



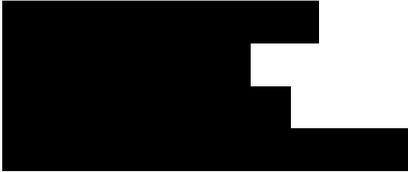
# DIPLOMARBEIT

ZUR ERLANGUNG DES AKADEMISCHEN GRADES DER  
DIPLOM-ÖKOTROPHOLOGIN

## ABNEHMPORTALE IM INTERNET

**EINE NEUE MÖGLICHKEIT DER  
ERNÄHRUNGSBERATUNG?**

---

|                  |  |
|------------------|--|
| Erstprüfer:      | Prof. Dr. Michael Hamm   |
| Zweitprüfer:     | Dipl. Ökotrophologin Katrin Kleinesper   |
| Studiengang:     | Ökotrophologie   |
| Eingereicht von: | Nina Böllert<br> |
| Eingereicht:     | Hamburg, den 12.04.2007  |

# INHALTSVERZEICHNIS

---

|             |  |               |
|-------------|--|---------------|
| <b>I.</b>   | <b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>                               | <b>I-7</b>    |
| <b>II.</b>  | <b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>                               | <b>II-8</b>   |
| <b>III.</b> | <b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>                                 | <b>III-9</b>  |
| <b>A.</b>   | <b>Bewertung .....</b>   | <b>III-9</b>  |
| <b>IV.</b>  | <b>GLOSSAR.....</b>  | <b>IV-11</b>  |
| <b>V.</b>   | <b>EINLEITUNG .....</b>  | <b>V-13</b>   |
| <b>A.</b>   | <b>Idee und Entstehung der Diplomarbeit.....</b>                 | <b>V-13</b>   |
| <b>B.</b>   | <b>Problemstellung und Zielformulierung.....</b>                 | <b>V-14</b>   |
| <b>C.</b>   | <b>Aufbau der Diplomarbeit .....</b>                             | <b>V-16</b>   |
| <b>VI.</b>  | <b>ADIPOSITAS .....</b>  | <b>VI-17</b>  |
| <b>A.</b>   | <b>Einleitung .....</b>  | <b>VI-17</b>  |
| <b>B.</b>   | <b>Definition.....</b>   | <b>VI-17</b>  |
| <b>C.</b>   | <b>Ursachen von Übergewicht und Adipositas .....</b>             | <b>VI-18</b>  |
| <b>D.</b>   | <b>Klassifizierung der Adipositas bzw. des Übergewichts.....</b> | <b>VI-19</b>  |
| 1.          | Der BMI .....  | VI-19         |
| 2.          | Messmethoden für den Körperfettanteil.....                       | VI-21         |
| 3.          | Relation zwischen Taille und Hüfte .....                         | VI-22         |
| <b>E.</b>   | <b>Indikation.....</b>   | <b>VI-24</b>  |
| <b>F.</b>   | <b>Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas .....</b>           | <b>VI-25</b>  |
| <b>G.</b>   | <b>Folgen der Adipositas.....</b>                                | <b>VI-27</b>  |
| <b>H.</b>   | <b>Vorteile einer Gewichtsreduktion.....</b>                     | <b>VI-27</b>  |
| <b>I.</b>   | <b>Risiken einer Gewichtsreduktion.....</b>                      | <b>VI-28</b>  |
| <b>VII.</b> | <b>ADIPOSITASTHERAPIE .....</b>                                  | <b>VII-29</b> |
| <b>A.</b>   | <b>Einleitung Adipositasstherapie .....</b>                      | <b>VII-29</b> |

|  |                |
|--|----------------|
| <b>B. Begriffsbestimmung, Begriffsabgrenzung und stationäre Therapie .....</b> | <b>VII-29</b>  |
| 1. Begriffsbestimmung .....  | VII-29         |
| 2. Begriffsabgrenzung .....  | VII-30         |
| 3. Stationäre Therapie .....   | VII-30         |
| <b>C. Therapieziele .....</b>  | <b>VII-31</b>  |
| <b>D. Ansprüche an ambulante Therapieprogramme .....</b>                       | <b>VII-32</b>  |
| 1. Anamnese des Teilnehmers .....  | VII-33         |
| 2. Strukturierte und regelmäßige Schulungen der Teilnehmer .....               | VII-34         |
| 3. Prozessschritte der Adipositasstherapie .....                               | VII-35         |
| 4. Erste Phase: Gewichtsreduktion .....  | VII-35         |
| a) Ernährungstherapie .....  | VII-35         |
| b) Bewegungstherapie .....   | VII-36         |
| c) Verhaltenstherapie .....  | VII-37         |
| 5. Zweite Phase: Gewichtsstabilisierungsphase .....                            | VII-40         |
| a) Ernährungstherapie .....  | VII-40         |
| b) Bewegungstherapie .....   | VII-40         |
| c) Verhaltenstherapie .....  | VII-41         |
| d) Dokumentation des Therapieverlaufs .....                                    | VII-41         |
| e) Therapiedauer .....   | VII-42         |
| <b>E. Personelle Voraussetzungen für ambulante Adipositasstherapie .....</b>   | <b>VII-42</b>  |
| <b>F. Räumliche Voraussetzungen .....</b>                                      | <b>VII-43</b>  |
| <b>G. Verkauf von Produkten .....</b>  | <b>VII-43</b>  |
| <b>H. Erfolgskontrolle des Therapieprogramms .....</b>                         | <b>VII-43</b>  |
| <b>VIII. INTERNET .....</b>  | <b>VIII-45</b> |
| <b>A. Einleitung .....</b>   | <b>VIII-45</b> |
| <b>B. Internetnutzung heute .....</b>  | <b>VIII-45</b> |
| <b>IX. KOMMUNIKATION IM INTERNET .....</b>                                     | <b>IX-47</b>   |
| <b>A. Einleitung .....</b>   | <b>IX-47</b>   |
| <b>B. Diagnostik im Internet .....</b>   | <b>IX-48</b>   |
| <b>C. Merkmale der Onlineberatung .....</b>                                    | <b>IX-48</b>   |
| <b>D. Kanalreduktionstheorie .....</b>   | <b>IX-50</b>   |
| <b>E. Kompensationsversuche .....</b>  | <b>IX-50</b>   |
| <b>F. Eignung vom Internet für bestimmte Kommunikationsaufgaben .....</b>      | <b>IX-52</b>   |
| <b>G. Möglichkeiten der Onlinehilfe .....</b>                                  | <b>IX-53</b>   |
| 1. Beratung per Videokonferenz .....   | IX-53          |
| 2. Internet als Informationsmedium .....                                       | IX-53          |

|             |  |               |
|-------------|--|---------------|
| 3.          | Selbsthilfe im Internet .....  | IX-54         |
| 4.          | E-Mail- Beratung.....  | IX-54         |
| 5.          | Kommunikation im Chat .....  | IX-55         |
| a)          | Chatberatung .....   | IX-55         |
| b)          | Vor- und Nachteile von Chatkommunikation .....                               | IX-56         |
| <b>H.</b>   | <b>Verhältnis zwischen Berater und Teilnehmer .....</b>                      | <b>IX-56</b>  |
| <b>I.</b>   | <b>Qualitative und seriöse Onlineangebote.....</b>                           | <b>IX-57</b>  |
| <b>J.</b>   | <b>Vor- und Nachteile Internettherapie .....</b>                             | <b>IX-59</b>  |
| <b>X.</b>   | <b>INTERNETPORTALE ZUR GEWICHTSREDUKTION .....</b>                           | <b>X-61</b>   |
| <b>A.</b>   | <b>Einleitung .....</b>  | <b>X-61</b>   |
| <b>B.</b>   | <b>Zielgruppe von Internetportalen zur Gewichtsreduktion.....</b>            | <b>X-62</b>   |
| <b>C.</b>   | <b>Technische Voraussetzungen für die Nutzung von Internetportalen.....</b>  | <b>X-62</b>   |
| <b>XI.</b>  | <b>DARSTELLUNG VON DREI INTERNETPORTALEN ZUR<br/>GEWICHTSREDUKTION .....</b> | <b>XI-63</b>  |
| <b>A.</b>   | <b>eDiets .....</b>  | <b>XI-63</b>  |
| (1)         | Experten .....   | XI-63         |
| (2)         | Ablauf des Programms .....   | XI-63         |
| (3)         | Besonderheiten .....   | XI-65         |
| (4)         | Für wen ist eDiets.....  | XI-65         |
| (5)         | Kosten und Kündigung.....  | XI-65         |
| <b>B.</b>   | <b>WeightWatchers .....</b>  | <b>XI-65</b>  |
| (1)         | Experten .....   | XI-66         |
| (2)         | Aufbau des Portals .....   | XI-66         |
| (3)         | Service .....  | XI-66         |
| (4)         | Zielgruppe .....   | XI-66         |
| (5)         | Kommunikation.....   | XI-67         |
| (6)         | Kosten und Kündigung.....  | XI-67         |
| <b>XII.</b> | <b>E-BALANCE .....</b>   | <b>XII-67</b> |
| <b>A.</b>   | <b>Einleitung .....</b>  | <b>XII-67</b> |
| <b>B.</b>   | <b>Für wen ist e-Balance? .....</b>  | <b>XII-70</b> |
| <b>C.</b>   | <b>Ziel Null.....</b>  | <b>XII-70</b> |
| <b>D.</b>   | <b>Kosten.....</b>   | <b>XII-70</b> |
| <b>E.</b>   | <b>Experten .....</b>  | <b>XII-71</b> |
| <b>F.</b>   | <b>Inhalte.....</b>  | <b>XII-71</b> |
| 1.          | Start des Programms.....   | XII-71        |

|              |  |                 |
|--------------|--|-----------------|
| 2.           | Tagebuch .....   | XII-71          |
| 3.           | Ernährung .....  | XII-72          |
| a)           | Menüplan.....  | XII-73          |
| b)           | Rezeptdatenbank .....  | XII-74          |
| c)           | Kalorienrechner .....  | XII-74          |
| 4.           | Bewegung.....  | XII-74          |
| a)           | Fitnessrechner.....  | XII-75          |
| 5.           | Diagramme .....  | XII-75          |
| 6.           | Persönliche e-Balance-Seite .....  | XII-76          |
| 7.           | Redaktionelle Fachbeiträge .....   | XII-76          |
| 8.           | Forum .....  | XII-76          |
| 9.           | Beratung .....   | XII-77          |
| a)           | Chat .....   | XII-78          |
| b)           | Beratung per E-Mail.....   | XII-79          |
| 10.          | Coachletter .....  | XII-80          |
| a)           | Typischer Verlauf eines e-Balance Coachletters .....                       | XII-81          |
| b)           | Auswahl einiger Coachletter .....  | XII-81          |
| c)           | Beispiel für einen Coachletter .....                                       | XII-82          |
| <b>G.</b>    | <b>Der e-Balance Teilnehmer .....</b>                                      | <b>XII-83</b>   |
| 1.           | Interpretation der Daten .....   | XII-84          |
| <b>XIII.</b> | <b>BEWERTUNGSKRITERIEN .....</b>   | <b>XIII-85</b>  |
| <b>A.</b>    | <b>Bewertung .....</b>   | <b>XIII-86</b>  |
| 1.           | Tabelle 11: Start des Gewichtsreduktionsprogramms.....                     | XIII-86         |
| a)           | Fazit.....   | XIII-88         |
| 2.           | Tabelle 12: Klinische Anamnese.....  | XIII-88         |
| a)           | Fazit.....   | XIII-89         |
| 3.           | Tabelle 13: Ernährungsphysiologische und ernährungspsychologische Anamnese | XIII-89         |
| a)           | Fazit.....   | XIII-90         |
| 4.           | Tabelle 14: Beginn der Teilnahme .....                                     | XIII-91         |
| a)           | Fazit.....   | XIII-92         |
| 5.           | Tabelle15: Ernährung.....  | XIII-92         |
| a)           | Fazit.....   | XIII-94         |
| 6.           | Tabelle 16: Bewegung: Start des Fitnessprogramms .....                     | XIII-94         |
| a)           | Fazit.....   | XIII-96         |
| 7.           | Tabelle 17: Verhaltenstherapie.....  | XIII-96         |
| a)           | Fazit.....   | XIII-99         |
| 8.           | Tabelle 18: Zweite Phase: Gewichtsstabilisierung = Ziel 0.....             | XIII-100        |
| a)           | Fazit.....   | XIII-100        |
| <b>B.</b>    | <b>Onlineberatung.....</b>   | <b>XIII-101</b> |
| 1.           | Tabelle 19: Onlineberatung.....  | XIII-101        |
| a)           | Fazit.....   | XIII-102        |
| 2.           | Tabelle 20: Therapiedauer.....   | XIII-102        |
| a)           | Fazit.....   | XIII-104        |
| 3.           | Tabelle 21: Personelle Voraussetzungen für ambulante Adipositastherapien.. | XIII-104        |
| a)           | Fazit.....   | XIII-104        |
| 4.           | Tabelle 22: Räumliche Voraussetzungen.....                                 | XIII-105        |

|  |                  |
|--|------------------|
| a) Fazit.....  | XIII-105         |
| 5. Tabelle 23: Verkauf von Produkten .....                           | XIII-106         |
| a) Fazit.....  | XIII-106         |
| 6. Tabelle 24: Kosten .....  | XIII-106         |
| a) Fazit.....  | XIII-107         |
| 7. Tabelle 25: Allgemeines.....                                      | XIII-108         |
| a) Fazit.....  | XIII-108         |
| 8. Tabelle 26: Evaluierung des Programms.....                        | XIII-108         |
| a) Fazit.....  | XIII-109         |
| 9. Tabelle 27: Das Portal .....                                      | XIII-109         |
| 10. Tabelle 28: Online-Diagnose .....                                | XIII-110         |
| 11. Tabelle 29: Entscheidungskriterien für oder gegen e-Balance..... | XIII-111         |
| <br>   |                  |
| <b>XIV. VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE FÜR E-BALANCE .....</b>              | <b>XIV-112</b>   |
| <b>A. Allgemeines .....</b>  | <b>XIV-112</b>   |
| <b>B. Verhaltenstherapie .....</b>                                   | <b>XIV-112</b>   |
| <b>C. Ernährungsbereich.....</b>                                     | <b>XIV-113</b>   |
| <b>D. Fitnessbereich .....</b>                                       | <b>XIV-114</b>   |
| <b>E. Abschließender Überblick zu e-Balance .....</b>                | <b>XIV-114</b>   |
| <br>   |                  |
| <b>XV. RESÜMEE.....</b>  | <b>XV-116</b>    |
| <br>   |                  |
| <b>XVI. ZUSAMMENFASSUNG .....</b>                                    | <b>XVI-120</b>   |
| <br>   |                  |
| <b>XVII. ABSTRACT .....</b>  | <b>XVII-121</b>  |
| <br>   |                  |
| <b>XVIII. ANHANG 1 .....</b>   | <b>XVIII-122</b> |
| <br>   |                  |
| <b>XIX. ANHANG 2.....</b>  | <b>XIX-123</b>   |
| <br>   |                  |
| <b>XX. LITERATURVERZEICHNIS .....</b>                                | <b>XX-124</b>    |
| <br>   |                  |
| <b>XXI. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG .....</b>                          | <b>XXI-129</b>   |
| <br>   |                  |
| <b>XXII. TABELLARISCHER LEBENS LAUF .....</b>                        | <b>XXII-130</b>  |

# I. Abkürzungsverzeichnis

|              |   |
|--------------|---|
| <b>WHO:</b>  | World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)                                 |
| <b>DGE:</b>  | Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.  |
| <b>DAE:</b>  | Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin  |
| <b>DGEM:</b> | Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin  |
| <b>RKI:</b>  | Robert Koch Institut  |
| <b>aid:</b>  | Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung Landwirtschaft und Forsten (aid) e.V. |
| <b>WWW:</b>  | Word Wide Web (auch als „Web“ bezeichnet)   |
| <b>OGE:</b>  | Österreichische Gesellschaft für Ernährung  |
| <b>BMI:</b>  | Body Mass Index   |
| <b>Pal:</b>  | Physical activity level (Erklärung siehe Glossar)                                       |

## **II. Abbildungsverzeichnis**

|  | <b>Seite</b> |
|--|--------------|
| Abbildung 1 Internetnutzung nach Alter und Geschlecht 2005 | 46           |
| Abbildung 2 Offline- Haushalte nach Einkommen              | 46           |
| Abbildung 3 Startseite des schwedischen Viktklubb          | 68           |
| Abbildung 4 e-Balance Leistungen                           | 63           |
| Abbildung 5 Tagebuch                                       | 70           |
| Abbildung 6 Fitnessplan                                    | 75           |
| Abbildung 7 Beispiel aus dem Forum                         | 76           |
| Abbildung 8 Beispiel aus dem Chat                          | 78           |
| Abbildung 9 Beispiel einer Beratung per E-Mail             | 79           |
| Abbildung 10 Beispiel für einen Coachletter                | 82           |

### **III. Tabellenverzeichnis**

|             | <b>Seite</b>  |    |
|-------------|---|----|
| Tabelle 1   | Gewichtsklassifikation eines Erwachsenen anhand des BMI   | 20 |
| Tabelle 2   | BMI im Bezug zum Alter  | 21 |
| Tabelle 3   | Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas   | 25 |
| Tabelle 4   | Verteilung von Adipositas bei Frauen und Männern<br>Zwischen dem 18 und 79 Lebensjahr nach sozialer Schicht | 26 |
| Tabelle 5   | Therapieziele   | 31 |
| Tabelle 8   | Vergleich von Beliebtheit von Kommunikationsaufgaben<br>Online und Face-to-Face                             | 52 |
| Tabelle 9   | Internet im Vergleich zu anderen Medien   | 53 |
| Tabelle 10: | Teilnehmerprofil  | 83 |

#### ***A. Bewertung***

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Tabelle 11 | Start des Gewichtsreduktionsprogramms                             | 86 |
| Tabelle 12 | Klinische Anamnese  | 88 |
| Tabelle 13 | Ernährungsphysiologische und<br>ernährungspsychologische Anamnese | 89 |
| Tabelle 14 | Beginn der Teilnahme  | 91 |
| Tabelle 15 | Ernährung   | 92 |
| Tabelle 16 | Bewegung: Start des Fitnessprogramms                              | 94 |

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| Tabelle 17 | Verhaltenstherapie   | 96  |
| Tabelle 18 | Zweite Phase: Gewichtsstabilisierung = Ziel 0                | 100 |
| Tabelle 19 | Onlineberatung   | 101 |
| Tabelle 20 | Therapiedauer  | 102 |
| Tabelle 21 | Personelle Voraussetzungen für ambulante Adipositasstherapie | 104 |
| Tabelle 22 | Räumliche Voraussetzungen                                    | 105 |
| Tabelle 23 | Verkauf von Produkten  | 106 |
| Tabelle 24 | Kosten   | 106 |
| Tabelle 25 | Allgemeines  | 108 |
| Tabelle 26 | Evaluierung des Programms                                    | 108 |
| Tabelle 27 | Das Portal   | 109 |
| Tabelle 28 | Online-Diagnose  | 110 |
| Tabelle 29 | Entscheidungskriterien für oder gegen e-Balance              | 111 |

## IV. Glossar

**Face-to-Face-Kommunikation:** Grundform zwischenmenschlicher Kommunikation. Kommunikationspartner befinden sich zur gleichen Zeit am gleichen Ort und tauschen verbal oder nonverbal Informationen aus. Potenziell sind alle Sinnesmodalitäten beteiligt.

**Asynchrone Kommunikation:** Botschaften werden aufgeschrieben oder aufgezeichnet und gelangen mit zeitlicher Verzögerung an den Adressaten. Beispiele sind Briefe, E-Mails und Telefax.

**Synchrone Kommunikation:** Wechselseitige Kommunikationsverbindung, es wird in Echtzeit kommuniziert und aufeinander reagiert. Beispiele sind chatten, telefonieren und Videokonferenzen.

**E-Mail:** Electronic Mail gehört zu den ältesten Internetdiensten, mit denen jeder Nachrichten oder Dateien zu jeder Uhrzeit weltweit versenden kann. Ein spezifisches E-Mail-System ist dafür nötig, es gibt verschiedene Anbieter.

**Mailingliste:** sind Diskussionsgruppen, deren Kommunikation über E-Mails läuft. Sie bietet einer geschlossenen Gruppe von Menschen die Möglichkeit zum Nachrichtenaustausch in Briefform.

**Newsgroups:** sind virtuelle Diskussionsforen im Internet in denen zu einem umgrenzten Themenbereich Textbeiträge ausgetauscht werden. Veröffentlicht ein Benutzer einen Artikel in einer Newsgroup, so wird dieser an einen Newsserver gesendet. Dieser kann den Artikel dann seinen Benutzern zur Verfügung stellen und an andere Server weiterleiten, die ihn wiederum ihren Benutzern zur Verfügung stellen.

**Chat (Internet-Relay-Chat):** der einzige Dienst im Internet bei dem eine synchrone Kommunikation möglich ist. Die Kommunikation findet in speziellen Chaträumen oder Foren statt. Jeder eingegebene Satz wird dabei sofort an alle anderen Teilnehmern verteilt.

RP's sind dabei Relay Parties bei denen sich zu einem festgelegten Zeitpunkt Teilnehmer treffen und austauschen.

**Lurker:** Nicht agierende Teilnehmer, passive Teilnehmer im Chat oder Forum, die zum Teil von den Berichten profitieren, sich aber nicht selbst beteiligen möchten.

**User:** kommt aus dem englischen und bedeutet Anwender, Benutzer. Hier ist der Internetnutzer gemeint.

**PAL (Physical-activity-level):** Werte beschreiben den Quotienten aus Gesamtenergiebedarf und Grundumsatz und stellen somit ein Maß für individuelle körperliche Aktivität eines Menschen dar. Bei sitzender oder liegender Lebensweise ist der PAL Wert 1,2, er steigert sich bis zu 2,0 bis 2,4 bei körperlich anstrengender Arbeit. Zur Berechnung des Energiebedarfs muss der Grundumsatz mit dem individuellen PAL Wert multipliziert werden.

**Forum** ist ein virtueller Platz zum Austausch und der Archivierung von Gedanken und Erfahrungen. Es handelt sich um asynchrone Kommunikation.

## V. Einleitung

### ***A. Idee und Entstehung der Diplomarbeit***

Die Idee der vorliegenden Thematik gründet auf der Tätigkeit meines Hauptpraktikums bei dem Internetportal e-Balance das im Oktober 2005 begann.

Das Portal zeigt eine verhältnismäßig neue Form der Therapie von Übergewicht und Adipositas. Das Internet als noch relativ neues Massenmedium bietet sowohl die einseitige Kommunikation wie auch im Fernsehen, der Zeitung und dem Radio: „einer zu vielen“, als auch die Möglichkeit der mehrseitigen Kommunikation: „einer zu einem“. Dabei bietet das Internet dem *User*<sup>1</sup> Anonymität, Zeit- und Ortsunabhängigkeit. Das World Wide Web funktioniert in vielen Bereichen selbstverständlich interaktiv. Gerade im Bereich der Ernährung funktioniert das Internet bisher jedoch eher passiv als Informationsmedium.

Zunehmend rücken auch die Therapie und individuelle Beratung in den Vordergrund. Beim Recherchieren über diese Thematik fällt schnell auf, wie viele Menschen sich in Foren und Internetdiensten Hilfe erhoffen. In *Foren, Chats* und *E-Mails* entstand für mich ein Bewusstsein über diese Form der relativ anonymen Beratung und Therapie. Bei näherer Betrachtung wird deutlich, wie diese Portale zum Teil über Ernährungsinformationen hinaus auch individuelle Menüpläne, Einkaufslisten und wichtige Bereiche wie Bewegung und psychologische Betreuung abdecken.

---

<sup>1</sup> Siehe Glossar (Seite 11-12). Alle folgenden Abkürzungen, sowie gebräuchliche Ausdrücke die im Zusammenhang mit dem Internet oder der Gewichtsreduktion stehen, sind in der vorliegenden Arbeit in kursiv gekennzeichnet und im Abkürzungsverzeichnis und/oder Glossar beschrieben.

## ***B. Problemstellung und Zielformulierung***

Trotz umfangreicher Aufklärungs- und Schulungsmaßnahmen und einem folgenden wachsenden Ernährungs- und Gesundheitsbewusstsein verändert sich das Ernährungsverhalten der Deutschen nicht wesentlich. Im Vergleich zu den Nährstoffreferenzwerten der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, ernähren sich die Deutschen immer noch zu energievoll, fettreich und zu ballaststoffarm<sup>2</sup>.

In Europa hat Adipositas mittlerweile ein epidemisches Ausmaß angenommen. Die Höhe der Prävalenz hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten verdreifacht. Die Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung von Adipositas hat in ihrem Bericht „10 x Wissenswertes über Adipositas“ im November 2006 bekannt gegeben, dass für die europäischen Regionen der WHO im Jahre 2010 mit 150 Millionen **Adipösen** zu rechnen ist, das sind 20% der Bevölkerung. Obwohl es signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Regionen, Geschlechtern, Altersgruppen und sozialen Schichten gibt, steigen in allen Bereichen die Zahlen der Übergewichtigen<sup>3</sup>.

Neben den psychosozialen Belastungen des Individuums und der adipositasbedingten Morbiditäten (z.B. Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-erkrankungen), resultieren daraus hohe Kosten für das Gesundheitssystem. Kalkulationen gehen davon aus, dass in den Industrieländern die Kosten der übergewichtsbedingten direkten und indirekten Kosten 6 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen<sup>4</sup>.

Ein schnelles Handeln der Betroffenen und ihrer Umwelt ist unbedingt nötig, da mit steigender Länge und Stärke der Adipositas auch die Behandlung immer teurer und komplexer wird. Zudem sind die gesundheitlichen Folgen auch nach Gewichtsverlust nicht immer reversibel. Die Häufigkeit von Adipositas ist heute in den meisten Industrieländern so hoch, dass die Ressourcen nicht mehr ausreichen um jedem Betroffenen eine Behandlung zu kommen zu lassen<sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> Merkle, Knopf, 2005

<sup>3</sup> WHO, 2006

<sup>4</sup> Merkle, Knopf, 2005

<sup>5</sup> Hauner et al., 2006

In den Europäischen Ländern der WHO wird in den nächsten fünf Jahren mit einem durchschnittlichen Anstieg der Adipositas bei Frauen von 2,4 Prozent und von 2,2 Prozent bei Männern gerechnet, in Deutschland wird sogar ein noch höherer Anstieg vermutet<sup>6</sup>. Somit wird nicht nur die Adipositasprävention, sondern auch die Therapie eine immer größere Relevanz erlangen. Neue Therapieprogramme sollten deshalb kritisch betrachtet werden. Adipositas und deren gesundheitliche Folgeerkrankungen erstrecken sich nicht gleichmäßig auf alle Schichten und der Trend zeigt eine Verstärkung zwischen den sozialen Schichten. Personen mit einem niedrigen Einkommen essen in der Regel mehr Fleisch, Zucker und Fett, dabei bewegen sie sich auch weniger. Hingegen nehmen Menschen mit einem höheren Bildungsniveau mehr Obst und Gemüse zu sich. Ernährungstherapien die als qualitätsgesichert und zielgerichtet gelten, werden zum Teil von Krankenkassen mitfinanziert. Teilweise wird die Therapie jedoch nur anteilig oder gar nicht von den Kassen getragen, so ist Gewichtsreduzierung auch ein finanzielles Problem<sup>7</sup>. Menschen aus sozial schwachen Schichten sind benachteiligt. Internetportale bieten eine günstige Alternative zur allgemein teureren herkömmlichen („Face-to-Face“) Ernährungsberatung.

Das Internet ist ein interaktives Massenmedium indem Informationen, zum Teil ohne wissenschaftlichen Hintergrund, für jedermann zugänglich sind. Der Nutzer kann häufig nicht unterscheiden ob es sich um eine seriöse Quelle handelt oder ob zum Beispiel kommerzielle Interessen hinter den Informationen stehen.

Allgemein wird in der vorliegenden Arbeit geschaut, was Internetberatungen und Therapien überhaupt ausmacht, Beratungsmöglichkeiten werden dargestellt und Vor- und Nachteile werden vorgestellt.

In nationalen Leitlinien wurden Qualitätsmerkmale formuliert, die ein Adipositastherapieprogramm aufweisen sollte. Viele der angebotenen ambulanten Therapien im Internet bestehen diese Kriterien sicher nicht. In dieser Arbeit wird die Wissenschaftlichkeit eines Abnehmportals im Hinblick auf den heutigen ernährungswissenschaftlichen Stand und andere Qualitätsmerkmalen untersucht. Eine zentrale Rolle spielt die vorgeschlagene Methode zur Gewichtsreduktion.

---

<sup>6</sup> WHO, 2005

<sup>7</sup> Dannenberg, 2006

Menüpläne werden dazu betrachtet, Existenz und Qualifikation der von geforderten Experten geprüft und der Ausschluss von erkrankten Personen, wie zum Beispiel Diabetes Patienten.

### ***C. Aufbau der Diplomarbeit***

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwölf Teile, beginnend mit dem einleitenden Teil, der Ideenfindung, der Problemdarstellung und der Zielsetzung der Thematik.

Im zweiten Teil wird Grundlegendes der Adipositas ausgeführt. Dabei wird Adipositas definiert, der BMI als Maß zur Diagnose dargestellt, die Ursachen des Übergewichts werden untersucht und schließlich kurz die Folgen von Adipositas auf das Individuum, aber auch die Gesellschaft erläutert.

Die Therapie Übergewichtiger und Adipöser spielt eine besondere Rolle und wird daher näher betrachtet. Dabei wird die Basistherapie bestehend aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie betrachtet, die Erweiterung der Therapie durch medikamentöse und chirurgische Eingriffe wird in dieser Arbeit vernachlässigt.

Es folgt eine kurze Einführung in das WWW. Wobei auf die Entstehung und die Verbreitung als heutiges Massenmedium eingegangen wird. Der Schwerpunkt liegt auf der Onlinekommunikation und was sie im Gegensatz zu anderen Kommunikationsformen unterscheidet. Die Vor- und Nachteile von Onlineberatung werden abgebildet.

Drei Internetportale zur Gewichtsreduktion werden dargestellt. Bewertungskriterien werden aufgeführt und ein Portal analysiert. Dabei werden Qualitätskriterien herangezogen, die für ambulante Adipositastherapien gelten.

Es folgt das Fazit und die Schlussfolgerung in der überprüft wird, ob die Ernährungsberatung online mit der Qualität der herkömmlichen Ernährungsberatung mithalten kann.

Das abschließende Kapitel stellt diese Arbeit in einer Zusammenfassung in englischer und deutscher Sprache dar.

## **VI. Adipositas**

### ***A. Einleitung***

In den westlichen Industrieländern hat die Zahl der Übergewichtigen und Adipösen in den letzten Jahrzehnten stetig zugenommen. Obwohl das Problem erkannt wurde, ist kein positiver Gegentrend in Sicht. Ganz im Gegenteil, es wächst die Zahl der Übergewichtigen auch in den Regionen die sich den westlichen Lebensstil (hochkalorisches, reichliches Nahrungsangebot und wenig Bewegung) aneignen<sup>8</sup>.

### ***B. Definition***

Adipositas, Übergewicht und auch der Begriff Fettsucht werden häufig nicht unterschieden. Von dem Begriff Fettsucht ist man jedoch heute größten Teils abgekommen, da die Suchtfaktoren nicht zwingend bei jedem Adipösen oder Übergewichtigen vorliegen müssen<sup>9</sup>.

