

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Departement Ökotrophologie

**Patientenbefragungen zur
Qualitätssicherung
in der stationären Adipositas therapie**

- Diplomarbeit -

vorgelegt am 03.08.2007

von

Ruben Danneberg



Referenten.:

Prof. Dr. Joachim Westenhöfer

Dipl. oec. troph. Andrea Kühn-Dost

Danksagung

Für die Realisierung und die Unterstützung der Arbeit möchte ich mich bei der Klinik Lüneburger Heide bedanken, insbesondere bei meinen beiden Ansprechpartnern Andrea Kühndost und Dr. Michael Waldhubel.

Zudem geht ein Dank an Prof. Dr. Joachim Westenhöfer für die erhaltene Unterstützung und die Betreuung von Seite der Hochschule.

Ein besonderer Dank geht an meine Familie für die geleistete Geduld und die Rücksichtnahme während der gesamten Bearbeitungszeit.

Ebenso gilt mein Dank meinen Eltern für die fachliche Unterstützung und auch für die finanzielle Unterstützung, die dieses Studium überhaupt erst ermöglicht hat.

Dank schulde ich auch meinen Freunden, die durch das Korrekturlesen der Texte eine wichtige Aufgabe übernommen haben. Namentlich zu nennen sind hier Thomas, Arne und Tobias.

Und zu guter Letzt geht ein großer Dank an meinen Leidgenossen Benjamin, der mir durch den regelmäßigen fachlichen Austausch und durch die gegenseitige Motivation eine große Hilfe bei der Erstellung der Arbeit war.

Anmerkung

In der vorliegenden Arbeit wurde zur verbesserten Lesbarkeit auf die Verwendung der weiblichen Geschlechtsform verzichtet, selbstverständlich sind in den Ausführungen aber immer beiden Geschlechtern gleichbedeutend gemeint und eine Benachteiligung der weiblichen Form ist nicht beabsichtigt.

Inhalt

	Seite
1 Einleitung	5
2 Qualitätsmanagement	6
2.1 Begriffsdefinitionen.....	6
2.2 Qualitätsmanagementsysteme.....	10
2.3 Messung von Qualität.....	17
3 Patientenbefragungen	21
3.1 Patientenbefragung und Qualitätssicherung	21
3.2 Persönliche-mündliche Befragung.....	24
3.3 Schriftliche Befragung.....	26
3.4 Telefonische Befragung.....	31
3.5 Bewertung der Befragungsarten.....	32
4 Die Klinik	35
4.1 Adipositas.....	37
4.2 Weitere Erkrankungen.....	51
4.2.1 Bulimia nervosa.....	51
4.2.2 Binge-Eating-Disorder.....	54
4.2.3 ADHS.....	56
5 Methode	60
5.1 Entwicklung der Untersuchungsformulare.....	60
5.2 Durchführung der Patientenbefragung.....	63
5.3 Patientenkollektiv.....	65
6 Ergebnisse	66
7 Diskussion	73
8 Zusammenfassung	76
9 Abstract	77
10 Abbildungsverzeichnis	78
11 Tabellenverzeichnis	78
12 Literaturverzeichnis	79
Anhang	84

Liste der Abkürzungen

ADM	Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V.
AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
DAG	Deutsche Adipositas Gesellschaft
DIN	Deutsches Institut für Normung
EFQM	European Foundation for Quality Management
ISO	International Standard Organization
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
TQM	Total Quality Management

1 Einleitung

Patientenbefragungen sind in Kliniken ein wichtiger Faktor zur Bestimmung der Qualität. Im Rahmen des Qualitätsmanagements spielt die Patientenorientierung eine bedeutende Rolle. Die Inhalte von Befragungen sind in der Regel Bewertungen der Prozess- und Strukturqualität der klinischen Einrichtungen. Für die Ermittlung der Ergebnisqualität sind poststationäre Befragungen nötig, in denen der Behandlungserfolg nach klar definierten Erfolgskriterien bestimmt wird. Bei der Behandlung von Adipositas ist eine Untersuchung des Langzeiterfolgs der Behandlung von Interesse, da die Erfolgsquoten der gängigen Therapien bisher unbefriedigend sind und sich aufgrund der wachsenden Probleme und finanziellen Belastungen durch Übergewicht die Frage nach erfolgreichen Therapieformen stellt.

Das Ziel dieser Arbeit ist die Einführung eines Systems zur langfristigen Untersuchung des Behandlungserfolgs in der Adipositastherapie in einer psychosomatischen Klinik. Das System soll das Therapiekonzept evaluieren und die Klinik durch den Nachweis einer erfolgreichen Adipositastherapie bei den Krankenkassen empfehlen. Für die Katamnesestudie wurde ein Fragebogen zur Befragung ehemaliger Adipositas-Patienten entwickelt und die Patienten ein halbes nach Ende der Therapie befragt. Die Patienten wurden nach ihrem Gewicht, ihrem Ernährungs- und Bewegungsverhalten, sowie nach den Begleiterkrankungen der Adipositas befragt. Die Befragung soll über 5 Jahre hinweg, erst halbjährlich und später jährlich, fortgesetzt werden um Langzeitergebnisse des Therapieerfolgs zu erhalten.

Die Befragungsmethodik galt es so zu optimieren, dass eine möglichst hohe Rücklaufquote erzielt wird. In der Arbeit wird zudem untersucht, ob eine Befragung per Telefon oder Email den Aufwand der Befragung reduziert und ob mit den Methoden ein höherer Rücklauf erzielt werden kann. Gleichzeitig galt es den Aufwand für die Durchführung der Befragungen möglichst gering zu halten, da die Befragungen langfristig stattfinden sollen und von den Ernährungsfachkräften in ihrem normalen Berufsalltag durchgeführt werden sollen.

Die Arbeit beginnt mit einer Ausführung über Qualitätsmanagement, in der die Bedeutung der Patientenorientierung in den gängigen Qualitätsmanagementsystemen herausgearbeitet ist. Es folgt eine Darstellung von Befragungsmethoden mit einer abschließenden Bewertung der Methoden für eine Patientenbefragung. Anschließend werden die Klinik, in der die Befragung durchgeführt wurde, und die dort behandelten Erkrankungen vorgestellt. Als Nächstes werden die Entwicklung des Fragebogens und die Durchführung der Befragung dargestellt. Schließlich folgt eine Auswertung der Befragung und eine abschließende Diskussion der Ergebnisse und der Fragestellung.

2 Qualitätsmanagement

Krankenhäuser und Kliniken sind seit dem 01.01.2000 nach dem Sozialgesetzbuch V zur Einrichtung von Qualitätsmanagement verpflichtet. Da die Begriffe des Qualitätsmanagements sich teilweise verändert haben oder entsprechend der aktuellen Definitionen teilweise falsch verwendet werden, folgt eine Darstellung der Begriffe des Qualitätsmanagements. Für die Umsetzung von Qualitätsmanagement gibt es verschiedene Modelle, das zentrale Anliegen des Qualitätsmanagements ist immer die Verbesserung der Qualität der erzeugten Produkte oder Dienstleistungen. Für eine Verbesserung ist eine Messung der Qualität notwendig, wobei meist in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden wird.

2.1 Begriffsdefinitionen

Die Begriffe des Qualitätsmanagement sind nicht einheitlich definiert. Aufgrund der Entwicklungen in diesem Bereich werden Begriffe oftmals fälschlicherweise synonym verwendet, deshalb ist vorweg eine Erklärung der Begriffe notwendig. Anerkannte Definitionen findet man in den DIN EN ISO 9000 Normen, welche aus dem industriellen Sektor stammen. Diese Definitionen lassen sich trotz ihres Anspruchs auf Allgemeingültigkeit nur mit einem gewissen Interpretationsspielraum auf den Bereich Gesundheitswesen übertragen. Zusammen mit Definitionen von weiteren Autoren wird hier eine ausreichende Erklärung der Begriffe des Qualitätsmanagements versucht.

Qualität

Der Begriff des Wortes „Qualität“ stammt von dem lateinischen Wort „qualitas“ und wird im Wörterbuch als „Eigenschaft“ oder „Beschaffenheit“ übersetzt. Somit hat das Wort an sich eine neutrale Bedeutung, kann aber über alle Anwendungsbereiche hinweg mit komplexen Konstrukten und Werturteilen einhergehen.

Die Qualität an sich gibt es nicht. Qualität ist zweckgebunden an Ziele und Funktionen mit qualitativen und quantitativen Eigenschaften aus denen eine Messung der Qualität hervorgeht. Dabei stellt die Qualität eine kontinuierliche Größe zwischen gut und schlecht dar (Herzog, 2000, S. 3).

Im Bereich des Qualitätsmanagement wird Qualität in der ISO-9000 Norm als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale [oder, Anm. d. Verf.] Anforderungen erfüllt“ werden definiert (DIN, 2000, S. 18).

Für den klinischen Bereich wird Qualität als „die Summe von Eigenschaften und Merkmalen jener Teilleistungen in der Behandlungskette, die die Erfüllung der Patientenerwartungen sicherstellt und dem heutigen medizinischen Standard entspricht“ (Nagorny/Plocek, 1997, S. 7) oder als „Komponente des Unterschieds zwischen idealem und tatsächlichem Ergebnis, die dem Anbieter unter Berücksichtigung seiner Arbeitsmöglichkeiten zugeschrieben werden kann“ definiert (Kaltenbach, 1993, S. 78).

Die Qualität im medizinischen Bereich „bezieht sich auf die Differenz zwischen dem, was bei der Patientenbehandlung erreicht werden kann, und dem, was tatsächlich erzielt worden ist“ (Hauke, 1994, S. 11).

Qualitätsmanagement

In der von dem Deutschen Institut für Normung (DIN) entwickelten DIN EN ISO 9000 Norm zur Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement ist QM definiert als „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität.“ (DIN, 2000, S. 21). Mit dieser allgemeinen Definition soll die Gültigkeit und Anwendbarkeit der Norm für Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen unterstrichen werden. Des Weiteren wird verdeutlicht, dass Qualitätsmanagement als zentrale, das ganze Unternehmen betreffende Aufgabe zu sehen ist.

Der Begriff Qualitätsmanagement ersetzt seit März 1992 mit Inkrafttreten der DIN EN ISO 8402 Norm und späteren DIN EN ISO 9000 Norm den Begriff der Qualitätssicherung als Oberbegriff für nach Qualität strebende Tätigkeiten eines Unternehmens (Kamiske et al., 2006, S. 206).

Die Maßnahmen des Qualitätsmanagement dienen, durch der Vermeidung von Fehlern und der Optimierung von Abläufen, der Verbesserung der erzeugten Produkte bzw. Dienstleistungen. In einem Qualitätsmanagement-Konzept inbegriffen sind die Instrumente Qualitätsplanung, Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle. Ein deutlicher Unterschied zwischen der Qualitätssicherung und dem Qualitätsmanagement ist die Annahme, dass es in einem Unternehmen keine Prozesse oder Abläufe gibt, die nicht verbessert werden können. Somit unterliegt das gesamte Unternehmen und alle in ihm ablaufende Prozesse beim Qualitätsmanagement einem kontinuierlichem Verbesserungsprozess (Raidl, 2001, S. 29 ff.).

Der „Hauptunterschied zwischen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement ist die systematische und zielgerichtete Vorgehensweise, die durch aufeinander abgestimmte Maßnahmen

bestimmt wird. Erst das Zusammenführen einzelner Qualitätsbemühungen auf der Grundlage einer gemeinsamen Zielsetzung ermöglicht die Umsetzung der Qualitätsmanagement-Philosophie“ (Nagorny et al., 1997, S.12).

Wenn das gesamte Unternehmen in das Qualitätsmanagement mit einbezogen und umfassend entsprechend der Qualitätspolitik ausgerichtet wird, kann eine Annäherung an die übergeordnete Strategie des Total Quality Management (TQM) erfolgen (Kamiske et al., 2006, S. 208).

Qualitätssicherung

Die historische Grundlage der Qualitätssicherung (QS) stammt von der US-Amerikanische Rüstungsindustrie, welche die bestehenden Warenendkontrollen in Qualitätskontrollen während der Produktion umwandelte. QS bedeutet eine ständige Kontrolle der Produktion oder Dienstleistung. Hierbei herrscht die Annahme vor, dass jeder Bereich für die Qualität eines Produktes oder einer Leistung verantwortlich ist. So soll versucht werden, Fehler in der Planung zu finden, auf die 75 Prozent der auftretenden Fehler zurück zu führen sind (Ebenda, S. 7).

Die DIN ISO Norm 9000 bezeichnet Qualitätssicherung als „Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden“ (DIN, 2000, S. 21). Zum Erzeugen des Vertrauens müssen die Anforderungen an die Produkte bzw. an die Qualität der Produkte ermittelt werden. Durch die Sicherung der Qualität und einer immer gleichbleibenden gelieferten Qualität soll Vertrauen in das Produkt und den Hersteller des Produkts erzeugt werden.

Qualitätssicherung wird in interne und externe Qualitätssicherung unterschieden. Bei der internen Qualitätssicherung wird internes Datenmaterial verglichen und daraus steigende und sinkende Qualität bestimmt. Durch die Prüfung des eigenen Handelns alleine ist es aber nicht möglich das Niveau der erbrachten Qualität zu bestimmen. Von daher ist eine externe QS von Nöten, welche einen Vergleich mit anderen Anbietern beinhaltet und so erst einen Vergleich der Leistungen ermöglicht. Im Gesundheitsbereich werden dazu standardisierte Datensätze veröffentlicht. Anhand der Daten lassen sich Kliniken untereinander vergleichen (Raidl, 2001, S. 30).

Grundsätzlich gilt, dass die externe QS von der internen QS abhängig ist. Teilweise wird versucht die externe und die interne QS zu trennen und nur noch eine interne Qualitätssicherung durchzuführen. Lässt man allerdings die externe QS weg, fehlt eine Vergleichsgrundlage und

2.1 Begriffsdefinitionen

das Qualitätsniveau der eigenen Arbeit kann nicht mehr bestimmt werden, da vergleichbare Daten von Dritten als Basis für einen Vergleich fehlen (Spörkel et al., 1997, S. 33).

Durch diesen Vergleich der Kliniken wird der Standort gegenüber der Wettbewerber bestimmt. Die Leistungserbringer wissen somit, wie hoch die erbrachte Qualität zu bewerten ist und erhalten dadurch ein Feedback zu den erbrachten Leistungen. Der Kostenträger erhält so eine Bewertungsgrundlage für das Preis-Leistungsverhältnis. Im internationalen Kontext gesehen wird durch Qualitätssicherung ein länderübergreifender Vergleich der Qualitätsniveaus möglich (Raidl, 2001, S. 31).

Als Gründe für eine Sicherung der Qualität ist neben der Standortbestimmung durch Vergleiche mit anderen Anbietern die Erfüllung des von den Patienten entgegengebrachte Vertrauen in die Qualität zu nennen. Der Patient ist im Krankenhaus ein „Laie“ und kann die erbrachten Leistungen nicht adäquat bewerten. Trotz der selbstbewusster und kritischer gewordenen Patienten sollten die Kliniken zur Erfüllung des Vertrauen der Patienten die bestmögliche Qualität anstreben und dafür Sorge tragen diese dauerhaft zu gewährleisten. Dies ist insbesondere aufgrund des steigenden wirtschaftlichen Drucks, dem die Kliniken ausgesetzt sind zu beherzigen, um so der Gefahr dass die Qualität der Versorgung zur Variablen wird entgegenzuwirken. Durch Qualitätssicherung kann verhindert werden, dass der Patient als schwächstes Glied in der Kette den wirtschaftlichen Druck in Form von schlechter Qualität zu spüren bekommt (Spörkel et al., 1997, S.32 ff.; Raidl, 2001, S. 30).

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist an sich nichts Neues, es gehört bereits seit langem zur beruflichen Ausübung dazu. Eine alte und bewährte Methode der internen Qualitätssicherung ist die klinische Obduktion. Sie dient auch heute in Zeiten von raffinierten und leistungsstarken Verfahren zur Selbstkontrolle und Qualitätssicherung der Ärztinnen und Ärzte. Weitere Instrumente sind beispielsweise die seit langem üblichen Konferenzen, Todesfallbesprechungen, Arzneimittel-Kommissionen, Tutorien und Seminare (Bundesärztekammer, 1996, S. 11).

Die Entwicklung von der Qualitätssicherung zum umfassenderen Qualitätsmanagement „folgt dem Grundsatz: Qualität lässt sich nicht in ein Produkt hinein prüfen, sie muss eingebaut werden“ (Bundesärztekammer, 1996, S. 205).

Qualitätssicherung und auch Qualitätskontrolle sind Bestandteile des umfangreichen Qualitätsmanagements und führen zur bestmöglichen Qualität der Produkte oder Dienstleistungen. Diesen Zusammenhang verdeutlicht die Abbildung 2.1 (Raidl, 2001, S. 31).

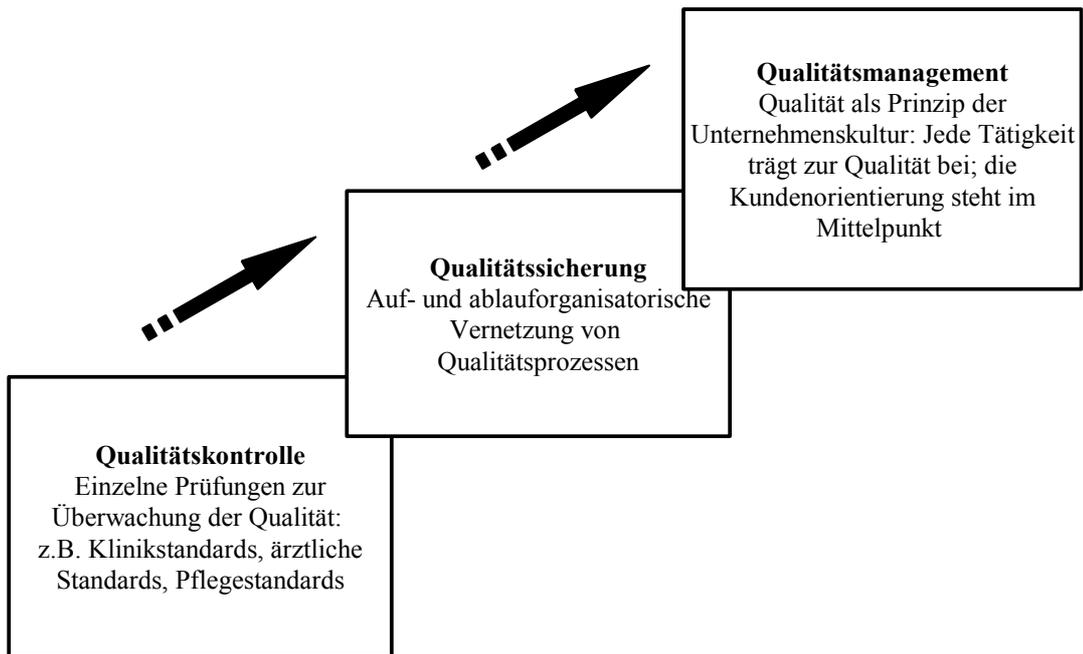


Abbildung 2.1: Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement (Raidl, 2001, S. 32)

2.2 Qualitätsmanagementsysteme

Nachdem die Kliniken seit 1989 zu Maßnahmen der Qualitätssicherung gesetzlich verpflichtet sind, besteht seit dem 1.1.2000 auch eine Pflicht zur Einführung von Qualitätsmanagement. Dazu heißt es in Paragraph 135a des Sozialgesetzbuches V „Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen ... sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet,

- sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
- einrichtungintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

Zur Umsetzung von Qualitätsmanagement gibt es verschiedene Modelle. Bei allen Modellen werden Organisationsstrukturen aufgearbeitet, die ablaufende Prozesse erfasst und die Qualität der produzierten Güter bzw. der erbrachten Dienstleistungen gesichert. Durch die Einführung von Standards und Normen werden beim Qualitätsmanagement einheitliche Informationen geschaffen, welche anschließend einen Vergleich mit anderen Unternehmen ermöglichen (Stockmann, 2006, S. 26).

Es gibt zurzeit vier verschiedene Qualitätsmanagement-Modelle. Die DIN EN ISO 9000-9004 Normenreihe stammt aus der Industrie und ist in Deutschland weit verbreitet. Das Total-Quality-Management-System ist das umfangreichste und am schwierigsten umzusetzende Modell. Das EFQM-Modell wurde von der European Foundation for Quality Management entwickelt und ist ein Modell des TQM-Systems für europäische Unternehmen. Für Krankenhäuser gibt es das von der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus speziell entwickelte KTQ-Modell (Raidl, 2001, S. 53).

Die Normenreihe DIN EN ISO 9000-9004

„Die ... Normen der ISO-9000-Familie wurden entwickelt, um Organisationen jeder Art und Größe beim Verwirklichen von und beim Arbeiten mit wirksamen Qualitätsmanagementsystemen zu helfen.“ (DIN, 2000, S. 6).

Nach den DIN ISO 9000er Normen gibt es acht Grundsätze um die Leistungsfähigkeit eines Unternehmens mit Hilfe eines Qualitätsmanagementsystems zu erhöhen.

1. Kundenorientierung

Die Anforderungen der Kunden dienen als Maßstab und sollten möglichst noch überboten werden.

2. Führung

Die Führung sollte das betriebliche Umfeld so gestalten, dass sich die Mitarbeiter voll für die Ziele des Unternehmens einsetzen können.

3. Einbeziehung der Personen

Es gilt alle Personen mit in den Prozess einzubeziehen, da jede einzelne das Wesen der Organisation mitgestaltet.

4. Prozessorientierter Ansatz

Die Tätigkeiten und die Ressourcen sind für die Erreichung der Ziele als Prozess zu leiten und lenken.

5. Systemorientierter Managementansatz

Das System der Wechselwirkungen der Prozesse muss erkannt, verstanden, geleitet und gelenkt werden um die Ziele der Organisation zu erreichen.

6. Ständige Verbesserung

Ein dauerhaftes Ziel stellt die ständige Verbesserung der Gesamtleistung der Organisation dar.

7. Sachbezogener Ansatz zur Entscheidungsfindung

Entscheidungen sollen auf Analysen von Daten und Informationen beruhen.

8. Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen

Die Beziehungen zwischen Organisation und Lieferanten sollen zum gegenseitigen Nutzen wert schöpfend ausgebaut werden. (Ebenda, S. 7)

In den ISO-Normen werden Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagementsystem definiert. Ziel ist eine Dokumentation aller Abläufe und Prozesse im Unternehmen. Grundlage dafür ist die Annahme, dass die bestmögliche Qualität erzeugt wird, wenn die Prozesse logisch geplant, vereinheitlicht und für jedermann transparent sind. Als Zeichen für ein qualitätsgerechtes Arbeiten können die Unternehmen sich für ein Zertifikat nach ISO 9001 bewerben, welches von offiziell anerkannten Prüfverbänden vergeben wird. Die Normenreihe ist darauf ausgerichtet in allen Bereichen umsetzbar zu sein, deshalb sind die Formulierungen sehr allgemein gehalten. Somit ist sie auch in dem Gesundheitsbereich anwendbar, wobei allerdings eine erhebliche Interpretationsarbeit zu leisten ist (Raidl, 2001, S. 55).

In den DIN ISO 9000er Normen wird ein Qualitätsmanagementsystem in fünf übergeordnete Prozesse unterteilt:

1. Das Qualitätsmanagementsystem

Hierbei werden die in dem Unternehmen und mit externen Partnern ablaufenden Prozesse beschrieben, um daraus Maßnahmen abzuleiten, die die Dokumentation der Abläufe, die Anwendung und die Überwachung des QM-Systems gewährleisten. Durch diese ausführliche Identifikation und Analyse wird erst eine Steuerung der Prozesse möglich. Das Kernstück ist die ausführliche Dokumentation, die das Qualitätshandbuch, den Qualitätssicherungsplan, die Qualitätssicherungsverfahren und die Qualitätsaufzeichnungen beinhaltet.

2. Die Verantwortung der Leitung

Da es sich bei ISO um einen Top-down-Ansatz handelt gilt es, die von der Leitung vorgegebenen Ziele umzusetzen. Die Leitung muss alle Mitarbeiter für das Qualitätsmanagement begeistern und eine ständige Anpassung des System gewährleisten.

3. Management der Ressourcen

Zusätzlich zu der Bildung einer Vision und der Steuerung der Umsetzung müssen die erforderlichen Mittel bereitgestellt werden. Dazu gehören die notwendige Infrastruktur (Gebäude, Transport, Kommunikation), Prozessausrüstungen und eine die Qualitätsziele unterstützende Arbeitsumgebung.

4. Produktrealisierung

Für die Produktrealisierung gilt es die Anforderungen und Erwartungen der Kunden an das Produkt zu erfassen und auf eine mögliche Umsetzung zu untersuchen. Daraufhin wird ein Entwicklungsplan mit Kontrollmechanismen erarbeitet. Bei der Beschaffung

von Produkten durch Lieferanten ist auf eine optimale Erfüllung der gestellten Anforderungen zu achten. Der Gesamtprozess der Leistungserbringung unterliegt einer ständigen Prozesslenkung und die Ergebnisse werden mit Überwachungs- und Messmitteln mit den gestellten Anforderungen verglichen.

5. Messung, Analysen und Verbesserung

Messungen und Analysen ermitteln die Leistungen der Unternehmen und die Zufriedenheit der Kunden mit den erzeugten Produkten oder Dienstleistungen und leiten aus den Ergebnissen Verbesserungsmaßnahmen ab. So sollen Schwachstellen und Fehlerquellen ausfindig gemacht werden oder besser noch bereits in ihrem Entstehen erkannt und überwunden werden. Ziel ist die Einführung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. (Stockmann, 2007, S. 28 ff.)

Eine Schwäche der DIN ISO-Norm ist, dass lediglich die Umsetzung der QM-Methoden untersucht wird und daraus resultierend die Zertifikate vergeben werden, das Maß der tatsächlich erzielten Qualität wird dabei nicht berücksichtigt (Bundesärztekammer, 1996, S. 14).

Total Quality Management

„Ziel des TQM ist es, eine die Kundenanforderungen befriedigende kontinuierliche Qualität der Produkte zu möglichst niedrigen Kosten zu garantieren“ (Kaltenbach, 1993, S. 163). Dazu werden den Unternehmen anstatt eines feste Modells nur Grundprinzipien vorgegeben, welche die Unternehmen für sich interpretieren müssen. Das TQM-Modell gilt als das umfassendste Modell des Qualitätsmanagements. Beim TQM wird eine Vision mit der Verpflichtung zu höchster Qualität und eine Organisation für die Umsetzung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozess in das Unternehmen integriert (Raidl, 2001, S. 89). Qualitätsmanagement wird dabei vom Management ausgeführt und ist als eine „alle Mitarbeiter umfassenden langfristigen Unternehmensphilosophie zur Durchsetzung des Qualitätsgedankens auf allen Ebenen des Unternehmens“ (Kaltenbach, 1993, S.163) zu verstehen.

Das TQM-System basiert auf mehreren Prinzipien, die auf die eigenen Bedürfnisse und die der Kunden angepasst werden soll.

Die wichtigsten Prinzipien sind:

- Patientenorientierung
- ganzheitlicher Ansatz
- Prozessorientierung
- Management
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (Stockmann, 2006, S. 31 ff.)

