Die Gedanken sind aber nur relativ kurz und verschwinden dann wieder.

### **Bewertung des Diabetes**

Diabetes ist für ihn keine schlimme Erkrankung, da sie keine Schmerzen verursacht und für ihn keine Einschränkungen mit sich bringt. Die Diagnosestellung hat ihn etwas aus der Bahn geworfen, aber jetzt ist es für alltägliche Routine mit der Erkrankung zu leben und er fühlt sich nicht belastet dadurch: *„Ja und ich nehme das so, wie sie fahren ein anderes Auto, das braucht Diesel, ja dann müssen Sie erstmals aufpassen, dass sie richtig tanken, sonst machen sie sich ihr Auto kaputt. So in etwa. Es gibt so eine Übergangszeit, wo man noch im Überraschungsmodus ist. So. Und jetzt geht es“* (Absatz 42). Zum Abschluss des Interviews fasst er es auch nochmal ganz gut zusammen: *„Es könnte schlimmer sein. (...) muss man mit leben. Und ich lebe damit“* (Absatz 90).

### **Erklärungsmodell**

Tendenziell ist er eher der Meinung, dass er persönlich keinen Anteil an seiner Erkrankung hat: *„Dann vergisst man, dass man das auch vererbt kriegt und man sich nicht dagegen wehren kann, wenn man mal was kriegt“* (Absatz 9).

### **Selbstwirksamkeit**

Zu Beginn des Interviews erwähnt Mann 12, dass er manchmal sich selbst Vorwürfe macht, nicht früher was getan zu haben. Er neutralisiert seine Aussage aber sofort wieder, in dem er sagt: *„Gut, dann vergisst man, dass man das auch vererbt kriegt und man sich nicht dagegen wehren kann, wenn man mal was kriegt“* (Absatz 9), *da mach ich mir keine Gedanken drüber. Was kommt, das kommt sowieso*“ (Absatz 86). Dadurch wird angedeutet, dass er der Meinung ist, aktiv nichts dagegen tun zu können was eher für eine geringe Selbstwirksamkeit spricht.

### **Bewältigungsverhalten**

Er macht sich keine Gedanken um seine Gesundheit und hat sich mit seinem Schicksal abgefunden: *„Da mach ich mir keine Gedanken drüber. Was kommt, das kommt sowieso“* (Absatz 86). Er vermeidet es darüber nachzudenken und fokussiert sich auf die positiven Aspekte *„und denke nicht direkt an was mir alles passieren könnte, in der Regel denke ich mir dann danach, dir geht es doch noch relativ gut. Es kann noch schlimmer kommen. bin froh dass ich noch in keinem Krankenhaus war“* (Absatz 3).

Für ihn ist es wichtig, dass er Aufklärung und Informationen über seine Erkrankung erhält. Die emotionale Unterstützung hilft ihm gar nicht: *„Information. Information, Aufklärung. Da hilft einem der Trost der Frau nichts, gar nichts. Also rein von Information, was die Krankheit macht, was sie nicht macht, was es für Möglichkeiten gibt. Das ist ja mein Credo mich zu informieren. ne. Aus jeder Richtung“* (Absatz 78). Einmal zu Beginn des Interviews macht er eine Aussage, in der er sich selbst Vorwürfe macht: *„Gefühlsmäßig. (...) Wenn man mal sagen wir mal nicht gut drauf ist, dann vielleicht ein zwei Sätze in Selbstvorwürfen“* (Absatz 3). Mann 12 benutzt demnach sowohl dysfunktionales Bewältigungsverhalten (schicksalhafte Ergebenheit, Kognitive Vermeidung und Wut) als auch funktionale Strategien (positives Denken).

### **Fallbeschreibung 13**

- 72-jähriger Mann mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Schulabschluss 8/9 Klasse und Lehre/Berufsschulabschluss
- Hat gestern manchmal froh und positiv an seine Gesundheit gedacht
- Beschreibt seinen Gesundheitszustand als mittelmäßig (VAs 70%)
- Hat keine weiteren chronischen Erkrankungen

### **Zeitaufwand für Gesundheit**

Person 13 wendet viel Zeit für seine Gesundheit auf. Sein Leitgedanke ist: „*So einigermaßen danach leben*“ (Absatz 31). Er achtet auf seine Ernährung, und bewegt sich gerne, hat aber schon einige Einschränkungen (benutzt bspw. gelegentlich Rollator). Zweimal die Woche geht er schwimmen und geht regelmäßig zur Vorsorge und Arztterminen, die er auch für wichtig hält: „*Das muss. Das ist auch kein Problem, ich geh dann da auch hin. Ich finde das gut die Vorsorge. Da soll man auch hingehen. Besser etwas öfters, wie einmal zu spät*“ (Absatz 35).

### **Gedanken an Gesundheit**

Er denkt nicht oft an seine Gesundheit, „*solange es einigermaßen geht*“ und man „*keine schwerwiegenden Schäden hat*“, und wenn, dann versucht er tendenziell eher positiv zu denken. Bei Einschränkungen oder wenn er Nachbarn sieht, die noch viel fitter sind als er, muss er aber doch darüber nachdenken und verspürt auch schon mal „*Wehmut*“.

### **Bewertung des Diabetes**

Diabetes ist für ihn eine Erkrankung mit der er sehr gut leben kann. Er hat keine Schwierigkeiten im Alltag. Tendenziell ist der Diabetes eine nicht so schlimme Erkrankung. Die Folgeschäden des Diabetes, besonders die Bewegungseinschränkungen sind für ihn aber sehr schlimm, da er sich sehr gerne bewegt: „*Das wäre schwierig, wenn ich nicht mehr laufen könnte. Das wäre das schlimmste. Das andere, das kann man alles verkraften. Aber die Bewegungsfreiheit, wenn die nicht mehr gewährleistest ist, das würde ich sagen ist schlimm*“ (Absatz 25).

### **Erklärungsmodell**

Der Diabetes liegt bei ihm in der Familie (Vater und Oma), was für ihn eine Erklärung ist, warum er an dieser Erkrankung leidet. Auch sein Übergewicht könnte dazu beigetragen haben. „*Ich habe ja schon mal jede Menge abgenommen. Da war ich im Krankenhaus. Da war auch der Zucker runter. Bei mir ist das ja auch durch das Übergewicht*“ (Absatz 23), was eher für ein auf seinem eigenen Verhalten basierendem Erklärungsmodell spricht.

### **Selbstwirksamkeit**

Er hat sich mit der Erkrankung abgefunden und findet es nicht hilfreich ständig darüber nachzudenken „ *Ich hab mich damit abgefunden. Ja es bringt ja auch nichts, wenn man überlegt was man falsch gemacht hat*“(Absatz 59). Seiner Meinung nach kann er nichts mehr daran ändern, diese Erkrankung bekommen zu haben. Er hat aber eher eine hohe Selbstwirksamkeit was das Leben mit der Erkrankung angeht und ist sehr diszipliniert „*Ja die ist ab und zu, würd ich mal sagen, ja hier, wie im Urlaub, so eine Haxe oder so, die würde ich auch mal lieber essen, wie (...) / aber was nicht sein soll, oder sein muss da kann man auch drauf verzichten*“ ( Absatz 37).

### **Bewältigungsverhalten**

Mann 13 hat sich mit der Erkrankung abgefunden und vermeidet es, darüber nachzudenken, da es ihm wenig hilfreich erscheint: „*Sich überlegen was noch alles kommen könnte, was passieren könnte. Ich glaube da macht man sich keinen Gefallen, tut man sich dabei*“(Absatz 55). Er bemüht sich positiv zu denken und das Beste aus seiner Lage zu machen „*Was hat mir geholfen? (...) Ja, dass ich mir gesagt hab: Es kann nur besser werden. Nämlich Trübsal blasen ist glaube ich das Schlimmste was man machen kann. Wir müssen das Beste daraus machen und positiv denken. Ich glaube das hilft einem am besten. Negativ denken mach ich nicht*“(Absatz 55). Manchmal macht er Aussagen, die Selbstmitleid andeuten: „*Jaaa, da ist ein bisschen Wehmut, dass es nicht mehr so klappt wie früher*“(Absatz 15). Die Unterstützung seiner Frau hilft ihm auch, indem sie ihm Verständnis entgegen bringt und sie sich über die Erkrankungen austauschen können (Ehefrau hat Nierenerkrankung). Ihm ist aber auch wichtig, dass sie ihn im Alltag unterstützt, indem sie z.B. das gleiche essen.

## **Fallbeschreibung 14**

- 77-jährige Frau mit Typ 2 Diabetes, ledig
- Schulabschluss 8/9 Klasse und keinen beruflichen Abschluss
- Hat gestern häufig besorgt und niedergeschlagen an ihre Gesundheit gedacht
- Weitere chronische Erkrankungen: Gallen und Fuß OP, Herz-Kreislaufkrankungen und Hypercholesterinämie
- Beschreibt ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig (VAS 100%)

## **Zeitaufwand für Gesundheit**

Sie gibt an viel Zeit für ihre Gesundheit aufzuwenden. Sie achtet auf ihre Ernährung und seit ihrer Diagnose Diabetes isst sie viele Dinge nicht mehr die sie früher gegessen hat. Sie geht viel spazieren, sonst aber keine weitere sportliche Betätigung. Sie geht regelmäßig zur Fußpflege und nimmt die Arztbesuche und Vorsorgetermine wahr.

## **Gedanken an Gesundheit**

Sie denkt jeden Tag an ihre Gesundheit und wendet viel Zeit dafür auf. Sie hat jahrelang ihre Mutter und ihren Bruder gepflegt, die beide sehr gelitten haben. Daher hat sie Angst davor, dass es ihr auch so ergeht. Sie weiß nicht, ob sie damit fertig werden wird und wenn es mit ihrer Gesundheit noch schlechter wird, dann möchte sie lieber nicht mehr leben: *„Ja wenn ich immer mal so, wenn ich häufig an Gesundheit denke: ja was kommt noch, dann krieg ich was, was kommt dazu, was kommt dahin, dann musst du das machen, und du wirst damit nicht fertig. Und du hast keinen Menschen der mal fragt was kann ich machen, wie kann ich helfen, nichts. Die Gedanken habe ich oft“*(Absatz 15).

## **Bewertung des Diabetes**

Frau 14 macht kaum Aussagen zur Bewertung des Diabetes. Einzig die Aussage: *„Ich denke so an meine Gesundheit denk ich: Ja, schlimmer muss nicht kommen. Nicht so leiden müssen wie meine Mutter“*(Absatz 11) lässt tendenziell darauf schließen, dass der Diabetes für sie eine eher schlimme Erkrankung ist. Ihre Mutter war auch Diabetikerin und hat sehr gelitten, was die Vermutung, dass sie den Diabetes als schwerwiegende Erkrankung wahrnimmt, noch unterstützt. Durch den Diabetes kann sie viele Dinge nicht mehr, die sie früher noch gemacht hat und ist eingeschränkt: *„Ja da (...) Ja da muss ich ein bisschen aufpassen und vorsichtig sein. Kann ich vieles nicht mehr, was ich früher alles gemacht habe und gekonnt habe. Das konnte ich jetzt nicht mehr so. Das kann ich nicht, mach ich auch schon langen nicht, da denk ich auch: Früher konntest du alles machen, jetzt nicht mehr“*(Absatz 37).