Übergewicht ist erst einmal wertfrei und bezieht sich einfach auf das gesamte Körpergewicht, inklusive Fett, Knochen, Muskeln, etc. das über ein Normalmaß hinausgeht. Adipositas bezeichnet jedoch einen Zustand indem der Betroffene einen Überschuss an Fettmasse besitzt<sup>10</sup>. Im Gegensatz zur Adipositas ist einfaches Übergewicht noch nicht als Krankheit anzusehen<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> RKI, 2005

<sup>9</sup> Seib, 2003, S.92

<sup>10</sup> Ellrott, Pudel, 1998, S.3

<sup>11</sup> RKI; 2005

## ***C. Ursachen von Übergewicht und Adipositas***

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung gibt folgende Faktoren als Ursachen für Adipositas an:

- **Familiäre Disposition, genetische Ursache**

Laut der „thrifty genotype“-Hypothese haben sich in der Evolution solche Genvarianten besser ausbreiten können, die Energie gut speichern können. In der heutigen Zeit wirken sich genau diese Genvarianten jedoch ungünstig aus, es besteht ein Nahrungsangebot im Überfluss an energiereichen und preisgünstigen Lebensmitteln, dabei sinkt die körperliche Aktivität der Menschen stetig<sup>12</sup>. Trotzdem scheint die Rolle der Gene begrenzt, je nach Literatur beeinflussen sie zwar zwischen 20 und 70 Prozent das Gewicht, dennoch ist der starke Anstieg der Adipositas kaum durch genetische Veränderungen, noch durch hormonelle Ursachen erklärbar<sup>13</sup>.

- **Moderner Lebensstil**

Übergewicht entsteht häufig schon in der Jugend oder sogar Kindheit. Durch das Familienleben wird dem Heranwachsenden sowohl die Ernährungsweise, als auch das Bewegungsverhalten vorgelebt und so das Fundament für das Leben als Erwachsener gelegt. Neben einer relativ geringen Anzahl von monogenetisch bedingter Adipositas, ist die Ursache fast immer in einer über einen langen Zeitraum zu hohen Energieaufnahme im Bezug zum Energieverbrauch zu suchen<sup>14</sup>.

- **Chronischer Stress**

- **Essstörungen** (Bulimie, etc.)

- **Endokrine Erkrankungen**

- **Medikamente** (z.B. Antidepressiva, Neuroleptika, Betablocker, etc. )

---

<sup>12</sup> Hebebrand, 2004

<sup>13</sup> Badenhoop, 2003

<sup>14</sup> Badenhoop, 2003

- **Andere Ursachen** (Schwangerschaft, Nikotinverzicht..) <sup>15</sup>

## ***D. Klassifizierung der Adipositas bzw. des Übergewichts***

### **1. Der BMI**

Aus wissenschaftlicher Sicht ist heute der Body-Mass-Index, auch Körpermasse-Index oder kurz BMI die anerkannte Angabe für Diagnose und Klassifikation von Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas Grad 1, 2 und 3<sup>16</sup>. Der BMI ist sowohl für Kinder als auch für Erwachsene gebräuchlich, bei Kindern werden alters- und geschlechtsspezifische Perzentilen zur Hilfe genommen (siehe Anhang 1). Zwischen dem BMI und der Fettmasse liegt eine Korrelation von 95 Prozent vor. Allerdings können Personen mit einem hohen Muskelanteil nach dem BMI auch als übergewichtig gelten, weshalb der BMI als einziges Maß für Übergewicht nur begrenzt aussagefähig ist<sup>17</sup>. Der BMI ist ein indirektes Maß der Fettmasse, wobei die Beziehung im Bereich Unter- und Normalgewicht schwächer ausgeprägt ist, genau wie bei älteren Menschen. Auch gibt es einen Unterschied zwischen Frauen und Männern. Folgendermaßen hat eine Frau mit einem BMI von 30 durchschnittlich 40 Prozent Fettmasse, während ein Mann nur etwa 32 Prozent besitzt<sup>18</sup>.

Folgende Formel dient als Definition:

$$\text{BMI} = \text{Körpermasse in kg} / (\text{Körpergröße in Metern})^{19}$$

---

<sup>15</sup> Hauner et al., 2006

<sup>16</sup> Hauner et al., 2006

<sup>17</sup> RKI, 2005

<sup>18</sup> Petermann, Pudiel, 2003

<sup>19</sup> Hauner et al., 2006

**Tabelle 1: Gewichtsklassifikation eines Erwachsenen anhand des BMI**

| Kategorie                  | BMI         | Risiko für Begleiterkrankungen<br>des Übergewichts |
|----------------------------|-------------|--|
|                            |             |  |
| Untergewicht               | < 18.5      | Niedrig  |
| Normalgewicht              | 18.5 - 24.9 | Durchschnittlich                                   |
| Übergewicht                | > 25.0      |  |
| Präadipositas(Übergewicht) | 25.0 - 29.9 | Gering erhöht                                      |
| Adipositas Grad I          | 30.0 – 34.9 | Erhöht   |
| Adipositas Grad II         | 35.0 – 39.9 | Hoch   |
| Adipositas Grad III        | > 40.0      | Sehr hoch  |

Wie aus Tabelle 1 zu erkennen ist, unterscheidet sich Übergewicht von Adipositas. Ebenfalls geht aus der Tabelle hervor, dass mit einem steigenden BMI auch das adipositasbedingte Morbiditätsrisiko steigt<sup>20</sup>. Der Begriff Präadipositas verdeutlicht, dass Personen mit einem BMI zwischen 25.0 und 29.9 zwar nicht das Gesundheitsrisiko eines Adipösen tragen, jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit eines Tages adipös werden. Beim Adipositas Grad I und somit einem BMI zwischen 30.0 und 34.9 ist eine Behandlungsindikation gegeben, da das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko beträchtlich erhöht ist. Bei einem BMI zwischen 35.0 und 39.9 liegt Adipositas Grad II vor, in diesem Fall ist das Risiko Folgekrankheiten zu erleiden massiv erhöht. Bei einer Adipositas Grad III liegt der BMI über 40 und fast immer haben Betroffene bereits Komorbiditäten und sind zum Teil auch multimorbide<sup>21</sup>.

Des weiteren sollte auch das Alter des Betroffenen Berücksichtigung finden. Demnach variierten die Werte die als „wünschenswert“ gelten je nach Alter.

<sup>20</sup> Petermann, Pudiel, 2003, S. 31

<sup>21</sup> Wirth, 2000 S.8

**Tabelle 2: BMI im Bezug zum Alter<sup>22</sup>**

| <b>Alter</b> | <b>BMI</b> |
|--------------|------------|
| 19-24        | 19-24      |
| 25-34        | 20-25      |
| 35-44        | 21-26      |
| 45-54        | 22-27      |
| 55-64        | 23-28      |
| Über 64      | 24-29      |

## **2. Messmethoden für den Körperfettanteil**

**Hydrodensitometrie/Densitometrie oder Unterwasserwiegen:** die Dichte des Körper wird durch Wasserverdrängung bestimmt, anschließend werden die verschiedenen Körperkompartimente berechnet. Diese Methode gilt zwar als Goldstandart wird aber in der Praxis kaum angewandt.

**Dual-Energie X Ray-Absorptiometry-Methode (DEXA):** es wird davon ausgegangen, dass unterschiedliches Körpergewebe Röntgenstrahlung in unterschiedlichem Maße abschwächt. Folgend wird die Körpermasse in Fettmasse, Knochenmasse und fettfreies Gewebe unterteilt.

**Bioelektrische Impedanzmessung (BIA):** durch je zwei Elektroden an Fuß und Hand wird schwacher, ungefährlicher Wechselstrom durch den Körper geleitet. Muskelgewebe hat einen hohen Wasseranteil und leitet deshalb den Strom gut, Fett wirkt als Isolator. Der Computer kann auf Grund des elektrischen Widerstandes die Körperzusammensetzung und damit auch die Fettmasse bestimmen. Dieses Verfahren besitzt eine hohe Reproduzierbarkeit. Die Impedanz ist der gesamte Widerstand eines biologischen Leiters gegen den Wechselstrom. Diesen kann man weiter in den Widerstand des elektrolythaltigen Körperwassers (Resistance) und den Widerstand der Körperzelle (Reactance) einteilen. Die Resistance bietet ein Maß für die Berechnung des Körperwassers bei gesunden, normalgewichtigen Personen. Resistance-Normwerte liegen bei Frauen bei 480 - 580 Ohm und bei Männern bei 380 - 480 Ohm, die Reactance Normwerte liegen bei 10 - 12 % der Resistance.

---

<sup>22</sup> uni-hohenheim, 2007

**Hautfaltendicke mit einem Caliper:** an drei bis sieben Körperstellen (wie Bauch, Oberarm, Hüften, Schenkel, und der Rückseite der Schultern) wird die Hautfaltendicke mit einer speziellen Zange (Caliper) gemessen, anhand der Messergebnisse kann der Fettanteil im Körper berechnet werden. Bei großen Fettmassen wird diese Methode ungenau. Außerdem sind eine Reihe von Fehlerquellen, vor allem in der Durchführung zu finden. Die Dicke der Hautfalte hängt vom Alter und dem Hydrierungsgrad ab.

**Nah-Infrarot-Reflexionsmessung (NIR)** nutzt die unterschiedliche Wirkung von Infrarotlicht-Strahlen auf die einzelnen Gewebe. Während ein Teil der Strahlung absorbiert wird, wird ein anderer reflektiert. Letzterer wird analysiert. Hier wird eine quantitative Aussage zu den Komponenten Fett und fettfreie Masse gegeben<sup>23</sup>.

Die Densitometrie gilt für die Bestimmung der Körperzusammensetzung als der „goldene Standard“, wird jedoch, genau wie die Absorptiometrie hauptsächlich für wissenschaftliche Fragestellungen herangezogen. Die Impedanzanalyse, Hautfaltdickemessungen und Nah-Infrarot-Reflexionsmessung werden hingegen auch in der klinischen Praxis angewandt<sup>24</sup>.

### 3. Relation zwischen Taille und Hüfte

Das Risiko an den Folgen von Übergewicht zu erkranken wird jedoch nicht nur durch das Ausmaß des Gewichts, sondern auch durch die Fettverteilung im Körper bestimmt. Bei der androgenen, auch abdominale oder stammbetonte Fettverteilung genannt, sammelt sich das Fett vorwiegend an Gesäß, Hüften und Oberschenkeln. Bei der gynoiden, auch unter den Bezeichnungen gluteofemorale oder einfach hüftbetonte Fettansammlung bekannt, ist das Fett vor allem im Bereich über der Hüfte gelagert.

Die androide Fettverteilung bringt ein wesentlich höheres Gesundheitsrisiko mit sich, als die gynoide Fettansammlung<sup>25</sup>, bei welcher nur geringfügig häufiger metabolische Begleitkrankheiten auftauchen als sie bei Normalgewichtigen anzutreffen sind. Erkrankungen wie Arthrose, die sich vorwiegend wegen der statischen Belastungen

---

<sup>23</sup> OGE, 2006, Seite 48-51

<sup>24</sup> Hauner et. al., 2006

<sup>25</sup> Wechsler, 2003 S.61

bemerkbar machen, sind natürlich genauso häufig vorzufinden wie bei der androgenen Fettverteilung<sup>26</sup>.

**Der Quotient aus Taillen- und Hüftumfang bestimmt die Höhe des Gesundheitsrisikos auf Grund der Fettverteilung:**

$$\frac{\text{Taillenumfang/cm}}{\text{Hüftumfang/cm}} > 1$$

**Ist der Quotient bei übergewichtigen Männern größer als 1, besteht ein erhöhtes Gesundheitsrisiko durch abdominale Fettverteilung.**

$$\frac{\text{Taillenumfang/cm}}{\text{Hüftumfang/cm}} > 0,8$$

**Bei Frauen erhöht sich das Gesundheitsrisiko durch abdominale Fettverteilung, wenn der Quotient größer als 0,8 ist<sup>27</sup>.**

Der Taillenumfang wird dazu mit einem Maßband in der Mitte zwischen Rippenbogen und Beckenboden gemessen. Der Hüftumfang wird in der Höhe des Trochanter major gemessen.

Eine einfachere, oft angewandte und wissenschaftlich ausreichende Methode stellt auch die alleinige Messung des Taillenumfangs dar, da diese mit der abdominalen Fettverteilung assoziiert wird.

Ein erhöhtes Gesundheitsrisiko besteht demnach bei Männern deren Taillenumfang  $\varnothing$  94 cm ist, bei Frauen  $\varnothing$  80 cm, wobei das Risiko sich deutlich ab einem Umfang von  $\varnothing$  102 cm bei Männern und  $\varnothing$  88 cm bei Frauen erhöht<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> Wirth, 2000 S.9

<sup>27</sup> Seib, 2003, S.92

<sup>28</sup> Hauner et. Al., 2006

## ***E. Indikation***

Um das Risiko des Übergewichts bewerten zu können und somit die Therapienotwendigkeit festzustellen reichen bei den meisten Patienten folgende Betrachtungen aus<sup>29</sup>:

- Erhebung des Body Mass Index
- Ansicht des Taillen-Hüft Umfangs (Fettverteilungsmuster)
- Die Beurteilung eines Arztes ist von Vorteil

Behandlungsbedürftige Adipositas besteht bei<sup>30</sup>

- einem *BMI* > 30 oder
- einem BMI der zwischen 25 und 29,9 liegt und gleichzeitiger Existenz von
  - Gesundheitsstörungen die im Übergewicht begründet sind
  - einem hohen psychosozialen Leidensdruck des Betroffenen
  - von Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden und
  - bei einer abdominalen Fettverteilung (siehe Kapitel II.D.3)

---

<sup>29</sup> Wechsler, 2003, S.61

<sup>30</sup> Hauner et. al., 2006

## F. Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas

Tabelle 3: Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas

| Körpermaße der Bevölkerung nach Altersgruppen Ergebnisse der Mikrozensus-Befragung im Jahr 2005 |        |                 |               |                    |   |             |             |             |
|---|--------|-----------------|---------------|--------------------|---|-------------|-------------|-------------|
| Alter von unter... Jahren   | ...bis | Körpergröße     | Körpergewicht | Body-Mass-Index    | Davon mit einem Body-Mass-Index von . . . |             |             |             |
|   |        |                 |               |                    | unter 18,5                                | 18,5-25     | 25-30       | 30 und mehr |
|   |        |                 |               |                    | Prozent <sup>32</sup>                     |             |             |             |
|   |        | im Durchschnitt |               |                    |   |             |             |             |
|   |        | m               | kg            | kg/m <sup>31</sup> |   |             |             |             |
| <b>Männlich</b>   |        |                 |               |                    |   |             |             |             |
| 18 - 20   |        | 1,81            | 73,9          | 22,7               | 5,5                                       | 76,9        | 14,9        | 2,7         |
| 20 - 25   |        | 1,81            | 76,8          | 23,5               | 3,3                                       | 71,2        | 21,2        | 4,3         |
| 25 - 30   |        | 1,80            | 80,1          | 24,6               | 1,3                                       | 60,0        | 32,0        | 6,8         |
| 30 - 35   |        | 1,80            | 82,5          | 25,5               | 0,6                                       | 50,8        | 38,5        | 10,1        |
| 35 - 40   |        | 1,80            | 83,6          | 25,8               | 0,5                                       | 45,7        | 42,3        | 11,5        |
| 40 - 45   |        | 1,79            | 84,1          | 26,2               | 0,4                                       | 40,5        | 45,7        | 13,4        |
| 45 - 50   |        | 1,78            | 84,7          | 26,6               | 0,4                                       | 35,6        | 47,7        | 16,3        |
| 50 - 55   |        | 1,77            | 85,0          | 27,0               | 0,4                                       | 31,3        | 48,9        | 19,4        |
| 55 - 60   |        | 1,76            | 84,6          | 27,2               | 0,4                                       | 29,0        | 50,0        | 20,6        |
| 60 - 65   |        | 1,76            | 84,4          | 27,3               | 0,4                                       | 27,9        | 51,1        | 20,6        |
| 65 - 70   |        | 1,75            | 83,6          | 27,4               | 0,4                                       | 25,9        | 53,0        | 20,7        |
| 70 - 75   |        | 1,74            | 82,3          | 27,3               | 0,4                                       | 26,1        | 52,9        | 20,5        |
| 75 und mehr   |        | 1,72            | 77,7          | 26,2               | 1,1                                       | 37,2        | 48,7        | 13,0        |
| <b>18 – 75</b>  |        | <b>1,78</b>     | <b>82,4</b>   | <b>26,1</b>        | <b>0,9</b>                                | <b>41,2</b> | <b>43,5</b> | <b>14,4</b> |
| <b>Weiblich</b>   |        |                 |               |                    |   |             |             |             |
| 18 - 20   |        | 1,67            | 60,5          | 21,6               | 13,7                                      | 74,0        | 9,5         | 2,8         |
| 20 - 25   |        | 1,68            | 62,0          | 22,1               | 10,8                                      | 73,1        | 11,9        | 4,1         |
| 25 - 30   |        | 1,68            | 64,2          | 22,9               | 6,9                                       | 70,0        | 16,7        | 6,4         |
| 30 - 35   |        | 1,67            | 65,6          | 23,5               | 4,8                                       | 68,0        | 19,2        | 8,0         |
| 35 - 40   |        | 1,67            | 66,4          | 23,8               | 4,3                                       | 65,9        | 21,3        | 8,5         |
| 40 - 45   |        | 1,66            | 67,0          | 24,2               | 3,0                                       | 62,7        | 24,4        | 9,8         |
| 45 - 50   |        | 1,66            | 68,2          | 24,8               | 2,5                                       | 57,3        | 27,5        | 12,7        |
| 50 - 55   |        | 1,65            | 69,3          | 25,5               | 2,0                                       | 50,3        | 31,8        | 15,8        |
| 55 - 60   |        | 1,64            | 70,2          | 26,0               | 1,6                                       | 45,5        | 35,3        | 17,6        |
| 60 - 65   |        | 1,65            | 70,7          | 26,1               | 1,5                                       | 43,3        | 37,6        | 17,6        |
| 65 - 70   |        | 1,64            | 71,5          | 26,6               | 1,4                                       | 37,6        | 40,3        | 20,7        |
| 70 - 75   |        | 1,63            | 71,1          | 26,8               | 1,3                                       | 35,0        | 42,3        | 21,5        |
| 75 und mehr   |        | 1,61            | 66,3          | 25,4               | 3,4                                       | 45,5        | 37,2        | 13,8        |
| <b>Zusammen</b>   |        | <b>1,65</b>     | <b>67,5</b>   | <b>24,8</b>        | <b>3,8</b>                                | <b>54,7</b> | <b>28,7</b> | <b>12,8</b> |
| <b>Insgesamt</b>  |        |                 |               |                    |   |             |             |             |
| <b>Insgesamt 18 – 75 und mehr</b>   |        | <b>1,71</b>     | <b>74,9</b>   | <b>25,5</b>        | <b>2,4</b>                                | <b>48,0</b> | <b>36,0</b> | <b>13,6</b> |

<sup>31</sup> in Anlehnung an das Statistisches Bundesamt Deutschland 2006

<sup>32</sup> Bezogen auf die Bevölkerung mit Angaben zu Körpergröße und Körpergewicht.

Demnach haben 49,6 Prozent der Erwachsenen Menschen in Deutschland einen BMI Wert über 25. 41,5 Prozent der Frauen haben einen BMI von über 25, wovon fast 13 Prozent einen BMI von 30 und mehr haben. Bei den erwachsenen Männern sind es sogar 47,9 Prozent mit einem BMI über 25 und beinahe 15 Prozent mit einem BMI über 30.

Das Robert Koch Institut (RKI) hat weiter aufgeschlüsselt wie der Ernährungszustand sich in den verschiedenen Bundesländern verhält. Dabei fällt auf, dass die Zahlen der Übergewichtigen und der Adipösen im Osten höher als im Westen sind. So sind 57 Prozent der ostdeutschen Frauen übergewichtig, wohingegen es im Westen 52 Prozent sind. Adipös sind im Osten 24 und im Westen 21 Prozent<sup>33</sup>.

Des Weiteren fand das RKI heraus, dass es eine unterschiedliche Verteilung von Adipositas hinsichtlich der sozialen Schicht gibt. Personen wurden anhand der Merkmale Einkommen, Bildungsgrad und Beruf in die Unter-, Mittel-, oder Oberschicht eingeteilt.

Besonders Personen, die laut der Einteilungskriterien der Unterschicht zugeordnet werden, haben es auf Grund von strukturellen, sozialen, organisatorischen und finanziellen Hindernissen besonders schwierig, günstige Entscheidungen hinsichtlich der Ernährung und körperlicher Aktivitäten zu treffen und leiden somit häufiger unter Adipositas<sup>34</sup>.

**Tabelle 4: Verteilung von Adipositas bei Frauen und Männern zwischen dem 18 und 79 Lebensjahr nach sozialer Schicht<sup>35</sup>**

|                      | <b>Frauen</b> | <b>Männer</b> |
|----------------------|---------------|---------------|
| <b>Unterschicht</b>  | 31,4%         | 22,3%         |
| <b>Mittelschicht</b> | 20,3%         | 18,9%         |
| <b>Oberschicht</b>   | 9,9%          | 16,2%         |

---

<sup>33</sup> Mensink, 2002

<sup>34</sup> WHO, 2006

<sup>35</sup> Quelle: in Anlehnung an das RKI, 2003

## ***G. Folgen der Adipositas***

Adipositas gehört zu den bedeutsamsten Risikofaktoren für die häufigsten nicht übertragbaren Krankheiten. Übergewicht und Adipositas sind nicht nur ein individuelles „Schönheitsproblem“, sondern auch ein gesundheitspolitisches Problem, wenn man die daraus resultierenden Erkrankungen betrachtet<sup>36</sup>.

Zu den schwerwiegendsten Folgen für die Gesundheit zählen Bluthochdruck, Hyperlipidämie, koronare Herzerkrankungen, ischämischer Schlaganfall, Diabetes mellitus Typ 2, bestimmte Krebsarten, Gelenk- und Rückenbeschwerden und Osteoporose. So verursacht Übergewicht und Adipositas hohe Kosten für das Gesundheitssystem, die nachfolgende Generationen mittragen müssen<sup>37</sup>.

Neben den körperlichen Risikofaktoren bedeuten Übergewicht und Adipositas aber vor allem auch psychosoziale Probleme. Folge und gleichzeitig verstärkender Faktor ist die häufig vorkommende soziale Isolation der Betroffenen. Die Lebensqualität leidet in den meisten Fällen massiv. Übergewichtige und Adipöse reagieren häufig mit Rückzug aus sozialen Aktivitäten, einem eingeschränkten Sexualverhalten, einem vermindertem Selbstwertgefühl einhergehend mit Schamgefühl, wie auch Schuldgefühlen<sup>38</sup>.

## ***H. Vorteile einer Gewichtsreduktion***

Man unterscheidet die lang- und die kurzfristige Gewichtsreduktion. Kurzfristige Gewichtsreduktion kann beispielsweise vor Operationen notwendig sein oder bei einem sehr bedenklichen Gesundheitszustand des Übergewichtigen. Durch eine langfristige Gewichtsreduktion kann die gesamte Lebensqualität gesteigert werden, so verbessern sich die Chancen im beruflichen, sowie im sozialen Bereich. Langfristige Gewichtsreduktion vermindert oder beseitigt Begleiterkrankungen wie Hypertonie, Diabetes Mellitus Typ 2 und Hyperlipidämie und reduziert das Mortalitätsrisiko, sowie etliche Beschwerden wie Gelenk- und Rückenprobleme<sup>39</sup>.

---

<sup>36</sup> RKI, 2005

<sup>37</sup> WHO, 2005

<sup>38</sup> Hebebrand, 2004

<sup>39</sup> Wirth, 2000, S.220

## ***I. Risiken einer Gewichtsreduktion***

Besonders bei einer schnellen und hohen Gewichtsreduktion kann es durch den Abfluss von Cholesterin durch das Gallensystem zu der Entstehung von Gallensteinen kommen. Zur Prävention kann Gallensäure eingenommen werden.

Bei extremem Gewichtsverlust kann es zu einer Verringerung der Knochendichte kommen.

Bei starker und schneller Gewichtsreduktion, durch geringe oder unregelmäßige Zufuhr von Kalorien, steigt der Harnsäurespiegel und es kann zum Gichtanfall kommen.

Bei der Gewichtsreduktion finden Stoffwechselveränderungen statt, der Grundumsatz sinkt und es wird weniger Energie verbraucht. Auch in der Gewichtsstabilisierungsphase bildet sich der Energieverbrauch nicht unbedingt auf das vorherige Maß zurück. Um dieser Tatsache entgegen zu wirken, ist körperliche Betätigung wichtig<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> ÖGE, 2006

## **VII. Adipositas therapie**

### ***A. Einleitung Adipositas therapie***

Eine Adipositas therapie wird immer multifaktoriell durchgeföhrt. Sie teilt sich in die Bereiche Ernährung, Bewegung, Verhalten, Pharmaka und Chirurgie auf. Die Umstellung auf ein gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten ist Voraussetzung, wie auch Teil der Therapie<sup>41</sup>. Die Deutschen Adipositas Leitlinien 2006 schlagen zudem vor, eine Verhaltenstherapie in das Basisprogramm mit aufzunehmen. Die Verhaltenstherapie soll den Betroffenen<sup>42</sup> in seinem Vorhaben unterstützen, seine Ernährungs- und Bewegungsmodifikationen bewusstmachen und durchzuhalten. Eine erweiterte Therapie kann außerdem Medikamente und/ oder chirurgische Eingriffe beinhalten<sup>43</sup>.

### ***B. Begriffsbestimmung, Begriffsabgrenzung und stationäre Therapie***

#### **1. Begriffsbestimmung**

Eine Ernährungstherapie richtet sich an kranke Menschen, es ist eine Notwendigkeitsbescheinigung eines Arztes erforderlich. Die gesamte Therapie muss in Zusammenarbeit mit einem Arzt erfolgen. Für die Behandlung von Adipositas ist eine Ernährungstherapie Voraussetzung. Die Qualitätsanforderungen an den Beratungsprozess und den Berater sind besonders hoch. Persönliche und beratungsmethodische Kompetenzen des Beraters sind entscheidend für das Erreichen der Therapieziele. So bilden sich Ernährungstherapeuten regelmäßig weiter<sup>44</sup>.

---

<sup>41</sup> WHO, 2005

<sup>42</sup> Mit der männlichen Form ist die weiblich auch im weiteren Verlauf inbegriffen

<sup>43</sup> Hauner et. Al. 2006

<sup>44</sup> Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsausbildung in Deutschland, 2006

## **2. Begriffsabgrenzung**

Im Gegensatz zur Ernährungstherapie richtet sich die Ernährungsberatung an den gesunden Menschen, es ist keine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung erforderlich. Die Ernährungsberatung will Ernährungsaufklärung hinsichtlich gesundheitsfördernder Ernährung betreiben, außerdem Ernährungsmodifikationen vornehmen und so Mangel und Fehlernährung vermeiden. Ernährungsberatung dient der Prävention von Erkrankungen, kann aber auch Ernährungsprobleme lösen. So kann bei einem Übergewichtigen eine Ernährungsberatung ausreichen, wohingegen bei adipösen Menschen eine Ernährungstherapie notwendig ist<sup>45</sup>.

## **3. Stationäre Therapie**

Zu einer stationären Adipositasstherapie zum Beispiel in Rehabilitations-Einrichtungen kommt es nur, wenn alle qualifizierten ambulanten gewichts-reduzierenden Maßnahmen ohne Erfolg geblieben sind, der BMI über 35 liegt oder unter 35, aber schwerwiegende Begleiterkrankungen, Berufsunfähigkeit vorliegt oder adipositasbedingte Pflegebedürftigkeit droht. Aber auch wenn der psychosoziale Leidensdruck sehr hoch ist oder eine rasche Gewichtsreduktion zum Beispiel vor einer Operation nötig ist. Eine ambulante Nachbetreuung ist zur Aufrechterhaltung des erreichten Gewichts, aber auch zur weiteren Reduktion unbedingt nötig<sup>46</sup>.

---

<sup>45</sup> Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsausbildung in Deutschland; 2006

<sup>46</sup> Bleichner, 2003

### **C. Therapieziele**

Die Therapieziele sollten eine langfristige Gewichtsreduktion, ein gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten, wie die Stärkung der Selbstmanagementfähigkeit und Stressverarbeitung sein. Auf den BMI bezogen werden folgende Therapieziele formuliert:

Tabelle 5: Therapieziele<sup>47</sup>

| <b>Ausgangs BMI</b>  | <b>Therapieziel</b>                |
|--|------------------------------------|
| BMI 25-29,9 mit peripherer Fettverteilung                      | Verhinderung einer Gewichtszunahme |
| BMI 25-29,9 mit abdominaler Fettverteilung oder Komorbiditäten | Gewichtsabnahme um 5%              |
| Adipositas Grad I  | Gewichtsabnahme um >5%             |
| Adipositas Grad II   | Gewichtsabnahme um >10%            |
| Adipositas Grad III  | Gewichtsabnahme um >20%            |

Weitere Ziele sind:

- Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (keine Gesundheitsgefährdung für Gewichtsreduktion).
- Verhindern einer Gewichtszunahme.
- mäßige Gewichtsreduktion von 5 bis 20 Prozent. Das Halten des erreichten Gewichts ist ebenso wichtig wie das Abnehmen selbst. Eine starke und schnelle Gewichtsreduktion birgt das Risiko des sogenannten „JoJo- Effekts“, einem Mangel an Nährstoffen und die Gefahr Essstörungssymptome zu verstärken<sup>48</sup>. Deshalb steht in der Adipositas therapie nicht mehr primär die maximale Gewichtsreduktion, sondern vor allem die langfristige

---

<sup>47</sup> OGE, 2006, S. 214

<sup>48</sup> MS, 2003

Gewichtsstabilisierung bei normalisiertem Essverhalten im Vordergrund. Nur etwa 5 Prozent aller Betroffenen können das erarbeitete Gewicht halten<sup>49</sup>.

- Senkung adipositasbedingter Sterbefälle, sowie Senkung adipositasbedingter Krankheiten durch eine gesunde Lebensweise.
- Steigerung der Lebensqualität.
- Reduktion von Arbeitsunfähigkeit.<sup>50</sup>

Damit es nicht zur schnellen Resignation und dem Aufgeben der Therapie kommt, ist eine realistische und konkrete Zielfindung unbedingt nötig. Der Teilnehmer sollte sich darüber im klaren werden, welches kurzfristige Ziel er in den nächsten Wochen erreichen möchte, was er tun muss um dieses Ziel zu erreichen, was ihm dabei helfen und was ihn daran hindern kann dieses Ziel zu erreichen. Schreibt der Teilnehmer die Antworten auf diese Fragen auf, kann ihm das dabei helfen sich seinen Weg bewusst zu machen<sup>51</sup>.

#### ***D. Ansprüche an ambulante Therapieprogramme***

1. Einganguntersuchung des Teilnehmers
2. Strukturierte und regelmäßige Schulungen
3. Erstellung eines Therapiekonzepts
4. Dokumentation des Therapieverlaufs (Gewicht, Aktivitäten, Zufriedenheit)
5. Therapiedauer von mindestens 6 bis 12 Monaten

Das Therapieprogramm muss auf jeden Patienten individuell angepasst sein, damit der Patient es einfach und effektiv in seinen Alltag integrieren kann<sup>52</sup>.

---

<sup>49</sup> Hebebrand, 2004

<sup>50</sup> Hauner, et. Al., 2006

<sup>51</sup> MS, 2003

<sup>52</sup> Hauner et al., 2000, S 5-8

## 1. Anamnese des Teilnehmers

Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie sind ausreichende Motivation und Kooperationsbereitschaft des Übergewichtigen, bzw. Adipösen. Bei den Teilnehmern einer Adipositastherapie muss eine Essstörung ausgeschlossen werden, da ansonsten ein anderes Therapiekonzept durchgeführt werden muss<sup>53</sup>.