Das Total Quality Management hat seine Ursprünge in den 50er Jahren in Japan. Ausgehend von Qualitätsproblemen in der Industrie wurden statistische Qualitätsprüfungen eingeführt. Schnell wurde allerdings klar, dass diese Maßnahmen ohne eine unternehmensweite Ausrichtung fruchtlos bleiben. So entstand die management-orientierte Führungsphilosophie des TQM. Dieses übergreifende System weist gegenüber den einzelnen Komponenten der Qualitätssysteme von amerikanischen Unternehmen Unterschiede im Produktionsmanagement, dem Qualitätssystem und der Einstellung des Managements auf. So werden in Japan für gleiche Produkte möglichst wenige Lieferanten genutzt um ein einheitliches Qualitätsniveau der Produkt zu gewährleisten. Die Qualitätsabteilung wird in japanischen Unternehmen als Berater angesehen und nicht als Aufseher oder Kontrolleur. Die Bemühungen um die beste Qualität stellt bei japanischen Managern ein absolutes Ziel dar und wird mit allen Mitteln versucht zu erreichen. Aus der konsequenten Umsetzung des TQM-Ansatzes gegründet sich die höhere Qualität der japanischen Produkte gegenüber den US-amerikanischen und westeuropäische Produkten (Kaltenbach, 1993, S. 164 ff.).

Qualitätsmanagement nach EFQM

Das EFQM-Modell ist im Jahre 1988 aus einer Stiftung europäischer Unternehmen zur Einführung von Qualitätsmanagement für Business Excellence in Europa entstanden. Die European Foundation for Quality Management vergibt jährlich einen europäischen Qualitätspreis (EQA) an Unternehmen, die sich um umfassendes Qualitätsmanagement bemühen. Das Hauptargument für QM ist das Erreichen von Wettbewerbsvorteilen durch eine systematische QM-Einführung. Das Konzept wurde ursprünglich für die Industrie entwickelt, mittlerweile gibt es aber auch Versionen für die Umsetzung des Modells im Gesundheitswesen (Bachner, 1999, S. 24).

Die Grundprinzipien des EFQM-Modells sind:

- Kundenorientierung
- Ergebnisorientierung
- Führung und Zielkonsequenz
- Management mit Prozessen und Fakten
- Mitarbeiterentwicklung und -beteiligung
- Kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung
- Aufbau von Partnerschaften
- Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit

Bei der Beachtung dieser 8 Eckpfeiler des EFQM-Ansatzes können Spitzenleistungen erzielt werden. Das EFQM-Modell ist nach der europäischen Denkweise und Kultur ausgerichtet und soll die Erfolge des japanischen TQM-Modells nach Europa bringen (Binner, 2005, S. 18).

Ein wichtiges Element beim EFQM ist die Selbstbewertung der Unternehmen, wodurch die Stärken und Schwächen der Unternehmen aufgezeigt werden, was zu ständigen Verbesserungen anregen soll. Die einzelnen Kriterien sind abhängig voneinander, somit ist das gesamte Konzept sehr umfassend. Durch diese umfassenden Untersuchung des Unternehmens werden Abhängigkeiten zwischen den einzelnen Kriterien deutlich und die Auswirkungen von Änderungen auf andere Bereiche sichtbar (Bachner, 1999, S. 24).

Durch die standardisierte Bewertung wird auch ein Vergleich mit anderen Unternehmen aus der gleichen Branche möglich. Bei der Bewertung gibt es Befähiger- und Ergebniskriterien, in denen man Punkte für die Vergabe des EQA-Preises erhalten kann (Binner, 2005, S. 235). Das System ist nach dem amerikanischen Malcolm Baldrige Award ausgerichtet und ist in fünf Befähigerkriterien und vier Ergebniskriterien aufgeteilt.

Die Merkmale der Befähigerkriterien lauten:

- Mitarbeiterorientierung
- Politik und Strategie
- Ressourcen
- Führung
- Prozesse

Die Merkmale der Ergebniskriterien lauten:

- Kundenzufriedenheit
- Geschäftsergebnisse
- Mitarbeiterzufriedenheit
- Gesellschaftliche Verantwortung/ Image

Insgesamt können maximal 1.000 Punkte erreicht werden, jeweils 500 Punkte in einer Kriteriengruppe. Ziel des EFQMs soll aber nicht der Gewinn des Preises sein, sondern die Erfüllung der umfassenden Qualitätskriterien (Pinter, 1998, S. 70).

KTQ-Modell

Ein QM-Konzept speziell für Krankenhäuser ist das KTQ-Modell. Es wurde von der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) entwickelt. Dieser ist 1997 durch einen Zusammenschluss von mehreren Institutionen mit dem Ziel der Entwicklung eines Verfahrens zur Beurteilung und Zertifizierung von Krankenhäusern entstanden. Zu den Entwicklern von KTQ gehören im wesentlichen die Bundesärztekammer, der Verband der Angestellten Krankenkassen und die Deutschen Krankenhausgesellschaft (Raidl, 2001, S. 84 f.).

Ziel der Initiative ist die Entwicklung eines Zertifizierungsverfahren für Kliniken um den gesetzlichen Forderungen nach der Einführung von Qualitätsmanagement gerecht zu werden. Bei der Entwicklung des Systems orientierte man sich an bereits existierenden, nationalen und internationalen Modellen, wie dem von der Bundesärztekammer entwickelte Leitfaden für Qualitätsmanagement im Krankenhaus und dem amerikanischen „Joint Commission“ System (Gorschlüter, 2001, S. 239). So sollte ein speziell auf Krankenhäuser ausgerichtetes QM-System entwickelt werden ohne das Rad neu zu erfinden.

Ausgewiesene Experten erstellten einen KTQ-Katalog mit Kriterien, die ihrer Meinung nach für das Erreichen von guter Qualität wichtig sind. Anschließend wurde der Katalog an 25 deutschen Krankenhäusern getestet und bei der folgenden Auswertung eine Bewertungssystematik für die Zertifizierung entwickelt (KTQ, 2004, S. 8).

Das KTQ-System orientiert sich an der Praxis, es unterteilt sich in die Bereiche Pflege, Ärztlicher Bereich und Kaufmännischer Bereich (Raidl, 2001, S. 85). Um ein KTQ-Zertifikat zu erhalten müssen die Kliniken, Vorschriften in den folgenden Bereichen erfüllen:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit
- Informationswesen
- Führung
- Qualitätsmanagement (Pinter, 2007, S. 8)

Da die Verbesserung der Patientenversorgung im Vordergrund der Qualitätsbemühungen steht, wird der Prozess- und der Ergebnisqualität eine höhere Bewertung als der Strukturqualität eingeräumt (KTQ, 2004, S. 5 f.).

Die Zertifizierung nach dem KTQ-Modell erfolgt in zwei Stufen, eine Selbstbewertung wird von einer Fremdbewertung gefolgt. Die Selbstbewertung des Krankenhauses erfolgt aufgrund von Struktur- und Leistungsmerkmalen der Klinik. Dafür werden die Fachabteilungen, das medizinische Leistungsspektrum, die Anzahl und Qualifikation des Personals, die medizinische Ausstattung und Bettenanzahl der Klinik analysiert und daraus Stärken und Schwächen der Klinik bestimmt. Des Weiteren gilt es das Qualitätsmanagements des Krankenhauses und die Qualität der Krankenhausbehandlungen selbst zu beurteilen. Dafür gibt es Standards in denen die Anforderungen in den einzelnen Kategorien definiert sind. Aus dieser Einschätzung folgen entweder weitere Verbesserungen oder es wird im nächsten Schritt die Zertifizierung angestrebt (Gorschlüter, 2001, S. 239; Raidl, 2001, S. 87).

Die KTQ-Kriterien stellen stets die Patientenbedürfnisse in den Mittelpunkt. Falls die Klinik nach der Selbstbewertung keine Zertifizierung anstrebt, hat sie trotzdem wertvolle Hinweise über die eigene Leistung und Leistungsfähigkeit, sowie über Verbesserungspotentiale erhalten (KTQ, 2004, S. 5 f.).

Für eine Zertifizierung wird die Selbstbewertung an akkreditierte KTQ-Visitoren weitergeleitet, welche diese kritisch untersuchen und eine Fremdbewertung abgeben. In einem abschließenden Bericht werden die Stärken und Schwächen des Unternehmens aufgezeigt. Anschließend wird auf Grundlage des Berichts der Visitoren über die Vergabe eines begrenzt gültigen Zertifikates entschieden (Gorschlüter, 2001, S. 239; Raidl, 2001, S. 88).

Die Visitoren sind beruflich aktive und erfahrene Persönlichkeiten aus Krankenhäusern und haben eine Leitungsposition inne. Zusätzlich verfügen sie über Qualifikation im Qualitätsmanagement und haben an einem KTQ-Visitorenttraining teilgenommen (KTQ, 2004, S. 6).

Das KTQ-Qualitätsmanagementsystem ist das am weitesten verbreitete System im Gesundheitswesen. Seit der Einführung von KTQ im Jahre 2001 wurden über 500 der insgesamt 2200 deutschen Krankenhäuser nach KTQ zertifiziert. Das Zertifikat hat eine Gültigkeit von drei Jahren, 30 Kliniken wurden bereits wieder rezertifiziert (Pinter, 2007, S. 7).

2.3 Messung von Qualität

Für eine Messung von Qualität sind Kriterien nötig, an denen die Qualität von Leistungen gemessen werden kann. Die Kriterien gelten als Maßstab um zwischen guter und schlechter Qualität zu unterscheiden (Swart et al., 1998, S. 308).

Im Gesundheitswesen wird Qualität klassischerweise nach dem amerikanischen Wissenschaftler Avedis Donabedian in die drei Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden. Diese Einteilung in Teilqualitäten wird dem Gesamtkomplex einer klinischen Einrichtung gerecht, in dem verschiedenste Leistungen in den einzelnen Bereichen wie Diagnostik, Operation, Therapie, Pflege, usw. erbracht werden. Diese Unterteilung ermöglicht dann eine individuelle Qualitätsbewertung von den einzelnen Kundengruppen eines Krankenhauses, wie beispielsweise Patienten, Krankenkassen, etc. Somit werden dann Vergleiche zur Bestimmung der Qualität in den Teilbereichen ermöglicht (Raidl, 2001, S.33 f.).

Die Unterteilung der Qualität in die drei Dimensionen ist international anerkannt, jedoch stellt sich für Kaltenbach „die Frage nach dem kausalen Zusammenhang der einzelnen Kategorien zur Qualität und damit auch ihrer Bedeutung im Rahmen einer Qualitätsmessung“ (Kaltenbach, 1993, S. 84). Hierzu führt Donabedian folgendes an, „structural characteristics of the settings in which care takes place have a propensity to influence the process of care so that its quality is diminished or enhanced.“ (Donabedian, 1980, S. 84) Die funktionale Beziehung zwischen den frei Elementen des Ansatzes von Donabedian hängen also folgendermaßen zusammen:



Als **Strukturqualität** wird die Ausstattung und Infrastruktur der Klinik bezeichnet. Dies umfasst „the human, physical, and financial resources that are needed to provide medical care.“ (Donabedian, 1980, S. 81). Dazu zählen die Art und Anzahl des Personals, samt deren Ausbildung und fachlicher Qualifikation, die verfügbaren Materialien, die Organisation des Betriebs, wie Kommunikation, Hierarchie, Verantwortungen, Abteilungen und der weiteren Systemelemente, wie das Gesundheitssystem, Finanzierungen und externe Regulierungen. Diese Charakteristika des Leistungserbringers sind relativ konstant. Es wird davon ausgegangen, dass eine Verbindung zwischen den eingesetzten Mitteln und der erbrachten medizinischen Qualität besteht. Qualifiziertes Personal, hochwertige technische Ausstattung und eine gute Organisation führen also zu guten medizinischen Ergebnissen (Kaltenbach, 1993, S. 85 ff.; Bachner, 1999, S. 29).

Herzog hält die Kategorie der Strukturqualität zur Messung der Qualität für umstritten. Ein Zusammenhang zwischen der Strukturqualität und Qualität der medizinischen Leistung ist unbestimmt. Anhand der Struktur lässt sich viel mehr das Vermögen zur Erbringung einer Leistung als die Qualität selber erkennen. Auch die Qualifikation des Personals stellt keinen Indikator für Qualität dar, es geht vielmehr darum, das Wissen angemessen umzusetzen und anzuwenden (Herzog, 2000, S. 5). Dieser Kritik war sich auch Avedis Donabedian bewusst, er ver-

teidigt die Messung der Strukturqualität zur Qualitätsbestimmung dennoch. „I believe that good structure ... is probably the most important means of protecting and promoting the quality of care.“ (Donabedian, 1980, S. 82).

Als **Prozessqualität** bezeichnet Donabedian „activities that go on within and between practitioners and patients.“ (Donabedian, 1980, S. 79). Diese Kategorie gilt als die Wichtigste in den Qualitätsdefinitionen von Donabedian. Auch bei Dienstleistungsunternehmen stellt die Prozessqualität eine wichtige Komponente der Gesamtqualität dar und ist oftmals Ansatzpunkt von Qualitätsmanagement-Systemen. Zu Prozessqualität zählt auch die Art der Kommunikation und Kooperation zwischen den Krankenhausmitarbeitern untereinander und mit den Patienten. Hier gilt es ein partnerschaftliches Verhältnis als Grundlage für eine gute Qualität des Prozesses aufzubauen (Bachner, 1999, S. 29).

Bei der Bewertung der Angemessenheit der diagnostischen und therapeutischen Entscheidung wird davon ausgegangen, dass eine gute Behandlung erzielt wird, wenn diese nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln erfolgt. Dafür sind anerkannte Standards für die Behandlung nötig, an welchen die Behandlung ausgerichtet werden kann. In der Prozesskategorie mit inbegriffen sind die Zwischenprodukte einer Behandlung, wie die technische Qualität der Diagnostik oder der Pflege (Kaltenbach, 1993, S. 89 ff.).

Abschließend fasst Donabedian die Prozessqualität folgendermaßen zusammen: „the quality of the ‚process‘ of care is defined, in the first place, as normative behavior. The norms derive either from the science of medicine or from the ethics and values of society.“ (Donabedian, 1980, S. 80).

Der Zusammenhang zwischen dem Behandlungsprozess und dem Behandlungsergebnis ist zweifelsfrei vorhanden, die Höhe der Abhängigkeit ist allerdings unklar. So kann selbst eine überaus perfekte Behandlung kein optimales Behandlungsergebnis garantieren. Ebenso wenig muss einer schlechten und unorganisierten Durchführung der Behandlung kein schlechtes Heilungsergebnis folgen (Raidl, 2003, S. 34).

Die **Ergebnisqualität** wird definiert als Veränderungen in der gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheit des Patienten. Mit inbegriffen sind neben den physikalischen und physiologischen Aspekten der Leistungen auch die sozialen und psychologischen Funktionen (Donabedian, 1980, S. 82 f.). In der Ergebnisqualität spiegelt sich die Erreichung der spezifischen Ziele und die Befriedigung der Erwartungen nieder. Der Erfolg der Behandlung wird von den Patienten, dem Hausarzt, den Angehörigen und/oder den Krankenkassen bewertet (Raidl, 2003, S. 34).

Bei der Messung der Ergebnisqualität muss der Zusammenhang zwischen der Behandlung und dem Ergebnis beachtet werden. Der Bezug zwischen der Behandlung und dem Ergebnis verringert sich mit fortschreitender Zeit. Eine Vielzahl anderer Faktoren wirkt auf das Ergebnis ein und Zusammenhänge sind nur schwer festzustellen (Kaltenbach, 1993, S. 92 ff.). Dazu merkt Donabedian an „they do not serve as a measure of the quality of care until other causes for such changes have been eliminated, and one is reasonably sure that previous care is responsible for the change, which then can be truly called an ‚outcome‘.“ (Donabedian, 1980, S. 83).

Zu der Kategorie der Ergebnisqualität ist anzumerken, dass eine Veränderung des Gesundheitszustands meist schwierig zu messen ist und somit eine Qualitätsbeurteilungen anhand des Behandlungserfolgs kaum möglich ist. Für eine erfolgreiche Qualitätssicherung sind klar definierte Ziele und Vorgaben nötig. Nur so kann die Erreichung der Ziele und die Qualität bewertet werden. (Bundesärztekammer, 1996, S.132 f.).

3 Patientenbefragungen

Ein Kerngedanke des Qualitätsmanagements ist die Kundenorientierung (siehe 2.2). Dies bedeutet den Kunden zufrieden zu stellen, die Wünsche und Bedürfnisse des Kunden zu erfüllen und die Kundenzufriedenheit zu messen und zu planen. Somit sollte die Befragung der Patienten, der wichtigsten Kunden, für Kliniken eine Verpflichtung darstellen (Bachner, 1999, S. 90). Dazu muss die Behandlung von Patienten als Dienstleistung verstanden werden und die größtmögliche Zufriedenheit des Kunden als Ziel gesetzt werden. Eine Schwierigkeit besteht in der Erfüllung der Bedürfnisse der Kunden im Gesundheitswesen, da die Behandlung von Krankheiten individuell geschieht und der Erfolg oftmals erst nach längerer Zeit bestimmt werden kann. Eine erfolgreiche Behandlung wird mit einer guten Qualität der medizinischen Leistung verbunden (Haeske-Seeberg, 2001, S. 50).

Die Aufgabe des Qualitätssicherungsprozesses ist es durch eine Evaluation die erbrachten Leistungen zu beurteilen und die Qualität zu bestimmen (Hauke, 1994, S. 11). Zur Messung der Zufriedenheit der Patienten und des Erfolgs mit erhaltenen Behandlung sind Befragungen notwendig. Hierzu gibt es drei verschiedene Arten der Befragung: Die persönliche, die schriftliche und die telefonische Befragung. Bei Umfragen wird zudem zwischen qualitativen und quantitativen Verfahren unterschieden. Die Art der Befragung ist jeweils nach der Fragestellung und dem Erreichen der besten Datenqualität auszuwählen (Geyer, 2003, S. 43).

3.1 Patientenbefragung und Qualitätssicherung

„Die Patientenbefragungen sind heute primär als Instrumente des Qualitätsmanagements anzusehen“ (Blum et al, 2001, S. 31), anderenfalls wird ihr wichtigster Verwendungszweck übersehen und die Geschichte von Patientenbefragungen, die eng mit der Veränderung der Patienten- und Arzt-Rolle zusammenhängt, verkannt. Durch die Befragung von Patienten wird ein Nutzen im Sinne einer Prozessoptimierung erwartet (Nickel, 2006, S. 13). Die Qualitätssicherungsprozesse zielen auf eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität ab, zu diesem Zweck ist eine Beteiligung der Patienten an der Qualitätssicherung notwendig und die Durchführung von Patientenbefragungen unerlässlich (Blum et al, 2001, S. 31). Patientenbefragungen ermöglichen den Kliniken die Aufdeckung von Qualitätsdefiziten und die Beseitigung von Schwachstellen. Dabei ist die Rolle des Patienten nicht als passiv anzusehen. Er tritt vielmehr als Beobachter und Teilnehmer des Qualitätsmanagements auf und bildet somit ein wichtiges Teil des gesamten QM-Prozess (Hauke, 1994, S. 10).

Im Qualitätsmanagement wird der Patientenmeinung eine große Bedeutung zugesprochen und meist in Form von Patientenzufriedenheitsmessungen ermittelt. Die Befragung findet für gewöhnlich schriftlich statt und bildet ein Kernelement des Qualitätsmanagements. Die Ergebnisse zeigen die Stärken und Schwächen der Klinik, sowie die Wünsche, Anregungen und Erwartungen der Patienten, an (Raidl, 2001, S. 251).

Patientenbefragungen sollten primär die ärztliche und pflegerische Leistung der Klinik untersuchen. Des Weiteren gilt es aber auch Informationen und Bewertungen über alle vom Patienten als wichtig empfundenen Aspekte der Krankenhausversorgung, wie den Servicebereich mit der Verpflegung und Hotelleistungen, die Art und Weise der Kommunikation, Information und Aufklärung zu sammeln. Die Ergebnisse der Befragungen sollten konstruktiv im Sinne des Qualitätsmanagements umgesetzt werden, um so anhand der Orientierung an den Patientenwünschen die Qualität der Versorgung zu erhöhen (Swart et al., 1998, S. 354).

Strittig ist, ob der Patient eines Krankenhauses wirklich als Kunde zu sehen ist und die Krankenhausleistungen beurteilen kann, da eine Bewertung der Leistung durch Laien als oberflächlich, schwankend und abhängig von Zufällen angesehen wird und nicht nach medizinisch relevanten Kriterien erfolgt (Raidl, 2001, S. 249; KTQ, 2000, S. 23). Unbestritten ist hingegen, dass der Patient der Einzige ist, der den Versorgungsprozess als Ganzes kontinuierlich erlebt und darüber berichten kann. Nur durch die Patienten kann erfahren werden, was im Verlauf der Behandlung getan worden ist, und so eine Prüfung der Qualität erfolgen (Blum et al., 2001, S. 28). Einigkeit besteht auch beim Marketing-Nutzen von Patientenbefragungen, wobei durch die Befragungen die Wünsche und Anforderungen der Patienten ermittelt werden und so erst erfüllt werden können. Durch die Patientenbefragungen erhalten die Kliniken zufriedene Patienten, welche durch Werbung für das Krankenhaus das Image der Klinik positiv beeinflussen. Durch negative Rückmeldungen wissen die Krankenhäuser, wo Missstände und Verbesserungsmöglichkeiten bestehen, und können so zukünftigen schlechten Bewertungen entgegenwirken (Raidl, 2001, S. 250).

Mit der Durchführung von Patientenbefragungen wird zudem versucht die Qualität der Klinik zu ermitteln. Während oder zu Beginn des Aufenthalts findet meist eine Bewertung der Struktur- und Prozessqualität statt. Durch den Einsatz von poststationären Befragungen kann auch eine Bestimmung der Ergebnisqualität erfolgen. Wenn die Bestimmung der Ergebnisqualität nach festgelegten Standards erfolgt, ist anhand der erhaltenen standardisierten Datensätze im Rahmen der externen Qualitätssicherung ein Vergleich von Kliniken möglich. Durch die übergreifenden Vergleiche können sich Kliniken bei einem entsprechenden Erfolg bei den Krankenkassen empfehlen (Ebenda, S. 30).

Für den Erfolg von Patientenbefragungen muss die Kundenorientierung als Unternehmensziel benannt und in der Leitung der Klinik ebenso wie bei den anderen Mitarbeitern, ein fester Bestandteil im Unternehmen mit einem hohen Stellenwert sein (Satzinger et al., 2001, S. 42).

Für eine Evaluation von Adipositasbehandlungen empfiehlt die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kinder- und Jugendalter eine Dokumentation der Ergebnisse der Diagnostik und Therapie in einem standardisierten Datensatz um die Ergebnisse in einer umfassenden Form auszuwerten und zu vergleichen. Anhand von aufgestellten Zielkriterien lässt sich dann mit dem Datensatz das Ergebnis der Therapie evaluieren. Langfristig wird die Durchführung von Langzeitkatamnesen empfohlen um den Erfolg der Therapien zu bestimmen (AGA, 2006, S. 49). Für die Therapie von Adipositas im Erwachsenenalter fehlen entsprechende Datensätze zur Dokumentation.

Die Befragung der Patienten stellt ein zielorientiertes Instrument zur Verbesserung der Qualität einer medizinischen Einrichtung dar. Die Durchführung von Befragungen ist ein Rückkopplungsprozess zur Förderung der patientenorientierten Qualitätssicherung. Durch regelmäßige oder dauerhafte Befragungen wird ein Qualitätssicherungszyklus (siehe Abb. 3.1) aufgebaut. Zu Beginn wird das Erhebungsinstrument nach klar definierten Befragungszielen erstellt. Anschließend sind die Details der Befragung wie Zeitpunkt, Umfang und Art der Befragung zu klären. Nach der Durchführung und Auswertung der Befragung erfolgt eine ausführliche Analyse der Schwachstellen und der möglichen Problemlösungen. Anschließend werden die Verbesserungen in den tägliche Arbeitsalltag integriert und die Wirkung der Maßnahmen evaluiert. Durch ein wiederholtes oder regelmäßiges Durchlaufen des Zyklus wird ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess entsprechend dem Qualitätsmanagement gewährleistet (Blum et al., 2001, S. 34 ff.; Nickel, 2006, S. 19).

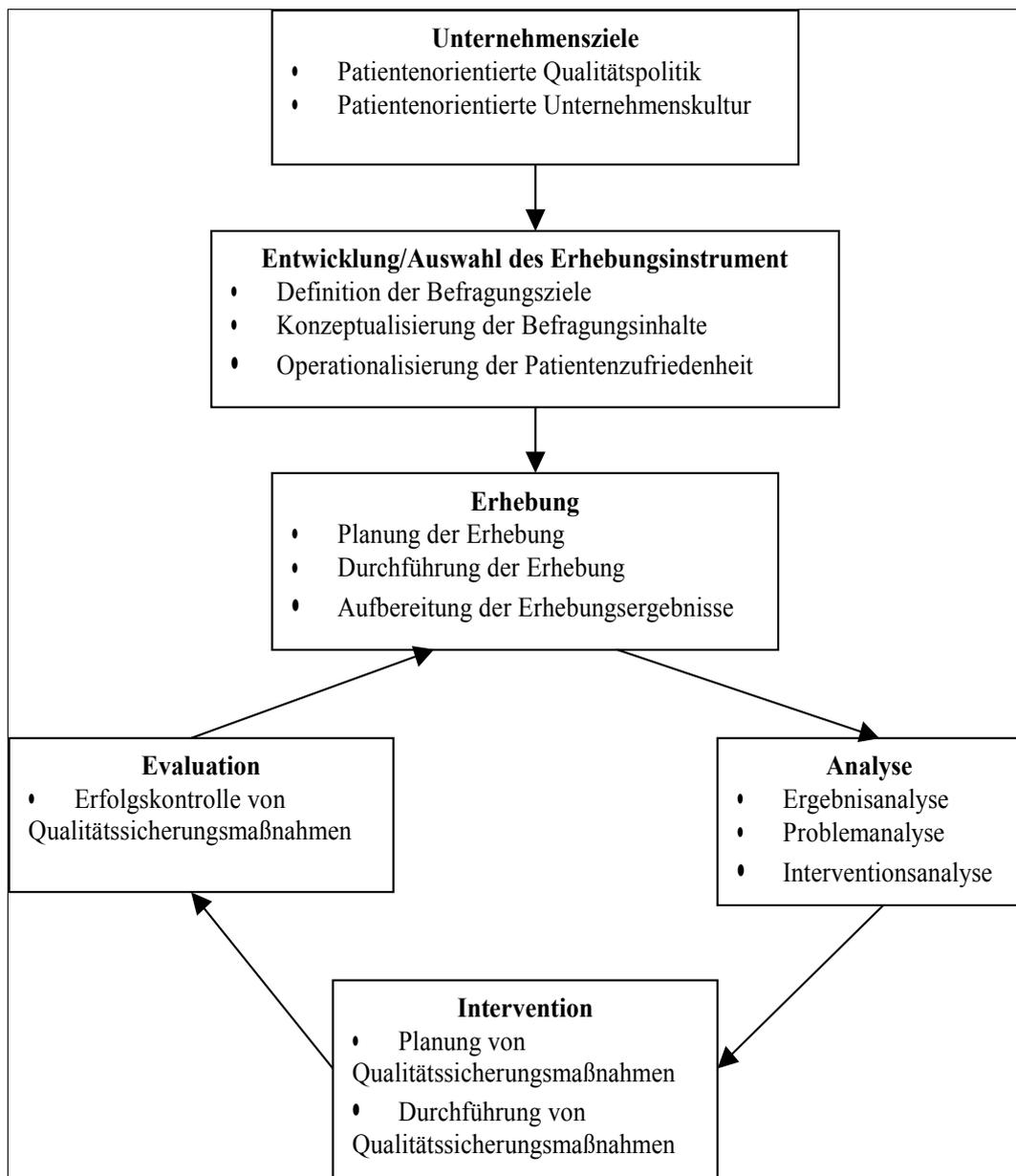


Abbildung 3.1: Patientenorientierter Qualitätssicherungszyklus (Blum et al., 2001, S. 35)

3.2 Persönliche-mündliche Befragung

Bei der persönlichen Befragung werden ein oder mehrere Befragte von einem geschulten Interviewer befragt. Es wird bei mündlichen Interviews zwischen dem Hausinterview und dem Passanteninterview unterschieden. Beim Hausinterview wird der Befragte zu Hause, an sei-

3.2 Persönliche-mündliche Befragung

nem Arbeitsplatz oder einem anderen verabredeten Ort aufgesucht und befragt. Beim Passanteninterview werden Passanten im öffentlichen Raum angesprochen und nach einer Einwilligung interviewt. Passanteninterviews eignen sich nur für kurze Befragungen, und die erreichte Grundgesamtheit muss in der richtigen Beziehung zum Inhalt der Befragung stehen (Scholl, 2003, S. 31 f.).

