

Aus dem Institut für Psychotherapie und
Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg

Vorstand: Professor Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller (komm.)

**Nachsorgebedürfnis von Patienten mit Adipositas
nach stationärer medizinischer Rehabilitation**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
vorgelegt von
Kathrin Wagner
aus Würzburg

Würzburg, Dezember 2011

Referent: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller

Korreferent: Priv.-Doz. Dr. med. Jacob Christian

Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 22.10.2012

Die Promovendin ist Ärztin.

**Meiner Familie
und Florian**

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Stand der Forschung	3
2.1	Adipositas – Definition, Epidemiologie, Ursachen und Folgen.....	3
2.2	Therapieoptionen von Adipositas.....	5
2.3	Bisherige Nachsorgeprogramme und weiterführende Ideen	7
2.4	Fehlen von Literatur über das Nachsorgebedürfnis adipöser Patienten nach stationärer medizinischer Rehabilitation	12
2.5	Zusammenhang des Nachsorgebedürfnisses mit anderen Merkmalen.....	14
2.5.1	Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit	14
2.5.2	Zusammenhang mit dem Geschlecht.....	14
2.5.3	Zusammenhang mit dem Alter	15
2.5.4	Zusammenhang mit der Lebensqualität.....	16
2.5.5	Zusammenhang mit den Erfahrungen in Bezug auf Gewichtsreduktion	16
3	Fragestellungen und Hypothesen	17
3.1	Hauptfragestellungen.....	17
3.2	Nebenfragestellungen	18
4	Material und Methoden	22
4.1	Rahmenbedingungen	22
4.2	Studiendesign	22
4.3	Erhebungsinstrumente	23
4.3.1	Interviewleitfaden und Fragebogenversionen A/B zum Nachsorgebedürfnis	24
4.3.2	Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Variablen	30
4.3.3	SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand.....	31
4.3.4	Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität.....	32
4.3.5	Erfassung der medizinischen Daten	34
4.3.6	Erfassung weiterer Variablen	34
4.4	Statistische Auswertung	35
4.5	Operationale Hypothesen	36
4.6	Konkrete Durchführung.....	38

5	Ergebnisse.....	40
5.1	Soziodemographische Daten der Patienten	40
5.2	Medizinische Daten der Patienten	42
5.3	Nachsorgeinteresse	44
5.4	Nachsorgeinhalte	49
5.5	Nachsorgemethoden im Allgemeinen	55
5.5.1	Darbietungsform.....	56
5.5.2	Medien	56
5.5.3	Betreuer	59
5.5.4	Kontaktaufnahme.....	61
5.5.5	Dauer	61
5.5.6	Ort.....	62
5.5.7	Gruppenform	63
5.5.8	Telefon-Hotline und Auffrischkurs.....	64
5.6	Nachsorgemethoden im Rahmen einer telefonischen Intervention.....	64
5.6.1	Beginn, Dauer und Frequenz	65
5.6.2	Betreuer	66
5.6.3	Zeitpunkt.....	68
5.7	Zusammenhang des Nachsorgebedürfnisses mit anderen Merkmalen.....	69
5.7.1	Zusammenhang mit dem Geschlecht.....	70
5.7.2	Zusammenhang mit dem Alter	73
5.7.3	Zusammenhang mit der Lebensqualität.....	76
5.7.4	Zusammenhang mit den Erfahrungen in Bezug auf Gewichtsreduktion	78
5.7.5	Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit	80
5.7.6	Zusammenhang mit dem Bewegungsverhalten vor der Rehabilitation..	80
5.8	Motivierende Faktoren für die Teilnahme an einer Nachsorgemaßnahme	81
5.9	Unsystematische Beobachtungen	82
6	Diskussion	85
6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit der bisherigen Forschung	86
6.2	Methodische Einschränkungen.....	100
6.3	Schlussfolgerungen für zukünftige Forschung und klinische Praxis	102

7	Zusammenfassung	106
8	Literaturverzeichnis	108
9	Anhang	115
9.1	Patienteninformation und Deckblatt des Fragebogenkatalogs	115
9.2	Interviewleitfaden zum Nachsorgebedürfnis.....	120
9.3	Fragebogen zum Nachsorgebedürfnis Version A.....	123
9.4	Fragebogen zum Nachsorgebedürfnis Version B.....	129
9.5	Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Variablen	137
9.6	Fragen zum Gewichtsverlauf.....	140
9.7	Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität.....	141
9.8	Tabellen zu nicht signifikanten Tests in Bezug auf Geschlecht und Alter...	143

Danksagung

Lebenslauf

1 Einleitung

Die Anzahl übergewichtiger und adipöser Menschen in westlichen Industrieländern ist in den letzten Jahrzehnten stetig angestiegen. Da auch immer mehr Kinder und Jugendliche übergewichtig bzw. adipös sind, ist ein Ende dieser Entwicklung nicht absehbar.

Als Krankheit ist Übergewicht per se zunächst nicht zu sehen. Wird allerdings ein bestimmtes Maß überschritten, spricht man von Adipositas. Diese gilt als chronische Erkrankung und geht – je nach Fettverteilung – mit einem erheblichen Risiko für Folgeerkrankungen einher. Diabetes mellitus Typ 2 und arterielle Hypertonie sind nur zwei von vielen möglichen Begleiterkrankungen (Benecke & Vogel, 2005). Eine verminderte Lebensqualität der Patienten ist häufig die Folge. Diese wird durch soziale Diskriminierung und Isolation zum Teil noch weiter verringert (Legenbauer et al., 2007; Fabricatore & Wadden, 2004). Daneben steigt das Mortalitätsrisiko, so dass gerade bei jüngeren, stark übergewichtigen Personen (20 - 30 Jahre; BMI > 45 kg/m²) die Lebenserwartung für Männer um bis zu 13 Jahre, für Frauen um bis zu 8 Jahre reduziert ist (Fontaine et al., 2003). Weiterhin kommt es bei adipösen Personen häufiger zu einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit als bei normalgewichtigen. Neben der Therapie von Adipositas und ihren Folgeschäden verursacht dies weitere Kosten (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003; Rosemeyer et al., 2005).

Eine erfolgreiche Behandlung der Adipositas ist folglich nicht nur von Seiten der Patienten und Therapeuten, sondern auch aus wirtschaftlicher Sicht erstrebenswert. Die Therapie von Adipositas ist jedoch schwierig, da eine dauerhafte Lebensstiländerung das Ziel ist. Genetische Dispositionen können zudem den Anstrengungen im Wege stehen. Wenn möglich, sollte man Adipositas daher durch Gesundheitsförderung und Prävention vermeiden. Hat sich Adipositas manifestiert, ist eine langfristige, gegebenenfalls lebenslange Betreuung von Nöten (Benecke & Vogel, 2005). Demzufolge genügt es nicht, die Patienten z. B. für ein paar Wochen in einer Rehabilitations-Klinik stationär zu behandeln. Vielmehr bedarf es eines Langzeitmanagements – begonnen etwa mit einer Nachsorge nach stationärer medizinischer Rehabilitation (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003; Wadden et al., 2004). Die

Nachsorgemaßnahmen müssen jedoch auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten abgestimmt sein, damit die notwendige Motivation und Compliance aufrechterhalten bleiben.

Das Ziel vorliegender Studie ist es daher, die konkreten Nachsorgebedürfnisse adipöser Patienten nach stationärer medizinischer Rehabilitation zu erforschen. Basierend auf dieser Bedürfnisanalyse könnten vorhandene Nachsorgeprogramme optimiert und künftige Maßnahmen an den Interessen der Patienten ausgerichtet werden.

115 Patienten mit Adipositas wurden dazu während ihres stationären Aufenthalts in einer Reha-Klinik befragt. Neben allgemeinen Fragen zum Nachsorgebedürfnis wurden spezifische Fragen zu einer an der Klinik geplanten telefonischen Nachsorgemaßnahme gestellt. Die allgemeinen Fragen zum Nachsorgebedürfnis orientierten sich dabei einerseits an bereits durchgeführten Programmen – sowohl bei Adipositas als auch bei anderen Erkrankungen –, andererseits fußten sie auf Empfehlungen von Experten zur Nachsorge bzw. generell zur Therapie von Adipositas. Des Weiteren wurden u. a. soziodemographische Daten, Daten über die Lebensqualität (SF-12) und die körperliche Aktivität der Patienten (Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität) gewonnen. Auf diese Weise sollten mögliche Zusammenhänge zwischen diesen Variablen und dem Nachsorgebedürfnis adipöser Patienten aufgedeckt werden.

Nachfolgend soll zunächst der theoretische Hintergrund der Adipositas und ihrer Therapie erläutert werden (Kap. 2.1 und 2.2). Anschließend wird genauer auf die bisherige Forschung zur Nachsorge und zum Nachsorgebedürfnis bei Adipositas eingegangen (Kap. 2.3 – 2.5). Die daraus abgeleiteten Fragestellungen und Hypothesen werden in Kapitel 3 dargelegt, bevor in Kapitel 4 die Methode und die Erhebungsinstrumente der Studie vorgestellt werden. Die Ergebnisse der Befragung werden darauf folgend dargestellt (Kap. 5) und in Kapitel 6 mit der bisherigen Forschung verglichen. Zuletzt erfolgt die Zusammenfassung der vorliegenden Untersuchung (Kap. 7).

2 Stand der Forschung

2.1 Adipositas – Definition, Epidemiologie, Ursachen und Folgen

Unter Adipositas versteht man eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettanteils. Eine krankhafte Erhöhung des Körpergewichts ist die Folge.

Die Klassifikation des Gewichts erfolgt nach WHO anhand des Body Mass Index (Tabelle 1). Der Body Mass Index (BMI) berechnet sich aus dem Gewicht in Kilogramm geteilt durch die Größe in Metern zum Quadrat. Ab einem BMI von $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ spricht man von Adipositas. Es werden drei Schweregrade unterschieden.

Tabelle 1: Klassifikation des BMI bei Erwachsenen (nach WHO)

Kategorie	BMI (kg/m ²)
Normalgewicht	18,5 - 24,9
Übergewicht	25,0 - 29,9
Adipositas Grad I	30,0 - 34,9
Adipositas Grad II	35,0 - 39,9
Adipositas Grad III	≥ 40

Gerade für die metabolischen und kardiovaskulären Gesundheitsrisiken, die mit Adipositas einhergehen können, spielt jedoch nicht nur das Ausmaß des Übergewichts, sondern auch das Fettverteilungsmuster eine Rolle (Benecke, 2003). Dies kann anhand des Taille-Hüft-Verhältnisses (Waist-to-hip-ratio; WHR) abgeschätzt werden. Ist bei Männern der Grenzwert von 1,0, bei Frauen der Wert von 0,85 überschritten, liegt ein abdominelles Fettverteilungsmuster vor. Dies ist mit einem besonders hohen gesundheitlichen Risiko assoziiert (Benecke, 2002). Alternativ kann auch nur der Taillenumfang gemessen werden. Dieser sollte bei Frauen weniger als 88 cm, bei Männern nicht mehr als 102 cm betragen (Benecke & Vogel, 2005).

Die Prävalenz von Adipositas ist in allen Industrieländern hoch und hat eine steigende Tendenz. Im Jahre 2009 waren in Deutschland durchschnittlich 15 % der Erwachsenen adipös (BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$), weitere 37% waren übergewichtig (BMI 25 - 30 kg/m^2) (Statistisches Bundesamt, 2009).

Ursächlich für die Ausbildung von Adipositas können verschiedene Faktoren sein: Die Genetik, Steuerungsmechanismen im ZNS, die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten des einzelnen ebenso wie psychische, soziale und umweltbedingte Faktoren (Benecke, 2003). Auch endokrine Erkrankungen und bestimmte Medikamente können eine Gewichtszunahme bedingen (Deutsche Adipositas-Gesellschaft et al., 2007). Von primärer Adipositas spricht man, wenn die Ursache eine erhöhte Energiezufuhr bei relativ geringem Energieverbrauch ist. Unter sekundärer Adipositas versteht man einen angeborenen oder erworbenen Hormondefekt (z. B. beim Prader-Willi-Syndrom). Letzteres ist jedoch selten.

Wie bereits angedeutet, stellt Adipositas einen Risikofaktor für Morbidität und Mortalität dar. Körperliche Leiden wie Wirbelsäulen- und Gelenkprobleme, Kurzatmigkeit und verminderte Leistungsfähigkeit können zum Teil direkt auf die Adipositas zurückgeführt werden. Daneben können weitere Begleit- und Folgeerkrankungen auftreten: Dazu gehören u. a. arterielle Hypertonie, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörungen, Apoplex, verschiedene Krebserkrankungen, Gicht, das Schlafapnoe-Syndrom und Gallenblasenerkrankungen (Benecke, 2003). Auch psychische Erkrankungen, wie etwa Depressionen oder Angststörungen, können bei adipösen Menschen gehäuft vorkommen (Benecke & Vogel, 2005). Übergewicht bzw. Adipositas ist zudem nicht nur Teil des sogenannten metabolischen Syndroms, welches mit hohem Atherosklerose-Risiko einhergeht, sondern auch dessen wichtigster Promotor. Ein metabolisches Syndrom liegt vor, wenn drei der fünf folgenden Kriterien erfüllt sind: erhöhter Taillenumfang (abdominelle Adipositas), erhöhte Triglyceride, erniedrigtes HDL-Cholesterin, Bluthochdruck und erhöhte Blutglukose (Deutsche Adipositas-Gesellschaft et al., 2007).

Das Risiko solche Begleit- und Folgeerkrankungen zu erleiden, steigt mit der Schwere und Dauer der Grunderkrankung. Daten des Minnesota Heart Health Programms weisen darauf hin, dass die meisten adipösen Menschen ohne eine entsprechende Behandlung im Laufe ihres Lebens immer mehr an Gewicht zunehmen (Perri & Corsica, 2002). Folglich ist eine langfristige Therapie nötig, um eine Progredienz dieser chronischen Erkrankung zu vermeiden (Benecke, 2003; Wadden et al., 2004).

Weiterhin entstehen durch Adipositas und ihre Folgeschäden sowohl für die Rentenversicherungsträger als auch für die Krankenkassen erhebliche Kosten (Benecke & Vogel, 2005; Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003). In Deutschland werden der Adipositas etwa sieben Prozent der Krankheitskosten, das sind ca. 18 Milliarden Euro pro Jahr, zugeschrieben (Herpertz & Senf, 2003). Daher ist eine erfolgreiche Behandlung dieser Krankheit auch aus gesundheitspolitischen Gesichtspunkten wichtig.

2.2 Therapieoptionen von Adipositas

Aktuell gibt es in der Adipositastherapie grundsätzlich fünf verschiedene medizinisch akzeptierte Behandlungsmethoden bzw. -bausteine:

Eine Ernährungsumstellung sollte Baustein jeder Therapie sein. Im Allgemeinen sollte der Patient weniger Fett und mehr Kohlenhydrate essen. Des Weiteren ist ein Training zu mehr körperlicher Bewegung nötig. Neben Ausdauersportarten ist auch eine Förderung der Bewegung im Alltag geeignet. Gesteigerte körperliche Aktivität hilft besonders bei der Aufrechterhaltung des Gewichtsverlusts (Benecke & Vogel, 2005; Fabricatore & Wadden, 2006). Eine Verhaltenstherapie, die sich mit dem Ess- und Bewegungsverhalten des Patienten auseinandersetzt, ist zudem wichtig. Auf diese Weise kann eine dauerhafte Lebensstiländerung des Patienten ermöglicht werden. Dabei sollte zunächst eine Problemanalyse durchgeführt und die Motivation des Patienten geklärt werden. Anschließend sollte sich die Therapie auf die Stärkung der Motivation, die Entwicklung von Selbstmanagementstrategien und auf eine kognitive Umstrukturierung des Patienten konzentrieren. Zusätzlich wäre es wichtig, die soziale Kompetenz und die Selbstwirksamkeit des Patienten zu stärken. Daneben sollten Strategien zum Lösen von Problemen und zur Rückfallbewältigung entwickelt werden (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003; Benecke, 2002; Herpertz & Senf, 2003). Im Bereich der stationären Rehabilitation hat sich eine Kombination aus diesen drei Bausteinen als erfolgreich erwiesen (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003). Auch im Zuge des Langzeitmanagements von Adipositas werden diese Methoden oft kombiniert (vgl. z. B. Wadden et al., 2004; Hitchcock Noel & Pugh, 2002; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008).

Für den Fall, dass oben genannte Interventionen nicht ausreichen, steht als zusätzliche Option eine medikamentöse Therapie mit Orlistat zur Verfügung (Deutsche Adipositas-

Gesellschaft et al., 2007). Sibutramin und Rimonabant, die ebenfalls zur Gewichtsreduktion eingesetzt worden waren, sind mittlerweile vom Markt genommen worden. Unter Sibutramin-Einnahme hatte sich ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko gezeigt. In Zusammenhang mit Rimonabant waren psychiatrische Begleiterkrankungen vermehrt aufgetreten (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., 2010). Für Patienten mit einem $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ und schwerwiegenden Begleiterkrankungen oder einem $\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$, bei denen konservative Maßnahmen nachweislich erfolglos waren, besteht außerdem die Möglichkeit einer chirurgischen Therapie. Dabei kommen restriktive Verfahren – wie das Magenband (Gastric Banding) und die Schlauchmagenbildung (Sleeve Gastrektomie) – oder malabsorptive Verfahren – wie die biliopankreatische Diversion mit und ohne duodenalen Switch – in Frage. Kombinierte Methoden – etwa der Magenbypass – sind ebenfalls möglich (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie der Adipositas & Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2006).

Als erfolgreich gilt eine Therapie, wenn ein Gewichtsverlust von mindestens 5% des Ausgangsgewichts über mindestens ein Jahr gehalten werden kann (Pudel, 2003; Benecke, 2002).

Wie Übersichtsartikel gezeigt haben, können mit einer Kombination aus Diät, Sportprogramm und Verhaltenstherapie über vier bis sechs Monate initial durchschnittliche Gewichtsverluste von 7 - 10% des Ausgangsgewichts erreicht werden (Fabricatore & Wadden, 2006). Ohne weiterführende Behandlung nehmen die Patienten jedoch innerhalb eines Jahres häufig etwa ein Drittel des verlorenen Gewichts wieder zu. Viele wiegen nach fünf Jahren so viel wie zu Beginn der Therapie (Wadden et al., 2004; Fabricatore & Wadden, 2006). Mit Hilfe des Medikaments Orlistat konnte laut einer Studie das Ausgangsgewicht nach sechsmonatiger Einnahme ebenfalls um etwa 10% reduziert werden (Fabricatore & Wadden, 2006). Die Anwendung dieses Medikaments wird wegen fehlender Erfahrungen zum langfristigen klinischen Einsatz allerdings nur für begrenzte Zeit (maximal zwei bzw. vier Jahre) empfohlen (Deutsche Adipositas-Gesellschaft et al., 2007; Fabricatore & Wadden, 2006). Beeindruckender sind die Ergebnisse operativer Eingriffe: Der durchschnittliche Gewichtsverlust nach einer Magenbypass-Operation lag laut einer Meta-Analyse nach einem Jahr bei 43,5 kg, nach drei oder mehr Jahren bei 41,5 kg. Durch das Magenband konnte eine mittlere

Gewichtsreduktion von 30,2 kg nach einem Jahr und 34,8 kg nach drei oder mehr Jahren erreicht werden (Fabricatore & Wadden, 2006). Doch diese Methoden sind einerseits nur bei bestimmten Patienten indiziert (siehe oben), andererseits sind sie mit Risiken, wie Operationskomplikationen oder Wundheilungsstörungen, behaftet (Benecke, 2002; Hitchcock Noel & Pugh, 2002).

Daher ist es notwendig, die konservativen Therapieoptionen zu optimieren. Eine Möglichkeit wäre eine größere Therapiekontinuität. Schließlich hat sich schon in Bezug auf die anfängliche Gewichtsabnahme gezeigt, dass eine längere Therapiedauer mit größerem Gewichtsverlust assoziiert ist (Jeffery et al., 2000). Während der initialen Behandlung – etwa im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einer Reha-Klinik – können die nötigen Verhaltens- und Lebensstiländerungen allerdings oft nur eingeleitet werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008). Nach der Rückkehr in den Alltag kommt es häufig wieder zur Gewichtszunahme. Eine langfristige Betreuung der Patienten, z. B. in Form einer Reha-Nachsorge, gegebenenfalls eine lebenslange Therapie, scheint folglich nötig zu sein (Perri & Corsica, 2002; Wadden et al., 2004).

2.3 Bisherige Nachsorgeprogramme und weiterführende Ideen

Das Angebot etablierter Nachsorgeprogramme für adipöse Patienten nach stationärer Rehabilitation ist noch nicht allzu groß.

Es gibt jedoch bereits mehrere Studien, die verschiedene Programme im Anschluss an diverse Gewichtsreduktionsmaßnahmen entwickelt und deren Effizienz überprüft haben. Beispiele hierfür sind eine Nachbetreuung der Patienten durch Fachpersonal per Telefon oder E-Mail bzw. mit Hilfe interaktiver Websites ebenso wie fortgesetzte, persönliche Gruppentreffen mit einem Therapeuten (vgl. z. B. Harvey-Berino et al., 2002 & 2004; Haugen et al., 2007; Perri et al., 1993; Becker et al., 2007; Wadden et al., 2004). Im Rahmen des Programms von Björvell und Rössner (1985) wurden „booster sessions“ (Auffrischkurse) in der Klinik angeboten. Erschienen Patienten zu den Kursen nicht wie geplant, wurden sie kontaktiert. Auch die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen (Perri et al., 1993) und das Mitgeben bzw. Versenden von schriftlichem Informationsmaterial (vgl. z. B. Becker et al., 2007; Björvell & Rössner, 1985; Glenny et al., 1997) wurden in Bezug auf das Langzeitmanagement von

Adipositas untersucht. Daneben wurde in verschiedenen Studien getestet, ob die Motivation der Patienten, ihr Gewicht auf lange Sicht zu kontrollieren, durch das Miteinbeziehen von Angehörigen oder Freunden oder durch finanzielle Anreize gesteigert werden kann. Dabei erhielten die Patienten bei erfolgreicher Therapie entweder einen bestimmten Geldbetrag oder ihnen wurde Geld, das sie zuvor selbst einzahlen mussten, zurückgegeben (vgl. z. B. Glenny et al., 1997; Jeffery et al., 2000).

Es hat sich des Öfteren gezeigt, dass Programme, die aus verschiedenen Komponenten zusammengesetzt sind, bessere Ergebnisse liefern als Programme, die die Nachsorge nur auf eine Art und Weise durchführen. Eine Kombination aus Telefon- und E-Mail-Kontakten mit einem Therapeuten, einem verhaltenstherapeutischen Training, einem Sportprogramm und sozialer Unterstützung, z. B. in Form von Selbsthilfegruppen, wäre etwa besonders empfehlenswert (Perri et al., 1993; Perri & Corsica, 2002; Becker et al., 2007). Die Betreuung durch Fachpersonal als Teil der Nachsorge scheint hierbei eine entscheidende Rolle zu spielen. So konnte im Zuge eines Nachsorgeprogramms der Kontakt mit einem Therapeuten bessere Ergebnisse erzielen als der alleinige Kontakt mit Gleichgesinnten in Form einer Selbsthilfegruppe (Perri et al., 1993). Ebenso konnte eine telefonische Nachbetreuung adipöser Patienten durch einen Therapeuten, der diese nicht nur kontrollierte, sondern auch fachkundig beriet, den Gewichtsverlauf dieser Patienten dauerhaft positiv beeinflussen. Eine telefonische Nachsorge, die hingegen nur die Kontrolle des Gewichts und Essverhaltens der Patienten beinhaltete, zeigte diesbezüglich keine langfristige Verbesserung (Perri & Corsica, 2002). Ähnliches ist aus anderen Bereichen bekannt: Höder & Deck (2007) stellten z. B. in ihrer Studie fest, dass Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen – vor allem aus Angst etwas falsch zu machen – das Bedürfnis nach einer fachkundigen Unterstützung haben.

Dass sich finanzielle Anreize oder das Involvieren von nahestehenden Personen positiv auf die Motivation zur langfristigen Gewichtsreduktion bzw. zum Gewichtserhalt auswirken, konnte hingegen bislang nicht eindeutig bewiesen werden (Jeffery et al., 2000; Hitchcock Noel & Pugh, 2002). Die Unterstützung von Seiten der Angehörigen ist jedoch wohl größer, wenn sie zumindest teilweise in die Therapie miteinbezogen werden. Daher wird dies auch von Experten – v. a. in Bezug auf Ernährung – befürwortet (Rosemeyer et al., 2005; Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003).

Zur Nachbehandlung von adipösen Patienten in Folge eines stationären Rehabilitationsaufenthalts konnten bisher recht wenige Studien gefunden werden. Insgesamt scheint sich in diesem Bereich eine nachhaltige Betreuung adipöser Patienten, obwohl die Notwendigkeit erkannt wurde, noch nicht richtig etabliert zu haben (Köpke, 2007; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008). Ein paar gute Ansätze und evaluierte Studien zu diesem Thema gibt es allerdings.

So konnten z. B. in einem Modellprojekt mit Hilfe einer Intervallbehandlung, die nach einem Jahr einen erneuten zweiwöchigen Klinikaufenthalt vorsah bzw. zusätzlich regelmäßige Telefonkontakte, nach ein und zwei Jahren bessere Erfolge nachgewiesen werden als bei der Kontrollgruppe. Diese hatte bei Entlassung nur Nachsorgeempfehlungen erhalten (Schulte et al., 2003). Auch in der Kurpark-Klinik Überlingen bestand für adipöse Patienten die Möglichkeit, innerhalb von zwei Jahren unter bestimmten Umständen an einer Wiederholungsbehandlung teilzunehmen (Schubmann et al., 1997). In einer anderen Einrichtung wurden monatliche Gewichts-dokumentationen sowie Refresher-Einheiten zur Nachsorge angeboten und Fragebögen verschickt (Rosemeyer et al., 2005). Daneben konnten Hillebrand & Wirth (1996) durch eine zwölfmonatige Nachbetreuung, bestehend aus fünf Telefonkontakten und zwei Hausbesuchen durch Sozialarbeiter der Klinik, zeigen, dass die nachbetreuten Patienten nach einem Jahr weniger Gewicht zugenommen haben als Patienten der Kontrollgruppe. Patienten in der Saale-Klinik in Bad Kissingen erhalten bei Beginn der Rehabilitation eine Arbeitsmappe, die während des Aufenthalts durchgearbeitet wird und speziell eine Passage mit Informationen und Anregungen für die Zeit nach der stationären Behandlung enthält (Köpke, 2004). Ein weiteres gutes Beispiel ist das Adipositas-Langzeitnachsorgeprogramm „Schlanker werden – gesünder sein“ der gesetzlichen Rentenversicherung. Es wird dabei ein L- und XXL-Programm unterschieden. Zu beiden Programmen gehören eine Verhaltens- und Bewegungstherapie sowie eine Ernährungsberatung in geschlossenen Gruppen. Dies erfolgt im Sinne einer Intervalltherapie in der Reha-Klinik. Das XXL-Programm beinhaltet zudem einen monatlichen telefonischen Kontakt. Diese Nachsorge erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei (L-Programm) bzw. drei Jahren (XXL-Programm) und soll innerhalb von sechs Monaten nach Ende der Rehabilitation beginnen. Auch im Rahmen des „Fränkischen Adipositas Trainings“ (Modell 2003 - 2005) erfolgte über ein bzw. zwei Jahre ein- bzw.

zweimal im Monat eine ganztägige Behandlung der Patienten in der Reha-Klinik. Bausteine der Gruppentherapie waren ebenfalls Ernährung, Essverhalten und Bewegung sowie eine medizinische Betreuung. Die Gruppen setzten sich aus fünfzehn Patienten zusammen. Ebenso anhand eines erneuten stationären Aufenthalts findet die Nachsorge an der Rosenberg-Klinik statt. Dabei wird etwa ein Jahr nach der Rehabilitation eine zweiwöchige Nachschulung mit Gruppen von zwölf Personen durchgeführt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008).

Auch wenn diese Programme meist gute Ergebnisse erzielt haben, fällt auf, dass einige davon recht aufwendig und kostenintensiv sind. Ähnliches gilt für Langzeitstudien in vergleichbaren Bereichen, wie beispielsweise zur Reduktion des kardiovaskulären Risikos (vgl. z. B. Eriksson et al., 2009). Daher stellt sich die Frage, ob adipöse Patienten mit weniger umfangreichen Nachsorgeangeboten ebenso einverstanden wären. Eine Möglichkeit wären etwa lediglich kurze telefonische Interventionen. Würden diese zusätzlich nicht von Fachpersonal, sondern etwa von Auszubildenden durchgeführt, könnten zusätzlich Kosten eingespart werden (vgl. z. B. Sacco et al., 2009).

Darüber hinaus wird die Nachbetreuung der Patienten in ambulanten Praxen zwar allgemein befürwortet, ist aber wohl nicht so leicht umzusetzen (Rosemeyer et al., 2005; Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008; Hillebrand & Wirth, 1996). Wie wichtig eine integrative Versorgung der Patienten für einen dauerhaften Reha-Erfolg ist, wurde jedoch erkannt. So könnte eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen dem stationären und ambulanten Bereich, Haus- und Fachärzten sowie nichtärztlichen Leistungserbringern einen wesentlichen Beitrag zu einem nahtlosen Übergang zwischen Rehabilitation und Alltag leisten (Köpke, 2007). Das zunehmende Angebot an interdisziplinären, ambulanten Programmen zur Adipositas therapie – wie das populäre Optifast-Programm oder M. O. B. I. L. I. S. – und die Gründung interdisziplinärer Adipositas-Zentren und -Netzwerke (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2010) weisen darauf hin, dass sich in den letzten Jahren diesbezüglich einiges getan hat.

In Fachkreisen ist man sich darüber einig, dass alle Rehabilitationseinrichtungen schriftliches Informationsmaterial, in dem sinnvolle Nachsorgeangebote aufgezeigt werden, bereitstellen sollten. Zudem sollte spätestens gegen Ende der Rehabilitation

gemeinsam mit dem Patienten ein konkreter, individueller „Nachsorgeplan“ entwickelt sowie geeignete Maßnahmen eingeleitet werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008; Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003; Köpke, 2007).

Des Weiteren müssten die Patienten stärker auf die „Gemeinsamen Servicestellen“, denen laut SGB IX §22 die Beratung der Betroffenen und die Koordination der Rehabilitation und Nachsorge übertragen wurde, aufmerksam gemacht werden (Höder & Deck, 2007).

Daneben könnte Nachsorge für adipöse Patienten im weiteren Sinne auch durch eine verstärkte Überleitung in Selbsthilfegruppen stattfinden. Dies ist in vielen anderen Indikationsbereichen (z. B. Krebserkrankungen, Sucht) bereits ein wichtiger Baustein der medizinischen Rehabilitation. Auch regelmäßige E-Mail-Newsletter und Zeitschriften mit Informationen zur Gesundheitserhaltung – etwa von der Reha-Klinik selbst herausgegeben – oder ein fortgeführter Kontakt mit den Rehabilitanden wären denkbar (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008).

Zudem könnte auch für adipöse Patienten das Einrichten einer Telefon-Hotline hilfreich sein (Perri et al., 1993). Eine solche Hilfestellung wurde beispielsweise in einer Studie über die Nachsorgepräferenzen von Patienten mit akutem Myokardinfarkt gewünscht (Hanssen et al., 2005).

Problematisch im Bereich der Nachsorge ist aber nicht nur das zum Teil noch geringe Angebot etablierter Programme, sondern auch der Mangel an Follow-up-Studien, die die Entwicklung der Patienten über viele Jahre hinweg verfolgen. Dies ist bedauerlich, da es sich gezeigt hat, dass – gerade in Bezug auf das Gewicht – die Langzeiteffekte besonders nach Kurzzeittherapien, aber auch nach Ende der Nachsorge oft nicht sonderlich gut sind (Schulte et al., 2003; Becker et al., 2007; Perri & Corsica, 2002; Wadden et al., 2004). Diverse Studien belegen allerdings, dass sich schon moderate initiale Gewichtsverluste von etwa 5 - 10% besonders auf die mit der Adipositas einhergehenden metabolischen Gesundheitsrisiken positiv auswirken (Fabricatore & Wadden, 2006; Gregg & Williamson, 2002). Diese Effekte bestanden z. B. im Rahmen des „Diabetes Prevention Programm“ auch fort, als die Patienten etwa ein Drittel des

anfänglich verlorenen Gewichts wieder zugenommen hatten (Wadden et al., 2004). Demgegenüber stehen Untersuchungen, die zu der Annahme führten, dass ständiges Ab- und Zunehmen möglicherweise negativere Effekte auf kardiovaskuläre Risikofaktoren und den Stoffwechsel hat als gar keine Gewichtsabnahme (Kayman et al., 1990; Brownell & Rodin, 1994). Andere Überblicksarbeiten bzw. Studien konnten diese negativen Effekte des „weight cyclings“ jedoch nicht nachweisen (Gregg & Williamson, 2002; Wing et al., 1995). Daher ist man mittlerweile der Meinung, dass adipöse Menschen auf jeden Fall zur Gewichtsreduktion ermutigt werden sollten (Wing et al., 1995; Wadden et al., 2004). Welche gesundheitlichen Folgen solch moderate Gewichtsverluste über viele Jahre haben, muss noch genauer erforscht werden (Wadden et al., 2004).

Zusätzlich sollten sich die langfristigen Evaluationen der Programme zur Therapie von Adipositas neben dem Gewichtsverlauf und der Beeinflussung gesundheitlicher Risikofaktoren auch auf andere wichtige Parameter, wie Veränderungen der Lebensqualität, die Beeinflussung psychischer Faktoren oder das Aneignen neuer Verhaltensweisen beziehen. Dies ist bisher häufig außer Acht geblieben (Benecke, 2003). Untersuchungen verdeutlichten jedoch, dass gerade die Lebensqualität durch eine erfolgreiche Adipositas therapie verbessert werden kann, auch dann, wenn die Patienten anschließend wieder an Gewicht zunehmen (Blissmer et al., 2006). Dies sollte sowohl die Patienten als auch die Therapeuten motivieren.

Allerdings gibt es, die Motivation der Patienten betreffend, außer dem nicht immer erfreulichen Gewichtsverlauf eine weitere Schwierigkeit: So wurde festgestellt, dass es bei zu ausgedehnten Behandlungen zu einem Motivationsverlust von Seiten der Patienten und folglich zu einem Programmabbruch kommen kann (Perri & Corsica, 2002; Wadden et al., 2004).

2.4 Fehlen von Literatur über das Nachsorgebedürfnis adipöser Patienten nach stationärer medizinischer Rehabilitation

Ein Therapieabbruch ist zudem denkbar, wenn das Nachsorgeprogramm die Bedürfnisse des einzelnen Patienten nicht ausreichend berücksichtigt. Schließlich handelt es sich bei Adipositas um eine komplexe, chronische Krankheit, deren erfolgreiche Behandlung

von den Erkrankten wesentliche Lebensstil- und Verhaltensänderungen verlangt. Ein hohes Maß an Compliance ist folglich von Nöten. Es konnten allerdings auch nach eingehender Online-Recherche (u. a. in Medline und PubMed) keine Studien gefunden werden, die sich direkt mit dem Nachsorgebedürfnis adipöser Patienten nach stationärer medizinischer Rehabilitation beschäftigt haben. Aus oben genannten Gründen ist dies verwunderlich.

Des Weiteren sollte laut dem SGB IX der einzelne Mensch als selbstbestimmte Persönlichkeit im Mittelpunkt des Rehabilitationsgeschehens stehen. Dies gilt sicher auch für dessen Nachsorge. Die Betroffenen sollen zur Selbstbestimmung über ihr eigenes Leben befähigt werden, um aktiv ihre Zukunft mitzugestalten (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008). Um ihnen dazu optimale Hilfestellungen anbieten zu können, ist es sicherlich sinnvoll, zunächst die Bedürfnisse der Patienten zu ermitteln. Basierend auf diesen Erkenntnissen wäre eine Verbesserung vorhandener Nachsorgeangebote möglich (Köpke, 2007). Dadurch könnten die Motivation gesteigert und Dropout-Raten gesenkt werden.

Die Bedeutung solcher Studien wird auch durch Erfahrungen aus anderen Bereichen, etwa bei Patienten nach einem akuten Myokardinfarkt, unterstrichen: Es hat sich gezeigt, dass Schwestern zum Teil das Informationsbedürfnis solcher Patienten falsch einschätzen (Czar & Engler, 1997; Hanssen et al., 2005). Daneben glaubten Therapeuten im Allgemeinen zwar, Patienten Informationen gut übermitteln zu können, täuschten sich aber häufig (Hanssen et al., 2005).

Zudem scheinen einige Ärzte und Pflegekräfte – sogar Adipositaspezialisten – große Vorurteile gegenüber adipösen Patienten zu haben. Diese werden teilweise diskriminiert sowie als faul, inkompliant, willensschwach und eklig angesehen (Crouch, 2005; Fabricatore & Wadden, 2004). Folglich ist es fraglich, inwieweit Außenstehende sich in die konkrete Situation der Betroffenen hineinversetzen und Therapien entwickeln können, die bestmöglich auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe zugeschnitten sind.

Die Tatsache, dass es auch einige Studien über ehemals adipöse Patienten gibt, die ohne professionelle Hilfe viel Gewicht verloren und über viele Jahre gehalten haben (Colvin & Olson, 1983; Klem et al., 1997; Kayman et al., 1990), soll keinesfalls die Erfolge der vorhandenen Therapien relativieren. Sie mag jedoch darauf hinweisen, dass

bei optimaler, individuell angepasster Therapie noch bessere Langzeiterfolge erzielt werden können als bisher geschehen.

2.5 Zusammenhang des Nachsorgebedürfnisses mit anderen Merkmalen

Neben der Therapiedauer und möglicher Unzufriedenheit mit einem angebotenen Nachsorgeprogramm scheint es noch andere Merkmale zu geben, die das Nachsorgebedürfnis adipöser Patienten beeinflussen können.

2.5.1 Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit

Diverse Analysen legen nahe, dass etwa der soziale Status Auswirkungen auf die Teilnahmebereitschaft an einer Nachsorgemaßnahme haben kann. So stellten Schulte et al. (2003) fest, dass die Nicht-Teilnehmer ihrer stationären Nachsorge im Mittel jünger und seltener berufstätig waren. Auch bei Heshka et al. (2003) waren die Dropouts zweier Gewichtsreduktionsprogramme jeweils jünger und verdienten etwas weniger. Aus der Nachbetreuung von Herzinfarktpatienten ist ebenfalls das Problem bekannt, gerade Handwerker und Arbeiter in freiwillige Programme einzubinden (Hillebrand & Wirth, 1996). Zudem fiel bei der Dropout-Analyse von Nachsorgemaßnahmen via Internet auf, dass gerade jüngere, ungebildete Teilnehmer das Programm häufiger abbrachen (Harvey-Berino et al., 2004) bzw. dass Männer und Raucher weniger Interesse an einem Online-Gewichtsreduktionsprogramm hatten (Glasgow et al., 2007). Bedenkt man, dass gerade in unteren Sozialklassen eine erhöhte Prävalenz von Adipositas vorliegt (Benecke & Vogel, 2005; Glenny et al., 1997; Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003), ist dies umso bedauerlicher. Es gibt allerdings auch Studien, die keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern feststellen konnten (Harvey-Berino et al., 2002; Gurka et al., 2006).

2.5.2 Zusammenhang mit dem Geschlecht

Daneben erscheint ein Zusammenhang zwischen dem Nachsorgebedürfnis adipöser Patienten und dem Geschlecht möglich. So konnten Mittag und Grande (2008) in einer Übersichtsarbeit darlegen, dass Männer anscheinend ein geringeres Interesse an ihrer Gesundheit haben als Frauen. „Männer ernähren sich ungesünder, sie gebrauchen

illegale und Alltagsdrogen (Alkohol, Nikotin) häufiger als Frauen und sie nehmen seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch“ (Mittag & Grande, 2008, S. 101). Männer treiben im Allgemeinen jedoch mehr – allerdings auch risikoreicheren – Sport als Frauen. Auch hinsichtlich einer medizinischen Rehabilitation gab es Differenzen: Frauen und Männer unterschieden sich z. B. in ihren subjektiven Rehazielen, der Kausalattribution und der Krankheitsbewältigung. Daneben hatten sie u. a. verschiedene Präferenzen in Bezug auf Sportprogramme und Interventionsstrategien. So war für Frauen etwa im Bereich der psychosozialen Beratung und Intervention Zuhören und emotionale Unterstützung wichtig, für Männer dagegen Verhaltensempfehlungen und ein aktionsorientierter Ansatz. Frauen zogen eher nicht so intensives körperliches Training vor. Dass sich die Bedürfnisse von Frauen und Männern im Bereich der Rehabilitation wohl unterscheiden, wird auch durch die besonders positiven Ergebnisse mit reinen Frauengruppen im Rahmen der „Höhenrieder-Studie“ unterstrichen. Dabei sollte erforscht werden, ob bei koronarkranken Frauen der Rehabilitationserfolg durch besondere, frauenspezifische Interventionen größer ist als durch normale Therapieprogramme. Dies konnte bestätigt werden. Zudem gaben über 90% der Teilnehmerinnen an, dass sie wieder reine Frauengruppen bevorzugen würden. Möglicherweise gibt es auch auf dem Gebiet der Nachsorge geschlechtsspezifische Bedürfnisse. Ein Ziel vorliegender Arbeit ist es daher, diesen Aspekt zu untersuchen.

