



universität
wien

Magisterarbeit

Titel der Magisterarbeit

**Qualitative Erhebung über die Effizienz der Rekrutierung für zielgruppenspezifische Bewegungsprogramme bei Adipositas Grad I bis III an drei Adipositasambulanzen –
Eine Teilanalyse des GEHE-Projektes**

Verfasserin

Sandra Haider, Bakk.

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, Februar 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 826

Studienrichtung lt. Studienblatt: Sportwissenschaft

Betreuerin:

Ass. Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller

DANKSAGUNG

Ein herzliches Dankeschön geht an alle, die mich bei der Erstellung meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

In erster Linie möchte ich mich aber bei Ass. Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller, die die Betreuung dieser Arbeit inne hatte, bedanken.

Besonderer Dank geht auch an Mag. Christian Lackinger, der mir den praktischen Zugang zum Klientel der Adipösen durch das Projekt „GEHE – Gesundes Herz bei Adipositas“ ermöglicht hat. Außerdem möchte ich mich für seine exzellente fachliche Unterstützung bedanken.

Weiters möchte ich mich bei den verantwortlichen Ärzt(inn)en der Adipositasambulanzen bedanken, ohne deren Mitarbeit diese Arbeit nicht entstehen hätte können.

Ich möchte mich auch bei meiner Familie bedanken, die mir durch ihre fortwährende finanzielle aber auch emotionale Unterstützung das Studium und die vorliegende Arbeit ermöglicht hat.

Auch meine Freundinnen und Freunde möchte ich kurz erwähnen. Ich verdanke es ihnen, dass ich mich durch gemeinsame sportliche Aktivitäten und diverse Freizeitgestaltungen langsam in Wien wohlfühlte.

Abschließend möchte ich mich noch bei meinem Freund Markus bedanken, der nicht nur die Arbeit Korrektur gelesen, sondern mich in jeder Beziehung unterstützt hat. Außerdem bedanke ich mich für sein Verständnis, wenn auf Grund des Studiums wenig Zeit für ihn übrig blieb.

Vorwort

Die SPORTUNION hat sich zur Aufgabe gesetzt, Freude an der Bewegung erlebbar zu machen. Dabei wird versucht, neben dem Leistungssport auch die breite Bevölkerung zu bewegen und die Gesundheitsförderung voranzutreiben (SPORTUNION Österreich, 2011). Angesichts der steigenden Kosten des Gesundheitssystems (Hogan et al., 2003; Van der Bruggen et al., 2007) und der gleichzeitigen Zunahme der Zivilisationskrankheiten, die bekanntlich vor allem auf Fehlernährung und Bewegungsmangel zurückgeführt werden können, werden die Sportangebote der Vereine zukünftig noch mehr an Bedeutung gewinnen (SPORTUNION Österreich, 2011). Deshalb versucht die SPORTUNION zielgruppenspezifische Bewegungsprogramme für diverse Risikogruppen, wie zum Beispiel für Adipöse, zu erstellen und in die Vereinsstruktur zu integrieren.

Da ich neben meinem Studium bei der SPORTUNION Österreich bei dem Adipositasprojekt „GEHE – Gesundes Herz bei Adipositas“ als Trainerin und auch als Projektkoordinatorin mitarbeite, bin ich mit dem Projektalltag, aber auch mit den damit verbundenen Problemen vertraut.

Die Mitarbeit bei diesem Projekt hat mir eindrucksvoll gezeigt, dass in der Praxis bei weitem nicht alles laut der Theorie, die in den Lehrveranstaltungen an der Universität vermittelt wurde, abläuft. Dies gilt sowohl für die Bewegungseinheiten mit den Adipösen, als auch für die Projektorganisation. Außerdem war es für mich anfänglich eine Herausforderung, mein erlerntes Wissen auch in die Praxis umzusetzen.

Im Rahmen des Projektes treten auch immer wieder Probleme auf, wodurch meine Kollegin und ich ständig angehalten sind, diese zu lösen. Rahmenbedingungen, die für einen erfolgreichen Rekrutierungsprozess erforderlich sind und möglicherweise zu einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Ambulanzen und der SPORTUNION führen, konnten bis dato nicht gefunden werden. Da die Patient(inn)enzuweisung aber eine Voraussetzung für den Erfolg des Projektes und deshalb auch für meine Arbeit bei der SPORTUNION ist, habe ich mich entschlossen, dieses Thema wissenschaftlich zu beleuchten und zu erforschen.

Zusammenfassung

Einleitung: Im Rahmen des GEHE-Adipositas-Projektes wird in Zusammenarbeit mit drei Adipositasambulanzen eine randomisierte kontrollierte Studie über ein initiales 8-wöchiges Bewegungsprogramm durchgeführt.

Die Rekrutierung der Patient(inn)en übernehmen die Ärzt(inn)e(n) der jeweiligen Adipositasambulanz. Die Rekrutierungszahlen der Ambulanzen unterscheiden sich deutlich voneinander, wobei die Ursache hierfür ungeklärt ist.

Zielsetzung: Mit einer Prozessevaluation sollen die Rekrutierungsabläufe der drei Krankenhäuser verglichen werden. Weiters sollen Rahmenbedingungen aufgezeigt werden, die notwendig sind, um Adipöse über qualitätsgesicherte Bewegungsprogramme zielgerichtet zu informieren.

Design und Methoden: Es wurden insgesamt sechs fokussierte Leitfadeninterviews mit dem Rekrutierungspersonal durchgeführt. Nach wörtlicher Transkription wurde eine Mischung zwischen strukturierter und zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung vorgenommen.

Ergebnisse: Die Rekrutierungsabläufe der drei Ambulanzen unterscheiden sich maßgeblich voneinander, wobei sich zwei der teilnehmenden Ambulanzen nicht an den vorgeschlagenen Rekrutierungsablauf halten. Eine Abweichung vom vorgeschlagenen Ablauf führt aber nicht zwingend zu niedrigeren Rekrutierungszahlen. Die Weiterleitung der Liste, die die Namen der Interessent(inn)en beinhaltet, im Krankenhaus selbst ist aber problematisch. Negativ auf die Rekrutierungszahlen wirkt sich eindeutig die Rotation der Ärzt(inn)e(n) aus. Eine wichtige Rahmenbedingung ist auch der Faktor Zeit, wobei auch die Kommunikation und die weitere Organisation Zeit in Anspruch nimmt. Auch die zeitgleiche Betreuung mehrerer Studien wirkt sich negativ auf die Rekrutierungszahlen aus. Die Rekrutierungsunterlagen beeinflussen die Anzahl der Zuweisungen jedoch nicht. Die medizinische Leitung beeinflusst die Rekrutierungsabläufe per se nicht, kann aber die Rahmenbedingungen maßgeblich verändern. Weiters muss auch angemerkt werden, dass alle Ärzt(inn)e(n) Bewegung als notwendige Maßnahme bei Adipositas bezeichnen. Es konnte aber erkannt werden, dass der Stellenwert von Bewegungsinterventionen unterschiedlich vermittelt wird und dies die Rekrutierungszahlen beeinflusst. Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Erwartungshaltung der Ärzt(inn)e(n) an die Studienergebnissen und den Rekrutierungszahlen.

Schlussfolgerung: Wenn einem Ärzt(inn)e(n)team mit einem hohen Commitment und Eigenengagement genügend Zeit für die Rekrutierung und die damit verbundene Organisation zur Verfügung steht, können sehr hohe Rekrutierungszahlen erreicht werden.

Abstract

Introduction: Within the context of the GEHE obesity project a randomized controlled trial is conducting in cooperation with three obesity outpatient department.

The medical teams of the respective obesity outpatient department are responsible for the recruitment of the patients. Interestingly, the numbers of recruited people differ significantly.

Objectives: The recruitment processes of these three outpatient departments are compared. In addition, the framework necessary for an improved and purposeful distribution of information on exercise programs targeted at obese patients will be delineated.

Research design and methods: Six people involved in the departments' recruitment processes participated in a focused guideline-based interview. The audio-taped interviews were transcribed and subsequently analyzed according to Mayring's mixture of structured and summarizing content analysis using inductive categories .

Findings: Firstly, the recruitment processes in the three outpatient departments differ from each other: two of the three departments do not follow the suggested recruitment process. However, the deviation from the suggested recruitment process does not necessarily result in lower numbers of recruited people. Secondly, the passing-on of the lists of potential participants within the hospital is problematic, if the doctors do not communicate with each other on a regular basis. Also, the frequent rotation of personnel adversely affects the success of the recruitment. Another very important parameter for a successful recruitment is time: communication is time-consuming and further organizational decisions need to be considered carefully. Simultaneous engagement of the department in more than one study has negative effects on the number of recruited people. The recruitment documents used, however, are not essential for a successful process. It is generally agreed amongst the interviewed doctors that exercise plays a crucial role in combating obesity. However, it can be observed that the importance of physical activity is treated and emphasized distinctly by the personnel in the three outpatient departments. This factor has a clear impact on the number of people recruited. Finally, there is no correlation between the expectations of the study results on the side of the doctors and the number of people recruited.

Conclusion: If the doctors have a high commitment and are given enough time for the recruitment and the organizational efforts involved, the numbers of recruited people are likely to be higher. Moreover, the waiting period in the outpatient department can ideally be used to sensitize the obese people for the importance of physical activity.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
1.1	WISSENSCHAFTLICHE PROBLEMSTELLUNG.....	1
1.2	ZIEL DER ARBEIT	2
1.3	WISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNGEN.....	2
1.4	WISSENSCHAFTLICHE VORGANGSWEISE	3
1.5	GLIEDERUNG DER ARBEIT	3
2	THEORETISCHER HINTERGRUND ZU ADIPOSITAS	4
2.1	DEFINITION ADIPOSITAS	4
2.1.1	<i>Klassifikation und Risikoabschätzung von Adipositas.....</i>	<i>4</i>
2.1.1.1	Risikoabschätzung nach dem Body Mass Index (BMI)	4
2.1.1.2	Risikoabschätzung nach dem Taillenumfang	5
2.1.1.3	Risikoabschätzung nach dem Waist-to-Hip-Ratio (Taillen-Hüft-Verhältnis)	6
2.2	ADIPOSITASPRÄVALENZ.....	6
2.2.1	<i>Weltweit</i>	<i>7</i>
2.2.2	<i>USA.....</i>	<i>7</i>
2.2.3	<i>Europa</i>	<i>8</i>
2.2.4	<i>Österreich</i>	<i>8</i>
2.3	GRÜNDE FÜR DIE ADIPOSITASEPIDEMIE.....	9
2.4	AUSWIRKUNG VON ADIPOSITAS	12
2.4.1	<i>Morbidität</i>	<i>12</i>
2.4.1.1	Diabetes mellitus Typ 2.....	12
2.4.1.2	Kardiovaskuläre Risikofaktoren	13
2.4.1.3	Weitere Auswirkungen	14
2.4.2	<i>Mortalität</i>	<i>15</i>
2.5	THERAPIE BEI ADIPOSITAS.....	16
2.5.1	<i>Therapie allgemein</i>	<i>16</i>
2.5.1.1	Therapieziele und Maßnahmen	16
2.5.1.2	Erfolgsfaktoren einer Adipositastherapie	19
2.5.2	<i>Bewegungstherapie bei Adipositas</i>	<i>21</i>
2.5.2.1	Auswirkung des Trainings.....	22
2.5.2.1.1	Auswirkung des Trainings auf den allgemeinen Gesundheitszustand	22
2.5.2.1.2	Auswirkung des Trainings auf Gewicht und Körperzusammensetzung	23
2.5.2.1.3	Bewegungstherapie im Vergleich zur Diät	24
2.5.2.2	Bewegungsempfehlungen	27
2.5.2.2.1	Ausdauertraining.....	31
2.5.2.2.2	Alltagsaktivität.....	32
2.5.2.2.3	Krafttraining	34
3	PROJEKTBSCHREIBUNG	35
3.1	ALLGEMEINE ANGABEN ZUM PROJEKT	35
3.1.1	<i>Dauer</i>	<i>35</i>
3.1.2	<i>Zielgruppe.....</i>	<i>36</i>
3.1.3	<i>Beschreibung des Bewegungsprogrammes.....</i>	<i>36</i>
3.1.3.1	Ausdauertraining	36
3.1.3.2	Krafttraining.....	37
3.1.3.3	Koordinationstraining	37
3.1.3.4	Alltagsaktivität	38
3.1.3.5	Workshops	39
3.1.4	<i>Standorte</i>	<i>39</i>
3.1.5	<i>Randomisierte kontrollierte Studie.....</i>	<i>39</i>

3.1.5.1	Einschlusskriterien	40
3.1.5.2	Studiendesign	40
3.1.5.3	Studiengruppen.....	42
3.1.5.4	Ziel der Studie	43
3.2	ORGANISATIONSSTRUKTUREN IM PROJEKT	44
3.2.1	<i>Organisationsstruktur der SPORTUNION</i>	44
3.2.2	<i>Organisationsstrukturen der medizinischen Partner</i>	44
3.3	REKRUTIERUNG	45
3.3.1	<i>Vorgeschlagener Rekrutierungsprozess im Projekt</i>	45
3.3.2	<i>Arbeitsaufteilung in der Studie</i>	46
3.3.3	<i>Aktuelle Zuweisungszahlen</i>	47
3.3.4	<i>Virtuelles Team</i>	48
3.3.5	<i>Schnittstellen</i>	50
3.3.6	<i>Commitment</i>	54
4	QUALITATIVES LEITFADENINTERVIEW	56
4.1	ERHEBUNGSMETHODE	56
4.1.1	<i>Interviewpartner(innen)</i>	56
4.1.2	<i>Interviewleitfaden</i>	57
4.1.3	<i>Erhebungssituation</i>	58
4.2	TRANSKRIPTIONSMETHODE	58
5	ERGEBNISSE	67
5.1	KATEGORIE 1 – TÄTIGKEIT	67
5.2	KATEGORIE 2 – AMBULANZ.....	68
5.3	KATEGORIE 3 – REKRUTIERUNG	74
5.4	KATEGORIE 4 – COMMITMENT	87
6	DISKUSSION	94
6.1	KATEGORIE 1 – TÄTIGKEIT	94
6.2	KATEGORIE 2 – AMBULANZ.....	95
6.3	KATEGORIE 3 – REKRUTIERUNG	98
6.4	KATEGORIE 4 – COMMITMENT	106
7	SCHLUSSFOLGERUNG.....	110
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	113
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	121
	TABELLENVERZEICHNIS	122
	ANHANG.....	123

1 Einleitung

1.1 Wissenschaftliche Problemstellung

Wie die epidemiologischen Daten zeigen, nimmt Übergewicht und Adipositas in allen Ländern zu, in denen ein ausreichendes Nahrungsangebot vorhanden ist (Kiefer et al., 2006). So sind laut WHO (WHO, 2011a) weltweit 1,5 Milliarden Menschen übergewichtig und mehr als 500 Millionen leiden an Adipositas.

Laut Haber (2007, S. 163), Huber (2009), Kokkinos et al. (2011) und einigen weiteren Studien ist vor allem die sinkende körperliche Aktivität für die Zunahme von Adipositas verantwortlich. Denn sie meinen, obwohl die Bevölkerung den USA weniger isst, steigt die Anzahl an übergewichtigen Menschen stetig an.

Deshalb wurde von der SPORTUNION Österreich auf Wunsch der Spezialambulanzen das Projekt „GEHE – Gesundes Herz bei Adipositas“ ins Leben gerufen. Dabei handelt es sich um ein initiales 8-wöchiges Bewegungsprogramm, welches speziell auf die Bedürfnisse von adipösen Personen abgestimmt worden ist. Ziel dieser Intervention ist eine langfristige Lebensstiländerung, die sowohl eine Änderung des Bewegungs- als auch des Essverhaltens beinhaltet.

Im Rahmen dieses Bewegungsprojektes wird in Zusammenarbeit mit zwei Wiener Adipositasambulanzen und einem Krankenhaus in Niederösterreich zusätzlich eine randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt, bei der unter anderem mit Blutparametern, einigen sportmotorischen Tests und einem standardisierten Fragebogen die Auswirkungen der körperlichen Aktivität verdeutlicht werden sollen.

Die Rekrutierung der Patient(inn)en für diese Studie wird von den Ärzt(inn)en in den Adipositasambulanzen durchgeführt. Der Rekrutierungsablauf soll wie folgt aussehen: Die Namen und Telefonnummern der Interessent(inn)en werden von den betreuenden Ärzt(inn)en in das wöchentliche Dokumentationsblatt eingetragen. Die Kontakte werden an die SPORTUNION weitergeleitet. Die Adipösen werden anschließend telefonisch kontaktiert, bei Bedarf ausführlich informiert und gegebenenfalls in Kurse eingeteilt. Bei diesem Prozess treten aber immer wieder Probleme auf, denn obwohl alle Ambulanzen im Prinzip das gleiche Rekrutierungsschema anwenden sollten, unterscheiden sich die Rekrutierungszahlen extrem voneinander. Die Gründe dafür sind allerdings unbekannt.

1.2 ZIEL DER ARBEIT

Im Rahmen einer Prozessevaluation sollen die Rekrutierungsabläufe der drei Krankenhäuser verglichen und die Stärken und Schwächen erhoben werden. Weiters sollen Rahmenbedingungen, die für eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Ambulanzen und externem Bewegungsangebot erforderlich sind, um qualitätsgesicherte Bewegungsprogramme in Spitälern anbieten zu können, eruiert werden.

Die Ergebnisse sollen nicht nur den Rekrutierungsprozess im laufenden Adipositasprojekt verbessern, sondern auch eine Bereicherung für weitere Projekte in diesem Bereich sein.

1.3 WISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNGEN

Folgende wissenschaftliche Forschungsfragen sollen daher mit der vorliegenden Arbeit beantwortet werden:

Hauptfrage:

- Welche Faktoren beeinflussen die Patient(inn)enrekrutierung für das Bewegungsprogramm in den Adipositasambulanzen?

Nebenfragen:

- Wer übernimmt die Rekrutierung in den Ambulanzen?
- Wie läuft der projektbezogene Informationsfluss in den Ambulanzen ab?
- Wird das vorgeschlagene Rekrutierungsschema verwendet? Wenn nein, welche Abweichungen gibt es vom Rekrutierungsplan?
- Gibt es Unterschiede im Rekrutierungsprozess zwischen den Ambulanzen?
- Sollte das bisher vorgeschlagene Rekrutierungsschema geändert werden?
- Gibt es typische Schnittstellen, an denen der Rekrutierungsprozess scheitert?
- Inwieweit kann die Abteilungsleitung die Rekrutierung beeinflussen?
- Durch welche Maßnahmen kann die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Partner(inne)n und der SPORTUNION und somit die Rekrutierung verbessert werden?

Ziel ist es einen Ablaufplan bzw. Guidelines für eine gute und effektive Rekrutierung zu entwickeln.

1.4 WISSENSCHAFTLICHE VORGANGSWEISE

Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen wurden im Zuge der vorliegenden Arbeit sechs qualitative Interviews mit dem zuständigen Personal der Adipositasambulanzen durchgeführt, wobei sich die Autorin konkret für das fokussierte Leitfadeninterview entschieden hat.

Nach wörtlicher Transkription der aufgenommenen Audiodaten wurde zur Auswertung eine qualitative Inhaltsanalyse vorgenommen, die dann in weiterer Folge als Basis für die Darstellungen und Interpretationen der Ergebnisse diente. Das Computerprogramm MAXQDA2007 wurde für die Inhaltsanalyse unterstützend eingesetzt, wodurch vor allem das Codieren der Texte und die Bildung der Kategorien erleichtert wurde.

Um eine Anonymisierung zu gewährleisten, wird in dieser Forschungsarbeit auf die Namen der Krankenhäuser verzichtet und stattdessen die Wiener Krankenhäuser mit Wien_1 bzw. Wien_2 und das Niederösterreichische Krankenhaus mit NÖ bezeichnet. Auch auf die Namen der involvierten Ärzte(innen) bzw. des Personals wird verzichtet. Um jedoch die Aussagen der Interviewpartner(innen) den Ärzt(inn)en zuordnen zu können, werden sie mit [A] und einer Ziffer benannt. So wird ein Statement, das von der Ärztin 2 der ersten Wiener Ambulanz getroffen wird, mit Wien_1 [A2] bezeichnet.

1.5 GLIEDERUNG DER ARBEIT

Die folgende Arbeit ist in verschiedene Bereiche gegliedert. Im ersten Teil erfolgt eine theoretische Aufarbeitung der Thematik Adipositas, um den Leser(inne)n einen Überblick über das Thema und über die Problematik „Adipositas“ zu verschaffen. Dazu werden aktuelle wissenschaftliche Studien herangezogen. Weiters wird das GEHE-Projekt genauer beschrieben und die Arbeitsschritte der Rekrutierung im Detail analysiert. Es werden auch kurz die Themen Schnittstellenmanagement, Commitment und Teamarbeit im Projekt erwähnt.

Im zweiten empirischen Teil wird genauer auf die angewandten Forschungsmethoden eingegangen. Weiters werden die Ergebnisse des Forschungsprozesses dargestellt, interpretiert und diskutiert.

Im Anhang befinden sich der Interview-Leitfaden, die wörtlichen Transkripte der Interviews und das wöchentliche Dokumentationsblatt, das das wichtigste Dokument im Rekrutierungsprozess darstellt.

2 Theoretischer Hintergrund zu Adipositas

In diesem Kapitel werden die grundlegenden Informationen über die Krankheit Adipositas kurz zusammengefasst und der aktuelle Forschungsstand wiedergegeben. Durch dieses Hintergrundwissen soll den Leser(inne)n das Verständnis der Arbeit erleichtert werden.

2.1 DEFINITION ADIPOSITAS

Die WHO definiert Adipositas als eine übermäßige Ansammlung von Fettgewebe im Körper. Außerdem wird sie als eine chronische Krankheit bezeichnet, die auf einer polygenetischen Veranlagung beruht und der eine positive Energiebilanz zugrunde liegt. Weiters fordert Adipositas eine langfristige Betreuung. Fettsucht, wie Adipositas auch bezeichnet wird, ist mit einer eingeschränkten Lebensqualität und einem hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Das Ausmaß des Übergewichtes und die Fettverteilung bestimmen die Auswirkungen auf die Gesundheit, wobei man bei der Verteilung zwischen peripherer¹ und abdominaler² Adipositas unterscheidet (WHO, 2000).

2.1.1 Klassifikation und Risikoabschätzung von Adipositas

Es gibt verschiedene Methoden, um Adipositas festzustellen und um folglich eine Risikoabschätzung vornehmen zu können:

2.1.1.1 Risikoabschätzung nach dem Body Mass Index (BMI)

Für die Klassifikation von Unter-, Normal- oder Übergewicht und Adipositas wird der Body Mass Index, kurz BMI, verwendet. Dieser ist das meist gebrauchte, allerdings grobe, Messinstrument und ist geschlechterunabhängig (WHO, 2000).

Tab. 1: Berechnung des BMIs (NHLBI, 2000, S. 1)

$$\text{BMI (kg/m}^2\text{)} = \text{Gewicht (kg)} / \text{Körpergröße (m)}^2$$

¹**periphere Adipositas:** Fettvermehrung im Bereich der Hüften und der Oberschenkel; metabolische Begleiterkrankungen sind nur geringfügig häufiger als bei Normalgewichtigen (Wirth, 2008, S. 11)

²**abdominale Adipositas:** (androide, zentrale, viszerale Stammfettsucht) vermehrte Fettanlagerung im Abdominalbereich; mit einem erhöhten metabolischen und kardiovaskulären Gesundheitsrisiko verbunden (Wirth, 2008, S. 11)

Tab. 2: Klassifikation des Gewichtes bei Erwachsenen anhand des BMIs (NHLBI, 2000, S. 1)

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

Laut dieser Klassifikation spricht man ab einem BMI von ≥ 30 kg/m² von Adipositas. Wie der Tabelle zu entnehmen ist, kann Adipositas in drei Schweregrade unterteilt werden, wobei man ab einem BMI ≥ 40 von morbidem Adipositas spricht.

Die Klassifikation nach dem BMI-Index berücksichtigt allerdings die Fettverteilung nicht, was als Limitation gilt. Weiters unterscheidet der BMI nicht zwischen Fett- und Magermasse, sodass bei einem erhöhten BMI auch eine Malnutrition vorliegen kann (WHO, 2000). So kann auch eine Person mit einer hohen Muskelmasse einen erhöhten BMI haben. Der BMI eignet sich weiters nicht zur Beurteilung des Körperfettanteils bei Ödemen und kleinen Personen (Tomasits & Haber, 2008, S. 239).

Aus diesen genannten Gründen reicht der BMI alleine nicht zur „Indikationsstellung“ für gewichtssenkende Maßnahmen aus (Hauner, 2011, S. 374).

2.1.1.2 Risikoabschätzung nach dem Taillenumfang

Wie schon kurz angesprochen, bestimmt auch das Fettverteilungsmuster das metabolische und kardiovaskuläre Gesundheitsrisiko, wobei das abdominale Fett³ als gefährlicher einzuschätzen ist (WHO, 2000). Mit Hilfe des Taillenumfanges kann die Menge des viszeralen Fettes abgeschätzt werden (Lean et al., 1995). Dieser Taillenumfang ist unabhängig von der Größe, korreliert eng mit dem Waist-to-hip-Ratio und dem BMI (Lean et al., 1995) und ist besonders eng mit kardiovaskulären Risikofaktoren verbunden (Després et al., 2001).

Der Taillenumfang wird nach dem Ausatmen auf Höhe des Beckenkammes gemessen (NHLBI, 2000, S. 18).

³abdominelles Fett: viszerales Fett

Tab. 3: Klassifikation nach dem Taillenumfang (NHLBI, 2000, S. 8)

Risiko für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen	Taillenumfang (in cm)	
	Männer	Frauen
Erhöht	≥ 94	≥ 80
Deutlich erhöht	≥ 102	≥ 88

Laut dieser Definition liegt bei europäischer Abstammung bei einem Bauchumfang von ≥ 94 cm bei Männern bzw. ≥ 80 cm bei Frauen eine abdominelle Adipositas vor.

2.1.1.3 Risikoabschätzung nach dem Waist-to-Hip-Ratio (Taillen-Hüft-Verhältnis)

Der Anteil des viszeralen Fettes kann auch durch das Waist-to-Hip-Ratio (WHR) beurteilt werden.

Beide Messungen werden stehend bei leicht abgespreizten Armen durchgeführt, wobei der Taillenumfang horizontal zwischen dem Beckenoberrand und der untersten Rippe gemessen wird und der Hüftumfang die breiteste Stelle über dem Trochanter major ist (Wirth, 2003, S. 3).

Tab. 4: Waist-to-Hip-Ratio (Han et al., 1997, S. 590)

Waist-to-Hip-Ratio	
Frau:	> 0,85
Mann:	> 1,00

Werte bei Frauen von $> 0,85$ und bei Männern von $> 1,00$ deuten auf einen erhöhten abdominellen Fettanteil hin (Han et al., 1997, S. 590).

Studien ergaben aber, dass der Taillenumfang mehr mit dem abdominellen Fett korreliert als das WHR (Lean et al., 1995).

2.2 ADIPOSITASPRÄVALENZ

Mit diesem Kapitel soll gezeigt werden, dass Adipositas ein weltweites Problem darstellt. Um dieser Entwicklung, die laut internationalen und nationalen Expert(inn)en das weltweit am schnellsten wachsende Gesundheitsrisiko darstellt (Prentice, 1997), entgegenzuwirken, wurde das GEHE-Projekt entwickelt.

Bei der Betrachtung der Prävalenzstudien muss aber in Betracht gezogen werden, dass bei der Erhebung auch innerhalb eines Landes oft zwei verschiedenen Methoden zu zwei

verschiedenen Zeitpunkten angewendet wurden. Außerdem unterscheidet sich die Herangehensweise an die Erhebungen in den einzelnen Ländern.

2.2.1 Weltweit

Die neue IASO/IATF Analyse von 2010 schätzt, dass ungefähr eine Milliarde Erwachsene an Übergewicht und weitere 475 Millionen an Adipositas leiden (IASO, 2010).

Die WHO gibt sogar Zahlen von 1,5 Milliarden Übergewichtigen sowie 200 Millionen adipösen Männern und 300 adipösen Frauen an (WHO, 2011a).

Auch die Arbeit von Finucane et al. (2011, S. 7) führt ähnliche Zahlen wie die IASO an und schätzt, dass im Jahr 2008 1,46 Milliarden Personen übergewichtig waren. Von diesen litten wiederum etwa 205 Millionen Männer und 297 Millionen Frauen an Adipositas.

2.2.2 USA

Auch in den USA hat sich die Zahl der Adipösen in den letzten 20 Jahren dramatisch erhöht. Wie die unten angeführte Abbildung zeigt, war Colorado 2009 der einzige Staat, bei dem weniger als 20 % der Einwohner adipös waren (CDC, 2011).

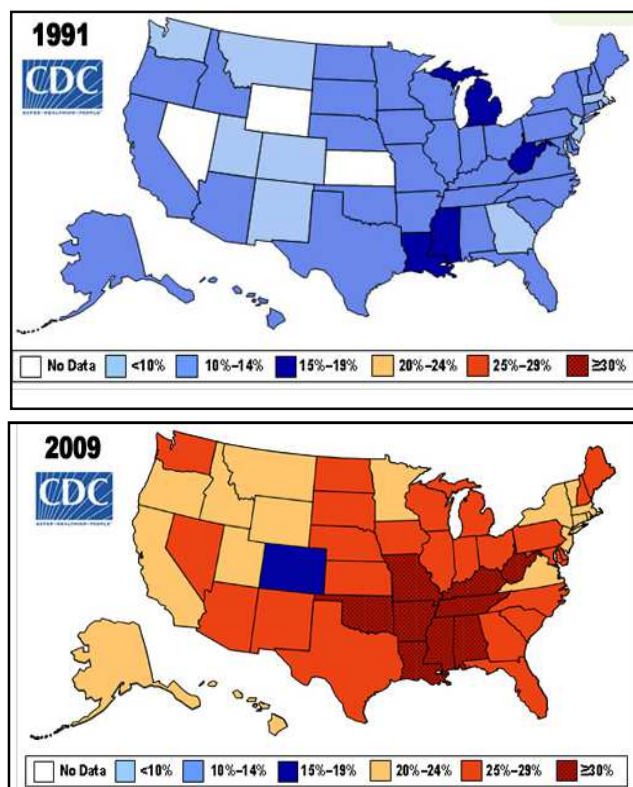


Abb. 1: Zunahme der Adipösen von 1991 – 2009 in den USA (CDC, 2011)

Die neuesten Erhebungen unterstreichen diese erschreckende Entwicklung. So zeigen sie, dass in den USA etwa 33 % der Erwachsenen übergewichtig und außerdem 34 % adipös sind. Beinahe 6 % der Bevölkerung weisen einen BMI von über 40 kg/m² auf und sind somit morbid adipös (Flegal et al., 2010, S. 238 – 239).

2.2.3 Europa

Auch in den Ländern der europäischen Union ist die Adipositasprävalenz, wie die folgende Abbildung zeigt, in den letzten Jahren enorm gestiegen:

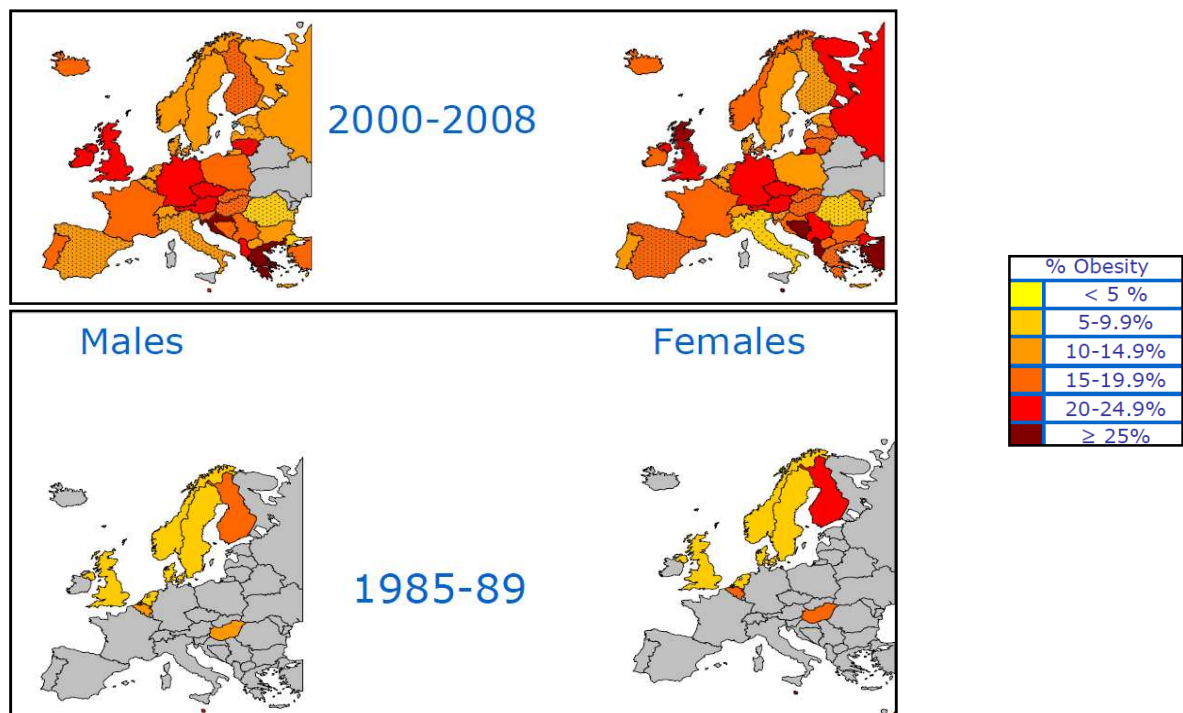


Abb. 2: Trends in Europa (IASO, 2009)

So sind in den 27 EU-Ländern schätzungsweise 60 % der Erwachsenen übergewichtig oder adipös (IASO, 2010).

2.2.4 Österreich

Dem internationalen Trend entsprechend, hat auch in Österreich die Zahl der Adipositaspatient(inn)en in allen Altersgruppen zugenommen (Elmadfa et al., 2009). Folgende Abbildung zeigt, dass 2008 11 % der Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren adipös waren.

Als Limitation dieser Studie ist die Selbstangabe der anthropometrischen Größen zu betrachten.

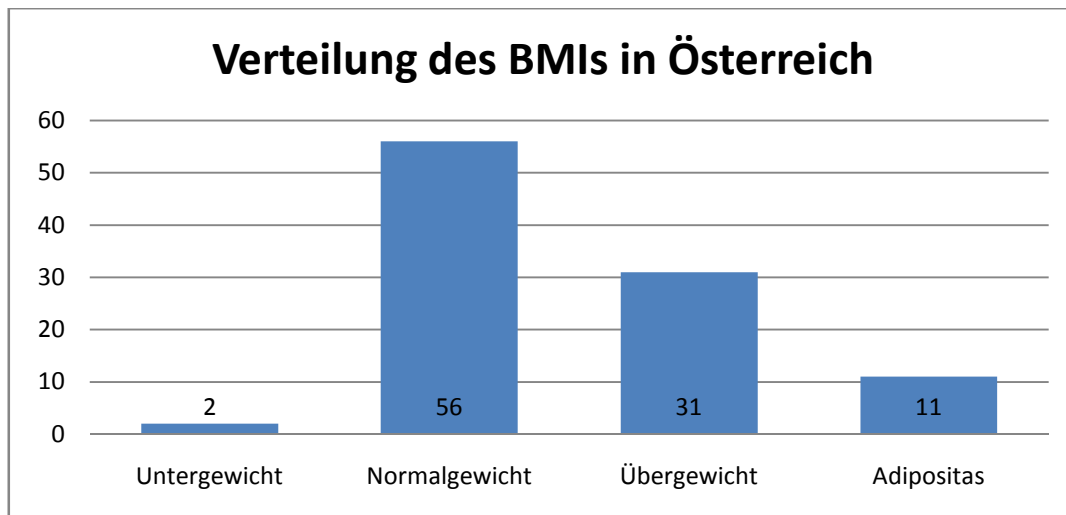


Abb. 3: Verteilung des BMIs bei österreichischen Erwachsenen von 18 – 65 Jahren
(In Anlehnung an Elmadfa et al., 2009, S. 28)

Im Vergleich zum österreichischen Ernährungsbericht 2003 (Elmadfa et al., 2003) hat sich der Anteil an übergewichtigen und adipösen Erwachsenen vor allem bei Männern von 6 % auf 13 % stark erhöht. Laut der Befragung von 2009 sind mehr als die Hälfte der 18- bis 65-jährigen Männer als übergewichtig oder adipös einzustufen. Gleiches gilt auch für die Gesamtbevölkerung zwischen 42 und 65 Jahren, in der 55 % einen BMI über der Norm hatten (Elmadfa et al., 2009, S. 28).

2.3 GRÜNDE FÜR DIE ADIPOSITASEPIDEMIE

Dieses Kapitel soll zeigen, dass der vorliegende Bewegungsmangel ein Grund für die Adipositasepidemie ist, und dass Inaktivität die Krankheit Adipositas positiv beeinflusst. Diese Angaben sind für die Auswertung der Interviews essentiell, da die Meinungen der Ärzt(inn)e(n) zu Bewegungsinterventionen interpretiert werden.

Jakicic et al. (2001) erklären das Auftreten von Adipositas dadurch, dass die Energieaufnahmen durch die Nahrung größer ist als der Energieverbrauch. Somit ist laut dem „Center of disease control and prevention“ die Balance zwischen Energieaufnahme und Verbrauch nicht mehr im Gleichgewicht (CDC, 2011a). Auch laut Haber (2007, S. 163) ist die positive Energiebilanz die einzige Ursache für die Entstehung von Adipositas. Gene, Hormone, erhöhter Fettkonsum oder zu wenig körperliche Aktivität bezeichnet er als Faktoren, die „(...) das Entstehen der eigentlichen Ursache, nämlich der positiven Energiebilanz, begünstigen“ (Haber, 2007, S. 163).

Der Foresight Report (Butland et al., 2007) beschreibt den Grund für die Entstehung etwas komplizierter. Hier wird die Ursache für Adipositas als ein Komplex von sozialen

und biologischen Faktoren bezeichnet, bei dem ein Ungleichgewicht der Energiebalance im Zentrum steht. Dieses wird jedoch von über 100 weiteren Variablen direkt und indirekt beeinflusst. Die unten gezeigte Abbildung, die von der „National Obesity Observatory“ angefertigt wurde, zeigt eine vereinfachte Darstellung dieser Gründe.

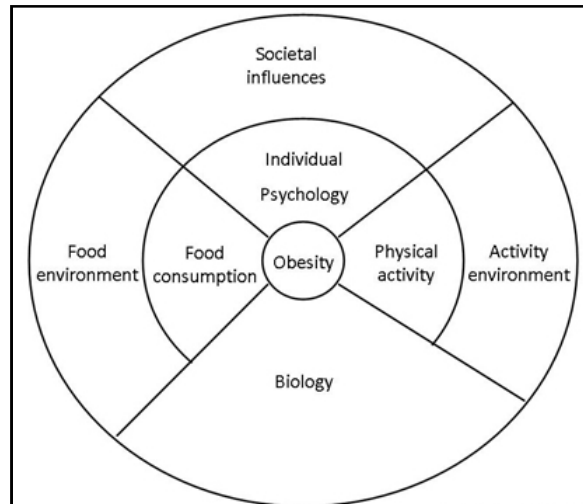


Abb. 4: Gründe für die Adipositasepidemie (National Obesity Observatory, 2010)

In dieser Abbildung wird auch die Genetik berücksichtigt, da auch laut Koplan & Dietz (1999) möglicherweise das Zusammenspiel von Genetik und chronischem Ungleichgewicht zwischen Energieaufnahme und Verbrauch für die Entstehung von Adipositas verantwortlich ist.

Der Zusammenhang zwischen Genetik und Adipositasrisiko wurde schon einige Male in Zwillings-, Adoptions- und Familienstudien nachgewiesen (Holzapfel & Hauner, 2009). Da sich aber der Genpool in den letzten 20 Jahren nicht wesentlich geändert hat, kann dieser laut der vorliegenden Studie nicht für die extreme Adipositaszunahme verantwortlich gemacht werden. Auch Koplan & Dietz (1999) und Kokkinos et al. (2011) schließen aus, dass die Gene für die Adipositaszunahme verantwortlich sind und Kokkinos et al (2011) erklären die Gründe für die Entstehung von Adipositas wie folgt:

„It is more likely that the genetic makeup may not necessarily cause obesity, but in the presence of powerful environmental influences, the propensity for obesity is enhanced. The predominant environmental factors for obesity appear to be overconsumption of calories and reduction in physical activity.“

(Kokkinos et al., 2011, S. 5)

So kann laut Kokkinos et al. (2011) nur die erhöhte Nahrungsaufnahme oder der Bewegungsmangel für die Adipositaszunahme verantwortlich sein.

So schreibt auch Hill & Melanoson:

„The most likely environmental factor contributing to the current obesity epidemic is a continued decline in daily energy expenditure that has not been matched by an equivalent reduction in energy intake.“

(Hill & Melanoson, 1999, S. 515)

Heini & Weinsier (1997) gehen überdies weiter und behaupten, dass hauptsächlich der Bewegungsmangel für die Zunahme des Körpergewichtes verantwortlich gemacht werden muss, da die Energieaufnahme in den letzten zwei Jahrzehnten nicht gestiegen, das Ausmaß der körperlichen Aktivität aber signifikant gesunken ist. Dieser Zusammenhang wird auch als amerikanisches Paradoxon bezeichnet. Auch Huber (2009), Haber (2007), Tanson (2003), Wilmore & Costill (1994) schließen sich dieser Meinung an. Dazu meint Tanson:

“(...) from 1980 through 2000, obesity increased 10 percent, physical activity decreased 13 percent and caloric intake rose 1 percent among U.S. adolescents.“

(Tanson, 2003)

Der Zusammenhang zwischen Bewegungsmangel und Adipositas konnte vermehrt durch Studien belegt werden: Dies beweist zum Beispiel die Untersuchung von Martínez-González et al. (1999, S. 1199) bei der Personen, die über 35 Stunden pro Woche saßen und weniger als 1,75 MET⁴ aktiv waren, eine 4,2-fach erhöhte Chance hatten an Adipositas zu erkranken. Dies bestätigt auch die Studie von Kaleta et al. (2007, S. 11), bei der Männer und Frauen, die in ihrer Freizeit weniger als 1000 kcal/Woche verbrannten, eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit hatten an Adipositas zu erkranken.

So wurde laut Huber (2009, S. 42) bis dato die Ernährung bei der Adipositasdiskussion über- und gleichzeitig die Bewegung unterschätzt.

⁴**MET:** Einheit, die den Energieverbrauch verschiedener Aktivitäten vergleicht (Ainsworth, 2000).

2.4 AUSWIRKUNG VON ADIPOSITAS

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Auswirkungen von Adipositas beschrieben, um die Wichtigkeit ihrer Bekämpfung zu verdeutlichen. Eine effektive und qualitativ hochwertige Zusammenarbeit zwischen den Adipositasambulanzen in den Krankenhäusern und den Bewegungsprogrammen wäre eine gute Voraussetzung, um der oben beschriebenen „Adipositasexplosion“ entgegenzuwirken.

2.4.1 Morbidität

Adipositas kann die Entstehung einer Reihe von Krankheiten begünstigen und hat erhebliche Auswirkungen auf die Morbidität (WHO, 2007).

2.4.1.1 Diabetes mellitus Typ 2

Diabetes ist die mit Adipositas am meisten assoziierte Krankheit (Wirth, 2008, S. 184). Diesen Zusammenhang beweist beeindruckend die Nurses' Health Study, die an 114.281 amerikanischen Frauen durchgeführt worden ist. Wie die unten angeführte Abbildung zeigt, ist bei Frauen, die einen BMI > 35 kg/m² haben, das relative Risiko an manifester Diabetes zu erkranken um 90-mal höher (Colditz et al., 1995, S. 483).

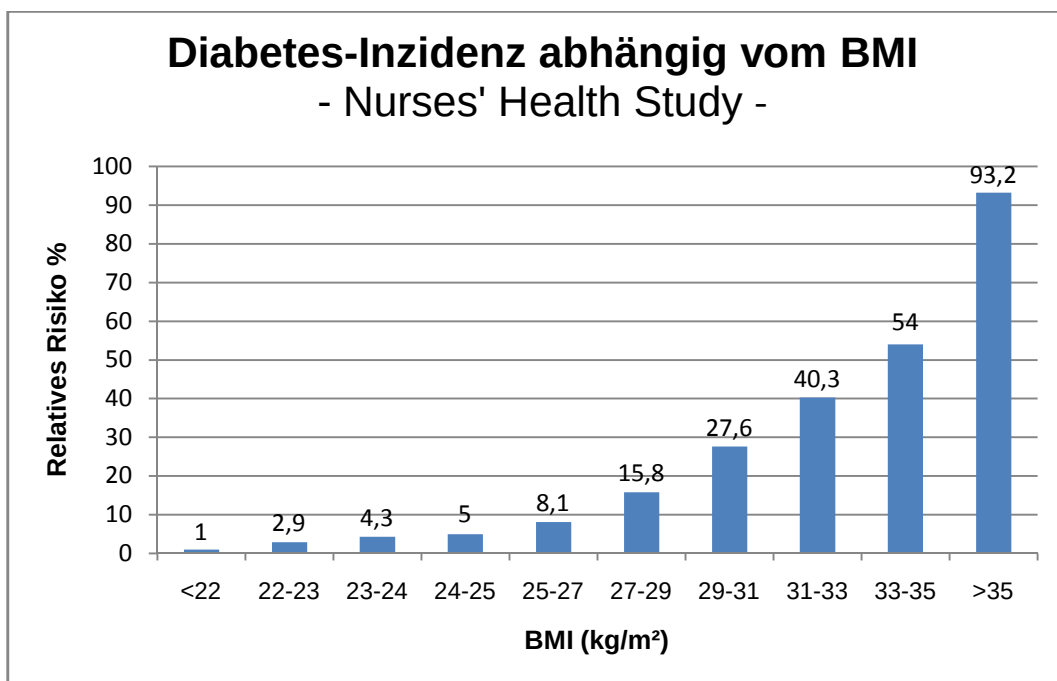


Abb. 5: Komorbidität Diabetes (In Anlehnung an Colditz et al., 1995, S. 483)

Auch die WHO gibt an, dass übermäßiges Gewicht für 80 % aller Typ-2-Diabetes-Fälle verantwortlich gemacht werden kann (WHO, 2007, S. 16). Daher führt eine Reduktion des Körperfettes bei adipösen Diabetiker(inne)n in vielen Fällen zu einer verbesserten Stoffwechseleinstellung bzw. zu einer Reduktion der krankheitsspezifischen Symptome (Cardona-Morrell et al., 2010).

2.4.1.2 Kardiovaskuläre Risikofaktoren

Kardiovaskuläre Risikofaktoren sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich vom Körpergewicht abhängig. Dies beweist die unten angeführte Studie von Assman und Schulte (1992), die das kardiovaskuläre Risiko in Abhängigkeit vom BMI betrachtet.

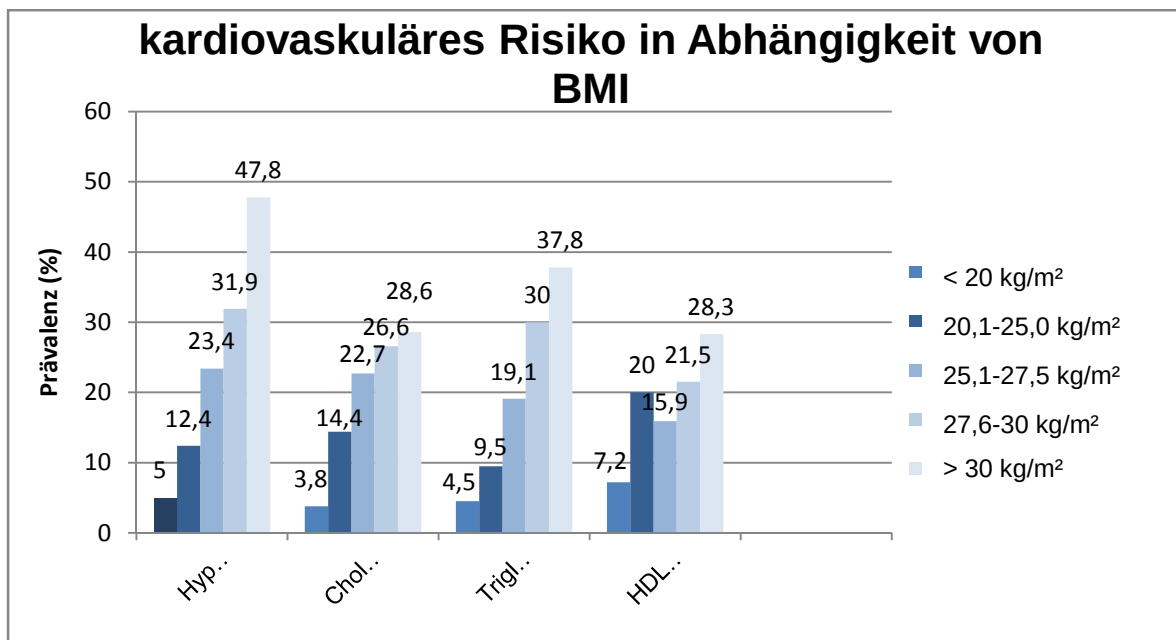


Abb. 6: Kardiovaskuläre Risikofaktoren abhängig vom BMI (In Anlehnung an Assmann et al., 1992, S. 502 – 511)

Diese hochsignifikante Korrelation beweisen auch Huang et al. (1998, S. 83): So haben adipöse Frauen ein 4,1-fach erhöhtes Risiko an einer kardiovaskulären Erkrankung zu erkranken.

Für die Entstehung von kardiovaskulären Herzerkrankungen kann die Fettverteilung als unabhängiger Risikofaktor bezeichnet werden (Rexrod et al., 2001; Yusuf et al., 2005), wobei laut letzterer Studie der BMI bei der Interheart Studie nicht als überzeugender Risikofaktor gewertet werden kann.

Adipositas ist auch mit einer erhöhten Gefahr verbunden, eine systolische oder diastolische Herzinsuffizienz zu erleiden (Kenchiah, 2002).

Weiters besteht auch ein Zusammenhang zwischen viszeraler Adipositas und peripheren Verschlusskrankheiten, wobei kein signifikanter Zusammenhang zwischen BMI und pAVK bewiesen werden konnte (Planas et al., 2001).

Hypertonie

Die HYDRA-Studie verdeutlicht die Auswirkung von Adipositas auf den Bluthochdruck: So leiden 60 % der Übergewichtigen und sogar 70 % der Adipösen an Bluthochdruck (Bramlage et al., 2004, S. 904). Krause et al. (2009, S. 3) geben das Auftreten von Hypertonie bei adipösen Frauen auch mit 53,9 % an. Auch die Nurses' Health Studie bestätigt diesen Zusammenhang und führt an, dass ein Anstieg des BMIs um 1 kg/m² das Hypertonierisiko um 12 % erhöht (Huang et al., 1998, S. 83). Bei der Framingham Studie von Kannel et al. (1993, S. 1156) führte eine Gewichtszunahme von 5 kg zu einem Anstieg des systolischen Blutdrucks von 4,5 mmHg, während eine Gewichtsabnahme laut der Metaanalyse von Neter et al. (2003, S. 881) zu einem verminderten systolischen Blutdruck von 1,1 mmHg bzw. 0,92 mmHg diastolischen Blutdruck pro kg Körpergewicht führte. Bis zu 10 kg wird ein linearer Zusammenhang zwischen Gewichts- und Blutdrucksenkung angegeben.

Fettstoffwechselstörungen

Laut Wirth (2008, S. 199) ist der Zusammenhang zwischen Körpergewicht und dem Lipidstoffwechsel nicht so offensichtlich wie bei Diabetes. So sind laut Assmann et al. (1992) Gesamt- und LDL-Cholesterin bei Adipösen nur geringfügig höher als bei Normalgewichtigen. Es besteht jedoch ein Zusammenhang zwischen BMI und Triglyzeridwerten. So haben Adipöse mit einem BMI > 30 kg/m² 30 % höhere Triglyzeridwerte als Normalgewichtige. Anzumerken ist, dass vor allem eine abdominelle Adipositas schlechte Blutfettwerte begünstigt und deshalb eine Hypertriglyzeridämie bei viszeraler Adipositas sehr häufig auftritt (Després et al., 1990).

2.4.1.3 Weitere Auswirkungen

Weitere Auswirkungen von Adipositas sind laut WHO (2007, S. 8) diverse Krebserkrankungen, Gallensteine, Narkolepsie⁵, zunehmende Dauermedikation, Hirsutismus⁶, Rückgang der Fruchtbarkeit, Asthma, Katarate⁷, gutartige

⁵**Narkolepsie:** chronische Schlaf-Wach-Störung (Mayer, 2006, S. 2)

⁶**Hirsutismus:** verstärkte, dem männlichen Behaarungstyp entsprechende Pubes-, Körper- und Gesichtsbeharrung bei Frauen (Pschyrembel, 2011, S. 884)

⁷**Katarate:** grauer Star (Pschyrembel, 2011, S. 1043)

Prostatahypertrophie, nichtalkoholische Steatohepatitis⁸ und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems wie Osteoarthritis⁹.

2.4.2 Mortalität

Durch das gehäufte Auftreten der beschriebenen adipositas-assoziierten Krankheiten kommt es nicht nur zu einem Verlust der „disability-adjusted life years“¹⁰, sondern auch zu einem signifikanten Absinken der Lebenserwartung (WHO, 2007, S. 9 – 10).

So beschreibt die Nurses' Health Study schon ab einen BMI von 25 – 27 kg/m² ein erhöhtes Mortalitätsrisiko um 60 %, wobei ab einem BMI von > 32 kg/m² die Lebenserwartung sogar um 400 % sinkt (Manson et al., 1995, S. 681).

Durch die NHANES I – III Studie von Fontaine et al. (2003, S. 187) wurde schließlich auch herausgefunden, dass junge, extrem adipöse Männer die meisten Lebensjahre verlieren. So verringert sich die Lebenserwartung eines 20-jährigen Mannes mit einem BMI > 45 kg/m² um 13 Jahre.

Hier ist aber auch anzumerken, dass die Studie von Lee et al. (2011) beweist, dass die kardiorespiratorische Fitness das Mortalitätsrisiko jedoch mehr beeinflusst als der BMI. So zeigt auch die unten angeführte Abbildung, dass die kardiorespiratorische Fitness die Mortalität bei Männern mehr beeinflusst als der BMI.

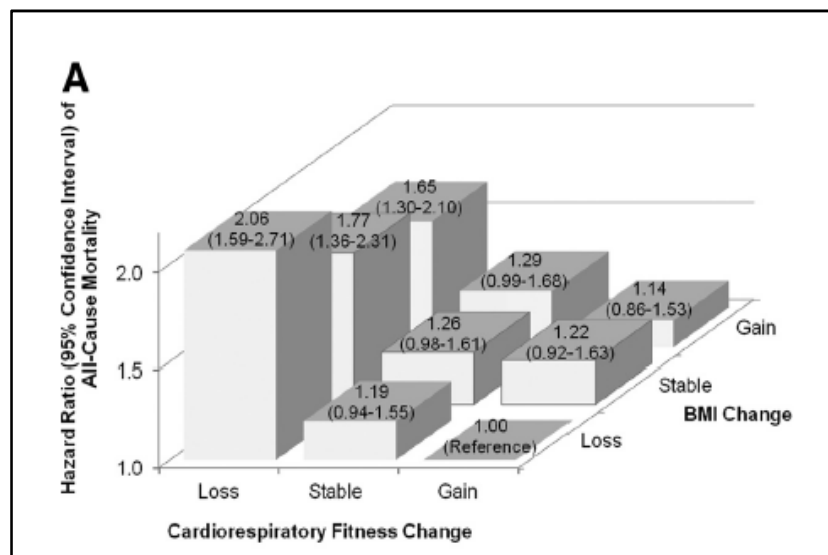


Abb. 7: Zusammenhang kardiorespiratorische Fitness, BMI und Mortalitätsrisiko (Lee et al., 2011, S. 2488)

⁸Steatohepatitis: Fettleberhepatitis (Kasper, 2009, S. 263)

⁹Osteoarthritis: vom Knochen auf ein Gelenk übergreifende Entzündung (Psychrembel, 2011, S. 1507)

¹⁰disability adjusted life years: behinderungsbereinigte Lebensjahre

2.5 THERAPIE BEI ADIPOSITAS

In diesem Kapitel werden die Therapiemöglichkeiten bei Adipositas beschrieben, wobei speziell auf die Bewegungstherapie eingegangen wird. Dazu werden konkrete Richtlinien, die unter anderem die Form und Intensität des Trainings genau beinhalten, angeführt.

Weiters wird die Bewegungs- mit der Ernährungstherapie verglichen. Dieses Wissen ist für die Auswertung der qualitativen Interviews wichtig, da die Meinung der Ärzt(inn)e(n) zur Bewegungstherapie erfragt wird, die möglicherweise das Commitment zur Studie beeinflussen.

2.5.1 Therapie allgemein

Adipositas ist wahrscheinlich eine nicht vollständig heilbare Krankheit. Durch eine individuelle und vor allem langfristige Therapie können die Patient(inn)en das Gewicht aber besser kontrollieren und ihr Gesundheitsrisiko verringern (vgl. Kapitel 2.4). Eine kurzfristige Therapie ist aber als nicht zielführend einzustufen (Heidenreich, 2004, S. 12).

2.5.1.1 Therapieziele und Maßnahmen

In der folgenden Tabelle werden die langfristigen Therapieziele, die vom BMI und dem Gesamtrisiko abhängig sind, und die dafür geeigneten Therapiemaßnahmen zusammenfassend präsentiert. Zu bedenken ist, dass die Ziele immer individuell auf die Patient(inn)en abgestimmt werden müssen. Die Bekämpfung der begleitenden Risikofaktoren hat dabei eine mindestens gleichrangige Bedeutung wie die Gewichtssenkung (Hauner, 2011a).

Tab. 5: Therapieziel und Maßnahmen (Hauner et al., 2007, S. 29)

Körpergewicht	Ziel	Maßnahme
Normalgewicht (BMI 18,5 kg/m ² – 24,9 kg/m ²)	Gewichtsstabilisierung	
Normalgewicht (BMI 18,5 kg/m ² – 24,9 kg/m ²) plus Risikofaktor und/oder Komorbiditäten	Gewichtsstabilisierung, bei familiärer Prädisposition Gewichtszunahme > 3 kg verhindern Risikofaktoren-Management	Gewichtsmonitoring, Risikofaktoren-Management, Therapie der Komorbiditäten, Beratung über gesundheitsförderlichen Lebensstil
Präadipositas (BMI 25 kg/m ² – 29,9 kg/m ²)	Verhinderung einer Gewichtszunahme	Gewichtsmonitoring, Beratung über gesundheitsförderlichen Lebensstil
Präadipositas (BMI 25 kg/m ² – 29,9 kg/m ²) plus Risikofaktor und/oder Komorbiditäten oder Taillenumfang w: > 80 cm; m: > 94 cm	Dauerhafte Gewichtsreduktion um 5 – 10 %	Basisprogramm, Risikofaktoren-Management, Therapie der Komorbiditäten, bei BMI > 27 kg/m ² frühestens nach 12-wöchiger Therapie zusätzliche medikamentöse Therapie erwägen
Adipositas Grad I (BMI 30 kg/m ² – 34,9 kg/m ²)	Dauerhafte Gewichtsreduktion um 5 – 10 %	Basisprogramm, Beratung über gesundheitsförderlichen Lebensstil
Adipositas Grad I (BMI 30 kg/m ² – 34,9 kg/m ²) plus Risikofaktor und/oder Komorbiditäten oder Taillenumfang w: > 88 cm; m: > 102 cm	Dauerhafte Gewichtsreduktion um 5 – 10 %	1. Basisprogramm, Risikofaktoren-Management, Therapie der Komorbiditäten 2. Wenn kein Erfolg, frühestens nach 12 Wochen zusätzliche medikamentöse Therapie erwägen
Adipositas Grad II (BMI 35 kg/m ² – 39,9 kg/m ²)	Dauerhafte Gewichtsreduktion um >10 %	Basisprogramm, Beratung über gesundheitsförderlichen Lebensstil
Adipositas Grad II (BMI 35 kg/m ² – 39,9 kg/m ²) plus Risikofaktor und/oder Komorbiditäten	Dauerhafte Gewichtsreduktion um 10 – 20 %	1. Basisprogramm, Risikofaktoren-Management, Therapie der Komorbiditäten 2. Wenn kein Erfolg, frühestens nach 12 Wochen zusätzliche medikamentöse Therapie erwägen 3. bei erfolgloser konservativen Therapie, chirurgische Therapie erwägen
Adipositas Grad III (BMI > 40 kg/m ²)	Dauerhafte Gewichtsreduktion um 10 – 30 %	1. Basisprogramm, Risikofaktoren-Management, Therapie der Komorbiditäten 2. Wenn kein Erfolg, frühestens nach 12 Wochen zusätzliche medikamentöse Therapie erwägen 3. bei erfolgloser konservativen Therapie, chirurgische Therapie erwägen

In der Regel erfolgt eine Stufentherapie die, wie die unten angeführte Pyramide zeigt, als Basistherapie Ernährungs-, Bewegungs-, und Verhaltensmodifikation beinhaltet.

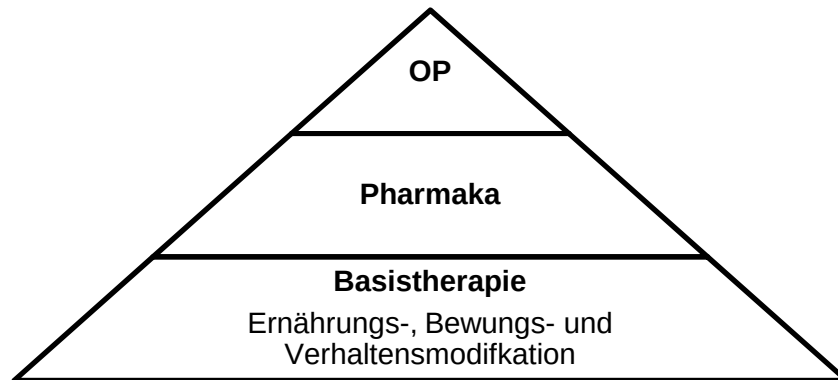


Abb. 8: Therapiekonzept (Hauner, 2011a, S. 376)

Führt die Basistherapie innerhalb von 3 – 6 Monaten nicht zum vereinbarten Therapieziel, ist eine Intensivierung der Therapie in Erwägung zu ziehen.

Deshalb werden vereinzelt auch Pharmaka wie Sibutramin, Orlistat, Rimonabant eingesetzt (Hauner et al., 2007). Die möglichen Erfolge dieser Antiadiposita bleiben aber auf den Behandlungszeitraum beschränkt (Halsted, 1999). Sibutramin ist außerdem auf Grund der SCOUT-Studie in den europäischen Ländern vom Markt genommen worden, da das Nutzen-Risiko-Verhältnis aufgrund eines vermehrten Auftreten von kardiovaskulären Ereignissen als negativ bewertet wurde (BfArM, 2009). Auch die Einnahme von Rimonabant wird von der europäischen Arzneimittelagentur als „ungünstig“ bezeichnet, da es zu Verstimmungen und Depressionen führen kann (BfArM, 2008).

Bei stark Adipösen ($\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ oder $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ mit erheblichen Komorbiditäten) kann nach Scheitern der konservativen Therapie auch eine chirurgische Therapie angewandt werden (Hauner et al., 2007). Standardmäßig werden Magenband, Magen-Bypass und BDP-DS¹¹ durchgeführt. Diese Verfahren dürfen aber erst nach akribischer Vorbereitung der Patient(inn)en umgesetzt werden (DGAV, 2010).

¹¹**BDP-DS:** biliopankreatische Diversion mit Duodenal Switch

2.5.1.2 Erfolgsfaktoren einer Adipositas therapie

Eine Adipositas therapie ist laut Perri et al. (1993) vor allem dann erfolgreich, wenn die Behandlung folgende Bedingungen erfüllt:

- Es muss sich um eine multifaktorielle Therapie handeln.
- Die Behandlung soll in Gruppen durchgeführt werden.
- Weiters soll es sich um eine interdisziplinäre Therapie handeln.
- Eine soziale Unterstützung soll gegeben sein.
- Weiters wird die Wichtigkeit der Nachbetreuung z. B. durch Telefonanrufe der Therapeutin/des Therapeuten erwähnt.

So fordert auch Hauner (2011a) ein multimodales und interdisziplinäres Therapiekonzept. Huber begründet die Wichtigkeit der Interdisziplinarität wie folgt:

„Übergewicht und Adipositas haben eine lange Entstehungsgeschichte und werden so gut wie nie durch eine, sondern fast immer durch ein ganzes Bündel von verschiedenen Ursachen ausgelöst und aufrechterhalten. Es scheint deshalb wenig sinnvoll, ein solch komplexes und langwährendes Entstehungsgefüge mit einer isolierten Maßnahme zu verändern. Dass dies nicht funktioniert, zeigt die Vielzahl von gescheiterten Anläufen mit Diäten, kurzfristigen Schüben von sportlicher Aktivität, Appetitzüglern, Schwitzbädern und obskuren Nahrungszusammenstellungen.“

(Huber, 2009, S. 51)

Auch Wechsler unterstreicht die Bedeutung der Interdisziplinarität und des Gruppengefüges. So konnte gezeigt werden, dass die Adipositas therapie durch Ärzt(inn)e(n) alleine zwar ganz gute Kurzzeit-, jedoch schlechte Langzeiteffekte bietet. Deshalb sind interdisziplinäre Therapieprogramme in Gruppen zu bevorzugen.

Die Therapie, die in der Untersuchung von Wechsler et al. (2003, S. 365) durchgeführt wurde, bestand aus wöchentlichen Gruppentreffen mit ärztlicher Untersuchung, Bewegungstherapie und psychologisch-verhaltenstherapeutischen Interventionen und wurde in geleiteten Gruppensitzungen durchgeführt. Diese gruppendynamischen Prozesse begünstigen laut Wechsler et al. (2003, S. 361) nicht nur die Compliance, sondern auch das Therapieergebnis. Deshalb empfehlen sie auch Behandlungen in Gruppen bis 15 Teilnehmer(inne)n (Wechsler et al., 2003, S. 365).

Auch die Fachgesellschaften der Ernährung DAG, DAEM, DGE und DGEM haben Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme erstellt:

Hauner et al. (2000, S. 164) fordern in diesen zwingend Ärzt(inn)e(n) mit „*ernährungsmedizinischer Qualifikation*“ und eine Ernährungsfachkraft. Fakultativ sind Physiotherapeut(inn)en und Psycholog(inn)en. Weiters fordert das Therapieprogramm eine medizinische Eingangsuntersuchung, strukturierte Gruppenschulungen, ein multidisziplinäres Therapiekonzept hinsichtlich Ernährung und Bewegung, die Dokumentation des Gewichtes, des Ess- und Bewegungsverhaltens und eine Minstdauer von sechs Monaten.

Hauner (2011a) fordert auch eine hohe Eigenmotivation, ein unterstützendes soziales Umfeld und Grundkenntnisse über Lebensmittel, Bewegung und Verhaltenskontrolle. Er gibt auch an, dass laut seinen Erfahrungen eine Therapie, die zielgenau auf die Probleme und Schwachpunkte des Einzelnen eingeht, am ehesten zielführend ist.

Wechsler et al. (2003a) gehen in ihrem Artikel weiter und fordern für eine erfolgreiche Adipositas-therapie die Entwicklung neuer Strukturen, um sogenannte „Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin“ zu schaffen. Behandlungsziele dieser Stützpunkte sind:

Tab. 6: Schwerpunktpraxen Adipositas (Wechsler et al., 2003a, S. 47)

Lifestyle-Modifikation
Ernährungsumstellung
Steigerung der Alltagsaktivität
Verhaltensmodifikation
Verminderung der Mortalität und Morbidität
Reduktion des kardiovaskulären Risikoprofils
Reduktion von adipositas-assoziierten Erkrankungen
psychosoziale Stabilisierung
Wiedereingliederung in die Gesellschaft und in das Arbeitsleben
Steigerung des Selbstwertgefühls
Förderung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortung
Verbesserung der Lebensqualität
körperliches Wohlbefinden
psychisches Wohlbefinden

Die geforderte Bewegungstherapie soll von Physiotherapeut(inn)en, die mit der Betreuung von Risikopatient(inn)en Erfahrung haben, durchgeführt werden.

Ob die Patient(inn)en schlussendlich ihr Verhalten ändern und am Bewegungsprogramm teilnehmen wollen, hängt von ihrer Motivation ab. Diese kann laut Göhner & Fuchs (2007, S. 15) durch folgende Interventionsmöglichkeiten gebildet bzw. erhöht werden:

- Herstellung von Problembewusstsein durch Information und Aufklärung (z. B. Warum ist Bewegung für das Abnehmen so wichtig?)
- Persönliche Bedrohung erkennen (z. B. Welche Auswirkungen hat das Übergewicht auf die Mortalität? Welche Auswirkungen spüre ich schon?)
- Vor- und Nachteile abwägen (z. B. Wenn ich körperlich aktiv bin, kann ich einfache Alltagssituationen besser bewältigen.)
- Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung
- Prüfung der Selbstkonkordanz (z. B. Ist es mein Ziel, dass ich abnehmen will oder mache ich es nur, weil es mir meine Ärztin/mein Arzt empfiehlt?)
- Reflexion der Konsequenzerfahrung (z. B. Welche Auswirkungen hat das neue Verhalten?)

Probleme der Adipositas therapie

Das Hauptproblem der Adipositas therapie scheint zu sein, dass nur 15 % der adipösen Patient(inn)en nachhaltig Gewicht verlieren. Bei ausgeprägt Übergewichtigen, wobei der BMI nicht angegeben ist, ist ein dauerhafter Erfolg sogar nur bei weniger als 5 % zu beobachten (Müller & Danielzik, 2004, S. 166). Es ist aber auch anzumerken, dass Studien, die die Langzeiteffekte des Therapieerfolges über drei bis fünf Jahre zeigen, außerordentlich spärlich sind (Hauner, 2011).

Die Zahl der übergewichtigen und adipösen Menschen übersteigt auch die Kapazität des bestehenden Versorgungssystems. Weiters gibt Müller & Danielzik (2004) zu bedenken, dass der Aufwand für Lebensstilprogramme sehr hoch ist und dieser nur im Rahmen des medizinischen Versorgungssystems geleistet werden kann. Deshalb fordert er, dass universale Public-Health-Strategien entwickelt und implementiert werden.

2.5.2 Bewegungstherapie bei Adipositas

Wie im allgemeinen Teil beschrieben, gehört die Bewegungstherapie zum Basisbaustein jeder Adipositas therapie.

2.5.2.1 Auswirkung des Trainings

Da in der qualitativen Erhebung dieser Forschungsarbeit auch versucht wird, das Commitment der Interviewpartner(innen) zur Bewegungstherapie zu erfragen, werden folglich die Auswirkungen des Trainings angeführt, die Ernährungs- der Bewegungstherapie gegenüber- und die Empfehlungen zur Gewichtsreduktion vorgestellt.

2.5.2.1.1 Auswirkung des Trainings auf den allgemeinen Gesundheitszustand

Wissenschaftliche Studien belegen, dass sich sowohl Ausdauertraining (Vogelsang et al., 2008; Thomson et al., 2008; Hansen, 2007) als auch Krafttraining (Kirk et al., 2009; Strasser et al., 2011) und ein kombiniertes Training (Schjerve et al., 2008) positiv auf den Gesundheitszustand der Adipösen auswirkt.

Wie die unten angeführte Abbildung zusammenfassend repräsentiert, haben Kraft- und Ausdauertraining aber unterschiedliche Auswirkungen.

Tab. 7: Gesundheitlicher Benefit der verschiedenen Trainingsformen (Braith et al., 2006, S. 2643)

Variable	Aerobic Exercise	Resistance Exercise
Bone mineral density	↑	↑↑↑
Body composition		
Fat mass	↓↓	↓
Muscle mass	↔	↑↑
Strength	↔	↑↑↑
Glucose metabolism		
Insulin response to glucose challenge	↓↓	↓↓
Basal insulin levels	↓	↓
Insulin sensitivity	↑↑	↑↑
Serum lipids		
High-density lipoprotein	↑↔	↑↔
Low-density lipoprotein	↓↔	↓↔
Resting heart rate	↓↓	↔
Blood pressure at rest		
Systolic	↓↓	↓
Diastolic	↓↓	↓
Physical endurance	↑↑↑	↑↑
Basal metabolism	↑	↑↑

↑ = Erhöhung; ↓ = Reduktion; ↔ = unwesentliche Effekte

2.5.2.1.2 *Auswirkung des Trainings auf Gewicht und Körperzusammensetzung*

Eine Gewichtsreduktion, die durch die Steigerung der körperlichen Aktivität herbeigeführt wird, hängt im Wesentlichen vom belastungsinduzierten Energieverbrauch ab. Je höher die Intensität, je größer die Häufigkeit und je länger die Dauer, desto ausgeprägter ist der Gewichtsverlust (Wirth, 2008, S. 296).

Der Reviewbericht von Votruba et al. (2000) zeigt, dass 3 – 5 h/Woche moderate oder anstrengende körperliche Betätigung keinen oder nur einen minimalen Effekt auf die Gewichtsreduktion hat. Daher liegt die Bedeutung der körperlichen Aktivität für die Behandlung von Adipositas eher in der Gewichtsstabilisierung als in der Gewichtsreduktion per se. Diesen Ergebnissen stimmt auch Vögele (2003, S. 276) zu. Auch die Studien, die im Kapitel „Bewegungstherapie im Vergleich zur Diät“ angeführt werden, zeigen, dass durch Bewegung alleine innerhalb von sechs Monaten nur eine mäßige Gewichtsreduktion erzielt werden kann.