Die Vorgehensweise ist meist standardisiert, um möglichst zuverlässige Daten zu erhalten. Bei einem nicht standardisierten Vorgehen sind die Feldphase und die Datenanalyse deutlich schwieriger. Durch persönliche Interviews können Informationen ermittelt werden, zu denen man bei telefonischen und schriftlichen Befragungen keinen Zugang erhält (Geyer, 2003, S. 44).

Es gibt drei Arten von persönlichen Interviews: Das standardisierte Interview, das narrative Interview und das Leitfadeninterview.

Bei dem **standardisierten Interview** wird vom Interviewer ein vorgefertigter Fragebogen mit mehrheitlich geschlossenen Fragen in Papierform oder in digitaler Form auf einem tragbaren Computer verwendet. Während des Interviews werden dem Befragten die Fragen und die vorgegeben Antwortmöglichkeiten wörtlich vorgelesen und die erhaltenen Antworten auf dem Fragebogen registriert. Dabei muss der Interviewer die Abfolge der Fragen strikt einhalten und auf Filter- oder Verzweigungsfragen achten. Der Interviewer ist geschult ein konstantes Verhalten an den Tag zu legen um die Respondenten nicht zu beeinflussen, Bewertungen und Kommentare sind zu unterlassen (Scholl, 2003, S. 75).

Bei standardisierten Interviews ist eine distanzierte Art der personenbezogenen Interaktion zwischen dem Interviewer und dem Befragten zu empfehlen. Schwierigkeiten treten auf, wenn es bei den Fragestellungen zu Verständnisproblemen kommt und der Interviewer erklärend helfen muss. Dabei kommt es zum Aufbrechen des standardisierten, konstanten Verhaltens des Interviewers. Die Hilfestellungen helfen aber beim Verständnis der Fragen und reduzieren somit die Anzahl der fehlerhaften Antworten (Geyer, 2003, S. 45 ff.).

Beim **narrativen Interview** ist das Ziel Informationen über die Erlebnisse von Personen in einem bestimmten individuell-biografischen oder kollektiv-historischen Zusammenhang zu erhalten. Das Interview hat einen Geschichtencharakter, wobei die Geschichte vom Befragten erzählt werden soll. Dafür ist ein entsprechend breit gefasstes Oberthema des Interviews nötig, und der Befragte muss über entsprechende narrative Fähigkeiten verfügen (Scholl, 2003, S. 60).

Es wird ebenfalls mit einem Fragebogen gearbeitet, dieser hat aber eine geringere Bedeutung als im standardisierten Interview. Der Fragebogen dient dazu, die im Interview zu behandelnden Bereiche abzustecken, die Reihenfolge der Fragen festzulegen und die Zeitpunkte für das Setzen von Stimuli zu bestimmen. Die zu behandelnden Themen werden durch Leitfragen angesprochen und anschließend durch weitere Fragen präzisiert und vertieft. Die Fallzahlen bei solchen qualitativen Studien liegen aufgrund des erheblichen zeitlichen und personellen Aufwands meist im unteren zweistelligen Bereich (Geyer, 2003, S. 50 ff.).

Das **Leitfadeninterview** ist zwischen dem standardisierten und dem narrativen Interview einzuordnen. Grundlage von Leitfadeninterviews ist ein Gesprächsleitfaden, dessen Leitfragen vom Interviewer gestellt werden. Die angesprochenen Themen werden anschließend im Detail besprochen. Der konsequente Einsatz des Leitfadens strukturiert die ermittelten Daten und ermöglicht dadurch einen Vergleich (Mayer, 2002, S. 36).

Während der Befragung muss der Interviewer entscheiden, ob die Ausführungen über das momentane Thema für die Untersuchung ausreichen oder weitere Fragen für zusätzliche Informationen gestellt werden müssen. Wenn der Respondent ein im Fragebogen später zu behandelndes Thema anspricht muss der Interviewer das Thema vorziehen und erschöpfend abhandeln. Um diese Anforderungen zu erfüllen muss der Interviewer ein hohes Maß an Flexibilität und Reaktionsfähigkeit besitzen. Dazu muss er eine gute Schulung für die Durchführung der Befragung und über das Thema des Interviews erhalten. Leitfadeninterviews werden immer mit einem Tonträgergerät aufgenommen um den Interviewer zu entlasten und spätere Unklarheiten zu beseitigen bzw. zu vermeiden (Geyer, 2003, S. 53 ff.; Scholl, 2003, S. 66 f.).

3.3 Schriftliche Befragung

Schriftliche Befragungen waren lange Zeit die häufigste Umfrageform, mittlerweile wurden sie durch telefonische Befragungen eingeholt. Das größte Problem bei schriftlichen Befragungen sind die starken Differenzen bei der Rücklaufquote. Der Rücklauf von Fragebögen erreicht Werte zwischen 10 und 90 Prozent (Geyer, 2003, S. 57), je nach Thematik des Fragebogens und befragter Personengruppe. Schriftliche Befragungen werden meistens per Post durchgeführt, hierbei ist darauf zu achten, dass die Rücksendung des Fragebogens möglichst einfach gehalten wird um Ausfälle zu verhindern (Mayer, 2002, S. 97). Für die Beantwortung des Fragebogens wird den Befragten meist eine zeitliche Frist gesetzt, nach deren Ablauf üblicherweise eine Erinnerung erfolgt, in der nochmals die Bedeutung der Teilnahme erklärt wird. Dem Fragebogen sollte ein adressierter und frankierter Rückumschlag beigelegt werden. Mit postalischen und/oder telefonischen Nachfassaktionen kann der Rücklauf der Fragebögen er-

hört werden (Scholl, 2003, S. 45). Eine weitere Möglichkeit zur Erhöhung des Rücklaufs besteht in der Vergabe von Geschenken an die Teilnehmer der Befragung. Dabei werden kleine Sachgeschenke, wie Kugelschreiber, Briefmarken oder Telefonkarten, verteilt, oder die Rücksender nehmen an einer Lotterie oder einem Preisausschreiben teil (Ebenda, 2003, S. 51). Ob auch Geld als Belohnung für die Rücksendung geeignet ist, ist ebenso umstritten wie die Höhe des zu zahlenden Betrags und der Wert der zu verteilenden Geschenke.

Die schriftlichen Befragungen wurden zwar durch die telefonischen Befragungen von der Topposition verdrängt, haben aber durchaus eine Zukunft, da sie im Gegensatz zu telefonischen Befragungen als unaufdringlich gelten und den Befragten selbst entscheiden lassen, ob und wann er sich Zeit für die Beantwortung der Fragen nimmt. Insbesondere die neue Möglichkeit durch das Internet und den Versand von Emails kann wieder zu einer Zunahme der schriftlichen Befragungen führen (Geyer, 2003, S. 70).

Für eine systematische Vorgehensweise zur Optimierung von schriftlichen Befragungen und das Erreichen einer hohen Rücklaufquote wurde 1978 von Dillman die „Total Design Method“ entwickelt. Diese Umfragemethode wird ständig an die technischen Entwicklungen und aktuellen Forschungsergebnisse angepasst und mittlerweile als „Tailored Design Method“ (TDM) bezeichnet.

Bei der TDM werden alle Aspekte des Umfrageprozesses, die einen Einfluss auf die Qualität und Quantität der Antworten haben, analysiert und optimiert. Des weiteren gilt es den Befragungsaufwand so zu gestalten, dass er weitgehend bei der Entwicklungsarbeit der Umfrage erledigt wird und der Befragte demzufolge nur einen geringen Aufwand hat (Dillman, 2007, S. 9).

Durch das Befolgen der in der „Tailored Design Method“ aufgestellten Regeln lassen sich nach Dillman Ausschöpfungsquoten von 50 bis 80 Prozent erreichen (Geyer, 2003, S. 58). Bei der Entwicklung von Umfragen muss beachtet werden, dass für das Beantworten der Fragen neben den Anweisungen, wie der Befragte den Fragebogen bearbeiten soll, auch Motivation den Prozess der Befragung zu durchlaufen nötig ist (Dillman, 2007, S. 13). Der Aufwand für eine Teilnahme an der Befragung ist so niedrig wie möglich zu halten.

Das Vorgehen Dillmans besteht aus den folgenden fünf Elementen:

- Optimierung der Fragebogengestaltung
- Mehrfache Kontaktaufnahme
- Frankierte Rückumschläge
- Personalisiertes Anschreiben
- Anreize zur Teilnahme (Geyer, 2003, S. 58)

Die Kontaktaufnahme zu den Befragten vollzieht sich nach Dillman (2007, S. 151) über mehrere Stufen (siehe Abb. 3.2). In dem ersten Brief wird die Umfrage angekündigt und das Thema der Befragung erläutert. So werden die Befragten auf die Umfrage vorbereitet und die Bereitschaft zur Bearbeitung des Fragebogens erhöht sich im Vergleich zu unangemeldeten Befragungen. Wenige Tage später wird der Fragebogen zusammen mit einem Anschreiben versendet. Im Anschreiben wird auf die Wichtigkeit der Beantwortung aller Fragen und die Beteiligung aller Befragten hingewiesen. Das Anschreiben sollte personalisiert sein und in der in Briefen üblichen formalen Form abgefasst sein. Für das Anschreiben wird eine Unterschrift von einer Person mit hoher Reputation, wie beispielsweise von einem Arzt oder Professor, empfohlen um so die Seriosität der Untersuchung unterstrichen. Dem Fragebogen ist ein frankierter Rückumschlag beizufügen, um den Befragten keine Kosten zu verursachen. Nach einer im Anschreiben festgelegten Frist werden „Dankeschön“-Postkarten an die Befragten versendet. Mit der Karte wird für das Antworten gedankt und mitgeteilt, dass noch nicht alle Fragebögen zurückgeschickt worden sind und dass man auf das baldige Eintreffen der Fragebögen hofft. An alle Personen, von denen weitere ein bis drei Wochen später immer noch keine Antwort vorliegt, wird der Fragebogen zusammen mit einem Erinnerungsschreiben an das Ausfüllen des Fragebogens erneut versendet. Dies soll die Dringlichkeit der Beantwortung der gestellten Fragen unterstreichen. Hat man nach einer weiteren Woche auch noch keine Antwort erhalten, versucht man letztmalig einen Kontakt zu den Nonrespondern herzustellen um sie an das Ausfüllen des Fragebogens zu erinnern. Der Kontakt sollte mit einem anderen Medium als der Post, wie Email, Telefon oder Einschreiben erfolgen um das Interesse der Teilnahme der Person von Seiten der fragenden Einrichtung zu unterstreichen. Die fünf Stufen bei der Befragung unterscheiden sich und fördern so eine erneute Kontaktaufnahme.

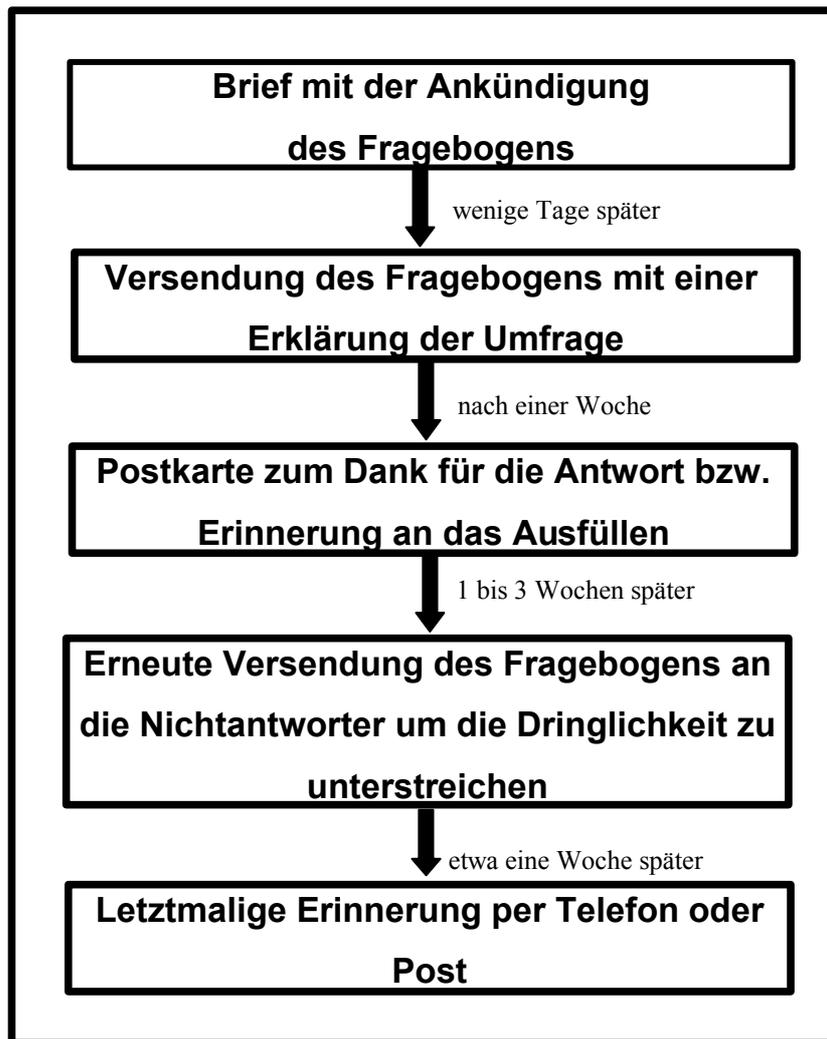


Abbildung 3.2: Kontaktaufnahme bei schriftlichen Befragungen (Geyer, 2003, S. 61)

Die Seiten des Fragebogens sollten fest miteinander verbunden sein, als Format ist in Deutschland DIN A 4 zu wählen. Der Bogen sollte sich durch ein ansprechendes Äußeres sowie durch eine gute Übersichtlichkeit und Lesbarkeit auszeichnen. Interessante Fragen sind in dem Bogen an den Anfang zu stellen um die „psychologischen Kosten“ eines Abbruchs der Bearbeitung des Fragebogens zu erhöhen, wenn einmal mit dem Beantworten der Fragen begonnen worden ist (Scholl, 2003, S. 51).

Dillman sieht Befragungen als ein Element des sozialen Austauschs an, bei dem der Befragte versucht eine Belohnung zu erhalten und darauf vertraut, dass die erhaltene Belohnung seinen Aufwand ausgleicht bzw. übertrifft (Dillman, 2007, S. 14).

3.3 Schriftliche Befragung

Um den Befragten Vertrauen zu vermitteln wird eine Vergabe von Gutscheinen als Anerkennung im Voraus oder eine Trägerschaft von seriösen Autoritäten empfohlen. Die Belohnung kann erhöht werden, indem man dem Befragten positive Aufmerksamkeit schenkt, sich bedankt, um Rat bittet, materielle Belohnungen ausgibt und interessante Fragen stellt. Die sozialen Kosten werden gesenkt indem man unklare sprachliche Ausdrücke vermeidet, kurze und einfache Fragen stellt und den Befragten nicht belästigt (Ebenda, 2007, S. 27).

Anreize, finanzieller oder materieller Natur erhöhen die Ausschöpfungsquote. Geschenke oder Geld sind jedoch nicht als Entlohnung zu verstehen, da sie dafür meist zu niedrig ausfallen. Viel mehr soll ein gegenseitiger Nutzen erzeugt werden und der Befragte für seinen Aufwand entschädigt werden. Anreize beeinflussen die Antwortraten nach Studien aus der USA am positivsten, wenn sie finanzieller Natur sind und vorab ausgegeben werden. Bei sehr hohen Geldbeträgen wird allerdings die Seriosität der Studie von den Befragten in Frage gestellt. Ein weiterer Kritikpunkt ist, insbesondere bei sehr hohen Belohnungen, die Verminderung der intrinsischen Motivation und damit einhergehend eine Verschlechterung der Datenqualität. (Geyer, 2003, S. 64 ff.).

Die Vorteile der schriftlichen Befragung sind der geringe organisatorische, zeitliche und finanzielle Aufwand im Gegensatz zu anderen Befragungsarten (Scholl, 2003, S. 47). Der Aufwand kann durch den Einsatz von Online-Befragungen noch weiter gesenkt werden. Methodische und inhaltliche Vorteile sind das Vermeiden von Interviewerfehlern sowie ehrlichere und überlegtere Antworten als bei persönlichen Befragungen (Mayer, 2002, S. 99).

Als Nachteile gelten die stark schwankende Rücklaufquote mit den unbekanntenen Gründen der Nichtteilnahme und die fehlende Kontrolle beim Ausfüllen des Fragebogens (Scholl, 2003, S. 49). Zudem ist die Qualität der Befragung stark von der Gestaltung des Fragebogens abhängig, die mit großer Sorgfalt erfolgen sollte um Unklarheiten und ein daraus folgendes Nichtbeantworten von Fragen zu vermeiden (Mayer, 2002, S. 99).

Eine neue Art der schriftlichen Befragung stellt die **Befragung per Email** dar. Hierbei werden die Fragebögen per Email an die potentiellen Empfänger übertragen und anschließend von diesen ausgefüllt zurückgesendet. Die methodischen Anforderungen an die Gestaltung der Fragebögen sind die gleichen wie bei schriftlichen Befragungen, da die Befragten bei Onlinebefragungen die Fragebögen ebenfalls ohne die Hilfe eines Interviewers ausfüllen müssen (ADM, 2001, S. 3). Zudem ist daran zu denken, dass auch im Umgang mit Computern weniger geübte Personen den Fragebogen ausfüllen können sollten. Eine mehrfache Kontaktaufnahme ist dabei ebenso notwendig, wie bei den anderen Befragungsformen.

Nachteilig an dieser Methode ist, dass viele Internet-Nutzer unerwünschte kommerzielle E-Mails durch entsprechende Programme abblocken (Scholl, 2003, S. 46). Die Versendung von unerwünschten Werbe-E-mails steigt tendenziell und mit ihr auch die von den Usern getroffenen Schutzvorkehrungen.

Die Durchführung von Befragungen per Email hat durch die Einsparung von Papier-, Druck- und Portokosten und durch die Verringerung des Zeitaufwands ein großes Potential zur Kosteneinsparung. Es ist aber darauf zu achten, dass der Aufwand für den Probanden bei einer Teilnahme an der Befragung minimiert wird. Zudem muss die Sicherheit der übermittelten Daten gewährleistet sein (Dillman, 2007, S. 353).

Die große Schwäche der Methode ist, dass viele Haushalte keinen Computer und/oder Email-Adressen haben. Insbesondere bei älteren Menschen ist oftmals kein Zugang zum Internet vorhanden. Dieser Zustand wird sich verändern, jährlich werden Millionen von neuen Email-Adressen vergeben und der Computer mit Internetzugang wird für immer mehr Menschen zur Basisausstattung zum Arbeiten. Die Fragebögen sind so zu gestalten, dass sie auch mit älteren Computern und Computerprogrammen und mit nur geringen Computerkenntnissen zu bearbeiten sind (ADM, 2001, S. 3). Das Datenvolumen der Emails muss innerhalb kurzer Zeit abrufbar sein, auch bei Internetzugängen mit einer geringen Übertragungsrage

Bei kurze Befragungen mit kurzen, einfachen Fragen kann die Befragung per Email innerhalb kurzer Zeit Ergebnisse erzeugen. Voraussetzung hierfür ist das Vorhandensein von Email-adressen der zu befragenden Personengruppen (Dillmann, 2007, S. 371).

3.4 Telefonische Befragung

Das telefonische Interview stellt die meist genutzte Befragungsart dar. Da bei Telefonumfragen nur die Sprache für die Kommunikation zur Verfügung steht, gibt es einige Besonderheiten zu beachten. Die Fragen sollten möglichst kurz und einfach sein. Offene Fragen werden meist wesentlich kürzer beantwortet als in persönlichen Interviews. Die bei Fragebögen üblichen fünf- oder siebenstufigen Antwortskalen sind bei Befragungen per Telefon aufgrund der begrenzten Kapazität zur Informationsverarbeitung bei akustischer Darstellung nicht anwendbar. Die Fragen müssen aufwendig in Teilfragen zerlegt werden, welche von genaueren Unterfragen gefolgt werden. Anschließend werden die Antworten auf die Unterfragen auf der fünf- bzw. siebenstufigen Antwortskala eingeordnet (Mayer, 2002, S. 100 f.).

Der Prozess der telefonischen Befragung ist durch den Einsatz von Computern stark automatisiert worden. Neben der Darstellung der Fragen kann der Computer auch die Auswahl der Te-

lefonnummer übernehmen. Die Fehleranfälligkeit bei Filterfragen und Verzweigungen ist durch den Einsatz von Computern wesentlich reduziert worden. Erhaltene Antworten werden über die Tastatur eingegeben und auf Korrektheit geprüft, falsche Werte werden zur Korrektur zurückgemeldet. Antworten auf offene Fragen werden ebenfalls sofort an den Computer übermittelt, bei einer automatischen Codierung der Freitexteintragungen liegt unmittelbar nach der Feldphase der fertige Datensatz zur weiteren Bearbeitung bereit (Geyer, 2003, S. 74 f.; Mayer, 2002, S. 101).

Ein Problem bei telefonischen Befragungen ist die Stichprobenziehung. Meist werden die Telefonnummern mittels eines Standardverfahrens aus Telefonbüchern ermittelt. Das Problem hierbei ist, dass ein steigender Anteil von Haushalten nicht im Telefonbuch eingetragen ist. Somit führt die Auswahl der anzurufenden Nummern möglicherweise zu einer Verzerrung der Ergebnisse. Alternativen bieten die Systeme „Random Digit Dialing“ und „Randomize Last Digit“. Die Systeme generieren per Computer Telefonnummern unter Ausschluss von Geschäftsnummern, speichern diese in einer Datenbank und weisen sie den Anrufern zu. Aber auch bei diesem System wurden Verzerrungen aufgrund von nicht vergebenen Nummern festgestellt (Scholl, 2003, S. 42 f.).

Wenn eine Verbindung zu einem Haushalt erfolgreich hergestellt worden ist, stellt sich die Frage welches Haushaltsmitglied befragt werden soll. Hierbei wird meist die so genannte „Geburtstagsmethode“ angewandt, wobei derjenige der zuletzt Geburtstag hatte befragt wird. Hintergrund der Methode ist die Annahme einer Gleichverteilung der Geburtstage in der Bevölkerung (Geyer, 2003, S. 77).

Bei telefonischen Befragungen werden im Vergleich zu persönlichen Interviews die Reisezeit und die Reisekosten eingespart, es können in kürzerer Zeit mehr Interviews durchgeführt werden und die Organisation der Interviewer kann zentral erfolgen. Den eingesparten Reisekosten stehen allerdings Kosten für die Beschaffung einer Telefonanlage, von Computern und Softwareprogrammen gegenüber (Geyer, 2003, S. 71).

3.5 Bewertung der Befragungsarten

Für die Befragung von Patienten eignen sich prinzipiell alle drei Befragungsarten. Da es bei Patientenbefragungen aber meist um das Sammeln quantitativer Daten, ist von den persönlich-mündlichen Befragungsarten nur das standardisierte Interview sinnvoll einzusetzen. Leitfaden- und narrative Interviews erfordern zu viel Zeit und zu hohe Kosten und erreichen dabei nur eine geringe Anzahl an Patienten. Aber auch die Durchführung von standardisierten Interviews im Klinikalltag ist schwierig. Es wird ein geschulter Interviewer benötigt, der sich mit

den Patienten trifft und sie befragt. Da die Tagespläne der Patienten meist gut gefüllt sind, ist eine Terminvereinbarung für das Interview schwierig. Der Einsatz eines gut geschulten Interviewers kostet viel Geld (Scholl, 2003, S. 40), da die Befragungen der Patienten einzeln geschieht und somit viel Zeit in Anspruch nimmt. Zudem wird bei persönlichen Interviews seltener Kritik geübt, da die Anwesenheit des Interviewers zu Anpassungsmechanismen beim Befragten führt (Mayer, 2002, S. 100) und der Befragte aufgrund der nicht gegebenen Anonymität Konsequenzen befürchtet und eher zu den als sozial erwünschten eingeschätzten Antworten tendiert (Scholl, 2003, S. 41).

Telefonische Befragungen sind durch ihre geographische Unabhängigkeit mit Blick auf die Kosten und den benötigten Zeitaufwand empfehlenswert (Geyer, 2003, S. 71). Da bei telefonischen Interviews keine direkter Kontakt zwischen dem Befragten und dem Interviewer besteht, gilt diese Methode als anonymere als persönliche Interviews und produziert demzufolge aufrichtigeren Antworten, allerdings sind die Interviews meist auch kürzer als persönliche Interviews und die Antworten oberflächlicher (Scholl, 2003, S. 44 f.). Probleme gibt es beim Erreichen des gewünschten Gesprächspartners, wozu oftmals mehrere Versuche notwendig sein können, am besten außerhalb der Hauptarbeitszeiten in Kliniken, insbesondere bei berufstätigen Personen.

Durch die zunehmenden Versuche zahlreicher Firmen ihre Produkte per Telefon zu vermarkten, können telefonische Befragungen als zusätzliche Zumutung empfunden werden und die Motivation für eine Teilnahme an der Befragung entsprechend gering sein (Geyer, 2003, S. 57). Die Möglichkeiten Personen für eine Teilnahme an der Befragung zu motivieren sind aufgrund der Anonymität begrenzt (Scholl, 2003, S. 45).

Schriftliche Befragungen gelten als die kosten- und zeitgünstigsten Befragungsmethoden (Mayer, 2002, S. 99), zudem ist die Erreichbarkeit der Personen größtenteils gewährleistet (Scholl, 2003, S. 47). Der Befragte kann die Fragen zeitlich flexibel bearbeiten und Antworten länger überdenken.