## **Erklärungsmodell**

Sie macht keine Aussagen dazu im Interview

## **Selbstwirksamkeit**

Auch zu dieser Kategorie werden keine Aussagen getroffen. Da sie sehr gewissenhaft auf ihre Ernährung achtet und regelmäßig zur Fußpflege geht, die ihr aufgrund ihres Diabetischen Fußes von der Ärztin empfohlen wurde, könnte man eventuell eher auf eine hohe Selbstwirksamkeit schließen: *„Ja die fragen auch schon, die Frau XX fragt: „wie geht es denn?“ Dann guckt sie mir nach und dann sagt sie: „die sind so schön die Füße“ sagt sie, „haben sie gut gemacht.“ Ich sag: „ja“, sag ich. „Ja machen sie ruhig so weiter“(Absatz59).*

### **Bewältigungsverhalten**

Sie ist sehr wehmütig, da sie nicht mehr so viel kann wie früher. Besonders das Fahrradfahren fehlt ihr sehr, was sie sehr bedauert und mehrmals erwähnt: *„Kein Fahrrad fahren mehr. Und das fehlt mir. Das Fahrradfahren. Das fehlt mir. Ich mach jetzt alles zu Fuß oder mit dem Bus. Das fehlt mir. Dass ich früher mit dem Fahrrad bei Wind und Wetter bin ich Fahrrad gefahren, nach der Arbeit, zurück, Schnee. Und das fehlt mir, das Fahrradfahren. Und wenn ich Leute sehe mit dem Fahrrad fahren. Das tut mir weh, weil ich nicht so kann, das Fahren“ (Absatz 61).* Laut Definition gehört Wehmut zur Kategorie Selbstmitleid, welches zum dysfunktionalen Coping gezählt werden kann. Die emotionale Unterstützung durch Bekannte ist ihr sehr wichtig, besonders wenn sie sieht, dass es anderen auch ähnlich schlecht geht, hilft ihr das: *„Das Wichtige ist, wenn ich mit jemandem so sprechen kann, so ein bisschen erleichtert, was die hat, was die hat, das hilft mir auch schon. Bisschen erleichtert. Aber so ist ja, ich gehe ja auch und spreche mit Bekannten wo die Leute uns alle kennen“ (Absatz 55).*

## **Fallbeschreibung 15**

- 75-jähriger Mann mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Abitur bzw. Hochschulreife und Hochschulabschluss
- Hat gestern manchmal eher froh und positiv und besorgt über seine Gesundheit nachgedacht
- Beschreibt seinen Gesundheitszustand als mittelmäßig (VAS 60%)
- Weitere chronische Erkrankungen: Rheuma

### **Zeitaufwand für Gesundheit**

Er gibt an wenig Zeit aufzuwenden. Grund dafür ist, dass die Vorgänge für ihn alle automatisiert sind und er sich nicht viel damit beschäftigt, weil mittlerweile alles „*einfach so abläuft*“.

### **Gedanken an Gesundheit**

Er denkt am Tag an verschiedenen Stellen an seine Gesundheit, meistens wenn Symptome oder Einschränkungen auftreten. Er analysiert dann die Ursache und versucht eine Einschätzung der Situation vorzunehmen, was im Interview häufig deutlich wird. Insgesamt verwendet er jedoch laut eigener Angaben, wenig Zeit für Gedanken an seine Gesundheit.

### **Bewertung des Diabetes**

Der Diabetes ist für ihn im Vergleich zu anderen Erkrankungen weniger schlimm, da beim Diabetes die Möglichkeit besteht etwas zu steuern und man so das Gefühl der Kontrolle durch Messen und Spritzen behält. Man ist der Erkrankung nicht hilflos ausgeliefert und dadurch kann er sich an den Diabetes ganz gut gewöhnen, was tendenziell eher dafür spricht, dass er den Diabetes als weniger schlimme Erkrankung ansieht: „*Dann hat man ja beim Diabetes die Möglichkeit eben zu messen und wenn das jetzt ein Unterzuckerungswert ist der rauskommt, oder einen sehr hohen Zuckerwert, dann hab ich dafür eine Erklärung. Dann habe ich die Möglichkeit dagegen zu steuern. Das kann ich natürlich, wenn sich das Knie bemerkbar macht nicht. Da ist man sehr viel mehr den Symptomen ausgeliefert*“ (Absatz 31).

### **Erklärungsmodell**

Im Interview werden keine Aussagen zum Erklärungsmodell gemacht.

### **Selbstwirksamkeit**

Im Interview wird tendenziell eher eine hohe Selbstwirksamkeit deutlich. Er versucht, dass was im Rahmen des Möglichen ist zu verändern. Er hat z.B. mit dem Rauchen aufgehört, er verzichtet auf Essen und reduziert sein Gewicht „*Aber ich hatte jetzt nicht mit um das zu messen. So dann hab ich gedacht, ne das kannst du nicht machen. Also als Diabetiker sollst*

*du dir das sparen. Dann musst du überlegen, was könntest du denn jetzt machen“ (Absatz 27).*

### **Bewältigungsverhalten**

Mann 15 verwendet sowohl dysfunktionale als auch funktionale Copingstrategien. Er hat sich mit der Erkrankung abgefunden und versucht „*das so hinzunehmen*“ und zu akzeptieren. Er vermeidet es an seine Erkrankung häufig zu denken, da es für ihn wenig effektiv ist, da er es nicht ändern kann und es ihn nicht nach vorne bringt: „*Da wären das Reflekt/diese Punkte, das ständige rasonieren über Krankheit wären permanente Hindernisse. Die würden auch ablenken von dem Ergebnis. Da kommt man nicht weiter*“ (Absatz 65). Er versucht beim Auftreten von Symptomen, oder wenn er sich schlecht fühlt die Ursache zu analysieren und zu überlegen was man jetzt aktiv dagegen tun oder verändern kann, damit es ihm besser geht. „*Also ich würde das eher neutral sehen, nech. Das ich dann sage: „ja was könnte es sein“, versuche da eine Einschätzung zu machen, ja und dann muss ich mich auf was anderes wieder einlassen. Ja. Ich kann ja nicht da sitzen und andauernd denken: oh was bist du krank oder irgendwas. Das geht nicht.*“ (Absatz 15). Er versucht das Leben so positiv wie möglich zu sehen, „*weil es das Leben erleichtert*“ (Absatz 65) und er Angst hat sonst in eine Depression zu verfallen. Seine Art der Bewältigung fasst er auch durch die drei abschließenden Begriffe schön in einem Satz zusammen: „*Was ich damit sagen will, ist dass man im Grunde/ mit der Krankheit leben heißt, sie akzeptieren. Auch das was möglich ist dagegen tun, ja aber sich nicht an die Krankheit verlieren. Also das ist der Punkt. Und, dann hat man ein relativ positives Lebensgefühl*“ (Absatz 65).

## **Fallbeschreibung 16**

- 61-jährige Frau mit Typ 2 Diabetes, verwitwet
- Schulabschluss 8/9 Klasse und Lehre/ Berufsschulabschluss, teilweise beschäftigt
- Beschreibt ihre Gesundheit mit VAS 90%
- Der Rest des Bogens wurde nicht ausgefüllt
- Hat ihren Mann früh verloren, Eltern als Kind verloren und Schwester ist an Brustkrebs erkrankt

## **Zeitaufwand für Gesundheit**

Sie gibt an eher wenig Zeit aufzuwenden. Sie empfindet es als sehr lästig zum Arzt zu gehen und macht das eigentlich auch nur unter Druck. Sie achtet auch nicht streng auf ihre Ernährung und sündigt schon mal mit der Begründung, dass ihr sonst ein Stück Lebensqualität fehlen würde. Außerhalb der Gartenarbeit, und einem Spaziergang mit dem Hund bewegt sie sich nicht zusätzlich. Als Grund gibt sie an, dass ihr die Zeit dafür fehlt. Im Vergleich zu anderen Menschen wendet sie also wenig Zeit für ihre Gesundheit auf: *„Ja wenig würde ich sagen. Ich empfinde es als eher wenig, weil wenn ich andere Leute höre, wie oft sie zum Arzt gehen müssen, weil sie irgendwelche Gebrechen haben. Oder was sie alles machen müssen mit Therapien und so weiter. Dann Empfinde ich das meinige als wenig“* (Absatz 43).

## **Gedanken an Gesundheit**

Sie denkt sehr wenig an ihre Gesundheit. Anlässe sind hauptsächlich das Essen oder Einschränkungen im Alltag, wenn alles nicht mehr so schnell und einfach klappt wie früher. Als Grund gibt sie an, viel abgelenkt zu werden: *„Ja wie gesagt hauptsächlich beim Essen ist das bei mir, dass ich daran denke. Und aber ansonsten (...) mach ich mir einfach keinen Kopf, vielleicht weil ich einfach zu viel abgelenkt werde durch mein tägliches Leben“* (Absatz 11). Wenn sie an ihre Gesundheit denkt hat sie eigentlich hauptsächlich gute und positive Gedanken, besonders wenn sie sich mit anderen vergleicht oder Geschichten von Freunden oder Bekannten hört.

## **Bewertung des Diabetes**

Für Frau 16 ist Diabetes keine schlimme Erkrankung und sie macht sich über diese Erkrankung deshalb auch keine Gedanken *„Ja wie gesagt ich bin glücklich, dass ich nichts Schlimmeres habe. Ich bin wirklich einfach zufrieden“* (Absatz 15). Diabetes ist heutzutage gut erforscht und man hat tolle Behandlungsmöglichkeiten. Sie fühlt sich nicht belastet und empfindet auch das Spritzen und Messen als nicht schlimm. Die Oma ihres verstorbenen Mannes hatte auch Diabetes und dadurch beide Beine verloren.

## **Erklärungsmodell**

Für sie ist der Diabetes eine Begleiterscheinung des Alters. Im Alter ist es normal, dass Dinge dazukommen und man vieles nicht mehr so kann, weshalb das auch für sie kein Grund ist sich darüber Gedanken zu machen und sich damit zu beschäftigen („*das ist halt so*“). Durch diese Aussagen wird tendenziell deutlich, dass sie eher ein auf äußere Faktoren basierendes Erklärungsmodell für die Erkrankung zu haben scheint.

### **Selbstwirksamkeit**

Frau 16 hat tendenziell eher eine geringe Selbstwirksamkeit. Sie ist sich bewusst, dass der Diabetes durch Verhaltensänderungen beeinflussbar ist und ist sich im Klaren über die Folgen die auftreten können, wenn sie keine Lebensstiländerungen durchführt. Für sie spielt das aber keine Rolle, da die Einschränkungen, die eine Verhaltensänderung mit sich bringen würde, die Vorteile nicht aufwiegt. „*Wenn ich mir aber sage: „ok, du machst jetzt Sachen, die normalerweise nicht so günstig wären“ dann hab ich vielleicht im Endeffekt 5 oder 6 Jahre die ich weniger Lebe, aber dafür hab ich jetzt ein Leben, was mir gefällt. Für mich ist es nicht erstrebenswert besonders alt zu werden, egal wie, sondern angenehm alt zu werden. Und dann zu sagen: „ok, dann bist du vielleicht nachher selber ein bisschen mit dran schuld, aber ich habe dafür was gehabt davon“*“ (Absatz 19). Sie will von dieser Erkrankung nicht ihr Leben bestimmt sehen.

### **Bewältigungsverhalten**

Frau 16 vermeidet es an ihre Gesundheit zu denken, da sich ihr der Sinn nicht erschließt. Sie nimmt die Erkrankung hin und sie lenkt sich ab in dem sie sehr viel unternimmt und unterwegs ist. Sie bagatellisiert die Erkrankungen: „*Was willst du eigentlich, es kann doch alles viel schlimmer kommen. Und das kommt ja gottseidank nicht, von daher, warum soll ich da irgendwo (...) mir große Gedanken machen?*“ (Absatz 5). Ablenkung, Bagatellisieren und kognitive Vermeidung zählen zu den dysfunktionalen Copingstrategien. Sie konzentriert sich ganz auf die positiven Aspekte in ihrem Leben und betont ständig: „*Miir geht es einfach nur gut*“ (Absatz 3). Besonders im Vergleich zu anderen Familienangehörigen (Schwester), die an Krebs erkrankt sind, stellt sie heraus, dass sie froh und glücklich ist, dass es ihr so gut geht und sie nichts Schlimmeres hat: „*Das ist für mich Gesundheit. Dieses positive immer wieder weiter forschen, immer wieder positive Ergebnisse erlangen und den Menschen zukommen lassen. Das ist für mich auch ein Grund, oder auch ein Begriff für die Gesundheit. (...) Ja was hatten wir jetzt. Positiv*“ (Absatz 57). Wichtig für sie ist auch im Fall die emotionale Unterstützung ihrer Familie, die immer für sie da sind: „*Egal was ist, ruf an. Ob das Tag oder Nacht ist, und das ist bei denen genauso. Und ich würde jetzt mitten in der Nacht bei meine Bruder oder meiner Schwester anrufen, die wären sofort da. Also da habe ich super Unterstützung. Was das jetzt belangt*“ (Absatz 49).

### **Fallbeschreibung 17**

- 81-jährige Frau mit Typ 2 Diabetes, verwitwet
- Höhere Handelsschule und keinen beruflichen Abschluss
- Hat gestern manchmal froh und positiv an ihre Gesundheit gedacht
- Beschreibt ihren Gesundheitszustand als schlecht (VAS 30%).
- Weitere chronische Erkrankungen: Small Vessel Disease, Hinterwandinfarkt
- Akute Erkrankungen: War in letzter Zeit häufiger im Krankenhaus zur Medikamenteneinstellung

### **Zeitaufwand für Gesundheit**

Frau 17 gibt an eher wenig Zeit für Ihre Gesundheit aufzuwenden. Sie hat aufgrund des Diabetes Probleme mit den Beinen und ist deshalb nicht mehr so mobil und bewegt sich wenig. Sie ist relativ eingeschränkt, muss im Sitzen duschen und bestellt sich Essen auf Rädern, da sie auch nicht mehr gut kochen kann, achtet aber auf ihre Ernährung. Sie ist gewissenhaft im Umgang mit ihrer Diabetes-Erkrankung (regelmäßiges Messen und Insulin spritzen, Fußpflege)

### **Gedanken an Gesundheit**

Sie denkt nicht so oft an ihre Gesundheit. Anlässe sind z.B. Arztbesuche oder wenn sie Symptome bemerkt. Sie macht sich nicht so viele Sorgen um ihre Gesundheit.