2.5.3 Zusammenhang mit dem Alter

Auch das Alter mag Einfluss auf Präferenzen hinsichtlich eines Nachsorgeangebots haben, gerade was die internetbasierten Programme betrifft. Schließlich nutzen in Deutschland – je nach Umfrage – nur 29% bzw. 37% der über 60-Jährigen das Internet. Bei den 50 - 59-Jährigen liegt die Quote mittlerweile allerdings bei 67% bzw. 81% (Arbeitsgemeinschaft Online Forschung, 2010; Forschungsgruppe Wahlen Online, 2010). Zum Zeitpunkt der Befragung fielen die Zahlen noch etwas niedriger aus: 25% bzw. 28% Internetnutzer bei den über 60-Jährigen, 60% bzw. 65% in der Altersgruppe der 50 - 59-Jährigen (Arbeitsgemeinschaft Online Forschung, 2008; Forschungsgruppe Wahlen Online, 2008). Bei den 18 - 49-Jährigen lag die Quote 2008 hingegen zwischen ca. 81% und 93%, 2010 zwischen ca. 88% und über 90% (Arbeitsgemeinschaft Online Forschung, 2008 & 2010). Gerade ausländische Studien konnten jedoch selbst bei

älteren Patienten gute Erfolge mit Online-Nachsorgeprogrammen erzielen (Haugen et al., 2007).

2.5.4 Zusammenhang mit der Lebensqualität

Darüber hinaus fiel in diversen Studien auf, dass bei Männern eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität mit verstärkten und erfolgreicherem Versuchen abzunehmen einhergeht. Vermutlich, da diese die verminderte Lebensqualität mit ihrem erhöhten Gewicht in Verbindung brachten (Bish et al., 2007; Jeffery et al., 1984). Frauen gaben in Befragungen häufig ein emotionales Ereignis an, das sie zum Abnehmen veranlasst hat. Da stark übergewichtige Frauen (mehr noch als Männer) in unserer Gesellschaft des Öfteren diskriminiert werden (Sarlio-Lähteenkorva et al., 2000; Fabricatore & Wadden, 2004) und da die Höhe des BMI im Allgemeinen negativ mit der Lebensqualität korreliert (Blissmer et al., 2006), können diese Faktoren Frauen vielleicht zum Abnehmen bewegen. Schließlich könnten sowohl Diskriminierung als auch eine verminderte Lebensqualität als emotionaler Auslöser zur Gewichtsreduktion dienen. Zusätzliche Hinweise darauf lieferte eine Studie, die bei adipösen Patientinnen mit initial verminderter Lebensqualität langfristig eine größere Gewichtsreduktion nachweisen konnte als bei Patientinnen, die sich vor dem Gewichtsverlust besser fühlten (Sarlio-Lähteenkorva et al., 2000).

2.5.5 Zusammenhang mit den Erfahrungen in Bezug auf Gewichtsreduktion

Möglicherweise hängen die Wünsche adipöser Patienten bezüglich einer Nachsorge zudem von ihrem bisherigen Gewichtsverlauf ab. So untersuchten etwa Kayman et al. (1990) die Unterschiede zwischen Frauen, die nach einem Gewichtsverlust ihr Gewicht gehalten („maintainers“) bzw. wieder zugenommen hatten („relapsers“), und normalgewichtigen Frauen, deren Gewicht stets stabil war, („always average weight“). Dabei zeigte sich, dass 64% der „relapsers“ mehr Hilfe von außen – v. a. professioneller Art – wollten. Der Anteil bei den Frauen aus der Gruppe der „maintainers“ bzw. „always average weight“ lag hingegen nur bei 17% bzw. 24%. Damals konnte jedoch keine der Befragten angeben, dass fachmännische Hilfe ihnen bisher geholfen hätte.

3 Fragestellungen und Hypothesen

Auch wenn zum Nachsorgebedürfnis adipöser Patienten nach stationärer medizinischer Rehabilitation keine vorausgegangenen Studien gefunden wurden, wurde dennoch verdeutlicht, wie wichtig es ist, die Bedürfnisse von Patienten zu ermitteln und in die Planungen mit einzubeziehen, um eine Therapie so erfolgreich wie möglich zu gestalten.

In vorliegender Untersuchung sollen deshalb Daten zur Beantwortung folgender Fragen gesammelt werden:

3.1 Hauptfragestellungen

Fragestellung 1: Wie groß ist im Allgemeinen bei adipösen Patienten das Interesse, nach einem stationären Rehabilitationsaufenthalt an einem Nachsorgeprogramm teilzunehmen?

Es wird vermutet, dass das Interesse adipöser Patienten an einem Nachsorgeprogramm insgesamt groß ist.

Schließlich sind sich wohl viele Patienten darüber im Klaren, dass sie langfristige Hilfe benötigen, um zu Hause nicht wieder an Gewicht zuzunehmen. Daneben lässt das zunehmende Angebot ambulanter Therapieprogramme, die sich zum Teil über ein Jahr erstrecken (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2010), auf einen Bedarf an langfristigen Maßnahmen schließen.

Fragestellung 2: Welche Inhalte sind adipösen Patienten im Rahmen der Nachsorge wichtig?

Als mögliche Inhalte kämen z. B. die Behandlung der Themen Ernährung und Bewegung, verhaltenstherapeutische Interventionen, das Führen von Tagebüchern über das Ernährungs- und Bewegungsverhalten oder etwa Hilfen im Umgang mit Behörden in Frage (vgl. z. B. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008; Wadden et al., 2004; Höder & Deck, 2007).

Fragestellung 3: In welcher Form sollen diese Inhalte den Patienten vermittelt werden (Art der Durchführung, Medium, durchführende Person, Frequenz, Zeitrahmen, Ort etc.)?

Hypothese 1: Ältere adipöse Patienten (≥ 50 Jahre) sind an einer telefonischen Nachbetreuung stärker interessiert als an einer Nachbetreuung via Internet.

Wie zuvor beschrieben (siehe Kap. 2.5.3), ist hierzulande bei älteren Personen (≥ 50 Jahre) die Anzahl der Internetnutzer deutlich geringer als bei Personen unter 50 Jahren (Arbeitsgemeinschaft Online Forschung, 2008 & 2010; Forschungsgruppe Wahlen Online, 2008 & 2010). Einen Telefonanschluss besitzt und benutzt hingegen vermutlich jeder Patient. Zudem erwiesen sich Patienten mit anderen Krankheiten als Adipositas, die an einer telefonischen Betreuung teilgenommen hatten, als zufrieden mit der Intervention (Holsclaw et al., 2005). Aus diesen Gründen wird erwartet, dass eine Nachsorge per Telefon einer Nachsorge via Internet von älteren adipösen Patienten vorgezogen wird.

Hypothese 2: Adipöse Patienten möchten im Rahmen der Nachsorge lieber von Fachpersonal (Therapeuten, Krankenschwestern) als von fachfremden Personen (selbst betroffene Laien, Versicherungsmitarbeiter) betreut werden.

Der größere Erfolg von Nachsorgeprogrammen, die eine professionelle Betreuung beinhalteten und somit den Patienten eine entsprechend fundierte Beratung ermöglichten (Perri et al., 1993; Perri & Corsica, 2002), lässt vermuten, dass diese Art der Nachsorge jenen Patienten stärker zugesagt hat. Daneben wurde der Wunsch nach fachkundiger Unterstützung in der Studie von Höder und Deck (2007) zum Nachsorgebedürfnis von Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen geäußert.

3.2 Nebenfragestellungen

Fragestellung 4: Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Nachsorgebedürfnis und anderen Parametern (Geschlecht, Alter, Lebensqualität, Erfahrungen mit Gewichtsreduktion, Schichtzugehörigkeit, Bewegungsverhalten vor der Rehabilitation)?

Hypothese 3: Das Nachsorgebedürfnis von Frauen und Männern unterscheidet sich: Frauen ist im Rahmen der Nachsorge das Thema Ernährung wichtiger als Männern. Zudem wünschen sich Frauen mehr psychologische Betreuung als Männer. Männer hingegen interessieren sich im Bereich der Nachsorge mehr für Bewegung als Frauen.

Diese Überlegung fußt auf der Überblicksarbeit von Mittag & Grande (2008). Es wurde dargelegt, dass Männer wohl weniger auf ihre Gesundheit achten als Frauen (mit Ausnahme der körperlichen Aktivität) und zusätzlich andere Bedürfnisse im Rahmen einer Rehabilitation haben. Während Frauen eher Interventionen – wie Zuhören und emotionale Unterstützung – wünschen, ziehen Männer einen aktionsorientierten Ansatz vor.

Außerdem wird angenommen, dass Frauen und Männer auf Grund der erwähnten geschlechtsspezifischen Unterschiede, jeweils getrenntgeschlechtliche Gruppen gemischten Gruppen vorziehen.

Hinweise darauf ergaben sich z. B. im Rahmen der „Höhenrieder-Studie“. Über 90% der koronarkranken Patientinnen, die an reinen Frauengruppen teilgenommen hatten, würden wieder solche Gruppen bevorzugen. Mit reinen Frauengruppen konnten zudem besonders gute Resultate erzielt werden (Mittag & Grande, 2008).

Hypothese 4: Adipöse Patienten, die eine verminderte Lebensqualität angeben, besitzen ein größeres Nachsorgebedürfnis als Patienten mit höherer Lebensqualität.

Wie in Kapitel 2.5.4 dargestellt, scheint das Interesse an einer Gewichtsreduktion bei adipösen Patienten mit verminderter Lebensqualität erhöht zu sein (vgl. z. B. Bish et al., 2007; Jeffery et al., 1984; Sarlio-Lähteenkorva et al., 2000; Blissmer et al., 2006). Folglich haben diese Patienten womöglich auch ein gesteigertes Nachsorgebedürfnis. Schließlich wird eine dauerhafte Gewichtsreduktion und somit eine Verbesserung ihres gesundheitlichen Wohlbefindens eher durch eine langfristige Therapie erreicht als durch kurzfristige Maßnahmen (Perri & Corsica, 2002).

Hypothese 5: Personen, die schon mehrere erfolglose Abnehmversuche hinter sich haben, wünschen sich mehr professionelle Unterstützung als Personen mit weniger negativen Erfahrungen bezüglich des Gewichtsverlaufs.

Ursächlich für diese Hypothese ist die Vorstellung, dass solche Personen selbst keine passende Methode zur Gewichtsreduktion finden konnten und sich daher fachmännische Ratschläge wünschen. Zusätzliche Hinweise darauf liefert die Studie von Kayman et al. (1990), bei der Frauen, die nach initialem Gewichtsverlust wieder zugenommen hatten, ein größeres Bedürfnis nach professioneller Hilfe angaben als Frauen, die ihr Gewicht halten konnten oder nie übergewichtig waren.

Neben den genannten Hypothesen wird vermutet, dass jüngere Patienten, v. a. Männer, mit niedrigem sozialen Status ein geringeres Nachsorgebedürfnis als andere Patienten haben.

Denn in verschiedenen Studien besaßen viele Nicht-Teilnehmer bzw. Dropouts einen niedrigeren sozialen Status, waren jünger und/ oder männlich (vgl. z. B. Schulte et al., 2003; Heshka et al., 2003; Hillebrand & Wirth, 1996; Harvey-Berino et al., 2004; Glasgow et al., 2007).

Des Weiteren besteht die Vermutung, dass sich Patienten, die sich schon vor der Rehabilitation mehr bewegt haben, im Rahmen der Nachsorge stärker für das Thema Bewegung interessieren als Patienten, deren Alltag zuvor weniger körperliche Aktivität beinhaltet hat.

Fragestellung 5: Welche Faktoren wären aus Sicht der Patienten für die Teilnahme an einem Nachsorgeprogramm förderlich (z. B. finanzielle Anreize, Kontaktaufnahme bei Fehlen, Einbeziehen von Angehörigen oder Freunden, Kontrolle)?

Eine Kontrolle der Behandlungserfolge findet wohl bei den meisten Adipositas-therapien statt. Im Rahmen des erfolgreichen Programms von Björvell und Rössner (1985) wurden Patienten zudem kontaktiert, wenn sie zu den angebotenen Auffrischkursen nicht erschienen. Eindeutig positive Effekte auf die Motivation der Adipösen zur

Programmteilnahme durch das Integrieren von nahestehenden Personen oder finanzielle Anreize konnten bisher zwar nicht belegt werden (Jeffery et al., 2000; Hitchcock Noel & Pugh, 2002). Es ist jedoch möglich, dass die Teilnehmer vorliegender Studie diesbezüglich eine andere Meinung vertreten.

4 Material und Methoden

Im folgenden Kapitel werden die Rahmenbedingungen, die Anlage der Studie und die verwendeten Materialien beschrieben sowie auf das methodische Vorgehen bei der Datenauswertung eingegangen. Anschließend wird die konkrete Durchführung der Untersuchung erläutert.

4.1 Rahmenbedingungen

Die vorliegende Studie entstand in Zusammenarbeit mit der Saale-Klinik am Rehabilitationszentrum Bad Kissingen der Deutschen Rentenversicherung Bund. Die Saale-Klinik ist eine internistische Fachklinik für Erkrankungen des Stoffwechsels, des Herz-Kreislaufsystems und der endokrinen Drüsen. Eine ihrer Hauptindikationen ist Übergewicht/Adipositas.

Die Untersuchung sollte einerseits die Nachsorgebedürfnisse adipöser Patienten nach stationärer medizinischer Rehabilitation analysieren, andererseits war sie als Vorstudie zum Projekt *Evaluation einer Planungsintervention mit telefonischer Nachsorge zur Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität im Alltag* gedacht. Dieses Projekt wurde ebenfalls vom Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften des Instituts für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg in Kooperation mit der Saale-Klinik durchgeführt.

Wie in Kapitel 2.4 erwähnt, konnte bisher keine vergleichbare Bedürfnisanalyse gefunden werden. Daher sollte im allgemeinen Teil der Untersuchung eruiert werden, ob bei den Patienten überhaupt ein Nachsorgebedürfnis besteht und welche Maßnahmen ihnen dabei zusagen würden. Daneben sollte im speziellen Teil genauer auf die geplante telefonische Intervention eingegangen werden, um diese optimal an die Wünsche der Patienten anpassen zu können.

4.2 Studiendesign

Potentielle Teilnehmer dieser Querschnittsstudie waren alle Patienten mit Adipositas, die in der Saale-Klinik stationär aufgenommen worden waren. Ob deren Hauptindikation für den Klinikaufenthalt Adipositas oder eine andere Erkrankung, wie

etwa Diabetes mellitus, war, spielte dabei keine Rolle. Ausschlusskriterien waren lediglich mangelnde deutsche Sprachkenntnisse, schwerwiegende, nicht korrigierte Beeinträchtigung des Seh- und Hörvermögens sowie schwerwiegende psychiatrische Zusatzdiagnosen.

Um verlässliche Ergebnisse zu gewinnen, war eine Stichprobe von 100 Personen geplant. Die Datenerhebung sollte in zwei Wellen erfolgen: Zunächst sollte mit ca. 50 Patienten ein teilstrukturiertes Interview mit anschließender Fragebogen-Befragung durchgeführt werden. Danach sollten weitere 50 Patienten lediglich mit Fragebogen untersucht werden. Dieser sollte jedoch um die Fragen aus dem Interview erweitert werden. Im teilstrukturierten Interview sollte v. a. über mögliche Inhalte eines Nachsorgeprogramms gesprochen werden. Dieses Vorgehen hatte zum Ziel, Nachsorgeinhalte, die für die Patienten relevant sind, an die bisher aber nicht gedacht worden war, zu erfassen und in der zweiten Welle in den Fragebogen zu übernehmen.

4.3 Erhebungsinstrumente

Wie bereits dargelegt, erhielten die Patienten des ersten Durchlaufs im Anschluss an das Interview einen Fragebogenkatalog. Dieser bestand aus einem selbst entwickelten Fragebogen zum Nachsorgebedürfnis der Patienten, welcher im Folgenden Fragebogenversion A genannt wird. Im zweiten Durchlauf wurden der Version A die Fragen aus dem Interview hinzugefügt – nachfolgend als Fragebogenversion B bezeichnet. Daneben beinhaltete der Fragebogenkatalog beider Durchläufe drei standardisierte Fragebögen sowie zusätzliche Fragen zum Gewichtsverlauf, zum Vorhandensein und zur Nutzung eines Internet- und Telefonanschlusses.

Zu den standardisierten Fragebögen gehörte:

- ein Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Variablen
- der SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand
- der Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität.

Die medizinischen Daten der Patienten wurden aus dem jeweiligen Entlassungsbericht entnommen.

Die einzelnen Erhebungsinstrumente sollen nun genauer erläutert werden.

4.3.1 Interviewleitfaden und Fragebogenversionen A/B zum Nachsorgebedürfnis

Nach eingehender Literaturrecherche zum Thema Adipositas und bisheriger Nachsorgeangebote sowie nach Sammeln weiterführender Ideen für Nachsorge (siehe Kap. 2) wurde ein Fragenkatalog zum Nachsorgebedürfnis adipöser Patienten entworfen. Dieser sollte möglichst alle denkbaren Maßnahmen im Rahmen einer Nachsorge für Adipöse enthalten. Bei Erstellung der Fragen wurde großer Wert darauf gelegt, diese allgemein verständlich und eindeutig zu formulieren. Hinweise hierzu wurden aus Bradburn, Sudman und Wansink (2004) sowie Flick (2002) entnommen.

Thematisch wurden durch das Interview und die Fragebögen Version A und B besonders die Bereiche „allgemeines Interesse an Nachsorge“ sowie „Inhalt und Form der Nachsorge“ abgedeckt. Daneben wurden Faktoren erfragt, die für die Teilnahme an einem solchen Programm förderlich wären. Auch auf das Interesse und die Wünsche in Bezug auf ein telefonisches Nachsorgeprogramm wurde näher eingegangen.

Da gerade der allgemeine Teil dieses Fragenkatalogs auf keine bestimmte Nachsorgemaßnahme abzielte, wurden den Patienten verschiedene Bausteine eines möglichen Nachsorgeprogramms vorgegeben (verschiedene Themen, diverse Orte, unterschiedliche Berufsgruppen von Betreuern, etc.). Sie sollten unabhängig voneinander von den Patienten bewertet werden.

Genauere Angaben hierzu enthält Tabelle 2. Es wird auch beschrieben, wie viele Items die einzelnen Themenbereiche im ersten (I+A) bzw. zweiten Durchlauf der Studie (B) umfassten.

Im Anhang vorliegender Studie sind der Interviewleitfaden sowie die Fragebogenversionen A und B wiedergegeben (siehe Kap. 9.2 – 9.4).

Tabelle 2: Themen des Interviewleitfadens und der Fragebögen Version A & B

Allgemeiner Teil			
Thema	Konkrete Inhalte	Itemanzahl	
		I+A	B
Interesse	Interesse & Teilnahme an einem Nachsorgeprogramm	3	2
	Hinderungsgründe & Teilnahme trotz Hindernissen	2	3
	Eigenbeteiligung an Kosten	2	2
Inhalte	Themen eines Nachsorgeprogramms	21	22
	Bewegungs- bzw. Sportarten	2	2
Form	Vermittlungsart & geeignete Medien	7	7
	Betreuer & Art der Kontaktaufnahme	13	13
	Dauer & Ort des Programms	7	7
	Art der Gruppentreffen	5	5
	Fachkundigen-Hotline	1	1
	Erneuter Klinkaufenthalt	1	1
Teilnahme fördernde Faktoren	Finanzielle Anreize	1	1
	Kontaktieren bei Fehlen & Kontrolle der Erfolge	2	2
	Miteinbeziehen von Angehörigen & Freunden	1	1
Ein- und Ausstiegsfrage in die Thematik	Vorsätze für Zeit nach der Rehabilitation	1	1
	Anmerkungen zur Nachsorge im Allgemeinen	1	1
Spezifischer Teil (telefonische Nachsorge)			
Thema	Konkrete Inhalte	Itemanzahl	
		I+A	B
Interesse	Interesse an Telefonnachsorge	1	1
Form	Beginn, Dauer & Frequenz der Maßnahme	5	5
	Betreuer	9	10
	Geeigneter Zeitpunkt für Telefonat	1	1
Itemanzahl gesamt		86	88

Anmerkung: I+A = Interview & Fragebogenversion A; B = Fragebogenversion B

Insgesamt wurden nur wenig offene Fragen gewählt: Dazu zählten eine offene Frage zum Einstieg in die Thematik (*Vorsätze für die Zeit nach der Rehabilitation*) sowie die Möglichkeit, am Ende der Befragung Anmerkungen zu machen und unter *Sonstiges/ Anderes, nämlich* teilweise eigene Vorschläge angeben zu können. Zusätzlich wurde im Interview nach möglichen Nachsorgeinhalten und Hinderungsgründen für die Teilnahme offen gefragt. Zwei weitere offene Fragen wurden nur im Interview gestellt (*Begründung für Desinteresse an Nachsorge* und *Tagebuch führen wollen*). Darauf wird weiter unten näher eingegangen. Ansonsten kamen vor allem geschlossene Fragen vor. Die statistische Auswertung sollte dadurch erleichtert werden. Wenn die Patienten etwas bewerten sollten, wurde ihnen jeweils eine fünfstufige, intervallskalierte Likert-Skala vorgegeben („gar nicht“ - „wenig“ - „mäßig“ - „ziemlich“ - „sehr“ oder „nein“ - „eher nein“ - „vielleicht“ - „eher ja“ - „ja“). Die übrigen Items waren meist Entscheidungsfragen: So musste man sich etwa in Bezug auf den möglichen Betreuer einer Nachsorgemaßnahme entscheiden, ob dies ein Arzt sein sollte oder nicht. Ein paar Fragen verlangten eine numerische Antwort. Bei anderen waren drei bis fünf Antwortmöglichkeiten genannt: z. B. „ja“, „nein“, „vielleicht“ oder auf die Frage, in welcher maximalen Entfernung die Nachsorge stattfinden dürfte: „0 - 5 km“, „6 - 10 km“, „11 - 20 km“, „21 - 40 km“ oder „> 40 km“. Selten waren Mehrfachwahlen vorgegebener Antwortkategorien möglich, wie beispielsweise bei der Frage zur bevorzugten Bewegungs- bzw. Sportart.

Die Dauer des Interviews betrug im Durchschnitt etwa 10 - 20 Minuten. Es wurde mit Hilfe eines Leitfadens geführt und erfolgte immer durch dieselbe Person. Da bei den offenen Fragen möglichst alle Ideen des Patienten erforscht werden sollten, wurde nach Beantwortung der Frage immer noch einmal nachgehakt, ob den Patienten noch irgendetwas zu diesem Thema einfallt. Falls jemand spontan gar keine Antwort wusste, wurde ihm eine Hilfestellung in Form standardisierter Antwortvorschläge gegeben (siehe Interviewleitfaden im Anhang). Dies war jedoch selten notwendig. Um den Patienten die Antwort auf die geschlossenen Fragen zu erleichtern, wurden die oben genannten fünfstufigen Skalen auf farbigen Karten visualisiert. Es wurde bewusst darauf geachtet, durch eine neutrale Haltung von Seiten der Interviewerin die Patienten in keiner Weise zu beeinflussen.

Nach Auswertung des Interviews erfolgte die Transformation der Fragebogenversion A in die Version B. Wie dabei die Fragen aus dem Interview integriert wurden, veranschaulicht Tabelle 3.

Tabelle 3: Transformation der Fragen aus dem Interview in Fragebogenversion B

Interview		Fragebogenversion B	
Frage	Antwort	Frage	Antwort
Vorsätze für Zeit nach der Rehabilitation	(offen)	Vorsätze für Zeit nach der Rehabilitation	(offen)
Interesse an Nachsorge	fünfstufig: „nein – ja“	Interesse an Nachsorge	fünfstufig: „nein – ja“
Wichtige Nachsorgeinhalte	(offen)	/	/
Bewertung vorgegebener Nachsorgeinhalte	fünfstufig: „gar nicht – sehr“	Bewertung vorgegebener Nachsorgeinhalte (+ 3 weitere Items)	fünfstufig: „gar nicht – sehr“
Hinderungsgründe für die Teilnahme	(offen)	Hinderungsgründe für die Teilnahme	Mehrfachwahl
Teilnahme trotz Hindernissen	fünfstufig: „nein – ja“	Teilnahme trotz Hindernissen	fünfstufig: „nein – ja“

Die offene Frage zu den gewünschten Nachsorgeinhalten fiel dabei weg. Es hatte sich gezeigt, dass den Patienten auch eine *medizinische Betreuung* und die *Vermittlung neuer Erkenntnisse über ihre Krankheit* wichtig waren. Daher wurden diese beiden Punkte der Frage zur Bewertung diverser Nachsorgeinhalte hinzugefügt. Diese Frage kam im Interview bereits vor. Die Kategorie *Anderes, nämlich...* wurde zudem angefügt, um auch den Patienten des zweiten Durchlaufs eigene Vorschläge für Nachsorgeinhalte zu ermöglichen.

Die Liste der Hinderungsgründe, welche die Patienten im Interview spontan nannten, wurde in Fragebogenversion B um weitere denkbare Motive ergänzt. Es entstand eine geschlossene Frage mit Mehrfachwahl.

Ansonsten enthielten die beiden Versionen identische Fragen mit Ausnahme folgender Zusatzfragen: Im Interview wurde, falls ein Patient kein oder wenig Interesse an einem

Nachsorgeprogramm äußerte (Antwortkategorien „nein“, „eher nein“ oder „vielleicht“), nach einer Begründung für dieses Desinteresse gefragt. Im Anschluss an die Frage, ob den Patienten die Auswertung eines selbst geführten Tagebuchs wichtig sei, wurde sich im Interview zusätzlich erkundigt, ob sie ein solches Tagebuch überhaupt führen würden. Im Fragebogen wurde auf diese Frage verzichtet. Denn die meisten Personen, die eine Auswertung des Tagebuchs für wichtig hielten, würden es auch führen und umgekehrt. Des Weiteren wurde im spezifischen Teil von Version B die Frage „Möchten Sie lieber von einer Frau oder einem Mann betreut werden?“ ergänzt. Erst während des Erstellens der Fragebogenversion B kam der Gedanke auf, dass dieser Aspekt relevant sein könnte. Tabelle 4 verdeutlicht, welche Zusatzfragen wo vorkamen und gibt die zugehörigen Antwortkategorien an.

Tabelle 4: Zusatzfragen im Interview/ Fragebogenversion B

Interview	
Frage	Antwortkategorie
Begründung für Desinteresse an Nachsorge	(offen)
Tagebuch führen wollen	(offen)
Fragebogenversion B	
Frage	Antwortkategorie
Telefonische Betreuung durch Mann oder Frau	Mann, Frau, egal

Da das allgemeine Interesse adipöser Patienten an Nachsorgemaßnahmen ein zentrales Thema dieser Arbeit war, wurden dazu mehrere Fragen gestellt. Aus zwei davon („Haben Sie Interesse daran, nach Ende Ihres stationären Rehabilitationsaufenthalts in irgendeiner Form weiter betreut zu werden?“ und „Stellen Sie sich vor, Ihnen würde ein Nachsorgeprogramm nach Abschluss der Rehabilitation angeboten. Würden Sie teilnehmen?“) wurde ein Interessensindex generiert. Dies geschah, indem aus den Antworten beider Fragen ein Mittelwert gebildet wurde. Da beide Fragen mit Hilfe derselben intervallskalierten Likert-Skala (1 = „nein“, 2 = „eher nein“, 3 = „vielleicht“, 4 = „eher ja“, 5 = „ja“) beantwortet werden mussten, war dies problemlos möglich. War eine der zwei Fragen unbeantwortet, erhielt der Interessensindex einen fehlenden Wert.

Die inhaltliche Ähnlichkeit beider Fragen mag zunächst irritieren. Das war jedoch Absicht und liegt in ihrer Stellung begründet: Während die erste Frage zu Beginn des Fragebogens bzw. des Interviews gestellt wurde, also bevor dem Patienten mögliche Nachsorgeinhalte oder deren Vermittlung zur Beurteilung vorgelegt wurden, folgte die zweite Frage erst im Anschluss daran. Dadurch sollte gewährleistet sein, dass Patienten nicht nur deshalb kein Interesse an Nachsorge angeben, weil sie keine oder falsche Vorstellungen von einem solchen Programm haben.

Verwendet wurde der Interessensindex in vorliegender Arbeit v. a. zum Testen von Hypothesen und Vermutungen, die sich auf das allgemeine Nachsorgebedürfnis der Patienten beziehen: z. B. dass adipöse Patienten mit verminderter Lebensqualität ein größeres Nachsorgebedürfnis besitzen als Patienten mit höherer Lebensqualität.

Ebenfalls von Bedeutung erschien die Frage, ob die Patienten lieber von Fachpersonal oder fachfremden Mitarbeitern betreut werden wollen. Dazu wurde ihnen sowohl im allgemeinen als auch im spezifischen Fragebogenteil eine Auswahl möglicher Betreuer geboten, die sie einzeln befürworten oder ablehnen konnten. Bei der Auswertung dieser Fragen wurden aus den zuvor sechs Berufsgruppen zwei neue Kategorien (*Nachsorge durch nicht medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter* und *Nachsorge durch medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter*) erstellt. Zu den nicht medizinischen/therapeutischen Mitarbeitern gehörten der *selbst betroffene Laie* und der *Renten-/Krankenversicherungsmitarbeiter, Krankenschwester, Therapeut (Physiotherapeut o.Ä.), Psychologe* und *Arzt* wurden den medizinischen/therapeutischen Mitarbeitern zugeordnet. Es genügte, eine Untergruppe zu befürworten, um in der entsprechenden neu gebildeten Kategorie ebenfalls eine positive Antwort ($1 = \text{„ja“}$) zu erhalten. Andernfalls wurde eine $0 (= \text{„nein“})$ kodiert.

Weiterhin wurden bei manchen qualitativen Merkmalen Antwortkategorien, die schwach besetzt waren, zusammengefasst: So wurde bei den Fragen zur maximalen Dauer einer Nachsorgemaßnahme aus den Antworten *„maximal 1 Monat“* und *„maximal 3 Monate“* die Kategorie *maximal 3 Monate* erstellt. Die maximale Entfernung des möglichen Nachsorgeorts betreffend, wurden die Antwortkategorien *„0 - 5 km“* und *„6 - 10 km“* zu *„0 - 10 km“* sowie *„21 - 40 km“* und *„> 40 km“* zu

„> 20 km“ zusammengefasst. Aus den Antworten „9 - 12 Uhr“ und „12 - 14 Uhr“ auf die Frage, wann ein geeigneter Zeitpunkt für ein Telefonat wäre, entstand die Kategorie 9 - 14 Uhr.

4.3.2 Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Variablen

Nach den Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Routinedaten“ im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften erfolgte die Erfassung der soziodemographischen Variablen anhand von zwölf Items. Vier zentrale Bereiche wurden dabei abgedeckt:

- Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Alter
- Familienstand und Partnerschaft
- Größe des Haushalts, Anzahl volljähriger Mitglieder und Haushaltseinkommen
- Schulabschluss, Berufsausbildung und Erwerbsstatus.

Um die Befragten später einer Schicht zuweisen zu können, wurde ein Schichtindex gebildet. Dieser setzte sich aus den Aussagen zu Haushaltseinkommen, Schulabschluss und beruflicher Stellung zusammen. Die Antworten auf diese Items wurden als erstes zu drei Gruppen zusammengefasst, denen man, wie in Tabelle 5 dargestellt, Werte von 1 bis 3 zuwies:

Tabelle 5: Umkodierung der Wertelabels für die Items *Haushaltseinkommen, Schulabschluss & Berufliche Stellung*

	Wertelabel	
Haushaltseinkommen	1 =	bis 1500 €
	2 =	1500 - 3000 €
	3 =	über 3000 €
Schulabschluss	1 =	maximal Hauptschulabschluss
	2 =	Mittlere Reife/ Polytechnische Oberschule/ Fachhochschulreife
	3 =	Abitur
Berufliche Stellung	1 =	Arbeiter
	2 =	Angestellter/ Beamter
	3 =	Selbstständiger

Durch Addition der Werte dieser drei Variablen entstand ein Summenscore, mit dessen Hilfe eine Zuordnung der Befragten zur *Unterschicht* (Summenscore 1 - 3), *Mittelschicht* (Summenscore 4 - 6) oder *Oberschicht* (Summenscore 7 - 9) möglich wurde (Deck & Röckelein, 1999).

Unter *Angaben zur Person* findet sich dieser Fragebogen im Anhang (siehe Kap. 9.5).

4.3.3 SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand

Der subjektive Gesundheitszustand bzw. die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten wurde mit Hilfe des SF-12, der Kurzversion des SF-36, erhoben. Um den Fragebogen der Patientenklientel anzupassen, wurden die Fragen nicht, wie zum Teil in der Originalversion, auf die vergangenen vier Wochen, sondern auf die Woche vor Beginn der Rehabilitation bezogen. Schließlich befanden sich die Patienten zum Zeitpunkt der Befragung schon eine Woche in der Klinik. Somit waren sie aus ihrem Alltag herausgelöst. Die Ergebnisse der Befragung sollten durch den stationären Aufenthalt nicht verzerrt werden. Davon abgesehen wurden keine inhaltlichen Änderungen vorgenommen. Die Auswertung fand nach Anweisungen von Bullinger und Kirchberger (1998) statt: Die zwölf Items wurden acht Dimensionen subjektiver Gesundheit (= Subskalen) zugeordnet. Aus diesen Subskalen wurden dann eine *körperliche* und eine *psychische Summenskala* gebildet. Abbildungen 1 und 2 geben die Subskalen wieder und zeigen deren Bezug zu den Summenskalen auf.

Abbildung 1: Zusammensetzung der körperlichen Summenskala

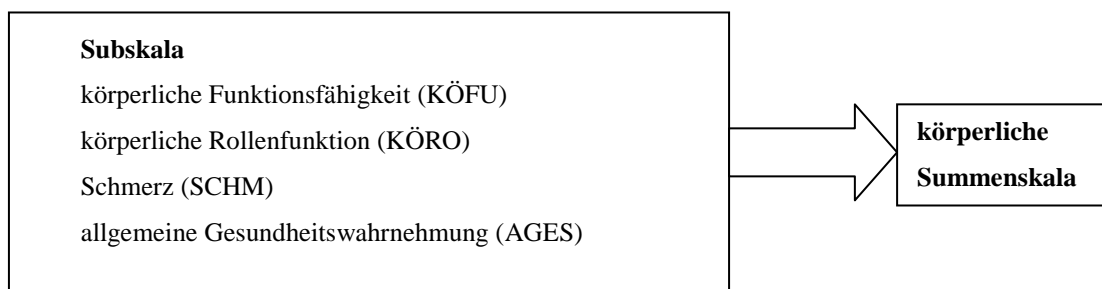
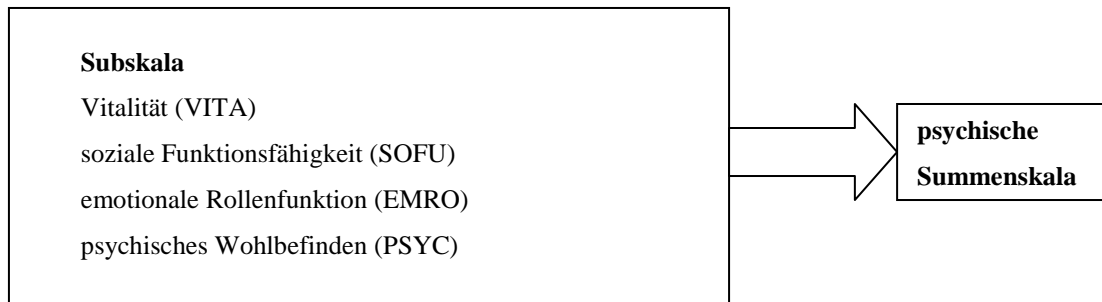


Abbildung 2: Zusammensetzung der psychischen Summenskala



Der Wertebereich der so gewonnenen Summenskalen liegt zwischen 0 und 100, wobei höhere Werte eine bessere Lebensqualität widerspiegeln.

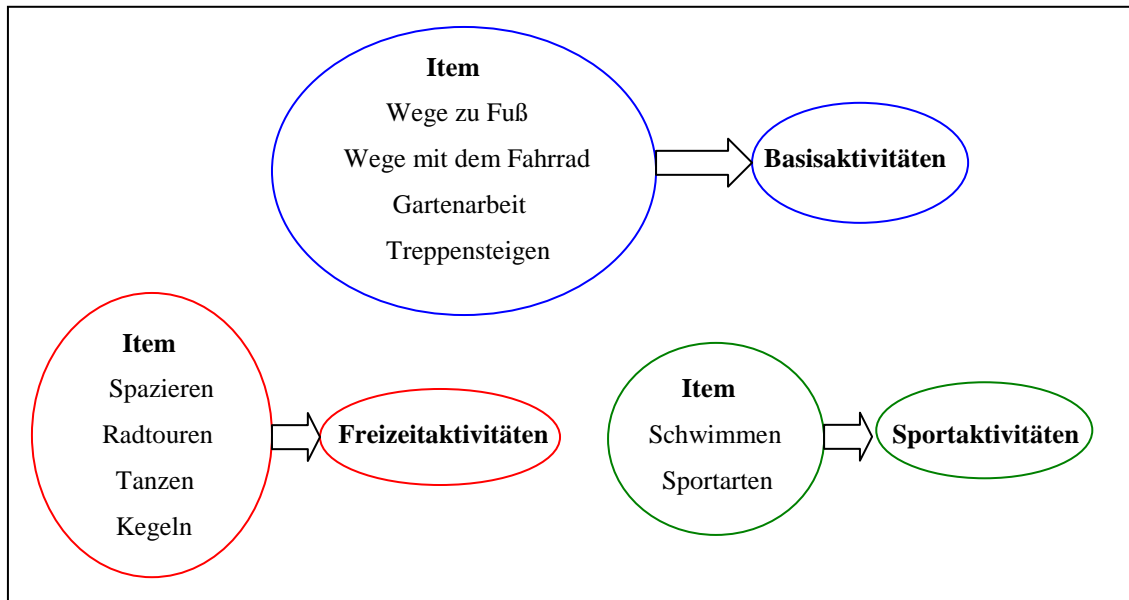
Als Referenzwerte für die körperliche und psychische Summenskala der Patienten wurden in vorliegender Studie die Werte für die Gesamtgruppe der deutschen Normstichprobe im Allgemeinen und mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen verwendet (Bullinger & Kirchberger, 1998).

4.3.4 Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität

Ebenfalls von Interesse für vorliegende Arbeit war das Bewegungsverhalten der Patienten vor Beginn der Rehabilitation. Um dieses zu beurteilen, wurde die Kurzform des Freiburger Fragebogens zur körperlichen Aktivität benutzt. Dieser Fragebogen setzt sich im Original aus acht Hauptfragen zusammen, die sowohl der Erfassung von körperlichen Aktivitäten im Beruf und Alltag als auch in Sport und Freizeit dienen (Frey & Berg, 2002). Es wurden kleinere Modifikationen vorgenommen (siehe *Fragen zur körperlichen Aktivität* im Anhang, Kap. 9.7): Statt nach den Aktivitäten der letzten Woche zu fragen, bezog man sich aus bereits genannten Gründen auf die Woche vor Beginn der Rehabilitation. Zudem wurde Frage 8 (*Tanzen und Kegeln*) des Originals in zwei einzelne Fragen (Frage 8: *Tanzen*; Frage 9: *Kegeln*) untergliedert. Auf die Erhebung von Größe und Gewicht wurde verzichtet, da diese Daten auf anderem Wege gewonnen wurden. Manche Variablen waren anders benannt worden als im Original. Daher mussten sie zur Auswertung zunächst umkodiert werden. Anschließend wurde, wie von Frey et al. (1999) vorgeschlagen, für jede Tätigkeit berechnet, wie viele Stunden pro Woche der Patient dieser gewidmet hatte. Die beruflichen Aktivitäten wurde hierbei außen vor gelassen. Zur Beurteilung der *Gesamtaktivität* (Min./Woche)

eines Patienten wurden zunächst Summenwerte für die *Basis-, Freizeit- und Sportaktivitäten* (jeweils in h/Woche) gebildet. In Abbildung 3 wird dargestellt, aus welchen Variablen die einzelnen Summenwerte berechnet wurden.

Abbildung 3: Zusammensetzung der Summenwerte für Basis-, Freizeit- und Sportaktivitäten



Der Wert, den man für die *Gesamtaktivität* bestimmte, setzte sich aus diesen drei Summenwerten zusammen. Auf die Berechnung des energetischen Inhalts einer Aktivität wurde jeweils verzichtet. Basierend auf dem Ergebnis für die *Gesamtaktivität* wurde am Ende eine weitere Variable (*Kriterium Bewegung*) erstellt. Hatte der Patient eine *Gesamtaktivität* von mindestens 225 Minuten pro Woche erreicht, erfüllte er das Kriterium ($1 = \text{„ja“}$), ansonsten nicht ($0 = \text{„nein“}$). Der Wert 225 Minuten pro Woche (= 5 x 45 Minuten) beruht auf den internationalen Empfehlungen zu Bewegung und Gewichtsreduktion. Die Dauer von 5 x 45 Minuten pro Woche befindet sich allerdings noch im unteren Bereich der gängigen Empfehlungen (Pollock et al., 1998; Jakicic et al., 2001; Saris et al., 2003).

