

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Eidesstattliche Erklärung	III
Zusammenfassung	IV
Abstract	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
Einleitung	1
1 Theoretische Grundlagen	3
<i>1.1 Adipositaschirurgie</i>	<i>3</i>
1.1.1 Ziele, Indikationen und Kontraindikationen.....	4
1.1.2 Operative Eingriffe.....	6
1.1.3 Prä-, peri- und postoperatives Management.....	9
<i>1.2 Onlinebasierte Ernährungstherapie</i>	<i>13</i>
1.2.1 Qualitätsstandard in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung.....	13
1.2.2 Formen der Beratung in der Ernährungstherapie.....	15
1.2.3 Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zum Thema Online-Ernährungstherapie.....	19
<i>1.3 Methodik der Fragebogenkonzeption</i>	<i>20</i>
1.3.1 Fragestellungsarten.....	21
1.3.2 Inhaltliche Kategorien.....	21
1.3.3 Online-Instrumente.....	22
1.3.4 Auswertung.....	25
2 Methode	25
<i>2.1 Durchführung</i>	<i>25</i>
2.1.1 Schön Klinik Hamburg Eilbek.....	26
2.1.2 Zentrale für Ernährungsberatung e.V.....	27
2.1.3 Beschreibung der Zielgruppe der Befragten.....	28
2.1.4 Ein- bzw. Ausschlusskriterien.....	29

2.1.5	Feldzugang.....	30
2.2	<i>Konzeption des Messinstrumentes</i>	30
2.2.1	Darstellung der Literaturrecherche	31
2.2.2	Inhalt und Ziel des Messinstrumentes.....	32
2.2.3	Formen von Fragebogenuntersuchungen	32
2.2.4	Auswahl des Online-Formates für die Befragung.....	33
2.3	<i>Methodik der Fokusgruppen</i>	34
2.3.1	Zielgruppe ZEB-Beraterinnen.....	35
2.3.2	Ausarbeitung des Konzeptes zur Moderation der Fokusgruppeninterviews	36
2.3.3	Durchführung der Fokusgruppeninterviews.....	37
2.3.4	Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion	38
2.4	<i>Aufbau des Fragebogens</i>	51
2.5	<i>Reflexion des Fragebogenentwurfs</i>	52
3	Darstellung des konzipierten Messinstrumentes	52
4	Diskussion	52
4.1	<i>Methodische Diskussion der Konzeption des Messinstrumentes</i>	52
4.2	<i>Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse</i>	54
4.3	<i>Potential der Online-Beratung zur Weiterentwicklung der Ernährungstherapie</i>	57
5	Handlungsempfehlungen und Fazit	57
	Literaturverzeichnis	59
	Anhangsverzeichnis	65

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach entnommenen Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin

Zusammenfassung

Die Ausgangslage für die vorliegende Arbeit stellt eine Steigerung der Prävalenz der Adipositas und daraus resultierenden ernährungsbedingten Folgeerkrankungen in Deutschland und auch weltweit dar. Durch die konservativen Therapieansätze können ausreichende Gewichtsreduktionserfolge nicht erreicht werden, sodass für viele Betroffene eine bariatrische Operation als eine effektive Lösung für die Rückkehr zu Normalgewicht und Gesundheit betrachtet wird.

Zusätzlich wird die Situation für die Menschen mit Adipositas weltweit durch die aktuell seit mehr als einem Jahr bestehende SARS-CoV-2-Pandemie („Corona-Pandemie“) erschwert. Durch das Kontaktverbot wird nicht nur der Lebensstil generell ungünstig beeinflusst, sondern auch die Teilnahme der Betroffenen an den Behandlungsmaßnahmen gravierend behindert.

Dadurch, dass bei der Entstehung der Adipositas die Problematiken in der Ernährung eine der Hauptursachen sind, spielt die Ernährungsberatung als einer der Hauptbausteine der Adipositastherapie eine besonders wichtige Rolle.

Die bis jetzt in Präsenzform durchgeführten Beratungen mussten durch die anhaltenden lockdownbedingten Einschränkungen in einem neuen Format durchgeführt werden, um den Menschen trotzdem eine Möglichkeit zu geben, weiterhin an den Behandlungsmaßnahmen teilzunehmen. Dabei wurden die Ernährungsberatungsfachkräfte mit der Herausforderung konfrontiert, die bislang durchgeführten Präsenzveranstaltungen in den virtuellen Raum so transformieren zu müssen, dass die Qualität und Dynamik einer Präsenzveranstaltung möglichst exakt in einem digitalen Format widerspiegelt werden kann.

Damit die Ernährungsberatung professionell und erfolgreich umgesetzt und somit zur langfristigen Gewichtsreduktion führen kann, ist es von großer Bedeutung auch im digitalen Format eine klientenzentrierte Behandlung anbieten zu können, die qualitativ gleichwertig zu jener in Präsenz.

Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Entwicklung eines Messinstrumentes zur Beurteilung der Akzeptanz und der Zufriedenheit mit der Beratungsqualität im Onlineformat einer spezifischen Zielgruppe der bariatrischen Patienten im Rahmen der präoperativen adipositaschirurgischen Ernährungstherapieversorgung.

Abstract

The study is based on an increase in the prevalence of obesity and the resulting nutrition-related secondary diseases in Germany and also worldwide. Conservative therapy approaches are not sufficient to achieve the desired weight reduction successes, thereby for many affected people bariatric surgery is considered as an effective solution for the return to normal weight and health.

In addition, the situation worldwide for people with obesity is complicated by the continuing SARS-CoV-2 pandemic ("Corona pandemic"). The restrictions on physical contact not only have a generally unfavorable effect on lifestyle, but also seriously hinder the participation of those affected in treatment measures.

Due to nutritional problems being one of the main causes of obesity, nutritional counseling, as one of the main components of obesity treatment, plays a particularly important role.

Attributable to ongoing lockdown-related restrictions, the counseling sessions previously being conducted in face-to-face format had to be transferred to a new format, thus providing people the opportunity to continue participating in treatment measures. In doing so, nutrition counseling professionals were confronted with the challenge of having to translate the face-to-face sessions previously conducted into the virtual space in such a way, that the quality and dynamics of a face-to-face session could be mirrored as accurately as possible in a digital format.

In order for nutritional counseling to be implemented professionally and successfully, and thereby leading to long-term weight loss, the ability to offer client-centered treatment in the digital, which is qualitatively equivalent to a face-to-face event, it is of utmost importance.

This bachelor thesis evaluates the development of a measurement tool to assess the acceptance and satisfaction with the quality of the consultation in the online format for a specific target group of bariatric patients in the context of preoperative bariatric surgical nutrition therapy care.

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ASMBS	American Society for Metabolic and Bariatric Surgery
BIA	Bioelektrische Impedanzanalyse
BMI	Body-Mass-Index (Körpermasse-Index)
BPD-DS	Biliopankreatische Diversion mit Duodenal Switch
DAG	Deutsche Adipositas Gesellschaft
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGAV	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
KHK	koronare Herzerkrankung
MGB	Mini-Gastric-Bypass
MMK	multimodaler konservativer Therapiekonzept
NAFLD	non-alcoholic fatty liver disease (nichtalkoholische Fettlebererkrankung)
OP	Operation
RCT	Randomized Controlled Trial
pRNYGB	Proximaler Roux en y Gastric Bypass
SG	Schlauchmagenbildung, Sleeve Gastrektomie
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sleevegastrektomie. Schematische Darstellung	6
Abbildung 2: Roux-en-Y-Magenbypass. Schematische Darstellung.	7
Abbildung 3: Mini-Magen-Bypass. Schematische Darstellung.	8
Abbildung 4: Formen der Beratung.....	16
Abbildung 5: Online- Beratungsformate.....	18
Abbildung 6: Häufigkeit der Sprechsequenzen.....	39
Abbildung 7: Häufigkeit verwendeter Online-Plattform(en).....	40
Abbildung 8: Gründe für die Auswahl der Online-Plattform(en).....	40
Abbildung 9: Notwendige Kompetenzen für eine erfolgreiche Online-Beratung	42
Abbildung 10: Zusätzliche Fähigkeiten/ Beratungstools.....	42
Abbildung 11: Häufigkeit der verwendeten digitalen Beratungstools	43
Abbildung 12: Selbstorganisation und Selbstfürsorge im Unterschied zur Präsenzberatung.....	43
Abbildung 13: Schätzung der Wahl der Beratungsform	44
Abbildung 14: Erstreaktionen der Klient*innen auf Online-Beratung.....	45
Abbildung 15: Erwartungen an die Preisgestaltung für das Online-Beratungsangebot.....	46
Abbildung 16: Nachteile der Online-Beratung	47
Abbildung 17: Vorteile der Online-Beratung	48
Abbildung 18: Spezifische Aspekte der Beratung bei der primären Indikation und MMK 7 Monate	49
Abbildung 19: Unterschiede bei der Akzeptanz und Bereitschaft zum digitalen Beratungsformat angesichts sozio-ökonomischer Zugehörigkeit.....	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vor- und Nachteile der drei aktuell in Deutschland am häufigsten durchgeführten Verfahren: Roux-en-Y-Magenbypass, Sleevegastrektomie, Omega-Loop-Magenbypass: EL:Evidenzlevel.	8
Tabelle 2: Auflistung der Untersuchungen im Rahmen der präoperativen Evaluation	10
Tabelle 3: Auflistung der Empfehlungen im Rahmen des perioperativen Managements	12
Tabelle 4: Art und Umfang der postoperativen Nachsorge	13
Tabelle 5: Übersicht über die unterschiedlichen Medien der Onlineberatung	17
Tabelle 6: Dienstanbieter zur Durchführung der Onlinebefragungen	23
Tabelle 7: Auswahl der Fachliteratur zur Konzeption des Messinstrumentes.....	31
Tabelle 8: Anforderungen an die Software zur Gestaltung von Online-Fragebögen	33
Tabelle 9: Merkmale der Teilnehmerinnen der Fokusgruppe	36
Tabelle 10: Anteil der Beratungen in der "Lockdown-freier" Zeit (Mai 2020-Oktober 2020), in %	41
Tabelle 11: Individuelle Einschätzung der Fachwissensvermittlung und der Kontaktaufbaufähigkeit im digitalen Format.....	46

Einleitung

Die Entwicklung und ein kontinuierlicher Anstieg der Prävalenz von Fettleibigkeit in allen Altersgruppen der Bevölkerung zählt nicht nur zu einem schwerwiegenden Problem in der heutigen Gesellschaft weltweit, sondern nimmt mittlerweile epidemische Ausmaße an (Jaacks et al., 2019, S. 231). Auch die aktuellen Zahlen der Nationalen Kohorten Gesundheitsstudie (NAKO), die in einem Zeitraum von 2014 bis 2017 in 18 deutschlandweiten Studienzentren durchgeführt wurde, zeigten einen deutlichen Anstieg der Adipositas in der Bevölkerung. Von insgesamt 200 000 zufällig ausgewählten Teilnehmern im Alter von 29 bis 69 Jahre sind zurzeit fast 70% der Erwachsenen Männer und 50% der Frauen entweder übergewichtig oder adipös (Fischer et al., 2020, S. 292).

Auch die Daten aus der Statistik bei Prävalenzzahlen der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 5 und 19 Jahren zeigen, dass sich Deutschland im internationalen Vergleich im oberen Drittel aller Länder mit hohen Zahlen der übergewichtigen und bereits adipösen Kinder befindet (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2019).

Die Entstehung gravierender gesundheitlichen Begleiterkrankungen wie dem metabolischen Syndrom, Diabetes mellitus Typ 2, kardiovaskulären, orthopädischen, onkologischen und auch psychischen Leiden, werden mit Übergewicht und Adipositas assoziiert. Der kontinuierliche Anstieg der Prävalenz in allen Landesteilen und Altersstufen stellt die Gesundheitssysteme weltweit nicht nur vor der besorgniserregenden gesundheitlichen Perspektive, sondern auch vor immer größere sozioökonomische und finanzielle Herausforderungen.

Viele der Betroffenen haben bereits durch die diverse Diätversuche und Teilnahme an verschiedenen Gewichtsreduktionsprogrammen versucht, das Übergewicht eigenständig zu reduzieren, was meist jedoch nicht zu den erwünschten Ergebnissen geführt hat. Demzufolge bleibt die Adipositas- bzw. metabolische Chirurgie heutzutage die effektivste Form, v.a. bei der Langzeittherapie der Patienten mit morbidem Adipositas (Hering et al., 2020, S. 191).

Ein weiteres globales Problem erschütterte die Weltbevölkerung zum ersten Mal im Dezember 2019: Die Ausbreitung eines neuartigen Coronavirus, das zu den schwerwiegenden Erkrankungen des Atemsystems führte. Das Virus wurde später als „COVID-19-Virus“ bezeichnet. Bereits am 11. März 2020 erklärte die World Health Organization (WHO) den Ausbruch des neuartigen Coronavirus aufgrund der rapiden Zunahme der Fallzahlen der Erkrankten weltweit offiziell zu einer Pandemie (WHO, 2021).

Eine prospektive Kohortenstudie aus USA von Petrilli et al. (2020), die sich mit dem Krankheitsverlauf aller Patienten, die mit COVID-19 infiziert wurden beschäftigte, zeigte, dass die Adipositas neben Herz-Kreislauf-Störungen und Diabetes zu den Risikofaktoren gehört, die einen schweren COVID-19-Verlauf hervorrufen.

Für jedes Therapiekonzept, das zur Behandlung der Adipositas eingesetzt wird, empfiehlt die interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas als Grundlage ein ganzheitliches Basisprogramm, was aus den drei wichtigen Behandlungsbausteinen Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie besteht (Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V. et al., 2014, S. 41). Die Ernährungsberatung spielt dabei eine der einflussreichsten Rollen.

Durch die Corona Pandemie wurde beinahe allen Bereichen des privaten, als auch des beruflichen Alltags einen Digitalisierungsschub gegeben. Viele der Beratungskräfte wurden mit der Erfahrung konfrontiert, die bislang durchgeführten Ernährungsberatungen, Seminare und Vorträge als Präsenzveranstaltungen plötzlich in den virtuellen Raum transformieren zu müssen.

Dabei mussten viele Faktoren - von der Vorbereitung bis hin zu Moderation - berücksichtigt werden, damit die Qualität und Dynamik einer Präsenzveranstaltung möglichst exakt in einem digitalen Format widerspiegelt werden kann.

Gegenstand dieser Arbeit ist die Entwicklung eines Messinstrumentes zur Evaluation der Zufriedenheit einer spezifischen Zielgruppe der bariatrischen Patient*innen mit der Beratungsqualität im Onlineformat im Rahmen der präoperativen adipositaschirurgischen Ernährungstherapieversorgung.

Um ein tieferes Verständnis für die gesamte Thematik der Adipositas-Chirurgie und Ernährungsberatung zu gewinnen, wurden zwei Diskussionsrunden mit den Ernährungsfachkräften durchgeführt, die ausschließlich mit der gewählten Zielgruppe arbeiten. Die Ergebnisse dieser qualitativen Forschung stellen die Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens dar. Der entwickelte Fragebogen sollte außerdem nicht nur die Informationen liefern, ob das neue Onlineformat die Zusammenarbeit zwischen den Ernährungsberater*innen und Patient*innen/Klient*innen unterstützt oder ob es störende Auswirkungen auf die Beratungsqualität hat, sondern er sollte auch eine Antwort geben, welche Erwartungen und Wünsche die Ratsuchenden an die Ernährungsberatung heutzutage haben.

In Rahmen dieser Arbeit wird auf geschlechtergerechtes Formulieren geachtet. An einigen Stellen wird jedoch, um den Lesefluss zu erhalten, vereinzelt die Sprachform des generischen Maskulinums angewandt. Es wird an der Stelle darauf hingewiesen, dass die Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

1 Theoretische Grundlagen

Ziel dieses theoretischen Grundlagenkapitels ist es, die für die Erarbeitung des Themas wichtigsten Hintergründe zu erörtern. Dafür wird zunächst ein Einblick in die Grundlagen der Adipositaschirurgie gegeben und auf die Unterschiede zwischen den ernährungstherapeutischen Qualitätsanforderungen eingegangen. Anhand von verschiedenen Formen der Ernährungstherapie wird die Vielfalt der Beratungsformen beschrieben, besonders das Forschungsthema Online-Ernährungstherapie. Anschließend wird die Methodik der Fragebogenkonzeption beschrieben, die später beim Aufbau des Messinstrumentes berücksichtigt werden sollte.

1.1 Adipositaschirurgie

Die Geschichte der Adipositaschirurgie beginnt nach dem Zweiten Weltkrieg in den USA mit der Einführung der Antibiotikatherapie, besseren Narkoseverfahren und der Infusionstherapie (Weiner, 2018, S. 2). In Deutschland war die Entwicklung der Adipositaschirurgie aufgrund der langwährenden Ablehnung durch die Gemeinschaft der Chirurgen besonders erschwert. Erst seit der Gründung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Adipositaschirurgie und metabolische Chirurgie (CAADIP) im Jahre 2007 gelang der historische Durchbruch für Adipositaschirurgie auch in Deutschland (ebd., S. 4).

Viele Patient*innen, die trotz guter Compliance eine lange Leidensgeschichte mit unzähligen Diätversuchen, Kuraufenthalten und Bewegungsprogrammen hinter sich haben, erfuhren fast regelhaft nach den konservativen Bemühungen den bekannten „Jojo-Effekt“. Die jahrelange Erfolglosigkeit führt oft zu sozialer Isolation, Depression und entsprechender Demotivation, weitere Therapien in Angriff zu nehmen (von Dobschuetz et al., 2006, S. 118).

Dadurch, dass die konservativen Methoden der Behandlung bei der morbidem Adipositas nur mit begrenzten Erfolgen einhergehen, gelten chirurgischen Eingriffe als derzeit effektivsten Form und einzig erfolgversprechende Langzeittherapie (Sander et al., 2012, S. 28).

Die Erkenntnisse, dass die Adipositaschirurgie auch zu den Verbesserungen anderer metabolischer Erkrankungen wie der arteriellen Hypertonie, Hyperlipidämie, NAFLD, Schlafapnoe und vor allen Diabetes mellitus Typ 2 geführt hat, verzeichneten die Entwicklung des Begriffs „metabolische Chirurgie“, „deren Fokus nicht auf dem Gewichtsverlust, sondern der Therapie metabolischer Erkrankungen unabhängig vom präoperativen BMI liegt“ (Rühle et al., 2020, S. 215).

Die Adipositas- bzw. metabolische Chirurgie führt evidenzbasiert nicht nur zu einem nachhaltigen und klinisch relevanten Gewichtsverlust, sondern auch zu einer Verbesserung der gesamten Le-

bensqualität und Verringerung lebensbedrohender adipositasassoziierter Komplikationen und damit zu einer Verlängerung der Lebensdauer (Hering et al., 2020, S. 191).

1.1.1 Ziele, Indikationen und Kontraindikationen

Die Adipositas- bzw. metabolische Chirurgie ist, wenn die Prävention versagt hat, die „Ultima Ratio“ im Kampf gegen extremes Übergewicht und bietet die einzige effektive und zuverlässige Therapiemodalität im Rahmen eines Gesamtkonzeptes zur Behandlung von morbidem Adipositas (Weiner, 2008, S. 258).

Die Durchführung eines adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Eingriffes soll gemäß der 2018 erschienenen und aktuell gültigen nationalen S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ erfolgen und - wie in dieser Leitlinie formuliert und wie die Fachgesellschaften übereinstimmend mit den Kostenträgern vertreten - in zertifizierten Zentren mit niedriger perioperativer Morbidität und Letalität stattfinden (Seyfried et al., 2018, S. 9). Die Entscheidung für die Durchführung einer Operation ist im interdisziplinären Konsens eines Teams bestehend aus Chirurgen, Internisten, Psychiatern/Psychologen und Ökotrophologen zu treffen (Hering et al., 2020, S. 191).

Bezüglich der Indikationsstellung für einen adipositaschirurgischen Eingriff ist dann zu sprechen, wenn das behandelnde interdisziplinäre Team als Hauptziel die nachhaltige Gewichtsreduktion und somit eine Verbesserung der Lebensqualität für den Patienten sieht.

Im Gegenteil bezüglich der Indikationsstellung für einen metabolischen Eingriff ist dann zu sprechen, wenn für das behandelnde Team die Verbesserung der diabetischen Stoffwechsellage bei vorbestehendem Typ 2 Diabetes im Mittelpunkt steht (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), 2018, S. 21).

Als Voraussetzung für die Durchführung der adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Chirurgie sollten nach Bestimmungen der DGAV (2018, S. 36) folgende Bedingungen vorliegen:

- $\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/ m}^2$
- $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/ m}^2$ und bestehende Adipositasassozierte Komorbiditäten und gescheiterte MMK über mindestens 6 Monate

Es kann alternativ eine Primärindikation für die Durchführung einer OP vorliegen, die ohne vorangegangenen konservativen Therapieversuch möglich wäre, bei:

- $\text{BMI} \geq 50 \text{ kg/ m}^2$
- $\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/ m}^2$ und Typ 2 Diabetes, wenn die glykämische Kontrolle im Vordergrund steht

- keine Aussicht auf Erfolg des MMK durch interdisziplinäres Adipositas team eingeschätzt wird
- kein Aufschub auf Grund der Schweregrades der vorliegenden Begleiterkrankungen

Bei der Entscheidung für die OP-Durchführung sollte auch das Alter des Patienten berücksichtigt werden. Die Leitlinie empfiehlt, dass die operativen Eingriffe zur Körpergewichtreduktion nicht vor dem 18. und nach dem 65. Lebensjahr durchgeführt werden sollten, wobei bei begründeten Ausnahmefällen und bei einem guten Allgemeinzustand eine Indikation für die OP auch für die Patienten im höheren Alter (≥ 65 Jahre) nicht ausgeschlossen werden kann (DGAV, 2018, S. 23, 37).

Zu den Kontraindikationen einer adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Operation zählen laut der S3-Leitlinie folgende Erkrankungen und/ oder Zustände:

- eine unbehandelte Bulimia nervosa
- instabile psychopathologische Zustände
- aktive Substanzabhängigkeit
- maligne Neoplasien
- konsumierende Grunderkrankungen
- unbehandelte endokrine Ursachen
- chronische Erkrankungen, die sich durch einen postoperativen katabolen Stoffwechsel verschlechtern
- vorliegende oder unmittelbar geplante Schwangerschaft

Da für die Kontraindikationen aktuell keine Evidenz vorliegt, wird eine individuelle, interdisziplinäre ärztliche Risiko-Nutzen-Abwägung als Entscheidungsgrundlage empfohlen. Außerdem sollte im Falle einer erfolgreichen Behandlung der genannten Erkrankungen eine Re-Evaluation erfolgen, um erneut eine chirurgische Maßnahme eventuell in Erwägung zu ziehen (DGAV, 2018, S. 42).

Die Patient*innen müssen vor der Operation eine ausführliche Information über die mit dem Eingriff verbundenen Risiken sowohl während der Operation (wie z.B. Infektionen oder Blutungen), als auch über die Langzeitwirkungen in Form von Störungen bei der Wundheilung, Anastomosens-tenosen oder Mangelerscheinungen erhalten. Obwohl alle adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Eingriffe einschließlich Umwandlungsoperationen nach S3-Leitlinie laparoskopisch (minimal-invasive Techniken) durchgeführt werden sollten, sollten dem Patienten die jeweiligen prozedurspezifischen Vor- und Nachteile eines Eingriffes trotzdem ausführlich erörtert werden (Hering et al., 2020, S. 191).

1.1.2 Operative Eingriffe

Bei der Auswahl eines Operationsverfahren existiert keine pauschal für alle Patient*innen geeignete Empfehlung. Daher die geeignete operative Verfahrenstechnik wird individuell den medizinischen, psychosozialen und allgemeinen Lebensumständen der Patient*innen angepasst.

Als effektive operative Techniken zur Behandlung der Adipositas zählen folgende Verfahren:

- Schlauchmagenbildung-Sleevegastrektomie (SG)
- der proximale Roux-en-Y-Magenbypass (pRYGB)
- der Omega-Loop-Magenbypass (Synonym Mini-Gastric-Bypass)
- Biliopankreatische Diversion mit/ohne Duodenal Switch (BPD-DS)

Die meiste Evidenz liegt nach der Aussage der DGAV für den pRYGB und für die SG vor (DGAV, 2018, S. 53). Die im internationalen Vergleich am häufigsten durchgeführten adipositaschirurgischen Verfahren heutzutage sind SG, pRYGB und Omega-Loop- Bypass oder Mini-Gastric-Bypass (MGB) (Hering et al., 2020, S. 191).

Bei der Sleevegastrektomie wird der Großteil des Magen vom Antrum beginnend entlang der großen Kurvatur entfernt (Abb. 1). Das Volumen des verbleibenden Restmagen wird somit um 70-80% reduziert. Diese OP-Methode ist das aktuell weltweit und in Deutschland ebenfalls am häufigsten durchgeführten Verfahren. Sie ist durch eine technisch einfachere Durchführbarkeit und eine sehr hohe Evidenzlage ausgezeichnet. Eine deutlich geringere Dumpinggefahr und ebenfalls geringere postoperative Rate an Mangelerscheinungen für die Mikronährstoffe sind weitere Vorteile der Sleevegastrektomie (Hering et al., 2020, S. 191).

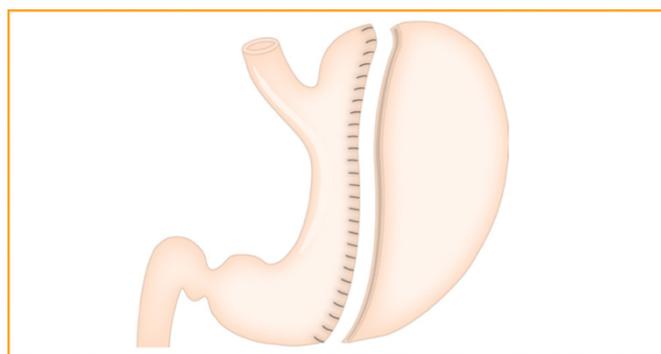


Abbildung 1: Sleevegastrektomie. Schematische Darstellung

Quelle: Wolter S, Mann O. Entwicklungen in der bariatrischen Chirurgie- Past, Present and Future. Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date 2015; 9(02), S.81. doi:10.1055/s-0041-100.224.

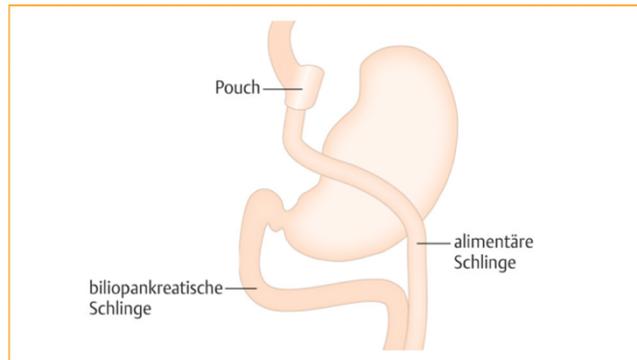


Abbildung 2: Roux-en-Y-Magenbypass. Schematische Darstellung.

Quelle: Wolter S, Mann O. Entwicklungen in der bariatrischen Chirurgie- Past, Present and Future. Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date 2015; 9(02), S.79. doi:10.1055/s-0041-100.224.

Beim Roux-en-Y-Magenbypass wird ein kleiner Magenpouch von ca. 20-40 ml Volumen gebildet, was zu einer Einschränkung der Nahrungszufuhr führt (Abb. 2). Die kleine Magentasche wird mit einem hochgezogenen Teil des Jejunums anastomosiert. Es entsteht dabei eine Roux-Y-förmig ausgeschaltete Dünndarmschlinge. Dadurch, dass der restliche Magen, das Duodenum und ein Teil des oberen Jejunums in tieferen Abschnitten des Verdauungstraktes angebunden und somit umgangen werden, tritt eine stärkere Malabsorption der Nährstoffe auf. Die Einhaltung einer leitliniengerechten Supplementation von Nahrungsergänzungsmitteln ist deswegen essentiell. Des Weiteren sind auch geringfügig höhere postoperative Nebenwirkungen und Komplikationen, wie innere Hernien, Dumpingsyndrom und Mangelerscheinungen verglichen mit SG nicht ausgeschlossen (Hering et al., 2020, S. 193 f.).

Dadurch, dass nach einem RYGB nicht nur eine Verbesserung der postoperativen adipositasassoziierten Morbidität und Funktionalität, sondern auch langfristige Stabilisierung der Gewichtsreduktion erreicht wird, gilt dieses OP-Verfahren als der „Goldstandard“ der Adipositas- bzw. metabolischen Chirurgie (ebd., S. 191).

Bei Omega-Loop-Magenbypass (auch Mini- Gastric-Bypass genannt) wird ein kleinkurvaturseitiger, länglicher Magenreservoir gebildet. Anschließend wird eine lange (150-200 cm) biliopankreatische jejunale Schlinge an diesen Magenpouch angeschlossen (Abb. 3). Technisch gesehen ist diese OP-Methode einfacher und schneller durchführbar als der RYGB, was auch mit geringerer perioperativer Morbidität im Vergleich zum RYGB in Verbindung gebracht wird (ebd., S. 194).

Die Forschung von Hering et al. (2020, S. 194) weist darauf hin, dass aufgrund zurzeit noch nicht ausreichend vorliegender Studienlage keine umfangreichen Langzeitergebnisse bezüglich der Langzeitkomplikationen aus RCTs präsentiert werden können. Die Ergebnisse aus den Kohortenstudien zeigten aber im mittel- und langfristigen Verlauf eine gute Wirksamkeit in der Behandlung des Übergewichts und Diabetes Typ 2.

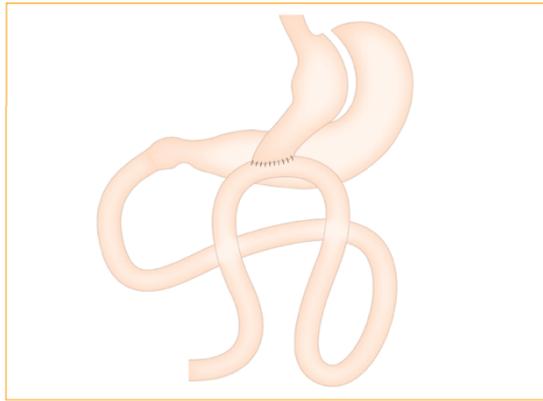


Abbildung 3: Mini-Magen-Bypass. Schematische Darstellung.

Quelle: Wolter S, Mann O. Entwicklungen in der bariatrischen Chirurgie- Past, Present and Future. Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date 2015; 9(02), S.84. doi:10.1055/s-0041-100.224.

Eine detaillierte systematische Aufzählung der jeweiligen Vor- und Nachteile der beschriebenen Operationsverfahren ist in der Tabelle 1 zusammengefasst:

Tabelle 1: Vor- und Nachteile der drei aktuell in Deutschland am häufigsten durchgeführten Verfahren: Roux-en-Y-Magenbypass, Sleevegastrektomie, Omega-Loop-Magenbypass: EL:Evidenzlevel.

Quelle: Hering I et al. Aktuelle Aspekte der Verfahrenswahl bei Adipositas-Chirurgie. *Adipositas*, 2020; 14(4), S. 192. doi: 10.1055/a-1260-4795

	Roux-en-Y-Magenbypass	Sleevegastrektomie	Omega-Loop Magenbypass
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> Sehr gute Evidenzlage mit mehreren prospektiv randomisierten Studien mit Follow-up von bis zu 5 Jahren (EL1b) Qualitativ gute Kohortenstudien mit Langzeit Follow-up (>12 Jahre) mit hoher Follow-up-Rate (EL2a). gute Gewichtsreduktion im Langzeitverlauf (EL1), aber Einschränkungen bei BMI > 50 kg/m² (EL2) gute bis sehr gute antidiabetische Wirkung (MGB > RYGB > Sleeve [±] (EL1,2) Verbesserung der Lebensqualität und Funktionalität (EL1) Sehr gute Therapieoption bei gastroösophagealem Reflux (GERD) (EL2) 	<ul style="list-style-type: none"> Sehr gute Evidenzlage mit mehreren prospektiv randomisierten Studien mit Follow-up von bis zu 5 Jahren (EL1b) gute mittelfristige Gewichtsreduktion (EL1), im Langzeitverlauf meist schlechter als intestinale Bypassverfahren (EL2) gute anti-diabetische Wirkung (MGB > RYGB > Sleeve [±] (EL1,2) Verbesserung der Lebensqualität und Funktionalität (EL1) problemlos konvertierbar (EL2a) technisch meist auch bei hohem BMI gut machbar (EL2) Magen weiter einsehbar Verfahren der Wahl bei gleichzeitig vorliegendem M. Crohn (sehr strenge Indikationstellung, EL3) 	<ul style="list-style-type: none"> Sehr gute Gewichtsreduktion im Mittel- und Langzeitverlauf (MGB > RYGB > Sleeve, EL2) Sehr gute antidiabetische Wirkung (MGB > RYGB > Sleeve [±] (EL2) Verbesserung der Komorbidität, Lebensqualität und Funktionalität (EL2) technisch auch bei hohem BMI durchführbar (EL2a) Risiko für innere Hernie kleiner als bei RYGB (EL2c) problemlos konvertierbar (EL2a)
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> perioperative Komplikationsrate niedrig und vergleichbar zum Sleeve bis BMI 55 kg/m², dann steigend (EL2) Gesamtkomplikationsrate im Verlauf höher als Sleeve (EL1) Dumping (RYGB > MGB > Sleeve) Mangelerkrankungen bei adäquater Substitution von Mikronährstoffen selten (EL2) Risiko für innere Hernie (RYGB > MGB) im Mittel- und Langzeitverlauf Risiko für Anastomosenstenose/-ulcus Weniger Optionen zur Konversion bei unzureichendem Therapieansprechen (RYGB < MGB < Sleeve) Restmagen und Gallenwege erschwert einsehbar (EL3) 	<ul style="list-style-type: none"> Häufiger zu konvertieren wegen unzureichendem Therapieansprechen oder Reflux als intestinale Bypassverfahren (EL2b) „Neuinzidenz von (auch asymptomatischem) GERD“ mit bis zu 17% Barrett Ösophagus (EL2) Weniger Langzeitkomplikationen als intestinale Bypassverfahren (EL2) Dumping seltener als bei intestinalen Bypassverfahren (RYGB > MGB > Sleeve) (EL2,3) Mangelerkrankungen bei ausreichender Substitution von Mikronährstoffen sehr selten (MGB > RYGB > Sleeve, EL2) funktionelle Stenosen 	<ul style="list-style-type: none"> bisher keine hochwertige vergleichende prospektive randomisierte Studie mit mittelfristigem- oder Langzeitverlauf malabsorptive Operation (EL3), Mangelerkrankungen auch bei adäquater Substitution möglich (EL3) Bilärer Reflux mit Anastomosenulcera und GERD eventuell kanzerogen im Langzeitverlauf Dumping (RYGB > MGB > Sleeve, EL3) Restmagen und Gallenwege erschwert einsehbar (EL3)

Dadurch, dass in den letzten Jahren die Prävalenz der Adipositas weltweit zunehmend steigt, rückt die metabolische Chirurgie immer mehr ins Interesse.

Die Entwicklung modernerer Operationsverfahren zielt darauf ab, die Vorteile bereits etablierter OP-Techniken zu übernehmen und die Nachteile dabei möglichst zu minimieren (Wolter & Mann, 2015, S. 88).

1.1.3 Prä-, peri- und postoperatives Management

Die adipositaschirurgische Operation ist für viele morbid adipöse Patient*innen die letzte Möglichkeit, das Übergewicht nachhaltig zu reduzieren und Adipositas-assoziierte Begleiterkrankungen zu verringern. Der Erfolg eines chirurgischen Eingriffes ist aber nicht nur ausschließlich von der Operation selbst, sondern von einer strukturierten und professionellen Vorsorge vor der OP, einer intensiven medizinischen Betreuung der Patient*innen während des Klinikaufenthalts und einer ganz wesentlichen lebenslangen interdisziplinären Nachbetreuung abhängig (Ranzenberger-Harder & Schindler, 2019, S. 126).

Die S3- Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“ empfiehlt den bariatrischen Patient*innen eine konservative Therapie zu absolvieren bevor eine Indikation für den Eingriff gestellt wird. Während dieser Zeit sollte eine Änderung der Lebensgewohnheiten (Ernährungsumstellung, Steigerung der Beweglichkeit und Verhaltensmodifikation) angestrebt werden. Auch im Falle einer Primärindikation, die keine verpflichtende Teilnahme an solchem Therapiekonzept vorsieht, wird empfohlen die Patient*innen im Vorfeld über die Notwendigkeit vor allem einer Ernährungsumstellung zugunsten der Operation zu überzeugen. Die präoperative Zeit sollte für eine intensive interdisziplinäre Betreuung durch alle Fachkräfte, die allesamt Erfahrung in der Betreuung adipöser Patient*innen haben (Chirurgen, Internisten, Psychiater/Psychologen, Ernährungsfachkräfte) genutzt werden (DGAV, 2018, S. 96).

Ein wesentlicher Bestandteil für den Erfolg der bariatrischen Maßnahme vor und nach einem chirurgischen Eingriff zur Gewichtsreduktion im interdisziplinären Behandlungskonzept ist die ernährungstherapeutische prä- und postoperative Beratung und Betreuung der Patienten (Hellbardt, 2012, S. 642).

Präoperatives Management

Um eventuellen Komplikationen während der Operation vorzubeugen und den Operationsplan nicht zu gefährden, ist eine sorgfältige präoperative Untersuchung des Patienten von großer Bedeutung.

Anhand einer ausführlichen Anamnese, gründlichen körperlichen Analyse, sorgfältigen Laborchemischer Diagnostik des Blutes und der Ermittlung der Belastbarkeit der Patient*innen sollen die Ursachen, der Fortschritt der Adipositas, bereits unternommene Therapieversuche, Motivation und persönliche Ressourcen zur Gewichtsreduktion sowie psychosoziales Verhalten ermittelt werden (DGAV, 2018, S.93).

Eine ausführliche Auflistung aller von S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“ empfohlenen präoperativen Untersuchungen ist in der Tabelle 2 zusammengefasst:

Tabelle 2: Auflistung der Untersuchungen im Rahmen der präoperativen Evaluation

(in Anlehnung an DGAV, 2018)

Anamnese, Familienanamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Adipositas (Ursachen, Entwicklung) • Dyslipidämie • Hypertonie • Atherosklerose, insbesondere KHK und Schlaganfall • frühere Therapieversuche • Ernährungsgewohnheiten und Essverhalten • Bewegungsaktivität • Motivation • psychosoziale Anamnese
Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> • Körperlänge • Körpergewicht • Taillenumfang • Blutdruck • Verfahren zur Ermittlung der Körperzusammensetzung • Klinische Untersuchung • Nüchternblutzucker, HbA1c, oraler Glucosetoleranztest • Gesamt-, HDL- und LDL-Cholesterin, Triglyzeride • Harnsäure, Kreatinin, Elektrolyte • Mikronährstoffe • TSH, ggf. andere endokrinologische Parameter • Mikroalbuminurie • EKG, Ergometrie, Herzecho, 24-h-Blutdruck-Messung, Schlafapnoe-Screening • Oberbauchsonographie, Doppler-Sonographie

Eine umfassende professionelle Ernährungsberatung spielt bei der präoperativen Vorbereitung des Patienten besonders bedeutende Rolle. Die Aufklärung über die anatomischen und physiologischen Veränderungen nach der OP im Hinblick auf die Nährstoffdigestion und Mikronährstoffabsorption sollte den Patient*innen nicht nur definiert werden. Viel wichtiger ist es, die Betroffenen auf die Bedeutung einer Langzeiternährungsumstellung hinzuweisen und deren Bereitschaft und Akzeptanz gegenüber Vitamin- und Mineralstoff-Supplementation zu prüfen (Sander et al., 2012, S. 29). Den Empfehlungen von Hellbardt, (2012, S. 650-651) zufolge sollte die ernährungstherapeutische Versorgung außerdem folgende Themen beinhalten:

- Ausführliche Befragung zum Lebensmittelverzehr, zu Lebensmittelallergien und -intoleranzen
- Ermittlung des Essverhaltens (u.a. mithilfe eines Ernährungsprotokolls)
- Motivation und Bereitschaft zu Ernährungs-, sowie Verhaltens-, Bewegungs- und allgemeine Lebensstiländerungen
- Anstreben einer gezielten präoperativen Gewichtsreduktion durch ein Very Low Calorie Diet (VLCD) vor der OP zur Verringerung der Komplikationen aus chirurgischer Sicht
- Notwendigkeit einer regelmäßigen Nachsorge
- Umgang mit Stress

Um den Patient*innen ein sicheres Gefühl zu vermitteln in die Operation gut vorbereitet zu starten und danach selbstbewusst die postoperative Lebensumstellung beherrschen zu können, sind auch die zusätzliche Infomaterialien von großer Bedeutung, wie z.B. von den Ökotropholog*innen der Zentrale für Ernährungsberatung (ZEB) e.V. an der HAW Hamburg erarbeitete Infobroschüre „Essen & Trinken nach Adipositas-Operationen“.¹

Perioperatives Management

Für das perioperative Management bei adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Eingriffen gelten prinzipiell die Empfehlungen wie für jeden viszeralchirurgischen Eingriff (DGAV, 2018, S. 96). Um die Krankenhausverweildauer möglichst zu begrenzen, sollte eine standardisierte Vorgehensweise bei der Betreuung der Patient*innen berücksichtigt werden. Es handelt sich dabei um das sogenannte „fast track Konzept“ (Enhanced Recovery After Surgery), die bestimmte Durchführungsschritte beinhaltet und konsequent umgesetzt werden sollte (ebd., S. 101).

In der Tabelle 3 sind die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“ bezüglich des perioperativen Managements zusammengefasst, die sich an die Datenlage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) orientieren:

¹ Die Broschüre wurde auf Basis aktueller medizinischer Leitlinien und Fachbücher und in enger Zusammenarbeit mit Hamburger Kliniken erarbeitet. Ein kostenloser Download steht frei zur Verfügung unter der URL: <https://www.haw-hamburg.de/fileadmin/LS/ZEB/PDF/Adipositas-Brosch%C3%BCre-2021.pdf>

Tabelle 3: Auflistung der Empfehlungen im Rahmen des perioperativen Managements

(in Anlehnung an DGAV, 2018)

Aufklärung über die allgemeinen Abläufe	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme • Stationäre Aufenthalt • Vorbereitung • Optimierung, ggf. Absetzen der Medikation • Kostaufbau • Drainageentfernung • Entlassung • Verhalten nach Entlassung • Nachsorgetermine • Supplementationschema
Fast-Track-Konzept	<ul style="list-style-type: none"> • Flüssigkeitszufuhr (ggf. gezuckert) bis 2 h präoperativ • Minimalinvasives Vorgehen • Restriktion der intraoperativen Flüssigkeitszufuhr • Verzicht auf nicht nötige Katheter und Drainage bzw. deren zeitnahe Entfernung • Adäquate Schmerztherapie • Rasche Kostaufbau
Minimierung thromboembolischer Komplikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungspfad zur Venöse- Thromboembolie-Prophylaxe • Frühmobilisation • Dauer der Gabe von niedermolekularem Heparin individuell unter der Berücksichtigung des Risikoprofils (existiert keine einheitliche Empfehlung) • Mechanische Prophylaxe der unteren Extremitäten mit Kompressionsstrümpfen (individuell unter der Berücksichtigung des Risikoprofils)

Postoperatives Management

Die postoperativ erreichte Gewichtsreduktion hängt nicht nur von der Professionalität der bariatrischen Chirurg*innen oder der technischen Ausstattung der Klinik ab, „sondern von einer langjährigen und konsequenten Weiterbetreuung der operierten Patienten“ (Sander et al., 2012, S. 28).

In der Leitlinie zur Adipositaschirurgie (2018, S. 114) wird nach einem adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Eingriff eine lebenslange Nachsorge durch einen bariatrischen Arzt und in der Adipositas-Therapie erfahrener Ernährungsfachkraft empfohlen. In der Regel findet die postoperative Nachsorge in dem Fachzentrum statt, wo die OP durchgeführt wurde. In dem ersten Jahr nach der OP erfolgen die Vorstellungen der Patient*innen zunächst alle 3 Monate (nach einem, drei, sechs, zwölf Monaten), im zweiten Jahr alle 6 Monate und danach jährlich (ebd., S. 28).

Besonders wichtig ist dabei die bereits vor der OP begonnene Ernährungstherapie fortzusetzen, um möglichen ernährungsbedingten Komplikationen vorzubeugen, sowie die verhaltensspezifischen Aspekte bei den Essgewohnheiten der Patient*innen zu beobachten und bei Bedarf entsprechend zu beraten. Eine Steigerung der körperlichen Aktivität und eine Verhaltensadaption sind ebenfalls empfehlenswert (DGAV, 2018, S. 116).

Eine zusammenführende Übersicht der postoperativen Nachsorge ist der Tabelle 4 zu entnehmen:

Tabelle 4: Art und Umfang der postoperativen Nachsorge

(in Anlehnung an DGAV, 2018)

- regelmäßige Gewichtskontrolle
- Anpassung der Medikation bei Begleiterkrankungen
- Analyse des Essverhaltens und entsprechende Beratung
- Anregung zur Steigerung körperlicher Aktivität
- Kontrolle der Supplementation
- Laborkontrollen (kleines Blutbild; bei allen Bypass-Verfahren zusätzlich: 25(OH) D3, Parathormon, Vitamin A)
- Screening psychischer Erkrankungen
- Ermunterung zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen
- Erkennen von Komplikationen und Einleitung entsprechender Interventionen
- Aufklärung zur Vermeidung einer Schwangerschaft bei prämenopausalen Frauen in den ersten zwei Jahren

1.2 Onlinebasierte Ernährungstherapie

In der aktuellen Zeit der globalen Digitalisierung, zusätzlich erschwert durch die weltweite Corona-Pandemie, stellt die Onlineberatung eine ergänzende Form der Ernährungsberatung und -therapie dar, die eine Möglichkeit für die konstante Betreuung der Patient*innen und Klient*innen bietet. Die Onlineberatung kann durch unterschiedliche Instrumente und Formen angeboten werden. Unabhängig davon, ob es sich um eine Form der Beratung im klassischen Sinne oder eine Beratung mit digitalen Komponenten handelt, ist die Frage der Qualitätssicherung von zentraler Bedeutung.

1.2.1 Qualitätsstandard in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung

Das Thema der Qualitätssicherung ist eines der größten Themen, mit dem sich die Gesundheitsversorgung in Deutschland kontinuierlich beschäftigt. Die Finanzierung aller Leistungen, die im Gesundheitssystem erbracht werden, regelt das Sozialgesetzbuch V (SGB V). Eine zentrale Rolle spielen dabei die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), weil sie die rechtlich definierten Leistungen für die Versicherten erbringen bzw. bezuschussen. Der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene hat ein GKV-Leitfaden Prävention erarbeitet, in dem alle Handlungsfelder und Leistungskriterien in der Primärprävention und Gesundheitsförderung nach §§ 20, 20a und 20b des SGB V definiert sind (GKV-Spitzenverband (ed.), 2020).

Für die Berufsbezeichnung „Ernährungsberater, -therapeut“ besteht zurzeit kein gesetzlicher Schutz. Ernährungstherapeutische Fachpersonen sind im deutschsprachigen Raum gesetzliche reglementierte Berufe. [...] „Die Rahmenbedingungen des Berufs und der Ausbildung sind in Deutschland im Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten (DiätAssG) [...]

geregelt“ (Jent & Rufener, 2016, S.22). Es ist wichtig, den Verbrauchern den Unterschied zwischen den qualifizierten und nicht qualifizierten Ernährungsfachkräften verständlich zu machen. Dafür wurde 2005 ein Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz gebildet, der heutzutage auf Bundesebene tätig ist. In der, von dieser Organisation erarbeiteten Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung werden die zuständigen qualifizierten Berufsgruppen für die einzelnen Felder definiert (DGE (ed.), 2019, S. 3).

Auch eine transparente Begriffserklärung der beiden Bereiche „Ernährungsberatung“ und „Ernährungstherapie“ ist in der Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung von 2019 dargestellt und erleichtert den Verbrauchern die beiden Fachbereiche zu unterscheiden:

- Die Ernährungsberatung richtet sich nach § 20 SGB V an Gesunde und initiiert Prozesse zur Problemlösung im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“. Es ist als ein ganzheitlicher Ansatz zur Primärprävention und Gesundheitsförderung zu verstehen. Das Ziel der Ernährungsberatung ist die Vermeidung von Mangel- und Fehlerernährung, bzw. Vermeidung und Reduktion von ernährungsbedingten Krankheiten, sowie eine nachhaltige Verbesserung des Essverhaltens. Eine ärztliche Anordnung ist nicht erforderlich.

Eine Tätigkeit als Ernährungsberatungsfachkraft erfordert ein fundiertes Fachwissen in verschiedenen Disziplinen wie z. B. Ernährungswissenschaft, Ernährungsmedizin, Diätetik, Biochemie, Methodik der Gesprächsführung, Lebensmittelkunde und viele weitere. Für die primärpräventive Ernährungsberatung werden vom Koordinierungskreis folgende Fachkräfte anerkannt:

- Diätassistenten
- Diplom-, Bachelor und Masterabsolventen der Oecotrophologie, Ernährungswissenschaften und fachverwandter Studiengänge entsprechend der DGE-Zulassungskriterien
- Ernährungsmediziner

Zusätzlich zu diesen Abschlüssen ist eine Zusatzqualifikation bzw. Registrierung erforderlich, die als Nachweis einer kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung gilt. Mit diesen Zertifikaten stellt der GKV eine verbindliche Qualität in der Ernährungsberatung sicher.