### **Bewertung des Diabetes**

Als sie die Diagnose Diabetes bekam war das sehr schlimm für sie: *„Als mir bekannt wurde, dass ich Diabetes habe, habe ich gedacht die Welt bricht wirklich zusammen“* (Absatz 7). Sie war sehr unsicher und wusste nicht damit umzugehen. Mit der Zeit hat sie aber gelernt damit klar zu kommen und hat sich damit abgefunden: *„Ja, ich sagte ja im ersten Moment die Welt bricht zusammen, aber es war halt doch nicht so. Man muss sich erst mal mit den Gedanken vertraut machen, was kommt auf einen zu, was wird gemacht, wie kannst du weiter leben und so weiter“* (Absatz 29). Im Vergleich zu anderen Erkrankungen ist für sie Diabetes eine Erkrankung, die man noch am ehesten *„gedanklich in den Griff bekommt“*. Ihr wurde aufgrund der Diabetes-Erkrankung ein Zeh amputiert, was für sie aber nicht belastend war.

### **Erklärungsmodell**

Im Interview werden keine Aussagen dazu gemacht.

### **Selbstwirksamkeit**

Frau 17 macht kaum Aussagen zur Selbstwirksamkeit. Tendenziell wird aber eher deutlich, dass sie der Meinung ist, nicht viel an ihrer Situation verändern zu können: *„Ja ich nehme das einfach als gegeben hin. Ich mache mir keine riesigen Gedanken: „och du bist arm dran“*

*oder „anderen geht es noch viel besser“ oder „dir geht es nicht besser “. Ich nehme das als gegeben hin“ (Absatz 11).*

### **Bewältigungsverhalten**

Frau 17 hat aufgegeben und denkt häufig übers Sterben nach. Sie hat hier mit allem abgeschlossen und macht sich nicht mehr viele Gedanken um ihre Gesundheit. Sie hat bereits ihre persönlichen Angelegenheiten geregelt, ihr Haus verkauft und ist dankbar 80 Jahre alt geworden zu sein: *„Da denk ich öfters schon mal drüber nach. Aber ich selbst, ich habe eigentlich mit allem abgeschlossen und denke wenn du abtreten musst, dann ist es eben ok. Ich bin zwar nicht gerade / ich bin zwar katholisch, aber nicht gerade wahnsinnig gläubig und auch kein Kirchgänger, aber ich habe immer vor Augen, du siehst deinen Mann eines Tages wieder. Das ist eine schöne Vorstellung“*(Absatz 61). Sie hat sich mit der Situation abgefunden und sich weiter damit zu beschäftigen hilft auch nicht. Stattdessen konzentriert sie sich eher auf die positiven Aspekte und ist dankbar für das was sie noch kann: *„Ja ich nehme das einfach als gegeben hin. Ich mache mir keine riesigen Gedanken: „ och du bist arm dran“ oder „anderen geht es noch viel besser“ oder „dir geht es nicht besser “. Ich nehme das als gegeben hin und ich denke weiterhin positiv. Ich mache jetzt mir nicht einen Kopf und die Tage sind grau und ich hab nichts mehr zu erwarten“*(Absatz 11). Im Interview werden also sowohl dysfunktionale (Aufgeben, schicksalhafte Ergebnis) und funktionale Copingstrategien (positiv denken) deutlich.

## **Fallbeschreibung 18**

- 56-jährige Frau mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Mittlere Reife und Lehre / Berufsschulabschluss
- Hat gestern manchmal eher ärgerlich und froh und positiv an ihre Gesundheit gedacht
- Beschreibt ihren Gesundheitszustand als gut (VAS 85%)
- Weitere chronische Erkrankungen : Asthma, Hashimoto, Kardiomyopathie

## **Zeitaufwand für Gesundheit**

Sie gibt einen mittleren Zeitaufwand für Gesundheit an, der je nach Tag auch variiert. Sie ernährt sich gesund, sündigt aber auch mal, geht zur Vorsorge und nimmt die Arztbesuche wahr. Sie bewegt sich eher wenig und kämpft mit dem Gewicht und weiß auch, dass sie eigentlich in der Hinsicht noch mehr tun müsste. Meist nimmt sie ihre Medikamente regelmäßig, es kommt aber auch schon mal vor, dass sie diese vergisst, „weil es mir einfach gut geht“.

## **Gedanken an Gesundheit**

Sie denkt wenig an ihre Gesundheit. Auslöser sind z.B. das morgendliche Zuckermessen, oder wenn sie von Bekannten hört, was ihnen Schlimmes passiert ist. Fernsehberichte und Diskussionen über Lebenserwartung führen auch dazu, dass sie kurz an ihre Gesundheit denkt. Sie denkt dann auch eher positiv über ihre Gesundheit nach. Sie stellt fest, sie kann sehr gut mit ihren Erkrankungen leben und denkt wenn eher sachlich über ihre Gesundheit nach: „Ja jetzt Gedanken drüber machen: „ohh diese Krankheiten, wie lebe ich damit“. Wirklich ganz ganz selten. Ist halt wirklich nur dieses: Ich muss Insulin kontrollieren und sowas“ (Absatz 17).

## **Bewertung des Diabetes**

Frau 18 beschreibt den Diabetes als eine Erkrankung, die man möglichst umgehen sollte, weil sie viel nach sich zieht. Sie trifft Aussagen wie: „Weil einfach viel nachzieht. Was mich ärgert so die Füße leiden, also die tun mir weh oft und so, wo ich dann denke: „ wäre gut wenn du das nicht hättest“(Absatz 21). Sie weiß um die Risiken und die Bedeutung der Erkrankung, kann damit im Alltag aber gut umgehen und fühlt sich nicht direkt beeinträchtigt, manche Aussagen haben auch einen bagatellisierenden Charakter: „Also ich sehe den nicht als bedrohlich in diesem Sinne an. Er mag vielleicht das Leben verkürzen, aber das tun 100.000 andere Dinge auch, man kann morgens mir einer den Hintern abfahren auf der Straße aber ich denke mal damit kann man eigentlich leben. Das sehe ich nicht irgendwie, dass ich mir da ernsthaft jetzt mache. Die Nebenwirkungen ärgern mich“(Absatz 23).

## **Erklärungsmodell**

Ihr Erklärungsmodell ist multifaktoriell und eher unsicher. Krankheiten sind für sie eigentlich Schicksalsbedingt „*jeder hat so seins*“ und werden durch das Alter begünstigt. Ihrer Meinung nach haben die Ärzte auch viel verschlampt. Bezogen auf den Diabetes gibt sie aber an, dass z.B. durch Reduktion ihres Übergewichtes die Krankheit vielleicht hätte verhindert werden können, was dafür spricht, dass sie ihrem eigenen Verhalten einen Einfluss zuspricht. Aber auch Vererbung könnte aus Ihrer Sicht eine Rolle spielen: „*Ja hätte man im Vorfeld vielleicht abfangen könne, aber gut ist gelaufen. Da lohnt sich auch nicht jetzt drüber nachzudenken, was hätte ich anders machen können. Ich weiß kein Übergewicht, hätte es vielleicht verhindert. Vielleicht auch nicht, in der Familie haben es auch einige. Aber das ist halt so*“ (Absatz 21).

### **Selbstwirksamkeit**

Im Interview wird eine geringe Selbstwirksamkeit deutlich durch Aussagen wie: „*Aber so, dass ich jetzt da sitze und „Ahhh wie wird das nur mit meiner Gesundheit, mein Gott ich bin jetzt 55, was mag in 5 Jahren sein?“ Nein. Mach ich nicht, weil ich kann es nicht ändern. Was kommt, kommt*“ (Absatz 17).

### **Bewältigungsverhalten**

Für sie gehören ihre Erkrankungen zu ihrem Leben dazu, sie lebt gut damit und beschäftigt sich deshalb eher nicht damit: „*Man hat viele Erkrankungen mit denen man leben kann, oder man hat jahrelang nichts und dann kommt der große Hammer. Und deswegen ist das für mich damit eigentlich abgehakt*“ (Absatz 7). Diese Aussagen deuten an, dass Frau 18 ihr Schicksal akzeptiert hat und damit auch nicht hadert und sich folglich auf die positiven Aspekte fokussiert. Sie betont häufig, was sie alles noch kann und bemüht sich ständig um positive Bedeutung: „*Ich weiß nicht ob das eine Veranlagung ist. Aber ich sehe eigentlich mein Leben eigentlich positiv. Ich freue mich über das, was ich alles kann, dass ich teilweise viel mehr kann, wie Leute die eigentlich kaum Krankheiten haben*“ (Absatz 35). Wichtig für sie ist Aufklärung und Information über ihre Erkrankung, weitaus mehr als emotionale Unterstützung: „*Klar ist es wichtig, dass man privat jetzt von der Familie unterstützt wird oder begleitet wird, aber wenn sie wirklich dann liegen, dann nützt ihnen/ dann kann man ihnen hundertmal sagen: „Oh du schaffst das schon Schatz“. Das nützt nichts, der weiß nämlich nichts über die Krankheit, der kann da nichts sagen. Ich weiß dann lieber, dass einer sagt: „Das wird ein langer, harter Weg aber das ist zu schaffen, da und da, so werden sie das schaffen, dann kriegen sie den Knickpunkt“ und das ist für mich dann persönlich sehr sehr wichtig*“ (Absatz 42).

### **Fallbeschreibung 19**

- 69-jährige Frau mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Schulabschluss 8/9 Klasse und Lehre/ Berufsschulabschluss
- Hat gestern häufig eher niedergeschlagen und froh und positiv an ihre Gesundheit gedacht.
  - Besorgt und ärgerlich auch knapp dahinter
- Hat keine weiteren chronischen Erkrankungen
- Beschreibt ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig

### **Zeitaufwand für Gesundheit**

Sie gibt an eher viel Zeit aufzuwenden. Sie geht zwei Mal die Woche zur Gymnastik, geht schwimmen und hat ein Sportgerät im Wohnzimmer, welches sie jeden Tag mindestens eine viertel Stunde benutzt. Sie hat sich extra einen Hund angeschafft um sich viel zu Bewegen. Arztbesuche und Vorsorgetermine nimmt sie regelmäßig wahr. Sie versucht auch sehr auf ihre Ernährung zu achten, was ihr aber sehr schwer fällt und sie belastet: *„Also besonders schlimm ist für mich, wenn wir Essen gehen, wenn wir feiern, wenn Feiern sind und dann ist es für mich besonders schlimm zu sagen das kannst du nicht probieren, das haben die anders gekocht, da musst du weniger essen. Das ist für mich schlimm. Ich esse gerne. Und das ist schlimm. Und ich trinke mir auch gerne/ wenn dann Bier getrunken wird und ich muss dann den ganzen Abend, oder sitze fast den ganzen Abend bei Wasser und ich sag mal und selbst Fruchtsäfte in Wasser sind nicht gut. Das ist für mich sehr schlimm. Also, dann, das ist schlimm“* (Absatz 7).

### **Gedanken an Gesundheit**

Sie denkt eigentlich immer an ihre Gesundheit. Jeden Tag. Sie denkt sehr besorgt daran und ist belastet: *„Eigentlich immer. Weil ich Angst habe vor den Folgen der Diabetes, also ich denke immer dran, ich wache auf und denke: „oh was isst du heute, was machst du heute. Um Diabetes in Griff zu kriegen.“ Also das mach ich schon jeden Tag und das ist nicht so schön, dass ich das immer wieder tue, dran denke. Also es ist noch nicht so, dass ich damit gut zurechtkomme“* (Absatz 5).

### **Bewertung des Diabetes**

Für sie ist der Diabetes eine schwere Erkrankung mit schlimmen Folgeerscheinungen, die ihr Leben sehr beeinträchtigt und sie enorm belastet *„Aber es ist schwer. Es ist eine schwere Krankheit die belastend ist. Weil es immer wieder rattata rattata. Also für mich ist sie sehr belastend“* (Absatz 61).

### **Erklärungsmodell**

Sie schreibt den Diabetes eher ihrem eigenen Verhalten zu „Nö. Also Wut auf mich selber, aber das ist, ich kann das keinem in die Schuhe schieben. (...) Dann nicht. Ne da kommt nur Wut hoch. Frühzeitig dran denken. Also das wäre für mich ganz wichtig. Was ich nicht gemacht habe“(Absatz 15 & 55).