Dieser Wert wurde verwendet, um zwischen Personen, die sich schon vor Beginn der Rehabilitation mehr bewegt hatten (= *Kriterium Bewegung* erfüllt) und solchen, die sich zuvor wenig bewegt hatten (= *Kriterium Bewegung* nicht erfüllt) zu unterscheiden. Schließlich wurde vermutet, dass sich Erstgenannte für das Thema Bewegung mehr interessieren als Letztgenannte.

4.3.5 Erfassung der medizinischen Daten

Die medizinischen Daten der Patienten (Aufnahmegewicht, Körpergröße, Diagnosen) sowie die Aufenthaltsdauer in der Klinik wurden jeweils nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme dem Entlassungsbericht entnommen und dokumentiert. Aus den Angaben zu Gewicht und Größe wurde für jeden Patienten der BMI bei Aufnahme berechnet. Demzufolge wurden die Patienten drei Gruppen zugeteilt: *Adipositas Grad I* (BMI 30 - 34,9 kg/m²), *Grad II* (BMI 35 - 39,9 kg/m²) und *Grad III* (BMI \geq 40 kg/m²). Die Diagnosen wurden meist einzeln in die Datentabelle aufgenommen. Recht seltene Leiden wurden unter der Kategorie *Sonstiges* zusammengefasst. Die Aufenthaltsdauer der Patienten wurde zunächst in Tagen erfasst. Anschließend wurden daraus drei Gruppen gebildet (≤ 21 Tage, 22 - 28 Tage und 29 - 35 Tage).

4.3.6 Erfassung weiterer Variablen

Um herauszufinden, ob und in welchem Umfang die Patienten das Internet nutzen, wurden dem Fragebogen zu soziodemographischen Angaben der Patienten zwei Fragen beigefügt (*Besitzen eines Internetanschlusses*, *Nutzen des Internets*). Daneben wollten wir wissen, ob die Patienten einen Telefonanschluss besitzen. Die Fragen nach Vorhandensein eines Anschlusses waren Entscheidungsfragen. Bei dem Item *Internetnutzung* waren fünf Antwortkategorien vorgegeben („täglich“ - „mindestens einmal/Woche“ - „mindestens einmal/Monat“ - „seltener“ - „nie“).

Des Weiteren sollten die Befragten angeben, wie oft sie in den letzten drei Jahren versucht hatten abzunehmen und wie viele dieser Versuche langfristig erfolgreich gewesen waren. Diese beiden Fragen wurden nach dem SF-12 gestellt und erforderten eine numerische Antwort. Bei der Auswertung wurden für die Abnehmversuche folgende Antwortkategorien gebildet: ≤ 10 Versuche und > 10 Versuche.

Alle fünf Zusatzfragen sind im Anhang (siehe Kap. 9.5 und 9.6) wiedergegeben.

4.4 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte durch das Datenverarbeitungsprogramm SPSS 15.0 für Windows. Hinweise zur Auswertung wurden den Büchern „Statistik mit SPSS für Windows, Version 15“ (Diehl & Staufenbiel, 2007) und „Discovering Statistics Using SPSS“ (Field, 2005) entnommen.

Die Daten wurden vor allem deskriptiv ausgewertet. Dazu wurden Häufigkeiten, der Mittelwert (M), die Standardabweichung (SD) und der Median bestimmt.

Daneben wurden Signifikanztests durchgeführt. Dies diente zum Testen der Hypothesen und zum Aufdecken möglicher Zusammenhänge zwischen Merkmalen wie Alter oder Geschlecht und dem Nachsorgebedürfnis.

Bei intervallskalierten Variablen sollten die Mittelwerte anhand des t-Tests nach Student für abhängige bzw. unabhängige Stichproben verglichen werden. Da dieser Test u. a. gleiche Varianzen zur Bedingung hat, wurden die unabhängigen Stichproben zunächst mittels des Levene-Tests auf Varianzgleichheit überprüft. Falls die Irrtumswahrscheinlichkeit $p > 0,05$ war, konnte der t-Test angewandt werden, falls nicht, wurde der Welch-Test verwendet. Letzteres war allerdings selten der Fall.

Ein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten zweier Stichproben liegt dann vor, wenn sich für den t-Test eine Irrtumswahrscheinlichkeit p von $< 0,05$ ergibt.

Bei signifikanten Unterschieden bzw. bei der Prüfung von Hypothesen wurde zusätzlich die Effektstärke d nach Cohen berechnet. Dies erfolgte bei unabhängigen Stichproben durch folgende Formel (Cohen, 1988):

$$d = t \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2}}$$

Bei abhängigen Stichproben wurde die Formel nach Dunlap et al. (1996) gebraucht:

$$d = t \sqrt{\frac{2(1-r)}{n}}$$

Wenn $|d|$ den Wert 0,20 annimmt, spricht man laut Cohen (1988) von einem kleinen Effekt, bei 0,50 von einem mittleren, bei einem Wert von 0,80 von einem großen Effekt (Bühner & Ziegler, 2009).

Bei nominalskalierten Daten wurde Fishers exakter Test benutzt, um signifikante Zusammenhänge ($p < 0,05$) zwischen zwei Variablen aufzuzeigen.

4.5 Operationale Hypothesen

Bevor auf die konkrete Durchführung der Studie eingegangen wird, soll noch erläutert werden, anhand welcher Variablen und welcher statistischer Verfahren die bereits erwähnten Hypothesen getestet wurden.

Hypothese 1: Ältere adipöse Patienten (≥ 50 Jahre) sind an einer telefonischen Nachbetreuung stärker interessiert als an einer Nachbetreuung via Internet.

Um diese Hypothese zu testen, wurden aus der numerischen Altersangabe der Patienten zwei Gruppen gebildet: jüngere Patienten (< 50 Jahre) und ältere Patienten (≥ 50 Jahre). Für die weiteren Analysen wurde nur die Gruppe der ≥ 50 -Jährigen betrachtet. Mittels t-Test bei abhängigen Stichproben wurden die Antworten auf die Fragen, wie geeignet die Patienten das Medium *Telefon* und *E-Mail* bzw. *Telefon* und *Interaktive Websites* finden, verglichen. Anschließend wurden für beide Tests die Effektstärken bestimmt.

Hypothese 2: Adipöse Patienten möchten im Rahmen der Nachsorge lieber von Fachpersonal (Therapeuten, Krankenschwestern) als von fachfremden Personen (selbst betroffene Laien, Versicherungsmitarbeiter) betreut werden.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die Wünsche bezüglich der betreuenden Person im allgemeinen Fragebogenteil genauer betrachtet. Dabei wurden jeweils die neu gebildeten Kategorien (*Nachsorge durch medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter* und *Nachsorge durch nicht medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter*) zur Auswertung verwendet. Die Anzahl der Ja-Stimmen wurden einander gegenübergestellt.

Hypothese 3: Das Nachsorgebedürfnis von Frauen und Männern unterscheidet sich: Frauen ist im Rahmen der Nachsorge das Thema Ernährung wichtiger als Männern. Zudem wünschen sich Frauen mehr psychologische Betreuung als Männer. Männer hingegen interessieren sich im Bereich der Nachsorge mehr für Bewegung als Frauen.

Im Falle dieser Hypothese waren die Fragen „*Wie wichtig wäre Ihnen im Rahmen der Nachsorge das Thema Ernährung/Bewegung/eine (psychologische) Unterstützung bei der Lebensstiländerung?*“ von besonderer Bedeutung. Zusätzlich schauten wir uns deren Unterfragen (*weitere Informationen, konkrete Angebote usw.*) an. Die Antworten von Männern und Frauen wurden getrennt betrachtet. Bei den

intervallskalierten Daten („*Wie wichtig wäre Ihnen...*“) wurden t-Tests bei unabhängigen Stichproben durchgeführt und die Effektstärken berechnet. Bei den nominalskalierten Daten wurde jeweils der exakte Test nach Fisher benutzt.

Hypothese 4: Adipöse Patienten, die eine verminderte Lebensqualität angeben, besitzen ein größeres Nachsorgebedürfnis als Patienten mit höherer Lebensqualität.

Ob diese Hypothese zutrifft, wurde anhand des Interessensindex mittels t-Tests bei unabhängigen Stichproben entschieden. Die beiden unabhängigen Stichproben wurden wie folgt generiert: Einerseits wurde mit Hilfe des Medians der körperlichen und psychischen Summenskala der Patientenstichprobe die Daten jeweils in zwei Gruppen aufgeteilt, andererseits mit Hilfe der Mittelwerte beider Skalen der deutschen Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen. Auch hier wurde die Effektstärke bestimmt.

Hypothese 5: Personen, die schon mehrere erfolglose Abnehmversuche hinter sich haben, wünschen sich mehr professionelle Unterstützung als Personen mit weniger negativen Erfahrungen bezüglich des Gewichtsverlaufs.

Zunächst wurden die Befragten in zwei etwa gleich große Gruppen aufgeteilt. Die Antworten auf die Frage „*Wie oft haben Sie in den letzten drei Jahren versucht abzunehmen?*“ spielten hierbei eine Rolle. Die Grenze wurde bei dem Median gezogen (≤ 3 Versuche und > 3 Versuche). Die zweite Frage zu diesem Thema („*Wie viele Versuche würden Sie selbst als langfristig erfolgreich einstufen?*“) blieb bei der Einteilung unberücksichtigt. Die meisten Patienten hatten keinen langfristig erfolgreichen Versuch angegeben – falls doch, war es in der Regel nur einer. Dies war zudem mehrheitlich bei denjenigen Patienten der Fall, die nicht mehr als drei Versuche unternommen hatten. Ähnlich wie bei Hypothese 2 wurden dann für beide Gruppen die Antworten in Hinblick auf die Kategorien *Nachsorge durch medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter* und *Nachsorge durch nicht medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter* deskriptiv ausgewertet.

4.6 Konkrete Durchführung

Nachdem die Studie durch die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg bewilligt worden war, erfolgte die Datenerhebung vom 22. August bis zum 24. Oktober 2008.

Um die Patienten auf die Studie aufmerksam zu machen, wurde sie jede Woche am Ende der Begrüßungsveranstaltung für neu eingetroffene Patienten in der Saale-Klinik vorgestellt. Zu dieser Veranstaltung, die jeweils freitags stattfand, wurden alle Patienten, die in der laufenden Woche ihren Rehabilitationsaufenthalt begonnen hatten, geladen. Es wurde betont, dass sich diese Studie speziell an Patienten mit einem BMI ≥ 30 kg/m² richte, die Teilnahme freiwillig sei und auch ein Nichtteilnehmen keinerlei Auswirkung auf den Klinikaufenthalt habe. Nach Vorstellung der Studie wurde an interessierte Personen die Patienteninformation verteilt, der die Einverständniserklärung zur Studie beigelegt war. Diese sollten die Patienten, falls sie teilnehmen wollten, vor Veranstaltungsschluss unterschrieben zurückgeben.

Die Befragung ging jeweils eine Woche später vonstatten. Dies sollte es den Patienten, die noch nicht wussten, was genau sie während der Rehabilitation erwarten würde, ermöglichen, sich zunächst ein konkreteres Bild von möglichen Therapiemaßnahmen bei Adipositas zu machen. Erst danach sollten sie zu ihren Wünschen im Rahmen der Nachsorge befragt werden. In der Zwischenzeit wurde für jeden Patienten ein individueller Termin für das Interview vereinbart. Im Anschluss an das Interview erhielten die Patienten den in Kapitel 4.3 beschriebenen Fragebogenkatalog (Version A + weitere Fragebögen). Er sollte bis zum folgenden Montag ausgefüllt und zurückgegeben werden.

Nachdem 54 Personen auf diese Art befragt worden waren, wurde das Verfahren umgestellt: Den Patienten wurde nun lediglich eine Woche nach ihrer Einverständniserklärung zur Studie der modifizierte Fragebogenkatalog (Version B + weitere Fragebögen) übergeben. Stichtag für die Rückgabe war wieder der darauf folgende Montag.

Angaben zu Größe und Gewicht sowie medizinische Daten der Patienten wurden nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme über den Entlassungsbericht erfasst.

Insgesamt hatten sich 124 Patienten bereit erklärt, an der Studie teilzunehmen. Bis auf einen erschienen alle Patienten des ersten Durchlaufs zum Interview und beantworteten die ausgehändigten Fragebögen. Ein weiterer Patient konnte nicht teilnehmen, da er

zwischenzeitlich ins Krankenhaus musste. Fünf Patienten haben den modifizierten Fragebogenkatalog nicht abgegeben. Daneben mussten zwei Patienten ausgeschlossen werden, da sie übergewichtig, aber nicht adipös waren. Folglich konnten die Daten von 115 Patienten für die Studie ausgewertet werden. 54 Rehabilitanden (47%) nahmen am ersten Durchlauf teil, 61 (53%) am zweiten.

Über die genaue Verweigerungsquote kann leider keine Aussage getroffen werden. Schließlich waren beim wöchentlichen Vorstellen der Studie nicht nur adipöse Personen gegenwärtig. Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnte nur der BMI von Studienteilnehmern erfasst werden. Daher ist nicht bekannt, wie viele Patienten mit Adipositas insgesamt in der Begrüßungsveranstaltung anwesend waren. Datenschutzbedingt war es auch nicht möglich, weitere Informationen über nichtteilnehmende Personen zu erhalten. Es konnten jedoch folgende Beobachtungen gemacht werden: Etwa die Hälfte der vermeintlich übergewichtigen oder adipösen Patienten, die jeweils anwesend waren, stimmten der Teilnahme an der Studie zu. Über die Gründe der Nichtteilnahme können nur Mutmaßungen getroffen werden. Im Rahmen der Diskussion wird darauf näher eingegangen.

5 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse beginnt mit der Stichprobenbeschreibung. Anschließend werden die Antworten der Patienten auf die einzelnen Fragestellungen betrachtet.

5.1 Soziodemographische Daten der Patienten

Eine Übersicht wichtiger soziodemographischer Daten der Stichprobe geben die Tabellen 6 und 7.

Tabelle 6: Soziodemographische Daten der Patienten (1)

Alter (N = 114)	Minimum	20	
	Maximum	62	
	Mittelwert	47,25	
	Standardabweichung	9,57	
	Median	49	
		n	%
	< 50 Jahre	59	52
	≥ 50 Jahre	55	48
Geschlecht (N = 115)	männlich	49	43
	weiblich	66	57
Staatsangehörigkeit (N = 115)	deutsch	111	97
	nicht deutsch	4	3
Familienstand (N = 115)	ledig	29	25
	verheiratet	70	61
	geschieden/getrennt lebend	14	12
	verwitwet	2	2
fester Partner (N = 110)	ja	77	70
	nein	33	30

Das Alter der Patienten variierte zwischen 20 und 62 Jahren. Es lag im Mittel bei 47,25 Jahren ($SD = 9,57$; Median = 49). Wie es in einer Klinik einer Rentenversicherung zu erwarten ist, war der Großteil der Befragten (91%) zwischen 30 und 60 Jahren alt. Es nahmen 66 Frauen (57%) an der Studie teil. Während bei der Befragung mit Interview die Anzahl der Männer leicht überwog (57%), nahmen im zweiten Durchlauf mehr Frauen teil (70%). Ob dies Zufall war oder mit der Art der Befragung zusammenhing, kann nicht beurteilt werden. Vier Personen waren ausländische Staatsbürger, jedoch mit ausreichend deutschen Sprachkenntnissen. Der Anteil Verheirateter lag bei 61%. 70% der Patienten lebten mit einem festen Partner zusammen.

63 der 115 Befragten (55%) gaben an, einen Haupt- oder Realschulabschluss zu haben (Tabelle 7). Weitere 43% haben ihre Schullaufbahn an einer polytechnischen Oberschule, Fachhochschule oder einem Gymnasium abgeschlossen. Die meisten Patienten waren erwerbstätig: überwiegend ganztags (71%) oder halbtags (11%). Die Mehrzahl der untersuchten Personen gehörte der Mittelschicht an (61%). 38% der Studienteilnehmer waren Teil der Oberschicht. Nur eine Person war der Unterschicht zuzuordnen. Diese Einteilung erfolgte, wie in Kapitel 4.3.2 erläutert, mit Hilfe der Angaben zu Schulabschluss, beruflicher Stellung und Haushaltseinkommen.

Tabelle 7: Soziodemographische Daten der Patienten (2)

		n	%
höchster Schulabschluss (N = 115)	Hauptschule/Volksschule	26	23
	Realschule/Mittlere Reife	37	32
	Polytechnische Oberschule	6	5
	Fachhochschulreife	17	15
	Abitur/Allgemeine Hochschulreife	27	23
	anderen Schulabschluss	2	2
Erwerbstätigkeit (N = 114)	ja, ganztags	81	71
	ja, mindestens halbtags	13	11
	ja, weniger als halbtags	3	3
	nein, Hausfrau/Hausmann	3	3
	nein, arbeitslos/erwerbslos	10	9
	nein, anderes	4	4
Schichtindex (N = 110)	Unterschicht	1	1
	Mittelschicht	67	61
	Oberschicht	42	38

5.2 Medizinische Daten der Patienten

Zu Beginn ihres Aufenthalts streute der Body Mass Index (BMI) der Befragten zwischen 30,4 und 60,6 kg/m². Der Mittelwert lag bei 40,54 kg/m² (SD = 6,06; Median = 39,77). Es kamen alle Schweregrade von Adipositas vor (siehe Tabelle 8). In der Patientengruppe mit Adipositas Grad III schwankte der BMI zwischen 40,0 und 60,6 kg/m². Dabei hatten 48 Patienten einen BMI zwischen 40,0 und 50,0 kg/m², die restlichen neun zwischen 50,3 und 60,6 kg/m².

Tabelle 8: Adipositas-Schweregrade bei den Patienten (N = 115)

	n	%
Adipositas Grad I (BMI 30 - 34,9 kg/m ²)	22	19
Adipositas Grad II (BMI 35 - 39,9 kg/m ²)	36	31
Adipositas Grad III (BMI ≥ 40 kg/m ²)	57	50

Alle Patienten waren multimorbide. Die häufigsten Diagnosen neben Adipositas sind in Tabelle 9 wiedergegeben.

Tabelle 9: Häufigsten Nebendiagnosen der Patienten (N = 115)

Diagnose	n	%
arterielle Hypertonie	85	74
Diabetes mellitus Typ 2	58	50
Erkrankungen des Bewegungsapparates	61	53
Fettstoffwechselstörungen	59	51
psychovegetative bzw. psychophysische Erschöpfung	28	24
Nikotinabusus	16	14
Schlafapnoe-Syndrom	10	9

Es fällt auf, dass gerade Erkrankungen, die – ebenso wie Adipositas – Teil des metabolischen Syndroms sind, besonders oft auftraten. Dazu zählen arterielle Hypertonie, Glukose- und Fettstoffwechselstörungen. Auch Erkrankungen des Bewegungsapparates, welche durch Adipositas hervorgerufen oder verschlimmert werden können, kamen gehäuft vor. Für das Schlafapnoe-Syndrom stellt Adipositas ebenfalls einen Risikofaktor dar.

Die Aufenthaltsdauer in der Klinik betrug für die Patienten im Mittel 26 Tage (SD = 4; Median = 28). 44% der 115 Studienteilnehmer blieben drei Wochen, weitere 44% bis zu vier Wochen und lediglich 11% der Patienten bis zu fünf Wochen in der Klinik.

5.3 Nachsorgeinteresse

Fragestellung 1 lautete: Wie groß ist im Allgemeinen bei adipösen Patienten das Interesse, nach einem stationären Rehabilitationsaufenthalt an einem Nachsorgeprogramm teilzunehmen?

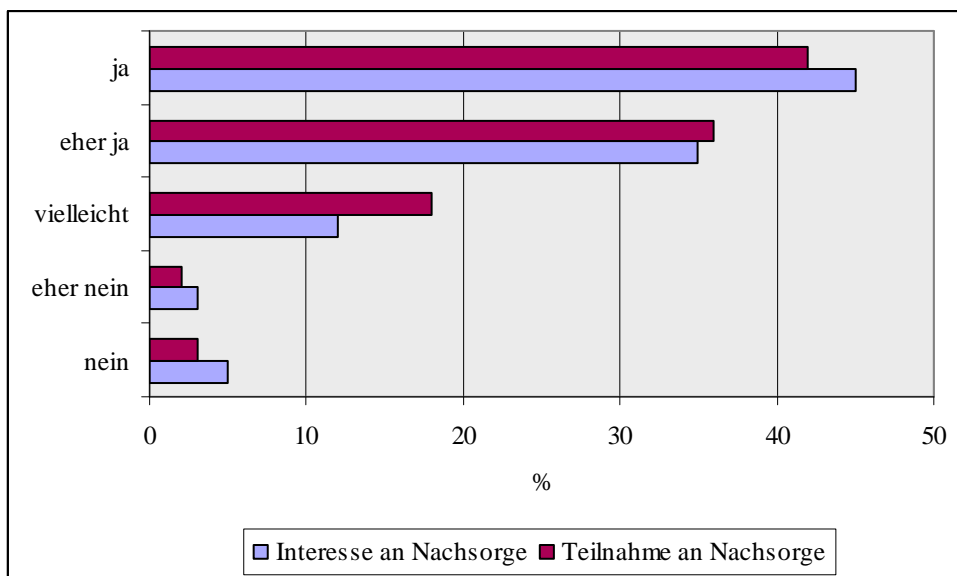
Um das Ausmaß des Nachsorgebedürfnisses der Patienten zu erfassen, wurden diese nach ihrem Interesse an einer Betreuung nach Ende ihres stationären Aufenthalts gefragt. Zusätzlich wurde eruiert, ob sie an einem angebotenen Nachsorgeprogramm teilnehmen würden.

Es gab jeweils fünf Antwortkategorien, die mit Werten von 1 bis 5 versehen wurden. Ein hoher Wert repräsentierte eine positivere Einstellung. Tabelle 10 und Abbildung 4 zeigen, wie sich die Patienten entschieden.

Tabelle 10: Interesse/Teilnahme an Nachsorge (N = 115)

	nein		eher nein		vielleicht		eher ja		ja	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Interesse an Nachsorge	6	5	3	3	14	12	40	35	52	45
Teilnahme an Nachsorge	3	3	2	2	21	18	41	36	48	42

Abbildung 4: Interesse/Teilnahme an Nachsorge (N = 115)



Ca. 80% der Befragten beantworteten die Frage nach ihrem Interesse an einer Nachsorgemaßnahme bzw. der Teilnahmebereitschaft mit „ja“ oder „eher ja“. Somit bekundeten die Patienten sowohl zu Beginn des Interviews bzw. der Fragebogenversion B (Item *Interesse an Nachsorge*), als ihnen noch keine konkreten Vorschläge zu Inhalt und Form einer möglichen Nachsorgemaßnahme gemacht worden waren, als auch im Anschluss daran (Item *Teilnahme an Nachsorge*) ein klares Nachsorgeinteresse. Der Mittelwert lag für beide Fragen bei 4,12 ($SD_{\text{Interesse}} = 1,07$; $\text{Median}_{\text{Interesse}} = 4,00$; $SD_{\text{Teilnahme}} = 0,95$; $\text{Median}_{\text{Teilnahme}} = 4,00$). Folglich ergaben sich für den Interessensindex aus beiden Items ähnlich hohe Werte ($M = 4,12$; $SD = 0,94$; $\text{Median} = 4,50$).

Hatte jemand bei dem Item *Interesse an Nachsorge* im Interview die Antwort „nein“, „eher nein“ oder „vielleicht“ gegeben, wurde nach Gründen für das Desinteresse gefragt. Dies betraf 14 der 54 Interviewten (26%). Folgendes wurde genannt: Fünfmal wurden Zeitmangel und Koordinationsprobleme („bin viel im Ausland“, „soweit mit der Arbeit vereinbar“) aufgeführt. Vier Personen fühlten sich schon gut von ihrem Arzt betreut und wollten mit diesem zusammen nach der Rehabilitation weiterarbeiten bzw. waren bereits in psychologischer Betreuung. Drei Patienten meinten, sie bräuchten keine Hilfe von außen. Weitere drei sagten, es komme auf die Art der Nachsorge an. Einer hatte schon mit dem Programm „Life“ negative Erfahrungen gemacht und beantwortete die Frage daher nur mit „vielleicht“.

Des Weiteren wurde den Patienten im spezifischen Teil der Befragung folgende Situation vorgegeben:

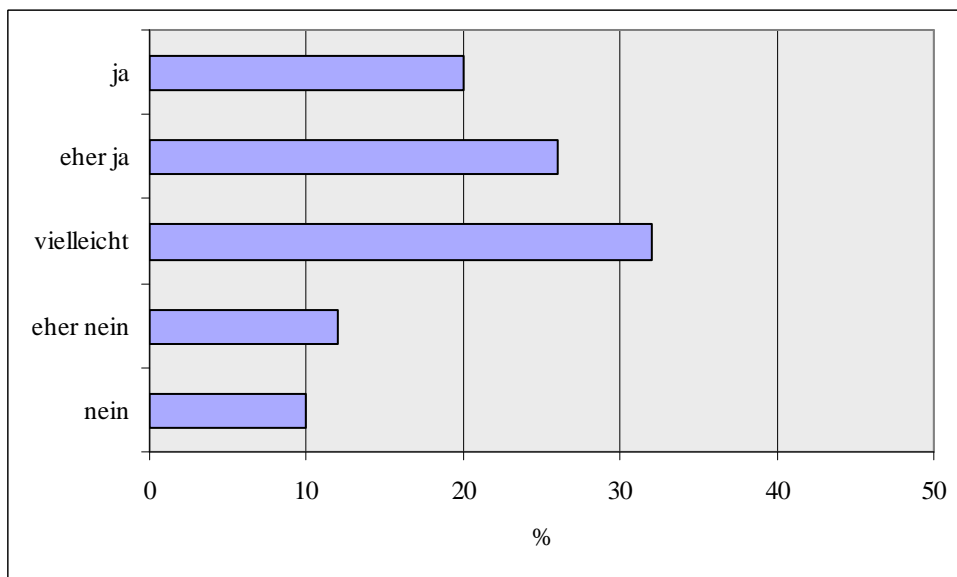
„Stellen Sie sich vor, die Saale-Klinik würde ein Nachsorgeprogramm anbieten, bei dem Sie von der Klinik nach Abschluss der Rehabilitation über einen gewissen Zeitraum telefonisch betreut würden. Der inhaltliche Schwerpunkt dieser Nachsorge wäre Bewegung.“

Anschließend sollten die Patienten angeben, ob sie Interesse hätten, daran teilzunehmen. Als Antwortmöglichkeit war wiederum die fünfstufige Likert-Skala von „nein“ bis „ja“ vorgegeben. Tabelle 11 und Abbildung 5 legen dar, wie häufig die einzelnen Kategorien genannt wurden.

Tabelle 11: Interesse an telefonischer Nachsorge (N = 113)

	n	%
nein (1)	11	10
eher nein (2)	14	12
vielleicht (3)	36	32
eher ja (4)	29	26
ja (5)	23	20

Abbildung 5: Interesse an telefonischer Nachsorge (N = 113)



Vergleicht man Abbildung 4 mit Abbildung 5, wird deutlich, dass die Befragten an der beschriebenen telefonischen Nachsorge kein so großes Interesse wie an Nachsorge im Allgemeinen hatten: Nur noch 46 % interessierten sich für diese Art von Nachbetreuung (Zusammenfassung der Kategorien „eher ja“ und „ja“). Einige Patienten waren sich unsicher oder lehnten dies eher ab. Die statistischen Kennwerte fielen daher etwas niedriger aus ($M = 3,35$; $SD = 1,22$; Median = 3,00).

Weitere Hinweise auf das tatsächliche Nachsorgeinteresse der Patienten lieferten die Fragen, was die Patienten wohl daran hindern könnte, an einem Nachsorgeprogramm teilzunehmen bzw. ein bereits begonnenes Programm weiterzuführen, und ob sie trotz dieser Hindernisse weiterhin an der Nachsorge teilnehmen würden. Diese Fragen

wurden an alle Teilnehmer gerichtet, nicht nur an diejenigen, die ein geringes Interesse an Nachsorge geäußert hatten.

Wie bereits beschrieben, war die Frage nach den Hinderungsgründen im Interview eine offene Frage. In Fragebogenversion B war sie geschlossen. Dazu wurden die Antworten der Interviewten auf die offene Frage in Kategorien zusammengefasst. Ein paar zusätzliche Hinderungsgründe wurden ergänzt. Unter *Sonstiges* konnten die Patienten des zweiten Durchlaufs zudem eigene Motive aufführen. Eine Hilfestellung war im Interview bei dieser Frage nicht nötig.

Die Auswertung beider Fragen erfolgte gemeinsam. Es waren jeweils Mehrfachnennungen möglich. Daher ist die Summe der Häufigkeiten größer als 115. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Basis 115.

Tabelle 12 nennt die möglichen Hinderungsgründe für eine Kursteilnahme.

Tabelle 12: Hinderungsgründe (N = 115)

	n	%
Zeitmangel	75	65
zu großer Aufwand (z. B. Kosten, Entfernung o. Ä.)	46	40
Unzufriedenheit mit dem Programm	39	34
körperliche oder psychische Beschwerden	29	25
gerade keine Lust	19	17
Probleme mit anderen, die an dem Programm beteiligt sind	10	9
Sonstiges	5	4
Nutzen nicht gleich bemerkbar	4	3
keine Hinderungsgründe	3	3
kein Nachsorgebedürfnis	3	3

Offensichtlich stellte Mangel an Zeit für die meisten Patienten (65%) das größte Problem in Hinblick auf ein Nachsorgeprogramm dar. Viele Patienten erzählten im Interview von möglichen Schwierigkeiten bei der Koordination der Nachsorgetermine mit den Arbeitszeiten sowie mit familiären Beanspruchungen. Daneben könnte 40% der Befragten ein zu großer Aufwand (z. B. Kosten, Entfernung) von der Teilnahme ab-

halten. Auch Unzufriedenheit mit dem Programm – wenn dieses etwa „*nicht individuell genug*“ wäre, sich die „*theoretischen Vorgaben des Programms nicht in die Praxis (...) umsetzen ließen*“ oder Kontrolle eine zu große Rolle spielen würde – könnte die Teilnahme von 34% der Patienten behindern. Für 25% könnten körperliche oder psychische Beschwerden, wie beispielsweise „*Schmerzen*“ oder „*Krankheiten*“, hinderlich sein. *Gerade keine Lust* zu haben wurde hingegen nur von 17% der Studienteilnehmer aufgeführt. Im Interview wurde dieses Phänomen häufig mit dem „*inneren Schweinehund*“ beschrieben, den es zu überwinden gelte. Drei Patienten sagten, es gebe für sie keine Hinderungsgründe und einer nannte erst auf Nachfrage „*Arbeit und Zeit*“. Weitere drei Patienten wollten generell keine Nachsorge. Unter *Sonstiges* wurden „*Berufliche Verpflichtungen*“, „*Schichtdienst*“ und „*Telefon habe ich nicht so gern*“ erwähnt.

Wie Tabelle 13 zeigt, würde die Mehrzahl der Befragten (67%) trotz dieser Hindernisse wohl weiterhin an der Nachsorge teilnehmen (Zusammenfassung der Kategorien „*eher ja*“ und „*ja*“). Der Mittelwert lag bei 3,95 (SD = 1,10; Median = 4,00).

Tabelle 13: Teilnahme trotz Hindernissen (N = 115)

	n	%
nein (1)	4	3
eher nein (2)	7	6
vielleicht (3)	27	23
eher ja (4)	30	26
ja (5)	47	41

Zudem verwies die Bereitschaft der Patienten, im Rahmen der Nachsorge anfallende Kosten (z. B. Fahrtkosten oder Kursgebühren) selbst zu übernehmen, auf deren Interesse.

Tabelle 14 gibt darüber detailliert Auskunft.

Tabelle 14: Kostenübernahme von Seiten der Patienten im Rahmen der Nachsorge (N = 113)

	n	%
ja	51	45
vielleicht	41	36
nein	21	19

Insgesamt kam es für 81% der Patienten in Frage, Kosten selbst zu übernehmen (Zusammenfassung der Kategorien „ja“ und „vielleicht“). Nur 19% der Patienten lehnten dies definitiv ab.

64 Personen gaben diesbezüglich einen monatlichen Maximalbetrag an.

Die Werte schwankten zwischen 5 und 500 Euro. Der Mittelwert lag bei 50,37 Euro (SD = 64,66), der Median bei 50 Euro. Dieser Betrag wurde von 34% der Patienten und somit am häufigsten genannt.

Betrachtet man die Antworten der Patienten auf alle sieben Fragen, wird deren ernsthaftes Interesse an einem Nachsorgeprogramm sehr deutlich: Sie gaben nicht nur ein klares Interesse an und würden an einem Angebot teilnehmen, sondern nannten zumeist auch nur wenige, oft gewichtige Gründe, die gegen eine Teilnahme sprechen. Zudem wollten sie in den meisten Fällen trotz dieser Hindernisse das Programm fortführen. Daneben wird das Nachsorgebedürfnis der Patienten durch die Bereitschaft, sich finanziell an einem Nachsorgeprogramm zu beteiligen, unterstrichen.

Die Vermutung, das Interesse adipöser Patienten an der Teilnahme eines Nachsorgeprogramms sei insgesamt groß, kann somit bestätigt werden.

5.4 Nachsorgeinhalte

Fragestellung 2 war: Welche Inhalte sind adipösen Patienten im Rahmen der Nachsorge wichtig?

Um herauszufinden, welche Themen für adipöse Patienten bei einer Nachsorgemaßnahme von Bedeutung sind, wurde im Interview mittels einer offenen Frage nach wichtigen Inhalten gefragt.

Nur 4 der 54 Interviewten benötigten bei dieser Frage eine Hilfestellung. Diesen wurde „z. B. im Bereich Ernährung, Bewegung; Wenn ja, was genau?“ vorgegeben.

Die Antworten der Befragten wurden bei der Auswertung in Kategorien zusammengefasst. Es waren Mehrfachnennungen möglich. Tabelle 15 gibt die Besetzung der einzelnen Kategorien an. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Basis 54.

Tabelle 15: Gewünschte Nachsorgeinhalte (offene Frage) (N = 54)

	n	%
Ernährung	21	39
Bewegung	20	37
medizinische Betreuung (Kontrolle von Werten etc.)	20	37
Erfolgskontrolle/ Motivation	13	24
neueste Erkenntnisse über ihre Krankheit	8	15
psychologische Unterstützung	8	15
Angebote von Krankenkasse	5	9
feste Termine	4	7
Nennen von hilfreichen Adressen für Nachsorge	3	6
Sonstiges	1	2
keine gewünschten Inhalte	4	7

Spontan waren für jeweils ca. 40 % der Interviewten besonders die Themen *Ernährung*, *Bewegung* und eine *medizinische Betreuung* wichtig - etwa in Form von „regelmäßige[n], ärztliche[n] Kontrolle[n] des Gewichts“ sowie anderer medizinischer Werte (Blutzucker, Cholesterin, Blutdruck etc.). Dabei auch *neueste Erkenntnisse* in Hinblick auf ihre Krankheit, Medikamente und Therapiemöglichkeiten zu erhalten, war für 15% der Studienteilnehmer bedeutend. Weitere 24% brauchen jemanden, der sie antreibe, der sie immer wieder an die zu erreichenden Ziele erinnere, ein Feedback gebe. Neben dieser Art der Erfolgskontrolle schienen manchen (7%) feste Termine hilfreich, damit „man (...) sich nicht so hängen [lässt]“ und „für mehr Disziplin“ gesorgt wird. Nach Wunsch einiger Patienten sollte die Kontrolle ein gewisses Maß jedoch nicht überschreiten. Es sollte motiviert werden, ohne dass Vorschriften und Tadel zu sehr im

Vordergrund stehen. Weitere Vorschläge von Seiten der Befragten können Tabelle 15 entnommen werden. Unter *Sonstiges* wurde „*Hilfe zur Raucherentwöhnung*“ genannt. Vier Personen gaben keine inhaltlichen Wünsche in Bezug auf Nachsorge an.

Alles in allem sprachen die Patienten zumeist Inhalte an, die bei der Konzeption des Fragenkatalogs bereits bedacht worden waren. Neu hinzu kam allerdings, dass bei den meisten Patienten Adipositas nicht das einzige Problem war, sondern häufig z. B. auch Diabetes und Hypertonie, deren Wertekontrolle den Patienten am Herzen lag. Gleiches gilt für die regelmäßige Information über neue Erkenntnisse bezüglich ihrer Krankheit. Daher wurden diese beiden Items der geschlossenen Frage („*Wie wichtig wäre Ihnen im Rahmen der Nachsorge...*“) in Fragebogenversion B hinzugefügt.

Wie zuvor beschrieben, wurden in Interview und Fragebogenversion B den Patienten anschließend diverse Nachsorgeinhalte vorgegeben, die sie nach ihrer Wichtigkeit auf einer Skala von 1 bis 5 (1 = „*gar nicht wichtig*“, 2 = „*wenig wichtig*“, 3 = „*mäßig wichtig*“, 4 = „*ziemlich wichtig*“, 5 = „*sehr wichtig*“) bewerten sollten.

Tabelle 16 nennt für die vorgeschlagenen Nachsorgeinhalte die jeweiligen statistischen Kennwerte.

Die Items *medizinische Betreuung*, *Vermittlung neuer Erkenntnisse über Ihre Krankheit* und *Anderes, nämlich...* wurden nur in Fragebogenversion B zur Bewertung vorgelegt. Deren Kennwerte entstanden somit aus den Antworten von maximal 61 Patienten.

Tabelle 16: Bedeutung vorgegebener Themen

Thema	N	M	SD	Median
Bewegung	115	4,52	0,81	5,00
Ernährung	115	4,43	0,84	5,00
Adressen für Hilfe & Nachsorgeangebote	115	3,70	1,25	4,00
Erfolgskontrolle	115	3,58	1,28	4,00
(psychologische) Unterstützung bei Lebensstiländerung	114	3,18	1,41	3,00
Auswertung selbst geführter Tagebücher	115	2,90	1,32	3,00
Hilfen mit Arbeitgeber, Behörden, Kostenträgern	115	2,51	1,40	2,00
Hilfen zur Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen	114	2,43	1,26	2,00
neue Erkenntnisse über Krankheit	61	4,03	0,98	4,00
medizinische Betreuung	61	3,89	1,34	4,00
Anderes	6	2,17	1,84	1,00

Die Themen *Bewegung* und *Ernährung* wurden, wie aus Tabelle 16 ersichtlich, an erster Stelle als wichtige Inhalte von Nachsorgeprogrammen genannt ($M_{\text{Bewegung}} = 4,52$; $SD_{\text{Bewegung}} = 0,81$; $M_{\text{Ernährung}} = 4,43$; $SD_{\text{Ernährung}} = 0,84$). Adressen genannt zu bekommen, *bei denen Sie Hilfe und Nachsorgeangebote erfahren können*, könnte nach Ansicht vieler ebenfalls nützlich sein ($M = 3,70$; $SD = 1,25$). Dass sich einige Studienteilnehmer im Rahmen der Nachsorge jemanden wünschten, der sie kontrolliert und motiviert, wurde bereits bei der offenen Frage zu den Nachsorgeinhalten deutlich; dies wird nun unterstrichen. Der dritte Eckpfeiler der Adipositas therapie, die *psychologische Unterstützung bei der Lebensstiländerung*, hingegen war den Befragten insgesamt nicht ganz so wichtig ($M = 3,18$; $SD = 1,41$). Die Meinungen gingen jedoch ziemlich auseinander: Während 34% der Patienten dieses Thema für „gar nicht“ oder „wenig wichtig“ hielten, war es für 39% „ziemlich“ oder „sehr wichtig“. Diese Diskrepanz zeigte sich auch im Interview: Einige Patienten schätzten diese Art der Unterstützung von vornherein äußerst gering, andere waren dafür offen. Die Auswertung von *Tagebüchern* (z. B. zu *Ernährung, Bewegung und Gewicht*) durch eine dritte Person wurde ebenfalls unterschiedlich bewertet: Einige lehnten dies ab (42% für „gar nicht“ oder „wenig wichtig“), andere befürworteten es (36% für „ziemlich“ oder „sehr wichtig“). Im Interview wurde

zudem gefragt, ob die Patienten ein solches Tagebuch überhaupt führen würden. Größtenteils meinten die Patienten, die vorher die Auswertung für wichtig hielten, dass sie dies durchaus tun würden, und umgekehrt. Während die anderen Themen keinen so großen Anklang mehr fanden, waren eine *medizinische Betreuung* und die *Vermittlung neuer Erkenntnisse über ihre Krankheit* für viele Patienten des zweiten Durchlaufs von Bedeutung. In der Kategorie *Anderes* wurde nichts Brauchbares genannt.

Bei den drei zentralen Items in der Behandlung von Adipositas – Ernährung, Bewegung und psychologische Unterstützung - wurde noch etwas differenzierter nachgeforscht. Diese Unterfragen sollten mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Daneben konnten unter *Sonstiges* jeweils eigene Vorschläge gemacht werden.

Tabelle 17 zeigt die Inhalte der Fragen und die Antworten der Patienten.