Anzumerken ist auch, dass die alleinige Anweisung ein Training durchzuführen, egal ob Ausdauer- oder Krafttraining, zu keinem vermehrten Gewichtsverlust führt (Borg et al, 2002). Der Grund dafür ist, dass die Bewegungsanweisungen über einen Zeitraum von 31 Monaten nicht ausreichend befolgt werden.

Wie die Trainingsempfehlungen (vgl. Kapitel 2.5.2.2) zeigen, wird eine Kombination von Ausdauer- und Krafttraining empfohlen: Ausdauertraining spielt bei der Gewichtsreduktion eine wichtige Rolle, da es dabei zu einer Mobilisierung der Fettsäuren kommt. So wird bei längeren körperlichen Belastungen im aeroben Bereich das Fettgewebe abgebaut (Vögele, 2003, S. 279).

Auch Krafttraining soll ein Bestandteil des Trainings sein (vgl. Kapitel 2.5.2.2.1). Dieses hat laut aktuellem Forschungsstand keinen Einfluss auf die Gewichtsreduktion, wenn es mit keiner Diät verbunden ist (Braith et al., 2006). Dafür ist laut Donnelly et al. (2009) der geringe Energieverbrauch ist verantwortlich. Braith et al. (2006) schreiben auch, dass der Verlust von Fettmasse generell durch die aufgebaute Muskelmasse ersetzt wird und es deswegen zu keiner Gewichtsreduktion kommt. Da durch Krafttraining aber die Muskelmasse steigt, wird auch der Grundumsatz höher (Donnelly et al., 2009). So sollte theoretisch ein Muskelzuwachs von 1 kg zu einer Erhöhung des Grundumsatzes von ungefähr 21 kcal führen, was in der Praxis von 28 bis 218 kcal reicht (Braith et al., 2006, S. 2645). Weiters wird die Fettmasse verringert (Donnelly et al., 2009), wobei das viszerale und abdominelle Fettgewebe vermindert und die Magermasse vermehrt wird (Strasser et al., 2011).

Gewichtsverlust:

Wie bereits erwähnt, gibt es sehr wenig Literatur, die sich mit der langfristigen Gewichtsabnahme durch die verschiedenen Therapiemöglichkeiten beschäftigt.

Wie die Metaanalyse von Miller et al. (1997) zeigt, kann die Bewegungstherapie kurzfristig nicht die Effekte erzielen, die durch die Ernährungstherapie hervorgerufen werden kann. So beträgt der Gewichtsverlust durch die Ernährungstherapie in 15,6 Wochen 10,7 kg, während durch Bewegungstherapie ein Gewichtsverlust von nur 2,3 kg verzeichnet werden konnte. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass in die Metaanalyse Studien inkludiert wurden, die Ausdauertraining als Intervention hat. Außerdem wird nicht erwähnt, ob es bei allen Studien ein spezielles Bewegungsprogramm für die Teilnehmer(innen) gab, oder ob nur Empfehlungen ausgesprochen wurden.

Dass die Ernährungstherapie innerhalb der ersten sechs Monate zu mehr Erfolg führt, bestätigt auch Wirth (2008). Der Hauptgrund für dieses Phänomen ist wahrscheinlich, dass ein Energiedefizit, das durch die Ernährung herbeigeführt wird, leichter zu erreichen ist als durch erhöhte körperliche Aktivität. Dazu führt Wirth folgendes Beispiel an:

„So erzielt man durch das Austauschen von 0,25 l Milchkakao durch Kaffee ein Energiedefizit von 400 kcal/Tag für das man jedoch 1 Stunde intensiv trainieren müsste.“

(Wirth, 2008, S. 296)

Dies ist vor allem für untrainierte Adipöse bei Trainingsbeginn relativ schwer zu erreichen.

Wenn allerdings durch Bewegung und Ernährung das gleiche Energiedefizit erreicht wird, kommt es zu einer ähnlichen Gewichtsreduktion. Dies beweist die Studie von Ross et al. (2000, S. 98), bei der durch Ernährungs- bzw. Bewegungsinterventionen täglich ein Energiedefizit von 700 kcal hervorgerufen wurde und es durchschnittlich zu einer Gewichtsreduktion von 7,4 kg bei den Teilnehmer(inne)n der Ernährungsintervention bzw. 7,6 kg bei der Bewegungsgruppe innerhalb von drei Monaten kam.

Ein Nachteil der Ernährungstherapie scheint zu sein, dass es bei rund 80 % der Diäten wieder zu einer Gewichtszunahme kommt (Wirth, 2008, S. 297). Laut Wirth (2008) ist der sinkende Grundumsatz dafür verantwortlich. Durch das Training kann das Absinken des Grundumsatzes aber weitgehend kompensiert und durch die Erhöhung des Grundumsatzes auch das stoffwechselaktive Gewebe vermehrt werden.

Deshalb ist Bewegung vor allem bei langfristiger Gewichtsreduktion wichtig, wie Wu et al. (2009) aufgezeigt haben. So konnte in deren Metaanalyse gezeigt werden, dass durch eine kombinierte Therapie von Bewegung und Ernährung, die länger als ein Jahr dauert,

die größten Erfolge zu verzeichnen sind. Dies gilt auch für Interventionen, die länger als zwei Jahre dauern. Erwähnenswert ist, dass in dieser Metaanalyse Studien inkludiert wurden, bei der die Teilnehmer an „any type of exercise programme“ Akt teilgenommen haben (Wu et al. 2009, S. 314). Sie fordern deshalb, dass Bewegung in Kombination mit Ernährung zur Adipositasstherapie herangezogen werden muss.

In der Studie von Villareal et al. (2011, S. 1224) kann jedoch nach einem Jahr der größte Gewichtsverlust (9,7 kg) in der Diätgruppe verzeichnet werden. Die Bewegungsgruppe, die dreimal wöchentlich an einem speziellen Bewegungsprogramm teilnahm, das aus Ausdauer-, Kraft- und Beweglichkeitstraining bestand, verlor nur 1,8 kg.

Auch der Reviewbericht von Franz et al. (2007), bei dem die Teilnehmer(innen) Bewegungsempfehlungen bekommen haben, widerspricht den Aussagen von Wu et al. (2009). So führt eine very-low-energy Diät auch über 36 Monate zu den größten Energieverlusten.

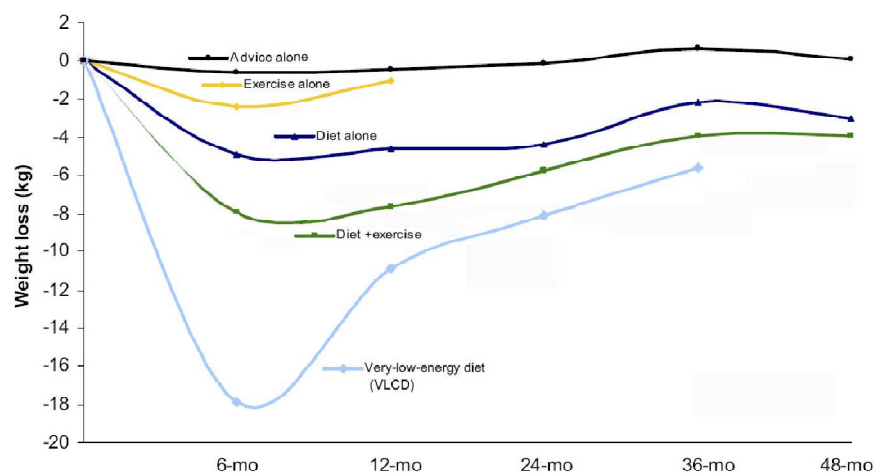


Abb. 9: Training vs. Ernährungsumstellung (Franz et al., 2007, S. 1757)

Auch Hauner (2011) schreibt, dass zur langfristigen Gewichtsreduktion neben der Änderung des Lebensstils der Fokus vor allem auf der Ernährung liegen soll.

Die Gründe warum bei einigen Studien durch Bewegung eine geringere Gewichtsreduktion erzielt werden kann, liegen wahrscheinlich auch in den verschiedenen Intensitäten, der Dauer und der absolvierten Anzahl an Trainingseinheiten.

Körperzusammensetzung:

Ein positiver Effekt der Bewegungstherapie ist auch, dass die Körperzusammensetzung positiv beeinflusst wird. Die Metaanalyse von Miller et al. (1997) zeigt, dass eine Diät, die mit Bewegung verbunden ist, den besten Einfluss auf die Körperzusammensetzung hat. So kann durch Bewegung und Ernährung innerhalb von 15 Wochen ein Verlust der Fettmasse von durchschnittlich 9 kg vermerkt werden, während durch eine alleinige

Ernährungsumstellung ein Fettverlust von 7,8 kg zu erkennen ist und Bewegung alleine zu einer Fettabnahme von 2,3 kg führt.

Tab. 8: Bewegungs- vs. Ernährungsintervention (Miller et al., 1997, S. 943)

Variable	Diet	Exercise	Diet + Exercise
Weight lost (kg)	10.7±0.5	2.9±0.4	11.0±0.6
Fat lost (kg)	7.8±0.7	3.3±0.5	9.0±1.0
Percentage body fat decrease (kg)	6.0±1.0	3.5±0.5	7.3±0.8
BMI decrease (kg/m ²)	4.0±0.4	0.8±0.1	4.2±0.4
Percentage of initial weight lost (kg)	10.9±0.4	3.6±0.4	10.8±0.6
Weight loss maintained at one year (kg)	6.6±0.5	6.1±2.1	8.6±0.8

Da die Untersuchung aber hauptsächlich an 40-jährigen Patient(inn)en mit einem BMI von nur 33,7 kg/m² durchgeführt worden ist, fordern Miller et al. mehrere Studien, die sich mit den Auswirkungen von Diät versus Bewegung beschäftigen.

Tab. 9: Bewegungs- vs Ernährungsintervention - Fett (Ross et al., 2000, S. 96)

Variable	Diet-Induced Weight Loss Group* (n=14)	Exercise-Induced Weight Loss Group* (n=16)
Weight, kg	-7.4±0.9	-7.6±0.6
Fat distribution, kg		
Total fat	-4.8±1.2	-6.1±1.5
Total subcutaneous fat	-3.4±1.1	-4.2±1.3
Abdominal subcutaneous fat	-0.7±0.4	0.8±0.3
Visceral fat	-0.8±0.4	-1.0±0.3
Abdominal fat	-1.5±0.5	-1.9±0.4
Skeletal muscle	-1.7±1.0	-1.3±0.8

Interessant ist auch der Vergleich von Ross et al. (2000), bei dem Bewegungs- und Ernährungsgruppe gleich viel Gewicht verloren haben, da sie ein ähnliches Energiedefizit erreichen konnten. Die Teilnehmer(innen) der Bewegungsgruppe verloren jedoch signifikant mehr Fett als die der Ernährungsgruppe. Weiters konnte durch die Studie gezeigt werden, dass auch Sport, der zu keiner Gewichtsreduktion führt, das abdominelle Fett verringert und vor weiterer Gewichtszunahme schützt.

Leistungsfähigkeit:

Wie schon im Kapitel 2.5.2.1 dargelegt, kommt es durch Bewegung zu einem gesundheitlichen Benefit und zu einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit. So führt laut Villareal et al. (2011) eine Diät kombiniert mit einer 90-minütigen Bewegungstherapie, die Ausdauer-, Kraft- und Gleichgewichtstraining beinhaltet und dreimal wöchentlich

durchgeführt wird, zu einer signifikanten Verbesserung der VO_{2max} , des Einwiederholungsmaximums, des Einbeinstandes, des Geh tempos und der Knochenmineralisierung. Auch Ross et al. (2000, S. 96) vergleichen die Auswirkungen der Ernährungs- mit der Bewegungstherapie. So verbesserte sich die VO_{2max} bei einem dreimonatigen Bewegungsprogramm um 16 %, während die kardiovaskuläre Fitness bei einer Gewichtsabnahme, die durch Diät hervorgerufen wurde, unverändert blieb.

2.5.2.2 Bewegungsempfehlungen

Für die Erhaltung der Gesundheit, und um die positiven Effekte des Trainings, wie sie im Kapitel 2.5.2.1.1 beschrieben werden, zu erreichen, gibt es diverse Bewegungsempfehlungen für gesunde Erwachsene. Zu diesen Empfehlungen zählen nicht nur ein gezieltes Ausdauer- und Krafttraining, sondern auch jegliche Bewegung im Alltag, wenn die angeführten Kriterien (vgl. Tab. 9) erfüllt werden:

Tab. 10: Empfehlungen für gesunde Erwachsene

Österreichische Empfehlung (Titze et al., 2010)	EU-Arbeitsgruppe Sport & Gesundheit (2008)	CDC (2011b)	U.S. Department of Health and Human Services (2008)	WHO (2011)
mindestens 150 Minuten pro Woche mit mittlerer Intensität	30 Minuten gemäßigte körperliche Aktivität an fünf Tagen der Woche	2 hours and 30 minutes (150 minutes) of moderate-intensity aerobic activity (i.e., brisk walking)	at least 150 minutes a week of moderate-intensity	at least 150 minutes of moderate-intensity aerobic physical activity throughout the week
ODER 75 Minuten pro Woche mit höherer Intensität	ODER 20 Minuten intensive körperliche Aktivität an drei Tagen der Woche	ODER 1 hour and 15 minutes (75 minutes) of vigorous-intensity aerobic activity (jogging or running) every week	ODER 75 minutes a week of vigorous-intensity aerobic physical activity	ODER do at least 75 minutes of vigorous-intensity aerobic physical activity throughout the week
ODER eine entsprechende Kombination aus mittlerer und höherer Intensität	ODER Kombination der beiden	ODER an equivalent mix of moderate- and vigorous-intensity aerobic activity	ODER equivalent combination of moderate- and vigorous-intensity aerobic activity	ODER equivalent combination of moderate- and vigorous-intensity activity
möglichst auf viele Tage verteilt; mindestens zehn Minuten durchgehend	Zeitspannen von mindestens zehn Minuten		in episodes of at least 10 minutes; spread throughout the week	in bouts of at least 10 minutes duration
<u>zusätzlicher Nutzen</u> 300 Minuten pro Woche mit mittlerer Intensität		<u>greater benefits:</u> 5 hours (300 minutes) each week of moderate-intensity aerobic activity	<u>greater benefits:</u> increase their aerobic physical activity to 300 minutes (5 hours) a week of moderate-intensity	<u>greater benefits:</u> increase their moderate intensity aerobic physical activity to 300 minutes per week

Österreichische Empfehlung (Titze et al., 2010)	EU-Arbeitsgruppe Sport & Gesundheit (2008)	CDC (2011b)	U.S. Department of Health and Human Services (2008)	WHO (2011)
ODER 150 Minuten pro Woche mit höherer Intensität ODER eine Kombination aus mittlerer und höherer Intensität ZUSÄTZLICH An zwei oder mehr Tagen der Woche sollen muskel- kräftigende Bewegungen mit mittlerer oder höherer Intensität durchgeführt werden, bei denen alle großen Muskelgruppen beansprucht werden.			ODER 150 minutes a week of vigorous-intensity aerobic physical activity ODER an equivalent combination of moderate- and vigorous- intensity activity	ODER 150 minutes of vigorous-intensity aerobic physical activity per week ODER combination of moderate - and vigorous-intensity activity

Es gibt auch Empfehlungen, die speziell die Gewichtsreduktion fokussieren:

So ist laut Jakicic et al. (2001) der Schlüssel zum Abnehmen die Energiebalance. Deshalb wird ein durch die Nahrung herbeigeführtes Energiedefizit von 500 – 1000 kcal/Tag empfohlen (Jakicic et al., S. 2146) und gleichzeitig ein erhöhter Energieverbrauch von 2500 kcal/Woche gefordert, was etwa fünf Stunden/Woche entspricht (Jakicic et al., S. 2148).

Da die Reduktion des Gewichtes und des Körperfettes umso ausgeprägter ist, je länger trainiert wird, fordert das „American College of Sports Medicine“ eine unterschiedliche Trainingsdauer je nach Ziel der Bewegungstherapie. So muss eine körperliche Aktivität von mindestens 150 – 250 min/Woche mit moderater Intensität durchgeführt werden, um das Gewicht zu halten. Dieses Aktivitätslevel führt höchstens zu einer Gewichtszunahme von 3 %. Dieser Effekt kann aber durch eine moderate Diät vergrößert werden. Zu einer signifikanten Abnahme kommt es aber erst bei mehr als 250 min/Woche. Um das Gewicht zu halten, wird mehr als 250 min moderate Bewegung pro Woche empfohlen (Donnelly et al., S. 466). Auch Blair et al. (2004, S. 918) kommen zu dem Schluss, dass körperliche Aktivität im Ausmaß von 30min/Tag *„for some, perhaps many, but probably not all“* reichen, um einen Gewichtszunahme zu verhindern und fordern 60 min/Tag.

Auch das U.S. Department of Health and Human Services (2008a) stuft, wie die unten angeführte Tabelle zeigt, den Trainingsumfang je nach Ziel ab.

Tab. 11: Belastungsumfang zur Gewichtsreduktion

	Donnelly et al. (2009)	U.S. Department of Health and Human Services (2008a)
PA to prevent weight gain	150 – 250 min prevent weight gain greater than 3 % in most adults	> the optimal amount of physical activity needed to maintain weight is unclear > people vary greatly in how much physical activity results in weight stability > many people need more than the equivalent of 150 minutes of moderate-intensity activity a week
PA for weight loss	minimal weight loss < 150 min	more than 300 minutes of moderate-intensity activity a week
	modest weight loss of 2 – 3 kg > 150 min	
	5 – 7,5 kg weight loss and a dose-response > 225 – 420 min	
PA for weight maintenance after weight loss	to reduce weight regain after weight loss and it seems that “more is better” 200 – 300 min	
Lifestyle PA	lifestyle PA may be useful to counter the small energy imbalance, which is responsible for obesity in most adults	

2.5.2.2.1 Ausdauertraining

Auch zur Intensitätswahl des Ausdauertrainings gibt es spezielle Empfehlungen.

So soll laut dem ACSM die Intensität wie folgt gewählt werden:

„It appears that a sufficient amount of moderate-intensity (55 – 69 % of maximal heart rate) exercise can be beneficial for management of body weight, with limited published scientific evidence from randomized trials to support the necessity of more vigorous (70 % of maximal heart rate) forms of exercise for management of body weight long-term.“

(Donnelly et al., 2009, S. 2149)

Vögele (2003, S. 282) empfiehlt zur Belastungsbestimmung die Formel, “175 – Lebensalter”, da das Training im submaximalen Bereich durchgeführt werden muss. Er ist der Meinung, dass in höheren Intensitäten nicht trainiert werden soll, da bereits nach kurzer Zeit das Training abgebrochen werden muss. Weiters verwendet der Körper bei höherer Leistung bevorzugt gespeicherte Kohlenhydrate als Energiequelle.

Dass das „low intensity training“ zur Gewichtsabnahme eingesetzt worden ist, kann auf die Fehlinterpretation der Ergebnisse von Romijn et al. (1993) zurückgeführt werden. Diese Studie hat belegt, dass es bei Belastung von 25 % der $\dot{V}O_{2max}$ zu einer höheren

Fettoxidation kommt als bei hohen Belastungen. Diese Forschungsergebnisse zeigen aber auch, dass der Energieverbrauch mit zunehmender Belastungsintensität linear ansteigt (Romijn et al., 1993, S. 387).

Auch hochintensiveres Ausdauertraining (supramaximales Ausdauerintervalltraining bei $\geq 105\%$ der $VO_{2max} \geq 6$ Minuten, kontinuierliches Ausdauertraining bei $\geq 70\%$ der $VO_{2max} \geq 50$ Minuten) ist laut Griebler (2010) für Untrainierte nicht geeignet, obwohl es dabei zu einem höherer Nachbrenneffekt als nach einem moderaten Training (Ausdauertraining $< 70\%$ der $VO_{2max} < 50$ Minuten) kommt. Demzufolge sollte nicht der Nachbrenneffekt bei der Gewichtsreduktion im Vordergrund stehen, sondern der Energieverbrauch während körperlicher Aktivitäten.

2.5.2.2.2 Alltagsaktivität

Laut den Studien von Hill et al. (2003) und Levine et al. (2006) ist die sinkende Alltagsaktivität ein Grund für die Adipositasepidemie, da es zu einem niedrigen Energieverbrauch kommt. Dies führt laut Hill et al. (2003) zu einem Energieüberschuss von bis zu 100 kcal/Tag.

Deshalb gibt es mehrere Untersuchungen, die beweisen, dass eine Steigerung der Alltagsaktivität eine Gewichtszunahme verhindert:

So zeigen Chan et al. (2004, S. 1218), dass eine Steigerung der Schrittzahl um durchschnittlich 3.500 pro Tag bei 106 übergewichtigen Arbeiter(inne)n mit einem durchschnittlichen BMI von $28,5 \text{ kg/m}^2$ innerhalb von zwölf Wochen zu einer signifikanten Abnahme des Bauchumfanges, des BMIs und des Gewichtes führte.

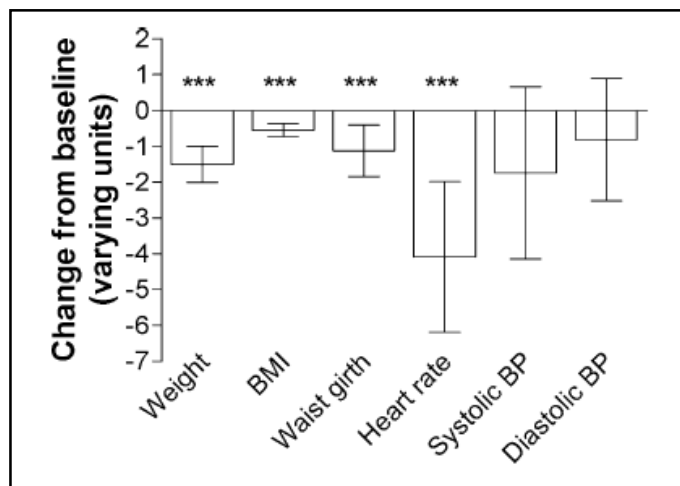


Abb. 10: Gesundheitlicher Benefit durch die Steigerung der Schrittzahl (Chan et al., 2004, S. 1218)

Auch die Studie von Andersen et al. (1999) verdeutlicht die Wichtigkeit der Alltagsaktivität. So kam es durch eine Steigerung der Alltagsaktivität auf mindestens 30 Minuten an den meisten Tagen der Woche, verbunden mit Diät, nach 16 Wochen zu einer signifikant

ähnlichen Gewichtsreduktion wie durch eine 45-minütige Stepaerobic Stunde, die dreimal pro Woche stattfindet. Aus der unten angeführten Abbildung ist auch zu erkennen, dass die Teilnehmer(innen) der Step-Gruppe nach einem Jahr wieder 1,6 kg zunahm, während die Adipösen, die ihre Alltagsaktivität erhöhten, ihr Gewicht halten konnten.

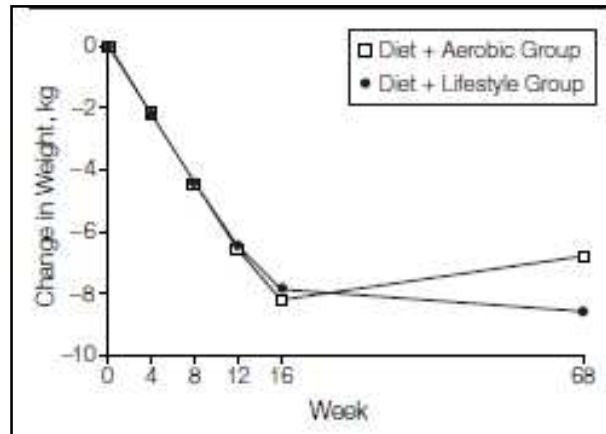


Abb. 11: Auswirkung einer erhöhten Alltagsaktivität (Andersen et al., 1999, S. 337)

Vanhecke (2009) beschreibt die Auswirkung der Alltagsaktivität auch folgendermaßen:

„Even ‘light’ walking at speeds of 1 to 2 miles per h allows someone with a BMI > 40 kg/m² to approximate an aerobic requirement of 2,2 METs. Over time, increasing amounts of light physical activity may improve aerobic capacity and ultimately reduce mortality.”

(Vanhecke, 2009, S. 123)

Auch Lachapelle & Frank (2009) haben sich mit der Alltagsaktivität beschäftigt. Diese Studie zeigt, dass Leute, die öffentliche Verkehrsmittel benutzen, weitere Distanzen zurücklegen und die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, dass sie die Empfehlungen zur körperlichen Aktivität erreichen. Daraus kann gefolgert werden, dass das Benutzen der öffentlichen Verkehrsmittel zur Gewichtsreduktion beitragen könnte.

Auch das Benutzen eines Pedometers wirkt sich positiv auf die Schrittmenge aus (Kang et al., 2009).

Laut des „American Medicine of Science“ (Donnelly et al., 2009) zeigt der aktuelle Forschungsstand auch, dass eine hohe Alltagsaktivität viele gesundheitliche Vorteile bringt. Spezifische Empfehlungen zur Menge der Alltagsaktivität können aber nicht gemacht werden, da der Begriff teilweise unterschiedlich definiert wird und in den bisherigen Studien verschiedene Messmethoden verwendet wurden. So führt Donnelly et al. (2009) die Alltagsaktivität als Maßnahme zur Gewichtsreduktion an, ohne konkrete Vorgaben zur Umsetzung zu geben.

2.5.2.2.3 Krafttraining

Sowohl die „American Heart Association“ (Pollock et al., 2000) als auch die „American Diabetes Association“ (Pescatello et al., 2004) fordert Krafttraining als Bestandteil der Bewegungstherapie. So beinhalten auch die Empfehlungen des „American College of Sports Medicine“ (Donnelly et al., 2009) Krafttraining als Therapieform bei Adipositas. Folgende Empfehlungen können für das Krafttraining für adipöse Metaboliker(innen) zusammengefasst werden:

- Während der ersten zwei Wochen soll das Gewicht gering gehalten werden, um die Technik zu erlernen und um die Muskeln an das Training zu gewöhnen (Strasser, 2011, S. 5).
- Anzustreben ist aber ein Hypertrophietraining (Haber & Tomasit, 2006, S. 41; Strasser, 2011, S. 5).
- Pro Trainingseinheit werden 8 – 10 Übungen für die großen Muskelgruppen durchgeführt (Haber & Tomasit, S. 42).
- Die optimale Intensität liegt bei 50 – 70 % des Einwiederholungsmaximums, wobei pro Satz eine Wiederholungszahl von 10 – 15 erreicht werden soll (Haber & Tomasit, 2006, S. 45).
- Das Prinzip der letztmöglichen Wiederholung soll angewendet werden (Haber & Tomasit, 2006, S. 46; Strasser 2011, S. 5).
- Es soll mindestens ein Satz pro Muskelgruppe und pro Woche durchgeführt werden (Haber & Tomasit, 2006, S. 47). Die Anzahl der Sätze soll im Laufe des Trainings gesteigert werden (Strasser, 2011, S. 5).

3 Projektbeschreibung

Um den konkreten Ablauf der Rekrutierung und die damit verbundenen Probleme zu verstehen, wird in diesem Kapitel das GEHE-Projekt und die randomisierte kontrollierte Studie genau beschrieben. Weiters werden die Organisationsstrukturen der Krankenhäuser und auch der SPORTUNION dargestellt. Es wird auch der von der SPORTUNION vorgeschlagene Rekrutierungsablauf genauer beschrieben. Außerdem werden die Arbeitsaufteilung und die Kommunikationswege des virtuellen Teams, das aus SPORTUNION und den Krankenhäusern besteht, analysiert, da durch die Interviews eventuelle Kommunikationsfehler aufgedeckt werden sollen.

Auch der Begriff „Schnittstelle“ wird genauer erklärt, da durch die Interviews erhoben werden soll, welche Schritte bei der Rekrutierung problematisch sind und bei welchen es eventuell sogar zu einem Informationsverlust kommt.

Abschließend beschäftigt sich dieser Teil der Arbeit auch mit dem Begriff „Commitment“, da dieses möglicherweise Einfluss auf die Qualität der Rekrutierung hat.

3.1 ALLGEMEINE ANGABEN ZUM PROJEKT

Wie im Kapitel Adipositasprävalenz gezeigt werden konnte, steigt die Zahl der Adipösen weltweit und somit auch in Österreich stetig an. Ein Grund für die Adipositasepidemie ist, wie bereits im Kapitel 2.3 genau beschrieben wurde, der steigende Bewegungsmangel.

Deshalb wurde von der SPORTUNION Österreich auf Wunsch der Wiener Spezialambulanzen das Projekt „GEHE – Gesundes Herz bei Adipositas“ unter der Leitung von Mag. Christian Lackinger initiiert. Durch die Unterstützung des „Fonds Gesundes Österreich“ und des „Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport“ kann den Adipösen ein achtwöchiges kostenloses Bewegungsprogramm angeboten werden.

3.1.1 Dauer

Die Projektdurchführung, also das Bewegungsprogramm, hat im Februar 2010 begonnen und wurde bis Juni 2012 verlängert.

3.1.2 Zielgruppe

Die Zielgruppe des Projektes sind adipöse Personen.

Die Personen werden nach den Graden I, II und III eingeteilt, wobei zu beachten ist, dass bei morbid Adipösen, also Grad III Patient(inn)en, andere Interventionen durchgeführt werden müssen als bei Grad I Patient(inn)en.

3.1.3 Beschreibung des Bewegungsprogrammes

Bei diesem achtwöchigen Bewegungsprogramm wird zweimal pro Woche für jeweils zwei Stunden trainiert. In Kleingruppen von maximal zehn Personen werden die körpereigenen Ressourcen aktiviert und gestärkt.

Das primäre Ziel des Trainings und der damit verbundenen Studie ist es, das Bewegungsverhalten der Adipösen langfristig zu verändern. Um diese Nachhaltigkeit zu gewähren, werden den Kursteilnehmer(inne)n auch sogenannte jahresbegleitende Folgekurse angeboten, damit sie in derselben Struktur, die sie im Projekt kennengelernt haben, auch weitertrainieren können.

Dass die Leistungsfähigkeit innerhalb der ersten 8 Wochen maximal erhöht wird, ist jedoch nicht das Ziel der Studie.

Das Training ist in folgende drei Bausteine gegliedert:

3.1.3.1 Ausdauertraining

Da die Teilnehmer(innen) einen BMI zwischen 30 kg/m^2 und $\geq 50 \text{ kg/m}^2$ haben und auch die Altersspanne sehr weitreichend ist, ist die Leistungsfähigkeit und in deren Folge auch die geforderte Trainingsintensität sehr unterschiedlich. Deshalb wird das Ausdauertraining vorwiegend an den Ergometern durchgeführt. Bei einer homogenen Gruppe kann auch Nordic Walking als Ausdauertraining herangezogen werden.

Zu Beginn des achtwöchigen Trainings wird eine Dauer des Ausdauertrainings von mindestens 20 Minuten angestrebt. Im Laufe der acht Wochen wird versucht, die Dauer auf 40 Minuten zu steigern. Falls die Teilnehmer(innen) auf Grund ihres Körpergewichtes nicht auf das Ergometer aufsteigen oder aus anderen gesundheitlichen Gründen das Training nicht durchführen können, werden alternative Formen gewählt, um einen Ausdauerreiz hervorzurufen.

Beim Training werden die Pulsfrequenzen mit einem Herzfrequenzmessgerät kontrolliert. Auf eine Belastungsergometrie vor dem Training wird verzichtet, da auf Grund der regelmäßigen routinemäßigen Betreuung Risikofaktoren und Krankheitsgeschichten bekannt sind und durch die Teilnahme an der Studie Kontraindikationen für körperliches

Training ausgeschlossen werden. Weiters hätte eine Ergometrie ohne Ausbelastung eine geringe Aussagekraft. Zudem ist laut der „American Heart Association“ selbst für Typ II Diabetiker(innen) ein Belastungstest nicht zwingend notwendig (Marwick et al., 2009). Ein Richtwert für die anzustrebende Pulsfrequenz liefert jedoch der 6-Minuten-Walk-Test, der vor Trainingsstart durchgeführt wird (vgl. Kapitel 3.1.5.2). Beim Training wird aber vor allem auf subjektive Kriterien des Belastungsempfindens Acht gegeben. So müssen die Teilnehmer(innen) während des gesamten Ausdauertrainings ohne Probleme sprechen können. Außerdem wird die Borg-Skala in das Training eingebaut (Loellgen, 2004; Borg, 2004).

3.1.3.2 Krafttraining

In den ersten Wochen steht vor allem das Gewöhnen an die Übungen im Vordergrund, da der Großteil der Teilnehmer(innen) noch nie Krafttraining gemacht hat.

Neben den zur Verfügung stehenden Kraftgeräten wird in den ersten Einheiten vor allem mit dem Theraband und den Kleinhanteln trainiert. Wenn es mit der Gruppe möglich ist, werden am Ende der acht Wochen auch vereinzelt ausgewählte Bodenübungen durchgeführt.

Ziel des achtwöchigen Trainings ist es, die Teilnehmer(innen) zum Hypertrophietraining, bei dem zwischen 10 und 15 Wiederholungen bis zur muskulären Erschöpfung durchgeführt werden, hinzuführen. Auch das Kraftausdauertraining mit zirka 25 Wiederholungen ist ein Bestandteil des Trainings. Durchschnittlich werden sechs möglichst große Muskelgruppen mit anfangs einem und dann drei Sätzen trainiert.

Die Trainingsgewichte für die Krafttrainingsgeräte werden durch das 10-Wiederholungsmaximum definiert. Bei den Therabandübungen wird das Prinzip der letztmöglichen Wiederholung angewendet.

3.1.3.3 Koordinationstraining

Das Koordinationstraining wird vor allem spielerisch gestaltet, um eine Gruppendynamik herzustellen. Schwerpunkte werden auf die Verbesserung des Gleichgewichtes, die Reaktions- und Kopplungsfähigkeit gelegt. Außerdem werden ausgewählte Übungen aus der Sturzprophylaxe durchgeführt. Teilweise wird das Koordinationstraining auch ausdauerwirksam gestaltet.

3.1.3.4 Alltagsaktivität

Da durch das Training aber bei weitem nicht die Empfehlungen zur Gewichtsreduktion von > 250 min/Woche (Donnelly et al., 2009) erreicht werden können, sollen die Teilnehmer(innen) zusätzlich Bewegung in ihren Alltag einbauen. Die Alltagsaktivität der Teilnehmer(innen) soll mit einem Schrittzähler und mit der sogenannten Bewegungskartei gesteigert werden. Diese beiden Hilfsmittel werden in den folgenden Absätzen beschrieben:

Schrittzähler

Die Adipösen werden mit einem Omron Pedometer HJ 720IT-E ausgestattet. Dieses bekommen sie bei der Baseline-Untersuchung (vgl. Kapitel 3.1.5.2) im Krankenhaus, die vor Beginn des Bewegungsprogrammes durchgeführt wird. Studienteilnehmer(innen) bekommen das Pedometer gratis von der SPORTUNION zur Verfügung gestellt. Mit Hilfe dieses Pedometers wird den Adipösen verdeutlicht, wie sie Bewegung auch in den Alltag integrieren können, da eine Steigerung der Alltagsaktivität zur Gewichtsreduktion beiträgt (vgl. Kapitel 2.5.2.2.2).

Weiters kann durch die Erhebung der Schrittzahl, die vor dem Training gegangen wurde, ein individuelles Ziel zur Steigerung der Alltagsaktivität für die Teilnehmer(innen) erstellt werden. Außerdem soll das Omron Pedometer zur Motivation beitragen.

Bewegungskartei

Damit die Adipösen auch an den trainingsfreien Tagen Bewegung in ihren Alltag integrieren, bekommen sie eine sogenannte Bewegungskartei. Diese beinhaltet Übungen, die die Kraftfähigkeit, die Koordination und das Herz-Kreislaufsystem beanspruchen. Ziel ist es, täglich mindestens eine Bewegungsaufgabe zu erledigen.



Abb. 12: Bewegungskartei

3.1.3.5 Workshops

Um den Adipösen ein ganzheitliches Konzept anbieten zu können, kommt in den acht Wochen auch zweimal eine Diätologin in die Trainingszentren, die ein Ernährungskonzept, das auf das Training abgestimmt worden ist, vorstellt.

Um eventuelle Motivationsprobleme zu beseitigen, steht den Adipösen innerhalb dieses Zeitraumes auch zweimal eine Psychologin zu Verfügung.

3.1.4 Standorte

Wie schon des Öfteren erwähnt, wird das Bewegungsprogramm sowohl in Niederösterreich als auch in Wien durchgeführt.

In Niederösterreich finden jährlich neun Kurse mit jeweils zehn Teilnehmer(inne)n, die in den Räumlichkeiten der in der Nähe gelegenen SPORTUNION trainieren, statt.

In Wien wird das Training an drei verschiedenen Standorten sowohl als Vormittags- als auch als Nachmittagskurse angeboten:

- 1140 Wien, Linzerstraße 431
- 1130 Wien, Altgasse 6
- 1030 Wien, Apostelgasse 18

Insgesamt werden in Wien jährlich zwanzig Adipositas-kurse mit jeweils zehn Teilnehmer(inne)n angeboten, wobei alle acht Wochen vier neue Kurse starten.

In jedem Trainingszentrum sind mindestens fünf Ergometer, diverse Kleingeräte und auch Fitnessgeräte vorhanden.

3.1.5 Randomisierte kontrollierte Studie

Im Rahmen des Bewegungsprogrammes wird in Zusammenarbeit mit zwei Wiener Adipositasambulanzen und einem Niederösterreichischen Landeskrankenhaus auch eine randomisierte kontrollierte Studie mit dem Titel „Auswirkungen eines achtwöchigen Bewegungsprogrammes bei Frauen und Männern mit Adipositas – Eine geschlechterspezifische Studie“ durchgeführt. Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission (EK) der Medizinischen Universität Wien positiv beurteilt.

3.1.5.1 Einschlusskriterien

Um an der Studie teilnehmen zu können, müssen folgende Einschlusskriterien erfüllt werden:

Einschlusskriterien

- BMI > 30 kg/m²
- Betreuung in einer Adipositasambulanz
- keine Kontraindikationen für körperliches Training

Ausschlusskriterien

- akute Erkrankung zu Beginn oder während des achtwöchigen Trainings
- unbehandelte arterielle Hypertonie
- Erkrankungen, bei denen körperliches Training eine Kontraindikation ist
- Alter < 18 Jahre
- Alter > 85 Jahre
- bekannte Demenzerkrankung
- unbehandelte koronare Herz-Krankheit
- BMI < 30 kg/m²

3.1.5.2 Studiendesign

Die Adipösen werden von den Ärzt(inn)en in den Ambulanzen über das Bewegungsprogramm informiert, und ihnen wird die Teilnahme am Bewegungsprogramm nahegelegt. Der genaue Ablauf des Rekrutierungsprozesses wird im Kapitel 3.3 beschrieben. Alle Teilnehmer(innen) der klinischen Prüfung werden für den Zeitraum von zwölf Monaten beobachtet. Das heißt, die Adipösen werden vor Beginn des Bewegungsprogrammes, direkt nach Ende des Bewegungsprogrammes, nach sechs und nach zwölf Monaten untersucht.

Für die Studie werden laborchemische und anthropometrische Parameter erhoben. Weiters wird ein standardisierter Fragebogen verwendet und einige sportmotorische Untersuchungen durchgeführt.

Laborchemische Untersuchungen

Vorab werden die Teilnehmer(innen) ausführlich über die gesundheitsfördernde Wirkung von körperlicher Aktivität und Training informiert, woraufhin sie den sogenannten Informed consent¹² unterschreiben.

Zusätzlich zu der Blutabnahme, die bei der Routinekontrolle durchgeführt wird und Nüchtern-Glukose sowie Blutfette (LHL, HDL, Triglyzeride) umfasst, werden studienspezifisch 16 ml Blut zur Bestimmung von Adipokinen¹³ und kardiovaskulären Risikomarkern (CRP, sCRP, proBNP) entnommen. Bei Personen ohne bekannten Diabetes mellitus wird zusätzlich ein oraler Glukosetoleranztest durchgeführt.

Anthropometrische Untersuchungen

Im Rahmen der Studie sollen auch Veränderungen der anthropometrischen Größen wie des BMIs erhoben werden. Zusätzlich wird der Bauchumfang gemessen, um auf das viszerale Körperfett rückschließen zu können.

Weiters wird mit einer Bioimpedanzanalyse, kurz BIA, die Körperzusammensetzung erhoben. Dabei wird ein Wechselstrom über vier tetrapolare Elektroden durch den Körper geleitet. Der Spannungsabfall, der mit einem Ohmmeter gemessen wird, ist in flüssigkeitsreichem Gewebe niedriger als im Fettgewebe und Knochen. So kann vom Gesamtkörperwiderstand auf das Körperwasser rückgeschlossen werden. Von diesem wird wiederum die fettfreie Masse berechnet (Schutz, 2004). Zu bedenken ist jedoch, dass die Validität der BIA bei adipösen Menschen geringer ist als bei normalgewichtigen oder mangelernährten Patient(inn)en (Deurenberg, 1996), weshalb laut Kyle et al. (2004, S. 1435) die Körperzusammensetzung ab einem BMI von ≥ 34 kg/m² nicht mehr valide widerspiegelt werden kann.

Sportmotorische Untersuchungen

Folgende sportmotorische Tests werden durchgeführt:

- Sechs-Minuten-Walk-Test

Der Sechs-Minuten-Walk-Test ist ein geeigneter submaximaler Test, um die körperliche Fitness und Ausdauer bei Adipösen zu bestimmen und wird deshalb auch in den Studien von Tompkinset al. (2008) und Hulens et al. (2003) verwendet. So untersuchte Tompkins fünfundzwanzig Adipöse mit einem durchschnittlichen BMI von 45,5 kg/m². Die

¹²**Informed consent:** Patient(inn)eninformation und Einverständniserklärung

¹³**Adipokine:** Sind Hormone, die ausschließlich im Fettgewebe synthetisiert werden und zentrale und periphere Wirkung auf den Stoffwechsel haben. Eine vermehrte oder verminderte Expression ist bei Vermehrung des Fettgewebes möglich (Pschyrembel, 2011, S. 26).

zurückgelegte Wegstrecke lag bei 414,1 Metern, was 55 % der Norm von gesunden Erwachsenen, die älter als 20 Jahren sind, entspricht.

Ziel des 6-Minuten-Walk-Tests ist es, eine möglichst weite Gehstrecke zurückzulegen, wobei die Geschwindigkeit selbst gewählt werden kann und auch eine Änderung der Geschwindigkeit erlaubt ist. Diese Testanweisung wurde in Anlehnung an das Protokoll der „American Thoracic Society“ verfasst (ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories, 2002).

- Einbeinstand

Zur Messung des Gleichgewichtes wird der Einbeinstand verwendet. Dieser schätzt die Funktionsfähigkeit des vestibulären Systems, das als der *„bedeutendste Analysator des Gleichgewichtes“* bezeichnet werden kann, grob ab (Froböse, 2009, S. 284).

- Krafttest

Weiters wurde bei der Studienbeschreibung ein Krafttest vorgesehen, um Rückschlüsse auf die Maximalkraft machen zu können. Dieser wurde aber bis dato noch nicht durchgeführt, da keine geeignete Messmethode gefunden werden konnte.

Auf das Ein-Wiederholungsmaximum wurde auf Grund der Verletzungsgefahr bei unsachgemäßer technischer Ausführung verzichtet.

Der Concept 2 Dyno konnte auf Grund des Platzmangels an den Trainingsstandorten nicht verwendet werden. Deshalb wird zurzeit in Zusammenarbeit mit der TU Wien versucht, ein neues Kraftmessgerät zu entwerfen.

- Fragebogen

Außerdem müssen die Studienteilnehmer(innen) zu den vier Untersuchungsterminen auch einen Fragebogen ausfüllen. Dieser enthält Teile des FEG¹⁴, SF 36¹⁵, der langen Version des IPAQ¹⁶ und beinhaltet Angaben zum Projekt und zur Person.

3.1.5.3 Studiengruppen

In den Ambulanzen sollen 120 Personen für die Treatmentgruppe und 40 Personen für die Kontrollgruppe A rekrutiert werden. Deshalb werden Personen, die am

¹⁴**FEG:** Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (Dlugosch et al., 1995)

¹⁵**SF 36:** Es handelt sich um ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Es erfasst acht Dimensionen, die sich in die Bereiche „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ einordnen lassen (Bullinger, 1998).

¹⁶**IPAQ:** International Physical Activity Questionnaire (Hagströmer et al., 2006)

Bewegungsprogramm interessiert sind, im Verhältnis 3:1 in Treatmentgruppe und Kontrollgruppe A randomisiert.

Personen der Treatmentgruppe absolvieren die Baseline-Untersuchungen, danach das achtwöchige Bewegungsprogramm mit dem Acht-Wochen-Follow-up sowie das Sechs- und Zwölf-Monate-Follow-up.

Mit der Kontrollgruppe A soll überprüft werden, ob Adipöse, die am Bewegungsprogramm interessiert sind, auch ohne die passenden Interventionen ihren Lebensstil ändern können. Daher absolvieren sie die Baseline-Untersuchung und das Acht-Wochen-Follow-up, ohne an einem Sportprogramm teilgenommen zu haben. Nach acht Wochen ist der Untersuchungszeitraum beendet, und die Teilnehmer(innen) der Kontrollgruppe wechseln automatisch in die Treatmentgruppe.

Personen, die kein Interesse am Bewegungsprogramm haben, zählen zur Kontrollgruppe B. Sie absolvieren die Baseline-Untersuchung, das Acht-Wochen-Follow-up sowie das Sechs- und Zwölf-Monate-Follow-up und nehmen an keiner Intervention teil.

3.1.5.4 Ziel der Studie

Ziel der Studie ist es, dass die Teilnehmer(innen) der Studie die Qualität und Quantität von körperlicher Aktivität erhöhen und dass es dadurch zu einer Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kommt. Die vermehrte Bewegung soll auch zu einer Senkung des Körpergewichtes und somit des BMIs führen. Das Bewegungsverhalten soll langfristig geändert werden, um das Risiko zu verringern, eine adipositasbedingte Krankheit zu erleiden (vgl. Kapitel 2.4). So soll das achtwöchige Bewegungsprogramm ein Anstoß sein, um das Bewegungs- sowie auch das Ernährungsverhalten zu ändern. Deshalb bieten die Vereine der SPORTUNION auch sogenannte „Aktiv Bewegt Folgekurse“ an, welche nach demselben Schema ablaufen wie das oben beschriebene Bewegungsprogramm. Den Adipösen soll dadurch die Möglichkeit geboten werden, unter denselben Rahmenbedingungen wie im Projekt weiter zu trainieren.

Zusätzlich soll diese Studie helfen, ambulante Betreuung und qualitätsgesicherte Bewegungsprogramme in einen multiprofessionellen Ansatz zusammenzuführen. Multiplikatoren sollen geschult werden, damit körperliche Aktivität nachhaltig in den Krankenhäusern angeboten werden kann. Denn laut Dieplinger (2008, S. 48) darf neben einer evidenzbasierten, medizinischen Betreuung der Patient(inn)en das eigentliche Ziel nicht *„das isolierte Behandeln von Krankheiten sein, sondern die Wiederherstellung der Gesundheit.“*

Die Lead User des Projektes sind die Sozialversicherungsanstalten, da durch die Studie auch finanzielle Einsparungspotentiale für die Versicherungsträger aufgezeigt werden.

3.2 ORGANISATIONSSTRUKTUREN IM PROJEKT

3.2.1 Organisationsstruktur der SPORTUNION

Die Leitung und Koordination des Projektes erfolgt durch die SPORTUNION Österreich. Projektleiter ist Mag. Christian Lackinger. Er ist somit auch die letzte Entscheidungsinstanz.

Die Projektkoordination in Wien übernehmen Mag. Petra Marchart und die Autorin mit jeweils zwölf Wochenstunden. Mag. Petra Marchart ist vor allem für die Zusammenarbeit zwischen den Bundesländern und der SPORTUNION mit den Krankenhäusern verantwortlich. Die Autorin übernimmt die Kommunikation mit den Patient(inn)en. Zusätzlich werden acht Wochenstunden für das Training mit den Adipösen aufgewendet. Die anderen beiden Trainingsgruppen übernimmt Roland Hudetschek.

In Niederösterreich ist nur Mag. Philipp Feldbacher autonom für die Projektkoordination und die Leitung des Trainings verantwortlich. Mit der Projektleitung kommuniziert er über die beiden Wiener Koordinatorinnen, bei wichtigen Entscheidungen wendet er sich auch direkt an Mag. Lackinger.

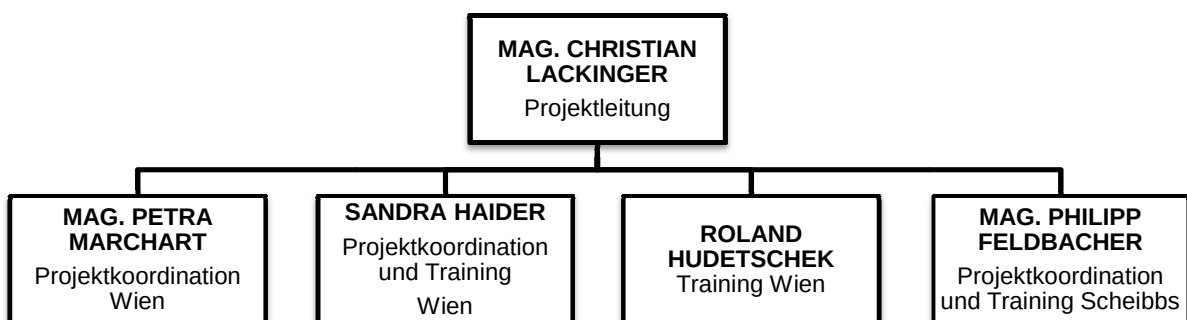


Abb. 13: Projektmitarbeiter(innen) „GEHE-Adipositas“

3.2.2 Organisationsstrukturen der medizinischen Partner

Die Hauptaufgabe der medizinischen Partner ist es, Patient(inn)en in den Adipositasambulanzen für das Bewegungsprogramm und die damit verbundene Studie zu rekrutieren. Die detaillierten „Pflichten“ der Krankenhäuser werden im Kapitel 3.3.2. genauer beschrieben.

In Wien sind zwei Adipositasambulanzen Zuweiser für die randomisierte kontrollierte Studie. In Niederösterreich arbeitet die SPORTUNION jedoch nur mit einer Adipositasambulanz zusammen. Das dortige Rekrutierungspersonal hat dieselben Informationen und Unterlagen wie die Ärzt(inn)e(n) in den Wiener Krankenhäusern erhalten. Deshalb sollte das angewandte Rekrutierungsschema auch gleich ablaufen (vgl. Kapitel 3.3.1).

Wie die Adipositasambulanzen genau in den Krankenhausstrukturen eingegliedert sind, ist der Autorin nicht bekannt.

3.3 REKRUTIERUNG

Im folgenden Kapitel werden die Abläufe des vorgeschlagenen Rekrutierungsprozesses zusammenfassend präsentiert und die Arbeitsaufteilung zwischen der SPORTUNION und den Krankenhäusern vorgestellt.

3.3.1 Vorgeschlagener Rekrutierungsprozess im Projekt

Der Rekrutierungsprozess mit einer Anmeldungs- bzw. Interessent(inn)enliste wurde vom Vorgängerprojekt „Zielgerichtete Bewegung bei Diabetes mellitus“ übernommen:

Vor der Rekrutierung

Die Ärzt(inn)e(n) werden über das Rekrutierungsschema von der SPORTUNION informiert und bekommen folgende Rekrutierungsunterlagen:

- wöchentliches Dokumentationsblatt (siehe Anhang)
- Erfolgsgeschichte des Projektes „Zielgerichtete Bewegung bei Diabetes mellitus“
- Informationsblatt für die Teilnehmer(innen) mit den Kurszeiten

Aufgaben der Ärzt(inn)e(n) im Rekrutierungsprozess

- Die Patient(inn)en werden von den Ärzt(inn)en in den Adipositasambulanzen über das Bewegungsprogramm und die damit verbundene Studie informiert.
- Die Adipösen bekommen die Erfolgsgeschichte und das Informationsblatt, das die Kurszeiten beinhaltet.
- Nach Zustimmung der Patientin/des Patienten schreibt die Rekrutierungsärztin/der Rekrutierungsarzt den Vor- und Nachnamen und die Telefonnummer der Interessent(inn)en händisch auf das wöchentliche Dokumentationsblatt.

- Weiters soll auf diesem Zettel die Anzahl der informierten Personen und die Anzahl der Patient(inn)en, die nicht interessiert sind, vermerkt werden.
- Einmal wöchentlich soll das ausgefüllte Dokumentationsblatt an die SPORTUNION gefaxt oder gemailt werden.

Aufgaben der SPORTUNION im Rekrutierungsprozess

- Die Namen der Interessent(inn)en werden dem wöchentlichen Dokumentationsblatt entnommen und in eine SPSS-Datenbank eingetragen.
- Mit den Adipösen wird telefonisch Kontakt aufgenommen. Sie bekommen noch nähere Informationen über das Bewegungsprogramm und werden anschließend in Kurse eingeteilt.
- Bei diesem Telefonat werden den Kursteilnehmer(inne)n auch über die Termine für die sportmotorischen Eingangstests informiert und ihnen wird der Baseline-Termin für die laborchemischen Untersuchungen bekannt gegeben.
- Um die mündlich vereinbarten Termine zu fixieren und zu bestätigen, werden den Teilnehmer(inne)n Briefe mit den Eckdaten des Programmes zugeschickt.

3.3.2 Arbeitsaufteilung in der Studie

Wie im vorigen Kapitel schon kurz beschrieben wurde, ist die Hauptaufgabe der Ärzt(inn)e(n) die Patient(inn)enrekrutierung.

Weiters sind sie für die Laboruntersuchungen zu den vier Zeitpunkten verantwortlich. Bei der Baseline-Untersuchung erfolgt außerdem ein ausführliches Informationsgespräch und der Informed Consent wird unterzeichnet.

In Wien erhielten die Ärzt(inn)e(n) folgende Arbeitsaufteilung:

Tab. 12: Arbeitsaufteilung zwischen der SPORTUNION und den Ambulanzen in Wien

GEHE – Adipositas				
	SCR / BL	8 W. FU	6 M.FU	12 M. FU
Treatment-Gruppe				
Stammdaten	A	A	A	A
Anthropometrie (ohne BIA)	A	A	A	A
Blute (routinemäßig)	A	A	A	A
Blute (spezifisch)	A	A	A	A
Vitalparameter	A	A	A	A
Fragebogen		U	U	U
Albumin/Creatin-Ratio	A	A	A	A
Patient(inn)eneinwilligung	A			
stat. Aufenthaltstage	A	A	A	A
Ein- und Ausschlusskriterien	A	A	A	A
BIA	U	U	U	U
6-Minuten-Walk-Test	U	U	U	U
Krafttest	U	U	U	U
Einbeinstand	U	U	U	U
Terminvereinbarung Ambulanzen	U	U	U	U
Terminvereinbarung Sport-Tests	U	U	U	U
Randomisierte Kontrollgruppe („A“)				
Fragebogen	A	A	A	A
Terminvereinbarung Ambulanzen	U	U	U	U
Terminvereinbarung Sport-Tests	U	U	U	U
Kontrollgruppe ohne Bewegungsprogramm („B“)				
Fragebogen	A	A	A	A
Terminvereinbarung Ambulanzen	A U	A U	A U	A U

A= Ambulanz, U = SPORTUNION

3.3.3 Aktuelle Zuweisungszahlen

Dem letzten Projektzwischenbericht ist die Anzahl der Zuweisungen der Ambulanzen vom Zeitraum Juli – Dezember zu entnehmen.

Tab. 13: Anzahl der Zuweisungen von Juli bis Dezember 2010

Ambulanz	Anzahl der Zuweisungen
NÖ	43
Wien_1	26
Wien_2	7

Wie der angeführten Abbildung zu entnehmen ist, hat die größte Ambulanz Wien_2 mit Abstand die wenigsten Teilnehmer(innen) rekrutiert. In der Ambulanz in NÖ werden hingegen so viel Adipöse rekrutiert, dass Patient(inn)en auf die Warteliste geschrieben werden müssen.

3.3.4 Virtuelles Team

Virtuelles Team allgemein

Eine Voraussetzung für den Erfolg des Rekrutierungsprozesses ist die Zusammen- bzw. Teamarbeit zwischen den Mitarbeiter(inne)n der SPORTUNION und den Ärzt(inn)e(n) in den Ambulanzen.

Da das Team örtlich voneinander getrennt ist, spricht man von einem virtuellen Team (Patzak & Rattay, 2004, S. 54). Dieses muss Zeit- Raum-, und Organisationsgrenzen überwinden und verwendet dazu Kommunikationstechnologie (Lipnack et al., 1998).

Die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeiter(inne)n erweist sich als relativ schwierig, denn, *„je weiter Menschen physisch voneinander entfernt sind, desto mehr Grenzen müssen sie überwinden“* (Patzak & Rattay, 2004, S. 136). Außerdem sind durch den verminderten persönlichen Kontakt die Zusammenarbeit und der Problemlösungsprozess schwieriger (Schroll-Machl, 2000).

Erfolgsfaktoren einer Zusammenarbeit im virtuellen Team

Auf Grund der oben genannten Probleme, die in einem virtuellen Team auftreten können, muss auf die Kommunikation und auf den Informationsaustausch Acht gegeben werden (Patzak & Rattay, 2004, S. 135). Wichtig ist auch, dass die Teammitarbeiter(innen) die komplette Hintergrundinformation und Zusammenhänge über die Arbeitsaufgabe kennen (Patzak & Rattay, 2004, S. 137).

Laut Patzak & Rattay (2004, S. 144) ist bei virtuellen Teams die Projektstartphase entscheidend für den Erfolg eines Projektes. In dieser Phase müssen gewisse Strukturbedingungen geschaffen werden, um effizient arbeiten zu können. Daher sollen vor dem Projektstart folgende Punkte beachtet werden:

- Kennenlernen der Projektmitarbeiter(innen), deren Einstellungen und Erwartungen
- Entwicklung von Vertrauen in das Verhalten der anderen
- Information über die Aufgaben per se
- Identifikation des Teams mit der Aufgabe und dem Projekt
- Festlegen von Spielregeln für den Austausch von Informationen

In der Projektstartphase ist es daher empfehlenswert, dass ein nicht virtuelles Treffen organisiert wird, bei dem vor allem ein persönlicher Kontakt zwischen den Teammitgliedern aufgebaut werden soll (Patzak & Rattay, 2004, S. 144). Denn, wenn sich die Projektmitarbeiter(innen) untereinander persönlich kennen, fällt die Kommunikation und die Zusammenarbeit leichter (Lechner & Hanisch, 2008, S. 304).

Weiters schlagen Patzak & Rattay (2004, S. 143) „*synchrone Abstimmungsmeetings*“ vor, die mit Telefon- oder Videokonferenzen abgewickelt werden können. Auch eine gemeinsame Projektpinnwand wird empfohlen (Patzak & Rattay, 2004, S. 144).

Das virtuelle Team SPORTUNION und Ambulanzen

Niederösterreich

Da Mag. Feldbacher mit dem Niederösterreichischen Krankenhaus schon im Vorgängerprojekt zusammengearbeitet hat, kennen sich die Projektmitarbeiter(innen) persönlich, wodurch bereits eine Vertrauensbasis vorhanden ist. Über die genauen Abläufe der Zusammenarbeit ist nur wenig bekannt. Diese müssen im fokussierten Leitfadeninterview erfragt werden.

Wien

Das Dokumentationsblatt, das einmal wöchentlich per Fax oder per E-Mail an die SPORTUNION weitergeleitet werden soll, hat im vorgeschlagenen Rekrutierungsprozess eine zentrale Rolle. Der weitere Informationsfluss erfolgt hauptsächlich per E-Mail. Die Ärzt(inn)e(n) können so auch zusätzliches Informationsmaterial etc. anfordern. Mit den Ärzt(inn)en der Ambulanz Wien_1 wird hauptsächlich über Rund-E-Mails kommuniziert. Ein E-Mail-Kontakt mit dem Rekrutierungspersonal in Wien_2 besteht nur mit einer Ärztin. Weiters bekommen die Ärzt(inn)e(n) viermal jährlich einen Newsletter per E-Mail zugesendet, dem sie die aktuellen Zahlen der von ihnen zugewiesenen Patient(inn)en entnehmen können.

Bei dringenden Angelegenheiten wird auch telefonischer Kontakt aufgenommen, wobei immer wieder das Problem auftritt, dass einerseits die Ärzt(inn)e(n), andererseits die Mitarbeiter(innen) der SPORTUNION nur schwer erreichbar sind. Außerdem werden die Ärzt(inn)e(n) telefonisch sowie per E-Mail an die Patient(inn)enrekrutierung erinnert, falls das wöchentliche Dokumentationsblatt ausbleibt. Auf Grund einiger Kommunikationsprobleme wird seit einiger Zeit der Online-Speicher „Dropbox“ zum Informationsaustausch mit der Ambulanz Wien_1 herangezogen.

In Wien fand in der Projektanfangsphase auch ein Treffen der SPORTUNION-Mitarbeiter(inne)n mit den Rekrutierungsärzt(inn)en des Krankenhauses Wien_1 statt. Ein

persönlicher Kontakt zwischen den mitarbeitenden Ärzt(inn)e(n) von der Ambulanz Wien_2 und den Projektkoordinatorinnen der SPORTUNION wurde bis jetzt nur teilweise aufgebaut, da das Rekrutierungspersonal rotiert.

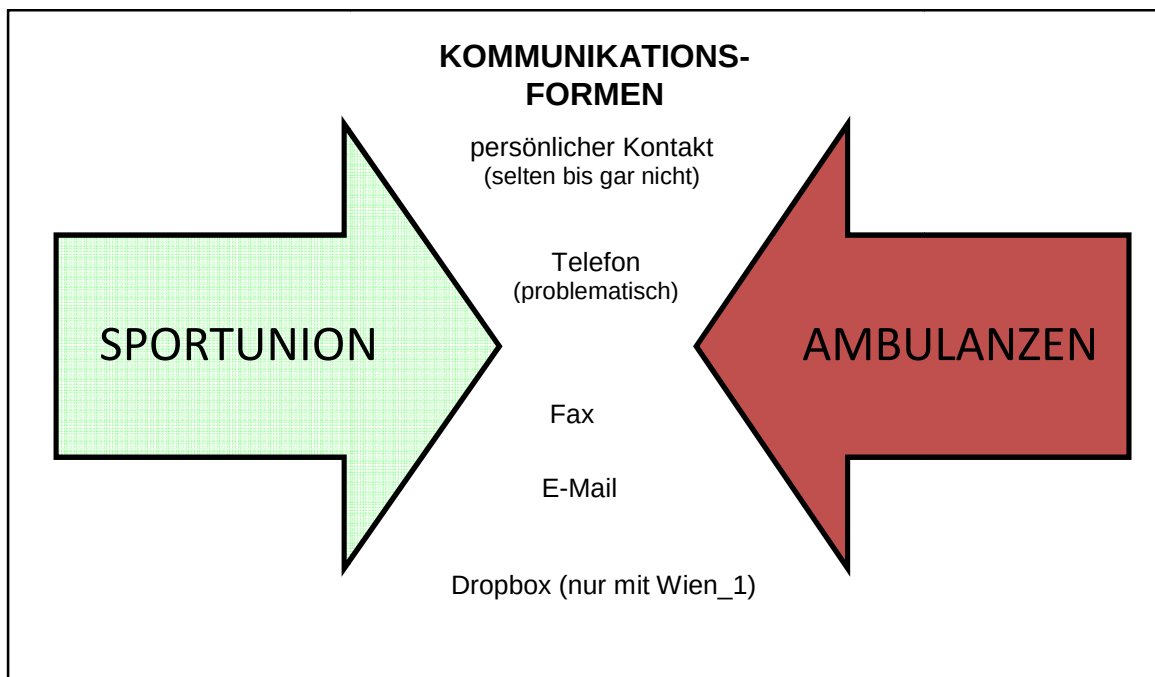


Abb. 14: Kommunikationsformen zwischen der SPORTUNION Österreich und den Ambulanzen in Wien

3.3.5 Schnittstellen

In diesem Abschnitt wird zuerst der Begriff „Schnittstelle“ erklärt, bevor versucht wird, die Schnittstellen im vorgeschlagenen Rekrutierungsprozess des GEHE-Projektes aufzudecken.

Schnittstellen allgemein

Um die Relevanz dieses Kapitels zu erklären, muss zuerst der Begriff Schnittstelle per se definiert werden.

„Eine Schnittstelle ist eine Übergangs- bzw. Verbindungsstelle zwischen im Prozess verbundenen organisatorischen Einheiten, Abteilungen bzw. Mitarbeitern, die unterschiedlichen Aufgaben-, Kompetenz- oder Verantwortungsbereichen unterliegen.“

(Greiling & Dudek, 2009, S. 68)

Schnittstellen

„(...) entstehen häufig beim Wechsel zwischen den einzelnen Zuständigkeitsbereichen.“

(Greiling & Dudek, 2009, S. 69)

Diese Schnittstellen werden als problematisch angesehen, weil durch das ständige Weiterreichen einzelner Kompetenzbereiche ganzheitliche Aufgabenzusammenhänge aufgebrochen werden.

Außerdem kann eine mangelnde Koordination der Schnittstellen die Erreichung der Ziele verhindern und zu Informationsverlusten und zu Zeitverzögerungen führen (Maier, 2004, S. 139). Diese mangelnde Koordination ist auf eine fehlende Kommunikation oder auf das fehlende kooperative Arbeiten zwischen den einzelnen Berufsgruppen zurückzuführen (Greiling & Dudek, 2009, S. 69). So benennen zum Beispiel Ansen & Gödecker-Geenen (2004, S. 132) die Akutversorgung im Krankenhaus und die anschließende Betreuung in Rehabilitationskliniken als Schnittstelle an der eine erfolgreiche Rehabilitation oft scheitert.

Deshalb ist laut Enke (2009, S. 1) jedes

„(...) System grundsätzlich nur so gut wie seine Schnittstellen.“

Zur Optimierung der Schnittstellen schlagen Greiling & Dudek (2009, S. 116) Prozessmanagement vor, bei dem zuerst der IST-Zustand erhoben wird, und anschließend muss ein SOLL-Konzept erstellt werden. Patzak & Rattay (2004, S. 250) fordern auch, dass an diesen Schnittstellen klare Vereinbarungen zwischen dem Projekt und seinem Umfeld getroffen werden. Daher muss die Weitergabe von vorab definierten Ergebnissen klar sein und fixe Ansprechpersonen definiert werden. Jede(r) Partner(in) muss zwingend wissen, *„(...) wann und an wen welches Ergebnis zu übergeben bzw. zu übernehmen ist“* (Patzak & Rattay, 2004, S. 250).

Laut Kasper & Mühlbacher (2009, S. 288) führt auch eine Minimierung der Anzahl der Schnittstellen zu einer wesentlichen Verbesserung der Arbeitsabläufe.

Schnittstellen im vorgeschlagenen Rekrutierungsprozess

Wie in der Theorie beschrieben, treten auch beim vorgeschlagenen Rekrutierungsprozess einige Schnittstellen auf. Dadurch kommt es vermutlich, wie von Greillinger & Dudek (2009, S. 69) erwähnt, zu einem Informationsverlust.

Zwei große Schnittstellen entstehen, da es zur Aufteilung zwischen der SPORTUNION und den Ambulanzen kommt:

Bevor der Rekrutierungsprozess beginnt, muss die SPORTUNION die medizinischen Partner über den Ablauf des Rekrutierungsprozesses und die damit verbundenen Arbeitsschritte aufklären. Dieser Schritt ist die Voraussetzung für den optimalen Ablauf bei der Patient(inn)enrekrutierung.

Die zweite große Schnittstelle ist die Übermittlung der Interessent(inn)enliste an die SPORTUNION.

Weitere Nahtstellen entstehen auch in den Ambulanzen direkt, da einerseits mehrere Ärzt(inn)e(n) am Rekrutierungsprozess mitarbeiten und andererseits auch mehrere unabhängige Arbeitsschritte, wie das Ausfüllen des Dokumentationsblattes und anschließend die Übermittlung an die SPORTUNION, ausgeführt werden müssen.

In den Interviews sollen deshalb die genauen Abläufe in der Ambulanz erfragt werden, um problematische Schnittstellen aufdecken zu können.

Die folgende Abbildung zeigt zusammenfassend alle Schnittstellen, die möglicherweise im Rekrutierungsprozess auftreten und zu Problemen führen könnten.

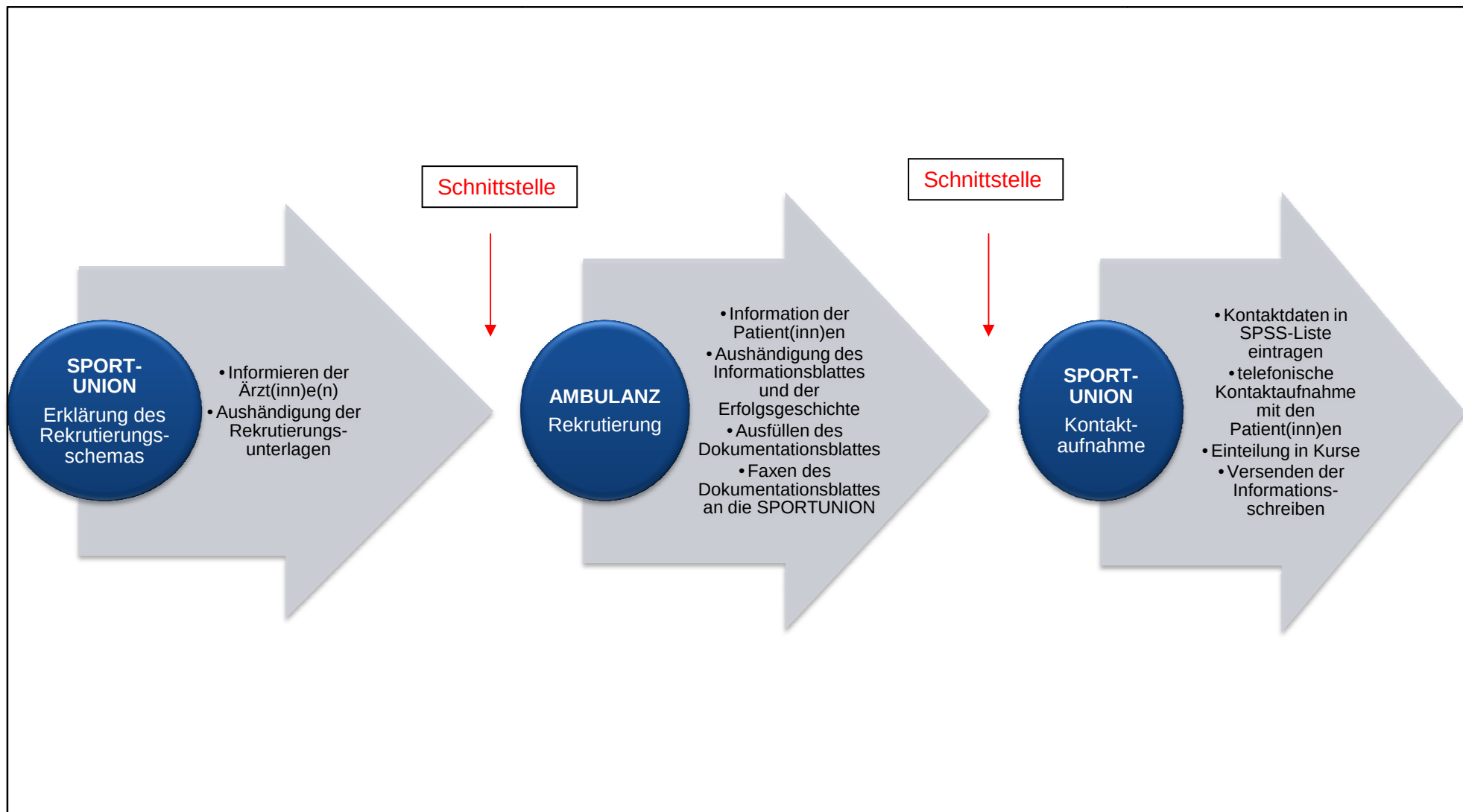


Abb. 15: Ablauf des vorgeschlagenen Rekrutierungsprozesses inklusive Schnittstellen

3.3.6 Commitment

In diesem Abschnitt wird zuerst der Begriff „Commitment“ erklärt, bevor die theoretischen Grundlagen auf das GEHE-Projekt umgelegt werden.

Commitment allgemein

Unter Commitment versteht man:

„(...) das Ausmaß, in dem sich eine Person mit einer bestimmten Sache identifiziert und sich selbst den Zielen dieser Sache gegenüber verpflichtet fühlt.“

(Wiendieck, 1994, S. 125)

Auch Karst et al. (2000, S. 1) definieren es als „freiwillige Bindung“ oder „Selbstverpflichtung“.

Mowday et al. (1982) benutzt auch die Begriffe „Identifikation“ und „Anstrengungsbereitschaft“ als Synonym für Commitment.

Krau et al. (2009, S. 189) hingegen unterscheiden zwischen den beiden Begriffen Commitment und Identifikation und definieren letzteres als „(...) das Definitionsmerkmal der eigenen Person“, wohingegen sie Commitment als „(...) Einstellung, die sich vor allem auf die Gefühlsebene (...) bezieht“ (S. 188) festlegen.

Da Commitment und Identifikation so eng miteinander verbunden sind und sich gegenseitig sehr stark beeinflussen, wird in der vorliegenden Forschungsarbeit zwischen den beiden Begriffen nicht unterschieden.

Wesentlich ist aber, dass man drei Komponenten des organisationalen Commitments unterscheidet (Van Dick, 2004, S. 3):

- affektives Commitment: Darunter versteht man die emotionale Bindung von Mitarbeiter(inne)n an ein Projekt.
- normatives Commitment: Darunter versteht man die moralisch-ethische Verpflichtung zum Projekt.
- rationales oder kalkulatorisches Commitment: Darunter versteht man die persönlichen Vor- und Nachteile, die eine Person aus einem Projekt zieht.

Meyer et al. (2004, S. 1004) schreiben in ihrem Artikel auch, dass es einen Zusammenhang zwischen Commitment und Motivation gibt, da das Commitment ein Bestandteil der Motivation ist.

So meint auch Sprenger (2006, S. 35):

„(...) ohne Commitment gibt es keine dauerhafte Motivation.“

Außerdem konnte auch vermehrt eine Wechselwirkung zwischen Arbeitsleistung und Commitment gezeigt werden:

So beweist Tella (2007) in seiner Studie einen Zusammenhang zwischen hohem organisationalen Commitment, Motivation und Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter(innen). Auch die Studie von Cooper-Hakim et al. (2005) beweist einen Zusammenhang zwischen dem affektiven Commitment, der Leistung und der Motivation.

Da die genannten Studien belegen, dass das affektive Commitment für den Projekterfolg von Bedeutung ist und Projektarbeit häufig mit *„Innovations- und Veränderungsprozessen“* verbunden ist, fordern Kraus et al. (2009, S. 199), dass gezielt das affektive Commitment und die Identifikation mit dem Projekt gesteigert werden muss, um erfolgreich zu sein.

Commitment zum Projekt

Der Begriff Commitment bedeutet in der Adipositasstudie die Einstellung und Selbstverpflichtung zum Projekt und dem Bewegungsprogramm, die durch die persönliche Meinung der Ärzt(inn)e(n) zu Sport und zur SPORTUNION gebildet wird.

In den Interviews sollen deshalb einerseits das Maß an der Identifikation mit Sport und das Commitment der Rekrutierungsärzt(inn)e(n) zur Bewegungstherapie allgemein, andererseits das Commitment zum Projekt selber erfragt werden, da dieses möglicherweise die Qualität der Rekrutierung und schlussendlich die Zusammenarbeit wesentlich beeinflusst.

4 Qualitatives Leitfadeninterview

4.1 ERHEBUNGSMETHODE

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden insgesamt sechs fokussierte Leitfadeninterviews durchgeführt. Ausgangspunkt dafür ist die Tatsache, dass die Befragten eine spezifische, konkrete Situation erfahren und erlebt haben. Ziel der Interviews ist es, diese subjektiven Erfahrungen zu erfassen und anschließend zu analysieren (Merton & Kendall, 1956, S. 170 – 204). Umgelegt auf diese Arbeit heißt dies, dass der Rekrutierungsprozess, der in den Ambulanzen angewendet wird, mit Hilfe der Interviews erfragt werden soll und anschließend Stärken und Schwächen des Rekrutierungsprozesses aufgedeckt werden sollen.

Laut Lamnek (2005, S. 370) ist es beim fokussierten Interview vor allem wichtig, dass die Befragten von der Interviewerin/vom Interviewer nicht beeinflusst werden, dass die Interviewerin/der Interviewer auf die Spezifikation und Präzisierung der Aussage des Befragten drängt und dass die durchgeführten Interviews tiefgründig sind. Da ein persönliches Gespräch mit den Ärzt(inn)en aus Zeitgründen aber nur sehr selten stattfindet, wurden die Interviews auch zum Informationsaustausch zwischen SPORTUNION und Ambulanzen genutzt.

4.1.1 Interviewpartner(innen)

Es wurden insgesamt sechs Ärzt(inn)e(n) und eine Diätologin, die am Rekrutierungsprozess beteiligt sind, interviewt. Das leitende Personal wurde, obwohl dies geplant war, schlussendlich nicht befragt, da sich im Laufe der Arbeit herausgestellt hat, dass es in keinsten Weise in den Rekrutierungsprozess involviert ist und keine projektbezogenen Auskünfte geben kann.

Niederösterreich

Im Krankenhaus in Niederösterreich wurde der Studienarzt interviewt, der die Rekrutierung mit zwei Diätologinnen übernimmt. Vor dem Interview bestand kein Kontakt zu den Befragten. Zum Interview mit dem Arzt ist unerwarteterweise auch die Diätologin dazu gestoßen, wodurch ein Gruppeninterview entstanden ist.

Wien 1

Im Wien_1 stellten sich die zuständige Ärztin und ein Arzt, die seit Projektbeginn bei der Rekrutierung mitarbeiten, als Interviewpartner(innen) zur Verfügung.

Da die beiden beim Training in der Linzerstraße schon einmal anwesend waren, kannte die Autorin sie persönlich, was die Situation ungemein erleichterte. Außerdem besteht, wie schon im Kapitel 3.3.4 erwähnt, ein regelmäßiger telefonischer Kontakt.

Wien 2

Es wurden auch drei Ärztinnen des Rekrutierungspersonals von der Ambulanz Wien_2 befragt, wobei eine Ärztin zurzeit nicht mehr aktiv im Projekt mitarbeitet. Da sie aber zu Projektbeginn maßgeblich an der Rekrutierung beteiligt war, wurde auch sie befragt.

Vor dem Interview bestand kein persönlicher Kontakt zwischen den Projektkoordinatorinnen und den beiden Ärztinnen, die zurzeit Adipöse zuweisen.

4.1.2 Interviewleitfaden

Zur Erstellung des Interviewleitfadens wurden zuerst vierzehn Makroebenen definiert. Diese wurden aus den bisherigen Erfahrungen des Projektes und teilweise aus der recherchierten Literatur extrahiert.

Es wurde versucht, die Themenbereiche im Verlauf des Interviews so zu ordnen, dass sie einer logischen Abfolge entsprachen und dass die Übergänge zwischen den Makrodimensionen flüssig erfolgen konnten.

Der Interviewleitfaden beinhaltet Fragen bezüglich der Patient(inn)enbetreuung in der Ambulanz, um eventuell Rahmenbedingungen, die Auswirkungen auf den Rekrutierungsprozess haben, erheben zu können. Außerdem wird die Meinung der Ärzt(inn)e(n) zu Sport als Therapieform und das eigene Sportverhalten erfragt, um das Commitment zum Projekt eruieren zu können. Zudem werden auch dezidierte Fragen über die Einstellung gegenüber der GEHE-Studie und dem verwendeten Schrittzähler gestellt. Weiters soll durch die Interviews der genaue Ablauf der Rekrutierungsprozesse in den Ambulanzen erhoben werden.

Der detaillierte Interviewleitfaden mit den diversen Makro- und Mikroebenen befindet sich im Anhang. Die Fragen wurden aber vor jedem Interview möglichst individuell an die Interviewpartner(innen) angepasst, wodurch sie sich im Laufe der Befragung auch geringfügig verändert haben.

4.1.3 Erhebungssituation

Die Interviewbefragung gestaltete sich, wie bereits im Vorfeld absehbar, doch eher schwierig. Die Interviewtermine wurden alle per E-Mail vereinbart, wobei der Projektleiter Mag. Lackinger vorab die Bereitschaft zur Befragung erbat.

Drei der sechs Interviews wurden in den Krankenhäusern während der Dienstzeiten der Ärzt(inn)e(n) durchgeführt. Deshalb wurden die Interviews des Öfteren durch diverse Telefonate, die in den Transkripten vermerkt worden sind, unterbrochen.

Ein Interview wurde telefonisch abgehalten, wodurch Gestik und Mimik nicht interpretiert werden konnten.

Außerdem wurden im Krankenhaus in Niederösterreich der Rekrutierungsarzt und die Diätologin gleichzeitig befragt. So konnte nicht verhindert werden, dass sie sich in der Beantwortung der Fragen gegenseitig beeinflussten.

4.2 TRANSKRIPTIONSMETHODE

Die fünf persönlich durchgeführten Interviews wurden mit einem „Philips LFH 0635 Digital Voice Tracer“ Diktiergerät aufgenommen. Das telefonisch durchgeführte Interview wurde hingegen mit dem Handy aufgezeichnet.

Nach der Aufnahme wurden die Daten auf den Computer übertragen und als komprimierte MP3-Dateien abgespeichert. Daraufhin wurden die Interviews mit Hilfe der kostenfreien Transkriptionssoftware „f4 audio“ transkribiert.

In der vorliegenden Forschungsarbeit hat sich die Autorin für die wörtliche Transkription in Standardorthographie entschieden, da diese Art der Verschriftlichung die Anfertigung und Lesbarkeit des Transkriptes erleichtert (Reinders, 2005, S. 254).

Da die aufgezeichneten Interviews nicht nur inhaltlich interpretiert werden sollten, wurden auch vokale parasprachliche Merkmale wie Betonungen, erhebliche Lautstärkenerhöhungen, Pausen, Lachen, Räuspern, Seufzen, Dehnungen von Lauten sowie gleichzeitiges Sprechen gekennzeichnet.

Folgende Transkriptionszeichen wurden in Anlehnung an die Vorgaben von Przyborski & Wohlrab-Sahr (2008, S. 160 – 172) erstellt:

Tab. 14: Transkriptionszeichen

Transkriptionszeichen	
*	kurze Pause
**	mittellange Pause
***	lange Pause
@	kurzes Auflachen
@Text@	lachend gesprochen
<u>Unterstrichen</u>	Betonung des ganzen Wortes
<u>Unterstrichen</u>	Betonung eines Wortteiles
Text	laut gesprochen
#Text#	gleichzeitig gesprochen
Teeext	Dehnung eines Lautes
Tex//	Wortabbruch
<i>Leise</i>	leise gesprochen
Wort...Wort	Wortwiederholung in einem Satz
...	Satz nicht fertig gesprochen
[verwirrt]	Mimik und Gestik
(zur Diätologin)	Aussage gerichtet an
TELEFONAT	Interview unterbrochen

Laute wie „ah“ oder „mh“ der Interviewerin, die die Auswertung bzw. die Interpretation der Ergebnisse nicht beeinflussen, wurden weggelassen, um den Fluss der Interviews nicht zu stören. Außerdem wurden gesprochene Grammatikfehler ausgebessert.

Die Transkripte der durchgeführten Interviews befinden sich im Anhang.

4.3 AUSWERTUNGSMETHODE

Um die transkribierten Interviews auswerten zu können, wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008, S. 54) zu Hilfe genommen, die nach folgendem Modell durchgeführt wurde:

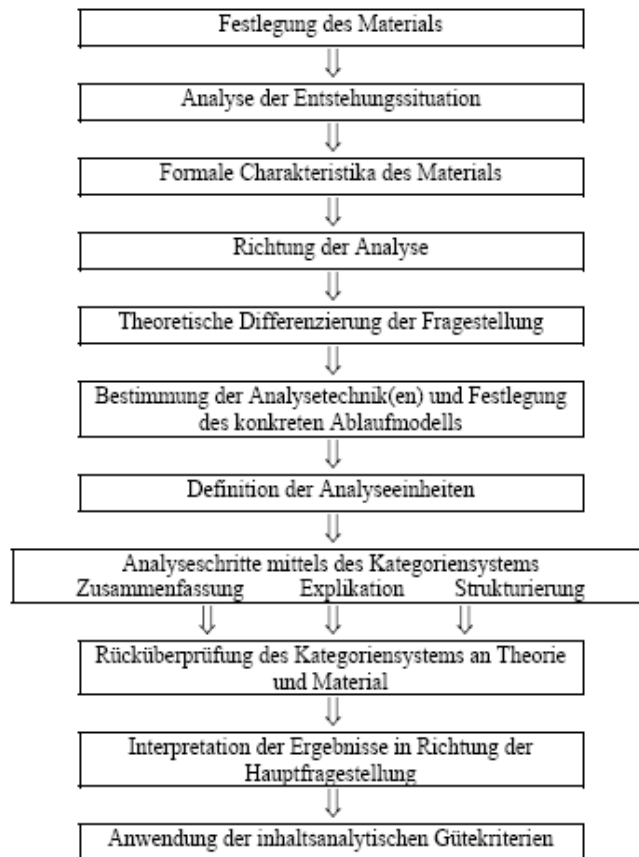


Abb. 16: Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2008, S. 54)

Im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse stehen die Kategorien, die aus theoretischen Modellen abgeleitet und an das Material herangetragen werden (Flick, 2002, S. 279).

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse wird zwischen drei verschiedenen Ausprägungen unterschieden: die zusammenfassenden, die explizierenden und die strukturierenden Inhaltsanalysen. Zur Auswertung der Interviews dieser Forschungsarbeit wurde eine Kombination von strukturierender Inhaltsanalyse, die bestimmte Aspekte aus dem Material herausfiltert und einen Querschnitt durch das Material legt, und von zusammenfassender Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung gewählt (Mayring 2008, S. 58).

4.3.1 Definition der Kategorien

Um ein sinnvolles Kategoriensystem entwickeln zu können, wurden die Interviews analysiert, die Aussagen thematisch sortiert und anschließend unterschiedlich markiert. Die Unterkategorien, die teilweise zum besseren Verständnis noch weitere Subkategorien beinhalten, wurden dann zu Hauptkategorien zusammengefasst, die an die Makroebenen der Interviewleitfäden angelehnt sind.

Die Unter- aber auch Hauptkategorien wurden einige Male geändert und verbessert, bis schließlich folgende Hauptkategorien entstanden sind:

Kategorie 1 – Tätigkeit

Diese Kategorie umfasst sämtliche Aussagen, die das Aufgabengebiet und die Anwesenheit der Mitarbeiter(innen) des Rekrutierungsprozesses in der Ambulanz betreffen. Sie inkludiert auch Informationen bezüglich der Erfahrungen mit Studien, die die Interviewpartner(innen) bis jetzt gesammelt haben.

Kategorie 2 – Ambulanz

Diese Kategorie beinhaltet alle Aussagen, die bezüglich der Eingliederung der Adipositasambulanz in die Krankenhausstruktur sowie der Ambulanzgröße und -zeit getroffen wurden. Außerdem werden Informationen über das angestellte Personal und den Ablauf der Patient(inn)enbetreuung zusammenfassend präsentiert.

Kategorie 3 – Rekrutierung

In den Interviews wird auch nach dem angewandten Rekrutierungsprozess detailliert gefragt, um Schnittstellen des Rekrutierungsprozesses offenzulegen. Da die Ergebnisse dieser Kategorie für die Auswertung und Interpretation von großer Wichtigkeit sind, wurde diese folgendermaßen weiter aufgeschlüsselt:

- Rekrut(inn)en

Es wird erfragt, welche Patient(inn)en von den Ärzt(inn)en über das Bewegungsprogramm informiert werden.

- Konkrete Schritte

Diese Kategorie spiegelt die konkreten Abläufe jeder Ambulanz wider.

- Entstehung des Prozesses

Nachdem der angewandte Rekrutierungsprozess erhoben und mit dem vorgeschlagenen Ablauf verglichen wurde, beinhaltet diese Kategorie Antworten bezüglich des Entstehungsprozesses des zurzeit angewandten Rekrutierungsschemas.

- Zeit

Auch die Zeit, die den Ärzt(inn)en für die Rekrutierung zur Verfügung steht, wurde erhoben.

- Effektivität

Eine weitere Subkategorie fasst die Aussagen bezüglich der Effektivität der Rekrutierung zusammen. Es soll auch analysiert werden, ob es eventuell zu einer Vorselektierung der Patient(inn)en kommt.

- Rekrutierungsunterlagen

Diese Subkategorie enthält Informationen bezüglich der Rekrutierungsunterlagen, wie die Erfolgsgeschichte und das wöchentliche Dokumentationsblatt, die in den Ambulanzen eingesetzt werden.

- Information über das Bewegungsprogramm

In dieser Kategorie werden alle Information, die den Teilnehmer(inne)n in den Ambulanzen bezüglich des Bewegungsprogrammes gegeben werden, zusammengefasst.

- Information über die Studie

Diese Unterkategorie zeigt alle Informationen, die den Adipösen beim Rekrutierungsgespräch gegeben werden.

- Zusammenarbeit leitendes Personal und Rekrutierungsärzt(inn)e(n)

Diese Subkategorie spiegelt Aussagen, die bezüglich der Zusammenarbeit des leitenden Personals und der Rekrutierungsärzt(inn)e(n) getroffen werden, wider.

- Zusammenarbeit des Rekrutierungspersonals

Da auch die Zusammenarbeit des Rekrutierungspersonals analysiert werden soll, werden diesbezügliche Aussagen in dieser Subkategorie zusammengefasst.

- Zusammenarbeit Ambulanz und SPORTUNION

Schlussendlich muss auch die Zusammenarbeit zwischen der Ambulanz und der SPORTUNION genauer betrachtet werden.

- Verbesserungsvorschläge

In dieser Subkategorie werden eventuell erwähnte Verbesserungsvorschläge seitens der Befragten zusammengefasst. Außerdem wird explizit nach folgenden drei Verbesserungsvorschlägen gefragt:

- Informationsmangel
- Kurseinteilung direkt in den Ambulanzen
- Digitalisierung der Datenweitergabe

Kategorie 4 – Commitment

Diese Kategorie wird wiederum in folgende fünf Subkategorien unterteilt:

- Commitment zu Sport

Im Rahmen der Interviews werden auch die Einstellung zu Sport und das Sportverhalten der Ärzt(inn)e(n) erfragt.

- Commitment zur Bewegungsintervention

Auch das Commitment zur Bewegungsintervention wird erhoben. Eine weitere Unterkategorie, die sich Bewegungs- vs Ernährungsintervention nennt, vergleicht auch die Relevanz der Bewegungs- im Vergleich zur Ernährungstherapie miteinander.

- Commitment zum Projekt

Um das Commitment zum Projekt genauer darstellen zu können, wurde diese Kategorie wieder in Stärken, Schwächen und Notwendigkeit des Projektes unterteilt.

- Commitment zur Studie

Auch diese Subkategorie wurde weiter unterteilt und beinhaltet Aussagen bezüglich der Vorteile, die die Ärzt(inn)e(n) von der Studie erwarten, die Erwartungen, die an die Studie gestellt werden und Aussagen bezüglich der Veröffentlichung der Studiendaten.

- Commitment zum Schrittzähler

Schlussendlich werden auch alle Paraphrasen, die zum Schrittzähler getroffen werden, zusammengefasst.

Um einen besseren Überblick über die angeführten Kategorien mit den diversen Subkategorien zu bekommen, wurde die Unterteilung graphisch aufbereitet:

Tab. 15: Kategorie mit diversen Subkategorien

Hauptkategorien	Unterkategorien Grad 1	Unterkategorien Grad 2	Unterkategorien Grad 3
Tätigkeit	Anstellung und Aufgaben		
	Anwesenheit in der Ambulanz		
	Erfahrung mit Studien		
Ambulanz	Eingliederung in der Krankenhausstruktur		
	Ambulanzgröße		
	Ambulanzzeiten		
	Personal	Ärzt(inn)e(n)	
		Diätologinnen	
		Psychologinnen	
		Sonstiges Personal	
		Study Nurse	
	Patient(inn)enbetreuung	Ablauf	Krankenhaus NÖ
			Wien_1
			Wien_2
		Zeit	
		Frequenz	
Rekrutierung	Rekrut(inn)en		
	Konkrete Schritte und Verantwortliche	Krankenhaus NÖ	
		Wien_1	
		Wien_2	
	Entstehungsvorgang des Rekrutierungsprozesses		
	Zeit		
	Effektivität		

Hauptkategorien	Unterkategorien Grad 1	Unterkategorien Grad 2	Unterkategorie Grad 3
	Rekrutierungsunterlagen	Erfolgsgeschichte	
		Informationsblatt	
	Information über das Bewegungsprogramm	Argumente zur Teilnahme	
	Information über die Studie		
	Zusammenarbeit des leitenden Personals mit den Rekrutierungsärzt(inn)en		
	Zusammenarbeit des Rekrutierungspersonals		
	Zusammenarbeit Ambulanz und SPORTUNION		
	Konkret erwähnte Verbesserungsvorschläge	Allgemein	
		Informationsmangel	
		Kurseinteilung in der Ambulanz	
		Digitalisierung	
Commitment	Commitment zu Sport		
	Commitment zur Bewegungstherapie	Bewegungs- vs. Ernährungsinterventionen	
	Commitment zum Projekt	Stärken	
		Schwächen	
		Notwendigkeit	
	Commitment zur Studie	Vorteile durch die Studie	
		Erwartung an die Veröffentlichung	
		Erwartung an die Studie	
	Commitment zum Schrittzähler		

4.3.2 Codierung

Da die Autorin im Laufe des Studiums schon Erfahrungen mit der Software „MAXQDA 2007“ sammeln konnte, wurde dieses Programm zur Codierung verwendet. Mit dem vorher beschriebenen Kategoriensystem wurden schließlich die Interviews codiert. So wurde die Basis für die Auswertung der Interviews geschaffen.

Die folgende Seite zeigt beispielhaft die Codeaufteilung auf. Der Buchstabe in der linken Spalte lässt erkennen, von welchem/r Interviewpartner(in) die Paraphrase stammt, daneben scheint die genaue Codebezeichnung auf. Weiters wird angegeben, welchen Timecode die Paraphrase trägt, und in der ganz rechten Spalte findet man schließlich die exakt codierte Textstelle.

Die detaillierte Codeliste liegt bei der Autorin auf.

Tab. 16: Codeliste

Dokument	Code	Anfang	Segment
Wien_2[A1]	Ambulanz\Ambulanzgröße	9	Naja, das kann ich so nicht sagen. Aber **, das kann ich wirklich nicht sagen. Es ist verschieden, ja. Aber im Schnitt so, was weiß ich, sechs bis zehn.
Wien_2[A1]	Ambulanz\Ambulanzgröße	13	Erstvorstellungen.
Wien_2[A1]	Ambulanz\Ambulanzgröße	15	Jaaa. Im Schnitt zirka sechs. Ich kann es nicht sagen. Da müssten Sie bei der Leitstelle vorne noch einmal fragen, weil ich zähle da eigentlich nicht so mit. Und dadurch, dass immer andere Patienten auch dazwischen sind, kann ich es schwer ein// einschätzen eigentlich.
Wien_2[A1]	Ambulanz\Ambulanzgröße	19	Das ist nuur der Mittwoch.
Wien_2[A1]	Ambulanz\Ambulanzgröße	19	Außer jemand kann am Mittwoch nicht, dann kommt er an einem anderen Tag.
Wien_1[A1]	Ambulanz\Ambulanzgröße	43	Also, wir haben ungefähr pro Dienstag sage ich einmal... Ah, haben wir vielleicht *** sieben, acht Patienten eingeteilt und die kommen alle drei Monate, ja. Also, das kann man... kann man sich eh ausrechnen, ja.
Wien_2[A1]	Ambulanz\Ambulanzzeiten	7	Mittwoch.

5 Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der sechs Leitfadeninterviews, die in die zutreffenden Kategorien unterteilt wurden, zusammenfassend dargestellt:

5.1 KATEGORIE 1 – TÄTIGKEIT

Tätigkeit/Anstellung und Aufgaben

In Niederösterreich wurde der Oberarzt der Internen Abteilung interviewt. Dieser ist schwerpunktmäßig für Diabetes und Adipositas zuständig. Außerdem gehört laut seinen Aussagen auch „Bewegung und so“ zu seinen Aufgabengebieten (NÖ[A], 3), weshalb er auch Bewegungsvorträge in der Adipositasambulanz hält (NÖ[A], 40).

In der Ambulanz Wien_1 wurde der Oberarzt für Innere Medizin, der die Adipositasambulanz leitet und betreut, befragt (Wien_1[A1], 3). Momentan ist seine Hauptaufgabe die Patient(inn)enbetreuung auf der Station und gleichzeitig die Betreuung der Adipösen in der Ambulanz (Wien_1[A1], 9).

Weiters wurde noch die Assistenzärztin (Wien_1[A2], 4), die an der Rekrutierung mitarbeitet und zurzeit rotiert, befragt (Wien_1[A1], 27).

Von der dritten Ambulanz Wien_2 wurde eine Assistenzärztin (Wien_2[A1], 63), die täglich in den Ambulanzbetrieb eingebunden ist (Wien_2[A1], 39), und eine weitere Assistenzärztin befragt. Weiters wurde eine „Ärztin in nicht ärztlicher Verwendung“ (Wien_2[A2], 14), die primär für Diabetes zuständig ist (Wien_2[A2], 24), interviewt. Sie betreut die Patient(inn)en auch routinemäßig, wenn sie im Rahmen einer Studie zu ihr kommen (Wien_2[A2], 39). Zusätzlich wurde noch eine Ärztin befragt, die aber zurzeit nicht an der Rekrutierung mitarbeitet (Wien_2(A3), 10).

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass alle Interviewpartner(innen) ihren beruflichen Schwerpunkt im Bereich Stoffwechselerkrankungen haben.

Tätigkeit/Anwesenheit in der Ambulanz

In NÖ unterscheidet sich die Organisation der Ambulanz und die damit verbundene Patient(inn)enbetreuung deutlich von den Abläufen in den Ambulanzen in Wien (siehe Kategorie 2/Patient(inn)enbetreuung/Ablauf). Vorwegzunehmen ist aber, dass die Adipositasbetreuung in NÖ in 7 Tage gegliedert ist, an denen der OA auch einen Vortrag zur körperlichen Aktivität hält (NÖ[A], 35). Die Diätologin ist hingegen immer in der Ambulanz anwesend.

A1 von Wien_1 ist eigentlich immer in der Adipositasambulanz anwesend (Wien_1[A1], 37), die Assistenzärztin kommt von vier Tagen ungefähr dreimal in die Ambulanz (Wien_1[A2], 10).

In der Ambulanz Wien_2 rotieren die Ärzt(inn)e(n) jedes Semester und werden einer anderen Station bzw. einer anderen Ambulanz zugewiesen (Wien_1[A1], 49). Deshalb war zu Projektbeginn die Ärztin A3 in der Ambulanz, ist aber seit März 2010 nicht mehr dort und war auch von Juli bis Oktober 2010 nicht anwesend (Wien_2[A3], 16). Seit Oktober 2010 (Wien_2[A1], 65) ist die Rekrutierungsärztin A1 theoretisch täglich auf der Ambulanz (Wien_2[A1], 39).

Tätigkeit/Erfahrung mit Studien

Das Personal in Niederösterreich hat noch sehr wenig Erfahrungen mit Studien (NÖ[A], 204), da sie erst bei einer, nicht sehr erfolgreichen Herzinfarktstudie mitgearbeitet haben (NÖ[A], 206). Sie sind aber an Studien auch nicht interessiert (NÖ[A], 206), da sie laut dem Oberarzt nur mit sehr viel Arbeit verbunden sind, die sie eigentlich nicht brauchen würden (NÖ[A], 206).

Auch die Rekrutierungsärzte in Wien_1 haben zurzeit nur eine weitere Studie. So arbeitet A1 an keiner weiteren Studie mit (Wien_1[A1], 13) und A2 kümmert sich nur bei einer um die Organisation (Wien_1[A2], 18).

Die Rekrutierungsärztinnen der Ambulanz Wien_2 haben jedoch schon viel Studienerfahrung und arbeiten auch momentan an zehn bis fünfzehn Studien aktiv mit (Wien_2[A1], 35, 33), (Wien_2[A2], 18). An Studien, die mit Bewegung verbunden sind, haben sie jedoch bis dato noch nicht mitgearbeitet (Wien_2[A2], 26, 29). Da, wie schon beschrieben, die Ärzt(inn)e(n) rotieren, werden die Aufgaben, die die Studien betreffen, einfach an die Nachfolger(innen) weitergegeben (Wien_2[A1], 67).

5.2 KATEGORIE 2 – AMBULANZ

Ambulanz/Eingliederung in der Krankenhausstruktur

Da in Niederösterreich auch die Adipositasambulanz „nur“ ein Projekt ist (siehe Patient(inn)enbetreuung/Ablauf), das von den Diätologinnen in Eigenengagement kreiert wurde (NÖ[A], 336), scheint die Eingliederung im Krankenhausverband weder der Diätologin (NÖ[D], 334) noch dem Oberarzt bekannt zu sein. Der Oberarzt ist aber sichtlich stolz darauf. Dies beweist die Aussage: „Und gell, dass ist jetzt mittlerweile eine

Institution geworden (NÖ[A], 338).“ Weiters betont er mehrmals, dass es die Adipositasambulanz schon seit drei Jahren gibt (NÖ[A], 69, 216, 336). Die Finanzierung des Projektes ist nicht bekannt (NÖ[A], 223). Es wird einfach als Angebot des Hauses gesehen (NÖ[A], 225).

Wie die Interviews ergeben haben, ist die Adipositasambulanz in Wien_1 eine Spezialambulanz der 5. medizinischen Abteilung (Wien_1[A1], 15,17), wohingegen im Krankenhaus Wien_2 die Adipositasambulanz der Endokrinologie untergeordnet ist (Wien_2[A1], 17).

Ambulanz/Ambulanzgröße

In die Ambulanz in Niederösterreich, kommen jährlich „(...) siebzig, fünfundsiebzig Leute“ (NÖ[A], 67), die in Gruppen „(...) à 12 bis 13 Leute“ betreut werden (NÖ[D], 66). Diese können für das Bewegungsprogramm rekrutiert werden.

Die Rekrutierungsärzt(inn)e(n) der Ambulanz Wien_1 schätzen, dass sie jährlich 100 – 150 Neuvorstellungen haben (Wien_1[A2], 26), also zwei bis drei pro Woche, wobei insgesamt pro Ambulanztag sechs bis acht Patient(inn)en eingeteilt sind (Wien_1[A1], 43).

Die Ärztin A1 der Ambulanz Wien_2 gibt weit höhere Zahlen an und schätzt, dass pro Ambulanztag sechs bis zehn Erstvorstellungen in die Ambulanz kommen (Wien_2[A1], 9, 13).

Ambulanz/Ambulanzzeiten

Da der Ablauf der Adipositasambulanz in NÖ anders ist als in den Wiener Ambulanzen, gibt es dort auch keine Ambulanzzeiten (NÖ[D], 344). Die Adipösen kommen an vereinbarten Nachmittagen zu diversen Workshops ins Krankenhaus (NÖ[D], 66), für die sie sich per Telefon anmelden können (NÖ[A], 343).

In Wien_1 handelt es sich um eine Terminambulanz (Wien_1[A1], 25), bei der die Adipösen nach einem Einführungsgespräch (vgl. Patient(inn)enbetreuung/Ablauf) jeden Dienstag von 13:00 Uhr bis 15:00 Uhr zu Ambulanzterminen eingeteilt werden (Wien_1[A1], 21).

Die Ambulanz in Wien_2 hat täglich von 08:00 Uhr bis 13:00 Uhr geöffnet, wobei jeder Mittwoch der Schwerpunkttag für Adipositas ist. An diesem Tag hat auch gleichzeitig die Lipidambulanz geöffnet (Wien_2[A1], 45).

Ambulanz/Personal

Ärzt(inn)e(n)

In der Ambulanz in Niederösterreich sind zwei Ärzte tätig (NÖ[A], 140).

Auch in Wien_1 sind normalerweise zwei Ärztinnen und ein Arzt in der Ambulanz, wobei eine Ärztin zurzeit rotiert (Wien_1[A1], 27).

In Wien_2 besteht das Ärzt(inn)e(n)team laut den Aussagen der Ärztin A1 normalerweise aus drei Personen, aber „(...) im Prinzip sind ein bis zwei, Maximum zwei Ärzte in der Ambulanz. Eigentlich nur einer.“ Auch der Oberarzt ist nur selten anwesend (Wien_2[A1], 21).

Diätologinnen

Alle drei Ambulanzen haben mindestens eine Diätologin im Team (NÖ[A], 33), (Wien_1[A1], 27), (Wien_2[A1], 23).

Psychologinnen

In NÖ sind zusätzlich zwei Psychologinnen anwesend (NÖ[A], 140).

Auch die Ambulanz Wien_1 hat seit neuestem eine Psychiaterin, die Begutachtungen macht, wenn es die Ärzt(inn)e(n) für notwendig erachten (Wien_1[A1], 29), (Wien_1[A2], 201).

Das Krankenhaus Wien_2 kann hingegen keine psychologische Betreuung für die Adipösen anbieten (Wien_2[A1], 25).

Sonstiges Personal

Da in der Ambulanz in NÖ „(...) keine zusätzlichen Kapazitäten“ vorhanden sind, gibt es auch kein extra Personal, das sich um die Studie im Speziellen kümmert (NÖ[A], 126). Auch in der Ambulanz Wien_2 wurde niemand für die Studie angestellt. In Wien_1 unterstützt jedoch ein Medizinstudent die Ärzt(inn)e(n) bei den Untersuchungen (Wien_[A1], 33).

Study Nurse

Keine der Studienpartner hat für die GEHE-Studie eine Study Nurse (NÖ[A], 128), (Wien_2[A1], 29).

Ambulanz/Patient(inn)enbetreuung

Ablauf

Krankenhaus NÖ

In NÖ ist die Adipositasambulanz ein „Projekt“ (NÖ[A], 69), das „Mein Weg zum Wunschgewicht“ genannt wird, bei dem die Adipösen sieben Treffen haben, die jeweils aus einem Workshop und einem persönlichen Gespräch bestehen (NÖ[D], 24). Schwerpunktmäßig behandeln diese Workshops Themen, die Ernährung und Übergewicht betreffen (NÖ[D], 192). Bei diesen Gruppentreffen lernen sich die Teilnehmer(innen) außerdem untereinander kennen (NÖ[D], 327).

Beim Interview hat die Autorin folgendes Informationsblatt erhalten:

 Wenn Sie abnehmen möchten und dies unter professioneller Anleitung tun wollen sind Sie bei uns richtig! Wir bieten eine langfristige Betreuung für alle, die ihre Ernährungsgewohnheiten verbessern und so Ihrem Wunschgewicht näher kommen wollen!	<u>Programmablauf:</u> 7 Termine in 7 bis 14-tägigem Intervall (Montag oder Dienstag nachmittags, jeweils ein persönliches Gespräch mit Verlaufskontrolle sowie ein Gruppenvortrag), danach vierteljährliche Folgekontakte Telefonische Voranmeldung UNBEDINGT notwendig: 07482/404/1219 oder 1220	Sie erhalten u.a. Informationen zu folgenden Themen: ○ Abnehmen - Wunsch, Wunder, Wirklichkeit ○ Kohlenhydrate - Dickmacher oder Fitmacher? ○ Fett - was ist wichtig, was ist richtig? ○ Fett- und Zuckerfallen auf der Spur ○ Psychologische Aspekte zur Gewichtsreduktion ○ Bewegen bringt Segen ○ Schlank durch Light-Produkte? ○ Verführerische Situationen meistern (Einladungen, Urlaub, Festtage ...)
--	---	--

Abb. 17: Patient(inn)eninformation „Mein Weg zum Wunschgewicht“

Zum Ablauf erzählt die Diätologin folgendes: „Da haben sie immer einen Ernährungsworkshop oder eben einen psychologischen Workshop oder halt einen Bewegungsvortrag. Uuund ah, die Leute schreiben ein Ernährungstagebuch mit. Das wird angeschaut mit ihnen.* Da werden individuelle Empfehlungen abgeleitet. Körpergewicht wird gemessen. Körperzusammensetzung, also die BIA-Messung machen wir da auch schon (NÖ[D], 10).“

Nach diesem Grundkurs gibt es anschließend Folgetreffen. Bei diesen Treffen haben die Patient(inn)en laut der Diätologin wieder die Möglichkeit: „(...) dass sie die BIA-Messung machen... Daaann haben wir wieder einen Bewegungsvortrag oder die Psychologinnen haben wir dann wieder eingeladen. Die machen dann wieder eine Sitzung mit ihnen. Da wechseln wir uns dann immer ab, bei den Folgetreffen (NÖ[D], 40).“

Ablauf Wien 1

Auch in Wien_1 wird anfänglich ein Gruppengespräch, das als Informationsgespräch gilt, durchgeführt, „(...) wo halt so zehn, zwölf Patienten dabei sind“ (Wien_1[A2], 28) und wo sich das Personal der Adipositasambulanz vorstellt (Wien_1[A1], 47). Weiters werden die Adipösen auch informiert, was in der Ambulanz genau geschieht und was sie machen müssen, um abzunehmen. Dabei wird schon erwähnt, dass Bewegung zur Gewichtsabnahme notwendig ist (Wien_1[A2], 28), und dass ihnen das Bewegungsprogramm von der SPORTUNION angeboten werden kann (Wien_1[A1], 53). Beim nächsten Treffen in der Ambulanz sprechen die Patient(inn)en erstmals mit der Ärztin/dem Arzt persönlich (Wien_1[A1], 47), (Wien_1[A2], 28). Dabei werden folgende Untersuchungen gemacht: „Da schauen wir uns viele Dinge an. Wir schauen uns die Befunde, Laborbefunde an. Wir messen Blutdruck, wir machen eine Biometrie. Wir suchen nach Komorbiditäten, Komplikationen der Adipositas. Und sie müssen alle ein Essensprotokoll bringen. Also das ist quasi der Start. * Wir erheben eine ausführliche Anamnese, ja (Wien_1[A1], 47).“ Anzumerken ist, dass die Patient(inn)en immer vom gleichen Ärzteteam, aber nicht zwingend von der gleichen Ärztin/vom gleichen Arzt betreut werden (Wien_1[A1], 45).

Ablauf in Wien 2

Die Ärztin A1 beschreibt den Ablauf in ihrer Ambulanz wie folgt: „Also der erste Schritt ist eigentlich, dass er zu Frau H. in unser Labooor kommt. Die vermisst ihn ganz genau, also mit Taillen-, Hüftumfang und Blutdruck und allem. Und die, die nimmt die Blute ab. Dann kommt er zu uns an die Leitstelle. Dann kommt er zu mir herein und ich unterhalte mich mit ihm. Meistens kriegen sie dann noch eine Diätberatung. Wenn sie von der Chirurgie kommen, haben sie die meistens schon auf der Chirurgie erhalten. Ahm und sie bekommen das Bewegungsprogramm von der SPORTUNION. Ihnen... Es werden die endokrinologischen Parameter halt angeschaut. Es wird abgeklärt, ob eine endokrinologische Ursache zu Grunde liegt (Wien_2[A1], 53).“

Auch in dieser Ambulanz werden die Adipösen vom selben Ärzt(inn)e(n)team betreut, aber zufällig einer Ärztin/einem Arzt zugeteilt (Wien_2[A1], 47).

Zeit

Die Zeit, die den Ärzt(inn)en in den Ambulanzen für eine Patientin/einen Patienten zur Verfügung steht, unterscheidet sich enorm.

So meint der Arzt in NÖ, dass ihnen viel Zeit zur Verfügung steht. Im Prinzip haben sie an jedem dieser Workshoptage immer einen Vortrag mit einer Stunde und ein persönliches,

individuelles, fünfzehn- bis zwanzigminütiges Gespräch (NÖ[A], 24, 27, 29). Diese Gespräche finden allerdings nicht immer mit dem Arzt, sondern hauptsächlich mit den Diätologinnen statt (NÖ[A, D], 33 – 35).

In Wien_1 ist für eine(n) Adipöse(n), die/der zum ersten Mal ein persönliches Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt führt, laut dem Arzt A1 eine halbe Stunde eingeplant (Wien_1[A1], 51). Die Ärztin A2 gibt jedoch nur ein Zeitfenster von etwa einer Viertelstunde bis zwanzig Minuten an (Wien_1[A2], 40), wobei sie sich einig sind, dass sie sich bei Patient(inn)en mit multiplen Beschwerden auch mehr Zeit nehmen (Wien_1[A1], 52), (Wien_1[A2], 40). Bei den weiteren Treffen sind sie im Viertelstundentakt eingeteilt (Wien_1[A2], 40). In diese Zeit ist die diätologische Beratung nicht inbegriffen (Wien_1[A2], 40).

Auf die Frage nach der Zeit für eine(n) Adipöse(n) lautet die Antwort der Ärztin A1 der Ambulanz Wien_2: „Ja, also das ist eigentlich, muss ich ehrlich sein, die Zeit, die man sich nimmt. Ahm, theoretisch haben wir, * weiß ich nicht, fünf bis zehn Minuten. Maximum, ja. Ahm, manchmal dauert es länger. Manchmal ist es unkompliziert und manchmal geht es auch sogar noch schneller, wenn halt nicht mehr viel zu bereden ist und wenn da irgendwie alles klar auf Schiene ist. Man kann es im Schnitt so nicht sagen (Wien_2, [A1], 59).“ Im Laufe des Gespräches stellte sich aber heraus, dass die Zeit sehr knapp ist: „(...) wir werden ja überrannt, wie Sie sehen. Also wir haben wirklich, wir haben heute wieder 60 Patienten gehabt. Wenn nur einer alleine da sitzt... Rechnen Sie sich aus für einen Vormittag wie viel Zeit da überbleibt pro Patient (Wien_2[A1], 232).“ Dazu meint sie noch: „Das ist wirklich schwer. Und ich bin eh der Typ, der dann oft länger halt sitzt, damit es halt trotzdem noch ein bisschen ein Gespräch halt gegeben hat oder so. Aber, ein längeres... Oder wenn ein Problem ist, man muss sich ja dann die Zeit nehmen und man will sie sich nehmen. Aber das ist schwer (Wien_2 [A1], 234).“ Den immensen Zeitdruck bestätigt auch A2 (Wien_2, [A2], 66).

Frequenz

In Niederösterreich finden die sieben Workshops, wie sie oben beschrieben worden sind, in Wochen- bzw. Vierzehntagesabständen statt (NÖ[D], 10). Nach diesen sieben Terminen, die als Grundkurs bezeichnet werden, werden die Adipösen dann für das Bewegungsprogramm rekrutiert. Außerdem gibt es daraufhin noch vierteljährliche Folgetreffen (NÖ[D], 40).

Auch in Wien_1 ist zu Beginn der Betreuung der Abstand geringer und weitet sich dann ebenso bis zu drei Monaten aus (Wien_1[A2], 38).

In Wien_2 sind die Abstände der Ambulanzbesuche jedoch länger. So kommen in die dortige Adipositasambulanz sehr viele Patient(inn)en, die vor einer Magen-Operation stehen. Diese kommen einmal vor der OP und dreimal nachher. Adipositaspatient(inn)en, die keine OP anstreben, suchen die Ambulanz in Dreimonats- oder Jahresabständen auf (Wien_2 [A1], 61). Die Studienärztin A2 dieser Ambulanz merkt aber an, dass man die Adipösen „(...) schon engmaschiger kontrollieren sollte. Dafür fehlt auch das Personal.“ Die Notwendigkeit dieser engmaschigen Betreuung begründet sie wie folgt: „Also ich weiß von anderen Studien... Untersuchungen, die einmal im Monat durchgeführt werden, haben viel bessere Resultate im Vergleich zu denen, wenn man sie dann länger, jedes Jahr oder so anschaut. Weil dann lassen sie sich meistens irgendwie gehen (Wien_2[A2], 170).“

5.3 KATEGORIE 3 – REKRUTIERUNG

Rekrutierung/Rekrut(inn)en

In NÖ werden nicht nur um die siebzig Leute der Adipositasambulanz (NÖ[A], 3 & 5) über das Bewegungsprogramm und die damit verbundene Studie informiert, sondern es werden auch stationär Patient(inn)en motiviert (NÖ[A], 45).

Außerdem melden sich auch selbstständig Leute, die über Mundpropaganda vom Projekt erfahren haben (NÖ[D], 46). Weiters rekrutiert der Oberarzt in einer Ordination (NÖ[A], 45) und in den Diabetesmetaboliker(innen)gruppen (NÖ[A], 348).

Zusätzlich wird den Leuten schon vor Beginn des Projektes über das Bewegungsprogramm erzählt. Dazu der Oberarzt: „Das heißt, wir haben ja noch sehr viele Leute, die schon gewartet haben auf ein Bewegungsprojekt. Denen wir schon seit Jahren sagen, es wird eines geben. * Das heißt, jetzt haben wir natürlich viel mehr auf der Liste, als wie diese siebzig pro Jahr. Weil da ja noch ein Aufholbedarf ist. Wir sind ja noch beim Abarbeiten zum Teil #noch# (NÖ[A], 69).“

In Wien werden jedoch nur Patient(inn)en der Adipositasambulanzen rekrutiert.

Rekrutierung/Konkrete Schritte und Verantwortliche

Niederösterreich

Wie sich im Interview herausgestellt hat, rekrutieren in Niederösterreich sowohl der Oberarzt, als auch die beiden Diätologinnen, wobei nur die Diätologinnen die Anmeldungen übernehmen (NÖ[D], 81). So wird der Großteil der Adipösen nach der Teilnahme am Projekt „Mein Weg zum Wunschgewicht“ rekrutiert (NÖ[A], 95). Dazu die

Diätologin: „(...) Und gegen Ende vom Ernährungskurs schreiben wir dann schon auf, wer Interesse hat... Also wer macht beim Bewegungsprojekt mit (NÖ[D], 91).“ Weiters sind die Diätologinnen und nicht die SPORTUNION für die Kurseinteilung zuständig (NÖ[D], 98). Die Namen der Interessent(inn)en (NÖ[D], 81) werden auf einem einfachen Zettel, der ironischerweise als moderne Datenbank bezeichnet wird, notiert (NÖ[A], 78). Wie sich bei der Durchsicht der Unterlagen nach dem Interview herausstellte, ist dieser besagte Zettel in einer Mappe, die alle Studienunterlagen beinhaltet, abgelegt. Diese befindet sich im Sprechzimmer 1 und ist für das Rekrutierungspersonal zugänglich. Da auf Grund des hohen Andranges die Adipösen teilweise einige Monate auf das beworbene Bewegungsprogramm warten müssen (NÖ[D], 87 & 328), werden sie auf eine Warteliste geschrieben (NÖ[D], 91) und sobald ein Termin für das Bewegungsprogramm bekannt ist, von den Diätologinnen verständigt (NÖ [D], 85). Auch die Baseline- und Follow-up-Untersuchungen übernimmt dasselbe Personal (NÖ[D], 100).

In NÖ werden, wie schon erwähnt, auch stationär Patient(inn)en rekrutiert. Dies beschreibt der Oberarzt wie folgt: „Wenn ich Visite gehe und da ist ein fünfzigjähriger Metaboliker da, dann rede ich ihm... Dann sage ich, er muss was tun. Er soll selber seines Glückes Schmied sein. Und dann wird schon die Diätologin... Er bekommt schon eine Beratung. Die sagt ihm noch einmal. Die sagt, das gibt es und Dings... Und das hört er...das hört er, wenn er ein paar Tage da ist, dann hört er das drei-, viermal von uns (NÖ[A], 327).“

Wien_1

In Wien_1 arbeiten ein Arzt und unerwarteterweise sogar zwei Ärztinnen an der Rekrutierung mit (Wien_1[A1], 115), (Wien_1[A2], 12). Den Adipösen wird bereits beim Gruppengespräch das Bewegungsprogramm vorgestellt (Wien_1[A1], 53), beim Erstgespräch mit der Ärztin/dem Arzt werden sie dann nochmals darauf angesprochen. Die Namen der Interessent(inn)en werden anschließend in das wöchentliche Dokumentationsblatt, das sich in einer Lade in der Ambulanz befindet (Wien_1[A1],107), (Wien_1[A2], 98), wo nur Unterlagen, die das Adipositasprojekt betreffen, enthalten sind (Wien_1[A2], 96), eingetragen.

Für das Faxen der Interessent(inn)enliste ist nicht fix eine Ärztin/ein Arzt verantwortlich (Wien_1[A1], 120), sondern sie wird immer der Ärztin/dem Arzt, die/der in der Ambulanz rekrutiert, geschickt (Wien_1[A1], 123), (Wien_1[A2], 92). Wenn mehrere Ärzt(inn)e(n) anwesend sind, werden die Interessent(inn)en in die gleiche Liste eingetragen, die aber dann hauptsächlich von der Rekrutierungsärztin A2 an die SPORTUNION weitergeleitet wird (Wien_1[A2], 92). Anzumerken ist auch, dass die Rekrutierungsärztin A2 auch alle gefaxten Dokumentationsblätter sammelt. Den Grund dafür erklärt sie folgendermaßen:

„Die hebe ich alle auf, weil ich dann halt nachfragen kann und schauen kann. Weil irgendwann ist mal was nicht angekommen und dann... Und ich habe von denen die Daten dann auch zu Hause und kann dann nachfragen, ob da schon irgendwas rausgekommen ist oder nicht (Wien_1[A2], 100).“ A1 merkt zum wöchentlichen Dokumentationsblatt noch an: „Also ich führe dieses wöchentliche Dokumentationsblatt, wo da darauf steht, wie viele habe ich gefragt, das fülle ich jetzt nicht regelmäßig aus (Wien_1[A1], 109).“

Falls die Teilnahme für die Adipösen zurzeit nicht möglich ist oder sie es sich noch einmal überlegen wollen, werden sie laut A2 beim nächsten Besuch in der Ambulanz diesbezüglich wieder angesprochen (Wien_1[A2], 54).

Die Rekrutierungsärztin A2 übernimmt neben der Rekrutierung auch die Datenverarbeitung: Sie ist sowohl für die administrativen Dinge zuständig als auch für die Bestellung der Röhren. Weiters telefoniert sie auch den Patient(inn)en nach, wenn sie nicht zu den Terminen erscheinen und kommuniziert mit dem Medizinstudenten (Wien_1[A2], 70; 86), der die Blutabnahmen und die Follow-ups für die Studie macht (Wien_1[A2], 86), da diese Untersuchungen die Ärzte im Routinebetrieb nicht machen können (Wien_1[A1], 87).

Wien_2

Bei den routinemäßigen Untersuchungen werden die Adipösen über das Bewegungsprogramm informiert (Wien_2[A2], 62). Zurzeit rekrutiert in der Ambulanz jedoch nur die Assistenzärztin A1 (Wien_2[A1], 63). Diese Rekrutierungsärztin hat sich eine Mappe angelegt, die die Unterlagen von sämtlichen Studien beinhaltet (Wien_2[A1], 5). Für die Adipositasstudie hat sie einen Zettel in die Mappe eingeordnet, auf den sie die Patientenetiketten, die die Namen der Patient(inn)en beinhalten, klebt und die Telefonnummern manuell daneben schreibt (Wien_2[A1], 1), (Wien_2[A2], 62). Dass der Patientin/dem Patienten das Bewegungsprogramm angeboten wird, wird in der Kartei als eine Therapiemöglichkeit notiert (Wien_2[A2], 78). A2 holt sich die Zettel von der Mappe und mailt die Namen an die SPORTUNION (Wien_2[A1], 1, 81), (Wien_2 [A2], 53). Die Liste wird jedoch nicht jede Woche gesendet, wenn nicht genug Anmeldungen vorhanden sind (Wien_2[A1], 70). Dieselbe Ärztin ist auch für die Baseline-Untersuchung und für die Follow-ups zuständig (Wien_2[A2], 49). So sieht sich A1 auch nur als „Rekrutierung zweiter Hand“ und sagt: „(...) ich richte mich nach dem, was für Zettel ich von ihr kriege (Wien_2[A1], 93).“

Wenn die/der Adipöse nicht sofort am Bewegungsprogramm teilnehmen möchte, bekommt sie/er die Rekrutierungsunterlagen und wird aufgefordert, bei der SPORTUNION anzurufen (Wien_2[A1], 155).

Der Auftrag zur Rekrutierung wurde im Laufe des Projektes schon einige Male weitergeben, da die Rekrutierungsärztin A3, wie schon in der Kategorie Ambulanz/Anwesenheit erwähnt wurde, nicht mehr in der Ambulanz ist (Wien_2[A3], 12; 18). A2 führt auch an, dass teilweise keiner in der Ambulanz gewesen ist und rekrutiert hat (Wien_2[A2], 209).

Rekrutierung/Entstehung des Prozesses

Wie der Beschreibung der Rekrutierungsprozesse zu entnehmen ist, unterscheiden sich die angewendeten Prozesse in den drei Ambulanzen voneinander.

In NÖ hat sich der Ablauf im Laufe des Projektes wie folgt ergeben: „Ganz am Anfang war es schon so, dass eher die Rekrutierung der Philipp gemacht hat, nicht. Und er hat die Leute eigentlich angerufen, dann. Also wie es bei den Diabetikern war (NÖ[A], 93).“ Gründe für die Änderungen waren: „Nur hat er dann schon gesehen, gell, dass das für ihn unheimlich mühsam ist. Und überhaupt über das Adipositasprojekt, wo ja... Unsere Damen kennen ja die Leute alle, nicht (NÖ[A], 95).“ So meint der Oberarzt: „Das heißt unsere Diätologinnen kennen die schon gut und tun sich letztendlich dann auch leichter mit dem Rekrutieren, nicht (NÖ[A], 299).“

Auch in der Ambulanz Wien_2 haben die Ärztinnen den Rekrutierungsprozess selbst optimiert (Wien_2[A1], 85). Über diese Änderungen haben die Mitarbeiter(innen) der SPORTUNION nicht Bescheid gewusst:

Erstens wird das wöchentliche Dokumentationsblatt nicht verwendet, weil es auf Grund des dunklen Hintergrundes nach dem Faxen nicht leserlich war (Wien_2[A2], 209), weiters werden die Namen der Interessent(inn)en nicht mehr handschriftlich eingetragen, sondern es werden Patient(inn)enetiketten verwendet. Dies hat laut A3 den Vorteil: „(...) dass wir dann gleich die Patientenpickerl haben und wir dann gleich wissen, welcher Patient das ist. Und ah * erstens das und zweitens * haben wir *, genau haben wir dann jetzt wieder festgestellt, dass einfach, wenn man das handschriftlich auf diese Listen einträgt, der Großteil nicht leserlich ist (Wien_2[A3], 22).“

Bevor die Rekrutierungsärztin die bereits beschriebene Studienmappe angelegt hat, wurden die Interessentenliste „(...) dann quasi immer mit einem Magneten an unserer Wand befestigt“ (Wien_2[A3], 24) und von A2 dann abgeholt (Wien_2[A2], 53). Bei diesem Rekrutierungsmuster ist es zu Datenverlusten gekommen. Dazu meint A3: „Wir haben eine Zeit lang, wo wir wirklich viel rekrutiert haben, die A1 und ich, das war eben vorigen... Wann war das? Das war voriges Wintersemester. Da haben wir irrsinnig viel gefragt, ja. Und ahm und irrsinnig viel aufgeschrieben. Sowohl in diese Liste von euch als auch auf unsere Zettel. Und wie ich dann gehört habe wie wenig ihr von uns habt, war ich

echt schockiert, ja. Also von dem her. Das war sicher. Da haben wir sicher ** acht bis zehn mehr rekrutiert gehabt.“ A2 versucht es sich folgendermaßen zu erklären: „Weil, wenn die Qualitätskontrolle kommt, muss man alles runter reißen, die Blätter. Dann nehmen es wahrscheinlich die Schwestern oder so. Und wenn ich komme es abzuholen, klebt es nicht mehr an der Wand.“

Die Ärzt(inn)e(n) in Wien_1 haben sich grundsätzlich an den vorgeschlagenen Rekrutierungsprozess gehalten (vgl. Rekrutierung/konkrete Schritte).

Rekrutierung/Zeit

Dem Rekrutierungspersonal in NÖ steht viel Zeit zur Information über die Studie und das Bewegungsprogramm zur Verfügung. Die Diätologin und der Oberarzt betonen aber mehrmals, dass sowohl die Rekrutierung als auch die Baseline-Untersuchungen, die in der Studie durchgeführt werden, sehr zeitaufwändig sind und sie diesen Zeitaufwand unterschätzt haben (NÖ[A], 122, 124, 125, 126, 128, 129). Konkrete Zeitangaben werden nicht gemacht.

Von den interviewten Ärzten in Wien_1 wird die Rekrutierung selbst nicht als zeitaufwändig bezeichnet (Wien_1[A2], 63), (Wien_1[A1], 87). Laut A1 brauchen sie dafür fünf bis zehn Minuten (Wien_1[A1], 87). Die Dokumentation der Daten und die weitere Organisation der Studie ist jedoch mit viel Zeitaufwand verbunden (Wien_1[A2], 66). Dazu wendet A1 „(...) sicherlich zwei Stunden pro Woche“ in ihrer Freizeit auf (Wien_1[A2], 66, 68).

Die Ärztin in Wien_2 bezeichnet die Rekrutierung schon als zeitaufwändig, da laut ihren Aussagen die Zuweisung „(...) ein Viertel des Gespräches vielleicht. Vielleicht ein bisschen weniger als ein Viertel in Anspruch nimmt (Wien_2[A1], 117).“

In einem Nebensatz erwähnt sie, dass auf Grund des Zeitdruckes bei der Patient(inn)enbetreuung die Rekrutierung auch nicht immer möglich ist (Wien_1[A1], 69).

Rekrutierung/Effektivität

Die Effektivität der Rekrutierung in NÖ scheint sehr hoch zu sein. Dies zeigt die Zeile: „Aber*, aber, aber prinzipiell entgehen uns sozusagen nicht so viele, glaube ich. Die wir zumindest nicht motivieren. Nicht, wo wir ihnen die Chance geben, dass sie auch so etwas machen können (NÖ[A], 354).“ Es erfolgt aber trotzdem eine gewisse Selektierung der Patient(inn)en, die über das Bewegungsprogramm informiert werden. Dazu der Oberarzt: „Wir reden nicht Achtzigjährige an, oder so Fünfundachzigjährige, wo eh schon alles wurst ist. Ich meine, da ist es eh schon gelaufen. **Aber**, die Vierzigjährigen, die

Dreißigjährigen, die Fünfzigjährigen, nicht. Die...die...die ... Und da legen wir uns schon ins Zeug, nicht. Würde ich sagen, gell (NÖ[A], 328).“

Zur Effektivität der stationären Rekrutierung meint der Oberarzt in NÖ weiter: „Und dann ist er schon eigentlich schon dabei meistens. Die meisten sind dann schon dabei, wenn es irgendwie zeitlich geht. Freilich haben wir welche, die im Arbeitsprozess oder so sind, nicht (NÖ[A], 328).“

Auch in Wien_1 und Wien_2 wird eine Vorselektierung auf Grund der körperlichen Gegebenheiten vorgenommen (Wien_1[A1], 53, 55), (Wien_1[A2], 56), (Wien_2 [A3], 50). Die Ärzt(inn)e(n) in Wien_1 geben an, dass rund 90 % der Patient(inn)en über das Bewegungsprogramm informiert werden (Wien_1[A2], 56), wobei die Ärztin A1 schätzt, dass inzwischen 70 % dann an der Teilnahme interessiert sind (Wien_1[A2], 58). Auch A1 gibt an: „(...) die meisten, denen man es anbietet, wollen dann letztendlich auch mitmachen (Wien_1[A1], 57).“

In Wien_2 hängt die Effektivität der Rekrutierung maßgeblich von der Person ab, die in der Ambulanz die Adipösen betreut. Zur Frage, wie viele informiert werden, sagt A2: „Es ist unterschiedlich, wer da eben sitzt in der Ambulanz. Ah, jetzt mit A1 fast jeder, würde ich sagen. Mit A3 auch. Es gab auch den Professor. Unsere Professoren fragen solche Sachen nicht, ja. Und das kann man von denen auch nicht verlangen, weil es ja eine Studie ist. Also daaa, haben wir nicht so viel Erfolg. Also jeder nimmt sich eine Mappe und ruft dann Patienten auf. Der, der vom Professor aufgerufen wird, wird nicht rekrutiert und wird auch nicht gefragt. Die, die zu uns kommen, dann schon (Wien_2[A2], 96).“ Auch A3 ist der Meinung, dass A1 sehr „brav“ rekrutiert und beschreibt: „Und sie schreibt diese Listen immer voll. Ich war ja schon öfter dort. Und habe gesagt: ‚Nein, deine Listen ist schon voll.‘ Und sie hat gesagt: ‚Ja, es hat noch niemand abgeholt.‘ (Wien_2[A], 68).“ Konkrete Angaben, wie viele informierte Personen schlussendlich teilnehmen, kann dem Interview nicht entnommen werden.

A3 von Wien _2 zeigt sich auch überrascht, dass so viele Adipöse am Bewegungsprogramm und der damit verbundenen Studie mitmachen wollen und sie meint dazu: „Und das war irgendwie extrem interessant, dass alle die gesagt haben, sie machen am Sportprogramm mit, dass gesagt haben: „Ja klar, könnt ihr meine Daten haben.“ Das habe ich irrsinnig interessant gefunden (Wien_2[A3], 60).“

Rekrutierung/Rekrutierungsunterlagen

Erfolgsgeschichte

In NÖ werden keinerlei Informationsunterlagen, wie die Erfolgsgeschichten etc., verwendet. Dies bestätigt sowohl der Oberarzt als auch die Diätologin (NÖ[A], 106), (NÖ[D], 107).

Auch die Ärztin A2 in Wien_1 verwendet die Erfolgsgeschichte nicht. Diesbezüglich äußert sie sich wie folgt: „Dieses Heft, mit diesem Heft bin ich nicht so glücklich. Es sind irgendwie... Es sind sehr viele alte Leute abgebildet in diesem Heft, ja. Und das stört mich irgendwie. Weil ich habe so viele junge Leute. Und wenn die dann so seeehen, das sind so Alte. Ich meine, die sehen da alle aus wie fünfzig so was. Deswegen, ich habe es mal ausgeteilt und habe irgendwie das Gefühl gehabt, die schauen sich das so an und **... Ich fand es besser, ich erkläre es ihnen einfach (Wien_1[A2], 50).“ Ihr Kollege, Arzt A1, verwendet es zwar, gibt aber keine Angaben dazu, wie relevant es für die Rekrutierung ist (Wien_1[A1], 75).

In Wien_2 werden die Erfolgsgeschichten den interessierten Patient(inn)en aber ausgeteilt (Wien_2[A1], 1), (Wien_2[A2], 49), (Wien_2[A3], 59).

Informationsblatt

In NÖ wird auch kein Informationsblatt verwendet (NÖ[A], 106), (NÖ[D], 107).

Beide Standorte in Wien verwenden das Informationsblatt jedoch (Wien_1[A], 75), (Wien_1[A2], 50), (Wien_2[A1], 1), (Wien_2[A2], 49), (Wien_2[A3], 59). Dazu der Rekrutierungsarzt A1 von Wien_1: „Also das ist schon wichtig, dass man da immer ein aktuelles Informationsmaterial von eurer Seite hat, wo und zu welchen Zeiten die Trainings stattfinden. Weil das ist schon ein Kriterium für die Patienten, ob sie mitmachen wollen oder können oder nicht (Wien_1[A], 75).“

Rekrutierung/Information über das Bewegungsprogramm

Da, wie schon beschrieben, die Zeit für die Rekrutierung relativ knapp ist, beschränkt sich die Information in den Ambulanzen in Wien auf zwei bis drei Sätze:

So gibt A1 von Wien_1 folgende Informationen weiter: „Ja, ich erzähle ihnen, dass sie in der Gruppe mit Gleichgesinnten, also mit Adipösen, trainieren können. Dass sie eben lernen sollen oder wieder hingeführt werden, Bewegung zu machen. In der Gruppe. Dass sie Krafttraining und Ausdauertraining machen, ja (Wien_1[A1], 65).“

Die Ärztin von Wien_2 sagt folgenden Standardsatz: „Es dauert acht Wochen, es ist gratis, es ist bei der SPORTUNION, es ist unter Aufsicht, ähm von äh Leuten, die sich mit den Erkrankungen auch auskennen. Es wird angepasst auf sie selber, also es ist jetzt nicht ein 0815-Programm für jeden. Und es ist ein guter Start, ein guter Anfang. Es finden sich oft kleine Gruppen (Wien_2[A1], 73).“

In NÖ jedoch wird im „Vorspann“ schon über das Bewegungsprogramm gesprochen (NÖ [A], 190), laut der Diätologin wird den Adipösen überdies der Ablauf des Bewegungsprogrammes erklärt, damit sie sich alles vorstellen können.

Argumente zur Teilnahme

Der Oberarzt der Niederösterreichischen Ambulanz führt keine direkten Argumente für das Bewegungsprogramm an. Er meint nur, dass die Teilnehmer(innen) im Projekt „Mein Weg zum Wunschgewicht“ von der Wichtigkeit der Bewegung überzeugt werden und bezeichnet die sieben Nachmittage als „Vorspann“ (NÖ[A], 326), bei dem verschiedene Vorträge die Motivation der Adipösen steigern (NÖ[A], 109).

Der Arzt A1 Wien_1 versucht die Patient(inn)en so zu überzeugen, dass: „(...) wenn sie abnehmen wollen, dann müssen sie auf jeden Fall wieder Bewegung machen und... und ihre Ernährung umstellen. Ohne dem wird es nicht gehen. Also, ich informiere sie oder kläre sie auf, dass es eigentlich langfristig nur in Kombination erfolgreich sein wird (Wien_1[A1], 89).“

Die Argumente für Sport und das Bewegungsprogramm der Ärztin A2 beinhalten folgende Gründe:

- eine weitere Möglichkeit zu haben, um abzunehmen
- in einem Rahmen zu sein, wo alle adipös sind
- in einer Gruppe zu sein
- dass es kostenlos ist (Wien_1[A2], 74)

Die Ärztin A3 meint: „Eben es wäre halt irrsinnig wichtig, weil ohne Sport werden sie nichts verbrennen, weil sie einfach zu wenig Muskulatur haben (Wien_2[A3], 60).“

Für die Ärztinnen in Wien_2 ist auch ein Argument, dass Sport als OP-Vorbereitung wichtig ist, da viele ihrer Patient(inn)en vor einer Magenoperation stehen (Wien_2[A1], 119), (Wien_2[A3], 60).

Rekrutierung/Information über die Studie

Es wird zwar in allen Ambulanzen erwähnt, dass das Bewegungsprogramm mit einer Studie verbunden ist, die Information, die die Patient(inn)en über die Studie erhalten, unterscheidet sich aber stark auch zwischen den einzelnen Ärzt(inn)en in den selben Ambulanzen.

In NÖ ist die Information über die Studie sehr weitreichend, da die Information an mehreren Nachmittagen weitergegeben wird. Außerdem kommen die Teilnehmer(innen) laut der Diätologin sehr gerne zu den Follow-up-Untersuchungen, da diese mit einem Gespräch mit dem Arzt verbunden sind.

Der Rekrutierungsarzt A1 in Wien_1 erzählt den Patient(inn)en über die Studie: „Da sage ich ihnen, dass es eben diese Studie gibt und dass wir eben ahm * im Rahmen dieser Studie den Stoffwechsel genau untersuchen wollen. Dass es aber natürlich mit Extra*aufwand für sie auch verbunden ist. Dass sie kommen müssen zu uns. Dass sie Blutabnahme haben, dass eine Biometrie gemacht wird (Wien_1[A1], 67).“ Seine Kollegin gibt folgende Information weiter: „Und das ist im Rahmen auch von einer Studie, wo wir halt eben auch so eine Messung machen, so diese Fettzusammensetzungsmessung und auch ein paar Blute abnehmen, um das zu kontrollieren (Wien_1[A2], 44).“

Die Ärztin A1 in Wien_1 sagt nur: „(...) das ist im Rahmen einer Studie (...)“ (Wien_2[A1], 77) und „ (...) wenn Sie anrufen, erfahren Sie Details (Wien_2[A1], 79).“

Ihre Kollegin, die Ärztin A3 von Wien_2, ist eigentlich die einzige Ärztin, die versucht, den Grund für die Durchführung der Studie zu begründen. Sie gibt folgende Informationen an die Adipösen weiter: „(...) dann habe ich gesagt wir machen halt eine Studie dazu, damit es mehr Leute umsonst haben können und um wirklich zu beweisen, dass es was bringt. Und da haben... Da habe ich gesagt, da ist die Blutabnahme vorher und zwei-, dreimal nachher. Und es hat eben den Sinn zu zeigen, welchen Effekt das hat auf ihren... auf ihr Gewicht, auf ihren Stoffwechsel, auf Cholesterin etc. (Wien_2[A3], 60).“

Wie schon im Theorieteil beschrieben, wird erst bei der Baseline-Untersuchungen ein ausführliches Informationsgespräch abgehalten, woraufhin die Patient(inn)en den Informed Consent unterzeichnen.

Rekrutierung/Zusammenarbeit des leitenden Personals mit den Rekrutierungsärzt(inn)e(n)

In allen drei Ambulanzen bekommt das leitende Personal „(...) alles nur peripher mit“ (Wien_1[A2], 88). A1 beschreibt das Verhältnis des Abteilungsleiters zur Studie wie folgt: „Also er weiß, dass sie stattfindet. Er unterstützt das und... und wir dürfen das machen. (...) Aber er in// involviert sich jetzt nicht in den Ablauf sozusagen, ja (Wien_1[A1], 101).“

Auch in NÖ weiß die Krankenhausleitung zwar Bescheid, ist aber nicht an der Rekrutierung beteiligt (NÖ[A], 360).

In Wien_2 wird bei schwerwiegenden Entscheidungen aber die Zustimmung des leitenden Personals eingeholt (Wien_2[A3], 94).

Rekrutierung/Zusammenarbeit des Rekrutierungspersonals

Der Oberarzt in NÖ erwähnt einige Male die gute Zusammenarbeit in der Ambulanz. So meint er: „Das ist ja, glaube ich, unsere Stärke, da in unserem kleinen Haus, dass wir da überhaupt mittun, (...) ist ja schon unser interdisziplinäres Team (NÖ[A], 210).“ So meint er auch: „Wenn man da nicht ein interdisziplinäres Team hat, wo halbwegs alle an einem Strang ziehen, kannst du das alles vergessen, glaube ich (NÖ[A], 174).“ Dies bestätigt er auch in der Zeile 214. Er fügt auch hinzu „(...) wenn jemand sagen würde, jetzt bei uns da im Team, mich freut das nicht mehr, mich fault das schon an, immer die Leute anreden und so. Da würde das schnell stehen (NÖ[A], 170).“

Die Ärzt(inn)e(n) in Wien_1 kommunizieren laut der Rekrutierungsärztin A2 eigentlich zu 90 % per E-Mail (Wien_1[A2], 82). Die Kommunikation ist vor und nach den Laboruntersuchungen verstärkt (Wien_1[A2], 78). Wie schon beschrieben, übernimmt die Rekrutierungsärztin die administrative Funktion und deshalb schreibt sie E-Mails, in denen laut A1 „(...) eigentlich eh immer alles drinnen steht, damit ich auch Bescheid weiß, was passiert und wer kommt und so (Wien_1[A1], 95).“

Die Angaben der Ärztinnen in Wien_2 bezüglich der Kommunikation untereinander unterscheiden sich geringfügig. Während die Rekrutierungsärztinnen A1 und A2 laut A1 „eigentlich gar nicht“ miteinander kommunizieren (Wien_2[A1], 121), da die Unterlagen in der Mappe sind, gibt A2 an, dass sie schon über die aktuellen Rekrutierungszahlen reden und sie verständigt wird, wenn A1 wieder Material zum Mitgeben braucht (Wien_2[A2], 100). Die Interviews zeigen aber, dass A1 nicht darüber Bescheid weiß, was A2 genau mit den rekrutierten Namen macht. So meint sie: „(...) wahrscheinlich wird dann die Kollegin das da eintragen, oder ich weiß es nicht (Wien_2[A1], 87).“ A3 äußert sich zur Kommunikation mit A1 und A2 folgendermaßen: „Und wenn ich sie sehe, frage ich sie,

wie es ihnen geht beim Rekrutieren und wie die Studie läuft. Also das ist sowieso* bei uns gang und gäbe, dass wir uns regelmäßig sehen (Wien_2[A3], 102).“

Rekrutierung/Zusammenarbeit Ambulanz und SPORTUNION

Sowohl in NÖ als auch in Wien_1 kennen sich das Rekrutierungspersonal und die Mitarbeiter(innen) der SPORTUNION persönlich.

In NÖ hat der Mitarbeiter der SPORTUNION schon im Vorgängerprojekt mit demselben Rekrutierungspersonal im Krankenhaus zusammengearbeitet. Diese Zusammenarbeit beschreibt der Oberarzt wie folgt: „Es ist so, wir sind mit dem Projektkoordinator so... Er kommt von Zeit zu Zeit vorbei (NÖ[A], 291).“ Er fährt fort: „Und dann plaudern wir ein bisschen. Ja, und schauen was es ein bisschen gibt. Und da sind wir sozusagen schon in gutem Kontakt. Und das bewährt sich gut, ja (NÖ[A], 293).“

Auch die Ärzt(inn)e(n) von Wien_1 bestätigen mehrere Male, dass sie mit der Zusammenarbeit zwischen der SPORTUNION und der Ambulanz zufrieden sind (Wien_1[A1], 127,129, 215), (Wien_1[A2],102, 106, 197). Gründe für diese gute Zusammenarbeit sind laut A1: „(...) dass eigentlich die Information gut bei euch ankommt. Also, wenn ich das faxe und dann eine Nummer darauf steht, dann... dann bearbeitet ihr das gleich weiter. Das bleibt jetzt nicht liegen oder es geht... Es ist jetzt noch kein Patient verloren gegangen, soweit ich das in Erinnerung habe.“ Für A2 ist der Hauptgrund: „(...) weil ich das Gefühl habe, alle sind interessiert daran, dass dieses Projekt weitergeht und, dass was rauskommt dabei (Wien_1[A2], 106).“ Sie erwähnt auch, dass für die erfolgreiche Zusammenarbeit und den Informationsaustausch die Dropbox eine riesige Erleichterung war (Wien_1[A2], 127), und dass sie es gut findet, dass die Information über das Bewegungsprogramm, die die Teilnehmer(innen) per E-Mail bekommen, auch an sie weitergeleitet wird.

Der persönliche Kontakt zu allen rekrutierenden Ärzten von Wien_2 und den Projektmitarbeiter(inne)n wurde noch nicht hergestellt. So kennt A1 zum Beispiel „(...) nur den Herrn Christian (Wien_2[A1], 127).“ Auch A2 kennt nur den Projektleiter persönlich (Wien_2[A2], 100). Der Informationsaustausch bezüglich der Studie zwischen der SPORTUNION und dieser Ambulanz geschieht außerdem auch nur über A2. Informationen bzw. Unterlagen sollten laut A1 auch nur der Studienärztin A2 übermittelt werden (Wien_2[A1], 105).

Die Frage, ob die Studienärztin A2 dann mit der Zusammenarbeit mit der SPORTUNION zufrieden ist, bejaht sie zwar (Wien_2[A2], 110), im Laufe des Interviews erwähnt sie

aber, dass es doch einige Missverständnisse gegeben hat (vgl. Probleme/konkret erwähnte Verbesserungsvorschläge).

Rekrutierung/konkret erwähnte Verbesserungsvorschläge

Allgemein

In NÖ treten bei der Rekrutierung keine nennenswerten Probleme auf. So sind die Mitarbeiter(innen) mit dem angewandten Rekrutierungsschema sehr zufrieden, obwohl es als sehr zeitaufwändig beschrieben wird. Sie äußern sich diesbezüglich wie folgt: „** Ich glaube, dass es die einzigste Möglichkeit ist. Prinzipiell glaube ich, dass es die optimale Möglichkeit ist. Anders kann ich es mir gar nicht vorstellen, dass du zu den Leuten kommst (NÖ[A], 153).“ Auch in Zeile 356 bestätigt er dies abermals und auch die Diätologin pflichtet ihm bei (NÖ[D], 162). Dazu meint er noch: „Dass das eine Automatik übernehmen würde oder so, dass die Leute sagen, ah und das gibt es und jetzt kommen wir alle. Das ist sicher nicht der Fall (NÖ[A], 166).“

Deswegen erwähnt der Oberarzt während des ganzen Interviews keine Verbesserungsvorschläge bezüglich der Rekrutierung. Er will aber, „(...) dass man die Bevölkerung einfach viel mehr motiviert zu einem gesunden Lebensstil (NÖ[A], 356).“

Ein Problem ist, dass in NÖ nicht genügend Plätze für die Teilnehmer(innen) vorhanden sind: „Weil manche warten ja teilweise wirklich * zwei Monate darauf, dass sie endlich einmal dran kommen zum Bewegungsprogramm (NÖ[D], 323).“

Auch in Wien_1 sind die Ärzt(inn)e(n) mit der Rekrutierung an sich sehr zufrieden und haben auch keine Verbesserungsvorschläge (Wien_1[A1], 133). Der Arzt A1 in Wien_1 merkt aber an, dass keine Adipösen an der Studie teilnehmen dürfen, die nicht ihr Team zugewiesen hat (Wien_1[A1], 79).

Die Ärztin A2 von Wien_1 fordert auch mehr Feedback seitens der SPORTUNION, welche Patient(inn)en das Bewegungsprogramm beendet haben bzw. welche aus der Studie rausfallen (Wien_1[A2], 129, 133). Außerdem will sie wissen, wer von den Interessent(inn)en schon kontaktiert wurde. Dazu fordert sie wieder eine fixe Ansprechperson (Wien_1[A2], 223). Weiters möchte sie, dass am Informationsblatt immer schon die Baselinetermine für die Laboruntersuchungen vermerkt sind (Wien_1[A2], 125). Sie merkt auch an, dass es besser wäre, wenn die SPORTUNION mehrmals pro Woche versuchen würde, die Adipösen zu kontaktieren (Wien_1[A1], 110, 231).

In Wien_2 gab es außerdem einige Male Kommunikationsprobleme mit der SPORTUNION (vgl. Zusammenarbeit Ambulanz/SPORTUNION). Deshalb fordert die Ärztin A2 eine fixe Ansprechperson (Wien_2[A2], 114). Außerdem meint sie, dass ihr am

Anfang des Bewegungsprogrammes nicht genügend Informationsmaterial seitens der SPORTUNION zur Verfügung gestellt wurde (Wien_2[A2], 88).

Informationsmangel

Bei den Interviews stellte sich heraus, dass das Wissen, das die Ärzt(inn)e(n) über die Studie haben, sehr unterschiedlich ist. Beim Gespräch mit dem Oberarzt in Niederösterreich ist während des gesamten Interviews zu erkennen, dass er über die Abläufe des Trainings genau Bescheid weiß.

Wie schon beschrieben, haben auch die Ärztin und der Arzt der Ambulanz Wien_2 schon das Training gesehen und sind informiert. Trotzdem würde sich A1 noch weitere Informationen wünschen (Wien_1[A1], 149). Die Ärztin A2, die sehr stark in den Ablauf der Rekrutierung involviert ist, fordert keine weiteren Informationen.

Die Ärztin A1 von Wien_2 beschreibt das Bewegungsprogramm wie folgt. „Sie haben da so Bänder und so, diese... Das ist ein bisschen so Kraftübungen und so. Aber stimmt schon, also so gesehen habe ich es noch nieeee und es ist schon schade, dass ich es nicht genau weiß, ja. Also, ich weiß nur, Sie passen halt auf die gut auf und... und machen ein bisschen Krafttraining und ein bisschen Ausdauer, aber wie genau eigentlich weiß ich nicht, nein (Wien_2[A1], 135).“ Die Frage, ob sie mehr Information wünschen würde, bejaht sie (Wien_2[A1], 137). Auch die Ärztin A2 kennt den Ablauf des Bewegungsprogrammes nicht genau, möchte genauere Informationen (Wien_2[A2], 148) und meint: „Weil wenn man die Leute dann motivieren will, vielleicht wäre es besser, wenn man auch ein bisschen mehr wissen würde, was genau da stattfindet (Wien_2[A2], 150).“

Da ihrer Kollegin A3 Filme und Fotos des Vorgängerprojektes, das prinzipiell nach demselben Muster abgelaufen ist, vom Projektleiter gezeigt wurden, fühlt sie sich ausreichend informiert (Wien_2[A3], 72).

Kurseinteilung in den Ambulanzen

Da in NÖ die Kurseinteilung auch in der Ambulanz geschieht, wurden nur die Ärzt(inn)e(n) der Ambulanz Wien_1 konkret gefragt, ob es für sie auch ein Vorteil wäre, wenn die Kurseinteilung gleich im Krankenhaus stattfände. Beide Rekrutierungsärzt(inn)e(n) lehnten diesen Vorschlag aber ab (Wien_1[A1], 147), (Wien_2[A2], 114).

Bei den Ärztinnen in Wien_2 wurde auf diese Frage verzichtet, da im Vorhinein klar war, dass dies aus zeitlichen Gründen nicht möglich ist.

Digitalisierung

Da die Interessent(inn)enliste von den Ambulanzen in Wien an die SPORTUNION weitergeleitet werden muss, wurde auch eine Digitalisierung der Interessent(inn)enliste in Betracht gezogen. Bei der konkreten Befragung diesbezüglich gab es von den Ärzt(inn)e(n) sehr unterschiedliche Angaben. Während die Ärztinnen in Wien_2 eine Digitalisierung bevorzugen würden, sieht es A1 der Ambulanz Wien_1 nicht als Voraussetzung (Wien_1[A1], 139), und A2 lehnt es vehement ab (Wien_1[A2], 137).

Für die Digitalisierung spricht sich A3 aus: „Weil dann weiß ich, es ist sicher bei euch angekommen und brauche nachher nicht diskutieren, wer jetzt diese Liste verschwinden hat lassen, ja. Weil das ist immer so ein Vorwerfen. Es kann auch zusammengeräumt werden in der Ambulanz und da darf immer nichts an der Wand hängen und * irgendwer entsorgt dann die Liste, weil sie glauben, sie sind steinalt. Das kann aber auch passieren (Wien_2[A3], 30).“ Sie gibt auch zu bedenken, dass mit allen Ärzt(inn)e(n), die die Rekrutierung vornehmen, abgeklärt werden muss, ob die Digitalisierung wirklich ein Vorteil wäre (Wien_3[A3], 30). Außerdem meint die Ärztin A1, dass es beim aktuellen Rekrutierungsschema „(...) wahrscheinlich im Schnitt zwei bis drei Wochen (...)“ dauert bis die Daten an die SPORTUNION übermittelt werden (Wien_3[A1], 168). Die Ärztin A2, die bekanntlich nicht rekrutiert, äußert sich zur Digitalisierung wie folgt: „Ich weiß nicht, ob sie Zeit hat (Wien_2[A2], 66).“

5.4 KATEGORIE 4 – COMMITMENT

Commitment zu Sport allgemein

In NÖ sind alle Mitarbeiter(innen) der Rekrutierung sehr sportlich und versuchen regelmäßig körperlich aktiv zu sein. Dazu meint der Oberarzt: „Wenn man solche Sachen, gerade diese Dinge Lebensstil, wenn man das nicht selber lebt, glaubt ihm kein Mensch. Da kannst du ihnen erzählen, was du willst. Die sagen, schau dich selber an und dann... Und da sind sie... Da hat man keine Chance, glaube ich, wenn man nicht selber auch ein wenig tut, nicht (NÖ[A], 236).“

Auch der Arzt und die Ärztin der Ambulanz Wien_1 treiben regelmäßig Sport. So geht der Arzt A1 zweimal die Woche ins Fitnesscenter und im Sommer mindestens einmal wöchentlich zusätzlich laufen (Wien_1[A1], 233). Auch seine Kollegin, die Ärztin A2, geht dreimal in der Woche klettern und trainiert am Crosstrainer (Wien_2[A2], 211). Beide erwähnen, dass sie sich vor allem bewegen, weil es ihnen Spaß macht (Wien_1[A1], 235), (Wien_1[A2], 213).

Auch das Rekrutierungspersonal von Wien_2 macht Sport, obwohl sowohl die Ärztin A1 als auch A2 zurzeit aus beruflichen Gründen nicht so viel machen können (Wien_2[A1], 210), (Wien_2[A2], 179). Sie erwähnen den Faktor Spaß nicht als Grund, warum sie sich bewegen. Ihre Kollegin A3 ist jedoch auch zurzeit körperlich sehr aktiv.

Commitment zur Bewegungstherapie

Alle Ärzt(inn)e(n) sind sich einig, dass Sport unbedingt ein Teil einer ganzheitlichen Therapie bei Adipositas sein muss (NÖ[A], 210), (Wien_1[A1], 221), (Wien_1[A2], 199), (Wien_2[A1], 200), (Wien_2[A2], 172), (Wien_2[A3], 108). Sie erwähnen aber auch, dass unbedingt psychologische Interventionen und eine Änderung der Ernährungsgewohnheiten vorgenommen werden müssen. Vor allem der Oberarzt in NÖ verweist mehrere Male auf die Interdisziplinarität, die seiner Meinung nach bei der Adipositasstherapie sehr wichtig ist. Dies bestätigt er auch beispielsweise mit dieser Aussage: „Wenn man alles ein bisschen zusammensammelt, was man so liest und so, ahhhh weiß man eindeutig, dass es nur kombiniert geht. Und... und es wird jeder der ehr// ehrlich ist, zugeben, dass er mit seinem alleine, wenn er nur auf seinem, seinem * kleinen Segment beharrt, wird er keinen Erfolg haben (NÖ[A], 210).“ Außerdem bezeichnet er die Bewegungstherapie während des Interviews mehrere Male als Chance für die Patient(inn)en (NÖ[A], 208, 354). Dazu wird folgende Aussage beispielhaft angeführt: „Aber*, aber, aber prinzipiell entgehen uns sozusagen nicht so viele, glaube ich. Die wir zumindest nicht motivieren. Wo wir ihnen die Chance geben, dass sie auch so etwas machen können (NÖ[A], 354).“ Außerdem ist sein großes Ziel, „(...), dass wir irgendwann diese ganze Lebensstilmedizin in das Spital sozusagen hereinbringen und als genauso wie es, was weiß ich, eine onkologische Therapie gibt und das gibt, dann gibt es auch eine Bewegungstherapie (NÖ[A], 180).“

Auch bei A3 von Wien_2 ist das hohe Commitment zur Bewegungstherapie sehr gut zu erkennen, als sie die positiven Effekte und die Wichtigkeit der Bewegungstherapie erklärt: „Je mehr Bewegung du machst, desto mehr Muskulatur hast du. Du hast auch einfach ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen Muskel- und Fettmasse, was sich halt auf die Verbrennung, auf die Ernährungsverbrennung besser auswirkt. Dass regelmäßige Sportbetätigung das Sättigungsgefühl bremst. Dass die Leute, die Sport machen sich einfach wohler und ausgeglichener fühlen und nicht irgendwie Stressepisoden kriegen und diese mit Hu// Essen bekämpfen müssen, ja. Und ich glaube auch, dass es bei den Adipösen auch irrsinnig wichtig ist, dass sie eine Beschäf// Beschäftigung haben, wo sie raus kommen, ja. Dass sie raus kommen aus ihren vier Wänden, unter Leute kommen, sich bewegen. Weil sie bewegen sich ja gar nicht, ja. Weil es ist halt... Nicht nur alleine

auf Bewegen per se, auf das Abnehmen, sondern prinzipiell halt auf das Wohlbefinden, auf die Knochenmassen. Die Frauen haben auch einen total argen Vitamin-D-Mangel, ja. Und auch Osteoporose. Das sind, glaube ich, die wesentlichen Effekte daran (Wien_2, A[3]).“ Außerdem fragt sie auch, ob es spezielle Programme für an Diabetes erkrankte Kinder gibt, die sie anbieten könnte (Wien_2[A3], 62).

Bewegungs- vs. Ernährungsintervention

Wie beschrieben, sind sich alle interviewten Ärzte und Ärztinneneinig, dass Bewegung ein Teil der Adipositas therapie sein muss.

Der Oberarzt von der Ambulanz, die sich in Niederösterreich befindet, ist der Meinung, dass die Bewegungstherapie „(...) mindestens gleich wichtig (...)“ ist wie die Ernährungsumstellung (NÖ[A], 210). Er meint sogar: „Also ich glaube, sogar ein bisschen... Ich glaube, dass Ernährung ganz wichtig ist. * Bewegung ganz, ganz wichtig ist (NÖ[A], 210).“

Interessant ist auch die Ansicht von A1 aus der Ambulanz Wien_1. Er beschreibt den Stellenwert von Bewegungstherapie wie folgt: „Also, am Anfang... am Anfang ist es vielleicht eher wichtig, dass die Ernährung umgestellt wird, und zu schauen, dass die Pa//... Weil die Patienten doch alle wirklich grobe Fehler machen, ja. Das ist sicher wichtiger, dass man die Ernährung in den Griff kriegt. Aber parallel sollten sie auf jeden Fall schon anfangen mehr körperliche Aktivität zu machen, weil ich glaube, langfristig kann man sein Gewicht nur halten oder weiter abnehmen, wenn man wirklich die Aktivität auch einbaut. Nur mit Ernährung wird nichts recht gehen. Und nur mit körperlicher Aktivität geht es auch nicht. Also man braucht beides. (...) Was auch irgendwie Sinn macht, weil die Patienten durch die Ernährung dann irgendwie doch recht bald fünf, sechs Kilo abnehmen können. Nur...nur durch... Weil sie anders essen oder die Säfte weglassen, ja. Und das mo// motiviert natürlich auch und dann haben sie fünf, sechs Kilo weniger und dann macht die Bewegung auch mehr Spaß oder wird einfach auch leichter. Also, das macht dann auch Sinn eigentlich (Wien_1[A1], 229).“

Seine Kollegin stuft die Wichtigkeit von Bewegungs- und Ernährungstherapie gleich ein (Wien_1[A2], 205).

Die Ärztin A1 der Ambulanz Wien_2 macht keine Angaben zur Wichtigkeit der Ernährungstherapie und meint, dass man das so nicht sagen kann (Wien_1[A2], 203).

Auch ihre Kollegin gibt diesbezüglich keine Antwort, sie führt aber an, dass Studien bestätigen, dass die First-Line-Therapie (ohne Medikamente mit Diät und sportlicher Bewegung) den größten Effekt auf die ganze metabolische Einstellung hat, und sowohl

Bewegungs- als auch Ernährungstherapie notwendig sind (Wien_2[A2], 174). Dieser Aussage pflichtet auch ihre Kollegin A3 bei (Wien_2[A3], 4).

Commitment zum Projekt

Es ist zu erwähnen, dass der Oberarzt von NÖ es als Chance sieht, dass sie beim Projekt mitmachen dürfen. Dies zeigt die Zeile 210, in der er meint, er sei stolz: „(...) dass wir überhaupt die Chance bekommen haben, dass wir da überhaupt mittun.“

Stärken

Laut den Interviewpartner(inne)n sind die Stärken des Bewegungsprogrammes, dass die Adipösen in Gruppen mit Gleichgesinnten trainieren können (NÖ[A], 275), (Wien_1[A1], 193), (Wien_1[A2], 185), (Wien_2[A2], 140, 142), dass auf jede(n) individuell eingegangen werden kann (Wien_1[A1], 193), (Wien_1[A2], 185), (Wien_2[A1], 135) und dass das Training zu ihrem Ausgangsniveau passt (Wien_1[A1], 163, 199), (Wien_2[A3], 78). Es wird auch positiv vermerkt, dass das Bewegungsprogramm den Patient(inn)en kostenlos angeboten wird. A2 merkt bei der Frage nach den Stärken auch an, dass sie eigentlich den Ablauf des Bewegungsprogrammes nicht genau kennt (Wien_2[A2], 142). Sie gibt aber auch explizit ihre positive Meinung gegenüber dem Bewegungsprogramm kund und meint: „Ja, ja, ich glaube, denen geht es gut. Ja, ja, ich höre, muss ich auch zu Ihnen sagen, immer wieder nur sehr gute Rückmeldungen. (...) Also da hat noch nie jemand etwas Schlechtes über dieses Bewegungsprogramm gesagt (Wien_1[A1], 147).“ Auch ihre Kolleginnen A2 und A3 und der Rekrutierungsarzt A1 von Wien_1 bestätigen die positive Rückmeldung der Patient(inn)en (Wien_2[A2], 166), (Wien_2[A3], 78), (Wien_1[A1], 155).

Der Oberarzt in NÖ ist mit dem Ablauf des Bewegungsprogrammes ebenfalls zufrieden und will das Bewegungsprogramm „im Grunde genau“ wie es jetzt die SPORTUNION anbietet direkt im Krankenhaus umsetzen (NÖ[A], 332).

Schwächen

Es scheint dennoch problematisch zu sein, dass es kein krankenhaushnahes Angebot gibt (Wien_1[A2], 187), (Wien_2[A3], 78), und dass das Projekt nach acht Wochen endet (Wien_1[A1], 195), (Wien_1[A2], 187), (Wien_2[A2], 149). Deshalb merkt auch A1 aus Wien_1 an, dass die Effektivität des Bewegungsprogrammes von der Nachbetreuung abhängig sein wird (Wien_1[A1], 163). Dies gibt auch der Arzt aus NÖ zu bedenken (NÖ[A], 71). Eine Schwachstelle des Projektes ist es auch, dass die Adipösen anschließend für das Bewegungsprogramm zahlen müssen (Wien_1[A2], 140, 187),

(Wien_2[A3], 78). A1 aus Wien_1 gibt auch an, dass die fehlende Kinderbetreuung ein Schwachpunkt ist (Wien_1[A1], 199). Er räumt jedoch anschließend ein, dass das nicht für sehr viele Frauen ein Hinderungsgrund ist (Wien_1[A1], 201).

Notwendigkeit

Alle Ärzt(inn)e(n) würden es auch begrüßen, wenn das Bewegungsprogramm den Adipösen nicht nur auf Projektbasis angeboten werden könnte (Wien_1[A1], 169) (Wien_1[A2], 179) (Wien_2[A1], 208), (Wien_2[A2], 164). Der Oberarzt in NÖ verfolgt dieses Ziel schon länger und will, „(...) dass wir endlich die Bewegung als Medizin anbieten können. Ah, dass das einmal alle erkennen, wie wichtig und effektiv das ist. Dass wir das auch machen können und dürfen (NÖ[A], 360).“ Er möchte überdies „(...) das Bewegungsprogramm im Haus haben“ (NÖ[A], 204), weshalb er „(...) seit Jahren in diese Richtung (...)“ tätig ist (NÖ[A], 181), um „Räume für Lebensstilmedizin“ im neuen Krankenhaus zu bekommen (NÖ[A], 330). Diese Aussagen beweisen eindeutig sein Commitment zur Bewegungstherapie.

Außerdem sind sich die Ärzt(inn)e(n) auch einig, dass die wenigsten Adipösen selbstständig, also ohne ein Bewegungsprogramm, ihr Sportverhalten ändern können (NÖ[A], 271), (Wien_1[A1], 211), (Wien_1[A2], 195), (Wien_2[A1], 178), (Wien_2[A2], 152), (Wien_2[A3], 82). Dazu meint auch A1 der Ambulanz Wien_1: „Es fehlt sicher an * solchen Turnstunden oder... oder Stunden für adipöse Patienten (Wien_1[A1], 174).“

Commitment zur Studie

Persönliche Vorteile durch die Studie

Alle befragten Ärzt(inn)e(n) weisen Adipöse zu, damit sie ihren Patient(inn)en ein Bewegungsprogramm anbieten können (NÖ[A], 208), (Wien_1[A1], 183), (Wien_1[A2], 60), (Wien_2[A1], 174), (Wien_2[A2], 84), (Wien_2[A3], 4). Sie würden auch alle an der Rekrutierung mitarbeiten, wenn keine Studie damit verbunden wäre (NÖ[A], 204), (Wien_1[A1], 62), (Wien_1[A2], 83), (Wien_1[A1], 174), (Wien_2[A2], 86), (Wien_2[A3], 4).

So legt der Oberarzt der Ambulanz in Niederösterreich auf die Ergebnisse der Studie nicht sehr viel Wert und meint: „Die Daten sind uns in Wirklichkeit ein bisschen wurst. Sondern es geht uns darum, dass wir für unsere Patienten ein Bewegungsprogramm haben, nicht. Dass wir ihnen das anbieten können (NÖ[A], 202).“ Außerdem bezeichnet er die Studie als „(...) viel mehr Arbeit, die wir eigentlich nicht brauchen würden (NÖ[A], 208).“

Auch der Arzt A1 von Wien_1 erwartet sich keine Vorteile durch die Studie (Wien_1[A1], 167). Seine Kollegin A1 erwähnt vorher die Vorteile, die die Patient(inn)en von der Studie haben, bevor sie anführt, dass sie vielleicht die Inflammationsparameter untersuchen könnte (Wien_1[A2], 171).

Auch für A2 und A3 von Wien_2 scheinen die Daten zum Publizieren zweitrangig zu sein (Wien_2[A2], 160), (Wien_1[A3], 104). Dazu meint A3: „Also ich habe eher die Motivation, dass es ein gutes Projekt ist und will quasi, dass gezeigt wird, was es bringt, ja (Wien_2[A3], 106).“ Sie führt aber auch den Sinn der Studie an und begründet dies wie folgt: „Dass man halt wirklich zeigen kann, dass man Schwarz auf Weiß hat, welchen Effekt, dass das hat. Und damit man auch in Zukunft bei Gesundheitsbehörden etc. um Förderung dieser Projekte ansuchen kann (Wien_2[A3], 8).“

Die Ärztin A1 denkt auch, dass sie gar keine Vorteile durch die Studie hat (Wien_2[A1], 186).

Erwartung an die Veröffentlichung

Die Vorstellungen bezüglich der Veröffentlichung der Studiendaten unterscheiden sich auch vollkommen voneinander:

So hat der Oberarzt der Ambulanz in Niederösterreich keine konkreten Vorstellungen, da er sich eher als „Zuträger“ und „Datenbringer“ bezeichnet und sich nicht für die Veröffentlichung zuständig fühlt (NÖ[A], 200).

Auch A3 von Wien_2 hat diesbezüglich keine Vorstellungen (Wien_2[A1], 188).

A1 von Wien_1 erwähnt zwar, dass die Daten veröffentlicht werden sollten, welche Daten aber konkret ausgewertet werden sollten, sei von den Ergebnissen der Studie abhängig und könne erst nach Begutachtung der Ergebnisse entschieden werden (Wien_1[A1], 177). A2 von Wien_1 möchte sich die Inflammationsparameter ansehen, die Ärztin A2 die „(...) Insulinsensitivität und die ganzen Informationssachen, welche für die Entwicklung von Diabetes verantwortlich sind (...) (Wien_2[A2], 162).“ Die Ärztin A3 möchte die Adipokine untersuchen (Wien_2[A3], 90).

Erwartung an die Studie

Der Oberarzt aus Niederösterreich setzt nicht so große Erwartungen in die Ergebnisse der Studie. Dies verdeutlicht unter anderem folgender Satz: „Ah, also ich glaube nicht, dass wir so etwas Weltbewegendes rausbekommen werden, glaube ich. Weil man da einfach... Die Leute sind auch nicht in einem Jahr dick geworden. Die... die... die sind in dreißig Jahren dick geworden und jetzt müssen sie abbauen. Jetzt dauert es wieder halt dreißig

Jahre, nicht * oder zwanzig Jahre (NÖ[A], 208).“ Diese Meinung bestärkt er auch mit der Aussage, die er in Zeile 185 trifft.

Auch die Ärztin A2 von Wien_1 ist sehr skeptisch, ob die Studie, wie sie es nennt, „echte Ergebnisse“ bringen wird, da die Studienergebnisse durch zu viele Störfaktoren beeinflusst würden (Wien_1[A2], 147, 163).

Da A1 in Wien_2 laut ihrer Aussage nur rekrutiert, hat sie auch keine Erwartungen (Wien_2[A1], 190). Ihre Kollegin A2 erwartet sich jedoch, dass die Patient(inn)en abnehmen werden und weiter Sport treiben (Wien_2[A2], 140). Die konkretesten Erwartungen hat A3. So meint sie: „Ah, von den Blutparametern... könnte ich mir schon vorstellen, dass die ah Veränderungen im Cholesterin vor allem im HDL-Cholesterin haben, ja. Das könnte ich mir schon vorstellen. Dass sie... Der Zuckerstoffwechsel wird zu schwer sein. Das wird... Da müsste man viel genauere Messungen machen, um da den Effekt zu sehen. Also ich glaube, dass man es in den Cholesterin, in den Triglyzeriden eventuell sehen wird. Aber eher im Cholesterin, weil das ist ein stabilerer Marker. Eventuell ein bisschen erniedrigte Leberwerte. Die könnte man sich auf jeden Fall anschauen, wegen der Fettleber und so. Und was will man... Und Gewiiicht? Also ich glaube, wenn die acht Wochen was tun und vorher nie was getan haben, dass die sicher auch an Gewicht abgenommen haben. Wenn nur zwei, drei Kilo, aber zumindest ein bisschen was auf jeden Fall (Wien_2[A3], 90).“

Commitment zum Schrittzähler

Der Arzt A1 von Wien_1 und die Ärztinnen A2 und A3 von der Ambulanz Wien_2 haben während des Interviews erwähnt, dass sie die Anwendung des Schrittzählers im Projekt gut finden (Wien_1[A1], 241, 251), (Wien_2[A2], 144), (Wien_2[A3], 114). A1 von Wien_1 begründet es folgendermaßen: „(...) weil einfach die Alltagsaktivität, finde ich, auch sehr wichtig ist, wenn man abnehmen will. Und viele Patienten, die Übergewicht haben, einfach sehr faul sind, was die Alltagsaktivität betrifft. Und mit dem Schrittzähler hat man eine Selbstkontrolle und merkt einfach, ob man sich genug bewegt hat oder nicht (Wien_1[A1], 241, 251).“

Da das Interview mit dem Oberarzt in Niederösterreich nur ergab, dass er den Schrittzähler schon benutzt hat (NÖ[A] 244, 250), die mitarbeitende Diätologin aber nicht (NÖ[A], 247), und auch die Meinung zum Schrittzähler der Ärztin A1 von Wien_1 nicht erfragt wurde, musste diese Information nachträglich eingeholt werden, mit dem Ergebnis, dass alle die Anwendung des Schrittzählers bei den Adipösen unterstützen. Die Ärztin A3 gibt zwar an, dass es nicht schlecht wäre, wenn man ihn verwendete, sie hätte aber gehört, dass er falsch zählen würde (Wien_2[A1], 220).

6 Diskussion

Bedeutung der Ergebnisse

Die Aussagen dieser Arbeit beziehen sich auf die Auswertung der Befragung aus jenen drei Ambulanzen, die im Rahmen des Projektes adipöse Frauen und Männer für die Studie zuweisen. Befragungen mit Mitarbeiter(inne)n der Ambulanz, die nicht bei der Studie mitarbeiten, sondern nur Adipöse für das Bewegungsprogramm rekrutieren, sind nicht Teil dieser Arbeit.

Bei der Auswertung und Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass sich die Ambulanz in NÖ in der Organisation sehr von den Krankenhäusern in Wien unterscheidet und deshalb die Rekrutierung in Wien nicht wie in NÖ umgesetzt werden kann. Es ist daher auch sehr schwierig, diese zu vergleichen.

Außerdem ist möglicherweise der Aspekt zu beachten, dass die Autorin selbst in das Projekt involviert ist. So ist es möglich, dass die Aussagen der Ärzt(inn)e(n) dadurch beeinflusst wurden. Es kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass die Ärzt(inn)e(n) durchaus die Schwachstellen und Probleme der Rekrutierung kennen, diese aber nicht offen ansprechen wollen. Bei der Vorbereitung und Durchführung des Interviews wurde jedoch darauf geachtet, eventuelle Barrieren so gering wie möglich zu halten.

Durch die Ergebnisse der durchgeführten Interviews und der Literaturrecherche können folgende Schlüsse gezogen werden:

6.1 KATEGORIE 1 – TÄTIGKEIT

Tätigkeit/Anwesenheit in der Ambulanz

Die wichtigste Rahmenbedingung ist, dass immer mindestens eine Ärztin/ein Arzt in der Ambulanz rekrutiert. Den Interviewpartner(innen) zufolge war dies aber in der Ambulanz Wien_2 nicht immer der Fall. Oft rotieren die verantwortlichen Rekrutierungsärzt(inn)e(n) im Krankenhaus und sind teilweise monatelang nicht in der Ambulanz, mit dem Ergebnis, dass niemand die Rekrutierung durchführt.

Conclusio:

Die Rotation der Ärzt(inn)e(n) wirkt sich eindeutig negativ auf die Rekrutierungszahlen aus und führt dazu, dass in Wien_2 die Rekrutierung niemand übernimmt. Von Vorteil ist es

natürlich, wenn mehrere, möglichst alle Ärzt(inn)e(n) über die Rekrutierung Bescheid wissen und als Team zusammenarbeiten.

Tätigkeit/Erfahrung mit Studien

Die Ergebnisse der Interviews lassen auch vermuten, dass Erfahrung mit der Organisation und Abwicklung von Studien für eine erfolgreiche Abwicklung der GEHE-Studie nicht nötig ist. Es gibt Hinweise, dass sich die Mitarbeit an mehreren Studien eher negativ auf die Rekrutierungszahlen auswirkt, da die Ärzt(inn)e(n) so unter Umständen den Überblick verlieren, wen sie für welche Studie rekrutieren sollten und möglicherweise dadurch auch nicht so ein hohes Commitment aufbauen.

Ärzt(inn)e(n) in den Ambulanzen benötigen neben der Patient(inn)enbetreuung zusätzlich Zeit für die Rekrutierung und Bearbeitung der Studien. Wenn man bedenkt, dass die Ärzt(inn)e(n) in Wien_2 zurzeit an zehn bis fünfzehn weiteren Studien mitarbeiten (Wien_2[A1], 33, 35), (Wien_2[A2], 18) und sie beispielsweise täglich pro Studie 15 Minuten Mehraufwand haben, müssten sie täglich mehr als zwei Stunden länger arbeiten, für die sie natürlich nicht entschädigt werden würden. Wenn jedoch nur eine Studie bzw. zwei Studien stattfinden, wie es in NÖ und in Wien_1 der Fall ist, beträgt der Mehraufwand „nur“ 15 Minuten, die für die Ärztin/den Arzt wahrscheinlich akzeptabel wären.

Conclusio:

Je weniger Studien gleichzeitig stattfinden, desto besser ist es für die Organisation der GEHE-Studie.

6.2 KATEGORIE 2 – AMBULANZ

Ambulanz/Ambulanzgröße

Die Annahme, dass die größte Ambulanz mit den meisten Patient(inn)en auch die meisten Adipösen für das Programm rekrutiert, trifft nicht zu – ganz im Gegenteil. Die Ambulanz mit der höchsten Anzahl an Patient(inn)en schickt die wenigsten Adipösen. Hier ist aber auch zu erwähnen, dass die Ambulanz mit den wenigsten Fettsüchtigen, aber nicht jene Ambulanz ist, die die wenigsten Mitarbeiter(innen) hat. Außerdem ist auch zu beachten, dass zurzeit nicht bewertet werden kann, wie viele Leute in Wien_2, der größten Ambulanz, wirklich rekrutiert wurden, da es zu einem Datenverlust gekommen ist, der in der Kategorie „Konkrete Schritte“ diskutiert wird.

Conclusio:

Je kleiner die Ambulanz ist, desto besser funktioniert die Rekrutierung. Auf Grund der Ambulanzgröße kommt es auch zur Personalrotation, die sich eindeutig negativ auf die Rekrutierungszahlen auswirkt.

Ambulanz/Personal

Wie auch schon die Literaturrecherche (Wechsler et al., 2003a; Hauner et al., 2000, Hauner, 2011) ergeben hat, war bis dato die Ernährungsumstellung die wichtigste Therapieform bei der Adipositasbehandlung. Dies lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass beispielsweise die Qualitätskriterien für eine ambulante Adipositasbetreuung von Fachgesellschaften für Ernährung erstellt wurden und diese deshalb ihr „Fachgebiet“ als wichtiger erachtet und ausführlicher beschrieben haben. Deshalb ist auch in den Betreuungsablauf kein(e) Sportwissenschaftler(in) und nur fakultativ ein(e) Physiotherapeut(in) inkludiert. Dies wirft die Frage auf, wer dann dafür verantwortlich ist, dass die Adipösen ihr Bewegungsverhalten ändern, wie es auch die Fachgesellschaften für Ernährung fordern? Da ich selbst auch Ernährungswissenschaften studiere, ist mir bewusst, dass Diätolog(inn)en und Ernährungswissenschaftler(innen) nicht dazu ausgebildet sind, Bewegungstherapie anzubieten. Interessant ist auch, wie die Adipösen ihr Bewegungsverhalten ändern sollen, wenn sie von keiner Expertin/keinem Experten unterstützt werden. Weiters ist anzumerken, dass die Beratung alleine nicht ausreicht, um ihr Bewegungsverhalten zu ändern, wie es auch Borg et al. (2002) belegen: Den Adipösen muss ein spezielles Programm angeboten werden.

Dass bis dato laut Huber (2009, S. 3) Bewegungstherapie unterschätzt wurde, spiegelt sich auch bei der Personalaufstellung in den Krankenhäusern wider, denn alle drei Ambulanzen haben zumindest eine Diätologin im Team. Eine Sporttherapie, mit Ausnahme des Bewegungsprogrammes der SPORTUNION, kann keine Ambulanz anbieten. Auch eine Unterstützung seitens einer Psychologin/eines Psychologen sollte gegeben sein. So kann eine interdisziplinäre Betreuung zurzeit nur den Adipösen in NÖ angeboten werden.

Es stellt sich nun die Frage, warum in allen Krankenhäusern Diätolog(inn)en fix in die Adipositasbetreuung eingebunden sind und man auf die positiven Effekte (vgl. 2.5.2.1 Auswirkung des Trainings) der Bewegungstherapie, die durch Ernährungstherapie alleine zweifelsfrei nicht erreicht werden können, in allen Krankenhäusern verzichtet. Aus Sicht der Autorin, die wie bereits erwähnt sowohl Sport- als auch Ernährungswissenschaftlerin ist, und der vorliegenden Literatur gibt es dafür keinen Grund. Es ist aber sicher zukünftig

noch mit sehr viel Arbeit verbunden, bis Bewegungsinterventionen einen ähnlichen oder gleichen Stellenwert genießen können wie die Ernährungsinterventionen.

Conclusio:

In allen drei Ambulanzen sind nur die Ernährungsinterventionen in die strukturierte Adipositas therapie eingegliedert. Eine psychologische Betreuung und auch Bewegung wird eindeutig benachteiligt.

Ambulanz/Patient(inn)enbetreuung

Es wirkt sich auch positiv auf die Rekrutierungszahlen aus, dass das Rekrutierungspersonal in NÖ die Adipösen schon vor der Rekrutierung kennt und öfters gesehen hat. So konnte schon eine Vertrauensbasis zwischen Patient(inn)en und Ärztin/Arzt bzw. Diätologin hergestellt werden. Möglicherweise ist es auch vorteilhaft, dass die Einteilung zum Bewegungsprogramm auch vom Personal des Krankenhauses übernommen wird, weil ein Bewegungsprogramm, das vom Krankenhaus angeboten wird, augenscheinlich einen höheren Stellenwert genießt als ein Programm von Sportvereinen. Dieser Ablauf lässt sich aber in den Ambulanzen in Wien nicht umsetzen. Der Stellenwert des Bewegungsprogrammes könnte in Wien aber erhöht werden, indem die Ärzt(inn)e(n) das Training als „Therapie“ und nicht als „Turnen“ bezeichnen und den Patient(inn)en einen „Verordnungsschein“, der für die Teilnahme am Bewegungsprogramm notwendig ist, aushändigen.

In NÖ lernen sich die Adipösen außerdem bereits bei den Workshops vor dem Bewegungsprogramm kennen. Gemeinsam fällt es ihnen dann leichter, sich für das Bewegungsprogramm anzumelden. Daher ist eine Gruppentherapie, die vor der Rekrutierung stattfindet, sicher von Vorteil.

Conclusio:

Es wirkt sich positiv aus, wenn ein Vertrauensverhältnis zwischen Rekrutierungspersonal und Adipösen besteht und die Einteilung zum Bewegungsprogramm auch das Krankenhauspersonal übernimmt. Dies kann aber als ein nicht so wichtiger Aspekt betrachtet werden.

Ambulanz/Patient(inn)enbetreuung/Zeit

Wie die Ergebnisse zeigen, steht der kleinsten Ambulanz mit Abstand die meiste Zeit für die Patient(inn)enrekrutierung zur Verfügung. Dies scheint eine der wichtigsten Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Rekrutierung zu sein.

Da die Ambulanz Wien_2 sehr stark frequentiert ist, beschränkt sich die Zeit für eine(n) Patient(in)en auf nur fünf Minuten. Dieser Patient(in)enansturm lässt sich auf den epidemieartigen Anstieg der Adipositaserkrankung, wie es durch mehrere Studien bewiesen werden konnte (IASO, 2010; WHO, 2011a; Finucane et al., 2011; Flegal et al., 2010; Elmadfa et al., 2009), zurückführen.

Das Zeitausmaß, das den Ärzt(inn)en für die Patient(inn)enbetreuung zur Verfügung steht, beeinflusst auch die Zeit, die für die Rekrutierung in Anspruch genommen werden kann.

Conclusio:

Es muss genügend Zeit für die Patient(inn)enbetreuung zur Verfügung stehen, damit überhaupt Zeit in die Rekrutierung investiert werden kann.

Möglicherweise besteht folgender Zusammenhang: Je mehr Zeit für die Patient(inn)enbetreuung zur Verfügung steht, desto mehr Zeit kann in die Rekrutierung investiert werden. Ob jedoch der Faktor Zeit die Rekrutierungszahlen maßgeblich beeinflusst, soll im Kapitel Rekrutierung/Zeit und Effektivität geklärt werden.

6.3 KATEGORIE 3 – REKRUTIERUNG

Rekrut(inn)en

Die Rekrutierungszahlen in NÖ sind auch deshalb so hoch, weil nicht nur Personen, die in der Ambulanz sind, dem Projekt zugewiesen werden, sondern auch stationär Leute rekrutiert werden und auch in einer Privatordination die Möglichkeit zur Teilnahme publik gemacht wird.

Conclusio:

Es sollen auch Adipöse rekrutiert werden, wenn sie stationär behandelt werden, um die Anzahl der informierten Personen zu erhöhen.

Konkrete Schritt, Verantwortliche und Entstehungsgeschichte des Prozesses

Da in NÖ sogar die Kurseinteilung vom Personal des Krankenhauses übernommen wird, tritt in ihrem Rekrutierungsprozess nur eine Schnittstelle, und zwar die Weiterleitung der Interessent(inn)en vom Arzt an die Diätologin, auf. Wenn die Diätologin selbst rekrutiert, gibt es gar keine Schnittstelle, was den Rekrutierungsprozess ungemein erleichtert.

In den Ambulanzen in Wien werden die Interessent(inn)en, wie es im vorgeschlagenen Rekrutierungsprozess beschrieben wurde, an die SPORTUNION weitergeleitet.

Deshalb gibt es in Wien mindestens eine Schnittstelle, die durch die Weiterleitung der Interessent(inn)en von der Ambulanz an die SPORTUNION entsteht. Zur Informationsübertragung wäre das wöchentliche Dokumentationsblatt vorgesehen, dies scheint jedoch nicht optimal zu sein.

Beide Ambulanzen in Wien sind sich einig, dass es besser wäre, Patient(inn)enetiketten aufzukleben und nicht die Namen der Interessent(inn)en handschriftlich einzutragen, wie es bis jetzt gemacht wurde. Dies ist ein Verbesserungsvorschlag, der einfach umzusetzen wäre.

Um darüber hinaus einen möglichen Datenverlust, wie er von Maier (2004, S.139) beschrieben wird, bei der Weitergabe der Interessent(inn)en an die SPORTUNION zu verhindern, archiviert die Rekrutierungsärztin A2 in Wien_1 die gefaxten Listen, was ein optimaler Lösungsweg ist. In Wien_2 kann das aber nicht durchgeführt werden, da es kein Personal dafür gibt.

In Wien_2 gibt es außerdem noch eine weitere Schnittstelle, und zwar bei der Weiterleitung der Interessent(inn)enliste innerhalb der Ambulanz, welche als problematisch gilt und zu dem befürchteten Datenverlust geführt hat. So ist das alleinige Befestigen der Listen an einem Kasten, wie es bis Oktober 2010 durchgeführt wurde, keine effiziente Methode der Weitergabe, da auch das restliche Personal, das in der Ambulanz tätig ist, die Zettel entfernen kann und lose Zettel im Allgemeinen leicht verloren gehen. Hier ist überdies anzumerken, dass es viel zu lange gedauert hat bis aufgedeckt werden konnte, dass es zum Datenverlust gekommen ist. Dies ist wiederum auf die mangelnde Kommunikation zwischen den Rekrutierungsärzt(inn)en einerseits und der SPORTUNION andererseits zurückzuführen. Außerdem kommt es so zu längeren Wartezeiten, bis die Mitarbeiter(innen) der SPORTUNION die Kontaktdaten erhalten, da die Interessent(inn)enliste auch öfters mehrere Wochen nicht geschickt wird. Es ist deshalb dringend zu empfehlen, dass die Ärztin/der Arzt, die/der die Patient(inn)en rekrutiert, die Liste auch direkt an die SPORTUNION weiterleitet. Durch diese Schnittstellenminimierung, wie sie Kasper et al. (2009, S. 288) vorschlägt, könnte es zu einer wesentlichen Verbesserung des gesamten Ablaufes kommen. Wenn diese Schnittstelle beibehalten wird, ist ein verstärkter Kommunikationsaufwand zwischen der rekrutierenden Ärztin/dem rekrutierenden Arzt und der Ärztin/dem Arzt, die/der die Unterlagen faxt, notwendig. Außerdem müssen die Ärzt(inn)e(n) wenn der Prozess dementsprechend aufgeteilt wird, über den kompletten Ablauf der Rekrutierung Bescheid wissen, wie es auch Patzak & Rattay (2004, S. 137) fordern.

Conclusio:

Die Rekrutierungsabläufe in den drei Ambulanzen unterscheiden sich maßgeblich voneinander, wobei die Weitergabe der Interessentenliste innerhalb der Ambulanz als problematisch zu bezeichnen ist. Diese Schnittstelle sollte unbedingt verhindert werden, um einen Datenverlust entgegenzuwirken.

Außerdem ist die handschriftliche Notiz der Interessent(inn)en nicht vorteilhaft. Diese soll durch Patient(inn)enetiketten ersetzt werden.

Rekrutierung/Zeit und Effektivität und Information über das Bewegungsprogramm

In diesem Abschnitt werden der Faktor Zeit und die Effektivität der Rekrutierung gleichzeitig diskutiert, da sie eng zusammenhängen:

Wie die Ergebnisse der Kategorie Effektivität widerspiegeln, ist die Effektivität in allen drei Krankenhäusern laut den Aussagen der Ärzt(inn)e(n) überraschenderweise relativ hoch, wobei sie in NÖ am höchsten ist, gefolgt von Wien_1. In Wien_2 wird auch angeführt, dass die Anzahl der informierten Personen maßgeblich von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt abhängt. Aus diesen Aussagen lässt sich folgern, dass die wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Rekrutierung ist, dass die Ärzt(inn)e(n) die Patient(inn)enrekrutierung überhaupt vornehmen. Dies ist aber in Wien_2 nicht immer der Fall. Weiters ist anzuführen, dass, wie im Kapitel Tätigkeit/Anwesenheit in der Ambulanz, in Wien_2 oft niemand in der Ambulanz war, die/der überhaupt versucht hat zu rekrutieren.

Außerdem muss in diesem Zusammenhang auch angeführt werden, dass Patient(inn)en, die sich in Wien_2 für das Bewegungsprogramm interessiert haben, dann schlussendlich doch nicht am Bewegungsprogramm mitmachen.

Weiters kann durch diese Arbeit belegt werden, dass die Einladung zum Bewegungsprogramm und ein kurzes Gespräch über die Wichtigkeit von Bewegung oft ausreicht, um die Patient(inn)en von Sport als Interventionsform zu überzeugen. Hier ist es aber besonders wichtig, dass die Ärztin/der Arzt in der Kürze der Zeit Bewegung als annähernd gleichermaßen anerkannte Therapie darstellt wie beispielsweise Medikamente. Es ist aber unwahrscheinlich, dass dies durch Aussagen wie „Sie haben da so Bänder und so, diese... Das ist ein bisschen so Kraftübungen und so (...) (Wien_1[A1], 135)“ gelingt.

Die Effektivität könnte aber weiter gesteigert werden, wenn, wie auch im Theorieteil angeführt, bestimmte Faktoren erfüllt werden, damit eine Gewichtsreduktion erfolgreich durchgeführt werden kann (Göhner & Fuchs, 2007, S. 15). Dazu zählt auch das

Problembewusstsein. Dies kann aber erst gebildet werden, wenn die Adipösen beispielsweise genügend Information über Bewegung und Sport und deren Effekte haben. Das Ziel, mehr Bewegung in den Alltag zu implementieren, muss auch ein persönliches Ziel der Adipösen/des Adipösen werden. So wird auch im DALI-Projekt¹⁷ und auch im PRAEDIAS-Projekt¹⁸ das Motivationsgespräch als wichtigstes Mittel zur Änderung des Lebensstils angesehen. Je mehr Zeit den Ärzt(inn)en dann schlussendlich zur Verfügung steht, desto mehr Informationen können gegeben werden, und demzufolge kann die Effektivität erhöht werden. Die zur Verfügung stehende Zeit unterscheidet sich aber drastisch zwischen den Ambulanzen. In Wien_2 hat die Ambulanz jeden Mittwoch fünf Stunden geöffnet und in diesem Zeitraum müssen 60 Patient(inn)en betreut werden. Da zurzeit meistens nur eine Ärztin in der Ambulanz ist, muss sie in einer Stunde 12 Adipöse behandeln. Daher stehen für die Betreuung einer Patientin/eines Patienten höchstens fünf Minuten zur Verfügung. Da das Informationsgespräch über das Bewegungsprogramm laut der Ärztin A1 etwas weniger als ein Viertel des Gespräches einnimmt, wird ungefähr eine Minute über die Thematik Sport und Adipositas gesprochen. Die Ärzte in Wien_1 haben im Vergleich dazu zwischen fünf und zehn Minuten Zeit, um die Adipösen zu informieren und zu motivieren. Außerdem ist es sowohl in NÖ als auch in Wien_1 möglich, dass die Wichtigkeit von Sport bereits vor dem Arztbesuch, bei dem die Adipösen rekrutiert werden, erwähnt wird und dadurch die Adipösen mehrmals zur Teilnahme aufgefordert werden können.

Außerdem muss auch Zeit in die Organisation der Studie und in die Kommunikation, einerseits zwischen den Rekrutierungsärzt(inn)en untereinander und andererseits zwischen den Rekrutierungsärzt(inn)en und der SPORTUNION investiert werden. Diese beträgt laut A2 von Wien_1 ungefähr zwei Stunden pro Woche. Diese Aufgaben kann in der Ambulanz in Wien_2 aber niemand übernehmen, da die Ärzt(inn)e(n), wie schon mehrmals erwähnt, an vielen Studien gleichzeitig mitarbeiten. Außerdem darf nicht vorausgesetzt werden, dass die Ärzt(inn)e(n) zusätzlich ihre Freizeit in die Studie investieren. Dies ist zurzeit jedoch für einen erfolgreichen Ablauf nötig und sowohl in NÖ als auch in Wien_1 möglich. Da aber das Personal in Wien_2, wie schon erwähnt und diskutiert wurde, gleichzeitig an so vielen Studien mitarbeitet, kann unentgeltliche Mehrarbeit hier nicht durchgeführt werden.

¹⁷**DALI-Projekt:** Projekt des 7 Rahmenprogramms für Frauen, die an Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes) leiden

¹⁸**PRAEDIAS-Projekt:** Projekt für Prädiabetiker(innen) zu einem gesünderen Lebensstil

Conclusio:

Da ein hoher Prozentsatz der informierten Adipösen an der Teilnahme am Bewegungsprogramm interessiert ist, wird vermutet, dass, wenn die richtigen Informationen gegeben werden und Bewegung als gleichermaßen wichtig dargestellt wird wie beispielsweise Medikamente, die Effektivität der Rekrutierung auch bei einem sehr kurzen Gespräch sehr hoch sein kann.

Es kann aber auch vermutet werden, dass je mehr Zeit den Ärzt(inn)en für die Rekrutierung zur Verfügung steht, desto höher ist die Effektivität und die Compliance. Anzumerken ist auch, dass in NÖ die Effektivität „erzwungen“ wird, indem das Rekrutierungspersonal vermehrt auf die Wichtigkeit des Bewegungsprogrammes hinweist. Auch in der Ambulanz in Wien_1 kann dieser Vorgang, zwar nicht mit diesem Nachdruck, aber trotzdem durchgeführt werden. In NÖ führt das Motivationsgespräch, dass im Rahmen des Projektes „Mein Weg zum Wunschgewicht“ abgehalten wird, zu einer sehr hohen Compliance zum Bewegungsprogramm. Auch in Wien könnte die Integration eines Motivationsgespräches in Betracht gezogen werden, um die Rekrutierungszahlen zu erhöhen, wenn dafür ausreichend Zeit zur Verfügung stehen würde.

Weiters ist auch ausreichend Zeit für die Organisation und Kommunikation zwischen den mitarbeitenden Ärzt(inn)en einzuplanen.

Rekrutierungsunterlagen

Ein nicht so entscheidender Faktor bei der Rekrutierung scheinen die Rekrutierungsunterlagen zu sein. Es ist besser, wenn die Ärzt(inn)e(n) die Patient(inn)en über den Ablauf des Bewegungsprogrammes informieren, da sie sich durch schriftliches Informationsmaterial nur schwer überzeugen lassen und es sich vermutlich gar nicht ansehen. Außerdem spricht die Erfolgsgeschichte laut der Ärztin A2 die Patient(inn)en nicht an. Beim Betrachten der Broschüre ist dieser Einwand sicher berechtigt. Die Erfolgsgeschichte, die eigentlich den Adipösen die Stärken des Bewegungsprogrammes und den Ablauf zeigen sollte, könnte daher durch ein anderes Informationsmedium ersetzt werden. Ein Kurzfilm, der im Wartezimmer der Ambulanzen gezeigt werden könnte, könnte den Adipösen einen Einblick in den Ablauf des Bewegungsprogrammes geben und auch die Notwendigkeit von Bewegung als Interventionsform kurz zusammenfassen. Auch Erfahrungsberichte der Teilnehmer(innen), die sich bereits im Bewegungsprogramm befinden, könnten in den Kurzfilm eingebaut werden. So würden sie schon in der Wartezeit vom Projekt hören. Ein weiterer Vorteil dieser Informationsweitergabe wäre, dass die Ärzt(inn)e(n) nicht mehr so viel Zeit für die Rekrutierung aufwenden müssten und die Adipösen so möglicherweise umfangreicher über Bewegung und Adipositas informiert

werden könnten. Es ist aber mit den Ambulanzen abzuklären, ob ein solches Szenario durchführbar ist.

Außerdem ist es empfehlenswert, dass jede Ambulanz die Unterlagen, die für die Rekrutierung notwendig sind, in einer Mappe aufbewahrt.

Conclusio:

Die Rekrutierungsunterlagen spielen bei der Rekrutierung einen nicht so entscheidenden Faktor. Trotzdem sollten die Erfolgsgeschichten überarbeitet werden, da sie die Adipösen nicht ansprechen. Auch ein Kurzfilm, der im Wartebereich abgespielt werden könnte, wäre anzudenken.

Information über die Studie

Das Informationsausmaß bezüglich der Studie wirkt sich vermutlich nicht direkt auf die Rekrutierungszahlen aus. Deshalb, und da die genauen Studienabläufe und die Unterschrift des Informed Consents ohnehin bei der ersten Baseline-Untersuchung erfolgen, soll bei der Rekrutierung selbst nicht sehr viel Zeit in die Erklärung der Studie investiert werden. Es ist aber zu vermuten, dass diese Information Auswirkungen auf die Compliance hat. Die Adipösen sollten unbedingt verstehen, warum sie zu den Untersuchungen kommen sollten. Außerdem soll hier erwähnt werden, obwohl es nicht Teil dieser Arbeit ist, dass die Compliance weiter gesteigert werden kann, wenn jede Follow-up-Untersuchung auch mit einem Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt verbunden ist, damit die Adipösen auch das Gefühl haben, dass sie von der Teilnahme an der Studie profitieren und nicht nur Daten „abliefern“ müssen. Dies hat sich aus nicht wissenschaftlich evaluierten Gesprächen mit den Teilnehmer(inne)n des Bewegungsprogrammes ergeben.

Conclusio:

Das Informationsausmaß bezüglich der Studie wirkt sich nicht direkt auf die Rekrutierungszahlen, jedoch auf die Compliance aus.

Zusammenarbeit des leitenden Personals mit den Rekrutierungsärzt(inn)en

Die Ergebnisse der Interviews zeigen auch, dass das leitende Personal lediglich über die Studie Bescheid weiß, aber nicht aktiv an der Rekrutierung beteiligt ist. Trotzdem kann das leitende Personal die Rekrutierungszahlen insofern beeinflussen, da es über Personalfragen entscheiden kann. So ist es auch von ihnen abhängig, ob die Rekrutierungsärzt(inn)e(n) beispielsweise durch Medizinstudent(inn)en unterstützt werden

können. Außerdem liegt es auch in ihrer Entscheidungsmacht, ob eine Studie in der Ambulanz überhaupt durchgeführt werden darf.

Conclusio:

Das leitende Personal ist nicht aktiv an der Rekrutierung beteiligt, kann die Rekrutierung aber trotzdem maßgeblich beeinflussen.

Zusammenarbeit des Rekrutierungspersonals

Ein Erfolgsfaktor bei der Rekrutierung in NÖ ist mit Sicherheit das interdisziplinäre Team und die hervorragende Zusammenarbeit in der Ambulanz. Hierfür ist sicher auch die überschaubare Größe des Krankenhauses von Vorteil. Wenn kein persönlicher Kontakt möglich ist, ist auch das Rund-E-Mail, wie es in Wien_1 angewendet wird, eine sehr gute Methode zum Informationsaustausch. Das Problem in Wien_2 scheint dennoch zu sein, dass sich die Kommunikation nur auf das Notwendigste beschränkt.

Conclusio:

Die Zusammenarbeit des Rekrutierungspersonals scheint für einen erfolgreichen Ablauf von großer Wichtigkeit zu sein. Deshalb sollten die Ärzt(inn)e(n) in Wien_2 verstärkt miteinander kommunizieren. Dafür muss zwingend auch Zeit eingeplant werden.

Zusammenarbeit Ambulanz und SPORTUNION

Die Zusammenarbeit zwischen den Ambulanzen und der SPORTUNION ist ein entscheidender Faktor, der die Rekrutierung beeinflusst. Wie auch die Literaturrecherche ergeben hat (vgl. 3.3.4 Virtuelles Team), sollten sich die Projektmitarbeiter(innen) untereinander unbedingt persönlich kennen, um die Qualität der Projektarbeit zu verbessern. In Folgeprojekten könnte ein gemeinsames Kick-Off, an dem alle Mitarbeiter(innen) teilnehmen müssen, die Kommunikation zwischen Ambulanz und SPORTUNION maßgeblich vereinfachen. Das Problem der Rotation der Ärzt(inn)e(n) ist aber durch das Kick-Off-Meeting nicht behoben. Außerdem sollten bei dieser Veranstaltung schon alle Abläufe und Arbeitsschritte klar sein, um diese den Ärzt(inn)en präsentieren zu können. So lernen die Mitarbeiter(innen) der Ambulanzen auch die Arbeitswege der SPORTUNION kennen. Außerdem ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter(innen) der SPORTUNION die konkreten Abläufe der Ambulanzen kennen, um Probleme besser verstehen oder Verbesserungsvorschläge machen zu können. Deshalb wäre es von Vorteil, wenn die SPORTUNION zu Beginn der Zusammenarbeit mit allen teilnehmenden Ambulanzen ein standardisiertes Interview, das an den Interviewleitfaden

dieser Arbeit angelehnt ist, machen würde. Es ist jedoch anzumerken, dass es sehr schwierig sein wird, einen Termin für dieses Interview und für das Kick-Off zu finden.

Außerdem müssen die Ärzt(inn)e(n) eine fixe Ansprechperson haben, wie es auch in den Interviews vermehrt gefordert wurde.

Eine gemeinsame Informationsplattform wie die Dropbox, wie es auch Patzak & Rattay (2004, S. 143) vorschlagen, beeinflusst die Kommunikation zwischen der SPORTUNION und den Ambulanzen positiv, wobei hier wiederum auf den Datenschutz zu achten ist.

Die Zusammenarbeit wird auch erschwert, wenn kein direkter Kontakt mit allen Ärzt(inn)en, die an der Rekrutierung beteiligt sind, besteht, wie es in Wien_2 der Fall ist.

Conclusio:

Die Zusammenarbeit zwischen Ambulanz und SPORTUNION beeinflusst die Rekrutierung maßgeblich und müsste im Falle von Wien_2 verbessert werden.

Konkret erwähnte Verbesserungsvorschläge

Informationsmangel

Auch das Wissen der Ärzt(inn)e(n) über die Inhalte des Bewegungsprogrammes variiert enorm. So kennen zwei Ärztinnen von Wien_2 den konkreten Ablauf des Trainings gar nicht und räumen ein, dass sie mehr Information diesbezüglich haben möchten. Da dies aber, wie schon Patzak & Rattay (2004, S. 137) beschrieben haben, eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit in einem virtuellen Team ist, sollten die Ärzt(inn)e(n) alsbald informiert werden. Hier würde sich abermals ein Kurzfilm mit einigen Ausschnitten des Trainings anbieten. Die Ärzt(inn)e(n) können sich so die Bewegungseinheiten besser vorstellen, ohne viel Zeit aufwenden zu müssen. Das Commitment zum Projekt könnte dadurch weiter erhöht werden, wodurch die Ärzt(inn)e(n) besser imstande wären, die Adipösen vom Bewegungsprogramm überzeugen zu können. Mit Sicherheit würde es sich positiv auf die Rekrutierungszahlen auswirken.

Ein Kurzfilm als Informationsgrundlage wäre aber auf jeden Fall für neue Mitarbeiter(innen), die noch gar keine Information über das Bewegungsprogramm haben, empfehlenswert.

Kurseinteilung

Auch eine sofortige Kurseinteilung direkt in der Ambulanz, so wie sie in NÖ durchgeführt wird, ist in Wien aus organisatorischen Gründen nicht möglich. So haben die Ärzt(inn)e(n) in Wien ohnehin kaum Zeit, um Adipöse zu rekrutieren; die zusätzliche Aufgabe der Kurseinteilung würde ihren bereits engen Zeitrahmen vollends sprengen.

Digitalisierung

Da es in Wien_2 intern zu einem Datenverlust gekommen ist, würden die Ärzt(inn)e(n) eine Digitalisierung der Anmeldungen bevorzugen, um diesen zukünftig zu verhindern. Die Erstellung dieses Systems wäre jedoch mit einem hohen organisatorischen Aufwand verbunden. Außerdem muss beachtet werden, dass die Patient(inn)enbetreuung nicht zwingend bei einem eingeschalteten Computer stattfindet.

Conclusio:

Der Informationsmangel der bei einigen Ärzt(inn)en vorliegt, muss alsbald z. B. durch einen Kurzfilm behoben werden. Hier ist zwingend anzumerken, dass sich vor allem die Ärztinnen von Wien_2 mehr Informationen wünschen. Dieser Informationsmangel könnte auch ein ausschlaggebender Grund für die niedrigen Rekrutierungszahlen sein.

Eine Kurseinteilung im Krankenhaus wird von den Ärzt(inn)en in Wien nicht befürwortet. Die Befragung der Ärzt(inn)e(n) ergab kein eindeutiges Ergebnis, ob eine Digitalisierung des Anmeldesystems durchgeführt werden soll.

6.4 KATEGORIE 4 – COMMITMENT

Commitment zu Sport

Obwohl im Interview alle Ärzt(inn)e(n) angeben, dass sie körperlich aktiv sind, ist zu erkennen, dass bei dem Rekrutierungspersonal in NÖ und in Wien_1 ein höheres Commitment zu Sport besteht und sie selber auch regelmäßig Sport treiben. Durch ihre eigene sportliche Lebensweise können sie ihren Patient(inn)en möglicherweise Sport als Intervention besser „verkaufen“.

Commitment zu Bewegungsinterventionen und Erwartungen an die Studienergebnisse

Wie in der Literaturrecherche (vgl. 2.5.1 Therapie allgemein) vermehrt erwähnt wurde, ist Bewegung ein wichtiger Bestandteil der Adipositas therapie. Dies bewerten auch alle interviewten Ärzt(inn)e(n) so und weisen auch hier auf die Interdisziplinarität, die bei der Betreuung notwendig ist, hin. Vor allem bei dem Arzt in NÖ, der Ärztin A2 in Wien_1 und der Ärztin A3 in Wien_2 ist ein sehr hohes Commitment zu Bewegungsinterventionen zu erkennen. Der Stellenwert von Bewegung wird den Patient(inn)en in den Ambulanzen unterschiedlich vermittelt und beeinflusst die Rekrutierungszahlen.

Über den Stellenwert der Bewegungs- im Vergleich zu Ernährungsinterventionen und die Auswirkung von Training auf das Gewicht scheinen sich aber auch die Ärzt(inn)e(n) nicht einig zu sein. So hat die Literaturrecherche (vgl. 2.5.2.1 Auswirkung des Trainings) ergeben, dass Bewegung bei der kurzfristigen Gewichtsreduktion eine untergeordnete Rolle spielt. Trotzdem meinen zwei Ärztinnen, dass es zu einem Gewichtsverlust in diesen acht Wochen kommen wird. Es gibt aber auch in der Literatur zu Training und Gewichtsreduktion sehr divergente Aussagen: In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass bei den Interventionen der Studien, die Bewegungs- mit Ernährungsinterventionen miteinander vergleichen, methodisch sehr unterschiedlich gearbeitet wurde. Diese methodischen Unterschiede sollen durch die beiden Reviewberichte von Wu et al. (2009) und Franz et al. (2007) gezeigt werden: So wurden beim Reviewbericht von Franz et al. (2007) nur Studien ausgewählt, bei denen die Teilnehmer(innen) an keinem spezifischen Bewegungsprogramm teilgenommen haben, sondern nur *„exercise recommendations or assistance as the primary weight-loss intervention and minimal or no advice on food and meal“* gegeben wurden (Franz et al., 2007, S. 1758). Die Studie von Wu et al. (2009) inkludiert hingegen alle Studien, die *„any type of exercise programme“* gemacht haben (Wu et al., 2009, S. 314).

Meiner Meinung nach ist es dadurch nicht möglich pauschal zu behaupten, dass beispielsweise Ernährungsinterventionen wichtiger sind als Bewegungsinterventionen, wenn es solche Unterschiede bei den Therapiemaßnahmen gibt. Außerdem stellt sich die Frage, ob man es überhaupt als Therapiemaßnahme bezeichnen kann, wenn man an irgendeinem willkürlichen Bewegungsprogramm teilnimmt, das nicht gewisse Kriterien erfüllt. Die genaueste und meiner Meinung nach beste Beschreibung liefert diesbezüglich die Studie von Villareal et al. (2011). Die Autoren beschreiben die Bewegungsinterventionen wie folgt:

„Participants in the exercise group were given information regarding a diet that would maintain their current weight and participated in three group exercise-training session per week. Each session was approximately 90 minutes in duration and consisted of aerobic exercises, resistance training, and exercise to improve flexibility and balance. (...) The participants exercised so that their heart rate was approximately 65 % of their peak heart rate and gradually increased the intensity of exercise so that their heart rate was between 70 and 85 % of their peak heart rate. The progressive resistance training included nine upper-extremity and lower-extremity exercises with the use of weight-lifting machines. Participants performed 1 or 2 sets at a resistance of approximately 65 % of their one-repetition maximum, with 8 to 12 repetitions of each exercise; they gradually increased the

intensity to 2 to 3 sets at a resistance of approximately 80 % of their one-repetition maximum, with 6 to 8 repetitions of each exercise.”

(Villareal et al. 2011, S. 1220 – 1221)

Aber auch hier wird die Diagnosemethode der Ausdauer- und Kraftfähigkeit nicht genau beschrieben.

Bei der Studie der SPORTUNION ist zu erwähnen, dass es laut Erfahrung der Autorin sehr schwer für die Adipösen ist, die Bewegungsempfehlungen, die für die Gewichtssenkung gelten, zu erreichen. Es darf außerdem nicht vergessen werden, dass sich die Übergewichtigen innerhalb der acht Wochen erst langsam wieder an Bewegung gewöhnen und zur richtigen Intensität hingeführt werden müssen. Zu berücksichtigen ist immer auch der gesundheitliche Benefit, der durch ein gezieltes Bewegungsprogramm erreicht werden kann. So kommt es, wie es beispielsweise durch die Studien von Ross et al. (2000) bewiesen wurde, auch ohne eine Gewichtsabnahme zur Verbesserung des Gesundheitszustandes. Dieser Meinung schließen sich auch die Ärzt(inn)e(n) an und meinen, dass die Adipösen auf alle Fälle vom Bewegungsprogramm profitieren.

Conclusio:

Alle Ärzt(inn)e(n), die an der Rekrutierung mitarbeiten, geben an, dass sie ein sehr hohes Commitment zur Bewegungsintervention haben.

Durch Beobachtungen konnte aber festgestellt werden, dass bei der Patient(inn)enbetreuung in den Ambulanzen Bewegung trotzdem ein unterschiedlicher Stellenwert zugeschrieben wird. Dies könnte die Rekrutierungszahlen maßgeblich beeinflussen.

Commitment zum Projekt

Weiters sind sich die Ärzt(inn)e(n) der Notwendigkeit des Bewegungsprogrammes sehr wohl bewusst und sich auch einig darüber, dass der Großteil der Adipösen ihr Bewegungsverhalten nicht selbständig umstellen könnte, womit sie die Ergebnisse der Studie von Borg et al. (2002, S. 680) und Franz et al. (2007, S. 1757) unterstreichen, bei der nur die reine Anweisung, ein spezielles Bewegungsprogramm durchzuführen, zu keinem vermehrten Gewichtsverlust führte.

Eine erwähnenswerte Schwäche des Bewegungsprogrammes ist, dass in Wien kein krankenhaushes Bewegungsprogramm angeboten werden kann. Es soll daher bei der Auswahl der Stützpunkte darauf Acht gegeben werden, dass die Trainingsorte in der Nähe der Krankenhäuser sind.

Conclusio:

Das Commitment zum Projekt ist bei allen Ärzt(inn)en sehr hoch.

Commitment zur Studie

Das Commitment zur Studie scheint die Qualität der Rekrutierung nicht zu beeinflussen. So kann, wie es nach der Literaturrecherche nicht zu erwarten war, kein Zusammenhang zwischen rationalem Commitment und der Anzahl der zugewiesenen Personen erkannt werden. Die Ärzt(inn)e(n), die sich am meisten engagieren, haben die geringsten Erwartungen an die Studienergebnisse. Die Ärztin A2 von Wien_1 zählt auch einige Schwächen der Studie auf. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass viele Studien unter „real-life-conditions“ schwierig durchführbar sind und es deshalb zu Abweichungen vom Protokoll kommt.

Vorteile

Außerdem erwartet keiner der Ärzt(inn)e(n) einen persönlichen Vorteil von den Studienergebnissen, obwohl sich fünf der befragten Ärzt(inn)e(n) darüber bewusst sind, dass sie in Absprache mit dem Projektleiter auch Teile der erhobenen Daten publizieren könnten. Fraglich ist dabei, wie das rationale Commitment dann gesteigert werden kann, wenn der Zugriff auf die Daten für die Ärzt(inn)e(n) kein Vorteil ist.

Conclusio:

Das Commitment zur Studie scheint die Qualität der Rekrutierung nicht zu beeinflussen.

Commitment zum Schrittzähler

Wie auch die Artikel, die im Theorieteil (vgl. 2.5.2.2.2 Alltagsaktivität) angeführt werden zeigen, bestätigen auch die Ärzt(inn)e(n) die Wichtigkeit der Alltagsaktivität bei der Gewichtsabnahme. Da durch Training alleine die Bewegungsempfehlungen nur schwer erreicht werden können, soll die Alltagsaktivität neben dem gezielten Training unbedingt zur Gewichtsreduktion eingesetzt werden. Es ist aber auf jeden Fall nicht empfehlenswert auf das gezielte Training zu verzichten, da eine gewisse Trainingsintensität notwendig ist, um die positiven Effekte, wie sie im Kapitel 2.5.2.1.1 Auswirkung des Trainings auf den allgemeinen Gesundheitszustand beschrieben werden, erreichen zu können.

Conclusio:

Die Anwendung des Schrittzählers wird von den Ärzt(inn)en befürwortet.

7 Schlussfolgerung

Die Rekrutierungsabläufe in den drei Ambulanzen unterscheiden sich maßgeblich voneinander und auch vom vorgeschlagenen Prozess: Während die Ambulanz in Niederösterreich auch die Kurseinteilung übernimmt und somit die Schnittstelle Ambulanz – SPORTUNION verhindert, müssen die Ärzt(inn)e(n) in Wien die Interessent(inn)enliste mittels Fax an die SPORTUNION weiterleiten. In der Ambulanz Wien_2 wird die Liste auch innerhalb der Ambulanz weitergegeben, was in der Vergangenheit zu Informationsverlusten führte, da keine Kommunikation zwischen den Rekrutierungsärztinnen stattfand. Negativ wirkte sich auch der Sachverhalt aus, dass die Zettel an Orten aufbewahrt wurden, auf die auch Projektunbeteiligte Zugriff hatten.

Die wichtigste Rahmenbedingung, die bei einer erfolgreichen Rekrutierung auch erfüllt sein muss ist, dass das Rekrutierungspersonal in der Ambulanz anwesend ist und sich für die Rekrutierung zuständig fühlt. Durch Personalrotation ist diese Rahmenbedingung aber nicht immer erfüllt. Dies führt auch dazu, dass das rekrutierende Personal nur wenige Informationen über das Bewegungsprogramm hat und darunter die Rekrutierung leidet. Dieses Manko sollte sofort behoben werden.

Weiters soll erwähnt werden, dass sich ein mehrmaliges Ansprechen der Patient(inn)en bezüglich Bewegung positiv auf die Rekrutierungszahlen auswirkt. Hierfür muss aber genügend Zeit und Engagement zur Verfügung stehen.

Außerdem muss auch Zeit in die Kommunikation zwischen den Ärzt(inn)en untereinander, und auch in die Zusammenarbeit SPORTUNION und Ambulanz investiert werden, um ein qualitätsgesichertes Bewegungsprogramm anbieten zu können. Wenn aber in einer Ambulanz an mehreren Studien gleichzeitig gearbeitet wird, ist es nur schwer möglich, dass die Ärzt(inn)e(n) diese Zeit aufbringen. Da diese laut den Aussagen der Ärzt(inn)e(n) sehr knapp ist und diese Gegebenheit nur schwer veränderbar ist, soll die Wartezeit in der Ambulanz genutzt werden, um die/den Adipösen für die Lebensstilintervention Bewegung zu sensibilisieren. Hierfür gibt es verschiedene Möglichkeiten:

Ein Kurzfilm, der im Wartezimmer der Ambulanzen gezeigt wird, könnte die Adipösen vorerst zum Überdenken ihres Lebensstils bezüglich Bewegung anregen. Der Film sollte auch einen Einblick in den Ablauf des Bewegungsprogrammes geben und auch die Notwendigkeit von Bewegung als Interventionsform kurz zusammenfassen. Auch Erfahrungsberichte der Teilnehmer(innen), die sich bereits im Bewegungsprogramm befinden, könnten in den Kurzfilm eingebaut werden. So würden sie schon in der Wartezeit vom Projekt hören und die Ärztin/der Arzt müsste bei der

Patient(inn)enbetreuung nur mehr auf das Bewegungsprogramm hinweisen und Interessent(inn)en in die Liste eintragen.

Falls dieses Szenario in der Ambulanz nicht möglich ist, könnten Adipöse auch durch einen kurzen Fragebogen und durch Informationsmaterial, das sie bei der Anmeldung an der Leitstelle bekommen, für Bewegungsintervention sensibilisiert werden.

Dieser Fragebogen könnte folgende Fragen beinhalten:

- Sind Sie außer Atem wenn Sie Stiegen steigen?
- Haben Sie den Weg zur Ambulanz zum Teil zu Fuß zurückgelegt?
- Wie oft in der Woche gehen Sie spazieren?
- Hätten Sie Lust mit Gleichgesinnten in kleinen Gruppen Sport zu gemacht?

Während die Patientin/der Patient dann auf die betreuende Ärztin/den betreuenden Arzt wartet, kann sie/er sich dann mit diesen Fragen beschäftigen.

Während der Visite soll dann der Fragebogen mit einem Zeitaufwand von einer halben Minute kurz besprochen werden. Am Ende des Gespräches wird dann auf das Bewegungsprogramm hingewiesen und Interessent(inn)en werden in die Interessent(inn)enliste eingetragen.

Die genauere Information und Erklärung des Programmes sind somit nicht Aufgabe der Ärztin/ der Arztes. Sie/Er kann „nur“ als sehr wichtige Schnittstelle betrachtet werden, ohne der das ganze System aber nicht funktioniert.

Durch dieses System würde auch erreicht werden, dass zumindest alle Personen kurz über ihr Bewegungsverhalten nachdenken und falls die Ärztin/der Arzt aus Zeitgründen auf die Rekrutierung vergessen würde, besteht die Möglichkeit die Ärztin/den Arzt direkt nach dem Bewegungsprogramm zu fragen. Da es nicht mehr alleinige Aufgabe der Ärztin/des Arztes ist, die/den Patienten zum Überdenken der Bewegungsinterventionen aufzufordern.

Weiters sollten sich alle Mitarbeiter(innen) des virtuellen Teams SPORTUNION und des Krankenhauses persönlich kennen. Des Weiteren muss auch Wert darauf gelegt werden, dass allen Mitarbeiter(inne)n der komplette Ablauf der Rekrutierung und des Projektes bekannt ist. Dies könnte bei einem Kick-Off Meeting realisiert werden.

Auch das bisher verwendete Informationsmaterial (Erfolgsgeschichte und Informationsblatt) ist für eine erfolgreiche Rekrutierung nicht erforderlich. Es ist aber empfehlenswert, dass die Erfolgsgeschichte durch ein anderes Informationsmedium ersetzt wird.

Festzuhalten ist auch, dass das leitende Personal in die Rekrutierung selber nicht involviert ist, die Qualität der Rekrutierung dennoch maßgeblich beeinflussen kann.

Weiters muss auch angemerkt werden, dass alle Ärzt(inn)e(n) Bewegung als notwendige Maßnahme bei Adipositas bezeichnen. Durch Beobachtungen konnte aber festgestellt werden, dass bei der Patient(inn)enbetreuung in den Ambulanzen der Bewegungsintervention trotzdem ein unterschiedlicher Stellenwert zugeschrieben wird. Dies könnte die Rekrutierungszahlen maßgeblich beeinflussen.

Abschließend kann noch angemerkt werden, dass sich Ambulanz oder niedergelassene Ärztinnen/niedergelassener Arzt sehr gut zur Information und Rekrutierung eignen. Sie sollen als „Schnittstelle“ dienen, um ihren Patient(inn)en kostengünstige, qualitätsgesicherte Programme anzubieten. Deshalb ist es auch ein langfristiges Ziel dieser Implementierungsmaßnahmen, dass die Kosten für Bewegungsinterventionen von den Krankenkassen übernommen werden.

Abkürzungsverzeichnis

ACSM.....	American College of Sports Medicine
BIA.....	bioelektrische Impedanz Analyse
CDC.....	Center of Disease Control and Prevention
DAEM.....	Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin
DAG.....	Deutsche Adipositas Gesellschaft
DGAV.....	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
DGE.....	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGEM.....	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
EK.....	Ethikkommission
IASO.....	International Association for the Study of Obesity
KHK.....	koronare Herzkrankheit
pAVK.....	periphere arterielle Verschlusskrankung
WHO.....	World Health Organization
WHR.....	Waist-to-Hip-Ration

Literaturverzeichnis

- Ainsworth, B., Haskell, W., Whitt, M., Irwin, M., Swartz, A., Strath, S., O'Brien, W., Bassett, D., Schmitz, K., Emplainscourt, P., Jacobs, D. & Leon, A. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32 (9 suppl), 498-504.
- Andersen, R., Wadden, T., Bartlett, S., Zemel, B., Verde, T. & Franckowiak, S. (1999). Effects of lifestyle activity vs structured aerobic exercise in obese women: a randomized trial. *JAMA*, 281 (4), 335-340.
- Ansen, H. & Gödecker-Geenen, N. (2004). *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Assmann, G. & Schulte, H. (1992). Obesity and hyperlipidemia: results from the Prospective Cardiovascular Münster (PROCAM) Study. In P. Björntorp & B. Brodoff (Hrsg.), *Obesity* (S. 502-511). Philadelphia: Lippincott.
- ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories (2002). ATS statement: guidelines for the sixminute walk test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166, 111-117.
- BfArM (2008). Acomplia® (Rimonabant): Europäische Arzneimittelagentur hält Ruhen der Zulassung für erforderlich. Zugriff am 15. August 2011 unter <http://www.bfarm.de/DE/Pharmakovigilanz/risikoinfo/2008/acompia.html>
- BfArM (2009). Sibutramin-haltige Arzneimittel: EMA empfiehlt das Ruhen der Zulassungen. Zugriff am 26. Juni 2011 unter <http://www.bfarm.de/DE/BfArM/Presse/mitteil2010/pm01-2010.html>
- Blair, S., LaMonte, M. & Nichaman, M. (2004). The evolution of physical activity recommendation: how much is enough? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79 (suppl), 913-920.
- Borg, G. (2004). Anstrengungsempfinden und körperliche Aktivität. *Deutsches Ärzteblatt*, 101, 1016-1021.
- Borg, P., Kukkonen-Harjula, K., Fogelholm, M. & Pasanen, M. (2002). Effects of walking or resistance training on weight loss maintenance in obese, middle-aged men: a randomized trial. *International Journal of Obesity*, 26, 676-683.
- Braith, R. & Stewart, K. (2006). Resistance Exercise Training: Its role in the prevention of cardiovascular disease. *Circulation*, 113, 2642-2650.
- Bramlage, P., Pittrow, D., Wittchen, H., Kirch, W., Böhrer, S., Lehnert, H., Höfler, M., Unger, T. & Sharma, A. (2004). Hypertension in overweight and obese primary care patients is highly prevalent and poorly controlled. *American Journal of Hypertension*, 17 (10), 904-910.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). Handbuch SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Zugriff am 09. Juni 2011 unter <http://www.unifr.ch/ztd/HTS/infest/WEB-Informationssystem/de/4dek01/ee8e3ab0685e11d4ae5a0050043beb55/hb.htm>
- Butland, B., Jebb, S., Kopelmann, P., MCPerson, K., Thomas, S., Mardell, J. & Parry, V. (2007). Foresight – Tackling Obesity: Future choices – Project report. Zugriff am 23. Mai 2011 unter <http://www.bis.gov.uk/assets/bispartners/foresight/docs/obesity/17.pdf>
- Cardona-Morrell, M., Rychetnik, L., Morrell, S., Espinel, P. & Bauman, A. (2010). Reduction of diabetes risk in routine clinical practice: are physical activity and nutrition interventions feasible and are the outcomes from reference trials replicable? A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 10, 653.
- Carmichael, A. (1999). Treatment for morbid obesity. *Postgraduate Medical Journal*, 75, 7-12.
- CDC (2011). U.S. Obesity Trends. Zugriff am 30. März 2011 unter <http://www.cdc.gov/obesity/data/trends.html#State>
- CDC (2011a). Causes and Consequences. Zugriff am 19. April 2011 unter <http://www.cdc.gov/obesity/causes/index.html>
- CDC (2011b). Physical Activity for Everyone. Zugriff am 06. April 2011 unter <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/guidelines/adults.html>.
- Chan, C., Ryan, D. & Tudor-Locke, C. (2004). Health benefits of a pedometer-based physical activity intervention in sedentary workers. *Preventive Medicine*, 39, 1215-1222.
- Colditz, G., Willtett, W., Rotnitzky, A. & Manson, J. (1995). Weight gain as a risk factor for clinical diabetes mellitus in women. *Annals of Internal Medicine*, 122, 481-486.
- Cooper-Hakim, A. & Viswesvaran, C. (2005). The construct of work commitment: Testing an integrative framework. *Psychological Bulletin*, 131 (2), 241-259.
- Després, J., Lemieux, I. & Prud'homme, D. (2001). Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *BMJ*, 322, 716-720.

- Després, J., Tremblay, A., Moorjani, S., Lupien, P., Thériault, G., Nadeau, A. & Bouchard, C. (1990). Long-term exercise training with constant energy intake. 3: Effects on plasma lipoprotein levels. *International Journal of Obesity*, 14 (1), 85-94.
- Deurenberg, P. (1996). Limitations of the bioelectrical impedance method for the assessment of body fat in severe obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 64, 449-452.
- DGAV (2010). S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas. Zugriff am 15. April 2011 unter <http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/ADIP-6-2010.pdf>
- Dieplinger, A. (2008). *Soziale Dienstleitungen für Patient(inn)en und Angehörige-Studien und Konzept zur Orientierung von Sozialarbeit im Krankenhaus*. Wien: Böhlau-Verlag GesmbH.
- Dlugosch, G. & Krieger, W. (1995). *Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Donnelly, J., Blair, S., Jakicic, J., Manore, M., Rankin, J. & Smith, B.; American College of Sports Medicine. (2009). American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41 (2), 459-471.
- Elmadfa, I. (2004). *Ernährungslehre*. Stuttgart: Verlag Eugen Ulmer GmbH & Co.
- Elmadfa, I., Freisling, H., König, J., Brachfelner, J., Cvitkovich-Steiner, H., Genser, D., Grossgut, R., Hassan-Hauser, C., Kichler, R., Kunze, M., Majchrzak, D., Manafi, M., Rust, P., Schindler, K., Vojir, F., Wallner, S. & Zilberszac, A. (2003). Österreichischer Ernährungsbericht 2003. Zugriff am 24. April 2011 unter http://www.praevention.at/upload/documentbox/oesterr_ernaehrungsbericht_2003.pdf
- Elmadfa, I., Freisling, H., Nowak, V. & Hofstadter, D. (2009). Österreichischer Ernährungsbericht 2008. Zugriff am 24. Mai 2011 unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/6/0/CH1048/CMS1288948560136/der_gesamte_ernaehrungsbericht.pdf
- Enke, N. (2009). *Schnittstellen in der Notfallversorgung: Eine problemorientierte Systemanalyse*. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
- EU-Arbeitsgruppe Sport & Gesundheit. (2008). EU-Leitlinien für körperliche Aktivität Empfohlene politische Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung. Zugriff am 06. April 2011 unter http://ec.europa.eu/sport/library/doc/c1/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_de.pdf.
- Finucane, M., Stevens, G., Cowan, M., Danaei, G., Lin, J., Paciorek, C., Singh, G., Gutierrez, H., Lu, Y., Bahalim, A., Farzadfar, F., Riley, L. & Ezziati, M. (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*, 377, 557-567.
- Flegal, K., Carroll, M., Ogden, C. & Curtin, L. (2010). Prevalence and Trends in Obesity among US Adults, 1999 – 2008. *JAMA*, 303 (3), 235-241.
- Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fontaine, K., Redden, D., Wang, C., Westfall, O. & Allison, D. (2003). Years of life lost due to obesity. *JAMA*, 289, 187-193.
- Franz, M., VanWormer, J., Crain, A., Boucher, J., Histon, T., Caplan, W., Bowman, J. & Pronk, N. (2007). Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*, 107 (10), 1755-1767.
- Froböse, I., Nellessen-Martens, G. & Wilke, C. (2010). *Training in der Therapie* (3. Auflage). München: Elsevier GmbH.
- Göhner, W. & Fuchs, R. (2007). *Änderung des Gesundheitsverhalten: MoVo-Gruppenprogramm für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung*. Göttingen: Hogrefe.
- Greiling, M. & Dudek, M. (2009). *Schnittstellenmanagement in der integrierten Versorgung*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Grießler, D. (2010). *Der Nachbrenneffekt als geeignetes Mittel zur Gewichtsregulation?* Wien: Universität Wien, Zentrum für Sportwissenschaft und Universitätssport.
- Haber, P. & Tomasit, J. (2006). *Medizinische Trainingstherapie: Anleitungen für die Praxis*. Wien: Springer Medizin Verlag.
- Haber, P. (2007). *Ernährung und Bewegung für Jung und Alt. Alter werden - gesund bleiben*. Wien: Springer Medizin Verlag.
- Hagströmer, M., Oja, P. & Sjöström, M. (2006). The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutrition*, 9 (6), 755-762.
- Halsted, C. (1999). Is blockade of pancreatic lipase the answer? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 68, 1059-1060.

- Han, T., McNeill, G., Seidell, J. & Lean, M. (1997). Predicting intra-abdominal fatness from anthropometric measures: the influence of stature. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 21 (7), 587-593.
- Hansen, D. (2007). The effects of exercise training on fat-mass loss in obese patients during energy intake restriction. *Sports Medicine*, 37 (1), 31-46.
- Hauner, H. & Wabitsch, M. (2004). Das Fettgewebe als endokrines Organ. In M. Wabitsch, J. Hebebrand & W. Kiess (Hrsg.), *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Klinik* (S. 147-158). Heidelberg: Springer.
- Hauner, H. (2011). Das Fett muss weg – ambulante Programme zur Gewichtsreduktion. *Ernährungsumschau*, 4, 190-193.
- Hauner, H. (2011a). Möglichkeiten der Adipositasbehandlung. *Der Internist*, 25, 374-382.
- Hauner, H., Buchholz, G., Hamann, A., Husemann, B., Koletzko, B., Liebermeister, H., Wabitsch, M., Westenhöfer, J., Wirth, A. & Wolfram, G. (2007). Prävention und Therapie der Adipositas. Zugriff am 12. Juni 2011 unter http://www.sge-ssn.ch/fileadmin/pdf/100-ernaehrungsthemen/20-abnehmen_gewichthalten/Grundlagen/Evidenzbasierte_Leitlinie_Praevention_und_Therapie_von_Adipositas_der_DGE.pdf
- Hauner, H., Wechsler, J., Kluthe, R., Liebermeister, H., Erbersdobler, H., Wolfram, G., Fürst, P. & Jauch, K. (2000). Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 28, 163-165.
- Heidenreich, T. (2004). *Langzeitergebnisse nach Gastric Banding-Operation im Rahmen eines interdisziplinären Therapieprogramms*. Technischen Universität München: Fakultät für Medizin.
- Heini, A. & Weinsier, R. (1997). Divergent trends in obesity and fat intake patterns: the American paradox. *The American Journal of Medicine*, 102 (3), 259-64.
- Hill, J. & Melanson, E. (1999). Overview of the determinants of overweight and obesity: current evidence and research issues. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31 (suppl), 515-521.
- Hill, J., Wyatt, H., Reed, G. & Peters, J. (2003). Obesity and the environment: where do we go from here? *Science*, 299, 853-855.
- Hogan, P., Dall, T. & Nikolov, P. (2003). Economic costs of diabetes in the US in 2002. *Diabetes Care*, 26, 917-932.
- Holzapfel, C. & Hauner, H. (2009). Gewichtsreduktion bei Adipositas: Welche Rolle spielen die Gene? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 134, 644-649.
- Huang, Z., Willett, W., Manson, J., Rosner, B., Stampfer, M., Speizer, F. & Colditz, G. (1998). Body weight, weight change, and risk for hypertension in women. *Annals of Internal Medicine*, 128 (2), 81-88.
- Huber, G. (2009). *Normalgewicht – das Deltaprinzip. Grundlagen und Module zur Planung von Kursen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hulens, M., Vansant, G., Claessens, A., Lysens, R. & Muls, E. (2003). Predictors of 6-minute walk test results in lean, obese and morbidly obese woman. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 13, 98-105.
- IASO (2009). Increasing Obesity Rates in Europe 1985 – 2008. Zugriff am 30. März 2011 unter http://www.iaso.org/site_media/uploads/TrendsEuropeanadultsthroutimeMay09.pdf
- IASO (2010). Zugriff am 30. März 2011 unter <http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/>
- Jakicic, J., Clark, K., Coleman, E., Donnelly, J., Foreyt, J., Melanson, E., Volek, J. & Volpe, S.; American College of Sports Medicine. (2001). Appropriate Physical Activity Intervention Strategies for Weight Loss and Prevention of Weight Regain for Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33 (12), 2145-2156.
- Kaleta, D., Makowiec-Dabrowska, T. & Jegier, A. (2007). Occupational and leisure time energy expenditure and body mass index. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 20 (1), 9-16.
- Kang, M., Marshall, S., Barreira, T. & Lee, J. (2009). Effect of pedometer-based physical activity interventions: a meta-analysis. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 80 (3), 648-55.
- Kannel, W., Garrison, R. & Dannenberg, A. (1993). Secular blood pressure trends in normotensive persons: the Framingham Study. *American Heart Journal*, 125 (4), 1154-1158.
- Karst, K., Segler, T. & Gruber, K. (2000). *Unternehmensstrategien erfolgreich umsetzen durch Commitment Management*. Berlin: Springer.
- Kasper, H. & Mühlbacher, J. (2009). Strategiemodelle und neue Organisationsformen. In H. Kasper, W. Mayrhofer (Hrsg.), *Personalmanagement Führung Organisation* (4. Auflage) (S. 267-308). Wien: Linde Verlag.
- Kasper, H. (2009). *Ernährungsmedizin und Diätetik* (11. Auflage). München: Elsevier GmbH.

- Kenchaiah, S., Evans, J., Levy, D., Wilson, P., Benjamin, E., Larson, M., Kannel, W. & Vasan, R. (2002). Obesity and the risk of heart failure. *The New England Journal of Medicine*, 347, 305-313.
- Kiefer, I., Rieder, A., Rathmann, T., Meidlinger, B., Baritsch, C., Lawrence, K., Dörner, T. & Kunze, M. (2006). Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlagen für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene. Zugriff am 01. April 2011 unter http://www.adipositas-austria.org/pdf/3031_AMZ_Adipositas_3108_final.pdf
- Kirk, E., Donnelly, J., Smith, B., Honas, J., Lecheminant, J., Bailey, B., Jacobsen, D. & Washburn, R. (2009). Minimal Resistance Training Improves Daily Energy Expenditure and Fat Oxidation. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41 (5), 1122-1129.
- Kokkinos, P., Sheriff, H. & Kheirbek, R. (2011). Physical Inactivity and Mortality Risk. *Cardiology Research and Practice* 2011. Zugriff am 20. Mai 2011 unter <http://www.hindawi.com/journals/crp/2011/924945/cta/>
- Koplan, J. & Dietz, W. (1999). Caloric imbalance and public health policy. *JAMA*, 282 (16), 1579-1581.
- Kossow, K. (2009). Verhaltenstherapie und Allgemeinmedizin. In J. Margraf, S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (S. 817-832). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Kraus, R. & Woschée, R. (2009). Commitment und Identifikation mit Projekten. In M. Wastian, I. Braumandl, L. von Rosenstiel (Hrsg.), *Angewandte Psychologie für Projektmanager. Ein Praxisbuch für die erfolgreiche Projektleitung* (S. 187-206). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Krause, M., Hallage, T., Gama, M., Miculis, C., Matuda Nda, S. & Silva, S. (2009). Association of fitness and waist circumference with hypertension in Brazilian elderly women. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93 (1), 2-8.
- Kyle, U., Bosaeus, I., De Lorenzo, A., Deurenberg, P., Elia, M., Manuel Gómez, J., Lilienthal Heitmann, B., Kent-Smith, L., Melchior, J., Pirlich, M., Scharfetter, H., Schols, A. & Pichard, C. (2004). Bioelectrical impedance analysis-part II: utilization in clinical practice. *Clinical Nutrition*, 1430-1453.
- Lachapelle, U. & Frank, L. (2009). Transit and health: Mode of transport, employer-sponsored public transit pass programs, and physical activity. *Journal of Public Health Policy*, 30, 74-94.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung* (4. Auflage). Basel: Beltz Verlag.
- Lean, M., Han, T. & Morrison, C. (1995). Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ*, 311, 158-161.
- Lechner, R. & Hanisch, B. (2008). Komplexe Projekte als herausfordernder Kontext. In T. Mayer, A. Wald, R. Gleich & R. Wagner (Hrsg.), *Advanced Project Management: Herausforderungen-Praxiserfahrungen-Perspektiven* (S. 299-318). Münster: Literatur Verlag.
- Lee, D., Sui, X., Artero, E., Lee, I., Church, T., McAuley, P., Stanford, F., Kohl, H. & Blair, S. (2011). Long-term effects of changes in cardiorespiratory fitness and body mass index on all-cause and cardiovascular disease mortality in men: the Aerobics Center Longitudinal Study. *Circulation*, 124 (23), 2483-2490.
- Levine, J., Vander Weg, M., Hill, J. & Klesges, R. (2006). Non-exercise activity thermogenesis: the crouching tiger hidden dragon of societal weight gain. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 26, 729-736.
- Lipnack, J. & Stamps, J. (1998). *Virtuelle Teams – Projekte ohne Grenzen, Teambildung – Virtuell Orte – Intelligentes Arbeiten – Vertrauen in Teams*. Wien: Wirtschaftsverlag Überreuter.
- Loellgen, H. (2004). Das Anstrengungsempfinden (RPE, Borg-Skala). *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 55 (11), 299-300.
- Maier, F. (2004). *Komplexität und Dynamik als Herausforderung für das Management: Festschrift*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Manson, J., Willett, W., Stampfer, M., Colditz, G., Hunter, D., Hankinson, S., Hennekens, C. & Speizer, F. (1995). Body weight and mortality among women. *The New England Journal of Medicine*, 333 (11), 677-685.
- Martínez-González, M., Martínez, J., Hu, F., Gibney, M. & Kearney, J. (1999). Physical inactivity, sedentary lifestyle and obesity in the European Union. *International Journal Obesity Related Metabolic Disorder*, 23 (11), 1192-1201.
- Marwick, T., Hordern, M., Miller, T., Chyun, D., Bertoni, A., Blumenthal, R., Philippides, G. & Rocchini, A.; Council on Clinical Cardiology, American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism, Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. (2009). Exercise training for type 2 diabetes. Impact on cardiovascular risk. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 119, 3244-3262.
- Mayer, G. (2006). *Narkolepsie – Taschenatlas spezial*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10. Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.

- Merton, R. & Kendall, P. (1956). Das fokussierte Interview. In C. Hopf, E. Weingarten (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung* (S. 171-204). Stuttgart: Klett.
- Meyer, J., Becker, T. & Vandenberghe, C. (2004). Employee Commitment and Motivation: A Conceptual Analysis and Integrative Model. *Journal of Applied Psychology*, 89 (6), 991-1007.
- Miller, W., Koceja, D. & Hamilton, E. (1997). A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or diet plus exercise intervention. *International Journal of Obesity*, 21, 941-947.
- Mowday, R., Porter, L. & Steers, R. (1982). *Employee-organization linkages: the psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. Boston: Academic Press Inc.
- Müller, M. & Danielzik, S. (2004). Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen – Adipositas, Diabetes mellitus. *Der Internist*, 45, 168-172.
- National Obesity Observatory (2010). Zugriff am 15. Mai 2011 unter http://www.noo.org.uk/NOO_about_obesity/causes
- Neter, J., Stam, B., Kok, F., Grobbee, D. & Geleijnse, J. (2003). Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, 42 (5), 878-884.
- NHLB (2000). The practical guide – Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in adults. Zugriff am 20. April 2011 unter http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/prctgd_c.pdf
- Patzak, G. & Rattay, G. (2004). *Projektmanagement-Leitfaden zum Management von Projekten, Projektportfolios und projektorientierten Unternehmen* (4. Auflage). Wien: Linde Verlag.
- Perri, M., Sears, S. & Clark, J. (1993). Strategies for improving maintenance of weight loss. Toward a continuous care model of obesity management. *Diabetes Care*, 16, 200-209.
- Pescatello, L., Franklin, B., Fagard, R., Farquhar, W., Kelley, G. & Ray, C. (2004). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 36 (3), 533-553.
- Planas, A., Clara, A., Pou, J., Fidal-Barraquer, V., Gasol, A., de Moner, A., Contreras, C. & Marrugas, J. (2001). Relationship of obesity distribution and peripheral arterial occlusive disease in elderly men. *International Journal of Obesity*, 25, 1068-1070.
- Pollock, M., Franklin, B., Balady, G., Chaitman, B., Fleg, J., Fletcher, B., Limacher, M., Piña, I., Stein, R., Williams, M. & Bazzarre, T. (2000). Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: benefits, rationale, safety, and prescription: an advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation*, 101 (7), 828-833.
- Prentice, A. (1997). Obesity – the inevitable penalty of civilization. *British medical bulletin*, 53 (2), 229-37.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2008). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg.
- Pschyrembel, W. (2011). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Buch* (262. Auflage). Berlin: de Gruyter.
- Reinders, H. (2005). *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Rexrode, K., Buring, J. & Manson, J. (2001). Abdominal and total adiposity and risk of coronary heart disease in men. *International Journal of Obesity*, 25, 1047-1056.
- Rief, W. (1993). Psychotherapie der Adipositas. In K. Pirke (Hrsg.), *Essstörungen*. Gräefelfing: socio Medico.
- Romijn, J., Cyle, E., Sidossis, L., Gastaldelli, A. & Horowitz, J. (1993). Regulation of endogenous fat and carbohydrate metabolism in relation to exercise intensity and duration. *American Journal of Physiology*, 265, 380-391.
- Ross, R., Dagnone, D., Jones, P., Smith, H., Paddags, A., Hudson, R. & Janssen, I. (2000). Reduction in obesity and related comorbid conditions after diet-induced weight loss or exercise-induced weight loss in men: A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 133 (2), 92-103.
- Schjerve, I., Tyldum, G., Tjønnå, A., Stølen, T., Loennechen, J., Hansen, H., Haram, P., Heinrich, G., Bye, A., Najjar, S., Smith, G., Slørdahl, S., Kemi, O. & Wisløff, U. (2008). Both aerobic endurance and strength training programmes improve cardiovascular health in obese adults. *Clinical Science*, 115, 283-293.
- Schroll-Machl, S. (2000). Kulturbedingte Unterschiede im Problemlöseprozess. *Zeitschrift für Organisationsentwicklung*, 1, 76-91.
- Schutz, Y. (2004). Ermittlung der Körperzusammensetzung. In H. Biesalski, P. Fürster, H. Kasper, R. Kluthe, W. Pörlert, C. Puchstein & H. Stäkelin (Hrsg.), *Ernährungsmedizin* (S. 8-18). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- SPORTUNION Österreich (2011). Zugriff am 16. Juni 2011 unter http://sportunion.at/de/menu_main/wir-ueber-uns/leistungen
- Sprenger, R. (2006). *30 Minuten für mehr Motivation*. Straßfurt: Salzland Druck.

- Strasser, B. & Schobersberger, W. (2011). Evidence for Resistance Training as a Treatment Therapy in Obesity. *Journal of Obesity*. Zugriff am 30. März 2011 unter <http://www.hindawi.com/journals/jobes/2011/482564/>
- Tanson, W. (2003). Adolescent obesity largely caused by lack of physical activity, study finds. Zugriff am 04. November 2011 unter <http://www.unc.edu/news/newsserv/archives/apr03/sutherland040903.html>
- Tella, A. (2007). Work motivation, job satisfaction, and organisational commitment of library personnel in academic and research libraries in Oyo State, Nigeria. *Library Philosophy and Practice*. Zugriff am 17. April 2011 unter <http://www.webpages.uidaho.edu/~mbolin/tella2.pdf>
- Thomson, R., Buckley, J., Noakes, M., Clifton, P., Norman, R. & Brinkworth, G. (2008). The effect of a hypocaloric diet with and without exercise training on body composition, cardiometabolic risk profile, and reproductive function in overweight and obese women with polycystic ovary syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93 (9), 3373-3380.
- Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H., Lercher, P., Stein, K., Gäbler, C., Bauer, R., Gollner, E., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T. & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (2010). Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wien: Eigenverlag.
- Tomasits, J. & Haber, P. (2008). *Leistungsphysiologie: Grundlagen für Trainer, Physiotherapeuten und Masseur* (3. Auflage). Wien: Springer Medizin Verlag.
- Tompkins, J. (2008). Changes in functional walking distance and health-related quality of life after gastric bypass surgery. *Physical Therapy*, 88, 928-935.
- U.S. Department of Health and Human Services (2008). Physical Activity Guidelines for Americans Be Active, Healthy, and Happy! Zugriff am 06. April 2011 unter <http://www.health.gov/PAGuidelines/pdf/paguide.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services (2008a). Physical Activity Guidelines for Americans. Zugriff am 06. April 2011 unter <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/chapter2.aspx>
- Van der Bruggen, J., Bos, G., Bemelmans, W., Hoogenveen, R., Vijgen, S. & Baan, C. (2007). Lifestyle interventions are cost-effective in people with different levels of diabetes risk: results from a modeling study. *Diabetes Care*, 30 (1), 128-134.
- van Dick, R. (2004). *Commitment und Identifikation mit Organisationen*. Göttingen: Hogrefe.
- Vanhecke, T., Franklin, B., Miller, W., deJong, A., Coleman, C. & McCullough, P. (2009). Cardiorespiratory Fitness and Sedentary Lifestyle in the Morbidly Obese. *Clinical Cardiology*, 32 (3), 121-124.
- Villareal, D., Chode, S., Parimi, N., Sinacore, D., Hilton, T., Armamento-Villareal, R., Napoli, N., Qualls, C. & Shah, K. (2011). Weight loss, exercise, or both and physical function in obese older adults. *The New England Journal of Medicine*, 364 (13), 1218-1229.
- Vögele, C. (2003). Sport und Bewegung in der Therapie der Adipositas. In J. Wechsler (Hrsg.), *Adipositas Ursachen und Therapie* (S. 275-287). Berlin/Wien: Blackwell Verlag GmbH.
- Vogelsang, T., Hanel, B., Kristoffersen, U., Petersen, C., Mehlsen, J., Holmquist, N., Larsson, B. & Kjaer, A. (2008). Effect of eight weeks of endurance exercise training on right and left ventricular volume and mass in untrained obese subjects: a longitudinal MRI study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 18, 354-359.
- Votruba, S., Horvitz, M. & Schoeller, D. (2000). The Role of Exercise in the Treatment of Obesity. *Nutrition*, 16, 179-188.
- Wechsler, J. & Leopold, K. (2003). Strategie der Adipositas therapie. In J. Wechsler (Hrsg.), *Adipositas Ursachen und Therapie* (S. 355-365). Wien: Blackwell Verlag.
- Wechsler, J. & Leopold, K. (2003a). Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 28, 45-49.
- WHO (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. *WHO Technical Report Series*, 894.
- WHO (2007). Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung. Zugriff am 04. April 2011 unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98247/E89858G.pdf
- WHO (2011). Global recommendations on physical activity for health. Zugriff am 27. April 2011 unter <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>
- WHO. (2011a). Factsheets Nr. 311. Zugriff am 30. März 2011 unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Wiendieck, G. (1994). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Berlin und München: Quintessenz.
- Wilmore, J. & Costill, D. (1994). *Physiology of Sport and Exercise*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Wirth, A. (2008). *Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie* (3. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Wu, T., Gao, X., Chen, M. & van Dam, R. (2009). Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. *Obesity Reviews*, 10 (3), 313-323.

- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Bautista, L., Franzosi, M., Commerford, P., Lang, C., Rumboldt, Z., Onen, C., Lisheng, L., Tanomsup, S., Wangai, P., Razak, F., Sharma, A. & Anand, S. (2005). Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. *Lancet*, 366 (9497), 1640-1949.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zunahme der Adipösen von 1991 – 2009 in den USA (CDC, 2011)	7
Abb. 2: Trends in Europa (IASO, 2009).....	8
Abb. 3: Verteilung des BMIs bei österreichischen Erwachsenen 18 – 65 J. (In Anlehnung an Elmadfa et al., 2009, S. 28)....	9
Abb. 4: Gründe für die Adipositasepidemie (National Obesity Observatory, 2010)	10
Abb. 5: Komorbidität Diabetes (In Anlehnung an Colditz et al., 1995, S. 483).....	12
Abb. 6: Kardiovaskuläres Risiko abhängig vom BMI (In Anlehnung an Assmann et al., 1992, S. 502 - 511).....	13
Abb. 7: Zusammenhang kardiorespiratorische Fitness, BMI und Mortalitätsrisiko (Lee et al., 2011, S. 2488).....	15
Abb. 8: Therapiekonzept (Hauner, 2011a, S. 376)	18
Abb. 9: Training vs. Ernährungsumstellung (Franz et al., 2007, S. 1757)	25
Abb. 10: Gesundheitlicher Benefit durch die Steigerung der Schrittzahl (Chan et al., 2004, S.1218)	32
Abb. 11: Auswirkung einer erhöhten Alltagsaktivität (Andersen et al., 1999, S. 337)	33
Abb. 12: Bewegungskartei	38
Abb. 13: Projektmitarbeiter(innen) „GEHE-Adipositas“	44
Abb. 14: Kommunikationsformen zwischen der SPORTUNION Österreich und den Ambulanzen in Wien	50
Abb. 15: Ablauf des vorgeschlagenen Rekrutierungsprozesses inklusive Schnittstellen.....	53
Abb. 16: Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2008, S. 54)	60
Abb. 17: Patient(inn)eninformation „Mein Weg zum Wunschgewicht“.....	71

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Berechnung des BMIs (NHLBI, 2000, S. 1)	4
Tab. 2: Klassifikation des Gewichtes bei Erwachsenen anhand des BMIs (NHLBI, 2000, S. 1)	5
Tab. 3: Klassifikation nach dem Taillenumfang (NHLBI, 2000, S. 18)	6
Tab. 4: Waist-to-Hip-Ratio (Han et al., 1997, S. 590)	6
Tab. 5: Therapieziel und Maßnahmen (Hauner et al., 2007, S. 29)	17
Tab. 6: Schwerpunktpraxen Adipositas (Wechsler et al., 2003a, S. 47)	20
Tab. 7: Gesundheitlicher Benefit der verschiedenen Trainingsformen (Braith et al., 2006, S. 2643)	22
Tab. 8: Bewegungs- vs. Ernährungsintervention (Miller et al., 1997, S. 943)	26
Tab. 9: Bewegungs- vs Ernährungsintervention - Fett (Ross et al., 2000, S. 96)	26
Tab. 10: Empfehlungen für gesunde Erwachsene	28
Tab. 11: Belastungsumfang zur Gewichtsreduktion	31
Tab. 12: Arbeitsaufteilung zwischen der SPORTUNION und den Ambulanzen in Wien	47
Tab. 13: Anzahl der Zuweisungen von Juli bis Dezember 2010	47
Tab. 14: Transkriptionszeichen	59
Tab. 15: Kategorie mit diversen Subkategorien	64
Tab. 16: Codeliste	66

Anhang

I INTERVIEWLEITFADEN

Wien_1 ist jetzt bereits seit mehr als einem Jahr medizinischer Partner der SPORTUNION Österreich beim Adipositasprojekt und rekrutiert mögliche Teilnehmer(innen). Ob und wie die Rekrutierung funktioniert, möchten wir in einem Interview erfragen. Dein Wissen soll dazu beitragen, die Rekrutierung zu optimieren und für Folgeprojekte nutzbar zu machen.

Makroebene	Hauptfragen	Zusatzfragen
Aufgaben /Tätigkeiten	Welche Funktion/Stellung hast du in Wien_1? - z. B.: Ambulanzleiter(in), Studienassistent(in)	In welchem Dienstverhältnis stehst du?
	Wie lange bist du schon im Wien_1 als Ärztin/Arzt tätig?	
	Was sind deine Hauptaufgaben?	
	Hast du auch schon an Studien zum Thema Adipositas mitgearbeitet?	Waren auch Studien zur körperlichen Aktivität dabei?
		Ja: Beschäftigten sich diese Studien mit der Ermittlung eines bestimmten Effektes in Folge von Training?
		Ja: Wurde bei diesen Studien versucht Lebensstilinterventionen zu überprüfen?
	An wie vielen Studien arbeitest du zurzeit mit?	Wie viele Wochenstunden investierst du in wissenschaftliche Studien?
		Ist es in deinem Arbeitsvertrag schriftlich verankert, dass du an Studien teilnehmen musst?
		Führst du diese Forschungstätigkeiten in der Arbeitszeit durch?
Ambulanz	Welcher Abteilung gehört die Adipositasambulanz genau an?	Wie ist sie genau in der Krankenhausstruktur eingegliedert?
	Seit wann gibt es die Ambulanz?	
	An wie vielen Tagen ist die Ambulanz für adipöse Personen geöffnet?	Wie lange ist sie an diesen Tagen geöffnet?
	Wie viel medizinisches Personal arbeitet in der Ambulanz?	Wie viele Ärzt(inn)e(n) sind dort beschäftigt?
		Welche weiteren Personen wie Diätolog(inn)en, Psycholog(inn)en, Bewegungstherapeut(inn)en sind in die

		ambulante Betreuung eingebunden?
		In welchem Zeitausmaß sind diese angestellt?
		Wie viele Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger arbeiten dort?
		Habt ihr in der Ambulanz auch eine Person, wie zum Beispiel eine „Study Nurse“ oder eine(n) Studienkoordinator(in), welche(r) ausschließlich für die Betreuung von Studien zuständig ist?
Patient(inn)enbetreuung	Wie oft bist du persönlich in der Ambulanz anwesend?	Was sind deine Aufgaben, wenn du nicht in der Ambulanz tätig bist?
		Wer übernimmt deine Aufgaben, wenn du nicht anwesend bist?
		Inwieweit ist deine Vertretung über die Adipositas-Studie informiert?
	Wie viele Patient(inn)en werden jährlich in eurer Ambulanz betreut?	Wie viele davon sind adipös?
	Werden die Patient(inn)en in der Ambulanz immer von derselben Ärztin bzw. vom selben Arzt betreut?	
	Eine Adipositaspatientin bzw. ein Adipositaspatient kommt zum ersten Mal zu euch in die Ambulanz: Beschreibe mir den Ablauf der Betreuung.	Welche Schritte setzt du?
		Welche Untersuchungen werden durchgeführt?
		Welche Beratungsleistungen werden angeboten?
		Zu welchem Zeitpunkt informierst du die Patient(inn)en über die Studie?
	Siehst du die adipösen Personen auch abseits der Adipositas Ambulanz? z. B. in der Diabetesambulanz	
	Wie viel Zeit steht dir für die Betreuung einer Patientin/eines Patienten zur Verfügung?	
	In welchen Abständen suchen die Patient(inn)en die Ambulanz auf?	

Commitment zu Sport	Treibst du in deiner Freizeit Sport?	JA: Welche Sportart machst du?
		Wie oft treibst du Sport?
		Seit wann treibst du Sport?
		Welchen gesundheitlichen Nutzen erwartest du dir vom Sport?
		Machst du ein gezieltes Ausdauer- und/oder Krafttraining?
		JA: In welchem Umfang trainierst du?
		- NEIN: Warum treibst du keinen Sport?
Commitment zum Schrittzähler	Wie viele Schritte gehst du ungefähr an einem durchschnittlichen Werktag bzw. an einem Wochenendtag?	
Commitment zu Bewegungsinterventionen	Wie sollte deiner Meinung nach eine ganzheitliche zielführende Therapie bei Adipositas aussehen?	Wie arbeiten bei euch im Krankenhaus die verschiedenen Disziplinen zusammen?
	Welchen Stellenwert hat körperliche Aktivität bei der Behandlung von Adipositas?	Empfehlst du deinen Patient(inn)en Sport als Interventionsmaßnahme?
		Wie wichtig ist die Ernährungsumstellung im Verhältnis zur Bewegungsintervention?
Commitment zum GEHE-Projekt	Warum habt ihr euch als Ambulanz dafür entschieden am Adipositasprojekt mitzumachen?	
	Wie wird das Bewegungsprogramm von deinen Patient(inn)en angenommen?	
	Weißt du, wie das Training abläuft?	Welche Stärken hat das Bewegungsprogramm?
		Welche Schwächen hat das Bewegungsprogramm?
		Findest du das Training für die Adipösen passend?
	Glaubst du, dass es möglich ist, die Qualität und Quantität von körperlicher Aktivität durch Training oder Alltagsaktivität ohne Betreuung zu erhöhen?	
	Was sagst du zur SPORTUNION als Studienpartner?	Ist zu erkennen, dass die SPORTUNION noch relativ wenig Erfahrung mit Studien hat?
	Welche Vorteile erwartest du dir von der Zusammenarbeit mit der SPORTUNION?	
Commitment zur Studie	Welche Ergebnisse wird die randomisierte kontrollierte Studie bringen?	Welchen Nutzen hast du von den Ergebnissen der Studiendaten?
	Die SPORTUNION hat zum Ziel, vergleichbare Bewegungsangebote nicht nur auf Projektbasis, sondern in strukturierter Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt(inn)en,	

	Krankhäusern und den Krankenkassen aufzubauen. Wie stehst du diesen Aktivitäten gegenüber?	
	Wir ermitteln insgesamt etwa 900 Items, wie diverse med. Parameter, anthropometrische Daten, sportmotorische Leistungen zu 4 Messzeitpunkten. Wie stellst du dir die Veröffentlichung dieser Daten vor?	
Rekrutierung	Wie läuft die Rekrutierung in der Ambulanz ab? Kannst du mir bitte kurz das Vorgehen bei der Rekrutierung beschreiben?	Welche konkreten Informationen gibst du den Adipösen über das Bewegungsprogramm?
		Welche konkreten Informationen gibst du den Adipösen über die Studie?
	Wer hat dir den Rekrutierungsprozess, der im Projekt angewendet werden soll, erklärt?	
	Verwendest du das Informationsmaterial, das für die Rekrutierung notwendig ist? (wöchentliches Dokumentationsblatt/Erfolgsgeschichte/Information mit den Kurszeitpunkten)	
	Wie oft hören die Adipösen die Information über das Bewegungsprogramm?	
	Wie viel Prozent der Personen, die in die Ambulanz kommen, werden von dir über die GEHE-Studie informiert?	Warum werden nicht alle Patient(inn)en über die GEHE-Studie informiert?
		Wählst du die Personen, die du informierst, gezielt aus?
		Wie viel der Personen, die du vom Bewegungsprogramm informierst, machen dann auch mit?
		Kennst du die Patient(inn)en, die du für das Projekt rekrutierst oder siehst du sie zum ersten Mal?
	Wie viele Patient(inn)en hast du im letzten Monat für die Studie rekrutiert?	
	Warum rekrutierst du eigentlich die Patient(inn)en?	Würdest du die Adipösen auch zu diesem Bewegungsprogramm schicken, wenn es nicht mit einer Studie verbunden wäre?
	Wie zeitaufwändig ist die Rekrutierung für dich?	
	Mit welchen Argumenten versuchst du die Patient(inn)en von der Teilnahme am Bewegungsprogramm zu überzeugen?	Welche Argumente sind deiner Meinung nach zielführend, um die Leute von einer Teilnahme zu überzeugen?
Zusammenarbeit der Rekrutierungsärzt(inn)e(n)	Wie oft ist die Patient(inn)enrekrutierung Thema in der Ambulanz?	Wie oft denkst du daran, dass du Patient(inn)en rekrutieren musst?
		Wie oft sprichst du mit Prim. über die Studie?

	Wie oft ist die Studie Thema zwischen A2 und dir?	Gibt es eine Aufteilung bzw. Absprachen zwischen dir und A2?
		Wie erfolgt zwischen dir und A2 der Austausch aller Informationen, die die Studie betreffen?
Zusammenarbeit Rekrutierungsärzt(inn)e(n)– Leitendes Personal	Hast du von Prim. Vorgaben bezüglich der Patient(inn)enrekrutierung?	Erinnert dich der Primar daran, dass du Patient(inn)en rekrutieren sollst?
	Von wem hast du den Auftrag, dass du Leute für die GEHE-Studie rekrutieren musst?	Kam der Auftrag von Primar oder von der SPORTUNION?
Wöchentliches Dokumentationsblatt	Schreibst du und A2 die Interessent(inn)en in ein und dasselbe Dokumentationsblatt?	Wie erfolgt die Weitergabe des wöchentlichen Dokumentationsblattes zwischen dir und A2 in den Ambulanzen?
	Wer schickt das wöchentliche Dokumentationsblatt an die SPORTUNION?	Gibt es klare Vereinbarungen, wer dafür zuständig ist?
	Wie oft wird das wöchentliche Dokumentationsblatt durchschnittlich geschickt?	
Zusammenarbeit Ambulanz/SPORTUNION	Wie würdest du die Zusammenarbeit zwischen der SPORTUNION und euch beurteilen?	
	Würdest du sagen, dass die Zusammenarbeit bei der Rekrutierung zwischen SPORTUNION und eurer Ambulanz gut funktioniert?	Was sind die ausschlaggebenden Gründe dafür?
	Was sind deiner Meinung nach Gründe, warum es zu Problemen bei der Rekrutierung kommt?	Nenne mir den Hauptgrund für die auftretenden Probleme.
	An wen wendest du dich, wenn es Probleme gibt?	
Probleme/Verbesserungs- vorschläge	Wie könnte man das Rekrutierungsschema deiner Meinung nach verbessern?	Was kann die SPORTUNION verbessern?
	Ist das vorhandene Rekrutierungsschema umständlich?	Wäre eine digitale Liste eine Erleichterung?
	Wäre es besser, wenn ihr bereits in der Ambulanz die Teilnehmer(innen) für die Kurse einteilen könntet?	

II TRANSKRIPTIONEN DER INTERVIEWS

Interview Krankenhaus NÖ

Interview NÖ[A] und NÖ[D]

Interviewerin: Sandra Haider
Thema: Rekrutierung für die Adipositasstudie in den Ambulanzen
Befragte: Rekrutierungsarzt NÖ (P)
Diätologin (D)
Ort des Interviews: Sprechzimmer 1 der internen Abteilung im Krankenhaus NÖ
Datum und Uhrzeit: 21.04.11, 08:45
Dauer der Passage: 35:00 Minuten
Transkribentin: Sandra Haider
Korrekturleserin: Ass. Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller

1. I: Also, Sie sind jetzt bereits seit mehr als einem Jahr medizinischer Partner bei der SPORTUNION Österreich beim Adipositasprojekt und rekrutieren * hier in der Ambulanz mögliche Teilnehmer * und Teilnehmerinnen.* **Ob** und wie die Rekrutierung dann genau funktioniert, möchten wir jetzt eben mit einem Interview erfragen, da Sie am besten über den Ablauf und eventuell auftretende Probleme Bescheid wissen. Ja? * Ihr Wissen soll einfach dazu beitragen, die Rekrutierung zu optimieren und eventuell für Folgeprojekte dann nutzbar zu machen.
*** Ahm, welche Funktion haben Sie im Landeskrankenhaus?
2. P: Ich bin Oberarzt auf der internen * Abteilung ** und bin also schwerpunktmäßig mal für Diabetes und halt auch für die ganzen Adipositasachen zuständig. Wir haben seit über drei Jahren eine Adipositasambulanz, die halt überwiegend unsere Diätologinnen machen. Aber ich bin auf ärztlicher Seite auch immer ein bisschen eingebunden. Und bin theoretisch für die Bewegung und so zuständig. * Halt es... Ah, unsere Patienten sind ja... Ah werden über die Adipositasambulanz eigentlich rekrutiert... Die haben... [Die Diätologin betritt den Raum] Morgen, das ist die Christa. Das ist jetzt unsere... Die macht die Hauptarbeit @.
3. KURZE BEGRÜSSUNG DER DIÄTOLOGIN
4. P: Also bei uns funktioniert es so, dass alle eigentlich über die Adipositasambulanz * rekrutiert werden. Das heißt, die werden vorher schon...* haben sie ah ein genaues Programm. Ich weiß nicht, ob ihr das kennt, *unser Programm*?
5. D: Die haben eine Ernährungsschulung diesbezüglich. Also so eine Adipositaschulung "Mein Weg zum Wunschgewicht". Ah, da haben die Leute insgesamt... Ich habe eh so einen Folder da.
6. P: Ich habe auch einen da. Warte, #den habe ich immer da#.
7. D: #Das sind die Termine#.
8. P: [zeigt auf den Folder] So, das schaut so aus. Also sieben Termine davor, nicht. Mit den verschiedenen Themen, ja. #Mh.#
9. D: #Ich habe eh auch einen eingesteckt, genau#. @Ja@, da haben sie sieben Termine, genau. Im Abstand von zirka einer Woche, beziehungsweise vierzehn Tage, kommen sie rein. Da haben sie immer einen Ernährungsworkshop oder eben einen psychologischen Workshop oder halt einen Bewegungsvortrag. Uuund ah, die Leute schreiben ein Ernährungstagebuch mit. Das wird angeschaut mit ihnen.* Da werden individuelle Empfehlungen abgeleitet. Körpergewicht wird gemessen. Körperzusammensetzung, also

- die BIA-Messung machen wir da auch schon.
10. P: Und aus dem heraus dann, wenn sie das absolviert haben, dann kommen sie in die...in die Bewegungsgruppe.
 11. I: Dann kommen sie in die Bewegungsgruppe. Das heißt, ein Adipositaspatient, der kommt zu Ihnen in die Ambulanz und wie ist dann der genaue Ablauf? Der kommt zuerst in das Projekt rein *oder wie ist das?*
 12. P: Genau.
 13. D: Genau, der macht zuerst bei diesem, bei dem "Mein Weg ..." "Mein Weg zum Wunschgewicht" mit. Also bei uns im Krankenhaus herinnen. * Uuund dann * ah, bekommen sie die Informationen, dass es ein Bewegungsprojekt dazu gibt. Und dann werden sie eingeschleust.
 14. P: * Und dann müssen sie praktisch in der Zwischenzeit dann diese Voruntersuchungen, die haben wir überwiegend nach draußen verlagert, machen. Also, dass... Die Ergometrie, ah also die internistische Begutachtung, **die** müssen sie * sich selber holen dann. Und mit der...mit der kommen sie dann. Und dann geht es los mit den * erst Follow-up dann, nicht.
 15. I: Okay, und wie viel Zeit habt Ihr dann durchschnittlich für einen Patienten?
 16. P: Bei was?
 17. I: Ja wenn er dann kommt...
 18. P: Ach so.
 19. I:...zu so einer Betreuung, zu einer Erstbetreuung zum Beispiel.
 20. P: Nein also da, da ist viiiel Zeit, nicht.
 21. D: Jaaa, das sind insgesamt sieben Nachmittage, eigentlich.
 22. P: Sieben Nachmittage.
 23. D: Ja.* Naja, kann man schon etwa sagen wie viel Zeit... Prinzipiell * sie haben alle eine Stunde dann quasi Workshop. Ja und ein persönliches Gespräch, ja... Zwischen * einer viertel Stunde und zwanzig Minuten in etwa pro ** pro Treffen.
 24. I: Pro Treffen.
 25. P: #Und das mal sieben#.
 26. D: #Also individuell#.
 27. P: Und das mal sieben.
 28. D: #Individuell, das#.
 29. I: Und das mal sieben. Und da sind immer zwei Diätologen da?
 30. D: Genau, also...
 31. I: Und zwei Psychologen.?
 32. P: Nein immer nicht . Ah, also die Diätologinnen sind immer #dabei#.
 33. D: #Wir sind immer#...immer, mh.
 34. P: Also ich, ich bin einmal da. Also ich habe ein...einmal ein// eine Einheit.
 35. D: Und die Psychologinnen, die sind auch# einmal da#.
 36. P: #Sind auch einmal da#, *sind auch einmal da*.
 37. I: Ah,* okay.
 38. TELEFONAT PAUMANN
 39. D: Wobei es dann aber auch noch Folgetreffen gibt, nicht. Das ist immer der Grundkurs * mit diesen sieben Treffen. Und dann bieten wir noooch vierteljährliche Folgetreffen an. Wo sie dann auch wieder die Möglichkeit haben, dass sie die BIA-Messung machen... Daaann haben wir wieder einen Bewegungsvortrag oder wir haben die Psychologinnen dann wieder eingeladen. Die machen dann wieder eine Sitzung mit ihnen. Da wechseln wir uns dann immer ab, bei den Folgetreffen.
 40. I: Aha, okay. Und Ihr zwei rekrutiert dann in der Ambulanz.
 41. D: **Mh (fragend)?
 42. I: Für das Bewegungsproj// Programm oder wie...? Von wem werden sie überhaupt über das Bewegungsprogramm informiert?
 43. D: Eigentlich eh von uns, nicht?
 44. P: Nein, wir machen das **da** bei uns. Wir rekrutieren sie im Grunde ah... Die Leute, die stationär sind, die wir motivieren können, schleusen wir mal ein. Und...und ja über eine Ordination. Habe ich auch... #Ah, da#.
 45. D: #Ordination# oder Mundpropaganda...
 46. P: Ja.
 47. D: ...ist auch oft.
 48. P: #Ja und per Mund, kommen auch...#
 49. D: #Ja, ja#, die gehört haben, dass es das gibt, ja.

50. P: Wir haben ja doch viel... Wir haben doch * jahrelang auch das Diabetesprojekt gehabt. Das heißt, das kennen viele, * dass es so etwas gibt. Und damit kommen doch über Mundpropaganda immer wieder welche... Die halt anrufen und sagen, ob sie... Ob es da eine Möglichkeit gibt. Und dann sagen wir: „Ja, Sie können da teilnehmen.“
51. D: Wir haben was, ja @.
52. P: Ja genau. Mh.
53. I: Und wie viel Prozent erzählt Ihr in der Ambulanz vom Bewegungsprogramm? Sucht ihr gewisse Leute aus, oder...?
54. P: * Naja prinzipiell, wir...wir sind alle... Also wir schauen schon. Also stationär haben wir schon unsere Ohren geschärft.
55. D: Mh.
56. P: Finde ich. Wenn wir irgendwelche jüngeren Metaboliker haben.
57. I: Also denkt Ihr immer daran?
58. P: Ja freilich. Mh. Ja sonst...ja sonst würden wir die Leute nicht erwischen, #ja#.
59. D: #Die werden# informiert, dass es das gibt.
60. P: Ja, #dann werden sie vor Ort#...
61. D: #Und entscheiden# müssen sie ja dann eh selber ob sie mitmachen oder nicht.
62. I: Ja und wie viele Patienten habt Ihr dann ungefähr im letzten Monat * aufgeschrieben für das Bewegungsprogramm? **Also wie viele Pat#ienten#...
63. P: # Im letzten# Monat?
64. I: Wie viele Patienten habt Ihr überhaupt? Wie viele kommen zu euch?
65. D: *Naja ungefähr... Prinzipiell, haben wir dieses Ernährungsprogramm. Wie oft haben wir das? Im ersten Halbjahr haben wir immer vier Gruppen. Vier Gruppen im ersten Halbjahr und im zweiten Halbjahr zwei. Das heißt, wir haben im Jahr sechs Gruppen. Sechs Gruppen à 12 bis 13 Leute * pro Jahr.
66. P: Das sind gute siebzig. Also siebzig, fünfundsiebzig Leute pro Jahr.
67. D: Pro Jahr zirka genau. Und die werden dann natürlich alle noch einmal informiert über das Bewegungsprojekt, die siebzig. Ja, genau.
68. P: ** Und dann muss man ja auch sagen, haben wir ja noch ein bisschen... Es gibt ja die Adipositasambulanz, das Projekt. Das gibt es ja schon über drei Jahre. Das rennt schon das vierte Jahr.* Das heißt, wir haben ja noch sehr viele Leute, die schon gewartet haben auf ein Bewegungsprojekt. Denen wir schon seit Jahren sagen, es wird eines geben. * Das heißt, jetzt haben wir natürlich viel mehr auf der Liste als wie diese siebzig pro Jahr. Weil da ja noch ein Aufholbedarf ist. Wir sind ja noch beim Abarbeiten zum Teil.
69. D: Ja, ja.
70. P: Von unseren alten Patienten, nicht.
71. I: Ja, wie funktioniert es? Schreibt Ihr die Namen auf, die sich interessieren?
72. D: Ja, die werden aufgeschrieben einmal. Und dann sagen wir ihnen, sobald wir wieder ein Plätzchen haben, werden sie von uns angerufen.
73. I: Aha. Und wer ruft an?
74. D: Wir, die Diätologinnen.
75. I: Aha und Ihr schreibt sie in eine Datenbank oder wie?
76. D: Ahm. **
77. P: (zur Diätologin) Ja, auf so einen Zettel. Unsere Datenbank ist ein Zettel. @Gell, also eine moderne Datenbank.
78. D: Ja genau.
79. I: Und Ihr zwei benutzt den gleichen Zettel oder wie funktioniert das dann? Wenn**...wenn ihr alle beide Leute für das Bewegungsprogramm rekrutiert. ..Schreibt Ihr es euch dann alles auf einen gemeinsamen Zettel auf?
80. D: Nein, prinzipiell anmelden tun sie sich dann eh bei uns Diätologinnen. (zu Paumann) Du sagst dann meistens: "Rühren Sie sich bei der #Christa#.
81. P: #Ja genau#. Ich sage...ich sage ihnen die Nummer.
82. I: Und die Leute rühren sich selbstständig. Also die werden nicht irgendwie angerufen, sondern die melden sich bei Ihnen?
83. D: Beim Erstinteresse...* da melden sie sich immer bei uns.
84. * Und die fixe Anmeldung ist dann so, dass wir dann die Leute anrufen. Dass sie dann einen genauen Termin bekommen.
85. I: Wo sie dann einen genauen Termin bekommen.
86. D: Weil so// sobald sich die Leute anmelden, habe ich noch keinen genauen Termin. Weil die setze ich meistens noch auf die Warteliste * und wir sagen ihnen dann zum Beispiel:

- „Ja, Sie müssen wahrscheinlich noch bis Mai warten. Oder es geht dann wahrscheinlich erst...“ Ich meine jetzt sagen wir schon: „Im Herbst geht es dann weiter.“
87. I: Ja, ja. Und Ihr teilt sie dann in den Kurs fix ein?
88. D: Und wir teilen sie dann in den Kurs fix ein.
89. I: Und geben dann einfach die Information an den Feld// Feldbacher Philipp weiter?
90. D: Also wir teilen sie einmal für den Ernährungskurs ein. * Genau, dann sind sie einmal beim Ernährungskurs dabei und gegen Ende des Ernährungskurses schreiben wir dann schon auf, wer Interesse hat. Also wer macht beim Bewegungsprojekt mit. Ja, wer will mitmachen. Entweder wir können sie gleich einschleusen so wie es bei den...bei den jetzigen Gruppen war. Dass man ihnen gleich fix einen Termin für das Bewegungsprojekt gegeben hat können, wo das fließend geht. * Teilweise ist es aber auch so, dass wir sie für das Bewegungsprojekt aber einfach nur auf die Warteliste schreiben.
91. I: Mh, mh.* Und von wo habt Ihr den Rekrutierungsprozess so her? Also* habt Ihr den aus Erfahrung? Oder... In Wien läuft es ja ganz anders im Prinzip.
92. P: Nein, es hat sich bei uns so ergeben. Ganz am Anfang war es schon so, dass eher die...die...die Rekrutierung der Philipp gemacht hat, nicht. Und er hat die Leute eigentlich angerufen, dann. Also wie es bei den Diabetikern war.
93. I: So ist es nämlich... Ja genau.
94. P: Nur hat er dann schon gesehen, gell, dass das für ihn unheimlich mühsam ist. Und überhaupt über das Adipositasprojekt, wo ja... Unsere Damen kennen ja die Leute alle, nicht.
95. D: Ja, ja.
96. P: Also, ihr seid ja #schon#...
97. D: #Ja#, also mir ist es eigentlich sogar lieber, wenn ich sie selber anrufe.
98. P: Ja.
99. D: Weil man einfach auch einen besseren Überblick dann hat. Weil gerade zu den Baselines und Follow-ups müssen sie ja dann doch zu uns kommen, nicht.
100. I: Und das teilt dann alles Ihr ein?
101. D: Ja, das machen alles wir.
102. I: Und die Baseline-Untersuchung selber macht auch Ihr?
103. D: Ja.
104. I: Okay, okay. Und habt Ihr ein Informationsmaterial für die Rekrutierung, die Erfolgsgeschichten oder so? Oder macht Ihr das alles//
105. P: *Nein, da haben wir eigentlich nichts.*
106. D: Da haben wir eigentlich nichts.
107. I: Macht Ihr einfach ohne. Ja, und wie versucht Ihr die Patienten von der Teilnahme am Bewegungsprogramm zu überzeugen? Mit welchen Argumenten?
108. P: Naja, naja. Nein, das ist eben... Im Grunde rennt das ganze immer schon...schon über das Projekt ab. Also von den Themen her. Uuund dann komme ich noch. Ich mache halt noch meinen Bewegungsdings-da. Aber da sind die meisten dann schon ganz schön motiviert. Da sind sie, wenn ich dann komme, sind sie meistens eh schon motiviert. Aber ich versuche halt dann noch einmal * in die Richtung zu stoßen und und wir haben dann schon überwiegend sehr Motivierte, *muss man sagen*.
109. I: Sehr Motivierte.
110. P: Ja.
111. I: Und was habt Ihr durchschnittlich für einen BMI?
112. P: Pu, nein der ist... Da haben wir... ** Nein, den Durchschnitt wissen wir nicht. @Das wird schätze ich der Christian irgendwann einmal auswerten@. Aber das Problem bei uns ist, weil wir ja noch Leute von früher haben und die sind ja schon viel im Bewegungs// ah im...im...im Adipositasprojekt gewesen. Die mit, weiß was ich, einem BMI von dreiunddreißig angefangen und mittlerweile auf achtundzwanzig sind.
113. I: Runtergekommen sind.
114. P: Und wir haben gesagt, zuerst * bei den Einschlusskriterien größer dreißig.
115. I: Ja genau.
116. P: Aber wir haben gesagt, wir können ja die... Die haben schon alles gemacht. Jetzt nehmen wir die, die unter dreißig sind auch hinein, aber die kommen nicht in die Studie. Die trainieren mit und Studie haben wir nur für die über dreißig. Und unser Problem ist, dass aber fast alle über dreißig haben. Jetzt haben wir fast alle in der Studie. Und da haben wir so viel Arbeit. Weil das ja ein Hammer ist, nicht, das Ganze. Die ganze Baseline-Untersuchung.

117. I: Ja ist eh klar.
118. P: Das ist für uns... Das ist schon ein Problem. Ein zeitliches, nicht. * Ah, weeeil das ziemlich viel ist.
119. I: Also, die Rekrutierung selber ist nicht der Zeitaufwand, sondern einfach die...
120. D: Doch ist auch viel Zeitaufwand.
121. P: Ist viel Zeitaufwand. Ist viel...
122. D: Vor allem das Nachtelefonieren, ja.
123. P: Viel Zeitaufwand.
124. D: Geht viel Zeit darauf.
125. P: Die Rekrutierung ist zeitaufwändig und natürlich auch die Nach//, das Nachbearbeiten. Das...das ist auch nicht... Halt das haben wir ein bisschen unterschätzt, *muss man sagen*, *nicht*. Weil wir das im Grunde so nebenbei machen, nicht. Wir haben ja keine Kapazitäten dafür oder so.
126. I: Also Ihr habt keinen eigenen, weiß ich nicht, Studienkoordinator oder so?
127. P: Naja, **nein**. Unser Chef hat es erlaubt, dass wir es machen im Grunde, aber ohne irgendwie... Ohne, dass wir gewusst haben, wie viel Arbeit das ist. Ohne, dass da irgendwas... Jetzt rennt es oder... Und jetzt merkt man schon, dass uns das Ganze zeitweise schön **** belastet**.
128. D: Ja weil die Gruppen immer mehr werden, nicht.
129. P: Ja.
130. D: Und weil... Jetzt werden bald welche fertig eigentlich.
131. I: Mh, *zwölf Monate*.
132. D: Die erste Gruppe, ja.
133. P: Ja, die wird erst...
134. D: 11.05.2011, 2012... Zwölf Monate, die ersten haben wir bald.
135. P: **Aja**. Genau die erste....
136. D: ...die erste Gruppe wird bald fertig.
137. P: Mh, die wird bald fertig, ja.
138. I: Und wie groß ist eigentlich Ihr Team, Ihre Ambulanz?
139. P: Man kann sagen, wir haben eigentlich, zwei Diätologinnen. Wir haben ah * zwei Ärzte. Eben der Assistent H. macht noch mit bei... Also wir sind zwei Ärzte und zwei Psychologinnen.
140. I: Alle vierzig Stunden dann sozusagen?
141. P: *Naja, alle vierzig nicht. Ah * die...die Martina, also die Diätologin, ist nur Teilzeit tätig.
142. D: Zwanzig Stunden.
143. P: Ja genau zwanzig Stunden. * Uuund ja von den Zeiten her,* also wir sind... Das rennt sowieso alles nebenbei mit. Wir sind ja im normalen Dienstbetrieb eingebunden. Also das rennt *, völlig unabhängig vom * normalen Dienst.
144. I: Mh, mh. Also Ihr habt jetzt kein wöchentliches Dokumentationsblatt, wo Ihr die Namen aufschreibt, ja. * Sondern Ihr schreibt es einfach in die Datenbank ein und wenn..
145. D: Ja genau.
146. I: ...wenn Ihr einen Platz habt, dann ruft Ihr sie einfach wieder an.
147. D: Ja genau.
148. P: Mh.
149. I: Und habt Ihr irgendwelche Probleme bei den Untersuchungen, außer das zeitliche Problem?
150. TELEFONAT LACKINGER IM HINTERGRUND
151. I: Oder könntet Ihr euch vorstellen, wie man die Rekrutierung verbessern könnte? Noch einfacher machen für Euch? Weniger zeitaufwändig?
152. P: ****** Ich glaube, dass es die einzige Möglichkeit ist. Prinzipiell glaube ich, dass es die optimale Möglichkeit ist. Anders kann ich es mir gar nicht vorstellen, dass du zu den Leuten kommst.
153. D: Glaube ich auch.
154. P: Dass es auch funktioniert.
155. D: Glaube ich auch.
156. P: Also, ich kann mir keine andere Art und Weise vorstellen. Weil ich nicht wüsste... Weil sonst kommst du überhaupt nicht zu den Leuten. Ich meine, es sei denn, das wäre noch irgend//... **Ja**, aber so motiviert sind sie nicht, dass sie alle von selber kommen würden, nicht.
157. I: Das funktioniert nicht.

158. P: Das funktioniert überhaupt nicht. Das haut überhaupt nicht hin.
159. I: Nein.
160. P: Weil wir die Leute trotzdem auch immer müssen motivieren. Auch, dass sie in die Adipositasambulanz kommen. Wenn wir nicht sagen... Wir wirklich dahinter sind, auch wenn sie stationär da sind... Wenn wir da nicht dauernd, sozusagen die Leute wieder anreden würden und * ...und motivieren würden. Ah * da würde die Mühle wieder stehen, glaube ich. Dass sie da...
161. D: Ich glaube auch, dass es fast nicht anders geht.
162. D: Mh, mh.
163. P: Also die würde nach drei Wochen wieder stehen, nicht. Also das ist... * Das rennt nicht von selber.
164. I: Mh, mh.
165. P: Das ist sicher nicht der Fall, dass das eine Automatik übernehmen würde oder so. Dass die Leute sagen, ah und das gibt es und jetzt kommen wir alle.
166. I: Ja, ja.
167. P: Also da bin ich überzeugt. Also...
168. D: Mh.
169. P: Oder wenn jemand sagen würde, jetzt bei uns da im Team, mich freut das nicht mehr, mich fault das schon an, immer die Leute anreden und so. Da würde das schnell stehen.
170. D: Ja.
171. P: Das steht und fällt meiner Meinung nach mit einem Team.
172. I: Mit einem Team.
173. P: Wenn man da nicht ein interdisziplinäres Team hat, wo halbwegs alle an einem Strang ziehen, kannst du das alles vergessen, glaube ich.
174. I: Ja, ja. * *Habt Ihr irgendwelche Ziele wie viele Patienten ihr für das Bewegungsprogramm Ihr rekrutieren wollt?
175. P: Nein, wir wollen die... Wir haben ja eh... Wir haben es ja vorgegeben... Wir haben ja nur gewisse * Gruppen. Wir haben manchmal zwei Gruppen, nicht, zweimal acht und manchmal einmal acht. Und wir wollten natürlich, dass die Gruppen voll sind, nicht. *Das ist unser Ziel jetzt, nicht.
176. D: Das war aber noch nie das Problem eigentlich. Weil bis jetzt haben wir sie eigentlich immer schön voll gebracht.
177. P: Bis jetzt haben wir immer eine Warteliste gehabt. Bis überhaupt...
178. D: Ja.
179. I: Ja.
180. P: Und *** Ja. * Nein, unser Ziel... Also mein Ziel... Also unser Ziel glaube ich ist es schon, dass wir irgendwann diese ganze Lebensstilmedizin in das Spital sozusagen herein bringen. Und genauso wie es, was weiß ich, eine onkologische Therapie gibt und das gibt, dann gibt es auch eine Bewegungstherapie, nicht. Und nicht nur für die Adipösen, sondern das ist halt dann, für ja *...für alle die es brauchen. Das ist unser Ziel, nicht. Darum tun wir seit Jahren in diese Richtung, nicht. Ich meine, mit *...mit...mit ja unseren Erfolgen... Ja unsere Erfolge sind nicht schlecht, aber...aber die Wände, die sich immer wieder vor uns aufbauen, also. Das ist nicht ganz ohne, nicht.
181. I: Ja.
182. UNTERBRECHUNG DURCH CHRISTIAN LACKINGER
183. I: Also, ahm und habt Ihr euch schon mit den Daten, die in der Studie erhoben worden sind, beschäftigt?
184. P: Nein, wir haben ja noch keine Daten. Im Prinzip werden sie gesammelt. Ich meine, wir sehen ja nur, was wir bei den Nachbeobachtungen sehen. Ich meine es ist einfach so, dass sich halt nach acht Wochen Bewegung in Wirklichkeit nichts... Also von unseren Laborwerten und auch bei den BIA-Messungen, in Wirklichkeit... Ich meine nach acht Wochen tut sich im Grunde nichts. * Also nicht wo die Leute...wo man die Leute damit motivieren könnte. Dass man sagt: "Schaut, jetzt hat sich schon etwas getan".
185. I: Schwarz auf Weiß, ja.
186. P: Das funktioniert nicht. Das sind einfach viel längere... Ich glaube da muss man in viel längeren...
187. I: Abschnitten.
188. P: ...Dimensionen denken. Und das muss man auch versuchen den Leuten zu vermitteln. Und da sind manche natürlich schon ein bisschen frustriert, weil sie das Gefühl haben, * ah das geht rucki zucki, nicht.

189. D: Schneller.
190. P: Weißt du, es wollen ja alle wieder den schnellen Erfolg. Aber das ist natürlich**... Darum haben sie ja auch vorher die Workshops. Da...da hören sie ja viel, nicht [zeigt auf die Broschüre des Adipositasprojektes]. Also der Vorspann, also der...
191. D: Das ist ja natürlich immer ideal, weil da sie zuerst einmal die Ernährung haben und dann sie noch mit der Bewegung dazu gehen, nicht. Weil dann sehen sie dann schon noch einmal... Da tut sich dann noch einmal was, nicht.
192. P: Mh.
193. I: Und im Prinzip kombinieren sie ja dann Ernährung und Bewegung.
194. D: Sie kombinieren es dann.
195. P: Mh.
196. I: Ja, und welche Ergebnisse wird Ihrer Meinung nach dann die Studie bringen?
197. P: Wir sind neugierig, was sie dann nach einem Jahr bringt, nicht. Weil abhängig wird es einfach davon sein, ob es uns gelungen ist die Leute so zu motivieren, dass sie dann, falls sie das Bewegungsprogramm auch beendet haben, das selber weiter tun. Weil die, die weiter tun, werden nach einem Jahr dann auch, nehme ich an... Werden wir was messen können. Da wird sich ein bisschen was tun. Die, die wieder nichts tun... Weiß ich nicht wie viel Prozent das sein werden, aber ich befürchte, dass wird nicht ganz wenig sein. * Also das werden sicher mindestens die Hälfte sein, *schätze ich einmal*. * Ah so erfahrungsgemäß. Ah, das haben wir ja natürlich. Mit der Autoindustrie dürfen wir uns nicht vergleichen. Weil da tät uns niemand was glauben.
198. I: Ja. * Und wie stellen Sie sich dann die Veröffentlichung vor von den ganzen Daten?
199. P: * Ah ja, ich nehme an, das wird über die Adipositasgesellschaft funktionieren, nicht. Für die Veröffentlichung sind wir ja nicht wirklich... Wir sind ja nur... * Wir sind ja ein wenig die Zuträger, nicht. Wir sind ja die Datenbringer.
200. I: Welchen Vorteil haben Sie dann eigentlich von der Zusammenarbeit oder von den ganzen Daten?
201. P: Die Daten sind uns in Wirklichkeit ein bisschen wurst. Es geht uns darum, dass wir für unsere Patienten ein Bewegungsprogramm haben, nicht. Dass wir ihnen das anbieten können.
202. I: Das heißt, Sie würden die Leute auch schicken, wenn es nicht mit einer Studie verbunden wäre?
203. P: Das wäre uns viel lieber, weil die ganze Arbeit wegfallen würde. Aber darum wollen wir ja... Wir wollen dieses. Wir wollen ja das Bewegungsprogramm im Haus haben. Ahm, wo wir niemanden Rechenschaft schuldig sind. Das wollen wir ja nicht studienmäßig. Eine Studie ist für uns ja in so einem kleinen Haus... Für uns abgesehen davon, dass keiner von uns mit Studien Erfahrung hat...
204. I: Habt Ihr noch nie eine Studie diesbezüglich gemacht?
205. P: Ja wir haben, was weiß ich, einmal bei so einer... Vor Jahren haben wir einmal bei so ah * ah akute Herzinfarktstudie mitgemacht. Ob Magnesium in der Akutphase gut oder schlecht ist. Aber das war... Das war eh ein Verhau. ** Nein, das ist nichts. Wir machen bei Studien normal überhaupt nicht mit.
206. I: Gar nicht mit?
207. P: Nein. Damit ist es für uns ja nur viel mehr Arbeit, die wir eigentlich nicht brauchen würden. Wir wollen unseren Patienten Bewegung anbieten. Dass sie die Chance haben, dass sie es kennen lernen. Auch, dass sie Krafttraining auch kennen lernen. Dass sie wissen, dass auch * Gleichgewichts*training wichtig ist. Weil von Ausdauer haben die meisten zumindest ein bisschen eine Ahnung. Das ist uns wichtig, nicht. Und deswegen tun wir auch mit, nicht. Also die Studie selber ist uns, also mir persönlich, in Wirklichkeit... Weil ich glaube nicht... Es wird leider nicht raus kommen, dass man beweisen kann.... Also, es gibt eh schon viele Studien. Aber ich meine, so langfristige gibt es ja gar keine, wo du zumindest über ein Jahr... Die meisten Studien, die immer so präsentiert werden, sind ja nur acht oder zwölf Wochen. So kurz oder so... Ah, also ich glaube nicht, dass wir so etwas Weltbewegendes rausbekommen werden. Die Leute sind auch nicht in einem Jahr dick geworden. Die...die...die sind in dreißig Jahren dick geworden und jetzt müssen sie abbauen. Jetzt dauert es wieder halt dreißig Jahre, nicht * oder zwanzig Jahre.
208. I: Und wie wichtig, sagen Sie, ist das Bewegungs*programm oder die Bewegungstherapie im Verhältnis zur Ernährungsumstellung?
209. P: Nein, * also ich sage, mindestens gleich wichtig. Also ich glaube sogar ein bisschen wichtiger... Ich glaube, dass Ernährung ganz wichtig ist. * Bewegung ganz, ganz wichtig

ist. Und dann natürlich auch noch ein bisschen die Psychologie. Also das Ganze * ah das gehört sicher auch noch dazu. Also ich glaube, dass diese drei Säulen wichtig sind., Ob jetzt die Ernährung oder die Bewegung oder die Psychologie im Grunde *, ah die Lebenseinstellung, alles drum und dran wichtiger ist das kann man diskutieren. Da wird mir die... Die Diätologin wird sagen, dass Ernähren das Wichtigste ist, die Psychologen sagen ihres ist das Wichtigste und... Aber ich sage interdisziplinär, sonst geht es überhaupt nicht. Und ob ich jetzt ein bisschen mehr... Prinzipiell, wenn man so ein wenig... Wenn man alles ein bisschen zusammensammelt, was man so liest und so, ahhh weiß man eindeutig, dass es nur kombiniert geht. Und...und es wird jeder der ehr// ehrlich ist zugeben, dass er mit seinem alleine, wenn er nur auf seinem * kleinen Segment beharrt, wird er keinen Erfolg haben. Das haben wir ja, nicht. Da gibt es ja tausend Beweise dafür, nicht. Und darum... Die Interdisziplinarität ist das Wichtigste, nicht. Und wenn man das nicht schafft, dann... Wir haben ja die große Chance bei uns da. Das ist ja, glaube ich, unsere Stärke in unserem kleinen Haus, dass wir da überhaupt mittun, oder dass wir überhaupt die Chance bekommen haben, dass wir da überhaupt mittun, ist ja schon unser interdisziplinäres Team. Sonst wären wir ja da nie, glaube ich, irgendwie in die Auswahl gekommen *. Weil * wir sind ja ein bisschen atypisch, nicht. Sonst sind ja eigentlich nur die großen Häuser dabei, nicht.

210. I: Stimmt.
211. P: * Aber ich glaube das funktioniert bei uns.
212. I: Aber bei Euch funktioniert es ja vorbildhaft. Das ist ja das.
213. P: **Ja**. Das funktioniert aber nur, weil wir so ein Team haben. Und wir sind ja auch nicht... Wir sind ja auch nicht dahergekommen, sondern wir sind auch zusammengewachsen und haben gemerkt, wir brauchen irgendwelche Dinge. Weil jeder gemerkt hat, dass jeder allein mit seinem Dahintun nicht weiter kommen wird.
214. D: Und so etwas hat sich auch langsam entwickelt eigentlich. * Da haben wir einfach einmal angefangen, nicht. Die Martina und ich. #Dann haben wir...#
215. P: #Nein, das muss man# sich vorstellen. Das rennt über drei #Jahre, über drei, vier Jahre#.
216. D: #Und die Psychologinnen, sind gekommen. Das hat sich auch weiterentwickelt# eigentlich.
217. I: Und wie wird das finanziert?
218. P: **Ah, das wird nicht...
219. D: Das ist eigentlich eine Serviceleistung vom Spital.
220. P: Ja, das rennt vom Haus.
221. I: Ach so.
222. P: Ja das *das darf man eh nicht fragen, gell. Weil da täten sie uns vielleicht...
223. D: Mh.
224. P: Aber das gehört einfach zum Haus dazu.
225. D: Mh.
226. I: Aha, so ist das. Und macht Ihr selber in Eurer Freizeit auch viel Sport?
227. P: * Also ich selber versuche schon... * Also ich... ** Freilich du bist auch...
228. D: Also ich bemühe mich auch sehr.
229. P: Ja, ich bemühe mich auch sehr. Also ich versuche schon, das was man den Leuten erzählt, selber umzusetzen.
230. D: Umzusetzen, ja.
231. P: Gelingt auch meistens. Aber nicht *immer natürlich*.
232. D: Mh, mh.
233. P: Aber im Grunde muss man. Sonst glauben sie es ja nicht. Die Leute...
234. D: Das selber leben...
235. P: Die Leute... Wenn man solche Sachen, gerade diese Dinge wie Lebensstil, wenn man das nicht selber lebt, glaubt ihm kein Mensch. Da kannst du ihnen erzählen was du willst. Die sagen: „Schau dich selber an!“ und dann... Da hat man keine Chance, glaube ich, wenn man nicht selber auch ein wenig was tut, nicht. Und es sind eigentlich alle, die bei uns da dabei sind, alle sehr aktiv, nicht. Der Martin, der H. Martin...
236. D: Absolut, ja.
237. P: Der ist ja sowieso...
238. D: Absolut.
239. P: Unser Ober-Über-Drüber. Und unsere Psychologinnen, die sind alle sehr aktiv.
240. I: Also macht Ihr alle regelmäßig irgendetwas?

241. P: Mh.
242. I: Okay, ** okay. Und wissen Sie auch wie viele Schritte, dass Sie durchschnittlich gehen? An so einem Arbeitstag.
243. P: * Ah, ich habe schon oft den Schrittzähler umgehängt gehabt.
244. I: @Ah ja@.
245. P: Da kommt es ja natürlich eh darauf an, ob man... Bei uns im Dienst... Wir haben jetzt unheimlich weite Wege, weil wir da so dazu gebaut haben. Ja*, aber ich weiß es nicht wie viele Schritte werden es denn sein? * Aber...
246. D: Ich könnte es nicht sagen.
247. P: Aber...
248. D: Ich habe es noch nie ausprobiert.
249. P: Ich habe es schon paarmal... Aber es sind sicher weit über Zehntausend...
250. I: Über zehntausend?
251. P: Im Dienst.
252. I: Ja?
253. P: Ja wenn ich Dienst habe. Wenn ich zwölf Stunden da bin.
254. I: Ja.
255. D: Mh.
256. I: Ach, doch so viele.
257. P: Da kommen wir schon auf die. Da kommen wir sicher...
258. D: Mh.
259. I: Und macht Ihr dann auch so ein gezieltes Ausdauer- und Krafttraining?
260. P: Privat oder wie?
261. I: Privat, ja.
262. P: Gezielt? * Gezielt nicht. Also bei mir ist es nicht gezielt. Ich mache so viel geht @. Ich meine, ich kann es nur von mir sagen, nicht. Ich gehe laufen. Ich laufe ein bisschen bei den Volksläufen mit. Also so ein bisschen...sozusagen ein bisschen motiviert ist man da schon. Bis zu Halbmarathon laufe ich da halt. Ein bisschen Mountainbiken, Klettern. Und ja. Ich versuche alles ein bisschen...Bergwandern, ah **...
263. I: Ah, da habt Ihr es da ja schön.
264. P: Ja und das Krafttraining, das ist mir ehrlich gesagt... Ich meine, ich gehe schon manchmal in die Kraftkammer auch *, aber * das schaffe ich nicht regelmäßig, weil es mir zu fad ist, *muss ich ehrlich sagen*.
265. I: Mh. Das Problem @kenne ich, ja@.
266. P: Das ist nicht recht meines. Das ist auch so, wenn ich ein bisschen mehr tue, tut mir eher mehr weh als was ich das Gefühl habe, dass es mir etwas bringt. Also * mh* da bin ich nicht ganz überzeugt, dass es für mich so gut ist. *
267. I: Ja und glaubt Ihr, dass die Adipösen ihr Bewegungsverhalten alleine umstellen können?
268. P: Nein.
269. D: Glaube ich auch nicht.
270. P: Sicher nicht, sicher nicht. Nein da bin ich ganz überzeugt. Die brauchen eine Gruppe, die brauchen eine Betreuung und das ist auch das Problem dann. Ah * ein Teil bleibt. * Dass halt viele dann nach dem Projekt im Grunde wieder in ihre alte Lebensform zurückfallen, nicht... Da geben viele wieder auf, dann.
271. D: Mh.
272. P: Ich meine, das muss uns schon bewusst sein, glaube ich, dass die Erfolgsrate... Werden wir sehen. Also wir haben das generell, wenn wir uns mit Diabetes oder überhaupt mit Stoffwechsel über Jahre beschäftigen. Wir sind halt froh, wenn von zehn eine oder zwei profitieren * und dabei bleiben. Da sind wir eh schon heil froh in Wirklichkeit.
273. I: Und ist das realistisch von zehn ein oder zwei?
274. P: **Schon**. Also wir haben zum Beispiel, wie wir mit dem Diabetesprogramm angefangen haben, da in der SPORTUNION vorne, das ist ja bald fünf Jahre her, nicht. Da haben wir manche noch. Die sind von der ersten Trainingsgruppe, die jetzt noch miteinander trainieren. Noch in der Gruppe trainieren. Noch mit dem Philipp manchmal trainieren.
275. I: *Das ist das Wichtigste*.
276. P: Also da haben wir noch immer welche, nicht. Aber das sind wirklich... Aber das sind leider nicht die meisten. Aber, wir haben welche, die seit dem, das beibehalten haben. * Und das sehen wir natürlich auch an den Erfolgen, nicht. An ihren Medikamentenverbrauch, an ihren Spätkomplikationen und alles, nicht. Profitieren schon

- maximal. Das sind nicht... Das ist eher leider nicht die **Regel**. Sondern eher... Das sind die wenigsten, die das tun.
277. I: Und im Diabetesprojekt habt Ihr im Prinzip das gleiche Rekrutierungsschema benutzt?
278. P: Ja, dort hat der Philipp eigentlich alles rekrutiert.
279. D: #Da haben wir ja...#
280. P: #Wir haben ihn nur die Namen...#
281. D: ... #Namen# gesagt. Die Telefonnummer dazu...
282. P: Die Telefonnummer geben, genau...
283. D: *Genau*.
284. I: Habt Ihr es ihm auf einen Zettel geschrieben?
285. D: Gemailt meistens.
286. P: Gemailt oder manchmal kommt er auch, oder er #hat es sich geholt meistens#.
287. D: Oder #er hat es sich geholt#. Ja.
288. P: Mh, mh.
289. D: Je nachdem, wie es gepasst hat. Mh.
290. P: Es ist so, wir sind mit dem Philipp so... Er kommt von Zeit zu Zeit vorbei.
291. D: Ja.
292. P: Und dann plaudern wir ein bisschen. Ja und schauen, was es ein bisschen gibt. Und da sind wir sozusagen schon in gutem Kontakt. Und das *bewährt sich gut, ja*.
293. I: Das funktioniert gut.
294. GESPRÄCH DER DIÄTOLOGIN MIT CHRISTIAN LACKINGER
295. I: Und warum habt Ihr dann das Rekrutierungsschema geändert? Dass Ihr jetzt...
296. P: Ja, weil es dann für den Philipp * doch mühsam war. Und nicht, wie wir dann die Adipositas *ah ambulanzen... Dass ist ja wieder eine andere Situation. Die gehen ja zuerst alle durch das Projekt, nicht.
297. I: Ja.
298. P: Das heißt unsere Christa und Martina kennen die schon gut und tun sich letztendlich dann auch leichter mit dem Rekrutieren, nicht.
299. I: Nein sicher.
300. P: Weil das ist für den Philipp sehr #mühsam#.
301. D: #Uuund#, vor allem die kommen ja dann zur Baseline zu uns, nicht. Und das müsste dann der Philipp einteilen für uns, nicht. Weil es ja dann im Prinzip, ja...
302. P: #Die Termine#...
303. D: #Da# haben wir dann selber einen besseren Zugang, dass wir uns dann im Team dann zusammenreden. Wann bestellt man sie herein.
304. I: Mh.
305. D: *Ja*.
306. I: Also ihr macht euch die Termine selber aus. #Ihr#...
307. P: #Mh.#
308. I: Ihr ruft sie einfach an und macht euch die Termine mit den Leuten dann aus?
309. P: Mh.
310. D: Zur Baseline, ja genau.
311. I: Ja und die kommen dann auch verlässlich?
312. D: Die kommen dann, oh ja.
313. P: Das ist #eigentlich#.
314. D: #Die warten#...die warten ja schon eigentlich alle auf das Bewegungsprojekt. Die lassen sich das eh nicht nehmen. Also die kommen schon verlässlich.
315. I: Also da gibt es niemanden, der dann irgendwie kurzfristig einfach nicht kommt ohne, dass er absagt?
316. D: Gibt es schon, *natürlich auch*.
317. P: Naja, es kann ja auch einmal wer krank werden. Aber die haben schon...Die haben alle schon #Gründe#.
318. D: #Aber sie sind schon# sehr verlässlich.
319. P: Also da, bis jetzt.
320. D: Und die rufen an.
321. P: Ja, ja.
322. D: Weil ihnen das wirklich irrsinnig wichtig ist. Weil manche warten ja teilweise wirklich * zwei Monate darauf, dass sie endlich zum Bewegungsprogramm einmal dran kommen.
323. I: Ja, aber wie vermittelt Ihr ihnen das bitte, dass die so eine Freude haben, dass die da mitmachen. Weil in Wien ist das ganz anders.

324. D: [zeigt auf den Folder] Das da.
325. P: Der Vorspann, der Vorspann da, der Vorspann.
326. D: Da lernen sich die Leute teilweise schon untereinander kennen und da machen sie es sich aus. Und da gehen sie dann gemeinsam. Ja und das taugt ihnen voll.
327. P: Und natürlich, ich meine auch, die Rekrutierung fängt auch so an. Ich meine, wenn bei uns auf der Station zum Beispiel... Wenn ich Visite gehe und da ist ein fünfzigjähriger Metaboliker da, dann rede ich ihn an. Dann sage ich, er muss was tun. Er soll... er soll selber seines Glückes Schmied sein. Und dann wird schon die Christa verständigt. Er bekommt schon eine Beratung. Die sagt ihm noch einmal. Die sagt, das gibt es und Dings... Und das hört er, wenn er ein paar Tage da ist, dann hört er das drei-, viermal von uns. Und dann ist er schon eigentlich schon dabei meistens. Die meisten sind dann schon dabei, wenn es irgendwie zeitlich geht. Freilich haben wir welche, die im Arbeitsprozess oder so sind, nicht. Die manchmal einfach nicht auskönnen und sagen es geht von ihnen nicht. Aber die meisten sind wirklich motivierbar. Und wir *ah, versuchen natürlich bei die... Wir reden nicht achtzigjährige oder so fünfundachtzigjährige an, wo eh schon alles wurst ist. Ich meine, da ist es eh schon gelaufen. **Aber**, die vierzigjährigen, die dreißigjährigen, die fünfzigjährigen, nicht. Die...die...die ... Und da legen wir uns schon ins Zeug, nicht. Würde ich sagen, gell. Da versuchen wir wirklich. Uuund da sind wir jetzt ah ** im Team einige, die in diese Richtung tun. Weil bei unserem Team, da sind nicht alle... Es sind nicht alle Kollegen Lebensstilmediziner, nicht. Wir haben auch die, die sagen: „Es ist lauter Blödsinn was ihr da tut.“ Es ist nicht so, dass wir im Haus so * überall hundert Prozent Zu// Zustimmung haben. * Das haben wir absolut nicht, *in Wirklichkeit*. Aber...* aber wir sind immer mehr, die in diese Richtung irgendwie sozusagen gehen, nicht.
328. I: Mh. *** Ja und wie schaut es dann aus wenn das Projekt ausläuft? Dann habt Ihr im Prinzip kein Bewegungsprogramm mehr?
329. P: Nein, das ist... Da sind wir dabei, dass wir das im Haus aufbauen... Also ich bin da mit dem Verwalter, mit dem * ärztlichen Direktor, mit dem Regionalmanager in sehr in intensive Gesprächen jetzt wieder getreten. Dass wir eine Übergangslösung jetzt für das nächste Jahr finden. Fürs Frühjahr, bis es ausrennt. Bis ein Jahr darauf einmal... Dass wir ein Provisorium bei uns im Haus einmal machen. Weil dann ein Jahr später wird unser Neubau da fertig, wo für uns Räume für Lebensstilmedizin geplant sind. Wo wir, wenn das wirklich kommt wie es geplant ist, dann wirklich tolle Räume haben. Uuund dann hoffen wir, dass wir dann praktisch, wenn wir dann ins Neue ziehen, dass es * sozusagen ungestört weiter rennt, nicht.
330. I: Und das wird im Prinzip genauso ablaufen wie es jetzt abläuft?
331. P: Das wird im Grunde genauso... Weil es wird... Die Adipositasambulanz gibt es weiter, weil es hat sich bewährt für uns da. Wir haben es vor, genau in diese Richtung zu machen, ja.
332. I: Und wie ist eigentlich die Adipositasambulanz bei Euch eingegliedert? Also rennt das unter der Stoffwechselambulanz?
333. P: Das rennt ja... [fragend] Unter was rennt das?
334. D: Das ist eine gute Frage unter was das rennt. Wir sagen halt Adipositasambulanz, gell aber...
335. P: Ja, das rennt... Das haben unsere Diätologinnen vor dreieinhalb Jahren, bald vier Jahren, sozusagen in Eigenengagement kreiert. *Dreieinhalb Jahre ist das jetzt her, gell?*
336. D: Ja, dreieinhalb Jahre sind das jetzt?
337. P: Dreieinhalb Jahre sind das. Und das ist gewachsen irgendwie. Und nicht, dass ist, kann man schon sagen, jetzt mittlerweile eine Institution geworden bei uns. Uuund bewährt sich gut.
338. I: Ja, habt Ihr dann gewisse Tage, wo die Adipösen dann zu euch kommen?
339. D: Da her?
340. I: Nein, allgemein zu Euch in die Ambulanz einfach.
341. D: Nein.
342. P: Nein, das geht über das Telefon.
343. D: Das ist alles im Prinzip... Das sind immer Nachmittage, nicht. Das wird immer mit diesen Nachmittagen abgedeckt dann.
344. I: Ah, okay. Also da kommen die alle hinein.
345. P: Ja genau und wir haben auch eine große Diabetesambulanz.
346. I: Ja.
347. P: Und aus der Diabetes*-Metabolikerguppe rekrutieren wir natürlich auch sehr viele

- Leute.
348. I: Für da, ja*. Und viele Prozent informiert Ihr dann * im Prinzip von euren Leuten?
349. P:** Pu *. Aber die, die wir...
350. I: Also wie viele kommen gar nicht in Frage?
351. P: Naja, wir haben schon viele, die... Also stationär haben wir viiiele, die nicht in Frage kommen, nicht. Da reden wir nicht alle an, nicht. Wenn es von Haus aus keinen Sinn hat, nicht. Dann hat es keinen Sinn. Aber überall wo wir glauben es hat Sinn, die reden wir an.
352. I: Mh. Also vergessen oder so irgendwas, kommt nicht vorbei Euch?
353. P: Nein, vergessen... Es wird jeder was vergessen. Also das glaube ich nicht, dass man nichts @ vergisst. Das glaube ich nicht, dass man nichts vergisst. Das kann ich mir nicht vorstellen. Weil vergesslich sind wir alle ein wenig@. Aber*...aber...aber prinzipiell entgehen uns sozusagen nicht so viele, glaube ich. Die wir zumindest nicht motivieren. Wo wir ihnen die Chance geben, dass sie auch so etwas machen können.
354. I: Mh, mh. *** Ja okay. Und irgendwas verbessern oder sonst irgendwas?
355. P: Ich *, also ich glaube, dass dieses System relativ gut ausgefeilt ist. Ich meine etwas verbessern? Was generell verbessern? Dass man die Bevölkerung einfach viel mehr zu einem gesunden Lebensstil motiviert. Aber das ist halt eine Sisyphusarbeit, nicht. Und es wird eh viel versucht. Uund es versuchen... Was mich stööört an der ganzen Prävention, an allem was da so gemacht wird, dass jede Institution unter Anführungszeichen selber glaubt, sie muss Prävention machen, nicht. Wir haben die Gebietskrankenkasse. Wir haben...wir haben...wir haben... Jede gesunde Gemeinde glaubt irgendetwas tun zu müssen. Wir haben die Holding, mit „Ja recht und Ge//“ was so in die Richtung geht. * Dann jetzt vom Land gibt es unheimlich viel "Tut gut" und irgendwelche Aktionen. Aber es ist alles meiner Meinung nach unkoordiniert, nicht. Jeder macht irgendwas, jeder glaubt... Es wird auch jeder eh gut machen, nehme ich an, aber irgendwie haben wir keine gemeinsame Linie, nicht. Ich meine, hin und wieder... Es könnte auch die Stoßkraft, glaube ich, viel mehr verstärkt werden, wenn alle miteinander arbeiten würden. Wenn man sich ein Konzept überlegen täte.
356. I: Ja, ist das was für die Zukunft? Könnte man das umsetzen?
357. P: Das weiß ich nicht. Ich meine, wenn man das Geld wahrscheinlich alles so hätte, was da so rein rinnt, könnte ich mir vorstellen, dass man da schon was Gescheites machen könnte, denke ich mir.
358. I: Mh.
359. P: Aber mir fehlt... Aber ich habe da kein Konzept oder so, nicht. Also ich bin froh... Also mein Ziel ist einmal, dass wir in unserem Haus... dass wir endlich die Bewegung als Mediziiiiin anbieten können. Ah, dass das einmal alle erkennen wie wichtig und effektiv das ist. Dass wir das auch machen können und dürfen.
360. TELEFONAT P.
361. I: Naja, * ich glaube, im Prinzip habe ich alle Informationen die ich brauche.
362. P: Nein wunderbar.
363. I: Ja, da geht sich die Visite auch noch aus. Gut, danke.

Interview Krankenhaus Wien 1

Interview WIEN_1[A1]

Interviewerin: Sandra Haider
Thema: Rekrutierung für die Adipositasstudie in den Ambulanzen
Ort des Interviews: Bücherei der Ambulanz Wien_1
Datum und Uhrzeit: 09.06.2011, 13:00
Dauer der Passage: 37:24 Minuten
Transkribentin: Sandra Haider
Korrekturleserin: Ass. Prof. Mag. Dr. Rosa Dikettmüller

1. I: Also, wie ich dir kurz erklärt habe, machen wir jetzt die Interviews, ja, mit den drei Krankenhäusern, um eben zu vergleichen, warum die Rekrutierung bei * einem Standort funktioniert und warum es bei den anderen Krankenhäusern nicht funktioniert, ja.
2. Ich habe zuerst einige Fragen zu deiner Tätigkeit, ja? Also, welche Funktion hast du eigentlich in Wien_1, welche Stellung?
3. H: Okay, ich bin Facharzt ah für innere Medizin. Und als Funktion Oberarzt, hier in der Abteilung und ich betreue und leite auch die Adipositasambulanz, ja.
4. I: Mh, mh. Un//
5. H: Ich bin momentan auf der Ambulanz tätig, ja.
6. I: Und wie lange bist du jetzt schon in Wien_1 als Arzt tätig?
7. H: Drei Jahre zirka, ja.
8. I: Ja, und was ist deine Hauptaufgabe?
9. H: Meine Hauptaufgabe ist die Patientenversorgung, Patientenbetreuung. Ahm, jetzt momentan stationär und eben dann einmal die Woche betreue ich auch ambulant die adipösen Patienten, die in die Ambulanz kommen.
10. I: Mh. Und im Rahmen deiner Arbeit ah * machst du da auch Studien?
11. H: Studien?
12. I: Also, weitere Studien, als die Adipositasstudie?
13. H: Außer mit euch mache ich momentan keine weiteren Studien, wissenschaftliche Studien.
14. I: Mh, okay. * Und welcher Abteilung gehört die Adipositasambulanz jetzt an?
15. H: Die gehört dieser Abteilung, der fünften medizinischen Abteilung, wo der Primar unser Primar ist, an, ja.
16. I: Mh. Ist das der Diabetesambulanz untergeordnet oder der Stoffwechselambulanz?
17. H: Ja, ja... Es ist... Ja es ist eine Spezialambulanz im Rahmen der Abteilung und die Abteilung hat mehrere Schwerpunkte und die Schwerpunkte sind Diabetes, Stoffwechsel und Rheumatologie und Akutgeriatrie.
18. I: Ah, okay. Und seit wann gibt es die Adipositasambulanz jetzt?
19. H: Das ist * eine gute Frage. Die hat es schon gegeben wie ich gekommen bin und wie viele Jahre es sie davor schon gegeben hat, kann ich jetzt nicht genau sagen, ja. Also es gibt sie schon länger eigentlich, ja.
20. I: Und an wie vielen Tagen können die Adipösen jetzt zu euch in die Ambulanz kommen? Gibt es da gewisse//
21. H: Ja. Jeden Dienstag von eins bis drei.
22. I: Mh. Und da kommen nur die Adipösen? Also keine Diabetiker.
23. H: Ja genau, genau.
24. I: Nur Adipöse.
25. H: Das ist eine Terminambulanz nur für die Adipösen, also für die adipösen Patienten, wo man sich aber vorher Termine ausmachen muss. Genau.
26. I: Mh, okay. Und wie viel medizinisches Personal arbeitet dann in der Ambulanz?
27. H: Also wir sind ** zu... Drei Ärzte. Also die Frau Dr.A2 und Herr Dr. Glöbel sind dort ahm * auch noch zugeteilt. Wobei die Dr. A2 momentan in Rotation ist. Also nicht regelmäßig kommen kann. Also nur * zu...zu zweit momentan. Ja ist sehr gut. Eine Diätologin haben wir auch. Die auch

- eigentlich jeden Dienstagnachmittag dann da ist, ja. Und eine Schwester, wenn wir etwas brauchen, aber das ist eigentlich selten der Fall.
28. I: Mh. Und eine Psychologin?
29. H: Ah, wir haben keine Psychologin. Wir haben jetzt seit ein paar Monaten eine Psychiaterin, die, wenn wir es für notwendig halten, uns auch Begutachtungen macht. Also dann können wir sie zuweisen, ja.
30. I: Mh und die arbeiten alle vierzig Stunden sozusagen?
31. H: * Diiie arbeiten alle vierzig Stunden, ja...ja.
32. I: Jaa und der Matthias, der hilft euch dann bei den Studien?
33. H: **Genau**, genau. Der Matthias ist ein Medizinstudent und der hilft uns bei den Studientätigkeiten.
34. I: Nur im Rahmen der GEHE-Studie, also der Adipositasstudie?
35. H: Jaaa, nur im Rahmen der GEHE-Studie, genau. Der macht eigentlich nur diese Tätigkeit. Also das heißt, der hat keine klinische * ah Tätigkeit. Ah keine Patientenversorgung sondern kümmert sich eigentlich ausschließlich nur um die Studie, ja.
36. I: * Und wie oft bist du dann persönlich in der Ambulanz anwesend, jeden Dienstag? Oder wie läuft das ab?
37. H: Eigentlich jeden, fast jeden Dienstag. Wenn ich nicht außer Dienst gehe oder Urlaub bin, bin ich eigentlich immer da, ja.
38. I: Mh, okay. Und die anderen Tage bist du dann auch in der Ambulanz oder auf der Station?
39. H: Momentan auf der Station. Es gibt Zeiten... Oder letztes Jahr war ich hauptsächlich in der Diabetesambulanz ** eingeteilt. Und dann habe ich noch jeden Dienstag die Adipositasambulanz gemacht. Und jetzt bin ich hauptsächlich auf der Station eingeteilt. Und komme dann eben für die Ambulanz in die Ambulanz runter, ja.
40. I: Mh, mh. Und wie viele Patienten werden jährlich ungefähr in eurer Ambulanz betreut?
41. H: * Ahhh*. In der Adipositasambulanz?
42. I: In der Adipositasambulanz, ja genau.
43. H: Daaasss. * Also, wir haben ungefähr pro Dienstag sage ich einmal... Ah, haben wir vielleicht *** sieben, acht Patienten eingeteilt und die kommen alle drei Monate, ja. Also, das kann man... kann man sich eh ausrechnen, ja.
44. I: Mh. Und die werden dann immer vom selben Arzt betreut?
45. H: Nein, das ist eigentlich * zufällig, ja. Also entweder wer halt gerade da ist und...und wer die Kartei halt nimmt sozusagen. Also das ist nicht... Die Patienten sind nicht fix einem Arzt zugeteilt, ja.
46. I: Okay, mh. Und wie schaut das dann aus, wenn ein Adipositaspatient zum ersten Mal zu euch in die Ambulanz kommt?
47. H: Genau. Da haben wir ein Erstgespräch. Das ist so quasi ein Gruppengespräch, wo alle eingeladen werden ah...ah * zusammen. Da stellen wir uns vor, also unser...unser Team stellt sich vor, ich stelle mich von ärztlicher Seite vor. Dann spricht die Diätologin auch über ihre...ihre Dinge, die wichtig sind. Ah, und...und dann bekommen die Patienten alle einen Einzel//...Einzeltermin sozusagen, wo sie zum ersten Mal mit dem Arzt * ah sprechen. Da schauen wir uns viele Dinge an. Wir schauen uns die Befunde, Laborbefunde an. Wir messen Blutdruck, wir machen eine Biometrie. Wir suchen nach Komorbiditäten, Komplikationen der Adipositas. Und sie müssen alle ein Essensprotokoll bringen. Also das ist quasi der *Start*. * Wir erheben eine ausführliche Anamnese, ja.
48. I: Okay, aber die Patienten siehst du nur in der * ah in der Ambulanz, sonst im Prinzip nicht?
49. H: Nein.
50. I: Okay. Und wie viel Zeit hast du dann für die Betreuung eines Patienten oder einer Patientin?
51. H: Naja. ** Am Anfang ist es... Das Erstgespräch ist sicher sehr aufwändig. Also da eine halbe Stunde. Und ansonsten hat man fünfzehn, zwanzig Minuten Zeit, ja. Bei Bedarf natürlich auch länger, aber das ist ungefähr die Zeit.
52. I: Okay, okay. Und bei diesem Erstgespräch werden sie dann über die Studie und über das Bewegungsprogramm informiert?
53. H: Eigentlich erzähle ich ihnen schon beim Erstgespräch, also beim Gruppengespräch, erzähle ich ihnen schon, dass es das gibt. Und dass wir das anbieten können. Dass es eine tolle Sache ist eigentlich, ja. Und dass sie es sich überlegen sollen bis zum ersten Einzelgespräch, ob sie das wirklich machen. Ob sie das wirklich machen wollen, ja. Wobei ich mir dann schon beim ersten Einzelgespräch die Unterlagen anschau. Mir die Patienten dann genauer anschau und auch schau, ob sie in Frage kommen, ja. Also Leuten, von denen ich weiß, dass sie nicht in Frage kommen, biete ich es nicht *... biete ich es eigentlich nicht an. Sondern ich biete es nur

- denen an, wo ich weiß, dass es möglich ist und dass sie in Frage kommen.
54. I: Und wie wählst du sie aus, wer in Frage kommt und wer nicht in Frage kommt?
55. H: Nein gut, es gibt ja... Beim Projekt gibt es ja Kontraindikationen und die berücksichtige ich. Und vor allem kardial sehr schwer Kranke, die scheiden für mich auch aus. Oder ** wenn jemand im Rollstuhl sitzt, dann wird das auch nicht gehen. Also...also, da muss man schon eine Vorselektion machen, ja.
56. I: Okay.
57. H: Was eigentlich gut funktioniert ist, dass eigentlich die meisten...die meisten denen man es anbietet, wollen dann letztendlich auch mitmachen. Das ist eigentlich... Das funktioniert eigentlich ganz gut, ja.
58. I: Was sind da ungefähr die Zahlen? Also wie viele machen dann mit?
59. H: ** Jaaa.
60. I: Schätzungsweise.
61. H: Pro Woche oder wie?
62. I: Ja.
63. H:*** Naja, manchmal...manchmal kommt keiner in Frage und dann wiederrum sind es mehrere hintereinander. Ich kann es nicht...* Das...das müsstet ihr nachschauen, wie viele wir pro Woche im Schnitt zuweisen, ja. Das kann ich jetzt nicht...
64. I: Ja*** Okay, und welche konkreten Informationen gibst du dann den Adipösen über das Bewegungsprogramm?
65. H: Ja, ich erzähle ihnen, dass sie in der Gruppe mit Gleichgesinnten, also mit Adipösen, trainieren können. Dass sie eben lernen sollen, oder wieder hingeführt werden, Bewegung zu machen. In der Gruppe. Dass sie Krafttraining und Ausdauertraining machen, ja. Das ist es eigentlich, ja.
66. I: Okay und ah welche Informationen gibst du den Adipösen über die Studie?
67. H: ** Ja genau über die Studie. Da sage ich ihnen, dass es eben diese Studie gibt und dass wir eben ahm * im Rahmen dieser Studie den Stoffwechsel genau untersuchen wollen. Dass es aber natürlich mit Extra*aufwand für sie auch verbunden ist. Dass sie kommen müssen zu uns. Dass sie Blutabnahme haben, dass eine Biometrie gemacht wird. Ahm * das erkläre ich ihnen mal im Groben, ja, ja.
68. I: Und der Mehraufwand ist aber dann kein Hindernis?
69. H: Bis jetzt eigentlich für noch keinen, ja...ja.
70. I: Und wer hat dir den Rekrutierungsprozess, den ihr jetzt im Projekt anwendet so erklärt oder vorgeschlagen?
71. H: ** Den habe ich mir selber überlegt. Also ich meine...* Den Rekrutierungsprozess, so wie er jetzt ist?
72. I: Ja genau, genau!
73. H: Nein gut, wir haben ja die Formulare von euch bekommen. Und das ist ja vorgegeben gewesen. Also wann immer ich jemanden gehabt haben, der interessiert war, habe ich das Formular aus// ausgefüllt und euch eben gefaxt.
74. I: Verwendet ihr dann auch die Erfolgsgeschichten und die Infos für die Kurszeiten?
75. H: **Ja**, die gebe ich eigentlich auch mit, ja. Also... Weil die Patienten doch immer wissen wollen, wo und zu welcher Uhrzeit sie trainieren können. Also das ist schon wichtig, dass man da immer ein aktuelles ah Informationsmaterial hat von eurer Seite hat, wo und zu welchen Zeiten die Trainings stattfinden. Weil das ist schon ein ah Kriterium für die Patienten, ob sie mitmachen wollen oder können oder nicht. Vom Beruf. Vor allem für die Berufstätigen.
76. I: Und kennst du die Patienten eigentlich, die du für das Projekt rekrutierst? Hast du die schon öfter in Betreuung gehabt oder siehst du die beim Gruppengespräch zum ersten Mal?
77. H: Genau. Das war... Was für mich ein paarmal nicht so gut gelaufen ist, ist, dass wir Patienten von auswärts schon zugewiesen bekommen haben, dass sie beim Projekt teilnehmen wollen, obwohl sie noch nie bei uns waren, ja. Das ist schlecht, ja. * Das hat dann nicht geklappt, ja. Weil wir dann eigentlich von den Patienten nichts gewusst haben. Was sie haben, wie sie aussehen, was es da für einen Hintergrund gibt. Also das war sicherlich nicht gut. Mir ist es am liebsten, oder ich finde es geht am besten, oder funktioniert am besten, wenn wir die Patienten zuerst sehen, sie ansehen, die Befunde ansehen und uns einfach überlegen, ob es in Frage kommt oder nicht. Und dann erst zu euch schicken, weil wir müssen sie ja dann nachher weiterbetreuen und das ist von unserer Seite her dann besser.
78. I: Mh, das war von der Frau Dr....?
79. H: T., glaube ich, sind die gekommen. Ja genau, das war nicht gut. Das habe ich auch gesagt, dass das nicht geht. Wenn sie das machen möchte, dann muss sie sich auch darum kümmern

und dann darf das auch nicht über uns laufen, ja. Weil dann stehen plötzlich Leute da, die wir nie gesehen haben, von denen wir keine Information haben, kein Material haben, nichts haben. Das geht nicht, ja. Also das...

80. I: **Und warum schickst du eigentlich die Patienten zum Bewegungsprogramm?

81. H: * Weil es absolut notwendig ist, dass...dass...dass sie das machen, wenn sie abnehmen wollen. Also langfristig. Ohne dem geht es nicht, ja.

82. I: Und würdest du die Adipösen auch schicken, wenn es nicht mit einer Studie verbunden wäre?

83. H: Ja.

84. I: Unabhängig davon.

85. H: Würde ich auch schicken, ja. Das sage ich auch, dass sie nicht mitmachen müssen bei der Studie, sie können das Projekt einfach nur so in Anspruch nehmen. Also ich würde sie auch so schicken.

86. I: Ja. Und wie zeitaufwändig ist die Rekrutierung für dich? Wie viel Zeit ungefähr...?

87. H: Nein, die Rekrutierungsphase ist nicht so zeitaufwändig, ja. Also ich meine *** Das Informationsgespräch und dann noch das Faxen. Fünf bis zehn Minuten, ja. Aufwändiger sind sicher die Kontrollen, die vom Matthias durchgeführt werden. Also die können wir Ärzte nicht im Routinebetrieb mitlaufen lassen. Weil, ** da könnten wir unsere Routinearbeit nicht machen, ja.

88. I: Und mit welchen Argumenten versuchst du den Patienten von der Teilnahme am Bewegungsprogramm oder überhaupt von Sport zu überzeugen?

89. H: Das mache ich eigentlich schon im Erstgespräch. Ich sage, wenn sie abnehmen wollen, dann müssen sie auf jeden Fall wieder Bewegung machen und...und ihre Ernährung umstellen. Ohne dem wird es nicht gehen. Also ich informiere sie oder kläre sie auf, dass es eigentlich langfristig nur in Kombination erfolgreich sein wird, nein.

90. I: Und wie oft sprichst du dann mit der A2 über die Studie?

91. H:* Wir haben eigentlich wöchentlich zumindest E-Mail Kontakt, ja. Sie macht eigentlich sehr viel Arbeit, was das Organisatorische betrifft, was die Patientenführung und die Tabellen und so weiter betrifft. Das macht eigentlich alles sie.

92. I: Also habt ihr eine gewisse Arbeitsaufteilung, wer was macht?

93. H: **Ja**. Also wenn ich jetzt einmal hier vor Ort bin, bin ich in der Ambulanz und rekrutiere. Aber sie * macht dann die ganzen Listen und schickt sie an alle aus und...und ich bin dann eh auch vor Ort, wenn es Fragen gibt, ja. Aber sie hat diese...diese administrative Tätigkeit eigentlich übernommen.

94. I: Mh und der Austausch erfolgt persönlich und per E-Mail sozusagen?

95. H: Ja, genau. Sie schreibt eigentlich E-Mails und da steht eigentlich eh immer alles drinnen, damit ich auch Bescheid weiß, was passiert und wer kommt und so.

96. I: Und hast du vom Primar irgendwelche Vorgaben, wie viele Patienten ihr rekrutieren sollt?

97. H: *Nein, gar nichts*.

98. I: Sprecht ihr über die Studie?

99. H: Eigentlich nicht, nein.

100. I: Eigentlich nicht.

101. H: Also er weiß, dass sie stattfindet. Er unterstützt das und...und wir dürfen das machen. Und er... Aber er in// involviert sich jetzt nicht in den Ablauf sozusagen, ja.

102. I: Und von wem hast du den Auftrag, dass du die Leute für die GEHE-Studie rekrutierst?

103. H: Den Auftrag?

104. I: Ja?

105. H: Den ***. Es gibt keinen wirklichen Auftrag. Ich habe das mit dem Christian... Wir haben das... Wir haben gemeinsam gesagt, dass wir das machen wollen oder er hat es angeboten und ja. Den habe ich mir selbst gegeben, den Auftrag, sozusagen. @

106. I: Okay. Ahm, und jetzt hätte ich noch eine Frage zum wöchentlichen Dokumentationsblatt, ja? Ah** schreibt ihr beiden, also die A2 und du, die Namen in dieselbe Rekrutierungsliste ein. Oder habt ihr jede eine eigene?

107. H: Die Excel-Tabelle?

108. I: Ja genau. Das wöchentliche Dokumentationsblatt, das ihr uns dann faxt.

109. H: Das faxen wir nicht regelmäßig, glaube ich. Also, das ist auch irgendwie schwierig zu führen. Weil...weil ich jetzt nicht jeden Patienten... Wenn ich jetzt sieben Patienten in der Ambulanz habe, dann frage ich jetzt nicht alle sieben, ob sie mitmachen wollen, weil sie... Entweder kommen sie zur Kontrolle und...und...und... Oder fallen nicht hinein. Also ich führe dieses wöchentliche Dokumentationsblatt, wo da darauf steht, wie viele habe ich gefragt, das fülle ich jetzt nicht regelmäßig aus. Weil das ist ** zu mühsam zum Ausfüllen, sage ich einmal. Also, das ist zu aufwändig. Also, ich...ich fülle nur dieses Blatt aus, die Zuweisung aus, wer in Frage

- kommt, ja. Aber das andere mache ich nicht regelmäßig, ja. Das ist vielleicht nicht gut. Aber das ** ist schwierig für mich, ja.
110. I:** Aber es schreibt je// jeder in ein eigenes Blatt?
111. H: Naja. Nein gut, die Blätter sind hier in der Ambulanz und die werden in der Ambulanz ausgefüllt. Und...und die A2 erfährt dann wer sozusagen neu dazukommt und macht diese Excel-Tabelle dann am Computer. Das schreibe ich aber nicht. Das macht sie, ja.
112. I: Okay! Und faxen, wer übernimmt diese Aufgabe?
113. H: Das mache ich. Also wenn ich oder die B. ah * G. in der Ambulanz sitzen und//
114. I: Wer ist die B. G.?
115. H: Das ist die... Eine zweite Assistenzärztin, die in der Ambulanz die Adipösen betreut, ja. Die mit der Studie jetzt nicht wirklich... Sie sitzt auch in der Ambulanz und sie weist auch immer wieder zu, glaube ich. Und die füllt es dann auch aus und faxt es, ja.
116. I: Und wo habt ihr das wöchentliche//, also das Blatt liegen? Immer an einer fixen Stelle?
117. H: Ja, also das haben wir in einer Schublade in der Ambulanz liegen, ja.
118. I: Okay, da hat jeder einfach Zugang und jeder schreibt die Namen rein?
119. H: Ja genau, genau, ja genau.
120. I: Aber fix für das Faxen verantwortlich ist niemand?
121. H: Nein.
122. I: Okay. Sehr gut.
123. H: *Haben wir niemand, der für das verantwortlich ist, nein.* Jeder selber eigentlich, nein. Also wenn ich jemanden habe, den ich euch schicken möchte, dann fülle ich es aus und faxe es gleich. Und wenn die B. wen hat, dann macht sie es auch so, ja.
124. I: Okay, okay und wie würdest du eigentlich die Zusammenarbeit zwischen der SPORTUNION und euch beurteilen?
125. H: Sehr gut. * Ja, ich finde das ist gut. Also...
126. I: Würdest du auch sagen, dass die Rekrutierung gut funktioniert. * Der ganze Ablauf?
127. H: Jaaa, oh ja, oh ja. Würde ich schon auch sagen, dass es gut... Eigentlich sehr gut, ja, ja.
128. I: Und was würdest du sagen, dass die ausschlaggebenden Gründe dafür sind?
129. H:** Ahm ** Naja, dass...dass eigentlich die Information gut bei euch ankommt. Also, wenn ich das faxe und dann eine Nummer darauf steht, dann...dann bearbeitet ihr das gleich weiter. Das bleibt jetzt nicht liegen oder es geht... Es ist jetzt noch kein Patient verloren gegangen, soweit ich das in Erinnerung habe, nein.
130. I: Mh. Und an wen wendest du dich, wenn es Probleme gibt?
131. H: Ja, das würde ich dann gleich direkt machen. Also an dich oder an die Petra. Ja, ja.
132. I: Und gibt es irgendwelche Verbesserungsvorschläge bezüglich der Rekrutierung?
133. H: *Rekrutierung glaube ich nein. Das funktioniert gut. Was nicht gut läuft oder wo was... wo es immer wieder Probleme gegeben hat, ist bei den Follow// Kontrollterminen. Dass die Patienten nicht gewusst haben, dass sie kommen müssen. Dass...dass vielleicht nicht jeder gewusst hat, wer sich jetzt... wer die Patienten anrufen soll. Ob das jetzt wir machen oder ihr macht. Also ich glaube, da gab es irgendwie eine Zeit lang Unklarheiten. Aber jetzt haben wir das irgendwie so festgelegt, dass ihr das macht. Dass das irgendwie definiert ab//... definiert wurde, wer es wirklich macht. Wer sich darum kümmert, nein. Da waren immer wieder Patienten da, wo wir sie angerufen haben und dann hat es geheißen, dass sie nicht gewusst haben, dass sie kommen müssen. Wobei ich nicht immer sicher bin, ob sie es vielleicht nicht vergessen haben. Also ich glaube schon, dass angerufen wurde, ja. Also kürzlich war ein Patient da, der Herr Mahrl.
134. I: Ah, der Christian.
135. H: Da habe ich mir gedacht, dass kann es jetzt nicht sein. Ich glaube, der hat es schon gewusst, aber der hat es wahrscheinlich verschlampt oder.... Also da sind die Patienten sicher manchmal auch ein bisschen schlampig. Ahm, aber darüber hinaus hat es wirklich welche gegeben, die nicht informiert wurden, weil der eine gedacht hat, der andere macht es. Und dann hat es keiner gemacht, ja.
136. I: Nein, wir haben das jetzt schriftlich...schriftlich verankert in der Dropbox und da wissen wir immer, * ob ihr schon angerufen habt oder ob wir anrufen müssen. Ich glaube, dass das jetzt hoffentlich besser funktioniert. Und wäre eine digitale Liste eine Erleichterung? Wenn ihr eine digitale Liste hättet, wo ihr die Namen eintragen könntet?
137. H: Was ist eine digitale Liste?
138. I: Mh, * ah mit dem Computer, ja. Nicht ein Zettel, der mit der Hand ausgefüllt und gefaxt werden muss, sondern einfach mit dem Computer. Also ihr schreibt die Namen ein, wir sehen das gleich, ja. Wir sehen es gleich, können die Leute selber anrufen, ja. Und so würde das ganze ohne Zettel passieren, einfach mit// mittels Computer.

139. H: Kann man auch machen, ja. Nachdem wir, wenn wir die Patienten anschauen, eh beim Computer sitzen oder der Computer daneben steht, kann man das gleich machen. Ist vielleicht einfacher, ja. Ich glaube, es ist keine Voraussetzung, dass es besser ist. Aber wenn es für euch einfach ist, können wir es gerne machen. Wo... Mit Internetzugang sich irgendwo einloggen.
140. I: Ja genau, genau.
141. H: Kann man sicher auch machen.
142. I: Wo man gemeinsam... Einen gemeinsamen Server oder so irgendwas hat. Gemeinsame Datenbank, dann könnt ihr immer gleich sehen, was wir machen.
143. H: Ja sicher, klingt gut, ja.
144. I: Und wäre es deiner Meinung nach besser, wenn ihr bereits in der Ambulanz die Teilnehmer für Kurse ein// eintragen würdet? *** Fix schon.
145. H: Das *** Mh**. Ob das ein Vorteil für uns ist?
146. I: Nicht für euch, sondern für die Patienten?
147. H: Patienten? Eigentlich nicht. Weil...weil zu dem Zeitpunkt, wo ich mit den Patientenrede, ja*, sagt er zwar, dass er mitmachen möchte, aber ich glaube, die Patienten brauchen dann noch einmal eine ausführliche Aufklärung von euch. Dass sie hören, was mit ihnen jetzt wirklich alles passiert und was...was...was ihr alles macht und in welchem Zeitumfang. Also ich glaube, dass sie die definitive Entscheidung, ob sie mitmachen oder nicht, eigentlich eh erst nach dem Informationsgespräch mit euch treffen können. Und erst dann die Einteilung Sinn macht, ja. Ich glaube, es macht keinen Sinn, dass wir einteilen, ohne dass ihr ausführlich mit ihnen gesprochen habt. Weil * ich jetzt auch nicht genau weiß, was ihr im Detail macht und das sind sicher Fragen von Seiten der Patienten an euch, die beantwortet werden müssen und ich glaube dann erst, * könnte ich mir vorstellen, dass sie sicher zusagen oder absagen.
148. I: Und möchtest du mehr Information über das Bewegungsprogramm selber, wie das abläuft?
149. H: Ja sicher. Also wenn ihr was habt, dann kann man sicher was Gutes zusammenstellen. Wenn ihr den Ablauf habt von den acht Wochen. Ist sicher nett, wenn man das in der Ambulanz hat, falls mich jemand was fragt. Es ist sicher von Vorteil, dass ich schon etwas beantworten kann. Aber es sind eh wenige Detailfragen, die kommen zu dem, ja. Aber falls was kommt, ahm, habt ihr sicher ein Standardprogramm wie es abläuft?
150. I: Ja das ist relativ schwierig. Weil eben in manchen Gruppen, da sind...da sind lauter mit BMI * 45. Dann kann ich natürlich was ganz was anderes machen, als wie wenn ich dann ganz junge... ganz junge Leute habe mit einem BMI gerade über 30.
151. H: Ja, ja.
152. I: Das ist schwierig zu standardisieren.
153. H: Deswegen ist es wahrscheinlich gescheiter, dass die Fragen eigentlich ausgelagert werden, dass die Fragen direkt an euch kommen. Weil sonst sage ich dann am Ende was Falsches, weil ich glaube, das ist das Programm. Und dann ist es ganz anders und dann entscheiden sie sich zum Schluss doch anders. Ich glaube, es ist gescheiter, wenn diese Sachen bei euch geklärt werden, nicht. Weil, ja.
154. I: Und was denkst du, welche Ergebnisse wird die Studie bringen?
155. H: Mh, gute Frage. Also alle,* also alle, die beim Projekt mitgemacht haben, waren eigentlich alle begeistert und haben die acht Wochen wirklich trainiert, glaube ich. Ich weiß jetzt nicht wie** ah motiviert und ehrgeizig sie bei euch waren, aber nachdem es allen Spaß macht, glaube ich, machen sie aktiv was.
156. I: Also ich könnte mich nicht beschweren, dass sie nicht kommen. Gar nicht.
157. H: Ja, ja.
158. I: Sie kommen ganz fleißig.
159. H: Und machen alle die Übungen brav? Also tun sie das, was man ihnen sagt sozusagen, ja?
160. I: Jaa, es ist so eine Gruppendynamik entstanden in der Linzerstraße, das ist ein Wahnsinn. Am Donnerstag war frei, also da war kein Bewegungsprogramm und die haben sich alle getroffen und haben alleine geturnt, weil sie wissen, was sie zu machen haben. Die haben sich einfach so getroffen, weil ja.
161. H: Super, ja, ja.
162. I: Also, das ist klasse. Also ich glaube, dass sie wirklich gerne kommen. Der Großteil. Es gibt natürlich welche, die nicht wollen, aber... Sie kommen schon gerne.
163. H: Also ich glaube, das ist ein super Einstieg für die Patienten, aber es kommt auch wirklich darauf an, was sie dann langfristig damit machen, was sie bei euch lernen. Und wenn die dann nach acht Wochen alle aufhören, dann haben sie wenig davon profitiert, fürchte ich. Wenn sie aber dann nach einem Jaaahr oder nach zwei Jahren immer noch * von dem zehren oder wirklich mehr machen oder...oder regelmäßig was machen und das der Einstieg war, warum sie

- es machen, dann ist es sehr erfolgreich gewesen. Das hängt jetzt ein bisschen auch von eurem Nach// von eurem Angebot ab.
164. I: Diese Nachbetreuung, ja.
165. H: Die Nachbetreuung. Also wenn ihr ein gutes Angebot habt, dass sie weitermachen können, dann ist es eine super Sache, nicht. Weil sie haben sich in den acht Wochen an euch gewöhnt und eingewöhnt und machen scheinbar gerne weiter. Also das wär sicher für die Patienten ein Gewinn, wenn sie weitermachen können bei euch. Langfristig auch.
166. I: Ja, hoffentlich. Hoffentlich bekommen wir das in den Griff. * Und, ah, welchen Nutzen hast du von den Ergebnissen, von den Studienergebnissen?
167. H: Also, ich habe eigentlich nicht so viele Ergebnisse gesehen. Ich habe nur... Ich habe jetzt keine... Ich sehe zwar die metabolischen Ergebnisse von den Laborabnahmen, aber jetzt von...von...von euren Testungen und vom Verlauf her, habe ich noch keine Ergebnisse gesehen, ob sich etwas getan hat oder nicht. Also ich sehe zwar, dass manche ein bisschen abnehmen. Viele nehmen eigentlich nicht ab, aber sind wahrscheinlich fitter und profitieren trotzdem vom Stoffwechsel her oder so. Aber so wirkliche harte Ergebnisse im zeitlichen Verlauf *kenne ich eigentlich nicht*.
168. I: Und das große Ziel vom Projekt ist ja eigentlich, dass die Projektbasis in eine strukturierte Zusammen*arbeit übergeführt wird, ja. Also mit den ganzen Krankenhäusern, mit den niedergelassenen Ärzten. Was sagst du zu dieser Aktivität?
169. H: Das wäre super, wenn sich wirklich so eine Struktur// strukturierte Zusammenarbeit etablieren könnte, wo dann die ganzen Stellen die Patienten zu euch in ein reguläres, ständig laufendes Programm, wo sie Bewegung machen, schicken könnten. Weil das ist ja etwas, was sehr wichtig ist und was fehlt. Weil die Leute trauen sich ja nicht Sport zu machen oder zur SPORTUNION zu gehen. Weil sie glauben...
170. I: Weil sie...
171. H: Weil sie zu dick sind.
172. I: Weil sie alle anschauen
173. H: Genau, sie haben Angst davor. Also ich glaube, sie machen ja aus diesen Gründen auch keinen Sport, oder trauen sich nicht, weil sie Angst haben zu stürzen und sich zu verletzen. Also es ist sicher... Es fehlt sicher an * solchen Turnstunden oder...oder Stunden für adipöse Patienten.
174. I: Und glaubst du, dass es möglich ist, dass die *... dass die SPORTUNION mit den Krankenhäusern so zusammenarbeitet.
175. H: Ich glaube schon, ja. ** Also aus meiner Sicht sicher, weil die Zusammenarbeit eigentlich gut funktioniert, ja.*Ja.
176. I: Und wie stellst du dir die Veröffentlichung von den ganzen Studienergebnissen vor? Hast du da irgendwelche Vorstellungen?
177. H: ** Ahm**. Ja, man sollte sie schon veröffentlichen. Man muss sich die Daten anschauen und schauen, was man noch an Daten gewinnen kann. Und...und ja. Aber ich finde, die sollte man schon veröffentlichen, ja.
178. I: Aber hast du konkrete Vorstellungen?
179. H: * Ahm. Was...
180. I: Oder Wünsche!
181. H: Wünsche. Man muss ja erst einmal schauen, was raus kommt, ja. Und ich glaube, dann kann man erst weiterüberlegen. Überlegen, was man sich dann im Detail weiteranschauen möchte. Wir haben ja eben auch ** eben die Daten von euch, unsere Stoffwechseldaten, wir haben Blut eingefroren. Also man muss dann schauen in welche Richtung das geht und was man sich... Das ist sicher eine Fragestellung, *die man ausarbeiten muss, nicht*.
182. I: Und warum habt... habt ihr euch eigentlich als Ambulanz dafür entschieden, dass ihr am Adipositasprojekt mitmacht?
183. H: ** Naja, weil es einfach ein ** tolles Angebot für unsere Patienten ist. Und auch der wissenschaftliche Background ist natürlich interessant für uns ist, um zu schauen, was man da verändern kann und zu schauen, was man da verändern kann, *wenn man da trainiert, ja*.
184. I: Mh. Du hast ja schon einmal das Training in der Linzerstraße gesehen, ja. Was würdest du sagen, welche Stärken hat das Bewegungsprogramm?
185. H: * Welche Stärken?
186. I: Ja genau.
187. H: Naja, die Stärke ist, glaube ich, dass lauter Gleichgesinnte in der Gruppe sind, die einen persönlichen Trainer haben, ja. Die Gruppe war nicht zu groß, das habe ich auch gut gefunden. Das waren ja zirka...

188. I: Die ist jetzt schon größer@.
189. H: Okay. Wie ich da war, da waren ungefähr acht Leute da. Das ist sicher überschaubar, weil...
190. I: Nein, mehr als wie acht sind es jetzt auch nicht.
191. H: Ja, okay.
192. I: Nein, mehr als acht sind es nicht.
193. H: Ja, okay. Aber das ist ein * verhältnismäßig kleine Gruppe. Im Zirkeltraining sozusagen, ja. Also, das ist sicher eine Stärke, dass das eigentlich persö// persönlich gestaltet ist. Und es nicht eine große Gruppe ist, wo man dann eigentlich keine Möglichkeit zu einem *Traineraustausch* hat, ja.
194. I: Und was würdest du sagen, sind die Schwächen?
195. H: Die Schwächen? Nein gut, die Schwäche ist sicherlich, dass es nach acht Wochen aufhört, ja. Das ist sicher eine Schwäche von dem Ganzen. Weil acht Wochen ist recht kurz und nach acht Wochen glaube ich, hat man gerade erst gelernt, wie man trainiert und dann macht es erst wirklich Spaß und dann hört es eigentlich auf. Das ist sicher eine Schwäche. Es sollte sicher länger sein. Also, * das wäre sicher gescheiter.
196. I: Mh. Und findest du das Training für die Adipösen passend?
197. H: Ja.
198. I: So zweimal in der Woche gleich zum Einstieg?
199. H: Ja, ja. Also zweimal in der Woche ist schon...Ich glaube, weniger macht keinen Sinn und mehr ist wahrscheinlich von der Zeit her auch schwierig, nein. Was als...was als Schwäche ahm... Ahm, es gibt sicherlich auch einige Frauen mit Kindern, ja. Die sicher auch mitmachen möchten oder wollten, aber wegen der Kinder nicht können, weil die Männer berufstätig sind. Also das wäre sicherlich noch etwas, wenn die Ressourcen da wären, wenn man das noch anbieten könnte. Dann müsste man eine Kinderbetreuung oder so irgendetwas in der Art anbieten, dass Mütter mit Kindern auch kommen können, ja.
200. I: Ist das häufig der Fall?
201. H: ** Einzelne. Es ist nicht so häufig eigentlich. Das muss man schon... Wir haben jetzt auch** dieses Integrationsprojekt, was wir jetzt dann starten wollen. Da ist es sicher viel wichtiger. Wo dann die...die ehemaligen Schwangeren kommen, nicht. Aber bei uns ist es eigentlich nicht so oft, *muss man sagen*.
202. I: Mh. Und glaubst du, dass es möglich ist, die Qualität und die Quantität von der ganzen körperlichen Aktivität eben durch das Training oder durch die Alltagsaktivität auch ohne Betreuung umzusetzen?
203. H:** Das ist eine gute Frage. Da müsste ich wissen von dir, wie intensiv das Training ist sozusagen. Also, was ihr von den Leuten abverlangt an Quantität und...und Intensität.
204. I: Naja. Sie schwitzen schon ordentlich und dann müssen sie sich gleich danach schon wieder niederlegen, weil sie einfach müde sind. Aber ich hoffe doch, dass wir jeden angemessen fordern.
205. H: Ja, ja * ja. *** Also noch einmal die Frage.
206. I: Ob sie es schaffen würden ohne...ohne dem Bewegungsprogramm quasi ihre körperliche Aktivität zu verändern?
207. H: Ohne dass sie jemals bei euch waren?
208. I: Genau, genau.
209. H: Ach so.
210. I: Oder bei irgendwem. Einfach selbstständig.
211. H: Das glaube ich nicht.
212. I: Wenn man immer sagt, gehe dreimal in der Woche trainieren, mache das und das.
213. H: Ah definitiv nicht, ja. Das glaube ich nicht, nein. Weil die meisten gar nicht wissen, wie sie es machen würden, sollen. Und dann, glaube ich, auch nicht machen, weil einfach die Anleitung und das alles fehlt. Das glaube ich nicht. Das kann man nur mit * persönlicher... mit Personaltraining sozusagen, glaube ich, erreichen, ja. Ich glaube, sie könnten nach den acht Wochen vielleicht gelernt haben, wie sie es machen und dann selber weiter machen. Aber ohne...ohne die Anleitung, * glaube ich, dass sie es von selber nicht schaffen. Außer sie gehen in ein Fitnesscenter, wo es auch einen Trainer gibt. Ja, aber von selber, glaube ich nicht, nein.
214. I: Und was sagst du jetzt zur SPORTUNION als Studienpartner?
215. H: **Ja, guter Kooperationspartner.
216. I: Also, merkt man nicht, dass wir eigentlich noch keine Erfahrungen mit Studien haben?
217. H: Ahm, nein, nein.
218. I: Okay. So jetzt kommen wir zu ein bisschen allgemeineren Fragen. Ja?
219. H: Ja, ja.

220. I: Also wie sollte deiner Meinung nach eine ganzheitliche, zielführende Therapie bei Adipositas aussehen?
221. H: Okay *. Also, Ernährungsumstellung und Steigerung der körperlichen Aktivität, regelmäßige körperliche Aktivität, ja.
222. I: Mh. Und wie arbeiten bei euch im Krankenhaus die verschiedenen Disziplinen dann zusammen?
223. H: Um das umzusetzen?
224. I: Ja, genau.
225. H: Nein gut. In punkto Bewegung können wir nichts anbieten, außer zu beraten und zu empfehlen, dass sie anfangen sollen. Und...und in punkto Ernährung haben wir eine Diätologin, die sich jedes Mal wenn die Patienten kommen, ein Essen- oder ein Ernährungsprotokoll anschaut. Die Patienten müssen ein Essensprotokoll schreiben, aufschreiben, was sie essen, was sie trinken und wie viel davon. Und das wird dann angeschaut. Und von dem ausgehend, macht die Diätologin dann Vorschläge, die Ernährung weiter umzustellen.
226. I: Mh und ah psychologische Betreuung?
227. H: Haben wir keine. Kein Personal dafür, ja. Wir haben zwar eine Psychiaterin, wo wir jemanden hinschicken können, wenn wir wissen, oder wenn wir glauben, oder wenn wir meinen, da gibt es ein psychiatrisches Problem, was behandelt gehört, ja. Aber das... Ja, aber wir haben keine regelmäßige psychologische Betreuung.
228. I: Mh. Und welchen Stellenwert hat die körperliche Aktivität deiner Meinung nach bei der Behandlung von Adipositas?
229. H: Also, am **Anfang**...am Anfang ist es vielleicht eher wichtig, dass die Ernährung umgestellt wird, und zu schauen, dass die Pa//... Weil die Patienten doch alle wirklich grobe Fehler machen, ja. Das ist sicher wichtiger, dass man die Ernährung in den Griff kriegt. Aber parallel sollten sie auf jeden Fall schon anfangen mehr körperliche Aktivität zu machen, weil ich glaube, langfristig kann man sein Gewicht nur halten oder weiter abnehmen, wenn man wirklich die Aktivität auch einbaut. Nur mit Ernährung wird nichts recht gehen. Und nur mit körperlicher Aktivität geht es auch nicht. Also man braucht beides. Aber von der Gewichtung her, vielleicht am Anfang mehr Ernährung und dann sp//... je länger man im Prozess ist, desto mehr sollte man dann die Bewegung fokussieren, glaube ich. **Was** auch irgendwie Sinn macht, weil die Patienten durch die Ernährung dann irgendwie doch recht bald fünf, sechs Kilo abnehmen können. Nur...nur durch... Weil sie anders essen oder die Säfte weglassen, ja. Und das mo// motiviert natürlich auch und dann haben sie fünf, sechs Kilo weniger und dann macht die Bewegung auch mehr Spaß oder wird einfach auch leichter. Also, das macht dann auch Sinn eigentlich.
230. I: Mh. Und ah treibst du in deiner Freizeit auch Sport?
231. H: Ja, mache ich auch. Ja.
232. I: Was machst du da?
233. H: Ich gehe zweimal die Woche ins Fitnesscenter und mache dort eigentlich primär Krafttraining. Und auch ein bisschen Aufwärmen und dann halt nachher auch Crosstrainer. Und nachher ein bisschen Radfahren oder Schwimmen. Es gibt auch ein Schwimmbad in dem Fitnesscenter. Und im Sommer versuche ich auch noch zusätzlich ein bisschen zu laufen, ja. Aber das geht meistens nur einmal die Woche, ja.
234. I: Und welchen gesundheitlichen Nutzen erwartest du dir vom Sport, oder machst du es einfach weil es dir Spaß macht?
235. H: Nein, weil es mir Spaß macht und weil ich mich fit fühle. Weil ich mich dann auch körperlich fit im Beruf fühle. Weil ich doch viel stehen muss und vor mehreren Jahren habe ich dann auch ein bisschen Rückenschmerzen gekriegt, weil ich eben wenig Sport und Krafttraining gemacht habe. Und seitdem ich das mache, bin ich einfach...einfach auch leistungsfähiger im Beruf. Weil ich einfach körperlich keine Probleme habe und mich einfach fit und wohl fühle. Aber * insgesamt habe ich schon seit meiner Kindheit viel Sport gemacht. Also es hat mir schon immer Spaß gemacht, ja.
236. I: Und wie viele Schritte gehst du ungefähr an einem durchschnittlichen Wochentag?
237. H: Ich habe einmal eine Zeit lang den Schrittzähler verwendet. Und habe ah... Das war unterschiedlich. Also wenn ich, sage einmal ** einen aktiven Tag gehabt habe, habe ich schon 10 000 Schritte gehabt, ja. Sogar beim Nachtdienst, bin ich auch auf 10 000 gekommen, weil da bin ich schon... Sonst, wenn ich keinen Sport gemacht habe und auch nicht, nur gearbeitet habe sozusagen, waren es weniger. Dann waren es vielleicht sieben- oder fünftausend. Aber wenn ich aktiver war, waren es schon über 10 000.
238. I: Über 10 000.
239. H: Oder an die 10 000, ja.

240. I: Und findest du es eigentlich gut, dass der Schrittzähler eingesetzt wird?
241. H: Ja, ich finde es gut, ja. Ich finde es eigentlich eine gute Moti// Motivation für die Patienten und es ist immer ein Anhaltspunkt, ja. Vor allem, weil ich auch finde, dass es wichtig ist, im Alltag mehr Aktivität zu machen. * Abgesehen vom Sport. Und da ist der Schrittzähler sehr gut. Ich meine, es gibt Schrittzähler, die sehr günstig sind und die einfach falsch zählen, aber den Schrittzähler, den wir haben von der Firma Omron, der zweidimensional ist, der zählt genauer. Oder ist eigentlich recht...recht verlässlich.
242. I: Wenn man zwei oben hat, ist, glaube ich, ein Unterschied von zwei// zweihundert Schritte pro Tag. Ich habe es einmal eine Zeit probiert.
243. H: Eindimensional und zweidimensional?
244. I: **Nein**, die beiden gleichen Schrittzähler.
245. H: Ah, okay.
246. I: Und die unterscheiden sich am Tag ungefähr um zweihundert Schritte.
247. H: Okay.
248. I: Bei 10 000 oder so. Also geringfügig.
249. H: Also zählen sie eigentlich recht verlässlich, ja, ja?
250. I: Ja.
251. H: Also, ich finde es guuuut, weil...weil einfach die Alltagsaktivität, finde ich, auch sehr wichtig ist, wenn man abnehmen will. Und viele Patienten, die Übergewicht haben, einfach sehr faul sind was die Alltagsaktivität betrifft. Und mit dem Schrittzähler hat man eine Selbstkontrolle und merkt einfach, ob man sich genug bewegt hat oder nicht. Und da * sollte man... Eigentlich sollte man 10 000 Schritte am Tag machen.
252. I: Was relativ schwierig ist.
253. H: Ja eh.
254. I: Weil manche halt einfach, wenn überhaupt, 1000 Schritte gehen.
255. H: Ja, ja. Aber es gibt eigentlich Daten von...von Studien, wo man gesehen hat, dass die Leute, die Gewicht abgenommen habe und das halten konnten, zirka siebzig-, achtzigtausend Schritte in der Woche gemacht haben. Also das heißt, es sollten eigentlich 10 000 Schritte am Tag sein, um wirklich sein Gewicht...
256. I: Ich weiß nicht, ob du die Frau Münzker kennst? Die ist auch von euch da.
257. H: **Ja**, aber ich habe sie gerade nicht vor mir, aber sie ist bei uns in Betreuung, ja.
258. I: Die ist zweitausend Schritte am Anfang gegangen und jetzt geht sie jeden Tag zwölftausend.
259. H: Ja, das ist super.
260. I: Der taugt der Schrittzähler extrem.
261. H: Ich finde ihn auch sehr gut. Es ist eine sehr gute Hil// Hilfe und Motivation für den Patienten. Weil viele Patienten sagen, naja da haben sie noch nicht... da haben sie nur achtausend gehabt und da haben sie noch zweitausend darauf gelegt. Also die machen dann noch... Die legen dann noch ein Schäufchen nach und das, finde ich, ist gut.
262. I: Und habt ihr irgendwelche Probleme mit den Schrittzählern?
263. H: Von der Funktion her?
264. I: Nein, vom Austeilen?
265. H: Neeein. Ich finde es toll, dass die SPORTUNION die Schrittzähler eigentlich hergibt, ohne dass es für die Patienten etwas kostet. Wir geben sie dann her, wenn sie bei der Studie mitmachen. **Nein**, es gibt eigentlich keine Probleme, nein.
266. I: Okay, sehr gut.
267. H: Die Frage ist, habt ihr Probleme bei der Rückgabe?
268. I: Ah...Die dürfen sich ja den Schrittzähler ein Jahr behalten.
269. H: Okay.
270. I: Dass wir dann die Daten von den Schrittzähler für die Studie die Daten für das ganze Jahr haben.
271. H: Mh.
272. I: Ahm, das funktioniert teilweise nicht, weil sie teilweise die Schrittzähler dann nicht mehr tragen.
273. H: Ja, ja.
274. I: Aber bei der Rückgabe... Sie geben sie nach einem Jahr zurück und soweit sind wir derweil noch nicht.
275. H: Was vielleicht... Ich weiß nicht ob es funktioniert. Aber was...was sicher spannend wäre ist, dass man den Schrittzähler schon hergibt bevor die Patienten mit dem Projekt anfangen.
276. I: Das ist jetzt eh schon.
277. H: Das habt ihr eh schon geplant, genau.

278. I: Nein, das sollte jetzt schon umgesetzt werden.
279. H: Genau, sie kriegen den Pedometer eh von uns bei der Baseline-Untersuchung.
280. I: Ja, bei der Baseline.
281. H: Ja genau, da muss man aufpassen, dass genug Zeit zwischen Baseline und dem Trainingsbeginn ist. Manchmal ist das in der gleichen Woche und dann haben sie das Gerät nur zwei, drei Tage.
282. I: Und oft ist es auch so, dass sie... Dass sie ihn nicht tragen.
283. H: Ja, ja.
284. I: Ich meine, es ist jetzt schon besser.
285. H: Das wären sicher auch wertvolle Daten, sage ich einmal, zu sehen, wie viel haben sie vorher gemacht, was machen sie dann in den acht Wochen, was machen sie dann nach einem Jahr. Und...
286. I: Schauen wir mal.
287. H: Das könnte man ausbauen, ja.
288. I: Schauen wir mal, welche Daten wir da raus bekommen.
289. H: Ja, ja.
290. I: Also, ich habe meine ganzen Fragen durch.
291. H: Gut.
292. I: Wir werden das jetzt ein bisschen vergleichen. Ich hoffe... ich hoffe wir kommen zu einem Ergebnis @und können für euch etwas verbessern@.
293. H: @ Ja.
294. I: Also wenn es für euch wirklich gut wäre das Ganze zu digitalisieren, also mit Computer zu machen, die Namen dann einfach gleich einzugeben...
295. H: Es geht auch so, wie es jetzt ist. Es ist eher für euch, wenn ihr sagt es ist euch lieber, dass man es digital macht, dann machen wir es gern digital. Wenn ihr sagt, es passt so für euch, wie es jetzt ist...
296. I: Für uns ist es kein Problem.
297. H: ...dann geht es auch so weiter.
298. I: Wir wollen nur...wir wollen nur, dass ihr so wenig Aufwand wie möglich habt.
299. H: Das ist für mich jetzt nicht aufwendig, wenn ich den Namen und die Telefonnummer auf einen Zettel schreibe und dann zum Fax gehe und das faxe. Das ist kein Problem. Also, das kann man weiter so machen.
300. I: Okay.

Rekrutierungsärztin WIEN_1[A2]

Interviewerin: Sandra Haider
Thema: Rekrutierung für die Adipositasstudie in den Ambulanzen
Ort des Interviews: Bücherei der Ambulanz Wien_1
Datum und Uhrzeit: 15.08.2011, 10:00
Dauer der Passage: 52:00 Minuten
Transkribentin: Sandra Haider
Korrekturleserin: Ass. Prof. Mag. Dr. Rosa Dikettmüller

1. I: Also im Prinzip ist der Sinn von dem Ganzen, dass wir jetzt euch fragen, die Krankenhäusern allgemein fragen, die Ambulanz Wien_2, in Niederösterreich, wie ihr mit der Rekrutierung zurechtkommt, ja? Was die Schwächen sind und was man eventuell ändern soll. Und das ist jetzt eben nicht nur für dieses Projekt, sondern auch für die...
2. R:...alle, ja.
3. I: Ja genau, für die Folgeprojekte dann. ** Ahm, es sind zuerst ein paar allgemeine Fragen und dann ein paar zu der Ambulanz.* Also welche Stellung hast du jetzt in Wien_1?
4. R: Assistenzärztin.
5. I: Mh. Und wie lange bist du jetzt in Wien_1?
6. R: Ahhh. *** Seit ***, ahm, 2005. Ja, sechs Jahre.
7. I: Was sind deine Hauptaufgaben?
8. R: Überhaupt? Diabetes. Spezialbereich ist Diabetes und Stoffwechsel allgemein, ja.
9. I: Und wie oft bist du persönlich zurzeit in der Ambulanz?
10. R: Kommt darauf an. Also in der Adipositasambulanz *** ah...von viermal dreimal.
11. I: Und was machst du, wenn du nicht in der Ambulanz bist?
12. R: Dann sind die B. G. und der A1 da.
13. I: Und was macht die B. G. * genau? #
14. R: Die macht auch so * Adipositasberatung und auch Rekrutierung. Die kennt sich auch damit aus. Sie kümmert sich nicht um die weitere Betreuung der Studie, aber sie weiß auch, wo man das einträgt und...und alles, ja.
15. I: Mh, mh. Und hast du vorher schon Studien zum Thema Adipositas gemacht?
16. R: Ah, Grundlagenforschung, keine klinischen Studien.
17. I: Keine klinischen Studien, okay. Und machst du zurzeit auch andere Studien, oder nur...
18. R: Ja, ich mache auch andere Studien. Aber, * das ist nicht... Da mache ich nicht die Rekrutierung, sondern kümmere mich um die Organisation. Das ist mit dem Krankenhaus Oberwart zusammen.
19. I: Also eine weitere Studie?
20. R: Ja genau.
21. I: Okay, hat die auch was mit Training zu tun?
22. R: Nein, gar nicht.
23. I: Okay und wie viele Personen habt ihr jährlich ungefähr in eurer Ambulanz?
24. R: Hier? Ah, das haben wir mal ausgerechnet.* Das weiß ich nicht genau. Hat der A1 was angegeben? Ich weiß es nicht mehr. Nein, ich kann es echt nicht sagen. * Wir werden pro Mal drei neue haben. ** Du meinst jetzt Neue, oder? Dreimal 50? 150 Neue?
25. I: Und die sind jetzt alle adipös?
26. R: Nur in der Adipositasambulanz jetzt, ja. Also zwei bis drei Neue pro Mal, ungefähr. Sind hundert bis hundertfünfzig, wenn man von 50 Wochen pro Jahr ungefähr ausgeht, ja.
27. I: Okay, und ein Adipositas*patient kommt jetzt zu euch in die Ambulanz, ja. Wie schaut dann die Betreuung aus?
28. R: Wenn er das erste Mal überhaupt kommt, dann haben wir ein sogenanntes Erstgespräch, das ist einfach nur ein Informationsgespräch. Ahm, ** sozusagen was wir in der Adipositasambulanz machen. Es geht halt darum denen zu sagen, dass sie halt..., was sie machen müssen, dass sie Sport machen müssen, sich sportlich betätigen müssen. Und dass wir die Ernährung anschauen und umstellen und, dass es nur Sinn macht, dass sie weiterhin in der Adipositasambulanz sind, wenn sie ** regelmäßig mitmachen und auch Gewicht abnehmen wollen. Und beim zweiten Mal... Also das ist nur ein allgemeines Gespräch, wo halt so zehn, zwölf Patienten dabei sind und beim

nächsten Mal ist das dann das erste Gespräch sozusagen persönlich dann mit dem Arzt. Arzt - Patient. Da geht es darum: Wie ist der Gewichtsverlauf gewesen? Wie ist das Gewicht//... Ist es stabil? Wie hoch ist das Gewicht? Die Messungen sind dabei, also Größe, Gewicht*, Blutdruckmessung. Dann geben wir ihnen auch so einen Laborzettel mit, wo sie das Labor dann nächstes Mal mitbringen müssen. Und dann haben wir eine Diätberatung und besprechen auch was sie an Sport machen und so.

29. I: Mh. Und gibt es da einen zeitlichen Ablauf bezüglich Bewegung und Ernährung? Dass Einnährung immer vor der Bewegung...
30. R: ...besprochen wird? Nein. Das ist einfach, die Diätologin ist da. Und je nachdem wie die Patienten da sind. Entweder sie bespricht es vorher, oder wir. Manchmal machen wir es auch gemeinsam. Aber eher selten gemeinsam, wegen der Zeit. Dass wir parallel arbeiten können. Und manchmal ist die Diätologin gar nicht da. Dann macht man sich einen Extratermin aus. Dann kommen sie noch einmal rein nur für die diätologische Beratung. Oder wir schauen das Protokoll an und sagen beim nächsten Mal ist dann wieder eine Diätberatung.
31. I: Mh. Aber alle die zu uns ins Bewegungsprogramm kommen, haben schon eine...
32. R: ...Diätberatung gehabt.
33. I: Genau
34. R: Ja. Sollten alle haben, ja. Es sei denn es wäre so kurzfristig zum Beispiel wie die jetzt bei den beiden letzten Patienten. Da weiß ich nicht genau, ob die... Aber bis zum Bewegungsprogramm-Start müssten sie das dann schon haben, oh ja. Da haben sie es dann auf jeden Falle gehabt, ja.
35. I: Und zu welchem Zeitpunkt informierst du die Patienten über die Studie?
36. R: Beim ersten Gespräch. Also alle, die jetzt neu kommen. Mh. Also im Rahmen, dass ich das anspreche, was sie an Bewegung machen, frage ich sie dann auch oder erzähle ihnen dann auch, dass es die Möglichkeit gibt und ob sie daran Interesse hätten und ja.
37. I: Und im welchen Zeitraum kommen die Patienten zu euch?
38. R: Zu der nächsten Kontrolle dann wieder? Am Anfang sind die Kontrollen kürzer. Manchmal auch so ** sechs Wochen ungefähr, die nächste Kontrolle. Und nachher werden die Abstände größer. Bis zu drei Monaten manchmal.
39. I: Und wie viel Zeit steht dir dann für die Betreuung von einem Patienten zur Verfügung?
40. R: Das erste Gespräch dauert meistens schon eine viertel Stunde bis zwanzig Minuten. Und dann zusätzlich noch eine diätologische Beratung. Und bei den nächsten Malen sind es meistens so * zwölf Minuten oder so was. Manchmal dauert es länger, wenn sie noch andere Probleme haben. Wenn sie zuckerkrank sind, dann brauche ich eh wieder länger. Aber prinzipiell eingeteilt sind sie so für eine viertel Stunde.
41. I: Und siehst du die Patienten dann auch anderswo als in der Ambulanz?
42. R: Nein.
43. I: Okay. Jetzt hätte ich ein paar Fragen zur Rekrutierung, ja. Wie läuft dann die Rekrutierung konkret in der Ambulanz ab?
44. R: Ahm. ** Also wenn die zum ersten Mal jetzt kommen, dann frage ich sie eben was sie an Sport machen und was sie sich vorstellen könnten zu tun. Und dann erzähle ich ihnen halt, dass es ein Projekt von der SPORTUNION gibt, das halt auch vom Bundesministerium gefördert wird. Was halt für acht Wochen ist und gratis ist und sie könnten dann einmal sehen, was ihnen gut tut und welche Bewegung sie halt ausprobieren könnten. Und wenn ich halt merke, sie haben Interesse oder so, dann sage ich, ich würde jetzt ihren Namen aufschreiben oder bitte tragen Sie sich in der Liste ein, wenn sie Interesse haben und Sie werden dann von der SPORTUNION kontaktiert. Und das ist auch im Rahmen von einer Studie, wo wir halt eben auch so eine Messung machen, so diese Fettzusammensetzungsmessung und auch ein paar Blute abnehmen, um das zu kontrollieren. Und ah... * Ja, dann tragen sie sich halt in der Liste ein und ich faxe das und sie werden dann angerufen.
45. I: Und wer hat dir den Rekrutierungsprozess, den ihr da jetzt anwendet so erklärt?
46. R: Wie, wann wir das gemacht haben?
47. I: Wer?
48. R: Ah, glaube mit der Petra war das am Anfang. Glaube oder? Christian? Nein ich glaube Petra.
49. I: Und welches Informationsmaterial verwendest du?
50. R: Ah vor allem dieses ** [zeigt auf das Informationsblatt]. Was ist das? Also, das gebe ich einmal her, mit den Terminen. *** Ja **. Dieses Heft, mit diesem Heft bin ich nicht so glücklich. Es sind irgendwie... Es sind sehr viele alte Leute abgebildet in diesem Heft, ja. Und das stört mich irgendwie. Weil ich habe so viele junge Leute. Und wenn die dann so seeehen, das sind so Alte. Ich meine, die sehen da alle aus wie fünfzig oder so was. Deswegen, ich habe es mal ausgeteilt und habe irgendwie das Gefühl gehabt, die schauen sich das so an und **. Ich fand es besser, ich

erkläre es ihnen einfach. Dass es in einer kleineren Gruppe ist und, dass sie was zusammen machen und jeder macht so wie er kann. Und es ist persönlich. Also, ich fand es besser als das Heft herzugeben, muss ich ehrlich sagen.

51. I: Mh. Also soll das geändert werden?

52. R: Man könnte es vielleicht ändern. Vielleicht könnte man es sich wirklich überlegen wie man es attraktiver gestaltet. Ich meine, es ist die Frage, für diese viermal, glaube ich nicht. Weil ich glaube, es funktioniert eigentlich eh ganz gut, wenn man ihnen erzählt, wie es abläuft und die genaue Information sehen sie dann eh wenn sie kommen, ja.

53. I: Und wie oft hören die Adipösen von dem Projekt?

54. R: Naja. Es sind jetzt eigentlich schon, muss man sagen, fast die meisten, die das wollen. Und dann gibt es welche, die sich das überleeeegen und da schreibe ich in unsere Karteikarte eine Notiz rein. Ich trage da sowieso immer eine Notiz ein. Ich trage immer da ein, ist er am Sportprojekt interessiert oder ist er nicht interessiert, weil macht zu Hause sehr viel oder geht selber in ein Fitnesscenter. Und wenn das noch fraglich ist, dann schreibe ich hin: Überlegt es sich noch. Und dann kann ich das nächste Mal zurückgreifen und sagen: „Naja und so. Jetzt haben Sie...“ Weil viele sind ja auch am AMS und haben Kurse und die haben nachmittags dann laufend was. Und dann sagen sie das schaffen sie nicht und dann spreche ich sie halt wieder an: „Jetzt ist ihr Kurs zu Ende. Haben Sie jetzt Interesse oder was auch immer?“ Die eine jetzt, die muss ihren Kurs erst zu Ende haben und dann kann man sie ansprechen.

55. I: Mh und wie viel Prozent der Personen werden dann über das Projekt informiert?

56. R: Informiert werden, glaube ich ***, 90 Prozent. 10 Prozent vielleicht nicht, wo ich mir gleich denke, das funktioniert nicht. Wo die gar nichts machen können. Wo die selber sagen: „Nein, ich komme gerade mit drei Schritten aus dem Hauuus und mein Hausarzt hat gesagt, ich soll mal hier in die Adipositasambulanz gehen. Und ich merke, sie können gar nichts, weil sie gleich schnaufen oder mit dem Herzen Probleme haben. Aber die meisten werden informiert, ja.

57. I: Und wie viele machen dann ungefähr mit, würdest du schätzen?

58. R: Naja, von denen die informiert werden eigentlich schon 70 Prozent inzwischen.

59. I: Mh und warum schickst du eigentlich die Patienten?

60. R: Warum? @Es gibt keine Alternative@ und ich finde es gut. Ich finde es gut. Das System finde ich gut.

61. I: Würdest du die Adipösen auch schicken, wenn es sich um keine Studie handeln würde?

62. R: Ja, auf jeden Fall, ja.

63. I: Und jetzt: Wie zeitaufwendig ist die Rekrutierung für dich?

64. R: Ah *** nicht wesentlich.

65. I: Nicht wesentlich. Und die Dokumentation von den Daten?

66. R: Das ist aufwändig. Also das, was ich machen muss, ist sicherlich... Ach, sind sicherlich zwei Stunden pro Woche.

67. I: Machst du es in der Arbeitszeit, oder?

68. R: Alles in meiner Freizeit, ja.

69. I: Zwei Stunden pro Woche?

70. R: Mh. Naja, weil ich muss mich darum kümmern, dass die Röhrchen kommen, dass die Epis kommen. Dass wir die wieder bestellen. Ich muss mit dem Matthias ab//. Wir müssen nachtelefonierten teilweise und die Leute anrufen. Dann die Listen erstellen durch das was sich geändert hat. Es ist schon. Es sind halt nicht jedes Mal zwei Stunden. Manchmal sind es dann drei und dafür die nächste Woche nur eine oder was auch immer. Aber das...das zieht sich schon zusammen.

71. I: Und warum wendest du so viel Zeit auf?

72. R: @ Weil ich überzeugt bin davon.

73. I: Okay. Und mit welchen Argumenten versuchst du die Patienten dann zu überzeugen, dass sie am Bewegungsprogramm mitmachen?

74. R: Dass sie eine weitere Möglichkeit haben, um abzunehmen. Und außerdem was ich einfach gut finde ist, dass sie in einem Rahmen sind, wo alle adipös sind, ja. Weil viele erzählen mir einfach sie sind zu dick und sie wollen in kein Schwimmbad, weil sie sich schämen und sie wollen auch nicht so spazieren gehen oder was auch immer. Dann finde ich es einfach gut, dass es in einer Gruppe... dass es diese Gruppe gibt und sie zahlen halt erstmals nichts. Ja.

75. I: Und wie oft sprichst du mit dem A1 oder mit dem Matthias über das Projekt?

76. R: Wie oft?

77. I: Ungefähr pro Woche?

78. R: Das kann ich nicht so sagen. Es ist halt immer kurz vorher und dann nachher.

79. I: Und wie kommuniziert ihr?

80. R: Vor allem über E-Mail.
81. I: E-Mail.
82. R: Eigentlich zu 90 Prozent E-Mail.
83. I: Und habt ihr irgendeine Arbeitsaufteilung?
84. R: Naja der Matthias macht halt die...die Blutabnahme.
85. I: Die Baseline.
86. R: Genau und die Follow-ups, eigentlich. Er macht sozusagen eigentlich alles, was am Vormittag ist. Ich mache halt die Rekrutierung eh zusammen mit dem A1 und der B. G.. Und die Datenverarbeitung, das mache ich halt alles. Da macht der A1 eigentlich nichts.
87. I: Und hast du irgendwelche Vorgaben bezüglich der Rekrutierung vom Primar?
88. R: Gar keine. Der kriegt das alles nur peripher mit.
89. I: Okay. Und von wem hast du dann die Anweisung zur Rekrutierung? Oder wie ist es dazu gekommen, dass ihr...?
90. R: Naja, indem wir ganz am Anfang mit dem Christian darüber gesprochen haben, dass es halt gut wäre, wenn wir sowas aufbauen. Weil, eigentlich gab es ja die Diabetesgeschichte, nicht. Und dann habe ich halt mal zum Christian gesagt: „Naja es wär gut, wenn wir das für Adipöse auch machen könnte.“ Und dann hat er halt mal mit dem leitenden Personals des AKHs darüber geredet, dass man das machen könnte.
91. I: Und ihr schreibt die Namen ja in das wöchentliche Dokumentationsblatt ein. Verwendet ihr alle drei das gleiche Dokumentationsblatt?
92. R: Ah, wenn wir alle an dem Tag in der Ambulanz sind, tragen wir alle in das gleiche Blatt ein, ja. Und entweder faxe ich es oder die B.G.. Eigentlich... Wenn nur einer in der Ambulanz ist, dann faxt der, der in der Ambulanz ist und sonst, wenn ich da bin, faxe ich das eigentlich immer.
93. I: Okay und wo liegt das wöchentliche Dokumentationsblatt?
94. R: Naja, das ist in einer Laade. Da sind mal die leeren Formulare drinnen und man nimmt sich diese für die Adipositasambulanz raus.
95. I: Mh. Ist das nur der Zettel oder ist das in einer Mappe drinnen.
96. R: Das ist in so einer...das ist in so einer Folie glaube ich. Oder es ist nur der Zettel? Also nur der Zettel? Aber es ist nicht wahnsinnig viel mehr in der Lade drinnen. Es sind eigentlich alles Sachen von der Adipositasgeschichte da drinnen.
97. I: Und da haben alle Zugang einfach zu dieser Lade?
98. R: Das ist einfach eine Lade. Ja, und jeder weiß, dass es dort ist und sich das raushoolt und dann wird eingetragen und meistens legen sie es mir dann nachher ins Fach, weil ich die Zettel dann auch sammle. Also die, die gefaxt sind, habe ich eigentlich alle parat und der A1 dann auch.
99. I: Ach so, die gefaxt worden sind?
100. R: Die hebe ich alle auf, weil ich dann halt nachfragen kann und schauen kann. Weil irgendwann ist mal was nicht angekommen und dann... Und ich habe von denen die Daten dann auch zu Hause und kann dann nachfragen, ob da schon irgendwas rausgekommen ist oder nicht.
101. I: Okay. Und wie würdest du die Zusammenarbeit zwischen euch und der SPORTUNION jetzt beurteilen?
102. R: Ja, eigentlich gut.
103. I: Okay. Was sind die ausschlaggebenden Gründe dafür?
104. R: Das es ganz gut funktioniert?
105. I: Ja.
106. R: Ah. *** Puh. *** Naja, weil ich das Gefühl habe, alle sind interessiert daran, dass dieses Projekt weitergeht und, dass was rauskommt dabei. Und...und wir das Gefühl haben, es sind alle sehr motiviert.
107. I: Und was sind deiner Meinung nach Gründe, warum es Probleme bei der Rekrutierung gibt? Oder welche Probleme gibt es bei der Rekrutierung?
108. R: Ah***. Also das letzte Mal war halt irgendwie das Problem, dass die beiden nicht angerufen worden sind, halt. Das war halt schon irgendwie blöd, weil die uns dann gefragt haben, warum sie nicht angerufen werden. Ich habe gesagt, ich kann auch nichts dafür, ich kann es nur weitermelden, dass ihr beide interessiert seid. Und das passt alles und ihr kommt zu mir zur Baseline, weil das irgendwie funktionieren wird, dass ihr irgendwie unterkommt. Aber da habe ich halt nicht so die Rückmeldung bekommen. Ich habe dann gehört, dass erst eineinhalb Wochen später der Neue eigentlich dann dazugekommen ist, sie anzurufen.
109. I: Der Roland.
110. R: Weil der war halt neu und das war halt in diesem Moment halt irgendwie... Und ich glaube, einmal die Woche nur anrufen, wird schon schwieriger dann. Also weiß ich nicht, ob das ausreicht.
111. I: Öfter anrufen?

112. R: Nein, nicht öfter anrufen, sondern, ob dieser eine Termin dann ausreicht. Weil, wenn die an dem einen Tag dann nicht erreichbar sind, dann hast du erst eine Woche später... Und die hängen irgendwo in der Luft. Weil ich sage denen, sie werden angerufen. Die haben uns dann gefragt, naja sollen sie da jetzt hin oder sind sie jetzt nicht drinnen oder sie wussten ja nicht, wo sie dann hingehen können. Ich weiß nicht, welche Gruppe voll ist oder... Ich kann denen dann nichts sagen, ja. Und das ist dann halt...
113. I: Wäre es deiner Meinung nach besser, wenn man die Teilnehmer gleich in der Ambulanz in die Kurse einteilen würde?
114. R: * Nein. Die brauchen mal eine Überlegungsfrist. Die müssen noch einmal darüber nachdenken. Und dann haben sie sicherlich Fragen, die ihr besser beantworten könnt, ja. So wie ihr auch dann denen... Das Informationsblatt finde ich sehr gut, was ihr jetzt... Diese E-Mail, die ihr mir auch weiterschickt. Weil da steht das eben auch drinnen, dass sie sich umziehen können und diese ganzen Sachen. Und dafür habe ich keine Zeit, dass sie mich diese Sachen fragen, wie sie das dann machen, wie sie da hinkommen. Und...und wann sie genau da sein müssen. Das...das... Die Eintragung in die Listen, das schaffe ich zeitlich nicht. Das geht nicht.
115. I: Und an wem wendest du dich, wenn es Probleme gibt?
116. R: Naja an dich@.
117. I: Und wie könnte man das Rekrutierungsschema deiner Meinung nach verbessern?
118. R: Mh ***.
119. I: Leichter für euch machen? Weniger zeitaufwändig?
120. R: Da haben wir jetzt die Termine darauf, oder?
121. I: Und wir haben eigentlich...** Und wir haben jetzt noch nicht... Wir haben doch auch noch so einen Zettel gehabt, wo diese nächsten Termine darauf sind, oder? Den gab es ja auch einmal. Wo unten drinnen stand, wann wieder der nächste Beginn ist, oder? Haben wir das nicht einmal gehabt?
122. I: Ich glaube nicht. Ich weiß es jetzt nicht.
123. R: Ich glaube, irgendwann gab es so einen Zettel, wo dann irgendwie stand nächster Beginn.
124. I: Das kann man ja da noch darauf schreiben.
125. R: Das wäre gut, wenn es draufstehen würde, halt. Ich weiß nicht, wie oft man da was ausdrucken müsste, halt. Aber wenn ich das Original habe, dann kann ich es eh ausdrucken, ist ja wurst. Nur, dann kann man halt schauen, wann der nächste Termin ist und wenn daneben dann gleich die Baseline bei uns stehen würde und die...die
126. I: ...die sportmotorischen Tests.
127. R: Weil dann können sie sich, wenn sie es sich überlegen, zumindest in den Kalender eintragen, wenn sie wissen, ich will das machen, dass sie sich den Termin freihalten. Ich glaube, das ist nicht so schlecht. Uuund *** Was kann man noch verbessern? Also die Dropbox finde ich sehr gut. Das ist eine riiieesen Erleichterung, glaube ich.
128. I: Das glaube ich auch. #
129. R: @Das war dringend notwendig@. Ja, das war, pah. Ich meine, ehrlich gesagt, das ist etwas was mir immer noch nicht auffällt. Ich schaue nicht immer nach der Anwesenheit, nicht. So wie die eine, die jetzt nicht mehr kommen will. Wo wir dann festgestellt haben, sie war eh nur dreimal da und fällt eigentlich raus. Da habe ich nie das Feedback bekommen, die ist eigentlich schon rausgefallen. Nicht?
130. I: Das heißt, wir sollen die Anwesenheitsliste dann doch...
131. R: Oder uns einfach nur einmal... Oder einmal nur kurz sagen...sagen: „Die war jetzt schon fünfmal nicht da. Wird jetzt rausfallen.“
132. I: Das wird jetzt leichter, weil der Roland ja das Training auch macht. Und wenn der dann selber am Computer sitzt und das alles einteilt, dann fällt ihm dies gleich auf, dass die Frau nie da war.
133. R: Ja. Also irgendwie, dass ich das vielleicht von euch noch einmal höre. Natürlich kann ich das mit der Anwesenheitsliste eh immer checken, aber ich ** komme nicht darauf. Ich meine, ich komme nicht dazu, dass ich....Ich komme nicht immer dazu, das alles immer durchzuschauen. Aber vielleicht einmal den Hinweis: „Die wird rausfallen oder so.“ Es sind ja gar nicht so viele, die rausfallen. Aber dann, wenn ich dann weiß, okay. Weil ich muss...weil ich muss dann wieder rückfragen: „Wird das jetzt Kontroll A oder ist das überhaupt nichts, weil das ist schon das zweite Mal, ja.“ Und da ist ja auch die Frage. Wir haben von B nichts und wir haben wieder die zweite Kontroll//, als die zweite Baseline und wird das jetzt sozusagen als Kontroll A gewertet. Weil das kann ich dann nur von euch erfahren, wie ihr das nehmen wollt, halt. Also da brauche ich... Das wäre nicht schlecht, wenn ich da noch Rückmeldung kriegen würde.
134. I: Ja, das ist sicher kein Problem, wenn wir das machen würden. Und ist das vorhandene Rekrutierungsschema für dich umständlich?

135. R: Jetzt? Mit dem faxen? Nein.
136. I: Wäre es für dich besser, wenn man das ganze digital machen würde?
137. R: Nein. Ich könnte es vielleicht, aber der A1 macht das nicht. Der steigt überhaupt nicht in den Computer ein. Der will damit nichts zu tun haben, mit dem. Er kann jetzt in die Dropbox reinschauen, aber er schaut nicht wirklich rein, ja. Also das... das, nein. Und wenn wir wirklich jetzt mal...Die Katharina kommt auch wieder zurück. Das kann sein, dass sie ab und zu auch manchmal aushilft in der...in der Adipositasambulanz. Es ist viiiel einfacher zu sagen, hier einmal die SPORTUNION, dieses ganze erklären und zu sagen: „Da, wenn du jetzt jemanden hast, dann dort eintragen bitte.“
138. I: Leichter zu verstehen.
139. R: Ja, ja.
140. I: Mh. Und welche Ergebnisse wird deiner Meinung nach die Studie bringen. Hast du irgendwelche Erwartungen?
141. R: Die Studie selbst?
142. I: Ja, die Studie.
143. R: Da bin ich sehr skeptisch. Weil...weil die einfach zu inhomogen ist. Wir haben so***. Wir haben so *** viele Leute, die offiziell einfach rausfallen.
144. I: Warum?
145. R: Weil die zu unterschiedlichen Zeiten teilweise die Blutabnahmen haben. Manche sind erst drei Wochen später gekommen. Das kannst du eigentlich nicht machen. Eigentlich brauchst du acht Wochen und zack, nach den acht Wochen die Blutabnahme. Und dann haben wir so viele, die dann einfach nicht gekommen sind oder was auch immer und dann drei Wochen später kommen. Das eine Mal ist mir das überhaupt nicht aufgefallen, dass der Matthias sie zu früh bestellt hat. Da hat aber auch niieemand was gesagt, dass die eigentlich noch dreimal Training haben, ja. Das ist mir einfach nicht aufgefallen, dass das Training noch gar nicht abgeschlossen ist. War irgendwie auch blöd. Weil eigentlich kannst du es nicht werten, ja. Dann hast du auch welche, die rausfallen. Und dann hast du halt welche, die irgendwie dann halt weitermachen. Wie willst du es eigentlich beurteilen, wer nachher wie weiter macht. Einer der halt bei euch in der Gruppe weitermacht?
146. I: Mit dem Fragebogen. Das ist das einzige.
147. R: Also*. Ich glaube, dass es für die Patienten sehr gut ist und denen was bringt. Ob es echte Studienergebnisse davon gibt, die so eindeutig irgendwas zeigen, weiß ich nicht. Keine Ahnung. Weil... Kann schon sein. Aber dann alles natürlich nur gewichtskorreliert, glaube ich.
148. I: Gewichtskorreliert?
149. R: Also. Du glaubst mehr?
150. I: Ich glaube...
151. R: Ich habe mir die Ergebnisse noch nicht sooo angeschaut. Ich habe keine Zeit gehabt.
152. I: Ich glaube, ah der Bauchumfang geht runter.
153. R: Der Bauchumfang? *** Ja, kann schon sein. Ja, ja ich meine, der Muskelaufbau. Bei der einen hat man es eh gesehen bei der BIA-Messung.
154. I: Ja, aber die BIA-Messung... Da bin ich wieder skeptisch.
155. R: Da bist du wieder skeptisch?
156. I: Weil normalerweise eine BIA-Messung bei einem BMI über 35, da ist die Validität ganz schlecht. Und da kommen oft Werte raus, bei der BIA-Analyse **. Ich meine ich freue mich dann immer, aber ich kann mir nicht vorstellen, dass die in acht Wochen neun Kilo Muskelmasse zunehmen oder solche Sachen. Und die meisten haben so...
157. R: Die Simic hat doch kaum abgenommen und dann hat sie, ja...
158. I: Und die meisten haben so Wasserprobleme.
159. R: Das sie einlagern, echt?
160. I: Genau.
161. R: Beim Sport?
162. I: Nein, die haben schon ein eingelagertes Wasser bevor sie mit dem Bewegungsprogramm beginnen. Und die BIA rechnet zuerst... die schaut sich den Wasserhaushalt an. Vom Wasserhaushalt rechnet sie dann rück auf die Muskelmasse und auch die fettfreie Masse. Das heißt, es hängt alles vom Wasserhaushalt ab. Wenn ich dann am Vortag anders trrinke oder keine Ahnung andere Tabletten nehme, dann stimmt das alles nicht. Darum weiß ich es nicht. Aber es gibt keine bessere Alternative.
163. R: Nein eh nicht, eh nicht. Es ist halt **. Also ich glaube eher, es ist gut, dass wir es den Patienten anbieten, aber... Also diese ganzen Inflammationsparameter, ja. Das was ich so grooob gesehen habe, das CRP hat sich gar nicht richtig geändert, ja. Also ja. Die haben immer noch ein leicht erhöhtes CRP, auch wenn sie das Training gemacht haben. Ich weiß es nicht genau. * Weil es gibt

- ja auch...* Es gibt ja auch die ganzen Sachen wo die *, wo die durch den Bypass abnehmen. Aber so viel ändert sich das auch nicht. Es wird schon ein bisschen besser, aber die nehmen 30, 40 Kilo ab und haben dann eine geringe Änderung. Und die machen das Sportprogramm und was ist danach? Einige machen noch mit, die anderen fallen in den alten Trott wieder rein. Also, ob da statistisch was raus kommt, das weiß ich nicht, keine Ahnung.
164. I: Ich bin schon gespannt.
165. R: @
166. I: Und welchen Nutzen hast du von den Ergebnissen? Oder hast du einen Nutzen?
167. R: Von den Ergebnissen. Ja schon. Viele sind sehr motiviert und motivieren wieder andere auch herzukommen und mitzumachen.
168. I: Und von der Studie, von diesen Ergebnissen?
169. R: Ahm.**Ja manche. Dass sie dadurch abnehmen oder dadurch halt auch...
170. I: Aber das ist ja der Nutzen von den Patienten. Aber du persönlich?
171. R: Ich persönlich? * Oh keine Ahnung, weiß ich noch nicht. Vielleicht kann ich irgendwann mal was messen von diesen Inflammationsparametern. Ich meine, wir haben genug Blut abgenommen, um da irgendwelche Parameter zu bestimmen.
172. I: Ja, im Prinzip ist ja das Ziel, von dem ganzen Projekt, dass das Bewegungsprogramm in eine strukturierte Zusammenarbeit übergeführt wird. Glaubst du, dass es möglich ist und was sagst du allgemein dazu?
173. R: [fragend] Was für eine?
174. I: Dass es nicht nur auf Projektebene durchgeführt wird, sondern dass es das Bewegungsprogramm dann immer gibt.
175. R: Von wem ausgehend?
176. I: Von der SPORTUNION.
177. R: Doch von der SPORTUNION. Dass es das... Und wie viel müssen sie zahlen?
178. I: ** Wie viel müssen die zahlen? Das soll von der Krankenkasse übernommen werden.
179. R: Wenn es das giiibt, ist es super, ja. Also ob es so weit kommt, kann ich nicht sagen. Ich weiß nicht wie...wie sehr die Krankenkassen so was unterstützen. Aber prinzipiell ist es etwas, was feeehlt und was super wäre, wenn es irgendwo angeboten wäre.
180. I: Und hast du konkrete Vorstellungen zu der Veröffentlichung von den Daten.
181. R: Von den Daten? *** Ahm ***.
182. I: Oder irgendwelche Wünsche, was man untersuchen sollte oder was man sich anschauen sollte?
183. R: Naja, wir haben eh gesagt, diese ganzen Inflammationsparameter im Blut und so. Aber das müssen wir dann eh mit der Ambulanz Wien_2 besprechen, was die machen und ** ja.
184. I: Und du hast das Training in der Linzerstraße ja schon mal gesehen, ja. Was würdest du sagen, sind die Stärken des Bewegungsprogramms?
185. R: Es sind kleine Gruppen. Es ist sehr persönlich, finde ich. Ah ***, ja. Es ist familiär. Das Ambiente ist gut. Und dass man individuell auf alle eingehen kann und schauen kann, ob sie die Übung alle richtig machen.
186. I: Mh. Und welche Schwäche hat das Bewegungsprogramm?
187. R: Ah***, eine wichtige Schwäche ist, dass es nichts im 16ten Bezirk gibt. Weil, das merke ich schon, dass manche dann sagen, soweit können sie nicht fahren. Weil ich meine, ich finde es jetzt nicht so weit bis in den 14ten. Aber es gibt schon manche, die sagen, da fahren sie jetzt nicht raus, ja. Also. Und wir haben da einfach sehr viel vom 16ten im WIEN_1. 16ter, 17ter Bezirk haben wir viele**. Ahm. Sonst für eine Schwäche. *** Ja, dass man noch nicht genau weiß, wie es dann weiter geht, nicht. Dass die mal acht Wochen haben. Aber ich kann denen nicht sagen, wie lange es geht. Und dass die dann einen Unkostenbeitrag haben danach. Obwohl ich auch nicht weiß, wie das jetzt eine Rolle spielt. Was ist da die Erfahrung bei euch?
188. I: Mit dem Geld?
189. R: Ja.
190. I: Naja, es sind doch eigentlich relativ viele sozial ganz schwache.
191. R: Dass die nicht weiter machen wegen des Geldes?
192. I: Mh.
193. R: Ich glaube das auch, ja. Einen Stepper für weiß ich nicht, 50 Euro können sie sich nicht kaufen, ja. Ich meine, das ganze Geld geben sie innerhalb eines Monats für Burger auch so aus. Aber, es ist einfach für dieeee, ist einfach die Vorstellung für Sport was auszugeben nicht möglich. Deshalb ist halt... Deswegen glaube ich auch, dass es schwierig ist die Erstgruppen zu ködern. Aber das ist auch nicht...
194. I: Und glaubst du, dass es für die Adipösen möglich wäre, dass sie selbstständig ihre körperliche Aktivität ändern. Dass sie selbstständig mehr machen ohne Bewegungsprogramm?

195. R: Es gibt einige. Aber * ich glaube, die Unterstützung mit dem Bewegungsprogramm ist gut. Also, ich glaube, dass meeehr mitmachen können. Ich meine, wir haben auch welche die halt, ich will nicht sagen geistig retardiert, aber die einfach ein bisschen verlangsamt sind. Zu denen kannst du nicht sagen, jetzt laufe mal siebenmal um den Block. Das macht der nicht. Aber in einem Programm halt, ja. Da macht er vielleicht einfach mit, weil es alle einfach machen.
196. I: Und findest du, dass zu erkennen ist, dass die SPORTUNION noch relativ wenig oder noch gar keine Erfahrung mit Studien hat?
197. R: ** Nein. Anlaufprobleme gibt es bei jedem Projekt, egal wie viele Projekte du schon gemacht hast, ja. Also man sieht ja allein schon, dass die...dass die Adipositasstudie schon davon profitiert, dass es vorher die Diabetesrekrutierung gab, ja. Das hat man schon gemerkt, ja. Und die anderen Sachen. Weiß ich nicht. Das ist halt so. Das ist immer, wenn etwas neu ist, oder? Dass man rausfinden muss, wer ist für was zuständig, wie kommt man damit zurecht. Ich denke mir, jetzt läuft es eh ganz gut.
198. I: Ja stimmt. Und jetzt habe ich noch ganz allgemeine Fragen. Wie sollte deiner Meinung nach eine ganzheitliche zielführende Therapie bei Adipositas aussehen?
199. R: Ahm. Diätberatung, halt Ernährungsumstellung, Bewegung. Und auch eben was für den Patienten möglich ist, also persönlich auch. Was ist möglich? Und eine psychologische Abklärung, finde ich auch sehr wichtig.
200. I: Und wie arbeiten bei euch im Krankenhaus die Disziplinen jetzt zusammen?
201. R: Ah*, Die Diätologin ist bei uns sozusagen assoziiert, die ist immer da wenn die Adipositasambulanz da ist. Oder halt extra Termine. Aber prinzipiell ist die Beratung mit der Diätologin immer gleichzeitig. Und dann haben wir jetzt seit dem Sommer relativ neu eine Psychologin, die aber nicht... also ein Psychiaterin. Die nicht direkt hier ist, aber in einem anderen Pavillon. Wo man Termine ausmachen kann. Also das ist eher für spezielle Fälle, wenn ich wissen will in welche Richtung das da läuft. Ahm, das ist, glaube ich, ganz gut. Also auch mit Rücksprache und so. Mit der Gefäßchirurgie läuft das nicht ganz so gut, aber ich meine...
202. I: Und welchen Stellenwert hat dann die körperliche Aktivität bei der Behandlung von Adipositas?
203. R: Einen sehr hohen Stellenwert.
204. I: Im Vergleich zu der Ernährung?
205. R: Ahm**. Gleich würde ich sagen.
206. I: Gleich.
207. R: Ja, ja.
208. I: Ja, abschließend möchte ich dich noch zu deinem eigenen Sportverhalten befragen. Machst du selber was in deiner Freizeit?
209. R: Ja, ja.
210. I: Was machst du?
211. R: Ich gehe dreimal in der Woche klettern und trainiere am Crosstrainer.
212. I: Und welchen gesundheitlichen Nutzen erwartest du dir? Oder warum machst du...
213. R: Warum mache ich Sport? Weil es mir Spaß macht und mir sonst etwas fehlen würde@. Wenn ich nichts mache.
214. I: Und machst du auch gezielt Ausdauer- und Krafttraining?
215. R: Also Krafttraining nur beim Bouldern oder so.
216. I: Das ist eh genug@.
217. R: Ja eh. Also nicht mit Maschinen oder so. Also ich habe eine Zeit lange Kieser-Training gemacht, aber da habe ich dann aufgehört.
218. I: Mh und wie viele Schritte machst du ungefähr? Hast du den Schrittzähler schon einmal ausprobiert?
219. R: Ich habe den nur einmal mitgenommen, da waren wir im Urlaub und haben so einen Wanderurlaub gemacht. Also im Dienst habe ich es schon einmal gezählt und da komme ich nur im Dienst auf 10 000. Und so durch den Tag, weiß ich es nicht. Keine Ahnung.
220. I: Sehr gut. Sonst noch etwas, was wir ändern sollten, verbessern sollten? Von deiner Seite her.
221. R: Naja, es passt. Also ich brauche nur wieder den...den Ansprechpartner. Wenn du sagst, es ist jetzt halt der Robert.
222. I: Roland.
223. R: Roland. Dass der uns sozusagen Feedback gibt und, dass er in die Liste einträgt wen er erreicht hat. Dass er hinschreibt, telefonisch bestätigt oder was auch immer. Da gab es immer Probleme, aber ich weiß nicht wie es zustande kommt, wenn man das neue speichert, dann stand einmal beim Matthias und einmal jetzt auch beim Roland in Konflikt, Kopie in Konflikt mit irgendetwas. Hast du das gesehen?
224. I: Nein, ich war jetzt vier Wochen im Urlaub.

225. R: Liste, Liste steht in Konflikt mit irgendetwas.
226. I: Haben sie es mit einem anderen Datum abgespeichert?
227. R: Das weiß ich eben nicht genau. Mit ist es noch nie passiert. Ich weiß auch nicht, wie das passieren kann. Da stand dann was. Und dann war die unterste eben nicht die aktuellste Liste, sondern die darüber. Und da weiß ich nicht, muss man vielleicht noch einmal mit dem Roland sprechen. Oder vielleicht weiß er inzwischen auch, was er da falsch gemacht hat oder was auch immer. Mit diesem Unterstrich v2 Version, wenn es am gleichen Tag ist oder so. Aber eigentlich sollte er es wissen, oder?
228. I: Sonst frage ich nach.
229. R: Frage ihn einmal, ob es klar ist, wie man das abspeichert. Genau, und das er das einträgt, wenn er erreicht hat. Weil es ist schon so, wenn der Matthias die jetzt nicht erreicht und die haben, sagen wir mal, dann zwei Wochen später den Termin und der Roland erreicht die auch nicht am Mittwoch, dann ist es schon relativ spääää. Der Mittwoch darauf, wenn die dann kommen.
230. I: Mh. Das heißt, zweimal in der Woche müsste man...
231. R: Ich glaube, schon zweimal. Ich meine, dass ist für sie ja auch nicht zu viel, weil es dauert ja nicht so lange. Aber einfach einmal durchschauen, brauche ich dann noch jemanden. Muss ich da am Montag vielleicht doch noch jemanden... Montag ist der Matthias... Mittwoch, Freitag vielleicht noch einmal. Oder einfach nur einmal reinschauen, fehlt da jetzt noch jemand, den ich anrufen muss?
232. GESPRÄCH ÜBER FOLLOW-UP
233. R: Weil wir haben ja nur bis 13:00 Uhr. Die Adipositasambulanz ist in unserer Freizeit eigentlich, ja.
234. I: In der Freizeit?
235. R: Eigentlich, ja. Ich meine, wir schreiben das schon teilweise auf. Das ist sowas wie Überstunden halt, aber.

Interview Krankenhaus Wien 2

Interview Wien_2[A1]

Interviewerin: Sandra Haider

Thema: Rekrutierung für die Adipositasstudie in den Ambulanzen

Ort des Interviews: Ambulanz für Diabetes und Stoffwechselstörung, Zimmer Grün K,

Datum und Uhrzeit: 10.06.11, 14:00

Dauer der Passage: 24:00 Minuten

Transkribentin: Sandra Haider

Korrekturleserin: Ass. Prof. Mag. Dr. Rosa Dikettmüller

1 WK: Und darf ich Ihnen kurz zeigen? Das ist unsere Mappe von der SPORTUNION. Da
2 klebe ich immer ein Pickerl mit den Telefonnummern hinein. Das geht dann an die Frau Dr.
3 K. weiter, die das dann zu Ihnen faxt. Und von mir bekommen sie noch diese Aktiv Bewegt
4 und diese Erfolgsgeschichten.

5 I: Mh, diese Information.

6 WK: Ja #genau.

7 I: #Die Broschüre. Also Sie haben da eine #eigene Mappe#?

8 WK: #Von jedem# Adipösen. Ich habe da eine eigene Mappe. Mit den verschiedenen
9 Studien und bei den Adipos//...bei den Adipositastagen sind sie immer dabei.

10 I: Mh. Wann habt ihr die Adipositastage?

11 WK: Mittwoch.

12 I: Und wie viele kommen da ungefähr?

13 WK: Naja, das kann ich so nicht sagen. Aber **, das kann ich wirklich nicht sagen. Es ist
14 verschieden, ja. Aber im Schnitt so, was weiß ich, sechs bis zehn.

15 I: Sechs bis zehn. Jeden...

16 WK: Erst//

17 I: Sechs bis zehn.

18 WK: Erstvorstellungen.

19 I: Mh, jeden Mittwoch?

20 WK: Jaaa. Im Schnitt zirka sechs. Ich kann es nicht sagen. Da müssten Sie bei der
21 Leitstelle vorne noch einmal fragen, weil ich zähle da eigentlich nicht so mit. Und dadurch,
dass immer andere Patienten auch dazwischen sind, kann ich es schwer ein// einschätzen
eigentlich.

22 I: Und welcher Abteilung gehört die Adipositasambulanz dann eigentlich an?

23 WK: Endokrinologie.

I: Der Endokrinologie. Okay. Und es ist nur der Mittwoch, wo die Adipösen kommen?

WK: Das ist nuur der Mittwoch. Außer jemand kann am Mittwoch nicht, dann kommt er an
einem anderen Tag.

I: Mh, mh und wie viele Ärzte seid ihr dann in der Ambulanz?

WK: @Ja, das ist auch eine gute Frage. Ich war jetzt sehr lange alleeeine. Eingeteilt sind
natürlich immer mehr, ja. Prinzipiell wären wir zu dritt, aber eine Kollegin ist schwanger. Die
ist jetzt nicht daaa. Die zweite ist auch schwanger. Und die dritte war lange im
Krankenstand, die ist jetzt gekommen. Einen Oberarzt haben wir auch noch, aber der ist
auch nicht immer da. Also, ah im Prinzip sind ein bis zwei, Maximum zwei Ärzte in der
Ambulanz. Eigentlich nur einer.

I: Und Diätologinnen oder Psychologinnen?

WK: Eine Diätologin, ja.

24 I: Und eine Psychologin?

25 WK: Psychologen haben wir nicht.

26 I: Habt ihr nicht, okay, okay. Und eine Study-Nurse oder so irgendetwas//...

27 WK: Haben wir.

28 I:...für die Studie? **Ja?**

29 WK: Wir haben eine Study-Nurse, aber die gehört immer zu den verschiedenen Arbeitsgruppen. Also es ist jetzt niemand für die Adipositasstudie da. Für diese Studie ist niemand angestellt.

30 I: Niemand angestellt. * Ja und wie viele Studien macht ihr zurzeit jetzt da in der Ambulanz, in der Adipositasambulanz?

31 WK: Zu Adipositas oder überhaupt?

32 I: Überhaupt und zu Adipositas.

33 WK: Also überhaupt kann ich es Ihnen im Kopf gar nicht sagen, weil es müssten sicher **zehn, zwischen zehn und fünfzehn Studien sein, die da parallel laufen. Und zu Adipositas selber *** sind Sie, dann haben wir da noch eine zwwweite. Ich glaube zwei oder drei.

34 I: Und die machen alle Sie oder wie ist das?

35 WK: Ahm, ich rekrutiere bei den meisten mit. Ja.

36 I: Okay, okay. Zehn bis fünfzehn Studien. Das ist ja ganz schön **... Das ist ja einiges.

37 WK: Ja das ist wirklich. *Bei uns ist immer full house.*

38 I: Ja? Und wie oft sind Sie dann in der Ambulanz? Sie sin//...

39 WK: Täglich theoretisch.

40 I: ... jeden Mittwoch?

41 WK: Nein, nein täglich.

42 I: Täglich. Was ist an den anderen Tagen, wo...?

43 WK: Diabetes, ahm, Schwangere, wir haben Schwangerschaftsdiabetes.

44 I: Aber, die sind immer... #die sind immer täglich getrennt#.

45 WK: #Schon immer Gewichtungen#. Es ist halt eben nicht ganz getrennt. Aber im Prinzip versuchen wir den Schwerpunkt zu legen. Wir haben auch eine Lipidambulanz, die ist auch am Mittwoch, die ist gemischt mit der Adipositas. Also wir haben verschiedene Schwerpunkte.

46 I: Und werden die Patienten, wenn die dann zu euch kommen, immer vom selben Arzt betreut?

47 WK: **Vom selben Team.

48 I: Vom selben Team.

49 WK: Aber wir wechseln. Nach einem Semester wird gewechselt.

50 I: * Aha, * nach einem Semester wird gewechselt.

51 WK: Ja meistens. Manchmal, selten, dass jemand noch ein zweites Semester bleibt oder so, aber wir wechseln im Zuge der Ausbildung beziehungsweise einfach ** auch wegen den eigenen Gründen innerhalb vom Haus .

52 I: Okay, okay. Und wie ist das wenn ein Adipositaspatient dann zum ersten Mal zu euch kommt?

53 WK: Er wird an der Leitstelle administriert, ah. Die Schwestern nehmen die Adipositasblute ab. Es wird Blutdruck gemessen. Ah, was man sagen muss, er war vorher meistens schon zuerst unten bei der Frau... Also der erste Schritt ist eigentlich, dass er zu Frau H. in unserem Laboor kommt. Die vermisst ihn ganz genau, also mit Taillen-, Hüftumfang und Blutdruck und allem. Und die, die nimmt die Blute ab. Dann kommt er zu uns an die Leitstelle. Dann kommt er zu mir herein und ich unterhalte mich mit ihm. Meistens kriegen sie dann noch eine Diätberatung. Wenn sie von der Chirurgie kommen, haben sie die meistens schon auf der Chirurgie erhalten. Ahm und sie bekommen das Bewegungsprogramm von der SPORTUNION. Ihnen... Es werden die endokrinologischen Parameter halt angeschaut, Es wird abgeklärt, ob eine endokrinologische Ursache zu Grunde liegt uuund... Ja, meist// die meisten kommen von der Chirurgie und meistens ist dann die nächste Kontrolle nach der Operation. Also unsere Adipösen sind meistens vor dem Magen-Bypass oder Magenbandoperation.

54 I: Und so Gruppengespräche gibt es nicht?

55 WK: Nein.

56 I: Okay. Wann wird die Diätologin eingesetzt?

57 WK: Meistens gleich bei der Erstvorstellung. **Aber** ** dadurch, dass die alle von der Chirurgie kommen.... Die Chirurgie hat ein ganzes Programm zur OP-Vorbereitung und da haben sie meistens schon eine Diätberatung dort dann erhalten. Dann wiederholen wir sie nur bei Anfrage.

58 I: Mh. Und ahm, wie viel Zeit habt ihr...habt ihr dann ungefähr wenn der Patient zu euch kommt?

59 WK: Ja, also das ist eigentlich, muss ich ehrlich sein, die Zeit, die man sich nimmt. Ahm, theoretisch haben wir, * *weiß ich nicht*, fünf bis zehn Minuten. Maximum, ja. Ahm, manchmal dauert es länger. Manchmal ist es unkompliziert und manchmal geht es auch sogar noch schneller, wenn halt nicht mehr viel zu bereden ist und wenn da irgendwie alles klar auf Schiene ist. Man kann es im Schnitt so nicht sagen.

60 I: Mh. Und wie oft kommen sie dann da her?

61 WK: Sie kommen, äh... Naja es kommt darauf an... Also wenn sie zur Operation gehen, kommen sie einmal vor der Operation und dann noch dreimal nach der Operation. Und die anderen Adipositaspatienten, die jetzt nicht so viele sind, die kommen halt im Halbjahresabstand oder je nachdem oder Dreimonat- oder Jahresabstand. Wenn es gut geht Jahresabstand. Ahm.

62 I: Und wer rekrutiert dann bei euch in der Ambulanz? ** Wer ist dafür #verantwortlich#?

63 WK: #Ah, ich. Also# die Assistenten rekrutieren. Die Assistenzärzte. Das bin ich, das ist die Frau Dr. P., das ist die Ärztin A3 und der Herr Dr. R.. Und die sind halt jetzt gerade woanders. Also, ich bin gerade mit P.-S. in der Ambulanz und wir rekrutieren. Dadurch, dass die Kollegin aber schwanger ist, rekrutiere nur ich.

64 I: Mh. Ok und seit wann?

65 WK: **Ahm, ich bin seit** ahm, Oktober letzten Jahres da.

66 I: Mh. Und ah, wie ist das zugegangen... Also wie ist das passiert, dass Sie rekrutieren? Ist...

67 WK: Das wird bei uns weitergegeben.

68 I: Das wird weitergegeben.

69 WK: Alle Studien, die es da eben gibt. Ich habe die Mappe mit unseren Zetteln angelegt. Da steht oben, wer was für eine Studie hat und bei welchen Patienten man auf was achten muss. Das ist ganz neutral. Es wird weitergegeben und dementsprechend muss man halt bei jedem Patienten daran denken. Manchmal geht es nicht, wenn so viel los ist wie heute, dass man in Wirklichkeit erst um zwei fertig wird. Dann ist es natürlich manchmal mit der Rekrutierung auch..., geht es schwerer. Aber meistens fragen wir das eigentlich automatisch dazu.

70 I: Und wie läuft dann die Re// Rekrutierung im konkreten ab?

71 WK: Ja. Also ja, bei mir ist es so. Wir reden zuerst über die Diä// Diätberatung. Dann sage ich, ah**, das zweite Standbein ist natürlich auch die Bewegung. Es ist auch vor der Operation wichtig, dass sie fit in die Operation hineingehen und auch für die Umstellung nach der Operation. * Dann sage ich ihnen, dass sie acht Wochen gratis unter Aufsicht bei der SPORTUNION * eben trainieren können. Das ist ein spezielles Programm. Eben auch für adipöse...adipöse Patienten. Also nicht wie im Fitnesscenter, weil viele fürchten sich, dass das wie im Fitnesscenter zugeht. Und dann gebe ich ihnen den Informationsbogen, frage um die Telefonnummer, klebe sie in meine Mappe hinein auf den Zettel und ähm, ja.

72 I: Und welche konkreten Informationen kriegen die über das Bewegungsprogramm?

73 WK: Es dauert acht Wochen, es ist gratis, es ist bei der SPORTUNION, es ist unter Aufsicht, ähm von äh Leuten, die sich mit den Erkrankungen auch auskennen. Es wird angepasst auf sie selber, also es ist jetzt nicht ein 0815 Programm für jeden. Und es ist ein guter Start, ein guter Anfang. Es finden sich oft kleine Gruppen. Das ist der Moment, wo ich rein greife und ihnen die Erfolgsgeschichten dann noch auftrische und ähm ja.

74 I: Sehr gut, ja.

75 WK: Ja@.

76 I: Und was kriegen sie für Informationen über die Studie?

77 WK: Ich sage, das ist im Rahmen einer Studie.

78 I: Aha, aber mit welchen Untersuchungen, dass es verbunden ist, wissen die Leute #dann nicht#?

79 WK: #Ich sage#, das ist im Rahmen einer Studie und sie werden... „Wenn Sie anrufen

erfahren Sie Details.“ Das sage ich immer dazu.

80 I: Mh, und wie erfolgt dann die Weitergabe * von den Namen an die A2, weil von der//

81 WK: Ich habe es Ihnen eh gezeigt. Ich picke es in eine Mappe und sie muss... Sie holt #es sich#.

82 I: #Sie holt# es sich.

83 WK: Mh.

84 I: Okay, okay. Ahm, und wer hat den Rekrutierungsprozess, den Sie so anwenden, vorgeschlagen oder von wo haben Sie den?

85 WK: Den habe ich mir selber optimiert. Aber im Prinzip machen es eh alle relativ gleich. Aber ich habe es mir ehrlich gesagt selber optimiert, weil es schnell gehen muss.

86 I: Ja. Kennen Sie das wöchentliche Dokumentationsblatt?

87 WK: Ja, warten Sie. Das ist das, wo wir es eigentlich zuerst eingetragen haben. Ja, da habe ich das immer eingetragen und dann ist diese Liste auf einmal verschwunden und seit dem picke ich da meine Kleb// ahm Pickerln hin und wahrscheinlich wird dann die Kollegin A2 das da eintragen, oder ich weiß es nicht.

88 I: Nein, die Frau Dr.A2 schickt es uns nämlich per E-Mail. Ja und da würde eben oben stehen wie viele Sie informiert haben und ahm wie viel dann nicht teilnehmen wollen.

89 WK: Nicht teilgenommen haben.

90 I: Ja genau.

91 WK: Das hat mich immer schon ein bisschen gewundert. Weil ich zum Beispiel, wenn ich Ihnen zeigen darf, ich habe das so, ja - nein, nicht? Und das Pickerl, das ist jetzt für eine andere Studie. Bei Ihnen schaut es so aus, dass ich keine ja - nein habe, sondern nur die ja. Also die, die nein sagen, erfassen wir in dem Fall nicht. Aber das war weil wir... Ahm, die Frau Dr.A2, ist mir gesagt worden, ist zuständig für alles. Ich bin ja nur Rekrutierung zweite Hand und ** ja, ich richte mich nach dem, was für Zettel ich von ihr kriege. Und ich habe dann gar keine solchen mehr bekommen, obwohl sie das sehr gewissenhaft macht. Also sie macht das super.

92 I: Mh, ja, ja, ja, ja.

93 WK: Aber ich habe halt dann irgendwann... Habe ich mir dann gedacht, der Zettel ist halt jetzt anscheinend wieder irgendwie weg. Jetzt klebe ich es halt sooo und ich glaube sie hat das so.

94 I: Es wäre nämlich ein Arbeitsschritt für euch weniger, wenn ihr den Zettel habt, wenn ihr das einfach eintrag//

95 WK: Ja mir ist das egal.

96 I: Dann braucht ihr es nur...

97 WK: Geben Sie es her, ich loche es und tue das da rein. Und...und also mir ist das... ** Ahm, wobei es ist kein Arbeitsschritt weniger, das muss ich schon sagen, weil da picke ich die Namen und schreibe nur die Telefonnummer hin und da muss ich wieder alles aufschreiben.

98 I: Sie können aber da ahm die Pickerl auch hinpicken [zeigt auf das wöchentliche Dokumentationsblatt]. Also das ist kein Problem.

99 WK: Ja? Okay, super. Ja, dann machen wir das so. Wenn es für Sie leichter ist.

100 I: Ja, das wäre klasse.

101 WK: Ja, machen wir. Sie müssten halt diese Zettel dann irgendwie immer * #ah der Frau Dr. A2 schicken#?

102 I: #Soll ich es Ihnen per# E-Mail schicken?

103 WK: Der Frau Dr. A2 bitte, ich bin nur...

104 I: Der Frau Dr. A2? Mh.

105 WK: Der Frau Dr.A2 zuschicken und halt darauf hinweisen, dass das immer mit dem gemacht werden soll, dann werde ich mich ab jetzt...***

106 I: Weil, dann kann das besser ausgewertet werden, wie viel Prozent der Informierten dann eigentlich mitmachen wollen.

107 WK: Mh. Gut, machen wir.

108 I: Okay, sehr gut. Und wie viele Prozent werden dann bei euch in der Ambulanz informiert, dass es das gibt.

109 WK: Ja hundert Prozent.

110 I: Hundert Prozent?

111 WK: Hundert Prozent. Ich, wir sagen es bei jedem. Wir sagen es wirklich bei jedem. Das ist wie das Amen im Gebet. Das wird auch dekodiert in unseren Mappen. Es ist auch nachvollziehbar in den Mappen. Es steht eh immer Bewegungsprogramm abgelehnt oder nicht. Und wir schreiben den Patienten Briefe, die sie nach drei, vier Wochen, nachdem sie das erste Mal bei uns waren, bekommen. Und da wird das auch drinnen erwähnt. Also ein Bewegungsprogramm wurde dem Patienten dringend empfohlen.

112 I: Mh, mh und wie oft hören die Adipösen von dem Bewegungsprogramm? Einmal?

113 WK: Einmal.

114 I: Okay.

115 WK: Genau.

116 I: Okay, wie zeitaufwändig ist die Rekrutierung für euch?

117 WK: * **Naja**, schon auch natürlich. Aber ich würde sagen * ein Viertel von dem Gespräch oder ein...ein Viertel des Gespräches vielleicht. Vielleicht ein bisschen weniger als ein Viertel.

118 I: Mh, mh. Und mit welchen Argumenten versucht ihr die Patienten zu überzeugen, dass sie überhaupt Bewegung machen?

119 WK: **Naja**, also bei denen, die operiert werden, dass es für die Operation natürlich ein extremer Vorteil ist. Da müssen sie fit sein und später auch wegen den Komplikationen. Für die anderen, die sind ja motivierter, weil sie die Operation im Moment sowieso nicht haben wollen. Die nehmen sowas eh ganz gerne an. Wenn sie aufhören, sagen wir halt immer... Ich meine: „Ja, ein neuer Start und kommen Sie, jetzt gehen wir es wieder an.“ Also wir tun...tun halt ein bisschen zureden, ja.

120 I: Mh, und ah wie oft und wie kommuniziert ihr Ärzte untereinander über die Studiensachen? Die Frau Dr. A2, die A3?

121 WK: *Eigentlich gar nicht.*

122 I: Gar nicht. Also das ist alles in der Mappe?

123 WK: Ja genau. Das ist eigentlich in der Mappe und es wird abgeholt und...

124 I: Mh. Und haben Sie irgendwelche Vorgaben von der ah Frau Dr. K., dass sie die Studien machen müssen?

125 WK: ** Nein, es wird natürlich immer gewünscht von den Oberärzten, dass wir an Studien mitarbeiten. Je mehr wir rekrutieren, desto besser. Wir werden auch öfters aufgefordert, aber... Im Prinzip * rennt das eigentlich eh immer von alleine, ja. Also * ich meine, wir machen das ja eh bei jedem Patienten. Insofern glaube ich, weist deshalb wahrscheinlich auch niemand mehr so genau und konkret hin, dass wir es noch mehr machen sollen, weil wir es eh bei jedem Patienten machen.

126 I: Mh, mh. Und ahm, mit der Sportunion selber haben ja Sie//

127 WK: Nein, ah * ich kenne nur den Herrn Christian, ja.

128 I: Das ist eigentlich extrem schade.

129 WK: Ja? [fragend] Ach so, ach so.

130 I: Ja, für mich schon.

131 WK: Ja, ach so, so.@Ja ja, also ich habe gedacht, dass ich ihn kenne, aber...@

132 I: Nein, um Gottes Willen. Welche Informationen haben Sie eigentlich über den Ablauf des Bewegungsprogrammes? #Können Sie sich was vorstellen#?

133 WK: #Ja, wie das abläuft. Ja, so Bänder und so#. Das habe ich schon gesehen, ja. Also ich habe es so gesehen in den Bewegungs//... Also es haben auch ein paar erzählt.

134 I: Ja?

135 WK: Sie haben da so Bänder und so, diese... Das ist ein bisschen so Kraftübungen und so. **Aber** stimmt schon, also so gesehen habe ich es noch nieeee und es ist schon schade, dass ich es nicht genau weiß, ja. Also, ich weiß nur, Sie passen halt auf die gut auf und...und machen ein bisschen Krafttraining und ein bisschen Ausdauer, aber wie genau eigentlich weiß ich nicht, nein.

136 I: Ist es eigentlich zu wenig Information für Sie?

137 WK: Ja, eigentlich, ja. Ja.

138 I: Ja. Ich meine, ich kann Sie herzlich einladen. Ich mache das Training, ja.

139 WK: @Ach so, super@.

140 I: Ich mache das Training in der Linzerstraße und in der Apostelgasse. Und ich kann Sie herzlich einladen, Sie können immer vorbei kommen #und es sich einmal anschauen#.

141 WK: #Das wäre total lieb#. Mir würde es eh auch nicht schaden, ja.
 142 I: Nein, wenn man das mal sieht, das ist///
 143 WK: Ja gerne.
 144 I: Dann kann man den Leuten das ganz anders #erzählen#.
 145 WK: #Ja klar#. Ja das stimmt schon, ja. Das stimmt schon.
 146 I: Und wie die profitieren.
 147 WK: Ja, ja, ich glaube denen geht es gut. Ja, ja, ich höre, muss ich auch zu Ihnen sagen, immer wieder nur sehr gute Rückmeldungen. Das wird Sie auch interessieren. Also da hat noch nie jemand etwas Schlechtes über dieses Bewegungsprogramm gesagt.
 148 I: Sehr gut, super. Das freut mich zu hören.
 149 WK: @
 150 I: Und ah, was ist wenn Problem auftreten?
 151 WK: Inwiefern?
 152 I: Bezüglich der Rekrutierung.
 153 WK: Es gibt kein... Also wenn jemand nein sagt, definitiv nein, dann zwingen ich ihn nicht, ja. Ahm, wenn er sagt, er will es sich überlegen, dann sage ich: „Rufen Sie mal da an und reden Sie und schauen Sie mal und das ist ganz nett und so.“
 154 UNTERBRECHUNG DURCH EINEN ANDEREN ARZT
 155 WK: „Und reden Sie halt mal.“ Also wenn er, wenn er sich nicht ganz sicher ist, dann verweise ich ihn immer so: „Tun Sie mal anrufen oder Sie werden dann eh angerufen und schauen Sie sich es halt mal an.“ Wer halt ganz nein sagt, sage ich immer: „Ja, schade und überlegen Sie es sich noch bis zum nächsten Mal.“ Aber dann gebe ich ihm aber auch nichts mit.
 156 I: Mh, mh. Und ist das Rekrutierungsschema umständlich? Können Sie sich irgendwelche Verbesserungsvorschläge vorstellen?
 157 WK: Ich habe es für mich selber so zusammengeschnitten. Ich finde es so am schnellsten, weil ich mehrere Studien am Tag immer habe. Ich schlage dann meine Blättchen da auf.
 158 I: Und eine Digitalisierung von dem ganzen Ablauf?
 159 WK: Das wäre suuuper.
 160 I: Wäre von Vorteil?
 161 WK: Das wäre schon von Vorteil, finde ich. Also wenn es irgendwie übers AKIM ginge oder wenn es irgendwie... Das wäre schon super.
 162 I: Übers AKIM?
 163 WK: Ja unser hauseigener Computer.
 164 UNTERBRECHUNG DURCH EINEN PATIENTEN
 165 I: Über das AKIM?
 166 WK: Mh, das ist ein hausinternes... Aber ich glaube, da kommt keiner rein, ganz ehrlich. Das ist wegen dem Datenschutz.
 167 I: Wir haben mit der Ambulanz Wien_1 das Ganze schon mit Computer. Ich weiß nicht, ob Sie das kennen mit der Drop Box, ja. Und da haben wir die ganzen gemeinsamen Daten rauf gespeichert, ja. Und wir oder die Ärzte im Wien_1 wissen dann immer gleich, wann wir wen angerufen haben und die Termine, wann die kommen, sind immer aktuell.
 168 WK: Also ich glaube das wäre super, weil... Also, das mit dem Wissen, ob Sie einen Termin wissen und so, das ist ja für mich und für Sie vom Organisatorischen her irgendwie gar nicht sooo interessant. Aber was schon super wäre, wäre wenn ich es gleich eingabe könnte. Dann müssen wir es nicht noch einmal faxen und nicht noch jemand kommen und Sie waaarten ja eigentlich wahrscheinlich im Schnitt zwei bis drei Wochen bis Sie die Daten übermittelt bekommen, ja. Wenn ich das dann im Computer eingabe, haben Sie das sofort. Ja? Und auch der Patient kann sofort angerufen werden. Das wäre vielleicht wirklich eine Verbesserung.
 169 I: Okay, dann schauen wir, dass wir das machen. Ich glaube nicht, dass * das #so das große Problem wäre#.
 170 WK: #Ja, ich meine, wenn das geht#, das wäre super, ja.
 171 I: Ja, ja, okay. Ah, jetzt habe ich noch ein paar allgemeine Fragen, ganz kurz nur@.
 172 WK: Ja, ja.
 173 I: Ah, warum habt ihr euch in der Ambulanz eigentlich entschieden, dass ihr beim

Bewegungsprogramm mitmacht?

174 WK: Ich*. Das liegt glaube ich auf der Hand, wenn man eine Adipositasambulanz hat, dass man da mitmacht. Also ich meine, das gehört auch mit dazu. Das glaube ich. Ich weiß nicht, wie es zur Entscheidung gekommen ist. Ich kann mir aber vorstellen, dass es leicht nachzuvollziehen ist, bei einer Adipositasambulanz. Sagen wir, wenn man so ein Bewegungsprogramm anbieten kann, ist ja jeder froh.

175 I: Mh, und glauben Sie, dass es möglich ist, dass die Adipösen alleine ihr Bewegungsverhalten ändern?

176 WK: Nein.*

177 I: Nein. Mh.

178 WK: * Großteils nein.

179 I: Mh, mh.

180 WK: Vielleicht ein paar, aber die meisten nicht.

181 I: Und was sagen Sie zur SPORTUNION als Studienpartner?

182 WK: **Ja**, also. Ich meine, ich finde das läuft irgendwie super, ja. Ich finde... Ich weiß ja... Ich habe eben durch den Christian ein bisschen einen Einblick bekommen, ja. Ahm*, beim...beim Kongress und so hat er auch immer so ein paar Übungen mit uns gemacht. Die sind @ganz schön reingegangen@. @ Und ja, ich finde es, ein sehr sym// also ein sehr sympathisches Team und ich finde die Idee super. Und ich glaube auch, dass die Patienten wirklich davon profitieren.

183 I: Ja?

184 WK: Und ich glaube, sonst würden wir nämlich auch nicht so fleißig rekrutieren.

185 I: Sehr gut. Sehr gut. Und welche Ergebnisse wird dann die Studie bringen? * Haben Sie irgendwelche Erwartungen?

186 WK: Nein, weil ich ja bei der Studie nicht mitwirke. Also ich bin ja nicht irgendwie dabei. Also ich rekrutiere ja nur.

187 I: Ja, also haben Sie dann gar keine Vorteile von dem, dass Sie die Patienten rekrutieren?

188 WK: Also ich weiß nicht. Nein, ich glaube nicht. Außer irgendjemand schreibt mich darauf oder so. Aber nein, ich glaube im Moment nicht. Aber ich weiß es nicht. Aber ich weiß es nicht, vielleicht doch. Ich weiß es nicht, ja.

189 I: Ja, ja.

190 WK: Also deshalb habe ich jetzt auch keine Erwartungen, weil ich jetzt natürlich auch irgendwie... Ich rekrutiere, aber...aber... Also ich hoffe für euch, dass es gute Ergebnisse sind@.

191 I: Und die Ergebnisse haben Sie noch gar nicht gesehen?

192 WK: Nein.

193 I: Okay, okay.

194 WK: Gibt es schon Ergebnisse?

195 I: Jaaa, ein paar.

196 WK: Ja, aber das ist...

197 I: Ausgewertet sind sie schlussendlich noch nicht, weil natürlich die zwölf Monate Follow-ups noch ein bisschen dauern. Aber * ja, schauen wir mal.

198 WK: Nein, kein Problem@.

199 I: **So**, dann noch kurz. Wie soll dann Ihrer Meinung nach eine ganzheitliche Therapie bei * Adipositas aussehen?

200 WK: Also meiner Meinung nach, ist halt Diät und Bewegung das Wichtigste. Ich glaube, dass dann eine psychologische Unterstützung auf jeden Fall dabei sein sollte. Ich frage oft, hat es einen Moment gegeben *, wo Sie zugenommen haben. Das sind oft depressive Sachen, wo eben jemand verstorben ist oder ein Grund ist, dass sie sehr oft auch ein Kind bekommen. Genau.

201 I: Und mir erzählen sie es dann, die Leute.

202 WK: Ja, ich muss auch ehrlich sagen, ich kenne es auch von mir selber, ja. Also ich kann das nachempfinden, ja. Darum... Irgendwie finde ich es eh für mich auch interessant. Und ahm, * ja ansonsten... Ich meine, ich würde mir schon wünschen, dass es irgendetwas gibt, was man ihnen geben kann. So ein bisschen am Anfang für den Appetit, ja. Dass sie halt irgendwie ein bisschen einen Einstieg haben. Ich sage nicht... Ich bin um Gottes Willen... Ich bin eigentlich der letzte Mensch, der gerne Pulver verschreibt. Ich meine in der Hinsicht

bin ich sehr zurückhaltend. Aber manchmal wünsche ich mir einfach das Wundermittel.
 @Das gibt es aber leider nicht@.

203 I: Mh, und wie wichtig ist dann körperliche Aktivität im Vergleich zur Ernährungsumstellung
 oder zur Ernährungstherapie?

204 WK: Ich glaube, das gehört schon zusammen. Also ich glaube, das gehört einfach
 zusammen. Ich glaube, das kann man so gar nicht sagen. Ich glaube, die müssen sich
 bewegen und die müssen halt eine Ernährungsumstellung machen. Ich glaube, das eine
 geht ohne dem anderen immer schwer. Und ist auch nicht gesund. Also es soll ja langfristig
 sein.

205 I: Ja. Und wenn das Projekt nicht ist, dann könnt ihr euren Patienten keine
 Bewegungstherapie anbieten?

206 WK: Nein. Nein. Wir haben jetzt von einer ** Pharmafirma auch noch so ein Nordic-
 Walking-Programm, ahm.

207 I: @Das habe ich eh draußen gelesen, ja@.

208 WK: Genau. Das ist halt so, da rekrutiere ich **auch**, ja. Aber das ist ein anderer... Da ist halt
 ein Tag und dann ist das vorbei, ja. Also wir haben gar kein Programm so, wo sie sonst
 einen Einstieg sozusagen bekommen. Also das wäre schon wichtig, wenn das weitergehen
 könnte irgendwie. Wäre das toll...

209 I: Und machen Sie in Ihrer Freizeit auch Sport?

210 WK: Jaaa, ich war früher ganz sportlich. Da habe ich fünfmal in der Woche zwei Stunden
 Sport gemacht. Seit dem ich hier in Wien_2 arbeite, @hat es sich sehr reduziert, ja. Und
 damit habe ich eben auch ein bisschen zugenommen, ja. Also ich zähle mich zwar @nicht
 zu dieser Art von Patienten daher@, aber ich verstehe eben, wie schwer es dann aber auch
 wieder ist zum Einsteigen.

211 TELEFONAT

212 WK: Entschuldigung.

213 I: Kein Problem und welchen gesund*heitlichen Nutzen erwarten Sie sich vom Sport, was
 Sie jetzt machen?

214 WK: Naja, das ich hoffentlich ein irgendwie ein...ein anständiges Alter erreiche in meinem
 Leben auch, ja. @Und vor allem auch mit Lebensqualität.@

215 I: Und ahm, machen Sie gezielt so Ausdauertraining oder Krafttraining?

216 WK: Ich radle jeden Tag im Sommer, außer im Winter, also so lange es geht, radle ich
 jeden Tag in die Arbeit. Das ist **das**, was ich mache, ja. Ahm und ich war früher halt* auch
 längere Zeit im Fitnesscenter. Wirklich sehr lange auch mit Krafttraining und da muss ich
 sagen, das habe ich dann eben aufgrund von zeitlichen Gründen aufgehört. Weil das hin
 und her Radeln pro Tag sind schon so zirka vierzig Minuten, ja. Aber das Krafttraining, weil
 es sich halt teilweise nicht ausgeht. Das fehlt mir auch und das merke ich eben auch. Weil
 ich halt von den Muskeln her nicht mehr so viel Kraft habe. Und das, ja. Man nimmt es sich
 halt immer wieder vor. Aber...

217 I: Und haben Sie den Schrittzähler schon einmal probiert?

218 WK: Ja, ich habe mal gehört, dass der irgendwie falsch ist. Wir haben, das, die...die...die
 irgendwer hat mir das wieder abgeraten. Da haben sie gesagt, der zählt auch, wenn man
 sich nur so ein bisschen bewegt und der zählt falsch teilweise.

219 I: Der OMRON? Also der...

220 WK: Ja, angeblich. Irgendwer hat mir erzählt, der zählt falsch. Weil ich habe gesagt, es
 wäre nicht schlecht, wenn ich den mal verwenden kann.

221 I: Ich habe den teilweise oben gehabt. Ich habe zwei oben gehabt und habe verglichen.
 Und der wird... Und da ist ungefähr bei 10000 Schritte ist eine Abweichung von 200 Schritte
 pro Zähler. Also ich glaube, wenn einer richtig zählt, dann der. Aber ganz richtig zählt er
 nicht. Aber ich habe wenigstens einen Vergleich.

222 WK: Ja.

223 I: Aber ich habe wenigstens einen Vergleich. Also einen Anhaltspunkt.

224 WK: Ja, ich glaube es... Einer hat mir erzählt irgendwie ein Kollege, es gibt... Es ist
 schockierend, weil wir mit unseren Nachtdiensten, da sind wir nach 48 Stunden völlig fertig
 und rennen die ganze Zeit herum. Witzigerweise waren es gar nicht so viele Schritte, wie er
 sich erwartet hat, sondern es ist halt irgendwie das psychische auch noch dabei.

225 I: Für 10 000 Schritte, was die Empfehlung ist, muss man ganz schön viel gehen.

226 WK: Ja stimmt, ja.

227 I: Ja, dann schauen wir, dass wir das digitalisieren.
228 WK: Okay.
229 I: Ja, uuund ja. Das letzte was ich Sie noch fragen wollte. Ah der Faktor Zeit, wie wichtig ist
denn der bei der Rekrutierung?
230 WK: Eines der wichtigsten Dinge. Ja. Faktor Zeit ist das Wichtigste.
231 I: Würden Sie sagen, dass Ihnen die fehlt?
232 WK: Ja, aber das liegt jetzt nicht nur an der Rekrutierung. Das liegt an unserer Ambulanz,
wir werden ja überrannt, wie Sie sehen. Also wir haben wirklich, wir haben heute wieder 60
Patienten gehabt. Wenn nur einer alleine da sitzt... Rechnen Sie sich aus für einen
Vormittag wie viel Zeit da überbleibt pro Patient. *
233 I: Stimmt.
234 WK: Das ist wirklich... Das ist wirklich schwer. Und ich bin eh der Typ, der dann oft länger
halt sitzt, damit es halt trotzdem noch ein bisschen ein Gespräch halt gegeben hat oder so.
Aber, ein längeres... Oder wenn ein Problem ist, man muss sich ja dann die Zeit nehmen
und man will sie sich nehmen. Aber das ist schwer.

Interview Wien_2[A2]

Interviewerin: Sandra Haider
Thema: Rekrutierung für die Adipositasstudie in den Ambulanzen
Ort des Interviews: Ambulanz für Diabetes und Stoffwechselstörung, Zimmer Grün K
Datum und Uhrzeit: 16.06.11
Dauer der Passage: 34:00 Minuten
Transkribentin: Sandra Haider
Korrekturleserin: Ass. Prof. Mag. Dr. Rosa Dikettmüller

1. I: Also, ihr macht ja dann jetzt das neue Projekt, das Integrationsprojekt.
2. K: Genau.
3. I: Ja. Uuund, * wir wollen einfach schauen, wie man das für euch, für uns, verbessern könnte, dass uns keine Leute verloren gehen. Und, ja einfach... Ich habe schon gehört, @ihr habt recht viel Stress da@, dass #es einfach...#
4. K: #Ja, aber ich sollte die# Facharztausbildung am 1.7 anfangen. Das heißt, es muss dann jemand übernehmen. Und das ist auch noch nicht fix, dass ich übernehme. Das wird erst am 27ten bekanntgegeben. Also von dem her ist es @im Moment so@. Ja ich bin sowieso da...
5. I: Und wer wird das übernehmen?
6. K: Wahrscheinlich die Frau Dr. L.. Die war eh mit dem Christian im Wilhel// Hanusch*spital. *Ich weiß nicht.*
7. I: Ja, ja in Wien_1.
8. K: In Wien_1, ja. Aber die hat eh schon ein paarmal aus// ausgeholfen. Also sie kennt sich aus. Und ich würde sie einschulen. Aber da ich noch nicht weiß wann das ist und ob es ist... Deshalb machen wir so als ob nichts geändert wird@.
9. I: Ah, okay, passt, passt. Ich habe jetzt einfach ein paar Fraaagen, ja ***. Es wird eh schnell gehen.
10. K: Passt schon, schieß los@.
11. I: Ich glaube, in einer halben Stunde sind wir sicher leicht fertig, ja. Ich meine, ich habe jetzt gar keinen Einblick, wie das da bei euch abläuft. Ich fange jetzt ganz von Null an. Ich glaube, dass es dann einfach für uns auch leichter ist, wenn wir wissen, wie es bei euch abläuft. Dass wir uns dann besser zusammenreden können und die ganzen Probleme vielleicht ein bisschen aus der Welt schaffen können.
12. K: Ja@.
13. I: Ja, okay. Also, was hast du eigentlich für eine Funktion oder für eine Stellung in Wien_2?
14. K: Ich bin eine Ärztin in nicht ärztlicher Verwendung. Also wissenschaftlicher Position.
15. I: Wissenschaftliche Position.
16. K: Ich mache klinische Studien.
17. I: Aha, nur klinische Studien? Aha, nur klinische Studien? Wie viele klinische Studien machst du zurzeit?
18. K: Aktiv sind es vier. Es sollen noch welche kommen, manche sind jetzt fertig.
19. I: Mh, und alle da in der Ambulanz?
20. K: Ja.
21. I: Also mit welchen Themen beschäftigen sich die Studien?
22. K: Diabetes.
23. I: Alle Diabetes?
24. K: Ich bin primär für die Diabetesambulanz eingetragen.
25. I: Mh, auch mit Bewegung in Verbindung oder?
26. K: Die anderen, nein. Es ist ja nur die Sportstudie. Die einzige eigentlich in Wien_2, die so mit Sport #zu tun hat#.
27. I: #Zu tun hat, aha#.
28. K: Und das zweite wäre die Migration dann.
29. I: Mh, mh. Und wie oft bist du dann in der Ambulanz?
30. K: Jeden Tag.

31. I: Jeden Tag. Also die Studien finden alle da in der Ambulanz statt.
32. K: Ich mache sie alle da. Weil wir haben ein Labor, das ist für OGGT, also für den oralen Glucose Toleranz Test und da ist auch kein Platz. Also, ich mache sie da.
33. I: Also du machst nur die Studien?
34. K: Mh.
35. I: Okay *** Und...** Mit der Patientenbetreuung selber hast du gar nichts zu tun?
36. K: Oh doch, ich mache sie... Ich betreue sie auch ganz normal.
37. I: Aber nur in Rahmen der Studie oder?
38. K: In Routine auch. Weil so... Dass sie nicht mehr extra kommen müssen, mache ich die Routineuntersuchung auch.
39. I: Mh, okay, okay. *So ist das*.
40. K: Wenn sie sechs Monate bei mir in der Studie sind, jeden Monat kommen, dann machen wir die Dreimonatskontrolle nicht extra, weil so bleiben sie auch in der Studie.
41. I: Mh, aber rekrutieren selber tust du nicht, Namen aufschreiben?
42. K: Nein, das macht die Frau Dr.A1.
43. I: Genau. Okay. Und wer ist dann haupt// hauptverantwortlich für die Studie * bei euch?
44. K: * Ich.
45. I: Okay, okay. Und seit wann arbeitest du bei der Rekrutierung mit?
46. K: Also angefangen haben wir... Ich habe auf der Endo hier, auf der Diabetesambulanz, im Oktober * 2009 angefangen. Ich weiß jetzt nicht wann die Studie hier angefangen hat. Ein paar Monate später. Die A3 hat mich dann gefragt, ob ich das dann machen könnte. Weil sie kann ja nicht Blutabnehmen und alles. Und dann habe ich es einfach übernommen. Also von Anfang an eigentlich.
47. I: Von Anfang an, okay. Und was ist dann deine Aufgabe im Rekrutierungsprozess?
48. K: Also, die schreiben die Namen auf, wenn sie die routinemäßig untersuchen. Wenn ich die Routine manchmal mache, rekrutiere ich sie auch. Wir nehmen immer die Telefonnummern, klären sie auf, geben ihnen die Informationsblätter und das Heft mit, das ich von euch habe. Und ich schicke dann die Namen an euch. Dann kriege ich die Liste und...und sitze hier jeden Mittwoch eigentlich, wenn die Patienten kommen.
49. I: Ich habe schon gesehen, ihr habt eine gelbe Mappe.
50. K: Genau und da drinnen steht die Sportliste.
51. I: Und seit wann habt ihr die Mappe?
52. K: Die... Nicht so lange, ja. Weil früher haben sie das immer nur so auf die Wand geklebt. Und da sind anscheinend manche verloren gegangen. Und dann haben wir gesagt... Die A1, seit dem sie in der Ambulanz ist, hat sie sich eine Mappe angelegt und tut alles da rein. Und ich komme und hole es dann einfach aus der Mappe und gebe ein neues leeres Blatt rein.
53. I: Okay, okay.
54. K: Das ist jetzt seit ein paar... naja einem Monat, zwei Monaten so. Ich kann es nicht sagen. Aber eben nicht lange.
55. I: Seitdem haben wir viel mehr Anmeldungen von euch bekommen.
56. K: Ja, ja.
57. I: Ich glaube//
58. K: Weil, wenn die Qualitätskontrolle kommt, muss man alles runter reißen, die Blätter. Dann nehmen es wahrscheinlich die Schwestern oder so. Und wenn ich komme es abzuholen, klebt es nicht mehr an der Wand. Also nicht mal kleben, sondern mit Magneten befestigt.
59. I: Ah, ihr verwendet das wöchentliche Dokumentationsblatt #dann nicht#.
60. K: #Ja, aber die A1# macht das nicht, nein. Sie klebt nur die Pickerl auf ein Blatt.
61. I: Ja. Für uns wäre es nur ganz wichtig, dass wir wissen, wie viele Personen, dass ihr informiert habt, ja. Und wie viele, dass dann wirklich teilgenommen haben.
62. K: Aber das muss ich dann mit ihr bereden, weil sie schreibt es nicht auf, wann sie die Pickerl in der Woche sozusagen hingegeben hat. Und wenn ich nicht da bin und ich es nicht jede Woche abholen kann, dann... Das muss man ihr sagen, ja. Weil das...
63. I: Wir haben schon gesprochen, ob es nicht einfacher wäre, wenn wir das Ganze digitalisieren, ja. Dass ihr am Computer sitzt und das Ganze digital eingeben würdet, ja. Das...
64. K: Das muss man sie fragen. Ich weiß nicht, ob sie Zeit hat. Weil wenn sie alleine in der Ambulanz ist und sechzig Leute da sind.
65. I: Sie meint, dass das leichter ist.
66. K: Mh.
67. I: Weil, in welchem Abstand holst du die Namen ab?

68. K: Wenn es geht dann jede Woche. Ich schaue. Wenn es nur eine ist, dann warte ich bis es ein bisschen mehr ist. Aber ich kann es auch jede Woche abholen. Beziehungsweise wenn jemand angestellt werden würde nur diiee Studie zu machen, wäre es sicher praktischer.
69. I: Also, das wöchentliche Dokumentationsblatt ist kompliziert?
70. K: Naja. Wenn sie... Die A1 das da rein schreibt, kann ich es meistens nicht lesen. Und dann die Zahlen auch. Wenn sie ein Pickerl darauf gibt, dann kann ich es nachvollziehen und suchen. Sonst müsste ich sie jedes Mal fragen. Und dann ist sie sich auch manchmal nicht sicher welcher Buchstabe das ist. Das ist das Problem.
71. I: Und wäre...wäre es nicht einfach eine Lösung...
72. K: [zeigt auf das wöchentliche Dokumentationsblatt] Wenn die Pickerl darauf wären, ja. Aber da würde es sich nicht ausgehen wenn es zum Beispiel dann zehn Leute sind. Dann haben wir nicht genug Platz oder?
73. I: Mh. Aber das könnte man irgendwie anders machen.
74. K: Genau.
75. I: Ich meine, wir brauchen nur die Anzahl von den Personen, wie viel ihr informiert habt und wie viele, dass dann gekommen sind. Jaaa. Das ist eigentlich das...das * aller wichtigste, ja. Und wie zeitaufwändig ist die Rekrutierung für dich dann?
76. K: Naja, Rekrutierung... Für mich nicht, aber für die A1. Aber man muss mit jedem Patienten, mit dem man redet... Das heißt, eine halbe Stunde und dann fragen, ob er mitmacht. Dann schreibe ich es in die Mappe hinein, als ein Therapiemöglichkeitsangebot. Und, ja.
77. I: Das wollte ich eh fragen. Wo schreibt ihr das in die Mappe hinein *, ob ihm das Bewegungsprogramm angeboten worden ist oder nicht?
78. K: In die Ambulanzmappe, Ambulanzkartei.
79. I: Das steht bei jedem Patienten dann dabei?
80. K: Genau.
81. I: Mh, mh. Und warum hast du dich entschieden, dass du bei der Rekrutierung mitarbeitest?
82. K: @Ich wurde gefragt, ob ich das nicht übernehme@. Und ich fand es interessant, weil sonst gibt es ja eben keine Möglichkeit adipöse Menschen irgendwie zu therapieren außer mit einem Magenband und...
83. I: Und wenn du nicht Studienärztin wärst, würdest du dann auch mitarbeiten?
84. K: Als normal? Ja.
85. I: Ja, Okay. Und habt ihr genug Informationsmaterial von uns?
86. K: Ja, jetzt schon mittlerweile mit den ganzen Blättern. Am Anfang war das nicht ganz so. Aber jetzt tue ich immer in die Ambulanz neue Blätter rein. Die A1 sagt auch immer, wenn sie keine mehr zum Mitgeben hat.
87. I: Und das Informationsmaterial sollten wir an dich schicken?
88. K: Ja, oder vorbei bringen. Das ist... Wie gesagt, auch wenn ich nicht mehr sooo weitermache, sondern auf der Station bin. Ich erkläre es schon den Kolleginnen.
89. I: Und wenn du selber die Teilnehmer rekrutierst, in der Patientenbetreuung drüben. Ah, welche Informationen gibst du ihnen dann über das Bewegungsprogramm?
90. K: Nein eben, dass es ein achtwöchiges Bewegungsprogramm ist. Ich gehe dann manchmal die Liste durch, wo es alles stattfindet. So von dem her. Kommt darauf an wo die Leute wohnen, ob das praktisch wäre. Dann eben, dass sie auch einen Schrittzähler für die Studie dann dazukommen würden und auch wenn sie weitermachen würden. Sie können auch verschiedene Sportarten ausprobieren. Es gibt einen Eignungstest, sodass sie sich auch nicht überfordert fühlen mit dem Sport. Also ich glaube, das war es mehr oder weniger.
91. I: Und über die Studie?
92. K: Ich sage einfach, wir schauen. Die kommen nach acht Wochen wieder zu miir. Dann haben wir wieder die gleiche Blutabnahme. Wir schauen welche Parameter sich verbessert haben. Es ist jetzt keine Studie in dem Sinne. Weil die Leute reagieren manchmal komisch auf das Wort Studie. Sondern einfach, es wir vergleichen, wie sich Sport auswirkt. Aber die sagen * wirklich gleich ja. Also wenn sie Sport machen wollen, haben sie nicht so viele Fragen wie bei Medikamentenstudien und solchen Sachen.
93. I: Und wie viel... wie viel Prozent der Personen, die zu euch in die Ambulanz kommen, würdest du sagen, werden über die Studie dann informiert?
94. K: Also*. Es ist unterschiedlich wer da sitzt eben in der Ambulanz. Ah, jetzt mit A1 fast jeder, würde ich sagen. Mit A3 auch. Es gab auch Prof. L. Unsere Professoren fragen solche Sachen nicht, ja. Und das kann man von denen auch nicht verlangen, weil es ja eine Studie ist. Also daaa, *haben wir nicht so viel Erfolg*. Also jeder nimmt sich eine Mappe und ruft dann Patienten auf. Der, der von Professor L. aufgerufen wird, wird nicht rekrutiert und wird auch

- nicht gefragt. Die, die zu uns kommen, dann schon.
95. I: Und wie oft redet ihr über die Patientenrekrutierung hier in der Am// Ambulanz?
96. K: Wir reden meistens per E-Mail, wenn was ist, ja. Also die A3. Das ist leider so.
97. I: Mit der A3 und mit de//?
98. K: Mit dem Christian habe ich sonst eh Treffen. Und Dr. A1... Wir reden eigentlich nur darüber wie viele sie hat. Diese Liste. Sie braucht wieder Material zum Mitgeben und so. Also...
99. I: Mh***. Okay. Und mit dem leitenden Personal. Gibt es da irgendeinen Austausch?
100. K: Die ist sehr selten da, da sie jetzt die Genderprofessur hat. Also, von dem her ist es ganz... Außer wenn sie mit dabei ist bei eine... Und...und...mit ihr ist es sehr... also ein wissenschaftliches Gespräch immer. Wir haben Studienblute. Was wäre zu bestimmen? Was wäre sinnvoll? Und solche Besprechungen. Aber mit der Rekrutierung hat sie wenig zu tun. Da sind wir schon sehr selbstständig... @Manchmal@.
101. I: Und von wem hast du dann den Auftrag erhalten, dass du Leute rekrutieren bezie//...?
102. K: A3, das leitende Personal und der Christian waren bei einer Besprechung. Und sie haben mich gerufen. @Und dann bin ich da rein*gekommen sozusagen@. Weil die ganze Studienidee war von A3 und...
103. I: #Von A3.#
104. K: #Christian#. Christian und A3 haben das irgendwie angefangen. Es war... Es gab davor noch eine Studie mit Bicycle-Stress-Test und Rauchen oder so was und dann... Und jetzt habe ich mir gedacht mit der Migration wäre... Also es geht jetzt irgendwie weiter.
105. I: Jetzt kommen einige.
106. K: Ja genau. Kommen @Ideen@.
107. I: Und wie würdest du sagen ist die Zusammenarbeit zwischen der SPORTUNION und euch da im Krankenhaus.
108. K: Also, ich finde es gut. Ich meine... Ich glaube, die Patienten beschwerten sich auch nicht. Also im...inWien_1, was ich da gehört habe, dass da irgendwie das Personal überfordert ist mit den ganzen Sachen.
109. I: Ahm, die haben keinen... Also, da ist niemand zuständig. Die haben keine Studienärztin oder sonst irgendetwas. Das heißt//
110. K: Das ist ganz schwierig, ich weiß. Mir tut es leid, weil der Ablauf bei uns eben anders ist. Ich meine, ich komme manchmal auch nicht ** dazu und irgendwie muss ich eine Vertretung suchen. Wenn keiner da ist, @dann muss ich die Leute irgendwie abbestellen@. Das ist dann...
111. I: Mh, mh. Und wie könnte man die Zusammenarbeit zwischen SPORTUNION und euch Ärzten verbessern. Weil ab und zu kommt es ja dann doch zu Missverständnis#nissen#.
112. K: #Kommuni#kations//. Weil ich schreibe an dich und die Petra. Ich muss eine Person haben und nur, dass...dass die Kommunikation per E-Mail. Dann schicke ich es in Zukunft einfach an alle. Weil es ist nur deswegen passiert, weil ich habe ihr geschrieben und du und irgendjemand anderer. Oder die Listen habt ihr und die hat mir keiner geschickt dann und das war irgendwie nicht so schlimm, weil ich nichts hatte. Aber sonst, wenn ich keinen Teilnehmer habe an diesem Tag, muss ich auch was anderes erledigen. Aber an dem Tag ging sich das aus.
113. I: Ja, das müssen wir irgendwie noch besser regeln. Im Prinzip ist unsere Arbeitsteilung so: Ich, also ich mache das Training mit den Leuten. Dann * eventuell die Einteilung für die sportmotorischen Tests. Für die Einteilung für die Krankenhäuser und für die Kommunikation mit Krankenhäusern und Ärzten, ist dann hauptsächlich die Petra zuständig. Aber am besten ist sicher, wenn wir einfach immer ein Rund-E-Mail schreiben.
114. K: Genau, an alle. Mache ich, ja.
115. I: An alle. Genau, dass ist das Beste.
116. K: Habe ich mir auch gedacht. Weil das war jetzt einfach nur ein Fehler. Ich habe gedacht, du hast die Liste geschickt, jetzt schicke ich es dir. Ich hätte es der Petra... Und die Petra sagt, die Carina ist nächste Woche und @ich kenne mich nicht mehr aus@.
117. I: Ist am gescheitesten...
118. K: An alle, ja. Ich glaube, das wäre am leichtesten.
119. I: Genau.
120. K: Aber sonst gab es nicht wirklich Probleme.
121. I: Und kommen die Leute dann fleißig zu den Follow-ups.
122. K: Ph, ja es ist. Von allen Studien die ich mache, war bei dieser Studie die Compliance Rate am niedrigsten, muss ich sagen. Dass die Leute wirklich dann auch gekommen sind.
123. I: Am niedrigsten?

124. K: Ja, aber anscheinend ist das nicht so schlimm, was der Christian und ihr gesagt habt. Dass doch die Leute kommen, aber...** Manche erscheinen einfach gar nicht zum Termin und ich weiß nicht wieso. Das ist... * Es gibt eine Gruppe, die jetzt auch einen Kontrolltermin mit zwölf Monaten am 29ten hat, die kommen wieder alle. Alle acht kommen. Und...und da gibt es keine Probleme. Bei denen weiß ich okay.* Aber wenn die dann schon zum ersten Termin nicht erscheinen. Okay, dann denke ich mir, @es wird auch keinen Follow-up geben wahrscheinlich oder@.
125. I: Das ist...das ist ein großes Problem. Das ist aber nicht nur bei euch so, sondern das ist in...in Wien_1.
126. K: Ja, die Übergewichtigen sind sowieso als Patientengruppe am...am schwierigsten zu motivieren für irgendetwas. Ja, das ist auch immer so gewesen.
127. I: Ich weiß aber ehrlich gesagt nicht, wie man das verbessern sollte. Dass die mehr kommen.
128. K: Das weiß ich auch nicht wirklich. Bei denen, die ich dann das erste Mal untersucht habe, da weiß ich dann ganz genau, okay, die sehe ich dann in zwei Monaten. Weil die sind begeistert und die kommt und die berichten: "Ah, ich bin so und so weit gegangen. Und schauen Sie, die BIA haben sie gemacht. Und so viel Fettmasse habe ich verloren und so viel Bauch." Die interessieren sich. Ich gehe mit ihnen die Befunde durch dann. Ah.
129. I: Das ist super.
130. K: Weil mich int//... Mich freut es auch, wenn eine Person so begeistert kommt und sagt sie hat abgenommen und... Aber es gibt welche, denen ist es wurst. Ich weiß eine, die haben wir gefragt, die hat gesagt, wenn es kein Geld für die Blutabnahme gibt, dann gibt sie auch kein Blut her. Was wollen sie dann mit dieser Person? Da kann man nichts besprechen. Das ist aber, glaube ich, auch von der Persönlichkeit her nicht mehr kontrollierbar.
131. I: Katastrophe.
132. K: Ja @.
133. I: Und könnte man das Rekrutierungsschema von deiner Warte her ein bisschen verbessern, * einfacher machen für euch?
134. K: Ich glaube, das ist jetzt so am einfachsten. Das überhaupt die A1 rekrutiert. Ich meine, ich weiß es nicht, wenn ich in der Ambulanz sitze, werde ich es machen für das leitende Personal. Es ist immer jemand der das...
135. I: Und wenn du in der Ambulanz sitzen würdest, wäre es dir digital lieber oder eh mit dem wöchentlichen Dokumentationsblatt?
136. K: Das kann ich @jetzt nicht sagen@. Ich weiß es nicht. Digital? Man sitzt nicht immer da vor einem Computer. Wenn man Zugang hat. Wenn es so viele Leute sind. Dann...dann kann man auch schwer. * Digital wäre vielleicht leichter, ehrlich gesagt. Weil dann...dann gäbe es diese Liste wieder schreiben, wieder rein geben, nicht. Ja, dann gleich eingeben, das wäre vielleicht sogar ** praktischer.
137. I: Mh. Und welche Ergebnisse erwartest du dir von der Studie?
138. K: Bei denen die compliant waren? @ Dass sie eben * abgenommen haben. Dass sie dann hoffentlich weiter Sport treiben. Ich weiß bei manchen, dass sie es sich dann nicht mehr leisten können in einem Fitnessstudio eine Mitgliedschaft zu bezahlen. Das hat eine Patientin wirklich deutlich gesagt: „Okay, das war super, ich habe jetzt abgenommen, aber weiter kann ich das nicht mehr machen.“ Ich glaube, sie brauchen auch eine Gruppe, wo sie das machen. Weil alleine * motivieren sie sich eher nicht.
139. I: Ja. Welche Stärken siehst du im Bewegungsprogramm? Welche Stärken hat das Bewegungsprogramm?
140. K: Ich glaube eben, die Gruppen*arbeit und Motivation. Ich weiß leider nicht genau, wie es da abläuft. Ich war nie da. Aber so, was die Leute berichten... Und ich glaube, sie fühlen sich auch besser, wenn keine so Modelmäßige ahm neben ihnen steht und trainiert. Ich glaube, da verlieren sie auch das Interesse.
141. I: Mh. Un// #
142. K: Und mit dem Schrittzähler finde ich das auch ganz gut. Weil die Leute begreifen gar nicht, dass sie die 10 000 Schritte nicht schaffen, was überhaupt die unterste Grenze ist, ja. Vor allem die Übergewichtigen. Sie...sie sind sich gar nicht ah im Klaren.
143. I: Und welche Schwäche hat das Bewegungsprogramm?
144. K: Nein eben, dass es nur acht Wochen ist und danach die Leute eben meistens... Die Adipösen sind von niedrigem finanziellen Stand und so. Dass sie sich das nicht leisten können. Das ist wirklich schade.
145. I: Und würdest du sagen, du hast genug Informationen über das Bewegungsprogramm über den Ablauf?

146. K: Den Ab//. **Was** genau da geschieht? Nein. Also, dass ich den Leuten jetzt sagen könnte, was genau da. Aber dann sage ich immer, dass sie schon aufgeklärt werden von der Kollegin von der SPORTUNION und... Ich weiß, was da drinnen steht eben in der Patienteninformation, *aber wirklich die Abläufe*.
147. I: Und möchtest du mehr Informationen?
148. K: Ja, ich glaube schon. Weil wenn man die Leute dann motivieren will, vielleicht wäre es besser, wenn man auch ein bisschen mehr wissen würde was genau da stattfindet. Aber Spooort im Prinzip, ja, da sind eh alle im Prinzip interessiert.
149. I: Ja und glaubst du, dass die Leute ohne dem Bewegungsprogramm, also ohne irgendeinem Bewegungsprogramm, ohne irgendeiner Anweisung, ihr Bewegungsverhalten, ihre körperliche Aktivität selbständig ändern?
150. K: Ganz wenige. Weil viele sagen, ich habe nie in meinem Leben Sport getrieben. Also wissen sie auch gar nicht, was alles für Möglichkeiten bestehen. Und wie man gezielt trainieren soll. Und vor allem die haben alle Knieschmerzen oder...oder Schenkel, weil sowieso das Gewicht auf den ganze Bewegungsapparat einwirkt. Ich glaube, sie brauchen schon eine Anleitung.
151. I: Und was sagst du zu der SPORTUNION als Studienpartner?
152. K: Ich? Ich kenne @erstens einmal keinen anderen Partner@, aber ich bin ganz zufrieden mit der Zusammenarbeit. Mit dem Christian kann ich auch. Es...es passiert immer alles schnell und es passiert und es wird nicht alles so verschoben bis sich irgendwas tut.
153. I: Also ist zu erkennen, dass die SPORTUNION eigentlich noch keine Studien gemacht hat?
154. K: Noch keine? Nein. @Also das wusste ich nicht@. Nein, ich finde, dass es gut koordiniert ist. Also, ich habe... Erst jetzt weiß ich, das.
155. I: Aha und welchen Vorteil erwartest du dir von der Zusammenarbeit mit der SPORTUNION?
156. K: Für mich meinst du jetzt?
157. I: Ja?
158. K: * Für mich einen Vorteil? Nein eben, dass die Leute was wissen, dass wir was machen in diesem Bereich. Weil es wird immer so gemeckert, **ah** es wird nichts gemacht. Und für Adipöse... Und früher war die Ambulanz ganz anders. Und dann könnte man bestreiten, es stimmt nicht, wir machen schon Sportstudien. Ja, vielleicht gute Daten zum Publizieren eben, was der Sinn von jeder Studie ist. Dass...Dass... Vielleicht beweist das dann für andere Leute, dass es sich auszahlt und dass es in anderen Spitälern dann auch mehr vorangetrieben wird, dass mehr Sport gemacht wird und nicht gleich chirurgische invasive Therapien.
159. I: Und wie stellst du dir die Publikation der Daten dann vor? Hast du konkrete Vorstellungen diesbezüglich?
160. K: Nein. Puh. Noch nicht eben. Weil wir haben es noch nicht ausgewertet. Aber von den Studienbluten wären sicher die Parameter von Insulinsensitivität und die ganzen Informationssachen, was eben für die Entwicklung von Diabetes verantwortlich ist, interessant. Vielleicht als mögliche Prävention.
161. I: Mh. Und was sagst du eigentlich zu dem langfristigen Ziel, dass das Bewegungsprogramm nicht nur auf Projektebene gemacht wird, sondern in eine strukturierte Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern übergeführt #werden soll#?
162. K: #Also ich finde es...# Ich finde, es wäre super, dass es nicht nur eine Studie wäre, sondern einfach ein ganz normale, wie eben bariatrische Therapie, medikamentöse und dann haben wir eben noch Sport. Diät sowieso und Beratung bekommen sie bei uns, aber... Ein ganz normales Programm von @Staat finanziert, dass die Leute nicht so... Das wäre das Perfekte@.
163. I: Ja. Und wie wird das Bewegungsprogramm von euren Patienten angenommen?
164. K: Ah, @also die, die kommen zum Follow-up@, die kann ich nur fragen. Die sind eigentlich sehr begeistert. Vor allem die, die abgenommen haben. Die fühlen sich auch gut...gut betreut, was ich so mitbekommen habe. *Da bei der SPORTUNION*.
165. I: Ja, okay. Und wie sollte dann deiner Meinung nach eine ganzheitliche zielführende Therapie bei Adipositas aussehen?
166. K: Jetzt nur auf Bewegung fokussiert oder?
167. I: Ganzheitlich!
168. K: Ganz//***. Ja, ich finde, dass die Dreimonatskontrollen... Ich meine, wenn die kommen, das ist dann irgendwie zu selten. Das ist so eine Patientengruppe, die man schon engmaschiger kontrollieren sollte. Dafür fehlt auch das Personal. Aber irgendwie eine engmaschige Kontrollen. Also ich weiß von anderen Studien... Zum Beispiel einmal im Monat

- haben viel bessere Resultate im Vergleich zu, denen wenn man sie dann länger, jedes Jahr oder so anschaut. Weil dann lassen sie sich meistens irgendwie gehen.
169. I: Und wie arbeiten dann bei euch... Welche Disziplinen sollen da mitarbeiten?
170. K: Ja, Sport auf jeden Fall. Weil das kommt zu kurz beziehungsweise ist bis jetzt zu kurz gekommen bis diese Studie dann * ins Laufen gekommen ist. Diätberatung auf jeden Fall. Und was wir so bei dieser Migrationsstudie... vielleicht Kochkurse und so Sachen, weil die Leute, glaube ich, **kochen** auch viel zu einseitig und...und **lernen** nicht dazu und essen immer das Gleiche oder? Und das ist *. Sie brauchen jemanden, der ihnen das zeigt. Weil ich glaube nicht, dass das so ein Kollektiv ist, dass sich selber irgendetwas beibringt. Jetzt gibt es Ausnahmen, aber der große Anteil, glaube ich nicht.
171. I: Mh. Und welchen Stellenwert hat dann die körperliche Aktivität deiner Meinung nach im Verhältnis zur Ernährung, Ernährungstherapie?
172. K: Ich glaube, es muss beides sein. Weil das weiß man auch beim Diabetes. Das die First-Line-Therapie einfach ohne Medikamente, Diät und sportlicher Bewegung von allen Studien zeigt, dass das den größten Effekt hat auf die ganze metabolische Einstellung. Also... Aber **Diät** alleine ist nicht genug. Also das weiß ich von manchen. Manche wollen es irgendwie als Wunder und...und wollen sich nicht bewegen. Und ich schlage Sport vor. „Ja ich komme von der Arbeit. Am Abend bin ich zu gar nichts mehr zu motivieren" Und das war es dann@.
173. I: Und in deiner Freizeit machst du auch Sport?
174. K: **Ja**. Ich gehe jeden Tag laufen mit meinem Hund. Ich habe einen Hund. Also von dem her muss ich irgendwie raus gehen. Ich versuche auch mit dem Rad zur Arbeit zu fahren. Ich würde gerne noch mehr, aber... Nein, das geht sich zeitlich nicht aus eben. Am Wochenende meistens vor dem Computer schreiben und...
175. I: Und welchen gesundheitliche Nutzen hast oder erwartest du dir vom Sport?
176. K: Ja, ich fühle mich glücklicher und @mein Bikini passt besser@.
177. I: @
178. K: @Das ist jetzt keine wissenschaftliche Antwort@, aber ich fühle mich besser. Vor allem wenn man Stress hat. Wenn man dann Laufen geht nach der Arbeit, weil man gestresst ist. Das passt schon. Ich schlafe auch viel besser. Weil nur vom Sitzen geht es mir dann wirklich mies.
179. I: Und machst du Krafttraining auch? Irgendwas in diese Richtung?
180. K: Ich habe Hanteln zu Hause. Von dem her mache ich das. Und vor allem für den Rücken. Weil ich so eine schlechte Haltung und Rückenschmerzen hatte, aber... Früher bin ich ins Fitnessstudio gegangen. Wie ich in der Realschule war. Da war das Fitnessstudio neben der Schule. Dann war es... Gab es jeden Tag wirklich Krafttraining, ja. Aber jetzt ist es eher so * Ausdauer.
181. I: Ausdauer.
182. K: Genau.
183. I: Und wie viele Schritte? Hast du den Schrittzähler schon einmal probiert?
184. K: Ja.
185. I: Ja. Auf wie viele Schritte kommst du da?
186. K: Ah, 17 000, wenn ich nicht laufen gehe, ja. Dass ist hier auch ein Sportprogramm. Weil mein Zimmer ist auf Süd A Lazarettgasse und ich laufe jedes Mal hier rauf. Also die 10 000 schaffe ich locker bis zwölf. Hier im Spital. Also von dem her.
187. I: Poa. Das zahlt sich aus. Ja sehr gut.
188. K: @Ja, das ist wirklich viel. Also im Nachtdienst auch. Wahrscheinlich wenn ich nur da sitzen würde... @Aber ich muss immer was holen@. Der Patient hat den Schrittzähler vergessen. Oder ich hole irgendwas. Oder er sagt, er hat doch keinen bekommen, dann muss man laufen und das eine hin und her ist 1 000 Schritte. Das heißt, sie machen es zehnmal, dann haben sie schon das Pensum für den Tag erreicht@.
189. I: Wir haben jetzt... Ab und zu ist das Problem aufgetreten. Ich habe jetzt ein paar Leute im Kurs, ja, von euch da, von Wien_2, die waaaren bei der Ärztin 1, bei der Frau Dr. A [1], sind rekrutiert worden, ja? Haben uns dann angerufen, ja.
190. K: Das war die eine oder? Aber die Liste habe ich dann noch nicht geschickt, glaube ich?
191. I: Es waren...es waren zwei Leute. Und sie haben dann gemeint, ja sie wollen jetzt nicht noch einmal in die Ambulanz Wien_2. Weil ich hätte sie eine Woche später noch einmal in die Ambulanz Wien_2 geschickt und ihnen ist es dann lieber gewesen, dass sie nicht bei der Studie dann mitmachen, ja.
192. K: Ah, deswegen. Ja, das wäre am leichtesten, wenn dann die A1 das...
193. I: Ja, besteht da irgendwie die Möglichkeit, dass ma//

194. K: Aber wenn ich zum Beispiel so wie am 29ten acht Leute hier habe und sie dann gleichzeitig rekrutiere, kann ich die ni// unmöglich noch dazu nehmen. Ich meine, wenn...wenn ich nichts habe, ist es kein Problem, aber gleich//. Für ein Screening brauche ich schon eine halbe Stunde pro Patient. Und beides geht sich nicht gleichzeitig aus.
195. I: Eine halbe Stunde braucht so eine Baseline-Untersuchung?
196. K: Wenn alles zum Stechen gut geht. Weil, die sind auch nicht sehr gut stechbar. Wenn die Schwestern keine Zeit haben. Also, Urinprobe, das Ganze mit denen durchgehen, dass sie Medikamente... Manche sind ganz praktisch, ja. Nehmen nichts, haben @kein Diabetes@. Aber die, die schon was haben. Halbe Stunde brauche ich schon. Die brauchen nur zehn Minuten bis sie auf Klo gegangen sind und wieder zurückgekommen sind. Also von dem. Ich versuche in der Zwischenzeit die Blutabnahme vorzubereiten, aber...
197. I: Okay, das ist relativ schwierig. Nein, weil ich das schade gefunden habe. Weil die würden ideal in die Studie passen.
198. K: Ja, aber die A1 hat auch keine Zeit sie zum Beispiel zu... Wir bräuchten wirklich jemanden, der nur das machen würde.
199. UNTERHALTUNG, DIE DAS REKRUTIERUNGSTHEMA NICHT BETRIFFT
200. I: Ah so ist das. Weil jetzt funktioniert es gerade so gut. Jetzt #kriegen wir wirklich viiiiele Namen, echt#.
201. K: #Ja, genau, ich weiß#.
202. I: Und das war vor Weihnachten, war es doch relativ problematisch. Vor... November, Dezember, Jänner.
203. K: Ja, aber ich glaube, A3 hat gesagt, es waren viele. Es waren nicht so viele. Es... A1 rekrutiert jetzt einfach mehr. Und wo da keiner gesessen ist in der Ambulanz und A3 war auf der Station. Es hat keiner gemacht. Und ich bin so mit anderen Studien unterwegs gewesen und wir konnten niemanden anderen dazu...
204. I: Jetzt, jet//
205. K: Jetzt geht es. Das freut mich, ja. Also die A1 macht es wirklich super. Ich bin sehr zufrieden mit ihr.
206. I: Ja und wie könnte man das noch machen, dass wir das erfassen?
207. K: * Die A1 sollte es irgendwie. Weil sie schreibt kein Datum darauf. Ich habe keine Ahnung, wann der Patient da war mit dem Pickerl. Weil sonst könnte ich das irgendwie ah zusammenfassen und aufschreiben. Weil das ist dann auch viel Arbeit oder? Weil **das** kann man sowieso nicht faxen [zeigt auf das wöchentliche Dokumentationsblatt].* Mit dem dunklen Hintergrund.
208. I: Weil es... Weil man nichts sieht.
209. K: Genau. Das habe ich schon. Und dann habe... Dann hat mir jemand zurückgeschrieben, dass irgendetwas nicht passt oder so. Weil da ein grauer Hintergrund ist. Also wir könnten das Pickerl da darauf geben [zeigt auf das wöchentliche Dokumentationsblatt]. Aber dann ist es auch nicht so aufgefüllt @wie ihr das wollt@. Immer sowieso nicht. Es wird nur die Telefon und das Pickerl mit Namen und Adresse...
210. I: Dann machen wir einen neuen Zettel oder einfach mit den Pickerl?
211. K: Mh. Einfach so Kästchen. Das wäre so besser. Einfach so. Da kommt das Pickerl und Telefon hin und daneben vielleicht das Datum, dass die A1 das hinschreibt. Einfach das Datum darunter. Wenn ein anderes Datum ist, dann schreibt sie das neue Datum. Das heißt, alle, die unter diesem Datum sind, sind an dem Tag.
212. GESPRÄCH ÜBER IMMIGRATIONSPROJEKT

InterviewWien_2[A3]

Interviewerin: Sandra Haider
Thema: Rekrutierung für die Adipositasstudie in den Ambulanzen
Ort des Interviews: Interview per Telefon
Datum und Uhrzeit: 22.06.11
Dauer der Passage: 25 Minuten
Transkribentin: Sandra Haider
Korrekturleserin: Ass. Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller

1. I: Sodala, sodala. Also okay, wie du eh schon weißt gell, letzte Woche habe ich eh mit der A2 und mit der A1 gesprochen, ja. Und jetzt sind mir noch ein paar Fragen offen geblieben, ja. Und vielleicht würden wir einige Kleinigkeiten ändern, ja. Aber ich wollte sie vorher mit dir absprechen. Nicht, dass es dann nicht in deinem Sinn ist. Und, dass das nicht passt. Ja?
2. W: Ja, ja.
3. I: Ah, zuerst wollte ich einmal fragen. Warum hast du eigentlich das Projekt gemeinsam mit dem Christian ins Leben gerufen?
4. W: ** Ah. Wieso? Ah gut Frage. Wie ist es dazu gekommen? Also prinzipiell hat es eben begonnen mit diesem Diabetesprojekt. Uund. Einfach durch, dass dass man die Möglichkeit gehabt hat, dass die Patienten 8 Wochen gratis Training angeboten bekommen. Und weil es Studien gibt, dass es viel wirksamer ist als zahlreiche andere medikamentöse Therapien. Ah, durch diese Verbindung oder durch diese Möglichkeit sind wir halt dann auf die Idee gekommen, okay verwenden wenn man das den Patienten schon anbietet, dann machen wir es im Rahmen einer Studie, wo man halt wirklich mittels Daten beweisen kann welchen Effekt es hat, oder ob es wirklich bei den schwer Adipösen einen Effekt hat. Weil da gibt es ja immer noch relativ wenig dazu.
5. I: Mh, mh. Und welchen Vorteil erwartest du dir von der Studie, die zusätzlich gemacht wird?
6. W: ** Was meinst du jetzt? Die zusätzlich jetzt gemacht wird?
7. I: Naja, weil nicht nur das Bewegungsprogramm gemacht wird, sondern die Studie auch dazu.
8. W: Ach so die Studie. Ui. Also wie gesagt, wie der letzte Teil quasi noch einmal. Dass man halt wirklich zeigen kann, dass man es Schwarz auf Weiß hat welchen Effekt, dass das hat. Und damit man auch in Zukunft bei Gesundheitsbehörden etc. um Förderung dieser Projekte ansuchen kann.
9. I: Okay, okay. Und seit wann bist du jetzt nicht mehr bei der Rekrutierung dabei?
10. W: ***Seit... Ah, warte, wie lange war ich in der Ambulanz? Ja, seit Februar. Also seit Anfang März. Anfang März bin ich in der Kard.
11. I: Seit Anfang März. Und an wen hast du dann die Rekrutierung übergeben.
12. W: An die A1 **.
13. I: Aber die A1 ist ja erst im Oktober gekommen?
14. W: Nein, die A1 war mit... Warte einmal. Die A1 war mit mir schon voriges Semester * in der Diabetesambulanz. Ja, eh seit diesem März. Da war ich nicht in der Ambulanz.
15. I: Ah seit diesen März? Okay, okay.
16. W: Seit diesen März. Und davor war ich irgendwann drei, vier Monate auf unserer Station. Da bin ich auch nicht... Da war ich auch nicht auf der Ambulanz. Das war glaube ich, Juli bis * Oktober 2010. Da war ich auch nicht dort.
17. I: Mh. Und wer hat dann die Rekrutierung gemacht? Hat das wer anderer gemacht * statt dir?
18. W: Wer war denn da statt mir? Die C. M..
19. I: Mh. Okay, okay. Und wie ihr die Rekrutierung gemacht habt, habt ihr...habt ihr da das wöchentliche Dokumentationsblatt genommen?
20. W: ** Pu, wie du meinst diese Liste, die wir an euch faxen?
21. I: Genau.

22. W: Nein, auf die sind wir um//... Nein, haben wir nicht. Wir haben es immer so gemacht, dass wir Patientenpickerl mit der Telefonnummer an die A2 gegeben haben. Einfach weil es den besseren Vorteil gehabt hat, dass wir dann gleich die Patientenpickerl haben und wir dann gleich wissen, welcher Patient das ist. Und ah * erstens das und zweitens * haben wir * genau haben wir dann jetzt wieder festgestellt, dass einfach wenn man das handschriftlich auf diese Listen einträgt, wir einfach keine bes//. Der Großteil nicht leserlich ist.
23. I: Mh. Habt ihr das dann auch schon in einer Mappe gehab, oder wo habt ihr die Zettel hingegeben, wo ihr die Patientenpickerl hinaufgegeben habt?
24. W: Die waren dann immer quasi mit einem Magneten an unserer Wand befestigt. Damit sie die, im Fall der A2 zum Beispiel, dass sie es griffbereit haben.
25. I: Ah okay und weißt du was, ist da irgendwas verschwunden.
26. W: So, dass es niemand anderer sieht, aber die A2 weiß wo es ist und sie die Listen holen kann.
27. I: Weißt du, ist da öfter was verschwunden, irgendeine Liste?
28. W: ***Weiß ich nicht, ja. Was natürlich... Wir haben eine Zeit lang, wo wir wirklich viel rekrutiert haben die A1 und ich, das war eben vorigen. Was war das? Das war voriges Wintersemester. Da haben wir irrsinnig viel gefragt, ja. Und ahm und irrsinnig viel aufgeschrieben. Sowohl in diese Liste von euch als auch auf unsere Zettel. Und wie ich dann gehört habe wie wenig ihr von uns habt, war ich echt schockiert, ja. Also von dem her. Das war sicher. Da haben wir sicher ** acht bis zehn mehr rekrutiert gehabt.
29. I: Mh, mh. Und ah was würdest du sagen: Wäre es deiner Meinung nach besser, oder eine Erleichterung, wenn man eine digitale Anmeldeliste machen würde. Das heißt, ihr würdet es nicht mehr auf einen Zettel schreiben sondern gleich in den Computer eingeben. Und dann an un//
30. W: Für miich schon. Weil dann weiß ich, es ist sicher bei euch angekommen und brauche nachher nicht diskutieren, wer jetzt diese Liste verschwinden hat lassen, ja. Weil das ist immer so ein Vorwerfen. Es kann auch zusammengeräumt werden in der Ambulanz und da darf immer nichts an der Wand hängen und * irgendwer entsorgt dann die Liste, weil sie glauben, sie sind steinalt. Das kann aber auch passieren. Ah, es kann aber auch sein, dass irgendwelche Leute die rekrutieren sollten, es nicht gemacht haben, aber das weiß ich eben nicht. Also das wär die sicherer Variante. Man muss es eben auch mit denen absprechen, die auch zukünftig in der Ambulanz sitzen und rekrutieren ob die das dann annehmen.
31. I: Okay. Wer wird das sein?
32. W: ** Ich habe keine Ahnung ehrlich gesagt. Also eventuell die A1 nächstes Semester, ja. Eventuell der M. R. nächstes Semester. Ich wahrscheinlich im Sommer wieder. Also ab März 2012.
33. I: Mh. ** Okay. Passt. Wie... Könntest du dir das irgendwie vorstellen, wie wir das machen?
34. W: Irgendwie eine ganz einfache... Meinst du vom Programm her oder wie?
35. I: Ja genau.
36. W: Ganz ein einfaches Programm, wo du dich schnell einloggst im Internet, die Namen, die Telefonnummern eingibst.
37. I: Okay, okay.
38. W: Aber welches da gut wäre. ** Mh *. Nein weiß ich nicht. Ich meine was man machen könnte, ist halt einfach ein Dropbox-Ordner.
39. I: Genau, genau. An das habe ich auch schon gedacht. Das haben wir nämlich mit der Ambulanz Wien_1.
40. W: Ja, aber weißt du das Problem ist... Das Problem ist nur, dass wir keine Patientendaten in die Dropbox geben dürfen. Das ist nicht erlaubt.
41. I: Namen und Telefonnummern auch nicht?
42. W: Nein, darfst du gar nichts rein geben. Von Patienten her, weil das kann echt. Ahm, weil...weil wir haben gerade die Diskussion gehabt wegen unserer Studienordnung, ja. Weil wir halt auch eine Dropbox haben in unserer Arbeitsgruppe. Und wir uns halt überlegt haben, wie wir das am besten machen. Also wenn du dir das anschaust eben. Wenn den irgendwer knackt, ja. Da bist du voll dran. Wenn du im Internet irgendwelche Patientendaten hast, extrem scheiße. Weil wir haben es jetzt so, dass wir den Nachnamen, ja. Das kann dir niemand nachweisen, ja. Weil da gibt es so viel. Wir wissen um was es geht, ja. Aber wenn du den Nachnamen und die Telefonnummern hast, ist das ein bisschen zu viel, glaube ich.
43. I: Nachname und Telefonnummer würde gehen oder nicht?
44. W: Nein, ist zu viel glaube ich. Im Gegensatz... Ich meine, andererseits bei Mail schickt man es sich auch. Ein Mailsystem ist glaube ich noch immer** sicherer als die Dropbox selber.

- Also vielleicht weiß... Kennt sich der Christian da besser aus.
45. I: Nein, da frage ich ihn einfach einmal.
46. W: Ja, da bin ich einfach vorsichtiger, weil ich mich da selber gar nicht so gut auskenne. Also da wäre ich vorsichtig. Sonst wäre es natürlich super, ja.
47. I: Du und wie du in der Ambulanz gegessen bist, ja. Wie viel Prozent der Personen hast du da ungefähr informiert?
48. W: Bitte? * Wie viele Prozent, oder wie? Wie viele ich eingeladen habe?
49. I: Ja genau.
50. W: Naja von allen, die in die Adipositasambulanz gekommen sind, 70 Prozent. Weil 30 Prozent entweder auf Grund von Kniebeschwerden oder kardialen Problemen, ah meiner Meinung nicht sportlich betätigbar sind.
51. Mh. Und wie viele haben dann ja gesagt? * Ungefähr?
52. W: Naja, fünfzig. Schon.
53. I: Schon.
54. W: Die wirklich gesagt haben, dass ich sie auf die Liste schreiben darf.
55. I: Mh, okay. Habt ihr...habt ihr da das Informationsmaterial gehabt?
56. W: Ja, ich habe das meistens mitgegeben. Dieses Blatt, wo... Das kopierte Blatt, das eine wo man sagt, wo die verschiedenen Trainingsorte sind. Und auch dieses Heft, weißt eh #was ihr uns gegeben habt.
57. I: Erfolgsgeschichte, genau.
58. W: Genau. Ich habe das bis auf einmal... Da habe ich es nicht gehabt, da habe ich aber gleich den Christian informiert und der hat mir sofort welche gebracht. Also von mir haben sie das alle gekriegt.
59. I: Okay. Und eine Frage hätte ich noch. Welche Informationen hast du den Adipösen dann über die Studie gegeben?
60. W: Also ich habe folgendes gesagt. Weißt eh, wir machen da ja so eine Anamnese, ja. Und da fragst halt, jaaa prinzipiell mit was sie es schon probiert haben abnehmen, welche Diät. Ob sie Sport machen. Und je nachdem was sie dann gesagt haben, ja, habe ich dann passend gesagt, naja* eben es das wäre halt irrsinnig wichtig, weil ohne Sport werden sie nichts verbrennen, weil sie einfach zu wenig Muskulatur haben. Und auch die, die einen Bypass kriegen sollen, ja, habe ich rekrutiert, weil ich gesagt habe, ich finde es ist irrsinnig wichtig, dass sie vorher mit dem Sport beginnen, damit sie nachher gleich weitermachen können, ja. Die bauen ja durch die Operation, durch das Liegen eh so viele Muskeln ab, da ist es gut wenn sie vorher etwas aufgebaut haben. Und somit habe ich ihnen gesagt... Und wir haben da eben ein ge// gemeinsames Projekt mit der SPORTUNION, wo eben morbid adipöse Patienten gratis für acht Wochen lang in Kleingruppen zu acht trainieren dürfen. Das war mein Standardsatz, dadurch kann ich den auswendig.@ Und ahm ich möchte sie halt irgendwie einladen daran teilzunehmen und wenn sie dann ja gesagt haben, dann habe ich ihnen mal die ganzen Unterlagen gezeigt und dann habe ich gesagt wir machen halt eine Studie dazu, damit es mehr Leute um sonst haben können und um wirklich zu beweisen, dass es was bringt. Und da haben... Da habe ich gesagt, da ist die Blutabnahme vorher und zwei-, dreimal nachher. Und es hat eben den Sinn zu zeigen, welchen Effekt das hat auf ihren...auf ihr Gewicht, auf ihren Stoffwechsel, auf Cholesterin etc. Und die Patienteninfo kriegt ihr dann eben von der SPORTUNION. Und dann haben sie eben gesagt, ja passt. Und es war eigentlich niiiemand der gesagt hat, er mag am Programm teilnehmen und nicht an der Studie teilnehmen. Also es war eigentlich. Also ich war eigentlich überrascht, ja. Weil viele wenn sie Studie hören, kriegen sie gleich einen hochroten Schädel und nein, nein, egal was es ist. Und das war irgendwie extrem interessant, dass alle die gesagt haben, sie machen am Sportprogramm mit, dass gesagt haben: "Ja klar, könnt ihr meine Daten haben." Das habe ich irrsinnig interessant gefunden. Wo ich eben einerseits mir gedacht habe, ja die denken sich ja halt super, weil wirklich wenn das stimmt, ja, dass das gut ist, ja, will ich einen Erfolg sehen, beziehungsweise will ich halt, dass sie den Erfolg zeigen können, damit sie es merken. Oder weil sie, genauso wie beim Sportprogramm, einfach ja gesagt haben, damit ich eine Ruhe gebe. Und dann noch einmal ja gesagt haben, dass ich eine Ruhe gebe. @Weißt was ich meine@?
61. I: Ja, ich weiß schon was du meinst.
62. W: Diese zwei Möglichkeiten waren. Du weil wir gerade... Weil ich gerade geredet habe wegen dem nächsten Semester. Habt ihr was für Kinder?
63. I: Du, der der Christian hat vor Kurzen... Weißt die? Ah * Schindler Karin... auch irgendwas geredet mit Kinder. Aber das weiß ich nicht. Es gibt bis jetzt noch nichts, aber...

64. W: Weil ich frage nämlich deshalb, weil ich bin ab Oktober wahrscheinlich auf der Kinderklinik, auf der Diabetesstation. Nur falls er irgendwas hat oder ihr irgendwas habt und ihr Interesse habt. Da habe ich quasi Zugang zu dicken oder auch dünnen Typ I und II diabetischen Kindern.
65. I: Mh, das müsste man dann dem Christian sagen.
66. W: Ja, also falls er schon irgendwas plant oder überlegt hat, sagst du mir es einfach. Dass ich eben von Oktober bis März.. Bin ich wahrscheinlich zu 90 Prozent, wenn alles klappt, bin ich auf der Kinderklinik.
67. I: Aha. Ja passt. Dann sag ich ihm das weiter.
68. W: Und je nachdem wer halt in der Ambulanz sitzt. Irrsinnig geil wäre es schon, wenn es die A1 oder der R. wäre. Weil die A1 rekrutiert wirklich brav, habe ich den Eindruck, ja. Darum hat es mich wiederum gewundert, warum irgendwie wenig war. Weil ich kenne die A1. Der taugt das voll. Der taugt das voll, dass es das Programm gibt. Und sie schreibt diese Listen immer voll. Ich war ja schon öfter dort. Und habe gesagt: "Nein, deine Listen ist schon voll." Und sie hat gesagt: "Ja, es hat noch niemand abgeholt." Also die hat sicher rekrutiert, ga// echt brav sogar.
69. I: Ja das wär dann, wenn man es direkt eingibt besser. Dann wär das Problem nicht mehr, wer gibt es dann an uns weiter. Dann würde nichts verloren gehen.
70. W: Ich...ich glaube, das wäre eine gute Idee. Machen wir es so. Es soll nur der Christian sich erkundigen, was man wirklich eingeben darf ins Internet, ja.
71. I: Werde ich ihm sagen. Du, jetzt habe ich noch ganz kurz eine Frage. Ahm, welche Informationen hast du über das Bewegungsprogramm und möchtest du mehr Informationen wie das abläuft?
72. W: * Nein. Ich glaube ich habe einerseits von euch schon irrsinnig viele ah quasi Informationen gekriegt, vom Christian, wie das aufgebaut ist. Ja, was ihr denen für Sporteinheiten, Sportarten anbietet. Ah wie...wie der Zugang ist, wo die Orte sind. Ich muss ganz ehrlich sagen, ich glaube, ich kann mir das ganz gut vorstellen. Ich habe auch schon die Bilder und Filme dazu gesehen. Also von dem her glaube ich, dass ich super Bescheid weiß was...was ihr macht und wie ihr das macht. Brauche ich eigentlich nicht mehr. Also, ich weiß sagen wir mal so...so viel, dass ich den Patienten sagen kann worum es geht und was da gemacht wird. Da habe ich ganz am Anfang einmal einen Film gesehen.
73. I: Ah du hast einen Film gesehen?
74. W: Ja genau. Ja genau...einen Film. Und er hat mir genau erklärt welche Einheiten. Koordination, Kondition, das Krafttraining. Naja also, ja.
75. I: Und hast du irgendwelche Schwächen am Bewegungsprogramm bemerkt?
76. W: *** Schwächen?
77. I: Genau.
78. W: Das einzige, was... Aber ich meine, das ist klar, man kann es nicht überall haben, ja. Es sind halt teilweise die Orte. Das Patienten halt irgendwie sagen so * auf die Art. "Ma, da komme ich nicht hin um die Zeit". Also das ist das einzige. So vom Training überhaupt nicht, ja. Und auch was die Patienten sagen. Es taugt ihnen irrsinnig und passt voll super zu ihrem Ausgangslevel. Aber das einzige Problem ist, dann eher die Orte. Wo ich zum Beispiel, weiß ich nicht... Ich finde es immer schwierig den richtigen Ort zu finden, ja. Also, was für euch vielleicht extrem gut wäre, irgendwas in der Nähe von Wien_2 zu haben oder im Wien_2 zu haben, weil dort die Leute immer schon hingehen oder gerne hingehen. @Weißt du was ich meine@?
79. I: Mh. Natürlich.
80. W: Weil sie es gewöhnt sind, die Strecke gewöhnt sind.
81. I: Ja. Und glaubst du, dass die Leute es auch ohne schaffen? Also ohne irgendeine Hilfe schaffen ihre Gewohnheiten bezüglich der körperlichen Aktivität zu ändern?
82. W: Also die, die wir in der Ambulanz haben nicht. Nämlich aus dem Grund, weil die irrsinnig Angst haben dorthin zu gehen, ja. Weil die überhaupt keinen Zugang haben, was Sport heißt. Weil die überhaupt keinen Zugang haben was es heißt langsam anzufangen. Sie glauben immer, dass Sport ist, dass ich will, dass sie morgen einen Marathon rennen, ja. Und das können sie nicht. Abgesehen von der Kondi und von ihren Knien etc. Das können sie nicht. Und sie haben einfach Angst, ja. Sport ist für sie das was irgendwelche schlanken Pupperl und durchtrainierte Typen machen, ja. Die einen Marathon rennen und den Berg rauf laufen. Aber, dass das irrsinnig einfach sein kann und Spaß machen kann, wissen die nicht mehr. Sie haben das so lange nicht mehr gemacht. Also ich glaube nicht, dass sie das ohne Hilfe können.

83. I: Okay. Und hast du die Ergebnisse jetzt schon gesehen was wir eingegeben haben?
84. W: Bitte? #
85. I: Hast du die Ergebnisse von der Studie, die bis jetzt erhoben worden sind, schon gesehen, die Blutparameter und sportmotorischen Untersuchungen?
86. W: Nein, nein, nein. Habe ich noch nie gesehen.
87. I: Was glaubst denn wird raus kommen?
88. W: Was raus kommen wird?
89. I: Was erwartest du dir?
90. W: Gefühlsmäßig? Also von den Sport-Parametern da bin ich nicht so gut, ja. Das kann ich nicht sagen. Also das müsst ihr im Gefühl haben. Ah von den Blutparametern...könnte ich mir schon vorstellen, dass die ah Veränderungen im Cholesterin vor allem im HDL-Cholesterin haben, ja. Das könnte ich mir schon vorstellen. Dass sie... Der Zuckerstoffwechsel wird zu schwer sein. Das wird... Da müsste man viel genauere Messungen machen, um da den Effekt zu sehen. Also ich glaube, dass man es in den Cholesterin, in den Triglyzeriden eventuell sehen wird. Aber eh im Cholesterin, weil das ist ein stabilerer Marker. Eventuell ein bisschen erniedrigte Leberwerte. Die könnte man sich auf jeden Fall anschauen, wegen der Fettleber und so. Und was will man...Und Gewiiicht? Also ich glaube, wenn die acht Wochen was tun und vorher nie was getan haben, dass die sicher auch an Gewicht abgenommen haben. Wenn nur zwei, drei Kilo, aber zumindest ein bisschen was auf jeden Fall. Und siehst du, was mich auch extrem interessieren würde, weil wir voriges Mal diskutiert haben, diese Adipokine. Das wäre irrsinnig interessant sich das einmal anzusehen. Weil da würde man dann halt wirklich sehen, was tut sich quasi im Grunde im Fettgewebe selber, im gefährlichen Fettgewebe, wo diese produziert werden. Was tut sich dadurch. Das wäre auch irrsinnig spannend, also da müssen wir echt schauen, dass wir da Proben. Und eben auch diese Kontrollen auch dazu kriegen. Das wäre irrsinnig toll.
91. I: Ja, der Christian hat eh schon irgendetwas ausgeschrieben.
92. W: Ja, ja ich habe es schon gelesen, ja.
93. I: Du und wie oft sprichst du mit dem leitenden Personal über die ganze Studie und das Sportprogramm?
94. W: Du, wenn ich sie sehe. Wenn ich sie sehe. Ich sehe das leitende Personal relativ selten durch das, dass ich nicht mehr in der Ambulanz bin, ja. Also sobald ich sie sehe. Ich habe jetzt erst mit ihr gesprochen eben wegen dem Diplomanden was wir geredet haben. Und da hat sie ihr Okay gegeben. Und ah, es ist auch schon ausgeschrieben auf der MOW-Seite. Und ahm*... Aber... Und es hat sich auch schon einer gemeldet. Aber ich habe mir gedacht, ich warte jetzt einfach ab, ob sich noch mehr melden. Und dann schaue ich mir an wie viele es sind. Aber prinzipiell ist es ausgeschrieben und es hat sich schon einer gemeldet.
95. I: Sehr gut.
96. W: Also von uns aus... Ich fliege jetzt dann morgen weg, ja. Und ah* ich schätze ich warte mal ab, wie viele sich die nächsten zwei Wochen melden. Und dann schaue ich einmal vor, ja. Ich werde sie vorselektieren und dann den leitenden Personal meine Meinung... Also die sich gemeldet haben fragen und dann... Also von uns aus, wenn die, es sich jetzt halt Studenten. Wenn die im Sommer arbeiten könnten, wäre das halt extrem gut.
97. I: Mh, ja.
98. W: Aber das werde ich eben fragen. Das werde ich eben auch als Auswahlkriterium sagen dann. Wer wie viel Zeit * investieren möchte.
99. I: Ja, und hast du jetzt noch irgendeinen Kontakt mit der A1 oder mit der A2 bezüglich der Rekrutierung?
100. W: * Jetzt?
101. I: Genau, über das Projekt.
102. W: Also prinzipiell ja. Ich meine wir sitzen ja sowieso regelmäßig... Und wenn ich sie sehe, frage ich sie, wie es ihnen geht beim Rekrutieren und wie die Studie läuft. Also das ist sowieso* bei uns gang und gebe, dass wir uns regelmäßig sehen.
103. I: Welchen Vorteil hast du von der Studie? Hast du einen?
104. W: **Ich**. Nein, nicht wirklich. @ Nein, eventuell Koautorschaften oder prinzipiell Autorschaften. Ah, aber jetzt direkten Vorteil oder dass es jetzt mein primäres Projekt ist, sehe ich jetzt eigentlich nicht drinnen.
105. I: Okay.
106. W: Also ich habe eher die Motivation, dass es ein gutes Projekt ist und will quasi, dass gezeigt wird, was es bringt, ja.

107. I: Mh. Und was hat dann die körperliche Aktivität im Vergleich zur Ernährung für einen Bestand bei der Behandlung von Adipositas?
108. W: Die körperliche Aktivität? Naja primär halt * ahm *, wie soll ich das sagen? Prinzipiell was man halt auch sagt bei...bei nicht Adipösen, bei Diabetikern etc. Je mehr Bewegung du machst, desto mehr Muskulatur hast du. Du hast auch einfach ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen Muskel- und Fettmasse, was sich halt auf die Verbrennung, auf die Ernährungsverbrennung besser auswirkt. Dass regelmäßige Sportbetätigung das Sättigungsgefühl bremsst. Dass die Leute, die Sport machen sich einfach wohler und ausgeglichener fühlen und nicht irgendwie Stressepisoden kriegen und diese mit Hu// Essen bekämpfen müssen, ja. Und ich glaube auch, dass es bei den Adipösen auch irrsinnig wichtig ist, dass sie eine Beschäftigung haben wo sie raus kommen, ja. Dass sie raus kommen aus ihren vier Wänden, unter Leute kommen, sich bewegen. Weil sie bewegen sich ja gar nicht, ja. Weil es ist halt... Nicht nur alleine auf Bewegen per se, auf das Abnehmen, Sondern prinzipiell halt auf das Wohlbefinden, auf die Knochenmassen. Die Frauen haben auch einen total argen Vitamin-D-Mangel, ja. Und auch Osteoporose. Das sind, glaube ich, die wesentlichen Effekte daran.
109. I: Und hast du den Schrittzähler selber schon einmal probiert?
110. W: Ja, im Nachtdienst. Aber ich habe ihn nach einer halben Stunde runter gegeben.
111. I: @Warum das?@
112. W: @ Weil er mir so auf die Nerven gegangen ist@. Also und prinzipiell muss ich ganz ehrlich sagen, also ah gehen *... Weißt du was ich meine? Es ist prinzipiell schon ganz interessant zu schauen, ja. Aber ich versuche eigentlich jede Gelegenheit in meinem Leben zu nutzen um zu gehen, ja. Also zum Beispiel ich versuche in der Früh in die Arbeit zu gehen, ah ich versuche, weiß ich nicht, im Wien_2 zu gehen, irgendwelche Stiegen. Aber ich versuche auch bei jeder Möglichkeit irgendwie zu gehen, nicht die Rolltreppen zu nehmen und so. Also von dem her, interessiert es mich auch gar nicht den Schrittzähler zu haben. Weil * ich glaube ich eh weiß, dass man sich einfach heutzutage einfach mehr bewegen soll, weil man irrsinnig viel sitzt. Aber ich habe es einfach nicht ausgehalten, ja, im Nachtdienst. Ich habe mir gedacht, es ist zwar super, ja, weil es sicher interessant ist wie viel man in einem Nachtdienst rennt. Weil da rennt man ja ganz Zeit, vor allem am Wochenenddienst. Aber ich habe ihn nicht ausgehalten. Er ist mir einfach auf die Nerven gegangen. Es ist, ja. Ich bin eh so bepackt in meinem Mantel mit aller Hand Bücher und Zettel und Stethoskop. Und ich habe mir gedacht, das halte ich jetzt auch nicht mehr aus.
113. I: @Ich verstehe es eh@.
114. W: Ja, ich meine prinzipiell finde ich ist es eine gute Idee, die sich sonst nicht bewegen, um zu schauen, was sie da steigern können. Ist es sehr nett.
115. I: So, jetzt habe ich dich eigentlich eh viel mehr gefragt wie ich dich fragen wollte. Aber danke, dass du dir die Zeit genommen hast.
116. W: Ja gerne, klar. Und ich melde mich bei euch wie viele sich gemeldet haben für die Diplomarbeit, gell.
117. I: Ja, passt. Haut hin. Machen wir so.

III WÖCHENTLICHES DOKUMENTATIONSBLATT

8-wöchiges Bewegungsprogramm bei Adipositas - Wöchentliches Dokumentationsblatt

Zentrum

Datum (TT/MM/JJJJ-TT/MM/JJJJ)

Kalenderwoche

Anzahl neuer Personen in der Ambulanz

Anzahl informierter Personen

Anzahl jener, die am Bewegungsprogramm teilnehmen möchten

Anzahl jener, die nicht teilnehmen möchten

Kontaktdaten der Interessenten:

Anzahl	Vorname	Nachname	Anmerkung	Telefon	Email

Kontakt: Sandra Haider; Fax: 01/5137714-45; Email: s.haider@sportunion.at

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt und die mit ihr unmittelbar verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle ausgedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch genaue Quellenangaben gekennzeichnet.

Die während des Arbeitsvorganges gewährte Unterstützung, einschließlich signifikanter Betreuungshinweise, ist vollständig angegeben.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt. Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Ort, Datum

Unterschrift

LEBENS LAUF

HAIDER SANDRA, BAKK.

Lacknergasse 12/7

1170 Wien

Email: sandra_haider@gmx.at

Geburtsdatum: 03. März 1987

Geburtsort: Linz OÖ

Familienstand: ledig

AUSBILDUNG

1993 – 1997	VS Europaschule Linz
1997 – 2005	neusprachliches Gymnasium Körnerstraße, Linz
Juni 2005	Matura
seit Oktober 2005	Bakk. Ernährungswissenschaften voraussichtliche Abschluss April 2012
Feb. 2006 – Okt. 2010	Bakk. Sportwissenschaften
seit Oktober 2010	Magisterstudium Sportwissenschaften

BERUFSERFAHRUNG

2006 bis dato	Kinderskikurse, Schwimmkurse
Juli/August 2007	Praktikum in der Rehaklinik Wilhering
Februar 2008	Praktikum SPORTUNION
2008 – 2009	Folgekurse des Projektes „Zielgerichtete Bewegung als integraler Bestandteil einer ganzheitliche Bewegung bei Diabetes“ - Kleingruppenttraining mit Diabetiker(inne)n - zweimal wöchentlich
Feb. 2010 – Okt. 2011	Projekt „GEHE – Gesundes Herz bei Adipositas“ - Mitarbeiterin der Gesundheitsabteilung der SPORTUNION - Projektkoordination - Leitung der Trainingsgruppen - 20 Stunden
seit Jänner 2011	„Aktiv Bewegt-Kurse“ Linzerstraße - Kleingruppenttraining mit Adipositaspatient(inn)en und Diabetiker(inne)n - zweimal wöchentlich

seit Mai 2011	„Aktiv Bewegt-Kurse“ Apostelgasse
	- Kleingruppentraining mit Adipositaspatient(inn)en und Diabetiker(inne)n - zweimal wöchentlich
ab Oktober 2011	Gesundheitsabteilung SPORTUNION Österreich
	- Projektkoordination GEHE - Entwicklung SVA-Bewegt - Koordination der Lebensstilmaßnahmen DALI - 40 Stunden

Kongressbeiträge

- 39. Jahrestagung der Österreichischen Diabetesgesellschaft: „Charakteristika und Ausmaß der körperlichen Aktivität der Teilnehmer(innen) von Aktiv-Bewegt, einem zielgerichteten Bewegungsprogramm bei Diabetes mellitus“, 19.11.2011, Posterpräsentation
- Praxis und Pflegeseminar: „Der alte Mensch und das Mehr“: „Effektives Muskeltraining zum Mitmachen“, 27.01.2012, Vortrag

ZUSÄTZLICHE QUALIFIKATIONEN

Sprachen	Englisch und Französisch in Wort und Schrift Latein
EDV	MS Office, SPSS
weitere Ausbildungen	- Ausbildung zur Motivationstrainerin in Cambridge für das DALI Projekt (Gestationsdiabetes) - Staatlich geprüfte Begleitschülerin - Staatlich geprüfte Lehrwartin für allgemeine Körperausbildung 1 Studio
Führerschein	Klasse B

SONSTIGE INFORMATIONEN

Interessen	Skifahren, Tennis, Klettern, Schwimmen, Laufen
Verein	SPORTUNION Neukirchen am Walde
Lebensmotto	Wer immer tut, was er schon kann, bleibt immer das, was er schon ist!