### **Selbstwirksamkeit**

Es wird eher eine geringe Selbstwirksamkeit in dem Interview deutlich. Sie ist nicht konsequent genug und hat eine geringe Selbstdisziplin, obwohl sie sich sehr bemüht: „Bisschen Wut auch gegen mir, dass ich nicht konsequenter bin. Also Wut auch gegen mich, dass ich denke, Mensch dein/ du hast es doch gewusst, du sollst es nicht tun und wenn ich dann Zucker messe, ich sehe das Ergebnis, weil ich gesündigt habe, dann ist da sehr viel Wut bei. Ich spritze und (...). Es ist so. Ich habe Wut. Sehr viel Wut. Auf mich selber. Also ich weiß, ich habe zu meiner Mutter immer gesagt: „Kannst/ ist da nicht ein bisschen /kannst du nicht mehr Disziplin üben?“ Und jetzt merke ich, dass ich selber diese Disziplin auch nicht habe“ (Absatz 13).

### **Bewältigungsverhalten**

Sie macht sich sehr viele Selbstvorwürfe und erwähnt häufig eine gegen sich selbst gerichtete Wut: „Es ist so. Ich habe Wut. Sehr viel Wut. Auf mich selber“(Absatz 15), was eher einem dysfunktionalen Bewältigungsverhalten zugeordnet werden kann. Die emotionale Unterstützung und der Austausch mit anderem Erkrankten sind ihr sehr wichtig, um mit der Erkrankung besser umzugehen: „Dass ich mich austauschen kann. Dass ich mich wirklich austauschen kann und sehe dass die anderen, dass es denen nicht besser geht. Darf ich das sagen? (lachen) Also, dass wir dann also die gleichen Sorgen haben. Man hat genau die gleichen Sachen. Der Austausch ist mir sehr wichtig“(Absatz 49). Sie ist sehr wütend, dass sie nicht konsequenter sein kann und wünscht sich dahingehend auch Unterstützung, damit sie das besser in den Griff bekommt: „Was mir auf dem Herzen liegt, dass man/ wir kriegen ja alle (...) Diabetiker irgendwann, ich weiß es nicht wie es die anderen machen/ Man kann sich eine Weile zusammen nehmen, dass man das besser trainiert. Das muss man ja trainieren. Und das man da Unterstützung kriegt in diesem Training“(Absatz 59).

## **Fallbeschreibung 20**

- 63-jährige Frau mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Schulabschluss mittlere Reife und Lehre/ Berufsschulabschluss
- Hat gestern gar nicht über ihre Gesundheit nachgedacht
- Hat keine weiteren chronischen Erkrankungen, hatte in den letzten Wochen eine Erkältung
- Beschreibt ihren Gesundheitszustand als gut (VAS 80%)

## **Zeitaufwand Gesundheit**

Sie gibt an wenig Zeit aufzuwenden. Arztbesuche nimmt sie nur wahr, wenn es unbedingt sein muss. Sie bewegt sich nicht viel, als Grund gibt sie an zu bequem dafür zu sein und sich lieber die Zeit zu nehmen sich gemütlich hinzusetzen, als sich körperlich zu betätigen. Sie versucht auf ihre Ernährung zu achten, kann aber nicht auf Süßigkeiten verzichten.

## **Gedanken an Gesundheit**

Eigentlich gibt sie an gar nicht über ihre Gesundheit nachzudenken. Wenn schon mal dann nur 5 Minuten und meistens wenn sie sich eingeschränkt fühlt oder „sündigt“: *„Also ich denke immer darüber nach, wenn ich z.B. den Enkelkindern nachlaufen will und es geht nicht mehr so gut wie es mal war. Ich kann mich schlecht damit abfinden, dass man also älter wird. Und so darüber nachgedacht. Es kommt schon mal so im Laufe des Tages immer schon mal, dass man denkt: boar warum ist das jetzt so, oder warum hast du das? Weil ich ein Fan von Süßigkeiten bin und immer wenn ich dann davor stehe denke ich: „ du kannst es eigentlich nicht, du bist ja Diabetikerin, dein Diabetes könnte höher gehen, aber, ach, ist auch scheiß egal“ (Absatz 3).* Sie denkt aber viel übers Älter werden und das Alter macht und ärgert sich, dass viele Dinge nicht mehr so klappen.

## **Bewertung des Diabetes**

Frau 20 macht im Interview Aussagen, die die Diabetes-Erkrankung eher bagatellisieren: *„Aber so drüber nachdenken. Eigentlich ne, über das Krankheitsbild eigentlich gar nicht. Dass ich Diabetes habe denke ich eigentlich gar nicht so drüber nach“ (Absatz 20).*

## **Erklärungsmodell**

Sie kann sich sehr schlecht damit abfinden älter zu werden und betont das häufiger. Symptome und Einschränkungen, die sie erlebt, erklärt sie sich eher durch das Alter als durch ihre Erkrankung: *„Ich denke mal, dass das so Sachen sind, die man ab einem gewissen Alter vielleicht nicht mehr so machen kann. Das denke ich mir immer, wenn irgendwas ist, oder sein sollte“ (Absatz 5).* Man kann somit tendenziell eher von einer externalen Attribution ausgehen: *„Ob das jetzt mit dem Diabetes zusammenhängt, glaube ich nicht. Könnte vielleicht sein, dass die Venen nicht mehr so funktionieren durch den Zucker. Ich rauche auch*

*so ein bisschen. Das sind ja auch alles so Faktoren die nicht so fördernd sind gesundheitlich. Dass das dadurch dann schon mal kommt“ (Absatz 7).*

### **Selbstwirksamkeit**

Im Interview wird eine eher niedrige Selbstwirksamkeit deutlich. Sie weiß, dass sie ihr Verhalten ändern sollte, tut es aber nicht: *„Ja dann fühle ich mich schon schlecht. Dann denke ich schon: Boar es könnte dir eigentlich besser gehen, wenn du z.B. nicht mehr rauchen würdest oder es (unv.) geht auch vorbei“ (Absatz 14).*

### **Bewältigungsverhalten**

Die Bewältigungsstrategien von Frau 20 können eher dysfunktionalen Strategien zugeordnet werden. Sie vermeidet es, an ihre Erkrankung zu denken: *„Dass ich vielleicht besser damit umgehen könnte. Weil ich kann also ganz schlecht so mit solchen Sachen. Mit kranken Sachen. Kann ich nicht so gut. Ich brauch immer lustig, und so. Das würde ich sagen.“ (Absatz 45).* Sie bagatellisiert: *„Ne es kommt und es geht. Was kommt geht auch wieder. Also (...)“ (Absatz 21)* und lenkt sich ab, in dem sie angibt auch keine Zeit zu haben um an ihre Gesundheit zu denken. Bagatellisieren und Ablenkung zählen als Unterkategorien zur kognitiven Vermeidung und somit zu dysfunktionalen Copingstrategien. Sie vermeidet es, über ihre Erkrankungen nachzudenken und versucht positiv zu denken: *„Also ich habe (...) nein eigentlich / ich gucke eigentlich immer so positiv. Was soll ich jetzt drüber nachdenken, ob es ein schlechter Tag wird oder so. Sehe ich ja. Dass ich /ja (...) ist so. Sachen die sind so und es geht nicht anders und fertig, was ich ändern kann, ändere ich nicht, und wenn nicht, dann bleibt es so“ (Absatz 47).*

## **Fallbeschreibung 21**

- 83-jähriger Mann mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Schulabschluss 7. Klasse in Oberschlesien und eine Lehre /Berufsschulabschluss
- Hat gestern ständig eher ärgerlich und besorgt an seine Gesundheit gedacht
- Beschreibt seinen Gesundheitszustand als schlecht (VAS 60%)
- Weitere chronische Erkrankungen: Herzschrittmacher, Rückenprobleme, Prostataprobleme.

## **Zeitaufwand für Gesundheit**

Er gibt an sehr viel Zeit aufzuwenden. Als Grund gibt er das regelmäßige Spritzen, Messen und die Einnahme der Tabletten an. Er achtet sehr auf seine Ernährung und geht regelmäßig zum Arzt und nimmt die Vorsorgetermine wahr.

## **Gedanken an Gesundheit**

Er denkt jeden Tag viel an seine Gesundheit, am meisten in der Nacht wenn er nicht schlafen kann, dann macht er sich Gedanken darüber wie alles weitergehen wird und hat Zukunftsängste: *„Dann denk ich, wie lange werde ich noch sein. Wie lange werde ich noch leben denke ich immer, wenn so ein Zucker einmal hoch, einmal niedrig“* (Absatz 12).

## **Bewertung des Diabetes**

Mann 21 beschreibt den Diabetes als eine schlimme Erkrankung: *„Natürlich denk ich immer das es Diabetes ist schlimm. Ehrlich. Sehe ich doch im Fernsehen oder sowas. Das ist schlimm“* (Absatz 20). Seine Schwester und sein Bruder haben auch Diabetes und sein Bruder ist mit 61 Jahren daran verstorben: *„Immer denkt man wenn ist einer Krank. ne. Der Zuckersensor, wie gesagt mein Bruder ist liegt geblieben zuhause und fertig. Hatte auch Zucker gehabt“* (Absatz 5). Er hat Angst, dass ihm auch etwas passieren kann und fühlt sich belastet und eingeschränkt: *„Von dem Diabetes ist das dann angefangen. Ne. Den eine Operation, zweite Operation, hier Operation. Nur Operation dann (unv.) mit der Operation, aber kann ich nicht gehen, ich kann nur zwanzig Meter, muss ich schon wo stehen bleiben. So ist das“* (Absatz 24).

## **Erklärungsmodell**

Mann 21 macht im Interview keine Angaben dazu.

## **Selbstwirksamkeit**

Hierzu werden im Interview ebenfalls keine Angaben gemacht.

## **Bewältigungsverhalten**

Mann 21 ist die Unterstützung im Alltag sehr wichtig was er mehrfach betont: *„Nun ich hab nur Angst, wenn ich einmal werde mich nicht anziehen können und so weiter, dann (...). Sind, wie soll ich das sagen. Probleme nur die Angst geht. Wenn ich einmal umkippe oder was. Wer*

*hilft mir, oder (...) da haben Leute auch welche, die haben so ein Knopf, da haben auch Leute, das hab ich schon gehört. Das hätte ich auch gerne haben. Wenn mir was passiert“ (Absatz 60). Er bezieht sich auf andere pflegebedürftige Menschen und vergleicht sich mit ihnen. Er wünscht sich finanzielle Unterstützung (bspw. ermäßigte Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln) und ein Hausnotrufsystem. „Das wünsch ich mir. Reha ich hab Antrag gemacht und die haben mir nicht gegeben das, ne, die Unterstützung. Andere Leute haben auch, sind auch schon so krank wie ich, haben da schon frei diese ganze Telefon und so was. Das hab ich nicht. Möchte ich das auch haben“ (Absatz 48). Auch die nützliche Unterstützung seiner Tochter im Alltag, die hilft ihm die Strümpfe an zu ziehen und einkaufen geht ist ihm sehr wichtig. Die Suche nach nützlicher Unterstützung im Alltag könnte eher einem funktionalen Coping zugeordnet werden.*

## **Fallbeschreibung 22**

- 72-jährige Frau mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Schulabschluss 8/9 Klasse und Lehre, Berufsschulabschluss
- Hat gestern häufig eher niedergeschlagen und besorgt an ihre Gesundheit gedacht
- Beschreibt ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig (VAS 60%)
- Weitere chronische Erkrankungen: arterielle Hypertonie, Rheuma, Schilddrüsenerkrankung

## **Zeitaufwand für Gesundheit**

Person 22 achtet auf ihre Ernährung indem sie viel Obst und Gemüse auch bei lokalen Bauern einkauft und wenig Zucker verwendet. Sie geht regelmäßig zur Fußpflege und zur Vorsorge und Arztbesuchen. Bewegung macht sie „*viel zu wenig*“. Als Grund gibt sie an dass sie sich nicht aufraffen kann und keine Lust hat, da sie unter Schmerzen leidet. Zusammengenommen, kein wesentlicher Zeitaufwand für ihre Gesundheit: „*Das ist normal. Und das andere, das ist für mich normal. Das nimmt gar keine Zeit, nicht dass ich denke, ich hab jetzt hier Zeit verloren. Muss so sein*“ (Absatz 45). Andere Aussagen, außer „*das ist normal*“ trifft sie nicht zum Zeitaufwand.