Vor Therapiebeginn ist eine sorgfältige Anamnese notwendig.

Die **klinische Anamnese** ist die Grundlage für die Empfehlung einer Ernährungstherapie<sup>54</sup>:

- Körpergröße, und –gewicht, Taillenumfang, Blutdruck
- Nüchternblutzucker
- Gesamt-HDL und –LDL, Cholesterin, Triglyzeride
- Harnsäure
- Kreatinin
- Mikroalbuminurie
- EKG

### **Ernährungsphysiologische und ernährungspsychologische Anamnese<sup>55</sup>:**

- Familienanamnese
  - Adipositas, Diabetes Mellitus Typ 2, Hypertonie, koronare Herzerkrankungen, Gicht, Fettstoffwechselstörungen
- Gewichtsanamnese
  - Geburtsgewicht, Gewichtsverlauf in Kindheit, Jugend und als Erwachsener, besonders in den letzten Monaten, Beginn des Übergewichts
- Familiäres und berufliches Umfeld (Bezug zum *PAL*)

---

<sup>53</sup> Hauner et al. 2000, S. 5-8

<sup>54</sup> MS, 2003

<sup>55</sup> OGE, 2006 S. 212

- Ernährungsverhalten, -gewohnheiten
  - Anzahl, Umfang, Präferenzen, Aversionen, typischen Tagesablauf der Mahlzeiten, Alkohol und Snacks
  - Detailliertes Ernährungsprotokoll mindestens über 3 Tage führen, Gefühle und Situationen notieren
  
- Frühere Versuche der Gewichtsreduktion
  - Anzahl, Art, Gründe des Scheiterns, Gründe für Gewichtszunahme
  
- Bewegungsverhalten
  
- Beschwerden
  - Körperliche Belastungen, Gelenkbeschwerden
  
- Gesundheitsbewusstsein/Verhalten

Ein Psychotherapeut sollte zusätzlich eine psychologische und psychosoziale Diagnose stellen, in der beispielweise Essstörungen ausgeschlossen werden. Die körperliche Leistungsfähigkeit sollte vorab geprüft werden<sup>56</sup>.

## **2. Strukturierte und regelmäßige Schulungen der Teilnehmer**

Laut der Psychologin A. Benecke muss die Adipositas therapie besonders die Alltagsbedingungen des Patienten einbeziehen, die Behandlungsziele sollten realistisch formuliert werden, da ansonsten frühzeitige Frustration und Resignation droht. Zudem sollten die Bedürfnisse, wie auch die Belastbarkeit des Betroffenen berücksichtigt werden. Die gegenwärtigen Therapien setzen den Schwerpunkt auf Selbst-Management. Der Abnehmwillige lernt durch aktives mitarbeiten bei der Therapie, selbstverantwortlich zu handeln. Um ihm dies zu erleichtern, ist es wichtig über mögliche Komplikationen und die Behandlung aufzuklären. Diese soll den Betroffenen ermöglichen, sich ihr ganzes Leben lang in Bezug auf ihr Gewicht selbst zu helfen. Im Vorfeld muss dazu Selbstbeobachtung, Informationsvermittlung, Motivationsförderung, Stimuluskontrolle und Verhaltensanalyse stattfinden. Da viele

---

<sup>56</sup> Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsausbildung in Deutschland; 2006

Übergewichtige und Adipöse in Stresssituationen zu essen beginnen, muss Stressmanagement und soziale Kompetenz erlernt werden. Um langfristige Gewichtsstabilisierung zu erleichtern, wirken sich soziale Unterstützung, zum Beispiel aus der Familie oder Partnerschaft und Vorbereitung auf Rückfälle positiv aus<sup>57</sup>.

### **3. Prozessschritte der Adipositas therapie**

Zu einem erfolgreichen Gewichtsmanagement gehören zwei Phasen. Die erste Phase ist die Gewichtsreduktion, während sich die zweite Phase auf die Gewichtsstabilisierung konzentriert<sup>58</sup>.

### **4. Erste Phase: Gewichtsreduktion**

#### **a) Ernährungstherapie**

Die Teilnehmer sollen Ernährungsinformationen vermittelt bekommen. So ist es wichtig den Zusammenhang zwischen Übergewicht und Ernährung den Betroffenen darzustellen. Sie müssen für ihren Alltag lernen, Lebensmittel bezogen auf die Kalorienwerte und Zusammensetzung richtig einzuschätzen<sup>59</sup>.

Für die erste Phase, der Gewichtsreduktion, wird ein Kaloriendefizit von 500 kcal unterhalb des täglichen Bedarfs vorgeschlagen. Durchschnittlich sind das in etwa 1200 - 1800 kcal/Tag, die durch Lebensmittel aufgenommen werden. Rein rechnerisch kann ungefähr 500 g die Woche abgenommen werden, auch wenn die genaue Höhe stark vom Ausgangsgewicht abhängig ist<sup>60</sup>.

Eine hypokalorische Mischkost wird empfohlen. Dafür sollte die Fettaufnahme auf ungefähr 60 g pro Tag, bzw. 30 bis 35 Prozent der aufgenommenen Energie begrenzt werden. Besonders sichtbares Fett, wie Butter, Schmalz und Öl sollte von den Therapieteilnehmern gemieden werden, aber auch die sogenannten „versteckten“

---

<sup>57</sup> MS, 2003

<sup>58</sup> Hauner, et. al., 2006

<sup>59</sup> Wirth, 2000 S.261-268

<sup>60</sup> Badenhop, 2003

Fette aus Wurst, Käse, Schokolade und Gebäck beispielsweise müssen verringert werden.

Der Verzehr von Kohlenhydraten sollte ungefähr 50 bis 55 Prozent der täglich aufgenommenen Kalorien ausmachen. Dabei sind komplexe Kohlenhydrate aus Obst, Gemüse und Vollkornprodukten empfehlenswert. Als eher ungeeignet sind isolierte Kohlenhydrate wie Zucker, Süßigkeiten, Gebäck und Limonade anzusehen.

Die Eiweißaufnahme sollte ca. 15 bis 20 Prozent der gesamten über den Tag aufgenommenen Energie ausmachen bzw. 0,8g pro kg Sollkörpergewicht. Um den Eiweißabbau während einer Gewichtsreduktion gering zu halten, ist auf besonders hochwertiges Eiweiß zu achten, das durch die Kombination von tierischen und pflanzlichen Eiweißquellen gewährleistet werden kann<sup>61</sup>.

Kommt der Betroffene mit dem Energiedefizit von 500 kcal pro Tag gut zurecht, kann das Defizit auf bis zu 800 kcal pro Tag erhöht werden. Damit der Betroffene dabei nicht Hunger oder Mangelerscheinungen zu spüren bekommt, muss die Ernährung besonders pflanzlichen Ursprungs sein. Diese Kostform ist langfristig durchführbar und dabei weitestgehend frei von Nebenwirkungen, es ist keine ärztliche Überwachung erforderlich<sup>62</sup>.

## b) Bewegungstherapie

Körperliches Training trägt zu einem erhöhten Energieverbrauch bei und kann somit die Gewichtssenkung unterstützen. Außerdem können durch ausreichende und richtige Bewegung Adipositas assoziierte Erkrankungen positiv beeinflusst werden. Generell soll die Gewichtssenkung nicht durch Wasser- und Eiweißverluste, sondern durch Fettreduktion zustande kommen. Eine Kombination aus Ausdauer- und Krafttraining bieten die optimalste Möglichkeit Gewicht durch Verminderung der Fettmasse zu reduzieren. Der Stoffwechsel wird durch das Ausdauertraining angeregt und die Fettverbrennung aktiviert. Durch das Krafttraining werden mehr Muskeln aufgebaut, die mehr Energie verbrauchen und sich so ebenfalls positiv auf die Stoffwechsellage auswirken. Bei starkem Übergewicht darf körperliches Training

---

<sup>61</sup> Wirth, 2000, S.241

<sup>62</sup> Hauner, et. Al., 2006

jedoch erst nach einer ärztlichen Untersuchung durchgeführt werden. Unter bestimmten gesundheitlichen Umständen ist außerdem die Überwachung von medizinischem Personal zu empfehlen<sup>63</sup>.

Damit das Gewicht messbar reduziert werden kann, müssen laut den Adipositas Leitlinien 2006 mindestens 2500 kcal pro Woche durch sportliche Betätigung verbraucht werden. Je nach Sportart muss durchschnittlich ein Zeitvolumen von 5 Stunden Bewegung die Woche eingeplant werden<sup>64</sup>.

Die *WHO* schlägt hingegen „mindestens 30 Minuten regelmäßige und moderate körperliche Betätigung an den meisten Wochentagen“ vor<sup>65</sup>.

Geeignete Sportarten sind gelenkschonend wie Schwimmen, Radfahren, Wandern, Walking, Nordic Walking, Skilanglauf und Rudern. Nur nach Absprache mit dem Arzt sind Sportarten wie Jogging, Basketball, Volleyball, Tennis, Squash, Fußball, Fechten, Boxen und Gewichtheben für Adipöse geeignet.

### c) Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie ist besonders wichtig für das Durchhalten der Therapie. Sie soll die Modifikation von Verhaltensweisen, wie der Ernährungsumstellung und dem Bewegungsprogramm unterstützen.

So müssen im ersten Schritt die häufig unrealistischen und zu großen Ziele der Betroffenen bearbeitet werden. Realistische und langfristig erreichbare Ziele sind hilfreich. So kann 7 Prozent Gewichtssenkung das vernünftigeres Ziel sein, als den BMI Bereich von 25 bis 29,9 zu erreichen. Außerdem ist neben den biologischen, wie auch sozialen Faktoren das subjektive Krankheitsmodell wichtig, welches die individuelle Sicht des Einzelnen bezogen auf die Ursachen des Übergewichts, den vermutlichen Verlauf und die Macht die sich das Individuum selbst zutraut, den Zustand langfristig zu verändern<sup>66</sup>.

---

<sup>63</sup> Wechsler, 2003, S.260-262

<sup>64</sup> Hauner, et. al., 2006

<sup>65</sup> WHO, 2005

<sup>66</sup> Hebebrand, 2004

Eine Prophylaxe für Misserfolge und Rückschläge wird durch ein Selbstsicherheitstraining erreicht. Da die rigide Kontrolle nach dem „Alles oder Nichts Prinzip“ des Essverhaltens, bereits bei kleinen Überschreitungen häufig zum totalen Kontrollzusammenbruch führt, wird die flexible Kontrolle nach dem „Mehr oder Weniger Prinzip“ angestrebt. Psychosoziale Probleme werden in der Therapie genauso bearbeitet wie der Umgang mit Misserfolgen und Rückschlägen. Viele Betroffene müssen lernen, wie sie in bestimmten Situationen zukünftig reagieren. So können Entspannungsübungen dabei helfen, beim nächsten Stress nicht sofort zur Schokolade zu greifen. Alte Handlungsabläufe müssen in der Verhaltenstherapie überdacht und durchbrochen werden<sup>67</sup>.

### **Die primären Elemente der Verhaltenstherapie sind:**

- **Selbstbeobachtung**

Das eigene Ess-, Trink- und Bewegungsverhalten muss wahrgenommen werden, dies kann durch das Führen eines Tagebuchs/Tagesprotokolls geschehen. Nicht nur Art und Menge der Kost muss notiert werden, sondern auch Zeit, Ort, Gefühle und Empfindungen

- **Reizkontrolltechniken**

Stimuluskontrolltechniken werden eingeübt, um typische Reize zu durchbrechen und zu reduzieren. Beispiele:

Beim Lebensmitteleinkauf sollte der Betroffene nicht hungrig sein, sondern satt. Hilfreich ist die Erstellung einer genauen Liste was gekauft werden soll, etc.;

Planung des Essens: Menge, festgelegt Zeiten, etc.;

Regeln für Einladungen festlegen: wenig Alkohol trinken, vorher einen Salat essen, etc.

- **Bestimmung des Essverhaltens**

Beispiele: langsam essen; immer nur so viel zubereiten wie noch im Kalorienmaß liegt; Essen bewusst genießen, nebenbei nicht lesen oder fernsehen.

---

<sup>67</sup> Wechsler, 2003, S.259-262

- **Verstärkungsmechanismen, Belohnungen**

Als Basis sollte ein Protokoll dienen, Belohnungen außerhalb des Nahrungsbereiches für festgelegte Zwischenziele einplanen.

Positive Wirkung kommen zum Tragen, wenn Familie und Freunde mit Lob unterstützend wirken. Wenn keine Unterstützung von diesen Personen vorliegt, diese Problematik in der Therapie behandeln.

- **Kognitive Unterstützung**

Motivieren; unrealistische Ziele in realistische Ziele umbauen; nicht an Rückschlägen, sondern an Erfolgen orientieren

- **Umgang mit möglichen Rückfällen**

Risikobehaftete Situationen für einen Rückfall erkennen und Bewältigungsstrategien erlernen<sup>68</sup>.

---

<sup>68</sup> Wirth, 2000, S.261-268

## 5. Zweite Phase: Gewichtsstabilisierungsphase

Nach der Phase der Gewichtsreduktion folgt die Gewichtsstabilisierungsphase. Auch in dieser Phase sollten Ernährung, Bewegung und Verhaltenstherapie im Mittelpunkt stehen.

### a) Ernährungstherapie

In der zweiten Phase ist das Beibehalten von dem erlernten Ernährungsverhalten aus der Gewichtsreduktionsphase primär. Die Ernährungsumstellung ist abgeschlossen, die neu angeeignete Ernährungsweise sollte zur Gewohnheit werden und keine tägliche Aufgabe mehr darstellen. Entsprechend den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung muss energiebewusst gegessen werden, das heißt eine ausgewogene Mischkost, mit moderater Fettaufnahme und einem hohen Ballaststoffanteil. Nach der erfolgreichen Gewichtsreduktion, wird in der zweiten Phase ebenfalls noch ein Energiedefizit empfohlen, das langsam reduziert wird. Wurde in der Phase der Gewichtsreduktion ein Energiedefizit von 800 kcal pro Tag durchgeführt, kann dieses nun auf 500 kcal pro Tag für die Gewichtsstabilisierung gesenkt werden<sup>69</sup>.

### b) Bewegungstherapie

Während in der ersten Phase der Gewichtsreduktion vermehrte körperliche Aktivität nicht ausreicht um Gewicht zu reduzieren, scheint sie im Alltag auszureichen um das erreichte Gewicht zu halten. Es sollte ein Energieverbrauch von ca. 1500 kcal durch Bewegung im Umfang von 3 bis 5 Stunden pro Woche statt finden. Dies wirkt zusätzlich unterstützend zum Erhalt der Muskelmasse<sup>70</sup>.

Bewegungsabläufe bei denen große Muskelgruppen mit hohem Energieverbrauch zum Einsatz kommen sind besonders gut geeignet, zudem sollten gelenkschonende Bewegungsabläufe wie Schwimmen, schnelles Spazieren gehen, etc. gewählt werden. Gesteigerte körperliche Aktivität wirkt sich zudem positiv auf das körperliche Wohlbefinden, die Blutfettwerte, den Blutdruck und die diabetische Stoffwechsellage

---

<sup>69</sup> Hauner, et. Al., 2006

<sup>70</sup> Hauner, et. Al., 2006

aus. Körperliche Aktivität kann nach vollzogener Gewichtsreduktion die Misserfolgsprophylaxe und Rückfälle positiv beeinflussen<sup>71</sup>.

### c) Verhaltenstherapie

Während kurz- bis mittelfristige Ziele noch relativ gut zu erreichen sind, stellt das langfristige Ziel der Gewichtsstabilisierung das größere Problem dar. Daher ist besonders die Verhaltenstherapie in der zweiten Phase von großer Bedeutung. Wird der Kontakt zu dem Therapeuten gehalten, wirkt sich dies langfristig positiv auf die Gewichtsstabilisierung aus. Der Patient kann motiviert werden, die erlernten Verhaltensweisen bezogen auf Bewegung und Ernährung beizubehalten. Gleichzeitig können andere Betroffene, Familienangehörige oder andere Menschen aus dem sozialen Umfeld bei der Gewichtsstabilisierung unterstützend wirken und auch helfen, Rückfällen vorzubeugen. Da das Gewichtsproblem häufig ganze Familien betrifft, ist die Teilnahme aller Familienmitglieder an der Ernährungsänderung hilfreich und wirkt sich positiv auf den Langzeiterfolg aus. Außerdem sollte der Betroffene regelmäßig, ca. 1 mal die Woche sein Gewicht kontrollieren und so das Gewichtsmanagement weiter führen<sup>72</sup>.

### d) Dokumentation des Therapieverlaufs

Damit der Erfolg des Patienten, aber auch des Programms nachzuvollziehen ist, müssen systematisch bestimmte Daten vom Anbieter erfasst werden. Dazu gehören:

- Anthropometrische Daten
- Biochemische Variablen
- Status von Komorbiditäten
- Verlauf der Lebensqualität
- Schwierigkeiten oder Abbruch der Therapie

Diese Daten sollten mindestens ein, aber besser zwei oder drei Jahre nach Beginn des Programms dokumentiert werden, damit eine Aussage über den Nutzen gezogen werden kann<sup>73</sup>.

---

<sup>71</sup> Wechsler, 2003, S.260-262

<sup>72</sup> MS, 2003

### e) Therapiedauer

Ein Programm zur Gewichtsreduktion sollte mindestens 12 Monate andauern. Nach erfolgreicher Gewichtsreduktion wird eine Nachbehandlung, in der sich die neu erlernten Verhaltensweisen manifestieren sollen, von 3 Jahren empfohlen. In besonderen Fällen kann auch eine lebenslange Betreuung nötig sein. Die Nachbetreuung sollte in Kooperation zwischen Ernährungsfachkräften und dem behandelnden Arzt erfolgen<sup>74</sup>.

### ***E. Personelle Voraussetzungen für ambulante Adipositas therapie***

Nur mit den richtigen und genügend Kenntnissen über die Thematik Übergewicht kann ein Abnehmprogramm erfolgreich verlaufen. So ist es naheliegend, dass die personelle Situation über Gelingen oder Scheitern entscheiden kann. Als obligatorisch sehen die Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme der Deutschen Adipositas Gesellschaft, der *DGE*, *DAEM* und *DGEM* das Vorhandensein eines Arztes und einer Ernährungsfachkraft an. Wobei der Arzt eine Zusatzausbildung auf der Basis des Lehrprogramms Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer vorweisen sollte. Es wird empfohlen, dass der Arzt festlegt, welche Eingangsvoraussetzungen Teilnehmer erfüllen müssen. Außerdem trägt er die Verantwortung für das Therapiekonzept, sowie die Indikationsstellung und die medizinische Betreuung während der Therapie.

Bei der Ernährungsfachkraft kann es sich entweder um eine/n Diätassistenten/In oder eine/n Ökotrophologen/In handeln, welche/r praktische Erfahrung mit Adipösen vorweisen kann. Diese Fachkraft sollte das Curriculum der Ernährungsberatung der DGE vorweisen können oder das VDOE Zertifikat oder Quethab.

Als fakultativ werden in den Qualitätsrichtlinien ein Psychologe und Physiotherapeut angesehen. Empfehlenswert ist die Zusammenarbeit mit Sporteinrichtungen, in denen auch die Betreuung der Adipösen durch Physiotherapeuten oder Sportmediziner statt finden kann.

---

<sup>73</sup> Hauner et al., 2000, S.5-8

<sup>74</sup> Wechsler, 2003, S.256

Das Programm sollte einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle unterzogen werden, damit Verbesserungen vorgenommen werden können. Dazu sollten alle Mitarbeiter ihren Beitrag leisten, gleichzeitig aber auch die Teilnehmer Möglichkeiten geboten bekommen, ihre Erfahrungen einzubringen<sup>75</sup>.

### ***F. Räumliche Voraussetzungen***

An räumlichen Voraussetzungen ist ein größerer Raum vorgesehen, indem regelmäßig Schulungen und Gruppensitzungen durchgeführt werden können. Außerdem ein Besprechungszimmer indem die Therapeuten Einzelgespräche mit Patienten führen können.

Als wünschenswert wird eine Küche angesehen in der Übergewichtige die Möglichkeit bekommen, praktisch ein gesünderes Ernährungsverhalten zu erlernen<sup>76</sup>.

### ***G. Verkauf von Produkten***

Die Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie schließen den Handel, Vertrieb und die Produktwerbung, aber auch die Kopplung an einen Produktverkauf aus<sup>77</sup>.

### ***H. Erfolgskontrolle des Therapieprogramms***

Gewichtsverlust:

- Nach einem Jahr sollten mindestens 50 Prozent der Patienten eine Gewichtsreduktion von wenigstens 5 Prozent erreicht haben. Mindestens 20 Prozent der Teilnehmer müssen wenigstens 10 Prozent ihres Ausgangsgewichts reduziert haben.
- Verbesserung von adipositasassoziierten Erkrankungen wie Hypertonie, Hypercholerstinämie, Hyperglyceridiämie und Diabetes Mellitus Typ 2

---

<sup>75</sup> Hauner et al., 2000, S. 5-8

<sup>76</sup> Hauner et al., 2000, S. 5-8

<sup>77</sup> Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsausbildung in Deutschland; 2006

Verbesserung der Lebensweise<sup>78</sup>:

- Gesundheitswissen durch das Programm gestiegen
- Ernährungsverhalten ist nahe dem empfohlenen Nährstoffverhältnis der DGE (siehe Kapitel III.D.4. Punkt a)
- Regelmäßige körperliche Aktivität
- Steigerung der Lebensqualität

Ob eine Adipositastherapie erfolgreich ist, ist sowohl von den Kurzzeiterfolgen als auch von den Langzeiterfolgen abhängig.

---

<sup>78</sup> Hauner et al., 2000, S. 5-8

## **VIII. Internet**

### ***A. Einleitung***

Das Internet hat sich rasant zu einem Massenmedium entwickelt und damit die Gesellschaft verändert wie man es sich zu Beginn kaum vorstellen konnte. 1983 diente es fast ausschließlich Wissenschaftlern als Forschungsnetz. Zu diesem Zeitpunkt war die Bedienung noch sehr kompliziert und es konnten nur Texte übermittelt werden. Der Brite Tim Berner-Lee entwickelte 1991 den *WWW*-Standard, womit die Handhabung anwenderfreundlich wurde und multimediale Anwendungen möglich wurden. Bereits 1993 wurde der *WWW*-Standard von dem Europäischen Labor für Teilchenphysik kostenlos der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2003, also nur 10 Jahre später, standen bereits über 12 Milliarden vernetzte Seiten im World Wide Web<sup>79</sup>. Das Internet bietet anders als die meisten anderen Medien, multifunktionale Informations- und Kommunikationsgestaltungsmöglichkeiten. Als Informationsmedium kann es von jedem ohne großen Aufwand und Kenntnisse genutzt werden. Als Kommunikationsmedium kann über verschiedenste Wege agiert werden.

### ***B. Internetnutzung heute***

Jedes Jahr steigt die Zahl der Haushalte mit Computern. Der Branchenverband Bitkom gab unter Berufung der Europäischen Statistikbehörde Eurostat Anfang Januar bekannt, dass 2006 drei von vier Haushalten in Deutschland einen Computer besitzen. Damit hat Deutschland eine Verbreitungsquote von 75 Prozent und liegt somit in den EU Nationen auf Platz vier. 2005 hatten 58 Prozent der privaten Haushalte einen Internetzugang. Mit steigendem Alter wird das Internet seltener, besonders von Frauen, genutzt. Die Nutzung des Internets steht in direktem Zusammenhang mit dem Bildungsniveau und dem Einkommen. 58 Prozent der Personen, die 2005 noch offline waren haben einen Hauptschulabschluss, im Gegensatz dazu sind nur 12 Prozent der Personen mit einem (Fach-) Hochschulabschluss offline<sup>80</sup>. Geschlechtsspezifisch ist festzustellen, dass gerade

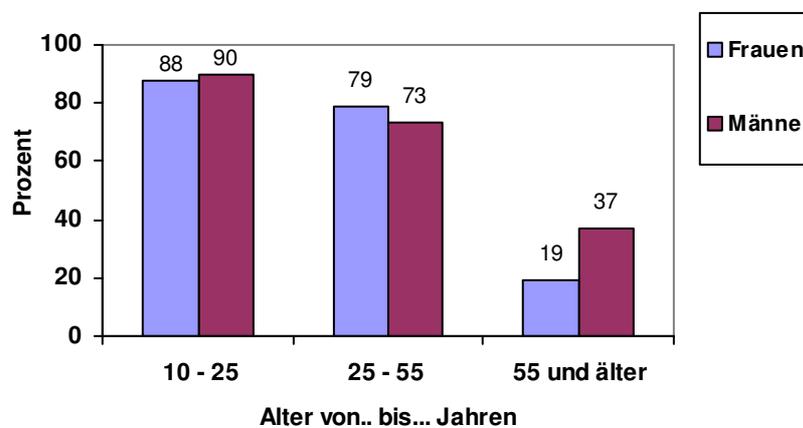
---

<sup>79</sup> Van Eimer, 2003

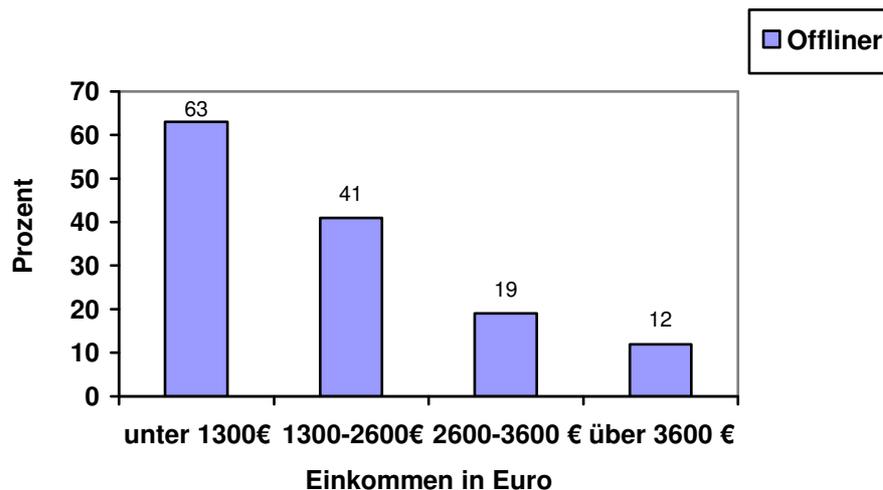
<sup>80</sup> Statistisches Bundesamt Deutschland, 2005

Frauen mit geringer Bildung und geringem Einkommen das Internet selten nutzen<sup>81</sup>. Die Potentialanalyse der Firma Management Consult aus dem Jahr 2001 ergab das in Deutschland 11,5 Millionen Menschen sowohl über einen Internetzugang verfügen, als auch gewillt sind ihr Gewicht zu reduzieren. Damit ist ein potentieller Markt für Abnehmportale im Internet gegeben<sup>82</sup>.

**Abbildung 1<sup>83</sup>: Internetnutzung nach Alter und Geschlecht 2005**



**Abbildung 2<sup>84</sup>: Offline- Haushalte nach Einkommen**



<sup>81</sup> TNS, 2006

<sup>82</sup> Morsi, G., 2002, S. 9-20

<sup>83</sup> Statistisches Bundesamt, 2005

<sup>84</sup> Statistisches Bundesamt, 2005

## IX. Kommunikation im Internet

### A. Einleitung

Häufig wird im Zusammenhang mit dem Internet von „Virtualität“ oder der „Netzwelt“ gesprochen, dem entgegen steht das „richtige Leben“ oder die „Realität“. Kommunikation im Internet unterscheidet sich zwar von der „Face-to-Face“-Kommunikation, dennoch ist auch sie „echte“ und „reale“ Kommunikation. Die Verständigung über das Internet ist eine textbasierte Kommunikation, die nicht erst mit dem Internet ins Leben gerufen wurde (Beispiel: Briefe). Die synchrone Kommunikation in Textform wurde jedoch erst durch das Internet realisierbar. Immer häufiger stößt man im Internet auf Angebote der Selbsthilfe und Beratung. Dabei wird die *asynchrone Kommunikation* über e-Mails und *Newsgroups* häufig in Form von Selbsthilfe angewandt. Durch den Austausch zwischen Experten und Hilfesuchenden wächst die Qualität und eine Beratung findet statt. Dies lässt sich sowohl asynchron über E-Mails, Newsgroups und Mailinglisten oder *synchron* über Chats, und Videokonferenzen durchführen. Bei der Kommunikation über das Internet treten bestimmte Besonderheiten auf, um deren Kenntnis es bei der Beratung wichtig ist<sup>85</sup>.

---

<sup>85</sup> Petzold, 2006

## ***B. Diagnostik im Internet***

Im Internet ist der Teilnehmer eines Gewichtsreduktionsportals stark auf sich gestellt. Zu Therapie/Beratungsbeginn wird eine Diagnostik mittels Online-Test gestellt. Hier stellt sich die Frage ob diese Methode wirklich ausreichend ist:

- Wie konkret wird gefragt?
- versteht der Teilnehmer wirklich alle Fragen und beantwortet sie deshalb richtig?
- weiß der Teilnehmer wo beispielsweise der Taillenumfang zu messen ist oder gibt es ausreichende Anleitungen?
- schätzt er seinen Gesundheitszustand richtig ein?

Die Diagnose beim Arzt ist umfangreicher, genauer und weniger Fehlerhaft. Demnach ist die klinische online Diagnostik von der herkömmlichen Face-to-Face-Diagnostik noch weit entfernt<sup>86</sup>.

## ***C. Merkmale der Onlineberatung***

Computer vermittelte Kommunikation wird laut Batanic anders als Face-to-Face-Kommunikation erlebt und soll bzw. kann diese auch nicht ersetzen. Sie ist jedoch auch nicht generell schlechter oder besser und sollte passender als Ergänzung betrachtet werden. In den letzten Jahren hat sich die Onlinekommunikation hinzufügend zur „smal-talk“-Kommunikation auch zur ernstesten Beratung und Therapie entwickelt<sup>87</sup>.

### **Besonderheiten<sup>88</sup>:**

#### 1. Anonymität:

- o Alter, Geschlecht, sozialer Status, Aussehen, etc. können verborgen bleiben, Ängste und Hemmschwellen werden herabgesetzt.
- o Bildung von Netzidentität, Teilnehmer bestimmt was er von sich preisgibt, hat aber auch die Möglichkeit zur Täuschung.

---

<sup>86</sup> Batanic, 2000, S. 509 -549

<sup>87</sup> Batanic, 2000, S. 345 - 379

<sup>88</sup> Heller, 2002

- Anonymität kann zur extremen Öffnung des Ratsuchenden führen und durch mehrmaligen E-Mail-Kontakt kann eine besondere Nähe hergestellt werden.
2. Freiwilligkeit:
- Teilnehmer agiert aus Eigeninitiative und bestimmt Zeitpunkt und Form selber.
3. Planbarkeit bei asynchroner Kommunikation:
- Beiträge (Fragen, Hilfesuche, Antworten, etc.) per E-Mails oder Newsgroups können vorformuliert und in Ruhe überdacht werden, dadurch strukturierter Ablauf möglich.
  - Rückblick auf Kommunikation durch Datenspeicherung möglich.
4. Unabhängigkeit (Zeit- und Ortsunabhängig):
- Teilnehmer werden erreicht für die die Face-to-Face-Beratung nicht in Frage kommt.
5. Professionalität der Experten unklar:
- Die Qualität der Experten kann sehr gut sein, es kann sich aber um selbsternannte Experten handeln.
6. Spezifität der Hilfe:
- Ratschläge können sich allgemein an alle Teilnehmer durch Mailinglisten richten oder sehr speziell im Chat oder per E-Mail an einen Ratsuchenden gerichtet sein.
7. Publikum:
- In Foren und Chats kann die Kommunikation beobachtet ablaufen
8. Textbasierte Form der Mitteilungen:
- Videokonferenzen spielen in den meisten Beratungen per Internet keine Rolle

## ***D. Kanalreduktionstheorie***

Die Kanalreduktionstheorie von computervermittelter Kommunikation wird im Zusammenhang mit Onlineberatung immer wieder betont. Diese Theorie besagt, dass „durch technisch notwendige Beschränkung des Internets eine Verarmung im Kommunikationsprozess nicht zu vermeiden ist“<sup>89</sup>. Kritiker beanstanden in der computervermittelten Kommunikation Qualitätseinbußen. Sie bemängeln, dass nicht nur die Form des „Gesprächs“ technisiert, sondern auch die zwischenmenschliche Kommunikation sich entfremdet<sup>90</sup>.

Kommunikation im Internet ist demnach prinzipiell einer

- Ent-Sinnlichung,
- Ent-Emotionalisierung,
- Ent-Kontextualisierung,
- Ent-Menschlichung,
- Ent-Räumlichung,
- Ent-Zeitlichung und einer
- Ent-Wirklichung unterzogen.

## ***E. Kompensationsversuche***

Trotz der fehlenden nonverbalen-Kommunikation hat die Verständigung über Textform Kompensationsmöglichkeiten gefunden und bietet sogar einige Vorteile. Beratungen die im Internet stattfinden, können somit nicht eins zu eins aus der „Face-to-Face“-Beratung übernommen werden, eigene und neue Wege dieses Mediums müssen genutzt werden. So werden bereits Akronyme, Emoticons und Großbuchstaben als Ausdruck von besonderer Bedeutung genutzt, um nonverbale-Kommunikation oder auch akustische Signale wie ein Räuspern in die computervermittelte Kommunikation zu implementieren.

Ein **Akronym** ist ein aus den Anfangsbuchstaben mehrerer Wörter gebildetes Wort

**Beispiel: lol = laughing out loud**

---

<sup>89</sup> Petzold, 2002

<sup>90</sup> Petzold, 2002

Als **Emoticon** werden Zeichenfolgen bezeichnet, die eine Gesichtsform nachbilden, um in der schriftlichen elektronischen Kommunikation Stimmungs- und Gefühlszustände auszudrücken. **Beispiel: :-)**

**Handlungskommentierte Gesprächsschritte:** Gedanken, Handlungen und Reaktionen werden in der dritten Person kommuniziert

**Beispiel: traut sich nicht zu sagen, dass sie inkonsequent ist**

**Infinitivkonstruktionen:** sind Gedanken oder parallel ablaufende Handlungen die ganze Sätze ersetzen

**Beispiel: Person A: \*heul\* Person B: \*Taschentuchreiche\***

**Hörersignale:** soll die Schwierigkeit im Chat lösen, wann eine Wechsel des Schreibers statt findet, bzw. wann ein Text wirklich beendet ist. „Sprech“-Pausen werden zum Beispiel durch drei Punkte oder einen Bindestrich signalisiert. Im Gegenzug kann das Gegenüber Verzögerungslaute wie „hm“ einsetzen, um weiteres zuhören anzudeuten.

Beispiel:

**Berater: das hört sich so an...**

**Berater: als ob sie immer in Stresssituationen essen.**

**Parasprachliche Elemente:** Sprechrhythmus und Melodie werden auf verschiedenste Weise kommuniziert

Beispiel: Hallooooooooooooo!!!

Durch diese Mittel der Verständigung können allerdings auch Missverständnisse, besonders zwischen Internetkundigen und Neunutzern, entstehen. Auch wenn die computervermittelte Kommunikation trotz kreativer Maßnahmen der Kommunikationserweiterung nicht die „Face-to-Face“-Kommunikation gleichwertig ersetzt, kann mit Hilfe von den genannten Erweiterungen die Vielseitigkeit und somit die Qualitätssteigerung erreicht werden<sup>91</sup>.

---

<sup>91</sup> Hintenberg, 2006

## **F. Eignung vom Internet für bestimmte Kommunikationsaufgaben**

Es zeigt sich, dass für bestimmte Themen bestimmte Kommunikationswege geeigneter sind als andere. Die Onlinekommunikation ist besonders gut geeignet für einfache Kommunikationsaufgaben. Die Kommunizierenden sollten genug Kompetenz, außerdem kompatible und funktionale Kommunikationsstile besitzen. Weniger gut sind sehr komplexe Kommunikationsaufgaben, wenn dazu die Kommunizierenden wenig Kompetenz, keine gute Nutzungskennntnisse und dazu wenig Zeit und geringe Motivation besitzen, ist von der textbasierten Kommunikationsweise abzuraten<sup>92</sup>.

**Tabelle 8: Vergleich von Beliebtheit von Kommunikationsaufgaben  
Online und Face-to-Face<sup>93</sup>**

| <b>Rangplatz</b> | <b>Face-to-Face</b>   | <b>Internet</b>       |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>1.</b>        | Kennen lernen         | Informieren           |
| <b>2.</b>        | Fragen stellen        | Fragen stellen        |
| <b>3.</b>        | Streiten              | In Verbindung bleiben |
| <b>4.</b>        | Verhandeln            | Schnell Informieren   |
| <b>5.</b>        | Vertrauliches         | Neue Ideen finden     |
| <b>6.</b>        | Entscheiden           | Entschieden           |
| <b>7.</b>        | Neue Ideen finden     | Streiten              |
| <b>8.</b>        | Informieren           | Vertrauliches         |
| <b>9.</b>        | In Verbindung bleiben | Verhandeln            |
| <b>10.</b>       | Schnell Informieren   | Kennen lernen         |

<sup>92</sup> Petzold, 2006

<sup>93</sup> In Anlehnung an: Döring, 2002

## **G. Möglichkeiten der Onlinehilfe**

### **1. Beratung per Videokonferenz**

Für die Beratung per Videokonferenz ist entsprechende Software erforderlich. Bei der Videokonferenz wird ähnlich wie bei der Face-to-Face-Situation, sowohl das Gesicht des Anderen über den Bildschirm als auch dessen Stimmen über ein Headset empfangen. Es handelt sich wie beim Chat um synchrone Kommunikation. Allerdings wird hierbei die Anonymität, die viele an dem Internet schätzen und gerade deshalb dieses Medium auswählen, aufgegeben. Videokonferenzen kommen schwerpunktmäßig für Menschen in Frage, die auf Grund von praktischen Faktoren wie der Erreichbarkeit der Beratungseinrichtungen keine Face-to-Face-Hilfe in Anspruch nehmen. Die meisten Beratungseinrichtungen im Internet bieten entsprechend diesen Dienst gar nicht an<sup>94</sup>.

### **2. Internet als Informationsmedium**

Der Absender von Informationen hat im Internet einzigartige Möglichkeiten, mit dem Nutzer zu kommunizieren. So kann er mit jedem einzelnen Nutzer interagieren, für das Individuum speziell personalisierte Inhalte zur Verfügung stellen und auch einzelne Nutzer untereinander kommunizieren lassen.

**Tabelle 9: Internet im Vergleich zu anderen Medien<sup>95</sup>**

| <b>Medium</b>                         | <b>Reichweite</b> | <b>Personalisierung</b> | <b>Kosten pro Teilnehmer</b> |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------------|------------------------------|
| <b>Television</b>                     | Sehr hoch         | Sehr Niedrig            | Sehr Niedrig                 |
| <b>Radio</b>                          | Hoch              | Niedrig                 | -                            |
| <b>Internet</b>                       | <b>Hoch</b>       | <b>Hoch</b>             | <b>Niedrig</b>               |
| <b>Printmedien</b>                    | Mittel            | Mittel                  | Eher niedrig                 |
| <b>Gruppentrainer</b>                 | Niedrig           | Hoch                    | Hoch                         |
| <b>Personal Trainer<br/>(Berater)</b> | Sehr Niedrig      | Sehr hoch               | Sehr hoch                    |

---

<sup>94</sup> Petzold, 2006

<sup>95</sup> Jahnen, 2006

### **3. Selbsthilfe im Internet**

Selbsthilfegruppen arbeiten, egal ob in der Face-to-Face-Situation oder im Internet zum Beispiel in Newsgroups in Foren ohne professionelle Begleiter. Gleichberechtigte Personen die sich mit dem gleichen oder ähnlichen Themen beschäftigen und identifizieren können, versuchen Hilfe zur Selbsthilfe zu geben<sup>96</sup>.

### **4. E-Mail- Beratung**

Eine Beratung im Internet, darf nicht nur aus StandardE-Mails bestehen, die allen Usern zugeschickt werden. Die Beratung muss individuelle Fragen beinhalten und dem Teilnehmer auf ihn zugeschnittene Tipps und Ratschläge geben. Eine wöchentliche Therapie oder Beratungsstunde könnte beispielsweise durch einen wöchentlichen Chat vertreten werden<sup>97</sup>.

Um auf Teilnehmer gut eingehen zu können und besonders die Problematiken der reduzierten Kommunikationsform zu kompensieren, sollten folgenden Punkte dem Berater als Orientierung und Qualitätsmerkmale dienen:

1. Haltung des Teilnehmers einschätzen: wie wirkt die E-Mail auf den Berater?
2. Informationsgehalt der Nachricht überprüfen: Was für Auskünfte über Alter Geschlecht, etc. stecken in der E-Mail?
3. Der Berater muss einschätzen, was der Teilnehmer mit seiner Anfrage erreichen möchte
4. Der Berater sollte auch zwischen den Zeilen lesen und sehen, ob Probleme anerkannt und zugegeben werden
5. Der Berater muss bewerten, über welche intellektuellen Fähigkeiten der Teilnehmer verfügt und entsprechend seine Antwort formulieren. Dabei sollen

---

<sup>96</sup> Heller, 2002

<sup>97</sup> Batanic, 2000, S. 509 -549

Sachinformationen korrekt und vollständig enthalten sein, jedoch den Fähigkeiten des Teilnehmers angepasst sein.

6. Um den Teilnehmer die Art der Beziehung bestimmen zu lassen, sollte im Antwortschreiben des Beraters eine ähnliche Anredeform wie die des Teilnehmers verwenden.
7. Am Ende der E-Mail sollte sich der Berater für die Anfrage bedanken und darauf hinweisen, dass er für den Teilnehmer bei Bedarf wieder zur Verfügung steht<sup>98</sup>.

## **5. Kommunikation im Chat**

### **a) Chatberatung**

Die Beratung im Chat wird im Gegensatz zur E-Mailberatung immer noch recht wenig eingesetzt, bzw. genutzt. Die Kommunikation im Chat gehört zu den synchronen Formen der Onlineverständigungen und stellt damit eine besondere Form dar. Im Chat herrscht in der Regel Anonymität, Teilnehmer nutzen Nicknames die sie selbst wählen. Dies führt zur erhöhten Offenheit und Ehrlichkeit, selbst schwierigen Themen gegenüber. In der Chat-Kommunikation findet in der Regel ein Gruppengespräch statt, indem sich die Teilnehmer über verschiedenste Themen austauschen, ihre Erfahrungen beisteuern, Diskussionen führen oder auch nur lesen können, was andere Teilnehmer berichten. Die meisten Chats verfügen zusätzlich über eine „Flüsteroption“, in der Teilnehmer sich zurückziehen können, um miteinander ungestört ohne andere „Zuhörer“ kommunizieren können. Die Kommunikation findet in Echtzeit statt und muss daher besonderen Anforderungen gerecht werden. Besonders im Chat kommt es zum Einsatz von Abkürzungen, Akronymen, Emoticons und Großbuchstaben. Für Unkundige ist diese Sprache nicht immer eindeutig.

Eine gute Usability, die die Gebrauchstauglichkeit der Benutzeroberfläche beschreibt, ist Voraussetzung. Dabei ist es wichtig, dass jeder nach seinen Fähigkeiten den Chat nutzen kann. Das heißt, dass ein Internetunkundiger Beiträge verfassen kann ohne sich von vielen Extras überfordert fühlen zu müssen, aber ein

---

<sup>98</sup> Ball, 2006

Internetkundiger die Möglichkeit bekommt Smilies, Akronymen und Textbausteinen zu nutzen.

Im Gegensatz zur Face-to-Face-Beratung haben beide Parteien die Möglichkeit, den Ablauf des Gespräches erneut nachzuvollziehen, dadurch ist die Kommunikation verbindlicher als mündliche Kommunikation. Im Chat muss ähnlich wie in der Face-to-Face-Kommunikation schnell reagiert werden. Daher muss der Chatberater schnell und relativ fehlerfrei tippen können<sup>99</sup>.

## b) Vor- und Nachteile von Chatkommunikation<sup>100</sup>

### **Vorteile von Chatkommunikation:**

- Ortsunabhängigkeit
- Mögliche Anonymität
- Synchrone Kommunikation
- Relativ geringe technische Voraussetzungen
- Reproduzierbarkeit des Gesprächsablaufs

### **Nachteile der Chatkommunikation:**

- Nonverbale Kommunikation kann nicht gleichwertig ersetzt werden
- Umgang mit dem Sprecherwechsel schwierig
- Schreiben ist zeitaufwendiger, deshalb kann in der gleichen Zeit weniger behandelt werden

## ***H. Verhältnis zwischen Berater und Teilnehmer***

Egal ob von der Ernährungstherapie oder der Beratung gesprochen wird, so wird darunter im allgemeinen die herkömmliche Kommunikationsweise von „Angesicht zu Angesicht“ (Face-to-Face) verstanden. Diese Form wird nach Watzlawick auch analoge Kommunikation oder „Ton und Gebärdenkommunikation“ genannt. Im Gegensatz zur digitalen Kommunikation (z.B. über das Internet) besteht ein stärkerer Beziehungsaspekt. In die analoge Therapie fließen Töne (z.B. ein leiser, aggressiver

---

<sup>99</sup> Hintenberg, 2006

<sup>100</sup> Hintenberg, 2006

oder abwertender Tonfall) ein, außerdem findet Kommunikation über die Gestik (überforderter Blick, schämendes auf den Boden schauen, etc.) statt<sup>101</sup>. Vertrauen und persönliche Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten spielen eine wichtige Rolle. Berater haben grundsätzlich die Aufgabe des Unterstützers und Begleiters, der den Ratsuchenden selbst zur Lösung führt. Beratung und Therapie stehen sich daher nahe, unterscheiden sich jedoch in dem Vermitteln von Lösungen. In der Therapie wird die Lösung weniger erarbeitet, sondern eher dem Teilnehmer als Möglichkeit angeboten<sup>102</sup>. Ob eine Beziehung zwischen Teilnehmer und Berater entsteht, ist stark von der Häufigkeit und der Länge des Kontakts abhängig. Noch schwieriger ist die Art der Beziehung zu gestalten. Die Frage nach der Möglichkeit von der Herstellung von Vertrauen und Beziehung zwischen dem Berater und dem Teilnehmer im Internet scheint berechtigt. Allerdings fällt nach kurzer Beschäftigung mit dieser Thematik auf, dass in Foren und Chats Freundschaften geschlossen werden und teils sogar die Grundlagen von Eheschließungen entstehen. Durch erhöhte Wahrscheinlichkeit von Datenschutzverletzungen kann die Herstellung von Vertrauen jedoch zum Problem werden.

Während Informationen leicht vermittelt werden können, sind Emotionen wie zum Beispiel Mitgefühl nicht so einfach zu kommunizieren. Nutzt der Experte einen tröstenden Smiley hinter dem Satz, könnte dies plump wirken und bei dem Hilfesuchenden den Eindruck von Unprofessionalität erwecken<sup>103</sup>. Wegen dem reduzierten Informationsfluss finden bei computervermittelter Kommunikation verstärkt kognitive Prozesse statt. Die Kommunikationspartner entwickelt oftmals ein detailliertes und nicht selten idealisiertes Bild von ihrem „Gegenüber“.

### ***1. Qualitative und seriöse Onlineangebote***

Da es bisher kein Gütesiegel oder ähnliches für Internetprogramme gibt, die beratend oder therapeutisch arbeiten, kann der Nutzer alleine nur schwer die Qualität des Portals erkennen. Ob die sogenannten Experten ausreichend ausgebildet sind, lässt sich für den Laien meist nicht sofort erkennen, auch weiß er nicht unbedingt ob die vorgeschlagene Abnehmethode gut ist und den Richtlinien der Adipositas

---

<sup>101</sup> Watzlawick, et. al., 2000, S. 62-64

<sup>102</sup> Heller, K.; 2002

<sup>103</sup> Batanic, 2000, S.509-549

Gesellschaft entspricht und auf welche anderen Kriterien er achten sollte<sup>104</sup>. Die Zahl der Beratungsangebote im Internet wächst stetig, in den verschiedensten Bereichen kommen regelmäßig neue Portale dazu, deshalb ist es besonders wichtig qualitativ gute Angebote von weniger guten oder gar schlechten zu unterscheiden. Die Deutsche Gesellschaft für Onlineberatung hat hierzu Richtlinien entwickelt, die auch dem Laien zeigen sollen, wie seriös ein Angebot ist. Folgende Kriterien sind dabei zu nennen:

### **1. Transparenz der Institution nach innen und außen**

Der Beratungsgegenstand muss benannt werden und auch die Grenzen (zum Beispiel Essstörungen oder Diabetes) formuliert werden. Anbieter, Dachorganisationen und Träger müssen erkennbar sein und es muss klar formuliert werden, ob es sich um Beratung, Selbsthilfe, etc. handelt.

### **2. Kompetenz der Berater/Innen**

Die Qualifikationen müssen erkennbar sein, Berater müssen theoretische und praktische Kenntnisse zum Beratungsinhalt besitzen, aber auch über die Grundlagen der Kommunikation verfügen. Zudem brauchen sie eine Lese-, Schreib- und gewisse Internetkompetenz.

### **3. Die Zufriedenheit der Ratsuchenden**

Ein aktives Beschwerdemanagement sollte betrieben werden und über Umfragen sollte regelmäßig die Zufriedenheit der Teilnehmer untersucht werden.

### **4. Die technischen Fragen und Sicherheitsstandards**

Sicherer E-Mail-Versand (kein Versand von Viren oder Trojanern, etc.), Firewall und Antivirusprogramm sind absolute Voraussetzung. Onlineberater/Innen unterliegen der Schweigepflicht<sup>105</sup>.

---

<sup>104</sup> Batanic, 2000, S. 509 -549

<sup>105</sup> Knatz, 2006

## ***J. Vor- und Nachteile Internettherapie***

Die Qualität der im Internet geführten Kommunikation hängt zum einen von dem Dienst, zum anderen aber auch von den Teilnehmern ab. Die Online-Kommunikation kann sehr anonym gestaltet werden, in diesem Fall wirkt sie enthemmend und lässt Ehrlichkeit zu. Hinzu kommt aber auch das Risiko der leichten Täuschung<sup>106</sup>.

### **Vorteile:**

- Unbegrenzte zeitliche und räumliche Verfügbarkeit
- Relativ geringe Kosten
- Komplexe Beratungskonzepte können dem Individuum angepasst werden, Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie sind prinzipiell möglich<sup>107</sup>
- Erreichbarkeit von Zielgruppen, die andere Therapieformen ablehnen
- Anonymität:
  - Unverbindliche Kontaktaufnahme
  - Schwellenängste geringer
  - Schwierige und unangenehme Themen lassen sich leichter und schneller mitteilen
  - Privilegien entfallen, alltäglicher Status aufgehoben (Altersvorsprung, teure Kleidung etc.)
  - Förderung von Offenheit und Ehrlichkeit
- Asynchrone Kommunikation:
  - Keine Terminabsprache nötig
  - Spontan anfallende dringende Anfragen möglich
- Archivierung möglich<sup>108</sup>

---

<sup>106</sup> Batanic, 2000, S. 345 - 379

<sup>107</sup> Morsi, 2002, S. 9-20

<sup>108</sup> Kral, 2005

## Nachteile:

- Rückmeldemöglichkeiten, besonders bei asynchroner Kommunikation eingeschränkt. Die Rückmeldung kann zu spät kommen und nicht mehr an die Situation des Teilnehmers angepasst sein
- Nonverbale Botschaften können nicht gleichwertig ersetzt werden, der Experte muss auf wenige Informationen betreff der Problemlage und der derzeitigen Verfassung reagieren
- Einschätzung des Gegenübers (Aufnahmefähigkeit, emotionale Lage, Motivation, etc.) muss häufig durch wenige vermittelte Informationen statt finden
- In der Regel reduzierter Informationsinhalt<sup>109</sup>
- Negative Effekte der Archivierung (Teilnehmer keine Vertrauen)
- Online Therapie noch nicht fundiert erforscht:
  - Mangelnde Kenntnis über Wirkung<sup>110</sup>

---

<sup>109</sup> Morsi; 2002 S. 9-20

<sup>110</sup> Kral, 2005

## X. Internetportale zur Gewichtsreduktion

### A. Einleitung

Mittlerweile ist das Online-Angebot an verschiedenen Abnehmprogrammen ähnlich vielfältig wie in der Offline-Welt. In dieser Arbeit werden drei Portale beschrieben. Dabei wurden drei Programme ausgewählt, die sich voneinander abheben. Außerdem wurde die Häufigkeit der Vertretung in den Medien als Auswahlkriterium herangezogen. Besonders e.diets und xx-well machen durch sehr viel Onlinewerbung auf sich aufmerksam. e.diets gibt es zudem auch in anderen europäischen Ländern und ist damit besonders verbreitet. xx-well gehört zu Weightwatchers und ist somit sicherlich eine der bekanntesten Abnehmmethoden in Deutschland und auf der Welt. e-Balance ist ebenfalls in anderen europäischen Ländern mit angepassten Angeboten online.



## ***B. Zielgruppe von Internetportalen zur Gewichtsreduktion***

- Personen die abnehmen möchten, über einen Internetanschluss verfügen und
  - sich Face-to-Face-Therapie/ Beratung nicht leisten können
  - eine gewisse Distanz zu ihrer Person aufrecht erhalten wollen
  - in Regionen wohnen, die über schlechte Infrastrukturen verfügen und vor Ort kein Berater, etc. vorzufinden ist
  - die über körperliche Behinderungen verfügen (Taubstumm, Schwerhörig, etc.) und deswegen Face-to-Face-Kommunikation für sie nicht in Frage kommt
  - und Personen die mit einer Face-to-Face-Therapie/Beratung beginnen möchten, aber erst einmal unverbindlich Kontakt aufnehmen möchten<sup>111</sup>

## ***C. Technische Voraussetzungen für die Nutzung von Internetportalen***<sup>112</sup>

- Computer und Maus, Tastatur und Bildschirm (relativ viel Zeit vor dem Bildschirm), 17 Zoll Bildschirm oder Flachbildschirm mit 15 Zoll Monitor sind zu empfehlen
- Internetzugang, am besten DSL Anschluss, mindestens ISDN
- Betriebssysteme: Windows 95, 98, ME, 2000, XP, und ab OS X
- Browser: Internet Explorer ab 5 aufwärts
- Mozilla Firefox ab 1.0 aufwärts
- Safari ab 9 aufwärts

---

<sup>111</sup> Batanic, 2000, S. 509 -549

<sup>112</sup> e-Balance GmbH

- Flash Player (Diagramme)
- Acrobat Reader ab 5.0 aufwärts (Rechnung, Tabellen und Trainingsübungen) wird kostenlos von der Firma Adobe als Download zur Verfügung gestellt
- Fakultativ:
  - Drucker (Rezepte, Ernährungs-Checks, etc.)
  - Scanner für das Einlesen von Texten, Grafiken und Fotos

## **XI. Darstellung von drei Internetportalen zur Gewichtsreduktion**

### ***A. eDiets***

eDiets.com stammt aus den USA und wurde 1996 in Florida entwickelt und gehört damit zu den ersten Anbietern einer Online-Diät. Das Deutsche Unternehmen vertreibt die Seite in Portugal, Spanien und in Deutschland unter dem Namen [www.VidaVida.de](http://www.VidaVida.de). International hat eDiets über 2 Millionen Mitglieder und gehört damit sicherlich auch zu den erfolgreichsten Programmen.

#### **(1) Experten**

Das Experten-Team besteht aus Diplom Ernährungswissenschaftlerinnen, Diät-Assistentinnen und Sportwissenschaftlern. Das Programm orientiert sich an den Ernährungsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Die Kost ist kalorienarm und fettreduziert, die Konzentration liegt auf frischem Obst und Gemüse, sowie Vollkornprodukten. Das primäre Ziel ist die Gewichtsreduktion durch eine negative Energiebilanz, die durch die richtige Ernährung erreicht werden soll.

#### **(2) Ablauf des Programms**

Zu Beginn des Programms wird online ein umfangreicher Fragebogen ausgefüllt auf dessen Basis ein Ernährungsplan entwickelt wird. Die Anwendung des Diätplans ist einfach und durch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten und dem Einfügen von Kantinenessen, sowie Fertiggerichten und Rezepten aus der Datenbank gut in den Alltag zu integrieren.

Besonders positiv ist der Diätplan zu beurteilen, der auf die persönlichen Bedürfnisse ausgerichtet ist. Vorlieben und Abneigungen werden berücksichtigt. Es gibt einen Diätplan für Vegetarier, Menschen die kein Schweinefleisch essen (wie Muslime) und Menschen mit Lebensmittelunverträglichkeiten (z.B. Lactose und Gluten). Der Speiseplan wird für eine Woche im Voraus bereitgestellt und die Teilnehmer erhalten eine vorbereitete Einkaufsliste. Der Teilnehmer muss sich jedoch nicht exakt an den Plan halten, sondern kann ihn individuell auf sich abstimmen und Kantinenessen, Fertiggerichte oder eigene Rezepte gegen die vorgeschlagene Speise austauschen. Die Mitglieder bekommen täglich eine Auflistung über die verzehrten Kalorien und können dieser das Verhältnis zwischen Proteinen, Fetten und Kohlenhydraten entnehmen. In der Lebensmitteldatenbank sind über 10.000 Nährwerte verzeichnet, aus welchen die Mitglieder sich eigene Rezepte erstellen können.

Das Fitnessprogramm beinhaltet ein Fitnessstagebuch und individuelle Beratung durch Sportwissenschaftler zum Beispiel im Chat.

### **Kommunikationsmöglichkeiten**

Im Forum können sich alle Mitglieder austauschen, es wird nicht von Experte betreut und auch nicht-zahlende Mitglieder können ihre Beiträge erstellen/online stellen. Für die Premium Plus Mitglieder (zahlende Mitglieder), steht außerdem die Beratung von Ökotrophologen und Diätassistenten im ein Expertenchat, am Telefon und über E-Mail zur Verfügung. Diese Mitglieder können sich über ein SMS bescheid geben lassen, welche Speisen sie in einem Restaurant oder Schnellimbiss wählen sollten.

Über Newsletter wird verschiedenes aus den Bereichen, Ernährung und Fitness informiert.

### **(3) Besonderheiten**

Die Mitglieder haben die Möglichkeit, Angebote von Partnern zu nutzen und so Vergünstigungen zum Beispiel in Fitnessstudios oder Partnervermittlungen (Fitness Company, Elitepartner.de) zu bekommen.

### **(4) Für wen ist eDiets**

Die Zielgruppe von eDiets sind Übergewichtige die abnehmen möchten. Es wird in den AGB's darauf hingewiesen, dass die Eignung des Programm grundsätzlich von einem Arzt geprüft werden sollte. Schwangere und Stillende werden ausgeschlossen, an Diabetes mellitus Erkrankte werden nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Laut eDiets sind die Ernährungspläne auch für Personen mit Diabetes mellitus geeignet, da sie ballaststoffreich sind und wenig Haushaltszucker enthalten.

### **(5) Kosten und Kündigung**

Im fall einer Kündigung muss diese bis spätestens zum letzten Tag vor dem nächsten fälligen Zahlungstermin ausgesprochen werden. Vergisst der Kunde zu kündigen oder macht dies zu spät, so verlängert sich die Mitgliedschaft entsprechend des bei der Anmeldung gewählten Mitgliedschaftsmodels und Zahlungsintervalls. eDiets kostet für 10 Wochen 29,90 Euro und für 6 Monate 59 Euro (eDiets).

## ***B. WeightWatchers***

Das WeightWatchers-Prinzip unterscheidet sich in dem Bewertungssystem der aufgenommen Kalorien. Zu Beginn des Programms wird eine Points-Analyse durchgeführt, nach der dem Teilnehmer auf Grund seiner Angaben über Geschlecht, Gewicht, Größe und anderer Faktoren Punkte zugeschrieben werden, die er verzehren darf. Jedes Lebensmittel hat eine gewisse Anzahl von Punkten, die sich nach Höhe des Fettanteils und der Kalorien des Lebensmittels richtet. Eine Gewichtsreduktion von bis zu 1kg die Woche wird angestrebt. Zu Beginn wird Gewicht, Größe, Geschlecht und Alter abgefragt.

### **(1) Experten**

Es ist nicht ersichtlich welche Experten das Portal betreuen und in wie weit es überhaupt betreut wird, da es keine Angebote für die Beratung per Chat, E-Mail, Telefon oder auf eine andere Weise gibt. Es wird allerdings immer wieder auf die Treffen aufmerksam gemacht, die teilweise von ausgesuchten und geschulten Laien durchgeführt werden<sup>113</sup>.

### **(2) Aufbau des Portals**

Für über 22.000 Lebensmittel hat WeightWatchers Punkte, die dem Abnehmwilligen das Abnehmen ohne kompliziertes Kalorien zählen vereinfachen sollen. Es gibt zudem Punkte für verschiedene Fertiggerichte und Restaurants oder Kantinenessen. Das Portal beinhaltet über 750 Rezepte und hat für einige Wochen Mahlzeitenvorschläge, die auf die zugeschriebenen Punkte abgestimmt sind. Außerdem gibt es ein Tagebuch, indem der Teilnehmer notiert was er gegessen hat und dementsprechend seinen Punktestand vor Augen hat. In einem Calculator können Punkte für Lebensmittel und sportliche Aktivitäten berechnet werden. Für sportliche Betätigungen gibt es je nach Länge und Schweregrad extra Punkte zum verzehren. Der Gewichtsverlauf wird in einem Diagramm festgehalten.

### **(3) Service**

Jede Woche sind im Portal neue Artikel über Gesundheit, Bewegung und Ernährung zu lesen. Über Newsletter bekommen die Teilnehmer regelmäßig Alltagstipps und interaktive Gesundheitstests.

### **(4) Zielgruppe**

Die Zielgruppe von WeightWatchers sind Übergewichtige die abnehmen möchten. Es wird in den AGB's darauf hingewiesen, dass es keine medizinische Betreuung gibt und vor einer Gewichtsreduktion grundsätzlich eine medizinische Untersuchung zu empfehlen ist. WeightWatchers richtet sich an gesunde Erwachsene; Schwangere, Stillende und Personen mit Essstörungen werden ausgeschlossen.

---

<sup>113</sup> Bausch, K.; 2003

## **(5) Kommunikation**

Die Teilnehmer können sich in einem Forum treffen, wo sie sich untereinander austauschen können. Für umfangreichere Themen wird der Gang zu einem WeightWatchers-Treffen vorgeschlagen.

## **(6) Kosten und Kündigung**

Die ersten drei Monate kosten 59,95 Euro, danach kostet jeder weitere Monat 14,95 Euro. Das Standardangebot kostet im ersten Monat 44,90 Euro und jeden weiteren Monat 14,95 Euro. Der Vertrag ist auf unbestimmte Zeit wirksam und kann nur durch eine Kündigung aufgehoben werden. Eine Kündigung wird innerhalb von 72 Stunden nach Erhalt wirksam.