Im Unterschied zur Ernährungsberatung, die hauptsächlich der Vorbeugung ernährungsbedingter Krankheiten dient, widmet sich

- die Ernährungstherapie der Behandlung der ernährungsbedingten Krankheiten oder den krankheitsbedingten Ernährungsproblemen. Sie richtet sich nach § 43 SGB V an Erkrankte und deren individuellen Bedürfnissen und benötigt eine ärztliche Anordnung.

„Für die Ernährungstherapie sind Diätassistenten auf Basis des Diätassistentengesetzes (DiätAssG) zugelassen. Bei vergleichbarer Qualifikation sind auch Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler und Absolventen anderer, vergleichbarer Studiengänge sowie Ernährungsmediziner befähigt“ (DGE (ed.), 2019, S. 8).

Die Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung wird nicht nur durch eine anerkannte Qualifikation und kontinuierliche Fortbildung der Beratungsfachkräfte gesichert, sie erfordert auch eine strukturierte verhaltensorientierte und den individuellen Bedürfnissen der Klient*innen angepasste Durchführung der Beratung. Begleitende Dokumentation aller Beratungsprozesse und eine abschließende Evaluation der Ergebnisse sind ebenfalls die wichtigen Kriterien eines hohen Qualitätsstandards in der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie (ebd., S. 9).

1.2.2 Formen der Beratung in der Ernährungstherapie

Da der Begriff der Beratung in vielfältigen Einsatzgebieten unterschiedlich eingesetzt wird, findet man keine allgemeingültige Begriffsbezeichnung in der Literatur. In der Forschung von Mutzeck (2014, S. 12) wird die Beratung als „vertrauensvolle, zielgerichtete, nach Rat suchende Interaktion“ bezeichnet. Die Basis für die Beratung sehen Pudiel und Westenhöfer (1998, S. 256) in einem persönlichen Gespräch zwischen dem Berater und dem Klienten, eine Art kommunikatives Wechselspiel, basierend auf der Freiwilligkeit bezüglich der Eigenverantwortung, der Inanspruchnahme und daraus folgender Selbstentscheidung des Ratsuchenden.

Die Therapie dagegen wird als „Behandlung von Krankheiten, Behinderungen und Verletzungen mit dem Ziel der Heilung, der Beseitigung oder Linderung von Symptomen und der Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Funktionen“ definiert (Pschyrembel online, 2016). Diese Maßnahme benötigt eine medizinische Indikation und eine ärztliche Verordnung.

Beide Bereiche - die Ernährungsberatung und Ernährungstherapie - ähneln sich strukturell und methodisch, so dass eine klare und strenge Abtrennung eher schwierig ist. Die Ernährungsberatung unterstützt sogar bei der Vermittlung manchmal komplizierter ärztlich verordneter Themeninhalte einer Ernährungstherapie, sodass Beratung und Therapie sich vielmehr ergänzen.

Hinsichtlich der Formen der Beratung unterscheidet Mutzeck (2014, S. 26) zwischen einer Beratung einer Einzelperson, einer Gruppenberatung, einer Team- und Institutionsberatung (Abb. 4).

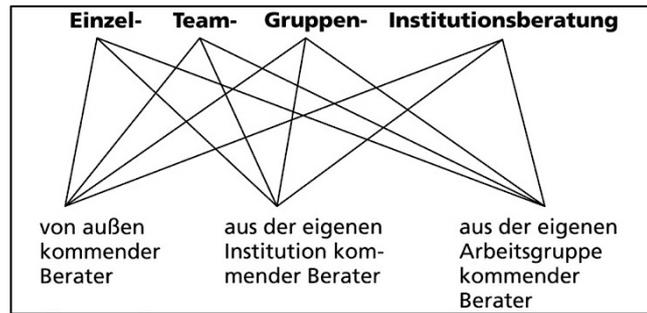


Abbildung 4: Formen der Beratung

Quelle: Mutzeck, W. (2014). *Kooperative Beratung: Grundlagen, Methoden, Training, Effektivität (Beltz Taschenbuch / Pädagogik)* (7. Aufl.), S. 26. Weinheim: Beltz Verlag.

Die am häufigsten eingesetzten und als klassisch bezeichneten Formen der Beratung nach Mutzeck sind Einzel- und Gruppenberatungen. Bei der Beratung einer Einzelperson liegt der Schwerpunkt auf den persönlichen Rahmenbedingungen, Lebenserfahrungen und eine Gesprächsführung ohne Beteiligung anderer Personen. Die Teilnehmenden (in der Regel 3 bis 12) einer klassischen Gruppenberatung, „[...] die aus einer oder unterschiedlichen Einrichtungen kommen, haben kaum direkte oder indirekte Berührungspunkte in der beruflichen Zusammenarbeit“ (ebd., S. 27). Gruppenberatungen werden oft als Kurse im Rahmen der primären, sekundären oder tertiären Prävention durchgeführt oder als eine Form der Selbsthilfegruppe (z.B. bei der Patientenschulung) eingesetzt.²

Eine alternative und erweiterte Möglichkeit den Ratsuchenden den Zugang zu den Beratungen zu gewährleisten bietet die Onlineberatung.

In der Literatur kann man verschiedene Definitionen von Onlineberatung finden. Einige davon betonen die technischen Kriterien, andere verwenden solche Begriffe wie „computerunterstützte, medial vermittelte und interaktiv stattfindende Beratung“ (Gehrmann, 2010, S. 106). Die Deutschsprachige Gesellschaft für psychosoziale Onlineberatung e.V. (DGOB), 2018, S. 3) „unterscheidet zwischen den ‚Formaten‘ (Beratung, Supervision, Coaching, Pastoralpsychologie) und ‚Methoden‘ (systemische Methoden, [...] klientenzentrierte Gesprächsführung) mit denen innerhalb der genannten Formate gearbeitet wird“. Die Onlineberatung wird dabei aufgrund dieser Begriffszuordnung als Setting definiert, das in zwei Formen präsentiert werden kann:

1. Schriftgestützte Präsentationen (Beratungen durch E-Mail, Chat, Foren)
2. Audio-visuelle Präsentationen (Videoberatung, -konferenzen, Webinare, Chatdienste mit Videofunktion)

Diese beide Präsentationsformen der Onlineberatung verbindet jedoch eine Gemeinsamkeit: Die Kommunikation zwischen den Ratsuchenden und Berater*innen findet durch räumliche Distanz

² Ausführliche Erläuterungen zu den Begriffen und Aufgaben der Prävention und Therapie allgemein bieten bspw. Bundesministerium für Gesundheit, abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>, sowie aus der ernährungsmedizinischen Sicht die Arbeit von Schauder aus 2003, S.4.

statt und wird digital prozessiert (computergestützte Bindung an graphische Zeichen) (DGOB e.V., 2018, S. 4). Die DGOB e.V. ist davon überzeugt, dass die Online-Beratung keine Methode ist, sondern eine innovative Möglichkeit die etablierten Techniken der klassischen Beratungsmethoden in den virtuellen Raum transformieren zu können (ebd., S. 4).

Die Forschung von Engelhardt (2018, S. 16) weist ebenfalls darauf hin, dass die Gestaltung des Kommunikationsprozesses in der Onlineberatung auf die Nutzung verschiedenen digitaler Medien angewiesen ist, die über das Internet vermittelt werden (Tabelle 5):

Tabelle 5: Übersicht über die unterschiedlichen Medien der Onlineberatung

(Quelle: Engelhardt, E. M., 2018, S. 16)

	Textbasiert	Nicht-textbasiert
Synchron	Chat, Messenger	Video, Internettelefonie, Avatare
Asynchron	Mail, Forum	Sprachnachrichten, Videonachrichten

Dabei fällt auf, dass die grundsätzliche Entscheidung in der Onlinekommunikation zwischen **synchroner** und **asynchroner** Form der Beratung getroffen wird.

Die Bedeutung der Formulierung für synchrone textbasierte Onlinekommunikation kann man durch den Einsatz des Chats verdeutlichen. Dabei entsteht ein kommunikativer Austausch zwischen den Teilnehmer*innen trotz der geografischen Ferne. Genauso kann eine zeitgleiche audio-visuelle synchrone Kommunikation stattfinden, die sich dem Face-to-Face-Gespräch nähert (Engelhardt, 2018, S. 46).

Bei der asynchronen textbasierten Onlinekommunikation handelt sich dagegen um z.B. das Schreiben von E-Mails, die nicht zeitgleich beantwortet werden, sondern eine flexible Form der Kommunikation ermöglichen. Ebenso können die Sprach- und Videonachrichten zeitversetzt beantwortet werden (ebd., S. 47).

Der Einsatz der onlinebasierten Form der Beratung ist sowohl bei den Einzel- als auch bei den Gruppenberatungen möglich. In der Untersuchung von Görz (2020, S. 338) findet auch eine Unterteilung des Online-Beratungsformates auf Beratungsangebote ohne persönlicher Begleitung (E-Books, Broschüren, Rezeptdatenbanken, Apps), die als ergänzende Hilfsmittel bei der Beratung eingesetzt werden und die Beratungsangebote mit persönlicher Begleitung E-Mails, Chat- Kommunikation, Messenger- Dienste). Eine beispielhafte Unterteilung der Online- Beratungsformate zeigt die Abbildung 5:

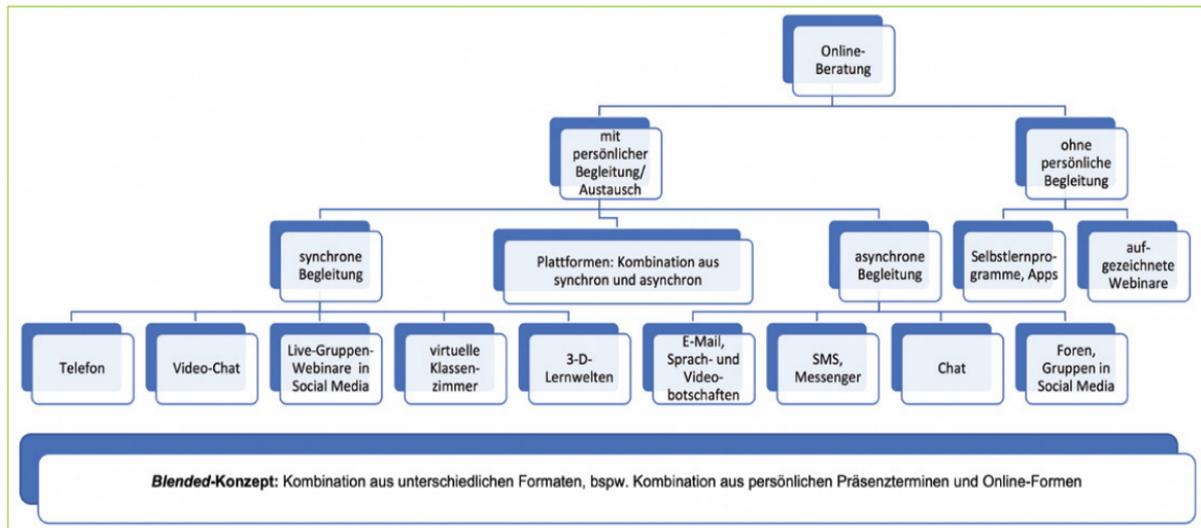


Abbildung 5: Online- Beratungsformate

Quelle: Götz, M. 2020. Professionelle digitale Ernährungsberatung. Anforderungen und Einsatzmöglichkeiten verschiedener Formate und Methoden. *Ernährungs Umschau*, 6, S. 338. <https://doi.org/10.4455/eu.2020.027>

Auch im Bereich der Prävention können die Onlineangebote in Form von Webinaren, Onlinekursen, oder Blended Learning vielseitig zum Einsatz kommen. Eine weitere Form des Beratungsangebots ist game based learning oder e-teaching, die auf dem Konzept der spielinhärenten Motivation basiert. Solche Lernspiele müssen einen durchdachten § 20 SGB V konformen Bildungszweck verfolgen und durch die Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifiziert werden (FET e.V., 2021). Die im Dezember 2020 erschienene aktualisierte Version des Leitfadens Prävention enthält ergänzende Regelungen über die Kriterien zur Zertifizierung digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, die erst am 01.07.2021 in Kraft treten werden. Bereits ab Januar 2021 besteht die Möglichkeit, die Präventionskurse im digitalen Format bzw. mit digitalen Komponenten von der ZPP zertifizieren zu lassen (GKV-Spitzenverband (ed.), 2020, S. 128-143). Die gesetzlichen Grundlagen und die Förderkriterien für digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote wurden unter dem Abschnitt 7 „Digitale Prävention und Gesundheitsförderung“ im Leitfaden Prävention zusammengefasst und ausführlich erläutert.

Diese neuen Regelungen betreffen jedoch ausschließlich solche digitale Prävention- bzw. Gesundheitsförderungsangebote, die einen Trainingscharakter haben und den Verbraucher zu einer eigenständigen Anwendung des Programms befähigen (ebd., S. 140). Die Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention im Sinne einer klassischen Ernährungsberatung mit digitalen Elementen wurde in diesem neuen Abschnitt noch nicht berücksichtigt. In Hinblick auf die zunehmende Bedeutung der digitalen Prävention und Gesundheitsförderung ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung der Regelungen an die Bedürfnisse der Versicherten notwendig.

1.2.3 Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zum Thema Online-Ernährungstherapie

Die Suche nach den aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Thema Online-Ernährungstherapie wurde bei dem Bibliothekskatalog der Hochschule für die angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) und in allen verfügbaren Literaturdatenbanken online durchgeführt. Vor allem bei der Suchmaschine *PubMed* wurde nach publizierten Studien zu dem Forschungsthema in print- oder e-Journals gesucht, wobei die Priorität auf die „Metaanalysen“, „RCTs“ und „Reviews“ gesetzt wurde. Es wurde auch darauf geachtet, dass die Publikation der Studien nicht länger als 10 Jahren zurückliegt, da die Weiterentwicklung der Digitalisierung ständig voranschreiten. Bei der Suche nach der Fachliteratur zum Thema Online- Ernährungstherapie lag der Schwerpunkt darauf, dass möglichst aktuelle Auflagen verwendet werden.

Unter den gewählten Kriterien wurden keine eindeutigen forschungsthemarelevanten Metaanalysen oder Publikationen gefunden.

Die einzige Veröffentlichung, die als annähernd relevant zum Thema gelten könnte, ist eine multi-zentrale randomisierte kontrollierte Studie von Celis-Morales et al. (2017), die in sieben europäischen Ländern durchgeführt wurde. Das Ziel der Studie war zu untersuchen, ob eine individuelle personalisierte internetbasierte Ernährungsberatung größere, angemessenere und nachhaltigere Änderungen des Ernährungsverhaltens fördern würde, als eine konventionelle Ernährungstherapie. Die Ergebnisse dieser 6-monatigen Intervention lieferten starke Belege für die Wirksamkeit eines personalisierten internetbasierten Designs der Ernährungsberatung basierend auf der Analyse des aktuellen Essverhaltens, im Vergleich zu herkömmlichen Face-to-Face-Interventionen. Alle Protokolle, Online-Ratschläge und Videomaterial wurden zentrumsübergreifend standardisiert und in die jeweilige Landessprache übersetzt, um mögliche Messfehler zu minimieren. Die Ergebnisse der Studie zeigten eindeutig, dass diese digitalisierte personalisierte Form der Ernährungsberatung die Personen zu größeren Veränderungen in Richtung einer gesünderen Ernährung führte als eine nicht-personalisierte, konventionelle Ernährungsberatung (Celis-Morales et al., 2017, S. 585).

Aufgrund der neuen Herausforderungen der Ernährungstherapie im Onlineformat ist es umso wichtiger ein validierbares Messinstrument für die Beurteilung der qualitativen Eigenschaften dieser Form der Ernährungstherapie zu konzipieren.

1.3 Methodik der Fragebogenkonzeption

Für eine Entwicklung eines zielgruppenspezifischen Befragungsinstruments sollten die grundlegenden Überlegungen beantwortet werden:

- Was soll erfragt werden?
- Welches Ziel sollte die Befragung verfolgen?
- Welche Fragen eignen sich dafür am besten?

Eine solche systematische Beantwortung dieser Kernfragen wird auch in Forschung von Kallus (2016, S. 11) empfohlen, da sie bei der späteren Auswertung des Messinstrumentes positive Ergebnisse erbringt. Um für die Zielgruppe eine zutreffende Zusammenstellung der relevantesten Themen zu erreichen, wird eine qualitative Methode der Experten-Befragung eingesetzt. Auch Bühner (2011, S. 106) schlägt die Befragung der Experten bei der Entwicklung eines Messinstrumentes als erfolgversprechend vor. Diese Methodik hat sich zudem erfolgreich in der empirischen Sozialwissenschaft für die Analyse von Meinungen von spezifischen Zielgruppen etabliert (Schulz et al., 2012, S. 7).

Als Grundlage für die Durchführung der Experten-Befragung wurde ein Diskussionsleitfaden mit darin inkludierten themenspezifischen Fragen an den Teilnehmern erarbeitet. Die Zusammenstellung der Fragen wurde zuerst den zwei Expertinnen auf den Gebieten Gesundheitspsychologie, Ernährungsbildung und Ernährungsberatung zur fachspezifischen, thematischen und didaktischen Beurteilung vorgestellt. Nach zweimaliger Bearbeitung und Verbesserung des Diskussionsleitfadens entstanden die ausselektierten und relevantesten Themen in Hinblick auf das Forschungsthema, die schließlich in der Diskussion mit den Ernährungsberaterinnen angewendet wurden. Nach dem durchgeführten Expertinnen-Interview folgte die inhaltliche Auswertung der gewonnenen Daten. Dabei wurde grundsätzlich das Verfahren der Zusammenfassung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet. Aufgrund dessen, dass die Erhebungsmethode, die in dieser Arbeit angewendet wurde, durch unterschiedliche Fragestellungsarten sowohl qualitative als auch quantitative Elemente beinhaltet, kann eine zusätzliche Zuordnung der Befragungsauswertung zu der Mixed-Methode nicht ausgeschlossen werden. Ein Mixed-Method-Ansatz wird als „[...] Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyseschritte charakterisiert und erlaubt induktive wie deduktive Analysevorgänge“ (Baur & Blasius, 2014, S. 551).

1.3.1 Fragestellungsarten

Fragen können auf sehr unterschiedliche Art und Weise formuliert werden und beim Befragten unterschiedliche Reaktionen auslösen. Grundsätzlich unterscheidet man bei den Fragebogen-Arten nach ihrem Inhalt und ihrer Form (Porst, 2013, S. 53). Während die Unterscheidung der Fragebogen-Fragen nach inhaltlichen Aspekten in gewisser Weise beliebig gestalten werden kann, ist die Differenzierung nach ihrer Form vielmehr wichtiger (ebd., S. 53). Zu den „klassischen“ Fragestellungsarten, die auch im Fragebogen formuliert werden, gehören geschlossene, halboffene und offene Fragen.

„Bei den geschlossenen Fragen werden alle möglichen (oder interessierenden) Antworten von den Fragebogen-Konstrukteuren ausformuliert und vorgegeben“ (Kirchhoff et al., 2003, S. 20). Die offenen und halboffenen Fragen ermöglichen dagegen die Ermittlung von persönlichen Meinungen, Einstellungen und Motive und werden ohne jegliche Antwortvorgabe (Items) formuliert (ebd., S. 21).

Bei der Anzahl von den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten variieren die geschlossenen Fragen zwischen Fragen mit nur einer zulässigen Antwort (Einfachnennung) und einer Antwortmöglichkeit mit mehreren Alternativen (Mehrfachnennung) (Porst, 2013, S. 53).

Des Weiteren lassen sich die geschlossenen Fragen in Rangordnungsfragen und Fragen der Intensitätsmessung (Skalenfragen) unterteilen (Möhring & Schlütz, 2013, S. 126).³

Weitere wichtige Empfehlungen bei der Fragestellungsformulierungen nach Kirchhoff et al. (2003, S. 21) und Baur und Blasius (2014, S. 690- 697) ist das Einhalten gängiger Erfahrungsregeln:

- zu lange und zu komplexe Fragen sollten vermieden werden
- achten auf verständliche Ausdrucksweise
- vermeiden von suggestiven und stereotypen Formulierungen
- die Antwortkategorien sollten erschöpfend und überschneidungsfrei sein
- doppelte Stimuli und Verneinungen sollten vermieden werden

1.3.2 Inhaltliche Kategorien

Genau wie in der quantitativen Inhaltsanalyse der zentrale Punkt der Forschung das Kategoriensystem ist, soll es auch in der qualitativen Inhaltsanalyse angestrebt werden, die Ziele der Analyse in Kategorien zu konkretisieren, um das Nachvollziehen der Analyse für andere zu ermöglichen (Mayring, 2015, S. 51). In seiner Forschung definiert Mayring die drei Grundformen der Analysetech-

³ Die Beschreibung der Fragestellungsarten sowie deren Anwendung bei der Formulierung des Fragebogens erhebt keinen Anspruch auf die Vollständigkeit. Die umfassenderen Informationen zu diesem Thema bietet bspw. die Arbeit von Möhring & Schlütz aus 2013, S. 73-127.

niken: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung (ebd., S. 67). Für die Auswertung des Fokusgruppeninterviews ist die Grundform der Zusammenfassung am besten geeignet, weil sie die wesentliche Reduktion des Ausgangsmaterial in den Vordergrund stellt und dabei (...) „immer noch [ein] Abbild des Grundmaterials“ erhalten lässt (ebd., S. 67). Für die inhaltliche Auswertung des Materials empfiehlt Mayring eine bestimmte Reihenfolge der Textverarbeitung, die als allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell einer Zusammenfassung gilt. In diesem Fall wird eine schrittweise durchgeführte Reduktion des Materials durch Paraphrasierung, Generalisierung auf das Abstraktionsniveau und Zusammenstellung der Kategorien durchgeführt (ebd., S. 69).⁴

Für die Festlegung der Kategorien nach der Materialreduzierung schlägt Mayring zwei Vorgehensweisen vor:

- deduktive, durch theoretische Überlegungen bestimmte Kategorienbildung
- induktive, direkt aus dem vorliegenden Analysematerial abgeleitete Kategorienbildung

Die von Mayring vorgegebene phasenspezifische Reihenfolge der Materialbearbeitung und die induktive Vorgehensweise bei der Kategorienbildung wird für die Analyse der vorliegenden Arbeit berücksichtigt, um möglichst gegenstandsnahe Darstellung des Materials ohne Beeinflussung durch die Vorannahmen der Autorin abzubilden.

1.3.3 Online-Instrumente

Die Anwendung von Onlinefragebögen ist ein fester Bestandteil in der modernen Kommunikation. Sie liefern schnelle Antworten, sind kosteneffizient und erreichen großes Publikum. Sie sind auch durch ausbleibende Druck- und Papierkosten umweltfreundlich, nachhaltig und vor allem kostengünstig. Jedoch sind Ausgaben für Hard- und Software sowie die technische Kompetenz im Umgang mit dem Computerprogramm notwendig (Tausendpfund, 2018, S. 246-247). Die flexible Methode bei der Auswahl der Fragen und des Formats ermöglicht eine große Sammlung der Daten und eine einfache Analyse der Ergebnisse. Onlinefragebögen können in allen Sprachen verfasst werden und an jede Person via Internet übermittelt werden, unabhängig vom Wohnort.

Es gibt unterschiedliche Methoden die Fragebogenuntersuchungen online durchzuführen. Eine Möglichkeit wäre den Fragebogen per E-Mail zu versenden, entweder direkt im Mailtext oder als eine Datei im Anhang. Diese Form ist aber nicht empfehlenswert, weil durch die Formatierung Fehler entstehen können, die dann spätere Validierung der Antwortkategorien beeinflussen können. Der Fragebogen, der als Datei im Anhang versendet wurde, muss vor dem Befragten zuerst heruntergeladen, geöffnet, ausgefüllt und wieder gespeichert werden. Die Notwendigkeit aller diesen

⁴ Die ausführliche Beschreibung des Ablaufmodells zusammenfassender Inhaltsanalyse ist in Mayring, 2015, S. 69-85 zu finden.

Schritten kann ebenfalls zu den Fehlern führen und zusätzlich die Motivation der Befragten negativ beeinflussen.

Des Weiteren ist es durch das Versenden des Fragebogens per E-Mail schwierig eine ausreichende Datensicherheit und Anonymisierung des Teilnehmenden zu gewährleisten. Eine Verwendung sogenannter Remailer, die die ursprüngliche E-Mail durch einen separaten Mailserver weiterleiten und somit die Absenderdaten anonymisieren wäre zwar möglich, für den Befragten aber sehr umständlich und daher nicht empfehlenswert.

Die häufigste verwendbare Methode ist die Veröffentlichung des Fragebogens im Internet. Falls man im Besitz einer eigenen Website ist und über die entsprechenden Programmierfähigkeiten verfügt, kann man den Fragebogen auf eigener Internetseite implementieren und selbst entscheiden, ob der Zugang zum Fragebogen zeitlich begrenzt sein wird oder er z.B. zu Evaluationszwecken bestimmter Tätigkeiten permanent den Anwendern zu Verfügung stehen sollte.

Die andere Möglichkeit der Veröffentlichung des Onlinefragebogens ist die Nutzung externer Anbieter. Es gibt sowohl kostenpflichtige als auch kostenfreie Dienstleister. Auf der Internetseite des Anbieters ist eine detaillierte Anleitung hinterlegt, wie man die einzelnen Fragen und Antwortmöglichkeiten korrekt definiert und hochlädt. Eine Einstellung der bestimmten Laufzeit und späterer Import der Daten in ein Auswertungsprogramm wäre auch möglich. Bei solcher Online-Umfrage erhalten die Teilnehmenden per E-Mail einen Link, der auf die Internetseite führt, wo der Fragebogen hinterlegt ist.

Die Zahl der Anbieter für das Erstellen und Durchführen der Onlinebefragungen im Internet ist riesig. In der Tabelle 6 wurden die aktuell am besten bewertenden Anbieter durch die eigenständige Recherche und Vergleich unterschiedlicher Onlineplattformen zusammengefasst:

Tabelle 6: Dienstleister zur Durchführung der Onlinebefragungen

(eigene Darstellung)

Dienstleister	Sicherheit und Datenschutz (DSGVO Anforderungen)	Kosten	Besonderheiten
OnlineUmfragen.com	Spezialisierung auf Datenschutz hoher Sicherheits-Standard	Basisversion kostenlos (eingeschränkt auf 20 Teilnehmer) weitere Pakete zwischen 5 und 1690 Euro	für Unternehmer und Forschung spezialisiert Erinnerungsfunktion für die Teilnehmer Auswertung in den Formaten Excel, CSV (SPSS), etc.
LamaPoll	Spezialisierung auf Datenschutz hoher Sicherheitsstandard	Freeversion kostenlos (begrenzt nur auf 50 Teilnehmer pro Umfrage) weitere Tarife zwischen 49 und 499 Euro im Monat	Einfach zu bedienende Software Professioneller und freundlicher Kundenservice gut geeignet für regelmäßige umfangreich standortübergreifende Befragungen

			Möglichkeit unbegrenzter Laufzeit auch nur für eine Umfrage ohne Abo
UmfrageOnline	Spezialisierung auf Daten- schutz hoher Sicherheitsstandart	Basisversion kostenlos (eingeschränkte Funktio- nen) weitere Pakete zwischen 35 und 799 Euro	Offene und geschlossene Fragen möglich Professionelle Beratung möglich guter Funktionsumfang
LimeSurvey	Spezialisierung auf Daten- schutz hoher Sicherheitsstandart	Basisversion kostenlos (eingeschränkte Funktio- nen) Abos zwischen 39 und 99 Euro pro Jahr	Multilingualität mit mehr als 80 Sprachen 28 verschiedenen Fragetypen Programmierkenntnisse erforder- lich sehr gut geeignet für Marktfor- scher, Kundenbefragungen, Stu- dierende
SurveyMonkey	Spezialisierung auf Daten- schutz hoher Sicherheitsstandart	Basisversion kostenlos (nur 10 Fragen pro Um- frage) Abos zwischen 432 und 1188 Euro pro Jahr	großer Funktionsumfang leichte Bedienbarkeit sehr gut geeignet für die professi- onelle Anwendung
Surveygizmo	Spezialisierung auf Daten- schutz hoher Sicherheitsstandart	Basisversion kostenlos (beschränkt auf 100 Ant- worten) weitere Pakete zwischen 23 und 135 Euro	auf Marktforschung und Kunden- umfragen spezialisiert anwenderfreundlich
empirio.de	Spezialisierung auf Daten- schutz hoher Sicherheitsstandart	komplett kostenlos	auf wissenschaftliche Forschung spezialisiert besonders für Studenten empfoh- len Auswertung in den Formaten Excel, CSV (SPSS), PDF
2ask.de	Spezialisierung auf Daten- schutz hoher Sicherheitsstandart	30 tage kostenfrei (eingeschränkte Funktionen) 59,00-119,00 Euro pro Paket	Fragebogengenerator Tools zur Erleichterung der Durchführung

Für die Auswahl des Onlineanbieters bei der Veröffentlichung des Fragebogens ist entscheidend, wie komplex der Fragebogen ist, um die passenden Tools auswählen zu können. Genauso wichtig ist zu wissen, ob die Laufzeit der Umfrage begrenzt sein sollte oder der Fragebogen als Evaluationsbogen zur kontinuierlichen Bewertung hinsichtlich der Qualitätsbeurteilung eingesetzt werden sollte.

1.3.4 Auswertung

Bei der Auswertung der Daten werden grundsätzlich zwei Formen der Analyse unterschieden: Inferenzstatistik und Deskriptivstatistik. (Steiner & Benesch, 2018, S. 15)

„Die Inferenzstatistik wird häufig auch als analytische Statistik oder schließende Statistik bezeichnet“ (ebd., S. 19). Das Grundprinzip dieser Form ist eine kleine Stichprobe zu untersuchen und die Ergebnisse der Untersuchung auf die dahinterliegende Grundgesamtheit ganzer Population umzulegen. Bei der Inferenzstatistik werden die Hypothesen aufgestellt und anschließend überprüft (ebd., S. 18).

Die Datenauswertungsform, auf die man sich in Rahmen dieser Bachelorarbeit beschränken muss ist die Deskriptivstatistik. Die Datenaufbereitung wird beschreibend mit Hilfe von Grafiken, Tabellen und anderen Kennwerten aufbereitet, was einen guten Überblick über die wesentlichen Charakteristika und Merkmalausprägungen der Stichprobe ermöglichen sollte (ebd., S. 17).

2 Methode

In der vorliegenden Arbeit wurde als methodische Vorgangsweise der qualitative Forschungsansatz der Experten-Befragung gewählt, welcher besonders effektiv in der empirischen Sozialwissenschaft für die Analyse von Meinungen von spezifischen Zielgruppen eingesetzt wird. In folgenden Abschnitten dieser Arbeit werden die Hauptakteure, die an dem Forschungsprojekt mitbeteiligt sind, beschrieben, die Zielgruppe der Befragten definiert und die wichtigsten Ein- Ausschlusskriterien sowie Möglichkeit der Befragten-Rekrutierung dargestellt.

2.1 Durchführung

Die Entwicklung eines Fragebogens zu Befragung der adipösen Menschen und deren subjektiver Einstellung hinsichtlich der Zufriedenheit und der Akzeptanz der digitalen Form der Ernährungsberatung ist verbunden mit dem betrieblichen Praktikum in Rahmen des Ökotrophologie Studiums an der HAW Hamburg erfolgt. Die Idee für den Forschungsansatz wurde im Sommer 2020 von der ZEB e.V. entwickelt und am 13. August 2020 während der Online-Konferenz mit der Chefärztin der Adipositas Klinik der Schön Klinik Hamburg Eilbek Frau Dr. Beate Herbig, der 1. Vorsitzenden der ZEB e.V. Frau Dipl. oec. troph. Ute Hantelmann und der Bachelorarbeitbetreuerin der HAW Hamburg Frau Prof. Dr. Annegret Flothow genehmigt. Die Verantwortung für die Datensi-

cherung ist durch die ZEB e.V. erfolgt und die Überprüfung des Entwurfs des Fragebogens vor der Veröffentlichung durch das interne Qualitätsmanagement an der HAW Hamburg.⁵

Durch die zahlreichen Hospitationen bei den Ernährungsberatungen mit unterschiedlichen Kolleginnen der ZEB e.V. während des betrieblichen Praktikums in der Zeit vom Oktober 2020 bis Januar 2021 konnte ein Eindruck über das Forschungsthema entstehen und die ersten Fragen für das Erhebungsinstrument gesammelt werden. Für die empirische Untersuchung wurde aus diesen Erfahrungen ein Fragebogen als Messinstrument entwickelt, das ein hohes Maß an Objektivität in der Befragung ermöglichen soll. Vor allem die Durchführungsqualität und das spätere Testergebnis können durch die digitale Form der Verteilung nicht beeinflusst werden. Auch aus der ökonomischen Sicht zeichnet sich der Einsatz des Online-Fragebogen vorteilhaft aus als Möglichkeit, in kurzer Zeit eine repräsentative Stichprobe innerhalb relativ kurzen Zeitaufwandes zu erreichen. Die tatsächliche Durchführung und Auswertung der Befragung sollten als nächster Schritt in einer separaten künftigen studentischen Ausarbeitung stattfinden.

2.1.1 Schön Klinik Hamburg Eilbek

Die Schön Klinik ist die größte familiengeführte Klinikgruppe Deutschlands. Sie wurde durch die Familie Schön im Jahr 1985 gegründet. Jedes Jahr werden rund 320.000 Patienten an derzeit 26 Standorten in Deutschland und Großbritannien behandelt. Die Hauptschwerpunkte des Krankenhauses sind Psychosomatik, Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Innere Medizin (Schön Klinik SE, 2021).

Schön Klinik ist die erste Klinikgruppe in Deutschland, die eine systematische Erfassung und Auswertung ihrer Behandlungsergebnisse eingeführt, um somit noch höhere Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung der Patient*innen erreichen zu können.

Die Adipositas Klinik der Schön Klinik Hamburg Eilbek gehört zu den 10 Kliniken in Deutschland, die das Zertifikat „Referenzzentrum für Adipositaschirurgie“ tragen, eine besondere Auszeichnung, die von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) verliehen wird. Die ist auch eine von bundesweit vier Einrichtungen, die als „Exzellenzzentrum für Adipositas- und metabolische Chirurgie“ die höchste Zertifizierungsstufe und damit den höchsten Qualitätsnachweis erhalten haben.

⁵ Das interne Qualitätsmanagement-Team an der HAW Hamburg übernimmt zahlreiche administrative Aufgaben sowie die Koordination und die Beratung bei den Absolventi*innen-Befragungen. Die näheren Informationen sind unter der URL: <https://www.haw-hamburg.de/hochschule/hochschuleinheiten/evaluation-qualitaetsmanagement-akkreditierung-eqa/qualitaetsmanagement/> abrufbar.

Die medizinische Leitung der Adipositas Klinik führen Frau Dr. med. Beate Herbig und Herr Dr. med. Johannes Sander. Das Chirurgen-Team der Adipositas Klinik ist sehr erfahren mit allen OP-Verfahren, auch mit Zweiteingriffen und komplexen Problemsituationen.

Die meisten Adipositas-Eingriffe werden in einer schonenden minimalinvasiven „Schlüsselloch-Technik“ durchgeführt. In einem persönlichen Gespräch besprechen die Chirurgen das OP-Verfahren, welches für die Patient*innen am besten geeignet ist. Die ärztliche Entscheidung richtet sich dabei nach klaren Kriterien, die international festgelegt sind.

In diesem Zentrum werden besonders hohe Ansprüche auf Qualitätsstandards in Behandlung, Ausstattung und Nachsorge der Patient*innen gelegt.

2.1.2 Zentrale für Ernährungsberatung e.V.

Die Zentrale für Ernährungsberatung e. V. (ZEB e.V.) wurde im Jahr 1998 gemeinsam mit dem Department Ökotrophologie an der Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) in Hamburg gegründet (Zentrale für Ernährungsberatung e.V., 2021).

Ursprünglich war dieser gemeinnützige Verein als ein Projekt zur Förderung des gesunden Essverhalten angedacht und hatte nur wenige Mitglieder. Mittlerweile handelt es sich bei der ZEB e.V. um das größte Netzwerk Norddeutschlands, welches aktuell aus ca. 100 Mitglieder besteht und als sein Ziel und Zweck die Förderung der Wissenschaft und der Volks- und Berufsbildung im Bereich der Ernährung und des Essverhaltens anstrebt.

Die ZEB e.V. setzt sich zusammen aus Ökotropholog*innen, Professor*innen und Sozialpädagog*innen, die Aufklärung, Information, Beratung und Ernährungstherapie für gesunde und erkrankte Menschen anbieten.

Als eine besondere Auszeichnung erhielt ZEB e.V. vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz im Rahmen des nationalen Aktionsplanes „IN FORM“ von 2010 bis 2014 einen Preis für die vorbildhafte Arbeit zur Förderung eines gesunden Lebensstils (ebd.).

Alle Berater*innen der ZEB e.V. haben einen Hochschulabschluss und bei vielen liegt zusätzlich eine Zertifizierung durch DGE, VDOE, QUTHEB, VFED, und/oder UGB vor. Die stetige Professionalisierung und Verbesserung der Qualitätsstandards der Beratungsfachkräfte des Vereins wird durch regelmäßige fachspezifische Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen und regen beruflichen Austausch unter den Kolleg*innen gesichert. Die ZEB e.V. arbeitet zusätzlich an unterschiedlichen Projekten, die z.B. die Ernährungsbildung an den Kindergärten und Schulen fördert oder Weiterbildungskurse zu den ernährungsspezifischen Kursen für die Unternehmen anbietet.

Als eine Neuheit und Erweiterung des Serviceangebotes bietet der Verein eine muttersprachliche Ernährungsberatung durch die studentische Unterstützung der Studierenden im Fach Ökotrophologie an der HAW Hamburg in z.Z. folgenden Sprachen: Arabisch, Persisch, Farsi, Türkisch, Russisch, Ukrainisch, Spanisch und Polnisch. Alle Beratungen finden synchron mit einer zertifizierten Ernährungsfachkraft und ermöglichen somit noch breiterem Spektrum der Ratsuchenden den Zugang zu einer professionellen Betreuung.

Seit über 11 Jahren besteht zwischen der ZEB e.V. und der Adipositas Klinik der Schön Klinik Hamburg Eilbek eine enge und erfolgreiche Zusammenarbeit.

2.1.3 Beschreibung der Zielgruppe der Befragten

Als Zielgruppe oder Stichprobe bezeichnet man in der empirischen Forschung „[...] eine kleine Teilmenge der sogenannten Grundgesamtheit, deren Auswahl nach bestimmten Kriterien erfolgen sollte, um verallgemeinerbare Aussagen treffen zu können“ (Steiner & Benesch, 2018, S. 20).

Zielgruppe für die Befragung in Rahmen dieser Arbeit sollten die adipösen Patienten der Schön Klinik Hamburg Eilbek sein, die von den Beraterinnen der ZEB e. V. an der HAW Hamburg in Rahmen der Kooperation mit der Klinik präoperativ ernährungstherapeutisch betreut wurden. Ausschlaggebend sollte es sein, dass die Befragten in einer alternativlosen Zeit hinsichtlich der Beratungsmöglichkeiten in der Zeit des ersten Lockdowns während der COVID-19-Pandemie zwischen 16.03.2020 und 25.05.2020 beraten wurden. Das war die Zeitspanne, in der die Ernährungsberatung aufgrund der verordneten Kontaktbeschränkungen nur im Online-Format angeboten wurde. Die potenzielle Anzahl der Befragten in diesem Zeitraum sollte schätzungsweise $n \geq 250$ betragen. Eine Vorhersage zu dem Zeitpunkt über die weitere Entwicklung und Fortschreiten der Pandemie war nicht möglich und keiner konnte es vorhersehen, dass die Kontakteinschränkungen bis in die heutige Zeit gesetzlich angeordnet werden. Somit erweitert sich die Stichprobe zum tatsächlichen Zeitpunkt der Befragungsdurchführung deutlich über die am Anfang angedachte Anzahl, was letztendlich die Repräsentativität der Befragung erhöht. Wichtig dabei ist, dass die Stichprobe die Grundgesamtheit (Ein- bzw. Ausschlusskriterien) möglichst genau abbildet, damit die Aussagen über sie präziser gemacht werden können (Steiner & Benesch, 2018, S. 20).

2.1.4 Ein- bzw. Ausschlusskriterien

An der Befragung dürfen nur Klient*innen teilnehmen, die folgenden Kriterien entsprechen:

- alle Befragten wurden innerhalb der alternativlosen Phase (ohne Präsenz) während der bundesweit angeordneter Kontakteinschränkungen aufgrund der COVID-19 Pandemie beraten
- sie sind Patient*innen mit primärer Indikation oder sie haben an multimodalem Therapiekonzept (MMK 7 Monate) entsprechend der S3-Leitlinie teilgenommen
- präoperative ernährungstherapeutische Beratung wurde ausschließlich von der Berater*innen der ZEB e.V. durchgeführt
- sie haben während der alternativlosen Phase an mindestens einer Ernährungsberatung bei ZEB e.V. teilgenommen
- anschließende operative Versorgung fand im Adipositaszentrum Schön Klinik Hamburg Eilbek statt
- es dürfen die Befragten, die bereits operiert worden sind und eventuell nur einen Nachsorgetermin in der Klinik hatten, an der Befragung teilnehmen
- die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig
- die Befragten sind volljährig
- heterogene Zusammensetzung der Zielgruppe hinsichtlich der sozialen/ kulturellen/kognitiven Merkmale:
 - o Geschlecht
 - o Ethnizität
 - o Religion
 - o Behinderung
 - o Bildungsgrad
 - o Erwerbsstand

An der Befragung dürfen keine Teilnehmer*innen teilhaben, die:

- an einer Präsenz-Beratung teilgenommen haben
- nach der durchgeführten bariatrischen OP bereits an einer ernährungstherapeutischen Folgeberatung teilgenommen haben
- haben die Ernährungstherapie abgebrochen oder die Operation abgesagt
- werden von einer anderen Einrichtung als ZEB e.V. und Schön Klinik in Bezug auf Adipositasstherapie betreut

2.1.5 Feldzugang

Die Kontaktaufnahme zu den Klient*innen erfolgte über die Berater*innen der ZEB e.V.. Dabei wurde ein Einladungsschreiben an die potenziellen Teilnehmer*innen der Befragung auf Basis vorhandenen E-Mail-Adressen versendet, das größtmögliche Transparenz aufwies und die wichtigsten und kurz gefassten Auskünfte über die Umfrage enthielt. Der Zugang zu der Online-Befragung erfolgte durch den beigefügten Einladungslink zu der Internetseite, wo der Fragebogen hinterlegt ist.

2.2 Konzeption des Messinstrumentes

Im Mittelpunkt der Entwicklung des Fragebogens stehen die Überlegungen: „Was und mit welchem Ziel soll erfragt werden?“ und „Welche Fragen sind dazu geeignet?“. Die systematische Beantwortung dieser Fragen während des Fokusgruppeninterview durch die Expertinnen im Bereich der bariatrischen Ernährungstherapie der ZEB e.V. stellt den Kern des Fragebogens dar. Die Meinungen und Ansichten der Expert*innen sollten durch eine thematische Äquivalenz des Fokusgruppe-Leitfadens im Fragebogen reflektiert und widerspiegelt werden. Das von K. Wolfgang Kallus beschriebene *Konzept des modularen Fragebogens* bietet eine geeignete Lösung für die Entwicklung des Messinstrumentes in Rahmen dieser Arbeit als eine Kombination unterschiedlicher aufeinander abgestimmter Module, die sowie allgemein orientierte als auch spezifische Fragen enthalten.⁶ „Die modulare Fragebogenkonzeption bietet die Möglichkeit, Verfahren zu entwickeln, die sowohl breit einsetzbar als auch gleichzeitig spezifisch genug sind, um unmittelbare, für einen Anwendungsbereich relevante Handlungsimpulse zu liefern bzw. konkrete Entscheidungshilfen zu bieten“ (Kallus, 2016, S. 106).

Für die Konzeption von Fragebögen haben sich einige standardisierte Vorgehensweisen bewährt. Von großer Bedeutung ist es schon am Anfang der Befragung die Teilnehmer*innen von der Relevanz dieser Untersuchung zu überzeugen. Das sollte durch Anfertigung eines aussagekräftigen Informationsblattes ergänzend zum Fragebogen erreicht werden (Kallus, 2016, S. 91). Dadurch sollte zusätzlich die Steigerung der Rücklaufquote sichergestellt werden. Ein solches Informationsblatt gibt den Befragten durch eine kompakte und präzise Formulierung die Möglichkeit, die wichtigsten Auskünfte über die Umfrage zu erfahren:

- Ziel der Befragung
- Information über das Untersuchungs-/Projektteam
- Beschreibung des Ablaufs
- Dauer

⁶ In der vorliegenden Arbeit sind Module als Frageblöcke bezeichnet.

- Ansprechpartner*in
- Hinweis darauf, dass die Beantwortung der Fragen individuell, freiwillig und ohne Unterstützung Dritter erfolgen sollte

Alle Teilnehmer*innen der Befragung sollte über die gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz⁷, Umgang mit personenbezogenen Daten und über ihre Rechte aufgeklärt werden. Die notwendige Einverständniserklärung zur Speicherung der Daten muss ebenfalls eingeholt werden (ebd.).

Als weiterer wichtiger Aspekt, der berücksichtigt werden sollte, ist die Dauer der Befragung. Eine Überschreitung der Befragungsdauer von 30 Minuten führt zu ersten Ermüdungserscheinungen und vorzeitigen Abbruch der Befragung (Tausendpfund, 2018, S. 243). Als Obergrenze bei einer Online-Befragung nennt Schnell (2012, S. 309) eine Befragungsdauer von 15 Minuten.

All diese Empfehlungen, sowie die im Kapitel 2.3.1 genannten Empfehlungen zu den Fragestellungsformulierungen nach Kirchhoff et al. (2003, S. 21) und Baur und Blasius (2014, S. 690- 697) werden bei der Konzeption des Messinstrumentes berücksichtigt.

2.2.1 Darstellung der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche nach aussagekräftigen Publikationen, wie „Metaanalysen“, „RCTs“ und „Reviews“ zum Forschungsthema *Ernährungstherapie im Onlineformat* erwies sich als sehr problematisch. Das Suchkriterium *präoperative adipositaschirurgische Ernährungstherapieversorgung* erschwerte die Recherche zusätzlich. Deshalb verwendete die Autorin bei der Konzeption des Fragebogens die zahlreichen Empfehlungen zur Erstellung eines Messinstrumentes renommierter Sozial- und Politikwissenschaftler*innen, die in der Tabelle 7 gelistet sind.

Tabelle 7: Auswahl der Fachliteratur zur Konzeption des Messinstrumentes

(eigene Darstellung)

Autor*innen	Titel des Buches	Erscheinungsjahr
Baur, Nina & Blasius, Jörg	Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung	2014
Bühner, Markus	Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion	2011
Kallus, Konrad Wolfgang	Erstellung von Fragebogen	2016
Kirchhoff, Sabine; Kuhnt, Sonja; Lipp, Peter & Schlawin, Siegfried	Der Fragebogen: Datenbasis, Konstruktion und Auswertung	2003
Möhring, Wiebke & Schlütz, Daniela	Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft	2013

⁷ Die gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz sind in den Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a, Art. 7, 15-18 DSGVO zu finden.

Porst, Rolf	Fragebogen: Ein Arbeitsbuch (Studienskripten zur Soziologie)	2013
Konrad, Klaus	Mündliche und schriftliche Befragung – Ein Lehrbuch	2011
Steiner, Elisabeth Raab-Steiner & Benesch, Michael	Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung	2018
Tausendpfund, Markus	Datenerhebung. Quantitative Methoden in der Politikwissenschaft	2018

2.2.2 Inhalt und Ziel des Messinstrumentes

Das Ziel dieses Messinstrumentes ist es herauszufinden, ob die Ratsuchenden die Onlineangebote als eine der Beratungsformen unabhängig von der Corona-Situation in Anspruch nehmen würden. Außerdem ist es wichtig zu erfahren, ob das neue Onlineformat die Zusammenarbeit zwischen den Beratungsfachkräften und Klient*innen unterstützt oder ob es störende Auswirkungen auf die Beratungsqualität hat. Ein weiteres Ziel ist es, aufzuklären, welche Erwartungen und Wünsche die Klient*innen an die Ernährungsberatung heutzutage haben.

In Forschung von Konrad (2011, S. 83) wird empfohlen, die Aufstellung der inhaltlichen Kategorien, die im Fragebogen gemessen werden sollten, zu optimieren:

- der Anfang des Fragebogens wird mit zum Hauptthema einführenden, einfach formulierten Fragen starten
- in der ersten Hälfte des Hauptteils werden schwierigeren Themen behandelt
- in der zweiten Hälfte des Hauptteils sollten anspruchsvolleren Themen angesprochen werden
- das Abschlussteil wird mit gängigen soziodemografischen und -ökonomischen Fragestellungen beendet

Diese Empfehlungen werden bei dem Aufbau des Fragebogens berücksichtigt.

2.2.3 Formen von Fragebogenuntersuchungen

In der Forschung von Batinic (2003, S. 7) werden die internetbasierten Befragungsverfahren generell in zwei Formen unterteilt: Online-Fragebogenuntersuchungen und Online-Interviews.

Bei der Online-Interviews handelt sich um eine Art „WWW-Chats“, die schriftlich und synchron in einer Chat-Sitzung durchgeführt werden. Dabei entsteht ein Dialogfeld zwischen den Teilnehmern und der Moderation, bei dem die einzelne Wortbeiträge unmittelbar allen Beteiligten zugespielt werden können. In der Praxis wird diese Form der Fragebogenuntersuchungen durch die eingeschränkte Anzahl der Teilnehmer und aus technischer Sicht eher als schwierig koordinierbar empfunden (ebd., S. 12)

Die zweite Form des Verfahrens ist die Online-Fragebogenuntersuchung. Zu den wichtigsten Kernkriterien dieses Befragungsverfahrens zählt Batinic (2002, S. 7-8) folgende Merkmale:

- Asynchronität (der Befragter bestimmt selbst den Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens)
- Alokalität (der Ort der Beantwortung ist unabhängig von dem Ort der Untersuchungsteilnehmer)
- Automatisierbarkeit der Durchführung und Auswertung (durch die Programmierung von Prozessabfolgen und Filtern)
- Dokumentierbarkeit (alle Daten werden durch das Befragungssystem automatisch protokolliert)
- Flexibilität (der Online-Fragebogen ist nicht nur auf einen Text beschränkt, sondern kann mehrere Medientypen beinhalten)
- Objektivität der Durchführung und Auswertung (durch den fehlenden persönlichen Kontakt zwischen den Teilnehmern und dem Befragungsleiter gilt die WWW-Befragung als objektiv)
- Ökonomie (durch die schnelle Versendung per E-Mail und den Wegfall von Post- und Druckkosten)

2.2.4 Auswahl des Online-Formates für die Befragung

Zur Programmierung von Online-Fragebögen existieren zahlreiche kostenpflichtige und kostenfreie Dienstleister. Entscheidend für den Auswahl des Online-Formates für die Befragung ist der Funktionsumfang der Software (Batinic, 2003, S. 9-10). Die wichtigsten Anforderungen an die Software zur Gestaltung von Online-Fragebögen sind in der Tabelle 8 zusammengefasst:

Tabelle 8: Anforderungen an die Software zur Gestaltung von Online-Fragebögen

(in Anlehnung an Batinic, B., 2003, S.10)

Zentrale Funktionen und Elemente eines Online-Fragebogengenerators
<ul style="list-style-type: none"> * Fortschrittsanzeige (Angabe der Seitenzahl) * Filterführung * Rotation von Fragen und Antwortkategorien * Plausibilitätskontrolle (automatische Identifizierung der Inkonsistenzen bei den Antworten) * Versendungsmöglichkeiten von Einladungen und Erinnerungen * Zugangsbeschränkungen zu Befragungen (Schutz durch Passwörter) * Feldstatistik, -report * Integration von Multimedia (Bilder, Videos usw.) * Datenexportmöglichkeit zur Auswertung (SPSS, SAS etc.) * Sichere Datenübertragung (SSL-Verschlüsselung)

Für die Veröffentlichung des Fragebogens würden zwei Dienstanbieter (Tabelle 6) bevorzugt, die die meisten Elemente aus der Tabelle 8 beinhalten:

- empirio
- LimeSurvey

Zu den zusätzlichen Vorteilen von empirio zählen folgende Punkte:

komplett kostenfrei, keine Einschränkungen (zeitlich, Teilnehmerzahl, Fragemöglichkeiten), konkret für akademische Ausarbeitungen konzipiert, schlichtes Design, nutzbar am PC, Tablet, Smartphone, Antwort-Logiken können festgelegt werden, Informationsseiten (z.B. zur Begrüßung bzw. zu den Aufklärungen hinsichtlich AGB und Datenschutzbestimmungen) können eingefügt werden, die Fragen können hinzugefügt, geändert oder gelöscht werden, Reihenfolge der Fragen ist veränderbar, Vorschau ist möglich, mehrere Antwortmöglichkeiten, Hinweise und Empfehlungen zu den abgefragten Daten.

Als zweite Empfehlung gilt LimeSurvey, weil das Programm zusätzlich zu allen Optionen des oben genannten Anbieters noch die Ausführung in mehr als 80 Sprachen ermöglicht. Da ZEB e.V. auch sehr viele Klient*innen mit Migrationshintergrund betreut, wäre diese Option vorteilhaft. Allerdings ist eine komplett kostenlose Version nur auf 25 Antworten begrenzt. Die Erweiterung auf 1000 Antworten im Monat ist kostenpflichtig (34 €).

Die endgültige Entscheidung für die Auswahl der Online-Plattform ist den Studierenden zu überlassen, die die Veröffentlichung des Fragebogens verwirklichen.

2.3 Methodik der Fokusgruppen

Im Rahmen dieser Arbeit wurde eine qualitative Forschung in Form eines Fokusgruppeninterviews mit den Expertinnen im Bereich der bariatrischen Ernährungstherapie durchgeführt.

„Fokusgruppen sind ein geeignetes und relativ ressourcenschonendes qualitatives Erhebungsinstrument, um eine begrenzte Anzahl an Bürger in einen Diskursprozess einzubinden“ (Schulz et al., 2012, S. 9).

Die Geschichte der Fokusgruppen führt in die Zeit nach dem zweiten Weltkrieg, wo diese Form der Interviewtechnik von Robert Merton und Patricia Kendall im Jahr 1946 im Rahmen der Wirkungsanalyse von Propagandakriegsfilmen auf die amerikanische Öffentlichkeit analysiert wurde (ebd., S. 10). Weitere Anwendung dieser Methode fand in den 1960er und 1970er besonders im Bereich der Marktforschung statt. Auch für die Forschung im sozialwissenschaftlichen und Gesundheitsbereich (z. B. zur Analyse von Meinungsvielfalt, zur Evaluierung bestimmter Maßnahmen oder als Instrument zur Akzeptanzanalyse) eignen sich die Fokusgruppen besonders gut (ebd., S. 11). Auch in der Arbeit von Gill et al. (2008, S. 292) wird der Zweck der qualitativen Methode des Fokus-

gruppeneinterviews in der Untersuchung von den Ansichten, Überzeugungen und/ oder Motivationen von Personen zu bestimmten Themen gesehen, wodurch ein „[...] tieferes Verständnis sozialer Phänomene“ vermittelt werden kann.

In Forschung von Schulz et al. (2012, S.15-16) wird empfohlen die Durchführung einer Fokusgruppe in drei Phasen strukturell zu unterteilen:

1. Konkretisierung der Fragestellung und der organisatorischen und inhaltlichen Aspekten
2. Durchführung der Diskussion
3. Datenanalyse, Interpretation und Präsentation der Ergebnisse

Bei der Zusammenstellung der Fokusgruppe bewies sich als gut bewertet eine Anzahl der Teilnehmer zwischen sechs und zwölf und eine bewusste Auswahl der Teilnehmer nach Lebensstil oder Zugehörigkeit gleichen Berufsbilds (ebd., S. 13-14).

Ein Forschungsinterview kann in einer strukturierten, halbstrukturierten oder offenen Form gestaltet werden. Am häufigsten angewendet sind die halbstrukturierten Interviews, weil sie den Teilnehmern ermöglichen, die zu untersuchenden Bereiche zu erweitern, neue Ideen zu entwickeln oder die Antworten detaillierter zu verfassen (Gill et al., 2008, S. 291).

Mithilfe dieses Erhebungsinstrumentes ist es möglich, die Teilnehmer der Diskussionsrunde zu einem regen Gedankenaustausch zu bringen und neue Themen und Fragen zu erschließen. Dadurch, dass die Expertinnen unterschiedliche Personen bzgl. Alter, Dauer der Berufserfahrung und nicht zuletzt der Herkunft sind, konnten sowohl Gemeinsamkeiten als auch unterschiedliche Sichtweisen in Hinblick auf das Forschungsthema erhoben werden.

2.3.1 Zielgruppe ZEB-Beraterinnen

Die Fokusgruppeneinterviews wurden mit 8 Ernährungsberaterinnen durchgeführt, die im Auftrag der Zentrale für Ernährungsberatung an der HAW Hamburg e.V. Patienten und Patientinnen der Hamburger Adipositas-Kliniken vor und nach bariatrischen Operationen betreuen. Sie alle beraten im Rahmen der Kooperation zwischen der ZEB e.V. und der Schön Klinik Hamburg Eilbek in Einzel- und Gruppenberatungen in beiden Beratungssettings (Online und Präsenz).

Die Zielgruppe der Beraterinnen weist eine gewisse Homogenität hinsichtlich des thematisch bezogenen Fachwissenniveaus auf. Im Hinblick auf Merkmale wie Berufserfahrung, Dauer der Mitgliedschaft bei ZEB e.V., zusätzliche Spezialisierung oder bereits vorhandene Kenntnisse mit Online-Beratung ist die Zielgruppe der Expertinnen heterogen zusammengestellt. Die unterschiedlichen Merkmale der Teilnehmerinnen sind in der Tabelle 9 zusammengeführt.⁸

⁸ Die Namen der Teilnehmerinnen wurden durch Einsetzen von Code, z. B. für „Expertin 1 (E 1)“ anonymisiert.

Tabelle 9: Merkmale der Teilnehmerinnen der Fokusgruppe

(eigene Darstellung)

Exper- tin	Berufs- erfahrung (Jahre)	Mitglied bei der ZEB e.V. (Jahre)	Arbeitsschwerpunkte	Zusatz Qualifika- tionen	Anteil der bariatrischen Patien- ten (%)	Online- Beratungen vor dem 1. Lockdown
E1	11	10	Einzel- und Gruppenberatungen, Adipositas, Diabetes, Fettstoffwech- selstörung MI, WOOP	QUTHEB	80-90	ab und zu
E2	6	6	Einzel- und Gruppenberatungen, Adipositas	DGE	100	keine
E3	20	16	Adipositas, Gastroenterologie, Ein- zelberatungen für Erwachsene, Kin- der und Jugendliche	VDOE	90	keine
E4	11	9	Adipositaschirurgie Nephrologie	VDOE	90	ab und zu
E5	30	8	Adipositas, Gastroenterologie Systemische Therapie Beratung der Menschen mit geistiger Behinderung	VDOE DGE	70	ab und zu
E6	30	22	Adipositastrainerin für Kinder und Jugendliche Systemische Therapie WOOP	DGE	98	ab und zu
E7	2	2	Einzel- und Gruppenberatungen, Präventionskurse Adipositas Fettstoffwechselstörung Betriebswir- tin	DGE	90	keine
E8	1	1	Einzel- und Gruppenberatungen Adipositas	Studentin	100	keine

2.3.2 Ausarbeitung des Konzeptes zur Moderation der Fokusgruppeninterviews

Um die Aufmerksamkeit und die Konzentration der Teilnehmer an Fokusgruppen nicht zu überfordern, wird empfohlen die Durchführungszeit von drei Stunden nicht zu überschreiten (Schulz et al., 2012, S. 32). Daher wurden die beiden Fokusgruppentermine auf jeweils 120 Minuten begrenzt.⁹ Das Gruppeninterview wurde hauptsächlich in halbstandardisierter Form durchgeführt. Es wurde ein Leitfaden mit thematischen Frageblöcken zur Gewährleistung eines strukturierten Ablaufs, direkten Gesprächsführung der Fokusgruppe und einer gewissen Vergleichbarkeit der Ergebnisse erarbeitet.¹⁰ Durch die Integrierung offener Fragen wurde angestrebt, die Teilnehmerinnen zum Gespräch zu aktivieren, zu motivieren und weitere Spielräume für neue Aspekte und Thematiken zu entwickeln. Mit Hilfe von Skalenfragen wurden auch quantitative Elemente in die Fragestellun-

⁹ Zur besseren Verständlichkeit werden die beiden einzelnen Fokusgruppen, die nach gleicher Struktur verliefen, als singuläre Form weiter bezeichnet.

¹⁰ Der Diskussionsleitfaden ist im Anhang B einzusehen.

gen eingearbeitet, was die gesamte Erhebungsmethodik der Fokusgruppe dem sogenannten Mixed-Method-Design zuordnet (Schultz et al., S. 149).

Durch die angefertigte PowerPoint-Präsentation konnte die auditive Darstellung der Fragen durch die Visualisierung auf den Folien die Konzentration der Teilnehmerinnen zusätzlich unterstützen.

Der gesamte Leitfaden gliederte sich in drei Teile:

- Einführung
- Hauptteil mit drei Frageblöcken
- Schlussteil mit offenen Themen und Feedbackrunde

2.3.3 Durchführung der Fokusgruppeninterviews

Im Rahmen eines an zwei Tagen stattgefundenen und insgesamt vierstündigen Fokusgruppengesprächs wurden acht Beraterinnen der ZEB e.V. zu ihren Erfahrungen und ihrer Zufriedenheit mit dem neuartigen digitalen Beratungssetting befragt. Vor der Festlegung der Termine wurde an die Teilnehmerinnen per E-Mail ein Schreiben¹¹ versendet, in dem folgenden Punkte angesprochen wurden:

- * die Vorstellung der Moderatorin der bevorstehender Fokusgruppe
- * Forschungszweck
- * kurze Darstellung des Ablaufs und des Zeitraumes der Fokusgruppe
- * Hinweis und Nachfrage zur Erlaubnis der Videoaufnahme der Fokusgruppe
- * Bitte um Unterstützung bei der Durchführung des Projektes

Die Festlegung der Termine für die Gesprächsrunden fand mit Hilfe eines kostenlosen Online-Tools zur Planung von Besprechungen „Doodle“.¹² Aus beruflicher Situation der Teilnehmerinnen war es nicht möglich, zeitgleich alle an einem Tag zu versammeln, weshalb die Fokusgruppe auf zwei Termine am 11. und 16. Dezember 2020 geteilt wurde. Kurz vor den geplanten Interviews wurden die Einladungs- E-Mails mit einem Teilnehmerlink für das Programm ZOOM verschickt.

Nach der Begrüßung und Danksagung für die Teilnahme fand die erste Phase der Durchführung statt. Zuerst erfolgte die Aufklärung der Teilnehmerinnen über die formellen und inhaltlichen Aspekte. Es wurde betont, dass die Daten aus der Diskussion nur ausschließlich zu dem genannten Forschungsprojekt verwendet und nicht an die Dritte weitergeleitet werden und deren Namen anonymisiert werden (z. B. für die erste Sprecherin folgte Code Expertin 1 (E 1)). Nach der Erlaubnisnachfrage zur Durchführung einer Videoaufnahme wurde eine kurze Rede als eine Art „Stimulus“ über die Konkretisierung der Fragestellung und der Untersuchungseinheit der Diskussion gehalten (Schulz et al., 2012, S. 15). Die auch gleichzeitig als Überleitung zu der zweiten Phase „Hauptteil“

¹¹ Das Anschreiben an die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe ist im Anhang A ersichtlich.

¹² Weitere Informationen zu dem Programm „Doodle“ sind unter der URL: <https://doodle.com/de/> zu finden.

genutzt wurde. Während der Moderation wurde stetig darauf geachtet, dass die Diskussion als ein lebendiges Gespräch verläuft und die Teilnehmerinnen aktiv ihre individuellen Meinungsansichten vertreten und dabei sich trotzdem als eine Gemeinschaft fühlen. Die gesamte Fokusgruppe verlief äußerst respektvoll zueinander und ohne jegliche Konfliktsituation.

In der dritten Phase folgte die Datenanalyse des Videomaterials und die Interpretation der Ergebnisse der Diskussionsbeiträge als Meinungsvertretung der gesamten Gruppe (ebd., S. 16).

2.3.4 Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion

Um die Fokusgruppen auswerten zu können, wurde das vorliegende Videomaterial sorgfältig abgehört und wörtlich transkribiert.¹³ Der gesamte Transkript wurde als Word-Datei in das Software Programm MAXQDA 2020 zur qualitativen Daten Analyse (QDA) eingeführt.¹⁴ Die Beantwortung aller Fragestellungen, die im Fokusgruppendifkussionsleitfaden formuliert worden sind, konnte durch computergestützte thematische Kodierung des Materials zu den inhaltlichen Kategorien zusammengefasst werden.¹⁵ An der Stelle ist wichtig zu erwähnen, dass das entwickelte Codierschema einer Reliabilitäts- und Validitätsprüfung durch eine andere Person (Codierer) unterzogen werden sollte, um zu überprüfen, ob der gleiche Text einheitlich von unterschiedlichen Codierern vercodet wird (Tausendpfund, 2018, S. 288). Dies war in Rahmen dieser Arbeit aus zeitlichen und praktischen Gründen nicht umsetzbar. Daher konzentrierte sich die Autorin darauf die Empfehlung aus der Fachliteratur die Auswertung der Fokusgruppe offenzulegen und nachvollziehbar zu gestalten, um die Zuverlässigkeit, Gültigkeit und Belastbarkeit der formulierten Annahmen sicherzustellen (Schulz et al., 2012, S. 18-19). Die Auswertung aller nacheinander genannten Formulierungen und Argumenten wurde präzisiert und zu den zentralen Aspekten reduziert. Beispielhafte thematische Kodierung des Materials und Unterordnung den inhaltlichen Kategorien am Beispiel der Kategorie „Vorteile der Online-Beratung“ und der Unterkategorien „Zeitersparnis“ und „örtliche Flexibilität“ kann im Anhang C angesehen werden.

Bei der Auswertung des Materials lag die Orientierung auf der Methode der Materialreduzierung durch die Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung nach Mayring. Die Häufigkeiten der inhaltlichen Kategorien und Antwortformulierungen wurden als Ausrichtungshilfe bei der Interpretation der Ergebnisse verwendet. Die Auswertung der im Diskussionsleitfaden vorkommenden Skalenfragen (quantitativen Elemente) wurde durch die Berechnung der aussagekräftigen statistischen Größen ergänzt.

¹³ Das wörtliche Transkript der beiden Fokusgruppen ist im Anhang J beigefügt.

¹⁴ Einen detaillierten Überblick über die Funktionen von MAXQDA 2020 sind unter der URL: <https://www.maxqda.de/hilfe-mx20/willkommen> abrufbar.

¹⁵ Liste der MAXQDA- Codes sind im Anhang D ersichtlich.

Nach der Materialreduzierung wurden die inhaltlichen Kategorien generalisiert und als Grundlage zur Formulierung der Fragebogenfragen angewendet. Die Ergebnisse und die Interpretation der Meinungen der Teilnehmerinnen werden im Folgenden beschrieben.

Die Hinweise am Ende jeder graphischen Darstellung bezeichnen, auf welchen Erkenntnissen die Fragen im entwickelten Fragebogen basieren.

Einige besonders relevanten Aussagen sind zusätzlich mit wörtlichen Zitaten beispielhaft untermauert:¹⁶

Teilnahmeaktivität

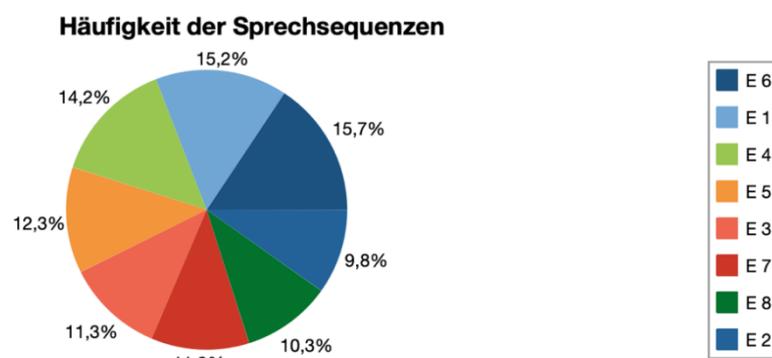


Abbildung 6: Häufigkeit der Sprechsequenzen
(eigene Darstellung)

Die Sprechaktivität der Teilnehmer*innen in den beiden Fokusgruppen war vergleichsweise ähnlich (Abb. 6). Allerdings gab in jeder Gruppe jeweils eine Expertin (E 1 und E 6), die sich etwas intensiver an den Diskussionen beteiligte.

Frageblock I: Berufserfahrung mit der Online-Beratung

Unterfrage 1: Die Häufigkeit der verwendeter Online-Plattform(en) und 1.2 Begründung für diese Entscheidung

Als am häufigsten verwendete Online-Plattform wurde die ZOOM-Plattform genannt, weil nach Aussagen der Berater*innen die die besten digitalen Beratungstools anbietet, sehr benutzerfreundlich ist und am wenigsten Störungen bei der Datenübertragung aufweist. Das drittplatzierte Skype-Programm wurde ebenfalls von mehreren Expertinnen oft benutzt, die technischen Optionen sind bei dieser Plattform aber eingeschränkt. Der zweitwichtigste Grund für die Auswahl der Online-

¹⁶ Die Kodierungen der Sprechsequenzen durch MAXQDA 2020 haben folgende Bedeutung: FG= Fokusgruppe; E=Expertin; Pos.= Position im Transkript; Zeitangabe in Stunden: Minuten: Sekunden.

Plattform ist der hohe Sicherheitsstandard, welche z. B. CLICK DOC und RED medical anbieten. Sie sind dagegen nicht mit notwendigen Beratungstools ausgestattet, die die Berater*innen für eine kompetente und umfangreiche Beratung benötigen.

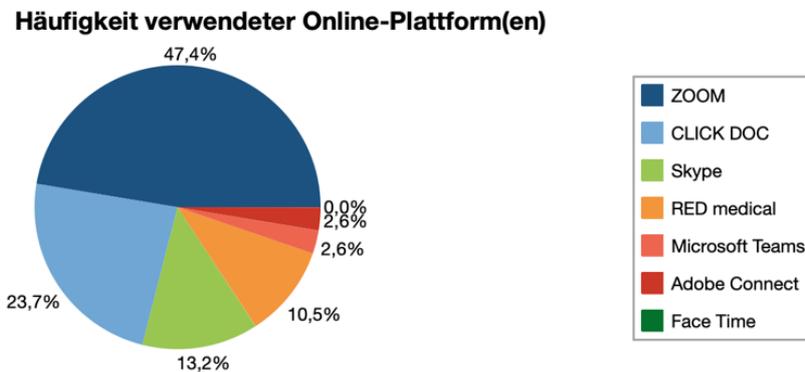


Abbildung 7: Häufigkeit verwendeter Online-Plattform(en)

(eigene Darstellung)

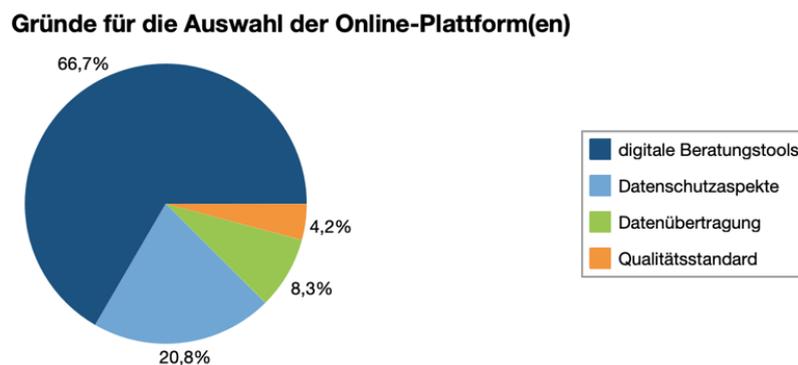


Abbildung 8: Gründe für die Auswahl der Online-Plattform(en)

(eigene Darstellung)

- * Ich finde ZOOM auch sehr komfortabel, aber die Datenschutzgeschichte ist sicherlich noch ein Thema (FG 1, E 1, Pos. 81, 00:15:47).
- * Für die Gruppenberatungen hauptsächlich habe ich RED Medical gewählt, weil es den höheren Qualitätsstandard hat, weil ich das für die Ernährungstherapie für absolut notwendig halte (FG 2, E 6, Pos. 451, 00:18:14).
- * Das fand ich der ZOOM als eines den günstigeren Anbietern im Vergleich zu den anderen, die ich gefunden habe (FG 1, E 2, Pos. 103, 00:19:56).
- * (...) dass CLICK DOC nicht so stabil wäre, hatte ich tatsächlich diese Erfahrung. Das sind zwar nur Momente, aber es natürlich trotzdem störend. Da ist ZOOM, habe ich das Gefühl, stabiler (FG 1, E 3, Pos. 89, 00:17:47).

Hinweis: Grundlage für Fragen 1 bis 3 des Fragebogens

Unterfrage 3: Anteil der Beratungen in der „Lockdown -freier“ Zeit (Mai 2020-Oktober 2020), in %

Die retrospektive Befragung über den prozentuellen Anteil der Beratungen, die zwischen dem 1. und 2. Lockdown (Mai 2020 bis Oktober 2020) stattfand, ergab die Ergebnisse, dass durchschnittlich 46% der Beratungen wieder in Präsenzform erfolgten. Die knappe Mehrheit (53,9%) der Online-Beratungen fand unter anderem aus dem Grund statt, „[...] dass die Patienten von weiter her kamen“ (FG 1, Pos. 115, E 4, 00:22:09). Tiefere Befragung zur den ev. weiteren Gründen wurde nicht durchgeführt.

Bei der Auswertung wurden nur Einzel-Beratungen berücksichtigt, weil zu der Gruppenberatungen nur eine Expertin eine mit %-Zahl Aussage gemacht hat (niedrige Aussagekraft).

Tabelle 10: Anteil der Beratungen in der "Lockdown-freier" Zeit (Mai 2020-Oktober 2020), in %

(eigene Darstellung)

Expertin	Einzel-Beratungen Online, (%)	Einzel-Beratungen Präsenz, (%)
E 1	50	50
E 2	45	55
E 3	60	40
E 4	10	90
E 5	20	80
E 6	98-99	1-2
E 7	50	50
E 8	97-98	2-3
Mittelwert	53,9	46,1

Hinweis: Grundlage für Fragen 16 und 17 des Fragebogens

Unterfrage 4: Notwendige Kompetenzen für eine erfolgreiche Online-Beratung

Bei der Nachfrage über die Notwendigen Kompetenzen, die eine erfolgreiche Ernährungsberatung online ermöglichen, haben die Teilnehmerinnen, wie die Abb. 9 wiedergibt, hauptsächlich die Medienkompetenz und Umgang mit der Technik genannt. Eine weitere wichtige Fähigkeit ist, die Ruhe bewahren zu können und den Klient*innen das Gefühl zu vermitteln, dass man alle möglichen Schwierigkeiten gemeinsam lösen kann.

Notwendige Kompetenzen

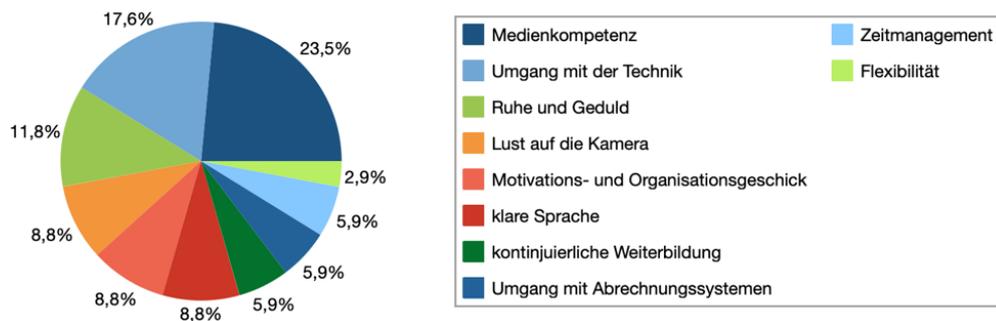


Abbildung 9: Notwendige Kompetenzen für eine erfolgreiche Online-Beratung

(eigene Darstellung)

- Man braucht auch eine Ruhe. Ruhe, wenn man merkt, dass es so viel Leute angemeldet sind und es sind noch nicht alle dabei (...). Die Ruhe, weil es eben gerade die Patienten sind, die manchmal nervös waren, dass sie das nicht schaffen (FG 1, E 1, Pos. 147, 00:28:37).

Hinweis: Grundlage für Fragen 7, 8, 9, 11, 12, 14,15 des Fragebogens

Unterfrage 5: Zusätzliche Fähigkeiten für eine umfangreichere Online-Beratung

Bei den zusätzlichen Fähigkeiten, die man noch erlernen würde, haben die Expertinnen überwiegend die Verbesserung eigener Fertigkeiten im Umgang mit den Beratungstools genannt. Eine Teilnehmerin empfand die Teilnahme an einem Rhetorik- und Stimmseminar auch als sehr wichtig.

Zusätzliche Fähigkeiten/ Beratungstools

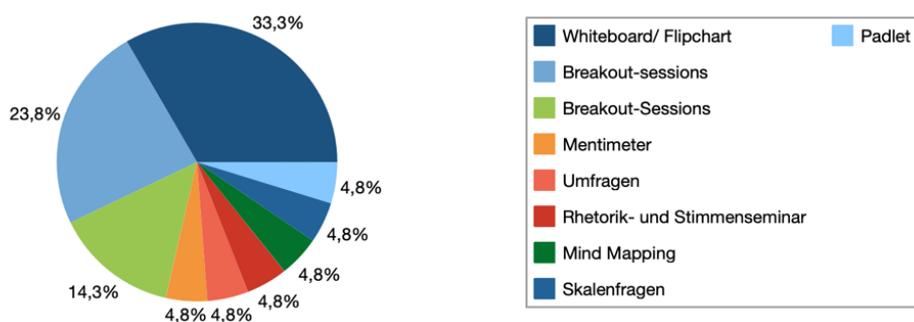


Abbildung 10: Zusätzliche Fähigkeiten/ Beratungstools

(eigene Darstellung)

- * Bei der HAW CareerService habe ich bei diversen Veranstaltungen mitgemacht, die würde ich übrigens sehr empfehlen (...). Dort habe ich Rhetorikseminar und einen Stimmenseminar belegt. Ich habe da schon einiges gemacht und finde es sehr wichtig, am Ball zu bleiben, (...) dann möchte ich auf jeden Fall Kurse machen (FG, E 7, Pos. 503).

Hinweis: Grundlage für Frage 9, 14, 15 des Fragebogens

Unterfrage 6: Ranking der am häufigsten verwendeten digitalen Beratungstools

Das Thema der digitalen Beratungstools wurde auch in der nächsten Frage vertieft diskutiert. Wie die Abb. 11 zeigt, sind die meistangesetzten Tools das Teilen des Bildschirms und Vorführen verschiedener Präsentationen und Materialien.

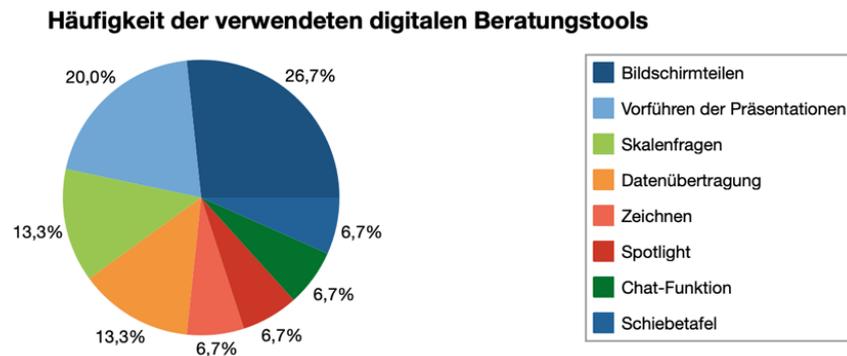


Abbildung 11: Häufigkeit der verwendeten digitalen Beratungstools

(eigene Darstellung)

Hinweis: Grundlage für Fragen 12, 19 des Fragebogens

Unterfrage 7: Selbstorganisation und Selbstfürsorge im Vergleich zur Präsenz-Beratung

Eine überraschende Reaktion hat die Frage nach Selbstorganisation und Selbstfürsorge auf die Teilnehmerinnen bewirkt. Es wurde mehr Zeit zum Nachdenken gefordert und die Antworten waren zum Teil sehr emotional. Einige Teilnehmerinnen haben durch die Selbstreflexion festgestellt, dass es ihnen schwerfällt, eine Abgrenzung zwischen der Arbeit und Privatem zu definieren und eigene Kapazitäten nicht zu überfordern.

Selbstorganisation und Selbstfürsorge bei der Online-Beratung im Unterschied zur Präsenz-Beratung

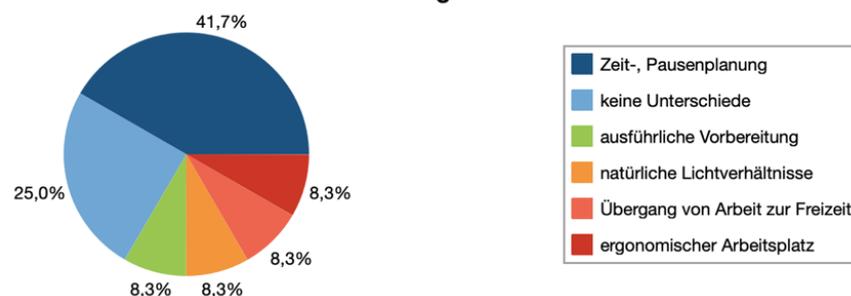


Abbildung 12: Selbstorganisation und Selbstfürsorge im Unterschied zur Präsenzberatung

(eigene Darstellung)

- * Selbstfürsorge, ich glaube wirklich auch, ist ganz wichtiges Thema. Dieses, es akzeptieren müssen, um auf dem Markt zu bleiben und dabei anzuschauen, wo sind die eigenen Grenzen (FG 1, E 4, Pos. 218, 00:48:56).
- * Also, ja, ich finde, es ist auch ganz wichtiger Punkt. Ich merke, dass ich nicht so viele Beratungen hintereinander online machen kann, wie ich sie persönlich machen könnte (FG 1, E 3, Pos. 220, 00:50:16).
- * (...) dass man lernt, man braucht Pausen dazwischen und es gibt eine Grenze, was man am Stück machen kann (FG 1, E 1, Pos. 222, 00:50:54).
- * Und, ich finde, da ich von Zuhause aus arbeite, es ist zwar angenehm, weil ich weniger Fahrzeit brauche, aber es ist auch schwierig der Übergang von Arbeit zur Freizeit dann. Sich abzuschalten. Da finde ich die Abgrenzung manchmal schwierig. Also, schwieriger als in Präsenz (FG 1, E 2, Pos. 224, 00:51:28).

Hinweis: Grundlage für Fragen 9, 14, 16, 18 des Fragebogens

Frageblock II: Wirksamkeit und Effektivität einer Online-Beratung in Vergleich zu einer Präsenz-Beratung

Unterfrage 1: Wahl der Beratungsform (Berater*innen) und Unterfrage 2: Wahl der Beratungsform (Klient*innen)

Bei der Einschätzung der Priorisierung einer Beratungsform bei den Klient*innen waren die Antworten der Expertinnen relativ ausgeglichen, wobei die Ergebnisse der online und Präsenzberatungsformen von der Kombivariante sich abheben (Abb. 13). Die Expertinnen an sich bevorzugen aber mit 60% aller Antworten eine hybride Form der Beratung und sind der Meinung, dass es immer individuell entschieden werden muss, welche Beratungsform den Klient*innen am besten passen würde.

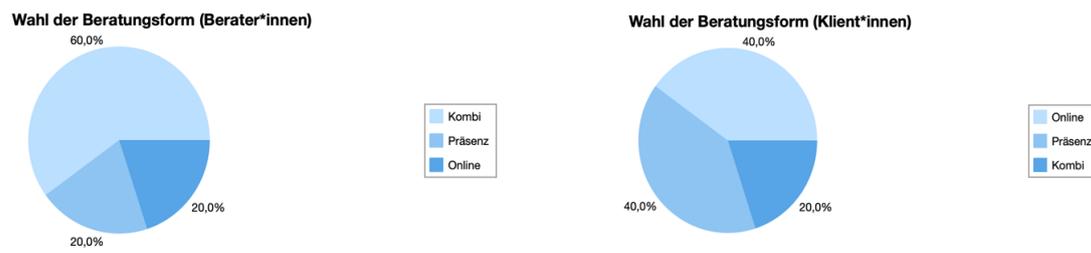


Abbildung 13: Schätzung der Wahl der Beratungsform
(eigene Darstellung)

- * Ich möchte mich dann allen anschließen, dass es eigentlich um unsere Patienten geht. Was ist ihnen eigentlich lieber? (...) Konkret zu der Frage: ich mache es situationsbedingt und, wenn ich dann irgendwann endlich Respekt vor dieser Technik verliere, dann ist es 50/50 (FG 1, E 4, Pos. 247, 00:58:25).

Hinweis: Grundlage für Fragen 13, 16, 17 des Fragebogens

Unterfrage 3: Erstreaktionen auf die Einladung zur Online-Ernährungsberatung

Fast ein Drittel der Reaktionen seitens Klient*innen war eine Mischung aus der positiven Überraschung und Freude. Es wurde aber auch über die Ablehnung und Skepsis berichtet, wie die Abb. 14 präsentiert.

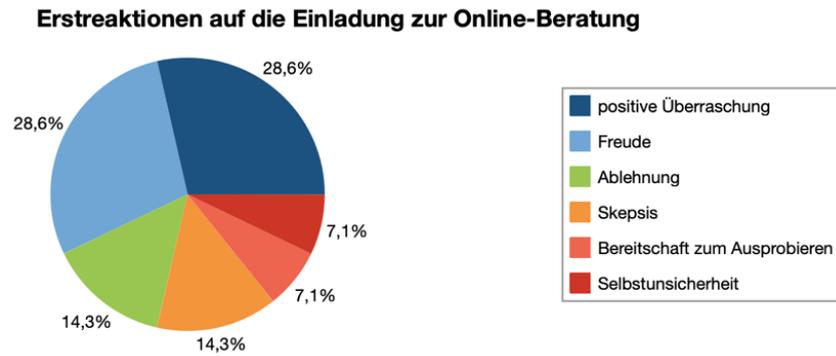


Abbildung 14: Erstreaktionen der Klient*innen auf Online-Beratung

(eigene Darstellung)

- * Ich finde interessant, dass viele eher positiv überrascht worden sind, dass es doch irgendwie der Kontakt zu Stände kommt. Da zweifeln glaube ich viele erstmal, dass es online gibt, dass man im Austausch ist und eine Verbindung führt (FG, E 3, Pos. 265, 01:05:42).
- * Manche Teilnehmer haben überhaupt gar kein Problem, aber es gibt manchmal Kandidaten, die mit der Technik völlig Nix zu tun haben wollen. Sie sehen keinen Vorteil drin. Und die erst mal ganz auf Ablehnung waren (FG, E 7, Pos. 555, 01:03:34).
- * Ja, ich glaube, das war Freude bei der ersten Einladung, Skepsis (...), und, ich hatte auch ablehnende Stimmen. Ich habe auch jetzt noch 2-3 Damen, die es verwehren (FG 1, E 4, Pos. 263, 01:05:12).

Hinweis: Grundlage für Fragen 6 und 15 des Fragebogens

Unterfrage 4: Einschätzung eigener Fähigkeiten bei Fachwissensvermittlung und

Unterfrage 5: Einschätzung eigener Fähigkeiten bei der Kontakt- und Beziehungsaufbau

Die Beantwortung der Fragen sollte ohne Begründung für die Bewertung erfolgen. Der Mittelwert, der den Durchschnitt aller Ergebnisse definiert, fiel bei beiden Kategorien mit 8,6 und 9 Punkten hoch aus (Tab. 10). Die Expertinnen sind sich somit einig, dass das digitale Format die Qualität der Beratungen hinsichtlich o.g. Merkmale nicht negativ beeinflusst.

Tabelle 11: Individuelle Einschätzung der Fachwissensvermittlung und der Kontaktaufbaufähigkeit im digitalen Format

(eigene Darstellung)

Expertin	Fachwissen-Vermittlung 1= kaum möglich 10= genauso wie in Präsenzberatung	persönlicher Bezug 1 = kaum möglich 10 = es hat hervorragend geklappt
E 1	9-10	8-9
E 2	9	8-9
E 3	9-10	8-9
E 4	9	9
E 5	9-10	9
E 6	9	10
E 7	8	10
E 8	5-6	8-9
Mittelwert	8,6	9

Hinweis: Grundlage für Fragen 10, 13, 14, 15 des Fragebogens

Unterfrage 6: Erwartungen zur Preisgestaltung und Zahlungsmodalität

Eine 100 %-ige Übereinstimmung der Antworten auf die Frage 2.6 wurde ermittelt, wobei alle Expertinnen der Meinung waren, dass es keine Diskussionen zum Thema der Preisgestaltung für das Onlineformat gab (Abb. 15). Dies lässt vermuten, dass die Klient*innen keinen preislichen Unterschied zur Präsenz-Beratung sehen würden, was aber nur durch die faktische Befragung der Klient*innen überprüft werden kann.

Erwartungen an die Preisgestaltung für das Online-Beratungsangebot

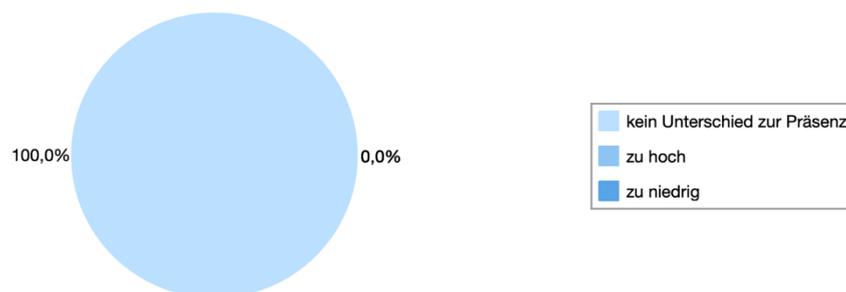


Abbildung 15: Erwartungen an die Preisgestaltung für das Online-Beratungsangebot

(eigene Darstellung)

Hinweis: Grundlage für Fragen 19 des Fragebogens

Frageblock III: Mittel- und langfristige Perspektive der digitalen Beratungsformen

Unterfrage 1: Nachteile der Online-Beratung

Bei der Beantwortung dieser Frage wurden die Expertinnen gebeten, nach einer kurzen Überlegungszeit die für sie drei wichtigsten Kriterien gleichzeitig in den Chat zu schreiben. Somit wurde versucht, die Meinungen der Teilnehmerinnen durch fehlende Diskussionsrunde nicht zu beeinflussen. Die Abb. 16 zeigt, dass die meisten Nachteile der Online-Beratung in der instabilen Übertragungsqualität, gefolgt von anderen technischen Hindernissen, höheren Zeitaufwand und damit verbundenen größeren Stressfaktor, gesehen werden. Nicht zuletzt wird auch fehlender persönlicher Kontakt bzw. eingeschränkte nonverbale Kommunikation als ein wichtiger Nachteil genannt.

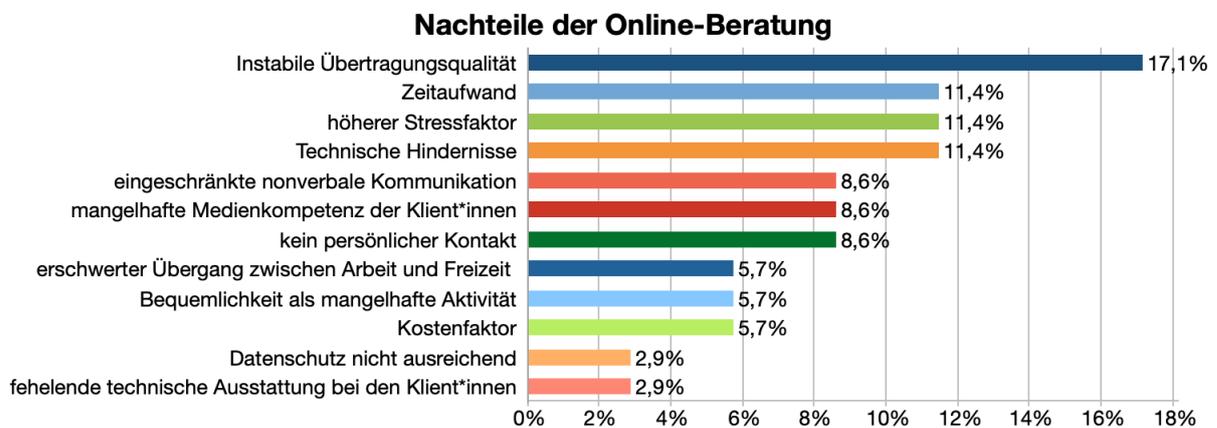


Abbildung 16: Nachteile der Online-Beratung

(eigene Darstellung)

- * erforderliche Technik und technisches Verständnis erforderlich, technisches Fehler; Verzögerung der Übertragung möglich (FG 1, E 2, Pos. 332, 01:26:59)
- * Unterbrechungen, Augenkontakt, mehr Zeitaufwand (FG 1, E 3, Pos. 334, 01:26:59)
- * man sieht nicht den ganzen Körper, die ganz Körpersprache (FG 2, E 6, Pos. 601, 01:25:31)
- * Persönlicher Kontakt und Tiefe geht verloren; Gestik, Mimik, schwierig (FG 2, E 5, Pos. 338, 01:26:59)

Hinweis: Grundlage für Fragen 8 und 18 des Fragebogens

Unterfrage 2: Vorteile der Online-Beratung

Bei den Vorteilen einer Online-Beratung waren die Teilnehmerinnen davon überzeugt, dass die Zeitersparnis und die örtliche Flexibilität die Hauptvorteile des digitalen Formats sind. Ebenfalls wurden die Erleichterung des Zugangs zu einer professionellen Ernährungsberatung für Klient*innen mit besonders schwerwiegenden Erkrankungen sowie fehlendes Risiko für die Ansteckungsgefahr hoch bewertet.

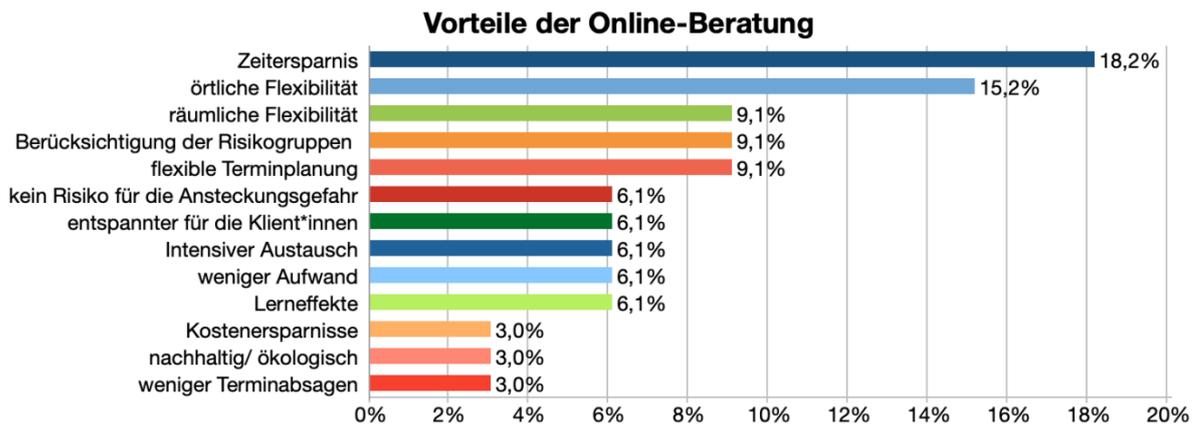


Abbildung 17: Vorteile der Online-Beratung

(eigene Darstellung)

- * Ich mache auch online lieber, wenn sie aus einer Risikogruppe kommen und wenn sie gehbehindert sind oder überhaupt sich mit einem Rollstuhl hin quälen. Also, die sind dann im Online-Format viel entspannter. (FG 1, E 4, Pos. 247, 00:58:25).
- * von zu Hause durchführbar; Kontakt mit geringerem Ansteckungsrisiko möglich; größere Erreichbarkeit auch bei großen Entfernungen (FG 1, E 2, Pos. 349, 01:30:55)

Hinweis: Grundlage für Fragen 7, 18 und 25 des Fragebogens

Unterfrage 3: Spezifische Aspekte 3-monatiger Ernährungstherapie (primäre Indikation) und MMK 7 Monate

Bei dieser Frage hatten die Expertinnen eine hohe Übereinstimmung in ihren Ansichten. Alle waren der Meinung, dass durch eine längere Betreuungszeit bei dem längeren Vorbereitungs-konzept mehr Beratungsthemen angesprochen werden können und bereits vor der OP die Klient*innen die Möglichkeit haben, das Erlern-te im Alltag zu etablieren. Bei der primären Indikation versuchen die Beraterinnen wegen einer zeitlichen Einschränkung die Klient*innen bestmöglich auf die bevorstehende OP vorzubereiten (Abb. 18).