Nachteile von schriftlichen Befragungen sind die schwankenden Rücklaufquoten mit den unbekanntem Ausfallursachen, aus diesem Grund sind Nachfassaktionen empfehlenswert (Ebenda, 2003, S. 49). Zudem können einzelne oder mehrere Fragen einfach ausgelassen werden, wobei die Gründe für fehlenden Antworten unbekannt bleiben. Da bei schriftlichen Befragungen kein Interviewer vor Ort ist, hängt die korrekte Beantwortung und Bearbeitung des Fragebogens stärker als bei den anderen Verfahren von der Qualität des Fragebogens ab (Mayer, 2002, S. 99).

3.5 Bewertung der Befragungsarten

Bei Befragungen per Email ist der Aufwand für den Forscher noch geringer als bei den üblichen schriftlichen Befragungen per Post, da viele Schritte des Vorgehens, insbesondere bei der Auswertung, durch den Einsatz eines Computers automatisiert werden können (Scholl, 2003, S. 47). Das Problem bei Email-Befragungen ist der Zugang zu den Emailadressen der zu befragenden Personen und die unvollständige Verbreitung von Zugängen zum Internet. Aufgrund des unbekanntem Umgangs mit dem neuen Medium und der steigenden Versendung von Werbe-Emails und den damit einhergehenden Schutzvorrichtungen der User ist zur Bestätigung der Seriosität der Emails und zur Erzielung von guten Rücklaufquoten eine mehrfache Kontaktaufnahme nötig. Da es sich bei der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Befragung um eine Untersuchung des Behandlungserfolgs handelt und dieser ein halbes Jahr nach dem Klinikaufenthalt abgefragt werden soll, müsste der Interviewer für persönliche Interviews die Patienten zu Hause aufsuchen, was aus Kostengründen ausgeschlossen werden muss. Bei telefonischen Befragungen stellt sich das Problem der Erreichbarkeit der Patienten, hierbei sind oftmals mehrere Versuche zu unterschiedlichen Zeiten nötig. Die beste Erreichbarkeit ist bei schriftlichen Befragungen gegeben, zudem kann der Befragte bei dieser Methode den Fragebogen innerhalb eines Zeitraums flexibel ausfüllen, jedoch ist für das Erreichen von ausreichenden Rücklaufquoten der Einsatz von Nachfassaktionen per Post und/oder Telefon nötig, was einen zusätzlichen Zeit- und Kostenaufwand darstellt. Bei Online-Befragung ist die unvollständige Verbreitung von Internetanschlüssen und Email-Adressen problematisch und würde einige Patienten, insbesondere ältere Menschen, von vornherein von der Befragung ausschließen. Die postalische Zustellung der Fragebögen ist die seriöseste und gängigste Form der Befragung.

4 Die Klinik

Im folgenden Abschnitt wird die Klinik beschrieben, in der die Untersuchung des Behandlungserfolg durchgeführt wurde und das System für eine langfristige Katamnesestudie eingeführt wurde. Die Informationen für die Beschreibung stammen aus eigenen Erfahrungen, persönlichen Erzählungen und aus den Informationsbroschüren der Klinik.

Die „Klinik Lüneburger Heide“ ist eine psychosomatische Klinik mit den Behandlungsschwerpunkten Essstörungen und ADHS. Die Klinik verfügt über 80 Betten in Einzel- und Doppelzimmern. Es werden Patienten mit Adipositas und allen Formen von Essstörungen, wie Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Disorder und atypischen Essstörungen aufgenommen.

Die stationäre Aufnahme von übergewichtigen Patienten erfolgt, wenn sie eine psychotherapeutische Behandlung brauchen. Die Gruppe der aufgenommenen übergewichtigen Patienten lässt sich in fünf verschiedene Untergruppen aufteilen:

- Patienten mit einer Binge-Eating-Störung
- Patienten mit einer behandlungsbedürftigen seelischen Grunderkrankung aus der sich eine Fehlernährung entwickelt hat
- Patienten mit einem erheblichen Leidensdruck aufgrund ihres Übergewichts bzw. ihrer Adipositas oder mit bereits entwickelten psychischen Folgeerkrankungen
- Patienten mit Adipositas und essgestörtem Verhalten und einem Verdacht auf ADHS
- Patienten, bei denen das Ausmaß des Übergewichts ein großes Gesundheitsrisiko darstellt und eine Verhaltensmodifikation zur Behandlung der Adipositas nötig ist.

Die Adipositastherapie besteht aus den Komponenten Psychotherapie, Mittagsgruppe, Bewegungsprogramm, Esstherapie und Kunsttherapie.

In der **Psychotherapie** werden die für Entstehung, Aufrechterhaltung und Überwindung der Adipositas relevanten Erlebens- und Verhaltensbereiche der Patienten aufgegriffen und bearbeitet. Dabei wird besonders auf die subjektiven Grundprobleme der einzelnen Patienten eingegangen. Dies führt zu einer Motivationssteigerung und wirkt sich positiv auf den Therapieprozess aus.

In der täglich nach dem Mittagessen stattfindenden **Mittagsgruppe** werden auffällige Verhaltensmuster während des Essens, der Gewichtsverlauf bei den Patienten und Strategien zur flexiblen Kontrolle beim Essen thematisiert.

Alle Patienten nehmen nach einer sportmedizinischen Untersuchung an dem **Bewegungsprogramm** teil. Durch Ausdauer- und Kraftsport unter Anleitung von Sporttherapeuten soll die Fettverbrennung erhöht werden. Zudem wird versucht, für jeden Patienten eine bevorzugte Sportart zu finden, welche nach dem Klinikaufenthalt weiterhin ausgeführt wird.

Bei der **Esstherapie** wird zu Beginn des Klinikaufenthalts mit jedem Patienten eine Ernährungsanamnese durchgeführt, in der das zu Hause ausgefüllte Essprotokoll ausgewertet wird und die Ziele für die Gewichtsreduktion festgelegt werden. Die Patienten erhalten eine energie- und fettreduzierte Mischkost mit 1800 kcal und 60 g Fett pro Tag. Die Mahlzeiten werden in einem Selbstbeobachtungsbogen protokolliert. Die Verpflegung der Patienten erfolgt morgens und abends über ein Selbstbedienungsbuffet, mittags wird das Essen auf Tellern portioniert ausgegeben. Als Orientierung für das Essverhalten wird den Patienten das Pyramidenmodell mit den Portionsgrößen von der aid vermittelt. Am Buffet sind alle Lebensmittel mit Kalorien- und Fettangaben ausgezeichnet, zudem stehen die Ernährungsfachkräfte beratend zur Seite. In den Lehrküchenveranstaltungen wird die Esskultur und die Genussfähigkeit durch das gemeinsame Zubereiten und anschließende Verzehren von Speisen gefördert. Vor der Abreise erhalten die Patienten eine Beratung zur Umsetzung der neu erlernten Ernährungsweise im Alltag.

In der **Kunsttherapie** besteht für die Patienten die Möglichkeit unbewusste bzw. sprachlich nur schwer ausdrückbare Aspekte ihrer Persönlichkeit zum Ausdruck zu bringen.

Die Therapie findet fast ausschließlich in Gruppen statt, so können sich die Gruppenmitglieder gegenseitig motivieren, die oftmals jahrelange Isolation kann durchbrochen werden und ein Rückfall in alte Verhaltensmuster wird erschwert.

Die Patienten der Klinik Lüneburger Heide, die an der Befragung teilgenommen haben sind neben Adipositas teilweise auch an Binge-Eating-Disorder, Bulimia nervosa oder ADHS erkrankt und werden diesbezüglich in der Klinik behandelt. An der täglich stattfindenden Mittagsgruppe nehmen alle Adipositas-Patienten teil. In der Therapie werden die Patienten nach den Krankheiten und dem Alter in Gruppen aufgeteilt. Im Folgenden werden die vorhandenen Krankheiten der befragten Patienten dargestellt.

4.1 Adipositas

Die Adipositas und ihre Folgen werden im ICD-10, dem Klassifikationssystem der WHO für Krankheiten, mit den Codes E65 bis E68 bezeichnet. Übergewicht entsteht immer dann, wenn die Energiezufuhr den individuellen Energiebedarf übersteigt. Wenn gegen die Gewichtszunahme nicht gegengesteuert wird resultiert aus dem Übergewicht im späteren Verlauf eine Erkrankung an Adipositas. Die Definition der Adipositas erfolgt über die Körperfettmasse. Wenn der Anteil des Körperfettes an der Körpermasse erhöht ist spricht man von Adipositas, bei Übergewicht muss die Körperfettmasse nicht erhöht sein und wird zur Bestimmung auch nicht herangezogen (Wirth, 2000, S. 7). Da genaue Messungen der Körperfettmasse aufwendig und teuer sind, wird bei den meisten Untersuchungen nicht die Adipositas, sondern das Übergewicht gemessen (Pudel et al., 2003, S. 123 f.). Das bei einer Adipositas bestehende Übermaß an Fett erhöht die Gefahr für verschiedene Krankheiten und die Lebenserwartung verringert sich (Kasper, 2000, S. 241).

Definition und Klassifikation

Zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas ist der Body-Mass-Index (BMI) die gängigste Methode. Er wird berechnet als der Quotient des Gewichtes in kg und der Körpergröße in Metern zum Quadrat (Abb. 4.1).

$$BMI (kg/m^2) = \frac{\text{Körpergewicht}}{(\text{Körpergröße} \times \text{Körpergröße})}$$

Abbildung 4.1: Berechnung der Body-Mass-Index

Die Korrelation zwischen dem BMI und der Fettgewebsmasse beträgt 0,7 bis 0,8, gleichzeitig korreliert der BMI nur leicht zur Körpergröße und lässt sich relativ einfach bestimmen (Pudel et al., 2003, S. 124). Die Bewertung und Einordnung des BMI erfolgt aufgrund von steigender Morbidität und Mortalität ab bestimmten Body Mass Indizes. Das Risiko für bestimmte Krankheiten und die Sterblichkeitsrate steigt ab BMI 25, daraus folgt die Definition von Übergewicht ab BMI 25. Bei Werten über BMI 30 wird von Adipositas gesprochen.

Die Einordnung des Gewichtes anhand des BMI ist nicht unumstritten, da kleine oder sehr muskulöse Personen aufgrund ihres vergleichsweise hohen Gewichtes als übergewichtig eingestuft werden können, ohne aber ein überhöhtes Maß an Körperfett aufzuweisen. Tatsache ist aber, dass zwischen dem BMI und dem Prozentsatz an Körperfett in großen Populationen eine

4.1 Adipositas

sehr hohe Korrelation besteht (Waine, 2006, S. 17). Tabelle 4.2 zeigt die Klassifikation der Gewichtsklassen entsprechend des BMI.

Tabelle 4.2: Definition der Gewichtsklassen mittels BMI (Wirth, 2000, S. 6)

Klassifikation	BMI (kg/m ²)	Risiko für Begleiterkrankungen des Übergewichts
Untergewicht	< 18,5	Niedrig
Normalgewicht	18,5 - 25	durchschnittlich
Übergewicht	> 25	
Präadipositas	25 - 30	gering erhöht
Adipositas	> 30	
Adipositas Grad I	30 - 35	erhöht
Adipositas Grad II	35 – 40	hoch
Adipositas Grad III	> 40	sehr hoch

Für Kinder und Jugendliche gibt es spezielle Tabellen mit Perzentilen zur Einordnung des ermittelten BMI entsprechend dem Alter und dem Geschlecht. Als übergewichtig werden Kinder und Jugendliche bewertet, wenn der ermittelte BMI oberhalb der 90. Perzentile liegt, ab der 97. Perzentile gelten sie als adipös.

Der BMI mit der niedrigsten Mortalität steigt mit zunehmendem Lebensalter an, so korreliert beispielsweise bei 55- bis 64jährige Personen ein BMI zwischen 23 und 28 mit der geringsten Sterblichkeitsrate (Kasper, 2000, S. 242). Das Mortalitätsrisiko bei Adipösen ist mit der Steigerung des BMI verbunden, dieser Effekt schwächt sich aber mit zunehmendem Alter ab (Hauner et al., 2007, S. 9).

Neben dem BMI, der das Ausmaß des Übergewichts darstellt, spielt die Verteilung der Fettdepots eine wichtige Rolle und bestimmt das mit der Adipositas einhergehende Gesundheitsrisiko (Ellrott et al., 1997, S. S. 4). Die Göteborg-Studie zeigt, dass das Fettverteilungsmuster ein guter Prädiktor für die Sterberate, das Auftreten von Schlaganfällen und kardiovaskulären Erkrankungen ist (Pudel et al., 2003, S. 130). Unterschieden wird hier zwischen der androiden Fettverteilung („Apfeltyp“) mit einer erhöhten Körperfettansammlung am Bauch und der gynoiden Fettverteilung („Birnentyp“) mit der Verteilung von überschüssigem Fettgewebe an den Hüften und Oberschenkeln. Grundlage für die Bestimmung der Fettverteilung ist die Tatsache, dass das metabolische und kardiovaskuläre Gesundheitsrisiko mit einer androiden Fettverteilung einhergeht, während bei einer gynoiden Verteilung der Körperfettmasse keine Korrelation zu metabolischen Erkrankungen besteht (Wirth, 2000, S. 8). Zur Bestimmung der

4.1 Adipositas

Fettverteilung ist der BMI alleine ein schlechter Parameter, so kann selbst bei einem BMI im Normbereich der Anteil von viszeralem Fett so hoch sein, dass eine erhöhte Gefahr für das Auftreten von metabolischen Erkrankungen besteht (Kasper, 2000, S. 248). Zur Abschätzung des Adipositas-assoziierten Gesundheitsrisikos ist das Fettverteilungsmuster insbesondere bei Adipositas Grad 1 zur Bestimmung des Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos zu berücksichtigen (Ellrott et al., 1997, S. 4). Nach dem Konsens der Deutschen Adipositas Gesellschaft wird das Fettverteilungsmuster als Kriterium für eine Therapieindikation bei einem BMI zwischen 25 und 29,9 herangezogen (Pudel et al., 2003, S. 131).

Die Ermittlung der Körperfettverteilung erfolgt über die Bestimmung des Waist-Hip-Ratio (WHR) oder die Messung des Taillenumfangs. Für die WHR wird der Umfang der Taille mit dem Umfang der Hüfte ins Verhältnis gesetzt ($\text{WHR} = \frac{\text{Taillenumfang in cm}}{\text{Hüftumfang in cm}}$). Bei Frauen ist hier ein Wert von unter 0,85 unbedenklich, bei Männern sollte der Wert unter 1 liegen.

Zur Diskussion steht, ob bereits die alleinige Messung des Taillenumfangs ausreichend ist, um die Fettverteilung zu bestimmen, (Waine, 2006, S. 18), da die Taillenweite strenger mit den Adipositas-assoziierten Krankheiten als der BMI und die WHR korreliert (Wirth, 2000, S. 10). Die Einordnung des Taillenumfangs entsprechend der Gefährdung sind Tabelle 4.3 zu entnehmen.

Tabelle 4.3: Zusammenhang zwischen dem Taillenumfang und dem Gefährdungsgrad (Waine, 2006, S. 18)

Geschlecht	Erhöhtes Risiko	Erhebliches Risiko
männlich	≥ 94 cm	≥ 102 cm
weiblich	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Aufgrund der nicht hundertprozentigen Korrelation zwischen dem BMI und der Fettmasse, kann es bei Personen mit einer großen Muskelmasse zu Unsicherheiten bei der Bestimmung von Adipositas kommen, so kann der Körperfettanteil bei BMI 30 zwischen 15 und 30 % betragen (Benecke et al., 2003, S. 7).

Eine gängige Methode zur Messung des Körperfettes ist die Hautfaltendickemessung mit einer Messzange (Caliper), die mit einem definiertem Auflagedruck und einer definierten Auflagefläche die Dicke einer Hautfalte am Arm misst. Aus der Summe der Messungen an mehreren Stellen am Arm mit einem Caliper lässt sich die Fettmasse errechnen. Für klinische Zwecke wird oftmals die bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) angewandt. Hierbei wird der Wi-

derstand im Körper beim Durchleiten von Wechselstrom gemessen. Diese Methode beruht auf dem Prinzip unterschiedlicher Widerstände der Fettmasse und der fettfreien Körpermasse. Zur Messung werden insgesamt vier Elektroden an den Händen und Füßen platziert und anschließend Wechselstrom durch den Körper geleitet (Wirth, 2000, S. 17 ff.).

Prävalenz

In Deutschland besteht eine Adipositas bei ca. 13,5 % der Männer und ca. 11,5 % der Frauen. Die Prävalenz von Adipositas hat in den vergangenen Jahren in den entwickelten Ländern sowohl bei den Erwachsenen, als auch bei den Kindern und Jugendlichen weiter zugenommen (WHO, 2005, S. 2 f.).

Die wirtschaftlichen Kosten aufgrund der hohen Prävalenz sind enorm. So betragen die direkten Kosten durch die Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Adipositas und den Begleiterkrankungen in Großbritannien nach Angaben des National Audit Office aus dem Jahre 2001 625,2 Mio. €, hinzu kommen noch die indirekten Kosten für krankheits- und todesfallbedingte Produktionsausfälle von 2,86 Milliarden € (Waine, 2006, S. 22 ff.). Nach Übertragung einer amerikanischen Studie auf Deutschland, entstehen hierzulande jährlich Kosten in Höhe von ca. 15 Milliarden €, was ca. 6% aller Kosten im Gesundheitswesen sind (Wirth, 2000, S. 55 f.) Die hohe Prävalenz und die damit durch die Adipositas verursachten Kosten machen die Erkrankung zu einem zentralen Thema der Gesundheitspolitik in den westlichen Ländern.

Begleiterkrankungen und Sterblichkeitsrisiko

Die Adipositas erhält durch die Vielzahl der Folgeerkrankungen ihren Krankheitswert (Ellrott et al., 1997, S. 8). Grundsätzlich sind die negativen Folgen der Adipositas bei Männern ausgeprägter als bei Frauen und nehmen mit zunehmendem Alter ab (Kasper, 2000, S. 246).

Die Haupttodesursache ist der Herzinfarkt, infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Gefäßkrankheiten oder koronaren Herzerkrankungen (Waine, 2006, S. 22).

Der für Begleiterkrankungen relevante Adipositas-Typ ist die androide Form. Diese Form der Fettverteilung begünstigt eine Hypertriglyzeridämie, niedrige HDL-Werte und eine gesteigerte Lipidoxidation (Kasper, 2000, S. 249). Weitere mögliche Folgen des Übergewichts sind Störungen im Kohlenhydratstoffwechsel in Form von Insulinresistenz und gestörter Glukosetoleranz mit einer daraus bei entsprechender genetischer Disposition resultierenden Entwicklung

eines Diabetes mellitus Typ 2 (Hauner et al., 2007, S. 7). Der Grad der Diabeteserkrankung ist vom Ausmaß und Dauer der Adipositas abhängig (Wirth, 2000, S. 148). Außerdem besteht ein Zusammenhang zwischen der Insulinresistenz bei Adipositas und der Entstehung einer Hypertonie (Bluthochdruck)(Kasper, 2000, S. 250). Bluthochdruck stellt die häufigste Begleiterkrankung von Adipositas dar, die Gefahr für eine Erkrankung steigt proportional zum BMI (Benecke et al., 2003, S. 15). Etwa jeder zweite adipöse Patient ist betroffen, mögliche Folgen sind Herzrhythmusstörungen und Arteriosklerose (Wirth, 2000, S. 172).

Das Risiko eines Herzinfarktes steigt mit zunehmendem BMI. Eine Herzinsuffizienz führt zu häufigen Komplikationen und ist eine wesentliche Todesursache bei adipösen Patienten in Abhängigkeit zur Dauer der Adipositas. Das Herzinfarkttrisiko erhöht sich durch erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck und Diabetes deutlich (Benecke et al., 2003, S. 16).

Je nach Geschlecht werden mit Adipositas verschiedene Karzinomarten in Verbindung gebracht. Auch hormonelle Störungen, wie erniedrigte Testosteron-Spiegel bei Männern und Einschränkung der Fertilität können als Folge einer Adipositas auftreten (Hauner et al., 2007, S. 7).

Ebenfalls mit dem zunehmendem Gewicht steigt die Gefahr einer Erkrankung an Gicht aufgrund der positiven Korrelation zwischen Gewicht und der Harnsäurekonzentration im Serum (Benecke et al., 2003, S. 16).

Bei dem gemeinsamen Vorkommen von Adipositas mit einer androiden Körperfettverteilung, Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie und Hyperlipoproteinämie spricht man von dem metabolischen Syndrom, welches mit einem hohen Risiko für die Entwicklung einer vorzeitigen Arteriosklerose einhergeht, woraus ein Herzinfarkt folgen kann (Kasper, 2000, S. 263).

Durch Adipositas kommt es zu einer messbaren Abnahme der Lungenfunktion, womit eine Schlafapnoe und Kurzatmigkeit einhergehen können (Waine, 2006, S. 60).

Aufgrund der hohen Belastung des Bewegungsapparats durch das hohe Gewicht kommt es bei Adipösen häufig zu einer Arthrose im Kniegelenk (Gonarthrose) und Rückenbeschwerden (Wirth, 2000, S. 207 ff.). Zudem besteht bei den Adipösen ein erhöhtes Operations- und Narkoserisiko (Hauner et al., 2007, S. 8).

Die Fertilität hängt vom Körpergewicht ab, dies gilt sowohl für Untergewicht wie auch für Übergewicht (Wirth, 2000, S. 213), zudem erhöht sich die Wahrscheinlichkeit von Komplika-

tionen während einer Schwangerschaft mit zunehmendem Übergewicht (Pudel et al., 2003, S. 129).

Als psychosoziale Konsequenzen kann sich eine erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit, eine soziale Diskriminierung und/oder ein geringes Selbstwertgefühl ergeben, was zu einer Verminderung der Lebensqualität von Adipösen führt (Pudel et al., 2003, S. 129). Daraus kann die Notwendigkeit einer psychosomatischen Behandlung entstehen.

Mit den Begleiterkrankungen bei Adipösen geht eine erhöhte Mortalität einher. Das relative Sterblichkeitsrisiko bei Nichtrauchern betrug nach der Nurse's Health Study 1,6 bei einem BMI zwischen 27 und 28,9 und 2,1 bei einem BMI zwischen 29 und 31 (Waine, 2006, S. 48). Bei einem Gewicht von 20% oberhalb des Normalgewichts ist die Mortalität um 20% erhöht, bei einem 50% erhöhten Gewicht steigt die Mortalität um 100% (Wirth, 2000, S. 141).

Ätiologie

„Adipositas ist keine bloße Frage von Gefräßigkeit und Faulheit, sondern eine bedeutende, durch die heutige Umwelt unterhaltene Erkrankung unter den Leiden mit genetischer Prädisposition.“ (Waine, 2006, S. 60) Als die zentrale Ursache für die Entstehung von Adipositas gilt dennoch eine positive Energiebilanz aufgrund des modernen Lebensstils in der westlichen Welt mit einer zu hohen Energiezufuhr und einem reduzierten Energiebedarf wegen geringer körperlicher Aktivität oder einer Veränderung des Stoffwechsels (Pudel et al., 1998, S. 134). Für die vermehrte Speicherung von Fett aufgrund dieser positiven Energiebilanz werden neben genetischen Faktoren auch psychosoziale Faktoren verantwortlich gemacht. Die zugrunde liegenden Mechanismen für die Entstehung von Adipositas sind trotz einer enormen Anzahl von Untersuchungen in diesem Bereich nicht einheitlich geklärt (Kasper, 2000, S. 243).

Die Fähigkeit Energiereserven für Notzeiten zu speichern war in der Evolutionsgeschichte des Menschen ein entscheidender Vorteil. In den vergangenen 50 Jahren war die Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln stets gewährleistet, somit entwickelte sich aus der ehemaligen genetischen Prädisposition und den gegebenen Umweltfaktoren die zunehmende Prävalenz der Adipositas. Mehrere Studien deuten auf genetische Prädispositionen für eine Entwicklung von Adipositas hin, so beispielsweise die Studie von Stunkard et al. aus dem Jahre 1990, wo der BMI von adoptierten Kindern mit dem BMI ihrer leiblichen Eltern und nicht dem ihrer Adoptiveltern korreliert (Ellrott, 1997, S. 10).

Ein weiterer wichtiger Faktor bei der Entstehung von Adipositas ist der mit dem Alter sinkende Energiebedarf, allein aus diese Tatsache heraus kann sich bei gleichbleibenden Ernährungsgewohnheiten auf Dauer eine Adipositas entwickeln (Kasper, 2000, S. 243).

Weitere mögliche Ursachen sind Stress, Essstörungen (z.B. Binge-Eating-Disorder, Bulimie), endokrine Erkrankungen und Nebenwirkungen von Medikamenten (Hauner et al., 2007, S. 7).

Therapie

Indikationen für eine Behandlung von Übergewicht bzw. Adipositas sind gegeben, wenn der BMI größer 30 ist oder neben dem Übergewicht, d. h. bei einem BMI zwischen 25 und 29,9, Gesundheitsstörungen, eine abdominale Fettverteilung oder psychosozialer Leidensdruck vorliegt (Hauner et al., 2007, S. 10).

Die Gewichtsreduktion soll durch ein verbessertes Gesundheitsverhalten erzielt werden. Dazu gehört die Ernährung nach der Ernährungspyramide, eine gesteigerte körperliche Aktivität in moderater Intensität und regelmäßige Arztbesuche für die medizinische Betreuung. Bei der Therapie ist auf das Vermeiden von unerwünschten Nebenwirkungen, wie Entstehungen von Essstörungen, Organschäden durch einen zu schnellen Gewichtsverlust und eine Reduzierung der Knochendichte aufgrund einer zu geringen Calciumzufuhr durch Mangelernährung zu achten.

Die Therapie der Adipositas sollte darauf abzielen, eine grundlegende und dauerhafte Veränderung von Ernährungs- und Lebensweisen zu bewirken. Deshalb ist eine Anpassung der Therapie an die Bedingungen der Patientinnen und Patienten notwendig (Benecke et al., 2003, S. 21).

Zu Beginn einer Therapie gilt es die Erwartungen von Arzt und Patient an die Behandlung aufeinander abzustimmen, da diese oftmals weit auseinander liegen, wie in Tabelle 4.4 zu sehen ist. Zudem sollte die Motivation des Patienten ermittelt werden, da eine nur geringe oder gar keine Motivation beim Patienten zu keinem Erfolg führt und die Behandlung somit eine Zeitverschwendung für beide Seiten darstellen würde. Es gilt klarzustellen, dass es bei der Therapie nicht um eine Gewichtsreduktion bis zum Idealgewicht geht, sondern um eine moderate Gewichtsreduktion von 5-10% (Waine, 2006, S. 70). Zur Linderung der Begleit- und Folgeerkrankungen kann bereits eine solche Gewichtsabnahme von wenigen Kilogramm zu Erfolgen führen (Benecke et al., 2003, S. 18). Mit der Anamnese wird versucht die Therapie optimal auf den Patienten abzustimmen. Dazu werden die Ernährungsgewohnheiten, die Bewe-

4.1 Adipositas

gungsaktivität, eine Gewichtsanamnese, die psychosoziale Anamnese und eine Familienanamnese ermittelt (Hauner et al, 2007, S.11).