## **XII. e-Balance**

### ***A. Einleitung***

e-Balance ist ein Online-Gewichtsreduktionsprogramm das aus Schweden stammt und dort seit 05.2003 unter dem Namen „Viktklubb“ online ist. Der Viktklubb wurde von Ärzten des Karolinska Instituts der Stockholmer Universität unter der Führung von dem Adipositaspezialisten Prof. Dr. med. Rössner und qualifizierten Ernährungsberater/Innen entwickelt. In Schweden ist das Portal außerordentlich erfolgreich und hat bisher ca. 260.000 Teilnehmer.

Das Programm ist in folgenden anderen Ländern online:

Schweden <http://viktklubb.aftonbladet.se>

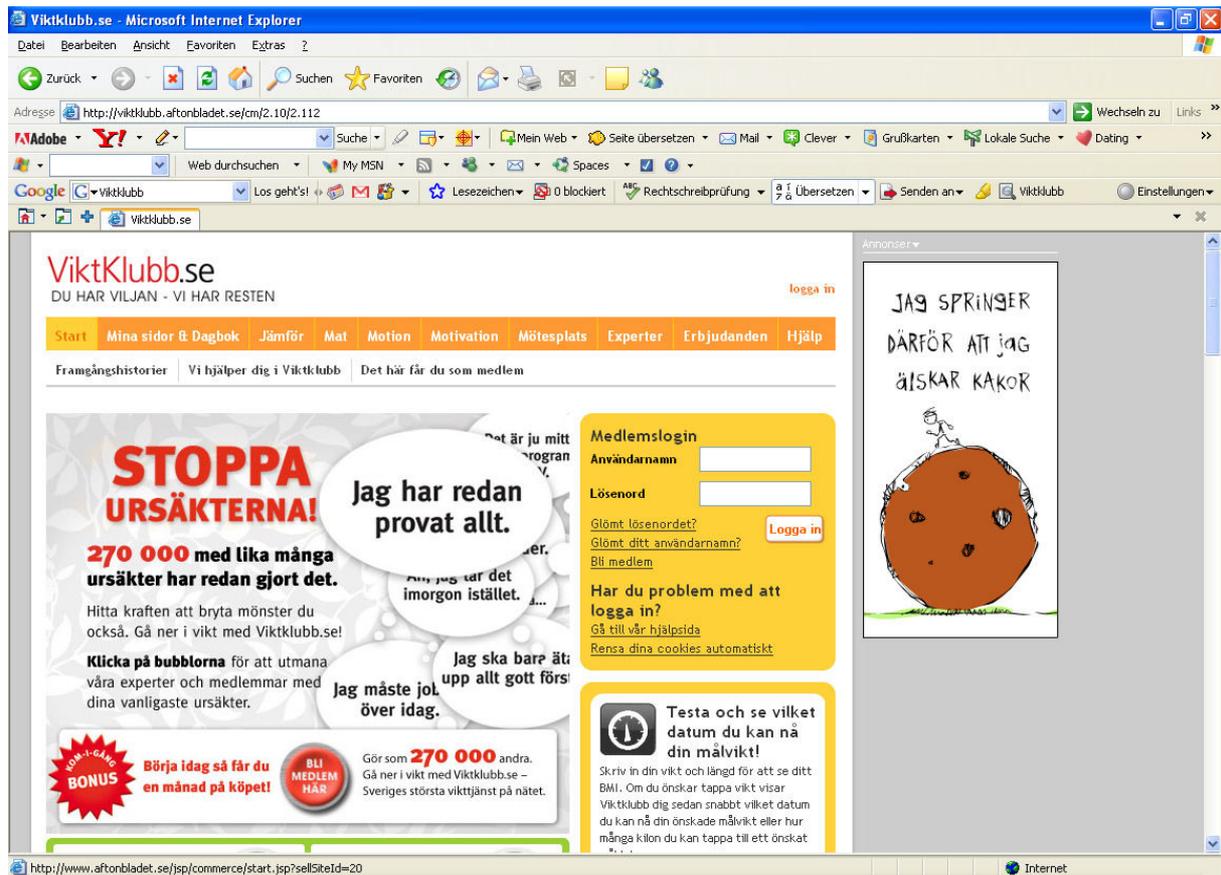
Norwegen <http://www.vektklubb.no>

Niederlande <http://www.fitclub.nl/afvallen/sitemap.html>

Schweiz <http://www.ebalance.ch>

Deutschland <http://abnehmen.e-balance.de>

Abbildung 3: Startseite des schwedischen Viktklubb



Die Wochenzeitung „Die Zeit“, eine Tochter des Holtzbrinck Verlages, hat die Lizenz für das Abnehmprogramm erworben und vertreibt nun e-Balance angepasst an die Deutschen Verhältnisse. Prof. Dr. Hamm hat das Programm zu Beginn einmalig untersucht und es als geeignete Methode zur Gewichtsreduktion befunden. Dem Nutzer werden individuell abgestimmte Ernährungs- und Trainingspläne angeboten. Es gibt noch viele weitere Serviceleistungen, die den Teilnehmern zur Verfügung stehen (siehe Abbildung 4).

**Abbildung 4**  
**e-Balance Leistungen**



## ***B. Für wen ist e-Balance?***

e-Balance richtet sich primär an gesunde Erwachsene Personen mit einem BMI über 25, die ihr Gewicht reduzieren möchten. Allerdings können auch Menschen mit einem BMI im Normalbereich, also zwischen 20 und 25 teilnehmen, die ihre Ernährung optimieren möchten. Ihnen wird zu Beginn des Programms empfohlen ihr Gewicht zu halten, da sie sich im optimalen Gewichtsbereich befinden. Voraussetzungen für die Nutzung von e-Balance entsprechen den technischen Anforderungen die in Kapitel VI.C dargestellt wurden, zudem muss der Nutzer über Grundkenntnisse wie schreiben und lesen verfügen. Es sind keine besonderen Computerkenntnisse erforderlich, dadurch verkürzt, bzw. verlängert sich dementsprechend die Einarbeitungszeit.

## ***C. Ziel Null***

Hat der Teilnehmer sein Zielgewicht erreicht und will nun eine Gewichtszunahme vermeiden, geht er im Programm zu „Ziel Null“ über. Denn wer nach erfolgreicher Gewichtsreduktion wieder zu seinen ursprünglichen Ernährungsgewohnheiten zurückkehrt, nimmt meist wieder sehr viel Energie auf. Ziel Null soll den Teilnehmern dabei helfen, das Gewicht zu halten und das erlernte umgestellte Ernährungs- und Bewegungsverhalten beizubehalten. Es wird dementsprechend weiter Tagebuch geführt. Außerdem gibt es extra Coachletter die für Ziel Null geschrieben wurden und sich mit Themen für die Gewichtsstabilisierung beschäftigen.

## ***D. Kosten***

Es gibt die Möglichkeit einer Basis- und einer Premium-Mitgliedschaft. Die Basismitgliedschaft ist kostenlos, allerdings kann nur auf begrenzte Bereiche von e-Balance zurückgegriffen werden. Forum, Kalorienrechner und Experten- und Userchat können voll genutzt, Coachletter empfangen und Fachartikel gelesen werden. Nur für Premium-Mitglieder, also zahlende Mitglieder ist zusätzlich das Tagebuch, der Menü- und Fitnessplan, die persönliche e-Balance-Seite, die Rezeptdatenbank und die persönliche, individuelle Beratung durch das Expertenteam zugänglich.

Bei der Premium-Mitgliedschaft kostet ein 3 Monatsabonnement 27 €, 6 Monate 49 € und 12 Monate 60 €. Gezahlt werden kann per Kreditkarte, Lastschriftverfahren oder Rechnung.

## ***E. Experten***

In Deutschland wird e-Balance aus einem wissenschaftlichen Team von zwei Ökotrophologinnen, einer Psychologin, einem staatlich anerkannten Physiotherapeuten und einer Personal Fitnesstrainerin betreut. K. Kleinesper ist die Chef-Ökotrophologin und hat Ernährungs- und Haushaltswissenschaften an der Hochschule für angewandte Wissenschaften studiert. Die Diplom-Psychologin V. Bergunde ist spezialisiert auf Adipositas therapie. M. Thoni ist der staatlich geprüfte Physiotherapeut bei e-Balance. Die lizenzierte Personal-Trainerin Victoria Wohlt hat sich auf Gewichtsreduktion, Körperstraffung und Muskelaufbau spezialisiert.

## ***F. Inhalte***

### **1. Start des Programms**

Bei der Anmeldung zum e-Balance-Programm muss der Teilnehmer Informationen zu seinem Geschlecht, Alter, Gewicht, Körpergröße, Dauer des Übergewichts, Diätversuche in den letzten 15 Jahren und körperliche Anstrengung bei der Arbeit angeben. Diese Informationen nutzt das Programm, um den Ernährungs- und Fitnessplan zu entwickeln. Der Teilnehmer formuliert seine Gewichtsziel und in welchem Zeitraum er dieses erreichen möchte. Das Programm errechnet darauf hin die empfohlene tägliche Kalorienmenge, erstellt wöchentlich einen Menüplan und entwirft einen Fitnessplan.

### **2. Tagebuch**

Das Tagebuch stellt den wichtigsten Teil der Selbsthilfe dar. Der Teilnehmer soll hier täglich sein Ernährungs- und Bewegungsverhalten eintragen und hat zudem Platz für Notizen.

### **3. Ernährung**

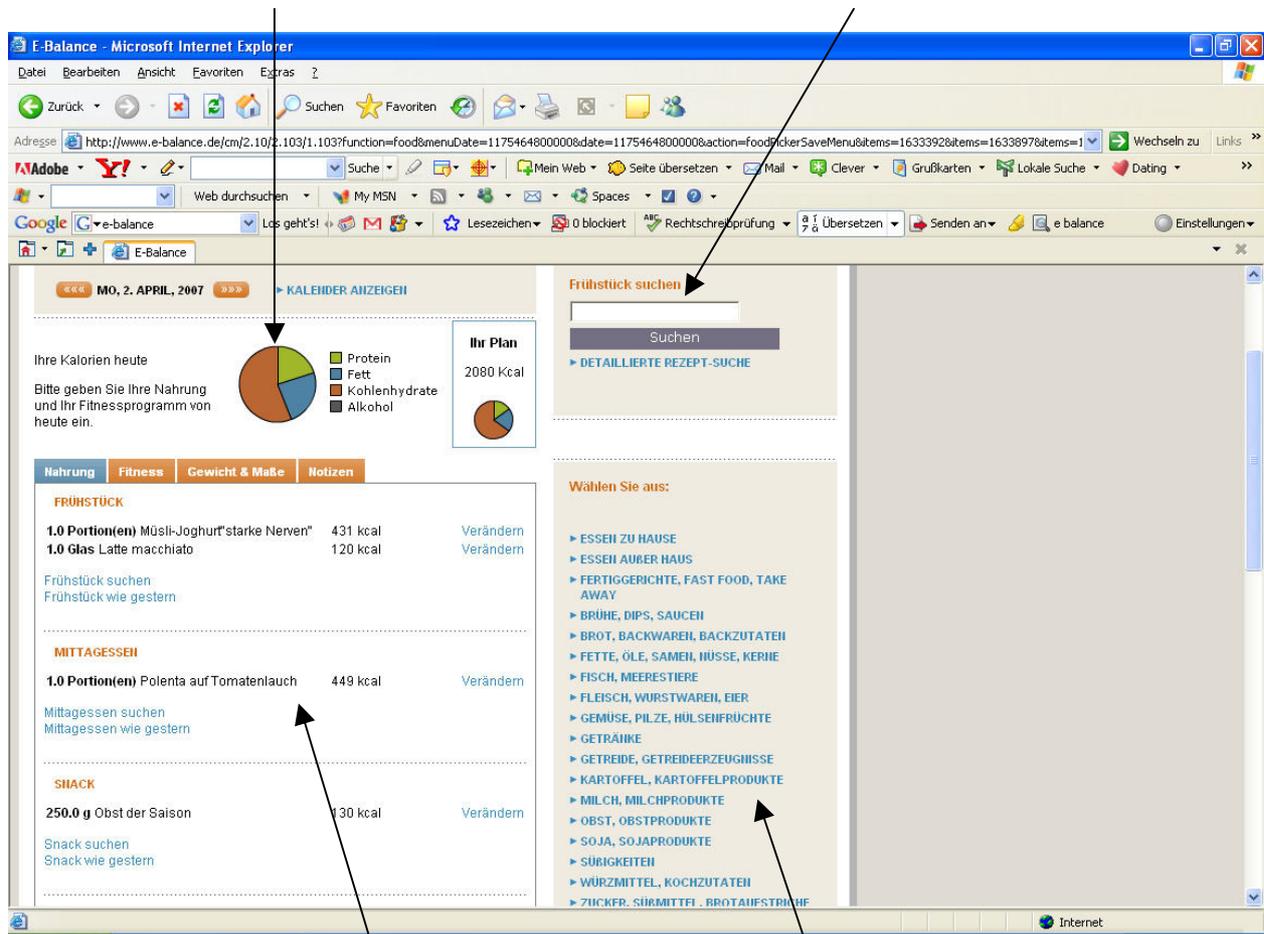
Um die verzehrten Lebensmittel einzutragen sucht der Teilnehmer die Lebensmittel in der Nährwertdatenbank. Durch die Suchoption kann das Nahrungsmittel direkt gesucht werden, indem er den Namen des Lebensmittels in das Suchfeld einträgt. Indirekt kann die Suche über die Kategorien, wie zum Beispiel „Milchprodukte“, gesucht werden. Wurde das Lebensmittel gefunden, muss nur noch die verzehrte Menge hinzugefügt werden. Dies kann entweder in Gramm oder Milliliter geschehen, bei vielen Lebensmitteln, schlägt das Programm eine Portionsgröße vor, wie zum Beispiel bei einem Apfel ein Stück, beim Brot eine Scheibe oder bei Zucker Teelöffel oder Esslöffel. Die Portionsgrößen sind Durchschnittswerte. Das Lebensmittel erscheint nun im Tagebuch und automatisch wird die Energieaufnahme sichtbar. Die Energie der im Tagebuch zugefügten Lebensmittel wird zusammengezählt und mit dem vom Programm errechneten Energiebedarf im Rahmen der angestrebten Gewichtsreduktion verglichen. Es wird zusätzlich ein Nährstoffdiagramm dargestellt, das das Ist- und das Sollverhältnis zwischen Eiweiß, Fett und Kohlenhydraten zeigt.

Die Nährwertdatenbank, auf die im Tagebuch zurückgegriffen wird, beinhaltet den Gehalt an Kalorien, Fett, Eiweiß, Kohlenhydraten und Alkohol von über 8.500 Lebensmitteln. Es gibt durchschnittliche Angaben zu einzelnen Lebensmitteln, Fertigprodukten und Gerichten, wie zum Beispiel für Spaghetti Bolognese. Dabei sind nahezu alle gängigen Lebensmittel in der Nährwertdatenbank zu finden. Teilweise stammen die Nährwerte von den Lebensmittelherstellern und zum Teil aus dem Bundes-Lebensmittelschlüssel. Kommt ein Produkt neu auf den Markt oder ist aus anderen Gründen nicht in der Datenbank vorhanden, hat der Teilnehmer die Möglichkeit es selbst hinzuzufügen, indem er den Gehalt an Kalorien, Eiweiß, Kohlenhydraten, Fett und Alkohol pro 100g (bzw. 100ml) eingibt. Anschließend ist das Lebensmittel nur für ihn sichtbar.

**Abbildung 5: Tagebuch**

Nährstoffdiagramm

Direkte Lebensmittelsuche



Tagebucheintragen

Indirekte Lebensmittelsuche über Kategorien

**a) Menüplan**

Es gibt drei verschiedene Menüpläne, der erste ist für Teilnehmer mit einer Kalorienzufuhr von 1.300 bis 1.699 kcal, der zweite 1.700 bis 2.099 und der dritte mehr als 2.100. Der Menüplan kann befolgt, jedoch auch nur als Vorschlag oder Orientierung gesehen werden. Er bietet den Vorteil, dass die Lebensmittelzusammensetzung von einer Ökotrophologin erstellt wurde und damit gesund, abwechslungsreich und nährstoffbedarfsgedeckt ist. Der Menüplan wird nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung erstellt. e-Balance schlägt Frühstück, Snacks, Mittagessen und Abendessen vor. Jeder Teilnehmer bestimmt selbst, ob er den Snack aufteilt in zwei Snacks (vormittags und nachmittags) oder auf einmal verspeist, oder auch als Nachtisch genutzt wird. Es gibt

weder feste Essenszeiten noch Nahrungsmittel, die Verboten sind. So ist es auch für einzelne Familienmitglieder möglich an e-Balance teilzunehmen, ohne das die Familie sich straffen Diätregeln unterziehen muss.

#### b) Rezeptdatenbank

In der Rezeptdatenbank gibt es ca. 800 Rezepte, die von der Ökotropholgin und verschiedenen Herstellern stammen. Es sind Rezepte für den Alltag wie Frühstück, Mittagessen, Abendessen und Snacks zu finden, aber auch Rezepte für feierliche Anlässe wie Cocktails oder Torten. Je nach Bedarf kann die Portionsgröße verändert werden oder auch einzelne Zutaten weggelassen und neue hinzugefügt oder ausgetauscht werden, so sind die Rezepte individuell anpassbar. Beinhaltet das Programm die Nährwerte für ein bestimmtes Gericht nicht, kann der Teilnehmer ein eigenes Rezept erstellen, indem er die Zutaten mit den Mengenangaben eingibt. Anschließend kann er auf dieses Rezept jederzeit zurückgreifen und es in sein Tagebuch eintragen.

#### c) Kalorienrechner

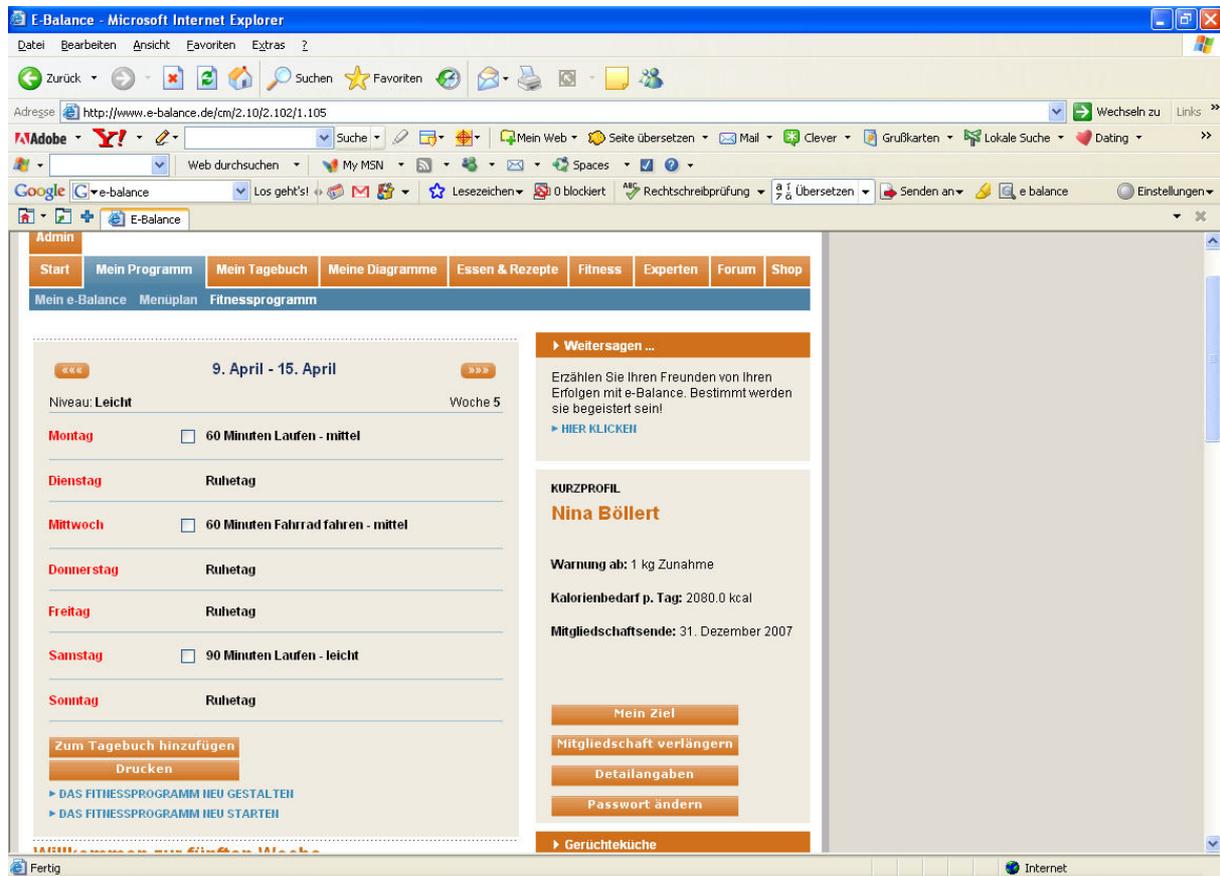
Der Kalorienrechner ist vor allem zu Beginn des Programms interessant für die Teilnehmer, hier können sie prüfen wie viel Kalorien einzelne Lebensmittel besitzen die sie häufig verzehren und wie deren Nährstoffverhältnis aussieht. Der Kalorienrechner greift auf die Nährwertdatenbank von über 8.500 Nährwerten zurück.

### **4. Bewegung**

Auch die körperliche Betätigung wird im Tagebuch erfasst. Eine persönliche Fitnesstrainerin und ein Physiotherapeut betreuen den Bewegungsbereich. Auf der Seite sind Gymnastik-Übungen für Einsteiger, Fortgeschrittene und Intensivsportler zu finden, die nachgeturnt werden können. Beim Start von e-Balance erstellt sich der Teilnehmer entweder selbst einen Trainingsplan oder er lässt sich einen auf Grund von individuellen Vorlieben und dem gewohnten Bewegungsverhalten von dem Programm anfertigen. Fügt der Teilnehmer die ausgeübte sportliche Betätigung inklusive der Dauer dem Tagebuch zu, werden ihm die verbrauchten Kalorien auf

seinem „Kalorienkonto“ gut geschrieben und er kann (und soll) an diesem Tag mehr essen um sein Kalorienniveau zu erfüllen.

**Abbildung 6: Fitnessplan**



### a) Fitnessrechner

Im Fitnessrechner können die Teilnehmer austesten, wie viel Kalorien durchschnittlich bei welchen Sportarten, Übungen oder auch Haushaltsarbeiten, in welchem Umfang verbraucht werden. Dies kann dem Teilnehmer bei der Entscheidung helfen, für welche Sportart er sich entscheidet.

## 5. Diagramme

Der Teilnehmer wird wöchentlich auf der Startseite dazu aufgerufen, sein Gewicht und einmal monatlich seinen Taillenumfang zu messen und einzugeben. Der Verlauf dieser Daten wird automatisch in Diagrammen dargestellt. Zudem wird auch die Kalorienaufnahme, die täglich durch das Tagebuch erfasst wird, in einem Diagramm abgebildet.

## 6. Persönliche e-Balance-Seite

Jeder Teilnehmer hat eine persönliche e-Balance-Seite, auf der er sich zum Beispiel Notizen machen, seine Diagramme anschauen, Fotos von sich und seinem Gewichtsverlauf speichern kann und seine Ziele konkret vor Augen hat.

## 7. Redaktionelle Fachbeiträge

Von den Experten werden wöchentlich mehrere Artikel über ihre Spezialgebiete, aber rund um die Themen, Gesundheit, Wohlfühlen, Ernährung und Bewegung auf der Seite veröffentlicht. Die Ernährungstexte sind mit wissenschaftlichen Quellenangaben wie der *DGE* oder dem *aid* versehen.

## 8. Forum

Das Forum wird von den Teilnehmern selbst betrieben. Sie geben sich gegenseitig Mut, Motivation, sprechen über ihre Erfahrungen, tauschen Ratschläge aus und Fragen um Hilfe. Die Experten lesen regelmäßig im Forum und schreiben wenn nötig etwas dazu. So soll verhindert werden, dass die Teilnehmer sich gegenseitig Tipps und Ratschläge geben, die aus wissenschaftlicher Sicht nicht sinnvoll oder sogar gesundheitsgefährdend wären.

### Abbildung 7: Beispiel aus dem Forum

#### **Kritische Zeit!**

Hallo, ich bin gerade in einer kritischen Zeit. Habe die 10. Woche hinter mir und in der letzten Woche ist es mir nicht mehr so gut gelungen, die Tageskalorien einzuhalten. Ich lag fünf mal drüber, was mir vorher nicht passiert ist. Ich hoffe, es gelingt mir, jetzt nicht in Frustrationen zu verfallen und in der nächsten Woche einfach weiter zu machen wie vorher.

Liebe Grüße von XXX



Was auch gerade passiert -  
einfach drableiben, einfach weitermachen



03-04-2007, 19:24

YYY 

Junior Member

Registriert seit: Feb 2007

Beiträge: 9



Hallo XXX, ich finde, 10 Wochen durchhalten ist schon eine tolle Leistung! Vielleicht brauchst Du einfach ein paar Tage "Urlaub vom Kalorienzählen" und danach geht es wieder gut weiter. Viele Grüße, YYY



03-05-2007, 08:34

ZZZ 

Junior Member

Registriert seit: Feb 2007

Ort: Copenhagen

Beiträge: 5



Hallo XXX,  
das ist richtig. Am Anfang ist man viel disziplinierter als nach einigen Wochen. Aber gib nicht auf, es soll auch zwischendurch mal Zeiten geben wo das Gebot der Stunde: Gewicht Halten! lautet. Und dann ploetzlich geht es wieder weiter. Schliesslich hast du das Gewicht ja auch nicht nur in ein paar Wochen zugenommen. Viel Erfolg weiterhin (ich liege auch hin und wieder drueber...;-)

## 9. Beratung

Die Experten beraten den Programmteilnehmer individuell auf verschiedenen Wegen. Es gibt die Möglichkeit, persönliche oder umfassende Fragen per E-Mail an die Experten zu schicken, die sich innerhalb von 24 Stunden um die Beantwortung kümmern. Zudem gibt es an drei Tagen in der Woche je eine Stunde Chatzeit. Am Montag von 20 bis 21 Uhr. am Dienstag von 19 bis 20 Uhr und am Donnerstag von 18 bis 19 Uhr. In dieser Zeit beantwortet ein Experte Fragen öffentlich, für andere Chatteilnehmer lesbar.

## a) Chat

### Abbildung 8: Beispiel aus dem Chat:

**Ernährungsexpertin:** Aber frisches Obst hilft immer, nur nicht **nur** die Ananas!!!

**XXX:** ja, ist sehr lecker, aber es gibt doch auch so ne Ananasdiät oder?

**YYY:** Ich liebe frisches Obst! *grins*

**Ernährungsexpertin:** Sondern immer abwechslungsreich bleiben. Die Enzyme in der Ananas oder der Papaya sind schon gut, aber das allein bringt es nicht.

**Ernährungsexpertin:** Fünf Portionen Frisches am Tag sind super für die Gewichtsreduktion, aber nicht nur Obst, auch Gemüse.

**YYY:** das esse ich dann aber lieber gekocht, ausser Tomaten und Gurke

**Ernährungsexpertin:** und wie sieht es mit Paprika, Kohlrabi und Radieschen aus?

**XXX:** **so** weit ich weiss muss das obst schon frisch sein, wegen den vitaminen, oder?

**Ernährungsexpertin:** Im Rezeptarchiv habe ich auch Salate mit roher Zucchini...

**YYY:** Ja gut Radieschen, paprika nur ganz klein geschnitten im Salat und Kohlrabi eher gekocht, nur beim Putzen mal nen Stück sonst gibts heftige Blähungen.

**Ernährungsexpertin:** [zu XXX] Genau - im frischen Obst und Gemüse sind noch alle Nährstoffe, die den Stoffwechsel anregen.

## b) Beratung per E-Mail

### Abbildung 9: Beispiel einer Beratung per E-Mail

#### **Anfrage:**

Liebes e-balance-Team,

ich habe in den ersten 4 Monaten zwischen 6 und 7 Kilo abgenommen und war damit eigentlich ganz zufrieden. Seitdem war es das allerdings. Das Gewicht schwankt zwischen diesen 6 und 7 Kilo und es bewegt sich kein Gramm nach unten. Kurzfristige Abnahmen relativieren sich nach spätestens 4 Tagen wieder, weil das Gewicht dann wieder da ist, wo es vorher war. Mittlerweile hat das auch Auswirkungen auf die Motivation, zumal mir kein Grund für die Stagnation einfällt. Eine Mehraufnahme an Kalorien von 100 kcal über ein paar Wochen hat leider auch nichts bewirkt (allerdings auch keine Zunahme). Was nun?

LG \*\*\*

#### **Antwort:**

Liebe Frau \*\*\*,

vielen Dank für Ihre Nachricht.

Sie haben 7 Kilogramm abgenommen! Das ist eine tolle Leistung und Sie können stolz auf sich sein!

Es ist ganz normal, dass Ihr Körper nach so einer Gewichtsabnahme eine kleine Pause einlegt. Es kann einige Zeit dauern, bis es weitergeht mit der Gewichtsabnahme. Nehmen Sie sich die Zeit, um zu schauen, was Sie vielleicht noch verbessern können. Falls Sie ihn noch nicht kennen, speichere ich für Sie unseren Ernährungs- check (siehe Anhang 2) in den Anhang, den Sie in Ruhe Punkt für Punkt durchgehen können.

Machen Sie mit Ihrem Programm weiter wie bisher und überprüfen Sie auch, ob Sie sich ausreichend bewegen. Natürlich ist es schön, wenn die Waage stetig weniger anzeigt, aber gerade durch diese Zeit des Stillstands müssen Sie jetzt durch. Und wiegen Sie sich nicht öfter als einmal pro Woche! Leichte Gewichtsschwankungen nach oben und unten sind normal.

Überprüfen Sie auch, ob Sie genügend trinken. 2 bis 2,5 Liter kalorienfreie Flüssigkeit sollten es pro Tag sein. Trinken Sie weniger, so speichert Ihr Körper vermehrt Wasser, was sich ebenfalls auf der Waage bemerkbar machen kann.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg und Durchhaltevermögen für die nächste Zeit!

Bei Fragen sind wir gern für Sie da!

Mit herzlichem Gruß

Ihre Diplom Ökotrophologin bei e-Balance ...

## **10. Coachletter**

Der Coachletter wird den Teilnehmern einmal in der Woche zugeschickt, er beinhaltet Hilfestellungen, gibt Ratschläge und Empfehlungen die das Ernährungs- und Bewegungsverhalten betreffen. Mit den Coachlettern soll ein Teil der Verhaltenstherapie abgedeckt werden. Damit jeder Teilnehmer selbst entscheiden kann, wie viel Hilfestellung er in Anspruch nimmt, gibt es die Möglichkeit den Coachletter abzubestellen. Auf der Startseite kann der wöchentliche Coachletter jedoch immer angeschaut werden. Wird der Coachletter jedoch an die S-Mailadresse geschickt, so hat dies den Vorteil, dass der Teilnehmer an e-Balance erinnert wird. Wie in der Face-to-Face-Beratung werden in den Coachlettern Hausaufgaben aufgegeben. Das führt dazu, dass die Teilnehmer sich nicht nur online mit dem Thema Gewichtsreduktion beschäftigen, sondern es auch in ihren Alltag integrieren.

## a) Typischer Verlauf eines e-Balance Coachletters

1. Begrüßung des Teilnehmers
2. Tipp der Woche
3. Botschaft eines Experten
4. Thema der Woche

## b) Auswahl einiger Coachletter

### Coachletter 1:

Tipp der Woche: Mit Programm vertaut machen

Begrüßung bei e-Balance „Zeitaufwand lohnt sich“

Thema der Woche: Abnehmen und Bewegung

### Coachletter 2:

Tipp der Woche: Richtig einkaufen

Tagebuch führen

Thema der Woche: Fettdeponie

### Coachletter 6:

Tipp der Woche: Bewegung tut gut

Sinnvoller Umgang mit Zucker

Thema der Woche: Fitnessübungen machen

### Coachletter 11:

Tipp der Woche: bewusst essen

Gewichtstillstand, motivationslos

Thema der Woche: Nachts/spät abends essen

c) Beispiel für einen Coachletter

**Abbildung 10: Beispiel für einen Coachletter**

|   |
|---|
| <b>Hallo Teilnehmer! Willkommen zur dritten Woche</b>   |
| <b><i>Tipp der Woche: Nehmen Sie sich Zeit</i></b>  |
| <p>Notieren Sie für sich noch einmal die Gründe, warum Sie an Gewicht verlieren möchten. Wo liegen für Sie die Vorteile? Bei der Gesundheit, der physischen Leistungsfähigkeit, beim Aussehen, mental im Kopf, beim Selbstvertrauen? Formulieren Sie für jedes dieser Ziele einen konkreten Grund. Überlegen Sie sich auch, wo die Hürden, die Stolpersteine auf dem Weg dorthin liegen könnten. Was war Ihr bisher größtes Hindernis? Was ging bei früheren Versuchen abzunehmen schief? Versuchen Sie mögliche Lösungen zu finden oder «Rettungsanker» zu werfen. Oder klicken Sie auf den «Hilfe» - Button für zusätzliche Infos.</p>  |
| <p>Herzlich willkommen zu Ihrer dritten Woche bei e-Balance. Wir hoffen, dass Sie bereits auf gutem Wege zu weniger Gewicht und mehr Lebensfreude sind. Der Weg dorthin ist nicht immer einfach. Wir von e-Balance wollen Sie dabei unterstützen.</p> <p><b>Thema der Woche: Den Dialog nutzen</b></p> <p>Gewicht verlieren ist - wie so vieles – keine Einbahnstrasse. Treten Sie in Dialog mit anderen und mit uns. Jetzt möchten wir Ihnen wieder einige Funktionen von e-Balance vorstellen. Zum Beispiel den Austausch mit anderen. Dazu stehen Ihnen unsere Experten und die Mitglieder von e-Balance zur Verfügung. Beide finden Sie unter der Rubrik «<b>Experten</b>».</p> <p>Falls Sie einmal nicht weiter wissen, haben wir für Sie auch einen «<b>Hilfe</b>» Button eingerichtet.</p> <p><b>Holen Sie sich Rat von Experten.</b></p> <p>Ausgewiesene Fachleute stehen Ihnen zu bestimmten Zeiten und zu bestimmten Themen in unserem «<b>Experten-Chat</b>» zur Verfügung. Teilen Sie uns Ihre Fragen und Kommentare mit, wir werden darauf eingehen. Mindestens so wichtig – aber vielleicht noch unterhaltsamer - ist der «<b>Mitglieder-Chat</b>». Hier treffen Sie Gleichgesinnte und Leidensgenossen - vielleicht auch bald Freunde und Bekannte. Die Mitglieder von e-Balance haben mit Ihnen gemeinsame Ziele vor Augen: Gewicht abnehmen und bei der Fitness zulegen. Geben Sie Ihre Erfahrungen weiter, lesen Sie die Tipps von anderen. Unter Freunden ist die Atmosphäre locker, hier können Sie drauflos plaudern und anderen mitteilen, wie es Ihnen geht. Uns und allen Mitgliedern von e-Balance ist die Gemeinschaft wichtig. Helfen Sie sich gegenseitig und bitten Sie einfach um Rat, wenn Sie einen brauchen. Also – keine Hemmungen: Chatten Sie einfach los.</p> <p>Viel Erfolg beim Training und bewussten Essen. Bis zur nächsten Woche.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen</p> |

**Stichwort der Woche: Eigenschaften von Fett**

Fett löst bei vielen Angst aus, manchmal zu Recht. Aber auch hier gilt: Auf die Dosis kommt es an. Wir brauchen für unsere Ernährung einen gewissen Anteil an Fett. Fett wärmt und isoliert, Fett ist die Reservebatterie und Baustein für eine ganze Reihe lebenswichtiger Vorgänge im Körper. Fette enthalten aber auch mehr Kalorien als Kohlehydrate und Proteine. Und Fett ist nicht gleich Fett. Verwenden Sie möglichst oft pflanzliche Öle wie Oliven- oder Rapsöl; sie liefern wertvolle ungesättigte Fettsäuren. Essen Sie weniger Fleisch und Wurst mit hohem Fettgehalt, vermeiden Sie fettige Milchprodukte. Wählen Sie eine leichte Vinaigrette anstelle eines Mayonnaise-Dressings. Nehmen Sie Fette bewusst zu sich.

**G. Der e-Balance Teilnehmer**

Eine Umfrage von der Innofact AG im Mai/April 2006 hat umfangreiche Informationen über die e-Balance Teilnehmer ergeben. Einige der wichtigsten Daten werden hier dargestellt:

**Tabelle 10: Teilnehmerprofil<sup>114</sup>**

| <b>Geschlecht</b> | <b>Prozent</b> | <b>Tätigkeit</b>   | <b>Prozent</b> |
|-------------------|----------------|--------------------|----------------|
| Frauen            | 80             | Arbeit Vollzeit    | 61,1           |
| Männer            | 20             | Arbeit Teilzeit    | 18,8           |
|                   |                | Arbeitssuchend     | 1,7            |
| <b>Alter</b>      | <b>Prozent</b> | Rentner            | 4,5            |
| 18- 29            | 19,4           | Hausfrau/-mann     | 6,3            |
| 30- 39            | 23,6           | Studentin /Schüler | 7,3            |
| 40- 49            | 33,3           | Keine Angaben      | 0,3            |
| 50- 59            | 17,0           |                    |                |
| 60 +              | 6,6            |                    |                |

<sup>114</sup> Userbefragung März/ April 2006 durch Innofact

| <b>Wohnort</b>                | <b>Prozent</b> | <b>Nettoeinkommen</b> | <b>Prozent</b> |
|-------------------------------|----------------|-----------------------|----------------|
| Großstadt (>100.000)          | 36,8           | < 1000                | 8,0            |
| Mittelstadt (20.000- 100.000) | 19,1           | 1000- 1500            | 10,1           |
| Kleinstadt (5.000- 20.000)    | 16,0           | 2000- 2500            | 5,9            |
| Landstadt (2.000- 5.000)      | 8,3            | 2500- 3800            | 20,5           |
| Dorf (< 2.000)                | 18,4           | > 3800                | 20,8           |
| Keine Angaben                 | 1,4            | Keine Angaben         | 23,6           |

## **1. Interpretation der Daten**

Obwohl Männer generell zahlreicher übergewichtig sind und häufiger Zugang zum Internet besitzen als Frauen, sind nur 20 Prozent der e-Balance Teilnehmer Männer. Passend zu der Verteilung der Internetnutzung (Kapitel IV.B) nutzen viele Personen mit einem höheren Einkommen (>2.000 = 46,2 Prozent) e-Balance. Allerdings haben auch 18,1 Prozent der e-Balance Teilnehmer ein Einkommen bis 2.000 Euro, dies könnte auf die stärkste Häufung von Übergewicht in den sozial schwachen Schichten (Kapitel II.F) zurück zu führen sein. Da die Face-to-Face-Beratung nur unter bestimmten Voraussetzungen von den Krankenkassen übernommen wird, ist e-Balance eine sehr kostengünstige Alternative. Bezogen auf das Alter gibt es die größte Häufung bei den 40 bis 49jährigen. Diese Daten korrelieren mit einem besonders hohen Anstieg von Übergewicht zwischen dem 30.-40. Lebensjahr und dem 40.-50. Lebensjahr um beinahe 10 Prozent. Laut dem statistischen Bundesamt (Kapitel II.F) haben 39,85 Prozent der zwischen 30 und 40jährigen einen BMI größer 25, bei den 40 bis 50jährigen sind es bereits 49,38 Prozent. Es war zu vermuten, dass e-Balance Teilnehmer besonders häufig in kleinen Städten oder Dörfern wohnen, wo die Beratungsmöglichkeiten eingeschränkt oder nicht vorhanden sind und deshalb lange Anfahrtswege in Kauf genommen werden müssten. Die regionale Verteilung der e-Balance Nutzer laut der Innofact Umfrage zeigt jedoch, dass 55,9 Prozent der Nutzer in einer Mittel- oder Großstadt leben und „nur“ 42,7 Prozent Einwohner/in einer Kleinstadt, Landstadt oder Dorf leben. Es ist zu vermuten, dass viele e-Balance Teilnehmer durch die Arbeit mit dem Internet zu tun haben, da immerhin 79,9 Prozent in Voll- oder Teilzeit arbeiten. Auch die Gruppe der Schüler und Studenten mit 7,3 Prozent haben wahrscheinlich über die Schule mit dem Internet Kontakt. Lediglich 12,5 Prozent sind arbeitssuchend, Rentner und

Hausfrauen/-männer und haben in ihrem Alltag wahrscheinlich wenig mit dem Internet zu tun und wissen vielleicht gar nicht um die neuen Möglichkeiten.

### **XIII. Bewertungskriterien**

Ein Großteil der Bewertungskriterien wurde abgeleitet aus den Leitlinien zur Prävention und Therapie von Adipositas. Andere Qualitätsmerkmale entsprangen aus verschiedenen Beiträgen zu Online–Beratung, vor allem aus der Fachzeitschrift e.beratungsjournal, Büchern über Kommunikation im Internet und der Deutschen Gesellschaft für Onlineberatung.

Als Bewertungsschema dient ein Punktesystem. Insgesamt können 492 Punkte erreicht werden.

- 0 Punkte = Bewertungskriterium/Kriterien werden nicht erfüllt
- 1 Punkte = Bewertungskriterium/Kriterien werden nur andeutungsweise erfüllt
- 2 Punkte = Bewertungskriterium/Kriterien werden annähernd erfüllt
- 3 Punkte = Bewertungskriterium/Kriterien werden zum Teil erfüllt
- 4 Punkte = Bewertungskriterium/Kriterien werden zum Großteil erfüllt
- 5 Punkte = Bewertungskriterium/Kriterien werden gut erfüllt
- 6 Punkte = Bewertungskriterium/Kriterien werden voll und ganz erfüllt

## A. Bewertung

### 1. Tabelle 11: Start des Gewichtsreduktionsprogramms

| Bewertungskriterium  | Bewertung   |
|--|---|
| Wird Schwangeren, Stillenden, Kindern, Jugendlichen, Personen mit Essstörungen und verschiedenen Erkrankungen wie Diabetes Mellitus vom Gewichtsreduktions-Programm abgeraten? | <b>6 Punkte</b><br>e-Balance ist nicht für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren geeignet. Außerdem werden Personen mit bestimmten Erkrankungen ausgeschlossen (Diabetes Typ 1 und 2, Fructosemalabsorption). Stillende und Schwanger sind ebenfalls von der Teilnahme ausgeschlossen. Bei einer Laktoseintoleranz ist die Teilnahme möglich, da es genug Lebensmittel in der Nährwertdatenbank gibt die laktosefrei sind, allerdings müsste der Menüplan individuell abgeändert werden. Sobald der Teilnehmer ein Wunschgewicht eingibt, dass einen BMI unter 20 entspricht, warnt e-Balance vor der Teilnahme und rät von einer Gewichtsreduktion ab, da diese gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringen. So möchte sich das Programm vor der Gefahr des Missbrauchs durch Essgestörte schützen. |
| Wird Personen mit Adipositas assoziierten Morbiditäten die Empfehlung eines Arztbesuchs mitgegeben?  | <b>6 Punkte</b><br>In den AGB's wird verständlich für Jedermann darauf hingewiesen, dass Personen die wegen Ihres Gewichts in ärztlicher Behandlung sind oder bereits Empfehlungen von einem Arzt für eine bestimmte Diät bekommen haben oder aufgrund einer Krankheit vom Arzt verschriebene Medikamente einnehmen, vorher zwingend mit ihrem Arzt über eine Teilnahme bei e-Balance sprechen sollten. Erlaubt der Gesundheitszustand keine Gewichtsreduktion, sollte nicht teilgenommen werden. Bei dem Vorliegen von Krankheiten, die eine Gewichtsreduktion als unratsam erscheinen lässt, sollte der Arzt über eine Teilnahme entscheiden.   |

| <b>Bewertungskriterium</b>  | <b>Bewertung</b>   |
|---|--|
| Wird bei Bestehen von Risikofaktoren (BMI über 30 und/oder Taillenumfang ø 102 cm bei Männern und ø 88 cm bei Frauen) für Adipositas assoziierte Morbiditäten der Besuch eines Arztes empfohlen, wo mindestens Blutdruck, Blutfettwerte bestimmen werden? | <b>3 Punkte</b><br>Es gibt Erklärungen über das bestehende Gesundheitsrisiko bei Vorliegen eines BMI's über 30 und/oder einem Taillenumfang ø 102 cm bei Männern und ø 88 cm bei Frauen. Ab Adipositas Grad III wird der Arztbesuch dringend empfohlen und die alleinige Teilnahme bei e-Balance als einziges Mittel zur Gewichtsreduktion als nicht ausreichend bewertet.           |
| Werden Informationen über die Ziele des Programms erläutert?  | <b>5 Punkte</b><br>Die Ziele werden nach Eingabe der persönlichen Daten deutlich. Eine Gewichtsreduktion entsprechend dem BMI von 5%, 10% oder 20 % (siehe Kapitel III.C) wird empfohlen, allerdings nicht über das individuelle Ziel des Betroffenen gesetzt.   |
| Wird über bekannte Risiken des Programms und einer Diät informiert?   | <b>5 Punkte</b><br>Da Risiken mit dieser Art von Gewichtsreduktion (max. 1kg die Woche Gewichtsverlust möglich) minimal sind, wird auf Prävention geachtet. Über Jo-Jo-Effekt, Wichtigkeit von richtigem Nährstoffverhältnis, etc. wird hingewiesen  |
| Vorhandensein von Experten mit Darstellung der Qualifikationen<br>Fakultativ: Arzt, Ernährungsexperte<br>Obligatorisch: Psychologin, Physiotherapeut und Sportmediziner (siehe Tabelle 21)  | <b>4 Punkte</b><br>Experten können bereits vor der Teilnahme auf Fotos (schaffen Vertrauen und geben dem Programm ein Gesicht) mit Beschreibungen begutachtet werden. Ökotrophologinnen, Fitnessexpertin, Physiotherapeut und Psychologin betreuen die Teilnehmer. Alle Experten besitzen anerkannte Ausbildungen und Erfahrungen mit Übergewichtigen. Ein Arzt ist nicht vorhanden. |

| <b>Bewertungskriterium</b>                              | <b>Bewertung</b>   |
|---|--|
| Psychologische Beurteilung vor der Teilnahme vorhanden? | <b>0 Punkte</b><br>In wie weit das Übergewicht durch psychologische Faktoren beeinflusst wird, wird nicht berücksichtigt. Personen mit Essstörungen werden ausgeschlossen. |

a) Fazit

Die konkreten Gewichtsziele werden erst nach Eingabe der persönlichen Daten für den Teilnehmer sichtbar. Vorher ist über die Ziele nichts bekannt. Bestimmte Personen werden von der Teilnahme ausgeschlossen, was auf die Seriosität des Portals hinweist. Der Teilnehmer kann gut einschätzen was auf ihn zukommt und mit welcher Methode Gewicht reduziert werden soll.

**2. Tabelle 12: Klinische Anamnese**

| <b>Bewertungskriterium</b>  | <b>Bewertung</b>  |
|---|---|
| Werden Körpergröße und Gewicht abgefragt?   | <b>6 Punkte</b><br>Körpergröße und aktuelles Gewicht sind in der Anamnese enthalten   |
| Werden BMI und Taillenumfang als wichtigste Indikationsfaktoren für Programmablauf herangezogen? Beides muss bestimmt und erklärt werden  | <b>6 Punkte</b><br>Taillenumfang wird erfragt. BMI errechnet. Beides wird beurteilt und im Gewichtsprofil erklärt. Der Nutzer hat jederzeit auf der persönlichen Seite Einsicht |
| Gibt es Empfehlung zur Untersuchung von einem Arzt betreff: Blutdruck, Nüchternblutzucker, Gesamt- HDL- und LDL Cholesterin, Triglyzeride, Harnsäure, Kreatinin, Mikroalbuminurie, EKG? | <b>3 Punkte</b><br>Es wird empfohlen bei Adipositas Grad III oder adipositasbedingten Morbiditäten zum Arzt zu gehen, ohne weitere Indikationen                                 |

a) Fazit

Die wichtigsten Faktoren laut den Richtlinien zur Adipositas therapie werden abgefragt. Bei einem hohen Gesundheitsrisiko erfolgt die Empfehlung einen Arzt zu konsultieren.

**3. Tabelle 13: Ernährungsphysiologische und ernährungspsychologische Anamnese**

| <b>Bewertungskriterium</b>  | <b>Bewertung</b>  |
|---|---|
| Familienanamnese (Adipositas, Diabetes Mellitus Typ 2, Hypertonie, koronare Herzerkrankungen, Gicht, Fettstoffwechselstörungen) vorhanden?  | <b>4 Punkte</b><br>Der Faktor der Genetik wird mit einbezogen und erläutert. Übergewicht der Eltern wird erfragt. Auf andere Faktoren wird nicht eingegangen      |
| Gewichtsanamnese (Geburtsgewicht, Gewichtsverlauf in der Kindheit und Jugend, Beginn des Übergewichts, Gewichtsverlauf als Erwachsener und Verlauf in den letzten Monaten) vorhanden? | <b>4 Punkte</b><br>Es wird ausschließlich die Dauer des Übergewichts erfragt.   |
| Familiäres und berufliches Umfeld (Bezug zum PAL) abgefragt?  | <b>5 Punkte</b><br>Körperliche Anstrengung bei der Arbeit wird abgefragt.   |
| Wird das Ernährungsverhalten/Gewohnheiten (Anzahl, Umfang, Präferenzen, Aversionen, typischen Tagesablauf der Mahlzeiten, Alkohol und Snacks) analysiert?                             | <b>5 Punkte</b><br>Auf Wiegerhythmus wird eingegangen. Das Ernährungsprotokoll wird während der Teilnahme geführt, Gefühle und Situationen können notiert werden. |

| <b>Bewertungskriterium</b>  | <b>Bewertung</b>  |
|---|---|
| Frühere Versuche der Gewichtsreduktion (Anzahl, Art, Gründe des Scheiterns, Gründe für Gewichtszunahme) mit einbezogen? | <b>6 Punkte</b><br>Diätversuche in den letzten 15 Jahren, bei mehreren Diätversuchen in der Vergangenheit wird über Stoffwechselfvorgänge aufgeklärt.<br>Gewichtsverluste von mehr als 10 kg werden abgefragt und berücksichtigt. |
| Bewegungsverhalten mit einbezogen?  | <b>6 Punkte</b><br>Bewegung in der Freizeit wird mit einbezogen   |
| Beschwerden (körperliche Belastungen, Gelenkbeschwerden) abgefragt?   | <b>3 Punkte</b><br>Diese Beschwerden werden nicht abgefragt, allerdings wird bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf den Arzt verwiesen.  |

#### a) Fazit

Auf Grund der klinischen, ernährungsphysiologischen und ernährungspsychologischen Anamnese entwickelt e-Balance einen individuellen Gewichtsreduktionsplan und analysiert die angegebenen Daten. Fast alle relevanten Daten werden abgefragt und fließen in den Gewichtsreduktionsplan ein.

Informationen über die bisherige Kalorienaufnahme und die Kalorienaufnahme bei der Gewichtsreduktion mit e-Balance werden erteilt. Der derzeitige BMI wird gezeigt und erklärt und eine Gewichtsreduktion von 5 Prozent (Adipositas Grad I), 10 Prozent (Adipositas Grad II) und 20 Prozent (Adipositas Grad III) empfohlen. Außerdem gibt es Auskunft über den Bauchumfang des Teilnehmers, der bei Frauen unter 88 cm und bei Männern unter 102 liegen sollte. Die sportliche Aktivität wird analysiert. Handelt es sich um jemanden, der nur gelegentlich oder gar nicht Sport treibt, wird zu mehr Bewegung motiviert. Außerdem wird das Alter des Teilnehmers und die genetische Veranlagung zum Übergewicht behandelt. Der Teilnehmer wird über den wöchentlichen Wiegetag und das Messen des Bauchumfangs einmal im Monat informiert.

Anschließend wird bei e-Balance das Gewichtsreduktionsziel behandelt. Eine Gewichtsreduktion von maximal 1 kg die Woche wird vom Programm zugelassen. Ist

der Teilnehmer zu ambitioniert und möchte mehr abnehmen, startet das Programm nicht. Erst wenn das Ziel vom Teilnehmer realistisch eingegeben wurde, kann mit dem Programm begonnen werden. Das Programm empfiehlt eine maximale Gewichtsreduktion von 0,5 Kilo pro Woche. Wird zu Beginn des Programms ein Gewichtsziel eingegeben, das einen BMI von unter 20 ergeben würde, lehnt dies das Programm ebenfalls ab, bis ein gesundheitlich unbedenkliches Ziel formuliert wurde.

#### 4. Tabelle 14: Beginn der Teilnahme

| Bewertungskriterium  | Bewertung  |
|--|--|
| Werden Teilnehmer auf ihr jetziges Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Psyche) getestet und ihnen eine Analyse geboten? Z.B. durch Ankreuztest: wie oft naschen Sie?... | <b>5 Punkte</b><br>Dem Teilnehmer sollen diese Faktoren automatisch durch das Führen seines Tagebuchs bewusst werden. Ihm werden Verhaltensmuster deutlich und er lernt dabei Lebensmittel auf ihren Nährstoffgehalt bezüglich Fett, Eiweiß und Kohlenhydraten einzuschätzen. Ob Teilnehmer auch den Zusammenhang zu psychischen Gründen ziehen ist offen. |
| Wird der Teilnehmer über Wichtigkeit von Ernährung und Bewegung informiert?  | <b>6 Punkte</b><br>Wöchentlich neue Texte und die Coachletter, beschäftigen sich damit. Im Gewichtsprofil wird der Teilnehmer direkt gründlich auf ausreichend Bewegung hingewiesen  |
| Findet wöchentliche Gewichtskontrolle, Kontrolle von Ernährungs- und Bewegungsverhalten statt?   | <b>6 Punkte</b><br>Wöchentlich wird sich einmal gewogen, der Taillenumfang wird einmal im Monat eingetragen. Das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sollen die Teilnehmer täglich dokumentieren und so selbst kontrollieren  |
| Wird von unrealistischen und gesundheitsgefährdenden Zielen abgeraten?   | <b>6 Punkte</b><br>Unrealistische und gesundheitsgefährdende Ziele (Gewichtsverlust > 1kg die Woche) werden vom Programm nicht zugelassen.   |

a) Fazit

Der e-Balance Nutzer bekommt eine gute Einführung in das Programm. Die Aufklärung über Gewichtsreduktion, aber auch über gesundes Bewegungs- und Ernährungsverhalten wird thematisiert.

**5. Tabelle15: Ernährung**

| <b>Bewertungskriterium</b>   | <b>Bewertung</b>   |
|--|--|
| Wird auf ausreichende Kalorienzufuhr (mindestens 1.200 – 1.800 kcal) geachtet?   | <b>6 Punkte</b><br>Die Menüpläne zur Gewichtsreduktion beginnen mit einem Kalorienniveau von 1.300, daher ist eine Deckung des Nährstoffbedarfs gut möglich.   |
| Wird eine Gewichtsreduktion um max. 500 g die Woche angestrebt?  | <b>5 Punkte</b><br>Es wird empfohlen nicht mehr als 0,5 kg die Woche zu reduzieren, allerdings wird bis zu 2kg die Woche vom Programm zugelassen. Ansonsten ist die Teilnahme ausgeschlossen.  |
| Gute Nährstoffzusammensetzung:<br>- täglich 400-600 Gramm frisches Obst und Gemüse,<br>- ballaststoffreich,<br>- Nährstoffzusammensetzung entsprechend den Richtlinien der DGE: Kohlenhydratanteil 50-55 %, Fettanteil nicht mehr als 30 %, Eiweißgehalt 15 - 25 % | <b>6 Punkte</b><br>Die Richtlinien zum Nährstoffverhältnis der DGE werden befolgt. Eine ausreichende Nährstoffversorgung ist gewährleistet. Es handelt sich um eine kalorienreduzierte Mischkost, wie sie von der DGE empfohlen wird. Die Kost ist fettreduziert. In einem einfachen Diagramm bekommen die Teilnehmer ihr Soll- und Ist- Nährstoffverhältnis verdeutlicht. Der Menüplan ist reich an komplexen Kohlenhydraten, Obst und Gemüse. Die Aufnahme von isolierten Kohlenhydraten ist gering. Wöchentlich wird mindestens einmal Fisch vorgeschlagen und es gibt ca. 2 vegetarische Tage pro Woche. |
| Gibt es Lebensmittelverbote (rigide Kontrolle)?  | <b>6 Punkte</b><br>e-Balance gibt den Teilnehmern keine Verbote vor und weist in Coachlettern drauf hin, dass auch sie selbst das nicht tun sollten.   |

| Bewertungskriterium   | Bewertung  |
|---|--|
| <p>Wird eine langfristige Ernährungsumstellung durch einfache Rezepte, einfachen Einkauf und einfache Zubereitung angestrebt?</p>   | <p><b>5 Punkte</b></p> <p>Im Menüplan wird darauf geachtet, dass es schnelle und einfache Rezepte gibt. An Wochenenden und zu festlichen Anlässen werden etwas aufwändigere Rezepte vorgeschlagen. Von den zur Zeit 850 Rezepten sind 426 in einfach eingestuft und 356 in schnell. Allgemein ist die Datenbank vielseitig und der Menüplan sehr abwechslungsreich. Bei der Rezeptsuche können Rezepte nach verschiedenen Kriterien wie der Mahlzeit (Frühstück, Mittag, etc.), nach Zutaten (Fisch, Fleisch, vegetarisch, etc.), nach Bereichen (Vorspeise, Snack, etc.) und nach dem Typ (Einfach, schnell, günstig, etc.) gesucht werden.</p>   |
| <p>Praktischer Bezug:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menüpläne vorhanden</li> <li>- Wie individuell?</li> </ul> <p>Abneigungen, Vegetarier, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einkaufsliste</li> <li>- Rezeptdatenbank</li> <li>- Umfang der Nährwertdatenbank</li> </ul> | <p><b>5 Punkte</b></p> <p>Menüpläne sind vorhanden. Es gibt keine Möglichkeit Unverträglichkeiten, Allergien, Abneigungen oder Vegetarier auszuwählen.</p> <p>Es wird darauf geachtet, dass gekaufte Zutaten aufgebraucht werden. So gibt es z. B. Montag 1 Stück Gurke, aber der Rest wird Dienstag im Gurkensalat verwendet. Der Menüplan ist abwechslungsreich und individuell von jedem Teilnehmer zu modifizieren. Lebensmittel werden entsprechend der Saison eingesetzt.</p> <p>Die Einkaufsliste kann individuell erstellt werden, je nachdem welche Rezepte gekocht werden sollen, werden diese der Einkaufsliste zugefügt.</p> <p>Die Nährwertdatenbank beinhaltet über 8.500 Nährwerte von verschiedenen Lebensmitteln, Fertiggerichten und außer Haus Gerichten (Gastronomie und Großküche aus dem <i>BLS</i>). Teils exotische Zutaten in den Rezepten kann den Teilnehmer in der Nutzung des Menüplans hemmen,</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | aber in der Rubrik „Wussten Sie schon...“ werden diese erklärt.  |
| Bei zu starker Gewichtsreduktion Warnung an den Teilnehmers? | <b>2 Punkte</b><br>Es gibt keine Warnung bei zu schneller Gewichtsreduktion, allerdings warnt das Programm sobald der BMI unter 20 sinkt |

a) Fazit

Der Ernährungsteil ist besonders ausgereift und lässt nur wenig Wünsche übrig. Die Empfehlungen entsprechen den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Die Teilnehmer müssen, soweit sie sich an den Menüplan halten, nicht mit Mangelerscheinungen rechnen.

**6. Tabelle 16: Bewegung: Start des Fitnessprogramms**

| <b>Bewertungskriterium</b>                | <b>Bewertung</b>  |
|---|---|
| Wird Bewegung in das Programm integriert? | <b>6 Punkte</b><br>Bewegung spielt eine Zentrale Rolle bei e-Balance und gehört selbstverständlich dazu. Sobald der Teilnehmer sich das erste mal einloggt wird er darauf hingewiesen sein Fitnessplan zu starten oder von e-Balance erstellen zu lassen. Das Fitnessprogramm wird auf Grund folgender Informationen über den Nutzer zusammen gestellt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trainingshäufigkeit</li> <li>• Arbeitsweg</li> <li>• Freizeitaktivitäten</li> <li>• Körperliche Aktivität am Arbeitsplatz</li> <li>• Trainingshintergrund</li> <li>• Lieblingsportart</li> </ul> |

| <b>Bewertungskriterium</b>   | <b>Bewertung</b>   |
|--|--|
| Ist der Fitnessplan individuell zugeschnitten?   | <p><b>6 Punkte</b></p> <p>Das Programm erfragt die drei liebsten Sportarten und erstellt daraus einen Plan. Außerdem können die Fitnessstage individuell geändert werden.</p> <p>Der Teilnehmer kann sich auch seinen eigenen Trainingsplan entwerfen. Das Programm hat den Kalorienverbrauch zu 107 Sportarten, die zum Großteil in „leicht“, „mittel“ und „intensiv“ und verschiedene Kilometerzahlen aufgeteilt sind. Der Teilnehmer kann selbst bestimmen an welchen Tagen er wie lange trainiert.</p> |
| Hinweis, dass bei starkem Übergewicht körperliches Training erst nach einer ärztlichen Untersuchung durchgeführt werden darf, vorhanden? | <p><b>6 Punkte</b></p> <p>Auf den Arzt wird bei starkem Übergewicht ohnehin verwiesen, der Übergewichtige wird dazu aufgerufen dem Arzt das Programm vorzustellen und abzuklären ob es für ihn in Frage kommt.</p>   |
| Kooperation mit nationalen Sportstudios, Walkvereinen etc. vorhanden?  | <p><b>4 Punkte</b></p> <p>Es gibt eine Zusammenarbeit mit „Personal Fitness“. Sie sind in ganz Deutschland aufzufinden, allerdings ist Personal Fitness im höheren Preisniveau anzusiedeln, besser wären nationale Fitnessstudios die es in möglichst vielen Städten gibt und bei denen sich mehr Menschen die Mitgliedschaft leisten können.</p>  |

\*Fallbeispiel:

Ein Teilnehmer mit einem BMI von 33, der nie Sport macht und alle Wege mit Auto oder Bus erledigt aber als seine drei liebsten Sportarten Laufen, Fahrrad fahren und Rudern angibt, bekommt folgenden Fitnessplan von e-Balance erstellt:

**Montag:** 45 Minuten Laufen, leicht

**Dienstag:** Ruhetag

**Mittwoch:** 60 Minuten Fahrrad fahren, leicht

**Donnerstag:** Ruhetag

**Freitag:** Ruhetag

**Samstag:** 90 Minuten Laufen, leicht

**Sonntag:** Ruhetag

Dieses sehr straffe Sportprogramm kann demotivierend wirken und zum schnellen Abbruch führen. Außerdem wird keine Stellungnahme zu der Lieblingssportart im Bezug zum BMI gegeben. In diesem Fall könnten 90 Minuten Laufen, leicht nicht nur zur totalen Resignation, sondern auch zu Gelenkproblemen führen.

#### a) Fazit

Im allgemeinen ist das Sportprogramm gut, da es individuell zu gestalten ist und bei starkem Übergewicht die Konsultation eines Arztes empfohlen wird. Wichtig ist, das e-Balance in etlichen Fachbeiträgen und Coachlettern immer wieder auf die ununterlässliche Kombination aus einer Umstellung des Ernährungs- und Bewegungsverhalten bei der Gewichtsreduktion hinweist.

### 7. Tabelle 17: Verhaltenstherapie

| <b>Bewertungskriterium</b>          | <b>Bewertung</b>   |
|-------------------------------------|--|
| Selbstbeobachtung<br>vorhanden?     | <b>5 Punkte</b><br>In dem Tagebuch soll täglich das Ernährungs- und Bewegungsverhalten dokumentiert werden. Außerdem gibt es Freiraum für Notizen, indem die Teilnehmer die Gelegenheit haben ihr Wohlbefinden aufzuschreiben. Zeit, Ort und Wohlbefinden, werden dabei allerdings nicht automatisch von dem Programm in direkten Zusammenhang mit dem Ernährungsverhalten gebracht. |
| Reizkontrolltechniken<br>angeboten? | <b>5 Punkte</b><br>In den Coachlettern werden regelmäßig in dem „Tipp der Woche“ Reizkontrolltechniken erklärt und wertvolle Tipps für die typischen Fallen gegeben. In Coachletter 2 zum Beispiel die Thematik des „richtigen Einkaufens gehen“.  |

| <b>Bewertungskriterium</b>                                | <b>Bewertung</b>   |
|---|--|
| Tipps zum richtigen Essverhalten vorhanden?               | <b>5 Punkte</b><br>Dieses Thema bekommt ebenfalls in dem „Tipp der Woche“ mehrmals Aufmerksamkeit. In Coachletter 5 wird zum Beispiel der Umgang mit dem Naschen erläutert.  |
| Werden Verstärkungsmechanismen und Belohnungen eingebaut? | <b>4 Punkte</b><br>Zu Selbstlob und kalorienfreien Belohnungen für erreichte Zwischenziele wird im Coachletter 5 aufgerufen. In Coachletter 4 und 9 soll zum Beispiel ein Rückblick gewagt werden, was hat sich verbessert, Coachletter 5 befasst sich zudem mit kalorienfreien Belohnungen. |
| Kognitive Unterstützung vorhanden?                        | <b>5 Punkte</b><br>Allgemein motivieren die Coachletter und geben den Teilnehmern Kraft für den bevorstehenden Weg.  |
| Umgang mit möglichen Rückfällen erklärt?                  | <b>5 Punkte</b><br>Rückschläge und Gewichtsstillstand werden zum Beispiel in den Coachlettern 5, 8 und 11 behandelt.   |
| Individuelle Betreuung vorhanden?                         | <b>2 Punkte</b><br>Der Teilnehmer wird nur auf Anfrage persönlich betreut. Im Chat haben die Teilnehmer dreimal pro Woche je 1 Stunde die Möglichkeit sich individuelle Fragen beantworten zu lassen.  |
| Betreuung/Erreichbarkeit der Ansprechpartner gut gegeben  | <b>6 Punkte</b><br>Die Experten sind im Vergleich zur Face-to-Face-Beratung regelmäßig 5 Tage die Woche per E-Mail oder Chat zu erreichen. Eine Telefonhotline erweitert den Service für Fragen rund um das Programm.  |
| Lob bei Erreichen von Zielen oder Teilzielen vorhanden?   | <b>2 Punkte</b><br>Der Teilnehmer muss sich selber loben, wozu er auch in vielen Coachlettern aufgerufen wird. Im Coachletter wird allgemein gelobt, was man schon alles geschafft hat. Lob durch Experten oder E-Mails gibt es nicht automatisch.   |

| <b>Bewertungskriterium</b>   | <b>Bewertung</b>  |
|--|---|
| Wird auf Nachlässigkeit und Motivationslöcher reagiert?              | <p><b>5 Punkte</b></p> <p>e-Balance reagiert nach längerem Fernbleiben des Programms mit einer „Erinnerung“ durch eine automatische E-Mail. Der Teilnehmer wird dazu aufgerufen sich wieder einmal einzuloggen und nicht aufzugeben.</p>  |
| Werden Alltagsbedingungen des Patienten berücksichtigt?              | <p><b>6 Punkte</b></p> <p>Es gibt keine festen Essenzeiten. Der Teilnehmer bekommt durch Coachletter und Fachbeiträge wertvolle Tipps, wie er die Gewichtsreduktion besser in den Alltag integrieren kann. Dies geschieht zum Beispiel durch die richtige Wahl des Menüs in der Kantine, bei einer Party oder im Restaurant (Nährwerte zu den gängigen Speisen sind vorhanden).</p>   |
| Werden Bedürfnisse und Belastbarkeit des Teilnehmers berücksichtigt? | <p><b>5 Punkte</b></p> <p>Da das Programm individuell zu gestalten ist, muss der Teilnehmer selber darauf achten, dass es ihm gut geht. Er kann selber bestimmen, ob er sich mit der sofortigen Umstellung von Ernährungs- und Bewegungsverhalten gleichzeitig überfordert fühlt und deshalb Schritt für Schritt umstellt oder gleich alles auf einmal ändern möchte. Voraussetzung ist das Erkennen des eigenen Zustands, die Experten haben kaum die Möglichkeit, das Wohlbefinden des Teilnehmers einzuschätzen und auf die Geschwindigkeit der Umstellung Einfluss zu nehmen.</p> |
| Wird Selbst-Management eingebaut?                                    | <p><b>6 Punkte</b></p> <p>Die Teilnehmer sind von Beginn an sehr stark auf sich gestellt und handeln eigenverantwortlich, was dazu führen könnte, dass die selbst beigebrachten Verhaltensänderungen auch nach der Teilnahme bei e-Balance beibehalten werden können.</p>   |

| Bewertungskriterium                                     | Bewertung  |
|---|--|
| Vermittlung von Ernährungs- und Bewegungsinformationen? | <b>6 Punkte</b><br>Die Teilnehmer lernen zum einen aus den eigenen Fehlern (das Tagebuch als Spiegel des eigenen Verhaltens), werden aber auch über die Coachletter und Fachbeiträge informiert. |

#### a) Fazit

Beim regelmäßigen führen des Tagebuches, bekommt der Teilnehmer einen Überblick über sein Ernährungsverhalten. Er lernt Lebensmittel im Hinblick auf das Nährstoffverhältnis einzuschätzen und bekommt einen Blick für das Kalorienniveau. Das Nährstoffrelationsdiagramm zeigt wie eine kalorienreduzierte Kost, gesund und abwechslungsreich zu gestalten ist. Bestellt der Teilnehmer die Coachletter nicht ab, ist die Verhaltenstherapie recht gut. Wird der Coachletter abbestellt oder der Teilnehmer setzt sich mit den empfangenen E-Mails nicht einige Minuten auseinander, wird die Verhaltenstherapie nur halb abgedeckt. Die Coachletter sind so aufgebaut, dass zu Beginn sehr viel allgemeines zum Programm und zur Gewichtsreduktion erklärt wird. Erst später, nachdem die erste Euphorie nachgelassen hat, kommen motivierende und bestärkende Coachletter. Allerdings besteht die Gefahr, dass der Teilnehmer zu diesem Zeitpunkt die Coachletter schon nicht mehr liest.

## 8. Tabelle 18: Zweite Phase: Gewichtsstabilisierung = Ziel 0

| Bewertungskriterium   | Bewertung   |
|---|---|
| Energiebewusstes essen, ausgewogene Mischkost sollten im Vordergrund stehen | <b>6 Punkte</b><br>Die Energiezufuhr wird wieder gesteigert, bestehen bleibt der erlernte, bewusste Umgang mit Ernährung, wie die moderate Fettaufnahme und der hohe Ballaststoffanteil in der Nahrung.   |
| Bewegung soll weiter eine Rolle spielen                                     | <b>6 Punkte</b><br>Ähnlich wie in der Gewichtsreduktionsphase soll sich auch in der Gewichtsstabilisierungsphase weiter bewegt werden.  |
| Kontakt zu Therapeuten weiter halten  | <b>6 Punkte</b><br>Der Kontakt zu e-Balance soll weiter gehalten werden, der Teilnehmer soll weiter Tagebuch schreiben und sich bei Fragen, wie bisher an die Experten wenden. Die Coachletter dieser Phase sind auf das Ziel Null Programm und damit die Gewichtsstabilisierungsphase abgestimmt und beinhalten dementsprechend andere Themen. |
| 1 mal die Woche ist eine Gewichtskontrolle empfehlenswert                   | <b>6 Punkte</b><br>Weiterhin wiegt sich der Teilnehmer einmal die Woche und misst einmal im Monat seinen Bauchumfang und trägt beides in sein Tagebuch ein.   |

### a) Fazit

Die Phase der Gewichtsstabilisierung, wird bei e-Balance mit dem „Ziel Null“ sehr gut abgedeckt. Der Teilnehmer bekommt vermittelt, dass er nicht einfach weiter vor e-Balance weiter machen soll, sondern dass die erlernten Regeln weiter Bestand haben.

## **B. Onlineberatung**

Dazu wird als exemplarisches Beispiel der E-Mailverkehr aus Kapitel VIII.F.9.b) herangezogen.

### **1. Tabelle 19: Onlineberatung**

| <b>Bewertungskriterium</b>   | <b>Bewertung</b>   |
|--|--|
| Wird die Haltung des Teilnehmers eingeschätzt?   | <b>6 Punkte</b><br>Die Teilnehmerin wird eingeschätzt und bekommt daher eine aufbauende, motivierende und mutmachende Antwort.   |
| Werden alle wichtigen Informationen aus der E-Mail erkannt und im Antwortschreiben berücksichtigt? | <b>6 Punkte</b><br>Es werden die Informationen aufgenommen und darauf eingegangen. So berichtet die Teilnehmerin von ihrem Kalorienniveau, allerdings nicht von ihrem Nährstoffverhältnis, daher bekommt sie den Ernährungs-check im Anhang gespeichert. Von sportlicher Betätigung berichtet die Teilnehmerin nichts, daraufhin geht die Ökotrophologin auf ausreichend Bewegung ein. |
| Schätzt der Berater ein, was der Teilnehmer mit seiner Anfrage erreichen möchte?                   | <b>6 Punkte</b><br>Die Teilnehmerin möchte wohl motiviert werden und Tipps bekommen, beides wird voll und umfangreich erfüllt.   |
| Liebt der Berater zwischen den Zeilen?   | <b>6 Punkte</b><br>Durch die relativ offene Aussage, das „nach spätestens 4 Tagen die Waage das gleiche Gewicht wie vor der Gewichtsreduktion zeigt“, schließt die Ökotrophologin auf eine zu krampfhaftem Wiegerhythmus und empfiehlt der Teilnehmerin nicht häufiger als einmal die Woche auf die Waage zu.  |

| <b>Bewertungskriterium</b>   | <b>Bewertung</b>   |
|--|--|
| Wird die Antwort des Beraters auf die intellektuellen Fähigkeiten der Teilnehmers angepasst und dabei Sachinformationen korrekt und vollständig dargestellt? | <b>6 Punkte</b><br>Das Schreiben der Ökotrophologin ist dem der Teilnehmerin angepasst. Es werden keine Fremdwörter von ihr verwendet, alles ist verständlich. |
| Richtet sich die Anrede im Antwortschreiben des Berater nach der Anredeform die der Teilnehmer gewählt hat?  | <b>6 Punkte</b><br>Die Beziehung zwischen Teilnehmer und Berater bestimmt die Teilnehmerin durch ihr Anschreiben. Die Ökotrophologin passt sich an.            |
| Bedankt sich der Berater und weißt darauf hin, dass er für den Teilnehmer bei Bedarf wieder zur Verfügung steht?   | <b>6 Punkte</b><br>Die Beraterin bedankt sich gleich zu Beginn für die Anfrage und bietet das e-Balanceteam als Hilfe erneut auch an.                          |

#### a) Fazit

Die E-Mail ist einfühlsam und geht sehr gut auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmerin ein. Die Betreuung ist individuell und wahrscheinlich konnte der Teilnehmerin weitergeholfen werden.

## 2. Tabelle 20: Therapiedauer

| <b>Bewertungskriterium</b>                                  | <b>Bewertung</b>  |
|---|---|
| Sind mindestens 12 Monate zur Gewichtsreduktion eingeplant? | <b>6 Punkte</b><br>Es gibt die Möglichkeit einer 3, 6 und 12 monatigen Mitgliedschaft. e-Balance ist nicht nur für adipöse, sondern auch für Übergewichtige denen ggf. 3 Monate ausreichen um einige Pfunde los zu werden. Zudem ist eine Gewichtsreduktion von mehr als 1 kg die Woche ausgeschlossen, wodurch adipöse mit dem Ziel „Normalgewicht“ zu einer längeren Mitgliedschaft „gezwungen“ sind. |

| <b>Bewertungskriterium</b>   | <b>Bewertung</b>   |
|--|--|
| Wird eine Nachbehandlung von bis zu 3 Jahren empfohlen?  | <b>2 Punkte</b><br>Es wird allgemein zu wenig Wert auf die Gewichtsstabilisierungsphase gelegt.  |
| Werden Erfolge langfristig gemessen?   | <b>5 Punkte</b><br>Auch wenn das Programm auf Erfolge der Teilnehmer nicht reagiert, wird in Texten immer wieder auf die wichtige Gewichtsstabilisierungsphase hingewiesen. Zudem ist das ganze Konzept nicht kurzfristig angelegt, sondern zielt auf eine lebenslang anhaltende Ernährungs- und Bewegungsumstellung ab.   |
| Wird der Therapieverlauf dokumentiert?<br>(Anthropometrische Daten, Biochemische Variablen, Status von Komorbiditäten, Verlauf der Lebensqualität) | <b>4 Punkte</b><br>Sehr gut werden automatisch die anthropometrischen Daten dokumentiert. Das Gewicht wird einmal die Woche und der Bauchumfang einmal im Monat im Tagebuch notiert, diese Daten werden direkt in ein Diagramm übertragen, auf dem der Teilnehmer seinen Gewichtsverlauf anschaulich dargestellt einsehen kann. Das gleiche erfolgt täglich mit den Lebensmitteleintragungen aus dem Tagebuch. Die aufgenommen Kalorien werden täglich von dem Tagebuch in ein Diagramm übertragen, wo der Teilnehmer sein Essverhalten gut beobachten kann. Auffallende Regelmäßigkeiten wie eine zu hohe Kalorienaufnahme am Wochenende oder bei Frauen kurz vor ihrer Menstruation können dadurch vom Teilnehmer erstmals entdeckt werden. Biochemische Variablen, Status der Komorbiditäten und die Entwicklung der Lebensqualität werden nicht erfasst. Allerdings gibt es im Tagebuch ein Feld für Notizen, in das der Teilnehmer alles notieren kann, um es später nachlesen zu können. |

a) Fazit

e-Balance ist keine kurzfristige Diätmaßnahme bei der schnell, viel Gewicht verloren wird. Es handelt sich um eine langfristige Umstellung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens. Diese Art der Gewichtsreduktion ist vielversprechend, da Verhaltensmuster geändert werden und der e-Balance Nutzer so bessere Chancen hat, auch nach der Teilnahme sein Gewicht zu halten.

**3. Tabelle 21: Personelle Voraussetzungen für ambulante Adipositastherapien**

| <b>Bewertungskriterium</b>  | <b>Bewertung</b>  |
|---|---|
| Ist ein Arzt mit einer Zusatzausbildung auf der Basis des Lehrprogramms Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer vorhanden?  | <b>0 Punkte</b><br>Fehlt komplett   |
| Ernährungsfachkraft (Diätassistenten oder Ökotrophologe) mit praktischer Erfahrung mit Adipösen, Curriculum der Ernährungsberatung der DGE oder das VDOE Zertifikat oder Quetheb vorhanden? | <b>6 Punkte</b><br>Diplom Ökotrophologinnen mit praktischer Erfahrung und dem VDOE-Zertifikat.  |
| Fakultativ: Psychologe und Physiotherapeut vorhanden?   | <b>6 Punkte</b><br>Beide vorhanden. Können praktische Erfahrung mit Adipösen vorweisen.   |
| Gibt es Zusammenarbeit mit Sporteinrichtungen? (siehe auch Tabelle 16)  | <b>4 Punkte</b><br>Zusammenarbeit mit „Personal Training“. Beinhaltet ein hohes Preisniveau, besser wären nationale Fitnessstudios die es in möglichst vielen Städten gibt und bei denen sich mehr Menschen die Mitgliedschaft leisten könnten. |

a) Fazit

Die personellen Voraussetzungen für eine Adipositas therapie erfüllt e-Balance nur zum Teil. Zwar ist der fakultative Teil mit einem Physiotherapeuten, einer Fitnessexpertin und der Psychologen sehr gut abgedeckt, allerdings fehlt der fakultative Arzt. Dafür betreuen gleich zwei Ökotrophologinnen den Teilnehmer auf seinem Weg der Gewichtsreduktion.

#### 4. Tabelle 22: Räumliche Voraussetzungen

| Bewertungskriterium   | Bewertung   |
|---|---|
| Größerer Raum vorhanden, indem regelmäßig Schulungen durchgeführt werden können?      | <b>6 Punkte</b><br>Es gibt einen Konferenzraum, indem die Mitarbeiter der Plattform regelmäßig an der Verbesserung des Portals arbeiten. Für die Teilnehmer gibt es das Forum und den Chatraum. |
| Besprechungszimmer für Einzelgespräche mit Teilnehmer vorhanden?                      | <b>6 Punkte</b><br>Kann über E-Mails und den Chat (Flüsteroption) statt finden.   |
| Eine Küche ist empfehlenswert um praktisch gesünderes Ernährungsverhalten zu erlernen | <b>5 Punkte</b><br>Kann im Internet durch eine Rezeptdatenbank mit ausgewählten Rezepten abgedeckt werden.  |

##### a) Fazit

e-Balance hat seinen zentralen Sitz in Hamburg und Berlin. In Hamburg werden besonders die Inhalte der Seite bestimmt, während in Berlin schwerpunktmäßig der Service, Support und die technische Weiterentwicklung statt findet. Die Teilnehmer werden online gut betreut. Es wurden Alternativen wie der Chat, das Forum, der E-Mail-Verkehr und die Rezeptdatenbank geschaffen. Der Chat findet zu verschiedenen Tageszeiten (vormittags, nachmittags und am späten Abend) statt, so sollte jeder Teilnehmer die Möglichkeit haben, trotz Arbeitszeiten, Familie und Hobbys an mindestens einem Termin der Woche darauf zurückgreifen zu können.

## 5. Tabelle 23: Verkauf von Produkten

| Bewertungskriterium   | Bewertung  |
|---|--|
| Handel, Vertrieb und die Produktwerbung, aber auch die Kopplung an einen Produktverkauf sollte nicht statt finden | <p><b>4 Punkte</b></p> <p>Werbung gibt es auf der Seite gar nicht, auch über E-Mails bekommen die Teilnehmer keine Werbung zugesendet. Einzig gibt es einen Shop, der als Service für den Kunden zu verstehen ist, indem sie bestimmte Produkte, die sie für die Gewichtsreduktion benötigen könnten, wie einige ausgewählte Bücher oder eine Pulsuhr, zu e-Balancevorteilspreisen kaufen können.</p> <p>Rezepte stammen von Herstellern, deren Produkte genutzt und zum Teil auch auf Fotos abgebildet sind. Zudem werden diese Produkte mit Marken Namen im Menüplan nicht selten verwendet (z. B. Exquisa Quark 0,2 % Fitline).</p> |

### a) Fazit

Allgemein ist es als gut zu betrachten, dass keinerlei Banner, keine Links zu anderen Seiten in den E-Mails zu finden sind oder anders direkt geworben wird. Das die Rezepte von Lebensmittelherstellern oder Geschäften stammen, könnte allerdings dem ein oder anderen Teilnehmer komisch vorkommen, schließlich ist die Seite kostenpflichtig und sollte sich dadurch finanzieren. Dennoch ist es gut, die Nährwerte von Fast-Food-Ketten oder eben auch Frischkäseherstellern im Programm zu haben. Wenn diese die Nährwerte zu ihren Produkten nur gegen die Veröffentlichung von Rezepten raus geben, ist das ein Kompromiss mit dem der Nutzer leben muss.

## 6. Tabelle 24: Kosten

| Bewertungskriterium                   | Bewertung  |
|---------------------------------------|--|
| Preis-Leistungsverhältnis in Ordnung? | <p><b>6 Punkte</b></p> <p>Die Kosten sind im Verhältnis zu den Leistungen (siehe Seite 60 Abbildung 4) die der Teilnehmer in Anspruch nehmen kann mit Minimum 5 € pro Monat sehr gering.</p> |

| <b>Bewertungskriterium</b>                          | <b>Bewertung</b>   |
|---|--|
| Kosten klar?  | <b>6 Punkte</b><br>Es gibt keine versteckten Folgekosten, oder Dienste die extra bezahlt werden müssen. Natürlich sollte dem Teilnehmer klar sein, das er wahrscheinlich öfter und länger im Internet sein wird und dadurch Kosten entstehen könnten, wenn keine Flatrate vorhanden ist. |
| Verlängerung des Abonnement automatisch oder nicht? | <b>6 Punkte</b><br>Das Abonnement läuft automatisch nach der vereinbarten Zeit aus, es ist keine Kündigung nötig.  |
| Testzugang vorhanden?                               | <b>5 Punkte</b><br>Es gibt keinen Testzugang, jedoch kann der Teilnehmer das Angebot 14 Tage nutzen, und es innerhalb dieser Zeit kündigen, wenn es ihm nicht gefällt. Der Teilnehmer wird sofort ohne weitere Kosten aus dem Vertrag entlassen und bekommt sein Geld voll zurück.       |

a) Fazit

Der finanzielle Aspekt des Programms ist für den Teilnehmer sehr gut gelöst. Die Kosten sind gering und es gib keine versteckten Folgekosten.

## 7. Tabelle 25: Allgemeines

| Bewertungskriterium        | Bewertung  |
|----------------------------|--|
| Handhabbarkeit in Ordnung? | <b>6 Punkte</b><br>Auch Internetunkundige können sich in der leichten Menüführung zurecht finden. Alles ist genau beschriftet, es gibt Erklärungen für jeden Menüpunkt. In den Beschreibungen der Anwendung werden keine Fachbegriffe genutzt. Die Gestaltung ist übersichtlich.         |
| Zeitaufwand im Rahmen?     | <b>5 Punkte</b><br>Je nachdem wie viel Erfahrung Personen mit dem Internet haben, dauert die Einarbeitung unterschiedlich lang. Aus E-Mails der Kunden geht hervor, dass bereits nach relativ kurzer Zeit die Tagebucheintragungen nur noch 10 bis 20 Minuten am Tag in Anspruch nehmen. |

### a) Fazit

Auch wenn das Programm so gestaltet ist, dass auch Internetunkundige sich zurecht finden, sollte der Teilnehmer schon Spaß am Computer haben, denn schließlich sind tägliche Eintragungen im Tagebuch ratsam.

## 8. Tabelle 26: Evaluierung des Programms

| Bewertungskriterium  | Bewertung   |
|--|---|
| Durchsichtigkeit über<br>- Abbrechquote<br>- Anteil von Frauen und Männern<br>- Evt. Altersverteilung<br>- Ausgangsgewicht und BMI von Teilnehmern im Durchschnitt<br>- Gewichtsverlauf während der Nutzung des Programms<br>- Gewichtsabnahme nach einem Jahr | <b>0 Punkte</b><br>Leider werden für die Öffentlichkeit zur Zeit keine der genannten Daten zur Verfügung gestellt. Daher ist für den Nicht-Nutzer nicht zu erkennen wie erfolgsversprechend das Programm ist. |

a) Fazit

An der Durchsichtigkeit über den Erfolg und den e-Balance Nutzer im allgemeinen ist im Voraus nichts zu erfahren. Das ist schade, da Personen die sich für das Portal interessieren im Voraus keine Erfolgsquote bekommen.

**9. Tabelle 27: Das Portal**

| Bewertungskriterium  | Bewertung   |
|--|---|
| <p>Transparenz der Institution nach innen und außen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Beratungsgegenstand wird benannt</li> <li>• Anbieter Dachorganisationen und Träger müssen erkennbar sein</li> <li>• es muss klar formuliert werden, ob es sich um Beratung, Selbsthilfe, etc. handelt.</li> </ul> | <p><b>5 Punkte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist bekannt</li> <li>• Sind zu finden</li> <li>• Wird in der Regel als „Beratung“ formuliert</li> </ul>   |
| <p>Kompetenz der Berater/Innen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Qualifikationen müssen erkennbar sein,</li> <li>• Berater müssen theoretische und praktische Kenntnisse zum Beratungsinhalt besitzen</li> <li>• brauchen eine Lese-, Schreib- und gewisse Internetkompetenz.</li> </ul>                | <p><b>6 Punkte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifikationen sind sofort erkennbar</li> <li>• Beides ist vorhanden und wird präsentiert</li> <li>• Kann man beim lesen durchaus bestätigen</li> </ul>  |
| <p>Der Zufriedenheit der Ratsuchenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aktives Beschwerdemanagement</li> <li>• Umfragen sollen regelmäßig die Zufriedenheit der Teilnehmer untersuchen</li> </ul>  | <p><b>5 Punkte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es gibt einen „Feedback“-Button</li> <li>• Umfragen werden gemacht, aber nur für interne Zwecke</li> </ul> <p>Zusätzlich werden alle Anfragen per E-Mail regelmäßig ausgewertet, Kritik und Anregungen werden aufgenommen</p> |

| <b>Bewertungskriterium</b>  | <b>Bewertung</b>  |
|---|---|
| <p>Den technischen Fragen und Sicherheitsstandards</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherer E-Mail-Versand (kein Versand von Viren oder Trojanern, etc.) Firewall und Antivirusprogramm sind absolute Voraussetzung.</li> <li>• Onlineberater/Innen unterliegen der Schweigepflicht</li> </ul> | <p><b>4 Punkte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schutz vor Viren, etc. durch entsprechende Software gegeben</li> <li>• Nicht explizit formuliert</li> </ul> |

### 10. Tabelle 28: Online-Diagnose

| <b>Bewertungskriterium</b>  | <b>Bewertung</b>  |
|---|---|
| <p>Wie konkret sind die Fragen? Versteht der Teilnehmer wirklich alle Fragen und beantwortet sie deshalb richtig?</p> | <p><b>6 Punkte</b></p> <p>Klar und einfach formuliert, Missverständnisse sind kaum möglich. Allerdings wäre teilweise eine Anleitung (zum Messen des Taillenumfangs) positiv.</p> |

## 11. Tabelle 29: Entscheidungskriterien für oder gegen e-Balance

| Bewertungskriterium   | Bewertung  |
|---|--|
| Ist eine Gewichtssenkung und damit die Senkung von adipositasbedingten Morbiditäten mit dem vorgeschlagenen Programm möglich?                           | <b>Ja</b><br>Auf Grund der vorgeschlagenen kalorienreduzierten Mischkost und dem Bewegungsprogramm.  |
| Verbesserung des gesundheitsbezogenen Wissen?   | <b>Ja</b><br>Teilnehmer werden auf verschiedenen Wegen informiert.   |
| Findet Verhaltenseinstellungsänderung statt?<br>- Ernährungsverhalten ist nahe der Nährstoffempfehlungen der DGE<br>- Regelmäßige körperliche Aktivität | <b>Ja</b><br>Beides sind Schwerpunkte. Durch das Tagebuch findet ein Lernprozess statt, von dem Mitglieder langfristig profitieren.  |
| Steigerung der Lebensqualität?  | <b>Ja</b><br>Durch weniger Gewicht, mehr Bewegung und dem Austausch mit Experten und Menschen mit ähnlichen Problemen wird die Wahrnehmung geändert und ein positiveres Selbstwertgefühl entwickelt. |

## **XIV. Verbesserungsvorschläge für e-Balance**

### ***A. Allgemeines***

- Verdeutlichung von Eigenverantwortung vor Beginn der Teilnahme. Die Botschaft zum potentiellen Kunden sollte etwas wie „Hilfe zur Selbsthilfe“ kommunizieren.
- Evaluierung alle 6 Monate. Das Programm sollte den Anteil von Frauen und Männern, durchschnittliches Ausgangsgewicht und BMI von Teilnehmern, Gewichtsverlauf während der Nutzung des Programms und die Gewichtsreduktion nach einem Jahr, außerdem die Abbrecherquote untersuchen und für die Benutzer darstellen.
- Um die Diagnose zu optimieren, könnte e-Balance ein Checkliste mit empfohlenen Untersuchungen für Übergewichtige vor einer Gewichtsreduktion zur Verfügung stellen.
- Es sollte der obligatorische Arzt vorhanden sein, den die Richtlinien zur Prävention und Therapie von Adipositas fordern.

### ***B. Verhaltenstherapie***

Allgemein werden zwar alle Punkte die in einer Verhaltenstherapie bearbeitet werden auch bei e-Balance thematisiert, allerdings bleibt es fraglich ob durch das einmalige lesen tatsächlich Verhaltensänderungen hervorgerufen werden können.

- e-Balance könnte die Wichtigkeit der Coachletter mehr in Vordergrund stellen oder einen Weg finden die Verhaltenstherapie direkt auf [www.e-balance.de](http://www.e-balance.de) zu integrieren.
- Verhaltenstraining durch e-Learning  
Für den Teilnehmer könnte ein individuell abgestimmtes Trainingsprogramm zusammengestellt werden. Es gibt verschiedene Lerneinheiten, die je nach Geschwindigkeit des Teilnehmers bearbeitet werden. Das Training könnte mit

einer Einführung in das Thema beginnen, woraufhin ein interaktiver Onlinetest mit Auswertung folgen könnte, außerdem sollten regelmäßige Wochenaufgaben erfüllt werden. Diese werden anschließend von den Experten ausgewertet. Für Aufgaben und Tests könnten Punkte vergeben werden, die die Teilnehmer sammeln und ab einer bestimmten Punktzahl Lob von den Experten und eventuell andere Leistungen, wie einen anderen Status im Forum (z.B. Hilfsmoderator), bekommen.

- Im Tagebuch könnte der Button Notizen umgenannt werden in „Wohlfühlen“ oder ähnliches. Teilnehmer könnten ihre Lebensqualität regelmäßig, z.B. 1x in zwei Wochen mit Notizen und einer Note bewerten. Das Tagebuch sollte ihnen darstellen, wie sich der Gewichtsverlust positiv auf ihr Leben auswirkt – Motivation.
- Der Teilnehmer muss sich selber loben, wozu er auch in vielen Coachlettern aufgerufen wird. Allerdings wäre eine automatische E-Mail oder ein online-Feuerwerk bei dem Erreichen von dem Gewichtsziel oder einem konstant guten Nährstoffverhältnis über 5 Tage oder nach 4 Wochen regelmäßigem Sport treiben, besser. Der Teilnehmer braucht auch von außen Bestätigung, dass er sich auf dem richtigen Weg befindet. Die Umgebung (Freunde, Partner, etc.) nimmt die Gewichtsreduktion in der Regel spät wahr, zuvor haben bereits eine Menge Verhaltensänderungen statt gefunden, für die der Teilnehmer Lob verdient.

### ***C. Ernährungsbereich***

- Intensive Verdeutlichung der Bedeutung von „Ziel Null“. Die Wichtigkeit von der Gewichtsstabilisierungsphase wird zu wenig thematisiert. Eine Nachbehandlung von 3 Jahren sollte den zu Beginn Adipösen empfohlen werden.
- Interaktive Tests, zum Beispiel zum Ernährungsverhalten oder Ernährungswissen, könnten den Teilnehmer zusätzlich motivieren sich intensiver mit der Thematik auseinander zu setzen.

- Wird eine zu schnelle und starke Gewichtsreduktion in das Tagebuch eingetragen, sollte eine Warnung erfolgen, um den Teilnehmer vor Nebenwirkungen zu schützen und den JoJo-Effekt zu vermeiden.

#### ***D. Fitnessbereich***

- Gibt der stark übergewichtige Teilnehmer als Lieblingssportart Laufen an, könnte das Programm drauf hinweisen, dass es gelenkschonendere Sportarten gibt, wie Walken oder Fahrrad fahren.
- In der Rubrik Fitness sind auch Tätigkeiten wie „Treppen steigen“ oder sogar „lesen“ zu finden, diese sind jedoch eher als „Alltags-Bewegung“ zu betrachten und sollte deshalb auch nicht von den Teilnehmern in das Tagebuch eingetragen werden, worauf hin der Teilnehmer mehr Kalorien zur Verfügung hat und mehr essen kann.
- Der vom Programm erstellte Fitnessplan für Einstiger ist zu hart und sollte deswegen gemildert werden (siehe Tabelle 16 und folgendes Fallbeispiel).

#### ***E. Abschließender Überblick zu e-Balance***

Die Teilnehmer bekommen bei e-Balance eine nicht hundertprozentig abgedeckte Diagnostik zur ihrem Übergewicht und anschließend Lösungsansätze, in Form von einem individuellen Kalorieniveau, einem angepassten Menüplan und einem Fitnessplan von den Experten vorgeschlagen. Von 82 Bewertungskriterien und damit maximal 492 Punkten hat e-Balance 406 Punkte erreicht. Damit erfüllt das Programm ca. 82 Prozent der Qualitätskriterien. Im Hinblick auf bestimmte Punkte wie die Diagnostik, Verhaltenstherapie, das Fehlen eines Arztes und die Evaluierung des Programms ist noch Verbesserungsbedarf. Allerdings sind die wichtigsten Punkte wie eine gesunde kalorienreduzierte Ernährung, Steigerung des Bewegungsverhalten und viele Kriterien der Verhaltenstherapie bereits integriert und gut umgesetzt. Dabei orientiert sich das Programm an wissenschaftlichen Grundsätzen und erfüllt diese zum Großteil.

Durch die konkrete Benennung von Experten mit Foto, wird Vertrauen und eine Kundenbindung geschaffen. Durch den Kontakt über E-Mails, den Experten-Chat und das Forum können Fragen und Sorgen geklärt werden. Außerdem informiert das Programm in Fachbeiträgen und Coachlettern umfangreich über für den Teilnehmer relevante Themen, es werden alltagstaugliche Tipps gegeben und der Teilnehmer wird motiviert.

Die Frage, worum es sich bei e-Balance überhaupt handelt, bleibt offen: Hilfe zur Selbsthilfe, Therapie oder Beratung. Wahrscheinlich ist das auch gar nicht so pauschal zu beantworten, es kommt wohl individuell auf den Nutzer an. So ist e-Balance für Adipöse laut der Definition des *RKI* (siehe Kapitel IV.B) sicherlich eine Therapie, für Übergewichtige Beratung, gleichzeitig ist das Programm für alle eine Hilfe zur Selbsthilfe und bietet Aufklärung.

## **XV. Resümee**

Gibt man den Begriff „abnehmen“ in eine bekannte Suchmaschine ein, kommt es zur Zeit zu etwa 20.300.000 Treffern. Ob auf allen angezeigten Internetseiten wissenschaftlich korrekte Informationen verbreitet werden die dort jedem zur Verfügung stehen, darf ernsthaft bezweifelt werden. Ein Gütesiegel, für das bestimmte Qualitätskriterien erfüllt werden müssen, könnte Abhilfe schaffen.

Die Zahl der Übergewichtigen und Adipösen steigt kontinuierlich, obwohl gleichzeitig ein wachsendes Problembewusstsein der Gesellschaft zu bemerken ist, werden offensichtlich zu wenig Betroffene aktiv und suchen Hilfe in der Face-to-Face-Beratung. Das Internet bietet mit seiner Anonymität, der Zeit- und Ortsunabhängigkeit und den geringen Kosten Abhilfe für jene, für die die Face-to-Face-Beratung nicht in Frage kommt. Dazu kommt die ständig wachsende Verbreitung des Internets in allen Schichten, Geschlechtern, Alters- und Berufsgruppen. Auch Ratsuchende die auf Grund von Behinderungen, wie Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit, Geh- oder Sprechbehinderungen die Face-to-Face-Beratung nicht aufsuchen können oder möchten finden in der Onlineberatung eine Alternative. Damit haben Online-Adipositas therapieangebote die Möglichkeit nahezu alle Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Durch die Anonymität können Hemmschwellen und Kontaktängste überwunden werden.

Auch wenn die Erfolge von Onlinetherapien zur Gewichtsreduktion bisher kaum untersucht wurden, ist das Konzept vielversprechend. Wie der Vergleich zwischen xx-well, e.diets und e-Balance zeigt, arbeiten alle Programme mit ähnlichen Methoden. Es wird mit einer Diagnose auf Grund von einigen persönlichen Daten des Teilnehmers begonnen. Es folgen individuelle Menüpläne, die im Allgemeinen nicht nur die Kalorien, sondern auch das Nährstoffverhältnis anzeigen. Die Teilnehmer führen ein Tagebuch zur Selbstreflektion. Generell wird auch Sport und mehr oder weniger die Verhaltenstherapie integriert. Die Zielgruppe aller Programme sind gesunde Erwachsene. Schwangere, Stillende, Personen unter 18 und Menschen mit Essstörungen werden im Allgemeinen ausgeschlossen. Wichtige Informationen bei einer Gewichtsreduktion werden über Fachbeiträge und Newsletter (bzw. Coachletter) gegeben. Alle Portale arbeiten mit Rezeptdatenbanken. e.diets

und e-Balance bieten ihren Teilnehmern die Beratung über den Chat, per E-Mail, im Forum und die Telefonhotline an. xx-well verweist hingegen nur auf WeightWatchers-Treffen. Diese Programme bieten eine „Hilfe zur Selbsthilfe“, die den Teilnehmer die Aussicht auf Erfolg gibt.

Prinzipiell kann die Qualität von Internetportalen zur Gewichtsreduktion, wie am Beispiel von e-Balance dargestellt, hoch sein. Allgemein orientiert sich das Programm an den Richtlinien einer ambulanten Adipositas therapie und integriert Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie. Ein umfangreiches Expertenteam steht den Teilnehmern zur Verfügung. Die Menüpläne sind abwechslungsreich und ausgewogen. Das Portal ist an die individuellen Bedürfnissen des Teilnehmers angepasst, die Handhabung ist unkompliziert und flexibel. Ernährungsinformationen schaffen erweitertes Ernährungswissen und können eine Verhaltensänderung bewirken. Die Ernährungsberatung und das Führen eines Onlinetagebuchs ermöglicht es dem Teilnehmer, sich über das Schreiben selbst zu reflektieren.

Auch wenn die Onlinekommunikation einige Einschränkungen, wie begrenzte Rückmeldemöglichkeiten bei asynchroner Kommunikation, der nicht gleichwertige Ersatz von nonverbalen Botschaften und die schwierigere Einschätzung des Gegenübers unterworfen ist, muss sich ebenfalls vor Augen geführt werden, dass auch die Face-to-Face-Beratung Grenzen unterlegen ist und die Onlinekommunikation ebenso bestimmte Vorteile bietet. So kann der Teilnehmer einer Onlineberatung auf Antworten, Ratschläge und Tipps des Beraters durch die Möglichkeit der Archivierung immer wieder zurückgreifen und diese auf sich wirken lassen. Durch die Anonymität werden zum Teil bereits in der ersten Anfrage der Teilnehmer persönliche Probleme geäußert, innere Konflikte dargestellt und um Hilfe gebeten. Die intensive Betreuung durch Experten ist täglich per E-Mail und regelmäßig im Chat oder per Telefonhotline gewährleistet.

In der Onlineberatung stehen den Teilnehmern verschiedene Kommunikationswege offen, zwischen denen sie sich je nach Vorlieben und Fähigkeiten entscheiden können. Die asynchrone Kommunikation über E-Mails ist besonders für die Menschen geeignet, die Schwierigkeiten haben ihre Anliegen zu formulieren oder aber sehr umfangreiche Anfragen haben oder sich unsicher in dem Umgang mit

synchroner Onlinekommunikation wie dem Chat oder Forum fühlen. Im Forum können alle Teilnehmer alle Anfragen, Resonanzen und Beiträge über die Erfahrungen anderer Teilnehmer lesen und darauf reagieren. Durch die Beteiligung und teilweise Moderation durch Experten wird das Forum wissenschaftlich betreut. Der Expertenchat ist besonders für unpersönliche Fragen und Anliegen geeignet, da andere Teilnehmer mitlesen können, es können auch persönlich, aber weniger umfangreiche Anliegen in der Flüsteroption angesprochen werden, da der Experte auf mehrere Teilnehmer gleichzeitig eingehen muss. Der E-Mailverkehr eignet sich besonders für komplexere und persönlichere Fragen oder Hilfesuche. Der Teilnehmer führt hierbei ein persönliches „Gespräch“, ohne andere „Zuhörer“ mit dem Experten.

Eine in naher Zukunft noch unüberwindbare Hürde bleibt die umfassende klinische Online-Diagnose und die Beobachtung des Gesundheitsstaus der Teilnehmer. Diese muss extern gewährleistet werden, daher sollten empfohlene Untersuchungen bei Beginn einer Ernährungsberatung zur Gewichtsreduktion im Programm dargelegt werden.

Durch die Besonderheiten der Onlineberatung ist es besonders wichtig, dass die Portale über qualifizierte Berater verfügen. Um die speziellen Anliegen von Übergewichtigen korrekt und schnell zu beantworten, müssen die Experten bereits Erfahrungen mit der Beratung von Übergewichtigen besitzen. Sie sollten praktische Tipps und Ratschläge einfließen lassen, über Einfühlungsvermögen verfügen, sich auf den Teilnehmer einstellen und anpassen können und sie müssen über eine Schreib- und Lesestärke verfügen.

Ob Internetportale zur Gewichtsreduktion für jeden Übergewichtigen oder Adipösen geeignet sind? Nein, sicher nicht! Genau wie andere Gewichtsreduktionsmethoden sind diese nicht für jedermann passend. Internetportale zur Gewichtsreduktion sollten nicht in Konkurrenz zur Face-to-Face-Beratung gesetzt werden, sondern als bereicherndes Angebot wahrgenommen werden. Je nachdem ob eine Person besser unter dem öffentlichen Druck einer Gruppe, mit einer Beraterin oder eben ganz alleine und anonym für sich abnehmen kann, gibt es zum Glück vielfältige

Angebote die jeweils Vor- und Nachteile besitzen aber nicht generell besser oder schlechter geeignet sind.

Personen die mit Hilfe von Therapieprogrammen abnehmen möchten, müssen zur Zeit bei Fehlen eines Gütesiegels noch selbst vor Beginn abklären, ob die Methode den Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme entspricht und feststellen ob ihnen die Form zusagt. Persönliche Kriterien wie die Frage, ob das Programm den Zielen und Charakteristika entspricht sollten unbedingt im voraus geklärt werden. Auch die Frage nach Kosten und Nutzen muss jeder für sich selbst abwägen.

Künftig könnte bei Vorhandensein eines Gütesiegels und entsprechend erfolgreichen Evaluierungen der Ergebnisse von Abnehmportalen sogar die (evtl. teilweise) Kostenübernahme von Krankenkassen diskutiert werden.

## **XVI. Zusammenfassung**

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, eine neue Möglichkeit der Ernährungsberatung Übergewichtiger - die Onlineberatung - zu untersuchen. Dazu werden die Richtlinien für die Therapie und Prävention von Adipositas und Qualitätsmerkmale zu Onlineberatung herangezogen.

Im theoretischen Teil der Arbeit werden zunächst die Grundlagen der Adipositas, die aktuelle Situation von Adipositas in Deutschland und der EU, die Möglichkeiten ihrer Therapie und die Anforderungen an ambulante Programme zur Gewichtsreduktion dargestellt. Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie sind dabei die drei Säulen der Gewichtsreduktion und werden detailliert dargestellt.

Folgend wird das Internet als neues Massenmedium und dessen Funktionen und Eignung für Aufklärung, Beratung und Therapie diskutiert. Verschiedene Online-Kommunikationswege und deren Besonderheiten werden gezeigt, Unterschiede zur Face-to-Face-Kommunikation verdeutlicht. Qualitätsmerkmale für Onlineberatungen werden ausgearbeitet und die Vor- und Nachteile von Onlinetherapien dargestellt. Es werden Leistungen, aber auch Grenzen der Onlineberatung aufgeführt.

Das Kernstück der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich konkret mit Internetportalen zur Gewichtsreduktion, wobei Gründe für die Nutzung solcher Programme klar werden und Zielgruppen definiert werden. Die Darstellung von drei verschiedenen Portalen erfolgt. xx-well und e.diets werden dabei kurz vorgestellt, e-Balance findet intensiv Betrachtung. e-Balance wird auf die im theoretischen Teil erarbeiteten Qualitätsmerkmale untersucht und bewertet. Darüber hinaus sollen neue Erkenntnisse zu eventuellen Gestaltungsverbesserungen gewonnen werden.

## **XVII. Abstract**

The aim of the existent work is to examine a new possibility of the nourishing consultation of overweighty – the online consultation. In addition to the guidelines for the therapy and prevention are consulted by adiposity and quality criteria for online consultation.

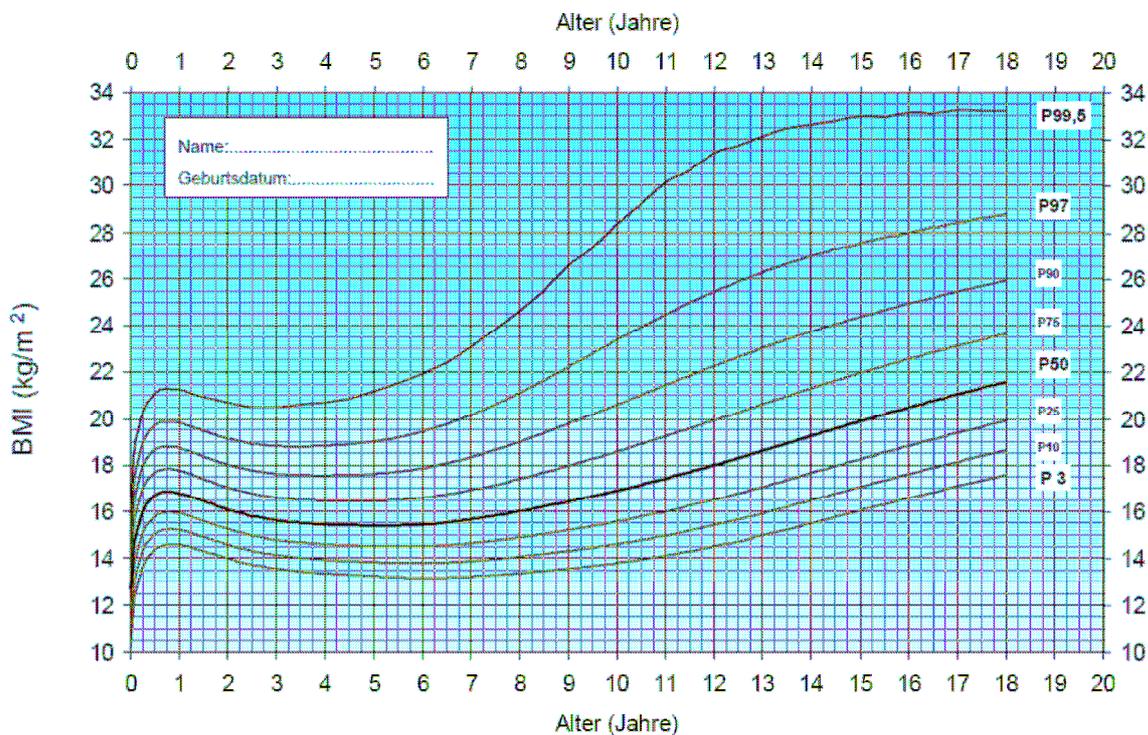
In the theoretical part of the work first the bases of the adiposity, the current situation are represented by adiposity in Germany and the European Union, the possibilities of their therapy and the requirements to ambulatory programs for the weight reduction. Nourishing movement and behavior therapy is thereby the three columns of the weight reduction and is in detail represented.

Following that is discussed Internet as new mass medium and its functions and suitability for clearing-up, consultation and therapy. Different online of communication ways and their characteristics is shown, clarified differences to the face-to-face-communication. Quality criteria for online consultation are prepared and the pro and cons by on-line therapies are represented. Achievements, in addition, borders of online consultation are specified.

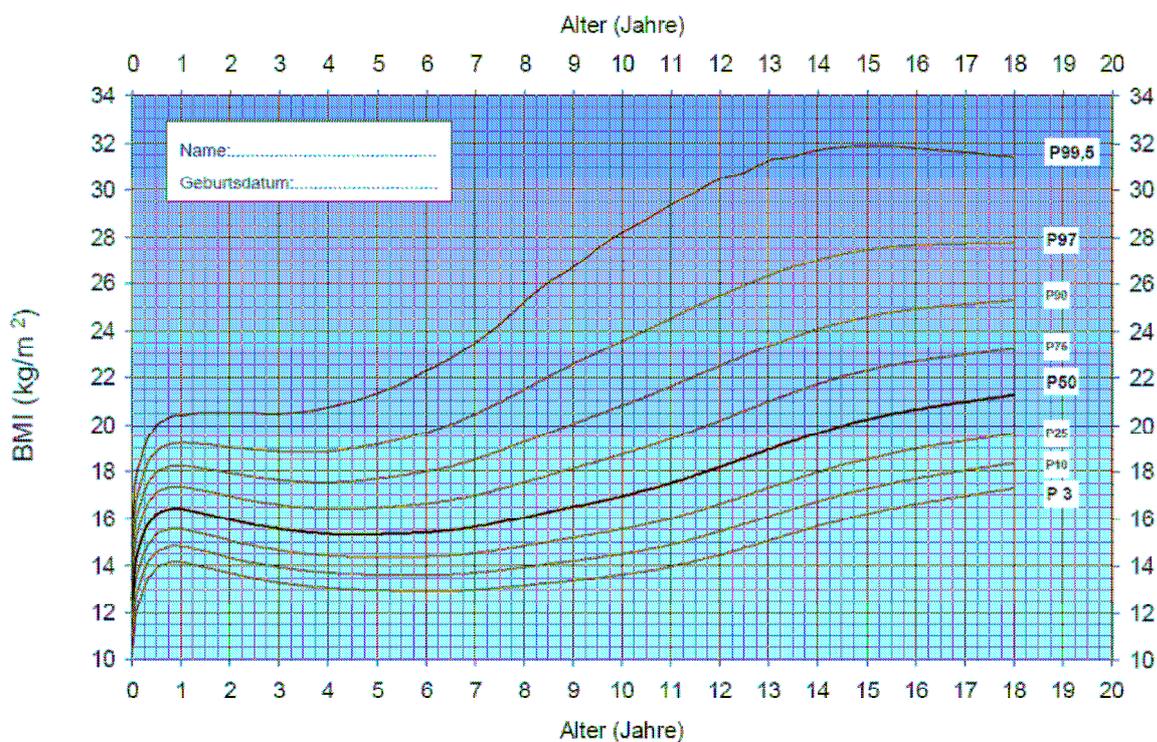
The principal item of the existent work is involved concretely with Internet portals for weight reduction, whereby reasons for the use of such programs become clear and target groups are defined. The representation of three different portals takes place. xx-wave and e.diets thereby are introduced briefly, e-Balance will find intensive consideration. e-Balance is examined and evaluated for the quality criteria compiled in the theoretical part. Beyond that new cognitions possible improvements of the arrangement are to be won.

# XVIII. Anhang 1<sup>115</sup>

## Perzentilkurven für den Body Mass Index (Jungen 0 - 18 Jahre)



## Perzentilkurven für den Body Mass Index (Mädchen 0 - 18 Jahre)



<sup>115</sup> K. Kromeyer-Hauschild, M. Wabitsch, D. Kunze et al.: Monatsschr. Kinderheilk. 149 (2001) 807-818.

## XIX. Anhang 2

### Checkliste Ernährungsverhalten

1. Frisches Obst, Rohkost und Salate sind täglich 5 mal auf meinem Speiseplan.
2. Möglichst täglich ausschließlich Vollkornprodukte verzehren, z. B. in Form von Vollkornbrot, -brötchen, -zwieback, -kekse, -knäckebrötchen, Müsli (-riegel), Natur-Reis oder Vollkornnudeln.
3. Ich esse regelmäßig. Täglich mindestens 3, 4 oder mehr Mahlzeiten.
4. Ich achte beim Einkauf, bei der Zubereitung und beim Essen auf fettarme und frische Lebensmittel und Speisen.
5. Ich genieße bewusst und lasse mir möglichst viel Zeit beim Essen.
6. Fettarme Milchprodukte erscheinen täglich auf dem Speiseplan, z. B. als Milch, Joghurt, Quark oder Käse.
7. Ich achte auf abwechslungsreiche Ernährung. Ich probiere gern neue Rezepte aus oder esse auch gern neue Gerichte im Restaurant.
8. Kartoffeln (nicht Pommes frites), Reis oder Nudeln sind für mich neben Gemüse Hauptbestandteil meiner Mahlzeit.
9. Ich esse täglich hochwertige, pflanzliche Öle und fettreiche pflanzliche Lebensmittel, wie z. B. Avocado, Oliven, Sojaprodukte, Kerne und Nüsse (Meerestiere).
10. Ich trinke täglich mindestens zwei Liter energiefreie Flüssigkeit.
11. Ich esse mindestens einmal die Woche Meerestiere.
12. Ich esse selten Fertiggerichte, außer Haus oder in der Kantine.
13. Die kleinen „Ernährungssünden“ wie Süßigkeiten und Alkohol teile ich mir bewusst ein und verzehre diese Dinge nicht mehr als zwei- bis dreimal pro Woche.

## XX. Literaturverzeichnis

1. Badenhoop, K.; Usadel, K. (2003): Adipositas: Unterschätztes gesundheitspolitisches Problem in Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 20 von 05.2003
2. Ball, D. (2006): Methodik der E-Mail Beratung am Beispiel der Krisenintervention suizidaler Jugendlicher in e-beratungsjournal.net Heft 2, September 2006. abrufbar unter: [http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe\\_0206/ball.pdf](http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0206/ball.pdf), aufgerufen am 10.01.2007
3. Batanic, B. (2000) Internet für Psychologen; Göttingen, Berlin, Toronto, Seattle: Hogrefe 2000, S. 509 -549
4. Bleichner, F., et. al. (2005) Deutsche Adipositas Gesellschaft: Adipositastherapie in Reha-Kliniken. Abrufbar unter [www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Reha-Leitlinien-2005-10-09.pdf](http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Reha-Leitlinien-2005-10-09.pdf) 2003, aufgerufen am 12.01.2007
5. Dannenberg, A. (2006): Wie finde ich eine seriöse Ernährungsberatung? Fit mit dem WDR – Folge 2: 2006, aufrufbar unter [http://www.wdr.de/tv/service/gesundheit/inhalt/20060109/b\\_5.phtml](http://www.wdr.de/tv/service/gesundheit/inhalt/20060109/b_5.phtml), aufgerufen am 03.01.2007
6. EBalance GmbH, Speersort 1, in 20095 Hamburg
7. Ellrott, T. Pudal, V. (1998): Adipositastherapie Aktuelle Perspektiven. Stuttgart; New York: Thieme 1998, S.3
8. Europäische Ministerkonferenz der WHO (2006) zur Bekämpfung der Adipositas, Ernährung und Bewegung für die Gesundheit, Istanbul, abrufbar unter [http://www.euro.who.int/Document/NUT/Istanbul\\_Conf\\_flyer\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/Document/NUT/Istanbul_Conf_flyer_G.pdf), aufgerufen am 20.02.2007
9. Hauner et al. (2000). Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme. Eine gemeinsame Initiative der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin, Deutschen Gesellschaft für

Ernährung, Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. Adipositas, 10, Heft 19

10. Hauner H, et. al. (2006) Prävention und Therapie der Adipositas. Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. Version 2006
11. Hauner, H. (2007): Else Kröner-Fresenius- Zentrum für Ernährungsmedizin der Technischen Universität München: Prävention und Therapie von Adipositas und seinen Folgen, aufrufbar unter [www.gsf.de/flugs/ernaehrung\\_pdf/hauner.pdf](http://www.gsf.de/flugs/ernaehrung_pdf/hauner.pdf); Stand 12.2007
12. Hebebrand, J., et. al. (2004): Ist Adipositas eine Krankheit? Interdisziplinäre Perspektiven Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 37 vom 09.2004
13. Heller, K. (2002). Psychosoziale Beratung im Internet. kommunikation@gesellschaft, Jg. 3, 2002 [http://www.uni-frankfurt.de/fb03/K.G/B1\\_2002\\_Heller.pdf](http://www.uni-frankfurt.de/fb03/K.G/B1_2002_Heller.pdf), aufgerufen am 20.02.2007
14. Hintenberg, G. (2006) **\*taschentuchreich\*** – Überlegungen zur Methodik der Chatberatung bei Online –Beratung E-beratungsjournal.net abrufbar unter [http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe\\_0206/hintenberger.pdf](http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0206/hintenberger.pdf), aufgerufen am 03.01.2007
15. Kral, G. (2005): Psychologische Beratung im Internet - Notwendigkeit und Möglichkeiten in e-beratungsjournal.net Heft 1, September 2005, abrufbar unter [http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe\\_0105/kral.pdf](http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0105/kral.pdf), aufgerufen am 03.01.2007
16. Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, et.al.: Monatsschr. Kinderheilk. 149 (2001) 807-818.
17. Mensink et. Al. (2002) Robert Koch-Institut: Was wir essen Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin

18. Merkle, W., Knopf, H. (2005): Ernährungsverhalten und Ernährungsberatung. Schriftreihe zur Entwicklung sozialer Kompetenz. Berlin: Rhombos- Verlag
19. Morsi, G. (2002): Internetleitfaden Ernährung; Stuttgart; New York: Tieme
20. MS: Verhaltenstherapie bei Adipositas: Gewichtsreduktion allein genügt nicht  
Deutsches Ärzteblatt 2, Ausgabe 05.2003
21. Österreichische Adipositasgesellschaft (OGE): Erster österreichischer Ernährungsbericht 2006 Grundlagen für zukünftige Handlungsfelder Kinder Jugendliche Erwachsene
22. Petermann, F., Pudiel, V. (2003): Übergewicht und Adipositas. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe Verlag
23. Petzold, M. (2006): Psychologische Aspekte der Online- Kommunikation in e-beratungsjournal.net Heft 2, September 2006
24. Knatz, B. (2006): Qualitätsstandards für Online-Beratung in e-beratungsjournal.net Heft 1 Artikel 5 abrufbar unter [www.e-beratungsjournal.net/ausgabe\\_0106/knatz.pdf](http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0106/knatz.pdf), aufgerufen am 22.12.2007
25. Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsausbildung in Deutschland; Vom Koordinierungskreis beschlossene Fassung 2006 [www.vdoe.de/rahmenvereinbarung.pdf](http://www.vdoe.de/rahmenvereinbarung.pdf), aufgerufen am 10.12.2007
26. Robert Koch Institut, in Zusammenarbeit mit dem Statistisches Bundesamt (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Übergewicht und Adipositas. Heft 16
27. Robert Koch Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Themenheft 16 Übergewicht und Adipositas 2003
28. Seib, U. (2003): Arbeitsbuch Ernährung und Diätetik. München; Jena: Urban und Fischer Verlag

29. Statistisches Bundesamt Deutschland 2005 abrufbar unter  
[http://www.destatis.de/download/d/veroe/Pressebrochuere\\_IKT2005.pdf](http://www.destatis.de/download/d/veroe/Pressebrochuere_IKT2005.pdf),  
aufgerufen am 22.12.2006
30. Statistisches Bundesamt Deutschland 2006 Körpermaße der Bevölkerung  
nach Altersgruppen Ergebnisse der Mikrozensus-Befragung im Jahr 2005  
<http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab8.php> aufgerufen am 22.12.2007
31. TNS Infratest; Initiative D21: Frauen und Männer im Internet noch immer nicht  
gleich; Bielefeld, Berlin: 2006
32. Van Eimer, B., et. al.: ARD/ZDF-Online- Studie 2003 Internetverbreitung in  
Deutschland: Unerwartet hoher Zuwachs
33. Jahnen, A., 2006 Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für  
Ernährungsmedizin abrufbar unter  
[www.dgem.de/material/pdfs/ernaehrung06/Vortrag\\_Jahnen\\_DGEM\\_Kongress  
\\_\\_03.06.06\\_.pdf](http://www.dgem.de/material/pdfs/ernaehrung06/Vortrag_Jahnen_DGEM_Kongress__03.06.06_.pdf), aufgerufen am 22.12.2007
34. Watzlawick, P., et. Al. (2000): Menschliche Kommunikation. Formen  
Störungen Paradoxien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle,: Verlag Hans Huber
35. Wechsler, J., G. (2003): Adipositas Ursachen und Therapie. Berlin, Wien:  
Blackwell Verlag
36. Weltgesundheitsorganisation Europa, Faktenblatt Kopenhagen, Bukarest  
09.2005
37. WHO Europäische Ministerkonferenz zur Bekämpfung der Adipositas (2006):  
10 x Wissenswertes über Adipositas
38. Wirth, A. (2000): Adipositas Epidemiologie Ätiologie Folgeerkrankungen  
Therapie. Berlin; Heidelberg; New York: Springer-Verlag
39. [http://www.bitkom.de/de/presse/43408\\_41826.aspx](http://www.bitkom.de/de/presse/43408_41826.aspx), aufgerufen am  
01.01.2007

40. <http://www.uni-hohenheim.de/wwwin140/info/interaktives/bmi.htm>, aufgerufen  
am 01.01.2007

## **XXI. Eidesstattliche Erklärung**

# EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

---

Hiermit versichere ich, die vorliegende Arbeit selbständig, ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der von mir angegebenen Quellen angefertigt zu haben. Alle aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche gekennzeichnet. Die Arbeit wurde noch keiner Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt.

---

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Nachname)

## XXII.Tabellarischer Lebenslauf

### Zur Person

Geburtsdatum und Ort: 30.04.1982 in Hamburg  
Familienstand: ledig, keine Kinder

### Schulbildung

1988-1992 Grundschriftule Rothestraße  
1992 -1998 Max- Brauer- Gesamtschule  
Abschluss: Realschulabschluss  
1998 - 2000 Fachoberschule für Sozialpädagogik  
Abschluss: Fachhochschulreife  
Ab 2002 Studium der Ökotröphologie an der Hochschule für angewandte Wissenschaften

### Berufliche Tätigkeiten

Neben dem Studium:  
Aushilfstätigkeit bei der e-Balance GmbH  
Teilzeitkraft in einem Pharmazeutischen Großhandel  
Freiberufliche Tätigkeit als Ernährungsfachkraft der HSV Herrenbundesliga

### Besondere Kenntnisse

EDV: *Betriebssystem: Windows Textverarbeitung: Word*  
Sprachkenntnisse: Englisch (Fortgeschritten), Spanisch (Grundkenntnisse)

Hamburg, den 14.04.2007