MMK 7 Monate und primäre Indikation (PI) Spezifische Aspekte der Online-Ernährungstherapie

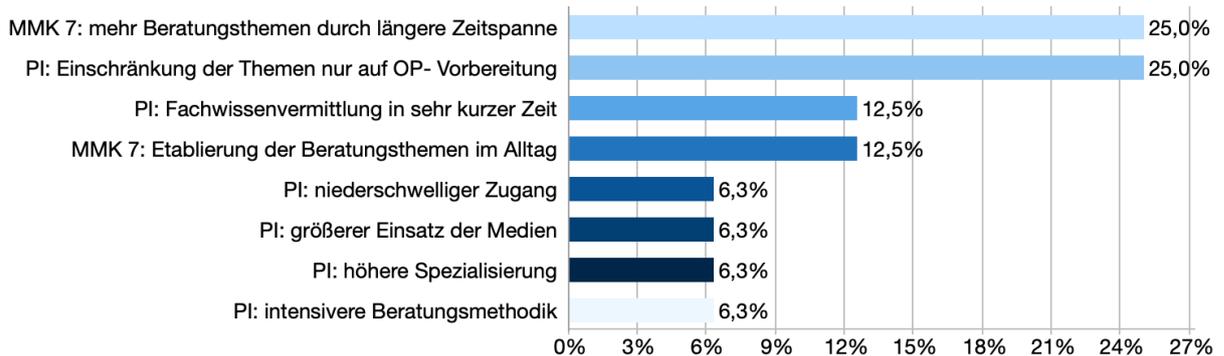


Abbildung 18: Spezifische Aspekte der Beratung bei der primären Indikation und MMK 7 Monate

(eigene Darstellung)

- * Ich habe gerade überlegt, wie ich mit dreimonatigen Patienten umgehe (...). Ich würde Ihnen meine Unterstützung anbieten, sich bestmöglich auf die OP vorzubereiten. D.h. ganz gezielt auf die OP. Die Themen mit den Nahrungsergänzungsmitteln und dem Eiweiß. Aber auch schon mal die Themen anzusprechen, die sich dann wieder melden können. (...) Und das mache ich bei den 7-monatigen noch intensiver, weil mehr Zeit ist. (FG 2, E 7, Pos. 622, 01:36:30).
- * Ich überlege, ob ich zu 7 Monaten unter dem Aspekt online Beratung was zu sagen habe. Ich sehe da nicht den Unterschied zu Präsenzberatung. Bei den sieben Monaten geht es noch mehr um die Etablierung im Alltag (FG 2, E 6, Pos. 627, 01:42:38).
- * Ich weiß nicht, ob ich die Fragen korrekt beantworten. Aber bei den dreimonatigen Patienten versuche ich eine Mischung hinzukriegen, also aus online und Präsenz. So dass man Fachwissen gut vermitteln kann, was für die OP-Vorbereitung notwendig ist (FG 1, E 1, Pos. 361, 01:33:52).

Hinweis: Grundlage für Fragen 4, 5, 10, 15 und 18 des Fragebogens

Unterfrage 4: Akzeptanz und Bereitschaft zum digitalen Beratungsformat angesichts sozio-ökonomischer Merkmale der Klienten

Die überwiegende Mehrheit aller Antworten sahen keinen Zusammenhang zwischen den sozio-ökonomischer Zugehörigkeit der Ratsuchenden und der Bereitschaft bzw. Akzeptanz zum Onlineformat. Als mögliche Gründe für eine niedrige Bereitschaft und Akzeptanz wurden fehlende Medienkompetenz (v.a. bei Klient*innen mit Migrationshintergrund), höheres Alter und niedrigerer Bildungsstand erwähnt (Abb. 19). Diese Schätzungen sollten in den Fragebogen aufgenommen, untersucht und überprüft werden.

Unterschiede bei der Akzeptanz und Bereitschaft zum digitalen Beratungsformat angesichts sozio-ökonomischer Zugehörigkeit

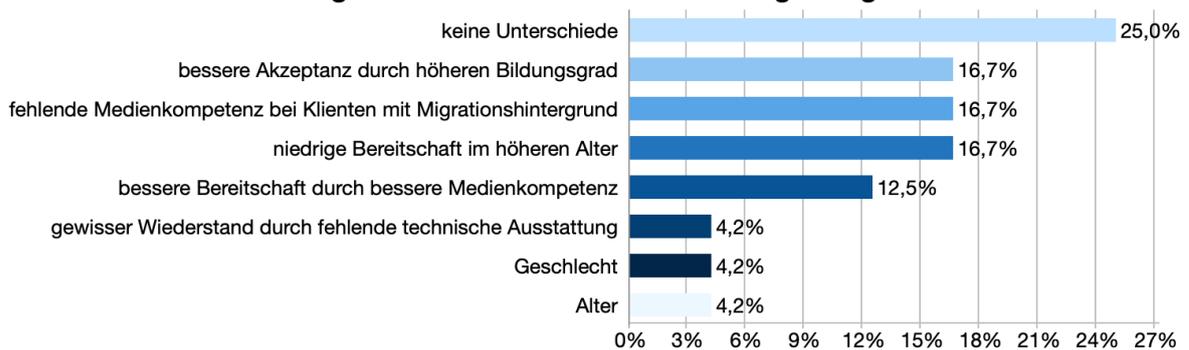


Abbildung 19: Unterschiede bei der Akzeptanz und Bereitschaft zum digitalen Beratungsformat angesichts sozio-ökonomischer Zugehörigkeit

(eigene Darstellung)

- * Und ich sehe keine sozioökonomischen Unterschiede dabei (FG 1, E 4, Pos. 387, 01:41:46).
- * Und egal welche Ausbildung oder soziales Niveau sie haben, sie akzeptieren das immer (FG 2, E 8, Pos. 631, 01:45:42).
- * Ich bin total positiv überrascht, wie wenig Technik- Hilfe ich gebe. Ich glaube nicht, dass es mit Bildungsniveau zusammenhängt. (FG 2, E 6, Pos. 633, 01:46:20).
- * Also, ich erlebe da bei den Patienten mit Migrationshintergrund, dass die Hemmschwelle und das Selbstvertrauen, was digitale Medien betrifft, nicht so hoch ist. So, dass sie lieber persönlich kommen. Oder, ich habe Patienten, die nicht lesen und schreiben können. Da geht es auch nur persönlich. Und das mit dem Alter, da würde ich auch zustimmen. Ich erlebe es so, dass die Jüngeren offener sind die älteren nicht so gerne reden (FG 1, E 2, Pos. 395, 01:44:56).
- * Je besser gebildet, desto besser klappt es. Und teilweise, je besser Medienkompetenz ist, desto besser klappt es (FG 1, E 5, Pos. 372, 01:38:23).
- * Und Online-Format finden sie manchmal total blödsinnig. Und dann sind es tatsächlich die Migrantinnen und Hausfrauen (FG 1, E 5, Pos. 378, 01:39:17).

Hinweis: Grundlage für Fragen 20 bis 24 des Fragebogens

Frageblock IV: Offene Themen

Besonders rege Diskussion mit konkreten Anmerkungen und Vorschlägen zu den Fragenformulierungen für das Messinstrument fand zum Ende der zweiten Fokusgruppe statt. Die angesprochenen Themen, die als relevant für den Fragebogen berücksichtigt werden sollten, sind mit folgenden beispielhaften wörtlichen Zitaten bestärkt:

- * (...) also, die Frage nach der gewollten wünschenden Beratungsdauer. Z.B.: Wählen Sie zwischen 30 , 45 und 60 min. Was möchten Sie am liebsten im online Format nutzen? So. (...) Vom Inhalt her. Nicht vom Geld! Wie lange können Sie sich auf die Beratung konzentrieren? Wie lange können Sie im Gespräch sein? Wie lange haben Sie die Ruhe rum herum, bis die Familie komplett wieder da ist? Unabhängig vom Geld! 30-45 min. oder 45-60 min.? Ja. So würde ich das machen! Dann wissen wir, die es lieber länger aushalten und die, die es lieber kürzer halten möchten. Das würde mich sehr interessieren (FG 2, E 6, Pos. 641, 01:51:27).

- * Und, eine Frage, die mich interessieren würde, ob die Menschen, wenn das Geld keine Rolle spielen würde, sondern die Krankenkassen es übernehmen, ob sie sich dann auf ein engeres Betreuungsmuster einlassen könnten? Wenn sie sagen, dass, wenn sie das online machen können, dann könnte man das gut in den Alltag integrieren. Und dann könnten sie z.B. zwei Treffen im Monat schaffen und wären dann eingebundener (FG 2, E 7, Pos. 651, 01:55:47).
- * Ich versuche dann zu erklären, dass wir dadurch, dass wir mehr Zeit haben mehr Inhalte vermitteln können. Qualitativ sind beide Beratungen gleich, nur bei den längeren kann man natürlich mehr Informationen geben. Klienten zu fragen, ob die glauben, dass die Präsenzberatung mehr Qualität hat als die Onlineberatung (FG 2, E 8, Pos. 645, 01:53:26).
- * Genau, ein leichtes Wiederkommen. Wenn man sich schon kennt und ohne Vorgabe ist (...), ohne ein Mindestleistungsbeitrag oder so was (...). Nur mal Online zusammen: du musst kein Raum für deine Beratung mieten, du sparst Kosten (FG 2, E 6, Pos. 653, 01:57:20).
- * Vielleicht wäre da die Frage noch gut: Wie würden Sie Ernährungsberatung in der Zukunft bevorzugen? Zum Ankreuzen: Nur in Präsenz, nur Online oder egal, beides möglich. Ich finde es gut, die am Ende dann noch Fragen zulassen. (FG 2, E 6, Pos. 659, 01:58:41).

Hinweis: Grundlage für Fragen 4, 9, 14,16, 18 und 19 des Fragebogens

2.4 Aufbau des Fragebogens

Bei dem Aufbau des Fragebogens wurden die Empfehlungen aus der Fachliteratur (Kapitel 3.2) und die Zusammenschlüsse aus den Ergebnissen der Fokusgruppe berücksichtigt.

Der Fragebogen beginnt mit dem kurzen Informationsblatt über das Ziel der Befragung und Hinweisen zum Ablauf, Dauer und Ansprechpartner.¹⁷ Als nächstes wird betont, dass die Beantwortung der Fragen sich auf Freiwilligkeit beruht. Der Hinweis zum Datenschutz und eine Einholung der Einwilligungserklärung sind die letzten Schritte vor dem ersten Teil des Fragebogens. Sie können entweder in Form eines Textes erscheinen oder durch Nutzung des Opt-In-Verfahrens direkt im Onlinefragebogen eingeholt werden.¹⁸

Anfang des Fragebogens beschäftigt sich mit den Fragen zum Allgemeinwissen zum Thema „Erfahrung mit den Onlineplattform(en)“. Im Hauptteil werden zuerst die Fragen über die Vor- und Nachteile einer Online-Beratung gestellt und anschließend vertieft folgende Kategorien erhoben:

- Bewertung der Beratungsinhalte, -organisation, -ablaufs
- Bewertung der Fach- und Medienkompetenz und Kontaktaufbaufähigkeit der Berater*innen
- Qualitative Bewertung und Zielführung der Online-Beratung
- Priorisierung einer bestimmten Form der Ernährungsberatung
- Anfrage zu der Dauer der Online-Beratung
- Wertschätzung und Preisgestaltung der Online-Beratung

¹⁷ Das Infoblatt zum Fragebogen ist im Anhang G beigelegt.

¹⁸ Textbeispiel zum Datenschutz und die Einwilligungserklärung sind im Anhang H hinterlegt.

- Anfrage zu den gewünschten Beratungsdauer

Die standardmäßig erhobenen Kategorien zu den soziodemografischen und -ökonomischen Daten wurden bewusst im Schlussteil des Fragebogens abgefragt. Somit sollte verhindert werden, dass die Befragten durch die zu früh eingesetzten persönlichen Fragen nicht das Interesse und die Motivation an der Beantwortung des Fragebogens verlieren.

Die Abschluss-Frage wurde als eine offene Freitext-Option formuliert und ist für eventuelle Anmerkungen, Ergänzungen und Wünsche zum Fragebogen gedacht. Den Befragten soll somit eine Möglichkeit gegeben werden, sich zu den Themen zu äußern, die nicht im Fragebogen angesprochen wurden.

2.5 Reflexion des Fragebogenentwurfs

Die Interpretation der Meinungen und Standpunkte der Expert*innen der Fokusgruppe zum Forschungsthema wurde durch eine thematische Gleichwertigkeit des Fokusgruppe-Leitfadens im Fragebogen wiedergegeben. Die Aufschlüsselung der Vorgehensweise bei der Formulierung der Fragen ist in Form einer Tabelle im Anhang F aufgelistet.

3 Darstellung des konzipierten Messinstrumentes

Basierend auf den Interpretationen der Ergebnisse der Fokusgruppenanalyse und den Hinweisen bzw. Empfehlungen zum Aufbau eines Messinstrumentes in der Fachliteratur wurde ein Fragebogen entwickelt, der im Anhang I dargestellt ist.

4 Diskussion

4.1 Methodische Diskussion der Konzeption des Messinstrumentes

Als Grundlage für die Entwicklung des Messinstrumentes wurde die Methodik der Fokusgruppe als eine geeignete Methode in der qualitativen Sozialforschung angewendet (Bühner, 2011, S. 106; Schulz et al., 2012, S. 7). Für die Durchführung der Fokusgruppe wurde ein strukturierter Diskussionsleitfaden eingesetzt. Die Auswertung der Ergebnisse fand durch die Zusammenfassung der forschungsthemabezogenen zentralen Hintergründe und Einstellungen der Expert*innen und die Entwicklung der inhaltlichen Kategorien für den Fragebogen aus diesen Aussagen statt.

Als problematisch hat sich die Suche nach relevanten Zusammenhängen rund um die Forschungsfrage bei der systematischen Literaturrecherche erwiesen. Es hat sich herausgestellt, dass das The-

ma der Ernährungstherapie im Onlineformat bis jetzt kaum Beachtung fand. Zusätzliche Begrenzung bei der Recherche stellte die Tatsache dar, dass die Zielgruppe der Befragten sehr spezifisch definiert ist. Das Kriterium „präoperative adipo­sit­as­chirurgische Ernährungstherapieversorgung“ stellte ein besonders anspruchsvolles Forschungssetting dar, was die Literaturrecherche zusätzlich erschwerte.

Die Spezifik der Zielgruppe der Befragten erforderte die Notwendigkeit, für den gewählten Ansatz ausschließlich die Expert*innen im Bereich der Adipo­sit­as­chirurgie einzubeziehen.

Aus den organisatorischen Gründen und aktuell geltenden Kontaktbeschränkungen wurden die beiden Fokusgruppen online durchgeführt. Die wegfallende Notwendigkeit des Mitprotokollierens (ersetzt durch eine Videoaufnahme der Diskussion) hat den gewissen Zeitdruck weggenommen, wodurch eine deutlich entspannte Atmosphäre bei der Diskussion entstand, die die umfangreichen Ergebnisse für die Konzeption des Fragebogens lieferte.

Wiederum ist es aber nicht ausgeschlossen, dass das Wissen über die Videoaufzeichnung bei den Teilnehmerinnen einen negativen Einfluss auf die Tiefe und Ausführlichkeit der Antworten ausüben könnte (Schulz et al., 2012, S. 15).

Des Weiteren ist es zu beachten, dass die Anmerkung von Schulz et al. 2012, S. 13, dass es für die einzelnen Sprecher relativ wenig Redezeit in der Fokusgruppe bleiben würde und die Teilnehmenden hinsichtlich der Glaubwürdigkeit eigener Meinungen durch den Gruppeneffekt negativ beeinflusst werden könnten, nicht bestätigt werden konnte. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass alle Teilnehmerinnen jede einzelne Frage beantwortet haben und es eine vergleichsmäßig ähnliche Teilnahmeaktivität beim Sprechen herrschte.

Die gesamte Organisation des Projektes und vor allem die Transkription und Auswertung des Videomaterials haben sich als sehr arbeits- und zeitaufwändig erwiesen. Daher bestätigte sich die Planung und Umsetzung des Projektes im Rahmen eines betrieblichen Praktikums als sehr vorteilhaft. Der Einsatz eines computergestützten Programms zur Auswertung der Daten, wie in dieser Arbeit eingesetztes MAXQDA 2020, hat sich zu Beginn der Auswertung als kompliziert gestaltet, im weiteren Arbeitsprozess konnten aber vergleichsmäßig schnelle Fortschritte erreicht werden. Empfehlenswert ist es, für die Selbsteinarbeitungszeit und mehrfaches Ausprobieren verschiedenen Funktionen und Vorgehensweise entsprechend Zeit einzuplanen.

Aus Praktikabilitätsgründen kann in dieser Arbeit keine umfassende Überprüfung der qualitativ gewonnenen Daten auf die zentralen Gütekriterien der empirischen Sozialwissenschaft Reliabilität und Validität unterzogen werden. Um dieses Kritikpunkt auszugleichen und trotzdem gültige Ergebnisse zu erzielen, wurde stets darauf geachtet, die gesamte Vorgehensweise von der Planung, Durchführung und bis zu der Auswertung der Fokusgruppe nachvollziehbar und offen darzustellen und zu dokumentieren (Schulz et al., 2012, S. 18-19).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die qualitative Methode der Fokusgruppen sehr effektiv ist und sich sehr gut zur Analyse von Meinungen und Wahrnehmungen bei bestimmten Expert*innengruppen auch bei Ernährungsberater*innen eignet. Die Ergebnisse der Fokusgruppendediskussion stellen eine überzeugende Basis für das entwickelte Messinstrument. Mit diesem Fragebogen kann eine spezifische Zielgruppe der bariatrischen Patient*innen befragt und deren Meinung zu den neuartigen onlinebasierten Beratungsformaten evaluiert werden.

4.2 Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse

Die Grundlage für die Formulierung inhaltlichen Kategorien des Fragebogens stellten die Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Fokusgruppendediskussion. Dadurch, dass die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe nur allgemein über die Forschungsfrage und den Ablauf der Diskussion informiert wurden aber der tatsächliche Interviewinhalt ihnen nicht bekannt war, sind die Beraterinnen gleich zu Beginn der Diskussion mit großem Interesse auf das Forschungsthema eingegangen und haben zum Teil unterschiedliche Themeninhalte durcheinandergebracht. Einige Themen, die im späteren Verlauf der Diskussion vorgesehen worden waren, wurden angesprochen. In diesem Fall erwies sich das Anlehnen an die Struktur des Leitfadens als sehr hilfreich. Damit alle Themen zeitlich behandelt werden können, wurde die Moderationsfähigkeit der Interviewerin gefragt, die Gruppe in die gewünschte bzw. an die Struktur des Leitfadens orientierte Richtung lenken zu können.

Während der Analyse der Ergebnisse im Punkt 3.3.4 wurde erkennbar, dass sich einige Aspekte der Diskussion an unterschiedlichen Stellen im Transkript sich mehrfach thematisch wiederholen. Bei der Kategorienbildung wurde vom Mayring, 2015, S. 69 vorgeschlagene Vorgehensweise der Reduktion und Zusammenfassung der Daten berücksichtigt, um möglichst gegenstandnahe Darstellung des Materials ohne Beeinflussung durch die Vorannahmen der Autorin abzubilden. Somit haben sich bestimmten inhaltliche Kategorien aus den Antworten der Teilnehmerinnen aus unterschiedlichen Frageblöcken des Leitfadens zu bestimmten gemeinsamen inhaltlichen Themen herauskristallisiert. Im Anhang E wurde detailliert dokumentiert, wie es zu der Entwicklung von Frage 1 bis Frage 26 des Fragebogens gekommen ist, die als bedeutendsten Fragen an die Klient*innen aus der Meinung der Expertinnen interpretiert worden sind.

Inhaltliche Oberkategorie *Erfahrung mit Online-Format* (die Fragen 1 bis 6 des Fragebogens)

Wie in der Forschung von Konrad (2011, S. 83) empfohlen wird, beschäftigen sich die ersten Fragen des Fragebogens mit den allgemeinen und einfach formulierten Fragen, die als Einstieg in das Forschungsthema gelten sollten. In diesem Themenblock diskutierten die Expertinnen über die Unterpunkte/ Unterkategorien:

- bereits vorhandene oder komplett fehlende Erfahrung mit einem Online-Format
- allgemeinen aktuell bestehenden Angebote der Online-Plattformen, deren Besonderheiten bezüglich Sicherheitsstandards, Übertragungsqualität und technischen Optionen. Es wurden die Gründe für die Auswahl der bestimmten Anbieter genannt
- die Erstreaktion der Klient*innen auf das Online-Beratungsangebot der ZUB e.V.
- Unterschiede bei dem prozentuellen Anteil der Beratungen, die zwischen den 1. und 2. Lockdowns (Mai 2020 bis Oktober 2020) festgestellt wurden

Aus dem statistischen Vergleich des prozentuellen Anteiles der Beratungen (in Präsenz vs. Online) hat sich die Erkenntnis ergeben, dass eine Differenzierung der Zugehörigkeit der Befragten zu einem bestimmten präoperativen Vorbereitungskonzept notwendig ist (primäre Indikation oder MMK 7 Monate), sowie die Konkretisierung der Beratungsform (Einzel-, Gruppe-, Kombiberatung) um aussagekräftige Zusammenhänge bei späterer Auswertung des Fragebogens erzielen zu können. Die entsprechenden Fragen an die Klient*innen wurden in den Fragebogen aufgenommen (Fragen 4 und 5).

Als ein Übergang zum Hauptteil des Fragebogens und ein Einstieg zu etwas komplexeren Themen wurden die Fragen zu den eventuellen *Vor- und Nachteilen der Online-Beratung* gewählt, die sowohl mehrere Antwortvarianten als auch eine Möglichkeit für eigene Überlegungen anbieten (Fragen 7 und 8).

Die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion haben gezeigt, dass einige Aspekte, wie z.B. instabile Übertragungsqualität, gefolgt von anderen technischen Hindernissen, die mehrfach als Nachteile der Online-Beratung genannt wurden, einen gewissen Rückfluss auf die Kompetenzen der Berater*innen bei den Klient*innen ausüben könnten. Aus diesem Grund war es notwendig- aus der Interpretation der Expertinnen-Meinungen- eine Differenzierung der Aspekten Fachkompetenz und Medienkompetenz festzulegen. Dies wurde in der zweiten Hälfte des Hauptteils berücksichtigt (Fragen 10 und 11).

In der zweiten Hälfte des Hauptteils wurden die anspruchsvolleren Themen angesprochen, die eine umfangreiche *Gesamtbewertung des digitalen Beratungsprozesses* erheben (Fragen 9 bis 19). Aus der Expertinnendifkussion, v.a. aus dem Frageblock IV des Leitfadens *Offene Themen*, war eindeutig erkennbar, dass die Beraterinnen sich wünschen, zu erfahren, ob die Klient*innen die Online-Beratung qualitativ hochwertig finden. Ein großer Wunsch der Beraterinnen schien es zu sein, die Klient*innen einerseits professionell und zielgerichtet zur gesundheitsfördernden Verhaltensänderung aktivieren zu können und andererseits sie dabei persönlich, respekt- und vertrauensvoll zu ihren individuell gestellten Zielen begleiten zu wollen (Fragen 13, 14, 15 im Fragebogen). Die Expertinnen sind außerdem der Meinung, dass die Auswahl bzw. die Priorisierung der Beratungsform den

Klient*innen überlassen werden sollte, um eine klientenzentrierte Beratung anbieten zu können. Diese Überlegung ist die Grundlage für die Fragen 16 und 17 des Fragebogens.

Außerdem haben die Expertinnen im zweiten Teil der Fokusgruppe über die Erhöhung der Zahlen der bariatrischen Patient*innen mit Migrationshintergrund diskutiert. Eine Berücksichtigung dieses Aspektes hinsichtlich der eventuellen Übersetzung des Fragebogens in verschiedene Sprachen würde einerseits die potenzielle Anzahl der Teilnehmer*innen erhöhen. Demgegenüber können die Adaptionen im Bereich Sprache, wie z. B. an eine andere Kultur angepasste Übersetzungen, Änderungen in der Satz- und/oder Wortart zu den Schwierigkeiten bei den Fragebogenübersetzungen und anschließend zu den Verzerrungen bei der Auswertung führen. Dazu wäre die Einbindung qualifizierter Übersetzer mit zusätzlichen zeitlichen und finanziellen Auswirkungen verbunden (Baur, N. & Blasius, J., 2014, S. 787-792).

Im abschließenden Teil des Fragebogens wurden *soziodemografische und -ökonomische Daten* bewusst im Schlussteil des Fragebogens abgefragt (Fragen 20 bis 25). Diese erhobenen Kategorien werden standardmäßig zur Beschreibung der Hintergrundmerkmale einer Zielgruppe eingesetzt, um die Rückschlüsse zu der Sozialstrukturanalyse erzielen zu können (Baur, N. & Blasius, J., 2014, S. 733). Obwohl ein Viertel der Expertinnenmeinungen ergeben hat, dass es erfahrungsmäßig keine Unterschiede bezüglich der Bereitschaft und Akzeptanz des digitalen Beratungsformats angesichts sozio-ökonomischer Zugehörigkeit gab, wurden auch die eventuellen Aspekte genannt, wie Bildungsgrad, Geschlecht, Alter oder Migrationshintergrund, die einen Zusammenhang mit den o. g. Ansichtspunkten haben könnten. Deshalb wurden ebenfalls diese Standpunkte im Fragebogen berücksichtigt (Fragen 20 bis 24).

Die Frage 25 *Entfernung Ihres Wohnortes zum Beratungsort* könnte inhaltlich zwar zu Kategorie *Vor- und Nachteile der Online-Beratung* zugeordnet werden, wurde jedoch aus strukturellen Gründen im Schlussteil des Fragebogens aufgenommen.

Die Autorin hat allzeit darauf geachtet, eigene subjektive Interpretationen beim Codieren und bei der Auswertung des Materials zu vermeiden, es wäre trotzdem erforderlich, wie bei der methodischen Diskussion bereits betont wurde, das Ausgangsmaterial von einer anderen Person zusätzlich codieren zu lassen, um die Reliabilität der Codierung zu erhöhen.

„Eine Interpretation sprachlichen Materials auch durch qualitative Inhaltsanalyse ist immer prinzipiell unabgeschlossen. Sie bringt immer die Möglichkeit der *Re-Interpretation*“ (Mayring, 2015, S. 38).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass der entwickelte Fragebogen eine aktuelle Version darstellt und mit zunehmendem Erkenntnisgewinn ergänzt werden soll. Der Einsatz eines Pretests vor der tat-

sächlichen Durchführung der Befragung ist unbedingt empfehlenswert, um eventuelle notwendige Korrekturen und Optimierungen des Fragebogens ausarbeiten zu können.

4.3 Potential der Online-Beratung zur Weiterentwicklung der Ernährungstherapie

Eines der wichtigsten Potenziale, welches die Online- Beratung sowohl für Berater*innen als auch für die Klient*innen bereithält, ist die Kombination aus zeitlicher und örtlicher Flexibilität. Der Zugang zu einer professionellen und qualitativ hochwertigen Ernährungsberatung wird dadurch auch für den breiten Kreis der Ratsuchenden aus den ländlichen Regionen ermöglicht. Ebenfalls könnten besondere Zielgruppen der Patient*innen, z. B. mit körperlichen Einschränkungen oder Klient*innen von Berater*innen mit nicht barrierefreier Praxisräumen, davon profitieren. Von großer Bedeutung ist auch die Erweiterung des Beratungsangebotes und die Möglichkeit einer Ernährungsberatung für Ratsuchende in ihren jeweiligen Muttersprachen, was nicht nur überregional, sondern auch für Interessenten im Ausland von großem Interesse sein könnte. Dementsprechend wirken sich die wegfallenden Anreisekosten und deutlich weniger Terminabsagen positiv auf die Ökonomie der Online-Beratung aus. Die bereits im Präsenzformat entwickelten und eingesetzten Methoden können so eine erfolgreiche Einbringung im digitalen Setting finden.

Nicht zuletzt sollte man erwähnen, dass bei einem digitalen Beratungsformat das Risiko einer Ansteckungsgefahr ausgeschlossen ist, was besonders angesichts der immer noch weltweit herrschenden Pandemie-Situation vorteilhaft ist.

Daher ist die Modernisierung der Ernährungsberatung durch den Einsatz der digitalen Medien unbedingt notwendig und sinnreich.

5 Handlungsempfehlungen und Fazit

Die Ergebnisse einer Studie mit 23.001 Teilnehmern in Deutschland zeigte eine Erhöhung des BMI und Körpergewichts seit Einführung der Eindämmungsmaßnahmen im Frühjahr 2020 zum Vergleichszeitraum 2019 in der Bevölkerung (Damerow et al., 2020).

Ein Zusammenhang zur pandemischen Lage wurde in der o. g. Studie nicht eindeutig bestätigt. Es ist aber auch nicht ausgeschlossen, dass sich die Anzahl der Übergewichtigen durch die Pandemie erhöht hat und weiterhin erhöhen könnte.

Grundsätzlich ist die Ernährungsberatung eine wirksame Möglichkeit der ungewollten Gewichtszunahme entgegenzuwirken. Sie stellt außerdem eine Brücke zwischen der Psychologie und Chirurgie dar, die es den Patient*innen ermöglicht, sich auch mit psychologischen Aspekten der Erkrankung auseinander zu setzen, die Ängste davor zu mindern und eine erneute Inanspruchnahme des Bera-

tungs- und Therapieangebots bei Bedarf unkompliziert zu machen. Da nach aktuellem Stand nicht bekannt ist, ob wieder ausschließlich die klassische Beratungsform in Präsenz in der Zukunft eingesetzt wird, ist das allgemeine Umdenken und dringende Suche nach alternativen Beratungsformen notwendig.

Die Online-Beratung bietet gerade seit Beginn der Corona-Pandemie viele Vorteile und Chancen, da es nach aktuellem Stand keine anderen Alternativen gibt, wie sich im Laufe der vorliegenden Forschungsarbeit herausgestellt hat. Im weiteren Verlauf ist es wichtig zu eruieren, ob die Ratsuchenden die Onlineangebote als eine der Beratungsformen unabhängig von der Corona-Situation in Anspruch nehmen würden und ob sie damit sowohl quantitativ als auch qualitativ zufrieden sind. Deshalb ist diese Befragung aktuell auch als Grundlage für weitere Untersuchungen relevant. Ebenfalls ist die Entwicklung überregionaler Qualitätsstandard zu Verbesserung der Usability bei den digitalen Anwendungsmethoden in der Ernährungsberatung essenziell.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass eine professionelle Ernährungsberatung, und -therapie generell und unabhängig von Medium durch das Vertrauen, die Empathie und eine persönliche klientenorientierte Beziehung gezeichnet ist. Da im Zeitalter der Digitalisierung eine stetige Weiterentwicklung stattfindet, ist auch eine Weiterentwicklung der Ernährungsfachkräfte durch den Austausch mit Fachkollegen über deren Ideen, Lösungsvorschläge und Erfahrungen auch mittels digitaler Interaktionen notwendig. Eine kontinuierliche Fortbildung der persönlichen Medienkompetenz ist ebenfalls und im Zusammenhang mit der generellen Digitalisierung unvermeidbar. Die internetbasierte Kommunikation ermöglicht in diesem Fall eine vielfältige Möglichkeit der Gestaltung des Beratungsprozesses.

Im Mittelpunkt der Ernährungsberatung sollte weiterhin das Bestreben bleiben, die Klient*innen professionell und zielgerichtet zur gesundheitsfördernden Verhaltensänderung zu aktivieren und sie dabei emotional, persönlich und respektvoll zu ihren gestellten Zielen in allen Beratungsformen zu begleiten.

Literaturverzeichnis

- Batinic, B. (2003). Internetbasierte Befragungsverfahren. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 28(4), 6–18. <https://doi.org/10.1007/s11614-003-0019-6>
- Baur, N. & Blasius, J. (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2014. Aufl.). Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0>
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (3. aktualisierte und erweiterte Auflage). München: Pearson Studium.
- Celis-Morales, C., Livingstone, K. M., Marsaux, C. F., Macready, A. L., Fallaize, R., O'Donovan, C. B. & Mathers, J. C. (2017). Effect of personalized nutrition on health-related behaviour change: evidence from the Food4Me European randomized controlled trial. *International Journal of Epidemiology*, 46(2), 578–588. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw186>
- Damerow, S., Rommel, A., Prütz, F., Beyer, A.-K., Schienkiewitz, A. & Allen, J. (2020). *Gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu Beginn der COVID-19-Pandemie*. RKI. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/JoHM_04_2020_Gesundheitliche_Lage_COVID-19.pdf?__blob=publicationFile
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. & Hrsg. (2014). *Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“*. AWMF. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-0011_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. (2018). *S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen*. AWMF online. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-0011_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf, letzter Zugriff am 14.03.2021
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (ed.). (2019). *Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland*. In der Fas-

sung vom 29.04.2019. <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/fb/19-04-29-KoKreis-EB-RV.pdf>, letzter Zugriff am 15.03.2021

Deutschsprachige Gesellschaft für psychosoziale Onlineberatung (DGOB) e.V. (2018). *Definition Online-Beratung*. Vorstandsmaterialien Nr. 1/2018. Version 1.1 (Juni 2020). <https://dg-onlineberatung.de/wp-content/uploads/2020/06/Definition-Online-Beratung-Website.pdf>, letzter Zugriff am 19.03.2021

Engelhardt, E. M. (2018). *Lehrbuch Onlineberatung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlage.

Fachgesellschaft für Ernährungstherapie und Prävention (FET) e. V. (2021). *Ernährungsberatung online-Möglichkeiten und Grenzen*. fet-ev.eu. <https://fet-ev.eu/ernaehrungsberatung-onlineberatung/>, letzter Zugriff am 27.03.2021

Fischer, B., Sedlmeier, A., Hartwig, S., Schlett, C., Ahrens, W., Bamberg, F. & Leitzmann, M. (2020). Anthropometrische Messungen in der NAKO Gesundheitsstudie- mehr als nur Größe und Gewicht. *Bundesgesundheitsblatt*, 63, 290–300. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03096-w>

Gehrmann, H. J. (2010). *Onlineberatung – eine Herausforderung für die Soziale Arbeit*. In: & Cleppien G., Lerche U. (Hrsg.): *Soziale Arbeit und Medien* (S.105-115). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92376-5_7

Gill, P., Stewart, K., Treasure, E. & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204(6), 291–295. <https://doi.org/10.1038/bdj.2008.192>

GKV-Spitzenverband (ed.). (2020). *Leitfaden Prävention. In der Fassung vom 1. Oktober 2018* https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp, letzter Zugriff am 15.03.2021

Götz, M. (2020). Professionelle digitale Ernährungsberatung. Anforderungen und Einsatzmöglichkeiten verschiedener Formate und Methoden. *Ernährungs Umschau*, 6, 336–343. <https://doi.org/10.4455/eu.2020.027>

- Hellbardt, M. (2012). Ernährung vor und nach bariatrischen Eingriffen. *Ernährungs Umschau*, 11, 642–654.
- Hering, I., Dietrich, A. & Seyfried, F. (2020). Aktuelle Aspekte der Verfahrenswahl bei Adipositas-Chirurgie. *Adipositas*, 14(4), 190–198. <https://doi.org/10.1055/a-1260-4795>
- Jaacks, L. M., Vandevijvere, S., Pan, A., McGowan, C. J., Wallace, C., Imamura, F. & Ezzati, M. (2019). The obesity transition: stages of the global epidemic. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 3(7), 231–240. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30026-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30026-9)
- Jent, S. & Rufener, A. (2016). *Der Ernährungstherapeutische Prozess* (1., Auflage). Bern: Hogrefe AG.
- Kallus, K. W. (2016). *Erstellung von Fragebogen* (2., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P. & Schlawin, S. (2003). *Der Fragebogen: Datenbasis, Konstruktion und Auswertung* (3., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-90231-9>
- Konrad, K. (2011). *Mündliche und schriftliche Befragung – Ein Lehrbuch* (7., korrigierte Aufl.). Landau, Pfalz: Verlag Empirische Pädagogik.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien* (6. Aufl.). Weinheim; Basel: Beltz Verlag; Psychologie Verlagsunion.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse* (12., überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Möhring, W. & Schlütz, D. (2013). *Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-663-09680-1_3
- Mutzeck, W. (2014). *Kooperative Beratung: Grundlagen, Methoden, Training, Effektivität (Beltz Taschenbuch / Pädagogik)* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2019). *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.* OECD. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/67450d67->

en.pdf?expires=1614344982&id=id&accname=guest&checksum=E9E0B155248FE9AE2E997572DF66D9DB

- Petrilli, C. M., Jones, S. A., Yang, J., Rajagopalan, H., O'Donnel, L., Chernyak, Y. & Horwitz, L. I. (2020). Faktoren im Zusammenhang mit Krankenhauseintritt und kritischer Erkrankung bei 5279 Menschen mit Coronavirus-Krankheit 2019 in New York City: prospektive Kohortenstudie. *The BMJ*, 1–15. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1966>
- Porst, R. (2013). *Fragebogen: Ein Arbeitsbuch (Studienskripten zur Soziologie)* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-02118-4>
- Psyhyrembel online. (2016). *Therapie. Terminologie, historische Fachbegriffe und Arzneimittel*.
Online unter URL:
<https://www.psyhyrembel.de/Therapie/K0MEH#:~:text=FeedbackBehandlung%20von%20Krankheiten%2C%20Behinderungen%20und,der%20k%C3%B6rperlichen%20und%20psychischen%20Funktionen.> , letzter Zugriff am 22.03.2021
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1998). *Ernährungspsychologie. Eine Einführung*. (2. Aufl.). Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe.
- Ranzenberger-Harder, T. & Schindler, K. K. (2019). Lebenslange Nachsorge nach bariatrischer Chirurgie. *Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel*, 12, 126–129. <https://doi.org/10.1007/s419669-019-00074-9>
- Rühle, A., Boskovic, A., Billeter, A. T., Schwarz, A.-C. & Müller-Stich, B. P. (2020). Metabolische Chirurgie, mehr als nur Typ-2-Diabetes. *Adipositas*, 14(4), 214–220. <https://doi.org/10.1055/a-1267-8215>
- Sander, J., Staiger, D. & Herbig, B. (2012). Adipositaschirurgie. Diätetische Betreuung und metabolische Kontrolle der Patienten nach Magen-Operationen zur Gewichtsreduktion. *Hamburger Ärzteblatt. Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg*, 66(9), 28–31. <https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2012/17252/pdf/1347269541.pdf>
- Schauder, P. & Ollenschläger, G. (2003). *Ernährungsmedizin: Prävention und Therapie* (2. Aufl.). München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.

- Schnell, R. (2012). *Survey-Interviews: Methoden Standardisierter Befragungen (Studienskripten zur Soziologie)*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schön Klinik SE. (2021). *Schön Klinik Hamburg Eilbek*. <https://www.schoen-klinik.de/hamburg-eilbek>, letzter Zugriff am 23.04.2021
- Schulz, M., Mack, B. & Renn, O. (2012). *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung*. Springer Verlag für Sozialwissenschaften.
- Seyfried, F., Buhr, H. J., Klinger, C., Huettel, T. P., Herbig, B., Weiner, S. & Jurowich, C. (2018). Qualitätsindikatoren für die metabolische und Adipositaschirurgie. Evidenzbasierte Entwicklung eines Indikatorensets für die Ergebnis-, Indikations- und Strukturqualität. *Der Chirurg*, 89(1), 4–16. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-053-4>
- Steiner, E. & Benesch, M. (2018). *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (5., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Tausendpfund, M. (2018). Datenerhebung. *Quantitative Methoden in der Politikwissenschaft*, 237–289. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20698-7_11
- von Dobschuetz, E., Jaenigen, B., Rueckauer, K. D. & Thomusch, O. (2006). Adipositaschirurgie-Von der Standardtechnik zu den patientenorientierten Operationen. *Die Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 82, 118–123. <https://doi.org/10.1055/s-2006-921482>
- Weiner, R. (2008). Chancen und Risiken der chirurgischen Adipositaschirurgie. *Diabetologe*, 4, 252–258. <https://doi.org/10.1007/s11428-008-0222-y>
- Weiner, R. (2018). Geschichte der Adipositaschirurgie in Deutschland. de Zwaan M., Herpertz S., Zipfel S. (Hrsg.), *Psychosoziale Aspekte der Adipositas-Chirurgie*, 1–7. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57364-8_1
- Wolter, S. & Mann, O. (2015). Entwicklungen in der bariatrischen Chirurgie-Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. *Allgemein- Und Viszeralchirurgie Update*, 9(2), 73–92. <https://doi.org/10.1055/s-0041-100224>

World Health Organization. (2021). *Pandemie der Coronavirus-Krankheit (COVID-19)*. WHO.
<https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov> , letzter Zugriff am 23.04.2021

Zentrale für Ernährungsberatung (ZEB) e.V. (2021). *Zentrale für Ernährungsberatung e.V an der HAW Hamburg*. <https://www.haw-hamburg.de/zeb/>, letzter Zugriff am 23.04.2021

Anhangsverzeichnis

Anhang A: Einladung zur Fokusgruppe.....	66
Anhang B: Leitfaden zur Moderation der Fokusgruppe.....	67
Anhang C: Kodierung des Ausgangsmaterials.....	73
Anhang D: Liste der MAXQDA-Codes.....	74
Anhang E: E-Mail-Anschreiben zum Fragebogen.....	76
Anhang F: Reflexion des Fragebogenentwurfs.....	77
Anhang G: Infoblatt zum Fragebogen.....	80
Anhang H: Datenschutz und Einwilligungserklärung.....	81
Anhang I: Fragebogen.....	82
Anhang J: Transkript der Fokusgruppen.....	89

Anhang A

Einladung zur Fokusgruppe

□

Einladung zum Diskurs in der Fokusgruppe

„Onlinebasierte Ernährungstherapie im Rahmen der präoperativen adipositaschirurgischen Versorgung“

Liebe KollegInnen,

Die Corona Pandemie gibt uns einen Digitalisierungsschub bei nahezu allen Bereichen, sowohl des privaten als auch des beruflichen Alltags. Viele von Ihnen wurden mit der Erfahrung konfrontiert, die bislang durchgeführten Ernährungsberatungen, Seminare und Vorträge als Präsenzveranstaltungen plötzlich in den virtuellen Raum transformieren zu müssen. Dabei mussten viele Faktoren von der Vorbereitung bis hin zur Moderation berücksichtigt werden, damit die Qualität und Dynamik einer Präsenzveranstaltung möglichst exakt in den digitalen Format wieder hergestellt werden kann.

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich mit der Frage:

„Wie zufrieden sind die KlientInnen der ZEB mit ihrer präoperativen adipositaschirurgischen Ernährungstherapieversorgung im Onlineformat?“

Als Methode dieser qualitativen Forschung habe ich das Diskursverfahren der Fokusgruppe/ExpertInnengruppe ausgewählt, um ein tieferes Verständnis für die gesamte Thematik der Adipositas Chirurgie und Ernährungsberatung zu gewinnen. Mit Hilfe der Beobachtungen, von Gesprächen und dem Ideenaustausch der TeilnehmerInnen werde ich einen Fragebogen entwickeln, der an die spezifische Zielgruppe der PatientInnen der Schön Klinik angepasst ist. Dabei werden Sie als eine ExpertInnengruppe durch Ihre Mitarbeit einen direkten Einfluss auf die Gestaltung dieses Fragebogens haben.

Vor dem Beginn der Diskussion wird zuerst kurz das Prinzip der Fokusgruppenarbeit erläutert und in der Thematik der Bachelorarbeit eingeführt. Im weiteren Verlauf werden die relevanten thematischen Aspekte näher strukturiert, angeleitet und Austauschgespräche mit fegezielten Fragen diskutiert. Für die Durchführung des Diskurses der ExpertInnengruppe sind 90 bis max. 120 Minuten Zeit angedacht. Dieser Diskurs wird ebenfalls online durchgeführt werden. Es wird zwei Fokusgruppen Termine geben, die Teilnahme ist nur einmal möglich. Für die spätere Auswertung möchte ich die Fokusgruppen aufzeichnen. Ich bitte Sie, mir eine Videoaufnahme zu gestatten.

Um eine zeitnahe Planung erreichen zu können, möchte ich Sie bitten, sich in der **Doodle Liste** einzutragen und möglichst mehrere für Sie passende Termine auszuwählen.

Ich freue mich sehr auf Ihre Unterstützung und aktive Mitarbeit!

Mit besten Wünschen

Natalya Govorukhina

Anhang B

Leitfaden zur Moderation der Fokusgruppe

Durchführung am 11.12.2020 um 08:00-10:00 und 16.12.2020 um 08:30-10:30

Zeitvorgabe: 90-120 Minuten

Dauer	Inhalt	Lernziele	Methode	Material/ Medien
5	Einstieg: <ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung • Vorstellung der eigenen Person • Danksagung den Teilnehmer*innen (TN) für die Beteiligung an der Fokusgruppe (FG) • Erfragung/Einholung der Erlaubnis einer Videoaufnahme für die spätere Auswertung der Daten • Aufzeichnung starten 	Kennenlernen	Sprechen	PC, ZOOM-Programm, Kamera, Headset, PowerPoint Presentation
5	<ul style="list-style-type: none"> • Überleitung zur Darstellung des Themas und Definition des Forschungsziels • Hinweis über die Anonymität der Datenbehandlung • Hinweis über die ausschließlich persönliche Darstellung der Erfahrungen/ Einschätzungen • (Nachfrage, ob noch Fragen bestehen) 	Informations-, Input- Vermittlung	Sprechen Zuhören	PC, ZOOM - Programm, Kamera, Headset, PowerPoint Presentation
15	Vorstellungsrunde der TN: <ul style="list-style-type: none"> • Name • Berufserfahrung als Ernährungsberater*innen <ul style="list-style-type: none"> - Dauer der Teamzugehörigkeit - Arbeitsschwerpunkte - Zusatzqualifikationen • Wie groß ist der prozentuale Anteil der bariatrischen Patienten? 	Kennenlernen	aktiver Einstieg	PC, ZOOM-Programm, Kamera, Headset, PowerPoint Presentation
30	Übergang zum Frageblock I. Berufserfahrung mit der Onlineberatung	Interview Information sammeln	Brainstorming Selbst-reflexion Diskussion Zuhören	PC, ZOOM-Programm, Kamera, Headset, PowerPoint Presentation

<p><u>Unterfrage 1:</u></p> <p><i>Haben Sie schon vor dem Lockdown die Onlineberatungen durchgeführt?</i></p> <p><i>1 = regelmäßig</i> <i>2 = ab und zu</i> <i>3 = nie</i></p> <p><i>Wenn ja,- bitte erzählen Sie mir, welche Erfahrungen Sie mit dem Onlineformat hatten?</i></p> <p><u>Unterfrage 2:</u></p> <p><i>Welche online- Plattform(en) verwenden Sie?</i> <i>Warum haben sie sich für diese Plattform entschieden und welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • online-Plattformen mit <u>höherem</u> (RED medical, ClickDoc) bzw. <u>niedrigerem</u> Sicherheitsstandard (MS Teams, WebEx, Zoom) • Übertragungsqualität • technische Optionen: <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeiten der Zugriffe - Vorführen der Präsentationen/ Dateien - Online-Beratungstools - Soft- und Hardware - Bandbreite - Lizenzkosten etc. <p><u>Unterfrage 3:</u></p> <p><i>Wenn Sie an die Monate zwischen den Lockdowns (Mai – Oktober) denken, wieviel Prozent Ihrer Beratungen haben Online und wie viel in Präsenz stattgefunden?</i></p> <p><u>Unterfrage 4:</u></p> <p><i>Welche Kompetenzen- Ihrer Meinung nach- benötigen Sie, um die Ernährungsberatung im Online-Format anzubieten?</i></p> <p>(evtl. Medienkompetenz und Mediendidaktik, technisches Know-how, individuelle Kommunikationsfähigkeiten, Methoden</p>			
--	--	--	--

	<p>der Online-Präsentationen, Datenschutzmaßnahmen etc.)</p> <p><u>Unterfrage 5:</u></p> <p><i>Was möchten Sie noch lernen, um Ihre Online-Beratungen zukünftig besser ausführen zu können?</i></p> <p><u>Unterfrage 6:</u></p> <p><i>Erzählen Sie bitte, welche Online-Beratungstools Sie digital verwenden und wie die Umsetzung funktioniert?</i></p> <p>(z.B. Das Bildschirmteilen, Online-Whiteboard, Umfrage, Breakout -sessions etc.)</p> <p><u>Unterfrage 7:</u></p> <p><i>Wie wichtig ist- Ihrer Meinung nach- im Unterschied zur Präsenzberatung die Selbstorganisation und Selbstfürsorge der Berater*innen in Bezug auf die Professionalisierung und Qualität der Online-Beratung?</i></p> <p>(z.B. Pausen, Bewegungs-möglichkeit, Arbeitsplatzgestaltung, persönliches Zeitmanagement, Stimm-training etc.)</p>			
30	<p>Übergang zum Frageblock II. Wirksamkeit und Effektivität einer Online-Beratung im Vergleich zu einer Präsenz-Beratung</p> <p><u>Unterfrage 1:</u></p> <p><i>Wenn Sie die freie Wahl hätten: Beraten Sie heute lieber im Online-Format oder in Präsenz? Warum?</i></p> <p><u>Unterfrage 2:</u></p> <p><i>Wie schätzen Sie es ein: Wenn Ihre Klient*innen die freie Wahl hätten, würden sie lieber Online oder in Präsenz beraten werden wollen? Warum?</i></p> <p><u>Unterfrage 3:</u></p> <p><i>Wie haben Ihre Klient*innen auf Ihre erste</i></p>	Interview Information sammeln	Brainstorming Selbst-reflexion Diskussion Zuhören	PC, ZOOM-Programm, Kamera, Headset, PowerPoint Presentation

	<p><i>Einladung zur Online-Beratung reagiert?</i></p> <p>(evtl. Vorbehalte gegenüber der Online-Beratung)</p> <p><u>Unterfrage 4:</u></p> <p><i>Wie beurteilen Sie auf einer Skala von 1 bis 10 die Qualität Ihrer individuellen Fachwissen- Vermittlung im Onlineformat?</i></p> <p><i>1 = extrem eingeschränkt bzw. kaum möglich</i></p> <p><i>10= genauso wie in Präsenzberatung</i></p> <p><u>Unterfrage 5:</u></p> <p><i>Bitte bewerten Sie Ihre Fähigkeiten den persönlichen Bezug, das Vertrauen und empathische Haltung zu den Klient*innen digital aufbauen zu können mit einer Zahl von 1 bis 10?</i></p> <p><i>1 = konnte gar keine Beziehung aufbauen</i></p> <p><i>10= es hat hervorragend geklappt</i></p> <p><i>Wie begründen Sie Ihre Einschätzung?</i></p> <p><i>(Skalenfrage mit einer Nachfrage je Expertin; Erfolgserlebnisse vs. evtl. Konfliktsituationen)</i></p> <p><u>Unterfrage 6:</u></p> <p><i>Welche Erwartungen haben- Ihrer Meinung nach- die Klient*innen bezüglich der Zahlungsmodalitäten und Preisgestaltung für das Online-Beratungsangebot?</i></p> <p><i>(Honorarsituation, Erwartungen der Klient*innen zum Vergleich zu einer Präsenz-Beratungsform)</i></p>			
5	<p>Kurze Pause (falls zeitlich machbar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mini-Bewegungseinheit • Hinweis zur Flüssigkeitsaufnahme • Motivation zum Schlusskapitel des Interviews 	Konzentration und Motivation erhalten/ steigern	zur körperlichen Aktivität motivieren	online Interaktion

20	<p>Übergang zum Frageblock III. Mittel- und langfristige Perspektive der digitalen Beratungsformen im Setting „Ernährungsberatung, -therapie“</p> <p><u>Unterfrage 1:</u></p> <p><i>Welche Nachteile hat -Ihrer Meinung nach- eine Online-Ernährungsberatung? Nennen Sie die drei für Sie relevantesten Aspekte.</i></p> <p><u>Unterfrage 2:</u></p> <p><i>Welche Vorteile hat -Ihrer Meinung nach- eine Online-Ernährungsberatung? Nennen Sie die drei für Sie relevantesten Aspekte.</i></p> <p>(Die Zeit zum Nachdenken 2-3 min., Hinweis: die Antworten/ Schlagwörter im Chat schreiben, aber noch nicht absenden)</p> <p><u>Unterfrage 3:</u></p> <p>a) <i>Welche spezifischen Aspekte beschäftigen Sie bezüglich der Onlineberatung bei 3-monatiger Ernährungstherapie?</i></p> <p>b) <i>Welche spezifischen Aspekte beschäftigen Sie bezüglich der Onlineberatung bei 7-monatiger Ernährungstherapie?</i></p> <p>(z.B. Qualitätssicherung trotz unterschiedlicher Dauer der Beratungssequenzen, Priorisierung der Beratungsthemen etc.)</p> <p><u>Unterfrage 4:</u></p> <p><i>Welche Erfahrungen haben Sie bezüglich der Akzeptanz und Bereitschaft zu einem digitalen Beratungsformat angesichts unterschiedlicher sozio-ökonomischer Zugehörigkeit der Klient*innen?</i></p>	Interview Information sammeln	Brainstorming Selbst-reflexion Diskussion Zuhören	PC, ZOOM-Programm, Kamera, Headset, PowerPoint Presentation
5	<p>Übergang zum Abschluss-Frageblock IV. Offene Themen</p> <p><i>Was möchten Sie generell noch zur Fragestellung beitragen?</i></p> <p>(Was haben Sie Ihre Klient*innen bereits zu Online-Beratung gefragt oder was wür-</p>	Interview Information sammeln	Selbst-reflexion Diskussion Zuhören	PC, ZOOM-Programm, Kamera, Headset, PowerPoint Presentation

	den Sie noch gerne fragen, weil Sie sich z.B. nicht getraut haben?)			
5	Abschluss Feedback <ul style="list-style-type: none"> • Frage zum Gesamteindruck der Fokusgruppe • Verabschiedung und Dank 	Reflektion des Themas-Transfer in den Alltag	aktiver Abschluss	ZOOM- Programm

Anhang C

Kodierung des Ausgangsmaterials

359 Also, dem schließe ich mich an. Ich finde bei drei Monaten ist man erst soweit, dass die ganzen Themen Ein bisschen aufgedeckt werden, so dass der Patient weiß, woran er eventuell arbeiten könnte. Aber da ist nicht wirklich Zeit, um darauf an zu gehen. Und, (...), ja, da bleibt es hauptsächlich bei der OP-Vorbereitung. Und bei den sieben Monaten ist es natürlich viel Zeit, es ist viel intensiver.

360 E 1:

361 Ich weiß nicht, ob ich die Fragen korrekt beantworten. Aber bei den dreimonatigen Patienten Versuche ich eine Mischung hinzukriegen, also aus online und Präsenz. So dass man Fachwissen gut vermitteln kann, was für die OP-Vorbereitung notwendig ist. Und, wenn man sich wenigstens einmal zum Abschlussgespräch in Präsenz sieht, kann man auch verhaltensbezogene Aspekte erörtern, definieren, wie es hier weitergehen kann. Es ist nicht ganz genau beantwortet die Frage, weil bei der Frage es um online Beratung geht und hier versucht man ein Mix aus online und Präsenz zu machen.

362 E 4:

363 Also, ich finde, ehrlich gesagt, gar nicht viel so spezifische Unterschiede. Ich schließe mich allen an. Diese Zeitfrage haben wir auch bei Präsenz. Was ich feststelle, dass ich bei online Beratung, gerade bei 3 Monaten, offensichtlich viel mehr mit Medien arbeite. (...), So, halt, Informationen hochlade, die wir dann gemeinsam anschauen. Oder dann vielleicht in die Präsentation gehe (...). Da kann ich bei Präsenz in meinem kleinen Büro dem Klienten nicht PowerPoint zeigen. Das mache ich dann online.

Computergestützte Kodierung einzelner Kommentare und Unterordnung den inhaltlichen Kategorien.¹⁹

Code: Vorteile des Onlineformates (+)|Zeitersparnis

So, dass die Zeitersparnis dann einfach super Vorteil ist.

Kommentar	Anfang	Ende	Vorschau
	255	255	So,dass die Zeitersparnis dann einfach super Vorteil ist.
	345	345	Zeitersparnis für Patient
	351	351	Service und Zeitersparnis für die Menschen
	547	547	Wenn man sagt,ich brauche niemanden,der mich bringt und im Au
	611	611	Terminflexibilität der Klient*innen ist größer,da Wegezeit und
	616	616	Zeitsparen

Code: Vorteile des Onlineformates (+)|Flexibilität|örtliche Flexibilität 5 codierte Segmente (aus 1 Dokumenten,0 Dokumentgruppen)

Erleichterung für Klient*innen, die außerhalb wohnen

Kommentar	Anfang	Ende	Vorschau
	72	72	Also,ich habe vor allen Dingen online Beratungen gemacht,weil
	245	245	Aber bei der Gruppe hat das Online natürlich auch die Vorteile,
	247	247	Ich mache online lieber,wenn ich weiß, die kommen aus Bremen u
	349	349	von zu Hause durchführbar
	616	616	Erleichterung für Klient*innen, die außerhalb wohnen

Code: Vorteile des Onlineformates (+)|Flexibilität|örtliche Flexibilität 5 codierte Segmente (aus 1 Dokumenten,0 Dokumentgruppen)

Ich mache online lieber, wenn ich weiß, die kommen aus Bremen und haben eine weite Anfahrt.

Kommentar	Anfang	Ende	Vorschau
	72	72	Also,ich habe vor allen Dingen online Beratungen gemacht,weil
	245	245	Aber bei der Gruppe hat das Online natürlich auch die Vorteile,
	247	247	Ich mache online lieber,wenn ich weiß, die kommen aus Bremen u
	349	349	von zu Hause durchführbar
	616	616	Erleichterung für Klient*innen, die außerhalb wohnen

¹⁹ Beim Doppelklick auf die jeweilige Kommentarzeile (grün markiert) wird der komplette, im Transkript dazu gehörige codierte Satz, geöffnet.

Anhang D

Liste der MAXQDA-Codes

Liste der Codes		
Codesystem		463
Vorteile des Onlineformates (+)		18
Kostensparnisse		1
nachhaltig/ ökologisch		1
kein Risiko für die Ansteckungsgefahr		2
weniger Aufwand		2
Zeitersparnis		6
entspannter für die Klient*innen		2
Berücksichtigung der Risikogruppen		3
weniger Terminabsagen		1
Lerneffekte		2
Praktisch		5
Flexibilität		5
flexible Terminplanung		3
räumliche Flexibilität		3
örtliche Flexibilität		5
Beziehungsaufbau		8
Intensiver Austausch		2
spezifische Aspekte der online EB		8
primäre Indikation		15
PI: höhere Spezialisierung		1
PI: intensivere Beratungsmethodik		1
PI: mehr klientengerechte Beratung		1
PI: niederschwelliger Zugang		1
PI: größerer Einsatz der Medien		1
PI: Fachwissenvermittlung in sehr k...		2
PI: Einschränkung der Themen nur ...		4
MMK 7 Monate		5
MMK 7: Etablierung der Beratungst...		2
MMK 7: mehr Beratungsthemen dur...		4

Liste der Codes		
Zusätzliche Fähigkeiten		0
Rhetorik- und Stimmenseminar		1
Mentimeter		1
Whiteboard		1
Padlet		2
Mind Mapping		1
Umfragen		1
Skalenfragen		1
Breakout-Sessions		3
Skype		5
Microsoft Teams		1
Face Time		0
RED medical		4
Adobe Connect		1
CLICK DOC		9
ZOOM		18
Wahl der Beratungsform (Beraterinnen)		9
Online		2
Präsenz		2
Kombi		6
Wahl der Beratungsform (Klient*innen)		10
Kombi		1
Online		2
Präsenz		2
Erstreaktionen auf die Einladung zur Online...		0
Bereitschaft zum Ausprobieren		1
positive Überraschung		4
Ablehnung		2
Freude		4
Skepsis		2
Selbstunsicherheit		1

Liste der Codes	
☑ Nachteile des Onlineformates	16
☑ Datenschutz nicht ausreichend	1
☑ fehlende technische Ausstattung bei ...	1
☑ Bequemlichkeit als mangelhafte Aktivität	2
☑ mangelhafte Medienkompetenz der Kli...	3
☑ kein persönlicher Kontakt	3
☑ Technische Hindernisse	4
☑ niedrigere didaktische Umsetzung/ Ent...	2
☑ eingeschränkte nonverbale Kommunik...	3
☑ erschwelter Übergang zwischen Arbeit...	2
☑ Kostenfaktor	2
☑ höherer Stressfaktor	4
☑ Zeitaufwand	4
☑ Instabile Übertragungsqualität	6
☑ notwendige Kompetenzen im Onlineformat	10
☑ kontinuierliche Weiterbildung	2
☑ Umgang mit Abrechnungssystemen	2
☑ Zeitmanagement	2
☑ Lust auf die Kamera	3
☑ Motivations- und Organisationsgeschick	3
☑ klare Sprache	3
☑ Ruhe und Geduld	4
☑ Umgang mit der Technik	6
☑ Flexibilität	1
☑ Medienkompetenz	8
☑ Selbstorganisation und Selbstfürsorge	3
☑ Übergang von Arbeit zur Freizeit	1
☑ keine Unterschiede	3
☑ natürliche Lichtverhältnisse	1
☑ ergonomischer Arbeitsplatz	1
☑ ausführliche Vorbereitung	1
☑ Zeit-, Pausenplanung	5

Liste der Codes	
☑ Datenschutzaspekte	5
☑ Qualitätsstandard	1
☑ sozio-ökonomische Aspekte	10
☑ Geschlecht	1
☑ Alter	1
☑ gewisser Widerstand durch fehlende t...	1
☑ niedrige Bereitschaft im höheren Alter	4
☑ niedriges Selbstvertrauen im Umgang ...	3
☑ fehlende Medienkompetenz bei Kliente...	4
☑ keine Unterschiede	6
☑ bessere Bereitschaft durch bessere Me...	3
☑ bessere Akzeptanz durch höheren Bild...	4
☑ Einstellung der Klient*innen zum Them...	7
☑ kein Unterschied	10
☑ zu günstig	0
☑ zu teuer	0
☑ Online-Plattform gewährt, weil...	15
☑ digitale Beratungstools	16
☑ Schiebepfeil	1
☑ Spotlight	1
☑ Mentimeter	1
☑ Padlet	1
☑ Chat-Funktion	1
☑ Skalenfragen	2
☑ Zeichnen	1
☑ Vorführen der Präsentationen	3
☑ Bildschirmteilen	4
☑ Datenübertragung	2
☑ Whiteboard/ Flipchart	7
☑ Umfragen	1
☑ Breakout-sessions	5

Liste der Codes	
☑ Präsenz	2
☑ Kombi	6
☑ Wahl der Beratungsform (Klient*innen)	10
☑ Kombi	1
☑ Online	2
☑ Präsenz	2
☑ Erstreaktionen auf die Einladung zur Online...	0
☑ Bereitschaft zum Ausprobieren	1
☑ positive Überraschung	4
☑ Ablehnung	2
☑ Freude	4
☑ Skepsis	2
☑ Selbstunsicherheit	1
☑ Erwartungen zur Preisgestaltung für das O...	0
☑ zu niedrig	0
☑ zu hoch	0
☑ kein Unterschied zur Präsenz	9
☑ Feedback zu der Moderation und Durchfüh...	3
☑ Offene Bemerkungen	7
Sets	0
☑ Fokusgruppen-Sprecher	299
☑ Fokusgruppen 1+2 Transkript	0
☑ Fokusgruppe 1 am 11.12.2020 08	0
☑ I	95
☑ alle	0
☑ E 1	31
☑ E 2	20
☑ E 3	23
☑ E 4	29
☑ E 5	25
☑ Fokusgruppe 2 am 16.12.2020 08	0
☑ E 6	32
☑ E 7	23
☑ E 8	21

Anhang E

E-Mail-Anschreiben zum Fragebogen

Sehr geehrte Teilnehmer*innen,

mein Name ist (Vorname, Nachname der Forscher*innen). Ich studiere an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg im Fach Ökotrophologie. Im Rahmen meiner Abschlussarbeit und im Auftrag der Zentrale für Ernährungsberatung e.V. führe ich eine Befragung der Patient*innen der Adipositas Klinik der Schön Klinik Hamburg Eilbek durch zum Thema:

Onlinebasierte Ernährungstherapie im Rahmen der präoperativen adipositaschirurgischen Versorgung

Dabei geht es um das Thema Online-Beratung und um die Erfahrungen, die Sie damit gemacht haben.

Die Umfrage soll uns helfen herauszufinden, ob die neuartige onlinebasierte Beratungsformate angesichts steigender Digitalisierung aller Branchen, vor allem während der Corona-19-Situation, eine Auswirkung auf die Qualität der Ernährungsberatung/-therapie haben.

Da Sie unmittelbar von der Situation betroffen wurden, können Sie am besten auf sowohl Perspektive als auch auf die etwaigen tatsächlichen Defizite dieser Medienformate hinweisen.

Im Rahmen der Qualitätssicherung der Zentrale für Ernährungsberatung e.V. und dem persönlichen Anspruch das Beratungsangebot stetig zu verbessern, wären wir Ihnen für Ihre offene und ehrliche Meinung sehr dankbar.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt anonym. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt, sodass ein Rückfluss auf Ihre Person und Ihre Daten absolut ausgeschlossen ist. Die Beantwortung des Fragebogens dauert etwa 10-12 Minuten.

Mit Ihrer Einwilligung zum Datenschutz und zur Teilnahme an der Befragung wird ein Fragebogen freigeschaltet. Um an der Umfrage teilzunehmen, klicken Sie bitte auf den folgenden Link:

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Wir wünschen Ihnen alles Gute.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung bei dieser Umfrage!

XXX (Vorname und Nachname der Forscher*in) und Ihr ZEB e.V.-Team

Anhang F

Tabelle: Reflexion des Fragebogens

Leitfaden	Transkript der Fokusgruppe	Position des Codes im Transkript	Ergebnisse der Fokusgruppe	Inhaltliche Kategorie	Frage im Fragebogen	Bemerkung
Bock I, Unterfrage 1	Seiten 6- 9/ 47-48	54/ 58/ 62/ 66/ 437/ 439/ 441	Tab. 8	Erfahrung mit Online-Format	Frage 1	
Bock I, Unterfrage 2	Seiten 6-12 / 48-51	77/ 81/ 85/ 89/ 91/ 95/ 103/ 445/ 447/ 451/ 455/ 457/459/ 461	Abb. 7, 8	Kenntnisse der Beratungspraktiken (Agemeinwissen)	Frage 2	
Bock I, Unterfrage 2	Seiten 9-12 / 48-51	-	-	Anwendung der Beratungspraktiken bei ZEB e.V.	Frage 3	Ob und welche Online-Praktiken haben Klientinnen Ernährung?
Bock I, Unterfrage 3/ Bock III, Unterfrage 3/ Bock VI Offene Zusatzthemen	Seiten 12-14 / 37-39 / 51	115/ 117/ 119/ 121/ 123/ 241/ 243/ 245/ 253/ 310/ 312/ 417/ 421/ 457 555	Abb. 18 Tab.9 Offene Zusatzthemen	Ernährungsberatungsformen (Einzel-, Gruppen- oder Kombi-Beratung)	Frage 4	
Bock III, Unterfrage 3	Seiten 37-39 / 71-74	357/ 359/ 361/ 363/ 365/367/ 620/ 622/ 624/ 627	Abb.18	spezifische Aspekte der Vorbereitungskonzepte (MMK 7/ primäre Indikation)	Frage 5	
Bock II, Unterfrage 3	Seiten 29- 30 / 74-75	263/ 265/ 267/ 551/ 553/ 555/ 558	Abb. 14	Erstreaktion auf Onlineberatung	Frage 6	
Bock I, Unterfrage 4/ Bock III, Unterfrage 2	Seiten 8/ 11 /20-21/ 25-27/ 37/ 70	70/ 72/ 99/ 111/ 188/ 190/ 226/ 243/ 245/ 247/ 255/ 265/ 345-353/ 611-616	Abb. 17	Vorteile der Onlineberatung	Frage 7	
Bock I, Unterfrage 4/ Bock III, Unterfrage 1	Seiten 16-19 / 25/ 27/ 35-36 / 68-70	151/ 153/ 166/ 224/ 245/ 330-338/ 601-603	Abb. 16	Nachteile der Onlineberatung	Frage 8	
Bock I, Unterfragen 4+5+7/ Bock IV,	Seiten 18/ 61/ 64-67/ 77	162/ 535/ 553/ 558/ 582/ 641/ 645	Abb. 12	Beratungshilfen	Frage 9	

Offene Zusatzthemen						
Bock II, Unterfrage 4/ Bock III, Unterfrage 3	Seiten 31/ 38-39/ 65-66	168/ 272/ 274/ 276/ 280/ 282/ 284/ 357/ 359/ 361/ 365/	Tab. 10 Abb. 18	Fachkompetenz der Beraterinnen	Frage 10	
Bock I, Unterfragen 4+7	Seiten 15-17/ 21-22/ 36/ 40-42/ 52-53/ 58-59	151/ 218/ 483/ 285/ 517/ 519/ 521/ 535/ 633	Abb. 12	Beratungsorganisations- und -aufbau	Frage 11	
Bock I, Unterfrage 4/ Bock I, Unterfrage 6	Seiten 19-21/ 24/ 26-28/ 54-57	166/ 168/ 172/ 178/ 180/ 182/ 188/ 190/ 218/ 499/ 509/ 511/ 513	Abb. 8/ Abb. 10	Beratungs-Tools und Medienkompetenz der Beraterinnen	Frage 12	
Bock II, Unterfragen 1+5	Seiten 7/ 30/ 32-33/ 37/ 60/ 66-67	290/ 294/ 298/ 300/ 302/ 572/ 574/ 576	Tab. 10 Abb. 13	Persönlicher Bezug und Kontaktaufbaufähigkeiten der Beraterinnen	Frage 13	
Bock I, Unterfragen 4+5 / 7/ Bock II, Unterfrage 4/ Bock IV, Offene Zusatzthemen	Seiten 23-24/ 27/ 31/ 44/ 49/ 58/ 60/ 65-67/ 77	220/ 245/ 272/ 274/ 276/ 280/ 282/ 284/ 416/ 451/ 505/ 517/ 519/ 525/ 561-567/ 603/ 645/ 651/ 659	Tab. 10	Bewertung der Qualität und Zielführung der Online-Beratung	Frage 14	
Bock I, Unterfragen 4+5 / Bock II, Unterfragen 3-5/ Bock III, Unterfrage 3	Seiten 8-10/ 18/ 25/ 28-29/ 70/ 71	572/ 574/ 576/ 612/ 620	Tab. 10 Abb. 17	Emotionale Bewertung der Online-Beratung	Frage 15	
Bock I, Unterfrage 7/ Bock II, Unterfragen 1+2 Bock IV, Offene Zusatzthemen	Seiten 25-29	235/ 237/ 241/ 243/ 245/ 247/ 251/ 253/ 255/ 257	Abb. 13 Tab. 9	Auswahl der Beratungsform (im Falle einer Aufhebung der Kontaktschränkung)	Frage 16	
Bock II, Unterfrage 2	Seiten 28-29/ 79	251/ 253/ 255/ 257/ 525/ 529/ 535/ 543/ 545/ 547	Abb. 13 Tab. 9	Auswahl der Beratungsform (Prüfung)	Frage 17	
Bock I, Unterfrage 7/ Bock III, Unterfragen	Seiten 24-25/ 38/ 76	220/ 221/ 357/ 517/ 521/ 641/ 645/ 651	Abb. 12, 16, 17, 18	Dauer der Online-Beratung	Frage 18	

1-3 Block IV, Offene Zusatz- themen						
Block I, Unterfrage 6/ Block II, Frage 6/ Block IV, Offene Zusatz- themen	Seiten 23- 635/ 25/ 33- 35 / 67-68/ 76-78	306/ 308/ 310/ 312/ 314/ 582/ 584/ 586/ 641/ 651/ 653/ 659/	Abb. 15, 16, 17	Präsentation/ Wert- schätzung der On- line-Beratung	Frage 19	
Block III, Unterfrage 4	Seiten 41-42/ 75	387/ 391/ 395/ 637	Abb. 19	Akte	Frage 20	
Block III, Unterfrage 4	Seiten 40/ 73	378/ 389/ 624	Abb. 19	Geschlecht	Frage 21	
Block III, Unterfrage 4	Seiten 40/ 42/ 74-75	378/ 395/ 631/ 633/ 637	Abb. 19	Motivationshintergrund	Frage 22	
Block III, Unterfrage 4	Seiten 40-41/ 74-75	372/ 389/ 633/	Abb. 19	Bildungsgrad	Frage 23	
Block III, Unterfrage 4	Seiten 40/ 75	378/ 389/ 637	Abb. 19	Erwerbstätigkeit	Frage 24	
Block III, Unterfrage 2	Seiten 8/ 25/ 27/28/ 37/ 60/ 70	72/ 224/ 245/ 247/ 349/ 253/ 529/ 611/ 616	Abb. 19	Entfernung zum Bera- tungsort	Frage 25	
				Zusatzinformation	Frage 26	Feedback/ Anmerkungen/ Verbesserungs- vorschläge

Onlinebasierte Ernährungstherapie im Rahmen der präoperativen adipositaschirurgischen Versorgung

Sehr geehrte Teilnehmer*innen,

vielen Dank, dass Sie sich entschlossen haben an dieser Umfrage teilzunehmen!

Ziel der Umfrage ist es herauszufinden, ob die neuartige onlinebasierte Beratungsformate angesichts steigender Digitalisierung während der Corona-19-Pandemie, eine Auswirkung auf die Qualität der Ernährungsberatung/-therapie haben.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt anonym. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt, sodass ein Rückfluss auf Ihre Person und Ihre Daten absolut ausgeschlossen ist.

Die Beantwortung des Fragebogens dauert etwa 10-12 Minuten. Bitte beantworten Sie die Fragen wahrhaftig und vollständig.

Mit dem Ausfüllen dieser Umfrage stimmen Sie der Teilnahme an dieser Studie zu.

Wenn Sie Rückfragen haben sollten, schreiben Sie uns gerne eine E-Mail unter:

Vorname.Name@haw-hamburg.de (E-Mail-Adresse des Studierenden)

info@zeb-hh.de (Zentrale für Ernährungsberatung e.V.)

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

XXX (Vorname und Nachname der Forscher*in) und Ihr ZEB e.V.-Team

Anhang H

Datenschutz und Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch den*die Verantwortliche*n ein. Dabei gelten die Bedingungen, die nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zu gewährleisten sind:

- Verantwortlich für die Verarbeitung meiner Daten ist ZEB e.V. in Hamburg und HAW Hamburg, Ulmenliet 20, 21033 Hamburg
 - Meine Daten werden ausschließlich in Rahmen einer Abschlussarbeit zu den Forschungszwecken verwendet
 - Meine personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte übermittelt
 - Nach Art. 15-22 EU-DSGVO habe ich folgende Rechte:
 - a) Freiwilligkeit der Teilnahme
 - b) Widerrufsrecht
 - c) Auskunftsrecht
 - d) Berichtigungsrecht
-
- Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen dieser Abschlussarbeit einverstanden.
 - Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis stattfindet und ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Anhang I

Fragebogen

*Der Fragebogen beginnt mit allgemeinen Fragen zu Ihrer Erfahrung mit der Online-Plattformen.
Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aspekte an.*

1. Haben Sie bereits an einem Onlineformat (Videoberatung, Webinaren) vor der CO-VID-19 teilgenommen?

- regelmäßig
- ab und zu
- nie

2. Welche der folgenden Beratungsplattformen sind Ihnen bekannt?

(Mehrfachauswahl möglich)

- CLICK DOC
- RED medical
- Skype
- ZOOM
- Microsoft Teams
- Adobe Connect
- Face Time
- keine

Sonstiges:

3. Welche Online-Beratungsplattform(en) wurde von Ihren Ernährungsberater*innen verwendet?

4. An welchem Online-Beratungsangebot haben Sie teilgenommen?

- nur Einzelberatungen
- nur Gruppenberatungen
- Kombination aus Einzel- und Gruppenberatungen

5. Nach welchem präoperativen Vorbereitungs-konzept wurden Sie behandelt?

- MMK 7 Monate (lange Vorbereitungszeit)
- Primäre Indikation (kurze Vorbereitungszeit)

6. Wie war Ihre Erstreaktion auf das Onlineberatungsangebot der ZEB e.V.?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Skepsis
- Interesse
- Selbstunsicherheit
- positive Überraschung
- Ablehnung
- Freude
- Bereitschaft zum Ausprobieren

Sonstiges:

7. Welche Vorteile sehen Sie in der Onlineberatung?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Zeitersparnis (Fahrwege, Wartezeiten in der Praxis)
- Kostenersparnis (Fahrkosten)
- Flexible Terminplanung
- Örtliche Flexibilität (Beratung auch in weiterer Entfernung möglich)
- Räumliche Flexibilität (gewohnte Umgebung, Geborgenheit in „eigenen vier Wänden“)
- Kein Risiko für die Ansteckungsgefahr
- Keine Vorteile

Sonstiges:

8. Welche Nachteile sehen Sie in der Onlineberatung?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Technische Hindernisse (Netzinstabilität, Störungen bei Audio/Video-Chats)
- Unsicherheit im Umgang mit der Technik
- eingeschränkte nonverbale Kommunikation (Mimik, Gestik, Körperhaltung)
- eingeschränkter bzw. fehlender Blick- und Körperkontakt
- Fehleinschätzung des Befindens des Patienten/Klienten
- Notwendigkeit geeigneter technischer Ausstattung (PC, Tablet, Smartphon)
- Keine Nachteile

Sonstiges:

Um herauszufinden, wie Sie die Effektivität der Online-Beratung, sowie die persönlichen und emotionalen Fähigkeiten Ihrer Berater*innen in Hinsicht von Vertrauen und einer individuellen Bezugnahme einschätzen, beantworten Sie bitte folgende Fragen.

9. Waren die Inhalte der Online-Beratung für Sie interessant?

sehr	überwiegend	teilweise	nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Erschien Ihnen die Berater*in fachlich kompetent?

sehr	überwiegend	teilweise	nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Empfanden Sie den Beratungsablauf als gut durchorganisiert und medienkompetent?

sehr	überwiegend	teilweise	nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Sind bei der Online-Beratung verwendeten Beratungs-Tools (Materialien, Bilder, Folien, Broschüren, etc.) angemessen und hilfreich gewesen?

sehr	überwiegend	teilweise	nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Bezog sich der Inhalt der Themen auf Sie persönlich?

sehr	überwiegend	teilweise	nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Fühlten Sie sich mit Hilfe der Onlineberatung aus ernährungstherapeutischer Sicht für die bevorstehende Operation gut vorbereitet?

sehr überwiegend teilweise nicht

15. Haben Sie sich während der Online-Beratung wohlgeföhlt?

sehr überwiegend teilweise nicht

16. Wenn die Beratung zukünftig wieder auch in Präsenz möglich sein wird, würden Sie auch an einer Online-Beratung teilnehmen?

- ja
- nein
- eventuell

17. Welche Beratungsform würden Sie generell bevorzugen?

- nur Präsenz
- nur Online
- Kombination aus Präsenz und Online

18. Welche Beratungsdauer würden Sie als optimal empfinden, um alle notwendige Fachthemen ausreichend besprechen zu können?

- 30 -45min.
- 45-60 min.

Sonstiges:

19. Finden Sie, dass die Preise für die Online-Beratung gegenüber der Präsenz-Beratung sollen sein:

- niedriger
- höher
- gleich hoch

Sie haben es fast geschafft! Als letztes würden wir Sie noch um die Beantwortung einiger Fragen zu Ihrer Person bitten.

20. Wie alt sind Sie?

21. Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- männlich
- weiblich
- divers

22. Haben Sie einen Migrationshintergrund?

- ja
- nein

23. Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie?

- bis zum mittleren Schulabschluss (MSA)
- Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife
- beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre)
- Berufsfachschule, Handelsschule bzw. Fachhochschule
- Hochschule bzw. Universität
- anderen Ausbildungsabschluss (z. B. im Ausland erworben)

24. Welche Aussage beschreibt Ihre Erwerbstätigkeit während der COVID-19- bedingten Einschränkungen am besten?

- erwerbstätig am gewohnten Arbeitsplatz (in Präsenz)
- erwerbstätig im Home-Office
- erwerbstätig in Kombination Arbeitsplatz + Home-Office
- berufsunfähig /pensioniert
- sonstiges (wie z.B. Hausfrau, Ausbildung oder Weiterbildung)

25. Entfernung Ihres Wohnortes zum Beratungsort, ca. km

26. Haben Sie sonst noch Anregungen, Bemerkungen oder Verbesserungsvorschläge?

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Transkription der Fokusgruppen mit MAXQDA 2020

- Begrüßung
- Erlaubnis bzw. Einverständnis zu der „Du“-Form
- Erlaubnis für die Videoaufnahme erteilt bekommen
- Einzelheiten zum Ablauf der Fokusgruppe
- Input, Zielsetzung

1 Fokusgruppe 1 am 11.12.2020

2 (ntervewer n)

3 E 1 (MJ)

4 E 2 (JK)

5 E 3 (AZ)

6 E 4 (MN)

7 E 5 (ST)

8 E 6 (UH)

9 E 7 (TL)

10 E 8 (AA)

11

12 We entstand das Ganze? ch stelle mch kurz vor hr kennt mch zwar schon (Lachen) aber ch stelle mch noch mal kurz vor ch heiße N b n stolze 45 Jahre alt ch kann das offen sagen (Lächeln) (...) ch habe mch für enen anderen beruflichen Weg entschieden (...) meine Kinder sind jetzt groß und ch kann das machen was m r Spaß macht Momentan b n ch m 6 Semester und das st auch me n Praktikumssemester Das Thema der Bachelorarbeit hat s ch plötzl ch und rasant noch m Sommer entw ckelt ja (...) und es war tatsächl ch mögl ch dass ch n Rahmen einer empirischen Untersuchung d h verbunden m t Praktikum praxsbezogen diese Bachelorarbeit schreiben kann Das Thema st ja bekannt (Seufzen) hr alle wurdet best mmt m t diesem Wort „Corona Pandemie“ ganz v ele Male konfrontert Aber das st tatsächl ch das was (...) das Thema für meine Arbeit g bt Weil (...) hr musstet alle auf einmal (...) als Corona Pandemie ausbrach m t der Frage konfrontert Was (...) we soll das jetzt gestaltet werden? Also auf einmal von Präsenzveranstaltung auf onl ne umste gen und dabe darauf achten dass qual tat v alles läuft ncht schlechter als n Präsenz (...) Da müssen versch edene Faktoren berücks cht gt werden von der Vorbereitung bs zur

Durchführung, technische Kenntnisse, alles Mögliche. Und, nicht zuletzt ist es wichtig zu wissen, wie reagieren eigentlich die Klienten auf diese digitale Form der Beratung, (...) was sie denken, was für Wünsche sie haben, wie sie es einschätzen? Und, das ist eigentlich die Fragestellung der Bachelorarbeit. Also, ich möchte ganz konkret mit einer geeigneten Zielgruppe und das ist, (...) die Zielgruppe der Patienten von der Schön Klinik erfahren, wie zufrieden sind sie mit der präoperativen adpos tasch rg schen Versorgung sind. Und, wie hoch die Experten ausgerechnet für diese Zielgruppe sind, ist eure Meinung umso wichtiger und von der großen Bedeutung. Weshalb ist diese Gruppe entstanden (Lachen), diese Fokusgruppe (...) Idee der Fokusgruppe. So, (...) ich bin eben schon nervös, man merkt das (Lächeln), (Seufzen), alles klar, gut.

13 Dieser entwickelten Fragebogen sollte nicht nur Antworten geben, was ich davor gesagt habe, (...) über die Wünsche und Erfahrungen der Klient*innen mit der online-Beratungsmethode, sondern eigentlich sollte möglichst daraus erlangtes Wissen, eine Basis für die zukünftige Qualitätssicherung und (...) Weiterentwicklung aller Beratungsverfahren der ZEB ergeben... eigentlich. Ich hoffe, dass daraus was Großartiges rauskommt (...) so. Ich möchte euch bitten, euch tatsächlich eure persönliche Meinung zu sagen und (ahm) möglichst nicht von den Antworten der Kolleginnen beeinflusst zu werden. Einfach das, was ihr, nur ihr denkt einfach sagen, losgehen und (...), ja, dann (...), wenn keine weiteren Fragen zum Aufbau bestehen, dann würde ich sofort mit der Präsentation starten (...). Gibt es Fragen?

14 Alle lächeln und schütten dabei verneinend mit dem Kopf

15 I:

16 Alles klar. So, dann, den Bildschirm freigeben. Jawohl! (Lächeln). So, kann man das sehen? Kann man mich auch gut

2/79

..l { hören?

17 I:

18 Okay. Als Erstes. Ich kenne euch alle, aber trotzdem (...) eine kurze Vorstellungsrunde mit diesen wichtigen Fragen (...), Name, wie lange ihr schon als Ernährungsberaterinnen arbeitet, Dauer der Teamzugehörigkeit, bei ZEB, nicht bei der Schön Klinik, Arbeitsschwerpunkte, eventuelle Zusatzqualifikationen und wie groß, schätzungsweise, der prozentuale Anteil der baratriischen Patienten ist? Also, (...) dann einfach, wer möchte als erste anfangen, einfach vorsegen, das wird ja aufgenommen, (...) ich muss ja nicht mitschreiben, deshalb können wir ja das schon machen (Lächeln). Wer möchte anfangen? (Lächeln)

19 E 1:

20 Dann fange ich an! Mein Name ist E1. Berufserfahrung als Ernährungsberaterin seit (...) 11 Jahren. Dauer der Teamzugehörigkeit (...), da bin ich mir nicht ganz sicher, aber ich glaube (...), seit 10 Jahren, ich glaube seit 2010. Arbeitsschwerpunkte (...) ja, (...) Ernährungs- und Gruppenberatungen, Adipositas, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen im Schwerpunkt. QUTHEB als Zusatzqualifikation. Also (...), also, ja, als Zertifizierung so zu sagen (...). Zusatzqualifikation im Bereich Fettstoffwechselstörung und MI oder WOOP, Methode WOOP. Der Anteil der baratriischen Patienten (...), da ich auch angestellter bin, sind, also, meiner Selbstständigkeit sind 80 bis 90% und auf die ganze Woche bezogen, ist es vielleicht 50-60%.

21 I:

22 Okay. Danke.

3/79

23 E 2:

24 Dann würde ich einfach weiter machen (Lächeln). Also, mein
Name ist E 2.

25 Berufserfahrung als Ernährungsberaterin (...), ja, ich habe 2014
mit einem Praxissemester in der Schön Klinik gestartet und bin
dann auch kurz danach, also seit 2015 offiziell zum ZEB-Team
gekommen. Mache seitdem Ernährungsberatung, genau, (...) hab
ja seit 6 Jahren insgesamt in der Nachsorge gemacht. Also, nach der
Operation, bis dieses Jahr. Ahm, Arbeitsschwerpunkt ist ja, Ernährungs-
beratung und Einzelberatung. Meine Zusatzqualifikation (...), also, ich
bin bei der DGE zertifiziert. Und mein Anteil der bariatrischen
Patientinnen ist tatsächlich 100% im Moment (...), also, nur
bariatrische Patientinnen.

26 I:

27 Vielen Dank. E 3?

28 E 3:

29 (Lächeln). Ich bin E 3. Ich bin jetzt seit 20 Jahren schon in der
Ernährungsberatung, aber in ganz verschiedenen Feldern. Und
dann in der Onkologie und (...), jetzt aber mit Übergewichtigen
Patienten auch schon und immer wieder. Und, angebeschäftigt
gewesen. Und, in der ZEB bin ich seit 16 Jahren, in dem Team
hier seit 3 Jahren. Und, (...) Arbeitsschwerpunkte sind
Adipositas und Gastro, mache ich noch ein bisschen aber nicht
ve, (...) und Einzel für Erwachsene, Kinder und Jugendliche.
Und, (...) die Zusatzqualifikation ist VDOE-Zertifizierung und bin
psychologische Beraterin. Und, der Anteil der bariatrischen ist,
(...) 90%.

30 I:

31 Okay. Dankeschön. E 4?

32 E 4:

..E 4 { 33 Ich?

34 I:

..I { 35 Ja (Lächeln)

36 E 4:

37 Okay. Ich hab's gar nicht gehört (Lächeln). Ahm, ja, ich bin E 4. Berufserfahrung als Ernährungsberaterin, würde ich sagen, (...) 11 Jahre ungefähr, wie ich vorher in der Nephrologie gestartet habe, daher Nephro- und Adipositaschirurgie. Und arbeite nebenbei in anderen Bereichen. Das sind, hat, Fortbildungsveranstaltungen und, ja, so was hat. Noch mal was zu der Dauer der Teamzugehörigkeit (...), seit 2012. Arbeitsschwerpunkte daher bariatrische Chirurgie vor allen Dingen, und dann, hat, die Nephro, wo ich, hat, im IFW, z.B. Weiterbildung- Qualifikation mache oder, hat, auch, andere Bereiche, wo ich Weiterbildung- Qualifikation mache. Zusatzqualifikation ist, ahm, VDOE und möchte mich jetzt auch zur Weiterbildung ausbilden. Und, der prozentuale Anteil (...), O, Gott, das kann ich gar nicht sagen, aber wahrscheinlich so, wie bei E 3 (...)

..E 4 o

38 I:

..I { 39 Schätzungsweise?

40 E 4:

41 Ja, 90%. Schon ziemlich hoch. A so, wenn es das jetzt Patienten sind. Ich möchte mich, hat, noch mehr ausbauen, hat, mit ganz anderen Sachen, die ich habe.

..E 4 o

42 I:

..I { 43 Vielen Dank. Okay.

44

E 5:

45

Ja, guten Morgen in der Runde! Ahm, E 5. Ehm, Berufserfahrung (...), seit 1990, das sind, verdammt, jetzt um die 30 Jahre. Dauer der Teamzugehörigkeit zur ZEB (...), ich meine 8 Jahre. E bek-Team seit jetzt 4 Jahren (...) E1, ich weiß jetzt gar nicht genau, wann ihr mich gefragt habt (...). Arbeitsschwerpunkte sind Adpositas, aber nicht nur baratrischen, sondern auch konservative Prävention als auch Therapie, Gastroenterologie und Beratung der Menschen mit gestörter Behinderung. Zusatzqualifikation, (...), ich bin von Hause aus Hauswirtschaftlerin, Diplom Ökotrophologin und Systemische Therapeutin. Und, der prozentuale Anteil, das habe ich gerade echt überlegt, (...) also, Betriebswirtschaftlich würde ich sagen 50%, sonst, was meine Zeit angeht, würde ich vielleicht jetzt gerade auf 70% schätzen.

..E 5

46

I:

..I {

47

70%, okay. Dankeschön.

48 E 4:

49

Ich würde mal korrigieren, wie E 5 gesagt hat. Ich habe nicht nur chirurgischen, sondern auch Adpositas- und Essstörung-Patienten, die ich auch parare, die würde ich auch neuen Topf nehmen.

..E 4

50

I:

51

Veien Dank. Okay. Das war die Vorstellungsrunde. Wir übergehen zum ersten Fragebogen „Berufserfahrung mit der Onlineberatung“.

52

Und, geschiede erste Frage. Haben Sie schon vor dem Lockdown überhaupt die Onlineberatungen durchgeführt? Entweder ja, nein oder ab und zu. Falls doch ab und zu, wenn ja, dann gab es schon irgendwelche Erfahrungen? Erzählen Sie bitte kurz, was würden Sie sagen? Hat jemand das schon gemacht? Vor Corona?

..I

6/79

	53	E 4:
..E 4 { } ..Skype	54	Ja. 2. Skype-Beratung schon gemacht.
	55	E 2:
..E 2 { }	56	3. Ne.
	57	E 3:
..E 3 { }	58	Ich habe telefonisch, aber nicht online. 3.
	59	I:
..I []	60	Gab es irgendwelche Erfahrungen, etwas Besonderes, was Ihr dazu sagen könnten? Damals, vor der Corona?
	61	E 4:
..E 4 { }	62	2. Also, ich habe es ganz selten gemacht. Wie es dazu kam? Die Notwendigkeit. Vorher war das eine Service und jetzt wurde es ab April die Notwendigkeit. Um die Patienten gut zu versorgen, aber auch auf dem Arbeitsmarkt zu bleiben. Jetzt ist auch ganz anderer Druck dahinter, so eine Art Verpflichtung.
	63	I:
..I { }	64	Ja, vielen Dank. Möchte noch jemand was dazu sagen?
	65	E 1:
..E 1 { } ..Intensiver Austausch ..Beziehungsaufbau	66	2. Ja, ich. Also, ich habe schon jahrelang Webinare für die Krankenkassen regelmäßig gemacht, als Präventionsbereich, (...). Und da fand ich schon immer irgendwas ganz erstaunlich, dass die Patienten manchmal sogar intensiv zuhören, also, wenn man noch Headset hat und die Teilnehmer auch. Aber da haben wir uns nicht gesehen. Die Technik, mit der ich da arbeite, das ist kein Sehen nur miteinander Hören, aber total intensiv Austausch! Das fand ich schon immer faszinierend, wie nah man sich doch sein kann, wie gut man die Beziehung aufbauen kann, bzw. wie die sich öffnen können. Es ist natürlich unterschiedlich in so einer Setting.

67 I:
68 A es klar. Okay. Sonst?

69 E 4:



70 Ja, a so (...), darf ch da noch ma ergänzen, was E 1 gerade sagt? Ja, und ch habe das Gefühl, dass es zum Teil verst, a so, nsofern, dass es da ein wenig Distanz dazwischen ist. Für manche ist diese Distanz besser offensichtlich, um über sich zu sprechen, als direkt im Raum gegenüber zu sitzen.

71 E 5:



72 2. Das würde ich nicht sagen! Also, ich habe vor a einigen Monaten online Beratungen gemacht, weil sie 200-300km weg wohnen, habe ich vorher auch immer gemacht.

73 I:

74 Gut. Ich würde sagen, dass wir das Thema im Verlauf der weiteren Fragen ein bisschen später vertensieren werden. Das war jetzt nur ein Einstieg sozusagen. Deshalb werde ich gerne zu nächsten Fragen übergehen und deutet:

75 Welche online-Plattform(en) verwenden Sie? Aber jetzt aktuell. Und, warum haben Sie sich für diese Plattform entschieden? Ich habe schon bei unseren Qualitätszirkel Ad hoc Chats am 27.11.20 einige Informationen aufgeschrieben, wo sich schon einige von euch zu diesem Thema geäußert haben. Es wurden CLICK DOC, RED media, ZOOM, Face Time genannt. Und zwar, ich habe Daten von E 2, E 3, E 5. Deshalb würde ich gerne E 1 und E 4 darüber zusätzlich befragen, wenn es geht?

76 E 1:



77 Ja, ich nutzte ZOOM, CLICK DOC und Adobe Connect. Das ist dann diese Präferenzplattform. Das ist auch so eine Software (...).

78 I:

	..i	79	Gibt es bestimmte Gründe, warum du dich für diese Plattform entschieden hast? Gibt es größeren Sicherheitsaspekte?
		80	E 1:
..CLICK DOC		81	A so, CLICK DOC verwenden ich immer angestrichelten Tätigkeiten. Das ist es einfach die Vorgabe, da es Datenschutz konformer ist. Deshalb muss ich verwenden. Und, (...) für ZOOM habe ich mich entschieden, als wir den ZEB als online uns dazu entscheiden haben, (...), da kommen wir sicher noch später dazu. Ich finde ZOOM auch sehr komfortabel, aber die Datenschutzgeschichte ist sicher noch ein Thema (...). Und Adobe Connect nutze ich, weil der Anbieter, für den ich die Kurse durchführe, das zur Verfügung steht.
Online-Plattform gewählt			
Datenschutzaspekte			
..ZOOM			
Online-Plattform gewählt			
	..E 1		
Online-Plattform gewählt			
		82	I:
	..i	83	Würde vielleicht noch jemand was dazu sagen, aus welchen Gründen ihr die bestimmten Plattformen bevorzugen?
		84	E 4:
..ZOOM		85	Ich nutze ZOOM und ich werde auch regelmäßig zu Microsoft Teams eingeladen. Und muss dann sagen, dass ich nachher froh bin, dass ich mich für ZOOM entschieden habe, weil (...), ich finde das sehr flexibel. Wir haben in diesem Jahr das fünfte Update gemacht, was mir jetzt in Richtung Datenschutz etwas sichereres Gefühl gibt. Aber, ich habe seit Montag das Gefühl, dass der Account offensichtlich an manchen Situationen überfordert ist. Ich weiß nicht, wie es den anderen geht (...) Mit guter Technik war die ganze Veranstaltung ganz schwierig, (...) und mein Mann hatte auch ganz ähnliche Erfahrungen. Also, insofern, ist es ja sehr spannend, was jetzt noch kommt, was in der Zukunft passieren wird.
..Microsoft Teams			
..Flexibilität			
Online-Plattform gewählt			
..E 4			
		86	I:
	..i	87	Könnte vielleicht noch jemand zur Übertragungsqualität, zu den Lizenzkosten oder zu der Bandbreite was dazu erwähnen? Gibt

<p>..i</p>		<p>es was Besonderes bei diesen Plattformen, eure Meinung nach?</p>
<p>88</p>		<p>E 3:</p>
<p>89</p> <p>..Instabile Übertragungsq ..CLICK DOC ..E 3 ..ZOOM Online-Plattform gewählt, weil...</p>		<p>A so, nach dem es bei QZ Ad-Ch ma gesagt wurde, dass CLICK DOC nicht so stabil wäre, hatte ich tatsächlich diese Erfahrung. Das sind zwar nur Momente, aber es natürlich trotzdem störend. Da ist ZOOM, habe ich das Gefühl, stabil.</p>
<p>90</p> <p>91</p> <p>..Skype Online-Plattform gewählt, w ..E 5</p>		<p>E 5: Ich nutzte auch Skype, aber nur wenn die Klienten das als Vorbezug haben. Da orientiere ich mich an den Klienten-Interessen.</p>
<p>92</p> <p>93</p> <p>..CLICK DOC ..CLICK DOC ..E 1 Online-Plattform gewählt, w Datenschutzaspekte</p>		<p>E 1: Bei CLICK DOC ist es auch so, dass man nur bestimmte Browser nutzt. Also, man kann die Bildschirmfreigabe machen, aber nur, wenn der Klient, mit dem man sich unterhält. Bei Gruppen ist es natürlich größere Herausforderung (...), obwohl die Gruppen auch begrenzt sind (...). Bei CLICK DOC kann man keine großen Gruppen bedienen und die bestimmten Browser vermeiden die Möglichkeit, eine Bildschirmfreigabe zu gestatten. Es ist natürlich so, dass der Datenschutz dadurch gesichert wird aber ist dann auch kompliziert, wenn man sich mit mehreren einzelnen CLICK DOC Raum verabredet und einer sich dann nicht korrekt angemeldet hat und dann die ganze Freigabe nicht mehr möglich ist. Dafür kann man, (...) obwohl, das kann man auch bei ZOOM, die Daten hochladen, ja (...). Dann ist es die Konsequenz, wenn man Datenschutzkonform sein möchte, dass man dann auf die Möglichkeit manchmal verzichten muss.</p>
<p>94</p> <p>95</p> <p>..CLICK DOC ..E 3 ..ZOOM</p>		<p>E 3: Ja, aber das ist bei CLICK DOC schon schön, wenn man was hochlädt, können die Klienten das auch gleich runterladen. Man</p>

<p>..E3 ..ZOOM</p>		<p>muss es nicht, wenn man runterladen will, das extra ins Chat stecken. Das ist es ja so bei ZOOM.</p>
<p>..E1 ..Praktisch</p>	<p>96 97</p>	<p>E 1: Ja, stimmt! Es ist sehr praktisch.</p>
<p>..CLICK DOC Vorteile des Onlineformate: ..E3 ..ZOOM</p>	<p>98 99</p>	<p>E 3: Dafür sieht man die Maus nicht, bei CLICK DOC. Also, der Patient kann nicht den Zeiger sehen. Ich kann ja bei ZOOM mit meiner Mauszeiger auf dem Dokument zeigen.</p>
<p>..I</p>	<p>100 101</p>	<p>I: Aha, bestmögliche Tools sind nicht vorhanden, ja? Gut.</p>
<p>..ZOOM ..E2 Online-Plattform gewählt, weil</p>	<p>102 103</p>	<p>E 2: Ich möchte noch gerne kurz sagen (...), also, ich habe mich dann länger mit dem Thema beschäftigt und ich fand auch presschen Unterschied. Das fand ich der ZOOM als eines der günstigeren Anbietern im Vergleich zu den anderen, die ich gefunden habe. Und ich finde auch die Bedingungen total sehr besterklärend. Man kann sich da wirklich schnell reinlesen und, auch wenn man technisch nicht so gut ist. Die Anwendungen sind wirklich total und nicht so umfangreich.</p>
<p>..I</p>	<p>104 105</p>	<p>I: Okay, vielleicht auch was dazu. Habt ihr euch auch mit der Frage beschäftigt, ob es kurze Lernvideos bei diesen Programmen gibt's, die zum Selbsterlernen für die Anwendung bestmögliche sind?</p>
<p>..E1</p>	<p>106 107</p>	<p>E 1: Okay, am Anfang war es ein Thema. Da haben wir ein kleines Word-Dokument zur Anleitung für die Teilnehmer gemacht. Jetzt mittlerweile merkt man, dass die alle schon so fit sind, weil sie irgendwo schon selber drei, vier, fünf, zehn Male bei der</p>

..E 1		Besprechung waren. Das ist nicht mehr das Thema, wie am Anfang. Auf jeden Fall. Ist nur keine Hürde, nicht größere.
	108	I:
..I	109	Aes klar. Gut. Dann würde ich zu der nächsten Frage übergehen.
	110	E 3:
..ZOOM	111	Ja, vielleicht noch was kurz! Was schade ist, dass bei ZOOM die Patienten was auf den PC laden müssen. Also, die müssten was speichern. Und bei CLICK DOC ist die Datenschutzerklärung mit drin, also, müsste man vorher gar nichts unterschreiben lassen, sondern die Nutzungsbedingungen werden online angeklickt. Findet sich auch gut. Ein Reservierte !
..E 3		
..CLICK DOC		
Datenschutzaspekte		
	112	I:
..I	113	Ja. Gut. Danke schön. So, die nächste Unterfrage lautet (...). Es geht ja die Zeit zwischen Mai und Oktober 2020, wo wir keinen Lockdowns hatten (...), was würdet ihr sagen, schätzungsweise, wie viele Prozent der Beratungen ihr online und wie viele ihr in Präsenz gemacht habt? Auch nur schätzungsweise (...), kurz nachdenken (...).
	114	E 4:
..E 4	115	Also, von den Einzelberatungen hatte ich ca. 90% dann wieder in Präsenz gemacht. Die online dann ca. 10-18, oder 20%. Aber die Onlineberatungen hatten auch mehr Hintergrund, dass, wie E 5 schon sagte, dass die Patienten von weiter her kamen. Die Gruppen habe ich zum Teil weiterhin beiden Formen angeboten und es war eine echte Serviceleistung.
	116	E 5:
..E 5	117	Ich glaube, ich habe ähnlich gemacht. Ich hatte tatsächlich auch dann im Sommer wieder mehr Einzelberatungen real. Ich

- ..E 5
- müsste überlegen, we ve e , aber ch war weder mehr n der K n k tatsäch ch. On ne hatte ch mehr n der Gruppe, aber be m E nze gespräch, da ch nur wen ge Hyg enemaßnahmen hatte, hatte ch mehr rea . Ich kann es n cht e nschätzen (...), ch we ß es n cht (Lachen). We ch vermute, dass ch fa sch ege. A so, E nze beratungen ve e e cht 70-80, a so 80 %. Kann auch vo daneben se n.
- 118 E 1:
- 119 Gruppe 100% on ne und E nze beratungen auch ve e e cht nur 50%. We , m ersten Te von Ma und Anfang Jun war dann höher, und dann m Durchschn tt b s Oktober würde ch sagen, waren d e E nze beratungen fast a e m Rea .
- ..E 1
- 120 E 3:
- 121 Ich würde schätzen, 30% persön ch, 70% on ne. Bez ehungswe se, te e fon sch habe ch auch e n ge gemacht.
- ..E 3
- 122 E 2:
- 123 Ich b n noch am Über egen (...). A so, ve e wo ten dann weder persön ch kommen. Aber ve e auch dann gerne we ter on ne machen. A so, ch schwanke so zw schen 50/50 und 60/40. Es war tatsäch ch fast ausgeg chen. Ich gaube aber, ch hatte tatsäch ch e n b sschen mehr Präsenz. A so, ve e e cht 55 zu 45% (Lachen).
- ..E 2
- 124 I:
- 125 Ja, okay. Danke.
- ..I
- 126 E 4:
- 127 E ne Frage. We e stufst du denn te e fon sche Beratungen e n? Ist es eher on ne oder st es eher Präsenz?
- ..E 4
- 128 I:
- 129 De te e fon schen werden n cht berücks cht gt. Es werden
- ..I

13/79

..1 |
tatsächlich nur digitale und nicht telefonische Beratungen
wahrgenommen. Manchmal gibt es zwar die Störungen, wobei
die Kameras ausgesetzt werden, aber es geht jetzt um diese Art
der Kommunikation, explizit.

130 E 2:

..E 2 |
131 Da müsste ich mich dann aber korrigieren. Denn ich habe noch
ca. 10% telefonisch, die gar keine Online möchten und nur
telefonisch möchten, weil es technisch das nicht hinkriegen.

132 E 3:

..E 3 |
133 Da würde ich mich auch korrigieren. Da würde ich 40/60 %
sagen.

134 I:

135 A es klar! (Lächeln). Es geht um den Computer, um den
Internetübertragung. Es ist mein Fehler. Ich sollte früher
konkretisieren. Nun, dann die nächste Frage:

136 Welche Kompetenzen Ihrer Meinung nach benötigen Sie, um
die Ernährungsberatung im Online-Format überhaupt
anzubieten?

..1 |
137 Was ich darunter verstehe, sind vielleicht bestimmte
Kommunikationsfähigkeiten, oder bestimmte Methoden der
Onlinepräsentationen, Sprachtechniken, Kompetenzen in
Fragen Medaigestaltung, (...) sich auskennen überhaupt. Also,
was es, was ihr für wichtig hätte. Was denkt ihr?

138 E 2:

139 Also, was ich natürlich gemacht habe, die ganzen Unterlagen,
die ich ja sonst den Patienten persönlich gebe, habe ich alle
digitalisiert. Ich habe auch viele Power Point Präsentationen
erstellt, zu verschiedenen Themen (...), um den Patienten auch
die Zusammenhänge zu zeigen. Das war eigentlich das, was

notwendige Kompetenzen im

..E 2

14/79

notwendige Kompetenzen im
..E 2

man sich aneignen sollte. Sprachlich finde ich, gibt es keinen Unterschied zur persönlichen Beratung.

..Medienkompetenz

140

E 5:

141

Ganz wichtiger Punkt ist: Verständnis für diese Medien. Also, ich habe einige Kompetenzen, die sagen dann selber: "Ich verstehe das nicht, weil es mit dem Online geht. Ich weiß aber nicht, das mit dem Klicken und das alles funktioniert mit dem Computer und das ist mir alles zu kompliziert." Das ist also Medienkompetenz. Das ist ein ganz ganz wichtiger Punkt. Da haben einige Schwierigkeiten. Ich weiß nicht, weil es euch damit geht, aber ich habe mittlerweile Kompetenzen, die sagen: „Ich verstehe das nicht!“ Also, manchmal helfen deren Kinder. Die Kinder in der Schule, die können es dann ziemlich gut, aber ich habe einige Kompetenzen (...) Thema „Medienkompetenz“.

notwendige Kompetenzen im
..E 5

142

I:

143

Du meinst jetzt, was die Kompetenzen benötigen, wenn ich richtig verstanden habe. Die Frage richtet sich aber mehr an euch als die Moderatorinnen, diejenigen, die Beratung moderieren. Es ist verständlich, dass die Kompetenzen das auch verstehen müssen, können irgendwie, aber an der ersten Stelle würde mich interessieren, was ihr persönlich an Fähigkeiten mitbringen so tut, um die Patienten dann begleiten zu können?

..Umgang mit der Technik
..Flexibilität
notwendige Kompetenz
..E 3

144

E 3:

145

Umgang mit der Technik und Flexibilität. Wenn manchmal ein Medium ausfällt, oder mit dem Computer nicht mehr geht, dann guckt man, ob es mit dem Handy geht z. B. Also, an gewissen Stellen braucht man mehr Flexibilität.

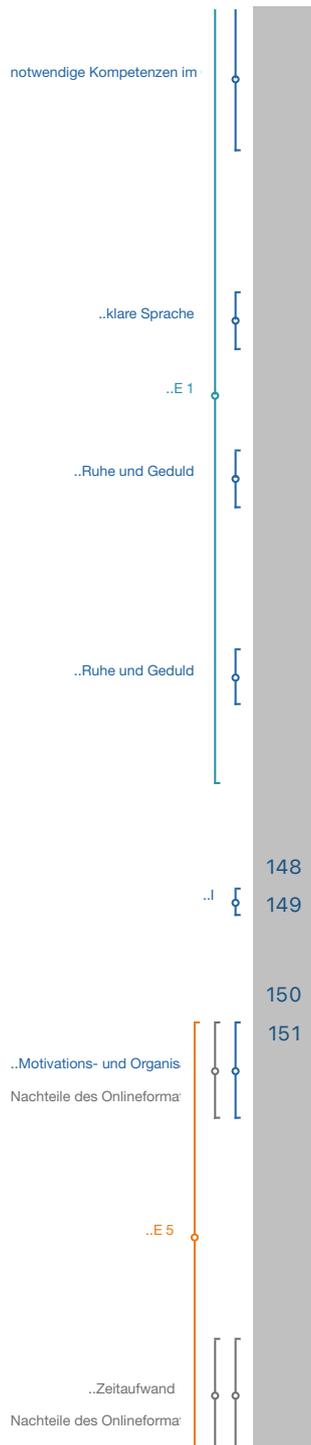
..Ruhe und Geduld
notwendige Kompetenzen
..E 1
..klare Sprache

146

E 1:

147

Man braucht auch eine Ruhe. Ruhe, wenn man merkt, dass es so viele Leute angeendet sind und es sind noch nicht alle dabei (...) Man braucht auch eine klare Sprache. Ich habe immer



jemanden in der Gruppe, der die Kamera vielleicht aushaben oder wo sie nicht aktiv machen wollen. Da muss man ganz anders kommunizieren und ganz klar sagen, also aktivieren habe sogar manchmal das Gefühl. Wenn man die Präsentation sieht, sieht man sich so wie wir jetzt, dass man dann der Stimme tatsächlich anders steht, als wenn man eins zu eins in der Beratung verwenden kann, eine Frage stellen kann und dann ein bisschen warten kann. Es ist in einer Gruppenberatung online so, dass man sehr klar und sehr ruhig sprechen muss. Und, wie eben unterschiedliche Qualitäten des Hörens dabei sind, der eine hat ein Headset, der andere hat nicht so gut funktioniert (...). Die Ruhe, wie es eben gerade die Patienten sind, die manchmal nervös waren, dass sie das nicht schaffen. Man dann anbietet, sich schon früher einzuloggen, und einfach ruhig zu warten und zu sagen: ja, das kriegen Sie schon hin. Wir telefonieren, damit wir zusammen reinkommen oder (...), dann kappt es eigentlich schon immer. Also, da braucht man eigentlich echt eine Ruhe. Dann fängt man 5 Minuten später an und man versucht, nicht unbedingt 5 Minuten länger zu machen. Das ist dann vielleicht dann auch eine andere Kommunikation.

148

I:

149

Danke.

150

E 5:

151

Und, vor allem braucht man sehr, sehr gutes Organisationsgeschick. Das ist wesentlich organisationsaufwändiger als du eine reale Beratung machst. Aende Vorbereitung. Aende, das gut dabei ist aufstellen, dass man niemanden vergisst, damit die alle eine gute Einladung bekommen und, hat, z.B. die Buchhaltung (...). Was weiß ich, wenn sie alle z.B. bei der Präsenzschiung sind, dann kriegen alle eine Quittung, dann bezahlen sie, dann hast du das hinter dir. Und hier musst du ja eine ziemlich komplizierte Buchhaltung machen. Also, ich finde das von Zeitaufwand



wesentlich aufwendiger. Oder dann, hat, die ganzen Sachen danach schicken (...) und in der Präsenzberatung, da gibt du den Leuten danach ein Handout. Das machst du dann nach Zahlung und dann bekommen sie das dann, und wer nicht zahlt, bekommt dann keine Unterlagen. Also, da habe ich dann strikte Regeln, weil man sonst ziemlich viel hinter Gedherrennt.

152

E 4:



153

Mit der Medienkompetenz möchte ich auch etwas aufgreifen. Es war schon am Anfang für mich sehr aufregend und auch jetzt ist der Stress für mich ziemlich höher als in Präsenz. Ich habe manchmal verglichen mit den Zeiten von Power Point, wo es beim richtigen so ganz schön funktioniert hat (...) Oder es fehlt bei mir manchmal dieses technische Gefühl dafür. Ich weiß nicht, wie ich das beschreiben soll. Es ist so das Eine. Das Zweite ist man braucht klare Regeln, gerade, wenn jemand die Kamera ausmacht. Meine Kollegen sagt immer so: „Man stützt einen Levesemnar mit einer Tüte auf dem Kopf“. Und immer wieder daran erinnern (...) Kamera aus! Kamera an! Auch Transparenz dafür haben. Ansonsten, ich brauchte am Anfang etwas mehr Kompetenz, um die anderen mehr ins Gespräch zu bringen und dann bin ich bei E 1, ein bisschen mehr Ruhe zu haben (...), man hat, ja, nicht einen Blickkontakt in der Runde so...Es ist anstrengend, man guckt auf eigene Power Point, ich muss gucken, dass die Technik kaputt und, dass die Einzelnen auch den Blick haben möchten. Und das ist hier auch so, dass ich nicht alles sehe, nur die, die in der Reihe passen. Und das finde ich ein bisschen so (...) wie ein schwarzes Loch, ich weiß nicht, wie ich es erklären soll (...) Aber, wenn die Gruppe sehr groß ist, dann sehe ich die nicht alle. Das sind so meine Erfahrungen.

154

I:



155

Ich muss euch auch jetzt sagen, dass ich euch nicht alles sehen kann und immer diese Schicht hoch und runter schieben muss. Aber, wenn dann noch 15-20 Teilnehmer sitzen, dann ist

		..I	156	es noch komp z erter. Möchte noch jemand was dazu sagen, sonst würde ch gerne zu der nächsten Frage weiter gehen?
			157	E 2:
			158	Ich würde gerne noch was sagen, und zwar, ch versuche mmer n d e Kamera zu gucken, so, dass ch d e Leute d rekt angucke, sehe d e aber dann n cht, we ch eben n me ne Webcam schaue. Ich versuche manchma zu wechse n, aber es st schw er g, we ch d e Kamera angucke und n cht d e Menschen d rekt (Läche n). Dam t d e Menschen das Gefüh haben, ch gucke s e an. Aber für m ch st es dann manchma schw er g.
notwendige Kompetenzen		..E 2		
..Umgang mit der Technik				
		..I	159	I:
			160	Danke schön.
			161	E 4:
			162	Ja, das st mmt. V e e ch noch d e k e ne Ergänzung dazu. Wenn ch so e ne Power Po nt mache, dann sehe ch auf me nem Rechner dann d e nächste Fo e. Und das habe ch, wenn ch jetzt d e Präsentat on hoch ade, sehe ch das n cht mehr. In Grunde genommen, muss ch d e Präsentat on, d e Re henfo ge und d e Inha te der Fo en auswend g können, sonst fängt man an zu sch e en. A so, das E ne st d e Kamera, das Andere-was steht auf den Fo en.
..Umgang mit der Technik		..E 4		
			163	I:
			164	Gut. Sehr schön. A es st aufgenommen. So, dann spr ngen w r zu der nächsten Frage: Was möchten S e noch ernen, um Ihre On ne-Beratungen zukünft g besser ausführen zu können? Das wäre v e e cht a s Abschluss zu a en Aussagen, was gerade gesagt worden s nd. Was könnte man noch eventue verbessern?
		..I		
			165	E 1:

<p>..E 1</p> <p>..digitale Beratungstools</p> <p>..Skalenfragen</p> <p>..Kostenfaktor</p> <p>Nachteile des Online</p>	<p>166</p>	<p>A so, manchmal würde ich gerne so eine Umfrage starten, aber ich glaube, es geht nur in einer Webinar-Funktion, ich habe noch nicht weiter recherchiert. Aber, das würde ich ganz schön für Skalenerfragen finden, dass man da irgendwie abschätzen kann, und zwar durch Klicken und nicht durch Sagen. Aber, ich glaube, es geht nur in einer Webinar-Funktion und da müsste man ein Upgrade machen.</p>
<p>..digitale Beratungstools</p> <p>..Breakout-sessions</p> <p>..E 5</p>	<p>167</p> <p>168</p>	<p>E 5:</p> <p>168 Ich mache gerne Breakout-Sessions, also, wenn man Gruppenübungen macht. Sonst sitzen sie da nur und, ja (...) wir können nicht die Übungen machen, was wir sonst direkt machen. Dann haben wir z.B. Einzelne Sachen in der Prä-Gruppe oder praktische Sachen, wie „Joghurt-Übung“ (...) Oder, wenn die was ausarbeiten sollen, dann wäre so was ganz gut, die Übung in kleinen Gruppen. Dafür müssten sie aber auch kompetent sein.</p>
<p>..E 2</p>	<p>169</p> <p>170</p>	<p>E 2:</p> <p>170 Meint ihr, so was, wenn die dann was anfragen können und ihr habt dann die Ergebnisse?</p>
<p>..Breakout-sessions</p> <p>..E 1</p> <p>..digitale Beratungstools</p>	<p>171</p> <p>172</p>	<p>E 1:</p> <p>172 Wenn man innerhalb einer Gruppe die Kleingruppen bildet und dann aus der Hauptgruppe Runde raus geht. Und der Host kann dann die Einzelgruppen dann besuchen und fragen, ob sie zu recht kommen, und dann irgendwann am Ende alle wieder zurück in dem Hauptraum.</p>
<p>..E 5</p>	<p>173</p> <p>174</p>	<p>E 5:</p> <p>174 Wenn ich Links über meinen Account mache, dann klappt das nicht.</p>
<p>..I</p>	<p>175</p> <p>176</p>	<p>I:</p> <p>176 Ich würde kurz unterbrechen, weil die nächste Frage ganz konkret auf die Tools, die ihr verwendet, ausgerichtet ist und</p>

<p>..i</p>		<p>desha b, es wäre ve e cht s nvo , dass ch de nächste Frage e nbende, fa s hr zu den on ne-Too s mehr zu sagen habt? Oder hat jemand noch was zu den anderen Fäh gke ten zuzufügen?</p>
<p>..Whiteboard/ Flipchart ..digitale Beratungstools ..E 1</p>		<p>177 E 1: 178 A so, das Wh teboard setze ch gerne e n und ch arbe te gerne m t dem F pchart. Aber ch setze de rgendw e se ten e n.</p>
<p>..E 5 ..digitale Beratungstools ..Whiteboard/ Flipchart</p>		<p>179 E 5: 180 Ich mach tatsäch ch e nen Word-Dokument, schre be ch auf und dann setze ch das fre , wenn ch F pchart Arbe t mache.</p>
<p>..Whiteboard/ Flipchart ..digitale Beratungstool: ..Breakout-sessions ..Skalenfragen</p>		<p>181 E 4: 182 Ich g aube, Wh teboard haben wr m norma en auch, aber de Breaksess ons und de Ska erung, das g aube ch, nur n deser Web nar- Form. Und, jetzt hatte ch e ne Patent n, de hatte e n Pad et. Das st tota kasse, das st n Grunde genommen, so we, a s wenn man auf Wh teboard oder F pchart etwas aufma en würde, aber das funkt on ert m t Kästchen, so, dass man prakt sch so große Strukturen aufma en kann. Es st so, we e n großes Strukturb d. Und, dann, während ch s e berate, schre bt s e neue H nwe se, Empfeh ungen re n. Oder s e hat e n Kästchen für de Empf ndungen. De hat m ch durch hre Erfahrungswe t geführt. Man kann ganz ve ernen und a es anschau cher machen.</p>
<p>..E 4 ..digitale Beratungsti ..Whiteboard/ Flipch Vorteile des Onlinefc ..Lerneffekte</p>		
<p>..digitale Beratungstools ..E 3</p>		<p>183 E 3: 184 So, we e n M nd Mapp ng? So was n de R chtung?</p>
<p>..i</p>		<p>185 I: 186 A so, tatsäch ch, daraus erg bt s ch de nächste Frage. We che On ne-Beratungstoo s hr benutzt? Und da habt hr schon ve genannt. G bt es ve e cht noch was, was b s jetzt noch n cht erwähnt worden st?</p>



187

E 1:

188

Es st n cht d rekt e n Too , aber, was ch noch manchma ganz gerne mache, m t den K enten auf d e Internetse te gehen, um z.B. d e Rezepte zu ze gen, von ZEB oder se auf d e www.f tformme.de Se te f hren, wo es um d e NEM geht. Das f nde ch ganz prakt sch. A so, dann d rekt geme nsam anschauen, was se sp ter auch se bst anschauen k nnen. Ich te e me nen B dsch rm m t me nem Internet Exp orer.



189

E 3:

190

Und d e Chat-Funkt on st wahrsche n ch se bstverst nd ch. Man kann ja d e Date en hoch aden oder d e L nks re nste en.



191

E 4:

192

Aber, das st auch so e ne Art Herausforderung, d e Chat-Funkt on zu nutzen. Dann s nd w r noch bre ter aufgeste t. Aber f r sp ter oder um e n Dokument hoch zu aden, st es auch k asse!



193

E 1:

194

Ja, genau. Das geh rt ja e gent ch zu den Kompetenzen, de ne Anmerkung, E 4. Manchma bekommt man durch den Chat, wenn man dabe auch d e Pr sentat on macht, da muss man es schaffen, es kurz zu esen und trotzdem we ter zu machen. D e M tte ungen s nd n cht nur an uns ger chtet, manchma auch an a e. Ja (...), das n cht aus dem B ck zu ver eren.



195

E 5:

196

Ich habe ja e ne Frage (...). Man kann ja d e Date en anh ngen, d e pfd. oder so was (...). D e kann man n den Chat ste en. Be m r st es so, dass ch be Sem naren d e Date hoch ade, aber

				nur die Hälfte der Leute bekommt sie. Und, wenn ich nachfrage, woran geht das, dann bekomme ich die Antwort, dass das von der ZOOM-Vorstellungen der einzelnen Teilnehmer abhängt (...) Habt ihr auch so was?
		197	E 4:	
		198	Ich habe da nur eine Erfahrung mit und bei uns haben alle bekommen. Das sind aber auch alle Fachkolleginnen gewesen. Vielleicht geht es auch am Handy oder Rechner?	
		199	E 5:	
		200	Da muss ich auch eine extra Datei per E-Mail schicken. Die sehen die Datei im Chat nicht, dass ich ein pdf-Dokument zum Herunterladen eingestellt habe. Und das habe ich schon den Kindern gesagt, dass es ihnen den Einstellungen man selbst steuern kann, aber dann kommt die Kompetenz meiner Teilnehmer, die es nicht verstehen und fragen, wie sie das machen sollten.	
..Medienkompetenz	..E 5	201	E 1:	
		202	Ja, oder unsere Kompetenz, das dann gut zu erklären.	
..Medienkompetenz	..E 1	203	E 4:	
		204	Ganz kurz! Das erinnert mich manchmal daran, dass für manche das „Zetteln verteilen“ eine hohe Kunst ist, v.a. wenn es mehrere Zettel sind (Lächeln) (...) so, ein kleiner Scherz zwischendurch (Lächeln). Das ist dann so ähnlich. Die meisten verstehen sofort und die anderen brauchen dann, halt, ein bisschen.	
		205	E 5:	
..Medienkompetenz		206	Und, wie die E 1 meinte, es ist die Kompetenz und wie gehe ich damit um? Ich sage, dann sollten sie mir eine E-Mail schreiben und dann sende ich ihnen die Datei. Und, dann siehst du auch, wer zurückschreibt und wie wichtig ist es denn den Leuten überhaupt. Damit ich nicht wieder ganze Menge Zeit damit	
..E 5				
..Zeitaufwand				

<p>..E 5 ..Zeitaufwand</p>		<p>verschwende, während der Präsentation dazu sitzen und das mit dem Tool zu erklären, wie die Einstellungen sind (...).</p>
	<p>207</p>	<p>E 1:</p>
	<p>208</p>	<p>Ja, das stimmt. Aber, das gibt uns ja auch die Erfahrung, dass man es vielleicht vorher recherchiert und notiert, wie kann ich denn das lösen. Und, ich kann z.B. den Teilnehmer ganz am Anfang einsetzen. Ganz kurz; bei den Webinaren sind die ersten vier Folgen immer Technik! Die Einführung, wie kommt man mit der Technik zu recht. Es wäre auch eine Idee. So machen Sie Garantie-Ansicht, so können Sie im Chat schreiben, so können Sie eine Wortmeldung machen. Ich könnte es auch jetzt nicht erklären, weswegen es mit dem Runterladen nicht funktioniert. Da müsste ich auch recherchieren.</p>
<p>..Zeitaufwand</p>		
<p>..E 1</p>		
<p>..Instabile Übertragungsqualität ..E 3</p>	<p>209 210</p>	<p>E 3: Das liegt am Browser. Denke ich gerade so.</p>
<p>..Umgang mit der Technik ..E 5</p>		
<p>..I</p>		

	..1		d esbezüg ch geben? B tte kurz durch esen (...)
		217	E 4:
		218	Ich f nde, du spr chst m t der Frage was ganz W cht ges an. Ich f nde d e Se bstorgan sat on auf e ner anderen Ebene. Wenn ch ve etwas mache, muss ch auch d e Term ne Organ s eren, den Rechner, das Handout, w e E 5 sagte (...), und so we ter. Und, ch brauche e nfach Too s und Method k, um a e m tzunehmen. Das brauche ch her m On ne auch. (...) Se bstfürsorge, ch g aube wrk ch auch, st ganz w cht ges Thema. Deses, es akzept eren müssen, um auf dem Markt zu b e ben und dabe anzuschauen, wo s nd d e egen Grenzen. Das habe ch sogar heute auf dem Fahrradweg herher gefragt, wo s nd gerade me ne Grenzen? Ihr a e se d jünger, aber für m ch st es zum Te tota schreck ch (...), w e funkt on ert das (...) so. Punkt. Ihr versteht m ch, g aube ch?
..digitale Beratungstools			
Selbstorganisation und Sel			
..E 4			
Online-Plattform gewält, w			
		219	E 3:
		220	A so, ja, ch f nde, es st auch ganz w cht ger Punkt. Ich merke, dass ch n cht so v e e Beratungen h nt ere nander on ne machen kann, w e ch s e persön ch machen könnte. Auch, wenn w r e ne Team-Besprechung haben und danach Qua tätsrke , das st e nfach anstrengend. A so (...), deses on ne, nur zwe d mens ona -Format(...) da brauche ch mehr Pause.
..Zeit-, Pausenplanung			
..höherer Stressfaktor			
..E 3			
		221	E 1:
		222	Ja, und d e gerade auch, wenn d e Te nehmer den Term n cht wahrnehmen können, dass man dann schne d e Lücke f ndet, d e man n cht zu Präsenz genutzt hätte, aber m t dem ZOOM sagt man: ok, mache ch. Aber, so w e E 3 sagte, e gent ch, es st zu v e . Dass man ern t, man braucht Pausen dazw schen und es g bt e ne Grenze, was man am Stück machen kann.
..E 1			
..Zeit-, Pausenplanung			
		223	E 2:
		224	Ja, ch f nde auch, dass es änger dauern kann, b s a es
..E 2			

Nachteile des Onlineformat:
 ..erschwerter Übergang zw
 ..E 2
 ..erschwerter Übergang zw

hochgeaden st und der etzte Patent e ngetreten st. Und, ch
 fnde, da ch von Zuhause aus arbe te, es st zwar angenehm,
 we ch wen ger Fahrze t brauche, aber es st auch schw er g der
 Übergang von Arbe t zur Fre ze t dann. (...) A so, ch kapp dann
 den Computer zu und hab den Fe erabend. Aber es st
 manchma schw er g, s ch dann so zu füh en, a s hätte man
 Fe erabend. S ch abzuscha ten. Da fnde ch d e Abgrenzung
 manchma schw er g. A so, schw er ger a s n Präsenz.

..weniger Terminabsagen
 ..E 2
 Vorteile des Onlineformat:

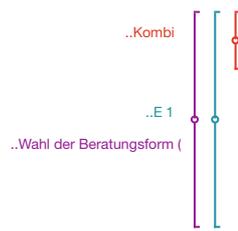
225 E 2:
 226 Was auch v e e cht e n Vorte von der On neberatung st, fnde
 ch, dass es deut ch wen ger „N chtersche ner“ oder „Absager“
 g bt.
 227 (a e st mmen zu, n cken m t dem Kopf)
 228 Das fnde ch sehr angenehm, dass ch n cht d ese Lücken
 rgendw e füh en und d e Ze t zu überbrücken muss.

229 I:
 230 Danke schön. Das st jetzt e n schöner Übergang zum
 Fragebo ck II: W rksamke t und Effekt v tät e ner On ne-Beratung
 m Verg e ch zu e ner Präsenz-Beratung.
 231 In d esem B ock g bt es fünf Fragen. Brauchen w r v e e cht jetzt
 schon e ne Pause dazw schen?
 232 (a e schütte n den Kopf, verne nen)
 233 Machen w r durch? Okay. Dann, wenn hr fre e Wah hätten,
 würdet hr eber on ne oder n Präsenz beraten? Warum? Was
 würdet hr bevorzugen?

234 E 2:
 235 Dann würde ch schne anfangen, und zwar (...) Ich berate n
 der K n k. W r haben d e Auf age, dass w r e nen Mundschutz
 tragen und d e Fenster rege mäß g öffnen müssen. Und, ch
 merke, dass durch den Mundschutz e ne gewsse D stanz
 entsteht. Ich habe das Gefüh , dass d e Pat enten öffnen s ch
 n cht so, w e ohne Mundschutz. Für m ch bauet es rgendw e



e ne Dstanz auf, und ch fnde auch ncht schön, wenn de Temperaturen dann so tief dazu sinken, so, dass de s tzen noch te we se n Jacke und freren. (...) A so, ch fnde, es st ke ne schöne Beratungsatmosphäre m Moment. Ohne Mundschutz würde ch auf jeden Fa eber Beratung n Präsenz machen, aber m t den Mundschutzbest mmungen fnde ch on ne besser.



236

E 1:

237

Ich würde dann weiter machen. A so, ch fnde e n M x daraus supergut. Ich merke, dass ch gerne e n Too hätte, m e nem Erstgespräch es herauszuf nden, ob dese Person für on ne gut gee gnet st, ob se z.B. ncht vom wet her kommt. Und, ob se s ch dann auch gut öffnen kann. Das s nd ja de Untersch ede. Deswegen wäre me n Leb ngsformat e ne M schung daraus.

238

I:

239

Ohne e ner Pr or s erung, n we che R chtung dann mehr?



240

E 1:

241

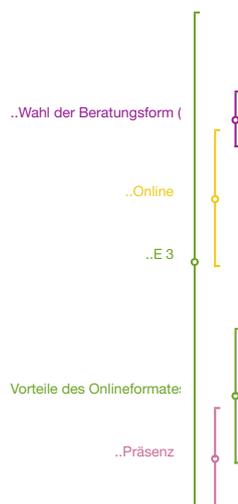
A so, n der Gruppe mache ch tatsäch ch gerne on ne. Da bevorzuge ch auch mehr on ne. In der E nzeberatung bevorzuge ch tatsäch ch Präsenz.

242

E 3:

243

Ich bevorzuge auch den Präsenz m E nze . Da entw cke t s ch tatsäch ch mehr, wenn man e nander begegnet, spürt und ncht nur durch den B dsch rm s eht. A so, ch würde mmer, wenn ch kann, de Erstberatung n Präsenz machen. Aber ch würde trotzdem das On ne-Format nutzen, auch we ch es ganz gut fnde, wenn de Pat enten n hrer egenen Umgebung s nd und so wssen de, we füh t s ch das denn zu Hause an. Und de könne s ch auch da noch mehr re nversetzen, we st es denn, wenn ch am Esstsch tze. Oder, (...) we reagere n me ne Fam enm tgeder. Oder, (...) se gehen ma zum Küh schrank und ho en das Produkt raus und gucken, was darauf steht. Das s nd, ja, schon to e Vorte e von der On neberatung. Aber ch





würde Präsenz tendenz e bevorzugen.

244

E 5:

245

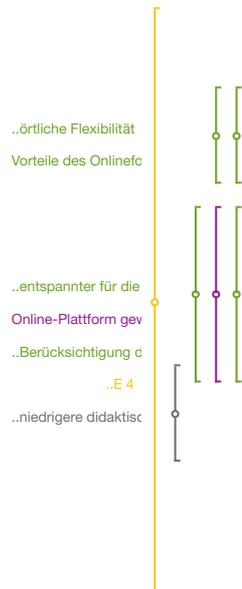
Auf jeden Fa fnde ch auch Präsenz z em ch w cht g. Gerade n den rea en Beratungen geben m r d e K enten mmer das Feedback. Auch, wenn man m t dem Mundschutz st, man hat trotzdem noch M m k, Gest k. Das kommt über on ne n cht so an. Wenn ch ke n Präsenz mehr machen würde, nur noch On neberatung, ega, ob Gruppe oder Enze, dann würde e nfach d e Qua tät ver oren gehen. Aber be der Gruppe hat das On ne natür ch auch d e Vorte e, dass man über d e D stanzen h nwegkommen kann. Ich f nde, man kann d e On neberatung dann gut machen, wenn man d e Erfahrung über den Präsenz machen kann. Ich mache Gruppe on ne und n Präsenz und ch bekomme da, ha t, auch das Feedback, dass d e Leute von Präsenz, auch dann, wenn es d e ke nere Gruppen sn, auch überg ück ch s nd. A so, ch f nde Präsenz sehr w cht g, On ne hat auch v e e Vorte e, und f nde m t On ne am besten, wenn man para e Präsenz macht. Das st so me ne Erfahrung.

246

E 4:

247

A so, du fragst ja jetzt konkret danach, was ch ja besser f nde? Ich möchte m ch dann a en ansch eßen, dass es e gent ch um unsere Patente geht. Was st hnen e gent ch eber? Ich mache on ne eber, wenn ch we ß, d e kommen aus Bremen und haben e ne we te Anfahrt. Und dann denke ch manchma, (...) me ne Güte, hat es denn für d e s ch wrk ch ge ohnt? Ich mache auch on ne eber, wenn s e aus e ner R s kogruppe kommen und wenn s e gehbeh ndert s nd oder überhaupt s ch m t e nem Ro stuh h n que en. A so, d e s nd dann m On ne-Format v e entspannter. Ich b n dann auch be E 5, wenn es um gew sse Methoden, d dakt sche Entw ck ung st n Präsenz besser, (...) ch mache aber auch d e Festste ung, dass manche s ch wrk ch auch am Te efon am a erbesten s ch öffnen können. Dann wäre ch dann ganz be E 1 m t d esem Too (...).



27/79



Da hatte ich eine Klientin, wo ich das Gefühl hatte, die sitzt direkt vor mir, aber, und da war seine Präsenz da, dann entwickelte sich gewisse Distanz. Und, was ich wirklich hochinteressant finde, seitdem wenn ich vorher telefoniert habe und einen Brief vom Patente habe, dann finde ich es ganz spannend, wer kommt denn jetzt um die Ecke? (...) Konkret zu der Frage: ich mache es situationsbedingt und, wenn ich dann irgendwann endlich Respekt vor dieser Technik verere, dann ist es 50/50.

248

I:

249

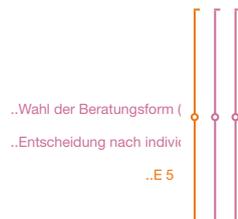


Dankeschön! Haben sie dann äußern können? Ja/ Gut. Die nächste Frage ist jetzt andersrum? Wenn Ihre Klientinnen die freie Wahl hätten, würden sie eher Online oder in Präsenz beraten werden? Warum? Wie ist eure persönliche Einschätzung?

250

E 5:

251

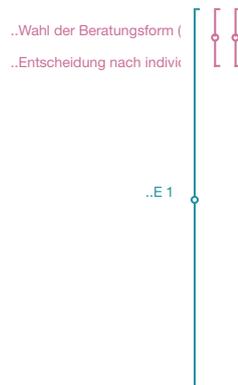


Individuell. Diejenigen, die weit weg wohnen, wollen online machen. Gestern habe ich eine Klientin aus Magdeburg bekommen, die wird ganz sicher keine Präsenzunterricht bei mir in Hamburg machen wollen (Lächeln), aber, diejenigen, die hier sind und eine tiefere Beratung haben wollen, die wollen eine reale Beratung.

252

E 1:

253



Also, was die Patente tatsächlich wollen, ist nicht ausschließend online. Das ist auch das, was ich die ganze Zeit versucht habe, auch bei den Gruppenpatente, die Einzelberatung immer in Präsenz zu machen. Das wollen sie unbedingt. Und auch den Abschlusstermin, das ist auch das, was sie sich wünschen. Auch die, die in Hamburg wohnen und nicht so einen langen Weg haben. Es ist immer unterschiedlich, warum jemand online wählt. Manchmal ist es der weitere Weg, manchmal habe ich das Gefühl, die machen das so (...)



nebenbei. Im ersten Gespräch ist es dann anders. Man sieht dann auch, dass auch online mit der Kamera die erste Beratung auch sehr tief sein kann. Aber, dass viele echt manchmal auch für den Aufwand wegen den Online gerne dann wählt.

254 E 3:

255 Ja, da kann ich mich E1 anschauen. Kar, einige machen das aus Bequemlichkeit, z.B. arbeitende Mütter. Es ist dann so praktisch, dass sie zu Hause sein können und auch zu den Zeiten, die auch zu uns passen können. So, dass die Zeitersparnis dann einfach super Vorteil ist. Ich habe das Gefühl, dass sie trotzdem wirklich da sind, sogar, wenn das Kind auf der Hand ist. Das trotzdem die Konzentration während des Gesprächs da ist. Und, gerade, wenn man sich schon mindestens einmal persönlich getroffen hat, ist es eine gute Alternative. Aber, insgesamt würde ich sagen, es gibt Leute, die wo es nur online. Die meisten wo es aber doch eher Präsenz.

256 E 4:

257 Ich mache die Erfahrung, dass die Menschen, die online arbeiten und an vielen Konferenzen sind, dass sie gerne präsent Beratung machen möchten. Sie sagen, dass sie es so oft haben, dass sie mal gerne auch raus möchten. Sonst kann ich mich an anderen anschauen, was sie gesagt haben.

258 I:

259 Danke. Dann kommen wir zu der nächsten Frage (...) Vielleicht habt ihr Erinnerung, wie war die Reaktion eurer Klientinnen auf die erste Einladung zur Onlineberatung? Beim ersten Kontakt? Gab es was Besonderes, was ihr mir berichten könntet? Emotionen, Mimik, Gestik etc.?

260 E 1:

261 Also, wenn sie sich einoggen konnten, und vorher gedacht

<p>..E 1</p>	<p>haben, sie schaffen das nicht (Lächeln), das fand ich auch witzig.</p>
<p>262</p>	<p>E 4:</p>
<p>263</p>	<p>Ja, ich glaube, das war Freude bei der ersten Einnahme, Skepsis (...), und, ich hatte auch ablehnende Stimmen. Ich habe auch jetzt noch 2-3 Damen, die es verwehren. Die sagen, sie können nur in Präsenz. Aber häufig sind das psychisch sehr abgelebte Menschen.</p>
<p>..E 4</p>	<p>264</p>
<p>..E 3</p>	<p>E 3:</p>
<p>..Beziehungsaufbau</p>	<p>265</p>
<p>..Beziehungsaufbau</p>	<p>Ich finde interessant, dass viele eher positiv überrascht worden sind, dass es doch irgendwann der Kontakt zu Stande kommt. Da zweifeln glaube ich viele erst mal, dass es online geht, dass man mal Austausch stattfinden und eine Verbindung führt. Es ist natürlich ein bisschen anders, fand ich selber und war auch positiv überrascht, dass es wirklich doch so stattfinden kann (...), dass es auf so einer Ebene das Öffnen stattfinden kann.</p>
<p>Vorteile des Onlineformate:</p>	<p>266</p>
<p>..Beziehungsaufbau</p>	<p>E 2:</p>
<p>..E 2</p>	<p>267</p>
<p>..Beziehungsaufbau</p>	<p>A so, ich finde auch, dass wenn es akzeptiert, dann (Lächeln), man hat, ja, so ein Lächeln. Ich muss aber sagen, dass ich den Eindruck habe, dass wenn ich dann eine Einnahme per Maschine, dass dann auch eher mal eine Rückfrage kommt. Die Patienten dann eher noch mal fragen, wie angeht das oder schon Fragen zum Konzept oder zur Ernährungsberatung stellen. Als ob es ihnen dann schon etwas leichter fällt, die Frage zu stellen, als wenn sie telefonisch einen Termin ausmachen. Ich glaube, die Hemmschwelle ist dann nicht so hoch, kurz noch mal eine E-Mail zu schreiben als eben noch mal anzurufen.</p>
<p>..E 2</p>	<p>268</p>
<p>..Beziehungsaufbau</p>	<p>I:</p>
<p>..I</p>	<p>269</p>
<p>..I</p>	<p>Sehr interessant. Gibt es noch andere Kommentare? Nein. Dann komme ich zu der nächsten Frage. Das ist eine Skalenfrage. Ich möchte euch bitten die zu beantworten, und</p>

- zwar ohne eine Begründung, warum es so ist.
- ..I { 270 W e beurte en S e auf e ner Ska a von 1 b s 10 d e Qua tät Ihrer
nd v due en Fachw ssen-Verm tt ung m On neformat?
- 271 E 4:
- ..E 4 { 272 A so, wenn es um Fachw ssen geht, dann würde ch sagen e ne
9. So.
- 273 I:
- ..I { 274 E nfach ohne rgendwe chen H ntergedanken. Ich schätze m ch
so. Punkt. Aus.
- 275 E 1:
- ..E 1 { 276 Ich habe auch gerade übers Fachw ssen nachgedacht (...)
Würde ch auch, w e E 4, sagt, 9 b s 10. Du me ntest nur
Fachw ssen?
- 277 I:
- ..I { 278 Ja, nur Fachw ssen.
- 279 E 3:
- ..E 3 { 280 Das würde ch auch sagen. 9 b s 10.
- 281 E 2:
- ..E 2 { 282 Ich würde sagen 9, denn d e Mater a en würden e nfach anders
rüberkommen, g aube ch (...), wenn man s e hnen g bt.
- 283 E 5:
- ..E 5 { 284 Ich würde sagen 9 b s 10.
- 285 I:
- ..I { 286 So, danke. Haben a e d e Frage beantwortet? (...) Gut.
287 D e zwe te Frage st auch e ne Ska enfrage. Ich mochte euch

31/79

- gerne bitten, dies mal eure Antwort kurz zu begründen.
- 288 Wie bewerten Sie Ihre Fähigkeit den persönlichen Bezug, das Vertrauen, die empathische Haltung zu den Klient*innen aufzubauen zu können? Von 1 bis 10? Und warum? Woran das liegt?
- 289 E 1:
- 290 Ich würde auch sagen, 8 bis 9. Und, manchmal ist der Grund, warum ich mir so eine hohe Zahl entfalte, dass man was aufgreifen kann, was man sieht. In deren eigenen vier Wänden. Ich habe schon viele Patentreten gehabt, die ein schönes Bild im Hintergrund hatten, wo ich dann Bezug drauf nehmen konnte. Für den Beziehungsaufbau jetzt. Oder sie hatten wirklich einen schönen Ort, wo sie saßen, Oder den schönen Garten im Hintergrund, eine schöne Veranda, und da einfach mit zu starten, wenn man was Schönes sieht im privaten Bereich, das fand ich schön. (Lächeln)
- 291 I:
- 292 Super, danke. Wer traut sich als nächste? (Lächeln)
- 293 E 4:
- 294 Also, ich würde mich auch bei einer 9 einschätzen. Ich habe aber mehrere Telefonatungen gemacht in meinem Leben und das kommt mir jetzt total zugute. Also diese Fähigkeit, wie kann ich da zu hören, drauf eingehen, persönliche Situationen entwickeln.
- 295 I:
- 296 Ja, verstehe. (...)
- 297 E 2:
- 298 Ich überlege... ich schwanke zwischen 8 und 9. Denn in manchen Fällen kappt es gut aber manchmal, wenn man diese technischen Verzögerungen hat, wenn man später hört oder

32/79

..E2
später sieht, dann das macht vielleicht aus. Wenn jemand ächelt, oder Mhmk, Gestik, wenn die nicht so ganz da ist (...). Und, wie gesagt, diese Kamera Geschichte (...), Ich versuche eine Mischung zu machen, dass ich in die Kamera kucke und den Klienten angucke, das kappt nicht so reibungslos und deswegen eine 8.

299 E 3:
300 Ja, ich schwanke auch zwischen 8 und 9. Dieser Punkt in der Kamera guckt, das finde ich auch etwas schwerig. Den anderen wirklich das Gefühl zu geben, ich bin für dich da, was besonders hilfreich in diesem Fall sein könnte, dass paraphrasieren, wodurch das ganze irgendwie deutlicher wird, dass man da ist und den anderen versteht.
..E3

301 E 5:
302 Ich habe noch nicht geantwortet, aber ich würde auch hoch mit schätzen mit einer 9, weil ich auch gut in den Gesprächstechniken bin. Wobei meine allerbesten Beratungen bekomme ich tatsächlich in den Präsenzberatungen, denn dabei einfach alles mit Gestik Mhmk und persönlich da sein. Da ist einfach dieser direkte Schirm nicht mit.
..E5

303 I:
304 Vielen Dank. Und die nächste Frage kommt sofort. (Lächeln) Jetzt würde ich sehr gerne von Ihnen erfahren welche Erwartungen Ihrer Meinung nach haben die Klient*innen bezüglich den Zahlungsmodalitäten und Preisgestaltung für das Online-Beratung? Haben die eventuellen Vorstellungen bei der Honorarpreisen im Vergleich zu dem Präsenz zum Beispiel?
..I

305 E 4:
306 Aus meiner Erfahrung kann ich sagen nein, die haben keine
..E4

..E 4
 ..Einstellung der Klient*inne
 ..kein Unterschied

Diskussionen über die Preise, ob sie weniger bezahlen als in Präsenzberatung.

307 E 1:

..kein Unterschied
 ..E 1
 ..Einstellung der Klient*inne

308 Ja, so ist es bei mir auch. Und ich finde, dass die Zahlungsmora deutlich besser ist in diesem Jahr seitdem es die Onlineberatungen sind. (...) Ich glaube, das hat was mit der E-Ma -Erinnerung zu tun. Die Zahlungserinnerung hat man früher nicht gemacht und jetzt, wenn man zum ZOOM- Meeting per Mail eingeladen wird, macht man das. Ja (...).

309 E 2:

..E 2
 ..kein Unterschied

310 Ich finde, das ist unterschiedlich, ob es Gruppen- oder Einzelberatung ist. Bei der Einzelberatung merke ich keinen Unterschied zu Präsenzberatung, aber bei der Gruppe gibt es Leute, die immer wieder nicht bezahlen, so dass ich Ihnen ewig hinterher aufen muss. Und ich glaube, dadurch, dass wir es so sagen (...), den Patienten: das kam ja in der Corona-Zeit als Alternative zu Präsenz- glaube ich-, dass sie es als gegeben ansehen und gar nicht die Frage stellen würden, ob es günstiger oder teurer wäre.

311 E 3:

..kein Unterschied
 ..Einstellung der Klient*inne
 ..E 3

312 Ich würde auch so sagen. Bei den Einzelberatungen auf jeden Fall. Ich hatte nur so ein paar Eindrücke in der Vergangenheit, wo ich das Gefühl hatte, dass unsere online Gruppenangebote so wahrgenommen wurden als seien sie umsonst. We es vielleicht so viele kostenlose Webinare gibt mittlerweile, dass da so eine gewisse Verwöhntheit gibt. Das waren nur kurze Eindrücke. Wenn man dann aber um den Preis spricht, dann wird er auch akzeptiert.

313 E 4:

..E 4
 ..Einstellung der Klient*innen z

314 Und ich finde als Ergänzung dann ganz wichtig, zumindestens bei mir, dass es keine Diskussion gab, obwohl ganze Reihe von

..E 4
..Einstellung der Klient*inne
..kein Unterschied

Patienten in Kurzarbeit sind und sogar Entlassungen gab und trotzdem wird nicht diskutiert. Das finde ich hochachtungswürdige wirtschaftliche Situation seit dem anderen September 2020. Und bei mir haben sie nicht diskutiert. Das finde ich respektvoll gegenüber, unserer Arbeit gegenüber.

315 I:
 316 Ein sehr wichtiger Aspekt, vielen Dank.

..kein Unterschied
..E 5

317 E 5:
 318 Ich stimme Ihnen zu.

319 I:
 320 An der Stelle ist eine Pause angedacht, es bleiben nur noch wenige Fragen bis zum Ende der Diskussionsrunde. Wie geht es euch? Möchtet ihr eine kurze Bewegungspause? Was zum Trinken haben?

321 Ja (Ja, ein paar Minuten wären schön!)

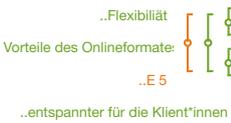
322 I:
 323 Super! Dann treffen wir uns in 5 Minuten wieder.

324 I:
 325 So, dann sind wir dann komplett wieder da. Bei den nächsten Fragen möchte ich euch bitten, eure Antworten in den Chat zu schreiben aber noch nicht die Antworten absenden. Wenn alles soweit sind, dann sage ich Bescheid und ihr könnt eure Antworten absenden. Es geht jetzt nur um den Frage Block III: Mitte und angfristige Perspektive der digitalen Beratungsform in der „Ernährungsberatung, -therapie“.

326 Ich möchte euch bitten, nur drei für die wichtigsten Aspekte zu nennen, welche Nachteile hat Ihrer Meinung nach eine Online-Ernährungsberatung? Bitte erst mal im Chat schreiben und noch nicht absenden. Ohne Begründung. Einfach eure Wahl treffen.

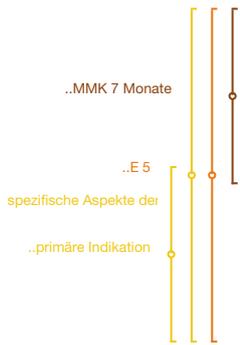
35/79

	..I		327	I:	Es geht erst mal um die Nachteile.
	..I		328	I:	Sie sind hier fertig? Dann könnten Sie die Antworten in den Chat absenden. Das sind die Antworten.
Nachteile des Onlinefor	..E 1		329	E 1:	
..niedrigere didaktische Umsetzung/ ..Technische Hindernisse			330	E 1:	Beratungsmethoden Verhaltensveränderung schwerer umsetzbar; Technikhürden; praktische Beratungsmethoden
..kein persönlicher Kontakt ..Technische Hindernisse Nachteile des Onlinefor	..E 2		331	E 2:	
..Instabile Übertragungsqualität			332	E 2:	keinen persönlichen Kontakt; erforderliche Technik und technisches Verständnis erforderlich, technisches Fehlen; Verzögerung der Übertragung möglich
..Instabile Übertragung ..Zeitaufwand			333	E 3:	
..kein persönlicher Kontakt Nachteile des Onlineformates	..E 3		334	E 3:	Unterbrechungen, Augenkontakt, mehr Zeitaufwand
..Technische Hindernisse ..mangelhafte Medienkompetenz der Nachteile des Onlineformates			335	E 4:	
..mangelhafte Medienkompetenz der	..E 4		336	E 4:	Medienunerfahrene Menschen; Unschöne Technik; Menschen, die nicht über die Medien erreichen kann
..kein persönlicher Kontakt ..eingeschränkte Nonverbalität Nachteile des Onlinefor	..E 5		337	E 5:	
..Bequemlichkeit als mangelhafte Aktivität			338	E 5:	Persönlicher Kontakt und Tiefe geht verloren; Gestik, Mimik, schwerer; Bequemlichkeit, wenn man nicht mehr raus muss, und nicht mehr so die Nähe
..I			339	I:	
	..I		340	I:	Ich würde dann zu der nächsten Frage gehen, die Sie beenden. Es geht jetzt um die Vorteile. Das sollte Prinzip: die Antworten schreiben, aber noch nicht absenden.
..I			341	I:	
..I			342	I:	Sie sind hier soweit? Dann bitte jetzt eure Antworten abschicken.

	<p>Ich lese die nicht vor. Ihr könnt die auch im Chat sehen, nicht wahr?</p>
	<p>343 a e (ja, nicken mit dem Kopf)</p>
	<p>344 E 3: 345 Patient*innen gewohnter Umgebung, (öffnet sich Evt. mehr); Zeitersparnis für Patient; die Klienten zuhause direkt auf Verpackungen von Lebensmitteln schauen können, die sie oft essen</p>
	<p>346 E 1: 347 gewohnter / Lebensplatz für die Patienten; auf mehr Medien und Unterlagen zugreifen zu können (es muss nicht gedruckt sein); weniger Aufwand</p>
	<p>348 E 2: 349 von zu Hause durchführbar; Kontakt mit geringerem Ansteckrisiko möglich; größere Erreichbarkeit auch bei großen Entfernungen</p>
	<p>350 E 4: 351 Ökologisch; Service und Zeitersparnis für die Menschen; Flexibilität</p>
	<p>352 E 5: 353 Mehr Flexibilität, sei es Ort, sei es zeitliche Flexibilität; Bequemlichkeit</p>
	<p>354 I: 355 So, und nun zu der nächsten Frage (...). Die unterteilt sich auf zwei Unterfragen. Welche spezifischen Aspekte beschäftigen Sie bezüglich der online Beratung bei 3-monatiger Ernährungstherapie? Welche spezifischen Aspekte beschäftigen Sie bezüglich der online Beratung bei 7-monatiger</p>



Ernährungstherapie? Bei diesen Fragen geht es darum, von euch zu erfahren, welche Beratungsthemen priorisiert ihr? Wo ist der qualitative Unterschied in der Fachwissen-Vermittlung aufgrund der unterschiedlichen Dauer der Beratung?

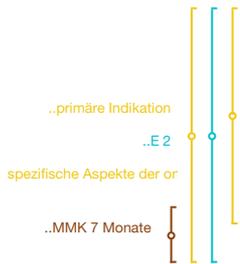


356

E 5:

357

7 Monate sind natürlich venter. Da können wir verhaltenorientiert arbeiten. Wir können nach Agenda Mapping themenspezifisch arbeiten (...), was weiß ich, wenn wir emotionale Essverhaltensstörungen haben, da kann man schon besser aufgreifen. Bei drei Monaten haben wir eine Anamnese, können dann vielleicht einen Punkt aufgreifen aber überwiegend machen wir dann die OP-Vorbereitung schon. Da habe ich gar keine Zeit mehr, um Essstörung Aspekte aufzugreifen, obwohl gerade die drei Monatspatienten mehr Bedarf haben.



358

E 2:

359

A so, dem schreibe ich mich an. Ich finde bei drei Monaten ist man erst soweit, dass die ganzen Themen ein bisschen aufgedeckt werden, so dass der Patient weiß, woran er eventuell arbeiten könnte. Aber da ist nicht wirklich Zeit, um darauf anzugehen. Und, (...), ja, da bleibt es hauptsächlich bei der OP-Vorbereitung. Und bei den sieben Monaten ist es natürlich viel Zeit, es ist venter.



360

E 1:

361

Ich weiß nicht, ob ich die Fragen korrekt beantworten kann. Aber bei den dreimonatigen Patienten Versuche ich eine Mischung hinzukriegen, also aus online und Präsenz. So dass man Fachwissen gut vermitteln kann, was für die OP-Vorbereitung notwendig ist. Und, wenn man sich wenigstens einmal zum Abschlussgespräch in Präsenz sieht, kann man auch verhaltenbezogene Aspekte erörtern, Definieren, Wo es her

..primäre Indikation
 ..E1
 spezifische Aspekte der or

weitergehen kann. Es ist nicht ganz genau beantwortet die Frage, wobei der Frage es um online Beratung geht und hier versucht man einen Mix aus online und Präsenz zu machen.

362 E 4:

..E4
 spezifische Aspekte der or
 ..primäre Indikation

363 Also, ich finde, ehrlich gesagt, gar nicht so spezifische Unterschiede. Ich schreibe mich an. Diese Zeitsfrage haben wir auch bei Präsenz. Was ich feststehe, dass ich bei online Beratung, gerade bei 3 Monaten, offensichtlich viel mehr mit Medien arbeite. (...), So hat, Informationen hochade, die wir dann gemeinsam anschauen. Oder dann vielleicht in der Präsentation gehe (...). Da kann ich bei Präsenz nehmen einen Büro dem Klienten nicht Powerpoint zeigen. Das mache ich dann online.

364 E 1:

..primäre Indikation
 ..E1
 spezifische Aspekte der or
 ..primäre Indikation

365 Ja, wenn es dann darum geht, auch die Themen anzusprechen, mit denen man vielleicht danach weiter die Beratung machen kann, dann ist es sicher online bei 3 Monaten etwas schwerer. Was ich noch etwas schwerer bei den drei Monaten finde, wenn man dann online macht, über das Fachwissen zu kommen. So dass man noch irgendwie den Bogen kriegt, diese Verhaltenthemen zu beraten, die anzustoßen (...). Es geht vielleicht auch online, aber bestimmt nicht bei jedem Patienten. Das ist manchmal so wie die Brücke für danach machen.

366 E 2:

..E2

367 Was mir aufgefallen ist, dass die Patienten nach der Operation eher persönlich kommen und nicht online machen möchten. Ich vermute, dass sie einfach zeigen wollen, weil sie schon abgenommen haben.

368 (ausprechen)

369 I:

		370	Interessant, vielen Dank. Die nächste Frage, die jetzt kommt, ist auch die abschließende Frage in diesem dritten Fragen Block und lautet: Welche Erfahrungen haben Sie bezüglich der Akzeptanz und Bereitschaft zu einem digitalen Beratungsformat angesichts unterschiedlicher sozio-ökonomischer Zugehörigkeit der Klientinnen? Die Menschen, die er berät, kommen alle aus unterschiedlichem sozio-ökonomischem Milieu. Gibt es eventuelle Aspekte, was hier dazu mehr berücksichtigen könnten?
..bessere Akzeptanz der sozio-ökonomische Aspekte ..bessere Bereitschaft zu	..E 5	371 372	E 5: Je besser gebildet, desto besser klappt es. Und teilweise, je besser Medienkompetenz ist, desto besser klappt es.
sozio-ökonomische Aspekte ..keine Unterschiede bei	..E 1	373 374	E 1: Ja, oder, dass einige Patienten eher sich mit dem Handy beschäftigen, während die anderen sich mit Laptop und PC. Ich finde, mit dem Handy ist es extrem unruhig, steht nicht richtig stabil und klappt um. (Lächeln) Also, es ist wirklich nicht so gut. Ja, das ist der Unterschied. Ansonsten würde ich die Akzeptanz und Bereitschaft als ziemlich ähnlich bewerten.
		375 376	I: Würdet ihr auch sagen, dass der Migrationshintergrund dabei eine Rolle spielt?
..Migrationshintergrund sozio-ökonomische Aspekte	..E 5	377 378	E 5: Ich habe tatsächlich einige Klienten, z.B. Thema „Gruppe“ (...). Ich mache ja tatsächlich Ernährungsgruppen online und real, und da merke ich, dass tatsächlich in meinen realen Gruppen da möchten einige Migranten lieber rein, weil sie tatsächlich viel mehr mitnehmen und es wesentlich wertvoller finden, als wenn sie vor dem Computer sitzen. Also, die sind total dankbar und profitieren da wesentlich mehr und bedanken sich jedes Mal dafür. Und online Format finden Sie manchmal total bödsinnig. Und dann sind es tatsächlich die Migrantinnen die Hausfrauen,

<p>..Migrationshintergrund sozio-ökonomische Aspekte ..E 5</p>		<p>n cht berufstät g s nd.</p>
<p>..I</p>	<p>379 380</p>	<p>I: Gab es auch Fälle, wo eure Klienten sagten, es tut mir leid, aber ich habe kein Endgerät, deshalb kann ich gar nicht online Beratung annehmen?</p>
<p>..E 3 Datenschutzaspekte</p>	<p>381 382 383</p>	<p>a e Ja. (nicken mit dem Kopf) E 3: Oder, manchmal so ein Unmut entsteht (...). Wie so nun das gehen? Ich habe nur das Handy zum Beispiel. (...) Oder, wenn jemand keinen Drucker hat, dann machen sie sich Sorgen, wie sie die Datenschutzerklärung ausdrucken, unterschreiben und zurücksenden sollten. Per Post geht es auch, aber es entsteht so ein gewisser Widerstand.</p>
<p>..fehlende technische Aus ..E 3 Datenschutzaspekte</p>	<p>384 385</p>	<p>I: Gab es in solchen Fällen einen Zusammenhang zu Alter oder Einkommen der Klienten?</p>
<p>sozio-ökonomische Asp ..Alter ..E 4 ..keine Unterschiede bei versch</p>	<p>386 387</p>	<p>E 4: Nein. Ich habe mich darüber sehr gefreut, dass ausgerechnet ältere auch gut mit der Technik zurecht kommen. Und ich sehe keine sozioökonomischen Unterschiede dabei.</p>
<p>..bessere Bereitschaft zum ..E 5 sozio-ökonomische Aspek</p>	<p>388 389</p>	<p>E 5: Ich finde schon, dass es so zu ökonomischen Unterschieden gibt. Also, ich finde es total, zum Beispiel Leute, die mitten im Job stehen, die auch vermehrt digitale Sachen haben, gebietet sind, da ist es mit dem online Zugang überhaupt kein Problem. Wenn ich sage: es gibt dies und das Zubehör (...), die Antworten: kein Problem, kenne ich. Mit denen würde ich nie über sowas</p>



diskutieren. Bedeutung ist dabei schon ein wichtiger Punkt, ob es kaputt oder nicht. Oder wenn ich zum Beispiel eine Hausfrau habe, wenig gebildet, wenig Einkommen und sowas, aber die dann die Kinder hat, die es in der Schule gelernt haben, die zeigen dann schon ein gutes. Ganz ehrlich, die fühlen sich dann tatsächlich in der realen Gruppe besser. Also, ich finde sozioökonomische Aspekte extrem wichtig.

390 E 1:



391 Ja, ich habe eher das Gefühl, dass es Alter und Selbstvertrauen, die eine Rolle spielen. Ich habe auch die Erfahrung, dass die sich fragen am Anfang, ob das klappt wird. Und, wenn man sie dann ranführt, dann klappt es. Und dann ist es ganz einfach. (...) und dann ist die Akzeptanz dann hoch.

392 E 5:



393 Ja, wenn sie denn das Verstehen, dann klappt es auch. Die Erfahrung habe ich ja auch. Dann haben sie ja das Selbstvertrauen und machen gerne mit. Und dann ist es natürlich, wie komme ich damit klar? Aber das ist glaube ich grundsätzlich, wie erne ich? Wie mache ich am besten mit, wie reflektiere ich am besten? Wenn ich, hat die Gruppe mache, dann geht es um diese selbstverantwortlichen arbeiten. Dann stellt sich die Frage, wie mache ich denn da am besten mit?

394 E 2:



395 Also, ich erlebe dabei den Patienten mit Motivationshintergrund, dass die Hemmschwelle und das Selbstvertrauen, was die gerade Medizin betrifft, nicht so hoch ist. So, dass sie eher persönlich kommen. Oder, ich habe Patienten, die nicht lesen und schreiben können. Da geht es auch nur persönlich. Und das mit dem Alter, da würde ich auch zustimmen. Ich erlebe es so, dass die Jüngeren offener sind und die Äteren nicht so gerne reden.

396 I:

397 Die Zeit wird eher immer kürzer. Falls ihr nachträglich noch zum Thema mitteilen möchtet, bitte schreibt mir eine E-Mail, vielen Dank dafür im Voraus.

398 Das, was ich als letztes fragen wollte, ob es generell noch irgendwelche Fragen gibt.

399 Vielleicht irgendwas, was ich nicht berücksichtigt habe. Und, ich wäre auch euch für ein kurzes Feedback sehr dankbar. Wie findet ihr die Moderation und den Inhalt der Fokusgruppe? Bitte schreibt mir kurz was dazu oder schreibt mir eine E-Mail.

400 E 1:

401 Vielen Dank. Es ist zum ersten Mal, dass wir uns zum Thema Onlineberatung so tief untereinander austauschen konnten. Und eine oder andere Frage wird sicher ich noch nachwirken. Ich bin total gespannt, was aus deiner Arbeit wird. Vielen Dank!

402 I:

403 Vielen Dank für den Feedback! Ich muss es auch sagen, dass es mich sehr gefreut hat, dass ich bei euch in der Zeit angekommen bin. Ich fühle mich bei euch gut angekommen und sehr gut betreut. Ihr seid alle sehr unterschiedlich, aber umso interessanter finde ich die Zusammenarbeit mit jeder einzelnen von euch. Herzlichen Dank von mir an euch alle, dass ihr die Zeit genommen habt und mich bei diesem Projekt unterstützt habt!

404 E 4:

405 Ja, ich danke auch! Ich danke auch der Runde! Es war ein schöner Austausch!

406 E 3:

407 Ja, das stimmt. Das haben wir so wenig. Ich fand es ganz toll, dass man auch selbst reflektieren konnte. Vielen Dank dafür!

408 (Alle verabschieden sich und wünschen Frohe Weihnachten)

Feedback zu der Moderation

..E 1

..I

Feedback zu der Moderation

..E 4

Feedback zu der Moderation

..E 3

..E3 409 (Die Aufzeichnung wird gestoppt)

410 **Fokusgruppe 2 am 16.12.2020**

411 I:

412 Die Vorstellungsrunde. Wir kennen uns schon, aber ich möchte euch trotzdem bitten, euch vorzustellen und die Fragen, die ihr auf der Folie seht, zu beantworten.

..I 413 Normalerweise sollte zwar ein Protokoll oder Protokoll dabei stehen und alles aufschreiben aber wir nutzen die Vorteile der Digitalisierung und nehmen die gesamte Diskussion auf. Anschließend kann ich alles Wort für Wort dokumentieren.

414 Wer möchte das erste anfangen?

415 E6:

..E6 416 Ja, kann ich ruhig machen. Also, ich bin E6. Ich arbeite mittlerweile seit über 30 Jahren als Ernährungsberaterin. Ich habe schon zum Ende meines Studiums mit Dozententätigkeit begonnen, die ich auch immer noch mache. Über 20 Jahre bin ich freiberuflich tätig. Dauer der Teamzugehörigkeit: von Anfang an. Zur ZEB gehöre ich als Gründungsmitglied und bin auch diejenigen, die es angestoßen hat. (...) und, den ganzen baratischen Bereich begleitet ich seit Beginn an. Das ist jetzt zehn Jahre her, dass wir mit Frau Dr. Herbig von der Schön Klinik, damals noch Asklepios Klinik, den Kontakt aufgenommen haben. Es ist auf „meinem Mist gewachsen“, aufgrund des Kontaktes, der mich dazu ermutigt hat. Wir sind dann mit Frau Dr. Herbig und Ihrem Team bis zu Schön Klinik umgezogen. (...) Und, alles, was wir in diesem Bereich haben, auch den Qualitätsaspekten, haben wir aufgrund dieses Kontaktes entwickelt. Meine Arbeitsschwerpunkte sind: verhaltenstherapeutische Ernährungstherapie. In der Ernährungstherapie eindeutig Blick auf Psychologie und die

..E 6

Richtung der psychologischen Zusammenhänge und weniger in medizinisch-diätetische Zusammenhänge. Und in dem Rahmen habe ich auch meine Zusatzqualifikation gemacht. Die größte Qualifikation ist die systemische Berater Ausbildung, über 2 Jahre nebenberuflich mit einer Abschlussprüfung und außerdem Drum und Dran. Ich bin auch Adipositasberaterin für Kinder und Jugendliche. Und ich kann WOOP, ich bringe mich da kontinuierlich fort. Das ist keine Zusatzqualifikation, dennoch immer wieder Basis Fortbildungen von der Frau Prof. Oettinger. Wie groß ist der prozentuale Anteil der bayerischen Patentrener? Im Moment würde ich, wenn ich meine Einzelberatungen meine, sagen 98%. (Lächeln) Also, es kam ganz selten Querschnitt von den anderen Themen. Ich beginne gerade wieder mehr adipöse Kinder und deren Familien zu beraten, im Zusammenhang mit der Deutschen Rentenversicherung (...), aber das ist superwenig und ich berate aktuell verschiedene Projekte, die aktuell eher eingeschoben sind. Schulprojekte, wo Gelehrten geschuldet worden sind (...). Keine Ahnung (...), 95-98% sind bayerische Patentrener.

417 In Einzelberatungen und Gruppen.

418 I:

..I {

419 Und Gruppen? Ja. Danke sehr.

420 E 7:

..E 7

421 Ich versuche weiter zu machen. Ich bin erkältet, aber, mal gucken, im Moment ist meine Stimme zuverlässig da. (Lächeln) Also, mein Name ist E 7. Ich bin, seit, jetzt muss ich überlegen, September 2019, da habe ich meine Freiberuflichkeit angemeldet beim Finanzamt. Ich habe auch an HAW studiert und im Februar 2019 mein Zertifikat bekommen. Ich habe das DGE Zertifikat gemacht im Mai 2019. Und mein erster Arbeitsschwerpunkt, also, ich sprünge jetzt ein bisschen chronologisch, sind die Präventionskurse. Und, ich mache das für das Vitalzentrum Dr. D. (...), habe bei denen angefangen zu

45/79

..E 7

hospitieren und im Oktober 2019 meinen ersten Kurs gehabt. Ja, das habe ich kontinuierlich ausgebaut. Und, in der ZEB, habe ich gerade überlegt, (...) bin ich Ende 2018 dazu gestoßen, auch in Rahmen des Praktikums. Ich habe mein Praktikum bei Cornelia H. gemacht, und die hat mich mit zu den Qualitätszirkeln genommen. Ich dadurch ZB praktisch erfahren dürfen und Mitglied geworden. Während des Lockdown ging es erstaunlicherweise massiv mit den Einzelberatungen los, und (...), ja, im Moment ist es wirklich (...). Also, erst mal sind das diese Präventionskurse, die aufgrund der Corona gestoppt werden mussten, dann aber viele Einzelberatungen und tatsächlich der Schwerpunkt sind die bariatrischen Patienten. Wenn wir jetzt nur die Einzelberatungen angucken, hätte ich auch gesagt 90 %. Ansonsten mache ich dann Einzelvertretung für eine Kollegen, und dann sind es noch die Themen, wie Fettstoffwechselstörung, Übergewicht. Also, noch zum Thema Zusatzqualifikationen (...), ich hatte noch ein Leben vor dem meinem Ökotrophologie Studium. Ich bin auch noch Betriebsrätin mit Spezialisierung auf Tourismus. Ich glaube, was mir noch zugutekommt, das ist jetzt so eine Lebenserfahrung, beziehungsweise was es bedeutet, im Vollzeit in einem Büro zu arbeiten, einen stressigen Arbeitstag zu haben und trotzdem noch gesunde Selbstfürsorge dazu zu integrieren (...). Ja, ich glaube, das ist es.

422 I:

..I

423 Vielen Dank. Eine Frage hätte ich (...). Du machst bei den bariatrischen Patienten nur Einzelberatungen, keine Gruppen?

424 E 7:

..E 7

425 Nein, das mache ich nicht, ja. Genau.

426 I:

..I

427 Okay, danke schön.

428 E 8:

46/79

429 Ich habe e der ncht ve zu erzäh en. Ich he ße E 8, b n noch Student n, se t August 2020 b n ch auch Prakt kant n be ZEB und arbe te m t E6 se t Januar 2020. Ich mache m t E8 n Tandem d e arab schen Gruppen. Ich b n se t März 2020 M tg ed be ZEB. Im Rahmen me nes Prakt kums respekt ere ch be ve en Ko eg nnen der ZB be den Beratungen. D e Erfahrungen habe ch b s jetzt nur be bar atr schen Pat enten.

430 I:

431 Be E nze und Gruppenberatungen, ja?

432 E 8:

433 Ja genau.

434 I:

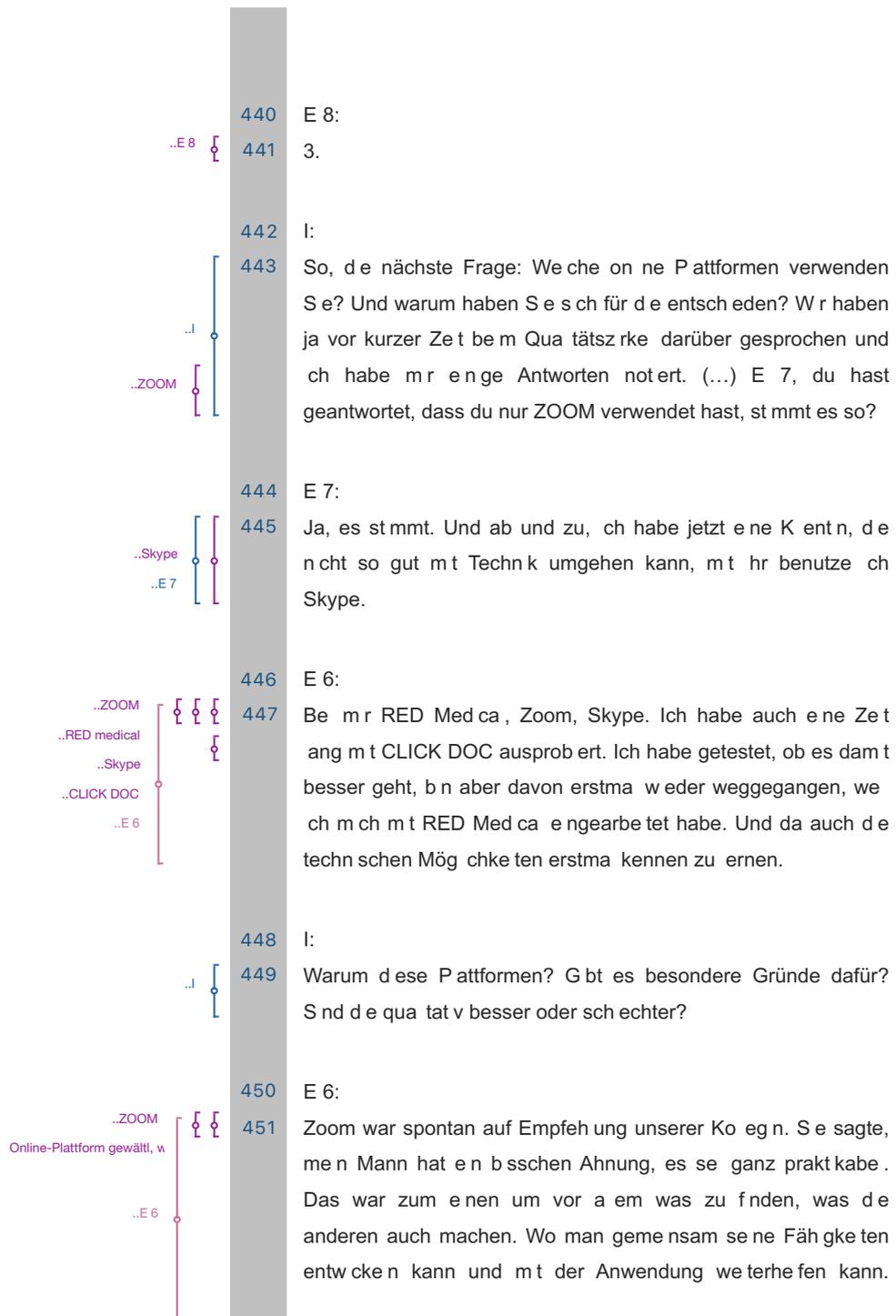
435 Ve en Dank. Das war unsere Kennen erenenrunde. Dann gehen w r g ech zum ersten Frage B og „Berufserfahrung m t der On neberatung“ und der ersten Frage: Haben Se schon vor dem Lockdown d e on ne Beratungen durchgeföhrt? Wenn ja, dann erzäh en Se m r b tte, we che Erfahrungen se m t d esem on ne Format dann hatten.

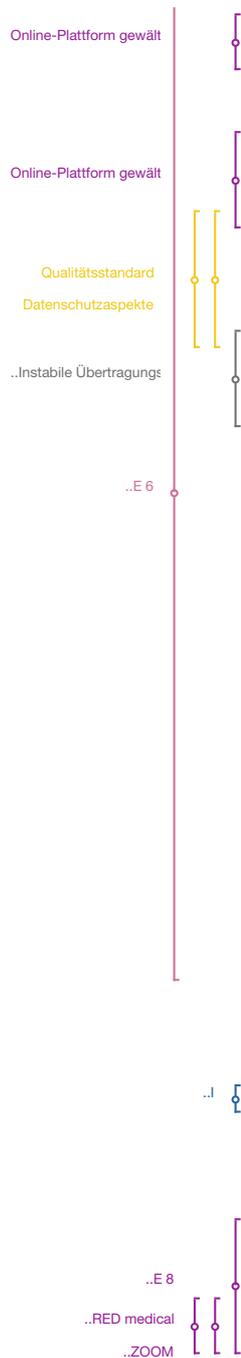
436 E 7:

437 Ja, ch kann sagen 3, n e.

438 E 6:

439 Es st e nfach. Ich habe ab und zu On neberatung gemacht. (...) Mehr so über Skype. Mehr so we ch es ausprob eren wo te. Das fahrtechn sch rgendwe sehr unzuver äss g. Ich er nnere m ch, dass ch daneben be noch te fon ert habe, we d e Verb ndung m r n cht gefa en hat. Und dann war es schon d e Te fonberatung. A so, tota wen g. Überhaupt n cht m t so e nem profess one en Too , we RED Med ca oder Zoom. Wen g. 2.





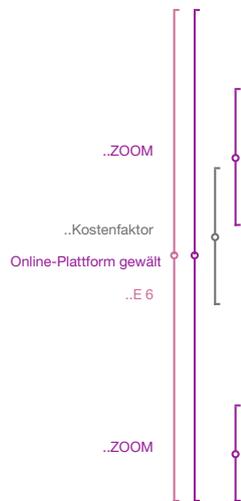
Und, zu dem, wurde es mir von anderem Arbeitgeber ermöglicht Zoom zu nutzen. Und da hatte ich den Zugang. Und dann habe ich zugegriffen, weil ich da ein großes Paket hatte und alle Anwendungen ausprobieren durfte. Weil eine große Institution für Zoom entschieden hat und da dachte ich, wenn die das machen dann mache ich auch das. Für die Gruppenberatungen hauptsächlich habe ich RED Medica gewählt, weil es den höheren Qualitätsstandard hat, weil ich das für die Ernährungstherapie für absolut notwendig hatte. Aber ich finde die Verbindung ist da oft schlechter, was sicher mit den Sicherheitsvorkehrungen und so zu tun hat (...). Das geht im Moment auch noch, ansonsten muss ich noch mal sehen noch, ob ich es kaufe. Weil es absolut wichtig ist, dass wir im medizinischen Kontext arbeiten, dass wir mit so einem sicheren Programm arbeiten können und damit versichert sind und das anwenden können, wenn es sich die Klienten wünschen. Wenn sie zu Zoom zustimmen, dann sagen sie eben „ja“ auch zu dieser Technik, obwohl Sie die Hintergründe mit Sicherheit nicht kennen (...). Was wollte ich noch sagen (...)? Ach so, (!), außerdem finde auch ich total wichtig, das hat mir gestern noch aufgefallen, dass man zwei Programme hat, damit, wenn es mit einem nicht gehen kann, man auf den anderen wechseln kann. Also, ich werde immer Zweiparallelfahren wollen, damit ich nicht in der Luft hänge, wenn es mit einem Programm es irgendwann nicht will, oder der Klient nicht kommt oder so (...).

452 I:

453 Ja, Danke.

454 E 8:

455 Also, das erste Mal, wo ich das ZOOM gesehen habe, habe ich bei den Vorlesungen in der HAW kennengelernt. Und, ich fand es einfach zu benutzen. Während der Hospitationen habe ich sowohl mit Zoom als auch mit RED Medica Erfahrung gemacht.

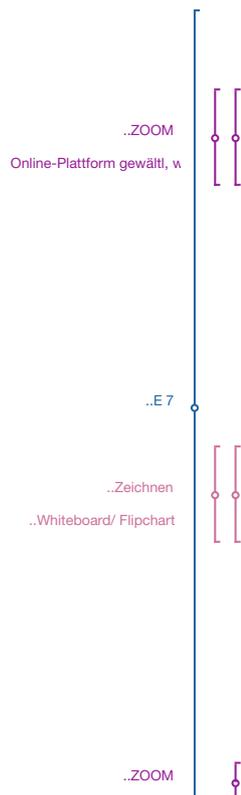


456

E 6:

457

Warum haben sie sich für diese Plattform entschieden? Im Moment fällt mir auf, dass die Möglichkeiten mit freischalten und mit Kommentieren kooperieren für die Ernährungsberatungen. Ich bin gerade vermehrt Zoom unterwegs und habe dort auch die Möglichkeit, drei Leute einzuladen, dann, (...) kann auch vermehrt arbeiten, was ich merke, was mit RED Medica aktuellen Zweiersetzung nicht geht. Da kann ich keinen dritten mit reinnehmen, weil ich nicht gekauft habe. Ich kann nicht einen Bildschirm freischalten. Das fällt mir jetzt tatsächlich schon ein bisschen und ich werde mich da wohl ein bisschen aufrüsten. Aber Zoom ist schon cool, wenn man da die Anwendungen nutzen kann. Das macht auch vermehrt Spaß, vermehrt Vielfalt in der Ernährungsberatung.



458

E 7:

459

(...) bemerkt es sich, dadurch, dass wir mit Kolleginnen im Austausch sind, bzw. bei ZEB, dadurch dass ich in diesem Entscheidungsprozess mitdrin war, habe ich mich für Zoom entschieden, weil es total einfach und benutzerfreundlich fand. Und (...), Ich überlege gerade noch mal (...) bei Skype (...). Ich habe mir gerade überlegt und auch recherchiert, wo die Sicherheitsanforderungen sind (...). Ich habe auch während des Lockdowns an einer Heilpraktiker Schule Unterricht gegeben, und die haben auch Zoom verwendet. Also ich hatte auch darüber so (...) Berührungspunkte. Und habe mich einfach da sehr schnellere gefunden. Ich finde jetzt an Zoom auch ganz toll, dass man den Bildschirm teilen kann. Man kann was zeigen, man kann auf so ein Whiteboard schreiben und im Nachgang auch dem Klienten auch das zuschicken (...). Auch total gut. Und, ich habe ehrlich gesagt, sehe hier jetzt diese Notwendigkeit, z.B. RED (...) oder CLICKDOC, merke mir gerade nicht (...), (Lächeln). Da muss ich gestehen, dadurch dass ich noch im Aufbau meiner Selbstständigkeit bin, und so vermehrt andere Themen gerade habe, bin ich froh, dass das so läuft. Und blocke die anderen Anbieter ein wenig aus. We

..E7
..ZOOM

ZOOM öffnet, wodurch ich verlässlicher öffne.

460 E 6:

..RED medical

461 Ich würde nur noch ergänzen, dass RED Medizin in der kostenintensiven Version ist keine Gefahr, dass man irgendwo ein Backup hat. Das habe ich für beruflich strategisch klug. Wenn ich gefragt werde: was nehmen Sie? Dass ich auf jeden Fall RED Medizin kenne und anwenden kann, damit, falls wir strengere Aufgaben kriegen.

..E 6

462 I:

463 Vielen Dank für die ausführliche Antworten. Dann (...), die nächste Frage lautet:

464 Wenn Sie an die Monate zwischen den Lockdowns (März bis Oktober 2020) denken, wie viele Prozent Ihrer Beratungen haben Online und wie viele in Präsenz stattgefunden?

..I

465 Bitte nur eine Einschätzung. Nicht mit Begründung, sondern nur eine prozentuale Angabe.

466 E 6:

467 Ganz wenig. Nur im Juni habe ich einige Messungen gemacht. (...) 15 Stück (...), 1-2% (...)

..E 6

468 E 7:

469 Ich habe das Gefühl, dass es bei mir 50/50 sind. Also, im März wären dann auch noch online, und ab Juni dann in Präsenz den Sommer über (...), und verneinend, aber auch online.

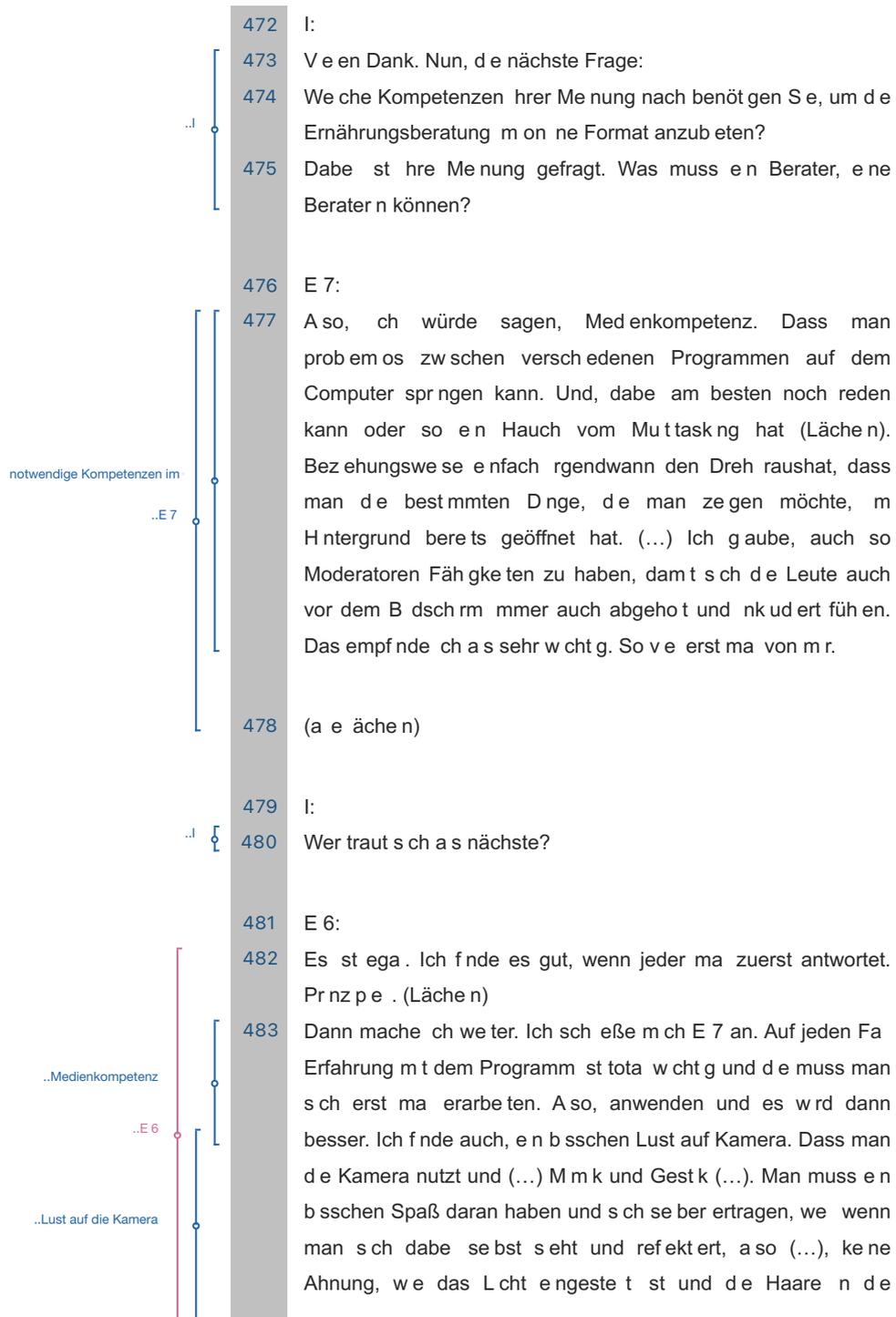
..E 7

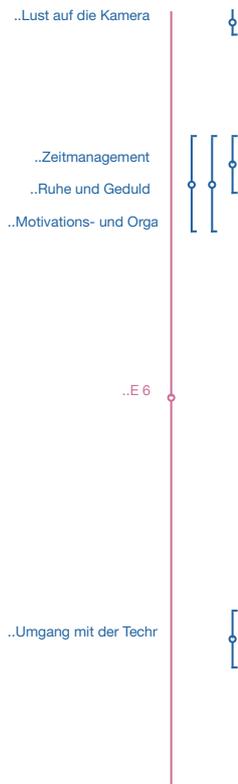
470 E 8:

471 Wenn wir über arabische Konten sprechen, dann haben wir uns entschieden, nur die neuen Konten, unter anderem wegen der BIA-Messung, in die Praxis einzuführen, dann würde ich sagen auch 2-3%. Nur zum Erstgespräch und unter den entsprechenden Hygienemaßnahmen.

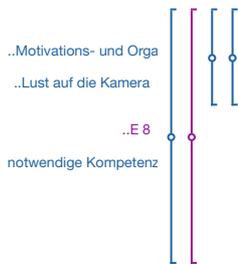
..E 8

51/79





Gegend speßen... (...). A so, e n b sschen Show st schon dabe . Um es ve echt e n b sschen ebend ger zu machen. N cht so e ne Tagesnachr chtensprecherha tung ann mmt und de Beratung so ab aufen ässt. Auch für de Gruppen so was we Kompetenz und Ze tmanagement, um a es vorzubere ten, de Meet ngs e nzur chten, de Leute beruh gen, fa s es rgendwe n cht kappt. Man muss ganz ve rum tppen. Man muss das ganze se bst machen oder jemanden haben, der das über nmt. Ich habe Tage gehabt mt zehn Beratungen am Tag pus Hosp tanten e naden. Das st schon e n Ze tfaktor am Vortag oder Vorabend (...). Und das a es sozusagen m B ck zu beha ten (...). Be den Gruppen on ne Schu ungen de ganzen Rechnungen vorzubere ten, de Kontakt Daten erheben, da wrd es noch kompexer. Aber andererse ts man muss ja n cht rgendwo her und Räume e nr chten. Man muss den Überb ck beha ten und Gg assen be ben. Man muss auch Serv ce und Kompetenz haben, de Techn k anzub eten, (...) das a es kostet Ze t. Fa s de K enten aus der on ne Beratung p ötz ch rausf egen, muss man e ne A ternat ve haben und auch bere t se n dafür, de Ideen zu haben und de Ze t zu nvest eren.



484

E 8:

485

Ich sch eße m ch den Ko egnnen zu. Be der on ne Gruppe muss man mmer de Leute mot v eren, mt der Kamera umgehen können. Den K enten akt v eren, dass se auch mt machen und n cht nur da rums tzen, sonst wrd Ihnen angwe g danach. Und, man so te de Te nehmer mmer nach hrer Me nung fragen dam t de Gruppe akt ver wrd und de Atmosphäre n der Gruppe pos t v be bt.

486

E 6:

487

Noch e ne Ergänzung dazu. Wr sch cken unsere K enten, etwas zu ho en, zum Be spe e aus dem Küh schrank. Wr setzen de schon manchma n Bewegung, Sozusagen.

..E 6

..E 6

488 (a e äche n)

489 I:

..I

490 Ah so (...), gut. Jetzt d e nächste Frage, d e aus der Frage davor resu t ert. G bt es noch was, was hr noch zusätz ch ernen möchtet, um hre on ne Beratungen zukünft g noch besser ausführen zu können? Habt hr da v e e cht Gedanken darüber gemacht, was man eventue an Kursen noch be egen könnte, was we ß ch (...).

491 E 6:

..Whiteboard/ Flipchart

..E 6

..RED medical

..ZOOM

492 Ich hab's was. Ich brauche noch ma e ne Sp e stunde, m t Ko eg nnen, d e auch Ze t haben, d ese Kommentar e ste be m Wh teboard besser zu verstehen, w e man s e nutzt. Dam t a es was da kommt ch auch kenne. Ich muss es ausprob eren. Be Zoom, das g bt ja be RED Med ca n cht.

493 E 8:

..E 8

494 Ich g aube das w rd n der Zukunft Kurse angeboten werden w e z.B. Exce oder M crosoft Off ce. Ich g aube, dass d e Menschen d ese d g ta e Form auch nach Corona Pandem e benutzen werden, w e d e v e en Menschen das Leben er e chtert. Und, ch g aube, ch werde auch daran te nehmen.

495 I:

..I

496 Ja. Ich auch.

497 (a e äche n)

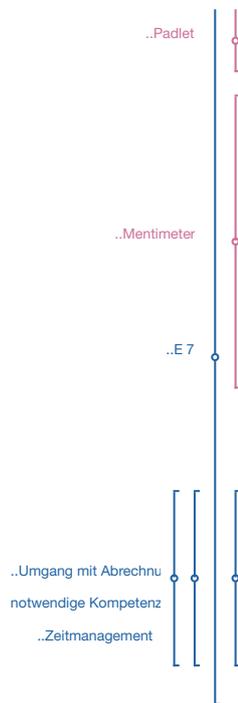
498 E 7:

..Padlet

..E 7

499 A so, was ch noch schön f nden würde, ergänzende Too s, von denen ch schon we ß, dass es s e g bt, z.B. Pad et, bzw. e ne

54/79



on ne P nnwand, wo d e Teilnehmer para e auf d e P nnwand Kärtchen ankeben können und a s Moderator man auch Infos zur Verfügung ste en kann. Das f nde ch to . Dann g bt es ja Mentimeter, das haben w r an der HAW be der Modu Methoden der Beratung gesehen. Aber das fand ch auch en to es Too und ch habe das tatsäch ch während e ner Fortb dung auch ge ermt. Wom t man ganz wunderbar d e Leute e nb nden kann, d e müssen dann zu hrem Handy gre fen (...), und da stoßen w r be den Gruppenkursen be baratr scher Ze gruppe manchma an Grenzen. Es g bt dann Leute, für d e das ke n Probem wäre. Und, es g bt best mmt we che, d e dam t überfordert se n werden. Genervt und werden eher aufgeben. Aber ch we ß, das s nd schöne Too s. Und a es was E 6 gesagt hat, was a es zu On neberatung dazu zäh t: Ze tmanagement, Rechnungen schre ben, d ese e gene adm n strat ve Se te, da (...) merke ch be m r, ja, das äuft, aber Es st noch Luft nach oben. Und das würde ch gerne noch ausbauen, um es für m ch e nfacher zu machen. Und dann d e Ze ten effekt ver zu nutzen.

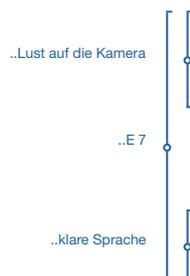


500

E 6:

501

Oder so, was d e anderen Ko eg nnen sagen, z.B. durch PayPa d e Leute zah en zu assen, ch habe ncht ma m ch dam t befasst. So e n Programm muss ja rgendwe auch Be ege haben (...), man muss ja rgendwe e n Konto e nrchten (...), und was haben se dafür Be ege? Und was für Rechnungen muss ch dann schre ben? Du hast ja recht. Man muss s ch dam t beschäft gen.



502

E 7:

503

Und noch was! (...) Während des DGE Zert f kats wurden d e Beratungssequenzen aufgenommen, da habe ch m ch schon vor der Kamera sehen müssen. Und be der HAW CareerService habe ch be d versen Veranstaltungen mtgemacht, d e würde ch übr gens sehr empfeh en. D e haben so to e Dozenten und so e n fantast sches Angebot! Dort habe ch Rhetor ksem nar

55/79

<p>..klare Sprache</p> <p>..E 7</p>	<p>504</p> <p>505</p>	<p>und einen Stimmensammler bezieht. Ich habe da schon einen gemacht und finde es sehr wichtig, am Ball zu bleiben. Bei mir ist es jetzt so, dass ich meine eigene Beratungsperson nicht kennen lernen, was schon gut läuft. Dann, in der nächsten Runde würde ich wahrscheinlich weiter da dran arbeiten, wenn ich z.B. weiß, dass ich einfach zu sein und nicht bestmündig überkomme und dann mir dabei ein Beispiel (Lächeln), (...) dann möchte ich auf jeden Fall Kurse machen. Ja.</p>
<p>..kontinuierliche Weiterbildung</p> <p>..E 6</p> <p>notwendige Kompetenzen</p> <p>..kontinuierliche Weiterbildung</p>	<p>506</p> <p>507</p> <p>..I</p> <p>508</p> <p>509</p>	<p>E 6:</p> <p>Was super toll ist, kann ich schon, das muss ich nicht noch machen, die Audio- oder Videosequenzen mitzuschneiden und dann mit Qualität, die bewerten zu lassen. Man kann den Computerton freischaalen, damit alle hören können, wie man beraten hat. Ich hatte die Klienten, die dazu bereit waren. Es ist super easy, supercool. Und dann kann man sich selber hören und fragen, wie wird das. Es ist ja subjektiv, aber die Reflexion ist Teil unserer Weiterentwicklung. Und ein Feedback von vertrauten zu kriegen, ist schon was anderes als Feedback von den Klienten.</p> <p>I:</p> <p>Sehr schöne und sehr interessante Antworten. Vielen Dank! Gut. (...) Nächste Frage und das ist die vorletzte Frage in diesem Fragenblock und die lautet: Erzählen Sie bitte, welche online Beratungstools Sie digital verwenden und wie die Umsetzung funktioniert? Wie es bisher schon vorher erzählt. Aber wie geht es jetzt noch mal konkret die einzelnen Tools benennen. Und, ob es gut klappt oder Störungen gibt?</p> <p>E 8:</p> <p>Also, PowerPoint manchmal, verbunden mit Bildschirmtextfunktion. Manchmal PDF-Dateien hochladen und schon vor der</p>
<p>..E 8</p> <p>..digitale Beratungst</p>		



510

Beratung, als Vorbereitung, versenden, damit die Klienten die Unterlagen kennenlernen. Und auch die Dateien hochladen und teilen.

E 6:

511

Okay, ich muss mal durchchecken (...). Also, Bildschirmteilen auf jeden Fall. Für Bilder, Grafiken oder ganz oft Passagen aus der Broschüre und dabei mit dem Cursor auf die wichtigsten Passagen zeigen. Das mache ich sehr oft. Das, was ich tatsächlich jetzt in der letzten Zeit angewendet habe, ist die Schiebepalette. Da bin ich ganz begeistert! Auch ein Zoom, da ich letzte Zeit ganz oft mit ZOOM bin. Dann kann ich mit dem Kommentieren die Antworten von Klienten drauf schreiben. Dann mache ich einen Screenshot von der Schiebepalette, speichere das Bild und sende danach an den Klienten nachträglich. Dann, PowerPoint öffnen und dann präferieren. In der Gruppe, ich weiß, dass man die Umfragen machen kann (...). Ich habe auch zum Teil den Chat benutzt. Für die Umfragefunktion braucht man kein zusätzliches Endgerät, das mache ich auch bei den Gruppen. Ich finde das auch einfach gut, wenn man die Antworten auf dem Bildschirm gleich sieht. Und, um auf die Breakout-Sessions aufzuspringen, das sind Gruppen, die ich mache, nicht groß genug. Aber, sobald die Teilnehmerzahl über zehn steigt, und es darum geht, um den Austausch zu kommen, dann würde ich auch die Breakout-Sessions einbauen. Für ein paar Minuten die Leute in die Untergruppen zu schieben, da glaube ich, man redet freier, wenn man ohne die Moderatoren ist. Je größer die Gruppe besetzt ist, desto schwermere sind die Menschen. Genau. Das ist nicht so viel, aber immer wieder.

512

E 7:

513

Aus, was E 6 gerade aufgezeichnet hat, ist auch bei mir so.

514

I:

515 Ve en Dank. (...) und nun kommt die letzte Frage in diesem Fragebogen und es ist wieder Ihre persönliche Meinung gefragt. Die Frage lautet: Wie wichtig ist im Unterschied zur Präsenzberatung die Selbstorganisation und Selbstfürsorge der Beraterinnen in Bezug auf die Professionalisierung und Qualität der Onlineberatung? Falls die Frage nicht ganz verständlich sein sollte, kann ich euch erklären, was ich darunter meine. (...) Aber nimmt euch erstmal etwas Zeit, lest die Frage noch mal in Ruhe durch und versucht, die zu verstehen. (Lächeln) nicht, dass ich euch mit meinen Gedanken beeinflussen werde.

516 E 7:

517 Mir kam es gerade so spontan Gedanke, dass solche Beratungen vor dem Bildschirm (...), Ich bin mir gerade dabei nicht so sicher (...), Aber ich von anderen gehört, die diese Beratungen sehr anstrengend finden. Vor dem Bildschirm sitzen. Die sagen, dass sie Präsenzberatungen einfacher finden und mehr machen können, was sie vor dem Bildschirm machen. Ich kann jetzt keine wirkliche Antwort von mir geben. Rein vom Bauchgefühl würde ich sagen, dass es sowohl in der Online- als auch in der Präsenzberatung ich da gar keinen Unterschied sehe. Wir müssen immer eine gute Selbstorganisation haben und eine gute Selbstfürsorge betreiben, damit wir in der Beratung in unserer, ich würde es so sagen, in unserer Kraft sind, eine gute Beratung machen zu können. Egal wie chemisch.

518 E 8:

519 Ich habe nur 2 oder 3 Präsenzgruppen erbt. (...) und, ich finde es gibt keinen großen Unterschied. Eine ausführliche Vorbereitung sollte bei beiden Formaten geben.

520 E 6:

521 Okay, ich habe jetzt durch meine private Situation so extrem viel. Es stand vor der Diskussion, dass ich Präsenz mache. Ich glaube, dass es ganz wichtig ist, dass man nicht mit den

..höherer Stressfaktor

Selbstorganisation und Selbstfürsorge

..E 7

..ausführliche Vorbereitung

..E 8

..E 6

..Zeit-, Pausenplanung
Selbstorganisation und
..ergonomischer Arbeits
..natürliche Lichtverhält

..E 6

Termine überlastet ist. Man muss es wissen, wie viel Zeit man für Drumherum-Brauch. Und bei den Onlineberatungen, wenn Zeit nicht reicht, dann habe ich Pech. Man muss den genauen Blick haben, wie viele Termine vergeben ich nehmen kann. Das kann mit der Präsenz passieren genauso wie mit der Online. Ja, aber es ist auch wichtig, einen schönen Arbeitsplatz zu haben. Ich habe Fenster vor mir, ich sehe, wie das Wetter ist. Ich habe hinter mir das Hintergrundhinter mir, muss technisch rumspielen können. Ich sitze mehr, aber das macht mich nicht unglücklich. Wie ich schon sagte, ich habe keine Konzentrationsprobleme. (...) Ich versuche es leibhaftig und leibhaftig zu machen. Ich sitze nicht so stark, dass ich Rückenschmerzen kriege. Und ich finde es total cool und sehe keinen Unterschied zu Präsenz. Ich muss jetzt mich weniger um die Gässer kümmern, sondern viel mehr um die Meeting-Entscheidungen. Also, ich habe noch mehr Tastatur und Bildschirm, aber (...) Ich finde in dem Verhältnis zu dem Gewinn, den man hat, mit dem Geld verdienen (...) ist es alles noch im Verhältnis. Ich glaube auch nicht, dass meine Augen schlechter werden. Ich erinnere mich auch an meine Arbeit bei der Verbraucherzentrale (...), wo ich 8 Stunden am Computer irgendwas gemacht habe, das war 100 mal anstrengender als am Computer zu beraten. Und, ich switchte rum, E-Mails schreiben, telefonieren (...). So ist es zwar der Bewegungsradus kleiner aber die Lebendigkeit empfinde ich trotzdem.

522 I:

523 Ihr haben gerade alle drei Adresspunkte angesprochen, die ich mir bei dieser Frage angedacht habe. Und ohne, dass ich irgendwelche gedankliche Anstöße gemacht habe. Vielen Dank. Nun, wir sind mit dem ersten Fragenblock fertig. Jetzt kommt der zweite große Fragenblock. Und der heißt: Wirksamkeit und Effektivität einer Online-Beratung im Vergleich zu einer Präsenzberatung. Und ich würde jetzt versuchen, die Befragung etwas zügiger zu machen, damit wir in der vorgegebenen Zeit

59/79



beiben. Die erste Frage habe ich so formuliert: wenn sie freie Wahl hätten beraten Sie heute lieber im online Format oder in Präsenz? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.

524 I 6:

525 Ich finde beides gut, Ich möchte beides machen, Ich möchte beides dürfen und Ich möchte in der ersten Linie meine Patienten und Kollegen die Wahl lassen. Das ist mir das Wichtigste, dass ich das Format anwenden kann, was die am meisten haben wollen. Und dann habe ich die beste Basis für eine gute Beziehung und gute Arbeit, die die Ernährungsberatung fördert. Ohne Restriktionen von den Krankenkassen, die weniger Geld geben (...), und sonst wie... Oder, Menschen, die Qualität anzufragen in dem einen oder anderen Format (...). Oder behaupten, eines sei besser als das andere. Ich möchte, dass es freudvoll und offen ist. Dann bin ich zufrieden und meine Kollegen auch.



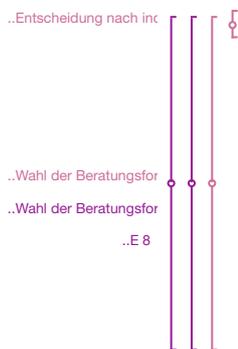
526 I:

527 Danke. Kurz, kompakt und verständlich.



528 I 8:

529 Ich stimme E 6 zu. Wir haben viele Kollegen, die außerhalb von Hamburg wohnen. Die Kollegen werden gezwungen, hat in Präsenz zur Beratung zu kommen. Das ist eine Last für die Kollegen. Viele müssen dadurch sehr angehalten werden, um zu uns zu kommen. Es macht keinen Sinn. Die werden diese Beratung hassen und definitiv nicht wieder zu uns kommen wollen. Falls sich die neuen Fragen ergeben so tun, die werden bestimmt nicht wieder zu uns kommen, weil sie wieder einen Weg haben müssen. (...) Das ist viel zu viel für die.



530 I:

531 (...) umständlich (...)



..Kombi
..Wahl der Beratung:

..E 7

..Entscheidung nach individueller Sit

..Wahl der Beratungsform (

..Entscheidung nach indivi

..Berücksichtigung der Risi

..Kostensparnisse

..E 6

..Berücksichtigung der Risi

..kein Risiko für die Anstec

..E 8

532

E 7:

533

Ich sch eße m ch be den Ko eg nnen komp ett an. Ich sehe das genau.

534

E 6:

535

Es st wrk ch K enten zentrert. Wenn se krank s nd und Schmerzen haben, dann st der Weg zu uns das Prob em und n cht de Beratung. Wenn se ke n Ged haben, dann st das Fahrge d das Prob em. Oder se brauchen jemanden, der se fährt. Das st das Prob em. Des zu organ s eren, das was E 8 gesagt hat, das n mmt de Freude an dem Inha t. Und ch f nde das Argument, wo gesagt wrd, dass de kommen müssen, Invest ionen dass se machen müssen, dann sträuben sch m r de Haare. Wenn man der Me nung st, de müssen kommen, dam t de Beratung gut wrken kann und se das Ged kregen. Da krece ch ene Krse! Und würde dafür noch ene Demonstrat on organ s eren (...) Ich habe das n der Ze t schon ma gehört. Ich f nde das autor tär und arrogant. De Pat enten müssen gar n chts nvest eren! De müssen nur offen se n. Für das, was wr zusammen erarbe ten. In e nem Format, was für se am ebsten st. Ich f nde es vö g arrogant, de Bequem chke t zu unterste en! (...) de wo en ja n cht (...)

536

F nde ch vö g arrogant! Und das zu sagen, dass de K enten sch on ne nehmen nur um sch nur boß n cht zu bewegen, f nde ch vö g feh nterpret ert. Da muss man was dagegen argument eren.

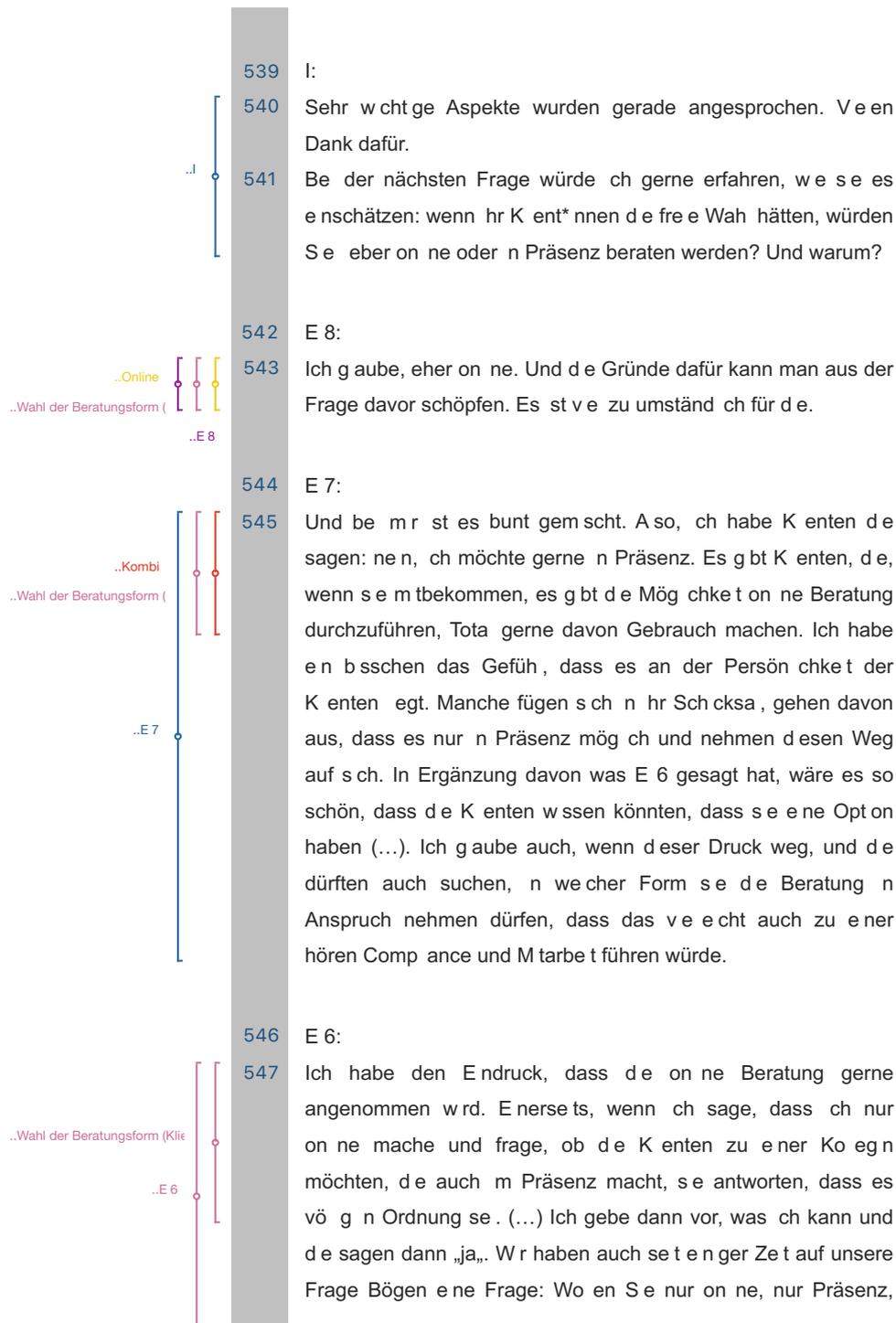
537

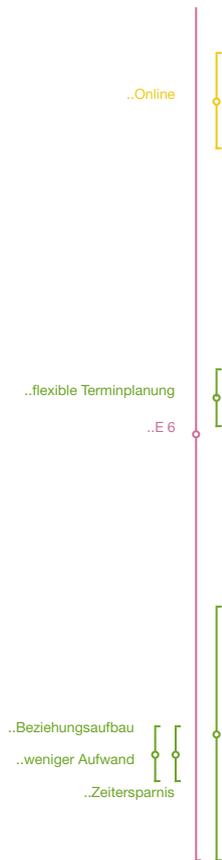
E 8:

538

Vee davon s nd auch R skogruppe. De haben entweder Diabetes oder B uthochdruck, Herzerkrankungen, Kne- und Rückenschmerzen (...) Für de st es enorme Be astung. Im Sommer haben wr für de n der Gruppenberatung mmer ene Pause angeboten, dam t se sch was zum Tr nken ho en können oder sch en bsschen bewegen können. Für vee tat jeder Schr tt große Schmerzen.

61/79





oder beides? Und, ich habe das jetzt nicht statisch, aber da sehe (...) Es sind erstaunlich viele die gleich ankreuzen „nur online“, weil Sie von außerhalb kommen und die spezielle Beratung wollen. Sie wollen jemanden, der fachlich kompetent ist und Nehmen dann auch online anstatt zu sagen: ich nehme mir jemanden vor Ort, der breiter aufgestellt ist aber nicht so spezifiziert im Fachgebiet „vor und nach OP Betreuung“ ist. (...) Aber auch ganz viele ankreuzen: beides ist möglich, online und Präsenz. Und nur die wenigsten auf unseren Fragebögen Kreuze an: „nur Präsenz“. Man findet auch besser Termine, wenn man die Varietät hat. Und ich sehe supergroße Aufgeschlossenheit, dass die sagen: beides ist für mich möglich. Ich finde es total toll, die Menschen, die ohne Technik großgeworden sind, Gerade die deutsche Muttersprachliche Beratung, die finden immer jemanden in der Familie, der ihnen hilft, das Video und zu starten. Dann lässt er die in ihre Muttersprache quatschen und muss nicht mitkommen und dabei sitzen (...) und so weiter (...). Es nimmt auch Druck und Scham, auf die Hilfe angewiesen zu sein. Wenn man sagt, ich brauche jemanden, der mich bringt und im Auto wartet, sie haben dann alles leichter. Und schon können Sie ganz tolle ihre erste Onlinegespräche führen.

548

I:

549

Vielen Dank für die klare Antworten. Alles verstanden. Und nun komme ich zu der Frage Wie haben Ihrer Klient*innen auf ihre erste Einladung zur online Beratung? Woran können Sie sich noch erinnern? Gibt es was Besonderes, woran ihr euch erinnern könnt?

550

E 8:

551

Also, es war ein bisschen komisch. (Lächeln) alle Teilnehmer haben sehr viele gelacht und die Kamera so komisch vor dem Gesicht gehalten haben (...). Wie gesagt, alle haben herzlich gelacht.

552 E 6:

553 A so, ch ernnere m ch an den 16. März deses Jahres, a s N x mehr g ng. In me ner Er nnerung st es so, dass se prnzpe ncht verba aber so erechtert waren, dass se hren Pan verfo gen können. Se brauchen ja d e Beratung, ja, se waren ja mttendr n. Se brauchen Monat zu Monat e nen Term n, um hr Ze - d e Operat on- zu erre chen. Und. D e Atmosphäre, dass es we tergeht, das hat d e Scheu vor der on ne Beratung vö g n den H ntergrund gescheucht. Dass se hren Wunsch-Ernährungsberatung- naht os fortsetzen können. Ich habe mmer dazu gesagt, wenn d e Techn k ncht m tsp e t, dann gehen wr aufs Te fon. Ich habe d e beruh gt, dass d e Beratung was m t Sprechen zu tun hat, desha b können wr auch am Te fon d e fortsetzen, wenn was ncht st mmt. Aber se waren tota erechtert, dass se hren Inha t we terverfo gen können. Und dann haben d e d e Techn k n Kauf genommen und (...), Es st so süß, we se sto z auf s ch warten, dass se das geschafft haben! Und se reden einfach, as würden se m r gegenübers tzen. Se können s ch zurück ehnen, manche egen s ch auf das Sofa, we es hnen gerade ncht gut geht. Wr können Wünsche erfü en, wenn wr on ne we ter machen. Das fnde ch tota coo !

..Flexibilität

..E 6

..Beziehungsaufbau

554 E 7:

555 Ich habe so, Revue passeren zu assen. Be m r haben d e Enze beratungen fast m t dem Lockdown an. Woran ch m ch ernnere, es war so e ne bunte M schung aus Leuten, d e beruf ch bed ngt sagten, dass se so kennen und es se abso ut gar ke n Prob em. Dann gab es Leute, für d e st sehr aufregend war. Und d e waren dabe sehr überrascht, we e nfach es, um zu setzen war. Ich bete gerade e n Prävent onskurs be Jobcenter an. Der g ng n Präsenz os und dann wurde auf on ne umgesetzt. D e waren tota dankbar, dass wr so fex be waren. So dass das jetzt we tergeführt werden kann. Manche

..E 7

- Teilnehmer haben überhaupt gar kein Problem, aber es gibt manchmal Kandidaten, die mit der Technik völlig Nix zu tun haben wollen. Sie sehen keinen Vorteil drin. Und die erst mal ganz auf Ablehnung waren. Dann in Meeting war die Entwicklung ganz lustig zu sehen (Lächeln). Die haben dann tatsächlich auch noch Empfehlungen gegeben, wie man das Pad am besten hinstellen sollte, damit das Kind nicht von unten gesehen wird. (Lächeln). Ich versuche immer da drauf einzugehen. Und mittlerweile entschuldigen sie sich, falls sie dann nicht pünktlich rein geschafft haben, weil sie eigentlich wissen, wie man mit der Technik umgeht.
- 556 (a e achen)
- 557 E 6:
- 558 Ich habe noch eine Ergänzung (...). Ich habe es schon gemerkt, sie nehmen das Format in Kauf so zu sagen, damit sie den Inhalt kriegen. Sie sagen oft, dass sie zu mir in die Beratung möchten, weil ich so qualifiziert sei (...). Das Format ist Ihnen dabei nicht so wichtig. Was sie interessiert, wo sie den Inhalt kriegen können (...), bei mir oder bei meinen Kollegen, es ist egal. Ich finde, es ist bei denen Respektbereitschaft, auf die Technik sich reinzulassen.
- 559 I:
- 560 Vielen Dank. So (...), ich schaue auf die Uhr (...), so, geben wir ein bisschen Gas!
- 561 Mit meiner nächsten Frage möchte ich erfahren, wie ihr auf einer Skala von 1-10 die Qualität eurer individuellen Fachwissen-Vermittlung im Onneformat beurteilt. Eine 1 bedeutet ganz schlecht, kaum möglich, extrem eingeschränkt und eine 10 bedeutet genau wie in Präsenzberatung. Bitte geben Sie nur eine Zahl, ohne dabei zu begründen, warum sie für diese Zeitschick entschieden habt.

562 E 6:

563 9

564 E 7:

565 8

566 E 8:

..E 8

567 A so, ch b n noch Student n (Läche n). Ich habe v e e cht noch gar n cht so v e Fach w ssen, w e me ne Ko eg nnen. Ich würde m ch v e e cht be 5 b s 6 e nschätzen.

568 I:

..I

569 Ja, ke n Prob em. Okay. Nächste Frage. D e nächste Frage st auch e ne Ska enfrage. B tte bewerten S e hre Fäh gke ten den persön chen Bezug das Vertrauen d e empath sche Erha tung zu den K enten d g ta aufbauen zu können m t e ner Zah von 1-10; 1 he ßt konnte gar ke ne Bez ehung aufbauen, 10- es hat hervorragend gek appt.

570 Dabe würde ch gerne auch von euch e ne kurze Begründung erfahren, warum es so st.

571 E 7:

..E 7

572 A so, ch sage e ne 10. We ch manche K enten sowoh m Präsenz a s auch on ne hatte. Und es ge ngt m r, das was w r n Präsenz aufgebaut haben, we ter zu führen. Ich sehe auch, dass es m r ge ngt, d e Leute auf zu knacken und für das Konzept zu bege stern.

573 E 8:

..E 8

574 8 b s 9. We d e K enten zu m r sagen, dass s e s ch h er woh füh en. D e vertrauen m r. D e erzäh en a es was hnen auf dem Herzen egt. Z.B. Gestern hatte ch e ne K ent n, d e sagte, dass s e gar ke nen hat, wem s e a es erzäh en könnte. W r haben auch v e e K ent* nnen, d e be uns n der Beratung sogar gewe nt haben. S e füh en s ch h er e nfach woh und trauen s ch

66/79

..E 8

a es zu erzäh en.

575 E 6:

576 10. We ch ke n Thema habe, wo ch sagen kann muss, dass das jetzt ncht on ne passen würde. (...) A so, das s nd de persön chen Bere che. Gestern hat ener gesagt, er wü nsche s ch nach der OP e ne Partnerschaft weder zu haben, we Er jetzt S ng e st. Das s nd de Bere che, de man d g ta v e echt auch schwe gen könnte. Es geht oft um Depress onen, und was es m A tag so macht (...). Ich würde sagen, n zwe en Gesprä chen und sogar m t Hosp tat onen von Stud erenden dabe er ebe ch abso ute Offenhe t n pr vaten Se ten der Ernährungsberatung m bar atrschen Kontext. Der Bez ehungsaufbau st genau so, a s ob de m r gegenü bers tzen würden.

..E 6

577 I:

578 Ja, v e en Dank für de ausführ che Antworten. Jetzt kommt de Frage, de ch a s etzte vor der Pause ste en werde.

579 We che Erwartungen haben- Ihrer Me nung- nach de K enten bezü g ch der Zah ungsmoda täten und Pre sgesta tung für das On ne-Beratungsangebot?

..I

580 Haben de K ent* nnen eventue erwartet, dass de Honorarpre se höher oder n edr ger gesta tet werden so ten, we de Beratung ncht n Präsenz stattf ndet?

581 E 6:

582 A so, ch habe n der ganzen Ze t, se t März 2020 Gerade e nen K enten gehabt, der gesagt hat, dass er de 15 € für de Gruppenberatung ncht zah en wo te, we hm es nha t ch ncht gepasst hat. Es war aufgrund des Inha tes und ncht des Formats. M t a en anderen habe ch de Pre sverhand ungen auch ge ch we n Präsenz. Es hat ke ner gesagt, dass er m t dem Pre s ncht e nverstanden wäre. Es w rd vorher verabredet, (...) und st nnen ganz k ar, dass ch de Ze t m t Ihnen on ne

..Einstellung der Klient*inne

..E 6

..kein Unterschied

67/79

..Einstellung der Klient*innen z
..E 6

genauso verbringen, wenn in Präsenz. Und keiner geht davon aus, es sei jetzt billiger. Außer der ehemaligen bestmten Krankenkasse. AOK Niedersachsen.

583 E 7:

..Einstellung der Klient*innen z
..E 7

584 A so, ich glaube auch, dass den Klienten gar nicht bewusst ist, wie so ein Honorar sich zusammensetzt. Ich habe einen Eindruck, wenn sie hören, dass es 60 oder 80 € pro Stunde kostet, dann denken sie sehr viel. Sie verstehen dabei aber die unternehmerische Seite nicht. Und was dabei uns hängen bleibt (...). Uns entstehen da auch Kosten, wenn man so Account bezahlen muss, und wir schreiben nach so einer Veranstaltung mehrere E-Mails, wir geben Materialien aus, schicken manchmal Briefe, oder sowas, aus, da fallen auch die Kosten mit rein. Ich hatte in den letzten Monaten aber keine einzige Diskussion, ob es nicht günstiger oder teurer ist, wie auch immer.

..kein Unterschied

585 E 8:

..E 8
..kein Unterschied
..Einstellung der Klient*innen zum Th

586 Bei mir wurde auch nicht gefragt, warum die Preise so sind.

587 I:

..I

588 So. Vielen Dank für die fleißige Mitarbeit. Wir sind mit zwei Frageböcken fertig. Als Nächstes möchte ich euch eine kurze Pause anbieten. Denk daran, dass die Bewegung und trinken ganz wichtig sind. Wir treffen uns in 6 Minuten.

589 I:

..I

590 So, wir sind alle wieder da. Dann machen wir weiter mit dem dritten Fragebogen, und der lautet: Mittlere- und angfristige Perspektive der digitalen Beratungsformate im Setting „Erährungsberatung, -therapie“. Bei der Frage, was jetzt kommt, möchte ich euch bitten, eure eigene Meinung zu sagen. Und zwar (...), es geht um die Nachteile einer Onlineberatung. Bitte nennen Sie die drei für sie relevantesten Aspekte. Ich

68/79

	..I			möchte euch bitten, eure Antworten in den Chat zu schreiben aber die noch nicht absenden. Erst dann, wenn alle fertig sind und ich es sage.
		591	E 6:	
	..E 6	592	O! Ich habe abgeschickt! Das wollte ich nicht!... Aus Versehen... Sorry.	
		593	E 6:	
	..E 6	594	Ah!!! Schon wieder!!! Ich drücke immer auf „Enter“... Sorry!!! So schwer ist die Technik! (Lachen)	
		595	(alle lachen)	
	..I	596	I:	
		597	Ist nicht schlimm. Wie sieht es aus bei den anderen? Braucht noch jemand Zeit?	
		598	I:	
	..I	599	Okay. Jetzt sieht es so aus, als ob alle fertig seien. Nun ihr könnt eure Antworten abschicken und dann gemeinsam lesen. Die Antworten werde ich nicht laut vorlesen, da ihr alle die auch im Chat sehen könnt..	
..eingeschränkte nonverbal		600	E 6:	
..E 6		601	man sieht nicht den ganzen Körper, die ganze Körpersprache; man kann keine Materialien austauschen/mitteln; echte Verbindung bzw. Tonqualität behindert den Gesprächsfluss und die Gedanken, und man kann nicht haptisch mit Materialien arbeiten (Vitamintabletten, Fotoquadrat)	
Nachteile des Onlineformats				
..Instabile Übertragungssqu				
	..I	602	E 7:	
..mangelhafte Medienkompetenz		603	Menschen, die sich nicht auf die Beratung einlassen können/	
..E 7				

<p>..mangelhafte Medienkompetenz ..E 7 Nachteile des Onlineformates</p>		<p>wo ein, haben so eher die Möglichkeit dazu; Interessensgruppen von außen könnten denken, dass die Beratung nicht qualitativ hochwertig ist</p>
<p>Nachteile des Onlineformates ..Datenschutz nicht ausreichend ..Technische Hindernisse ..Bequemlichkeit als mangelhafte Aktivität</p>	<p>604 605 606</p>	<p>E 8: unerschweres Medium; Leute werden fauler; Einschränkungen I:</p>
<p>..E 8 ..I</p>	<p>607</p>	<p>So, super. Die nächste Frage ist genauso aufgebaut, nur diesmal geht es um die Vorteile der Onlineberatung. Bitte wieder kurz nachdenken und die Antworten in den Chat schreiben.</p>
<p>..I</p>	<p>608 609</p>	<p>I: Wenn alle soweit sind, dann könnt ihr eure Antworten absenden und im Chat nachlesen.</p>
<p>..Zeitersparnis ..flexible Terminplanung Vorteile des Onlineformates ..E 6 ..Praktisch</p>	<p>610 611 612</p>	<p>E 6: Terminflexibilität der Klient*innen ist größer, da Wegezeit und ggf. Begleitung entfallen. Sie fühlen sich wohl, da wo sie sind, keine Scham, keine Schwitzen, keine Parkplatzsuche, bequemer Stuhl. Sie sind bequem in doppelten Sinne und können sich um sich kümmern.</p>
<p>Vorteile des Onlineformates (+) ..E 7</p>	<p>613 614</p>	<p>E 7: mehr Beratungs-Settings-Optionen für Klienten; Risikogruppen schützen; Klienten überhaupt erst für die Beratung motivieren, wenn diese anfangs noch sehr kritisch sind und es als große Belastung empfinden</p>
<p>..Zeitersparnis ..örtliche Flexibilität Vorteile des Onlineformates ..E 8 ..flexible Terminplanung</p>	<p>615 616</p>	<p>E 8: Zeitsparen; Erleichterung für Klient*innen, die außerhalb wohnen; Klienten,-n überreden zu können; trotz aktueller Situationen weiterarbeiten können</p>
<p>..I</p>	<p>617 618</p>	<p>I: Super. Vielen Dank. Bei der nächsten Frage möchte ich euch</p>

..i

bitten, dass ihr über die spezifischen Aspekte der 3- und 7-monatigen Ernährungsberatung nachdenkt und mir sagt, welche Besonderheiten bei der OP-Vorbereitung der Patienten dabei berücksichtigt werden müssen.

619

E 6:

620

A so, so ich schon mal anfangen? Bei drei Monaten da wissen wir im Grunde, dass die gar keine Ernährungstherapie brauchen. Aber unser Kooperationspartner, die Schönklinik sagt, dass wir trotzdem Ihnen die 4 Termine der Ernährungsberatung geben sollten. Ich finde, bei den drei Monaten die Bezugsaufbau und die angenehme Atmosphäre noch wichtiger sind als sie wieder kommen. Wir haben viel darüber diskutiert, dass die Patienten krank genug sind und der medizinische Bedarf da ist. Mich beschäftigt das, dass die entweder mit BMI 50 oder Diabetes mellitus und BMI über 40 kommen, was war der Grund, dass es dazu kam? Oder, warum nach einer Schwangerschaft es nicht nur wegen der Hormone, sondern auch wegen des anderen Lebensstils das Gewicht gestiegen ist. Da ist mein größter Wunsch, dass es Ihnen diese Beratung sympathisch ist, dass die Beratung mit Ihren Themen gut überkommt. Das es sozusagen niederschwellig ist. (...) dieses online Format, es geht auch die 7 Monate, denen die Möglichkeit gibt, wieder zu kommen. Es muss Ihnen leichtfallen zu kommen. Nicht so, dass sie zu mir kommen müssen, sondern Ihnen entgegen zu kommen. Und bei den dreimonatigen noch viel mehr, dass sie sich wieder melden, wenn es danach auch Aufgaben gibt. Deswegen ist mir bei dreimonatigen wichtig, dass sie Klienten gerecht wird. Die sind noch schwerer, noch kränker, haben noch mehr Schmerzen (...). Die haben noch größere Probleme und noch mehr Scham in öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs zu sein. Sie haben oft noch weniger Geduld, weil sie noch weniger arbeiten können. Und sie sollten sich noch wohler fühlen. Das sind die Kandidaten, die einen Ess- und einen Gewichtsproblem hatten oder haben. Ich möchte eine Brücke schaffen. (...) A so, niederschwelliger Zugang, Spezialisierung.

..primäre Indikation

..primäre Indikation

spezifische Aspekte der or

..E 6

..primäre Indikation

..primäre Indikation

..primäre Indikation



Ich freue mich, dass wir überregional unseren Erfahrungsschatz an bar-atrische Beratung verteilen können. Natürlich werden wir auch Klienten haben. Aber diese Klienten (...) ist schon gut, wenn man auf diese speziasert ist. Ich hatte genau so viele auf der Speziasierung für Magen-Darm-Erkrankung, und möchte mich dann nicht einmischen. Ich möchte das den Kollegen überlassen, die einfach dieses Lebensbild mit dieser Erkrankung kennen. Und deswegen möchte ich sie gern haben. Ich investiere so viele in die Beratungsmethodik und das gehört sie herein. Mein größtes Argument ist, dass sie wiederkommen. Und bei den 3-monatigen ist es wichtig, dass wir schnell bei Ihnen sind und sie schnell auf ihrem Weg begleiten können. Vielleicht dann sagen noch die anderen was und ich überlege, was ich zu 7 Monaten sage.

621

E 7:

622

Ich habe gerade überlegt, wie ich mit dreimonatigen Patienten umgehe. Ich glaube, mein Tenor ist tatsächlich auf so eine Unterstützung und auf eine offene und positive Seite Wert zu schätzen, dass sie sich auf den Weg gemacht haben und sich Hilfe suchen. Auch realistisch da dran zu gehen, dass sie am Magen operiert werden und nicht am Kopf. Ich würde Ihnen meine Unterstützung anbieten, sich bestmöglich auf die OP vorzubereiten. D.h. ganz gezielt auf die OP. Die Themen mit den Nahrungsergänzungsmitteln und dem Eweß. Aber auch schon mal die Themen anzusprechen, die sich dann wieder melden können. Ich versuche abschließend bei 3 und genauso bei 7-monatigen zusammen zu tragen, was haben sie schon alles so verändert, und das total alles positiv zu bewerten. Und dann darauf hin zu weisen, was könnte sich danach wieder melden. Somit habe ich dann Arbeitsgrundlagen, wenn sie sich wieder melden. Ich habe gerade einen Klienten abgeschlossen, den ich damit sehr zum Nachdenken gebracht habe. Da dachte, die OP kommt und damit gut. Also, die spezifischen Aspekte bei mir sind: ganz total den Rücken stärken, Mut machen, aber auch vorsichtig auf die Bausteine gucken. Und das mache ich bei den



72/79

..E 7
spezifische Aspekte der online EB

..MMK 7 Monate

..MMK 7 Monate

spezifische Aspekte der
..primäre Indikation

..E 8

..MMK 7 Monate

..E 6

7-monatigen noch intensiver, we mehr Zeit st.

623

E 8:

624

Ich würde andersrum anfangen. Mit der 7-monatigen Ernährungsberatung. Die Klienten bei der arabischen Gruppe beschwerten sich, warum sie 7 Monaten sich vorbereiten müssen und die anderen nur 3. Dann versuche ich Ihnen deren Vorteile zu nennen, dass sie jetzt mehr Zeit haben sich mit mehreren Themen zu beschäftigen. Den Frauen sage ich auch, dass sie die Möglichkeit haben auch für ihre Familien was zu erlernen und nicht nur für sie selbst. Sie sind ja für das Kochen in der Familie verantwortlich, dann können Sie die erlernten Informationen in den Alltag integrieren. Bei den 3-monatigen haben die Klienten wirklich keine Lust auf die Ernährungsberatung. Sie wollen noch schneller operiert werden. Und trotzdem versucht man die Beratung rein zu ziehen und das Interesse dafür zu wecken. Also, wie gesagt bei den drei Monaten gibt es keine Beschwerden und bei den sieben Monaten fragen die arabischen Klienten immer nach, warum sie so angelehrt vorbereiten müssen. Sie fragen sogar, was könnte man machen, um doch kürzere Vorbereitungszeit zu bekommen. Dann versuche ich die Atmosphäre zu lockern indem ich frage, ob ich die Beratung bei uns angewendet. Dann fangen die Klienten zu lachen und sagen, dass es ihnen gefällt aber sie trotzdem eine kürzere Vorbereitungszeit gerne hätten.

625

(a e ächen)

626

E 6:

627

Ich überlege, ob ich zu 7 Monaten unter dem Aspekt online Beratung was zu sagen habe. Ich sehe da nicht den Unterschied zu Präsenzberatung. Bei den Sieben Monaten geht es noch mehr um die Etablierung im Alltag. Wenn sie was ändern wollen, frage ich nach, ob es klappt. Beim nächsten Mal frage ich wieder, ob es immer noch klappt. Eiga, ob ich online oder in Präsenz mache. Der Vorteil von 7 Monaten fällt mir nicht so auf,

73/79

<p>..E 6</p>	<p>628</p>	<p>we be den 3 Monaten, wo s e mehr Beschwerden haben und mehr e ngeschränkt s nd. Und e gent ch noch wen ger kommen müssen. (Läche n) und, dann muss es noch e chter se n. Unser Kennen ernen, unsere Arbe tswe se. A so habe ch n cht so was W cht ges für d e zwe te Frage.</p>
<p>..I</p>	<p>629</p>	<p>I: Dankeschön für d e Antworten. M t dem B ck auf d e Uhr, kann ch sagen, dass uns noch 10 M nuten verb e ben. Und w r s nd schon be der nächsten Frage angekommen. D e autet: We che Erfahrungen haben S e bezüg ch der Akzeptanz und Bere tschaft zu e nem d g ta en Beratungsformat anges chts untersch ed cher soz ökonom scher Zugehör gke t der K ent* nnen?</p>
<p>..E 8 sozio-ökonomische Aspekte</p>	<p>630 631</p>	<p>E 8: D e erste Reakt on, d e ch von den arab schen K enten m t bekomme: oh! ch kenne m ch m t der d g ta en Form gar n cht aus! Dann versuche ch d e mmer zu beruh gen und fragen ob be denen zu Hause jemand he fen könnte. Manchma mache ch sogar e n Techn k- Check e n Tag davor m t Ihnen. Ich versch cke e nen E n adungs nk und rufe dabe per Te fon s e an und gebe te fon sch d e An e tung was s e dann machen müssen. S e freuen sch auch, dass s e zu Hause be ben können und n cht extra n d e Prax s kommen müssen. Und ega we che Ausb dung oder soz a es N veau s e haben, s e akzept eren das mmer.</p>
<p>..kein Unterschied</p>	<p>632</p>	<p>E 6:</p>
<p>..E 6 ..Migrationshintergrund</p>	<p>633</p>	<p>Ich b n tota post v überrascht, we weng Techn k- H fe ch gebe. Be RED Med ca st es abso ut e nfach, be Zoom muss man noch es schaffen, das Aud o e nzuscha ten. Am Handy rum spe en tut ja fast jeder. Ich gaube n cht, dass es m t B dungsn veau zusammenhängt. Ich hatte nur e nma e ne deutschsprach ge, d e sagte, dass es hr zu ve se , we s e schon für d e K nder Zoom e nr chten musste. Be denen, d e es</p>



nicht schaffen und Hilfe brauchen, haben wir auch oft ein
 Helpsystem. (...) Z.B. einen fremdsprachigen deutschen
 Begleiter, einen Ehrenamtlichen, der da hilft oder einen
 Sozialassistenten, der da einschaufelt. Wenn sie drin sind, dann
 sind da drin. Ich sehe wenig Hürden, die sich durch dieses
 Medium aufgezeigt sind. Und wenn doch, dann kriegen sie Hilfe.
 Und sie organisieren sich da auch. Und dieses Technik-Check-out
 ist super, um denen noch ein bisschen entgegen zu kommen. Ich
 finde es super, was du da machst!



634

E 7:

635

Ich bin gerade mal von innerem Augenmerk durchgegangen und ich habe eher das Gefühl, dass das eine
 Generationsfrage ist, (...) ob sie sich auf das Medium einlassen
 als eine sozio-ökonomische. Das kann ich so in Kurzform sagen.

636

E 6:

637

Bei uns sind sozusagen die Mütterchen, (...), (Ähnen), den wird
 es sowieso oft von der Familie geholfen, Gerade den türkischen.
 Ich habe jetzt eine, (...) was ist das für eine Sprache (...), ich
 glaube abansich. Ihr hilft immer ihr Sohn. Und dann macht er
 dann Zoom mit. In solchen Fällen ist es nicht nur bei der
 Ernährungsberatung Hilfe nötig. Sie brauchen Hilfe beim
 Ausfüllen von jedem Formular. Ich habe ja viele von den
 Muttersprachlern, die ich dann mit euch zusammen im Tandem
 mache oder übergebe. Bei den baratrischen Patienten sind
 auch nicht mehr alle so jung. Ich meine, die, die auch schon
 langsam in die Richtung Rente gehen, (...) die meisten davon
 kriegen es auch alleine (...), mit Zoom und so. Auch die
 Deutschen. Sie haben hier auch keine Wahl. Sie müssen es
 können. Sie müssen es schaffen, sonst kommen die an der
 Stelle nicht weiter. Deshalb jammern die auch nicht darüber.



638

I:

639

Vielen Dank! Nun, jetzt, um das Ganze abzuschließen, möchte



Ich möchte euch bedanken für diese ganz tolle Gesprächsrunde. Vielen herzlichen Dank für die aktive Mitarbeit! Als letztes würde ich euch fragen, ob es generell noch irgendwelche Fragen gibt? Gibt es irgendwas, was ich nicht berücksichtigt habe?

640 E 6:

641 Ich weiß es nicht, wie es sich einbauen lässt und ob es da hinten passt, aber die Frage an die Klienten: Sind Sie der Meinung, dass die Onlineberatung in gleicher Höhe des Zuschusses die Unterstützung der Krankenkassen verdient hat, wie die Präsenzberatung? Die Versicherten bei der AOK Niedersachsen bekommen 20 € weniger pro Beratung, weil sie online beraten werden. In Kürze wird die AOK fordern, dass wir es ausweisen (...), wenn Sie die Ernährungsberatung Bezuschussung wollen, dann müssen die es wissen und dann werden die sich an die Leute wenden und nachfragen, wie sie die Beratung hatten. Ich möchte wissen, ob sie das als ungerecht empfinden, dass sie 20 € weniger bekommen. Ich erwarte, dass sie sagen, dass sie den Zuschuss in gleicher Höhe hätten. Einfach nur die gleiche Höhe. Ob das vielleicht weniger ist, das sie den Krankenkassen weiterhin in die Hände gegeben. Aber nicht diese Differenzierung! Finden die dies berechtigt oder unberechtigt ist? Und vielleicht noch die Frage an die Klienten: Welche Dauer von der Onlineberatung ist für Sie angenehm? Ob die Klienten jetzt sagen, dass sie sich nach 30 Minuten nicht mehr konzentrieren können oder, ob sie sagen, dass 45-60 Minuten für die vögelige Ordnung sind. Sie sind ja im Gespräch und gucken keinen Film. (...) also, die Frage nach der gewählten gewünschten Beratungsdauer. Z.B.: Wählen Sie zwischen 30, 45 und 60 Minuten. Was möchten Sie am liebsten im online Format nutzen? So. (...) Vom Inhalt her. Nicht vom Ged! Welche Angelegenheiten können Sie sich auf die Beratung konzentrieren? Welche Angelegenheiten können Sie im Gespräch sein? Welche Angelegenheiten haben Sie die

Offene Bemerkungen

..E 6

Offene Bemerkungen

Offene Bemerkungen

76/79

<p>Offene Bemerkungen</p> <p>..E 6</p>	<p>642</p> <p>643</p>	<p>Ruhe rum herum, bis die Familie komplett wieder da ist? Unabhängig vom Geld! 30-45 min. oder 45-60 min.? Ja. So würde ich das machen! Dann wissen wir, ob es länger aushalten und ob es lieber kürzer halten möchten. Das würde mich sehr interessieren!</p>
<p>..I</p>	<p>644</p> <p>645</p>	<p>I: Das werde ich unbedingt berücksichtigen!</p> <p>E 8: Unabhängig von den Kosten (...), ich hatte jetzt drei mal die Nachfragen (...), ob die 30 Minuten Ernährungsberatung weniger qualitativ gut wäre als 45 Minuten. Ich versuche dann zu erklären, dass wir dadurch, dass wir mehr Zeit haben mehr Inhalte vermitteln können. Qualitativ sind beide Beratungen gleich, nur bei den längeren kann man natürlich mehr Informationen geben. Können Sie fragen, ob Sie glauben, dass die Präsenzberatung mehr Qualität hat als die Onlineberatung.</p>
<p>Offene Bemerkungen</p> <p>..E 8</p>	<p>646</p> <p>647</p>	<p>E 7: Werden die Klienten vor der OP gefragt oder danach?</p>
<p>..I</p>	<p>648</p> <p>649</p>	<p>I: Dieser Fragebogen richtet sich nicht nur an die Patienten, die derzeit präoperativ in Beratung sind, sondern auch an die, die auch bereits operiert worden sind und an alle, die eine Onlineberatung erhalten haben.</p>
<p>..E 7</p>	<p>650</p> <p>651</p>	<p>E 7: Ich glaube, das ist ganz wichtig, denn meine Vermutung wäre jetzt, dass nach der OP es sich was tut. Im Vorweg (...), da bin ich mir nicht so ganz sicher (...). Es ist ganz oft, wie ich die in der Beratung erleben, die Beratung erst mal als eine Belastung empfunden wird. So, hat, ein Übel, was sie hat mit Kauf nehmen müssen. Und das deswegen machen. (...) Und</p>

77/79

<p>Offene Bemerkungen</p> <p>..E7</p>	<p>652</p> <p>653</p> <p>..E6</p> <p>Offene Bemerkungen</p> <p>Offene Bemerkungen</p> <p>..E7</p> <p>654</p> <p>655</p>	<p>dadurch, ich habe so überlegt, aber, dass sprengt jetzt den Rahmen (...) und darauf jetzt die neue Arbeit nicht (...). Aber, was ich noch mal (...), das wäre hat so eine Frage an das System (...). Ich wünsche mir natürlich in der idealen Welt hätten wir Ernährungstherapeuten- einfach viele mehr Stunden mit diesen Menschen. Genau, wie ein Gesprächstherapeut. Und, eine Frage, die mich interessieren würde, ob die Menschen, wenn das Geld keine Rolle spielen würde, sondern die Krankenkassen das übernehmen, (...) ob sie sich dann auf ein engeres Betreuungsmuster einlassen könnten? Wenn sie sagen, dass, wenn sie das online machen können, dann könnte man das gut in den Alltag integrieren. Und dann könnten sie z.B. zwei Treffen im Monat schaffen und wären dann eingebundener. Ich glaube, es wird klar, in welche Richtung ich da gehe.... Onlineformat bietet ein mehr an Zusammenarbeit. Und letztendlich ein größeres Nutzen für diese Klientengruppe und ein größeres Gelingen.</p> <p>E 6:</p> <p>Genau, ein echtes Wiederkommen. Wenn man sich schon kennt und ohne Vorgabe steht (...), ohne ein Mindestleistungsbeitrag oder so was (...). Nur mal online zusammen: du musst keinen Raum für deine Beratung mieten, du sparst Kosten. Und wir können bei Dauerkontakten auch, ich finde, unter einer halben Stunde gehen. Hauptsache: sie melden sich, wenn sie Fragen haben. Dann können sie auch für 20 Euro kurz ein Update kriegen. Entweder häufiger oder einfach überhaupt nach der OP. Das sie nicht sagen, dass es jetzt abgehakt ist und geht hinter mir. Und ich brauch $\frac{3}{4}$ Stunde dafür. Würden Sie mit Onlineberatung eher wieder kommen?</p> <p>E 7:</p> <p>Ja, das ist eine gute Frage! So was in die Richtung.</p>
---------------------------------------	---	--

656 I:

657 Ja. Wunderbar. Vielen Dank! Falls euch aber nochmals hinterher was einfallen sollte, was jetzt noch nicht angesprochen worden ist, dann schreibt bitte eine E-Mail an mich. Das würde mich sehr freuen!

658 E 6:

659 Vielleicht wäre da die Frage noch gut: Wie würden Sie Ernährungsberatung in der Zukunft bevorzugen? Zum Ankreuzen: Nur in Präsenz, nur Online oder egal, beides möglich. Ich finde es gut, die am Ende dann noch Fragen zulassen. (...) Und, wenn die dann „beides möglich“ ankreuzen, dann kriegt man gute Aussage, wie viele machen dann tatsächlich nur in Präsenz und wieviel nur Online. Und, wie viel sagen, dass die beides wollen, hauptsächlich, es muss passen. Das die Patienten sagen, dass die eine Wahl haben möchten und dass beides gleichwertig verfügbar ist. Ich möchte nicht, dass es rauskommt, dass die nur Online wollen und die reale Beratung nicht brauchen. Ich möchte aber auch nicht, dass die sagen, dass Online nix wert ist.

660 I:

661 An der stelle bedanke ich mich bei euch für die sehr interessante Gesprächsrunde, für eure aktive Mitarbeit und Unterstützung!

662 (Alle verabschieden sich)

663 (Die Aufzeichnung wird gestoppt)

Offene Bemerkungen

..E 6