Tabelle 4.4: Unterschiede zwischen Patient und Arzt hinsichtlich der Erwartungen an die Behandlung des Übergewichts (Waine, 2006, S. 74)

Kriterium	Patient	Arzt
Tempo der Gewichtsreduktion	rasch	fortschreitend
Grad der Gewichtsreduktion (in Prozent des Ausgangsgewichts)	20%	5-10%
Dauer der Diät	wenige Wochen	lebenslang
Ziele	<ul style="list-style-type: none">• Gewichtsverlust• kosmetische Zwecke• körperliche Fitness	<ul style="list-style-type: none">• Halten des Gewichts• Senkung der Co-Morbidität bei Adipositas• Fitness des Stoffwechsels

Aufgrund der Forschungsergebnisse der letzten Zeit wurde der Weg der „Gewichtsabnahme um jeden Preis“ verlassen, stattdessen wird versucht den „Spielraum für eine langfristige Stabilisierung des Gewichts der Patienten auf einem reduzierten Niveau auszuloten.“ (Pudel et al., 2003, S. 153)

Ein erfolgreiches Gewichtsmanagement-Programm muss nach der National Academy of Sciences die folgenden vier Kriterien erfüllen:

- Die Gewichtsreduktion muss über ein Jahr oder länger mindestens 5% des Ausgangsgewichts oder eine BMI-Einheit betragen
- Die Verbesserung von mindestens einer adipositas-assoziierten Erkrankung
- Eine verbessertes Gesundheitsverhalten in Form von regelmäßigen Arztbesuchen, regelmäßigen sportlichen Aktivitäten und/oder Ernährung entsprechend der Empfehlungen (Ernährungspyramide)
- Die Teilnehmer müssen regelmäßig nach Änderungen im Gesundheitszustand befragt werden um mögliche Nebenwirkungen der Gewichtsreduktion zu kontrollieren.
(Pudel et al., 2003, S. 153 f.)

Aufgrund der ungeklärten Ursachen der Adipositas ist auch der wirkungsvollste Ansatzpunkt für eine Behandlung mit einem dauerhaften Erfolg weitgehend unklar. Klar ist aber, dass Adipositas die Folge einer positiven Energiebilanz ist und „die Therapie der Adipositas nur in ei-

ner Verringerung der Energiezufuhr oder Steigerung des Energieverbrauchs bestehen“ kann (Kasper, 2000, S. 251). Einigkeit besteht auch über die drei Grundelemente für Therapieprogramme zur Übergewichtsbehandlung energiereduzierte Diät, Verhaltenstherapie und erhöhte körperliche Aktivität (Pudel et al., 2003, S. 155).

Bei der **Ernährungstherapie** gibt es verschiedene Strategien zum Erreichen einer negativen Energiebilanz. Bei der Auswahl der Strategie ist auf die individuellen Gegebenheiten des Patienten und das Einbeziehen des gesamten Umfeldes zu achten. Zudem gilt es, den Patienten ausführlich über die Prinzipien der Ernährungsumstellung zu informieren (Hauner et al., 2007, S. 12).

Grundsätzlich kann mit jeder Kostform, die ein Energiedefizit herbeiführt, abgenommen werden. Wichtig ist jedoch der Langzeiterfolg der Behandlung und die Beachtung von möglichen Nebenwirkungen und Komplikationen (Wirth, 2000, S. 235).

Bei einer diätetischen Gewichtsreduktion ist zu beachten, dass neben dem Fettabbau auch ein Proteinverlust stattfindet. Diesem ist mit der Zufuhr von hochwertigem Proteinen und Kohlenhydraten entgegenzuwirken. Im Folgenden werden die gängigsten Kostformen kurz vorgestellt.

Die häufigste Diätform bei der Adipositasbehandlung ist die **energiereduzierte Mischkost**. Sie gewährleistet eine ausreichende Deckung an essentiellen Nährstoffen und der Patient kann seine Essgewohnheiten trotz der quantitativen Einschränkung weitgehend beibehalten (Kasper, 2000, S. 253).

Der Energiegehalt der Kostform beträgt 1200-1800 kcal/d. Die energiereduzierte Mischkost besteht aus gewöhnlichen Lebensmitteln. Bei der Kost wird die Eiweißzufuhr auf 0,8 g Eiweiß pro kg Körpergewicht begrenzt, zudem wird eine Fettreduktion angestrebt, hierbei ist besonders auf die „versteckten Fette“ zu achten. Bei der Kohlenhydratzufuhr wird die Zufuhr von komplexen Kohlenhydraten empfohlen um eine gute Sättigung zu erzeugen. Diese Kostform ist aufgrund ihrer Alltagstauglichkeit nicht als Diät, sondern als Ernährungsform anzusehen (Wirth, 2000, S. 240).

Beim Einhalten der Diät kommt es bei adipösen Patienten im Mittel zur einer Gewichtsreduktion von 1-1,5 kg pro Woche (Kasper, 2000, S. 253). Da diese Diät mit handelsüblichen und preislich erschwinglichen Lebensmitteln durchgeführt wird, besteht hier die Möglichkeit der langfristigen Realisierung und damit einhergehend das Halten des reduzierten Gewichts (Pudel et al., 2003, S. 158).

Bei der **fettreduzierten Mischkost** wird die Fettzufuhr auf 40-80 g Fett pro Tag begrenzt und die Zufuhr von Kohlenhydraten liberalisiert. Durch den nicht limitierten Kohlenhydratverzehr ist ein hoher Sättigungseffekt gegeben und Therapieabbrüche wegen Hunger sind weitestgehend ausgeschlossen. (Kasper, 2000, S. 258).

Die Gewichtsabnahme ist abhängig von der Höhe des eingesparten Fettes, unter normalen Bedingungen beim Austausch von fettreichen gegen fettarme Produkte ist mit einer Gewichtsabnahme von ca. 1 kg pro Monat zu rechnen (Ellrott et al., 1997, S. 44). Die wissenschaftliche Grundlage für die Empfehlung von der fettarmen und kohlenhydrat-unlimitierten Diät ist eine positive Korrelation zwischen dem Fettverzehr und dem Körpergewicht und eine negative Korrelation zwischen dem Kohlenhydratverzehr und dem Körpergewicht (Kasper, 2000, S. 257). Eine Umwandlung der Kohlenhydrate in Fett geschieht nur bei einer positiven Energiebilanz.

Damit eine Diät langfristig durchgeführt wird muss diese schmackhaft sein und ein ausreichendes Sättigungsgefühl erzeugen. Diese Voraussetzungen sind bei einer fettarmen, aber kohlenhydratreichen Diät erfüllt und sie führt zur gleichen Gewichtsreduktion wie herkömmliche kalorienarme Diäten (Waine, 2006, S. 76). Somit stellt die fettkontrollierte und kohlenhydratliberale Diätform eine erfolgsversprechende Diätform bei der Behandlung von Adipositas 1. Grades und zur Stabilisierung des Gewichts nach der Behandlung von Adipositas 2. und 3. Grades dar (Ellrott et al., 1998, S 42 f.). Auch die alleinige Reduktion des Fettverzehrs bei einer Steigerung der Kohlenhydratzufuhr, was ein Beibehalten der Gesamtenergiezufuhr bedeutet, führt bei Adipösen bereits zu einer allmählichen Gewichtsreduktion (Waine, 2006, S. 75; Pudel et al., 2003, S. 159).

Unter medizinisch-therapeutischer Kontrolle hat sich eine **stark kalorienreduzierte Diät** mit einer Energiezufuhr zwischen 300-600 kcal pro Tag durchgesetzt. Durch die Zufuhr kleiner Mengen von hochwertigen Proteinen mit einer Kohlenhydratzugabe lässt sich der Verlust von Muskelmasse bei der Gewichtsreduktion weitestgehend verhindern. Die Kost besteht aus Formula-Diätprodukten und wird in flüssiger Form verabreicht. Ergänzt wird die Diät durch mindestens 2 Liter kalorienfreie Getränke. (Pudel et al., 2003, S. 159) Diese extrem kalorienarmen Diäten sind ungeeignet für Personen mit Herzerkrankungen, Nierenleiden, Hypertonie, Tumoren oder insulinpflichtigem Diabetes und nur unter klinischer Aufsicht durchzuführen (Waine, 2006, S. 78 f.).

Niedrig kalorische Kost (LCD) mit 700-1000 kcal/d und **extrem niedrig kalorische Kost** (VLCD) mit 450-700 kcal/d werden bei stark adipösen Patienten mit Formuladiäten durchge-

führt. Die Energiezufuhr geschieht meist in flüssiger Form auf fünf Mahlzeiten pro Tag verteilt. Durch die Diätverordnung müssen die Formulaprodukte Mindestgehalte an bestimmten Mikro- und Makronährstoffen enthalten. Durch diese spezielle Zusammensetzung werden gesundheitliche Risiken und negative Effekte der Gewichtsreduktion minimiert. Die Compliance der Patienten ist bei den LCD- und VLCD-Diäten meistens gut, da sie mit einer schnellen Gewichtsreduktion einhergehen und so zu einer guten Motivation beitragen. Um ein Wiederanstieg des Gewichts nach Beendigung der Diät entgegen zu wirken ist ein einhergehendes Verhaltenstraining für ein verändertes Ess- und Bewegungsverhalten nötig (Ellrott et al., 1998, S. 41 f.).

VLCD-Diäten sollten nur bei Patienten durchgeführt werden, bei denen eine Gewichtsreduktion dringend notwendig ist, da die Reduktion der Energiezufuhr auf 10-30% eine große Umstellung für den Körper darstellt (Wirth, 2000, S. 238).

Formulaprodukte finden auch Einsatz in dem Ersatz von Mahlzeiten in Form von Eiweißgetränken oder Riegeln. Durch das flexible Ersetzen von 1-2 Hauptmahlzeiten pro Tag bei einer täglichen Energiezufuhr zwischen 1200 und 1600 kcal ist innerhalb von 3 Monaten ein durchschnittlicher Gewichtsverlust von 6,5 kg zu erwarten (Hauner et al., 2007, S. 13).

Die **Atkins-Diät** und auch andere Diäten mit der starken Betonung einer Nährstoffgruppe sind sehr einseitig und für längere Zeit nicht durchführbar, was mit einem Wiederanstieg des Gewichts nach dem Diätende einhergeht (Pudel et al., 2003, S. 157 f.).

Diäten mit einem niedrigem glykämischen Index sind entsprechend der derzeitigen Datenlage Kostformen mit einem hohen glykämischen Index nicht überlegen (Hauner et al., 2007, S. 13).

Fastenkuren oder Null-Diäten sind aufgrund der extremen Einschränkung der Nahrungszufuhr, den klinischen Risiken und dem fehlenden Lerneffekt nicht zu empfehlen (Pudel et al., 2003, S. 156; Wirth, 2000, S. 235). Oftmals haben die Patienten bereits nach kurzer Zeit ihr Ausgangsgewicht wieder erreicht und es besteht somit kein Vorteil gegenüber gemäßigeren Abnahmemethoden.

In der **Verhaltenstherapie** werden den Patienten Prinzipien und Techniken zu Veränderungen ihrer Essgewohnheiten und ihrer körperlichen Aktivität vermittelt (Benecke et al., 2003, S. 20). Die wichtigsten Elemente sind hierbei Selbstbeobachtung des Essverhaltens, Einübung der flexiblen Kontrolle, Stimulus-Kontroll-Techniken, Einsatz von Verstärkungstechniken und Rückfallprophylaxe (Hauner et al., 2007, S. 14). Die Verhaltenstherapie findet meist 1-

bis 2 mal pro Woche für eine Dauer von ca. 90 min. statt und dauert insgesamt zwischen einigen Wochen und einem Jahr (Wirth, 2000, S. 266).

Als besonders wichtig hat sich die Einübung einer flexiblen Kontrolle erwiesen um dem oftmals vorhandenem rigiden Kontrollverhalten entgegenzuwirken. Unter anderem geht es darum, die pauschale Kontrolle von Kalorien durch eine Kontrolle von Fettkalorien zu ersetzen, womit eine Liberalisierung der Kohlenhydratzufuhr einhergeht (Pudel et al., 2003, S. 163 f.).

Die Vermittlung von zum Abnehmen geeigneten Portionsgrößen, damit die Entstehung einer negativen Energiebilanz gewährleistet ist, gilt es ebenso wichtiger Therapieinhalt wie die Vermittlung von Ernährungswissen über den Energie- und Fettgehalt der gängigen Lebensmittel und das Aufzeigen von Alternativen zu fetthaltigen Lebensmitteln.

Anhand einer Selbstbeobachtung werden das Sportverhalten und die Ess- und Ernährungsgewohnheiten der Patienten ermittelt und anschließend bewertet. Die Selbstbeobachtung geschieht anhand eines Tagebuchs, in dem neben der sportlichen Aktivität und den verzehrten Lebensmitteln auch die kognitiven und emotionalen Faktoren des Essverhaltens festgehalten werden (Benecke et al., 2003, S. 20).

Patienten zweifeln bei Ausrutschern oftmals an ihrer Eignung für eine dauerhafte Gewichtsreduktion, geben ihr neues Verhalten auf und verfallen wieder in ihr altes Verhaltensschema. Bei der Rückfallprophylaxe geht es darum rückfallbehaftete Situationen zu identifizieren und Bewältigungsstrategien zur Vorbeugung zu entwickeln (Wirth, 2000, S. 266).

Körperliche Aktivität führt zu einer vermehrten Gewichtsreduktion und einer besseren Gewichtsstabilisierung nach einer Senkung des Körpergewichtes (Pudel et al., 2003, S. 169). Somit ist ein Bewegungsprogramm ein essenzieller Bestandteil von jedem Gewichtsreduktionsprogramm, um den dauerhaften Erfolg der Behandlung zu gewährleisten (Waine, 2006, S. 82). Ein ergänzendes sportliches Training zu einer Reduktionskost kann die Abnahme des Grundumsatzes weitgehend kompensieren (Wirth, 2000, S. 256). Eine Bewegungstherapie alleine ist allerdings kein probates Mittel zur raschen Gewichtsreduktion, sie kann nur ergänzend zu einer Ernährungstherapie eingesetzt werden (Ebenda, S. 250). Durch die körperliche Betätigung wird der Arbeitsumsatz erhöht und gleichzeitig ein Zuwachs von Muskelmasse erzielt, was zu einer Erhöhung des Ruheumsatz führt (Ellrott et al., 1998, S. 52).

Weitere Vorteile der erhöhten körperlichen Aktivität sind eine verbesserte Insulinwirkung, Anregung der Fettverbrennung, Senkung des Blutdrucks, Verbesserung der Laborwerte und Schutz der fettfreien Körpermasse (Waine, 2006, S. 85). Somit ergibt sich selbst ohne eine

Abnahme des Körpergewichtes durch die körperliche Aktivität eine Verbesserung der adipositas-assoziierten Risikofaktoren (Wirth, 2000, S. 250). Für eine messbare Reduktion des Gewichts ist ein zusätzlicher Energieverbrauch von etwa 2500 kcal pro Woche nötig, dies entspricht etwa 5 Stunden zusätzliche Bewegung (Hauner et al., 2007, S. 14). Für die optimale Fettverbrennung wird eine lang andauernde, niedrige Trainingsintensität empfohlen (Wirth, 2000, S. 259).

Die ausgeführten Sportarten sollten möglichst gelenkschonend sein und große Muskelgruppe ansprechen, es bieten sich Schwimmen, Radfahren und Gymnastik an. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass die Sportart dauerhaft, also auch nach der Therapie und nach der Gewichtsreduktion, betrieben wird und dem Patienten somit Spaß machen muss. Hier bieten sich insbesondere Spielsportarten oder aber auch Sportarten mit geringer Intensität, wie Spazierengehen oder Walking an. Sportarten mit einer nur geringen Intensität sind besser als gar keine körperliche Aktivität (Ellrott et al., 1998, S. 52).

Für eine dauerhafte Motivation sind sportliche Aktivitäten in Sportvereinen oder im Betrieb empfehlenswert, so kann gleichzeitig die oftmals bei Adipösen vorhandene soziale Isolation überwunden werden (Wirth, 2000, S. 252).

Eine weitere Möglichkeit zur Erhöhung der körperlichen Aktivität besteht in der Steigerung der Bewegung im Alltag, durch die Benutzung von Treppen anstatt des Aufzugs oder Benutzung des Fahrrads anstatt des Autos.

Medikamentöse Therapien spielen eine vergleichsweise geringe Rolle bei der Behandlung von Adipositas. Grund dafür ist das Missverhältnis zwischen dem therapeutischen Nutzen und dem gesundheitlichen Risiko. Eine Indikation für eine medikamentöse Therapie besteht grundsätzlich nur bei Versagen der Basistherapie und dann auch nur in Verbindung mit einer Basistherapie (Wirth, 2000, S. 268).

Das Royal College of Physicians empfiehlt eine medikamentöse Behandlung für zwei Arten von Patienten, sofern diese es nicht schaffen innerhalb von 3 Monaten bei einer überwachten Versorgung eine Gewichtsreduktion von 10% zu erreichen:

- Patienten mit einem BMI $> 30 \text{ kg/m}^2$ und einer Familienanamnese eines Typ-2-Diabetes und einer frühzeitigen koronaren Herzkrankheit bei einem Verwandten ersten Grades
 - Patienten mit einem BMI $> 28 \text{ kg/m}^2$, bei denen Begleiterkrankungen vorliegen.
- (Waine, 2006, S. 90)

Viele der eingesetzten Medikamente mussten wegen erheblichen Nebenwirkungen wieder vom Markt genommen. Zur Zeit finden noch zwei Medikamente Anwendung bei der Behandlung von Übergewichtigen. Sibutramin (Reductil®) verstärkt das Sättigungsgefühl und führt so zu einer geringeren Aufnahme von Fetten und Kohlenhydraten. Orlistat (Xenical®) hingegen verringert die Resorption von Fett im Darm und hilft somit beim Erreichen einer negativen Energiebilanz (Benecke et al., 2003, S. 20).

Eine **chirurgische Therapie** kommt bei einem Übergewicht von 45 kg und mehr in Betracht, wenn dieses mit konservativen Maßnahmen nicht ausreichend zu beeinflussen ist und die Gefahr von aus dem Übergewicht resultierenden Erkrankungen sehr groß ist (Kasper, 2000, S. 261).

Bei Patienten, die sich einer Operation unterziehen, muss eine hohe Motivation vorhanden sein und die Patienten müssen ausführlich über die Risiken und die langfristigen Folgen des Eingriffs aufgeklärt sein (Hauner et al, 2007, S. 17).

Bei einer chirurgischen Therapie kommt eine Magenverkleinerung nach Mason oder das Einsetzen eines Silikonmagenbandes in Betracht. Bei beiden Methoden wird das Magenvolumen reduziert und so die mögliche Aufnahme von Nahrung eingegrenzt (Benecke et al., 2003, S. 21).

Bei einer vertikalen Gastroplastik nach Mason wird ein Silikonring in die kleine Krümmung des Magens eingenäht, gleichzeitig wird durch eine Klammernaht der Restmagen abgedreht. Übrig bleibt ein Reservoir mit einem Volumen von 15 bis 60 ml zwischen dem Fundus und dem Ring (Ellrott et al., 1998, S. 62).

Bei dem Einsetzen eines Magenbandes wird ein mit Flüssigkeit gefülltes Magenband um den Fundus des Magens gelegt. Über ein in der Bauchdecke implantiertes Flüssigkeitsreservoir, das über einen Schlauch mit dem Magenband verbunden ist, lässt sich der Durchmesser des Bandes postoperativ auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten einstellen. (Wirth, 2000, S. 288).

Bei beiden Methoden wird das Magenvolumen auf etwa 10% begrenzt. Ein Verzehr von größeren Mengen führt zu Schmerzen und Erbrechen. Die Versorgung mit Vitaminen, Spurenelementen und Mineralstoffen ist nicht gesichert und muss überwacht werden, um gegebenenfalls Mikronährstoffe zu supplementieren (Ellrott et al., 1998, S. 63).

Der Erfolg der chirurgischen Maßnahmen beträgt nach einem Jahr zwischen 21 und 38 kg und nach 10 Jahren zwischen 15 und 28 kg (Hauner et al, 2007, S. 17).

In Folge einer Erkrankung an Adipositas kann es zu psychischen Problemen kommen. Wenn diese sich nicht mit einer Gewichtsabnahme zusammen auflösen, gilt es zu prüfen, ob weitere therapeutische Verfahren nötig sind, um die Störungen zu behandeln. (Ellrott et al., 1997, S. 51). Risikofaktoren für psychische Störungen sind erfolglose Diäten, Gewichtsschwankungen und Hänseleien.

4.2 Weitere Erkrankungen

Neben der Adipositas sind einige Patienten der Klinik „Lüneburger Heide“ zusätzlich auch wegen einer Erkrankung an Bulimia nervosa, Binge-Eating-Disorder oder ADHS in der Klinik in Behandlung. Bei Bulimie und bei der Binge-Eating-Störung kann das gestörte Ernährungsverhalten, insbesondere die auftretenden Fressanfälle, zu einer Entwicklung von Übergewicht bzw. Adipositas führen. Eine Erkrankung an ADHS steht ebenfalls teilweise mit der Entwicklung einer Adipositas in Verbindung. Die betroffenen Patienten leiden unter Problemen der Selbststeuerung und Aufmerksamkeitsdefiziten, so kann es zu einem unregelmäßigen, „chaotischen“ Essverhalten, fehlender Hunger- und Sättigungssteuerung und Essanfällen kommen. Aufgrund der beschriebenen Störungen gibt es neben adipösen ADHS-Patienten auch anorektische ADHS-Patienten, die das Essen oftmals vergessen und so kontinuierlich Gewicht verlieren.

Das Konzept der Klinik ist auf die gemeinsame Behandlung von verschiedenen Erkrankungen ausgerichtet. Diese zusätzlich zur Adipositas behandelten Erkrankungen werden im folgenden durch eine Definition, die Folgen und Ursachen vorgestellt.

4.2.1 Bulimia nervosa

Das Wort Bulimie stammt aus dem Griechischen und wird mit „Ochsenhunger“ übersetzt, ein ebenfalls gebräuchlicher Ausdruck ist „Ess-Brech-Sucht“, was aber irreführend ist, da das Erbrechen nicht zwangsläufig zu der Erkrankung dazu gehört. Der Zusatz nervosa steht für die seelischen Verursachungen der Erkrankung. (Reich et al., 2004, S. 22)

Kriterien der ICD-10 für Bulimia nervosa (F 50.2)

1. Eine andauernde Beschäftigung mit dem Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit gegessen werden.
2. Die Patientin versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
3. Die psychopathologische Auffälligkeit besteht in einer krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht.
4. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigen Gewichtsverlust und/oder einer vorübergehenden Amenorrhö. (Schweiger et al., 2003, S.26)

Als zeitlicher Rahmen für die Diagnose einer Bulimie gelten zwei wöchentliche „Fressanfälle“ mit kompensatorischen Maßnahmen über einen Zeitraum von drei Monaten. Das Selbstwertgefühl bildet sich bei bulimischen Patienten im hohen Maße nach der Figur und dem Gewicht (Kasper, 2000, S. 267).

Neben den regelmäßigen Essattacken ist das Essverhalten der Bulimie-Patientinnen durch ein gezügeltes Essverhalten gekennzeichnet. Das kontrollierte Essen von wenigen „gesunden“ oder auch gar keine Nahrungsmitteln wird lediglich durch die regelmäßigen Essanfälle unterbrochen (Pudel et al., 2003, S. 232).

Bei den in einem Essanfall verzehrten Lebensmitteln handelt es sich meist um sonst von der Person gemiedene oder „verbotene“ hochkalorische Lebensmittel, wie Eis, Kekse, Kuchen oder Süßigkeiten. Ein weiteres Kriterium stellt der Kontrollverlust bei den Fressanfällen dar. Den Betroffenen ist es während der Attacke nicht möglich mit dem Essen aufzuhören. Es besteht ein Zwang zum Weiteressen, die Art und Menge des Essens kann nicht kontrolliert werden (Jacobi et al., 2004, S. 5 f.), das Gefühl für Hunger und Sättigung ist bei den Betroffenen oftmals gestört oder verloren gegangen (Reich et al., 2004, S. 22).

4.2 Weitere Erkrankungen

Nach dem Fressanfall erfolgt eine Kompensation meist in Form von Erbrechen. Weitere Gegenmaßnahmen sind der Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika, Einläufen oder von anderen Medikamenten, Fasten oder exzessiver Sport (Kasper, 2000, S. 267). Wenn der Sport als Gegenmaßnahme zu den Fressattacken genutzt wird, spricht man auch von einer „Sportbulimie“. Prinzipiell ist eine Unterscheidung der Bulimie in zwei Typen möglich. Es gibt den abführenden Typ, der selbst-herbeigeführtes Erbrechen oder den Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika oder Einläufen praktiziert und es gibt den nicht-abführenden Typ, der Fasten oder exzessiven Sport als Gegenmaßnahme benutzt (Pudel et al., 2003, S. 235).

Mit der Essstörung einher geht bei 50 bis 75 % der Patienten eine depressive Störung und bei 30 % eine soziale Phobie (Jacobi et al., 2004, S. 16). Eine Essstörung entsteht gewöhnlich durch das Zusammenwirken mehrerer Einflüsse. Prinzipiell gilt, dass eine Essstörung „in der Regel die Spitze eines Eisberges von seelischen und zwischenmenschlichen Problemen“ ist. Da ein Teil der wirksamen Motive unbewusst geschehen, sind sie dem Betroffenen nicht ohne therapeutische Hilfe zugänglich (Reich et al., 2004, S. 32).

Als eine mögliche Ursache für die Entwicklung einer Bulimia nervosa gilt das in den westlichen Ländern vorherrschende Schlankheitsideal, welches sich bei den meisten Frauen unter ihrem biologisch vorgegebenen Gewicht befindet (Jacobi et al., 2004, S. 23). Das geltende Schlankheitsideal führt insbesondere bei Mädchen und Frauen mit einem niedrigen Selbstwertgefühl zu einer häufigen Durchführung von Diäten. Wenn solch ein Diätverhalten außer Kontrolle gerät, kann dies der Beginn der Erkrankung an einer Essstörung sein. (Reich et al., 2004, S. 33) Unterstützt wird dieses Effekt noch durch die intensiven und häufigen Aufklärungskampagnen gegen Übergewicht (Kasper, 2000, S. 267). Außerdem gilt die Familie als Einflussfaktor, so wird die Einstellung zu Lebensmitteln und das Essverhalten in der Familie geprägt, ein gezügeltes Essverhalten kann so von der Mutter an die Tochter weitergegeben werden und so eine Essstörung begünstigen (Reich et al., 2004, S. 45 f.). In Zwillingsstudien konnte ein erhöhtes Risiko für die Erkrankung an einer Essstörung für Angehörige ersten Grades festgestellt werden (Schweiger et al., 2003, S. 47). Weitere mögliche Faktoren für die Entstehung einer Essstörung sind belastende Lebensereignisse körperliche Gewalt oder sexueller Missbrauch (Jacobi et al., 2004, S.27).

Durch den Kontakt der Zähne mit Magensäure beim Erbrechen wird die Entstehung von Karies begünstigt (Kasper, 2000, S. 267). Durch das Erbrechen kann es zu einer Verletzung des Handrückens oder der Speiseröhre kommen (Pudel et al., 2003, S. 233). Viele Bulimie-Patientinnen leiden unter Depressionen, welche mit starken Stimmungsschwankungen einher gehen (Pudel et al., 2003, S. 234). Außerdem kann es zu Menstruations- und Kreislaufstörungen,

Herzrythmusstörungen, Störungen des Elektrolythaushaltes und weiteren Symptomen kommen (Jacobi et al., 2004, S. 59).