## **Gedanken an Gesundheit.**

Sie denkt täglich wenn sie sich spritzt an ihre Gesundheit oder wenn sie Sündigt oder Schmerzen hat. Das sind aber nur kurze Momente und generell denkt sie eher wenig an ihre Gesundheit: „*Eigentlich nicht. Wenn einem nichts wehtut, dann denkt man da nicht dran, ne*“ (Absatz 11).

## **Bewertung des Diabetes**

Für sie ist Diabetes eine schlimme Erkrankung. Sie erwähnt, dass diese Erkrankung ohne Insulin ein Todesurteil wäre und ihr diese Vorstellung Angst macht. Auch wenn sie in der Arztpraxis Leute sieht mit amputierten Füßen und Beinen bekommt sie Angst. Im Vergleich zu ihren anderen Erkrankungen nimmt sie den Diabetes viel ernster. Ihre Enkeltochter leidet an Typ 1 Diabetes und auch um sie hat sie Angst. Bei der Zusammenfassung der drei Begriffe sagt sie: „*Also ich denke, es wäre herrlich, wenn sie was erfinden könnten, was das Diabetes heilen könnten. Das wäre herrlich*“ (Absatz 57).

## **Erklärungsmodell**

Sie schreibt den Diabetes eher ihrem eigenen Verhalten zu: „*Also wenn man die Zeit nochmal zurückdrehen könnte und das weiß, was man heute weiß, dann würd man von Anfang an vieles anders machen*“ (Absatz 59). Sie sagt zu ihrer Enkelin: „*Mach es nicht wie die Oma, dann kriegst du es auch*“ (Absatz 13).

### **Selbstwirksamkeit**

Es wird eine geringe Selbstwirksamkeit in dem Interview deutlich. Sie weiß, dass sie durch mehr *„Bewegung, viel laufen, die Hälfte nur Essen und abnehmen das natürlich dann wegbekommen könnte“* (Absatz 33), kann sich aber nicht aufraffen. Sie weiß, dass das ein Fehler ist entschuldigt dies aber mit: *„Im Endeffekt ist es jetzt aber auch zu spät für alles“*. (Absatz 11) --> siehe auch Coping.

### **Bewältigungsverhalten**

Frau 22 verwendet dysfunktionale Copingstrategien. Sie macht sich viele Selbstvorwürfe: *„Dann ärgert man sich, das man nicht schon irgendwas gemacht hat oder aufgepasst hat oder. Im Endeffekt ist es zu spät jetzt für alles“* (Absatz 11). Gleichzeitig hat sie aufgegeben und fügt sich ihrem Schicksal *„Jetzt ist es zu Spät“* (Absatz 9), *„Kann man nicht mehr rückgängig machen“* (Absatz 15).

### **Fallbeschreibung 23**

- 79-jährige Frau mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Schulabschluss 8/9 Klasse und betrieblicher Anlernzeit, aber keine abgeschlossene Lehre
- Hat gestern ständig eher niedergeschlagen und besorgt über ihre Gesundheit nachgedacht
- Beschreibt ihre Gesundheit als mittelmäßig (VAS 60%)
- Weitere chronische Erkrankungen: arterielle Hypertonie und Herzschrittmacher, Schlaganfall
  - Kommt mit Ehemann, da sehr schlecht mobil und führt Interview auch mit Ehemann gemeinsam aufgrund des Schlaganfalls.

### **Zeitaufwand für Gesundheit**

Gibt an viel Zeit dafür aufzuwenden. Sie achtet auf ihre Ernährung, geht zur Wassergymnastik, fährt auf dem Ergometer, regelmäßige Arztbesuche und Fußpflegetermine und um geistig fit zu bleiben besucht sie einen Englisch Kurs.

### **Gedanken an Gesundheit**

Sie wendet viel Zeit für Gedanken an Gesundheit auf. „*Es gibt keinen Tag an dem ich nicht daran Denke*“ (Absatz 49.) An manchen Tagen kann sie auch an nichts anderes denken. Meistens denkt sie an ihre Gesundheit, wenn sie eingeschränkt ist und das ist relativ häufig der Fall, bedingt auch durch ihren Schlaganfall.

### **Bewertung des Diabetes.**

Für Frau 23 ist der Zucker eine schlimme Erkrankung, sogar teilweise schlimmer als ihr Schlaganfall: „*Das macht meine Frau mehr oder minder fertig. Weil sie auch schnell müde wird. Und das ist die Müdigkeit und diese seelische Belastung. Das kann ich Ihnen sagen, dass macht sie fertig. Schlaganfall alleine wäre vielleicht besser, aber dieser Zucker, das ist ja fürchterlich. Ja!*“ (Absatz 55).

### **Erklärungsmodell**

Im Interview werden keine klaren Aussagen zum Erklärungsmodell getroffen. Da Frau 23 aber immer wieder Aussagen macht wie: „*Warum immer ich?*“ (Absatz 62), oder „*Warum krieg ich alles und du Nichts?*“ (Absatz 36) „*Dann fühle ich mich schlecht, dann denke ich immer Warum jetzt bei mir?*“ (Absatz 27) wird tendenziell eher deutlich, dass sie nicht glaubt, dass die Erkrankungen durch ihr eigenes Verhalten erklärbar sind und das spricht somit eher für ein externes Erklärungsmodell

### **Selbstwirksamkeit**

Im Interview wird eine geringe Selbstwirksamkeit deutlich: *„Aber da kann man nichts machen, ist so. Aber wie gesagt, man kann es ja nicht ändern. Ne“ (Absatz 62;147)*

### **Bewältigungsverhalten**

Frau 23 hat eher ein dysfunktionales Coping. Sie ist wütend, eher auf die Situation, als auf sich selber: *„Und da hat er gefragt, ob ich nicht mitkommen kann, weil wenn er mich alleine lässt und ich aus irgendeinem Grund hin falle, ich komm dann nicht hoch. Ich komm alleine nicht hoch. Und das ärgert mich natürlich. Das ärgert mich so wahnsinnig. Naja“ (Absatz 31)*. Außerdem trifft sie mehrmals Aussagen, die deutlich machen, dass sie sich selbst bemitleidet: *„Ja dann fühl ich mich schlecht. Dann denk ich immer: Warum jetzt bei mir. Das sind jetzt zwei Krankheiten, ne. Da ist der Zucker ja und dann eben auch noch der Schlaganfall“ (Absatz 27)*. Um besser mit der Situation klar zu kommen ist ihr die emotionale Unterstützung besonders ihrer Freunde wichtig (funktionales Coping).

## **Fallbeschreibung 24**

- Angaben fehlen!
- Hat eine Lehre gemacht und ist zur Zeit voll erwerbstätig
- Hat gestern gar nicht an Gesundheit gedacht
- Beschreibt ihren Gesundheit als mittelmäßig (VAS 95%)
- Weitere chronische Erkrankungen: Bandscheibenvorfall. Hatte in letzter Zeit eine Erkältung

## **Zeitaufwand für Gesundheit**

Gibt an nicht so viel für ihre Gesundheit zu tun. Sport mag sie nicht, ist für sie immer ein „Unwahrscheinlicher Angang“. Zur Vorsorge geht sie auch nicht. Grund ist: „Also Vorsorge geh ich gar nicht. Weil ich immer denke, man die finden immer irgendwas. Und ich will mich nicht verrückt machen damit“ (Absatz 27). Die vierteljährigen Arztbesuche nimmt sie aber wahr. Auch Bezüglich der Ernährung hat sie keinen zusätzlichen Zeitaufwand, da sie „normal kocht und normal einkauft“ und sich früher schon immer einigermaßen gesund ernährt hat.

## **Gedanken an Gesundheit**

Sie denkt mehrmals die Woche an ihre Gesundheit und dann eher positiv. Sie fühlt sich gesund mit gewissen Einschränkungen: „Kann ich nicht beziffern. Das ist immer mal so. In der Woche schon mehrmals denke ich, aber dann würde ich eher sagen, dass ich dankbar bin für das was gut ist und mich nicht auf die kranke Seite. (...) dass die überwiegt“ (Absatz 11). Für ihr Empfinden verbringt sie wenig Zeit mit Gedanken an Gesundheit.

## **Bewertung des Diabetes**

Für sie ist Diabetes eine Erkrankung, die sie nicht mehr los wird und die es erforderlich macht, dass man sich regelmäßig darum kümmert. Sie hat ein bisschen Respekt vor der Erkrankung, besonders vor den Folgeerscheinungen, was dafür spricht, dass sie den Diabetes eher als eine schwerwiegende Erkrankung wahrnimmt. Mittlerweile gehört der Diabetes aber zu ihrem Leben, sie hat sich mit der Erkrankungssituation arrangiert und kann damit gut umgehen.

## **Erklärungsmodell**

Sie schreibt den Diabetes ihrem schon immer bestehenden Übergewicht zu und erwähnt, dass sie auch genetisch vorbelastet ist, da ihre Großmütter und ihre Mutter ebenfalls Diabetes hatten. Insgesamt sprechen die Aussagen eher für ein internes Erklärungsmodell: „Und wenn man dann mal anfängt zu lesen, dann weiß man ja woher das kommt. Ich hatte in meinem Leben noch nie eine Diät gemacht (...). Und ich wie gesagt immer kräftig und immer lecker essen und ich bin nicht aus allen Wolken gefallen“ (Absatz 19).

### **Selbstwirksamkeit**

Insgesamt wird in dem Interview eher eine geringe Selbstwirksamkeit deutlich, obwohl kaum klare Aussagen dazu getroffen werden: *„Die meisten Sachen denke ich mir sind /sage ich mir, das ist immer so meine Spruch: kommt von alleine, geht von alleine. Und wenn es nicht von alleine geht dann muss man weiter gucken“*( Absatz 7). Sie weiß, dass sie z.B. mehr Sport treiben müsste, aber sie kann sich dazu einfach nicht durchringen: *„Aber es hat was genützt, das muss ich schon sagen, als ich das regelmäßig gemacht hab zwei Wochen. Aber diesen Block den kriegt man nur einmal, weil es auch sehr teuer ist. Dann hätte ich danach ins Fitnessstudio gehen müssen, aber das ist mir dann auch zu affig“*(Absatz 33).

### **Bewältigungsverhalten**

Frau 24 findet viel Zuspruch und Halt in ihrer Religion und im Gebet. Sie bemüht sich um positive Bedeutung und fokussiert sich darauf: *„Aber ich denk mein ganzes Leben, ich bin Christ und dann denke ich mir, dann gibt es einfach, dann hat man vielleicht auch noch einen anderen Ansatz Sachen zu bearbeiten und ja. Und dann denke ich immer es ist gut so wie es ist und ich hab viel Grund zum Danken für meine Lebensumstände, die da ja auch mit rein wirken“*(Absatz 42).

## **Fallbeschreibung 25**

- 62-jähriger Mann mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Keinen Schulabschluss und eine Lehre / Berufsausbildung als Schornsteinfeger
- Hat gestern ständig eher niedergeschlagen und besorgt über seine Gesundheit nachgedacht
- Beschreibt seinen Gesundheitszustand als schlecht (VAS 50%)
- Weitere chronische Erkrankungen: arterielle Hypertonie, Gicht, Schultergelenks- und Herzerkrankungen, Vitamin B 12 Mangel

## **Zeitaufwand für Gesundheit**

Wendet für sein Empfinden viel Zeit für Gesundheit auf, z.B., um Medikamente zu sortieren, um auf seine Ernährung zu achten oder für Arztbesuche. Er ist der Meinung: *„Der Zeitaufwand wird verkannt in der Gesundheitsgeschichte.“* Er empfindet es als lästig und ist der Meinung der Zeitaufwand für seine Gesundheit bestimmt sein Leben und seinen Alltag.

## **Gedanken an Gesundheit**

Er denkt und beschäftigt sich sehr viel mit seiner Gesundheit: *„Und so hat man ständig damit zu tun, es vergeht kein Tag wann das ist. Das sind 365 Tage im Jahr“*(Absatz 7). Die Gedanken an Gesundheit sind seine Hauptgedanken, er hat sie jeden Tag im Kopf und wenn er sich auch mal kurz ablenken kann, holen sie einen immer wieder ein. Er muss ständig daran denken, weil immer was zu machen ist (Messungen, Tabletten nehmen).

## **Bewertung des Diabetes**

Für ihn ist Diabetes eine schlimme Erkrankung, die unterschätzt wird. Für ihn ist es unverständlich, dass manche den Diabetes *„so leicht dahinstellen“*. Der Diabetes ist für ihn eine Belastung fürs Leben und er fühlt sich eingeschränkt im Alltag, da er ganz streng danach lebt: *„Das macht schon keinen Spaß mehr“* (Absatz 22).

## **Erklärungsmodell des Diabetes**

Er macht kaum Aussagen hierzu. Tendenziell schreibt er den Diabetes eher dem Schicksal zu: *„Man muss damit leben. Ist so .Man kann das nicht ändern. Das können sie nicht. Müssen sie akzeptieren“* ( Absatz 17).

Er erwähnt mehrmals im Interview wie wichtig ihm z.B. die finanzielle Unterstützung (Erwerbsunfähigkeitsrente, Arbeitslosenhilfe etc.) durch Behörden und Ämter wäre und kommt immer wieder darauf zurück, dass besonders diese fehlende Unterstützung, die er sich so sehr wünscht dazu beiträgt, dass seine Erkrankungen sich verschlimmern: *„Das war vor 1990 war das nicht, da gab es das nicht, da hätte ich Arbeitslosenhilfe bekommen (Ausführungen)und das ist auch das was mich gesundheitlich mit kaputt macht. Das macht natürlich auch mit kaputt. Das bringt die Krankheit natürlich mit runter. Und*

*Zuckerkrankheit kann keinen Stress vertragen“ (Absatz 40). Damit versucht er die Schuld anderen zuzuweisen.*

### **Selbstwirksamkeit**

Im Interview wird eine eher geringe Selbstwirksamkeit deutlich. Er wiederholt häufig in Bezug auf den Diabetes: *„Man kann das nicht verändern“ (Absatz 19).*

### **Bewältigungsverhalten**

Er macht Aussagen die eher dysfunktionalem Coping zugeordnet werden können. Er gibt auf und redet sich ein, eh nichts mehr ändern zu können, hat sein Schicksal akzeptiert: *„Man akzeptiert das. Ich muss das doch akzeptieren, ich kann doch nicht hingehen und und da ne (lachen), das nutzt doch nichts. Man muss damit leben. das ist nun mal so. Man kann das nicht ändern. Ne. Gäbe es da eine Operation was weiß ich für dreißig oder fünfzig Tausend, ja dann würd ich das doch machen. Versuchen das Geld zu bekommen und dann, aber das können sie doch nicht, es geht nicht. Müssen sie akzeptieren“ (Absatz 17).*

## **Fallbeschreibung 26**

- 60-jährige Frau mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Schulabschluss mittlere Reife, Berufsausbildung: Lehre als Fachhandelswirt
- Teilzeit berufstätig
- Hat gestern manchmal niedergeschlagen, ärgerlich und besorgt über ihre Gesundheit nachgedacht
- Beschreibt ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig (VAS 60%)
- Keine weiteren chronischen Erkrankungen

## **Zeitaufwand für Gesundheit**

Sie gibt an wenig Zeit für ihre Gesundheit aufzuwenden. Als Grund gibt sie an ihren inneren Schweinehund nicht überwinden zu können und dass der Wille häufig fehle. Dinge wie Arztbesuche und Fußpflege sind nur in großen Abständen auf dem Plan und das nimmt für sie nicht viel Zeit in Anspruch, das einzige wäre das tägliche Spritzen und die Tabletten, welches die meiste Zeit einnimmt.

## **Gedanken an Gesundheit**

Im Gegensatz dazu denkt sie jeden Tag sehr oft an ihre Gesundheit, häufig mit schlechtem Gewissen: *„Denkt man jeden Tag dran. Allein schon wegen der Ernährung her, dass man das Falsche isst und weiß man darf es eigentlich nicht essen und dann hat man ein schlechtes Gewissen. Und dann überlegt man wieder: Ja was hast du wieder falsch gemacht und machst du es morgen anders? Also deswegen denkt man fast jeden Tag dran“* (Absatz 3). Auslöser sind bspw. Einschränkungen die sie im Alltag erlebt und die durch eine Verhaltensänderung eigentlich umgänglicher wären (z.B. Übergewicht), weshalb Frau 27 mit schlechtem Gewissen an ihre Gesundheit denkt.

## **Bewertung des Diabetes**

Zu Anfang hat sie nicht über den Diabetes nachgedacht. Sie konnte sich gut darauf einstellen und hat es nicht so ernst genommen. Erst als sie auf Insulin umstellen musste und an Gewicht zugenommen hat wurde es schwieriger. Für Frau 26 ist Diabetes eine langwierige Erkrankung die man mindern kann, aber nicht mehr beheben. Diabetes schränkt sie teilweise ein und erfordert sowohl in der Familie als auch auf der Arbeit Umstellungen. Sie fühlt sich unwohl und ist manchmal belastet, was alles eher für eine Bewertung des Diabetes als schlimme Erkrankung spricht.

## **Erklärungsmodell**

Sie schreibt ihre Erkrankung ihrem Übergewicht und ihrem Mangel an Bewegung zu und gibt an, Vieles falsch gemacht zu haben und scheint damit eher ein internes Erklärungsmodell zu haben.

### **Selbstwirksamkeit**

Sie weiß, dass sie viele Fehler gemacht hat, kann sich aber trotzdem nicht durchringen etwas für ihre Gesundheit zu tun, was für eine niedrige Selbstwirksamkeit spricht: *„Und das sind so Sachen da denkt man dran. Man könnte ja eigentlich, wenn man wollte, was Besseres machen, aber (...) es ist eben nicht so“* (Absatz 7).

### **Bewältigungsverhalten**

Sie spricht häufig ihr schlechtes Gewissen an und ärgert sich über ihre fehlende Motivation und Disziplin. Diese Aussagen würden eher in die Kategorie „Wut“ fallen, und für ein dysfunktionales Coping sprechen: *„Eigentlich nicht gut. (...) weil ich weiß es ist vieles (...) was eigentlich gar nicht hätte sein brauchen, weil man da eben selber Fehler gemacht hat. Und man hätte das eben besser machen können und deshalb hat man eben oft ein schlechtes Gewissen. Der Familie gegenüber auch. Wenn man jetzt so viele Sachen nicht mehr so kann, oder belastet ist damit. Fühlt man sich nicht so gut manchmal. Jetzt nicht jeden Tag, aber man hat so Tage da hat man eben ein schlechtes Gewissen. Einem selbst gegenüber, dass man da eben sich hat nicht so durchsetzen können. Der eigene Wille, der fehlt ja dann oft“* (Absatz 11). Ebenfalls erwähnt sie häufig, dass ihr die emotionale Unterstützung ihrer Familie sehr wichtig ist, der familiäre Rückhalt gibt ihr Halt und Mut wieder auf die Beine zu kommen. Diese Aussagen werden eher einer funktionalen Copingstrategie zugeordnet.

### **Fallbeschreibung 27**

- 86 -jährige Frau mit Typ 2 Diabetes, verwitwet
- Schulabschluss 8/9 Klasse und betrieblicher Anlernzeit, aber keiner abgeschlossenen Lehre
- Hat gestern ständig besorgt und niedergeschlagen über ihre Gesundheit nachgedacht
- Beschreibt ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig (VAS 60%)
- Weitere chronische Erkrankungen: Asthma und Herzklappenfehler

### **Zeitaufwand für Gesundheit**

Sie gibt an viel Zeitaufzuwenden, z.B. für Gymnastik und das tägliche mehrmalige Blutzuckermessen (zeitintensiv).

### **Gedanken an Gesundheit**

Sie denkt jeden Tag viel an ihre Gesundheit, Anlässe sind z.B. Medikamenteneinnahme oder abends vor dem Einschlafen. Meistens hat sie Zukunftsängste und macht sich Gedanken darüber was passiert wenn alles noch schlimmer wird.

### **Bewertung des Diabetes**

Vor der Diagnose Diabetes hat Frau 27 nicht über ihre Gesundheit nachgedacht. Für sie ist der Diabetes eher eine schlimme Erkrankung. Sie hat durch den Diabetes ihr eines Bein verloren und nimmt im Interview Stellung dazu. Für sie ist diese Folgeerscheinung des Diabetes etwas was sie „vom Leben ausschließt“ (Absatz 10) und starke alltägliche Einschränkungen verursacht. Nach ihrer Amputation war es „ein Kampf, bis ich wieder positiv gedacht habe“ (Absatz 22) und bei der Vorstellung eventuell auch ihr anderes Bein verlieren zu können, möchte sie lieber nicht mehr leben. Sie fühlt sich ständig beobachtet und geht nicht mehr gerne zu Veranstaltung. Somit kann man sagen erlebt sie den Diabetes eher als schlimme Erkrankung.

### **Erklärungsmodell des Diabetes**

Sie schreibt den Diabetes einer ungesunden Lebensweise zu: Übergewicht, wenig Bewegung und Vererbung. Sie ist wütend, weil sie „praktisch nie ein Leben geführt hat das die Entstehung eines Diabetes bedingt“.

### **Selbstwirksamkeit**

Sie gibt an: „Ja, dass eine Besserung eintritt auf alle Fälle und dann, das würde ich denn auch versuchen. Da würde ich denn auch streng drauf achten was man so weiß“ (Absatz 58), was tendenziell eher einer höheren Selbstwirksamkeit zugeordnet werden kann. Sonst werden keine Aussagen dazu getroffen.

### **Bewältigungsverhalten**

Frau 27 zeigt eher dysfunktionale Copingstrategien, hauptsächlich kognitive Vermeidung und Wut: *„Denn, das will man gar nicht heraufbeschwören. Und verbiete ich mir manchmal selber dran zu denken“ (Absatz 60)*. Sie ist wütend die Krankheit bekommen zu haben und in Folge dessen, das Bein verloren zu haben, da sie eigentlich immer gesund gelebt hat: *„Ja dann bin ich ärgerlich. Und zwar weil ich praktisch nie ein Leben geführt habe /was man immer sagt, also Diabetes kriegt man vom Übergewicht, von wenig Bewegung und (...) Vererbung. Und das ist alles bei mir nicht der Fall. Und dann bin ich wütend manchmal“ (Absatz 28)*.

Für sie ist der Besuch von Freunden wichtig, mit denen sie sich austauschen kann, wobei sie nicht über ihre Krankheiten redet. Die emotionale Unterstützung durch ihre Bekannten ist eher dem funktionalen Coping zugeordnet, im Interview wird aber dazu nur diese eine Aussage getroffen: *„Sehen sie, dadurch, dass ich immer viel Besuch kriege und doch noch Kontakt zu meinen Freunden von früher habe, dadurch kann man manchmal lachen und ich bin auch nicht ein Mensch der über Krankheiten redet“ (Absatz 14)*.

## **Fallbeschreibung 28**

- 67-jähriger Mann mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Schulabschluss mittlere Reife und Meister / Techniker Ausbildung
- Hat manchmal gestern ärgerlich und besorgt an seine Gesundheit gedacht
- Beschreibt den Gesundheitszustand als mittelmäßig ( VAS 55%)
- Weitere chronische Erkrankungen: arterielle Hypertonie

## **Zeitaufwand für Gesundheit**

Er gibt an schon einen spürbaren Zeitaufwand für seine Gesundheit zu haben, da z.B. Blutzucker und Blutdruckmessungen als auch die Fußpflege schon pro Tag Zeit ebenso die Wartezeit beim Arzt. Allerdings empfindet Mann 32 diesen Zeitaufwand als normal: *„Das gehört dazu. Für mein persönliches Empfinden ist das durchaus ein spürbarer Aufwand, aber es ist jetzt nicht so, dass ich sagen würde, das ist jetzt einer meiner Hauptaufwendungen die ich täglich machen muss. Ne. Regelmäßige Arztbesuche auch mit Wartezeit und sonst was, das gehört dazu. Das Ganze, auch die Messungen, Fußpflege das kostet Zeit. Auch mehrfach cremen am Tag und so. Das ist schon zeitaufwendig, aber es ist nicht so, dass ich sage also meine Zeit geht zu Hälfte da drauf für solche Dinge“* (Absatz 33).

## **Gedanken an Gesundheit**

Er gibt an wenig Zeitaufwand für Gedanken an Gesundheit zu haben. Er denke schon häufig an seine Gesundheit, beispielsweise mehrmals täglich bei jedem Essen, beim Einkaufen oder beim morgendlichen Wiegen und Blutzuckermessen, da die Gedanken aber immer nur ein zwei Minuten dauern, ist der Zeitaufwand für sein Empfinden wenig. Er denkt ärgerlich oder besorgt über seine Gesundheit, wenn z.B. die Werte auf der Waage oder den Messgeräten zu hoch sind.

## **Bewertung des Diabetes**

Für ihn ist Diabetes eine Erkrankung mit der er bisher gut leben konnte und keine schlimme Erkrankung *„Es hätte schlimmer kommen können“*(Absatz 49). Vor der Diagnose Diabetes habe er sich aber gar keine Gedanken um seine Gesundheit gemacht und jetzt tut er schon was für seine Gesundheit.

## **Erklärungsmodell des Diabetes**

Es werden im Interview keine konkreten Aussagen zum Erklärungsmodell gemacht.

## **Selbstwirksamkeit**

In dem Interview wird eine hohe Selbstwirksamkeit deutlich: Er gibt mehrfach an, zwar nicht ändern zu können, dass er diese Erkrankungen nun hat: *„Ansonsten, es ist so. Ich kann es nicht besonders gut ändern“*(Absatz 9), aber das was man ändern kann um die Krankheit in den Griff zu bekommen und ohne Auswirkungen zu leben versucht er so gut wie möglich

umzusetzen. Er stellt sich häufig die Frage was man tun kann um die Probleme loszuwerden, die einem an einem vernünftigen Leben hindern, um möglichst lange gut zu leben. Er ergänzt noch, dass es ihm nicht immer gelinge alles zu ändern, aber er es versuche.

### **Bewältigungsverhalten**

Mann 28 verwendet sowohl dysfunktionale Copingstrategien als auch funktionale Copingstrategien, wobei in der Häufigkeit die funktionalen überwiegen. Für ihn es nicht wichtig emotional unterstützt oder getröstet zu werden. Im Interview wird sehr deutlich, dass ihm Aufklärung und Informationen über seine Erkrankung zur aktiven Krankheitsbewältigung sehr wichtig sind: *„Ja wichtig ist, dass ich merke, dass man sich wirklich meine Probleme anhört, dass man ernsthaft versucht eine Lösung zu finden, wie das abgestellt werden kann. Das ist das einzige. Was will man mehr machen? Ich brauche keinen tröstenden Zuspruch, ich muss nicht gestreichelt werden, sondern ich will mein Problem loswerden, es behindert mich bei einem vernünftigen Leben (lachen) in meinem Sinne. Und alles andere brauche ich nicht. Wichtig ist für mich eben, diese klare Abgrenzung .Was kann man tun? Werde ich das wieder los?“*(Absatz 45). Diese Copingstrategien gehören eher zum funktionalen Coping. Mann 28 vermeidet es aber über seine Gesundheit oder belastende Dinge nachzudenken, mit der Begründung man redet sich damit krank und das mache einen wahnsinnig. Diese Aussagen gehören eher zur Kategorie kognitive Vermeidung und können einem dysfunktionalen Coping zugeordnet werden: *„Ich kann mich ja auch krank reden und das sehe ich gar nicht ein. Ich habe vielleicht mit 66 vielleicht noch 10 Jahre, 15 Jahre wenn es hochkommt, wo ich einigermaßen rüstig bin und was tun kann. Soll ich die kurze Zeit, die mir noch bleibt mit solch trübseligen Gedanken verbringen? Wo will ich denn da hin, da sacke ich doch in irgendein dämliches Loch, wo ich nicht mehr rauskomme. Nein, das ist nicht/das will ich nicht. Ich will Spaß haben“*(Absatz 59).

## **Fallbeschreibung 29**

- 59-jähriger Mann mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Schulabschluss 8/9 Klasse und Meister oder Techniker Ausbildung
- Hat gestern gar nicht über seine Gesundheit nachgedacht
- Beschreibt seinen Gesundheitszustand als gut (VAS 85%)
- Leidet außer an Diabetes nur an Schlafapnoe

## **Zeitaufwand für Gesundheit**

Er gibt an relativ wenig Zeit aufzuwenden, man merkt den Aufwand zwar, aber es sind alles immer nur relative kurze Dinge.

## **Gedanken an Gesundheit**

Er denkt sehr selten an seine Gesundheit und macht sich über seine Gesundheit „*recht wenig Gedanken*“, weil er „*weiß was er hat*“ (Absatz 3). Auslöser wären nur mal Situationen in denen er besonders viel Stress hat, diese sind aber selten.

## **Bewertung des Diabetes**

Der Diabetes wird eher bagatellisierend beschrieben und als eine Erkrankung wahrgenommen um die sich Mann 29 noch nicht wirklich ernsthafte oder schwerwiegende Gedanken gemacht hat: „*Kann ich mich nicht dran erinnern. Das Einzige, wo ich mir schwerwiegende Gedanken gemacht habe, hat gar nichts mit dem Diabetes oder sonst was zu tun*“ (Absatz 43). Er lebt damit und denkt nicht viel darüber nach.

## **Erklärungsmodell des Diabetes**

Er schreibt dem Diabetes der Vererbung zu und ist der Ansicht nichts dagegen tun zu können.

## **Selbstwirksamkeit**

Es wird eine geringe Selbstwirksamkeit in dem Interview deutlich. Er kann an seinen Erkrankungen nichts ändern, sie bleiben eh bestehen und „*weg bekommt er sie auch nicht mehr*“, nur „*an den Schrauben stellen*“ könnte er (Absatz 25).

## **Bewältigungsverhalten**

Er benutzt als Bewältigungsstrategie hauptsächlich die kognitive Vermeidung, indem er Aussagen trifft wie: „*Aber sonst, wäre ja müßig sich jedes Mal Gedanken zu machen. Man hat es, mal gucken, dass man da irgendwo für sich ein Wohlfühllevel erreicht und ja (...) das verdränge ich an sich. Also ich leb einfach danach, die Familie lebt auch mehr oder weniger danach und man braucht ja nichts Spezielles zu machen und Ich tue da nicht viel, wirklich viel Sachen dran denken*“ (Absatz 5), was einem dysfunktionalen Coping zugeordnet werden kann. Oder er konzentriert sich auf die positiven Aspekte um eben nicht in Depression zu verfallen, wenn er zu intensiv darüber nachdenkt: „*Man freut sich irgendwie auf irgendeinen Punkt, damit man das so gesehen gefahrlos überstehen kann, also damit man da nicht in eine*

*Depression fällt oder sonst was*“(Absatz 9). Dieses positive Denken wird eher in die Kategorie funktionales Coping fallen, ist bei ihm jedoch nur mit einer Aussage vertreten.

### **Fallbeschreibung 30**

- 79-jährige Frau mit Typ 2 Diabetes , verwitwet
- Schulabschluss 8/9 Klasse und keine berufliche Ausbildung
- Hat gestern ständig hauptsächlich niedergeschlagen und besorgt über ihre Gesundheit nachgedacht
- Beschreibt ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig ( VAS 50%)
- Weitere chronische Erkrankungen: grüner und grauer Star, Osteoporose, Asthma und arterielle Hypertonie

### **Zeitaufwand für Gesundheit**

Sie gibt an eher viel Zeit aufzuwenden. Sie geht zur Wassergymnastik, achtet auf ihre Ernährung indem sie gesund und frisch kocht und besucht die Ernährungsberatung und Zuckerschule. Sie raucht und trinkt ab und zu Alkohol und geht außer zum Frauenarzt regelmäßig zum Arzt.

### **Gedanken an Gesundheit**

Sie denkt jeden Tag viel an ihre Gesundheit. Es gibt keine speziellen Anlässe sondern sie denkt eher Generell über Gesundheit nach: *„Tja da denke ich jeden Tag dran. Wie lange man noch lebt, was ich alles noch bewältigen kann und bewältigen will und muss“*(Absatz 4). Sie denkt aber auch viel positiv über ihre Gesundheit nach: *Dass es mir gut geht. „Ja, dass es mir gut geht. Und dass ich noch lange leben möchte“* (Absatz 28).

### **Bewertung des Diabetes**

Frau 30 beschreibt den Diabetes als eine schlimme nicht heilbare Erkrankung mit schweren Folgekomplikationen. Als sie die Diagnose Diabetes bekam war sie *„am Boden zerstört“*, besonders da ihre Tochter ebenfalls an Diabetes Typ 1 erkrankt ist.

### **Erklärungsmodell Diabetes**

Im Interview werden kaum Aussagen zum Erklärungsmodell gemacht. Es wird aber tendenziell deutlich, dass Frau 30 eher eine interne Attribution vertritt: *„Wie ich eben sagte ich achte darauf, damit sowas nicht passiert“*(Absatz 55).

### **Selbstwirksamkeit**

Es wird tendenziell eher eine hohe Selbstwirksamkeit in dem Interview deutlich. Sie achtet sehr auf ihre Ernährung und richtet sich nach dem Plan des Arztes: *„Ich habe mich daran gehalten und dann sagt der Dr.XX: „Sie dürfen auch ruhig mal ein Stückchen Schokolade essen.“ „Ja“, sage ich „Schokolade die lutsche ich“. Früher habe ich eine Tafel gegessen, danach nicht mehr. Man kennt sich dann selber“*(Absatz 38). *„Zucker, ich habe keinen Zucker“*. *„Ja“, sage ich „dafür hast du andere Sachen“*. *„Ich muss mich halt danach halten und ich habe mich danach gerichtet“*(Absatz 63).

### **Bewältigungsverhalten**

Eher Aussagen, die dem funktionalen Coping zuzuordnen sind. Sie konzentriert sich auf die positiven Aspekte im Leben und ist um positive Bedeutung bemüht: *„Ich habe mein Leben jetzt gemeistert, ich muss es weiter meistern. Das Leben geht weiter und so soll es sein“* (Absatz 71). Auch die emotionale Unterstützung ihrer Kinder ist ihr wichtig, sie betont mehrmals, dass das Leben weiter geht und sie für ihre Kinder noch stark sein will.

Manchmal fühlt sie sich aber auch mies und deprimiert, wenn sie über Gesundheit nachdenkt. Dann benutzt sie eine dysfunktionale Copingstrategie und *„schiebt das einfach wieder auf die Seite“* (Absatz 16, kognitive Vermeidung).

### **Fallbeschreibung 31**

- 55-jährige Frau mit Typ 2 Diabetes, geschieden
- Schulabschluss Fachhochschulreife, im Moment erwerbsunfähig
- Hat gestern ständig an Gesundheit gedacht
  - Niedergeschlagen, besorgt und froh und positiv
- Beschreibt ihren Gesundheitszustand als schlecht (VAS 30%)
- Andere Erkrankungen: Nierentransplantiert, Herzerkrankungen, arterielle Hypertonie, Schilddrüsenknoten und Nebenschilddrüsenunterfunktion, Gelenkprobleme

### **Zeitaufwand für Gesundheit**

Das Leben von Person 31 wird durch ihre Erkrankungen beherrscht: *„Weil da kann man erzählen den ganzen Tag (Lachen) so viel ist das. Die Krankheiten und alles. Immer. Ganzes Leben mit Krankheiten.“ (Absatz 36)* Sie nimmt jeden Tag Medikamente, muss regelmäßig den Zucker messen, muss wöchentlich aufgrund ihrer Marcumar Einnahme zur Blutentnahme, hat ständig Arztbesuche und war häufig im Krankenhaus: *„Ja so sind die Tage, immer hin zum Arzt. Von Arzt da sind verschiedene Untersuchungen. Gestern war ich bei Mammographie, vorgestern bei Fußpflege, Freitag habe ich wieder zum Psychologin um zehn, um halb drei habe ich zu Osteopathin und nächste Woche wieder Augenarzt Dr. XX und es dreht sich nur um Ärzte. Naja“ (Absatz 3)*. Auch ihre Urlaubspläne richten sich nach ihren Erkrankungen: *„Oder ich kann nicht meinen Urlaub jetzt zum Beispiel buchen, in ein paar Monate irgendwo fahren. Das geht nicht. Und ja, wie ich sage, ich kann mich nicht über mein Leben freuen. Weil z.B. ich würde gerne irgendwo fahren im Dezember, aber das kann ich nicht machen, weil die Termine sind und weiß man nicht was kommt dazwischen“ (Absatz 5)*. Insgesamt sehr viel Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Tätigkeiten.

### **Gedanken an Gesundheit**

Sie denkt jeden Tag sehr viel an ihre Gesundheit, und wacht auch manchmal nachts von den Sorgen auf. Die Gedanken an ihre Gesundheit beherrschen ihren Alltag und belasten sie sehr: *„Und das /ich bin immer mit Krankheit verbunden, ganzen Tage. Ich habe nichts von meinem Privatleben, weil immer muss ich nachdenken: wo habe ich Termin und wann wieder das Termin ist. Und wie ich sage, das Insulin, die Medikamente darf ich nicht vergessen, und manchmal ist das alles Kotze. So ist das, kann man sagen“ (Absatz 3)*. Die Gedanken an ihre Gesundheit sind sehr negativ geprägt und häufig mit Zukunftsängsten verbunden: *„Da denke ich auch viel nach. Dass ich werde nie so lange leben wie meine Mutter. Das weiß ich schon, weil der Körper wird das nicht mitmachen. Was alles wird weiß ich nicht“ (Absatz 26)*. Sie kann sich *„nicht über ihre Leben freuen“* und ihr geht es am Tag nie lange gut. Sie nimmt

Antidepressiva und ist psychologischer Behandlung um besser mit ihren Erkrankungen klarzukommen.

### **Bewertung des Diabetes**

Frau 31 beschreibt den Diabetes als eher schlimme Erkrankung durch den noch sehr viel zusätzlich in ihrem Leben dazugekommen ist. Besonders da der Zucker sich zusätzlich ungünstig auf ihre Nierenfunktion auswirkt und sich nicht gut mit ihren Cortison Tabletten verträgt und sie Angst hat ihre Nieren könnten nun noch schneller versagen: *„Musste ich abends oder in der Nacht Dr. XX anrufen und der sollte mir das Insulin stellen und das war ganz schlimm. Ganz schlimm die ersten Monate. Und der Zucker und der Cortison hat mich kaputt gemacht und noch dazu der zusätzliche Zucker. Das war ganz schlimm“* (Absatz 14).

Sie ist extrem belastet und empfindet ihr Leben so als nicht lebenswert: *„Aber so (...) ist kein Leben. Keine Perspektive“* (Absatz 5).

### **Erklärungsmodell Diabetes**

Im Interview werden keine klaren Aussagen dazu getroffen. Tendenziell sucht sie die Ursache aber eher nicht bei sich oder durch ihr Verhalten begründet, sondern frag sich selber woher das kommt: *„Da sage ich, wieso bin ich geschieden, bin ich krank? Ich würde gerne gesund sein, da kann ich arbeiten gehen, zwischen Leute bisschen und da werde ich mein Geld haben. (...) Ja manchmal beschissen. Manchmal komme ich nach Hause, da sage ich: Warum, wieso“* (Absatz 24). *„Und ich muss das nehmen was kommt“* (Absatz 26).

### **Selbstwirksamkeit**

Auch zur Selbstwirksamkeit werden keine klaren Aussagen getroffen. Sie geht sehr gerne schwimmen und weiß auch dass sie was *„machen muss“*, aber manchmal hat sie keine Lust, fühlt sich depressiv und kann sich nicht aufraffen etwas zu tun, was eher für eine geringe Selbstwirksamkeit sprechen würde: *„Und dann klappt das nicht. Manchmal habe ich noch Depressionen, da habe ich keine Lust was zu machen und ja da bleibe ich zuhause, dann muss ich sagen ich komme nicht, weil geht es mir nicht gut, ich hab keine Lust. Ja das Geld ist auch nicht viel da“* (Absatz 9).

### **Bewältigungsverhalten**

Frau 31 wendet sowohl dysfunktionale und funktionale Copingstrategien an. Sie macht ein paar Aussagen die Selbstmitleid andeuten: *„Da sage ich, wieso bin ich geschieden, bin ich krank? Ich würde gerne gesund sein“* (Absatz 24). Auch ist sie manchmal sehr wütend, dass sie viele Dinge nicht mehr kann, die sie gerne machen würde (Absatz 24). Im Gegensatz dazu trifft sie Aussagen, die sich auf die positiven Aspekte konzentrieren und bemüht sich um positive Bedeutung: *„So ist das, kann man sagen. Ja aber ich bin froh, da kann ich noch gehen, kann ich noch Auto fahren und da von dieser Seite bin ich noch froh. Da kann ich mir*

*selber auch alles erledigen“ (Absatz 3), was eher einem funktionalen Coping zugeordnet werden kann. Auch ist ihr die emotionale Unterstützung ihrer Tochter sehr wichtig um mir ihren Erkrankungen umzugehen, was ebenfalls eher zum funktionalen Copingverhalten gehört: „Aber die macht mir viel Hoffnung immer. „Mama ich komme“, oder die schläft jetzt bei mir, wenn ihr Mann geht Nachtschicht. Dann kommt sie immer abends eine Woche in Monat. Jetzt die Woche ist gekommen, dann kommt sie wieder heute Abend und da schläft sie bei mir. Und da sagt sie: „Ja du denkst viel nach“. Ich sage: „Ja was soll ich machen, guck mir geht es wieder scheiße, das Herz.“ „Ja das ist bestimmt nicht Herz.“ Und die macht mir noch viel Mut“ (Absatz 26).*

### **Fallbeschreibung 32**

- 67-jährige Frau mit Typ 2 Diabetes, verheiratet
- Schulabschluss 8/9 Klasse und Lehre/Berufsausbildung
- Hat gestern nicht an die Gesundheit gedacht
- beschreibt ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig (VAS 50%)
- Weitere chronische Erkrankungen: arterielle Hypertonie, Allergien, Reizdarm, Arthrose und Bandscheiben

### **Zeitaufwand für Gesundheit**

Sie gibt an, eher wenig Zeit aufzuwenden. Als Grund gibt sie an, dass sie ihre Mutter versorgen müsse: *„Ich versorge noch meine Mutter mit und wenn ich dann da hin und her gefahren bin, dann habe ich keine Lust noch irgendwelche anderen Sachen zu machen“* (Absatz 33).

### **Gedanken an Gesundheit**

In Gegensatz dazu gibt sie an, häufig an die Gesundheit zu denken. Auslöser sind bspw. Arztbesuche, wenn sie Schmerzen hat oder Einschränkungen im Alltag erlebt.

### **Bewertung des Diabetes**

Frau 32 beschreibt den Diabetes als schlimme Erkrankung, die ihre Gedanken an Gesundheit beeinflusst hat. Vorher habe sie so gut wie nicht an die Gesundheit gedacht. Der Diabetes ist für Sie mit Einschränkungen verbunden (*„Man ist schon eingeschränkt“*) und nicht heilbar. Zudem hat sie Angst, da in ihrer Familie schon mehrere Menschen an Diabetes gestorben sind (Großvater und Onkel).

### **Erklärungsmodell des Diabetes**

Sie schreibt den Diabetes (und Bluthochdruck) einer *„ungesunden Lebensweise“* zu und scheint damit ein eher auf ihrem eigenen Verhalten basierendes Erklärungsmodell für die Erkrankung zu haben.

### **Selbstwirksamkeit**

Es wird eine eher geringe Selbstwirksamkeit in dem Interview deutlich. Sie weiß, dass sie ihr Verhalten ändern und mehr für ihre Gesundheit tun sollte: *„Ich müsste mehr Sport machen, ich müsste mich anders ernähren. Ich müsste abnehmen. Das sind alles diese Sachen“* (Absatz 31). Sie gibt aber auch an, dazu *„keine Lust“* zu haben oder auch, dass es ihr *„zu stressig“* sei bspw. auf die Ernährung zu achten. Dies zeigt sich auch nochmals bei der Zusammenfassung der drei Begriffe am Ende: *„Mehr für sich tun. In sportlicher Hinsicht. Was man ja nicht macht“* (Absatz 51).

### **Bewältigungsverhalten**

Frau 32 macht kaum Aussagen zum Bewältigungsverhalten. Tendenziell erlebt sie die Erkrankung aber als belastend und macht Aussagen, die möglicherweise Selbstmitleid andeuten „*Warum gerade ich das immer habe*“ (Absatz 11), was einem eher dysfunktionalen Coping zugeordnet werden kann.

### **Fallbeschreibung Interview 33**

- 60-jährige Frau mit Typ 2 Diabetes , verwitwet
- Schulabschluss mittlere Reife und Lehre/Berufsausbildung
- Hat gestern häufig an ihre Gesundheit gedacht
  - o Besorgt, ärgerlich und niedergeschlagen
- Beschreibt ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig ( VAS 45%)
- Weitere Erkrankungen: Rheuma, Rückenprobleme und seit kurzem Erstdiagnose Kolonkarzinom

### **Zeitaufwand für Gesundheit**

Sie gibt an eher wenig Zeit aufzuwenden

### **Gedanken an Gesundheit**

Sie gibt an bis vor drei vier Wochen noch gar nicht so wirklich über ihre Gesundheit nachgedacht zu haben , schon mal wenn sie Schmerzen hatte oder durch einen Rheumaschub eingeschränkt war, aber sonst nichts oft: *„Nein eigentlich sonst gar nicht so oft. Da denke ich nicht so groß drüber nach, klar wenn ich /ich habe Rheuma, wenn ich einen Rheuma Schub habe, dann ist das natürlich auch schrecklich, weil ich dann nichts anfassen kann und nicht richtig laufen kann. Aber sonst nein. Sonst denke ich da nicht so groß drüber nach“* (Absatz 7). Erst seit ihrer Diagnose Darmkrebs beschäftigt sie sich damit und ist auch emotional sehr mitgenommen (weint viel): *„ Ja bis vor drei, vier Wochen habe ich ja noch nicht so richtig drüber nachgedacht. Gut mit dem Diabetes und so, das ist auch nicht immer so einfach. Aber da kann man sich auch ein bisschen ablenken. Muss ja nicht immer nur über seine Krankheiten nachdenken. Denke ich immer“*(Absatz 11).

### **Bewertung des Diabetes.**

Sie beschreibt den Diabetes als eine Erkrankung die auch *„nicht immer so einfach ist“*, besonders seit sie wieder Insulin spritzen muss. Davor ging es mit dem Diabetes ganz gut, sie hat die Erkrankung auch schon seit 20 Jahren und im Vergleich zum Rheuma erlebt sie den Diabetes nicht als beeinträchtigend. Ein Rheumaschub ist für sie aufgrund der damit verbundenen Einschränkungen schrecklich: *„Tja. Mein Rheuma ist schon schlechter, weil es beeinträchtigt mich ja doch, ich kann dann manchmal gar nichts machen. Ich kann nicht laufen, ich kann nichts anfassen. Da ist Zucker noch das einfachste, einfachere sagen wir mal so“*(Absatz 19).

### **Erklärungsmodell Diabetes**

Keine Angaben dazu

### **Selbstwirksamkeit**

In dem Interview macht sie kaum Angaben zur Selbstwirksamkeit. Generell wird eher aber eine geringe Selbstwirksamkeit deutlich, da sie ihr Verhalten für ihre Erkrankungen nicht geändert hat: *„Aber dass ich mich jetzt extra anders verhalte oder so. Das habe ich nicht“* (Absatz 27). Sie weiß auch, dass sie in sportlicher Hinsicht mehr für ihre Gesundheit tun sollte: *„Ja Sport mache ich ganz wenig. Müsste ich vielleicht ein bisschen mehr machen“* (Absatz 29).

### **Bewältigungsverhalten**

Frau 34 macht im Interview mehrere Aussagen die eher dem dysfunktionalen Coping zugeordnet werden. Sie lenkt sich gerne ab in dem sie Spiele spielt, den Laptop benutzt oder liest, um nicht über ihre Erkrankungen nachzudenken: *„Aber da kann man sich auch ein bisschen ablenken. Muss ja nicht immer nur über seine Krankheiten nachdenken. Denke ich immer (...) um mich abzulenken. Das ist auch ganz hilfreich mal. Dass man mal total abschaltet. Hört sich zwar blöd an, aber es hilft mir“*(Absatz 11).

## Danksagung

Auf dem Weg zum Abschluss dieser Arbeit haben mich viele Menschen begleitet und unterstützt, bei denen ich mich an dieser Stelle herzlich bedanken möchte. An erster Stelle seien die Teilnehmerinnen und Teilnehmern genannt, die sich für die ausführlichen Interviews zur Verfügung gestellt haben. Ihre Bereitschaft, sich auf diese Untersuchung mit so viel Offenheit und Engagement einzulassen war für mich persönlich sehr wertvoll. Ohne ihre Unterstützung hätte ich die vorliegende Arbeit nicht realisieren können. Daneben gilt mein Dank für die kooperative Zusammenarbeit der Diabetes-Schwerpunktpraxis Dr. Kaltheuner in Leverkusen. Ganz besonders bedanken möchte mich auch bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Institutes für Versorgungsforschungen und Gesundheitsökonomie für hilfreiche Hinweise und Anregungen sowohl bei wissenschaftlichen, als auch bei organisatorischen Problemen. Insbesondere meine beiden Betreuerinnen Astrid Stephan und Nadja Chernyak, haben durch viel Engagement, konstruktive Kritik und aufmunternde Worte zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen. Ihr wart mir stets sehr gute Ansprechpartnerinnen und hattet immer ein offenes Ohr für mich. Eine professionelle Anleitung, sowie wichtige ideelle und organisatorische Unterstützung erfuhr ich ebenfalls von meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Dr. Icks. Des Weiteren möchte ich mich bei der Studienstiftung des deutschen Volkes für ihre Förderung bedanken, die es mir ermöglicht hat, mich voll und ganz auf mein Studium und meine Doktorarbeit zu konzentrieren. Zu guter Letzt möchte ich mich für den dauerhaften, verlässlichen und stärkenden Einsatz während der Dissertation bei meiner Familie bedanken.

# Eidesstattliche Versicherung

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen Medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

Datum, Vor- und Nachname

Unterschrift