Tabelle 17: Konkrete Angebote zur Nachsorge hinsichtlich Ernährung, Bewegung und psychologischer Unterstützung

	N	ja	
		n	%
Ernährung			
weitere Informationen	112	89	79
Praktische Angebote (z. B. Kochkurse, gemeinsames Einkaufen)	111	83	75
Bewegung			
weitere Informationen	112	79	71
Konkrete sportliche Angebote	112	92	82
Hilfen zur Kontaktaufnahme mit Sportgruppen vor Ort	109	48	44
psychologische Unterstützung			
weitere Informationen	111	70	63
Besprechen von Problemen des Alltags	111	71	64
Beratung bei Rückfällen	110	61	55

Die meisten Patienten wünschten sich in allen drei Bereichen mehr Informationen. Konkrete praktische Angebote – wie etwa Kochkurse, sportliche Angebote, persönliche

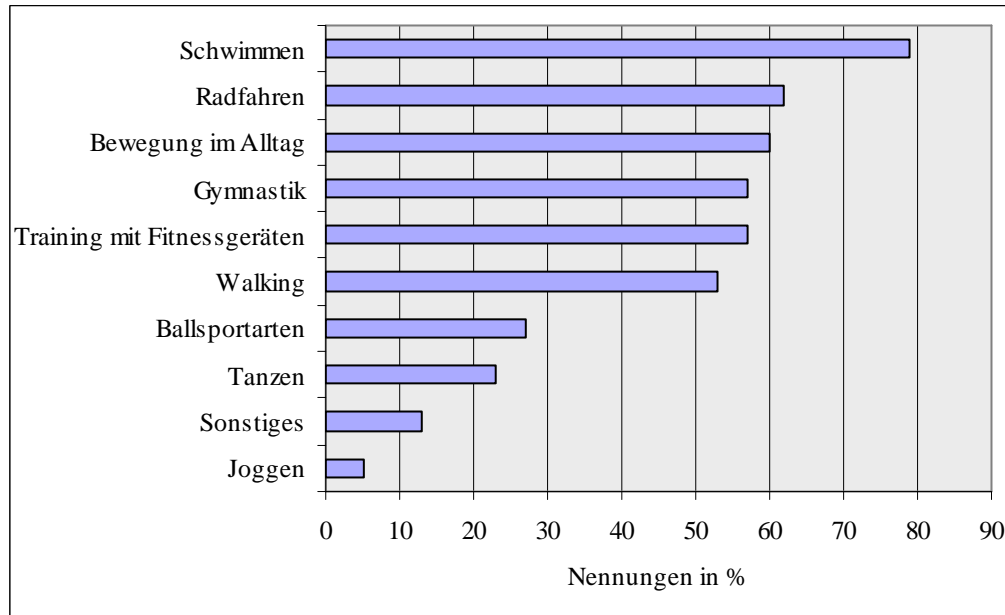
Gespräche und Beratung – waren ebenso beliebt. Hingegen waren *Hilfen zur Kontaktaufnahme mit Sportgruppen bei den Patienten vor Ort* weniger erwünscht.

In der Kategorie *Sonstiges* wurde in Sachen Ernährung u. a. Folgendes häufiger erwähnt: *„Rezeptvorschläge“*, *„Ansprechpartner haben, falls zu Hause Fragen auftreten“*, *„konkrete Angaben, z. B. Essensplan“* und *„nur Interesse an Informationen, wenn neue Erkenntnisse“*. Zum Thema Bewegung wurde beispielsweise *„Kurse für Einsteiger fördern“* und *„Infos schon genug durch Reha, aber spezielle Gruppen für Übergewichtige (v. a. bei Schwimmen) wichtig, da besonders zu Hause Scham groß“* geschrieben. Der Wunsch nach Angeboten, die an die Leistungsfähigkeit und die Bedürfnisse von übergewichtigen Menschen angepasst sind, wurde mehrfach genannt. Was die psychologische Unterstützung betraf, wurden z. B. diese Gedanken aufgeführt: *„gut: Hotline“*, *„Einstieg in Selbsthilfegruppen organisieren, regelmäßige Treffen und Austausch“*, *„wichtig: ständige Begleitung und Kontrolle; im Sinne von Coaching ok, gegen inneren Schweinehund“* und *„gut, wenn man selbst Initiative ergreifen muss, selbst auf Therapeuten zugeht; will keinen Psychologen, keine Therapie, sozialpsychologisch ist ok“*. Die Ablehnung einer „Therapie“ bei einem Psychologen wurde des Öfteren artikuliert.

Das Thema Bewegung wird sicherlich bei den meisten Nachsorgeprogrammen für adipöse Patienten eine wichtige Rolle spielen. Deshalb wurden die Patienten zudem befragt, welche Bewegungs- bzw. Sportart sie im Rahmen einer Nachsorgemaßnahme bevorzugen würden.

Neun Bewegungsformen standen zur Auswahl. Eine Mehrfachwahl und die Angabe eigener Ideen waren möglich.

Geordnet nach deren Beliebtheit gibt Abbildung 6 die einzelnen Bewegungs- und Sportarten wieder. Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die Basis 113.

Abbildung 6: Beliebtheit diverser Bewegungs-/ Sportarten im Rahmen der Nachsorge (N = 113)

Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, waren Ausdauersportarten, wie *Schwimmen*, *Radfahren* und *Walking*, beliebter als z. B. *Ballsportarten* und *Joggen*. *Bewegung im Alltag*, *Gymnastik* und *Kraftsport* nahmen ebenfalls einen recht hohen Stellenwert ein. Unter *Sonstiges* wurden mehrfach „Wassergymnastik“ u. Ä., „Nordic Walking“ und „Wandern“ genannt, was den Auswahlmöglichkeiten recht nahe kommt.

5.5 Nachsorgemethoden im Allgemeinen

Fragestellung 3 lautete: In welcher Form sollen diese Inhalte den Patienten vermittelt werden (Art der Durchführung, Medium, durchführende Person, Frequenz, Zeitrahmen, Ort etc.)?

Neben den gewünschten Inhalten sollte vorliegende Studie auch eruieren, welche Form eine mögliche Nachsorgemaßnahme laut der Patienten haben sollte. Im Folgenden wird, ähnlich wie im Fragebogen selbst, zunächst auf die Fragen zur Nachsorge im Allgemeinen, im Anschluss daran auf die Wünsche in Bezug auf das telefonische Nachsorgeprogramm eingegangen. An entsprechender Stelle werden die jeweiligen Hypothesen geprüft.

5.5.1 Darbietungsform

Als erstes wurden die Studienteilnehmer gefragt, auf welche Weise die Nachsorgeinhalte vermittelt werden sollen.

Angeboten wurden das Erhalten von *allgemeingültigen Informationen und Ratschlägen* und/ oder eine *interaktive Vermittlung* mit der Möglichkeit, selbst nachzufragen und die eigene Sichtweise einzubringen.

Tabelle 18 verdeutlicht, welche Darbietungsform die Patienten bevorzugten.

Tabelle 18: Darbietungsform (N = 113)

	n	%
allgemeingültige Informationen und Ratschläge	30	27
interaktive Vermittlung	36	32
beides	47	42

Alle drei Antwortmöglichkeiten waren recht beliebt. Den meisten Zuspruch erhielt die Variante „*beides*“ (42%). Folglich scheint eine Kombination beider Darbietungsformen im Rahmen der Nachsorge sinnvoll.

5.5.2 Medien

In einer weiteren Frage wurden den Betroffenen verschiedene Medien (*Telefon, Briefe* etc.) vorgegeben, die sie auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewerten sollten (1 = „*gar nicht geeignet*“, 2 = „*wenig geeignet*“, 3 = „*mäßig geeignet*“, 4 = „*ziemlich geeignet*“, 5 = „*sehr geeignet*“).

Tabelle 19 gibt die Beurteilung der einzelnen Medien durch die Patienten wieder. Es werden jeweils die statistischen Kennwerte aufgeführt.

Tabelle 19: Bewertung vorgegebener Medien

Medium	N	M	SD	Median
persönlich in Einzelgesprächen	111	3,97	1,29	4,00
persönlich in Gruppentreffen	111	3,39	1,38	4,00
Briefe (Post)	112	3,38	1,21	4,00
E-Mail	109	3,38	1,37	4,00
interaktive Websites (mit Foren, Chatrooms u. a.)	107	3,12	1,42	3,00
Telefon	113	2,09	1,04	2,00

Es wird deutlich, dass die Patienten besonders eine *persönliche* Betreuung für geeignet hielten, am liebsten in Form von *Einzelgesprächen* ($M = 3,97$; $SD = 1,29$). Doch auch die Varianten *Briefe (Post)* sowie *E-Mail* wurden gut bewertet (jeweils $M = 3,38$; $SD_{\text{Briefe}} = 1,21$; $SD_{\text{E-Mail}} = 1,37$). Das *Telefon* hingegen schnitt als Medium für ein Nachsorgeprogramm am schlechtesten ab ($M = 2,09$; $SD = 1,04$).

Da die Hypothese aufgestellt worden war, dass ältere adipöse Patienten (≥ 50 Jahre) an einer telefonischen Nachbetreuung stärker interessiert sind als an einer Nachbetreuung via Internet, wurden die Ergebnisse von *Telefon* und *E-Mail* sowie von *Telefon* und *interaktiven Websites* für die 55 älteren Personen mittels t-Test verglichen. Wie Tabelle 20 darlegt, führten beide Tests zu signifikanten Ergebnissen ($p < 0,001$).

Tabelle 20: t-Tests für abhängige Stichproben zur Prüfung eines Unterschieds hinsichtlich der Bewertung des Mediums *Telefon* bzw. *E-Mail*/ *interaktive Websites* im Rahmen einer Nachsorge durch Patienten ≥ 50 Jahre

	Medium	n	M	SD	t	df	p	d
Telefon vs. E-Mail	Telefon	50	1,78	0,86	-7,97	49	<0,001	-1,36
	E-Mail	50	3,46	1,47				
Telefon vs. Websites	Telefon	50	1,86	0,93	-4,34	49	<0,001	-0,82
	Websites	50	2,84	1,41				

Anmerkung: d = Effektstärke nach Cohen für abhängige Stichproben

Eine Betreuung per Telefon wurde jedoch sowohl im Vergleich zu einer Betreuung via E-Mail signifikant schlechter bewertet als auch im Vergleich zu einer Betreuung via interaktiven Websites. Bei beiden Tests zeigte sich nach Cohen ein starker Effekt.

Hypothese 1 muss folglich abgelehnt werden.

Um die Antworten der älteren Patienten auf diese Frage besser einordnen zu können, wollten wir von den Befragten zudem wissen, ob sie einen Telefon- oder Internetanschluss besitzen und wie häufig sie das Internet nutzen. Schließlich fußte Hypothese 1 auch auf der Vermutung, dass ältere Patienten weniger erfahren im Umgang mit dem Internet sind.

Tabelle 21 informiert über das Antwortverhalten der 55 Patienten. Bezüglich der Internetnutzung sollte zwischen den in der Tabelle aufgeführten fünf Antwortmöglichkeiten gewählt werden.

Tabelle 21: Daten zur Telefon- und Internetnutzung der Patienten ≥ 50 Jahre

		n	%
Telefonanschluss (N = 53)	ja	51	96
	nein	2	4
Internetanschluss (N = 53)	ja	41	77
	nein	12	23
Internetnutzung (N = 51)	täglich	25	49
	\geq einmal/Woche	14	27
	\geq einmal/Monat	1	2
	seltener	3	6
	nie	8	16

Es zeigte sich, dass die Mehrzahl der älteren Patienten nicht nur über einen Telefonanschluss (96%), sondern auch über einen Internetanschluss (77%) verfügten. 76% dieser Patienten gaben zudem an, das Internet mindestens einmal pro Woche zu nutzen (Zusammenfassung der Kategorien „täglich“ und „mindestens einmal/ Woche“). Insgesamt kann man also feststellen, dass der Anteil der Internetbenutzer bei älteren

Studienteilnehmern recht hoch war. Das mag auch erklären, weshalb E-Mail und interaktive Websites im Rahmen der Nachsorge recht gut bewertet wurden.

5.5.3 Betreuer

Nachdem geklärt worden war, auf welche Art und Weise die Nachsorgemaßnahme vermittelt werden sollte, sollten sich die Patienten vorstellen, sie würden im Rahmen der Nachsorge von einer bestimmten Person betreut werden. Dann wurde gefragt, wer diese Person sein soll.

Dazu wurden, wie im Methodenteil beschrieben (siehe Kap. 4.3.1), aus den zuvor sechs Antwortkategorien bei der Auswertung zwei neue Kategorien (*Nachsorge durch medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter* und *Nachsorge durch nicht medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter*) gebildet.

Tabelle 22 gibt an, wie viele der Befragten sich jeweils für Fachpersonal oder einen fachfremden Betreuer entschieden.

Tabelle 22: Betreuung durch Fachpersonal/fachfremde Person (N = 113)

	ja	
	n	%
Nachsorge durch medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter	109	96
Nachsorge durch nicht medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter	48	42

Bei dieser Auswertung muss man bedenken, dass Mehrfachantworten möglich waren. Somit konnte ein und derselbe Patient sich sowohl für Fachpersonal als auch für fachfremdes Personal entscheiden.

Allerdings ist Tabelle 22 die Präferenz der Patienten für eine Betreuung durch Fachpersonal deutlich zu entnehmen: 96% der Befragten sprachen sich für eine Nachsorge durch einen medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter aus, während nur 42% eine Nachsorge durch einen nicht medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter befürworteten. Somit ist Hypothese 2 (*Betreuung lieber durch Fachpersonal als durch fachfremde Personen*) bestätigt.

Schaut man sich diese Frage für die einzelnen Berufsgruppen getrennt an, ergibt sich folgende Rangfolge:

Tabelle 23: Rangliste möglicher Nachsorgebetreuer

Berufsgruppe	N	ja	
		n	%
Arzt	111	99	89
Therapeut (Physiotherapeut o. Ä.)	107	84	79
Psychologe	107	58	54
Krankenschwester	105	46	44
selbst betroffener Laie	105	31	30
Renten-/Krankenversicherungsmitarbeiter	106	23	22
andere Person	104	14	13

Wie in Tabelle 23 dargestellt, war der *Arzt* am beliebtesten: 89% der Befragten befürworteten eine ärztliche Betreuung. Dichtauf (79%) folgte die Nachsorge durch einen *Therapeuten (Physiotherapeut o. Ä.)*. Auf Rang drei landete der *Psychologe*, den jedoch 46% der Personen nicht als Betreuer wünschten. Folglich waren knapp die Hälfte für, die andere Hälfte gegen eine Betreuung durch einen Psychologen. Bei den übrigen Berufsgruppen überwog die Ablehnung, wobei das Urteil für den *Renten-/Krankenversicherungsmitarbeiter* am schlechtesten ausfiel (78% Nein-Stimmen).

Neben dieser Beurteilung gaben 14 Personen eigene Vorschläge an: Siebenmal wurde „*Ernährungsberater*“, „*Diätassistent*“ und Ähnliches genannt, je einmal „*Coach*“, „*Facharzt*“, „*Freunde*“, „*Apotheker*“ und „*Sportlehrer*“.

Anschließend sollte untersucht werden, wie wichtig es für die Patienten sei, die betreuende Person bereits zu kennen.

Als Antwortmöglichkeit war erneut die fünfstufige Likert-Skala von 1 = „*gar nicht wichtig*“ bis 5 = „*sehr wichtig*“ vorgegeben.

Wie sich zeigte, legten die meisten der 112 Patienten keinen so großen Wert darauf, dass ihnen der Nachsorgebetreuer bekannt ist. Der Median lag bei 3,00 (= „mäßig wichtig“), der Mittelwert bei 2,92 (SD = 1,29).

5.5.4 Kontaktaufnahme

Des Weiteren wurde nachgefragt, wie die Kontaktaufnahme erfolgen soll.

Es waren fünf Möglichkeiten genannt, die einzeln befürwortet oder abgelehnt werden sollten.

Tabelle 24 gibt diese Antworten und deren Beurteilung wieder. Bei der Variante „Ist mir egal.“ konnte nur „ja“ angekreuzt werden.

Tabelle 24: Art der Kontaktaufnahme

	N	ja	
		n	%
Kontakt durch andere Person zu festgesetzten Zeitpunkten	106	73	69
Kontakt durch Patient zu festgesetzten Zeitpunkten	106	67	63
Kontakt durch Patient bei Bedarf	103	61	59
Kontakt spontan durch andere Person	104	15	14
egal	106	11	10

Die Mehrzahl der Patienten (69%) zog es vor, von der anderen Person zu zuvor festgesetzten Zeitpunkten kontaktiert zu werden. Andernfalls wäre es ihnen lieber, wenn der Kontakt von ihnen selbst ausginge – sei es an vorher festgelegten Terminen (63%) oder bei Bedarf (59%).

5.5.5 Dauer

Unter den formalen Gesichtspunkten einer Nachsorgemaßnahme war auch deren gewünschte Dauer von Interesse.

Fünf Antwortmöglichkeiten standen den Patienten dabei zur Auswahl. Bei der Auswertung wurden die Kategorien „maximal 1 Monat“ und „maximal 3 Monate“ jedoch zusammengefasst (siehe Kap. 4.3.1).

Tabelle 25 legt dar, wie häufig die einzelnen Antworten von den Befragten ausgewählt wurden.

Tabelle 25: Dauer der Nachsorgemaßnahme (N = 113)

	n	%
länger als 1 Jahr	45	40
maximal 1 Jahr	42	37
maximal 6 Monate	17	15
maximal 3 Monate	9	8

77% der Befragten stimmten für eine Dauer von mehr als sechs Monaten (Zusammenfassung der Kategorien „*maximal 1 Jahr*“ und „*länger als 1 Jahr*“).

5.5.6 Ort

Darüber hinaus sollten sich die Studienteilnehmer vorstellen, die Maßnahme würde an einem bestimmten Ort stattfinden. Danach sollten sie zum konkreten Ort und zur maximalen Entfernung Stellung nehmen.

Es handelte sich dabei um geschlossene Fragen. Im Falle der Entfernung wurde, wie in Kapitel 4.3.1 beschrieben, bei der Auswertung aus fünf Antwortkategorien drei gebildet. In Bezug auf den Ortswunsch konnten auch eigene Anregungen artikuliert werden.

Tabellen 26 und 27 informieren darüber, wie sich die Patienten entschieden.

Tabelle 26: Ort der Nachsorgemaßnahme

	N	ja	
		n	%
ambulante Praxis	110	86	78
Rehabilitations-Klinik	109	65	60
öffentliche Einrichtung (z. B. Sporthalle, Gemeindezentrum, Volkshochschule u. Ä.)	106	59	56
zu Hause (z. B. gelegentliche Hausbesuche)	107	33	31
andernorts	106	7	7

Tabelle 27: Maximale Entfernung des Nachsorgeorts (N = 110)

	n	%
0 - 10 km	49	45
11 - 20 km	38	35
> 20 km	23	21

Die meisten Patienten bevorzugten eine Betreuung außer Haus, am liebsten in einer *ambulanten Praxis* (78%) oder einer *Rehabilitations-Klinik* (60%). Sieben Patienten wollten an einem anderen Ort betreut werden. Allerdings machten nur vier davon eigene Vorschläge: „*am Arbeitsplatz*“, „*egal*“, „*ortsnahe Reha-Zentren, keine Klinik*“, „*wohntnah*“.

Dabei würden 45% der Befragten einen Anfahrtsweg von bis zu 10 km in Kauf nehmen, weitere 35% würden 11 - 20 km weit fahren.

5.5.7 Gruppenform

Zusätzlich wurde den Patienten folgendes Szenario vorgegeben:

„*Stellen Sie sich vor, die Nachsorge würde in Form von Gruppentreffen stattfinden. Welche Art von Gruppe würden Sie bevorzugen?*“

Es standen fünf Antwortmöglichkeiten zur Auswahl (siehe Tabelle 28), die einzeln mit „*ja*“ oder „*nein*“ beurteilt werden sollten.

Tabelle 28 gibt die jeweiligen Häufigkeiten an.

Tabelle 28: Gruppenart

	N	ja	
		n	%
Kleingruppen (8 - 12 Teilnehmer)	108	98	91
Gruppen rein für Adipöse	108	62	57
Geschlossene Gruppen	107	61	57
Gruppen für bestimmte Altersklassen	109	38	35
Gruppen nur für Frauen/Männer	107	20	19

Fast alle Studienteilnehmer (91%) wollten in *Kleingruppen mit 8 - 12 Teilnehmern* nachbetreut werden. Einigen (57%) war es zudem wichtig, dass die Gruppen nicht für jedermann zugänglich sind. 57% der Befragten wünschten sich etwa, dass nur adipöse Personen teilnehmen dürfen. Gruppen, die nach Alter oder Geschlecht getrennt sind, waren hingegen weniger beliebt.

5.5.8 Telefon-Hotline und Auffrischungskurs

Zuletzt wurde im allgemeinen Teil des Fragebogens bei den Patienten noch untersucht, ob der Wunsch bestehe, einen Fachkundigen bei Fragen und Problemen jederzeit erreichen zu können – etwa in Form einer Telefon-Hotline.

Auch ein erneuter stationärer Aufenthalt der Betroffenen in ihrer Reha-Klinik sollte beurteilt werden.

Tabelle 29 legt das Antwortverhalten der Befragten dar.

Tabelle 29: Weitere Formen der Nachsorge (N = 113)

	ja		vielleicht		nein	
	n	%	n	%	n	%
Fachkundigen jederzeit erreichen können	72	64	29	26	12	11
Erneuter stationärer Aufenthalt	77	68	25	22	11	10

64% der Patienten befürworteten die Möglichkeit, sich bei einer fachkundigen Person jederzeit Hilfe holen zu können. Weitere 26% zogen dies zumindest in Erwägung.

Auch ein zweiter stationärer Aufenthalt stellte für die Mehrzahl der Patienten (68%) eine sinnvolle Option dar, um das Gelernte wieder aufzufrischen. 22% der Patienten waren sich diesbezüglich unsicher.

5.6 Nachsorgemethoden im Rahmen einer telefonischen Intervention

Nachdem die allgemeinen formalen Wünsche adipöser Patienten im Rahmen einer Nachsorgemaßnahme erläutert worden sind, soll dies im Folgenden für die spezifische telefonische Nachsorge geschehen.

5.6.1 Beginn, Dauer und Frequenz

Wie bereits bei den Ergebnissen zu Fragestellung 1 berichtet, sollten sich die Patienten vorstellen, ihnen würde von der Saale-Klinik ein telefonisches Nachsorgeprogramm angeboten, dessen inhaltlicher Schwerpunkt Bewegung sei.

Anschließend wurden sie zum gewünschten Beginn, zur Dauer und zur Häufigkeit einer solchen Nachsorgemaßnahme befragt.

Es wurden jeweils fünf Antwortkategorien angeboten. Im Falle der Dauer wurden diese bei der Auswertung auf vier Kategorien reduziert (siehe Kap. 4.3.1). Den Beginn und die Häufigkeit betreffend, konnten auch eigene Vorschläge gemacht werden.

Tabelle 30 nennt jeweils die Kategorien und deren Häufigkeiten.

Tabelle 30: Beginn, Dauer und Frequenz der telefonischen Nachsorge

		n	%
Beginn (N = 107)	innerhalb eines Monats	38	36
	innerhalb der ersten 3 Monate	48	45
	innerhalb eines halben Jahres	12	11
	innerhalb eines Jahres	4	4
	später als 1 Jahr	0	0
	anders	5	5
Dauer (N = 105)	maximal 3 Monate	23	22
	maximal 6 Monate	25	24
	maximal 1 Jahr	24	23
	länger als 1 Jahr	33	31
Frequenz (N = 104)	wöchentlich	14	13
	alle 2 Wochen	39	38
	monatlich	42	40
	halbjährlich	3	3
	jährlich	0	0
	anders	6	6

Die Mehrheit der Patienten wollte möglichst bald nach Ende der Rehabilitation weiterbetreut werden. Daneben wurden mehrheitlich langfristige Angebote und eine eher niedrige Frequenz vorgezogen: So gaben 80% der Befragten an, die Nachsorgemaßnahme solle innerhalb weniger Monate nach Rückkehr aus der Klinik beginnen (Zusammenfassung der Kategorien „*innerhalb eines Monats*“ und „*innerhalb der ersten 3 Monate*“). Für 78% der Patienten war eine telefonische Nachsorge von sechsmonatiger Dauer in Ordnung (Zusammenfassung der Kategorien „*maximal 6 Monate*“, „*maximal 1 Jahr*“ und „*länger als 1 Jahr*“). Allerdings gingen bei dieser Frage die Meinungen ziemlich auseinander. Der Median lag bei „*maximal 1 Jahr*“. Von 40% der Befragten wurde ein monatlicher Kontakt mit dem Betreuer gewünscht, weitere 38% wollten dies alle zwei Wochen.

Als Alternativantworten wurden von den Patienten in Bezug auf den Beginn der Nachsorge dreimal „*nie*“ u. Ä., einmal „*innerhalb der ersten Woche*“ und ein andermal „*nach einem Rückfall*“ genannt. Alternativvorschläge für die Häufigkeit der Nachsorgemaßnahme waren z. B.: „*anfangs bedarfsweise, wenn [später] regelmäßig[e Kontakte, dann] anfangs wöchentlich, dann länger werdende Abstände*“ oder „*mit steigenden Kontaktintervallen bei Erfolg, ansonsten starr monatlich*“.

5.6.2 Betreuer

Im speziellen Teil des Fragebogens sollten die Patienten ebenfalls beantworten, ob sie von Fachpersonal oder fachfremden Personen betreut werden wollen.

Fragestellung, Antwortmöglichkeiten und Kategorienbildung bei der Auswertung waren die gleichen wie im allgemeinen Teil des Fragebogens.

Tabelle 31 gibt Auskunft, wie häufig die Patienten eine Nachsorge durch medizinische/therapeutische Mitarbeiter bzw. durch fachfremde wünschten.

Tabelle 31: Telefonische Betreuung durch Fachpersonal/fachfremde Person (N = 110)

	ja	
	n	%
Nachsorge durch medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter	103	94
Nachsorge durch nicht medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter	35	32

Auch bei einer telefonischen Nachsorgemaßnahme war die Betreuung durch Fachpersonal vielen Patienten wichtig: 94% sprachen sich dafür aus. Dagegen waren nur 32% mit einem nicht medizinisch/ therapeutischen Mitarbeiter einverstanden.

Man muss beachten, dass die Patienten bei dieser Frage beide Antwortmöglichkeiten gleichzeitig befürworten konnten (siehe Kap. 4.3.1).

In die einzelnen Berufsgruppen unterteilt, entsteht die in Tabelle 32 gezeigte Rangfolge.

Tabelle 32: Rangliste möglicher Betreuer einer telefonischen Nachsorgemaßnahme

Berufsgruppe	N	ja	
		n	%
Arzt	103	89	86
Therapeut (Physiotherapeut o. Ä.)	100	81	81
Psychologe	99	53	54
Krankenschwester	97	46	47
selbst betroffener Laie	98	24	24
Renten-/Krankenversicherungsmitarbeiter	98	16	16
andere Person	98	7	7

Erneut stand an erster Stelle der *Arzt* (86%), gefolgt vom *Therapeuten* (81%). Am wenigsten beliebt waren wiederum die fachfremden Berufsgruppen.

Unter *andere Person* wurden z. B. folgende Angaben gemacht: „*Coach*“, „*Ernährungsfachfrau*“, „*Laie mit der Möglichkeit der Hinzuziehung von Fachpersonen wäre ausreichend*“ und „*Sportlehrer*“.

Wie in Kapitel 4.3.1 erwähnt, sollten die Patienten in Fragebogenversion B zum Geschlecht des Betreuers Stellung nehmen.

Tabelle 33 legt die Wünsche der Befragten dar.

Tabelle 33: Geschlechts des Betreuers (N = 59)

	n	%
egal	43	73
Frau	16	27
Mann	0	0

Tabelle 33 zeigt, dass das Geschlecht der betreuenden Person für die Befragten insgesamt keine große Rolle spielte: 73% von 59 Studienteilnehmern war dies „*egal*“. Lediglich 16 Patienten (27%) wollten lieber von einer Frau nachbetreut werden.

Wie schon im allgemeinen Teil des Fragebogens, sollten die Patienten dann auf einer fünfstufigen Likert-Skala angeben, wie wichtig es ihnen sei, den Betreuer bereits zu kennen (1 = „*gar nicht wichtig*“, 5 = „*sehr wichtig*“).

Daneben wurde die gleiche Skala verwendet, um zu eruieren, wie bedeutend es für die Befragten ist, bei allen Telefonaten mit derselben Person zu sprechen.

In Tabelle 34 sind dazu jeweils die statistischen Kennwerte genannt.

Tabelle 34: Bekanntsein des Betreuers & Kontakt mit derselben Person

	N	M	SD	Median
Person bereits kennen	109	2,72	1,20	3,00
immer mit derselben Person sprechen	107	3,96	0,97	4,00

Für die Mehrzahl der Patienten war es nicht sonderlich wichtig, den Betreuer vorab zu kennen: Der Median lag bei 3,00 (= „*mäßig wichtig*“). 73% der Befragten hielten dies für „*gar nicht*“ bis „*mäßig wichtig*“.

Im Gegensatz dazu war es für viele Patienten von Bedeutung, immer mit derselben Person zu telefonieren: 78% der Patienten war dies „*ziemlich*“ (48%) bis „*sehr wichtig*“ (30%). Der Median befand sich bei 4,00 (= „*ziemlich wichtig*“).

5.6.3 Zeitpunkt

Zuletzt interessierte in Zusammenhang mit einer telefonischen Nachsorge noch, wann ein geeigneter Zeitpunkt für ein Telefonat wäre.

Dazu wurden fünf Zeiträume angegeben. Wie in Kapitel 4.3.1 beschrieben, wurden diese bei der Auswertung zu vier Kategorien zusammengefasst.

Tabelle 35 gibt die Wünsche der Patienten wieder. Eine Mehrfachwahl war möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Basis 106.

Tabelle 35: Uhrzeit für ein Telefonat (N = 106)

	n	%
vor 9 Uhr	17	16
9 - 14 Uhr	6	6
14 - 18 Uhr	13	12
18 - 20 Uhr	87	82
anders	2	2

Die meisten Befragten (82%) kreuzten „18 - 20 Uhr“ an. Den zweiten Rang nahm – allerdings mit weit weniger Stimmen – „vor 9 Uhr“ ein (16%). Es folgte „14 - 18 Uhr“. Zwei Personen ergänzten die Antwortmöglichkeiten um „später“ bzw. „20 - 21 Uhr“.

5.7 Zusammenhang des Nachsorgebedürfnisses mit anderen Merkmalen

Fragestellung 4 war: Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Nachsorgebedürfnis und anderen Merkmalen (Geschlecht, Alter, Lebensqualität, Erfahrungen mit Gewichtsreduktion, Schichtzugehörigkeit, Bewegungsverhalten vor der Rehabilitation)?

Um einen Zusammenhang zwischen dem Nachsorgebedürfnis und den Parametern Geschlecht und Alter feststellen zu können, wurden alle Items des Interviews und der Fragebogenversionen A und B auf signifikante Unterschiede für die Gruppen Frauen versus Männer und Personen < 50 Jahre versus \geq 50 Jahre überprüft. Die anderen Parameter betreffend, wurde nur hypothesengeleitet getestet.

5.7.1 Zusammenhang mit dem Geschlecht

Wie Tabelle 36 verdeutlicht, ließ sich weder bei dem Thema Ernährung, Bewegung noch bezüglich der psychologischen Unterstützung ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Nachsorgebedürfnis der Patienten und ihrem Geschlecht nachweisen. Allerdings war die Teststärke (power) all dieser Tests gering.

Ebenso ähnelten sich die Antworten der weiblichen und männlichen Patienten hinsichtlich der Unterfragen zu diesen Themen – mit Ausnahme des Items *Hilfen zur Kontaktaufnahme mit Sportgruppen vor Ort*: Während 53% der Frauen dies befürworteten, lag die Zustimmungsrate bei den Männern nur bei 33%. In Tabelle 37 sind dazu die Häufigkeiten und Testergebnisse angegeben.

Hypothese 3 muss folglich abgelehnt werden. Es konnte weder belegt werden, dass für Frauen im Rahmen der Nachsorge die Themen Ernährung und psychologische Unterstützung wichtiger sind als für Männer, noch, dass sich Männer mehr für Bewegung interessieren als Frauen.

Tabelle 36: t-Tests für unabhängige Stichproben zur Prüfung eines Unterschieds zwischen Männern und Frauen beim Nachsorgebedürfnis hinsichtlich Ernährung, Bewegung und psychologischer Unterstützung

		n	M	SD	t	df	p	d
Ernährung	Frauen	66	4,42	0,90	0,03	113	0,98	0,01
	Männer	49	4,43	0,76				
Bewegung	Frauen	66	4,47	0,85	0,80	113	0,43	0,15
	Männer	49	4,59	0,76				
Psychologische Unterstützung	Frauen	66	3,32	1,48	-1,27	112	0,21	-0,24
	Männer	48	2,98	1,30				

Anmerkung: d = Effektstärke nach Cohen für unabhängige Stichproben

Tabelle 37: Exakte Tests nach Fisher zur Prüfung eines Zusammenhangs mit dem Geschlecht bei konkreten Angeboten zur Nachsorge hinsichtlich *Ernährung, Bewegung und psychologischer Unterstützung*

			N	n (%)	Chi²	p
Ernährung	Informationen	Frauen	63	50 (79)	0,00	1,00
		Männer	49	39 (80)		
	Praktische Angebote	Frauen	62	47 (76)	0,08	0,83
		Männer	49	36 (73)		
Bewegung	Informationen	Frauen	63	46 (73)	0,43	0,54
		Männer	49	33 (67)		
	Praktische Angebote	Frauen	63	54 (86)	1,25	0,32
		Männer	49	38 (78)		
	Hilfen mit Sportgruppen	Frauen	60	32 (53)	4,68	0,04
		Männer	49	16 (33)		
Psychologische Unterstützung	Informationen	Frauen	64	41 (64)	0,07	0,84
		Männer	47	29 (62)		
	Besprechung von Problemen	Frauen	63	42 (67)	0,46	0,55
		Männer	48	29 (60)		
	Beratung bei Rückfällen	Frauen	62	36 (58)	0,39	0,57
		Männer	48	25 (52)		

Anmerkung: p = exakte, zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit; n (%) = Anzahl und prozentualer Anteil der Ja-Stimmen

Neben genannter Hypothese war die Vermutung geäußert worden, dass Frauen und Männer im Bereich der Nachsorge jeweils getrenntgeschlechtliche Gruppen gemischten Gruppen vorziehen.

Dazu wurden die Aussagen der männlichen und weiblichen Studienteilnehmer zu reinen Männer- bzw. Frauengruppen einzeln betrachtet.

Dies ist in Tabelle 38 dargestellt.

Tabelle 38: Beurteilung getrenntgeschlechtlicher Gruppen durch Frauen bzw. Männer

	N	getrenntgeschlechtliche Gruppen			
		ja		nein	
		n	%	n	%
Frauen	58	17	29	41	71
Männer	49	3	6	46	94

Sowohl die Frauen als auch die Männer sprachen sich mehrheitlich gegen getrenntgeschlechtliche Gruppen aus. Die Abneigung der Männer (94%) war noch größer als die der Frauen (71%).

Oben genannte Vermutung ist daher widerlegt.

Ansonsten zeichnete sich lediglich bei drei weiteren Items ein signifikanter Unterschied im Antwortverhalten der Männer und Frauen ab:

So wollten die Männer lieber per E-Mail betreut werden als die Frauen ($M_{\text{männlich}} = 3,89$; $SD_{\text{männlich}} = 1,12$; $M_{\text{weiblich}} = 3,00$; $SD_{\text{weiblich}} = 1,43$; $t = 3,65$; $df = 106$; $p < 0,001$). Bei diesem Test ließ sich ein mittlerer bis starker Effekt nachweisen ($d = 0,71$).

72% der Frauen wollten in geschlossenen Gruppen, die nur Adipösen zugänglich waren, nachbetreut werden. Nur 38% der Männer legten darauf Wert ($\chi^2 = 12,43$; $df = 1$; $p < 0,001$).

Daneben bevorzugten die männlichen Studienteilnehmer eine interaktive Vermittlung (47 % der Männer versus 20% der Frauen), während die Patientinnen eine Mischung aus Interaktion und Erhalten allgemeingültiger Informationen und Ratschläge favorisierten (50% der Frauen versus 31% der Männer).

Tabelle 39 nennt diesbezüglich die Häufigkeiten und das Testergebnis.

Tabelle 39: Exakter Test nach Fisher zur Prüfung eines Zusammenhangs mit dem Geschlecht hinsichtlich der Darbietungsform einer Nachsorgemaßnahme

	N	Darbietungsform			Chi ²	df	p
		interaktive Vermittlung	allgemeingültige Informationen & Ratschläge	beides			
Frauen	64	13	19	32	9,23	2	0,01
Männer	49	23	11	15			

Anmerkung: p = exakte, zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit

Die Testresultate zu allen übrigen Items des Fragebogens, bei denen sich jeweils kein statistisch signifikanter Zusammenhang des Nachsorgebedürfnisses mit dem Geschlecht zeigte, können im Anhang eingesehen werden (siehe Tabellen 48 – 50, Kap. 9.8).

5.7.2 Zusammenhang mit dem Alter

Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der Patienten < 50 und ≥ 50 Jahre fanden sich bei den unten aufgeführten Items (siehe Tabellen 40 und 41). Die Testergebnisse der restlichen Items zum Nachsorgebedürfnis können dem Anhang entnommen werden (siehe Tabellen 51 – 53, Kap. 9.8).

So war den älteren Patienten eine medizinische Betreuung im Rahmen einer Nachsorgemaßnahme wichtiger als den jüngeren Studienteilnehmern.

Per Telefon, persönlich in Form von Einzelgesprächen oder Gruppengesprächen wollten sie hingegen weniger gern betreut werden als die Personen unter 50 Jahren.

Dafür war es für die älteren Patienten bedeutender, die betreuende Person bereits zu kennen.

Die Effektstärke dieses Tests nahm allerdings einen kleinen bis mittleren Wert an, genauso wie bei dem Item *Betreuung per Telefon*. In Zusammenhang mit den Items *medizinische Betreuung, persönlich in Einzelgesprächen oder in Gruppengesprächen* war ein moderater bis starker Effekt nachweisbar.

Tabelle 40: t-Tests für unabhängige Stichproben zur Prüfung eines Unterschieds zwischen Patienten < 50 Jahren und ≥ 50 Jahren beim Nachsorgebedürfnis hinsichtlich der Items *medizinische Betreuung, Betreuung per Telefon/persönlich in Einzelgesprächen/persönlich in Gruppengesprächen, Betreuer kennen*

	Alter	n	M	SD	t	df	p	d
medizinische Betreuung	< 50	31	3,48	1,48	-2,49	54	0,02	-0,64
	≥ 50	30	4,30	1,06				
Betreuung per Telefon	< 50	59	2,31	1,10	2,36	111	0,02	0,44
	≥ 50	54	1,85	0,92				
Betreuung persönlich einzeln	< 50	59	4,36	1,06	3,44	95	0,001	0,65
	≥ 50	52	3,54	1,39				
Betreuung persönlich in Gruppen	< 50	58	3,81	1,26	3,56	109	0,001	0,68
	≥ 50	53	2,92	1,36				
Betreuer kennen	< 50	59	2,71	1,23	-2,00	109	0,05	-0,38
	≥ 50	52	3,19	1,30				

Anmerkung: d = Effektstärke nach Cohen für unabhängige Stichproben

Auch wenn die Themen Ernährung, Bewegung und psychologische Unterstützung den älteren und jüngeren Patienten etwa gleich wichtig waren, gab es bezüglich zweier konkreter Angebote Differenzen: Während 86% der Studienteilnehmer unter 50 konkrete Angebote in Sachen Ernährung wünschten, lag die Zustimmungsrate bei den übrigen Studienteilnehmern nur bei 65%. Psychologische Beratung bei Rückfällen sagte ebenfalls den Personen zwischen 20 und 50 eher zu (68% versus 42%).

Des Weiteren unterschieden sich die Meinungen in Bezug auf den Betreuer einer möglichen Nachsorgemaßnahme: Während sich 51 von 59 jüngeren Patienten (86%) für einen Therapeuten (Physiotherapeuten o. Ä.) entschieden, taten dies nur 33 von 48 älteren (69%). Auch der Psychologe war bei den Patienten unter 50 erwünschter (64% der < 50-Jährigen versus 43% der ≥ 50-Jährigen).

Daneben wollten die jüngeren Patienten (78%) lieber von ihrem Betreuer zu vorher festgelegten Zeitpunkten kontaktiert werden als die älteren (58%).

Was den Ort der Nachsorge betraf, sprachen sich mehr Patienten unter 50 für ein Treffen in einer öffentlichen Einrichtung (70% versus 39%) bzw. zu Hause (43% versus 16%) aus. Allerdings wurde letzteres von beiden Gruppen mehrheitlich abgelehnt.

Ähnlich sah es bei dem Item *Gruppen für bestimmte Altersklassen* aus: Sowohl die Mehrzahl (56%) der jüngeren als auch der älteren Patienten (75%) lehnten eine solche geschlossene Gruppe ab. Die Ablehnung war bei den Personen ≥ 50 Jahre jedoch größer. Tabelle 41 legt die Testergebnisse und Häufigkeiten dar.