Der Großteil der an Bulimie erkrankten Personen ist im Alter zwischen 20 und 30 Jahren, wenn sie sich in Behandlung begeben, der Beginn der Erkrankung ist meist in der Adoleszenz. Die Prävalenz der Bulimie liegt bei Frauen bei 8 % und bei Männern bei 1 %, wobei hier die Tendenz steigend ist (Pudel et al., 2003, 236 f.).

Wenn sich die Bulimiker in Behandlung geben, ist die Therapie bei 50 % der Patienten erfolgreich, bei ca. 30 % gibt es einen Wechsel zwischen bulimischen und symptomfreien Phasen (Reich et al., 2004, S. 78).

4.2.2 Binge-Eating-Disorder

Bei der Binge-Eating-Störung handelt es sich um eine noch relativ neue, eigenständige Erkrankung, vorher wurde die Binge-Eating-Disorder als Form der Bulimie bezeichnet. In der ICD-10, den in Deutschland am häufigsten genutzten Diagnose-Richtlinien, ist deshalb keine Definition für Binge-Eating-Disorder (BED) zu finden. Es muss hier auf das amerikanische Klassifikationssystem DSM-IV und die darin enthaltenen Kriterien für einen Diagnosevorschlag der Binge-Eating-Störungen zurückgegriffen werden. Für eine Anerkennung der Erkrankung und die Einführung von einheitlichen Diagnosekriterien bedarf es noch weiterer Forschung (Pudel et al., 2003, S. 248).

Der wesentliche Unterschied zur Bulimia nervosa ist, dass kompensatorische Maßnahmen zur Vermeidung einer Gewichtszunahme nach einem Fressanfall nicht regelmäßig praktiziert werden, demzufolge sind die meisten Patienten mit einer Binge-Eating-Störung übergewichtig (Jacobi et al., 2004, S. 8). Die Gedanken der an der Binge-Eating-Störung erkrankten Patienten sind zwanghaft auf das Essen fixiert, Probleme mit Essen bestehen oftmals bereits seit der Kindheit, das Gefühl für Hunger und Sättigung ist oftmals verloren gegangen, ihren Körper lehnen sie meist ab (Reich et al., 2004, S. 25). Bei dem Krankheitsbild der Binge-Eating-Störung zeigt sich die enge Beziehung zwischen den einzelnen Essstörungen, so wird als Ursache von der BED, genauso wie bei der Bulimie, das Diät-Halten und das gezügelte Essverhalten diskutiert (Pudel et al., 2003, S. 248 f.). Als weitere Ursachen kommen belastende Lebensereignisse, körperliche Gewalt und sexueller Missbrauch in Frage (Reich et al., 2004, S. 55 ff.).

Diagnostische Kriterien für Binge-Eating-Disorder nach DSM-IV:

Es kommt zu wiederholten Episoden von „Fressanfällen“. Hier wird eine bestimmte Nahrungsmenge in einem abgegrenzten Zeitraum (z.B. zwei Stunden) gegessen. Diese Menge ist definitiv größer als die, die die meisten Menschen in ähnlichem Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden. Während dieses Zeit besteht das Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen.

Die Episoden von „Fressanfällen“ treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden auf:

- Es wird wesentlich schneller gegessen als normal.
- Es wird bis zu einem unangenehmen Völlegefühl gegessen.
- Es werden große Nahrungsmengen ohne körperliches Hungergefühl gegessen.
- Aufgrund von Schamgefühlen wegen der Menge wird allein gegessen.
- Im Nachhinein treten Gefühle von Selbstekel, Depressivität oder starker Schuld auf. Wegen der „Fressanfälle“ besteht ein deutliches Leidensgefühl.

Die „Fressanfälle“ treten über sechs Monate an mindestens 2 Tagen in der Woche auf.

Sie treten nicht in Kombination mit regelmäßigem kompensatorischen Verhalten (z.B. Erbrechen, Fasten) oder ausschließlich im Verlauf einer Anorexia oder Bulimia nervosa auf. (Reich et al., 2004, S. 25)

Zwischen 20 und 50 % der behandlingssuchenden Übergewichtigen erfüllen die BED-Kriterien, aufgrund den psychopathologischen Unterschieden zu den übrigen adipösen Patienten, profitieren sie aber nur im geringeren Maße von dem therapeutischen Gewichtsreduktionsprogramm (Jacobi et al., 2004, S. 9). Die BED tritt häufig zusammen mit Depressionen, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen auf (Pudel et al., 2003, S. 248).

Als Folge der Essstörung mit Fressanfällen ergibt sich oftmals ein Übergewicht, wodurch sich ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko ergibt. Des weiteren besteht eine höhere Gefahr für eine Erkrankung an Herz- und Kreislauferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Atem- und Schlafstörungen, Krebserkrankungen und eine starke Abnutzung der Gelenke. Des weiteren kann es

zu Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen oder anderen seelischen Störungen kommen (Reich et al., 2004, S. 80 ff.).

4.2.3 ADHS

Bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) handelt es sich um eine im Kindesalter manifest werdende neurobiologische Störung, diese besteht aus den drei Kernsymptomen Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung und impulsivem Verhalten (Bundesärztekammer, 2007, S. 3). Sie wird definiert „als eine neurobiologisch bedingte, spezifisch veränderte Steuerungsdynamik der Wahrnehmung, der kognitiven und emotionalen Verarbeitung und der sich daraus ergebenden Reaktions- und Verhaltensbildung.“ (Simchen, 2003, S. 10) Zur Klassifikation von ADHS wird auf die ICD-10 der WHO zurückgegriffen, da sie in Deutschland am häufigsten angewendet wird. Die ICD-10 unterscheidet in klinische Kriterien und Forschungskriterien. Nach den klinischen Kriterien muss eine Hyperaktivität/Impulsivität und eine Aufmerksamkeitsstörung in ausgeprägter Form vorliegen, bei den Forschungskriterien reicht das teilweise Vorliegen der Symptome in den Bereichen Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität (Bundesärztekammer, 2007, S. 4). In Deutschland sind ca. eine Million Kinder und Jugendliche, sowie 1,5 Millionen Erwachsene an ADHS erkrankt (Simchen, 2003, S. 10). Prozentual ergeben je nach Definitionssystem verschiedene Werte. Die Klassifikation nach dem amerikanischen System DSM-IV ist wesentlich weiter gefasst und führt so zu einer höheren Prävalenz. Nach den ICD-10-Kriterien ergibt sich eine Prävalenz von 1-2 %, die DSM-IV-Kriterien werden von 2-7 % der vier- bis siebzehnjährigen Kindern und Jugendlichen erfüllt (Bundesärztekammer, 2007, S. 9).

Die Symptomatik von ADHS unterscheiden sich je nach Altersstufe, die wesentlichen Symptome sind Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Störungen der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, Störungen der Merkfähigkeit, innere und motorische Unruhe und mangelhafte emotionale Steuerung. Die Störung tritt bereits ab dem Säuglingsalter auf. Bei einer Vorbelastung der Familie sollte gezielt auf die Symptome geachtet werden um gegebenenfalls dem Kind eine strukturierte Betreuung mit viel Verständnis und individueller Förderung zu geben und die Störung so zu lindern (Simchen, 2003, S. 11).

Wie sich herausgestellt hat, besteht bei etwa einem Drittel der ADHS-Fälle die Störung über die Volljährigkeit hinaus. Die Prävalenz bei Erwachsenen beträgt 2-3% und tritt bei männlichen Patienten häufiger als bei weiblichen Patienten auf. Hauptsymptome bleiben die Aufmerksamkeitsstörung und die Hyperaktivität/Impulsivität. Auf das Leben der erkrankten Person hat die Störung verschiedene Auswirkungen, wie Vergesslichkeit, Unpünktlichkeit, chaotische Arbeitsweise, finanzielle Schwierigkeiten, Unzufriedenheit in der Partnerschaft, Erzie-

4.2 Weitere Erkrankungen

hungsprobleme, Auffälligkeiten im Straßenverkehr, Gesundheitsrisiken, etc. Bei Alkohol- und Drogenmissbrauch besteht eine 3-4fache erhöhte Prävalenz für ADHS-Erkrankte (Bundesärztekammer, 2007, S. 41 ff.).

Die ADHS-Symptomatik kann mit Verlassen der Schule aber auch eine starke Besserung erfahren. Wenn das Selbstwertgefühl in der Kindheit nicht zu stark gelitten hat, kann der Betroffene im Erwachsenenalter ein glückliches und erfülltes Leben führen. In einem interessanten Beruf, wo er sich entfalten kann, und mit einem passenden Lebenspartner, welcher sich entsprechend anpasst, kann die Erkrankung deutlich an Dramatik verlieren (Simchen, 2003, S. 22).

Die Diagnose von ADHS erfolgt oftmals erst über die Begleiterscheinungen und Folgeerkrankungen, wie Rechtschreib- und Rechenschwächen, Einnässen und Einkoten, Ängste, Aggressives Verhalten, Selbstwertkrisen, Zwänge, Essstörungen, Depressionen, Tics oder Tourette-Syndrome (Ebenda, S. 24).

Die Ursachen von ADHS sind nicht vollständig geklärt. Eltern, Geschwister und Verwandte von ADHS-Erkrankten haben ein 3-5-fach erhöhtes Risiko ebenfalls an ADHS zu erkranken, was auf einen genetischen Einfluss hinweist. Des weiteren stellen Entwicklungsabweichungen bei zentralnervösen Regelkreise, insbesondere diejenigen zur Steuerung der Aufmerksamkeit, Motorik und Impulskontrolle, eine mögliche und nach heutigem Wissenstand auch wahrscheinliche Ursache dar (Bundesärztekammer, 2007, S. 19 ff.).

Als positive Seite von ADHS in die oftmals mit einhergehende Hochbegabung aufgrund einer überdurchschnittlichen Intelligenz zu nennen. Wenn bei den Betroffenen ADHS rechtzeitig diagnostiziert wird, können die Folgen gemildert und die positiven Eigenschaften der Erkrankung genutzt und gefördert werden (Simchen, 2003, S. 213).

Forschungskriterien für Hyperkinetische Störungen nach ICD-10

G1. Unaufmerksamkeit

Mindestens sechs Monate lang mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

1. sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten,
2. sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten,
3. hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird,
4. können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen,
5. sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
6. vermeiden häufig ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern,
7. verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z.B. Stifte, Spielsachen, Werkzeuge,
8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt,
9. sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.

G2. Überaktivität

Mindestens sechs Monate lang mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

1. fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen,
2. verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird,
3. laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist,
4. sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen,
5. zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind.

G3. Impulsivität

Mindestens sechs Monate lang mindestens eins der folgenden Symptome von Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

1. platzen häufig mit der Antwort heraus , bevor die Frage beendet ist,
2. können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen,
3. unterbrechen und stören andere häufig,
4. reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.

G4. Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr

G5. Symptomausprägung: Die Kriterien sollen in mehr als einer Situation erfüllt sein, z.B. sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zu Hause als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können, z.B. in der Klinik.

G6. Die Symptome von G1.-G3. verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.

G7. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tief greifende Entwicklungsstörung, eine manische Episode, eine depressive Episode oder eine Angststörung. (Bundesärztekammer, 2007, S. 5 f.)

5 Methode

Die Aufgabe dieser Diplomarbeit war die Einführung von Patientenbefragungen zur Messung der Katamnese bei der Adipositas-Therapie in der „Klinik Lüneburger Heide“. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen entwickelt und anschließend bei 11 Patienten eine Befragung zum Behandlungserfolg der Therapie durchgeführt.

5.1 Entwicklung der Untersuchungsformulare

Für die Befragung wurden insgesamt vier verschiedene Formulare entwickelt. Zuerst erhält der zu befragende Patient ein Schreiben, in dem die Befragung angekündigt wird, dann folgt der Fragebogen zusammen mit einem Anschreiben, dann folgt ein Erinnerungsschreiben und abschließend wird ein Dankeschreiben an die Patienten versendet, die an der Befragung teilgenommen haben.

Das Vorabschreiben wurde zusammen mit der Klinikleitung entwickelt. Es kündigt die baldige Versendung von Fragebögen an, nennt das Thema der Befragung und bittet um die Teilnahme der Patienten an der Befragung (siehe Anhang).

Bei der Entwicklung des Fragebogens musste auf die Integration des Bogens in das bestehende Qualitätsmanagementsystem und dessen Fragen in den Fragebögen (siehe Anhang) geachtet werden, um die Patienten durch doppelt gestellt Fragen nicht zu verärgern und so von der Beantwortung der Fragebögen abzuhalten. Dazu war eine ausführliche Absprache mit der Leitung der Klinik nötig.

Ziel der Befragung war die dauerhafte Untersuchung des Behandlungserfolgs der stationären Adipositas-Therapie in der „Klinik Lüneburger Heide“. Dazu sollten die ehemaligen Adipositas-Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik in regelmäßigen Abständen befragt werden. Die erste Befragung fand etwa ein halbes Jahr nach Ende der Therapie statt, die nächste Befragung soll nach einem weiteren halben Jahr folgen, anschließend erfolgen die Befragungen in jährlichen Abständen. Die Dauer der Katamnese-Untersuchung soll sich über 5 Jahre erstrecken.

Das Konstrukt nach dem die Patienten die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt bewerten, besteht laut Blum et al. aus den folgenden Grundkomponenten :

5.1 Entwicklung der Untersuchungsformulare

- Zufriedenheit mit der medizinischen Betreuung
- Zufriedenheit mit der nicht-medizinischen Betreuung
- Zufriedenheit mit der Infrastruktur
- Gesamtzufriedenheit (Blum et al., 2001, S. 30)

Entsprechend der Komponenten wurde ein Fragebogen entwickelt, welcher den Klinikaufenthalt chronologisch evaluiert. Zu Beginn des Bogens wurden einfache Fragen gestellt, die ohne längeres Abwägen beantwortet werden können. So erhalten die Befragten Vertrauen in ihr Antwortvermögen (Satzinger et al., 2001, S. 65) und beantworten den ersten Teil des Fragebogens, danach fällt den Befragten ein Abbruch der Bearbeitung schwer. Anschließend folgten Fragen zur Ausstattung der Zimmer, zur Verpflegung, zur medizinischen und sozialen Kompetenz des Personals, zum Konzept, zur Therapie, zur Entlassung und zum aktuellen Gesundheitszustand des Patienten. Der Fragebogen endete mit einer Gesamtbewertung der Klinik und zwei Feldern mit Leerzeilen, wo die Patienten Platz fanden, um Lob und Kritik an der Klinik und der erhaltenen Behandlung zu äußern. Es wurde versucht die Fragebögen einfach zu gestalten und bei immer wiederkehrender Kritik in den gleichen Bereichen weiterführende Untersuchungen durchzuführen.

Nach dem Vorlegen des Fragebogens bei der Klinikleitung stellte sich heraus, dass viele Fragen nach der Qualität der einzelnen Bereiche der Klinik bereits in dem Fragebogen von dem Qualitätsmanagement der Klinik gestellt werden, somit mussten mehrere Fragen gestrichen oder überarbeitet werden. Nach mehreren Überarbeitungen und Abstimmungen entstand schließlich ein fertiger Fragebogen mit Fragen nach der Größe, dem Gewicht, den Laborwerten, dem Essverhalten, dem Bewegungsverhalten, Begleiterkrankungen von Adipositas und dem Erfolg der Therapie (siehe Anhang). Der Fragebogen wurde auf ein DIN A 3 Blatt gedruckt, der mittig gefaltet wurde, so dass ein zweiseitiges „Heft“ im DIN-A-4-Format entstand. Auf der ersten Seite ist das Deckblatt mit den Logos der Klinik und der Hochschule, zu dem ist hier die Patientenummer zu späteren Zuordnung der Bögen angegeben. Auf den übrigen drei Seiten befinden sich die Fragen. Der überwiegende Teil der Fragen sind geschlossen, teilweise werden geschlossene Fragen von einer offenen Frage des gleichen Themas gefolgt um qualitative und informative Antworten zu erhalten.

Zur Bewertung von Häufigkeiten in den Fragen 12 und 13 wurde eine Fünfpunktskala mit den Skalenpunkten immer/oft/gelegentlich/selten/nie verwendet. Für Bewertungen wurden Skalen entsprechend der Schulnoten verwendet. Zur Beurteilung von Intensität wurde eine Fünfpunktskala mit den Begriffen sehr/ziemlich/mittelmäßig/wenig/nicht benutzt.

5.1 Entwicklung der Untersuchungsformulare

Aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl der Untersuchung musste auf einen Pretest des Fragebogens zur Prüfung der Verständlichkeit, der Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Antwortvorgaben und der Ermittlung der Befragungsdauer (Mayer, 2002, S. 97) verzichtet werden. Kritik und Änderungsvorschläge wurden stattdessen beim betreuenden Professor, bei der Klinik, bei den Eltern, bei der Familie und bei Freunden eingeholt.

Die Gütekriterien für wissenschaftliche Erkenntnisgewinnung, Validität (Gültigkeit), Objektivität (Unabhängigkeit) und Reliabilität (Zuverlässigkeit), fanden in der Befragung folgende Beachtung:

Zur Gewährleistung der Validität wurden die Kriterien der Deutschen Adipositas Gesellschaft für eine erfolgreiche Therapie zur Bestimmung des Behandlungserfolgs herangezogen und in der Befragung ermittelt. Zur Ermittlung von korrekten und gültigen Daten wurden die Patienten gebeten die Gewichtsbestimmung beim Hausarzt durchzuführen.

Eine weitestgehende Objektivität wurde durch die schriftliche Befragungsform erreicht, in der die Probanden nicht unter dem Einfluss des Forschers oder des Klinikpersonals stehen. Der „Effekt der sozialen Erwünschtheit“ kann bei der Befragung eine Rolle gespielt haben, wobei die Patienten den Ärzten und anderen Klinikmitarbeitern mit einem erfolgreichen Gewichtsverlauf einen Gefallen tun wollen und sich selbst einen Misserfolg nicht eingestehen wollen. Ein Einfluss des Partners, der Eltern oder anderer dem Patienten nahestehenden Personen bei der Bearbeitung des Fragebogens kann nicht ausgeschlossen werden. Der Fragebogen besteht zum größten Teil aus geschlossenen, standardisierten Fragen, daher hat der Forscher einen geringen Freiheitsgrad bei der Auswertung. Somit ist ein hoher Grad an Auswertungsobjektivität gegeben.

Da die in der Befragung gemessenen Merkmale einer zeitlichen Veränderung unterliegen, ist eine Wiederholung der Messung zur Prüfung der Reliabilität nicht sinnvoll. Eine Aufteilung der Probanden für eine Paralleltestmethode zur Messung der Reliabilität wurde aufgrund der geringen Probandenanzahl nicht durchgeführt.

Zusätzlich zum Fragebogen wurde ein Anschreiben (siehe Anhang) entworfen, indem den zu befragenden Patienten die Inhalte der Befragung und die Notwendigkeit der Teilnahme von allen angeschriebenen Patienten dargestellt wird. Die Patienten werden in dem Schreiben um ihre Teilnahme und Mitarbeit an der Befragung gebeten und erhalten eine Erklärung des Fragebogens. Das Anschreiben wurde wie alle anderen Schreiben an die Patienten auch mit den Logos von der „Klinik Lüneburger Heide“ und der „Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg“ versehen und von dem Chefarzt, dem leitenden Oberarzt und dem Diplomanten

unterschrieben. Die Patienten erhalten eine Frist von zwei Wochen für das Zurücksenden des Fragebogens mit dem beigefügten frankierten Rückumschlag. Zudem wird den Patienten mitgeteilt, dass die von den Patienten gemachten Angaben entsprechend dem Datenschutz behandelt werden und der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Das Erinnerungsschreiben erinnert die Patienten, von denen noch keine Antwort vorliegt, an das Bearbeiten und Zurücksenden des Fragebogens. Es wird nochmals auf die Wichtigkeit der Teilnahme aller Patienten hingewiesen und den Patienten erneut eine Frist von zwei Wochen für eine Antwort gesetzt. Für den Fall, dass bis dahin der Fragebogen nicht zurückgesendet worden ist, wird eine telefonische Erinnerung angekündigt.

In dem Dankeschreiben wird den Patienten für ihre Teilnahme an der Befragung gedankt und auf die nächste Befragung in etwa einem halben Jahr hingewiesen, bei der die Klinik auf eine regelmäßige Beteiligung der Patienten an den Befragungen angewiesen ist.

Für die Gewährung des Datenschutzes wurden die Fragebögen mit den Patientennummern aus der Klinik codiert. So können die Antworten von den Fragebögen nur mit Hilfe einer Tabelle, in der die Namen der Patienten mit den ihnen zugeordneten Patientennummern aufgeführt sind, den entsprechenden Patienten zugeordnet werden. Eine anonyme Befragung war nicht möglich, da die Untersuchung den langfristigen Gewichtsverlauf der Patienten ermitteln soll und zur Erzielung einer guten Rücklaufquote Nachfassaktionen durchgeführt werden sollten.

5.2 Durchführung der Patientenbefragung

Der Befragungsprozess wurde soweit wie möglich nach den Empfehlungen von Don A. Dillman in der „Tailored Design Method“ durchgeführt (siehe 3.3). Zuerst wurde ein Ankündigungsschreiben versendet, (siehe Abb. 5.1) indem die Patienten darüber informiert wurden, dass ihnen in wenigen Tagen ein Fragebogen zugestellt wird, welcher sie zu ihrem weiteren Gewichtsverlauf nach dem Ende der Adipositas therapie befragt. Dieses Schreiben wurde am 21. Mai 2007 an 11 ehemalige Adipositas-Patienten versendet, welche die „Klinik Lüneburger Heide“ zwischen dem 12.08.2006 und dem 28.12.2006 verlassen hatten. Somit wurde die Grundgesamtheit der ehemaligen Adipositas-Patienten der „Klinik Lüneburger Heide“ befragt. Vier Tage später, am 25. Mai 2007, folgte die Versendung der Fragebögen zusammen mit einem frankierten und adressierten Rückumschlag und einem Anschreiben, indem den Patienten der Inhalt der Befragung und die Wichtigkeit der Teilnahme vermittelt wurden.

Nach weiteren 17 Tagen erhielten alle Patienten, obwohl bereits von einem Patienten ein ausgefüllter Fragebogen vorlag, ein Erinnerungsschreiben und noch einmal den Fragebogen.

5.2 Durchführung der Patientenbefragung

Grund hierfür war, dass bei dem ersten Versenden der Fragebögen nur das separat beigelegte Anschreiben mit den Patientennummern gekennzeichnet wurde und so den Patienten zu zuordnen war, die versendeten Fragebögen allerdings keine Kennzeichnungen enthielten und so nicht zu zuordnen waren.

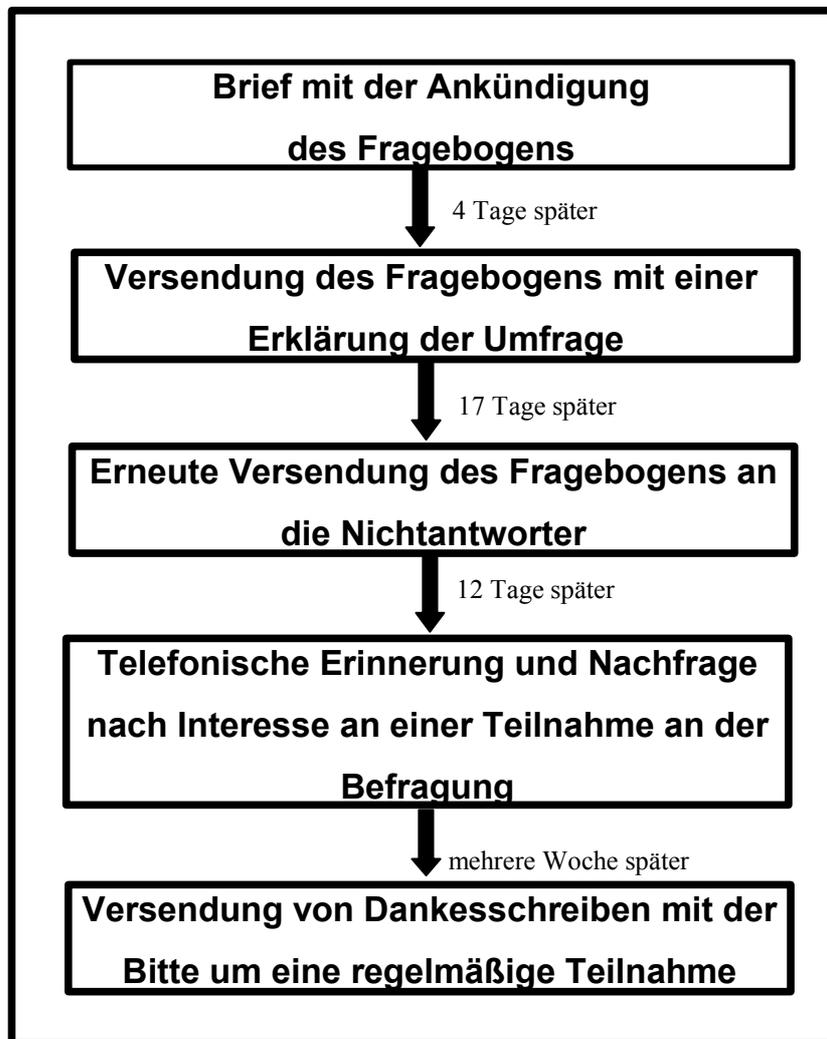


Abbildung 5.1: Ablauf des Befragungsprozess

Zwölf Tage später, am 23. Juni 2007, folgte eine telefonische Erinnerung der Patienten per Telefon, sofern die Telefonnummern vorhanden waren. In dem Telefonat wurden die Patienten nach der Teilnahme an der Befragung gefragt, die Durchführung der Befragung am Telefon angeboten und an das Zurücksenden des Fragebogens erinnert.

Der letzte Schritt war das Versenden eines Dankeschreiben an die Teilnehmer der Befragung mit dem Hinweis auf die nächste Befragung nach etwa einem halben Jahr und der Bitte um eine regelmäßige Beteiligung an der Umfrage.

5.3 Patientenkollektiv

In der Zeit vom 16.07.2006 bis 28.12.2006 wurden in der Klinik Lüneburger Heide in der Adipositas therapie 11 Patienten behandelt, 7 weibliche und 4 männliche Patienten. Die Patienten waren während ihres Aufenthalts zwischen 14 und 59 Jahre alt (\bar{O} 34,55 Jahre).

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik betrug 54,5 Tage bzw. 7,8 Wochen. Der kürzeste Aufenthalt war 3,5 Wochen lang, der längste Aufenthalt dauerte 17,4 Wochen.

Acht Patienten wurden neben Adipositas auch wegen ADHS behandelt, ein Patient wegen ADHS und Binge-Eating-Disorder, ein Patient wegen Binge-Eating-Disorder und ein Patient wegen Bulimia nervosa.

Die Patienten wogen bei der Ankunft in der Klinik zwischen 65,1 kg und 135,6 kg (\bar{O} 98,69 kg), bei Körpergrößen zwischen 1,58 m und 1,86 m (\bar{O} 1,73 m) ergibt sich durchschnittlicher Body-Mass-Index (BMI) von 32,6. Der höchste BMI-Wert war 41,1, der niedrigste Wert war 26,1.

Während des Klinikaufenthalts nahmen die Patienten durchschnittlich 5,45 kg ab. Die höchste Gewichtsabnahme betrug 16,1 kg. Das bedeutet einen Gewichtsverlust von 920 g pro Woche. Pro Woche variiert die Gewichtsveränderung zwischen minus 1810 g und plus 200 g. Ein Patient nahm während der Therapie 1,9 kg zu. Der BMI sank während der Therapie durchschnittlich um 1,87 BMI-Punkte (Max= -5,91; Min=+0,59).

6 Ergebnisse

Die Auswertung der Fragebögen wurde mit Microsoft Excel und SPSS 14.0 für Windows durchgeführt. Zuerst wurden den Variablen Namen und den Antwortmöglichkeiten Zahlen zugeordnet. Anschließend wurden die Antworten aus den Fragebögen entsprechend den Codierungen in eine Tabelle übertragen. Es folgte die Ermittlung von Mittelwerten und die Erstellung von Diagrammen und Kreuztabellen. Für die Nummerierung der Fragebögen wurden die bereits vorhandenen Patientennummern beibehalten.

Bei der Befragung wurde die Grundgesamtheit von 11 ehemaligen Adipositas-Patienten, die die Therapie vor einem halben Jahr in der „Klinik Lüneburger Heide“ beendet haben, befragt. Von den 11 versendeten Fragebögen wurden 5 Bögen ausgefüllt zurückgesendet. Somit ist die Vollerhebung nicht gelungen. Die Repräsentativität der Untersuchung ist nicht gegeben, da die Merkmale der befragten Probanden nicht bekannt sind und deshalb auch keine Aussage darüber zu treffen ist, ob die Merkmale der Responder den Merkmalen der Grundgesamtheit entsprechen und die erhaltenen Antworten auf die Grundgesamtheit übertragen werden dürfen. Somit ist aus den Ergebnissen nur eine Ableitung von Trends möglich.

Die Zurücksendung von 5 ausgefüllten Fragebögen bei 11 verschickten Exemplaren entspricht einer Ausschöpfungsquote von 45,45 %. Der erste bearbeitete Fragebogen traf nach der erstmaligen Versendung der Fragebögen in der Klinik ein, ein weitere Fragebogen folgte nach dem ersten Erinnerungsschreiben. Unmittelbar nach der telefonischen Nachfassaktion, in der die Patienten nach ihrem Interesse an einer Teilnahme an der Befragung befragt wurden und an das Zurücksenden der Fragebögen erinnert wurden, trafen zwei weitere bearbeitete Fragebögen ein und kurze Zeit später, allerdings ohne die telefonische Erinnerung, da die Telefonnummer nicht vorhanden war, traf ein fünfter ausgefüllter Bogen ein.

Das zentrale Thema der Befragung war die Messung des Erfolgs der Adipositas-therapie. Die Therapieziele bei Adipositas sind laut der Deutschen Adipositas Gesellschaft:

- die langfristige Senkung des Körpergewichts
- die Verbesserung Adipositas-assoziiierter Risikofaktoren und Krankheiten
- die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens
- die Reduktion von Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung
- die Stärkung der Selbstmanagementfähigkeit und Stressverarbeitung
- die Steigerung der Lebensqualität (Hauner, 2007, S. 10)

Bei der Befragung wurde zur Bestimmung des Erfolgs entsprechend der DAG-Kriterien der Gewichtsverlauf, die Besserung der Begleiterkrankungen, die Besserung des Gesundheitsverhaltens in Form von Ernährung und Bewegung und die Lebenszufriedenheit der Patienten ermittelt. Die Reduktion von Arbeitsunfähigkeit und die Stärkung der Selbstmanagementfähigkeit wurde in dem Fragebogen nicht untersucht.

Zum Gewichtsverlauf der Patienten nach Beendigung der Therapie gab es zwei Fragen. Einmal wurde der Patient nach seiner persönlichen Bewertung des Therapieerfolgs gefragt und des Weiteren wurde er um die Angabe des aktuellen Gewichts gebeten, um die Differenz zwischen dem Gewicht bei der Entlassung aus der Klinik und dem Gewicht zum jetzigen Zeitpunkt zu bestimmen.

Den Erfolg des Gewichtsverlaufs nach dem Verlassen der Klinik bewerteten die Probanden sehr unterschiedlich. Ein Befragter beurteilte den Gewichtsverlauf als ziemlich erfolgreich, je ein Proband schätzte den Erfolg als mittelmäßig und gering an. Zwei Patienten sahen nach ihrer Bewertung in dem Gewichtsverlauf keinen Erfolg. Der tatsächliche Gewichtsverlauf war ebenso wechselhaft wie die Bewertungen der Probanden. Er bewegte sich zwischen einem Gewichtsanstieg zwischen 11,5 kg und einer Gewichtsreduzierung von 14,8 kg (siehe Abb. 6.1). Insgesamt haben die Patienten 14,8 kg zugenommen, was eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 0,3 kg bedeutet.

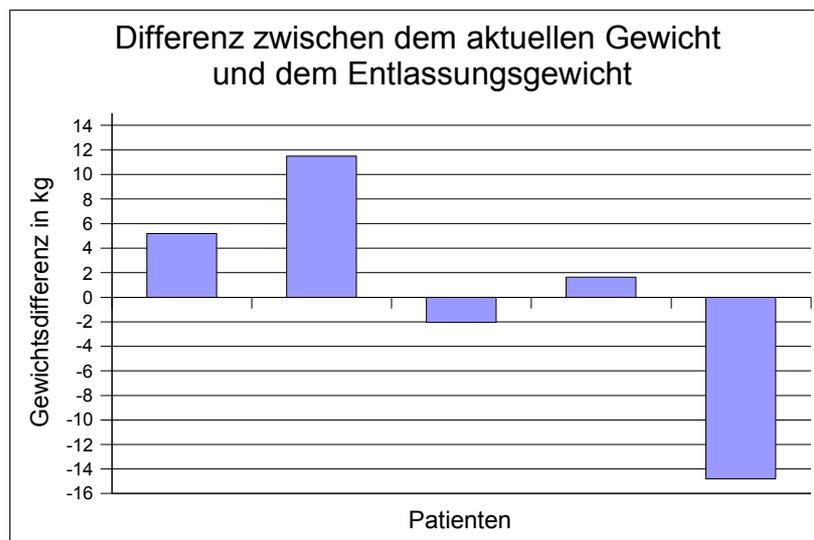


Abbildung 6.1: Differenz zwischen dem aktuellen Gewicht und dem Entlassungsgewicht

Die Differenzen der BMI-Werte bei Ende der Therapie und zum Befragungszeitpunkt variieren zwischen einer Erhöhung des BMI von 3,71 Punkten und einer Reduzierung des BMI von 4,28.

Die Bewertung des Gewichtsverlaufs deckt sich mit der tatsächlichen Gewichtsveränderung. So wurde der Gewichtsverlauf von den Patienten mit einer Gewichtszunahme von 5,2 und 11,5 kg als erfolglos beurteilt. Der Patient mit einer Gewichtszunahme von 1,6 kg bewertete den Gewichtsverlauf nach der Therapie als wenig erfolgreich. Die Patienten mit einer Gewichtsreduktion nach dem Verlassen der Klinik bewerteten den Gewichtsverlauf als sehr und ziemlich erfolgreich.

Das Gewicht wurde zwischen 148 und 296 Tagen nach der Entlassung aus der Klinik ermittelt, im Durchschnitt wogen sich die Patienten nach 224 Tagen, was etwa siebeneinhalb Monate entspricht.

Zur korrekten Bestimmung des BMI ist neben einem aktuellen Gewicht auch eine aktuelle Körpergröße nötig. Die Körpergrößen der Patienten liegen der Klinik vor, nur bei Patienten, die sich noch im Wachstum befinden, muss die Größe zusammen mit dem Gewicht erfragt werden, um Veränderungen zu beachten und den BMI richtig zu berechnen. Bei einem Probanden hat sich die Körpergröße um 1 cm erhöht.

Die Ermittlung des Gewichts und der Größe wurde immer von dem Probanden selber durchgeführt, Ärzte oder Apotheker mit ihren geeichten und genaueren Waagen und Messgeräten kamen nicht zum Einsatz.

Die Frage ob die Patienten Krankheiten haben, die sich auf das vorhandene Übergewicht begründen, wurde von zwei Patienten bejaht und von drei Patienten verneint. Bei den Patienten, die Krankheiten aufgrund des Übergewichts angegeben haben, gab es keine Verbesserungen der Begleiterkrankungen seit der Therapie. Ein Proband antwortete auf die Frage nach der Verbesserung der Begleiterkrankungen obwohl er keine Krankheiten aufgrund des Übergewichts besaß. Die Angabe wurde als ungültig gewertet. Die Eintragungen bei der Frage, in welcher Form sich die mit Übergewicht zusammenhängenden Krankheiten verbessert haben, brachten keine Erkenntnisse. Ein Proband merkte an, dass es bei ihm keine Verbesserung gab, da er wieder zu genommen hat, ein weitere Proband erklärte zu wissen warum er immer wieder zu den Süßigkeiten greife.

Die Laborwerte vom Gesamt-Cholesterin, HDL-Cholesterin und LDL-Cholesterin wurden nur von einem Probanden mitgeschickt, weshalb auf eine Auswertung verzichtet wird.

Zur Bestimmung einer gesteigerten Lebensqualität wurden die Probanden nach der Veränderung der Lebenszufriedenheit seit der Therapie in der Klinik befragt. Es zeigt sich bei drei Befragten eine sehr verbesserte Lebenszufriedenheit und bei zwei Befragten eine leicht verbesserte Lebenszufriedenheit. Die verbesserte Lebenszufriedenheit bei den Befragten äußert sich in Form von Erfolg im Beruf oder einer erhöhten Lebensqualität bzw. Lebensfreude.

Zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens in Form von Ernährung und von Bewegung gab es jeweils zwei Fragen. Für ein verbessertes Ernährungsverhalten wurden den Patienten während der Therapie die Modelle der Ernährungspyramide und der Portionsgrößen vom aid Infodienst für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft gezeigt. Das Modell der Ernährungspyramide wurde von zwei Patienten gelegentlich beachtet und von drei Patienten bei der Ernährung nie berücksichtigt. Die in der Therapie vermittelten Portionsgrößen wurden von drei Patienten gelegentlich eingehalten und von zwei Patienten nie eingehalten.

Zur Ermittlung der körperlichen Aktivität wurde einerseits nach der Dauer der sportlichen Aktivität pro Woche gefragt und andererseits nach einer Steigerung der Bewegung im Alltag nach dem Klinikaufenthalt gefragt. Bei der Dauer des Sports pro Woche standen die Antwortmöglichkeiten kein Sport, weniger als 2 Stunden, 2 bis 4 Stunden und mehr als 4 Stunden zur Verfügung. Die Antworten verteilten sich entsprechend Abbildung 6.2.

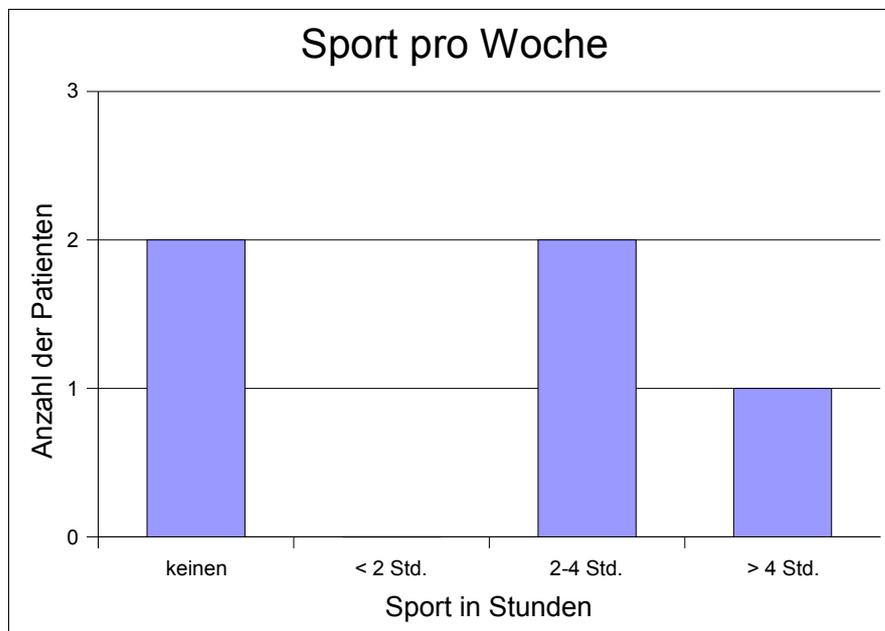


Abbildung 6.2: Sportliche Aktivität der Patienten pro Woche

80% der Befragten gaben an ihre Bewegung im Alltag gesteigert zu haben. Ein Befragter (20%) gab an die Bewegung nicht gesteigert zu haben. Die Bewegung im Alltag wurde durch häufigeres Treppensteigen, Fahrradfahren und Zufußgehen erhöht.

Keiner der Patienten erfüllte alle vier übrigen Kriterien für eine erfolgreiche Adipositas-therapie. Drei Patienten, also 27 % der insgesamt 11 befragten Patienten, konnten aber Verbesserungen in drei Kriterien aufweisen.

Ein Patient von den Dreien gab eine sehr verbesserte Lebenszufriedenheit an. Das Gesundheitsverhalten wurde in Form einer gelegentlichen Ernährung entsprechend der Lebenspyramide und einer gelegentlichen Einhaltung der empfohlenen Portionsgrößen an, es erfolgte allerdings keine regelmäßige Bewegung. Die Gewichtsreduktion betrug 2,05 kg, was einer Reduktion von etwa 3 % entspricht bei Vorliegen eines nur leichten Übergewichts. Erkrankungen, die sich auf das Übergewicht begründen lagen nicht vor.

Der zweite Patient, der drei der vier der Kriterien erfüllt hat, reduzierte sein Gewicht um 14,8 kg (Gewichtsreduktion = 11,4 %). Adipositas-assoziierte Erkrankungen konnten nicht verbessert werden. Die Lebenszufriedenheit wurde als sehr verbessert bewertet. Das Gesundheitsverhalten wurde nur in körperlich aktiver Hinsicht durch regelmäßigen Sport und die Erhöhung der Bewegung im Alltag verbessert. Die Ernährung wurde nicht entsprechend der in der Therapie vermittelten Modelle der Lebensmittelpyramide und Portionsgrößen umgestellt.

Bei einem weiteren Patienten wurde eine leichte Gewichtszunahme von 1,63 kg verzeichnet, was zu einer geringen Erhöhung des BMI um 0,2 Punkte auf einen Wert von 29,41 BMI-Punkten führt. Diese geringe Gewichtszunahme kann als ein Halten des Gewichts bezeichnet werden, was bei dem vorliegenden BMI akzeptabel ist. Aus dem Übergewicht resultierende Erkrankungen lagen nicht vor. Das Gesundheitsverhalten wurde ebenfalls nur durch regelmäßige sportliche Betätigung und eine Erhöhung der Bewegung im Alltag verbessert. An Empfehlungen für eine energieadäquate Ernährung wurde sich nicht gehalten. Die Lebenszufriedenheit des Patienten wurde als leicht verbessert bezeichnet.

Der Erfolg der gesamten Therapie wurde von den Patienten im Durchschnitt mit 2,6 bewertet, was einer befriedigenden Bewertung entspricht. Bei der Bewertung wurde die ganze Breite der Antwortmöglichkeiten ausgenutzt, es wurde zweimal mit sehr gut und je einmal mit gut, befriedigend und mangelhaft geantwortet (Abb. 6.3).

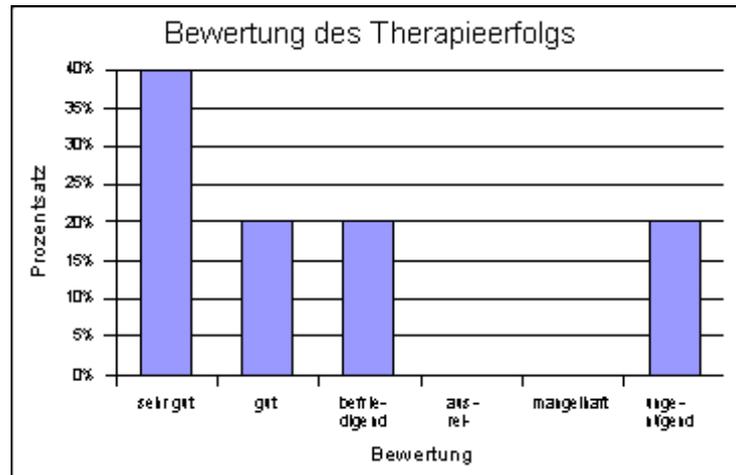


Abbildung 6.3: Bewertung des Therapieerfolgs

Erstellt man eine Kreuztabelle zwischen der Gesamtbewertung der Therapie und dem Gewichtsverlauf nach dem Therapieende sieht man, dass die Patienten den Klinikaufenthalt teilweise trotz eines negativen Gewichtsverlaufs positiv bewerten (Tab.: 6.1).

Kreuztabelle: Bewertung des Therapieerfolgs und Veränderung des Gewichts

		Veränderung der Gewichts in kg					Gesamt
		1,63	11,5	-14,8	-2,05	5,2	
Bewertung des Therapieerfolgs	sehr gut	0	1	1	0	0	2
	gut	1	0	0	0	0	1
	befriedigend	0	0	0	1	0	1
	mangelhaft	0	0	0	0	1	1
Gesamt		1	1	1	1	1	5

Tabelle 6.1: Zusammenhang zwischen der Bewertung des Therapieerfolgs und der Gewichtsänderung

Die Vorbereitung in der Klinik auf den nachfolgenden Alltag zu Hause wurde von den Probanden entsprechend der Schulnoten von 1 bis 6 als gut bewertet ($\bar{X} = 2,2$). In der offenen Frage für eine verbesserte Vorbereitung auf zu Hause wurde eine kontinuierliche Begleitung im Alltag und kurze Einzeltermine zur individuellen Vorbereitung und Planung gewünscht.

Als bevorzugte Befragungsart wurde von den Patienten die postalische Befragungen gewählt (Abb.: 6.4). Hierbei ist anzumerken, dass ein Patient die Post und das Telefon als Befragungsart favorisiert.

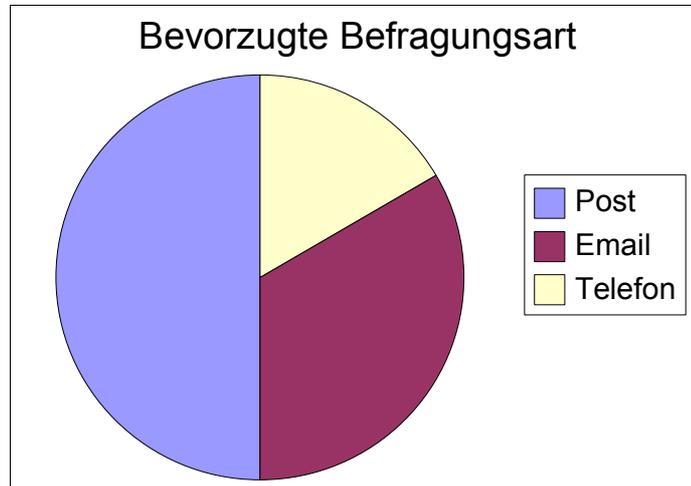


Abbildung 6.4: Bevorzugte Befragungsart

7 Diskussion

Bei der Patientenbefragung konnte, trotz fehlender Belohnungen oder Aufwandsentschädigungen für eine Teilnahme, eine ausreichende Rücklaufquote von 45,45 % erreicht werden. Somit haben sich das System der mehrfachen Kontaktaufnahme und der Fragebogen bewährt.

Die Nachfassaktion durch das Anrufen der Nonresponder hat sich als lohnenswert erwiesen. So wurde das Zurücksenden eines weiteren Fragebogens bewirkt und durch den persönliche Kontakt das Engagement der Klinik und das Interesse für den Gesundheitsverlauf der Patienten unterstrichen. Die kontaktierten Probanden waren freundlich und aufgeschlossen.

Die erzielte Rücklaufquote liegt über dem durchschnittlichen Rücklauf von schriftlichen Befragungen, ist aber aufgrund der geringen Probandenanzahl zurückhaltend zu bewerten. Bei nur 11 befragten Patienten führt der Erhalt von einer Antwort weniger zu einer Rücklaufquote von nur noch 36,36 %, bei zwei Antworten weniger beträgt die Rücklaufquote nur noch 27,27 %. Somit ist die Ausschöpfungsquote bei der Befragung weiterer Patienten und der bei der erneuten Befragung der im Rahmen dieser Arbeit befragten Patienten zu beachten und möglichst weiter zu erhöhen.

Eine Durchführung der Katamnese-Studie per Email oder per Telefon ist nach dem heutigen Wissenstand nicht zu empfehlen. Bei telefonische Befragungen führt der persönliche Kontakt zur einer geringeren Objektivität und die Kontaktaufnahme mit den Patienten kann sich insbesondere bei berufstätigen Probanden als äußerst schwierig erweisen. Bei Befragungen per Email stellt sich das Problem der unvollständigen Versorgung der Haushalte mit Computern und Internetanschlüssen. Somit müssten einige Patienten bei Email-Befragungen ausgeschlossen werden, was bei einer Katamnese-Studie nicht akzeptabel ist. Aufgrund der festgestellten Präferenzen der Patienten für Befragungen per Post (50 %) und per Email (33 %) ist eine gemischte Befragung per Email und per Post durchaus vorstellbar.

Als kritisch sind die von den Patienten selbst ermittelten Gewichte anzusehen. Die Daten können nicht als valide bezeichnet werden, da ein „underreporting“ aufgrund der soziale Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden kann. Hier besteht Verbesserungsbedarf, indem die Patienten zur Ermittlung des Gewichts bei einem Arzt oder einem Apotheker verstärkt angehalten werden. Gleiches gilt bei den jugendlichen Patienten für die Messung der Körpergröße. Von der alleinigen Bestimmung des Therapieerfolgs anhand des Gewichts zur Verringerung des Aufwands bei der Befragung ist aufgrund der ungenauen und unsicheren Messungen ab-

zuraten, da aufgrund der geringen Auskunft über die Laborwerte auch keine Bestimmung einer verbesserten Gesundheit möglich ist.

Die Antworten bei den Fragen 9 und 10 des Fragebogens zu den Erkrankungen aufgrund des Übergewichts lassen den Schluss zu, dass die Patienten nicht ausreichend über die adipositas-assoziierten Krankheiten informiert sind und daher keine ausreichenden Auskünfte über Verbesserungen machen können. Hier empfiehlt sich die Bestimmung der Krankheiten über Laborwerte, wobei der Aufwand für die Probanden für die Beschaffung der Laborwerte vom Hausarzt zu beachten ist. Dieser Zusammenhang wird auch bestätigt durch die Übermittlung der Laborwerte von nur einem Patienten. Bei einer derartig begrenzten Datenlage erscheint eine Auswertung der Laborwerte als nicht sinnvoll. Zudem stellt sich die Frage ob die Antwortrate bei der Abfrage der Laborwerte erhöht werden kann oder der Aufwand für die Patienten bei einer Befragung, wo man keine Belohnung erhält, zu hoch ist und nicht mit besseren Ergebnissen zu rechnen ist.

Die unterschiedlichen Zeitspannen zwischen dem Therapieende und der Ermittlung des aktuellen Gewichts sind als methodische Schwäche anzumerken. Aufgrund von diversen Verzögerungen bei der Entwicklung des Fragebogens konnte die Befragung nicht genau ein halbes Jahr nach der Entlassung aus der Klinik stattfinden. Die von den Patienten übermittelten Gewichte wurden zwischen 148 und 296 Tagen nach Beendigung der Therapie gemessen. Da der Erfolg von Adipositasbehandlungen aber langfristig zu sehen ist, lassen sich an den Ergebnissen dennoch Tendenzen ablesen und der Therapieerfolg bewerten.

Die Ergebnisse der Befragung sind nur begrenzt, sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht, mit der Therapie in Zusammenhang zu bringen. Im zeitlichen Verlauf unterliegt der Gesundheitsverlauf der Patienten immer mehr Faktoren und der Zusammenhang zu der Therapie wird immer geringer. Zur Ermittlung der Ursachen für einen erfolgreichen Gesundheitsverlauf empfiehlt sich somit eine weitere Frage im Fragebogen, in der die Patienten nach dem Hauptgrund für die erfolgreiche Behandlung Ihres Übergewichts gefragt werden.

Die schlechten Ergebnisse bei der Änderung des Ernährungsverhaltens lassen einen weiteren Bedarf für ernährungstherapeutische Schulungen erkennen, in denen auf die Notwendigkeit einer Änderung des Ernährungsverhaltens für eine erfolgreiche Behandlung des Übergewichts hingewiesen wird.

Die vor Beginn der Befragung vermuteten Zusammenhänge haben sich nicht bestätigt. So wurde vermutet, dass sich Patienten mit einem negativen Gewichtsverlauf nicht bzw. erst nach mehrmaligen Erinnerungen melden. Zwischen dem Zeitpunkt der Beantwortung des Fra-

gebogens und einem erfolgreichen Gewichtsverlauf nach dem Verlassen der Klinik ist aber nach Auswertung der aktuellen Datenlage kein Zusammenhang zu erkennen. So hat sich das Gewicht bei den drei Patienten, von denen die ersten beantworteten Fragebögen eintrafen, nach dem Verlassen der Klinik wieder erhöht. Der Patient, der unmittelbar nach der telefonischen Nachfassaktion geantwortet hat, konnte sein Gewicht nach dem Therapieende leicht reduzieren. Der Patient mit der größten Gewichtsreduktion antwortete als letztes ohne telefonisch erinnert zu worden sein, da sein Telefonnummer nicht bekannt war.

Ein vermuteter Zusammenhang zwischen dem Erkrankungsbild und der Rücklaufquote konnte bisher ebenso wenig bestätigt werden. Die zurückgesendeten Fragebögen stammen von Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern. Bearbeitete Fragebögen wurden von einem adipösen Patienten mit ADHS und Binge-Eating-Störung, einem bulimischen Patienten und drei Patienten mit Adipositas und ADHS zurückgesendet. Keine Antwort eingetroffen ist von einem Patienten mit Binge-Eating-Störung und Adipositas und fünf adipösen Patienten mit ADHS.

Die erzielten Ergebnisse stellen lediglich einen Anfang der Katamnesestudie dar. Langfristige und aussagekräftigere Ergebnisse bleiben abzuwarten und sind erst nach den Folgebefragungen und der Befragung von weiteren Patienten zu bestimmen. Bisherige Ergebnisse lassen nur die Ermittlung von Trends und die Aufstellung von Vermutungen für die Indikatoren einer erfolgreichen Behandlung zu.

Das Befragungssystem wurde erfolgreich eingeführt und stellt eine Grundlage für die weiteren Befragungen dar. Die Einführung der fortlaufenden Befragungen der Patienten nach dem Ende der Therapie stellt eine wichtige Erweiterung des bestehenden Qualitätsmanagement in der Klinik zur Bestimmung der Ergebnisqualität dar. Wenn hier eine überdurchschnittliche Erfolgsrate bei der Behandlung gemessen wird, spricht dies eine deutliche Sprache und ist ein überzeugendes Argument für die Klinik.