Tabelle 41: Exakte Tests nach Fisher zur Prüfung eines Zusammenhangs mit dem Alter hinsichtlich der Items *Therapeut/Psychologe als Betreuer, Kontakt durch andere Person zu vorher festgelegten Zeitpunkten, Betreuung in öffentlichen Einrichtungen/zu Hause, Nachsorge in Gruppen für bestimmte Altersklassen*

	Alter	N	n (%)	Chi ²	p
praktische Angebote (Thema Ernährung)	< 50	56	48 (86)	6,48	0,02
	≥ 50	54	35 (65)		
Beratung bei Rückfällen (Thema psychologische Unterstützung)	< 50	59	40 (68)	7,31	0,01
	≥ 50	50	21 (42)		
Therapeut als Betreuer	< 50	59	51 (86)	4,91	0,03
	≥ 50	48	33 (69)		
Psychologe als Betreuer	< 50	58	37 (64)	4,69	0,03
	≥ 50	49	21 (43)		
Kontakt durch andere Person Zeitpunkt vorher festgelegt	< 50	58	45 (78)	4,54	0,04
	≥ 50	48	28 (58)		
Betreuung in öffentlicher Einrichtung	< 50	57	40 (70)	10,53	0,002
	≥ 50	49	19 (39)		
Betreuung zu Hause	< 50	58	25 (43)	8,93	0,003
	≥ 50	49	8 (16)		
Nachsorge in Gruppen für bestimmte Altersklassen	< 50	57	25 (44)	4,26	0,05
	≥ 50	52	13 (25)		

Anmerkung: p = exakte, zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit; n (%) = Anzahl und prozentualer Anteil der Ja-Stimmen

Auch die Kontrolle der Nachsorgeerfolge als Mittel zur Motivationssteigerung schnitt bei den jüngeren Patienten besser ab: 40 von 59 Patienten (68%) befürworteten dies, 10 (17%) meinten „vielleicht“. Bei den älteren hingegen sahen nur 21 von 52 Personen (40%) diese Maßnahme als motivationssteigernd an, 19 (37%) waren sich unsicher.

Der exakte Test nach Fisher ergab folgende Werte: $\text{Chi}^2 = 8,73$; $\text{df} = 2$; $p = 0,01$.

5.7.3 Zusammenhang mit der Lebensqualität

Es war die Hypothese aufgestellt worden, dass adipöse Patienten, die eine verminderte Lebensqualität angeben, ein größeres Nachsorgebedürfnis besitzen als Patienten mit höherer Lebensqualität (Hypothese 4).

Wie in Kapitel 4.3.3 erklärt, wurden aus den Antworten des SF-12 Fragebogens zum Gesundheitszustand für jeden Patienten eine körperliche und eine psychische Summenskala gebildet. Voraussetzung hierfür war es, keine Missings in den entsprechenden Fragen zu haben. Daher konnte dieser Wert nur von 111 Personen bestimmt werden. Wie bereits erwähnt, spiegelt jeweils ein hoher Wert eine hohe Lebensqualität (Maximum = 100) und ein niedriger Wert eine geringe Lebensqualität (Minimum = 0) wider.

Für vorliegende Stichprobe ermittelten sich die in Tabelle 42 dargestellten Werte.

Tabelle 42: SF-12 Summenskalen für die Patientenstichprobe (N = 111)

SF-12 Summenskala	M	SD	Median	Min	Max
körperlich	41,71	9,85	42,19	16,69	61,09
psychisch	42,51	12,09	42,94	11,68	62,23

Anmerkung: Min = Minimum; Max = Maximum

Wie der Vergleich mit Tabelle 43 zeigt, waren diese Werte insgesamt etwas schlechter als die der SF-12 Summenskalen für die Gesamtgruppe der deutschen Normstichprobe im Allgemeinen und mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Tabelle 43: SF-12 Summenskalen für die deutsche Normstichprobe im Allgemeinen und mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen

	SF-12 Summenskala	N	M	SD	Median	Min	Max
deutsche Normstichprobe	körperlich	2805	49,03	9,35	52,81	11,67	64,92
	psychisch	2805	52,24	8,10	54,22	12,60	71,80
deutsche Normstichprobe (+ aktuelle/chron. Erkrankungen)	körperlich	1890	46,32	10,07	49,15	11,67	64,92
	psychisch	1890	51,24	8,80	53,24	12,60	71,80

Anmerkung: chron. = chronische; Min = Minimum; Max = Maximum

Unabhängig davon, ob man für den t-Test zwei Gruppen anhand des Medians der Patientenstichprobe oder anhand des Mittelwertes der deutschen Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen bildete, ergaben sich für die beiden Summenskalen keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf das Interesse an Nachsorge.

In Tabelle 44 sind die Resultate der Tests dargestellt. Die Effektstärken waren jeweils gering.

Hypothese 4 ist folglich abzulehnen. Das Interesse der Patienten an einer Nachsorge-maßnahme war generell hoch und wurde durch deren Lebensqualität nicht wesentlich beeinflusst.

Tabelle 44: t-Tests für unabhängige Stichproben zur Prüfung eines Unterschieds zwischen Patienten mit verminderter und mit höherer Lebensqualität hinsichtlich des Interesses an Nachsorge

	Wert der SF-12 Summenskala		n	M	SD	t	df	p	d
Interessensindex	körperlich	≤ 42,19 ^a	56	4,10	0,99	-0,74	109	0,46	-0,14
		> 42,19	55	4,23	0,83				
	psychisch	≤ 42,94 ^a	55	4,14	0,95	-0,29	109	0,77	-0,06
		> 42,94	56	4,19	0,88				
Interessensindex	körperlich	< 46,32 ^b	70	4,11	0,95	-0,83	109	0,41	-0,16
		≥ 46,32	41	4,26	0,86				
	psychisch	< 51,24 ^b	77	4,22	0,85	1,02	109	0,31	0,21
		≥ 51,24	34	4,03	1,05				

Anmerkung: a = klassiert nach dem Median der Patientenstichprobe; b = klassiert nach dem Mittelwert der deutschen Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen; d = Effektstärke nach Cohen für unabhängige Stichproben

5.7.4 Zusammenhang mit den Erfahrungen in Bezug auf Gewichtsreduktion

Es war vermutet worden, dass bei Patienten, die schon mehrere erfolglose Abnehmversuche hinter sich haben, der Wunsch nach einer professionellen Unterstützung im Rahmen der Nachsorge größer ist als bei Patienten, die nur wenige oder gar keine misslungenen Versuche zu beklagen haben (Hypothese 5).

Dazu wurden die Patienten zunächst gefragt, wie oft sie in den letzten drei Jahren versucht hatten abzunehmen.

In Tabelle 45 sind die Antworten der Befragten in Kategorien zusammengefasst.

Tabelle 45: Versuche zur Gewichtsreduktion in den letzten drei Jahren (N = 113)

Versuche	n	%
0 – 10	99	88
> 10	14	12

Die Mehrzahl der Patienten (88%) versuchte 0 - 10-mal abzunehmen. Der Median lag bei drei Versuchen. Fünf Personen (4%) machten Angaben wie „jeden Tag“, „dauernd“ oder „immer“. Daneben wurden z. B. „fast stetig“, „fast jede Woche“,

„*x-Mal*“ und „*oft*“ selten genannt. 15 Personen (13%) gaben an, es in diesem Zeitraum gar nicht probiert zu haben.

58 von 95 Befragten (61%) konnten keinen dieser Versuche als langfristig erfolgreich einstufen. 32% der Patienten gaben einen erfolgreichen Versuch an, 5% zwei und eine Person drei. Allerdings hat diese Person bei der Frage zuvor nur von einem Versuch gesprochen, womit diese Antwort in Zweifel gezogen werden muss. Ein weiterer Patient schrieb „0,5“.

Verglich man die Angaben beider Fragen, zeigte sich, dass fast nur die Patienten, die 1 - 10 Versuche in den letzten drei Jahren unternommen hatten, auch langfristige Erfolge (0,5 – 3) erzielten. Lediglich eine Person mit 25 Versuchen berichtete, einmal erfolgreich gewesen zu sein. Daher wurde die zweite Frage bei der Gruppenbildung für die Hypothese nicht extra berücksichtigt.

Allerdings gab es zwischen den Studienteilnehmern, die höchstens dreimal versucht hatten abzunehmen, und denjenigen, die es häufiger probiert hatten, keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Wunsches nach einer professionellen Betreuung. Dies ist aus Tabelle 46 ersichtlich.

Tabelle 46: Zusammenhang zwischen der Anzahl der unternommenen Versuche und dem gewünschten Nachsorgebetreuer

	Versuche abzunehmen	N	ja	
			n	%
medizinischer/ therapeutischer Mitarbeiter	≤ 3	63	60	95
	> 3	48	48	100
nicht medizinisch/ therapeutischer Mitarbeiter	≤ 3	63	23	37
	> 3	48	25	52

Es ließ sich allgemein feststellen, dass – unabhängig von ihren Erfahrungen mit Gewichtsreduktion – die meisten Patienten eine Betreuung durch Fachpersonal wünschten (95% bzw. 100%). Auffallend war lediglich, dass die Personen, die häufiger als dreimal versucht hatten abzunehmen, eher geneigt waren, auch einen nicht

medizinischen/ therapeutischen Mitarbeiter im Rahmen einer Nachsorge zu akzeptieren als Patienten mit maximal drei Versuchen (52% versus 37%).

Hypothese 5 kann somit nicht angenommen werden.

5.7.5 Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit

Es war zudem vermutet worden, dass jüngere Patienten – v. a. Männer – mit niedrigem sozialem Status ein geringeres Nachsorgebedürfnis haben als andere Patienten.

Dieser Vermutung konnte nicht nachgegangen werden, da es in vorliegender Stichprobe nur vier Männer unter 50 Jahren mit einem Hauptschulabschluss gab und keinen männlichen Patienten, der der Unterschicht zugeordnet werden konnten. Insgesamt gab es in der gesamten Stichprobe nur eine Frau, die als der Unterschicht zugehörig eingestuft werden konnte.

5.7.6 Zusammenhang mit dem Bewegungsverhalten vor der Rehabilitation

Außerdem hatte die Annahme bestanden, dass sich Patienten, die sich schon vor der Rehabilitation mehr bewegt haben, im Rahmen der Nachsorge stärker für das Thema Bewegung interessieren als Patienten, deren Alltag zuvor weniger körperliche Aktivität beinhaltet hat.

Um dies zu überprüfen, wurde ein t-Test bei unabhängigen Stichproben für das Thema Bewegung im Rahmen einer Nachsorgemaßnahme durchgeführt. Dazu wurden, wie in Kapitel 4.3.4 erläutert, aus den Angaben der Patienten zu ihrem Bewegungsverhalten vor der Rehabilitation zwei Gruppen gebildet: Personen mit einer Gesamtaktivität von mehr als 225 Minuten pro Woche ($n = 61$, 53% der Patienten) und Personen mit einer Gesamtaktivität von weniger als 225 Minuten pro Woche ($n = 54$, 47% der Patienten).

Es ließ sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen finden. Das Thema Bewegung war für Patienten beider Gruppen im Rahmen einer Nachsorgemaßnahme wichtig ($M_{<225} = 4,39$; $SD_{<225} = 0,88$; $M_{\geq 225} = 4,64$; $SD_{\geq 225} = 0,73$; $t = -1,67$; $df = 113$; $p = 0,10$). Die Effektstärke dieses Tests hatte einen kleinen bis mittleren Wert (-0,31).

Oben aufgeführte Vermutung hat sich also nicht bewahrheitet.

5.8 Motivierende Faktoren für die Teilnahme an einer Nachsorgemaßnahme

Fragestellung 5 lautete: Welche Faktoren wären aus Sicht der Patienten für die Teilnahme an einem Nachsorgeprogramm förderlich (z. B. finanzielle Anreize, Kontaktaufnahme bei Fehlen, Einbeziehen von Angehörigen oder Freunden, Kontrolle)?

Es ist davon auszugehen, dass ein sinnvolles Nachsorgeprogramm über einen längeren Zeitraum stattfinden wird. Daher wird es wichtig sein, die Patienten zu einer beständigen Teilnahme zu ermutigen. Infolgedessen sollten in vorliegender Studie Faktoren eruiert werden, die zur Motivation der Patienten beitragen.

Dazu sollten sich die Patienten zunächst vorstellen, zur Nachsorge gehöre die Teilnahme an bestimmten Terminen.

Anschließend wollten wir von ihnen wissen, ob finanzielle Anreize eine regelmäßige Teilnahme begünstigen würden und ob sie bei Nichtwahrnehmen eines Termins kontaktiert werden möchten.

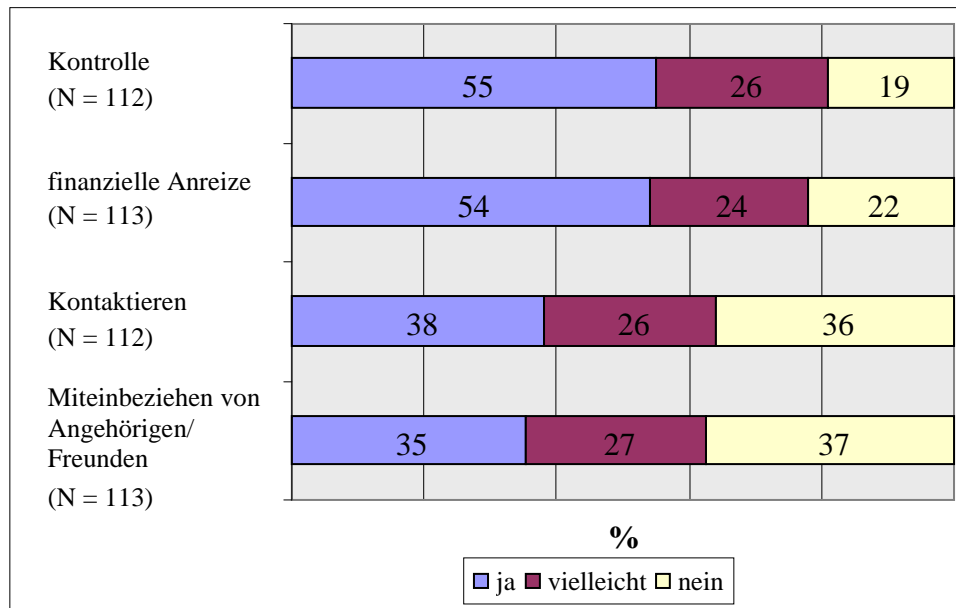
Des Weiteren wurden die Patienten gefragt, ob es sie motivieren würde, wenn jemand ihre Bemühungen im Bereich der Nachsorge kontrollieren bzw. wenn ihre Angehörigen oder Freunde in die Nachsorge miteinbezogen würden.

Tabelle 47 und Abbildung 7 zeigen das Antwortverhalten der Patienten auf diese vier Fragen.

Tabelle 47: Motivierende Faktoren für die Teilnahme an einer Nachsorgemaßnahme

	N	ja		vielleicht		nein	
		n	%	n	%	n	%
Kontrolle motivierend	112	62	55	29	26	21	19
finanzielle Anreize motivierend	113	61	54	27	24	25	22
Kontaktieren, falls fehlend	112	43	38	29	26	40	36
Miteinbeziehen von Angehörigen/ Freunden motivierend	113	40	35	31	27	42	37

Abbildung 7: Motivierende Faktoren für die Teilnahme an einer Nachsorgemaßnahme



Die Patienten würde in diesem Zusammenhang eine Kontrolle ihrer Erfolge am meisten motivieren: 55% der Befragten glaubten dies, weitere 26% schlossen es nicht aus. Auch könnten sich 78% der Patienten vorstellen, durch finanzielle Anreize, z. B. wenn ihre Versicherung die Maßnahme nur bei regelmäßiger Teilnahme bezahlen würde, häufiger teilzunehmen (Zusammenfassung der Kategorien „ja“ und „vielleicht“). Das Kontaktieren, falls ein Termin nicht wahrgenommen wurde, fand hingegen unterschiedlichen Anklang: 38% fanden dies motivierend, 36% nicht. Ähnlich uneins waren sich die Patienten in Bezug auf das Miteinbeziehen von Angehörigen oder Freunden.

5.9 Unsystematische Beobachtungen

Zuletzt sollen die Angaben der Patienten zu ihren Vorsätzen für die Zeit nach der Rehabilitation und ihren Anmerkungen zur Nachsorge im Allgemeinen kurz zusammengefasst werden. Auf Zahlenwerte und Prozentangaben wird dabei weitestgehend verzichtet. Daneben wird kurz auf Äußerungen der Interviewten, die über einzelne Fragen hinausgingen, eingegangen sowie auf Aussagen von Patienten, die im Rahmen der Vorstellung der Studie gemacht wurden.

Viele Patienten wollten die während des Aufenthalts begonnenen Lebensstiländerungen – v. a. in Bezug auf Ernährung und Bewegung – nach Ende der Rehabilitation fortführen. Ihr Gewicht sollte auf diese Weise weiter reduziert werden. Manche überlegten sogar, ihren Arbeitsplatz zu wechseln oder Kompromisse mit dem Chef zu vereinbaren, um gesünder leben zu können. „*Mehr Zeit für sich*“ zu haben, wurde ein paar Mal genannt. Zudem war eine bessere Einstellung bezüglich medizinischer Werte wie Blutdruck und Blutzucker für einige ein wichtiges Ziel.

Zwei Patienten äußerten sich allerdings kritisch zur Einhaltung dieser Vorsätze: So hatte einer bereits die Erfahrung gemacht, dass die Erfolge der Reha „*meist nur vier bis sechs Wochen anhalten, wenn man sich nicht intensiv damit beschäftigt*“. Eine andere Patientin sprach von zwei bis drei Monaten, bevor der Alltagstrott einen wieder einhole. Daneben gab es Patienten, die noch keine konkreten Vorstellungen hatten. Sie wollten erst einmal sehen, was in der Reha-Klinik angeboten werde.

In ähnliche Richtung ging folgende Anmerkung eines Studienteilnehmers: Die Idee *Nachsorge* sei zwar gut, aber schwer zu beurteilen, da es bisher kein konkretes Konzept gebe. Dass ein angemessenes Nachsorgeprogramm fast noch wichtiger sei als die Reha an sich wurde ebenfalls vermerkt. Schließlich lasse sich ein in vielen Jahren aufgebautes falsches Ess- und Sportverhalten nicht innerhalb von drei bis sechs Wochen dauerhaft verändern – erst recht nicht unter den nicht alltagstauglichen Bedingungen einer stationären Reha. Bei den Anmerkungen und im Rahmen des Interviews wurde zudem verdeutlicht, wie wichtig es sei, den individuellen Alltag der Patienten bei der Therapie zu berücksichtigen. Als Gründe für die Ablehnung einer telefonischen Nachsorge wurden des Weiteren „*ist zu unpersönlich*“ sowie eine schlechte Erreichbarkeit aufgeführt. Daneben könne nicht kontrolliert werden, ob der Betroffene die Wahrheit sage.

Darüber hinaus kritisierten verschiedene Patienten die Koordination zwischen einzelnen Kliniken und niedergelassenen Kollegen. Während manche sehr gute Erfahrungen mit der hausärztlichen Betreuung gemacht hatten, wurde anderen in der Klinik klar, dass ihre Versorgung Defizite aufwies. Über unsachliche Kommentare von Seiten der Ärzte zu ihrem Gewicht und den Folgen konnte eine andere Patientin berichten. Es war bei

einigen Studienteilnehmern offensichtlich, wie verzweifelt sie nach all den erfolglosen Abnehmversuchen waren und wie sehr sie auch zu Hause Hilfe benötigten.

Demgegenüber stand die Aussage des einzigen 20-jährigen Studienteilnehmers: Dieser hatte offenbar bei Vorstellung der Studie etwas missverstanden und sich daher während des Interviews über den Inhalt der Studie gewundert. Er konnte sich nicht vorstellen, dass sich jemand Jüngerer für Nachsorge interessiere, und meinte, er habe genug Freunde, die ihm bei Bedarf Hilfe von außen geben können.

Als weiterer Aspekt sprach ein Patient die Bedeutung von Präventionsmaßnahmen an. Diese würde er sich schon für Kinder wünschen. Schließlich habe er selbst früher vieles nicht gewusst und daher falsch gemacht. Nun sei er adipös und habe große Probleme, wieder abzunehmen, auch da eine gesunde Lebensweise mit seinem Berufsalltag schwer zu vereinbaren sei.

6 Diskussion

Das Ziel vorliegender Studie war es, das allgemeine Nachsorgebedürfnis adipöser Patienten nach stationärer medizinischer Rehabilitation zu erfassen. Zudem sollten die spezifischen Wünsche der Patienten in Bezug auf ein geplantes telefonisches Nachsorgeprogramm an der Saale-Klinik in Bad Kissingen erfragt werden.

Adipositas ist eine chronische Erkrankung, deren erfolgreiche Therapie vom Patienten eine dauerhafte Umstellung der Lebensgewohnheiten verlangt. Daher sollten entsprechende Nachsorgeangebote auf die individuellen Bedürfnisse der Erkrankten abgestimmt sein. Dies könnte die Compliance der Patienten fördern.

Untersucht wurde in vorliegender Arbeit das Interesse der Patienten an Nachsorge im Allgemeinen sowie deren Meinung zu denkbaren Bausteinen einer entsprechenden Maßnahme.

Dazu wurden 115 adipöse Patienten während ihres stationären Aufenthalts in der Saale-Klinik am Rehabilitationszentrum Bad Kissingen mittels Interview und Fragebogen (Version A) bzw. nur mit Hilfe eines Fragebogens (Version B) befragt. Daneben wurden soziodemographische und medizinische Daten der Patienten erfasst sowie Informationen zu deren Telefon-/ Internetnutzung, Versuchen zur Gewichtsreduktion, der Lebensqualität und dem Bewegungsverhalten vor Beginn der Rehabilitation (siehe Kap. 4.2 und 4.3).

Im folgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst und mit der bisherigen Forschung verglichen werden. Es ist keine weitere Studie gefunden worden, die sich direkt mit dem Thema dieser Studie befasst hat. Daher werden die Wünsche der Patienten v. a. den Empfehlungen von Experten zur Therapie von Adipositas und der gängigen Praxis bzw. bereits durchgeführten Nachsorgeprogrammen gegenübergestellt. Der Aufbau orientiert sich dabei weitgehend an Kapitel 5 (Ergebnisse). Die Trennung zwischen allgemeinen und spezifischen Fragen zum Nachsorgebedürfnis der Patienten wird allerdings nicht beibehalten. Anschließend werden die methodischen Einschränkungen der Studie dargestellt mit möglichen Auswirkungen auf die Ergebnisse. Zuletzt werden Schlussfolgerungen für die zukünftige Forschung gezogen.

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit der bisherigen Forschung

Die Stichprobe dieser Untersuchung ist bezüglich des Alters und der Erwerbstätigkeit charakteristisch für Patienten einer Reha-Klinik, deren Träger die Deutsche Rentenversicherung Bund ist, in der überwiegend Angestellte versichert sind: 91% der Patienten waren zwischen 30 und 60 Jahren alt ($M = 47,25$; $SD = 9,57$) und 85% berufstätig. Der Mittelschicht waren 61% der Studienteilnehmer zuzuordnen, weitere 38% der Oberschicht. Der Anteil der Frauen lag bei 57%. 70% der Befragten lebten mit einem festen Partner zusammen. Alle Schweregrade von Adipositas waren in der Stichprobe vertreten. Der BMI variierte zwischen 30,4 und 60,6 kg/m^2 ($M = 40,54$; $SD = 6,06$). Zudem waren alle Patienten multimorbide. Die häufigsten Nebendiagnosen entsprachen den typischen Begleit- und Folgeerkrankungen von Adipositas, z. B. arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2. Inwieweit diese Stichprobe auch für andere Kollektive adipöser Patienten repräsentativ ist, wird in Kapitel 6.2 diskutiert.

Erstes Ziel der vorliegenden Studie war es, das Interesse und die Teilnahmebereitschaft adipöser Patienten an einer Nachsorgemaßnahme zu untersuchen. Diese bilden die Voraussetzung einer erfolgreichen Teilnahme an einem Programm.

Es konnte gezeigt werden, dass bei etwa 80% der Befragten ein Interesse an Nachsorge bzw. eine Teilnahmebereitschaft bestand. 14 Personen, die im Interview ein eher geringes Interesse an Nachsorge äußerten, nannten dafür folgende Gründe: Zeitmangel bzw. Koordinationsprobleme mit der Arbeit, bereits in guter, professioneller Betreuung, keine Hilfe von außen nötig, Interesse abhängig von der Art der Nachsorge und negative Erfahrungen mit dem Programm „Life“. Daneben wurden alle Studienteilnehmer zu möglichen Hinderungsgründen für die Teilnahme befragt. Es wurde v. a. Zeitmangel (65% der Patienten), ein zu großer Aufwand (40%) und Unzufriedenheit mit dem Programm (34%) angegeben. Die meisten Patienten würden sich trotzdem nicht von einer Teilnahme abhalten lassen. 81% wären wohl zudem bereit, bis zu einem bestimmten Betrag ($M = 50,37$ Euro) etwaige Kosten selbst zu übernehmen.

Bedenkt man, dass das Angebot exemplarischer Reha-Nachsorgeprogramme für adipöse Patienten bisher noch recht gering ist, ist davon auszugehen, dass nicht alle Patienten klare Vorstellungen von Nachsorge hatten. Da zudem vorliegende Fragen recht

allgemein gehalten waren, ist die Offenheit der Befragten für Nachsorge beachtlich. Es verwundert nicht, dass manche Studienteilnehmer etwas skeptisch waren bzw. ein paar Hinderungsgründe angaben. Schließlich wurden weder der konkrete Umfang noch genaue Inhalte oder der Ablauf einer Nachsorgemaßnahme vorgegeben (siehe Kap. 5.9).

Obwohl das allgemeine Interesse der Patienten an Nachsorge nach stationärer Rehabilitation noch nicht erforscht worden war, wurde angenommen, dass ein starkes Nachsorgebedürfnis besteht. Es wurde davon ausgegangen, dass die Erkrankten aus eigener Erfahrung wissen, dass eine erfolgreiche Therapie dieser chronischen Krankheit eines Langzeitmanagements bedarf. Dies scheint der Fall zu sein (siehe Kap. 5.9). Auch in Fachkreisen ist man sich darüber einig (Wadden et al., 2004; Benecke, 2003; Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008). Zudem weisen das steigende Angebot an ambulanten Langzeitprogrammen zur Adipositas-therapie sowie die Bildung von interdisziplinären Adipositas-Zentren und -Netzwerken auf einen Bedarf an langfristigen Therapieprogrammen für adipöse Patienten hin (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2010). Dies gilt sicher unabhängig davon, ob die Patienten zuvor in einer Rehabilitations-Klinik stationär betreut wurden oder nicht.

Da vorliegende Untersuchung weiterhin eine Vorstudie zum Projekt „Evaluation einer Planungsintervention mit telefonischer Nachsorge zur Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität im Alltag“ darstellt, wurde das Interesse der Studienteilnehmer an einer telefonischen Nachsorge mit dem Schwerpunkt Bewegung eruiert.

Die Ergebnisse fielen hierbei allerdings nicht so positiv aus wie zuvor: Nur noch 46% der Befragten sagte diese Art der Nachsorge zu.

Dies ist verwunderlich. Denn einerseits beinhalten etablierte Nachsorgeangebote wie etwa das Langzeitprogramm „Schlanker werden – gesünder sein“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008) zum Teil auch telefonische Kontakte, andererseits zeigten Nachsorgeangebote, bei denen zusätzlich eine telefonische Intervention durchgeführt wurde, vergleichsweise gute Erfolge (Schulte et al., 2003; Hillebrand & Wirth, 1996). Zudem waren etwa Patienten mit koronarer Herzkrankheit zufrieden mit einer vorwiegend telefonischen Intervention (Holsclaw et al., 2005). Vorliegendes Ergebnis steht ebenfalls im Widerspruch zu dem positiven Feedback, das das erwähnte Projekt an der

Saale-Klinik mittlerweile erhält: So geben die Patienten im letzten Telefonat z. B. des Öfteren an, dass ihnen diese Nachsorge sehr geholfen habe und sie das persönliche Gespräch sehr schätzen. Daneben wurden – ähnlich wie in vorliegendem Fragebogen – bei der noch unveröffentlichten Zwischenevaluation (Messzeitpunkt: 6 Monate nach Rehabilitation) verschiedene Medien für ein Nachsorgeprogramm im Allgemeinen vorgegeben. Diese sollten auf einer Skala von 1 = „gar nicht geeignet“ bis 5 = „sehr geeignet“ eingestuft werden. Es wurden 128 Personen der Interventionsgruppe, die die telefonische Nachsorge erhielten, befragt. Das *Telefon* wurde dabei am besten bewertet ($M = 4,43$; $SD = 0,79$). Erst dann folgten *E-Mail* ($M = 3,30$; $SD = 1,21$), *interaktive Websites* ($M = 3,06$; $SD = 1,37$) und *Briefe (Post)* ($M = 2,90$; $SD = 1,15$). Möglicherweise erschien eine rein telefonische Nachsorge den Patienten auf den ersten Blick zu unpersönlich (siehe Kap. 5.9). Schließlich war bei den erwähnten Programmen die telefonische Betreuung nur ein Teil der Nachsorge – neben Hausbesuchen (Hillebrand & Wirth, 1996) oder einer stationären Nachschulung (Schulte et al., 2003). Da die Patienten die Physiotherapeutin, die in der Saale-Klinik die telefonische Nachsorge durchführte, bereits kannten, fiel der Aspekt des „Unpersönlichen“ hierbei vielleicht weg. Die Erreichbarkeit mag für die zumeist berufstätigen Patienten ein zusätzliches Problem dargestellt haben. Dies spiegelt sich auch in den Antworten auf die Frage nach einer günstigen Uhrzeit für ein Telefonat wider (siehe weiter unten und Kap. 5.9).

Neben dem Interesse an Nachsorge sollten in vorliegender Studie v. a. die von den Patienten gewünschten Inhalte einer solchen Maßnahme erforscht werden.

Es zeigte sich, dass für die Studienteilnehmer besonders die Themen *Bewegung*, *Ernährung* und eine *medizinische Betreuung* wichtig waren. *Neue Erkenntnisse über die eigene Erkrankung* vermittelt zu bekommen, über *Ansprechpartner für Hilfs- und Nachsorgeangebote* informiert zu werden, sowie eine *Kontrolle der Therapieerfolge* erschien vielen ebenfalls sinnvoll. Die Kontrolle sollte allerdings eher motivierend als tadelnd sein. Eine *(psychologische) Unterstützung bei der Lebensstiländerung* wurde hingegen insgesamt nicht ganz so gut bewertet. Hierzu fielen die Meinungen recht unterschiedlich aus (siehe Kap. 5.4). Obwohl den Patienten im Interview bei Bedarf dargelegt wurde, dass es sich – überspitzt formuliert – dabei nicht um eine Therapie auf der Couch eines Psychologen handele, und im Fragebogen das Wort „psychologisch“ aus diesem Grund

in Klammern gesetzt wurde, gab es Befragte, die eine psychologische Unterstützung kategorisch ablehnen. Sicherlich beruht dies auch auf Klischees. Demgegenüber stehen jedoch zahlreiche Befragte, für die eine psychologische Betreuung sehr wichtig ist.

Bezüglich jener drei Grundpfeiler der Adipositas therapie – Ernährung, Bewegung, psychologische Unterstützung – wollten die Patienten im Rahmen der Nachsorge mehrheitlich (jeweils zwischen 60% und 80%) sowohl weitere Informationen als auch konkrete Angebote, etwa Kochkurse, erhalten.

Studien, die das Interesse adipöser Reha-Patienten für spezifische Nachsorgeinhalte belegt hätten, konnten nicht gefunden werden. Dennoch kann man feststellen, dass die Wünsche der Patienten im Allgemeinen im Einklang mit Empfehlungen von Experten und bereits durchgeführten Programmen stehen: Schließlich sollten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie als Komponenten eines Basisprogramms die Grundlage jedes Gewichtsmanagements sein (Deutsche Adipositas-Gesellschaft et al., 2007). Da die Patienten auch im Rahmen ihres stationären Aufenthalts mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen in Kontakt kommen, kann bis zum Ende der Rehabilitation und bei ausreichender Information über die entsprechende Nachsorgemaßnahme die Skepsis gegenüber einer psychologischen Unterstützung sicher noch abgebaut werden. Des Weiteren sind sich Experten darüber einig, dass den Patienten durch Informationen über ihre Krankheit und Therapieangebote zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung geholfen werden soll (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003; Höder & Deck, 2007; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008). Zudem wird die Kontrolle des Therapiererfolgs – etwa die Besprechung des Gewichtsverlaufs oder der Veränderungen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten – wohl Bestandteil fast jedes sinnvollen Nachsorgeprogramms sein (vgl. z. B. Schulte et al., 2003; Hillebrand & Wirth, 1996; Rosemeyer et al., 2005).

Ebenso wie für die Nachsorgeinhalte kann man in Bezug auf die erwünschten Sportarten Parallelen zwischen den Empfehlungen von Fachleuten (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003; Benecke & Vogel, 2005) und den Vorlieben der Studienteilnehmer ziehen.

In beiden Fällen wurden besonders Ausdauersportarten wie *Schwimmen* (durch 79% der Patienten), *Radfahren* (62%) oder *Walking* (60%) befürwortet. Daneben fand aber auch

Bewegung im Alltag (60%), *Gymnastik* (57%) und *Training mit Fitnessgeräten* (57%) Anklang. Bewegungsformen wie *Ballsportarten* (27%) und *Joggen* (5%), bei denen das eigene Gewicht stark hinderlich sein oder gar zu Schmerzen führen kann, waren hingegen weniger beliebt.

Zu den methodischen Aspekten einer möglichen Nachsorgemaßnahme sollten die Patienten in den folgenden Abschnitten des Fragebogens (Version A und B) Stellung nehmen.

Dabei fiel auf, dass die Kombination einer *interaktiven Vermittlung* der Nachsorgeinhalte mit dem Erteilen *allgemeingültiger Informationen und Ratschläge* wohl die beste Darbietungsform ist.

42% der Befragten stimmten für diese Kombination, je ca. 30% für eine der beiden Formen.

Dieses Vorgehen entspricht der gängigen Praxis der Adipositasbehandlung: Einerseits erhalten die Patienten allgemeine Informationen (z. B. über die eigene Erkrankung oder die gesundheitlichen Aspekte körperlicher Aktivität), andererseits werden sie individuell beraten und interaktiv zu einer Modifikation ihrer Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten geführt (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003). Der Erfolg einer Therapie von Adipositas wird wesentlich davon beeinflusst, wie gut der Patient in der Lage ist, die erlernten Verhaltensweisen in seinen persönlichen Alltag einzubinden. Das wissen auch die Patienten (siehe Kap. 5.9). Daher sollte man im Rahmen einer solchen Behandlung und Nachsorge den Patienten nicht nur allgemeingültige Informationen liefern, sondern ihnen auch die Möglichkeit zu individuellen Fragen und zur Diskussion spezifischer Probleme geben.

Wahrscheinlich ebenfalls wegen der individuelleren Fürsorge war den meisten Patienten eine persönliche Betreuung im Rahmen der Nachsorge wichtig – am liebsten in Form von Einzelgesprächen. Doch auch Treffen in Gruppen oder eine schriftliche Betreuung (per Post oder Internet) wurden als geeignet eingestuft. Eine telefonische Nachsorge wurde hingegen erneut weniger gut bewertet. Dies traf auch für die Patienten mit einem

Alter von ≥ 50 Jahren zu, so dass Hypothese 1 (*Patienten ≥ 50 Jahre ziehen eine telefonische Betreuung einer Betreuung via Internet vor*) abzulehnen ist.

Schon aus praktischen Gründen wird sich wahrscheinlich eine persönliche Betreuung in Form von Gruppentreffen in Nachsorgeprogrammen eher durchsetzen als durchgehend Einzelbetreuungen. Zudem ermöglicht eine Gruppentherapie den Teilnehmern, voneinander zu lernen. Durch gegenseitige soziale Unterstützung und etwas Wettbewerb innerhalb der Gruppe mag sich dies auch auf die Ergebnisse der Intervention positiv auswirken (Wadden et al., 2004). So sind Gruppenangebote wichtiger Bestandteil etablierter Programme, z. B. „Schlanker werden – gesünder sein“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008), oder bei der primären Behandlung von Adipositas (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003). Wie etwa bei Hillebrand und Wirth (1996) oder Schulte et al. (2003) könnten individuelle Probleme durch zusätzliche Telefonkontakte mit einem Projektmitarbeiter bearbeitet werden. Gleiches wäre auf schriftlichem Weg möglich, wenn auch mit zeitlicher Latenz, weil die Patienten nicht sofort antworten könnten. Mögliche Gründe für die eher schlechte Bewertung des Mediums *Telefon* sind bereits im Rahmen des geringeren Interesses an einer telefonischen Nachsorge erörtert worden. Da zudem momentan soziale Onlinenetzwerke, Internetforen usw. sehr beliebt sind, finden manche Patienten vielleicht eher an einer Betreuung über interaktive Websites Gefallen. Sie könnten darüber nicht nur mit dem Betreuer, sondern auch mit Mitbetroffenen kommunizieren. Auch bei vielen älteren Patienten wäre eine Betreuung per Internet vermutlich möglich. Immerhin nutzen mittlerweile, je nach Befragung, 67% - 81% der 50 - 59-Jährigen und 29% - 37% der über 60-Jährigen das Internet (Arbeitsgemeinschaft Online Forschung, 2010; Forschungsgruppe Wahlen Online, 2010).

In vorliegender Stichprobe gaben 77% der über 50-Jährigen an, einen Internetanschluss zu besitzen. Die meisten nutzten diesen auch. Das war nicht erwartet worden.

Um Nachsorgemaßnahmen wenig aufwendig und kostengünstig zu gestalten, ist das Internet als Medium in Erwägung zu ziehen. In einigen Studien konnten durch Online-Nachsorgeprogramme bereits gute Resultate erzielt werden (Haugen et al, 2007; Becker et al., 2007; Harvey-Berino et al., 2004). Da eine telefonische Betreuung im Rahmen anderer Untersuchungen (vgl. z. B. Holsclaw et al., 2005; Sacco et al., 2009) besser bewertet wurde als in der vorliegenden Befragung, sollte man diese Idee nicht völlig verwerfen.

Weiterhin wurde in vorliegender Befragung die Vorliebe der Patienten für eine Betreuung durch Fachpersonal deutlich: 96% der Studienteilnehmer sprachen sich dafür aus, während nur 42% mit einer Nachsorge durch fachfremde Personen einverstanden waren. Ähnliche Ergebnisse wurden in Bezug auf die telefonische Nachsorge erzielt. Der *Arzt* (89% Ja-Stimmen) und der *Therapeut (Physiotherapeut o. Ä.)* (79% Ja-Stimmen) schnitten dabei am besten ab. „*Diätassistent*“ wurde von manchen Patienten zusätzlich genannt. Hypothese 2 (*Präferenz adipöser Patienten für Fachpersonal*) ist somit bestätigt.

Angesichts der Schwierigkeit, die Therapieerfolge aufrechtzuerhalten, ist der Wunsch nach fachlich kompetenter Betreuung verständlich. Das meinen wohl nicht nur Experten, die zumindest bei der initialen Behandlung der Adipositas eine Betreuung durch Fachpersonal für obligatorisch halten (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003; Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2007), sondern auch die Patienten selbst. Daneben konnten Perri et al. (1993) zeigen, dass eine fachkundige Betreuung bessere Ergebnisse erzielte als der Kontakt mit Selbstbetroffenen. Bei Perri & Corsica (2002) wurde darauf hingewiesen, dass zusätzliche fachkompetente Ratschläge eines Therapeuten im Rahmen einer Nachsorgemaßnahme den Gewichtsverlauf positiver beeinflussen können als eine alleinige Kontrolle des Gewichts und Essverhaltens. Wahrscheinlich hat den Patienten jener Studien eine Nachsorge durch Fachpersonal ebenso mehr zugesagt. Aus Kostengründen ist allerdings fraglich, inwieweit eine langfristige Betreuung durch Fachpersonal umsetzbar ist. Als Alternative käme der Einsatz von Auszubildenden – etwa Psychologiestudenten o. Ä. – in Frage. Diese sollten vor der jeweiligen Intervention ein spezielles Training erhalten (vgl. z. B. Sacco et al., 2009).

Dass sie die betreuende Person bereits kennen, war den meisten Studienteilnehmern hingegen weniger wichtig. Dies traf sowohl für Nachsorge im Allgemeinen als auch für das spezifische telefonische Nachsorgeangebot zu. Das Geschlecht des Betreuers war 43% von 59 Patienten gleichgültig. 16% wünschten sich eine Frau.

Auf die beiden letztgenannten Punkte muss bei Planung einer Nachsorgemaßnahme folglich nicht unbedingt Rücksicht genommen werden.

Im Gegensatz dazu war es für die meisten Patienten bedeutend, bei einer telefonischen Nachsorge immer mit derselben Person zu sprechen.

Das wäre sicher sinnvoll. Die betreuende Person würde dadurch einen besseren Überblick über den individuellen Therapieverlauf erhalten. Darüber hinaus könnte ein persönlicheres und vertrauterer Verhältnis zwischen Betreuer und Patient entstehen.

Des Weiteren wurden die Patienten zur Art der Kontaktaufnahme und zur Dauer des Programms befragt. In Hinblick auf die telefonische Nachsorge wurden zudem die Wünsche bezüglich des Beginns und der Frequenz der Maßnahme erfasst.

Die Mehrzahl der Patienten bevorzugte die Vereinbarung fester Termine zur Kontaktaufnahme. Der Kontakt sollte vom Betreuer (69% Zustimmung) oder dem Patienten selbst (63%) initiiert werden. Ein Ansprechen des Therapeuten nach eigenem Bedarf war zudem für 59% der Befragten denkbar. Dagegen wollten nur 14%, dass die andere Person sie spontan kontaktiert.

Sicherlich erleichtert das Ausmachen fester Termine die Durchführung einer Nachsorgemaßnahme und wirkt sich positiv auf Teilnahmebereitschaft und Motivation der Patienten aus. Letzteres äußerten auch manche Patienten im Interview (siehe Kap. 5.4).

Im Allgemeinen sprachen sich die Patienten für eine langfristige Maßnahme aus. 77% der Befragten wollten bis zu einem Jahr betreut werden (37% maximal ein Jahr, 40% länger als ein Jahr). Im Falle der telefonischen Betreuung war für 78% der Studienteilnehmer eine Betreuung von sechsmonatiger Dauer in Ordnung. Allerdings gingen hier die Meinungen ziemlich weit auseinander (siehe Kap. 5.6.1).

Dies mag u. a. durch das geringere Interesse an einem telefonischen Nachsorgeprogramm bedingt sein.

Einig waren sich die Patienten jedoch in Hinblick auf Beginn und Frequenz einer telefonischen Nachsorge: 80% der Befragten meinten, die Maßnahme solle innerhalb weniger Monate nach Ende der Rehabilitation beginnen. Die Mehrzahl wünschte sich einen hohe Frequenz der Kontakte – 40% monatlich, weitere 38% alle zwei Wochen.

Diese Resultate lassen sich gut mit den Empfehlungen zur Durchführung eines Nachsorgeprogramms und der gängigen Praxis vereinbaren (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008). Schließlich ist ein nahtloser Übergang zwischen Rehabilitation und Nachsorge wünschenswert, damit die Patienten gar nicht erst in ihren Alltagstrott zurückfallen können. Die Notwendigkeit

einer langfristigen Betreuung wurde bereits im Rahmen des Nachsorgeinteresses erläutert. Manche Nachsorgeprogramme, wie etwa „Schlanker werden – gesünder sein“, erstrecken sich sogar über zwei bzw. drei Jahre (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008). Es ist jedoch darauf zu achten, dass es durch allzu ausgedehnte Therapien nicht zu einem Motivationsverlust von Seiten der Patienten kommt (Perri & Corsica, 2002; Wadden et al., 2004). Gleiches gilt sicher für die Frequenz. Dass sich nur 40% der Patienten im allgemeinen Fragebogenteil für eine Dauer von mehr als einem Jahr entschieden haben, mag vielleicht an der sehr allgemein gehaltenen Fragestellung liegen. Nicht jedem Patienten sagt jede Form von Nachsorge zu. Die Motivation der Patienten - und folglich die gewünschte Dauer - hängt sicherlich vom jeweils konkreten Angebot ab. Eine gute Alternative wäre eine Nachsorge, die mit häufigen Kontakten beginnt und dann zu niederfrequenten Kontakten übergeht. So könnte sich der Patient zunehmend an den eigenverantwortlichen Umgang mit seiner Krankheit gewöhnen. Dieser Vorschlag wurde auch von einzelnen Patienten selbst gemacht (siehe Kap. 5.6.1). Vielleicht wäre es zudem sinnvoll, statt eines überlangen einmaligen Nachsorgeprogramms den Patienten nach einigen Jahren erneut Zugang zu einer ähnlichen Therapiemaßnahme zu verschaffen.

Im Zuge des telefonischen Nachsorgeangebots sollten die Patienten außerdem einen geeigneten Zeitpunkt für das Telefonat benennen.

82% der Befragten wollten zwischen 18 und 20 Uhr kontaktiert werden. Mit 16% bzw. 12% der Stimmen folgten die Antworten „vor 9 Uhr“ und „14 - 18 Uhr“. Zwei Personen wollten nach 20 Uhr betreut werden.

Diese Verteilung ist nicht verwunderlich. Denn die Mehrheit der Studienteilnehmer (85%) war berufstätig, folglich tagsüber schwer zu erreichen. Eine telefonische Betreuung nach 18 Uhr ist in der Praxis möglicherweise schwer umsetzbar. Immerhin muss die Nachsorge auch an die Arbeitszeiten des Betreuers angepasst sein. Auf jeden Fall sollte bei der Planung einer telefonischen Intervention vorab über die individuell geeignete Uhrzeit gesprochen werden. Falls sich keine oder kaum passende Termine finden, könnte man die telefonische Nachsorge z. B. mit Kontakten per E-Mail kombinieren. So würden die Vorteile beider Medien genutzt.

Den Nachsorgeort betreffend, waren sich die Patienten ziemlich einig: Die größte Zustimmung erhielten die Vorschläge *ambulante Praxis* (78% Ja-Stimmen), *Rehabilitations-Klinik* (60%) und *öffentliche Einrichtung* (56%). Ein Anfahrtsweg von bis zu 10 km war für 45% der Befragten akzeptabel, für weitere 35% sogar 11 - 20 km.

In der Vergangenheit gestaltete sich eine Nachbetreuung in ambulanten Praxen teils schwierig, obwohl sie begrüßt wurde (Rosemeyer et al., 2005; Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003; Hillebrand & Wirth, 1996). Die steigende Anzahl ambulanter Therapieangebote lässt auf Besserung hoffen (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2010). Angesichts dieser Entwicklung wurden in Zusammenarbeit mit der Deutschen Adipositas-Gesellschaft mittlerweile Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme entwickelt, die eine Bewertung der Angebote erleichtern sollen (Hauner et al., 2000). Eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Institutionen und Leistungserbringern wäre dabei wünschenswert (Köpke, 2007). Hier gibt es wohl noch Defizite, wie auch manche Patienten berichteten (siehe Kap. 5.9).

Die Patienten sollten im Fragebogen zudem angeben, welche Gruppenform sie gegebenenfalls bevorzugen würden.

91% der Studienteilnehmer waren mit *Kleingruppen von 8 - 12 Teilnehmern* einverstanden. Mit immerhin 57% Ja-Stimmen wurden auch *Gruppen rein für Adipöse* und *geschlossene Gruppen* noch mehrheitlich befürwortet. Einige Patienten äußerten v. a. in Bezug auf die körperlichen Aktivitäten den Wunsch nach speziellen Gruppen für Adipöse. Die sportlichen Ziele sollten an die Bedürfnisse und die Leistungsfähigkeit dieser Patientengruppe angepasst sein. Auch Scham spielte – etwa beim Schwimmen – eine Rolle. Auf Alter und Geschlecht muss laut vorliegender Studie bei der Gruppenbildung keine Rücksicht genommen werden.

Eine Betreuung in Kleingruppen ist sicher sinnvoll, um genug Zeit und Raum für Interaktion und individuelle Problemlösungen zu haben. Für gewisse Therapiebausteine – wie Teile des Sportprogramms oder die Besprechung spezifischer Probleme, die mit Adipositas einhergehen – sind geschlossene Gruppen günstig. Allerdings kann es z. B. im Zuge der Ernährungsberatung auch hilfreich sein, die Gruppen etwa für Angehörige zu öffnen. In diesem Sinne steht die Meinung der Patienten zur Gruppenform weitgehend im Einklang mit den Empfehlungen von Experten zur Therapie von Adipositas

im Allgemeinen (Deutsche Adipositas-Gesellschaft et al., 2007) bzw. in Reha-bilitationskliniken (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003). Dies trifft auch für Nach-sorgemaßnahmen wie z. B. das Langzeitprogramm „Schlanker werden – gesünder sein“ (geschlossene Gruppen), das Fränkische Adipositas Training (Gruppen à 15 Personen) oder die Adipositas-Schulung in der Rosenberg Klinik (Gruppen à 12 Personen) zu (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008).

Die Möglichkeit, einen Fachkundigen jederzeit erreichen zu können (etwa in Form einer Telefon-Hotline), wurde von 64% der Befragten bejaht, weitere 26% antworteten „vielleicht“.

Wie schon Perri et al. (1993) feststellten, wäre dies sicher eine gute Möglichkeit, den Patienten schnellen Zugang zu Hilfe bei Problemen mit der Umsetzung des Programms im Alltag oder bei Rückfällen zu ermöglichen. In einer Befragung von Patienten mit akutem Myokardinfarkt hatte sich ebenfalls herausgestellt, dass bei den Patienten eine Telefon-Hotline erwünscht wäre (Hanssen et al., 2005).

Refresher-Einheiten in der Klinik oder ein sogenanntes Etappenheilverfahren werden ebenfalls von Fachleuten als Möglichkeiten zur Langzeitbehandlung von Adipositas gesehen (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003; Perri et al., 1993) bzw. wurden bereits evaluiert (Schulte et al., 2003). Bei Schulte et al. zeigte sich jedoch eine eher selektive Inanspruchnahme der Maßnahme: Gerade Patienten mit ungünstigem Verlauf während des stationären Aufenthalts und starkem Nachsorgebedarf nahmen seltener teil.

In vorliegender Patientenstichprobe stimmten 68% einem erneuten stationären Aufenthalt zu, weitere 22% zogen es in Erwägung.

Ein weiteres Ziel vorliegender Studie war es, den Zusammenhang zwischen dem Nach-sorgebedürfnis adipöser Reha-Patienten und anderen Parametern (z. B. Geschlecht, Alter) zu untersuchen.

Auf Grund der Überblicksarbeit von Mittag & Grande (2008) war die Hypothese aufgestellt worden, dass sich Frauen und Männer im Rahmen der Nachsorge unterschiedlich stark für die Themen *Ernährung*, *Bewegung* und *psychologische Unter-*

stützung bei der Lebensstiländerung interessieren. Dies konnte nicht nachgewiesen werden.

Auch die Vermutung, dass Frauen und Männer jeweils getrenntgeschlechtliche Gruppen im Zuge einer Nachsorgemaßnahme vorziehen, ist widerlegt worden.

Dies steht im Widerspruch zur „Höhenrieder-Studie“ zum Rehabilitationserfolg bei koronarkranken Frauen: Dort schienen sowohl die Akzeptanz als auch die Ergebnisse einer Therapie in Form reiner Frauengruppen besonders gut zu sein (Mittag & Grande, 2008).

Ansonsten fielen in Bezug auf das Nachsorgebedürfnis kaum signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf bzw. die Unterschiede waren weniger relevant (siehe Kap. 5.7.1). Nennenswert ist vielleicht, dass für Frauen eine Betreuung in Gruppen rein für Adipöse wichtiger war als für Männer (72% versus 38%).

Dies mag womöglich daran liegen, dass Frauen unter der Diskriminierung wegen ihres Gewichts im Allgemeinen mehr leiden müssen als Männer (Sarlo-Lähteenkorva et al., 2000; Fabricatore & Wadden, 2004) und sich ihrer Figur wegen mehr schämen. Schließlich wird das äußere Erscheinungsbild von Frauen und deren Vergleich mit Schönheitsidealen in unserer Gesellschaft immer noch mehr diskutiert als das von Männern.

Was den Zusammenhang zwischen dem Nachsorgebedürfnis und dem Alter betraf, konnte ebenfalls kaum Wesentliches bzw. Überraschendes festgestellt werden (siehe Kap. 5.7.2). Etwas unerwartet ist, dass die älteren Patienten (≥ 50 Jahre) noch weniger gern zu Hause und per Telefon betreut werden wollten als die jüngeren.

Auf Grund der eingeschränkten Mobilität ist eher das Gegenteil vermutet worden. Auf den Zusammenhang zwischen Alter und einer telefonischen Nachsorge ist bereits weiter oben eingegangen worden.

Zudem war die Hypothese formuliert worden, dass eine verminderte Lebensqualität mit einem größeren Nachsorgebedürfnis einhergeht.

Ursache für diese Annahme waren Studien gewesen, die gezeigt hatten, dass Personen mit einer geringeren Lebensqualität häufigere und erfolgreichere Versuche zur

Gewichtsreduktion unternommen hatten als Personen mit höherer Lebensqualität (Bish et al., 2007; Jeffery et al., 1984; Sarlio-Lähteenkorva et al., 2000).

Diese Hypothese ist laut vorliegender Ergebnisse abzulehnen. Es herrschte bei den Befragten unabhängig von der Lebensqualität ein reges Interesse an Nachsorge.

Auch in Bezug auf eine fachmännische Betreuung konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Erfahrungen mit der Gewichtsreduktion und dem Nachsorgebedürfnis festgestellt werden.

Ungeachtet ihrer Versuche, dauerhaft Gewicht zu verlieren, wünschten sich die meisten der Befragten eine Betreuung durch Experten. Die entsprechende Hypothese ist also nicht bestätigt worden.

In einer Studie von Kayman et al. (1990) wünschten sich hingegen 64% der Frauen, die nach einem Gewichtsverlust wieder zugenommen hatten, mehr Hilfe von außen – besonders von Fachpersonal. Dieser Wunsch bestand nur bei 17% der Frauen, die ihr Gewicht halten konnten, bzw. bei 24% der Frauen aus der Kontrollgruppe, die stets etwa gleich viel gewogen hatten und nicht adipös waren. Allerdings konnte keine der Befragten sagen, dass professionelle Hilfe bisher bei der Gewichtsreduktion wirklich hilfreich gewesen wäre. Man muss jedoch beachten, dass bei Kayman et al. die Art und Weise, wie eine Studienteilnehmerin abgenommen hatte, keine Rolle spielte. Deren Stichprobe ist also nicht direkt mit dem Patientenkollektiv vorliegender Untersuchung zu vergleichen. Zudem konnte die Mehrzahl der Teilnehmer vorliegender Studie bisher nicht aus eigener Kraft ihr Gewicht dauerhaft reduzieren – unabhängig davon, ob die Patienten nun drei oder mehr Abnehmversuche unternommen hatten (siehe Kap. 5.7.4). U. a. deswegen wurden sie in der Reha-Klinik therapiert. Daher ist diese Stichprobe wohl nicht ganz so gut geeignet, um genannte Hypothese zu prüfen. Was die Beurteilung professioneller Hilfe angeht, ist zu hoffen, dass diese heutzutage besser ausfallen würde. Schließlich haben sich die Therapiemethoden in den letzten 20 Jahren sicher etwas weiterentwickelt.

Ob die Vermutung zutrifft, dass jüngere Patienten – v. a. Männer – mit niedrigem sozialem Status ein geringeres Nachsorgebedürfnis haben als andere Patienten, konnte

nicht getestet werden. Die Stichprobe enthielt dazu nicht genügend Personen, auf die die genannten Merkmale zugetroffen hätten.

Man könnte natürlich daraus schließen, dass solche Personen generell kein Interesse an Nachsorge haben und sich daher auch nicht für vorliegende Studie interessierten. Dies würde, wie in Kapitel 2.5.1 erläutert, mit den Dropout-Analysen bzw. den soziodemographischen Daten von Nicht-Teilnehmern verschiedener anderer Studien übereinstimmen (Schulte et al., 2003; Heshka et al., 2003; Hillebrand & Wirth, 1996; Harvey-Berino et al., 2004; Glasgow et al., 2007). Im Zusammenhang mit den methodischen Einschränkungen vorliegender Studie wird auf die Gründe der Nicht-Teilnahme noch genauer eingegangen.

Dass sich Patienten, die sich schon vor Beginn der Rehabilitation mehr bewegt haben, im Rahmen einer Nachsorge stärker für das Thema Bewegung interessieren würden als Patienten, deren Alltag zuvor weniger körperliche Aktivität beinhaltet hat, ließ sich nicht nachweisen. Das Interesse an Bewegung war allgemein sehr hoch.

Das mag daran liegen, dass befragte Patienten schon Erfahrungen bezüglich einer dauerhaften Gewichtsreduktion gesammelt haben – sei es privat oder durch ihren Klinikaufenthalt. Vielleicht haben sie dadurch die Bedeutung von körperlicher Aktivität, gerade zur Aufrechterhaltung des reduzierten Gewichts, erkannt. Schließlich wird dies auch von Fachgesellschaften propagiert (Deutsche Adipositas-Gesellschaft et al., 2007).

Da die Therapie von Adipositas sehr langwierig ist, möglicherweise sogar lebenslang, muss eine entsprechend hohe und beständige Motivation von Seiten der Patienten gegeben sein. Daher wurden Faktoren erfragt, die für die Teilnahme an einem Nachsorgeprogramm förderlich sein können.

Vier Möglichkeiten waren aufgeführt worden, wobei das Kontrollieren der Therapieerfolge bzw. finanzielle Anreize (z. B. Kostenübernahme nur bei regelmäßiger Teilnahme) als am wirkungsvollsten eingeschätzt wurden: 55% bzw. 54% gaben an, dadurch motiviert zu werden, weitere 26% bzw. 24% schlossen es nicht aus. Was das Kontaktieren, falls ein Termin nicht wahrgenommen wird, oder das Miteinbeziehen von Angehörigen oder Freunden betraf, war man sich uneins: Etwa gleich viele Personen

stuften diese Maßnahmen als motivationsfördernd ein wie nicht (jeweils um 30% - 40%).

Die Tatsache, dass eine Kontrolle sinnvoll und gängige Praxis ist, ist bereits weiter oben erläutert worden. Eigentlich geht das Kontaktieren bei Fehlterminen in eine ähnliche Richtung. Finanzielle Anreize – wie etwa eine Kostenübernahme durch die Rentenversicherung nur bei regelmäßiger Teilnahme – können sicher nicht verkehrt sein, auch wenn bisher kein eindeutig positiver Effekt nachgewiesen werden konnte (Jeffery et al., 2000). Die finanziellen Ressourcen der Rentenversicherung u. a. sind beschränkt und sollten nicht für Maßnahmen ausgegeben werden, welche von den Patienten nicht ausreichend genutzt werden. Angehörige und Freunde zum Teil mit einzubeziehen, wird von Fachkreisen empfohlen (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003; Rosemeyer et al., 2005). Allerdings erzielte diese Methode bislang eher bescheidene Erfolge (Jeffery et al., 2000). Da eine Lebensstiländerung, wie sie die Adipositas therapie verlangt, jedoch oft nicht nur die Patienten selbst betrifft, sondern sich häufig auch auf das persönliche Umfeld auswirkt – etwa wenn der Patient sein Essen nicht selbst kocht – erscheint dies dennoch vernünftig. Des Weiteren nimmt die Unterstützung der Patienten durch Angehörige, wenn diese über die Krankheit, ihre Folgen und Therapie gut aufgeklärt sind, sicherlich zu.

6.2 Methodische Einschränkungen

Vorliegende Stichprobe ist relativ klein ($n = 115$). Für manche Fragestellungen, wie den Zusammenhang zwischen dem Nachsorgebedürfnis der Patienten und anderen Parametern, mussten zudem aus dem Patientenkollektiv zwei Gruppen gebildet werden, die miteinander verglichen wurden. Die Gruppenstärke lag dann nur noch bei ca. 50 Personen. Daneben wurden einzelne Fragen nur den Patienten des ersten (Interview & Fragebogenkatalog) bzw. des zweiten Durchlaufs (nur Fragebogenkatalog) gestellt. Die Ergebnisse sind dadurch zu relativieren.

Außerdem handelt es sich um ein selektiertes Patientengut. Da die Rekrutierung in einer Klinik der Deutschen Rentenversicherung Bund stattfand, waren die meisten Patienten (91%) zwischen 30 und 60 Jahren alt und berufstätig (85%). Der Unterschicht gehörte nur eine Person an.

Die genaue Verweigerungsquote und Informationen über die Nicht-Teilnehmer konnten aus Datenschutzgründen leider nicht erfasst werden (siehe Kap. 4.6). Es wird aber angenommen, dass sich jeweils etwa die Hälfte der vermeintlich übergewichtigen bzw. adipösen Patienten zu einer Teilnahme an der Befragung bereit erklärt hat. Über die Gründe der Nicht-Teilnahme können nur Vermutungen geäußert werden: Möglicherweise war der Zeitpunkt etwas ungeeignet, um die Studie vorzustellen. Dies war aus organisatorischen Gründen jedoch nicht anders möglich. Einerseits waren die Patienten gerade erst in der Klinik eingetroffen und hatten daher vielleicht noch keine konkreten Vorstellungen, was sie erwarten würde. Dann sollten sie sich schon Gedanken über eine Nachsorge machen. Andererseits wurde für die Untersuchung am Ende der allgemeinen Begrüßungsveranstaltung geworben. Die Patienten sollten sich gleich im Anschluss an die Vorstellung der Studie entscheiden, ob sie eine Woche später teilnehmen wollen oder nicht. Wie sich bei einer dieser Veranstaltungen zeigte, war zu diesem Zeitpunkt die Aufnahmefähigkeit mancher Patienten allerdings nicht mehr so groß. Zudem wurde in jener Veranstaltung von Seiten der Patienten verdeutlicht, dass der Zeitdruck weiterer Termine vor und nach dem auf die Veranstaltung folgenden Mittagessen die Motivation, sich mit vorliegender Studie zu befassen, etwas eingeschränkte. Dass die Teilnahmebereitschaft jüngerer Patienten, v. a. wenn sie eher niedrigen sozialen Status besitzen, recht gering ist, ist möglich. Hinweise darauf lieferten zum einen diverse Studien (siehe Kap.2.5.1), zum anderen das offenkundige Desinteresse und Unverständnis des einzigen 20-jährigen Teilnehmers vorliegender Untersuchung (siehe Kap. 5.9). Wie das Interesse an einer Nachsorgemaßnahme ausgefallen wäre, wenn man alle adipösen Patienten hätte befragen können, sei dahingestellt.

Daneben ist zu bedenken, dass auf Grund des Trägers das Ziel dieser Rehabilitation v. a. die Sicherung der Erwerbsfähigkeit ist. Möglicherweise sind aus beruflichen Gründen gerade bei solchen Patienten der Wunsch nach einem dauerhaften Gewichtsverlust und die Bereitschaft für Nachsorge höher als bei einem anderen Kollektiv adipöser Patienten.

Was die Art der Befragung betrifft, sollten weniger Probleme entstanden sein. Sicherlich ist es möglich, dass die Patienten im Rahmen des Interviews etwas beeinflusst wurden. Es handelte sich zwar um ein teilstrukturiertes Interview und es wurde von Seiten der Interviewerin sehr auf Neutralität geachtet. Dennoch ist ein

Antworten der Patienten im Sinne sozialer Erwünschtheit nicht ausgeschlossen. Allerdings zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede im Antwortverhalten der Patienten, die mittels Interview und Fragebogen befragt wurden, und der Patienten, die nur den modifizierten Fragebogen erhielten. Auch die Antworten der Patienten auf ähnliche Fragen des Interviews und des anschließenden Fragebogens variierten nicht auffallend.

6.3 Schlussfolgerungen für zukünftige Forschung und klinische Praxis

Es hat sich in vorliegender Studie gezeigt, dass bei adipösen Patienten nach stationärer Rehabilitation ein großes Nachsorgebedürfnis vorhanden ist. Die konkreten Wünsche der Patienten bezüglich Inhalt und Form der Nachsorge entsprechen erfreulicherweise weitgehend den Empfehlungen von Experten bzw. der Praxis etablierter Programme (siehe Kap. 6.2).

Insgesamt sollte das Angebot an Nachsorgeprogrammen nach stationärer medizinischer Rehabilitation jedoch noch ausgeweitet werden. Zudem wäre es wichtig, diese Programme auf lange Sicht zu evaluieren. Dies sollte einerseits in Bezug auf den therapeutischen Erfolg hinsichtlich des Gewichts, der Lebensqualität, des Bewegungs- und Essverhaltens sowie der Verbesserungen in Bezug auf Komorbiditäten erfolgen. Andererseits wäre ein Feedback der Patienten mit erneuter Bedürfnisanalyse zur Optimierung vorhandener Programme sinnvoll. Schließlich ist vorliegender Fragebogen sehr allgemein gehalten. Die Meinungen zu einzelnen konkreten Nachsorgemaßnahmen fallen vielleicht etwas anders aus (siehe telefonische Nachsorge an der Saale-Klinik, Kap. 6.1).

Aus den Ergebnissen vorliegender Untersuchung lassen sich u. a. folgende Schlussfolgerungen für künftige Nachsorgeprogramme ziehen:

Wichtig ist ein nahtloser Übergang zwischen dem stationären Aufenthalt und der Nachsorgemaßnahme. Sinnvoll wäre es daher, am Ende jeder Rehabilitation ein individuelles Gespräch mit den Patienten zu führen, in dem die Bedürfnisse des Patienten eruiert und nach passenden Angeboten vor Ort gesucht werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008). Als Orientierung zur Bedürfnisanalyse könnte vorliegender Fragebogen dienen.

Inhaltlich sollten auf jeden Fall die Themen Ernährung, Bewegung und Verhaltenstherapie eine zentrale Rolle spielen. Letzteres war zwar bei manchen Patienten nicht ganz so beliebt. Diese Abneigung beruht jedoch sicher auch auf Klischees und kann durch entsprechende Informationen abgebaut werden (siehe Kap. 5.4 und 6.1). Eine medizinische Betreuung der Patienten, die auch das Vermitteln aktueller Informationen über die Krankheit beinhaltet, sollte keineswegs außer Acht gelassen werden. Zudem ist die Kontrolle der Therapieerfolge – auch im Sinne einer Motivationsförderung – ein wichtiger Aspekt. Finanzielle Anreize können zusätzlich die Teilnahmebereitschaft erhöhen.

Formal gesehen sollte die Nachsorge innerhalb der ersten Monate nach Reha-Ende beginnen und langfristig angelegt sein. Sinnvoll wäre etwa eine hohe Frequenz zu Beginn, solange bis der Patient die neuen Verhaltensweisen in seinen Alltag einigermaßen integriert hat. Weiterhin wäre eine Nachsorge gut, die aus verschiedenen Bausteinen besteht: etwa am Anfang Nachsorge in geschlossenen Kleingruppen (8 - 12 Teilnehmer) rein für Adipöse. Zusätzlich wäre zwischendurch ein individueller Kontakt mit einem Therapeuten – je nach Präferenz telefonisch oder per Internet – günstig. Die Gruppentreffen könnte man dann mit der Zeit ausschleichen und eine Überleitung in Selbsthilfegruppen anregen, indem man die Patienten über entsprechende Angebote informiert. Die Kontakte mit dem Therapeuten sollten jedoch noch eine ganze Weile fortgesetzt werden, mit abnehmender Frequenz. Nach 1 - 2 Jahren könnte man eine „Booster-Schulung“ in der Reha-Klinik anbieten. Hilfreich wäre daneben eine Telefon-Hotline, bei der sich Patienten jederzeit Hilfe holen können. Um personelle und finanzielle Ressourcen zu sparen, wäre hierbei eine zentrale Organisation von Vorteil.

Daneben sollte die Zusammenarbeit zwischen Kliniken untereinander und mit niedergelassenen Ärzten verbessert werden. Dies gilt besonders für die Kommunikation zwischen der Rehabilitations-Klinik und dem Hausarzt. Aufgaben, wie die regelmäßige Kontrolle der Therapieerfolge, könnten gerade von einem niedergelassenen Kollegen relativ einfach übernommen werden. Häufig mag es schon genügen, wenn der Hausarzt den Patienten kurz auf das geänderte Ernährungs- und Bewegungsverhalten anspricht. Dazu müsste er natürlich entsprechend geschult sein. Der Aufwand würde sich aber sicher lohnen, wenn man die enormen Kosten und Probleme im Zusammenhang mit Adipositas und deren Folgekrankheiten im Gesundheitssystem betrachtet (Rosemeyer et

al., 2005; Benecke & Vogel, 2005; Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003). Bedenkt man, dass es zum Teil auch nach Ende der Nachsorge wieder zu einer Gewichtszunahme kommt (Schulte et al., 2003; Becker et al., 2007; Perri & Corsica, 2002), wird die Bedeutung des Hausarztes noch klarer. Eine lebenslange Nachsorge durch die Reha-Klinik oder ähnliche Einrichtungen wird nicht finanzierbar sein. Möglicherweise machbar wäre es jedoch, wenn die Nachsorge Teil der hausärztlichen Betreuung wäre, die ja per se oft lebenslang erfolgt. Dies setzt natürlich voraus, dass bei einem Wechsel des Hausarztes die Kommunikation auch zwischen den Kollegen erfolgt. Wie wichtig eine Betreuung durch Fachpersonal den Patienten ist, wurde bereits dargelegt (siehe Kap. 5.5.3, 5.7.4 und 6.1). Eine entscheidende Rolle spielt dabei aber auch die Haltung des Therapeuten zu den Patienten: Diskriminierungen, offensichtlicher Ekel und Pauschalurteile (Crouch, 2005; Fabricatore & Wadden, 2004) sollten vermieden werden.

Künftige Studien könnten versuchen, oben vorgeschlagene Ideen für Nachsorgeprogramme in die Praxis umzusetzen. Dabei sollten sie ihren Fokus auch auf die Überleitung in die ambulante Betreuung niedergelassener Ärzte legen. Auf die Bedeutung langfristiger Evaluationen solcher Programme ist bereits hingewiesen worden.

Zum Screening der Patienten für Nachsorgemaßnahmen könnte man, wie zuvor erwähnt, am Ende einer Rehabilitation bei adipösen Patienten vorliegenden Fragebogen zum Nachsorgebedürfnis benutzen. Eine individuelle Beratung könnte darauf folgen. Dieser Zeitpunkt wäre für die Befragung sicher günstiger als zu Beginn des Aufenthalts. Würde der Fragebogen vom Klinikpersonal standardmäßig jedem Patienten vorgelegt, würde dies die Teilnahmebereitschaft sicher noch erhöhen. Auf diese Weise könnten mehr Daten über das Nachsorgebedürfnis der Patienten gewonnen werden – v. a. wenn der Fragebogen nicht nur an Kliniken einer Rentenversicherung verwendet würde. Der Fragebogen müsste dazu etwas modifiziert werden: Zum einen sollten die Fragen zur spezifischen Nachsorge wegfallen, zum anderen sollte man eine Frage einfügen, die sich mit den Gründen für etwaiges Desinteresse des Patienten beschäftigt. Eventuell könnte man den Fragebogen so aufbauen, dass nur bei Interesse an Nachsorge die weiteren Fragen beantwortet werden müssen. Der Fragebogen zur Gewinnung soziodemographischer Daten sollte weiterhin Bestandteil des Fragebogens sein – eventuell in verkürzter Form. Auf die anderen Fragebögen und die zusätzlichen Fragen zur Internetnutzung und zum Gewichtsverlauf kann man gegebenenfalls verzichten. Diesbezüglich

hat sich kein wesentlicher Einfluss auf das Nachsorgebedürfnis gezeigt. Durch das beschriebene Vorgehen wäre man vielleicht in der Lage, mehr Daten über die Nicht-Teilnehmer von Nachsorgemaßnahmen und die Gründe für die fehlende Motivation erhalten. Mit diesem Wissen könnte man versuchen, spezifische Maßnahmen für diese Personengruppe zu entwickeln. Denn vermutlich haben gerade jüngere, männliche Personen aus schlechteren sozialen Verhältnissen weniger Interesse an Nachsorge (siehe Kap. 2.5.1 und 6.1). Gleichzeitig tritt Adipositas jedoch gehäuft in unteren Sozialklassen auf (Benecke & Vogel, 2005; Glenny et al, 1997; Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 2003).

Neben Verbesserungen im Rahmen der Nachsorge sind v. a. verstärkte Bemühungen in Bezug auf die Prävention von Adipositas wichtig. Es ist anzustreben, eine chronische, schwer therapierbare Krankheit wie Adipositas durch gezielte Kampagnen zu verhindern, als Adipositas erst zu behandeln, nachdem sie manifest geworden ist. Dies wurde auch im persönlichen Gespräch mit einem Patienten deutlich (siehe Kap. 5.9). Schließlich ist wohl gerade in unteren sozialen Schichten das Wissen über richtige Ernährung nicht unbedingt vorhanden, zumal in den Medien teils Unterschiedliches propagiert wird. Wahrscheinlich ist einigen Menschen auch nicht wirklich bewusst, dass sich gewonnenes Gewicht nicht so leicht ab- wie aufbauen lässt. Über das Problem „Übergewicht“ wird wohl häufig erst dann ausführlich gesprochen, wenn es Probleme bereitet. Wie schwierig jedoch die Therapie des Übergewichts ist, wurde in vorliegender Arbeit verdeutlicht (siehe Kap. 2.2 und 2.3). Daher wäre eine frühzeitige Prävention nötig, aus gesundheitspolitischer Sicht sinnvoll und wahrscheinlich erfolgversprechender als manche Nachsorge.

Präventionsmaßnahmen könnte man z. B. optimieren, indem man Personen befragt, die Probleme mit ihrem Gewicht haben, und solche, bei denen das nicht der Fall ist. Zudem könnte man adipöse Patienten rückblickend berichten lassen, wann und warum sie an Gewicht zugenommen haben und wie man dies hätte verhindern können.

7 Zusammenfassung

Adipositas ist eine chronische, schwer zu behandelnde Erkrankung. Sie kann erhebliche Folge- und Begleiterkrankungen nach sich ziehen. Die Prävalenz von Adipositas nimmt seit einigen Jahren beständig zu. Sie lag für Erwachsene in Deutschland 2009 bei ca. 15%. Adipositas ist daher eine bedeutende Erkrankung, die zusammen mit ihren Folgeschäden hohe Kosten verursacht.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist eine Lebensstiländerung. Um dies zu bewerkstelligen, ist eine langfristige Behandlung notwendig. So sollten etwa auf die recht erfolgreichen Rehabilitationsprogramme weiterführende Maßnahmen folgen. Zur optimalen Gestaltung solcher Nachsorgeprogramme, ist es wichtig, zunächst die Nachsorgebedürfnisse von Patienten mit Adipositas nach stationärer medizinischer Rehabilitation zu erfassen. Dadurch könnten die Teilnahmebereitschaft und Compliance der Patienten erhöht werden. Eine solche Bedürfnisanalyse ist, soweit bekannt, zuvor noch nicht durchgeführt worden.

In vorliegender Studie sollte untersucht werden, ob bei adipösen Patienten überhaupt ein Nachsorgebedürfnis vorhanden ist und wenn ja, wie die Nachsorge bezüglich Inhalt und Form aussehen sollte. Zusammenhänge zwischen dem Nachsorgebedürfnis und anderen Parametern, wie Geschlecht und Alter, sollten zudem aufgedeckt sowie Faktoren erforscht werden, die die Motivation der Betroffenen steigern können. Darüber hinaus sollte in einem spezifischen Fragenteil auf eine geplante telefonische Nachsorge eingegangen werden.

Insgesamt wurden die Daten von 115 adipösen Patienten (57% Frauen; Alter: $M = 47,25$ Jahre, $SD = 9,57$ Jahre; BMI: $M = 40,54$ kg/m^2 , $SD = 6,06$ kg/m^2), die sich in stationärer Behandlung an der Saale-Klinik am Rehabilitationszentrum Bad Kissingen der Deutschen Rentenversicherung Bund befanden, erfasst. Die Untersuchung erfolgte in zwei Wellen: Zunächst wurden 54 Personen mit Hilfe eines teilstrukturierten Interviews und eines Fragebogenkatalogs befragt. Anschließend wurde das Nachsorgebedürfnis weiterer 61 Patienten lediglich anhand des Fragebogenkatalogs erforscht. Dieser wurde zuvor etwas modifiziert und um die Fragen aus dem Interview erweitert.

Es ergaben sich u. a. folgende Ergebnisse: Wie vermutet war das Nachsorgebedürfnis der adipösen Patienten groß: Ca. 80% der Studienteilnehmer gaben ein Interesse an

Nachsorge im Allgemeinen bzw. eine Teilnahmebereitschaft an. Dies wurde durch die überwiegende Bereitschaft, anfallende Kosten bis zu einem bestimmten Betrag (M = 50,37 Euro) selbst zu übernehmen, unterstrichen. Für die an der Saale-Klinik geplante telefonische Nachbetreuung zeigten hingegen nur 46% der Studienteilnehmer Interesse.

Inhaltlich sollten besonders die Themen *Bewegung* und *Ernährung* abgedeckt werden. Daneben waren vielen eine *medizinische Betreuung* und die Weitergabe *neuer Erkenntnisse über ihre Erkrankung* wichtig.

Die Vermittlung der Inhalte sollte teils interaktiv, teils allgemein informativ gestaltet sein. Eine persönliche Betreuung in Form von Einzel- oder Gruppengesprächen wurde zudem präferiert. Die Hypothese, dass ältere Patienten (≥ 50 Jahre) eine telefonische Betreuung einer Nachsorge per Internet vorziehen, konnte nicht bestätigt werden. Als zutreffend erwies sich hingegen die Vermutung, dass adipöse Patienten im Rahmen einer Nachsorge lieber von Fachpersonal als von fachfremden Personen betreut werden (96% vs. 42%). Entsprechende Maßnahmen sollten langfristig angelegt sein: 77% sprachen sich im Allgemeinen für eine Nachsorge bis zu einem Jahr aus. Im Rahmen der telefonischen Nachsorge wünschte die Mehrheit (80%) einen Beginn innerhalb weniger Monate nach Ende der Rehabilitation. 40% wollten einen monatlichen, weitere 38% einen zweiwöchentlichen Kontakt. Darüber hinaus war vielen Patienten eine wohnortnahe Betreuung wichtig. Sollte die Nachsorge in Gruppen stattfinden, wären laut 91% der Studienteilnehmer *Kleingruppen mit 8 - 12 Teilnehmern* von Vorteil.

Relevante Zusammenhänge zwischen dem Nachsorgebedürfnis und anderen Parametern (z. B. Geschlecht, Alter) konnten nicht festgestellt werden.

Als förderlich für die Teilnahme an einem Nachsorgeprogramm erwiesen sich besonders eine Kontrolle der Therapieerfolge und finanzielle Anreize.

Insgesamt kann man feststellen, dass die Wünsche der Patienten weitgehend im Einklang mit den Empfehlungen von Experten zur Therapie von Adipositas und der Praxis bereits etablierter Nachsorgeprogramme stehen.

Künftige Studien sollten weitere Nachsorgeprogramme entwickeln und langfristig evaluieren. Mit Hilfe des vorliegenden Fragebogenkatalogs könnte am Ende einer Rehabilitation eine Analyse des Nachsorgebedürfnisses der Patienten erfolgen, um dann individuell geeignete Maßnahmen zu finden. Des Weiteren sollte die Prävention von Adipositas ein zentraler Aspekt zukünftiger Bemühungen sein.

8 Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft Online Forschung (AGOF) (2008). (27.02.2008) *internet facts 2007 - IV mit neuer Höchstzahl an ausgewiesenen Angeboten* (Web-Dokument). Verfügbar unter: <http://www.agof.de/index.536.html> DL: 08.07.08.

Arbeitsgemeinschaft Online Forschung (AGOF) (2010). *Berichtsband zur internet facts 2009 - IV* (Web-Dokument). Verfügbar unter: <http://www.agof.de/studie.583.html> DL: 08.06.10.

Becker, S., Rapps, N. & Zipfel, S. (2007). Psychotherapie bei Adipositas - Ein systematischer Überblick. *Psychoter Psych Med*, 57, 420 - 427.

Benecke, A. (2002). Verhaltenstherapie bei Adipositas. *Verhaltenstherapie*, 12, 297 - 309.

Benecke, A. (2003). Adipositas – eine therapeutische Herausforderung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 35, 729 - 742.

Benecke, A. & Vogel, H. (2005). Übergewicht und Adipositas. In Robert Koch Institut (Hrsg.). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, 16.

Bish, C. L., Blanck, H. M., Maynard, L. M., Serdula, M. K., Thompson, N. J. & Khan, L. K. (2007). Health-related quality of life and weight loss practices among overweight and obese US adults, 2003 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Medscape General Medicine*, 9 (2):35.

Björvell, H. & Rössner, S. (1985). Long term treatment of severe obesity: four year follow up of results of combined behavioural modification programme. *British Medical Journal*, 291, 379 - 382.

Blissmer, B., Riebe, D., Dye, G., Ruggiero, L., Greene, G. & Caldwell, M. (2006). Health-related quality of life following a clinical weight loss intervention among overweight and obese adults: intervention and 24 month follow-up effects. *Health Qual Life Outcomes*, 4: 43.

Bradburn, N. M., Sudman, S. & Wansink, B. (2004). *Asking Questions: The Definitive Guide to Questionnaire Design – For Market Research, Political Polls, and Social and Health Questionnaires* (Revised Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Brownell, K. D. & Rodin J. (1994). Medical, metabolic, and psychological effects of weight cycling. *Archives of Internal Medicine*, 154, 1325 - 1330.

Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36, Fragebogen zum Gesundheitszustand, Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008). *Praxisleitfaden, Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen, zur medizinischen Rehabilitation* (Web-Dokument). Verfügbar unter: www.bar-frankfurt.de DL: 08.04.08.

Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Colvin, R. H. & Olson, S. B. (1983). A descriptive analysis of men and women who have lost significant weight and are highly successful at maintaining the loss. *Addictive Behaviors*, 8, 287 - 295.

Crouch, J. (2005). Comfort, safety and self-esteem, meeting the needs of severely obese patients. *Advance for Nurse Practitioners*, 13, 43 - 46.

Czar, M. L. & Engler, M. M. (1997). Perceived learning needs of patients with coronary artery disease using a questionnaire assessment tool. *Heart & Lung*, 26, 109 - 117.

Deck, R. & Röckelein, E. (1999). Zur Erhebung soziodemographischer und sozialmedizinischer Indikatoren in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbänden. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (Hrsg.). *Empfehlungen der Arbeitsgruppen generische Methoden, Routinedaten und Reha - Ökonomie, DRV-Schriften*, 16 (S. 84 - 102).

Deutsche Adipositas-Gesellschaft (2003). *Leitlinien zur Adipositastherapie in Reha-Kliniken* (Web-Dokument). Verfügbar unter: <http://www.adipositas-gesellschaft.de> DL: 07.09.06.

Deutsche Adipositas-Gesellschaft (2010). *Therapieeinrichtungen ambulant* (Web-Dokument). Verfügbar unter: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/ambulant.php> DL: 15.06.10.

Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (2007). *Evidenzbasierte Leitlinie, Prävention und Therapie der Adipositas* (Web-Dokument). Verfügbar unter: <http://www.adipositas-gesellschaft.de> DL 08.06.10.

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie der Adipositas & Deutsche Adipositas-Gesellschaft (2006). *Evidenzbasierte Leitlinie, Chirurgische Therapie der extremen Adipositas* (Web-Dokument). Verfügbar unter: <http://www.adipositas-gesellschaft.de> DL: 08.06.10.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2010). *Rückzug Sibutramin-haltiger Arzneimittel vom Markt* (Web-Dokument). Verfügbar unter: <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=1047> DL: 24.11.10.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2008). *Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung* (Web-Dokument). Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_10430/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/05__konzepte__systemfragen/dateianhaenge/rahmenkonzept__nachsorge,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/rahmenkonzept__nachsorge DL: 15.06.10.

Diehl, J. M. & Staufenbiel, T. (2007). *Statistik mit SPSS für Windows, Version 15*. Eschborn bei Frankfurt am Main: Verlag Dietmar Klotz GmbH.

Dunlap, W. P., Cortina, J. M., Vaslow, J. B. & Burke, M. J. (1996). Meta-analysis of experiments with matched groups or repeated measures designs. *Psychological Methods*, 1, 170 - 177.

Eriksson, M. K., Franks, P. W. & Eliasson, M. (2009). A 3-year randomized trial of lifestyle intervention for cardiovascular risk reduction in the primary care setting: the Swedish Björknäs Study. *PLoS ONE*, 4 (4): e5195.

Fabricatore, A. N. & Wadden, T. A. (2004). Psychological aspects of obesity. *Clinics in Dermatology*, 22, 332 - 337.

Fabricatore, A. N. & Wadden, T. A. (2006). Obesity. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 357 - 377.

Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (2nd Edition). London: SAGE.

Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung, Eine Einführung* (6. Auflage). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Fontaine, K. R., Redden, D. T., Wang, C., Westfall, A. O. & Allison, D. B. (2003). Years of life lost due to obesity. *Journal of the American Medical Association*, 289, 187 - 193.

Forschungsgruppe Wahlen Online (2008). *Internet-Strukturdaten. Repräsentative Umfrage - I. Quartal 2008* (Web-Dokument). Verfügbar unter: <http://www.forschungsgruppe.de/Studien/Internet-Strukturdaten/> DL: 08.07.08.

Forschungsgruppe Wahlen Online (2010). *Internet-Strukturdaten. Repräsentative Umfrage - I. Quartal 2010* (Web-Dokument). Verfügbar unter: http://www.forschungsgruppe.de/Umfragen_und_Publikationen/Internet-Strukturdaten/ DL: 08.06.10.

Frey, I. & Berg, A. (2002). Erfassung der körperlichen Aktivität in Klinik und Praxis. In Schmitz, G. & Mensink, G. B. M. (Hrsg.). *Körperliche Aktivität in Prävention und Praxis, Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis* (S. 81 - 86). München: Hans Marseille.

- Frey, I., Berg, A., Grathwohl, D. & Keul, J. (1999). Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität – Entwicklung, Prüfung und Anwendung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 44, 55 - 64.
- Glasgow, R. E., Nelson, C. C., Kearney, K. A., Reid, R., Ritzwoller, D. P., Strecher, V. J., Couper, M. P., Green, B. & Wildenhaus, K. (2007). Reach, engagement, and retention in an internet-based weight loss program in a multi-site randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 9 (2): e11.
- Glenny, A. M., O'Meara, S., Melville, A., Sheldon, T. A. & Wilson, C. (1997). The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. *International Journal of Obesity*, 21, 715 - 737.
- Gregg, E. W. & Williamson, D. F. (2002). The relationship of intentional weight loss to disease incidence and mortality. In Wadden, T. A. & Stunkard, A. J. (Hrsg.). *Handbook of Obesity Treatment* (S. 125 - 143). New York: The Guilford Press.
- Gurka, M. J., Wolf, A. M., Conaway, M. R., Crowther, J. Q., Nadler, J. L. & Bovbjerg, V. E. (2006). Lifestyle intervention in obese patients with type 2 diabetes: impact of the patient's educational background. *Obesity*, 14, 1085 - 1092.
- Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E. & Hanestad, B. R. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 37 - 44.
- Harvey-Berino, J., Pintauro, S., Buzzel, P. & Casey Gold, E. (2004). Effect of internet support on the long-term maintenance of weight loss. *Obesity Research*, 12, 320 - 329.
- Harvey-Berino, J., Pintauro, S., Buzzel, P., DiGiulio, M., Casey Gold, B., Moldovan, C. & Ramirez, E. (2002). Does using the internet facilitate the maintenance of weight loss?. *International Journal of Obesity*, 26, 1254 - 1260.
- Haugen, H. A., Tran, Z. V., Wyatt, H. R., Barry, M. J. & Hill, J. O. (2007). Using telehealth to increase participation in weight maintenance programs. *Obesity*, 15, 3067 - 3077.
- Hauner, H., Wechsler, J. G., Kluthe, R., Liebermeister, H., Ebersdobler, H., Wolfram, G., Fürst, P. & Jauch, K. W. (2000). Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme. Eine gemeinsame Initiative der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin, Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. *Adipositas*, 10, 5 - 8.
- Herpertz, S. & Senf, W. (2003). Psychotherapie bei Adipositas. *Deutsches Ärzteblatt*, 6, 269 - 274.

Heshka, S., Anderson, J. W., Atkinson, R. L., Greenway, F. L., Hill, J. O., Phinney, S. D., Kolotkin, R. L., Miller-Kovach, K. & Pi-Sunyer, F. X. (2003). *Journal of the American Medical Association*, 289, 1792 - 1798.

Hillebrand, Th. & Wirth, A. (1996). Betreuung von Adipösen im Anschluß an die stationäre Rehabilitation. *Prävention – Rehabilitation*, 8, 83 - 87.

Hitchcock Noel, P. & Pugh, J. A. (2002). Management of overweight and obese adults. *British Medical Journal*, 325, 757 - 761.

Holsclaw, S. L., Olson, K. L., Hornak, R. & Denham, A. M. (2005). Assessment of patient satisfaction with telephone and mail interventions provided by a clinical pharmacy cardiac risk reduction service. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 11, 403 - 409.

Höder, J. & Deck, R. (2007). *Nachsorge: Wunsch und Wirklichkeit aus dem Blickwinkel von Rehabilitanden in der Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen*, Studie des vffr, Bad Bramstedt.

Jakicic, J. M., Clark, K., Coleman, E., Donnelly, J. E., Foreyt, J., Melanson, E., Volek, J. & Volpe, S. L. (2001). Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults (ACSM Position Stand, 2001). *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33, 2145 - 2156.

Jeffery, R. W., Bjornson-Benson, W. M., Rosenthal, B. S., Lindquist, R. A., Kurth, C. L. & Johnson, S. L. (1984). Correlates of weight loss and its maintenance over two years of follow-up among middle-aged men. *Preventive Medicine*, 13, 155 - 168.

Jeffery, R. W., Epstein, L. H., Wilson, G. T., Drownowski, A., Stunkard, A. J., Wing, R. R. & Hill, D. R. (2000). Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychology*, 19, 5 - 16.

Kayman, S., Bruvold, W. & Stern, J. S. (1990). Maintenance and relapse after weight loss in women: behavioral aspects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 52, 800 - 807.

Klem, M. L., Wing, R. R., McGuire, M. T., Seagle, H. M. & Hill, J. O. (1997). A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66, 239 - 246.

Köpke, K.-H. (2004). *Nachsorge in der Rehabilitation, Eine Studie zur Optimierung von Reha-Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Lübeck/Hamburg: Hausdruckerei der LVA Schleswig-Holstein.

Köpke, K.-H. (2007). Unverzichtbar und unterschätzt - Nachsorge als integraler Teil der Rehabilitation- Reha-Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung verstärkt auf Nachhaltigkeit ausrichten-. *Deutsche Rentenversicherung*, 11 - 12, 790 - 801.

Legenbauer, T., Burgmer, R., Senf, W. & Herpertz, S. (2007). Psychische Komorbidität und Lebensqualität adipöser Menschen, eine prospektive, kontrollierte Studie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 435 - 441.

Mittag, O. & Grande, G. (2008). PatientInnenorientierung in der Rehabilitation – Die Genderperspektive. *Rehabilitation*, 47, 98 - 108.

Perri, M. G. & Corsica, J. A. (2002). Improving the maintenance of weight lost in behavioral treatment of obesity. In Wadden, T. A. & Stunkard, A. J. (Hrsg.). *Handbook of Obesity Treatment* (S. 357 – 379). New York: The Guilford Press.

Perri, M. G., Sears, S. F. & Clark, J. E. (1993). Strategies for improving maintenance of weight loss, Toward a continuous care model of obesity management. *Diabetes Care*, 16, 200 - 209.

Pollock, M. L., Gaesser, G. A., Butcher, J. D., Despres, J.-P., Dishman, R. K., Franklin, B. A. & Garber, C. E. (1998). ACSM Position Stand: The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30, 975 - 991.

Pudel, V. (2003). Adipositas, Fortschritte der Psychotherapie. In Schulte, D., Grawe, K., Hahlweg, K. & Vaitl, D. (Hrsg.). *Manuale für die Praxis*, 19.

Rosemeyer, D., Römpler, A., Nord-Rüdiger, D. & Kluthe, B. (2005). Adipositas therapie in Reha-Kliniken - Erläuterungen zur Umsetzung der Leitlinie. *Rehabilitation*, 44, 90 - 95.

Sacco, W. P., Malone, J. I., Morisson, A. D., Friedman, A. & Wells, K. (2009). Effect of a brief, regular telephone intervention by paraprofessionals for type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 349 – 359.

Saris, W. H. M., Blair, S. N., van Baak, M. A., Eaton, S. B., Davies, P. S. W., Di Pietro, L., Fogelholm, M., Rissanen, A., Schoeller, D., Swinburn, B., Tremblay, A., Westerterp, K. R. & Wyatt, H. (2003). How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st stock conference and consensus statement. *Obesity Reviews*, 4, 101 - 114.

Sarlio-Lähteenkorva, S., Rissanen, A. & Kaprio, J. (2000). A descriptive study of weight loss maintenance: 6 and 15 year follow-up of initially overweight adults. *International Journal of Obesity*, 24, 116 - 125.

Schubmann, R., Graban, I., Hölz, G. & Zwingmann, C. (1997). Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation bei Patienten mit Adipositas. *Deutsche Rentenversicherung*, 9 - 10, 604 - 625.

Schulte, R., Jolivet, B., Niemeyer, B., Rosemeyer, D. & Wirth, A. (2003). Lässt sich der Rehabilitationserfolg durch Booster-Schulungen stabilisieren? Inanspruchnahme und Auswirkungen einer stationären Nachschulung am Beispiel der Adipositasbehandlung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 64, 396 - 403.

Statistisches Bundesamt (2009). *Gesundheitsrelevantes Verhalten - Körpermaße nach Altersgruppen – Ergebnisse des Mikrozensus 2009* (Web-Dokument). Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitszustand/Tabellen/Content50/Koerpermasse,templateId=renderPrint.psml> DL: 08.06.10.

Wadden, T. A., Butryn, M. L. & Byrne, K. J. (2004). Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obesity Research*, 12, 151S - 162S.

Wing, R. R., Jeffery, R. W. & Hellerstedt, W. L. (1995). A prospective study of effects of weight cycling on cardiovascular risk factors. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1416 - 1422.

9 Anhang

9.1 P



Prof. Dr. Dr. Hermann Faller
Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie

Dr. Werner Knisel
Abteilungsleitender Arzt
Klinik Saale

Patienteninformation

zur Erhebung von

Präferenzen für Nachsorgeangebote nach medizinischer Rehabilitation

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Klinik Saale in Bad Kissingen führt gemeinsam mit der Universität Würzburg ein Forschungsprojekt zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation speziell für Patienten mit Übergewicht durch („Evaluation einer Planungsintervention mit telefonischer Nachsorge zur Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität im Alltag“). Dieses Projekt wird im Rahmen des Förderschwerpunkts „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert. Wir sind ständig bemüht, unser Behandlungsangebot den neuesten Erkenntnissen anzupassen und auch einen eigenen wissenschaftlichen Beitrag hierzu zu leisten. Daher unterstützen wir das genannte Projekt ausdrücklich. Im Rahmen dieses Projekts führen wir momentan eine **Befragung zu Ihren Präferenzen für Nachsorgeangebote nach der Rehabilitation** durch. Wir bitten Sie herzlich, die folgende Information aufmerksam zu lesen und sich für eine Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden.

Informationen zur Studie

Während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes werden Sie alle notwendigen und geeigneten Untersuchungen und Behandlungen erhalten, die zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung Ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit beitragen. Allerdings ist die Dauer Ihres Klinikaufenthaltes begrenzt. Gerne möchten wir, dass Sie nach der Rehabilitation die optimale Unterstützung für Ihre Gesundheit erhalten. Wie eine solche Unterstützung aussieht, kann sich zwischen verschiedenen Personen unterscheiden.

Ziel der Studie ist es daher, Ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse in Bezug auf Unterstützungsmöglichkeiten nach der Rehabilitation (Nachsorge) zu ermitteln.

Wenn Sie an der Studie teilnehmen, möchten wir Sie zu Ihren Vorstellungen von Nachsorgeangeboten mündlich und schriftlich befragen. Zusätzlich werden wir Sie bitten, einen Fragebogen auszufüllen, der Fragen zu Ihrer Gesundheit, Ihrer Lebenssituation und Einstellung zu verschiedenen Themen umfasst. Die Befragung wird insgesamt voraussichtlich rund 30 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Zudem werden medizinische Daten, die im Verlaufe Ihres Rehabilitations-Aufenthaltes gewonnenen werden, der Patientenakte entnommen (Aufnahmediagnosen, Größe, Gewicht bei Aufnahme und Entlassung). Alle Datenerhebungen werden von einer Doktorandin der Universität Würzburg durchgeführt.

Hinweise zum Datenschutz

Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind immer dann zu beachten, wenn Einzelangaben (Daten) einer Person zugeordnet werden können. Für die wissenschaftliche Auswertung spielt Ihr Name jedoch keine Rolle. Sämtliche Fragebögen und Interview-Unterlagen enthalten zu Ihrer Identifikation ausschließlich Patienten-Nummern. Persönliche Daten, wie Ihren Namen, werden wir nur auf einer gesonderten Zuordnungsliste führen, die auch Ihre Patienten-

Prof. Dr. Dr. Hermann Faller
Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie

Dr. Werner Knisel
Abteilungsleitender Arzt
Klinik Saale

Nummer enthält. Die Patienten-Nummer ist das Kennzeichen, unter dem alle Forschungsdaten über Sie zusammengetragen werden. In den Forschungsdaten selbst befinden sich keine Angaben, die direkt einen Bezug zu Ihrer Person herstellen lassen, zum Beispiel Ihr Name. Wie es die Datenschutzgesetze fordern, werden die für die Auswertung vorgesehenen Forschungsdaten streng getrennt von den personenbezogenen Daten (Zuordnungsliste, Einwilligungserklärung) aufbewahrt. Eine getrennte Aufbewahrung wird dadurch gewährleistet, dass die personenbezogenen Daten an der Klinik Saale verbleiben, sämtliche Forschungsdaten sofort nach der Erhebung an die Universität Würzburg weitergeleitet werden.

Die Zuordnungsliste wird von einer Doktorandin der Universität Würzburg geführt. Sie wird vertraulich behandelt und anderen Stellen nicht bekannt gegeben. Sie dient ausschließlich dem Ziel, die über Sie gewonnenen Daten unter der Patienten-Nummer zu sammeln. Am Ende der Datenerhebung, also in etwa drei Monaten, werden wir die Zuordnungsliste sowie die Einwilligungserklärung vernichten. So lässt sich keine Verbindung von den Patienten-Nummern zu den Teilnehmern mehr herstellen. Sämtliche Datenauswertungen erfolgen mit anonymisierten Daten. Bei evtl. Veröffentlichungen durch das Forschungsinstitut kann kein Bezug zu Ihrer Person hergestellt werden.

Hinweis zur Freiwilligkeit

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Wie auch Ihre Entscheidung ausfallen mag, sie hat auf die Durchführung der Rehabilitation keinen Einfluss. Sollten Sie sich während der Studie entscheiden, die Teilnahme abzubrechen, ist dies ebenfalls jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile möglich.

Ihr Beitrag

Durch Ihre Teilnahme helfen Sie uns, das Angebot der Klinik zu optimieren und an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des Angebotes in Rehabilitationskliniken. Davon können Sie und andere Patienten zukünftig profitieren.

Wenn Sie das Vorangegangene gelesen haben, Ihnen der Inhalt klar ist und Sie an der Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die beigelegte Einwilligungserklärung zu unterschreiben. Die Patienteninformation ist für Ihre Unterlagen bestimmt. Zusätzlich erhalten Sie eine Kopie der Einwilligungserklärung.

Falls Sie weitere Fragen zur Studie haben, können Sie sich an den informierenden Arzt oder folgende Ansprechpartnerin wenden:

Dr. Veronika Ströbl, Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften
Marcusstr. 9-11, 97070 Würzburg; Tel. 0931/31-2077; E-Mail: stroebl@uni-wuerzburg.de

**Wir danken Ihnen schon jetzt herzlich für Ihr Engagement
und wünschen Ihnen viel Spaß bei der Teilnahme!**



Prof. Dr. Dr. H. Faller
Universität Würzburg



Dr. W. Knisel
Abteilungsleitender Arzt, Klinik Saale

Einwilligungserklärung

Name: _____

Vorname: _____

Zimmer-Nummer _____

Ich bin über Inhalt und Zweck der Studie zur **Erhebung von Präferenzen für Nachsorgeangebote nach medizinischer Rehabilitation**, die im Rahmen des Forschungsprojekts „Evaluation einer Planungsintervention mit telefonischer Nachsorge zur Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität im Alltag“ durchgeführt wird, informiert worden. Das Projekt wird in Zusammenarbeit der Klinik Saale und der Universität Würzburg (Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Dr. Faller) durchgeführt. Zu diesem Zweck wurde mir ein Informationsschreiben ausgehändigt.

Mir wurde versichert, dass

- die Teilnahme freiwillig ist
- ich die Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile widerrufen kann
- keine personenbezogenen Angaben (Name) oder sonstigen Angaben, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, an Dritte weitergegeben werden
- meine Fragebogen-Angaben anonym weiterverwendet werden
- alle im Zusammenhang mit dieser Untersuchung erhobenen personenbezogenen Daten gelöscht werden, sobald die Datenerhebung abgeschlossen ist

Ich möchte das Forschungsvorhaben durch meine Beteiligung unterstützen und willige ein, an der Befragung teilzunehmen. Ich bin damit einverstanden, dass medizinische Daten (Aufnahmediagnosen, Größe, Gewicht bei Aufnahme und Entlassung) aus der Patientenakte entnommen und den Forschungsunterlagen in der zugesicherten anonymen Form zugeführt werden. Ich entbinde die Klinik insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____



Fragebogen

zur Erhebung von Präferenzen für Nachsorgeangebote nach medizinischer Rehabilitation

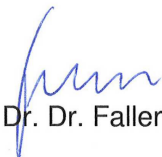
Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie sich zur Teilnahme an unserer Studie zur **Erhebung von Präferenzen für Nachsorgeangebote nach medizinischer Rehabilitation** bereit erklärt haben.

Wir bitten Sie daher, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte achten Sie darauf, dass Sie **alle Fragen** beantworten. Es gibt dabei keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Uns ist allein Ihre persönliche Meinung wichtig! Wenn Sie zweifeln, kreuzen Sie einfach die Antwort an, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

Die Auswertung der Daten erfolgt selbstverständlich **anonym**.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!


Prof. Dr. Dr. Faller

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen.
- Bitte kreuzen Sie pro Zeile nur **eine** Antwortmöglichkeit an, sofern nichts anderes dabei steht!
- Wenn Sie Anmerkungen zu den Fragen haben, können Sie diese gerne auf der letzten Seite des Fragebogens notieren.

Beispiel:

Wie wichtig wäre Ihnen im Rahmen der Nachsorge folgender Inhalt?

	gar nicht wichtig	wenig wichtig	mäßig wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig
Ernährung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9.2 Interviewleitfaden zum Nachsorgebedürfnis

Interviewleitfaden



1. Haben Sie sich für die Zeit nach der Rehabilitation etwas vorgenommen (bezogen auf das dort Erlernte und Ihre Krankheit)? Wenn ja, was?

Fällt Ihnen noch irgendetwas ein?

(Hilfestellung: z.B. Ernährung umstellen, mehr Sport treiben, Gewicht halten; Wenn ja, was/ wie genau?)

2. Haben Sie Interesse daran, nach Ende Ihres stationären Rehabilitationsaufenthalts in irgendeiner Form weiter betreut zu werden?

... und wenn Sie das nun auf einer 5-stufigen Skala von nein bis ja einordnen müssten?

nein 1 eher nein 2 vielleicht 3 eher ja 4 ja 5

Wenn „nein“ – „vielleicht“, warum nicht? _____

3. Welche Inhalte wären Ihnen im Rahmen der Nachsorge wichtig?

Fällt Ihnen sonst noch etwas ein?

(Hilfestellung: z.B. im Bereich Ernährung, Bewegung; Wenn ja, was genau?)

Ernährung.....	<input type="checkbox"/>	1
Bewegung.....	<input type="checkbox"/>	2
(Psychologische) Unterstützung bei der Lebensstiländerung.....	<input type="checkbox"/>	3
Auswertung von selbst geführten Tagebüchern (z.B. zu Ernährung, Bewegung und Gewicht).....	<input type="checkbox"/>	4
Kontrolle des Erreichens vereinbarter Ziele (z.B. im Bereich Ernährung, Bewegung und Gewicht)...	<input type="checkbox"/>	5
Hilfen zur Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen für Übergewichtige.....	<input type="checkbox"/>	6
Hilfen im Umgang mit Ihrem Arbeitgeber, Behörden oder Kostenträger.....	<input type="checkbox"/>	7
Nennen von Adressen, bei denen Sie Hilfe und Nachsorgeangebote erfahren können.....	<input type="checkbox"/>	8

Im Folgenden geht es darum, welche Inhalte Ihnen im Rahmen der Nachsorge wichtig sind. Ich werde Ihnen verschiedene Bereiche nennen und Sie sagen mir bitte, wie wichtig diese für Sie sind.

4. **Wie wichtig** wären Ihnen im Rahmen der Nachsorge...?

	gar nicht wichtig	wenig wichtig	mäßig wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig
4.1 ...Ernährung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<i>Möchten Sie dabei...?</i>					
...Weitere Informationen über Ernährung.....				ja <input type="checkbox"/> ₁	nein <input type="checkbox"/> ₂
...Angebote zur richtigen Ernährung (z.B. Kochkurse, gemeinsames Einkaufen).....				ja <input type="checkbox"/> ₁	nein <input type="checkbox"/> ₂
Sonstiges? _____					
4.2 ...Bewegung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<i>Möchten Sie dabei...?</i>					
...Weitere Informationen über passende, körperliche Aktivitäten.....				ja <input type="checkbox"/> ₁	nein <input type="checkbox"/> ₂
...Konkrete sportliche Angebote im Rahmen eines Nachsorgeprogramms				ja <input type="checkbox"/> ₁	nein <input type="checkbox"/> ₂
...Hilfen zur Kontaktaufnahme mit Sportgruppen bei Ihnen vor Ort.....				ja <input type="checkbox"/> ₁	nein <input type="checkbox"/> ₂
Sonstiges? _____					
4.3 ...(Psychologische) Unterstützung bei der Lebensstiländerung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<i>Möchten Sie dabei...?</i>					
...Hinweise zur Änderung Ihres Lebensstils.....				ja <input type="checkbox"/> ₁	nein <input type="checkbox"/> ₂
...Besprechen von Problemen, die im Alltag auftreten können, und Lösungsmöglichkeiten.....				ja <input type="checkbox"/> ₁	nein <input type="checkbox"/> ₂
...Psychologische Beratung bei Rückfällen.....				ja <input type="checkbox"/> ₁	nein <input type="checkbox"/> ₂
Sonstiges? _____					
4.4 ...Auswertung von selbst geführten Tagebüchern (z.B. zu Ernährung, Bewegung und Gewicht)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<i>Würden Sie ein solches Tagebuch auch führen?</i> _____					
4.5 ...Kontrolle des Erreichens vereinbarter Ziele (z.B. im Bereich Ernährung, Bewegung und Gewicht)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4.6 ...Hilfen zur Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen für Übergewichtige	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4.7 ...Hilfen im Umgang mit Ihrem Arbeitgeber, Behörden oder Kostenträger	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4.8 ...Nennen von für Sie relevanten Adressen, bei denen Sie Hilfe und Nachsorgeangebote erfahren können	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

5. **Was** könnte Sie wohl daran **hindern**, an einem Nachsorgeprogramm teilzunehmen bzw. ein bereits begonnenes Programm weiterzuführen?

Fällt Ihnen noch irgendetwas ein?

(Hilfestellung: z.B. wenig Zeit, Nutzen nicht gleich bemerkbar)

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Zeitmangel..... | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Gerade keine Lust..... | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Körperliche oder psychische Beschwerden..... | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Unzufriedenheit mit dem Programm..... | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Nutzen nicht gleich bemerkbar..... | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Angehörige/ Freunde sind dagegen..... | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Probleme mit anderen, die an dem Programm beteiligt sind..... | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Zu großer Aufwand, um an dem Programm teilnehmen zu können..... | <input type="checkbox"/> | 8 |

6. **Würden Sie trotz der genannten Schwierigkeiten (siehe Frage 5) weiterhin an der Nachsorge teilnehmen?**

... und wenn Sie das nun auf einer 5-stufigen Skala von nein bis ja einordnen müssten?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| nein | eher nein | vielleicht | eher ja | ja |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

9.3 Fragebogen zum Nachsorgebedürfnis Version A

Fragen zum Nachsorgebedürfnis

Allgemeiner Teil

1. Stellen Sie sich vor, Ihnen würde ein Nachsorgeprogramm nach Abschluss der Rehabilitation angeboten. Würden Sie daran teilnehmen?

nein 1 eher nein 2 vielleicht 3 eher ja 4 ja 5

2. Möchten Sie zu den von Ihnen gewünschten Themen lieber allgemeingültige Informationen und Ratschläge erhalten oder wäre Ihnen eine interaktive Vermittlung lieber (d.h., dass Sie die Gelegenheit haben, nachzufragen und Ihre eigene Sichtweise einzubringen)?

allgemeingültige Informationen & Ratschläge 1 interaktive Vermittlung 2 beides 3

3. Wie geeignet finden Sie folgende Medien für ein Nachsorgeprogramm?

(Bitte kreuzen Sie zu jedem Unterpunkt jeweils eine Antwort von gar nicht geeignet bis sehr geeignet an.)

	gar nicht geeignet	wenig geeignet	mäßig geeignet	ziemlich geeignet	sehr geeignet
Telefon.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Briefe (Post).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E-Mail.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Interaktive Websites (mit Foren, Chatrooms u. a.).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Persönlich in Einzelgesprächen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Persönlich in Gruppentreffen....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Stellen Sie sich vor, Sie würden im Rahmen der Nachsorge von einer bestimmten Person betreut werden.

a) Wer sollte Ihrer Meinung nach diese Person sein?

(Bitte kreuzen Sie zu jedem Unterpunkt jeweils entweder ja oder nein an.)

	ja	nein
Selbst betroffener Laie.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Renten- /Krankenversicherungsmitarbeiter.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Krankenschwester.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Therapeut (Physiotherapeut, o.ä.).....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Psychologe.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Arzt.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andere Person, nämlich: _____	<input type="checkbox"/> ₀	

b) Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie diese Person bereits kennen?

gar nicht wichtig	wenig wichtig	mäßig wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

c) Wie sollte die Kontaktaufnahme erfolgen?

(Bitte kreuzen Sie zu jedem Unterpunkt jeweils entweder ja oder nein an.)

	ja	nein
Die andere Person soll mich zu zuvor festgesetzten Zeitpunkten kontaktieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Die andere Person soll mich spontan kontaktieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Ich möchte mich selbst bei der anderen Person zu zuvor festgesetzten Zeitpunkten melden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Ich möchte mich selbst bei der anderen Person nach Bedarf melden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Ist mir egal.	<input type="checkbox"/> ₀	

5. Wie lange möchten Sie im Rahmen eines Nachsorgeprogramms betreut werden (=Dauer eines Nachsorgeprogramms)?

maximal 1 Monat	maximal 3 Monate	maximal 6 Monate	maximal 1 Jahr	länger als 1 Jahr
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

6. Stellen Sie sich vor, das Nachsorgeprogramm, an dem Sie teilnehmen, würde an einem bestimmten Ort stattfinden.

a) Wo sollte das sein?

(Bitte kreuzen Sie zu jedem Unterpunkt jeweils entweder ja oder nein an.)

	ja	nein
In einer ambulanten Praxis.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
In einer Reha-Klinik.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
In einer öffentlichen Einrichtung (z. B. Sporthalle, Gemeindezentrum, Volkshochschule u.ä.).....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Bei Ihnen zu Hause (z.B. in Form von gelegentlichen Hausbesuchen).....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andernorts, nämlich: _____	<input type="checkbox"/> ₀	

b) In welcher Entfernung dürfte Ihre Nachsorge maximal stattfinden?

0-5 km	6-10 km	11-20 km	21-40 km	>40 km
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7. Wären Sie bereit, anfallende Kosten selbst zu übernehmen (z.B. Fahrtkosten oder Kursgebühren)?

ja	nein	vielleicht
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Wenn ja, bis zu welchem Betrag (pro Monat)? _____

8. Stellen Sie sich vor, die Nachsorge würde in Form von Gruppentreffen stattfinden. Welche Art von Gruppe würden Sie bevorzugen?

(Bitte kreuzen Sie zu jedem Unterpunkt jeweils entweder ja oder nein an.)

	ja	nein
Geschlossene Gruppe, an der nur bestimmte Personen teilnehmen dürfen.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Gruppe rein für adipöse Personen.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Gruppe nur für Frauen bzw. Männer.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Gruppe für bestimmte Altersklassen.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Kleingruppe mit 8-12 Teilnehmern.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

9. Stellen Sie sich vor, Bewegung oder Sport wäre Teil Ihres Nachsorgeprogramms. Welche Bewegungs- bzw. Sportart würden Sie bevorzugen?

(Sie dürfen mehrere Antworten ankreuzen.)

- Schwimmen..... 1
- Joggen..... 2
- Radfahren..... 3
- Walking..... 4
- Ballsparten..... 5
- Tanzen..... 6
- Gymnastik..... 7
- Training mit Fitnessgeräten (z.B. Laufband, Crosstrainer, Stepper, o.ä.)..... 8
- Bewegung im Alltag (z.B. Wege zu Fuß, Treppen steigen)..... 9
- Sonstiges, nämlich: _____ 0

10. Stellen Sie sich vor, zu Ihrer Nachsorge würde die Teilnahme an bestimmten Terminen gehören.

(Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage entweder ja, nein oder vielleicht an.)

- | | ja | nein | vielleicht |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) Würden Sie <u>durch finanzielle Anreize häufiger</u> an solchen Nachsorgeterminen <u>teilnehmen</u>
(z.B. wenn Ihre Versicherung die Maßnahme nur bei regelmäßiger Teilnahme bezahlen würde)?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b) Möchten Sie <u>kontaktiert</u> werden, falls Sie an einem dieser Termine <u>nicht teilnehmen</u>? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

(Bitte kreuzen Sie im Folgenden bei jeder Frage entweder ja, nein oder vielleicht an.)

- | | ja | nein | vielleicht |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 11. Würde es Sie <u>motivieren</u>, wenn jemand Ihre Bemühungen im Bereich der Nachsorge <u>kontrollieren</u> würde? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 12. Würde es Sie <u>motivieren</u>, wenn Ihre <u>Angehörigen bzw. Freunde</u> in die Nachsorge <u>miteinbezogen</u> würden? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 13. Würden Sie sich eine Möglichkeit <u>wünschen</u>, einen <u>Fachkundigen</u> bei Fragen und Problemen <u>jederzeit erreichen</u> zu können (z.B. in Form einer Telefon-Hotline)? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 14. Würden Sie sich zu einem <u>späteren Zeitpunkt</u> einen z.B. <u>einwöchigen, erneuten stationären Aufenthalt</u> in Ihrer Reha-Klinik <u>wünschen</u>, um das dort Gelernte <u>aufzufrischen</u>? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

Spezifischer Teil

Stellen Sie sich vor, die Saale-Klinik würde ein Nachsorgeprogramm anbieten, bei dem Sie von der Klinik nach Abschluss der Rehabilitation über einen gewissen Zeitraum telefonisch betreut würden. Der inhaltliche Schwerpunkt dieser Nachsorge wäre Bewegung.

15. Hätten Sie Interesse daran, an solch einem telefonischen Nachsorgeprogramm teilzunehmen?

- nein 1 eher nein 2 vielleicht 3 eher ja 4 ja 5

16. Wann sollte dieses telefonische Nachsorgeprogramm Ihrer Meinung nach beginnen (nach Ende der stationären Rehabilitation)?

- innerhalb eines Monats 1 innerhalb der ersten 3 Monate 2 innerhalb eines halben Jahres 3 innerhalb eines Jahres 4 später als 1 Jahr 5

Anders, nämlich: _____ 0

17. Wie lange sollte diese telefonische Nachsorge dauern?

- maximal 1 Monat 1 maximal 3 Monate 2 maximal 6 Monate 3 maximal 1 Jahr 4 länger als 1 Jahr 5

18. Wie häufig sollte diese telefonische Nachsorge durchgeführt werden?

- wöchentlich 1 alle 2 Wochen 2 monatlich 3 halbjährlich 4 jährlich 5

Anders, nämlich: _____ 0

19. Wer sollte die telefonische Nachsorge durchführen?

(Bitte kreuzen Sie zu jedem Unterpunkt jeweils entweder ja oder nein an.)

- | | ja | nein |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Selbst betroffener Laie..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Renten- /Krankenversicherungsmitarbeiter..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Krankenschwester..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Therapeut (Physiotherapeut, o.ä.)..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Psychologe..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Arzt..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Andere Person, nämlich: _____ | <input type="checkbox"/> 0 | |

20. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie die oben genannte Person (siehe Frage 19.) bereits kennen?

- gar nicht wichtig 1 wenig wichtig 2 mäßig wichtig 3 ziemlich wichtig 4 sehr wichtig 5

21. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie bei allen Telefonaten mit derselben Person sprechen?

- gar nicht wichtig 1 wenig wichtig 2 mäßig wichtig 3 ziemlich wichtig 4 sehr wichtig 5

22. Wann wäre für Sie ein geeigneter Zeitpunkt für solch ein Telefonat?

(Sie dürfen mehrere Antworten ankreuzen.)

- Vor 9 Uhr..... 1
9 – 12 Uhr..... 2
12 – 14 Uhr..... 3
14 – 18 Uhr..... 4
18 – 20 Uhr..... 5

Allgemeine Anregungen/Persönliche Kommentare

23. Haben Sie zur Nachsorge im Allgemeinen noch irgendwelche Anregungen /persönliche Kommentare?

9.4 Fragebogen zum Nachsorgebedürfnis Version B

Fragen zum Nachsorgebedürfnis
Allgemeiner Teil

1. Haben Sie sich für die Zeit nach der Rehabilitation etwas vorgenommen (bezogen auf das dort Erlernte und Ihre Krankheit)? Wenn ja, was?

2. Haben Sie Interesse daran, nach Ende Ihres stationären Rehabilitationsaufenthalts in irgendeiner Form weiter betreut zu werden?

nein ₁ eher nein ₂ vielleicht ₃ eher ja ₄ ja ₅

3. Im Folgenden geht es darum, welche Inhalte Ihnen im Rahmen der Nachsorge wichtig wären.

(Bitte kreuzen Sie pro Zeile jeweils eine Antwort an.)

	gar nicht wichtig	wenig wichtig	mäßig wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig
3.1 Wie wichtig wäre Ihnen im Rahmen der Nachsorge das Thema Ernährung ?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Möchten Sie dabei...?

...Weitere Informationen über Ernährung..... ja ₁ nein ₂

...praktische Angebote zur richtigen Ernährung (z.B. Kochkurse, gemeinsames Einkaufen)..... ja ₁ nein ₂

Sonstiges? _____

	gar nicht wichtig	wenig wichtig	mäßig wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig
3.2 Wie wichtig wäre Ihnen im Rahmen der Nachsorge Bewegung ?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Möchten Sie dabei...?

...Weitere Informationen über passende, körperliche Aktivitäten..... ja ₁ nein ₂

...Konkrete sportliche Angebote im Rahmen eines Nachsorgeprogramms... ja ₁ nein ₂

...Hilfen zur Kontaktaufnahme mit Sportgruppen bei Ihnen vor Ort..... ja ₁ nein ₂

Sonstiges? _____

	gar nicht wichtig	wenig wichtig	mäßig wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig
3.3 <u>Wie wichtig</u> wäre Ihnen im Rahmen der Nachsorge eine (psychologische) <u>Unterstützung</u> bei der <u>Lebensstiländerung</u>?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<i>Möchten Sie dabei...?</i>					
<i>...Hinweise zur Änderung Ihres Lebensstils (z.B. was Sie wie tun können)...</i>				ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 2
<i>...Besprechen von Problemen, die im Alltag auftreten können, und Lösungsmöglichkeiten dazu.....</i>				ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 2
<i>...Psychologische Beratung bei Rückfällen.....</i>				ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 2
<i>Sonstiges? _____</i>					

Wie wichtig wäre Ihnen im Rahmen der Nachsorge...

	gar nicht wichtig	wenig wichtig	mäßig wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig
3.4 ...dass jemand von Ihnen selbst geführte <u>Tagebücher</u> (z.B. zu Ernährung, Bewegung und Gewicht) <u>auswertet</u>?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.5 ...<u>Kontrolle</u>, ob Sie Ihre Ziele erreicht haben (z.B. im Bereich Ernährung, Bewegung und Gewicht)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.6 ...<u>Hilfe</u> zur Kontaktaufnahme mit <u>Selbsthilfegruppen</u> für <u>Übergewichtige</u>?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.7 ...<u>Hilfe</u> im Umgang mit Ihrem <u>Arbeitgeber</u>, <u>Behörden</u> oder <u>Kostenträgern</u>?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.8 ...Nennen von für Sie relevanten <u>Adressen</u>, bei denen Sie Hilfe und Nachsorgeangebote erfahren können?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.9 ...<u>Medizinische</u> Betreuung (Kontrolle Ihrer Werte, z.B. Blutzucker, Blutdruck; Medikamente, etc.)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.10 ...Vermittlung <u>neuer Erkenntnisse</u> über Ihre <u>Krankheit</u>?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3.11 ...Anderes, nämlich _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Möchten Sie zu den von Ihnen gewünschten Themen lieber allgemeingültige Informationen und Ratschläge erhalten oder wäre Ihnen eine interaktive Vermittlung lieber (d.h., dass Sie die Gelegenheit haben, nachzufragen und Ihre eigene Sichtweise einzubringen)?

allgemeingültige
Informationen & Ratschläge

₁

interaktive Vermittlung

₂

beides

₃

5. Stellen Sie sich vor, Ihnen würde ein Nachsorgeprogramm nach Abschluss der Rehabilitation angeboten. Würden Sie daran teilnehmen?

nein

₁

eher nein

₂

vielleicht

₃

eher ja

₄

ja

₅

6. Wie geeignet finden Sie folgende Medien für ein Nachsorgeprogramm?

(Bitte kreuzen Sie zu jedem Unterpunkt jeweils eine Antwort von gar nicht geeignet bis sehr geeignet an.)

	gar nicht geeignet	wenig geeignet	mäßig geeignet	ziemlich geeignet	sehr geeignet
Telefon.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Briefe (Post).....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
E-Mail.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Interaktive Websites (mit Foren, Chatrooms u. a.).....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Persönlich in Einzelgesprächen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Persönlich in Gruppentreffen....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7. Stellen Sie sich vor, Sie würden im Rahmen der Nachsorge von einer bestimmten Person betreut werden.

a) Wer sollte Ihrer Meinung nach diese Person sein?

(Bitte kreuzen Sie zu jedem Unterpunkt jeweils entweder ja oder nein an.)

	ja	nein
Selbst betroffener Laie.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Renten- /Krankenversicherungsmitarbeiter.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Krankenschwester.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Therapeut (Physiotherapeut, o.ä.).....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Psychologe.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Arzt.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andere Person, nämlich: _____	<input type="checkbox"/> ₀	

b) Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie diese Person bereits kennen?

gar nicht wichtig

₁

wenig wichtig

₂

mäßig wichtig

₃

ziemlich wichtig

₄

sehr wichtig

₅

c) Wie sollte die Kontaktaufnahme erfolgen?

(Bitte kreuzen Sie zu jedem Unterpunkt jeweils entweder ja oder nein an.)

	ja	nein
Die andere Person soll mich zu zuvor festgesetzten Zeitpunkten kontaktieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Die andere Person soll mich spontan kontaktieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Ich möchte mich selbst bei der anderen Person zu zuvor festgesetzten Zeitpunkten melden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Ich möchte mich selbst bei der anderen Person nach Bedarf melden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Ist mir egal.	<input type="checkbox"/> ₀	

8. Wie lange möchten Sie im Rahmen eines Nachsorgeprogramms betreut werden (=Dauer eines Nachsorgeprogramms)?

maximal 1 Monat <input type="checkbox"/> ₁	maximal 3 Monate <input type="checkbox"/> ₂	maximal 6 Monate <input type="checkbox"/> ₃	maximal 1 Jahr <input type="checkbox"/> ₄	länger als 1 Jahr <input type="checkbox"/> ₅
---	--	--	--	---

9. Stellen Sie sich vor, das Nachsorgeprogramm, an dem Sie teilnehmen, würde an einem bestimmten Ort stattfinden.

a) Wo sollte das sein?

(Bitte kreuzen Sie zu jedem Unterpunkt jeweils entweder ja oder nein an.)

	ja	nein
In einer ambulanten Praxis.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
In einer Reha-Klinik.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
In einer öffentlichen Einrichtung (z. B. Sporthalle, Gemeindezentrum, Volkshochschule u.ä.).....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Bei Ihnen zu Hause (z.B. in Form von gelegentlichen Hausbesuchen).....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Anderorts, nämlich: _____	<input type="checkbox"/> ₀	

b) In welcher Entfernung dürfte Ihre Nachsorge maximal stattfinden?

0-5 km <input type="checkbox"/> ₁	6-10 km <input type="checkbox"/> ₂	11-20 km <input type="checkbox"/> ₃	21-40 km <input type="checkbox"/> ₄	>40 km <input type="checkbox"/> ₅
---	--	---	---	---

10. Wären Sie bereit, anfallende Kosten selbst zu übernehmen (z.B. Fahrtkosten oder Kursgebühren)?

ja <input type="checkbox"/> ₁	nein <input type="checkbox"/> ₂	vielleicht <input type="checkbox"/> ₃
---	---	---

Wenn ja, bis zu welchem Betrag (pro Monat)? _____

11. Stellen Sie sich vor, die Nachsorge würde in Form von Gruppentreffen stattfinden. Welche Art von Gruppe würden Sie bevorzugen?

(Bitte kreuzen Sie zu jedem Unterpunkt jeweils entweder ja oder nein an.)

	ja	nein
Geschlossene Gruppe, an der nur bestimmte Personen teilnehmen dürfen.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Gruppe rein für adipöse Personen.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Gruppe nur für Frauen bzw. Männer.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Gruppe für bestimmte Altersklassen.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Kleingruppe mit 8-12 Teilnehmern.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

12. Stellen Sie sich vor, Bewegung oder Sport wäre Teil Ihres Nachsorgeprogramms. Welche Bewegungs- bzw. Sportart würden Sie bevorzugen?

(Sie dürfen mehrere Antworten ankreuzen.)

Schwimmen.....	<input type="checkbox"/> ₁
Joggen.....	<input type="checkbox"/> ₂
Radfahren.....	<input type="checkbox"/> ₃
Walking.....	<input type="checkbox"/> ₄
Ballsportarten.....	<input type="checkbox"/> ₅
Tanzen.....	<input type="checkbox"/> ₆
Gymnastik.....	<input type="checkbox"/> ₇
Training mit Fitnessgeräten (z.B. Laufband, Crosstrainer, Stepper, o.ä.).....	<input type="checkbox"/> ₈
Bewegung im Alltag (z.B. Wege zu Fuß, Treppen steigen).....	<input type="checkbox"/> ₉
Sonstiges, nämlich: _____	<input type="checkbox"/> ₀

13. Stellen Sie sich vor, zu Ihrer Nachsorge würde die Teilnahme an bestimmten Terminen gehören.

(Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage entweder ja, nein oder vielleicht an.)

	ja	nein	vielleicht
a) Würden Sie <u>durch finanzielle Anreize häufiger an solchen Nachsorgeterminen teilnehmen</u> (z.B. wenn Ihre Versicherung die Maßnahme nur bei regelmäßiger Teilnahme bezahlen würde)?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) Möchten Sie <u>kontaktiert</u> werden, falls Sie an einem dieser Termine <u>nicht teilnehmen</u> ?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

(Bitte kreuzen Sie im Folgenden bei jeder Frage entweder ja, nein oder vielleicht an.)

- | | ja | nein | vielleicht |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 14. Würde es Sie <u>motivieren</u>, wenn jemand Ihre Bemühungen im Bereich der Nachsorge <u>kontrollieren</u> würde?..... | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| 15. Würde es Sie <u>motivieren</u>, wenn Ihre <u>Angehörigen bzw. Freunde</u> in die Nachsorge <u>miteinbezogen</u> würden?..... | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| 16. Würden Sie sich eine Möglichkeit <u>wünschen</u>, einen <u>Fachkundigen</u> bei Fragen und Problemen <u>jederzeit erreichen</u> zu können (z.B. in Form einer Telefon-Hotline)?..... | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| 17. Würden Sie sich zu einem <u>späteren Zeitpunkt</u> einen z.B. einwöchigen, <u>erneuten stationären Aufenthalt</u> in Ihrer Reha-Klinik wünschen, um das dort Gelernte aufzufrischen?..... | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

Spezifischer Teil

Stellen Sie sich vor, die Saale-Klinik würde ein Nachsorgeprogramm anbieten, bei dem Sie von der Klinik nach Abschluss der Rehabilitation über einen gewissen Zeitraum telefonisch betreut würden. Der inhaltliche Schwerpunkt dieser Nachsorge wäre Bewegung.

18. Hätten Sie Interesse daran, an solch einem telefonischen Nachsorgeprogramm teilzunehmen?

- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| nein
<input type="checkbox"/> ₁ | eher nein
<input type="checkbox"/> ₂ | vielleicht
<input type="checkbox"/> ₃ | eher ja
<input type="checkbox"/> ₄ | ja
<input type="checkbox"/> ₅ |
|---|--|---|--|---|

19. Wann sollte dieses telefonische Nachsorgeprogramm Ihrer Meinung nach beginnen (nach Ende der stationären Rehabilitation)?

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| innerhalb
eines Monats
<input type="checkbox"/> ₁ | innerhalb der
ersten
3 Monate
<input type="checkbox"/> ₂ | innerhalb eines
halben Jahres
<input type="checkbox"/> ₃ | innerhalb eines
Jahres
<input type="checkbox"/> ₄ | später als
1 Jahr
<input type="checkbox"/> ₅ |
|--|--|---|--|---|

Anders, nämlich: _____ ₀

20. Wie lange sollte diese telefonische Nachsorge dauern?

- | | | | | |
|---|--|--|--|---|
| maximal
1 Monat
<input type="checkbox"/> ₁ | maximal
3 Monate
<input type="checkbox"/> ₂ | maximal
6 Monate
<input type="checkbox"/> ₃ | maximal
1 Jahr
<input type="checkbox"/> ₄ | länger als
1 Jahr
<input type="checkbox"/> ₅ |
|---|--|--|--|---|

21. Wie häufig sollte diese telefonische Nachsorge durchgeführt werden?

wöchentlich ₁ alle 2 Wochen ₂ monatlich ₃ halbjährlich ₄ jährlich ₅

Anders, nämlich: _____ ₀

22. Wer sollte die telefonische Nachsorge durchführen?

(Bitte kreuzen Sie zu jedem Unterpunkt jeweils entweder ja oder nein an.)

	ja	nein
Selbst betroffener Laie.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Renten- /Krankenversicherungsmitarbeiter.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Krankenschwester.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Therapeut (Physiotherapeut, o.ä.).....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Psychologe.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Arzt.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Andere Person, nämlich: _____	<input type="checkbox"/> ₀	

23. Möchten Sie lieber von einer Frau oder einem Mann betreut werden?

Frau ₁ Mann ₂ egal ₃

24. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie die oben genannte Person (siehe Frage 22. & 23.) bereits kennen?

gar nicht wichtig ₁ wenig wichtig ₂ mäßig wichtig ₃ ziemlich wichtig ₄ sehr wichtig ₅

25. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie bei allen Telefonaten mit derselben Person sprechen?

gar nicht wichtig ₁ wenig wichtig ₂ mäßig wichtig ₃ ziemlich wichtig ₄ sehr wichtig ₅

26. Wann wäre für Sie ein geeigneter Zeitpunkt für solch ein Telefonat?

(Sie dürfen mehrere Antworten ankreuzen.)

Vor 9 Uhr..... ₁
9 – 12 Uhr..... ₂
12 – 14 Uhr..... ₃
14 – 18 Uhr..... ₄
18 – 20 Uhr..... ₅

Schwierigkeiten bei der Teilnahme

27. Was könnte Sie wohl daran hindern, an einem Nachsorgeprogramm (telefonischer oder anderer Art) teilzunehmen bzw. ein bereits begonnenes Programm weiterzuführen?

(Sie dürfen mehrere Antworten ankreuzen.)

- Zeitmangel..... 1
- Gerade keine Lust..... 2
- Körperliche oder psychische Beschwerden..... 3
- Unzufriedenheit mit dem Programm..... 4
- Nutzen nicht gleich bemerkbar..... 5
- Angehörige/ Freunde sind dagegen..... 6
- Probleme mit anderen, die an dem Programm beteiligt sind..... 7
- Zu großer Aufwand, um an dem Programm teilnehmen zu können
(z.B. Kosten, Entfernung, o. ä.)..... 8
- Sonstiges, nämlich _____ 0

28. Würden Sie trotz der genannten Schwierigkeiten (siehe Frage 27) weiterhin an der Nachsorge teilnehmen?

- nein 1
- eher nein 2
- vielleicht 3
- eher ja 4
- ja 5

29. Haben Sie zur Nachsorge im Allgemeinen noch irgendwelche Anregungen /persönliche Kommentare?

9.5 Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Variablen

--	--	--

Angaben zur Person

1. Sind Sie..... männlich weiblich
2. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?..... deutsch nicht deutsch
3. Wie alt sind Sie? _____Jahre
4. Wie ist Ihr Familienstand?
- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| ledig | verheiratet | geschieden/
getrennt lebend | verwitwet |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
5. Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?..... ja nein
6. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?
insgesamt _____Personen
7. Wie viele davon sind 18 Jahre oder älter? _____Personen
8. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?
(Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)
- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| Hauptschule/Volksschule..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| Realschule/Mittlere Reife..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| Polytechnische Oberschule..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| Fachhochschulreife..... | <input type="checkbox"/> 4 |
| Abitur/allgemeine Hochschulreife..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| anderen Schulabschluss..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| keinen Schulabschluss..... | <input type="checkbox"/> 7 |

9. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

(Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

- Lehre (berufliche-betriebliche Ausbildung).. 1
- Fachschule (Meister-, Technikerschule,
Berufs-, Fachakademie)..... 2
- Fachhochschule, Ingenieurschule..... 3
- Universität, Hochschule..... 4
- andere Berufsausbildung..... 5
- keine Berufsausbildung..... 6

10. Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?

(Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

- ja, ganztags..... 1
- ja, mindestens halbtags..... 2
- ja, weniger als halbtags..... 3
- nein, Hausfrau/ Hausmann..... 4
- nein, in Ausbildung..... 5
- nein, arbeitslos/ erwerbslos..... 6
- nein, Erwerbs-, Berufsunfähigkeitsrente..... 7
- nein, Altersrente..... 8
- nein, anderes..... 9

11. In welcher beruflichen Stellung sind Sie hauptsächlich derzeit beschäftigt bzw. (falls nicht mehr berufstätig) waren Sie zuletzt beschäftigt?

(Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

- Arbeiter..... 1
- Angestellter..... 2
- Beamter..... 3
- Selbständiger..... 4
- Sonstiges..... 5

12. Wie hoch ist das monatliche Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?

Die Summe aus Lohn/Gehalt/Einkommen usw., jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben.

(Bitte kreuzen Sie eine Antwortmöglichkeit an.)

- bis unter 500 Euro..... 1
- 500 bis unter 1.000 Euro..... 2
- 1.000 bis unter 1.500 Euro..... 3
- 1.500 bis unter 2.000 Euro..... 4
- 2.000 bis unter 2.500 Euro..... 5
- 2.500 bis unter 3.000 Euro..... 6
- 3.000 bis unter 3.500 Euro..... 7
- 3.500 Euro und mehr..... 8

13. Besitzen Sie einen Telefonanschluss?..... **ja**
1 **nein**
2

14. Besitzen Sie einen Internetanschluss?..... **ja**
1 **nein**
2

15. Wie häufig nutzen Sie das Internet?

- täglich 1
- mindestens einmal/ Woche 2
- mindestens einmal/ Monat 3
- seltener 4
- nie 5

9.6 Fragen zum Gewichtsverlauf

Fragen zum Gewichtsverlauf

1. Wie oft haben Sie in den letzten drei Jahren versucht abzunehmen?

_____Mal

2. Wie viele der Versuche würden Sie selbst als langfristig erfolgreich einstufen?

_____Versuche

9.7 Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität

Fragen zur körperlichen Aktivität

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zur körperlichen Aktivität für den Zeitraum vor Beginn Ihrer Rehabilitation.

1. Sind Sie berufstätig (auch Hausfrau) oder in Ausbildung?..... ja nein
1 2

Wenn ja, welche Tätigkeiten beinhaltet Ihr Beruf/ Ihre Ausbildung hauptsächlich?

sitzende Tätigkeiten (z.B. Büro, Student...)

1

mäßige Bewegung (z.B. Handwerker, Hausmeister, Hausfrau...)

2

intensive Bewegung (z.B. Postzusteller, Wald- und Bauarbeiter...)

3

2. Waren Sie in der Woche vor Beginn Ihrer Reha zu Fuß unterwegs,

- a) ...z.B. auf dem Weg zur Arbeit oder zum Einkaufen?..... ja nein
1 2

Wenn ja, wie lange sind Sie dabei gegangen? insgesamt _____ Minuten

- b) ...zum Spaziergehen?..... ja nein
1 2

Wenn ja, wie lange waren Sie in der Woche vor Beginn Ihrer Reha spazieren? insgesamt _____ Minuten

3. Sind Sie in der Woche vor Beginn Ihrer Reha Fahrrad gefahren,

- a) ...zur Arbeit oder zum Einkaufen usw.?..... ja nein
1 2

Wenn ja, wie lange sind Sie dabei geradelt? insgesamt _____ Minuten

- b) ...auf dem Heimtrainer bzw. auf Radtouren?..... ja nein
1 2

Wenn ja, wie lange sind Sie dabei geradelt? insgesamt _____ Minuten

4. Haben Sie einen Garten?..... ja nein
1 2

Wenn ja, wie viele Stunden haben Sie in der Woche vor Beginn Ihrer Reha dort verbracht? _____ Stunden pro Woche

Davon waren _____ Stunden Gartenarbeit

und _____ Stunden Ruhe und Erholung

5. Steigen Sie im Alltag regelmäßig Treppen?..... ja nein
1 2

Wenn ja: _____ Stockwerke, _____ mal am Tag

6. Sind Sie im letzten Monat vor Beginn Ihrer Reha geschwommen?..... ja nein
1 2

Wenn ja: ca. _____ Stunden im Monat (reine Schwimmzeit)

7. Haben Sie im letzten Monat vor Beginn Ihrer Reha Sport betrieben?..... ja nein
1 2
(z. B. Jogging, Fußball, Handball, Federball, Squash, Gymnastik, Tennis,...)

Wenn ja, welchen Sport?

Beispiel:

1. Dauerlauf ca. 30 Minuten pro Woche

2. Federball ca. 2 Minuten pro Woche

1. _____ ca. _____ Minuten pro Woche

2. _____ ca. _____ Minuten pro Woche

3. _____ ca. _____ Minuten pro Woche

4. _____ ca. _____ Minuten pro Woche

8. Gehen Sie zu Tanzveranstaltungen?..... ja nein
1 2

Wenn ja: _____ mal/ Monat, je: _____ Stunden

9. Gehen Sie kegeln?..... ja nein
1 2

Wenn ja: _____ mal/ Monat, je: _____ Stunden

9.8 Tabellen zu nicht signifikanten Tests in Bezug auf Geschlecht und Alter

Tabelle 48: Weitere t-Tests für unabhängige Stichproben, bei denen sich kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Nachsorgebedürfnisses gezeigt hat

		n	M	SD	t	df	p
Interesse an Nachsorge	Männer	49	4,16	1,05	0,36	113	0,72
	Frauen	66	4,09	1,09			
Teilnahme an Nachsorge	Männer	49	4,18	0,86	0,60	113	0,55
	Frauen	66	4,08	1,01			
Interessensindex	Männer	49	4,17	0,89	0,51	113	0,61
	Frauen	66	4,08	0,98			
Teilnahme trotz Hindernissen	Männer	49	4,10	0,94	1,35	113	0,18
	Frauen	66	3,83	1,20			
Maximalbetrag/ Monat (Kosten für Patient)	Männer	32	45,56	32,83	-0,59	62	0,56
	Frauen	32	55,17	85,86			
Interesse an telefonischer Nachsorge	Männer	49	3,39	1,06	0,33	111	0,75
	Frauen	64	3,31	1,33			
Thema „Auswertung von Tagebüchern“	Männer	49	2,90	1,40	0,02	113	0,99
	Frauen	66	2,89	1,27			
Thema „Kontrolle“	Männer	49	3,67	1,36	0,65	113	0,52
	Frauen	66	3,52	1,23			
Thema „Hilfen mit Selbsthilfegruppen“	Männer	49	2,18	1,03	-1,91	112	0,06
	Frauen	65	2,62	1,38			
Thema „Hilfen mit Behörden“	Männer	49	2,55	1,43	0,25	113	0,80
	Frauen	66	2,48	1,38			
Thema „Adressen für Hilfe & Nachsorge“	Männer	49	3,67	1,21	-0,23	113	0,82
	Frauen	66	3,73	1,28			
Thema „medizinische Betreuung“	Männer	18	4,39	1,09	1,94	59	0,06
	Frauen	43	3,67	1,39			

		n	M	SD	t	df	p
Thema „neue Erkenntnisse über Krankheit“	Männer	18	4,39	0,78	1,87	59	0,07
	Frauen	43	3,88	1,03			
Betreuung per Telefon	Männer	49	2,18	1,01	0,85	111	0,40
	Frauen	64	2,02	1,06			
Betreuung per Brief (Post)	Männer	49	3,37	1,17	-0,06	110	0,95
	Frauen	63	3,38	1,25			
Betreuung über Websites	Männer	48	3,33	1,34	1,40	105	0,17
	Frauen	59	2,95	1,47			
Betreuung persönlich einzeln	Männer	49	3,98	1,22	0,05	109	0,96
	Frauen	62	3,97	1,36			
Betreuung persönlich in Gruppen	Männer	49	3,31	1,40	-0,55	109	0,58
	Frauen	62	3,45	1,36			
Betreuer kennen (allgemein)	Männer	48	2,96	1,29	0,27	110	0,79
	Frauen	64	2,89	1,30			
Betreuer kennen (telefonische Nachsorge)	Männer	47	2,64	1,15	-0,59	107	0,56
	Frauen	62	2,77	1,23			
immer mit derselben Person telefonieren	Männer	45	3,84	0,95	-1,07	105	0,29
	Frauen	62	4,05	0,98			

Tabelle 49: Weitere Exakte Tests nach Fisher, bei denen sich kein Zusammenhang des Nachsorgebedürfnisses mit dem Geschlecht gezeigt hat (1)

		N	n (%)	Chi²	p
selbst betroffener Laie als Betreuer	Männer	48	11 (23)	1,86	0,20
	Frauen	57	20 (35)		
Renten-/ Krankenversicherungsmitarbeiter als Betreuer	Männer	47	9 (19)	0,32	0,64
	Frauen	59	14 (24)		
Krankenschwester als Betreuer	Männer	48	25 (52)	2,46	0,17
	Frauen	57	21 (37)		
Therapeut als Betreuer	Männer	48	38 (79)	0,02	1,00
	Frauen	59	46 (78)		

Anhang

		N	n (%)	Chi²	p
Psychologe als Betreuer	Männer	48	21 (44)	3,83	0,06
	Frauen	59	37 (63)		
Arzt als Betreuer	Männer	48	43 (90)	0,01	1,00
	Frauen	63	56 (89)		
Kontakt durch andere Person zu festgelegten Zeitpunkten	Männer	46	31 (67)	0,08	0,83
	Frauen	60	42 (70)		
Kontakt spontan durch andere Person	Männer	46	6 (13)	0,13	0,79
	Frauen	58	9 (16)		
Kontakt durch Patient zu vorher festgelegten Zeitpunkten	Männer	46	25 (54)	2,74	0,11
	Frauen	60	42 (70)		
Kontakt durch Patient bei Bedarf	Männer	45	29 (64)	0,90	0,42
	Frauen	58	32 (55)		
Betreuung in ambulanter Praxis	Männer	48	36 (75)	0,51	0,50
	Frauen	62	50 (81)		
Betreuung in Reha-Klinik	Männer	49	34 (69)	3,52	0,08
	Frauen	60	31 (52)		
Betreuung in öffentlicher Einrichtung	Männer	49	25 (51)	0,80	0,44
	Frauen	57	34 (60)		
Betreuung zu Hause	Männer	49	18 (37)	1,47	0,29
	Frauen	58	15 (26)		
Nachsorge in geschlossenen Gruppen	Männer	48	27 (56)	0,02	1,00
	Frauen	59	34 (58)		
Nachsorge in Gruppen für bestimmte Altersklassen	Männer	49	20 (41)	1,39	0,31
	Frauen	60	18 (30)		
Nachsorge in Kleingruppen (8 - 12 Teilnehmer)	Männer	49	44 (90)	0,10	1,00
	Frauen	59	54 (92)		
selbst betroffener Laie als Betreuer (telefonisch)	Männer	45	8 (18)	2,03	0,17
	Frauen	53	16 (30)		
Renten-/ Krankenversicherungsmitarbeiter als Betreuer (telefonisch)	Männer	43	8 (19)	0,29	0,60
	Frauen	55	8 (15)		

Anhang

		N	n (%)	Chi²	p
Krankenschwester als Betreuer (telefonisch)	Männer	44	24 (55)	1,64	0,23
	Frauen	53	22 (42)		
Therapeut als Betreuer (telefonisch)	Männer	45	37 (82)	0,08	0,80
	Frauen	55	44 (80)		
Psychologe als Betreuer (telefonisch)	Männer	44	21 (48)	1,07	0,32
	Frauen	55	32 (58)		
Arzt als Betreuer (telefonisch)	Männer	46	42 (91)	1,70	0,25
	Frauen	57	47 (82)		

Anmerkung: p = exakte, zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit; n (%) = Anzahl und prozentualer Anteil der Ja-Stimmen

Tabelle 50: Weitere Exakte Tests nach Fisher, bei denen sich kein Zusammenhang des Nachsorgebedürfnisses mit dem Geschlecht gezeigt hat (2)

		Männer n (%)	Frauen n (%)	Chi²	df	p
Dauer der Nachsorge (N_{Männer} = 49; N_{Frauen} = 64)	max. 1 Monat	2 (4)	1 (2)	1,56	4	0,84
	max. 3 Monate	2 (4)	4 (6)			
	max. 6 Monate	6 (12)	11 (17)			
	max. 1 Jahr	18 (37)	24 (38)			
	länger als 1 Jahr	21 (43)	24 (38)			
max. Entfernung des Nachsorgeorts (N_{Männer} = 48; N_{Frauen} = 62)	0 - 5 km	9 (19)	13 (21)	8,28	4	0,08
	6 - 10 km	8 (17)	19 (31)			
	11 - 20 km	16 (33)	22 (35)			
	21 - 40 km	5 (10)	5 (8)			
	> 40 km	10 (21)	3 (5)			
Kostenübernahme durch Patient (N_{Männer} = 49; N_{Frauen} = 64)	ja	27 (55)	24 (38)	3,53	2	0,20
	nein	7 (14)	14 (22)			
	vielleicht	15 (31)	26 (41)			

		Männer	Frauen			
		n (%)	n (%)	Chi²	df	p
finanzielle Anreize motivationssteigernd (N _{Männer} = 49; N _{Frauen} = 64)	ja	25 (51)	36 (56)	0,40	2	0,79
	nein	11 (22)	14 (22)			
	vielleicht	13 (27)	14 (22)			
Kontaktieren bei Fehlterminen (N _{Männer} = 49; N _{Frauen} = 63)	ja	23 (47)	20 (32)	3,73	2	0,16
	nein	13 (27)	27 (43)			
	vielleicht	13 (27)	16 (25)			
Kontrolle motivationssteigernd (N _{Männer} = 49; N _{Frauen} = 63)	ja	26 (53)	36 (57)	2,01	2	0,39
	nein	12 (24)	9 (14)			
	vielleicht	11 (22)	18 (29)			
Miteinbeziehen von Angehörigen/ Freunden motivierend (N _{Männer} = 49; N _{Frauen} = 64)	ja	16 (33)	24 (38)	2,32	2	0,33
	nein	16 (33)	26 (41)			
	vielleicht	17 (35)	14 (22)			
Möglichkeit Fachkundigen jederzeit zu erreichen (N _{Männer} = 49; N _{Frauen} = 64)	ja	36 (73)	36 (56)	5,12	2	0,08
	nein	2 (4)	10 (16)			
	vielleicht	11 (22)	18 (28)			
erneuter stationärer Aufenthalt in Reha-Klinik (N _{Männer} = 49; N _{Frauen} = 64)	ja	35 (71)	42 (66)	0,47	2	0,80
	nein	4 (8)	7 (11)			
	vielleicht	10 (20)	15 (23)			
Beginn der telefonischen Nachsorge (N _{Männer} = 49; N _{Frauen} = 58)	≤ 1 Monat	14 (29)	24 (41)	3,77	4	0,43
	≤ ersten 3 Monate	22 (45)	26 (45)			
	≤ halbes Jahr	8 (16)	4 (7)			
	≤ 1 Jahr	2 (4)	2 (3)			
	> 1 Jahr	0 (0)	0 (0)			
	anders	3 (6)	2 (3)			

		Männer	Frauen			
		n (%)	n (%)	Chi²	df	p
Dauer der telefonischen Nachsorge (N _{Männer} = 47; N _{Frauen} = 58)	max. 1 Monat	2 (4)	1 (2)	6,33	4	0,16
	max. 3 Monate	7 (15)	13 (22)			
	max. 6 Monate	7 (15)	18 (31)			
	max. 1 Jahr	13 (28)	11 (19)			
	länger als 1 Jahr	18 (38)	15 (26)			
Frequenz der telefonischen Nachsorge (N _{Männer} = 47; N _{Frauen} = 57)	wöchentlich	5 (11)	9 (16)	1,79	4	0,78
	alle 2 Wochen	16 (34)	23 (40)			
	monatlich	21 (45)	21 (37)			
	halbjährlich	2 (4)	1 (2)			
	jährlich	0 (0)	0 (0)			
	anders	3 (6)	3 (5)			
Geschlecht des Betreuers (N _{Männer} = 18; N _{Frauen} = 41)	Frau	2 (11)	14 (34)	3,36	1	0,11
	Mann	0 (0)	0 (0)			
	egal	16 (89)	27 (66)			

Anmerkung: p = exakte, zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit; n (%) = Anzahl und prozentualer Anteil der Stimmen; max. = maximal

Tabelle 51: Weitere t-Tests für unabhängige Stichproben, bei denen sich kein signifikanter Unterschied zwischen Personen < 50 Jahren und ≥ 50 Jahren hinsichtlich des Nachsorgebedürfnisses gezeigt hat

	Alter	n	M	SD	t	df	p
Interesse an Nachsorge	< 50	59	4,14	1,15	-0,14	112	0,89
	≥ 50	55	4,16	0,90			
Teilnahme an Nachsorge	< 50	59	4,12	0,98	-0,26	112	0,80
	≥ 50	55	4,16	0,88			
Interessensindex	< 50	59	4,13	1,00	-0,21	112	0,83
	≥ 50	55	4,16	0,82			

Anhang

	Alter	n	M	SD	t	df	p
Teilnahme trotz Hindernissen	< 50	59	3,90	1,13	-0,78	112	0,44
	≥ 50	55	4,05	1,01			
Maximalbetrag/ Monat (Kosten für Patient)	< 50	32	50,95	34,69	0,07	62	0,94
	≥ 50	32	49,78	85,41			
Interesse an telefonischer Nachsorge	< 50	59	3,37	1,29	0,06	110	0,95
	≥ 50	53	3,36	1,11			
Thema „Ernährung“	< 50	59	4,42	0,86	-0,46	112	0,65
	≥ 50	55	4,49	0,69			
Thema „Bewegung“	< 50	59	4,66	0,69	1,63	112	0,11
	≥ 50	55	4,44	0,79			
Thema „(psychologische) Unterstützung“	< 50	59	3,42	1,35	1,84	111	0,07
	≥ 50	54	2,94	1,42			
Thema „Auswertung von Tagebüchern“	< 50	59	2,98	1,33	0,59	112	0,55
	≥ 50	55	2,84	1,30			
Thema „Kontrolle“	< 50	59	3,68	1,22	0,63	112	0,53
	≥ 50	55	3,53	1,32			
Thema „Hilfen mit Selbsthilfegruppen“	< 50	59	2,58	1,26	1,19	111	0,24
	≥ 50	54	2,30	1,24			
Thema „Hilfen mit Behörden“	< 50	59	2,56	1,38	0,26	112	0,80
	≥ 50	55	2,49	1,43			
Thema „Adressen für Hilfe & Nachsorge“	< 50	59	3,80	1,27	0,62	112	0,54
	≥ 50	55	3,65	1,19			
Thema „neue Erkenntnisse über Krankheit“	< 50	31	3,81	1,05	-1,87	59	0,07
	≥ 50	30	4,27	0,87			
Betreuung per Brief (Post)	< 50	59	3,27	1,26	-0,96	110	0,34
	≥ 50	53	3,49	1,15			
Betreuung per E-Mail	< 50	58	3,29	1,30	-0,67	107	0,50
	≥ 50	51	3,47	1,46			
Betreuung über Websites	< 50	57	3,37	1,40	1,95	105	0,05
	≥ 50	50	2,84	1,41			

	Alter	n	M	SD	t	df	p
Betreuer kennen (telefonische Nachsorge)	< 50	58	2,64	1,22	-0,88	106	0,38
	≥ 50	50	2,84	1,15			
immer mit derselben Person telefonieren	< 50	57	3,95	1,04	-0,51	104	0,61
	≥ 50	49	4,04	0,79			

Tabelle 52: Weitere Exakte Tests nach Fisher, bei denen sich kein Zusammenhang des Nachsorgebedürfnisses mit dem Alter gezeigt hat (1)

	Alter	N	n (%)	Chi ²	p
Informationen (Thema „Ernährung“)	< 50	57	43 (75)	1,66	0,24
	≥ 50	54	46 (85)		
Informationen (Thema „Bewegung“)	< 50	56	40 (71)	0,00	1,00
	≥ 50	55	39 (71)		
Praktische Angebote (Thema „Bewegung“)	< 50	58	49 (84)	0,22	0,80
	≥ 50	53	43 (81)		
Hilfen mit Sportgruppen (Thema „Bewegung“)	< 50	55	26 (47)	0,36	0,57
	≥ 50	53	22 (42)		
Informationen (Thema „psychologische Unterstützung“)	< 50	59	41 (69)	1,89	0,23
	≥ 50	51	29 (57)		
Besprechung von Problemen (Thema „psychologische Unterstützung“)	< 50	59	42 (71)	2,45	0,16
	≥ 50	51	29 (57)		
selbst betroffener Laie als Betreuer	< 50	57	20 (35)	1,86	0,20
	≥ 50	48	11 (23)		
Renten-/ Krankenversicherungs- mitarbeiter als Betreuer	< 50	57	13 (23)	0,09	0,82
	≥ 50	49	10 (20)		
Krankenschwester als Betreuer	< 50	57	29 (51)	2,53	0,12
	≥ 50	48	17 (35)		
Arzt als Betreuer	< 50	58	52 (90)	0,03	1,00
	≥ 50	53	47 (89)		
Kontakt spontan durch andere Person	< 50	57	11 (19)	2,43	0,16
	≥ 50	47	4 (9)		

Anhang

	Alter	N	n (%)	Chi²	p
Kontakt durch Patient zu vorher festgelegten Zeitpunkten	< 50	56	35 (63)	0,03	1,00
	≥ 50	50	32 (64)		
Kontakt durch Patient bei Bedarf	< 50	55	34 (62)	0,33	0,69
	≥ 50	48	27 (56)		
Betreuung in ambulanter Praxis	< 50	57	44 (77)	0,07	0,82
	≥ 50	53	42 (79)		
Betreuung in Reha-Klinik	< 50	58	35 (60)	0,03	1,00
	≥ 50	51	30 (59)		
Nachsorge in geschlossenen Gruppen	< 50	57	36 (63)	1,88	0,18
	≥ 50	50	25 (50)		
Nachsorge in Gruppen nur für adipöse Personen	< 50	56	37 (66)	3,57	0,08
	≥ 50	52	25 (48)		
Nachsorge in reinen Männer-/ Frauengruppen	< 50	57	14 (25)	2,77	0,14
	≥ 50	50	6 (12)		
Nachsorge in Kleingruppen (8 - 12 Teilnehmer)	< 50	59	55 (93)	0,95	0,51
	≥ 50	49	43 (88)		
selbst betroffener Laie als Betreuer (telefonisch)	< 50	54	17 (31)	3,18	0,10
	≥ 50	44	7 (16)		
Renten-/ Krankenversicherungsmitarbeiter als Betreuer (telefonisch)	< 50	52	6 (12)	1,86	0,27
	≥ 50	46	10 (22)		
Krankenschwester als Betreuer (telefonisch)	< 50	54	26 (48)	0,03	1,00
	≥ 50	43	20 (47)		
Therapeut als Betreuer (telefonisch)	< 50	55	44 (80)	0,08	0,80
	≥ 50	45	37 (82)		
Psychologe als Betreuer (telefonisch)	< 50	55	34 (62)	3,41	0,07
	≥ 50	44	19 (43)		
Arzt als Betreuer (telefonisch)	< 50	57	50 (88)	0,19	0,78
	≥ 50	46	39 (85)		

Anmerkung: p = exakte, zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit; n (%) = Anzahl und prozentualer Anteil der Ja-Stimmen

Tabelle 53: Weitere Exakte Tests nach Fisher, bei denen sich kein Zusammenhang des Nachsorgebedürfnisses mit dem Alter gezeigt hat (2)

		< 50 Jahre n (%)	≥ 50 Jahre n (%)	Chi ²	df	p
Darbietungsform der Nachsorge (N _{<50} = 59; N _{≥50} = 54)	allgemeingültig	10 (17)	20 (37)	6,14	2	0,05
	interaktiv	20 (34)	16 (30)			
	beides	29 (49)	18 (33)			
Dauer der Nachsorge (N _{<50} = 59; N _{≥50} = 54)	max. 1 Monat	2 (3)	1 (2)	5,97	4	0,20
	max. 3 Monate	1 (2)	5 (9)			
	max. 6 Monate	12 (20)	5 (9)			
	max. 1 Jahr	20 (34)	22 (41)			
	länger als 1 Jahr	24 (41)	21 (39)			
max. Entfernung des Nachsorgeorts (N _{<50} = 57; N _{≥50} = 53)	0 - 5 km	9 (16)	13 (25)	1,94	4	0,76
	6 - 10 km	15 (26)	12 (23)			
	11 - 20 km	22 (39)	16 (30)			
	21 - 40 km	5 (9)	5 (9)			
	> 40 km	6 (11)	7 (13)			
Kostenübernahme durch Patienten (N _{<50} = 59; N _{≥50} = 54)	ja	30 (51)	21 (39)	3,00	2	0,23
	nein	12 (20)	9 (17)			
	vielleicht	17 (29)	24 (44)			
finanzielle Anreize motivationssteigernd (N _{<50} = 59; N _{≥50} = 54)	ja	34 (58)	27 (50)	3,48	2	0,18
	nein	9 (15)	16 (30)			
	vielleicht	16 (27)	11 (20)			
Kontaktieren bei Fehlterminen (N _{<50} = 59; N _{≥50} = 53)	ja	25 (42)	18 (34)	6,13	2	0,05
	nein	15 (25)	25 (47)			
	vielleicht	19 (32)	10 (19)			
Miteinbeziehen von Angehörigen/ Freunden motivierend (N _{<50} = 59; N _{≥50} = 53)	ja	25 (42)	15 (28)	2,83	2	0,25
	nein	18 (31)	23 (43)			
	vielleicht	16 (27)	15 (28)			

		< 50 Jahre n (%)	≥ 50 Jahre n (%)	Chi ²	df	p
Möglichkeit Fachkundigen jederzeit zu erreichen (N _{<50} = 59; N _{≥50} = 53)	ja	39 (66)	33 (62)	1,31	2	0,59
	nein	4 (7)	7 (13)			
	vielleicht	16 (27)	13 (25)			
erneuter stationärer Aufenthalt in Reha-Klinik (N _{<50} = 59; N _{≥50} = 53)	ja	36 (61)	40 (75)	2,68	2	0,28
	nein	7 (12)	4 (8)			
	vielleicht	16 (27)	9 (17)			
Beginn der telefonischen Nachsorge (N _{<50} = 57; N _{≥50} = 50)	≤ 1 Monat	22 (39)	16 (32)	6,85	4	0,14
	≤ ersten 3 Monate	24 (42)	24 (48)			
	≤ halbes Jahr	4 (7)	8 (16)			
	≤ 1 Jahr	2 (4)	2 (4)			
	> 1 Jahr	0 (0)	0 (0)			
	anders	5 (9)	0 (0)			
Dauer der telefonischen Nachsorge (N _{<50} = 55; N _{≥50} = 50)	max. 1 Monat	3 (5)	0 (0)	3,75	4	0,52
	max. 3 Monate	10 (18)	10 (20)			
	max. 6 Monate	13 (24)	12 (24)			
	max. 1 Jahr	14 (25)	10 (20)			
	länger als 1 Jahr	15 (27)	18 (36)			
Frequenz der telefonischen Nachsorge (N _{<50} = 55); (N _{≥50} = 49)	wöchentlich	10 (18)	4 (8)	6,03	4	0,18
	alle 2 Wochen	23 (42)	16 (33)			
	monatlich	17 (31)	25 (51)			
	halbjährlich	1 (2)	2 (4)			
	jährlich	0 (0)	0 (0)			
	anders	4 (7)	2 (4)			
Geschlecht des Betreuers (N _{<50} = 31); (N _{≥50} = 28)	Frau	8 (26)	8 (29)	0,06	1	1,00
	Mann	0 (0)	0 (0)			
	egal	23 (74)	20 (71)			

Anmerkung: p = exakte, zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit; n (%) = Anzahl und prozentualer Anteil der Stimmen; max. = maximal

Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Faller für die freundliche Überlassung des Themas, sein großes Engagement sowie die hervorragende Betreuung und prompte Hilfe bei allen Fragen. Zudem bedanke ich mich für die Übernahme des Referates.

Darüber hinaus gilt mein Dank Priv.-Doz. Dr. med. C. Jacob für die Übernahme des Korreferates.

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich auch bei Frau Dr. phil. V. Ströbl, der Betreuerin meiner Arbeit, für die tatkräftige Unterstützung, die stets freundliche, unkomplizierte Zusammenarbeit und für sehr viele wertvolle Ratschläge.

Des Weiteren danke ich vielmals Herrn Dr. med. W. Knisel und allen Mitarbeitern der Saale-Klinik für die Möglichkeit, Patienten zu befragen, die sehr gute Zusammenarbeit und die Bereitstellung relevanter Patientendaten. Dank gilt neben Herrn Dr. med. W. Knisel vor allem Frau Ulrike Landgraf, Frau Gerda Franz und Herrn Jörg Müller.

Daneben bedanke ich mich bei den Mitarbeitern des Institutes für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, die mir während des Doktorandenseminars nützliche Hinweise für meine Arbeit gegeben haben.

Vielen Dank auch an meine Familie und Freunde, die mich während meines ganzen Studiums begleitet und unterstützt haben.

Nicht zuletzt möchte ich mich ganz herzlich bei den Patienten der Saale-Klinik bedanken, ohne deren Mitarbeit diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Kathrin Wagner
Geburtsdatum	15.08.1984
Geburtsort	Erlenbach am Main

Hochschulstudium

10.11.2011	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
14.03.2007	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
04/2005-11/2011	Studium der Humanmedizin an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Europäischer Freiwilligendienst

07/2004-01/2005	Mitarbeit bei „vitalise“, Southport, England, einem Ferienzentrum für körperlich behinderte Menschen
-----------------	---

Schulbildung

25.06.2004	Allgemeine Hochschulreife
08/1995-06/2004	Gymnasium der Maria-Ward-Schule Aschaffenburg
08/1991-07/1995	Grundschule Niedernberg

Würzburg, 08.12.2011