8 Zusammenfassung

Das Ziel der Arbeit war die Einführung einer Patientenbefragung zur Bestimmung der Ergebnisqualität der Adipositas-therapie und des langfristigen Behandlungserfolgs. Es wurde ein Fragebogen entwickelt, der die Patienten ein halbes Jahr nach Ende der Therapie nach ihrem Gewicht, ihrem Gesundheitsverhalten und nach einer Besserung der Adipositas-assoziierten Erkrankungen befragt. Die Patienten sollen ein halbes Jahr nach der ersten Befragung erneut und danach in jährlichen Abständen über einen Zeitraum von 5 Jahren befragt werden um den Langzeiterfolg der Therapie zu bestimmen. Die Bestimmung des Erfolgs der Adipositas-therapie ist vor dem Hintergrund einer steigenden Zahl von Betroffenen und der damit zunehmenden finanziellen Belastungen für die Kostenträger interessant.

Zum Erreichen einer hohen Rücklaufquote wurde bei der Befragung nach dem Modell der mehrfachen Kontaktaufnahme vorgegangen. Insgesamt wurden 11 Patienten befragt, wovon 5 Patienten den Fragebogen ausgefüllt zurücksendeten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 45 %, was eine gute Rücklaufquote für eine unentgeltliche Befragung ist.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen einen unterschiedlichen Erfolg der Behandlung. Zwei Patienten konnten ihr Gewicht reduzieren, änderten jedoch ihr Ernährungsverhalten nicht entsprechend der Empfehlungen und erfüllten somit nicht die Kriterien der DAG für eine erfolgreiche Therapie. Die drei weiteren Patienten erhöhten ihr Gewicht wieder. Das Gesundheitsverhaltens wurde ebenfalls nicht verändert, in Form von gesunder Ernährung und regelmäßiger, körperlicher Bewegung. Die Bewertung des Therapieerfolgs von den Patienten selbst war dennoch bei vier von den fünf Patienten positiv.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße sind aus den Ergebnissen nur Trends ablesen und Vermutungen aufstellen. Gesicherte Daten bringen die Wiederholungsbefragungen und die Befragungen von weiteren Patienten.

9 Abstract

The interest of this paper was to create a patients survey about the outcome quality of obesity treatment and the long term therapy success. To find out about health behaviour, the weight and the betterment of illnesses which are associated with obesity there was developed a questionnaire to enquire the patients six months after the treatment. A second patients enquiry after another six months and following enquiries in terms of one year within a period of five years determine the longterm success of this therapy. In case of the increasing prevalence of obesity and the financial burden of overweight and obesity for health insurance companies, it is interesting to identify success of obesity treatment.

To reach a high rate of return it seemed appropriate to use the model of multiple contact. Eleven patients were interviewed, from which five replied the questionnaire. This means a return rate of 45,45 %. The results of this survey showed a different quality and success of the therapy. Two patients lost weight but didn't change their eating behaviour as it is recommended by the DAG, so after the scientific criteria the treatment was not successful. The other three patients gained weight. They also didn't change their health behaviour in the form of healthy nutrition and regular, physical activity. Anyhow, the feedback of the patients concerning the treatment was positive in four of five cases.

Because of low patients quantity the results can only be used to speculate on which factors a successful treatment depends. Repeating surveys and enquiries of further patients will bring assured results.

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1	Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement.....	10
Abbildung 3.1	Patientenorientierter Qualitätssicherungszyklus.....	24
Abbildung 3.2	Kontaktaufnahme bei schriftlichen Befragungen.....	29
Abbildung 4.1	Berechnung des Body-Mass-Index.....	37
Abbildung 5.1	Ablauf des Befragungsprozess.....	64
Abbildung 6.1	Differenz zwischen dem aktuellen Gewicht und dem Entlassungsgewicht..	67
Abbildung 6.2	Sportliche Aktivität der Patienten pro Woche.....	69
Abbildung 6.3	Bewertung des Therapieerfolgs.....	71
Abbildung 6.4	Bevorzugte Befragungsart.....	72

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.2	Definition der Gewichtsklassen mittels BMI.....	38
Tabelle 4.3	Zusammenhang zwischen dem Taillenumfang und dem Gefährdungsgrad.	39
Tabelle 4.4	Unterschiede zwischen Patient und Arzt hinsichtlich der Erwartungen an die Behandlung des Übergewichts.....	44
Tabelle 6.1	Zusammenhang zwischen der Bewertung des Therapieerfolgs und der Gewichtsveränderung.....	71

12 Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA): Leitlinie, Köln (o. Verlag), 2006
- Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute (ADM) et al.: Standards zur Qualitätssicherung für Online-Befragungen, o. Ort (o. Verlag), 2001
- Bachner, U.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Praxishandbuch zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems, Hannover (Schlütersche GmbH), 1999
- Benecke, A.; Vogel, H.: Übergewicht und Adipositas, Berlin (Robert Koch Institut), 2003
- Binner, H.: Auf dem Weg zur Spitzenleistung: Managementleitfaden für die EFQM-Modellumsetzung, München (Hanser Verlag), 2005
- Blum, K.; Satzinger, W.; Buck, R.: Patientenbefragungen und Qualitätsmanagement. Eine Einführung in die Thematik, in: Patientenbefragungen in Krankenhäusern: Konzepte, Methoden, Erfahrungen (Satzinger, W.; Trojan, A.; Kellermann-Mühlhoff, P.), Sankt Augustin (Asgard-Verlag), 2001
- Bundesärztekammer; Kassenärztliche Vereinigung; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.): Curriculum Qualitätssicherung, Teil 1: Ärztliches Qualitätsmanagement, Köln (o. Verlag), 1996
- Bundesärztekammer: Aufmerksamkeitsdefizit - / Aktivitätssteigerung (ADHS), Köln (Deutscher Ärzte Verlag), 2007
- Dillman, D.: Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method, Hoboken (John Wiley & Sons), 2007
- DIN Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagementsysteme: Grundlage und Begriffe, Berlin (Beuth Verlag), 2000
- Donabedian, A.: The definition of quality and approaches to its assessment: Volume I, Michigan (Health Administration Press), 1980

-
- Ellrott, T.; Pudel, V.: Adipositas: Aktuelle Perspektiven, Stuttgart (Thieme Verlag), 1997
- Geyer, S.: Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften, Weinheim (Juventa Verlag), 2003
- Gorschlüter, P.: Das Krankenhaus der Zukunft: Integriertes Qualitätsmanagement zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz, Stuttgart (Kohlhammer Verlag), 2001
- Haeske-Seeberg, H.: Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Strategien – Analysen - Konzepte, Stuttgart (Kohlhammer Verlag), 2001
- Hauke, E.: Qualitätssicherung im Krankenhaus: Ansätze zur Evaluation und Verbesserung der Krankenhausversorgung, Wien (Ueberreuter Verlag), 1994
- Hauner, H. et al.: Prävention und Therapie der Adipositas: Version 2007, München (o. Verlag), 2007
- Herzog, T.; Stein, B.; Wirsching, M. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik, Stuttgart (Thieme Verlag), 2000
- Jacobi, C.; Paul, T.; Thiel, A.: Essstörungen, Göttingen (Hogrefe Verlag), 2004
- Kaltenbach, T.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management, Melsungen (Bibliomed), 1993
- Kamiske, G.; Brauer, J.-P.: Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements, München (Hanser Verlag), 2006
- Kasper, H.: Ernährungsmedizin und Diätetik, München (Urban & Fischer Verlag), 2000
- KTQ-GmbH: KTQ-Manual, Siegburg (Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft), 2004
- KTQ: KTQ – Leitfaden zur Patientenbefragung, Siegburg (Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft), 2000

-
- Mayer, H.: Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung, München (Oldenbourg Wissenschaftsverlag), 2002
- Nargony; Plocek (Hrsg.): Praxishandbuch Qualitätsmanagement Krankenhaus: Erfolg durch Qualität, Kulmbach (Baum Fachzeitschriftenverlag), 1997
- Nickel, S.: Patientenzufriedenheit mit kurzstationärer Versorgung: Entwicklung und Erprobung eines standardisierten Messinstruments für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Hamburg (Lit Verlag), 2006
- Pinter, E.; Swart, E.; Vitt, K.: Praxis Umfassendes Qualitätsmanagement: Grundlagen und Erfahrungsberichte für die Einführung im Krankenhaus, Frankfurt am Main (pmi-Verlag), 1998
- Pinter, E.: Die Entwicklung des Zertifizierungssystems im deutschen Gesundheitswesen, in: Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis, (2007), Nummer 1
- Pudel, V.; Westenhöfer, J.: Ernährungspsychologie: Eine Einführung, Göttingen (Hogrefe Verlag), 2003
- Raidl, M.: Qualitätsmanagement in Theorie und Praxis: Eine Verbindung von Instrumenten der empirischen Sozialforschung und der Einsatz und Nutzen für die Praxis, München (Rainer Hamp Verlag), 2001
- Reich, G.; Götz-Kühne, C.; Killius, U.: Essstörungen: Magersucht, Bulimie, Binge Eating, Stuttgart (TRIAS Verlag), 2004
- Satzinger, W., Raspe, H.: Weder Kinderspiel noch Quadratur des Kreises: Eine Übersicht über methodische Grundprobleme bei Befragungen von Krankenhauspatienten. in: Patientenbefragungen in Krankenhäusern: Konzepte, Methoden, Erfahrungen (Satzinger, W.; Trojan, A.; Kellermann-Mühlhoff, P.), Sankt Augustin (Asgard-Verlag), 2001
- Scholl, A.: Die Befragung: Sozialwissenschaftliche Methode und kommunikationswissenschaftliche Anwendung, Konstanz (UVK Verlagsgesellschaft), 2003
- Schweiger, U.; Peters, A.; Sipos, V.: Essstörungen, Stuttgart (Thieme Verlag), 2003

-
- Simchen, H.: Die vielen Gesichter des ADS, Stuttgart (Kohlhammer Verlag), 2003
- Spörkel, H.: Total Quality Management im Gesundheitswesen: Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagement für Gesundheitseinrichtungen, Weinheim (Psychologie Verlags Union), 1997
- Stockmann, R.: Evaluation und Qualitätsentwicklung, Münster (Waxmann Verlag), 2006
- Swart, E.; Philbert-Hasucha, S.; Werner, T.: Methoden und Werkzeuge des Qualitätsmanagements, in: Praxis Umfassendes Qualitätsmanagement: Grundlagen und Erfahrungsberichte für die Einführung im Krankenhaus (Pinter, E.; Swart, E.; Vitt, K.), Frankfurt am Main (pmi-Verlag), 1998
- Waine, C.: Adipositas für Allgemeinmediziner, Bern (Verlag Hans Huber), 2006
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Adipositas: Eine Herausforderung für die Europäische Region der WHO, Kopenhagen (o. Verlag), 2005
- Wirth, A.: Adipositas: Epidemiologie, Ätiologie, Folgekrankheiten, Therapie, Berlin (Springer Verlag), 2000

Erklärung

Ich versichere, dass ich diese Diplomarbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

.....
Datum

Unterschrift

Anhang

**der Diplomarbeit
„Patientenbefragungen zur Qualitätssicherung
in der stationären Adipositas therapie“**

**von
Ruben Danneberg**

Inhalt des Anhangs

	Seite
Ankündigungsschreiben.....	86
Fragebogen.....	87
Erinnerungsschreiben.....	91
Dankeschreiben.....	92
Bestehender Fragebogen.....	93

Ankündigungsschreiben


Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

 **KLINIK LÜNEBURGER HEIDE**
KOMPETENZ ZENTRUM
FÜR ERNÄHRUNGS- UND ADHS

KLINIK LÜNEBURGER HEIDE • AM KLAUBUSCH 21 • 29549 BAD BEVENSEN

Adressfeld

AM KLAUBUSCH 21
29549 BAD BEVENSEN
FON 05821.960 0
FAX 05821.960 180
INFO@KLINIK-LUENEBURGER-HEIDE.DE
WWW.KLINIK-LUENEBURGER-HEIDE.DE

Bad Bevensen, den 19. Mai 2007

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____,

hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass wir Ihnen in den nächsten Tagen einen Fragebogen zusenden, womit der weitere Verlauf nach dem stationären Aufenthalt bei uns erfasst wird.

Wir bitten Sie freundlichst um Ihre Mitarbeit
und verbleiben mit freundlichen Grüßen


Chefarzt Dr. med. Andreas Leiteritz
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Facharzt für Innere Medizin
Psychotherapie/Rehabilitationswesen


Dr. med. Michael Waldhubel
Ltd. Oberarzt
Facharzt für Innere Medizin
Sportmedizin/Rettungsmedizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
Ernährungsmedizin/Chirotherapie


Diplomat Ruben Danneberg
Student der Ökotrophologie
HAW Hamburg

Fragebogen



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences



KLINIK LÜNEBURGER HEIDE
KOMPETENZ ZENTRUM
FÜR ERNÄHRUNGSSTÖRUNGEN UND ADHS

KLINIK LÜNEBURGER HEIDE • AM KLAUBUSCH 21 • 29549 BAD BEVENSEN

Martin Mustermann
Musterweg 99
012345 Musterhausen

AM KLAUBUSCH 21
29549 BAD BEVENSEN
FON 05821.960 0
FAX 05821.960-180
INFO@KLINIK.LUENEBURGER-HEIDE.DE
WWW.KLINIK.LUENEBURGER-HEIDE.DE

Fragebogen T2
Patienten-Nr. _____

Sehr geehrte/r Frau/ Herr _____

Sie waren vor etwa einem halben Jahr Patient in der Klinik „Lüneburger Heide“. Die einzige Möglichkeit, um den langfristigen Behandlungserfolg zu ermitteln, sind Befragungen bei ehemaligen Patienten unserer Klinik.

Im Rahmen einer Diplomarbeit an der Hochschule für angewandte Wissenschaften wird zu diesem Zweck eine dauerhafte, regelmäßige Patientenbefragung in unserer Klinik eingeführt.

Hierbei sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen und bitten Sie herzlich, sich einen Moment Zeit zu nehmen, um den beliegenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie tragen damit erheblich dazu bei, unsere Arbeit kontinuierlich weiter zu entwickeln und zu verbessern.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen in dem frankierten Rückumschlag innerhalb der nächsten zwei Wochen an uns zurück.

Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden gemäß des Datenschutzgesetzes behandelt.

Hier noch ein Hinweis für den Fragebogen: Um genaue Daten zu erhalten, bitten wir Sie, Ihre Größe, Ihr Gewicht sowie Ihre Blutwerte möglichst von Ihrer Hausärztin oder Hausarzt bestimmen zu lassen und Ihnen diese Ergebnisse zu übergeben.

Sollten Fragen oder Probleme beim Beantworten der Fragen auftauchen, können Sie uns jederzeit gerne anrufen.

Mit herzlichem Dank für Ihre Mithilfe
und freundlichen Grüßen

Chefarzt Dr. med. Andreas Leieritz
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Facharzt für Innere Medizin
Psychotherapie/Rehabilitationswesen

Dr. med. Michael Waldhubel
I. d. Oberarzt
Facharzt für Innere Medizin
Sportmedizin/Retungsmedizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
Ernährungsmedizin/Chirotherapie

Diplomant Ruben Danneberg
Student der Ökotoxologie

1. Wie wurden Sie in der „Klinik Lüneburger Heide“ auf nachfolgenden Alltag zu Hause vorbereitet?

sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft

Was hat gefehlt? _____

2. Wie erfolgreich bewerten Sie Ihren Gewichtsverlauf seit der Therapie in der Klinik Lüneburger Heide?

sehr ziemlich mittelmäßig wenig nicht

3. Wie hat sich Ihre Lebenszufriedenheit seit der Therapie in der Klinik Lüneburger Heide verändert?

sehr verbessert leicht verbessert unverändert verschlechtert

Wie äußert sich dies? _____

4. Wie ist Ihr aktuelles Gewicht? _____ kg

5. Wann wurde das Gewicht ermittelt? _____

Für Kinder und Jugendliche, die sich noch im Wachstum befinden

6. Wie groß sind Sie? _____ cm

7. Wann wurde die Größe gemessen? _____

8. Wer hat die Größe und/oder das Gewicht gemessen?

Ich selber der Hausarzt ApothekerIn

9. Haben Sie Erkrankungen, die sich auf das vorhandene Übergewicht begründen?

Ja Nein

10. Haben sich seit der Therapie Krankheiten, die mit Übergewicht zusammenhängen, bei Ihnen verbessert?

Ja Nein

Wenn Ja, in welcher Form? _____

11. Bitte geben Sie, falls bekannt, die folgenden Laborwerte an

a) Gesamt-Cholesterin _____ gemessen am: _____

b) HDL-Cholesterin _____ gemessen am: _____

c) LDL-Cholesterin _____ gemessen am: _____

12. Wie häufig essen Sie nach der in der Therapie vermittelten Lebensmittel-Pyramide?

immer oft gelegentlich selten nie

13. Wie oft halten Sie die in der Therapie vermittelten Portionsgrößen ein?

immer oft gelegentlich selten nie

14. Wie viel Sport treiben sie pro Woche (Walking, Radfahren, Schwimmen, etc.)?

- keinen weniger als 2 Std. 2-4 Std. mehr als 4 Std.

**15. Haben Sie die Bewegung im Alltag seit dem Klinikaufenthalt gesteigert
(Treppenlaufen statt Fahrstuhlfahren, Radfahren statt Busfahren, etc.)?**

- Ja Nein

Wenn ja, was haben Sie verändert? _____

**16. Wie bewerten Sie Ihren Therapieerfolg in der Klinik Lüneburger Heide zum
heutigen Zeitpunkt?**

- sehr gut gut befriedigend
 ausreichend ungenügend mangelhaft

17. Welche Art der Befragung bevorzugen Sie?

- per Post per Email per Telefon

Wenn Sie Befragungen per Email bevorzugen geben Sie bitte Ihre Emailadresse an.
Sie erhalten dann bei der nächsten Befragung den Fragebogen per Email zugesandt.
Ihre Email-Adresse _____

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!

Bitte senden Sie den Fragebogen in dem frankierten Rückumschlag an uns zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der Klinik Lüneburger Heide

Erinnerungsschreiben



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences



KLINIK LÜNEBURGER HEIDE
K O M P E T E N Z Z E N T R U M
F Ü R E S S T Ö R U N G E N U N D A D H S

KLINIK LÜNEBURGER HEIDE • AM KLAUSUSCH 21 • 29549 BAD BEVENSEN

Adressfeld

AM KLAUSUSCH 21
29549 BAD BEVENSEN
FON 05821.960-0
FAX 05821.960-150
INFO@KLINIK-LÜNEBURGER-HEIDE.DE
WWW.KLINIK-LÜNEBURGER-HEIDE.DE

Bad Bevensen, den _____ 2007

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____,

wir haben Ihnen vor 2 Wochen einen Fragebogen zur Messung des Behandlungserfolgs unserer stationären Adipositas-therapie zugesendet. Leider haben wir von Ihnen bis zum heutigen Tag noch keine Antwort erhalten. Für aussagekräftige Ergebnisse von Untersuchungen ist die Teilnahme von möglichst vielen Befragten nötig. Deshalb bitten wir Sie noch einmal an der Befragung teilzunehmen und uns den ausgefüllten Fragebogen innerhalb einer Woche zurückzusenden.

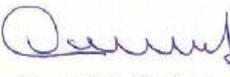
Sollte sich dieser Brief mit dem Zurücksenden des Fragebogens überschneiden haben, betrachten Sie den Brief bitte als gegenstandslos.

Bei Fragen oder Problemen beim Bearbeiten des Fragebogens können Sie sich jederzeit telefonisch an uns wenden.

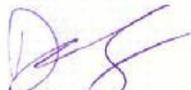
Mit freundlichen Grüßen



Chefarzt Dr. med. Andreas Leiteritz
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Facharzt für Innere Medizin
Psychotherapie/Rehabilitationswesen

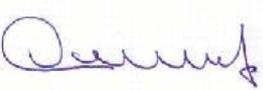


Dr. med. Michael Waldhubel
Ltd. Oberarzt
Facharzt für Innere Medizin
Sportmedizin/Rettungsmedizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
Ernährungsmedizin/Chirotherapie



Diplomant Ruben Danieberg
Student der Ökotrophologie
HAW Hamburg

Dankesschreiben

 <small>Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg Hamburg University of Applied Sciences</small>	 KLINIK LÜNEBURGER HEIDE K O M P E T E N Z Z E N T R U M F Ü R E S S S T Ö R U N G E N U N D A D H S	
<small>KLINIK LÜNEBURGER HEIDE • AM KLAUBUSCH 21 • 29549 BAD BEVENSEN</small>	<small>AM KLAUBUSCH 21 29549 BAD BEVENSEN FON 05 821.960 0 FAX 05 821.960 180 INFO@KLINIK-LUENEBURGER-HEIDE.DE WWW.KLINIK-LUENEBURGER-HEIDE.DE</small>	
<p>«Vorname» «Nachname» «Adresszeile_1» «Postleitzahl» «Ort»</p>		
<p>Bad Bevensen, den 19. Juli 2007</p>		
<p>Sehr geehrte Frau «Nachname», wir bedanken uns für Ihre Teilnahme an der Befragung zur Messung des Behandlungserfolgs unserer stationären Adipositas-therapie. In etwa einem halben Jahr werden wir erneut eine Befragung bei unseren ehemaligen Adipositaspatienten durchführen um den Langzeit-Behandlungserfolg unserer Adipositas-therapie zu ermitteln. Hierzu ist es nötig den Gewichtsverlauf der Patienten über eine längere Zeit zu ermitteln, deshalb sind wir auf eine regelmäßige Teilnahme der ehemaligen Patienten angewiesen und würden uns über eine erneute Teilnahme von Ihnen sehr freuen. Mit freundlichen Grüßen</p>		
		
<small>Chefarzt Dr. med. Andreas Leiteritz Facharzt für Psychotherapeutische Medizin Facharzt für Innere Medizin Psychotherapie/Rehabilitationswesen</small>	<small>Dr. med. Michael Waldhubel Ltd. Oberarzt Facharzt für Innere Medizin Sportmedizin/Reitungsmedizin Facharzt für Allgemeinmedizin Ernährungsmedizin/Chirotherapie</small>	<small>Diplomant Ruben Danneberg Student der Ökotrophologie HAW Hamburg</small>

Bestehender Fragebogen



KLINIK LÜNEBURGERHEIDE
 KOMPETENZ ZENTRUM
 FÜR ESSSTÖRUNGEN UND ADHS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die Qualität unserer Arbeit ist uns sehr wichtig. Damit wir diese weiterhin verbessern können, ist Ihre Beurteilung unserer Klinik von großer Bedeutung. Bitte teilen Sie uns deshalb anhand dieses Fragebogens mit, inwiefern Ihr Aufenthalt bei uns zu Ihrer Zufriedenheit verlaufen ist und wie Sie den Erfolg Ihrer Behandlung bewerten.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig aus und geben Sie ihn in der Medizinischen Zentrale ab.

Für Ihre Bemühungen danken wir Ihnen sehr.

Ihre Klinikleitung

**Bitte beurteilen Sie im Folgenden verschiedene Aspekte der Klinik und Ihrer Behandlung:
 (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

1. Unterkunft	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Gesamteindruck der Klinik	<input type="checkbox"/>				
Einrichtung der Zimmer	<input type="checkbox"/>				
Einrichtung der Gemeinschafts- und Aufenthaltsräume	<input type="checkbox"/>				
Klima/Atmosphäre der Gemeinschafts- u. Aufenthaltsräume	<input type="checkbox"/>				
Allgemeine Sauberkeit	<input type="checkbox"/>				

2. Verpflegung	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Geschmack	<input type="checkbox"/>				
Abwechslung/Vielseitigkeit	<input type="checkbox"/>				
Portionierung/Menge	<input type="checkbox"/>				

3. Allgemeine Betreuung Freundlichkeit unserer Mitarbeiter/-Innen	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Rezeption/Empfang	<input type="checkbox"/>				
Verwaltung	<input type="checkbox"/>				
Servierdienst/Speisesaal	<input type="checkbox"/>				
Raumpflegedienst/Hausmeister	<input type="checkbox"/>				

4. Psychotherapeutische und medizinische Betreuung	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Betreuung durch die für mich zuständigen Ärzte/-innen	<input type="checkbox"/>				
Betreuung durch die für mich zuständigen Psychologen/-innen	<input type="checkbox"/>				
Betreuung durch Krankenschwestern und Krankenpfleger	<input type="checkbox"/>				

An welchen der folgenden psychotherapeutischen Behandlungen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie bewerten Sie diese?

5. Psychotherapeutische Behandlungen	Teilgenommen?		Falls teilgenommen, Ihre Beurteilung:				
	ja	nein	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Gesprächsgruppenpsychotherapie (allg. Psychotherapiegruppe) bei _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzeltherapeutische Sitzungen bei _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunsttherapie Einzel bei _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunsttherapie Gruppe bei _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsverfahren bei _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittagsgruppe <input type="checkbox"/> Anorexie <input type="checkbox"/> Bulimie <input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHS Gruppe bei _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppe Soziales Kompetenztraining bei _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpertherapie bei _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An welchen der folgenden Behandlungen und Beratungen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie bewerten Sie diese?

6. Behandlungen und Beratungen	Teilgenommen?		Falls teilgenommen, Ihre Beurteilung:				
	ja	nein	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Ernährungsberatung durch Oekotrophologen und Diätassistenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpädagogische Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physikalische Anwendungen (z.B. Bäder, Inhalationen, Massagen) im Kurzentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie an weiteren Behandlungen oder Beratungen teilgenommen haben, nennen Sie diese bitte hier und beurteilen Sie sie!

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
1. _____	<input type="checkbox"/>				
2. _____	<input type="checkbox"/>				

7. Therapieerfolg

a) Wenn Sie Ihre Erwartungen und Therapieziele mit dem verglichen, was erreicht wurde, wie würden Sie den Therapieerfolg insgesamt einschätzen?

sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
<input type="checkbox"/>				

b) Bitte schätzen Sie im Folgenden die bisherige auf Ihre Behandlung zurückführende Veränderung Ihres Gesundheitszustandes ein!

	sehr große Verbesserung	große Verbesserung	geringe Verbesserung	keine Verbesserung	Verschlechterung
bezogen auf Ihr seelisches Befinden	<input type="checkbox"/>				
bezogen auf Ihr körperliches Befinden	<input type="checkbox"/>				
bezogen auf Ihren Kontakt zu anderen Menschen	<input type="checkbox"/>				
bezogen auf Ihre allgemeine Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>				

Abschließend möchten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person bitten:

8. Angaben zu Ihrer Person

- a) Ihr Alter: _____ Jahre b) Wie schätzen Sie Ihren jetzigen Status bzgl. Arbeitsfähigkeit ein?
- arbeitsfähig arbeitsunfähig Ich bin Rentner/in, Pensionär/in
- c) Ihr Geschlecht: männlich weiblich
- d) Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt oder beabsichtigen Sie, einen Rentenanspruch zu stellen?
- ja nein
- e) Datum der Ausfüllung des Bogens: _____

Im Folgendem haben Sie die Möglichkeit, uns Kritik, Anregungen und Verbesserungsvorschläge mitzuteilen. Falls der Platz nicht ausreichen sollte, legen Sie bitte ein separates Blatt bei.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen in der medizinischen Zentrale ab!
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit