



**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in
Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern
und Schleswig-Holstein e.V.**

Kinder- und Jugend-RehaNachsorge (KiJuRNa 1)

**Dr. Rainer Stachow
Prof. Dr. Petra Hampel
Uwe Tiedjen
Miriam Pankatz**

Abschlussbericht
30. Juni 2015

Korrespondenzadresse:
Rehaforschung Fachklinik Sylt e.V .
Friesische Str. 1
25980 Sylt / OT Westerland

Hinweis:

Dieser Abschlussbericht enthält eine Zusammenfassung der wichtigsten Studienergebnisse. In ausführlicherer Form werden sie spätestens Anfang 2016 in Form der Dissertation von Frau Miriam Pankatz vorliegen. Diese wird zur Verfügung gestellt werden, sobald dies technisch möglich ist.

Westerland, 30.6.2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Stachow', with a stylized, cursive script.

Dr. Rainer Stachow

Inhaltsverzeichnis

A. Einleitung	4
a. Theoretischer Hintergrund, Herleitung und Begründung des Themas	4
b. Studienziel, Fragestellungen und Hypothesen	6
B. Hauptteil.....	8
a. Methoden.....	8
b. Durchführung der Studie	12
c. Auswertungen	13
d. Ergebnisse.....	14
e. Diskussion	28
C. Schlussteil	30
a. Zusammenfassung	30
b. Schlussfolgerungen und praktische Relevanz der Ergebnisse	30
c. Weitere Analysen nach Studienende.....	31
d. Transfer in die Routine.....	31
D. Literatur	32
Anhang 1: Tabellen und Abbildungsverzeichnisse.....	37
Anhang 2: Veröffentlichungen	39
Anhang 3: Votum der Ehtikkommission der Ärztekammer Schleswig-Holstein	40
Anhang 4: Gesprächsleitfäden	42
Anhang 5: Jugend- und Elternfragebogen zur Erhebungsstufe t_0	44
Anhang 6: Transskript eines Gesprächs.....	69

A. Einleitung

a. Theoretischer Hintergrund, Herleitung und Begründung des Themas

Epidemiologische Studien belegten eine Zunahme chronisch körperlicher Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in den letzten Jahren (z.B. Robert Koch-Institut, 2008). Entsprechend kommt der Rehabilitation chronisch kranker Kinder und Jugendlicher eine große Bedeutung zu. Die Rehabilitationsforschung der letzten Jahre brachte zunehmend evidenzbasierte Patientenschulungsprogramme für die stationäre Rehabilitation hervor, wobei jedoch die Evaluationsmethoden kritisch betrachtet werden müssen (z.B. Ahnert et al., 2010a, b). Insgesamt sprechen die Befunde für eine kurz- bis mittelfristige Wirksamkeit.

Langfristige Effekte wurden nur wenig untersucht und fielen eher gering aus (Petermann, Bauer, Kiosz & Stachow, 2001; Stachow et al., 2001; zusammenfassend s. Bauer & Petermann, 2010). Außerdem konnten eigene Studien bei 10-15% der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Asthma bronchiale, Adipositas, Neurodermitis oder Diabetes mellitus Typ 1 sogar ungünstige Rehabilitationseffekte auf subjektive Gesundheitsparameter und somatische Parameter ermitteln (Stachow, Kiera, Tiedjen & Petermann, 2012).

Insgesamt zeigen aktuelle Daten, dass eine Misserfolgsquote (keine BMI-SDS-Reduktion) von ca. 50-55 % angenommen werden muss (Egmond-Fröhlich, Kurz & Widhalm, 2011c; Holl et al. 2011). Als Risikofaktoren für Misserfolg sind bekannt:

- Höheres Alter (Holl et al., 2011)
- Hohes Ausmaß des Übergewichts (Holl et al., 2011; Stachow, Sailer, Tiedjen, Sievers & Westenhöfer, 2004)
- Niedriger Sozialstatus (Röbl et al., 2011)
- Wenig flexible Kontrolle des Essverhaltens und erhöhte Störbarkeit (Adam et al., 2011; Stachow et al., 2004; Westenhöfer, Stunkard & Pudiel, 1999)
- Erhöhte Impulsivität im SDQ (Egmond-Fröhlich, Kurz & Widhalm, 2011b)
- Mädchen haben z.T. ein höheres Risiko für Misserfolg (Rücker, Dannemann, Babitsch, & Wiegand, 2011)
- Manifeste Folgeerkrankungen
- Niedrige Motivation (Schaefer et al., 2011)

Dementsprechend sind Nachsorgemaßnahmen indiziert, wie sie im Erwachsenenbereich bereits entwickelt und evaluiert wurden (z.B. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, 2008). Hierbei wurden bereits erste Optimierungen der Rehabilitationsnachsorge entwickelt, um „das neue Credo“ in der Erwachsenenrehabilitation zur Stabilisierung der Rehabilitationseffekte noch zu verbessern (Deck, Hüppe & Arlt, 2009). Obwohl in der Pilotversion der Reha-Therapiestandards für Kinder und Jugendliche für 70 % der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas mindestens Planungen zur Nachsorge gefordert werden (ETM12; Deutsche Rentenversicherung, 2010), untersuchten bislang nur wenige Studien die Wirksamkeit solcher Intervention (zusammenfassend s. Kiess, Sergejev, Körner & Hebebrand, 2011; Stachow & Egmond-Fröhlich, 2011):

- Im Rahmen der ASRA-Studie konnte ein strukturiertes ambulantes Weiterbehandlungsprogramm mit 12 halbstündigen Beratungen bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas den Rehabilitationserfolg im Vergleich zur unbehandelten Kontrolle nicht wesentlich verbessern (Egmond-Fröhlich et al., 2006).

- Auch konnte keine Wirksamkeit im Rahmen der randomisierten kontrollierten Multi-centerstudie zur Erfassung der Effekte einer Intervallrehabilitation bei Jugendlichen mit Adipositas und (drohenden) Folgeerkrankungen (TROIA-Studie) nachgewiesen werden (Egmond-Fröhlich et al., 2011a).
- Schließlich waren Modelle der Integrierten Versorgung schwierig in der Umsetzung und konnten bislang keine nachhaltigen Effekte zeigen (Kromeyer-Hauschild, Giesinger & Hartschuh, 2009).

Case Management-Ansätze werden zunehmend umgesetzt und scheinen erfolgreich die „Brücke“ zwischen der stationären Rehabilitation und dem Alltagsleben zu schlagen. So erfolgt bei der Integrierten Versorgung das Case Management auf der Systemebene, in dem es die vereinbarten Nachsorgeziele überwacht und ein Schnittstellenmanagement betreibt (Wendt, 2005). Konkretes Ziel hierbei ist, die Motivation zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen aufzubauen oder zu stabilisieren, so dass ein nachhaltiger Rehabilitationserfolg etabliert werden kann.

Bei der Bildung einer Rehabilitationskette (Stachow & Szczepanski, 2001; Podeswik, Porz, Groeger & Thyen, 2009) sollte in der Reha-Klinik der Nachsorgebedarf geklärt und alle Schutz- wie Risikofaktoren erfasst werden. Am Ende der Rehabilitation sollten die Nachsorgeziele gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgestellt und erste Kontakte zu geeigneten Nachsorgeangeboten hergestellt werden (Stachow & Egmond-Fröhlich, 2011). In der Durchführungsphase erfolgt die sozialmedizinische Nachsorge, deren Ablauf überwacht und deren Wirksamkeit evaluiert wird (Podeswik et al., 2009).

Erste positive Ergebnisse auf die Nachhaltigkeit der Adipositasreha berichteten Adam und Westenhöfer, die einen Case Management-Ansatz umsetzten und ambulant tätige Ernährungsfachkräfte mit einbezogen (Adam, Westenhöfer, Rudolphi & Kraaibeek, 2009; Adam, Westenhöfer, Thomas, Rudolphi, Willms & Dankhoff, 2011). Ein anderer Weg zur Verbesserung der Nachhaltigkeit während einer Adipositasrehabilitation wurde in dem VFFR-Projekt „IDA-Insel“ zur Förderung einer realistischen Selbsteinschätzung und der intrinsischen Motivation zur Steigerung der körperlichen Aktivität verfolgt (Kaps, Bieber, Kramer, Seebach, Hoffmeyer & Schiel, 2008; Schiel & Kaps, 2010).

Ziel der hier vorgestellten Studie war, die Reha-Kette zu schließen. Es wurde erwartet, dass die Anbahnung einer Nachsorgemaßnahme in der Rehabilitation und eine weitere Begleitung der Nachsorge durch Personal der Reha-Klinik zur Bindung der Rehabilitanden und hierdurch zu einem größeren Erfolg der Nachsorge führt. Ein interessanter Ansatz wurde in vorangegangenen Studien zur Nachsorgebehandlung nach einer kognitiv-behavioralen Therapie von Jugendlichen mit Alkohol-Abusus vorgestellt, der den Übergang von der Reha in die Nachsorge angemessen begleiten konnte. So wurde die Wirksamkeit einer kurzen telefonischen Nachsorgemaßnahme belegt, die aus einer 50-minütigen face-to-face Sitzung zur Erstellung der funktionalen Verhaltensanalyse und vier 15-minütigen Telefongesprächen bestand und mittels Motivierender Gesprächsführung die Umsetzung der Nachsorgeziele anleitete (Burlison & Kaminer, 2007; Burlison, Kaminer & Burke, 2011; Kaminer, Burlison & Burke, 2008; Manual s. Kaminer & Napolitano, 2010). Hierbei wurde ein Flussdiagramm zur Realisierung individualisierter Telefonkontakte erstellt und umgesetzt (Kaminer & Napolitano, 2004). Auch Hassel und Dreas (2011, S. 557) schlussfolgerten in einer Überblicksstudie, dass die Integration der Motivierenden Gesprächsführung in die Therapie von Jugendlichen mit Adipositas langfristige Effekte erwarten lässt und die Beratung vor und nach der klassischen Patientenschulung das Rückfall-Management stabilisiert.

Befunde im Erwachsenenbereich sprachen darüber hinaus dafür, dass neben motivationalen auch vor allem volitionale Kompetenzen zu berücksichtigen sind, da volitionale Defizite einen Transfer der im Rahmen der stationären Rehabilitation aufgebauten gesundheitsfördernden Verhaltensweisen in den Alltag verhindern (Forstmeier, 2005). Somit wurde davon ausgegangen, dass es vielversprechend sein könnte, das intentionale Stadium zu ermitteln und bei der Nachsorgeplanung zu berücksichtigen (vgl. Deck et al., 2009; Fuchs, Goehner & Seelig, 2011; Hachfeld, Lippke, Ziegelmann & Freund, 2011). Befunde bei Erwachsenen konnten bessere Interventionseffekte zeigen, wenn eine stadien-spezifische Intervention im Sinne des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns von Schwarzer (2008; vgl. auch Lippke & Renneberg, 2006) erfolgte (Fleig et al., 2010; Lippke et al., 2009; Schwarzer et al., 2008).

b. Studienziel, Fragestellungen und Hypothesen

Das Ziel von KiJuRNA 1 war, ein neues Konzept für ein niederschwelliges Case Management aus der Rehabilitation heraus zu entwickeln, um damit individuelle Nachsorgemaßnahmen anzubahnen und deren Inanspruchnahme in poststationären Gesprächen zu fördern. Neben einer Machbarkeitsanalyse sollten im Rahmen einer prospektiven kontrollierten und randomisierten Interventionsstudie die Effekte der Nachsorgemaßnahme bei insgesamt 160 Jugendlichen mit Adipositas auf den BMI-SDS, die Lebensqualität und das Krankheitsmanagement untersucht werden. Weiterhin sollten Prädiktoren für den Erfolg solcher Nachsorgemaßnahmen ermittelt werden.

Folgenden Fragestellungen wurde dabei nachgegangen:

1. Machbarkeit

Fragestellung 1:

- a) Wie wird ein Case Management aus der Rehabilitation heraus zur Planung der poststationären Phase (Erst- und Zweitgespräch) von den Patienten angenommen?
- b) Können poststationäre Nachsorgemaßnahmen am Heimatort angebahnt werden?
- c) Kann die Inanspruchnahme solcher Angebote am Heimatort durch den Patienten mittels intermittierender Kontakte gefördert werden?
- d) Wie hoch ist der Zeitaufwand für ein solches Case Management pro Patient?

Hypothesen:

- a) Ein Case Management zur Planung der poststationären Phase wird von ca. 70 % der angefragten Patienten angenommen und als wichtig und hilfreich bewertet.
- b) Für ca. 85 % der teilnehmenden Patienten können Nachsorgemaßnahmen mindestens teilweise angebahnt werden.
- c) Intermittierende Kontakte fördern die Inanspruchnahme o.g. Angebote.
- d) Der Zeitaufwand für das Case Management beträgt ca. 5-6 Stunden/Patient.

2. Wirksamkeit

Fragestellung 2:

Hauptsächlich soll in der Studie die Wirksamkeit eines solchen Case Managements bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas hinsichtlich somatischer und psychosozialer Parameter überprüft werden.

Hypothesen:

Folgende ungerichtete Hypothesen werden formuliert:

Haupthypothese 1:

Kinder und Jugendliche, die an der neuen Nachsorgemaßnahme teilgenommen haben, unterscheiden sich unmittelbar nach und sechs Monate nach der Nachsorgemaßnahme im BMI-SDS von der Kontrollgruppe mit der Standardbehandlung.

Haupthypothese 2:

Kinder und Jugendliche, die an der neuen Nachsorgemaßnahme teilgenommen haben, unterscheiden sich unmittelbar nach und sechs Monate nach der Nachsorgemaßnahme in der selbst-berichteten Lebensqualität von der Kontrollgruppe mit der Standardbehandlung.

Nebenhypothese 2:

Kinder und Jugendliche, die an der neuen Nachsorgemaßnahme teilgenommen haben, unterscheiden sich unmittelbar nach und sechs Monate nach der Nachsorgemaßnahme im Krankheitsmanagement von der Kontrollgruppe mit der Standardbehandlung.

Nebenhypothese 1:

Kinder und Jugendliche, die an der neuen Nachsorgemaßnahme teilgenommen haben, unterscheiden sich unmittelbar nach und sechs Monate nach der Nachsorgemaßnahme in der fremd-berichteten Lebensqualität (Elternurteil) von der Kontrollgruppe mit der Standardbehandlung.

Nebenhypothese 2:

Kinder und Jugendliche, die an der neuen Nachsorgemaßnahme teilgenommen haben, unterscheiden sich unmittelbar nach und sechs Monate nach der Nachsorgemaßnahme in der fremd-berichteten Gesundheitszustand (ärztliches Urteil) von der Kontrollgruppe mit der Standardbehandlung.

3. Prädiktion

Fragestellung 3:

In der Studie soll außerdem der Frage nachgegangen werden, ob sich der Erfolg der Nachsorgemaßnahme durch personale und soziale Kontextfaktoren vorhersagen lässt.

Hypothesen:

Der Erfolg der Nachsorgemaßnahme (gemessen über den BMI-SDS, die Lebensqualität bzw. das Krankheitsmanagement) kann durch personale Faktoren [Ausmaß des Übergewichts, Geschlecht, Alter, Ernährungsverhalten (flexible Kontrolle), psychische Auffälligkeiten, soziale Stressverarbeitung, die Motivation, intentionales Stadium und Zufriedenheit mit der Nachsorge] und familiäre Faktoren (Schulbildung der Eltern, Migrantenstatus sowie Beschäftigungsstatus und Familienstand der Eltern) vorhergesagt werden.

B. Hauptteil

a. Methoden

Studientyp

Es handelte sich um eine prospektive, kontrollierte und randomisierte Interventionsstudie.

In der Studie wurde ein dreifaktorieller Versuchsplan zur Beantwortung der Fragestellung 2 realisiert:

1. Der **erste** Faktor ist zweifach gestuft und bezieht sich auf die Behandlungsgruppen. Die Hälfte der Kinder und Jugendlichen erhält die strukturierte Nachsorgemaßnahme, während die andere Hälfte diese Maßnahme nicht erhält. Hierbei werden die Rehabilitanden konsekutiv in die Studie aufgenommen. Die Zuweisung zur Interventions- oder Kontrollgruppe wird randomisiert, nachdem die Indikation für das Case Management gestellt wurde.
2. Der **zweite** Faktor ist zweifach gestuft und wird durch das Geschlecht gebildet (männlich vs. weiblich).
3. Der **dritte** Faktor besteht in der Messwiederholung und ist vierfach gestuft: vor der Rehabilitationsmaßnahme (t_{-1}), vor (t_0), nach Beendigung (t_1) und sechs Monate nach (t_2) der Nachsorgemaßnahme.

Anzahl der Messzeitpunkte

Es wurden zu vier Messzeitpunkten Daten erhoben:

Tabelle 1: Messzeitpunkte

t_{-1}	t_0	t_1	t_2
Vor der Reha	Nach der Reha	Nach der Nachsorge bzw. ½ Jahr nach der Reha	½ Jahr nach der Nachsorge bzw. 1 Jahr nach der Reha

Patientenrekrutierung

Eingeschlossen in die Rekrutierung wurden Kinder und Jugendliche ab zehn Jahre, die mit der Hauptdiagnose Adipositas in die Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche der DRV Nord zur Rehabilitation kamen. Die Patientinnen und Patienten sowie deren Erziehungsberechtigte (sofern nicht bereits volljährig) wurden von der Projektmitarbeiterin zu Rehabeginn über das Projekt informiert und um ihr Einverständnis zur Teilnahme gebeten.

Anzahl der Fälle in Interventions- und Kontrollgruppe

Nach der Rekrutierung wurden die Patienten extern parallelisiert und gleichmäßig in Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt. Die Zahl der Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe betrug 114, die der Kontrollgruppe 110.

Art der Kontrollgruppe

Es handelte sich um eine Attention-/Placebokontrollgruppe. Die Kontrollgruppe erhielt zum Abschluss der Rehabilitation dasselbe Abschlussgespräch mit der Case Managerin wie die Interventionsgruppe. In dem Gespräch wie auch in einem Brief an die Erziehungsberechtigten wurden die Familien darauf aufmerksam gemacht, dass sie sich bei Fragen oder Gesprächsbedarf telefonisch oder per Mail melden könnten. Die Kontaktdaten wurden mitgeteilt. Ca. ½ Jahr nach der Reha (parallel zu den letzten Gesprächen mit der Interventionsgruppe) wurde sie telefonisch kontaktiert.

Untersuchungsmerkmale

Untersucht wurde der Effekt der Intervention auf physische wie psychische Parameter. Hierzu gehörten Größe und Gewicht zwecks Bestimmung des BMI-SDS sowie die in Tabelle 1 unter den Erhebungs- und Messinstrumenten genannten Konstrukte.

Erhebungs- und Messinstrumente

In der quantitativen Datenerhebung wurden die in Tabelle 1 angeführten Instrumente verwendet, die zum Zwecke der Studie teilweise leicht modifiziert wurden:

Tabelle 2: Erhobene Parameter (modifiziert nach Pankatz, 2015)

Konstrukt	Instrument (Quelle)	Beantwortet durch
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	DISABKIDS (Schmidt et al., 2006, 2011)	Jugendliche
Krankheitsmanagement	KM-J-Adi (Petermann, Stachow, Tiedjen und Karpinski, 2009)	
Stadium im Health Action Process Approach	HAPA Assessment (Schwarzer, 2007)	
Stadien im Transtheoretischen Modell	TTM-Adi-J <i>Eigene Entwicklung</i>	
Essverhalten	K-FEV(Westenhöfer et al., 1999)	
Ängstlichkeit/Depressivität	SPS-J (Hampel und Petermann, 2005)	
Stressverarbeitung	SVF-KJ (Hampel, Petermann und Dickow, 2001)	

Motivation zur Rehabilitation	Fragebogen des Jugendprojekts (Rehaforschung Fachklinik Sylt e.V., o.J.b)	
Zufriedenheit mit der Rehabilitation	Fragebogen des Jugendprojekts (Rehaforschung Fachklinik Sylt e.V., o.J.a)	
Zufriedenheit mit dem Nachsorgeprogramm	<i>Eigene Entwicklung</i>	
Nutzung ambulanter Angebote	<i>Eigene Entwicklung</i>	Jugendliche, denen über das Projekt ambulante Angebote vermittelt worden waren
Stärken und Schwächen des Kindes	SDQ (Goodman, 1997)	Eltern/ Erziehungsberechtigte
Fremdbeurteilung des Gesundheitszustandes	KIDSCREEN (Ravens-Sieberer et al., 2007)	
Soziodemografische Daten	<i>Eigene Entwicklung</i>	

Inhaltliches Konzept

Ziel von KiJuRN 1 war die Verknüpfung einer stationären Adipositasrehabilitation mit einer Nachsorge, die von der behandelnden Klinik angeboten wird, so dass kein Bruch durch unterschiedliche Anbieter von Leistungen entsteht. Die Rehabilitation in der Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche erfolgt nach dem Therapiekonzept der Konsensusgruppe Adipositas-schulung (KgAS), das multimodal die Bereiche Patientenschulung, Bewegung und Essverhaltenstraining abdeckt (Cremer, 2008; Stachow, 2007).

Es wurde dabei davon ausgegangen, dass der Patient am Ende der Rehabilitation gelernt haben würde, wie er sein Gewicht reduzieren kann, und auch sein Verhalten entsprechend angepasst haben würde. Gemessen an den Stufen des Transtheoretischen Modells (Prochaska et al., 1992) sollte er mindestens auf die Stufe der „Handlung“ aufgestiegen sein. In den letzten Tagen des stationären Aufenthalts wurde durch eine Case Managerin in der Klinik ein Beratungsgespräch im Einzelsetting geführt, in dem ein Maßnahmenplan erstellt werden sollte, wie der Patient diese Verhaltensveränderung auch nach der Rehabilitation aufrecht erhalten werden könnte. Die Motivation zur Umsetzung sollte anschließend durch Telefongespräche bestärkt werden, die nach der Methode der Motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2009) durchgeführt werden sollten,

Beteiligte Personen

Case Management/wissenschaftliche Mitarbeit. Miriam Pankatz wurde als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Studie eingestellt. Sie übernahm die praktische Durchführung der Studie, wobei zu ihren Aufgaben die Patientenrekrutierung, die Durchführung der Fragebogenerhebung sowie das Case Management einschließlich der Durchführung der Patientengespräche gehörte.

Frau Pankatz ist Absolventin des Masterstudiengangs „Prävention und Gesundheitsförderung“ der Universität Flensburg. Zu Studienbeginn erwarb sie ein Zertifikat der GK Quest Akademie in Motivierender Gesprächsführung. Außerdem nahm sie an der Adipositas-Trainer-Ausbildung der Adipositas Akademie Nord teil, die als Fortbildungseinrichtung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) zertifiziert sowie anerkannte Akademie der Konsensusgruppe Adipositasschulung ist.

Supervision/wissenschaftliche Begleitung. Frau Prof. Dr. Petra Hampel von der Universität Flensburg/Europa-Universität Flensburg übernahm die wissenschaftliche Begleitung der Studie. Dr. Rainer Stachow (Leitender Arzt der Fachklinik Sylt) und Dipl.-Psych. Jonas Böder (Psychologe der Fachklinik Sylt) übernahmen die Supervision der wissenschaftlichen Mitarbeiterin.

Gesprächsinhalte

Erstgespräch in Klinik. Das Erstgespräch mit den Patienten zum Abschluss der Rehabilitation diente der Erarbeitung eines Maßnahmenplans für die Zeit im Anschluss an den stationären Aufenthalt. Der Gesprächsleitfaden ist diesem Dokument unter Anhang 4 beigelegt. In dem Gespräch sollten die Patienten Ideen äußern bzw. entwickeln, wie sie die in der Reha vollzogenen Verhaltensveränderungen zu Hause fortführen und ausbauen könnten. Sofern es einen Ansatzpunkt dafür gab, dass sie zu Hause beispielsweise einem Sportverein beitreten wollten, sollte geklärt werden, inwieweit eine Recherche durch das Netzwerk Nachsorge e.V. sie dabei unterstützen könnte. Entsprechend der Methode der Motivierenden Gesprächsführung sollten zwischendurch und zum Abschluss des Gesprächs die Ziele zusammengefasst werden.

Im Anschluss an das Gespräch sollte von der Case Managerin ein schriftliches Protokoll für die Studienakte angefertigt werden.

Telefongespräche mit Jugendlichen. Ziel der anschließenden Telefongespräche war, die Umsetzung des im Erstgespräch festgelegten Maßnahmenplans zu fördern und die Jugendlichen in ihren Zielen zu bestärken. Dabei wurde auch auf die Protokolle vorangegangener Gespräche zurückgegriffen. Der Gesprächsleitfaden für die Telefongespräche befindet sich ebenfalls in Anhang 4.

Elterngespräche. Ziel der Elterngespräche war es, mit den Erziehungsberechtigten daran zu arbeiten, wie sie ihre Kinder bei der Erreichung ihrer Ziele unterstützen können. Hierbei wurde zunächst gefragt, wie sie die Zeit nach der Reha erlebt hätten und welche Fragen sich ergeben hätten, da die Eltern nicht während der Rehabilitation anwesend gewesen waren und daher unklar war, über welchen Informationsstand sie verfügten. Anschließend wurde nach dem individuellen Gesprächsbedarf gearbeitet. Hierbei wurde insbesondere berücksichtigt, welche Wünsche an das Elterngespräch die Jugendlichen zuvor geäußert hatten.

b. Durchführung der Studie

Zeitlicher Ablauf

Der zeitliche Ablauf der Studie ist in Tabelle 2 dargestellt:

Tabelle 3: Zeitlicher Ablauf

Zeitraum/-punkt	Ereignis
September 2012 bis März 2015	Vollständiger Studienzeitraum
November 2012 bis November 2013	Patientenrekrutierung
Juni 2014	Letzte telefonische Beratungsgespräche
November 2014	Letzte Ausgabe von Fragebögen
Januar 2015	Abschluss der Datenerhebung

Struktureller Ablauf des Case Managements

Die Patientinnen und Patienten der Fachklinik Sylt, die nach Aktenlage die Einschlusskriterien erfüllten, wurden am ersten oder zweiten Tag nach ihrer Anreise von der Studienmitarbeiterin angesprochen und um ihre Mitarbeit in der Studie gebeten. Sofern die Jugendlichen zustimmten, wurden anschließend ihre Erziehungsberechtigten um ihre Zustimmung zur Teilnahme gebeten. Lagen beide Einverständniserklärungen vor, wurden die Daten zu Alter und Geschlecht an das externe Studienzentrum der Universität Flensburg gegeben. Dort wurden die Teilnehmenden in Interventions- oder Kontrollgruppe parallelisiert. Das Ergebnis wurde der Studienmitarbeiterin mitgeteilt. Diese legte parallel über das Patientenplanungssystem Magrathea TIMEBASE einen einstündigen Gesprächstermin für alle Studienteilnehmer fest, möglichst in den letzten Rehatagen. Dieser Termin diente sowohl dazu die Patienten dahingehend zu beraten, wie sie zu Hause weiter an ihrer Verhaltensänderung arbeiten zu können, als auch Ihnen Ihre Gruppenzuordnung mitzuteilen und Ihnen den weiteren Ablauf der Beratung zu erklären.

Änderungen der Studie: in welchem Studienabschnitt und Gründe

Der Zeitraum der Patientenrekrutierung wurde um drei Monate verlängert, um mehr Patienten aufnehmen zu können. Zuvor hatte sich gezeigt, dass weniger Patienten als angestrebt für die Teilnahme gewonnen werden konnten, außerdem zeichnete sich ein großer Dropout ab.

Die unter Prädiktion formulierte Fragestellung, ob sich der Erfolg der Nachsorgemaßnahme durch personale und soziale Kontextfaktoren vorhersagen lässt, ließ sich aufgrund des großen Dropouts nicht beantworten, da die vorhandenen Daten zu t_1 für eine Stratifizierung nach den in der Hypothese angegebenen Faktoren nicht mehr in ausreichendem Maße vorlagen.

Alternativ wurden die digital aufgezeichneten Gespräche von elf Patientinnen und Patienten von einer Forschungspraktikantin der Universität Flensburg im Rahmen ihrer Masterarbeit

transkribiert und daraufhin geprüft, ob die Aussagen in den Gesprächen prognostische Aussage über den Verlauf der Nachsorge und über das Endergebnis erlauben.

Es war angenommen worden, dass für ca. 85% der Studienteilnehmer ambulante Nachsorgemaßnahmen angebahnt werden würden. Diese Quote wurde nicht erfüllt, da der überwiegende Anteil der Patienten hieran kein Interesse hatte. Weitere Auswertungen hierzu werden im Ergebnisteil dargestellt.

Dropoutanalyse

Der Dropout von der Rekrutierung bis zum Studienabschluss betrug insgesamt 64,8% (Pankatz, 2015). Tabelle 3 gibt an, welche Anzahl und wie viel Prozent der Daten zu den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten eingegangen sind, aufgeteilt nach Gruppen und Gesamtzahl. Zusätzlich dazu wird für die Interventionsgruppe angegeben, welche Personenanzahl auch an der Intervention vollständig teilgenommen hat. Dabei ist zu beachten, dass nur jenen Familien die Teilnahme ermöglicht wurde, die ihre Daten zum Rehaende zeitnah (innerhalb von sechs Wochen danach) eingereicht hatten, woran sie auch mehrfach erinnert wurden. Andernfalls wurde davon ausgegangen, dass keine weitere Studienteilnahme erwünscht war, so dass die Intervention abgebrochen wurde.

Tabelle 4: Eingegangene Daten (Pankatz, 2015)

Erhebungsstufe	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Gesamt
Rehabeginn	114 (100%)	110 (100%)	224 (100%)
Rehaende (Jugendfragebogen)	114 (100%)	109 (99,1%)	223 (99,6%)
Rehaende (Elternfragebogen)	97 (85,1%)	88 (80%)	185 (82,6%)
Intervention vollständig mitgemacht	84 (73,7%)	(trifft nicht zu)	(trifft nicht zu)
½ Jahr nach der Reha	66 (57,9%)	54 (49,1%)	120 (53,6%)
1 Jahr nach der Reha (vollständiger Datensatz)	46 (40,4%)	33 (30,0%)	79 35,2%)

c. Auswertungen

Die quantitativen Daten wurden mittels Pen-and-paper-Methode erhoben, je nach Erhebungszeitpunkt in der Klinik oder per Post mit adressiertem frankiertem Rückumschlag. Die Fragebögen wurden von einer Hilfskraft an der Universität Flensburg und durch die Studienmitarbeiterin bei Rehaforschung Fachklinik Sylt e.V. in das Statistikprogramm SPSS eingegeben. Gelagert wurden die Fragebögen sowie sämtliche Patientendaten in abgeschlossenen Schränken im Büro der Rehaforschung.

Die statistischen Auswertungen wurden gemeinsam von Prof. Dr. Petra Hampel und der wissenschaftlichen Mitarbeiterin in der Universität Flensburg durchgeführt.

d. Ergebnisse

Machbarkeit

Annahme

Die Studienteilnahme wurde 303 Patientinnen und Patienten sowie deren Familien angeboten. 224 (73,9%) der Familien gaben ihr Einverständnis zur Studienteilnahme (Pankatz, 2015). Teil 1 der Hypothese 1.a kann daher bestätigt werden.

Bewertung durch die Teilnehmer

Abbildung 1 gibt an, als wie hilfreich die Studienteilnehmer das Programm für die Erreichung ihrer Ziele empfunden haben. Insgesamt ist die Beurteilung sehr positiv, wodurch auch der zweite Teil der Hypothese 1.a bestätigt werden kann. Allerdings bewerten die Teilnehmer der Kontrollgruppe das Programm zwar schlechter als die der Interventionsgruppe, aber mit über 60% trotzdem eher positiv.

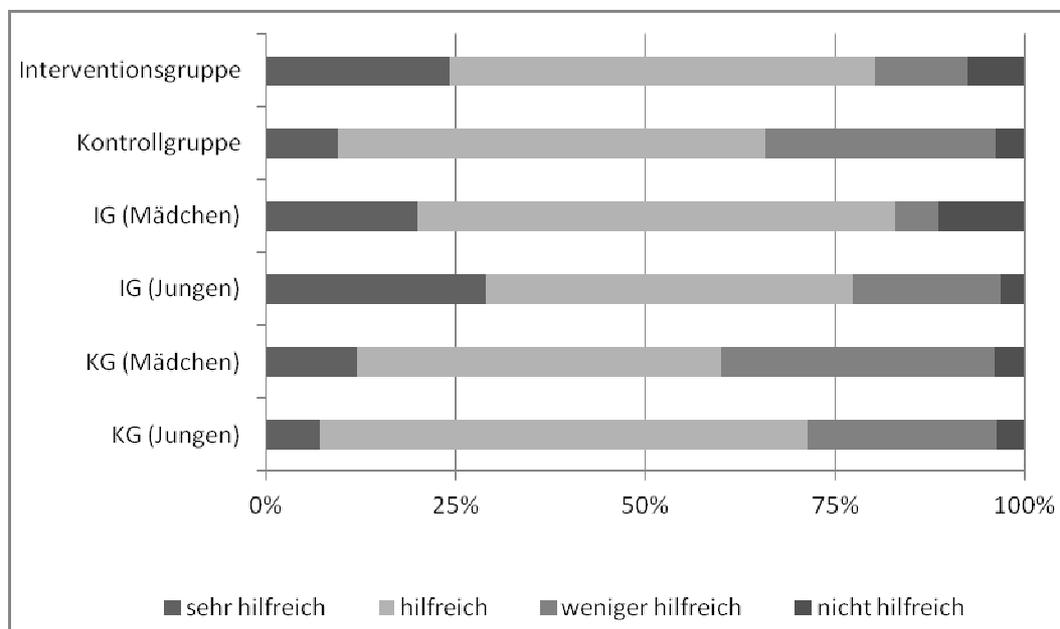


Abbildung 1: Angaben "Wie hilfreich war das Programm bei der Erreichung Deiner Ziele?" nach Gruppenzuordnung und Geschlecht (Pankatz, 2015)

Anbahnung poststationärer Maßnahmen

Nur 14,9% (n=17) der Studienteilnehmer der Interventionsgruppe nahmen das Angebot an, sich in eine poststationäre Maßnahme vermitteln zu lassen (Pankatz, 2015). Den Sonderfragebogen hierzu, der diesen Patienten am Ende der Nachsorge zugesandt wurde, sofern sie an allen Beratungsterminen teilgenommen hatten, schickten neun dieser Personen zurück. Von diesen gaben sieben an, sie hätten die Angebote nicht ausprobiert. Von den verbliebenen zweien nutzte niemand das Angebot ein halbes Jahr nach der Reha weiter. Die Hypothesen 1.b und 1.c müssen daher verworfen werden.

Zeitaufwand pro Patient

In die folgenden Auswertungen wurden nur Fälle einbezogen, bei denen die Intervention vollständig durchgeführt werden konnte (Pankatz, 2015). Der Mittelwert für die gesamte tat-

sächliche Gesprächsdauer pro Patient der Interventionsgruppe betrug 77 Minuten. Allerdings gab es deutliche Unterschiede zwischen den Patienten, wie Abbildung 2 zeigt.

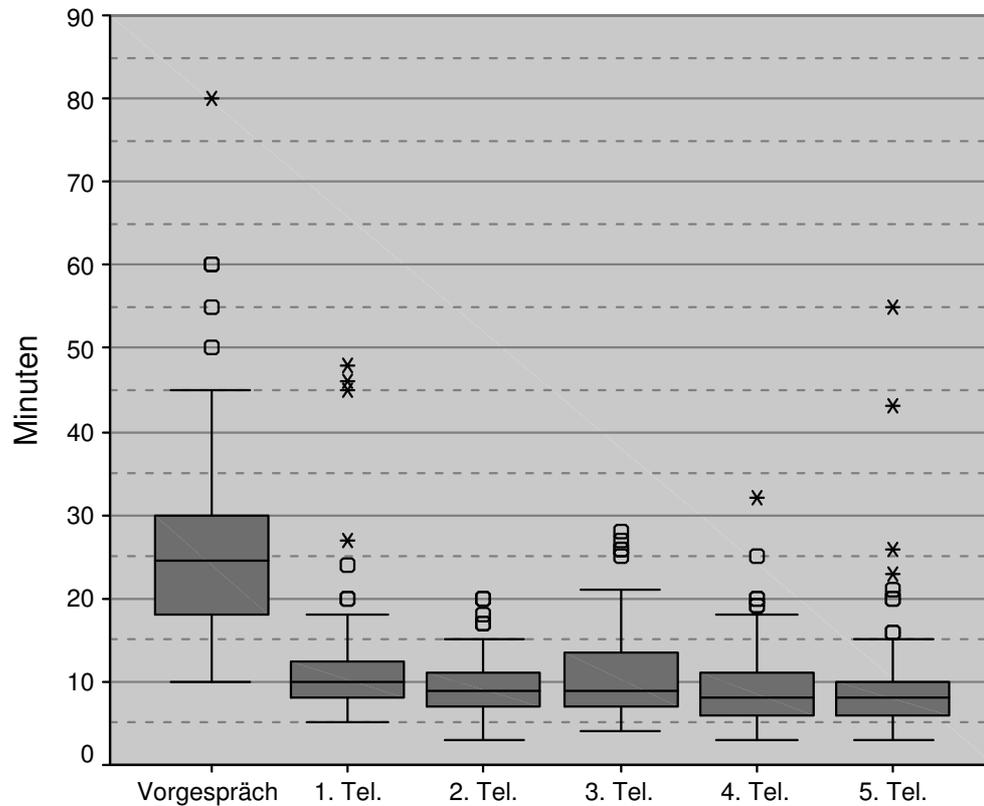


Abbildung 2: Dauer der Gespräche mit den Kindern/Jugendlichen mit Angabe von Ausreißern und Extremwerten (Pankatz, 2015)

Hinzu kam je ein Gespräch mit den Erziehungsberechtigten, das im Mittelwert 16 Minuten dauerte (Pankatz, 2015). Abbildung 3 zeigt die Verteilung. Nicht einbezogen sind hier zusätzliche Gespräche, die mit den Eltern z.B. deswegen geführt wurden, weil sie statt ihrer Kinder den Telefonhörer abnahmen und noch Fragen hatten.

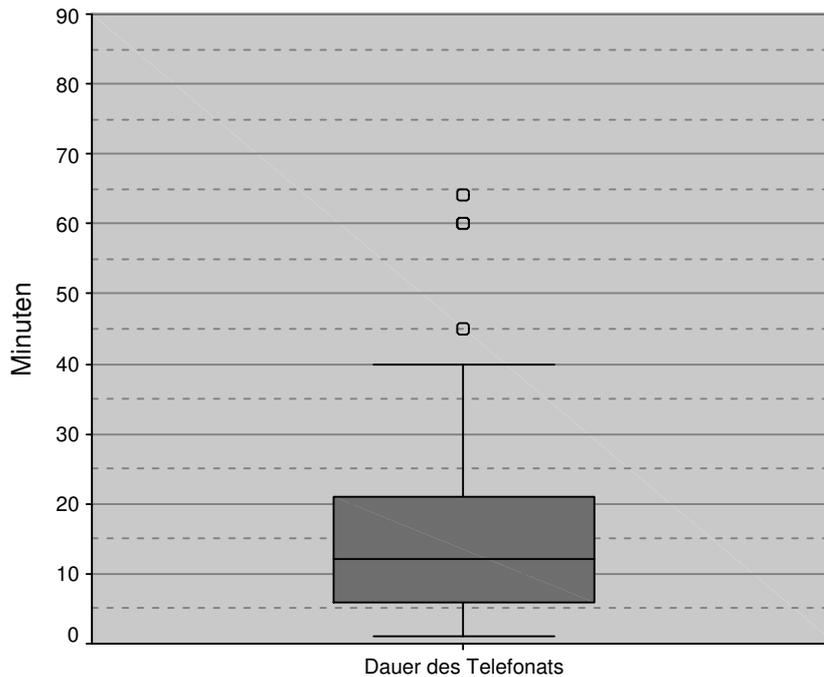


Abbildung 3: Dauer der Telefongesprächen mit den Erziehungsberechtigten der Interventionsgruppe mit Angabe von Ausreißern (Pankatz, 2015)

Zusätzlich zu jeder Gesprächseinheit kam ein Dokumentationsaufwand von ca. zehn Minuten, in der Summe sind dies etwa 70 Minuten (Pankatz, 2015). Der tatsächliche Beratungsaufwand je Patient betrug daher insgesamt durchschnittlich 2,7 Stunden (Tabelle 4). Um diese Termine durchführen zu können, waren jedoch häufig mehrere Kontaktversuche notwendig, da die Patienten nicht immer zu den vereinbarten Terminen zu erreichen waren. Dadurch entstanden Leerlaufphasen, die den tatsächlichen Beratungsaufwand erhöhten.

Tabelle 5: Beratungsaufwand (Pankatz, 2015)

Aufgabe	Dauer
6 Patientengespräche	77 Minuten (Mittelwert)
1 Elterngespräch	16 Minuten (Mittelwert)
Dokumentation für 7 Gespräche	70 Minuten (Angesetzte Zeit)
gesamt	163 Minuten, entspricht 2,7 Stunden

Wirksamkeit

Haupthypothese 1: BMI

In der dreifaktoriellen univariaten Varianzanalyse über den BMI-SDS resultierte ein hochsignifikanter Haupteffekt „Zeit“ ($F(3,52)=75.90$, $p \leq .001$; s. Tab. 6). Die paarweisen Vergleiche zeigten, dass der BMI-SDS unmittelbar nach und 6 Monate nach der Rehabilitation im Vergleich zu Rehabilitationsbeginn hochsignifikant reduziert war (t_{-1} vs. t_0 : $p \leq .001$, $d = .51$; t_{-1} vs. t_1 : $p \leq .001$, $d = .60$; s. Tab. 7). Die Effekte wiesen eine moderate klinische Signifikanz auf. Allerdings ergab sich kein Einfluss der Behandlungsgruppe auf den Verlauf der Kennwerte (für die Mittelwerte in Abhängigkeit von Gruppe, Geschlecht und Zeit; s. Tab. 8).

Tabelle 6: Entwicklung des BMI-SDS zwischen Rehabilitationsbeginn (t-1) und Katamnese (t2) ein Jahr später: F-, p- und η^2 - Werte der univariaten Varianzanalyse für die Haupteffekte „Gruppe“, „Geschlecht“ und „Zeit“ sowie für die Wechselwirkungen (N=58).

ANOVA	Faktoren							
		Gruppe (A)	Sex (B)	Zeit (C)	A*B	A*C	B*C	A*B*C
	df1	1	1	3	1	3	3	3
	df2	54	54	52	54	52	52	52
BMI-SDS	F	.14	3.09	75.88	.11	.83	.24	.18
	p	.713	<u>.084</u>	≤.001	.740	.483	.869	.908
	η^2	.003	.054	.814	.002	.046	.014	.010

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse ($p \leq .05$) sind fett gedruckt, Tendenzen ($p \leq .10$) sind unterstrichen

Tabelle 7: Zeitlicher Verlauf des BMI-SDS zwischen Rehabilitationsbeginn und Katamnese ein Jahr später: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=58 Studienteilnehmer

ANOVA	Zeit				Paarweiser Vergleich						
	t ₋₁	t ₀	t ₁	t ₂		t ₋₁ vs. t ₀	t ₋₁ vs. t ₁	t ₋₁ vs. t ₂	t ₀ vs. t ₁	t ₀ vs. t ₂	t ₁ vs. t ₂
M	2.62	2.38	2.34	2.66	p	≤.001	≤.001	1.00	1.00	1.00	1.00
SE	.06	.07	.10	.39							

Tabelle 8: Entwicklung des BMI-SDS zwischen Rehabilitationsbeginn und Katamnese ein Jahr später in Abhängigkeit vom Geschlecht: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=58 Studienteilnehmer

ANOVA		weiblich				männlich			
		t ₋₁	t ₀	t ₁	t ₂	t ₋₁	t ₀	t ₁	t ₂
Interventionsgruppe	M	2.70	2.45	2.43	3.58	2.44	2.18	2.20	2.36
	SE	.11	.13	.16	.68	.12	.14	.17	.75
Kontrollgruppe	M	2.84	2.63	2.53	2.49	2.50	2.26	2.19	2.19
	SE	.13	.15	.19	.84	.13	.15	.18	.81

Haupthypothese 2: Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In der dreifaktoriellen multivariaten Varianzanalyse über die gesundheitsbezogene Lebensqualität ergab sich ein hochsignifikanter Haupteffekt „Zeit“ ($F(15,503)=5.83$, $p \leq .001$; s. Tab. 9). Darüber hinaus ließen sich keine weiteren Effekte statistisch absichern. Auf der univariaten Ebene war für jeden Subtest der Zeiteffekt hochsignifikant. Die paarweisen Vergleiche belegten, dass alle Kennwerte unmittelbar nach sowie 6 und 12 Monate nach der Rehabilitation im Vergleich zu Rehabilitationsbeginn signifikant erhöht waren. Die Lebensqualität bezogen auf die physischen Einschränkungen ein Jahr nach der Rehabilitation war zudem signifikant höher als zu Rehabilitationsbeginn (t_0 vs. t_2 : $p=.012$, $d=-.33$; s. Tab. 10). Gleichfalls waren die Ausprägungen im Subtest „Emotionale Lebensqualität“ ein Jahr nach der Rehabilitation war signifikant höher als zu Rehabilitationsbeginn (t_0 vs. t_2 : $p=.031$, $d=-.32$; s. Tab. 10). Die Effekte wiesen eine geringe klinische Signifikanz auf (für die Mittelwerte in Abhängigkeit von Gruppe, Geschlecht und Zeit; s. Tab. 11).

Tabelle 9: Kennwerte des DISABKIDS-Fragebogen: F-, p- und η^2 - Werte aus den multivariaten Varianzanalysen mit angeschlossenen univariaten Varianzanalysen für die Haupteffekte „Gruppe“, „Geschlecht“ und „Zeit“ sowie für die Wechselwirkungen (N=66).

MANOVA	Faktoren							
		Gruppe (A)	Sex (B)	Zeit (C)	A*B	A*C	B*C	A*B*C
	df1 df2	5 58	5 58	15 503	5 58	15 503	15 503	15 503
	F	.77	1.32	5.83	.94	1.04	1.01	1.17
	p	.577	.267	.000	.461	.414	.446	.296
	η^2	.062	.102	.137	.075	.028	.027	.031
ANOVA		Gruppe (A)	Sex (B)	Zeit (C)	A*B	A*C	B*C	A*B*C
IND	df1	1	1	2.55	1	2.55	2.55	2.55
	df2	62	62	158	62	158	158	158
	F	1.36	1.04	18.3	1.92	2.07	1.32	.38
	p	.247	.312	$\leq .001$	.171	.117	.270	.732
	η^2	.022	.016	.228	.030	.032	.021	.006
PHYS	df1	1	1	2.38	1	2.36	2.36	2.36
	df2	62	62	146	62	146	146	146
	F	.647	.567	21.57	1.48	1.06	1.65	.958
	p	.424	.454	$\leq .001$	.228	.356	.191	.398
	η^2	.010	.009	.258	.023	.017	.026	.015
EMO	df1	1	1	2.57	1	2.57	2.57	2.57
	df2	62	62	160	62	160	160	160
	F	.707	2.35	18.6	1.41	.534	1.01	1.16
	p	.404	.130	$\leq .001$	.240	.632	.383	.324
	η^2	.011	.037	.231	.022	.009	.016	.018
EXCL	df1	1	1	2.28	1	2.28	2.28	2.28
	df2	62	62	141	62	141	141	141
	F	2.52	2.49	11	1.28	1.55	1.51	.040
	p	.118	.119	.001	.263	.213	.222	.973
	η^2	.039	.039	.150	.020	.024	.024	.001
INCL	df1	1	11	2.65	1	2.65	2.65	2.65
	df2	62	62	164	62	164	164	164
	F	.612	.002	17.7	.056	.615	1.84	1.99
	p	.437	.961	$\leq .001$	.813	.586	.149	.125
	η^2	.010	.000	.222	.001	.010	.029	.031

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse ($p \leq .05$) sind fett gedruckt, Tendenzen ($p \leq .10$) sind unterstrichen. Abkürzungen: IND=Independance, PHYS=Physical/Limitation, EMO=Emotion, EXCL=Exclusion, INCL=Inclusion

Tabelle 10: Zeitlicher Verlauf der Kennwerte des DISABKIDS zwischen Rehabilitationsbeginn und Katamnese ein Jahr später: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=66 Studienteilnehmer

ANOVA		Zeit				Paarweiser Vergleich						
		t ₋₁	t ₀	t ₁	t ₂		t ₋₁ vs. t ₀	t ₋₁ vs. t ₁	t ₋₁ vs. t ₂	t ₀ vs. t ₁	t ₀ vs. t ₂	t ₁ vs. t ₂
<i>IND</i>	<i>M</i> <i>SE</i>	65.99 2.16	75.14 1.84	76.38 1.93	78.25 1.90	p	≤.001	≤.001	≤.001	1.00	.597	.737
<i>PHYS</i>	<i>M</i> <i>SE</i>	65.17 2.54	73.93 2.45	77.83 2.16	80.24 2.07	p	.003	≤.001	≤.001	.257	.012	.239
<i>EMO</i>	<i>M</i> <i>SE</i>	53.73 2.84	64.34 2.42	67.11 2.95	70.67 2.43	p	≤.001	≤.001	≤.001	1.00	.031	.333
<i>EXCL</i>	<i>M</i> <i>SE</i>	69.28 2.36	76.52 2.07	76.76 2.37	80.20 2.35	p	.001	.003	≤.001	1.00	.649	.074
<i>INCL</i>	<i>M</i> <i>SE</i>	61.65 2.14	72.21 2.09	71.71 2.00	74.64 2.06	p	≤.001	≤.001	≤.001	1.00	1.00	.282

Tabelle 11: DISABKIDS-Fragebogen: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=66 Studienteilnehmer

ANOVA		weiblich				männlich				
		t ₋₁	t ₀	t ₁	t ₂	t ₋₁	t ₀	t ₁	t ₂	
Interventionsgruppe	IND	<i>M</i> <i>SE</i>	65.15 3.67	74.05 3.12	72.20 3.28	79.17 3.23	60.56 4.44	77.50 3.78	73.89 3.97	73.89 3.91
	PHYS	<i>M</i> <i>SE</i>	68.37 4.32	73.49 4.17	74.24 3.68	78.41 3.52	57.78 5.24	75.56 5.05	77.22 4.46	76.67 4.26
	EMO	<i>M</i> <i>SE</i>	51.14 4.83	63.64 4.11	59.69 5.02	70.78 4.13	50.24 5.85	64.76 4.98	70.48 6.07	65.95 5.00
	EXCL	<i>M</i> <i>SE</i>	68.75 4.01	73.86 3.51	69.47 4.03	74.81 3.99	65.83 4.85	76.67 4.26	75.00 4.87	76.39 4.84
	INCL	<i>M</i> <i>SE</i>	62.12 3.64	68.75 3.56	70.49 3.40	74.81 3.50	60.28 4.40	74.44 4.31	71.35 3.99	74.74 4.10
Kontrollgruppe	IND	<i>M</i> <i>SE</i>	66.15 4.30	69.53 3.66	75.78 3.85	76.30 3.79	72.12 4.77	79.49 4.06	83.65 4.27	83.65 4.21
	PHYS	<i>M</i> <i>SE</i>	64.32 5.07	68.49 4.89	76.82 4.32	78.39 4.12	70.19 5.63	78.21 5.42	83.01 4.79	87.50 4.57
	EMO	<i>M</i> <i>SE</i>	50.89 5.66	56.70 4.82	63.84 5.88	67.63 4.84	62.64 6.28	72.25 5.35	74.45 6.52	78.30 5.37
	EXCL	<i>M</i> <i>SE</i>	68.49 4.70	71.88 4.12	74.74 4.72	78.91 4.68	74.04 5.21	83.65 4.57	87.82 5.24	90.71 5.20
	INCL	<i>M</i> <i>SE</i>	65.89 4.26	71.62 4.17	71.35 3.99	74.74 4.10	58.33 4.73	74.04 4.63	75.00 4.42	80.13 4.55

Nebenhypothese 1: Krankheitsmanagement

In der dreifaktoriellen univariaten Varianzanalyse über den Gesamtwert des Krankheitsmanagements konnte ein hochsignifikanter Haupteffekt „Zeit“ festgestellt werden ($F(3,65)=70.13$, $p \leq .001$; s. Tab. 12). Die paarweisen Vergleiche konnten nachweisen, dass der Gesamtwert des Krankheitsmanagements bis zur Jahreskatamnese im Vergleich zu Rehabilitationsbeginn hochsignifikant verbessert war (Tab. 13). Jedoch war 6 und 12 Monate nach der Rehabilitation das Krankheitsmanagement signifikant schlechter als zu Rehabilitationsende (t_0 vs. t_1 : $p \leq .001$, $d=1.28$; t_0 vs. t_2 : $p \leq .001$, $d=1.22$). Die Effekte wiesen eine hohe klinische Signifikanz auf. Allerdings war der Einfluss der Behandlungsgruppe auf den Verlauf der Kennwerte nicht signifikant (für die Mittelwerte in Abhängigkeit von Gruppe, Geschlecht und Zeit; s. Tab. 14).

Tabelle 12: Gesamtwert des KM-J-Fragebogen zwischen Rehabilitationsbeginn und Katamnese ein Jahr später: F-, p- und η^2 - Werte aus der univariaten Varianzanalyse für die Haupteffekte „Gruppe“, „Geschlecht“ und „Zeit“ sowie für die Wechselwirkungen (N=71).

ANOVA	Faktoren							
		Gruppe (A)	Sex (B)	Zeit (C)	A*B	A*C	B*C	A*B*C
	df1 df2	1 67	1 67	3 65	1 67	3 65	3 65	3 65
KM-J	F	1.02	1.20	70.13	.09	2.43	.09	.34
	p	.316	.277	≤.001	.760	<u>.073</u>	.966	.797
	η^2	.015	.018	.764	.001	.101	.004	.015

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse ($p \leq .05$) sind fett gedruckt, Tendenzen ($p \leq .10$) sind unterstrichen

Tabelle 13: Zeitlicher Verlauf des Gesamtwertes des KM-J zwischen Rehabilitationsbeginn und Katamnese ein Jahr später: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=71 Studienteilnehmer

ANOVA	Zeit				Paarweiser Vergleich						
	t ₋₁	t ₀	t ₁	t ₂		t ₋₁ vs. t ₀	t ₋₁ vs. t ₁	t ₋₁ vs. t ₂	t ₀ vs. t ₁	t ₀ vs. t ₂	t ₁ vs. t ₂
M	2.72	4.36	3.39	3.44	p	≤.001	≤.001	≤.001	≤.001	≤.001	1.00
SE	.09	.09	.10	.09							

Tabelle 14: KM-J-Fragebogen zwischen Rehabeginn und Katamnese ein Jahr später: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=71 Studienteilnehmer

ANOVA		weiblich				männlich			
		t ₋₁	t ₀	t ₁	t ₂	t ₋₁	t ₀	t ₁	t ₂
Interventionsgruppe	M	2.92	4.38	3.62	3.62	2.82	4.15	3.45	3.38
	SE	.16	.16	.17	.16	.18	.19	.19	.19
Kontrollgruppe	M	2.66	4.55	3.29	3.34	2.46	4.38	3.18	3.41
	SE	.18	.19	.19	.19	.20	.21	.21	.21

Nebenhypothese 2: Fremdberichtete Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten

In der dreifaktoriellen multivariaten Varianzanalyse über die fremdberichteten Verhaltens- und emotionalen Auffälligkeiten war ein sehr signifikanter Haupteffekt „Zeit“ feststellbar ($F(15,312)=2.25$, $p=.005$; s. Tab. 15). Ferner ergab sich ein sehr signifikanter Haupteffekt „Geschlecht“, der jedoch durch die sehr signifikante einfache Wechselwirkung „Gruppe x Geschlecht“ überlagert war ($F(5,35)=4.27$, $p=.004$; s. Tab. 15). Auf der univariaten Ebene war der Zeiteffekt für die emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten sowie die Probleme mit Gleichaltrigen signifikant. Die paarweisen Vergleiche wiesen nach, dass der Zeiteffekt auf den Subtest „Emotionale Auffälligkeiten“ zurückzuführen war: Die emotionalen Auffälligkeiten waren bis zu 12 Monate nach der Rehabilitation signifikant verringert (t_{-1} vs. t_0 : $p=.023$, $d=.48$; t_{-1} vs. t_1 : $p\leq.001$, $d=.70$; t_{-1} vs. t_2 : $p=.001$, $d=.72$; s. Tab. 16). Gleichfalls waren die Ausprägungen im Subtest „Hyperaktivität“ ein Jahr nach der Rehabilitation signifikant niedriger als zu Rehabilitationsbeginn (t_{-1} vs. t_2 : $p=.049$, $d=.37$; s. Tab. 16). Die Effekte wiesen eine geringe bis moderate klinische Signifikanz auf. Weitere interessante Effekte zeigten sich für den Geschlechtsunterschied in der Hyperaktivität und Probleme mit Gleichaltrigen, die nicht durch die Wechselwirkung überlagert waren: Die Jungen wiesen eine signifikant höhere Hyperaktivität und hochsignifikant geringere prosoziales Verhalten auf als die Mädchen (Hyperaktivität: Jungen: $M=3.69$, $SD=2.48$; Mädchen: $M=2.28$, $SD=2.45$, $p=.011$, $d=.58$; prosoziales Verhalten: Jungen: $M=7.25$, $SD=1.93$; Mädchen: $M=8.98$, $SD=1.92$, $p\leq.001$, $d=-.90$; für die Mittelwerte in Abhängigkeit von Gruppe, Geschlecht und Zeit; s. Tab. 17).

Tabelle 15: Kennwerte des SDQ-Fragebogen: F-, p- und η^2 - Werte aus den multivariaten Varianzanalysen mit angeschlossenen univariaten Varianzanalysen für die Haupteffekte „Gruppe“, „Geschlecht“ und „Zeit“, sowie für die Wechselwirkungen (N=43)

MANOVA	Faktoren							
		Gruppe (A)	Sex (B)	Zeit (C)	A*B	A*C	B*C	A*B*C
	df1 df2	5 35	5 35	15 312	5 35	15 312	15 312	15 312
	F	2.31	5.64	2.25	4.27	.63	1.46	.69
	p	<u>.065</u>	.001	.005	.004	.850	.121	.794
	η^2	.248	.446	.090	.379	.027	.060	.030
ANOVA		Gruppe (A)	Sex (B)	Zeit (C)	A*B	A*C	B*C	A*B*C
EMO	df1	1	1	2.82	1	2.82	2.82	2.82
	df2	39	39	110.04	39	110.04	110.04	110.04
	F	.37	1.27	9.64	5.86	1.07	1.33	1.04
	p	.547	.266	≤.001	.020	.364	.268	.374
	η^2	.009	.032	.198	.131	.027	.033	.026
BEH	df1	1	1	2.29	1	2.29	2.29	2.29
	df2	39	39	89.37	39	89.37	89.37	89.37
	F	9.15	9.43	.49	6.68	.15	.42	.07
	p	.004	.004	.640	.014	.890	.685	.947
	η^2	.190	.195	.012	.146	.004	.011	.002
HYPER	df1	1	1	2.69	1	2.69	2.69	2.69
	df2	39	39	105.07	39	105.07	105.07	105.07
	F	2.48	7.07	3.20	.07	.00	1.98	.48
	p	.124	.011	.031	.793	1.00	.128	.679
	η^2	.060	.153	.076	.002	.000	.048	.012
PEERS	df1	1	1	2.78	1	2.78	2.78	2.78
	df2	39	39	108.54	39	108.54	108.54	108.54
	F	5.78	.64	1.77	11.23	1.12	2.12	.73
	p	.021	.428	.161	.002	.342	.106	.530
	η^2	.129	.016	.043	.224	.028	.052	.018
PROSOZ	df1	1	1	2.83	1	2.83	2.83	2.83
	df2	39	39	110.20	39	110.20	110.20	110.20
	F	1.21	17.50	.22	.00	.51	1.25	1.14
	p	.279	≤.001	.869	.984	.668	.296	.337
	η^2	.030	.310	.006	.000	.013	.031	.028

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse ($p \leq .05$) sind fett gedruckt, Tendenzen ($p \leq .10$) sind unterstrichen. Abkürzungen: EMO=Emotionale Probleme, BEH=Verhaltensprobleme, HYPER=Hyperaktivität, PEERS=Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen, PROSOZ=Prosoziales Verhalten

Tabelle 16: Zeitlicher Verlauf der Kennwerte des SDQ zwischen Rehabilitationsbeginn und Katamnese ein Jahr später: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=43 Studienteilnehmer

ANOVA		Zeit				Paarweiser Vergleich						
		t ₁	t ₀	t ₁	t ₂		t ₁ vs. t ₀	t ₁ vs. t ₁	t ₁ vs. t ₂	t ₀ vs. t ₁	t ₀ vs. t ₂	t ₁ vs. t ₂
EMO	M	3.62	2.59	2.12	2.07	p	.023	≤.001	.001	.501	.782	1.00
	SE	.35	.29	.29	.30							
BEH	M	2.15	2.14	1.88	1.92	p	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	SE	.25	.19	.22	.31							
HYPER	M	3.41	3.21	2.74	2.58	p	1.00	.317	.049	1.00	.071	1.00
	SE	.37	.33	.32	.28							
PEERS	M	2.58	2.23	2.12	1.95	p	1.00	.583	.121	1.00	1.00	1.00
	SE	.27	.32	.25	.26							
PROSOZ	M	8.17	8.05	8.05	8.19	p	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	SE	.26	.22	.25	.27							

Tabelle 17: SDQ-Fragebogen: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=43 Studienteilnehmer

ANOVA			weiblich				männlich			
			t ₁	t ₀	t ₁	t ₂	t ₁	t ₀	t ₁	t ₂
Interventionsgruppe	EMO	M	3.38	2.69	1.56	2.13	3.67	3.33	3.17	2.00
		SE	0.54	0.45	0.45	0.47	0.63	0.52	0.52	0.54
	BEH	M	1.68	1.38	1.56	1.69	3.75	3.75	3.17	3.33
		SE	0.38	0.29	0.34	0.49	0.44	0.34	0.40	0.56
	HYPER	M	3.50	3.00	2.31	2.25	4.17	4.25	4.00	3.75
SE		0.58	0.51	0.50	0.43	0.66	0.59	0.57	0.50	
PEERS	M	2.31	2.50	1.31	1.25	3.92	3.42	4.08	3.08	
	SE	0.42	0.50	0.39	0.40	0.48	0.58	0.45	0.46	
PROSOZ	M	8.94	8.63	8.63	8.81	7.25	6.75	7.00	7.08	
	SE	0.40	0.35	0.39	0.42	0.47	0.40	0.45	0.49	
Kontrollgruppe	EMO	M	4.43	2.57	2.86	3.29	3.00	1.75	0.88	0.88
		SE	0.82	0.68	0.68	0.71	0.77	0.64	0.63	0.66
	BEH	M	1.43	1.57	1.43	1.29	1.75	1.88	1.38	1.38
		SE	0.58	0.44	0.52	0.74	0.54	0.41	0.48	0.69
	HYPER	M	2.71	1.71	1.14	1.57	3.25	3.88	3.50	2.75
SE		0.87	0.78	0.75	0.65	0.81	0.73	0.70	0.61	
PEERS	M	2.71	2.00	1.71	2.57	1.39	1.00	1.38	0.88	
	SE	0.63	0.76	0.59	0.61	0.59	0.71	0.55	0.57	
PROSOZ	M	9.00	9.57	9.43	8.86	7.50	7.25	7.13	8.00	
	SE	0.61	0.53	0.59	0.64	0.57	0.49	0.55	0.59	

Nebenhypothese 3: Fremdberichteter Gesundheitszustand

In der dreifaktoriellen multivariaten Varianzanalyse über den fremdberichteten Gesundheitszustand konnten lediglich signifikante Haupteffekte „Gruppe“ und „Geschlecht“ nachweisen werden (s. Tab. 18). Auf der univariaten Ebene war der Geschlechtseffekt für die schulbezogene Lebensqualität sehr signifikant; Mädchen wiesen höhere Ausprägungen in der schulbezogenen Lebensqualität auf als Jungen (Hyperaktivität: Jungen: $M=45.83$, $SD=11.89$; Mädchen: $M=53.06$, $SD=10.61$, $p=.001$, $d=-.64$). Hypothesengenerierend ergab sich auf der univariaten Ebene ein signifikanter Zeiteffekt mit den Ausprägungen „unmittelbar nach“, „6 nach“ und „12 Monate nach der Rehabilitation“ in der physischen Lebensqualität; die paarweisen Vergleiche konnten jedoch nur tendenzielle Verringerungen der physischen Lebensqualität 6 und 12 Monate nach der Rehabilitation im Vergleich zu unmittelbar nach der Rehabilitation feststellen (für die Mittelwerte in Abhängigkeit von Gruppe, Geschlecht und Zeit; s. Tab. 19).

Tabelle 18: KIDSCREEN-Fragebogen: F-, p- und η^2 - Werte aus den multivariaten Varianzanalysen mit angeschlossenen univariaten Varianzanalysen für die Haupteffekte „Gruppe“, „Geschlecht“ und „Zeit“ sowie für die Wechselwirkungen (N=64).

MANOVA	Faktoren							
		Gruppe (A)	Sex (B)	Zeit (C)	A*B	A*C	B*C	A*B*C
	df1	5	5	10	5	10	10	10
	df2	56	56	232	65	232	232	232
	F	3.11	5.01	1.49	1.96	.34	.70	.85
	p	.015	.001	.145	<u>.099</u>	.969	.723	.584
	η^2	.218	.309	.060	.149	.015	.029	.035
ANOVA		Gruppe (A)	Sex (B)	Zeit (C)	A*B	A*C	B*C	A*B*C
PH	df1	1	1	1.94	1	1.94	1.94	1.94
	df2	60	60	116.18	60	116.18	116.18	116.18
	F	1.65	.77	4.01	2.56	.20	.53	2.77
	p	.203	.385	.022	.115	.815	.585	<u>.068</u>
	η^2	.027	.013	.063	.041	.003	.009	.044
PW	df1	1	1	1.77	1	1.77	1.77	1.77
	df2	60	60	106.27	60	106.27	106.27	106.27
	F	5.78	.02	1.29	2.38	.54	1.17	.95
	p	.019	.895	.278	.128	.566	.310	.379
	η^2	.088	.000	.021	.038	.009	.019	.016
PA	df1	1	1	1.74	1	1.74	1.74	1.74
	df2	60	60	104.15	60	104.15	104.15	104.15
	F	7.03	2.58	1.77	.18	.06	.58	.23
	p	.010	.113	.180	.677	.917	.536	.763
	η^2	.105	.041	.029	.003	.001	.010	.004
PE	df1	1	1	1.92	1	1.92	1.92	1.92
	df2	60	60	115.38	60	115.38	115.38	115.38
	F	7.65	.73	1.14	.14	.21	.05	1.08
	p	.008	.397	.323	.715	.805	.943	.340
	η^2	.113	.012	.019	.002	.003	.001	.018
SC	df1	1	1	1.80	1	1.80	1.80	1.80
	df2	60	60	108.22	60	108.22	108.22	108.22
	F	7.08	13.19	.11	.54	.12	1.25	1.82
	p	.010	.001	.873	.466	.872	.289	.170
	η^2	.106	.180	.002	.009	.002	.020	.029

Anmerkungen: Signifikante Ergebnisse ($p \leq .05$) sind fett gedruckt, Tendenzen ($p \leq .10$) sind unterstrichen. Abkürzungen: PH=Gesundheit und Bewegung, PW=Gefühle und Stimmungen, PA=Familie und Freizeit, PE=Freunde, SC=Schule und Lernen

Tabelle 19: KIDSCREEN-Fragebogen: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=64 Studienteilnehmer

ANOVA			weiblich			männlich		
			t ₀	t ₁	t ₂	t ₀	t ₁	t ₂
Interventionsgruppe	PH	M SE	44.47 1.76	43.13 1.93	41.75 2.04	41.37 2.23	37.04 2.45	37.44 2.59
	PW	M SE	47.65 2.29	45.68 2.01	44.23 2.39	44.83 2.90	40.46 2.55	42.39 3.04
	PA	M SE	52.99 2.10	50.46 1.76	50.65 1.90	49.95 2.67	48.04 2.24	49.89 2.42
	PE	M SE	48.84 2.46	48.67 2.00	50.30 2.36	50.03 3.13	46.63 2.54	48.20 3.00
	SC	M SE	49.63 2.09	49.38 1.95	50.04 2.19	44.10 2.66	43.14 2.48	44.49 2.79
Kontrollgruppe	PH	M SE	46.06 2.08	39.70 2.28	41.88 2.41	43.47 2.08	44.55 2.28	43.58 2.41
	PW	M SE	50.25 2.70	47.69 2.38	44.70 2.83	48.81 2.70	51.11 2.38	51.03 2.83
	PA	M SE	59.14 2.48	55.11 2.09	55.92 2.25	53.56 2.48	53.13 2.09	52.87 2.25
	PE	M SE	58.61 2.91	53.41 2.36	54.78 2.79	53.33 2.91	53.11 2.36	52.96 2.79
	SC	M SE	57.89 2.48	54.26 2.31	57.17 2.60	45.69 2.48	50.17 2.31	47.39 2.60

Fazit

Keine der unter A.b beschriebenen Hypothesen zur Wirksamkeit konnte in der Studie bestätigt werden. Weder für die Gewichtsentwicklung, noch die gesundheitsbezogene Lebensqualität, noch das Krankheitsmanagement, noch die fremdberichtete Lebensqualität, noch für den fremdberichteten Gesundheitszustand ließen sich in der multifaktoriellen Varianzanalyse signifikante Unterschiede feststellen, die auf die unterschiedliche Behandlung der Gruppen zurückzuführen sind. Die signifikanten Zeiteffekte untermauern jedoch, dass die Jugendlichen beider Behandlungsgruppen kurz- und langfristig signifikant in den emotionalen Auffälligkeiten profitierten. Zudem war die Hyperaktivität langfristig verbessert. Darüber hinaus war die selbstberichtete Lebensqualität kurz- und langfristig verbessert. Hierbei steigerte sich die physische und emotionale Lebensqualität sogar nochmals zur Jahreskatamnese. Demgegenüber war die BMI-SDS-Reduktion nur kurzfristig und mittelfristig 6 Monate nach der Rehabilitation nachweisbar. Das Krankheitsmanagement war zwar kurz- und langfristig im Vergleich zu Rehabilitationsbeginn verbessert, verringerte sich jedoch wieder zur 6- und 12-Monatskatamnese hochsignifikant im Vergleich zum Rehabilitationsende.

Prädiktion und Anwendbarkeit der Methode

Wie in B.b beschrieben konnten die Auswertungen zur Prädiktion nicht in geplanter Weise durchgeführt werden. Hornig (2014) führte stattdessen eine qualitative Gesprächsanalyse durch, in der sie die Gespräche von drei Personengruppen einbezog: Personen, die ihren BMI-SDS unter der Nachsorge reduziert hatten, deren Wert gestiegen war sowie solche, die die Nachsorge abgebrochen hatten, indem sie ab einem bestimmten Punkt die Gespräche nicht mehr wahrnahmen, indem sie nicht mehr ans Telefon gingen. Dargestellt sind die Fälle in Abbildung 4.

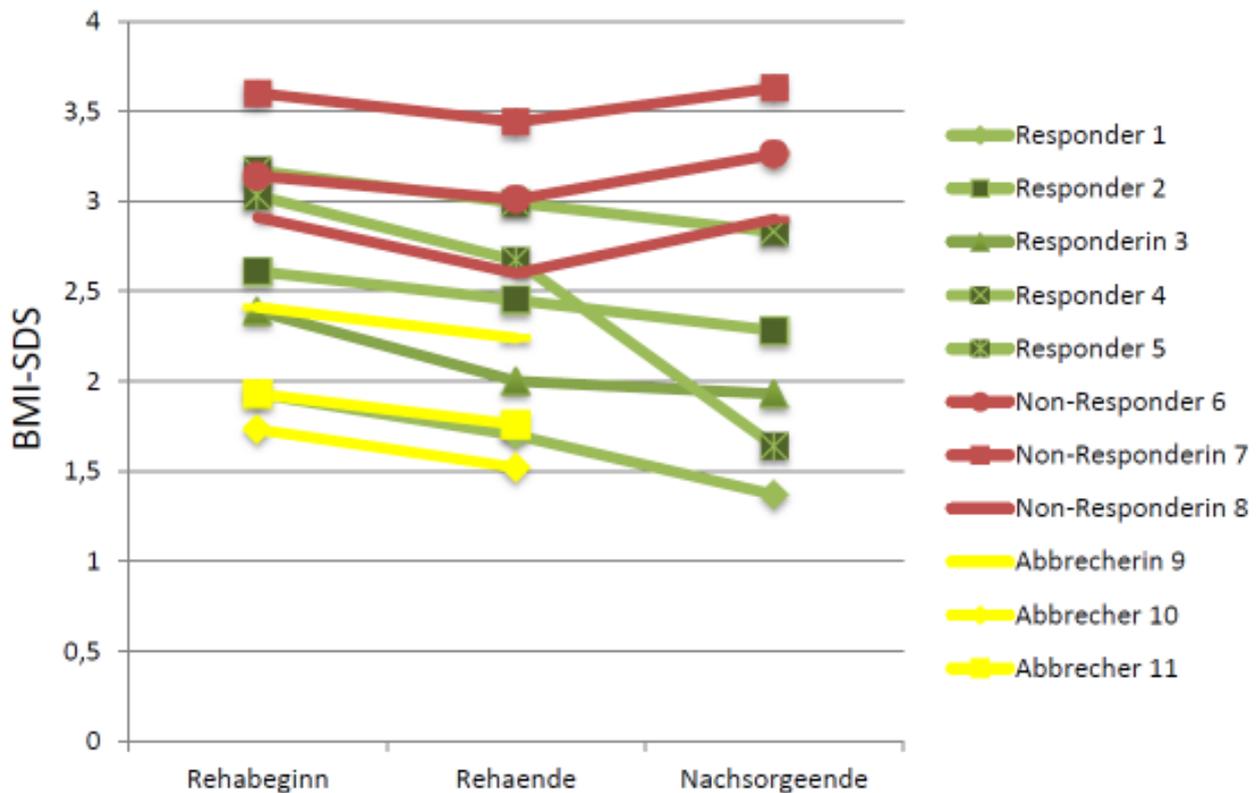


Abbildung 4: Stichprobenbeschreibung der Analyse von Hornig (2014)

Die Auswertungen ergaben folgende positive wie negative Einflussfaktoren, die bereits im Vorfeld Hinweise auf die weitere Entwicklung geben:

Tabelle 20: Einflussfaktoren auf den Erfolg im Anschluss an die Rehabilitation

Positiv	Negativ
<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungs- und Ernährungsressourcen bereits vor der Reha • Anwendung bewegungs- und ernährungsbezogener Strategien • Vorbilder im nahen sozialen Umfeld, die eine Unterstützung sind • Mentalstrategien • Harmonisches Familienleben • Soziale Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenige Ressourcen • Wenige Strategien • Schulbezogene Probleme • Familiäre Probleme • Mobbing • Fehlende Möglichkeit, regelmäßige Mahlzeiten umzusetzen

Weiterhin wurde in der Auswertung festgestellt, dass die Methode der telefonischen Nachsorge unter Einbezug von Methoden der motivierenden Gesprächsführung nicht für alle Patienten gleichermaßen geeignet war (Hornig, 2014). Insbesondere bei Patienten, bei denen keine intrinsische Motivation für die Beratung festgestellt werden konnte, erwies sich das Telefonat als ungeeignet, da diese bemüht waren, die Gespräche möglichst schnell zu beenden, indem sie möglichst knappe Antworten gaben und sich nicht auf den Beratungsprozess einließen. Diese Patienten zeichneten sich weiterhin dadurch aus, dass sie nicht bereit oder fähig waren selbst die Verantwortung für die Gewichtsreduktion zu übernehmen, oder extrinsisch über das zugesagte Belohnungsgeld für das Zurückschicken der Fragebögen motiviert waren.

e. Diskussion

Die Ergebnisse von KiJuRNA 1 stehen in einer Reihe mit denen anderer Studien, die die Wirksamkeit unterschiedlicher Ansätze zur Nachsorge nach stationärer Adipositasrehabilitation von Kindern und Jugendlichen untersuchten. So zeigte beispielsweise die Sana-Reha-Studie von van Egmond-Fröhlich et al. (2006), in der die Nachsorge leitfadengestützt von den behandelnden niedergelassenen Ärzten der Patienten durchgeführt wurde, ebenfalls keine gewünschten Effekte, obwohl der Aufwand dieser Nachsorge durch den Einbezug der behandelnden Ärzte groß war. Vielversprechender sind hingegen Ansätze, in der die stationäre und ambulante Behandlung miteinander kombiniert sind, wie beispielsweise von Adam et al. (2008) beschrieben. Hier wurde die Nachsorge durch ein geschultes Netzwerk von Fachkräften übernommen allerdings wurde die Kontrollgruppe nur über 6 Monate geführt. Ähnliches beschreiben Wiegand und Babitsch (2012).

Der mögliche Vorteil der KiJuRNA-Studie wurde vor allem in der Niederschwelligkeit des Ansatzes gesehen, da er für die Patienten im Vergleich zu den genannten Studien einen geringen Aufwand beinhaltete. Insofern hat KiJuRNA 1 gezeigt, dass der Erfolg einer Maßnahme nicht unbedingt davon abhängig ist, welchen zeitlichen Aufwand sie von den Patienten erfordert.

Bei mehreren Patienten lag offensichtlich weder eine intrinsische Motivation zur telefonischen Beratung noch zur Veränderung adipogener Verhaltensweisen vor (Hornig, 2014). Hier war es schwer einen Ansatzpunkt für verschiedene Aspekte der motivierenden Gesprächsführung zu finden, zumal der Patient sich dem Gespräch jeder Zeit entziehen konnte (Pankatz, 2015): Wenn ein Patient keine eigenen Ideen einbringt, können keine verstärkt werden, und wenn eine Patientin keine Ziele äußert, denen das Übergewicht im Wege steht, liegt keine Diskrepanz vor und es kann keine Ambivalenzaufklärung stattfinden. Sofern die Patienten hingegen bereit waren, am Beratungsprozess mitzuwirken, konnten in den Gesprächen im Rahmen der Aufstellung von Maßnahmenplänen Ziele entwickelt und die Arbeit an ihnen gefördert werden (Pankatz, 2015).

Es ist nicht nachzuvollziehen, wie viele der Studienteilnehmer insgesamt keine intrinsische Motivation hatten, da der überwiegende Teil der Patienten nicht bereit war die Beratungsgespräche aufzeichnen zu lassen, die ausgewertet werden können. Allerdings ist davon auszugehen, dass es sich um einen nicht unerheblichen Teil handelte. Die Transkription eines Gesprächs liegt in Anhang 6 bei.

An der Universität Leipzig wurde ebenfalls eine Studie zur telefonischen Beratung von Familien durchgeführt, deren Kinder oder Jugendliche einen BMI oberhalb der 90. Perzentile hat-

ten (Markert, 2014). In den Gesprächen mit den Familien wurden verschiedene gewichtsbezogene Themenkomplexe bearbeitet. Im Unterschied zu KiJuRNa 1 waren die Patienten allerdings zuvor nicht in einer ambulanten oder stationären Therapie zur Gewichtsreduktion gewesen, sondern wurden über Pädiater rekrutiert, nachdem das Übergewicht über eine Datenbank ermittelt worden waren. Zudem wurden die Gespräche vor allem mit den Erziehungsberechtigten geführt. In dieser Studie hatte die Interventionsgruppe bessere Erfolge als die Kontrollgruppe: Als erfolgreich wurden Fälle eingestuft, die ihren BMI-SDS um ≥ 0.2 reduziert hatten. Dies war bei der Interventionsgruppe in 21% der Fälle, in der Kontrollgruppe in 16% der Fälle der Fall ($p=0.3$), bezogen auf eine Analyse, in die nur Fälle mit Datensätzen beider Messzeitpunkte einbezogen wurden. Allerdings sind diese Ergebnisse nicht unmittelbar vergleichbar mit denen aus KiJuRNa 1, weil es sich bei der T.A.F.F.-Studie nicht um eine Nachsorge, sondern eine Familienintervention handelte. Wie KiJuRNa 1 kommt die Studie aber zu dem Ergebnis, dass eine telefonbasierte Intervention für Jugendliche mit Adipositas wirksam sein könne, wenn die Teilnehmer sich auf die Beratung einließen, was vermutlich Personen mit höherer Motivation, Willenskraft und Durchhaltevermögen seien.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass in unserem Projekt lediglich ein Elterntelefonat geführt wurde. Dieses erscheint nicht ausreichend, um eine verstärkte Förderung ihrer Kinder im Sinne der Veränderung der adipogenen Lebensstile herbei zu führen. Dieses unterstreicht die Ergebnisse anderer Untersuchungen, die dafür sprechen, dass Familien in den Prozess der Lebensstiländerung deutlich einbezogen werden müssen, um bedeutsame Rehabilitationseffekte zu erreichen (Rhee et al., 2005).

C. Schlussteil

a. Zusammenfassung

Die Studie konnte weitgehend wie geplant durchgeführt werden. Ihre Ergebnisse haben gezeigt, dass ein niedrigschwelliger Ansatz wie der einer telefonischen Beratung nicht geeignet ist, den Erfolg der Rehabilitation zu stabilisieren. Er wurde von der Zielgruppe zwar angenommen und war durchführbar, führte aber nicht zu den erzielten Ergebnissen.

b. Schlussfolgerungen und praktische Relevanz der Ergebnisse

Die Studienergebnisse haben gezeigt, dass eine telefonbasierte Nachsorge mit Einsatz der Gesprächsmethode der Motivierenden Gesprächsführung nicht geeignet ist den Rehabilitationserfolg bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas zu erweitern oder zu stabilisieren. Zugleich wurden die Ergebnisse anderer Studien bestätigt, die einen Nachsorgebedarf postulierten. Weitere Forschungen zu alternativen Nachsorgemöglichkeiten sind daher notwendig. Es befinden sich bereits zwei Studien zur ambulanten Nachsorge im Abschluss bzw. in Planung.

Weiterhin wurden in KiJuRNA 1 Faktoren identifiziert, die bereits während der Rehabilitation einen späteren Erfolg in der Gewichtsreduktion unwahrscheinlich erscheinen lassen. Ein weiteres Forschungsfeld mit großer Praxisrelevanz ist daher, wie Patienten, auf die diese Faktoren zutreffen, frühzeitig identifiziert werden können, damit sie gezielteren Behandlungsformen zugewiesen werden können.

Es wird empfohlen weitere Studien durchzuführen, die neue Formen der Nachsorge für diese Patientengruppe evaluieren. Aktuell erfolgt dies in der Evaluation des neu entwickelten Nachsorgeprogramms der Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche. Ergebnisse der Studie KiJuRNA 2, die dieses Programm pilotierte, werden in Kürze vorliegen.

Unabhängig vom Ergebnis der telefonischen Nachsorge hat die Erfahrung während der Studie jedoch gezeigt, dass ein individuelles Casemanagement für Vorbereitung von patienten- und familienbezogenen Maßnahmen zur Überwindung eines adipogenen Lebensstils, ein wichtiger Baustein in der Rehabilitation von Jugendlichen ist.

Der Maßnahmenplan sollte so weit wie möglich von den Jugendlichen selbst erarbeitet und schriftlich im Sinne einer Selbstverpflichtung festgehalten werden. In diese Selbstverpflichtung sind die Eltern als Co-Therapeuten bzw. Unterstützer mit einzubeziehen.

Rehatherapiestandards und Strukturanforderungen der Rentenversicherung müssten dieses allerdings berücksichtigen.

Eine Schwierigkeit für den Transfer von Nachsorgeansätzen in die Routine liegt auch in den aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen, die eine Finanzierung zwar ermöglichen, die Kostenträger jedoch nicht hierzu verpflichten (Stachow, R. & Egmond-Fröhlich, A., 2011).

c. Weitere Analysen nach Studienende

Ausführliche Datenanalysen sind bereits durchgeführt, aber noch nicht publiziert worden. Hierzu sind in den nächsten Monaten Fachartikel sowie die Dissertation von Miriam Pankatz geplant.

d. Transfer in die Routine

Ein Transfer in die Routine ist derzeit nicht geplant und wird auch nicht empfohlen.

D. Literatur

- Adam, S., Westenhöfer, J., Rudolphi, B. & Kraaibeek, H.-K. (2008). Kombinierte stationäre und ambulante Adipositasbehandlung für Kinder und Jugendliche. Evaluation nach einem Jahr. *MMW-Fortschritte der Medizin Originalien*, 150 (1), 7–15.
- Adam, S., Westenhöfer, J., Rudolphi, B. & Kraaibeek, H.K. (2009). Effects of a combined inpatient-outpatient treatment of obese children and adolescents. *Obesity Facts*, 2, 286-293.
- Adam, S., Westenhöfer, J., Thomas, H., Rudolphi, B., Willms, S. & Dankhoff, M. (2011). Kombinierte DAK-Adipositasbehandlung für Kinder und Jugendliche: Ergebnisse der 5-Jahres-Katamnese. *Obesity Facts* 4 (Suppl 2) 8.
- Ahnert, J., Löffler, S., Müller, J. & Vogel, H. (2010a). Systematische Literaturanalyse zur rehabilitativen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale. *Die Rehabilitation*, 49, 147-159.
- Ahnert, J., Müller, J., Löffler, S. & Vogel, H. (2010b). Patienten- und Elternschulungen bei Neurodermitis. Evidenzbasierte Literaturanalyse zur Wirkung in den Kindern und Jugendlichen mit Neurodermitis. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158, 586-591.
- Bauer, C.P. & Petermann, F. (2010). DGRW-Update: Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen. *Die Rehabilitation*, 49, 217-223.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). (2008). *Praxisleitfaden - Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation*. unter: www.bar-frankfurt.de/fileadmin/detailliste/publikationen/arbeitsmaterialien/downloads/Praxisleitfaden_Nachhaltigkeit.pdf (Zugriff am 23.09.2011).
- Burleson, J. A. & Kaminer, Y. (2007). Aftercare for adolescent alcohol use disorder: feasibility and acceptability of a phone intervention. *The American Journal of Addictions*, 16, 202-205.
- Burleson, J. A., Kaminer, Y. & Burke, R. H. (2011). Twelve-month follow-up of aftercare for adolescents with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment; online first*.
- Cremer, M. (2008). Leichter, aktiver, gesünder. Das KgAS-Konzept zur Schulung adipöser und übergewichtiger Kinder und Jugendlicher. *Ernährung im Fokus*, 8 (7).
- Deck, R., Hüppe, A. & Arlt, A.C. (2009). Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Die Rehabilitation*, 48, 39-46.
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). (2010). *Reha-Therapiestandards für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis*. unter: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de, Pfad: Zielgruppe Sozialmedizin und Forschung, Reha-Qualitätssicherung (Zugriff am 23.09.2011).
- Egmond-Fröhlich, A. van, Bräuer, W., Goldschmidt, H., Hoff-Emden, H., Oepen, J. & Zimmermann, E. (2006). Effekte eines strukturierten ambulanten Weiterbehandlungsprogrammes nach stationärer medizinischer Rehabilitation mit Adipositas - Multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie. *Die Rehabilitation*, 45, 40-51.
- Egmond-Fröhlich, A. van, Eckstein, E., Bräuer, W., Claußnitzer, G., Dammann, D. & Kurz, H. (2011a). Effekte einer Intervallrehabilitation bei Jugendlichen mit Adipositas – multizentrische, randomisierten kontrollierten Studie (TROIA-Studie). *Obesity Facts*, 4 (Suppl 2.), 21.
- Egmond-Fröhlich A. van, Kurz., H., Widhalm, K. (2011b). Bedeutung von Impulskontrolle für

- die Adipositas im Kindes- und Jugendalter – Analyse von Querschnittsdaten (KIGGS Studie) und Verlaufsstudien zur Behandlung (EvAKuJ, TROIA). *Obesity Facts*, 4 (Suppl 2.), 6.
- Egmond-Fröhlich A. van, Kurz., H., Widhalm, K. (2011c). Effekte der konservativen Behandlung von Jugendlichen mit morbidem Adipositas – Ergebnisse aus drei deutschen Multicenterstudien. *Obesity Facts*, 4 (Suppl 2.), 22.
- Fleig, L., Lippke, S., Wiedemann, A. U., Ziegelmann, J. P., Reuter, T. & Gravert, C. (2009). Förderung von körperlicher Aktivität im betrieblichen Kontext: ein randomisiertes Kontrollgruppen-Design zur Untersuchung von stadienspezifischen Interventionseffekten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 18, 69-78.
- Forstmeier, S. (2005). *Willenstraining: Förderung volitionaler Kompetenzen in Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation*. Berlin: WiKu.
- Fuchs, R, Goehner, W. & Seelig, H. (2011). Long-term effects of a psychological group intervention on physical exercise and health: The MoVo concept. *Journal of Physical Activity and Health*, 8, 794-803.
- Goodman, R. (1997). *Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)*. Verfügbar unter <http://www.user.gwdg.de/~ukyk/doc/SDQ-ELTERN.doc>
- Hachfeld, A., Lippke, S., Ziegelmann, J.P. & Freund, A.M. (2011). Wahrgenommene Zielkonflikte zwischen Gesundheitszielen: Ergebnisse einer Intervention zur Förderung von körperlicher Aktivität und Ernährung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 60, 60-71.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2005). *SPS-J - Screening psychischer Störungen im Jugendalter.Dt.-sprach. Adaption des Reynolds adolescent adjustment screening inventory (RAASI) von William M. Reynolds. Manual*. Bern: Huber.
- Hampel, P., Petermann, F. & Dickow, B. (2001). *Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hassel, H. & Dreas, J. (2011). Motivierende Gesprächsführung in der Adipositas-Therapie von Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54, 555-561.
- Holl, R., Kiess, W., Wiegand, S., deZwaan, M., de Souza, M., Widhalm, K. & Reinehr, T. (2011). BMI über zwei Jahre bei 2714 Kindern/Jugendlichen der APV-Datenbank: Prädiktoren für "weight maintenance" (KKN Adipositas-LARGE). *Obesity Facts*, 4 (Suppl 2.), 8.
- Hornig, W. (2014). *Analyse von Nachsorge-Beratungsgesprächen mit übergewichtigen Jugendlichen im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation*. Masterarbeit, Universität Flensburg. Flensburg.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A. & Burke, R. H. (2008). Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: a randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1405-1412.
- Kaminer, Y. & Napolitano, C. (2004). Dial for therapy: aftercare for adolescent substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1171-1174.
- Kaminer, Y. & Napolitano, C. (2010). *Brief telephone continuing care therapy for adolescents*. Hazelden: Hazelden.
- Kaps, A., Bieber, G., Kramer, G., Seebach, H., Hoffmeyer, A., Schiel, R. (2008) IDA-Insel: Identifikation von Determinanten der Gewichtsreduktion bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas. *AdipositasSpektrum* (5/4) S.14-15
- Kiess, W., Sergejev, E., Körner, A. & Hebebrand, J. (2011). Ist eine Therapie bei Adipositas

- im Kindes- und Jugendalter überhaupt möglich? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54, 527-532.
- Kromeyer-Hauschild, K., Giesinger C. & Hartschuh U. (2009). Modellprojekt zur Behandlung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg. *DRV-Schriften*, 83, 476-478.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In B. Renneberg & Hammelstein, P. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 35-60). Heidelberg: Springer.
- Lippke, S., Ziegelmann, J. P., Schwarzer, R. & Velicer, W. F. (2009). Validity of stage assessment in the adoption and maintenance of physical activity and fruit and vegetable consumption. *Health Psychology*, 28, 183-193.
- Markert, J., Herget, S., Petroff, D., Gausche, R., Grimm, A., Kiess, W. et al. (2014). Telephone-based adiposity prevention for families with overweight children (T.A.F.F.-Study): one year outcome of a randomized, controlled trial. *International journal of environmental research and public health*, 11 (10), 10327–10344.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung*. (3., unveränd. Aufl.). Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Pankatz, M. (2015). *Kinder- und Jugend-Rehabilitation: Sicherung der Nachhaltigkeit durch Case Management (KiJuRNA 1). Interventionsbeschreibung und Evaluation eines telefonbasierten Nachsorgeprogramms für Patienten mit Adipositas im Anschluss an die stationäre Rehabilitation*. Unveröffentlichte Dissertation, Europa-Universität Flensburg. Flensburg.
- Petermann, F., Bauer, C.P., Kiosz, D. & Stachow, R. (2001). Die ESTAR-Studie – Konzept und erste Ergebnisse zur Evaluation der stationären Rehabilitation bei Asthma im Kindes- und Jugendalter. *Deutsche Rentenversicherung*, 8-9, 534-547.
- Petermann, F., Stachow, R., Tiedjen, U. & Karpinski, N. (2009). Entwicklung eines Kurz-Fragebogens zum Krankheitsmanagement chronisch kranker Jugendlicher. *Die Rehabilitation*, 48, 228-237.
- Podeswik, A., Porz, F., Groeger, K. & Thyen, U. (2009). Sozialmedizinische Nachsorge für schwer und chronisch kranke Kinder. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157, 129-135.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102–1114.
- Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosch, A., Rajmil, L., Bruil, J. et al. (2007). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 16 (8), 1347–1356.
- Rehaforschung Fachklinik Sylt e.V. (o.J.a). *Jugendprojekt. Jugendfragebogen / Zufriedenheit T0: Reha-Ende*.
- Rehaforschung Fachklinik Sylt e.V. (o.J.b). *Jugendprojekt. Jugendfragebogen T0: Reha-Beginn*.
- Rhee, K. E., De Lago, Cynthia W, Arscott-Mills, T., Mehta, S. D. & Davis, R. K. (2005). Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics*, 116 (1), e94-101.
- Rick, O. & Stachow, R. (Hrsg.). (2011). *Klinikleitfaden Medizinische Rehabilitation* (1. Aufl.). München: Urban Fischer Verlag.
- Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2008). *Erken-*

- nen - Bewerten - Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: RKI.
- Röbl, M., Wiegand, S., Schiel, R., Gellhaus, I., Zwiauer, K., de Souza, M. & Holl, R. (2011) Geringerer Therapieerfolg trotz intensiverer Adipositas therapie bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen: longitudinale Analyse des APV-Registers im BMBF-Kompetenznetz Adipositas. *Obesity Facts*, 4 (suppl 2), 9.
- Rücker, P., Dannemann, A., Babitsch, B. & Wiegand, S. (2011). Therapieverlauf von adipösen Kindern und Jugendlichen im SPZ der Charité- Universitätsmedizin Berlin. *Obesity Facts*, 4 (suppl 2), 8.
- Schaefer, A., Winkel, K., Singer, V., Uysal, Y., Kleber, M., Laas, N. & Reinehr, T. (2011) "O-beldicks"-Lifestyle Intervention bei adipösen Kindern und Jugendlichen: Einfluss von Motivationsüberprüfung und Schulung der Therapeuten. *Obesity Facts*, 4 (suppl 2), 7.
- Schiel, R. & Kaps, A. (2010). Prospektive Erfassung subjektiver und objektiver Wahrnehmung körperlicher Aktivität, Ruhe und der Ernährung bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas. Abschlußbericht zum Forschungsvorhaben Antrag Nr. 121, Ergänzungsantrag – Projektnummer 132 vom 26.05.2009 (VFFR-Publikation).
- Schmidt, S., Petersen, C., Mühlhan, H., Simeoni, M. C., Debensason, D., Thyen, U. et al. (2006, 2011). *The DISABKIDS questionnaires. Quality of live questionnaires for children with chronic conditions. Handbook incl. CD-ROM*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schwarzer, R. (2007). *The Health Action Process Approach (HAPA). Assessment Tools (2007) (in German)*, FU Berlin. Verfügbar unter http://userpage.fu-berlin.de/~health/hapa_assessment.pdf
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 1-29.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Ziegelmann, J. P., Scholz, U. & Lippke, S. (2008). Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology*, 27, S54-S63.
- Stachow, R. (Hrsg.). (2007). *Trainermanual leichter, aktiver, gesünder. Interdisziplinäres Konzept für die Schulung übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher (AID, Bd. 3842, 2. Aufl)*. Bonn: aid infodienst Verbraucherschutz Ernährung Landwirtschaft.
- Stachow, R. & Egmond-Fröhlich, A. van (2011). Nachsorge und Vernetzung. In O. Rick & R. Stachow (Hrsg.), *Klinikleitfaden Medizinische Rehabilitation* (S. 682-685). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Stachow, R., Sailer, C., Tiedjen, U., Sievers, K. & Westenhöfer, J. (2004). Langfristige Ergebnisse einer stationären Rehabilitation wegen Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Eine Katamnese über 2 bis 5 Jahre. Verhaltenskorrelate erfolgreicher Gewichtsstabilisierung nach der stationären Rehabilitation von adipösen Kindern und Jugendlichen. *Kinder und Jugendmedizin*, 4, 215-221.
- Stachow, R., Kiera, S., Tiedjen, U. & Petermann, F. (2012). Mögliche Nebenwirkungen verhaltensorientierter Interventionen. *Kinderärztliche Praxis*. 83 (1), 46
- Stachow, R. & Szczepanski, R. (2001). Wir brauchen eine funktionsfähige Reha-Kette. *Kinder- und Jugendarzt*, 32, 918-926.
- Wiegand, S. & Babitsch, B. (2012). *Verbesserung der Nachhaltigkeit einer stationären Rehabilitation für adipöse Kinder und Jugendliche*.

- Wendt, W. R. (2005). Sozialmedizinische Nachsorge vor und nach stationärer Rehabilitation in der Pädiatrie. *Managed Care*, 2, 7-9.
- Westenhöfer, J., Stunkard, A.J. & Pudel, V. (1999) Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 53-64.
- Wiegand, S. & Babitsch, B. (2012). *Verbesserung der Nachhaltigkeit einer stationären Rehabilitation für adipöse Kinder und Jugendliche.*

Anhang 1: Tabellen und Abbildungsverzeichnisse

Tabellen

Tabelle 1: Messzeitpunkte	8
Tabelle 2: Erhobene Parameter (modifiziert nach Pankatz, 2015)	9
Tabelle 3: Zeitlicher Ablauf	12
Tabelle 4: Eingegangene Daten (Pankatz, 2015)	13
Tabelle 5: Beratungsaufwand (Pankatz, 2015)	16
Tabelle 6: Entwicklung des BMI-SDS zwischen Rehabilitationsbeginn und Katamnese ein Jahr später: F-, p- und η^2 - Werte der univariaten Varianzanalyse für die Haupteffekte „Gruppe“, „Geschlecht“ und „Zeit“ sowie für die Wechselwirkungen (N=58).....	17
Tabelle 7: Zeitlicher Verlauf des BMI-SDS zwischen Rehabilitationsbeginn und Katamnese ein Jahr später: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=58 Studienteilnehmer	17
Tabelle 8: Entwicklung des BMI-SDS zwischen Rehabilitationsbeginn und Katamnese ein Jahr später in Abhängigkeit vom Geschlecht: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=58 Studienteilnehmer	17
Tabelle 9: Kennwerte des DISABKIDS-Fragebogen: F-, p- und η^2 - Werte aus den multivariaten Varianzanalysen mit angeschlossenen univariaten Varianzanalysen für die Haupteffekte „Gruppe“, „Geschlecht“ und „Zeit“ sowie für die Wechselwirkungen (N=66).....	18
Tabelle 10: Zeitlicher Verlauf der Kennwerte des DISABKIDS zwischen Rehabilitationsbeginn und Katamnese ein Jahr später: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=66 Studienteilnehmer	19
Tabelle 11: DISABKIDS-Fragebogen: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=66 Studienteilnehmer	19
Tabelle 12: Gesamtwert des KM-J-Fragebogen zwischen Rehabilitationsbeginn und Katamnese ein Jahr später: F-, p- und η^2 - Werte aus der univariaten Varianzanalyse für die Haupteffekte „Gruppe“, „Geschlecht“ und „Zeit“ sowie für die Wechselwirkungen (N=71).....	20
Tabelle 13: Zeitlicher Verlauf des Gesamtwertes des KM-J zwischen Rehabilitationsbeginn und Katamnese ein Jahr später: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=71 Studienteilnehmer	20
Tabelle 14: KM-J-Fragebogen zwischen Rehabeginn und Katamnese ein Jahr später: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=71 Studienteilnehmer.....	20
Tabelle 15: Kennwerte des SDQ-Fragebogen: F-, p- und η^2 - Werte aus den multivariaten Varianzanalysen mit angeschlossenen univariaten Varianzanalysen für die Haupteffekte „Gruppe“, „Geschlecht“ und „Zeit“, sowie für die Wechselwirkungen (N=43).....	22
Tabelle 16: Zeitlicher Verlauf der Kennwerte des SDQ zwischen Rehabilitationsbeginn und Katamnese ein Jahr später: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=43 Studienteilnehmer	23
Tabelle 17: SDQ-Fragebogen: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=43 Studienteilnehmer	23
Tabelle 18: KIDSCREEN-Fragebogen: F-, p- und η^2 - Werte aus den multivariaten Varianzanalysen mit angeschlossenen univariaten Varianzanalysen für die Haupteffekte „Gruppe“, „Geschlecht“ und „Zeit“ sowie für die Wechselwirkungen (N=64).....	25
Tabelle 19: KIDSCREEN-Fragebogen: Mittelwerte (M) und Standardfehler (SE) der N=64 Studienteilnehmer	26
Tabelle 20: Einflussfaktoren auf den Erfolg im Anschluss an die Rehabilitation.....	27

Abbildungen

Abb. 1: Angaben "Wie hilfreich war das Programm bei der Erreichung Deiner Ziele?" nach Gruppenzuordnung und Geschlecht (Pankatz, 2015)	14
Abb. 2: Dauer der Gespräche mit den Kindern/Jugendlichen mit Angabe von Ausreißern und Extremwerten (Pankatz, 2015)	15
Abb. 3: Dauer der Telefongesprächen mit den Erziehungsberechtigten der Interventionsgruppe mit Angabe von Ausreißern (Pankatz, 2015)	16
Abbildung 4: Stichprobenbeschreibung der Analyse von Hornig (2014)	27

Anhang 2: Veröffentlichungen

Hornig, W. (2014). *Analyse von Nachsorge-Beratungsgesprächen mit übergewichtigen Jugendlichen im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation*. Masterarbeit, Universität Flensburg. Flensburg.

Pankatz, M., Böder, J., Tiedjen, U., Hampel, P. & Stachow, R. (2014). Inanspruchnahme und Durchführung einer telefonischen Reha-Nachsorge für Kinder und Jugendliche. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Arbeit - Gesundheit - Rehabilitation vom 10. bis 12. März 2014 in Karlsruhe* (S. 520–522). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Pankatz, M., Stachow, R., Tiedjen, U., Hampel, P. & Hornig, W. (2015). Prädiktoren für den Nachsorgeerfolg bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas im Rahmen einer Telefonberatung: Eine qualitative Studie. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Augsburg. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Psychische Störungen - Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation vom 16. bis 18. März 2015* (S. 385–388). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Hinweis: Weitere Publikationen sind noch in Bearbeitung oder in Planung. Hierzu gehört:

Pankatz, M. (2015). *Kinder- und Jugend-Rehabilitation: Sicherung der Nachhaltigkeit durch Case Management (KiJuRNA 1). Interventionsbeschreibung und Evaluation eines telefonbasierten Nachsorgeprogramms für Patienten mit Adipositas im Anschluss an die stationäre Rehabilitation*. Unveröffentlichte Dissertation, Europa-Universität Flensburg. Flensburg.

Anhang 3: Votum der Ehtikkommission der Ärztekammer Schleswig-Holstein

 Körperschaft des öffentlichen Rechts			
Ethikkommission Schleswig-Holstein, Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg		Ethikkommission I Vorsitzender: Prof. Dr. med. Gerhard Hintze	
Herrn Dr. med. Rainer Stachow Ärztlicher Direktor Fachklinik Sylt Steinmannstr. 52 – 54 25980 Westerland	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">EINGEGANGEN 19. JULI 2012 <i>cal</i> FACHKLINIK SYLT für Kinder und Jugendliche</div>	Bismarckallee 8 – 12 23795 Bad Segeberg Tel. 04551/803-0 http://ethikkommissionen.aeksh.de/ Zuständig: Anne Hostmann Tel.-Durchwahl 04551/803-152 Fax 04551/803-214 E-Mail ethik@aecksh.org	
Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen IV/EK	Datum 11.07.2012
	§ 15 BO Studie KIJuRNA-Studie		
Titel:	Kinder- und Jugend-Rehabilitation: Sicherung der Nachhaltigkeit durch Case Management		
Antragsteller:	Rehaforschung Fachklinik Sylt e.V. (Dr. R. Stachow)		
Internes AZ:	083/12		
<p>Sehr geehrter Herr Dr. Stachow,</p> <p>die Ethik-Kommission I hat sich auf Ihrer Sitzung am 09.07.2012 mit dem oben genannten Vorhaben befasst.</p> <p>Die Kommission erreichte Übereinstimmung dahingehend, dass gegen das vorbezeichnete Studienvorhaben nach § 15 BO</p> <p style="text-align: center;">keine grundsätzlichen berufsrechtlichen und berufsethischen Bedenken</p> <p>bestehen.</p> <p><u>Wir bitten jedoch folgende Hinweise zu beachten:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Die notwendige Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung fehlt und ist zu ergänzen. Eine Vermischung mit der Einwilligungserklärung zur Teilnahme ist aus datenschutzrechtlichen Gründen zu vermeiden.			
<small>Bankkonten: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Lübeck BLZ 230 926 20, Kto.-Nr. 0 001 347 799, IBAN DE42 3006 0601 0001 3477 99, BIC DAAE3333 Postbank Niederlassung Hamburg BLZ 200 100 20, Kto.-Nr. 85 262 204, IBAN DE23 2001 0020 0085 2622 04, BIC PBNK3333</small>			

Seite 2/3 des Schreibens der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 11.07.2012

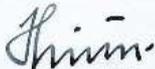
- Auf der Seite 11/ 16 im Antrag ist unter Punkt 5.3 aufgeführt, dass eine Genehmigung von der Ethikkommission des UKSH eingeholt wird. Es ist nicht nur die unzutreffende Ethikkommission aufgeführt. Zudem genehmigt die Ethikkommission keine Studienvorhaben, sondern berät nach berufsrechtlichen und berufsethischen Gesichtspunkten teilnehmende Kammermitglieder. Eine Streichung dieses Hinweises wird erbeten.
- Warum ist eine altersgerechte Informationsschrift für die betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht vorgesehen? Es empfiehlt sich zu überdenken, inwieweit eine gemeinsame Informationsschrift tatsächlich zielführend sein kann.

Unabhängig vom Beratungsergebnis der Ethik-Kommission bleibt die ärztliche und juristische Verantwortung uneingeschränkt beim Leiter der klinischen Prüfung und den Prüfarzten.

Die Kommission bittet nach Abschluss der Studie um Übersendung eines Berichts und im Falle der Publikation um Übersendung eines Sonderdruckes.

Eine Liste mit den Namen der Kommissionsmitglieder, die an der Sitzung teilgenommen haben, ist beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Gerhard Hintze
(Vorsitzender der Ethikkommission II)

Seite 3/3 des Schreibens der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 11.07.2012

Anhang

Liste der Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer am 09.07.2012

Prof. Dr. med. Gerhard Hintze, Vorsitzender, Bad Oldesloe

Prof. Dr. jur. Klaus Blaschke, Kiel

PD Dr. med. Andreas Claaß, Kiel

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Ingolf Cascorbi, Kiel

Anja Ketelsen, Lübeck

als Patientenombudsperson: Henning Steinberg, Lübeck

Anhang 4: Gesprächsleitfäden

Folgende Gesprächsleitfäden kamen zum Einsatz:

Leitfaden Erstgespräch

- Klärung des Zeitraums: Minuten
- Ich höre zu, wie Du mir schilderst, was Deine Pläne sind.
- Am Ende besprechen wir, wie es weitergeht.
- Du weißt ja, dass wir auch nach deiner Heimreise noch Kontakt haben werden und wir gemeinsam an der Umsetzung Deiner Ziele arbeiten können. Was ist für Dich im Moment das wichtigste Thema/die wichtigste Baustelle, wenn Du an die Heimreise denkst? Das kann alles sein, was immer Dich gerade bewegt.

(Gespräch nach dem Schema der Motivierenden Gesprächsführung, siehe unten)

- Abschluss: Definition klarer Ziele.
- Ggf. Klärung eines Suchauftrags für NeNa e.V.
- Vereinbarung eines ersten Telefontermins → Mitgabe eines Terminzettels!

Sammlung möglicher Themen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

- Was sind Deine Ziele?
 - Was hast Du für Ziele, die nichts direkt mit Deiner Erkrankung zu tun haben?
 - Was möchtest Du einmal in Deinem Leben erreichen? / Wie siehst Du Dein Leben in 5 Jahren? (Beruf, Familie, Freunde, Wohnort)
 - Was ist das oberste Ziel?
 - Was könnte Dich an der Erreichung des Zieles hindern?
- Wer kann Dich bei der Arbeit an Deinen Zielen unterstützen?
 - An wen möchtest Du Dich zu Hause wenden, damit er Dich unterstützt?
 - Bei wem glaubst Du am ehesten, dass die Unterstützung klappen wird?
 - Warum könnte es bei jemandem nicht klappen?
- Was für Verhaltensweisen hast du, die zu Deinem Übergewicht beitragen?
 - Was ist deren Vorteil?
 - Was ist deren Nachteil?
- Welche Hoffnungen verbindest Du mit einer Gewichtsabnahme?
- Was magst Du an Dir selber?
- Warum hat es mit der Abnahme zu Hause nicht geklappt?
 - Welche Probleme gibt es bei Dir zu Hause?
 - Wer hindert dich daran, abnehmen/nicht weiter zunehmen zu können?
 - Welche Versuchungen gibt es in Deinem Alltag?
 - Was hat Dich bislang daran gehindert, bestimmte Maßnahmen (Unterstützer) zu ergreifen?
- Was müsste geschehen, damit du zu Hause gut weiter abnehmen kannst?
- Was hat in der Klinik dazu beigetragen, dass Du abgenommen hast?
- Warum ist Nachsorge für Dich wichtig?
- Dein Übergewicht
 - Warum bist Du übergewichtig geworden?
 - Welche Vorteile hat Dein Übergewicht? / Welche „Funktion“ hat Dein Übergewicht für Dich? / Was befürchtest Du, wenn Du abnimmst?

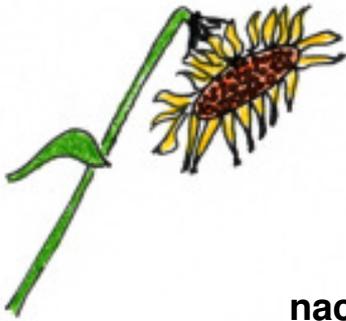
Leitfaden erstes Telefongespräch

(angewendet auch für alle weiteren Gespräche hier allerdings ohne die Fragen zur Heimkehr, stattdessen wurde nach Erlebnissen seit dem letzten Telefonat gefragt)

- Begrüßung
- Wie geht es Dir?
- Wie war es, als Du nach Hause gekommen bist?
 - Wie war es mit den Freunden / der Familie?
 - Gemeinsame Erlebnisse
 - Reaktionen
 - Was ist passiert?
 - Ereignisse
- Was ist seitdem passiert? (Zeitraum langsam von den letzten Tagen bis weiter zurückliegend ausweiten)
- Welche Erfolge gab es?
 - Wertschätzung
- Was ist heute anders, wenn Du es mit der Zeit vor der Reha vergleichst?
 - Wertschätzung von allem, was geklappt hat
 - Wenn nichts: Was wolltest du denn ändern? → ggf. Rückbeziehung auf meine Notizen
 - Wenn ein Versuch gescheitert ist: Warum? Was müsste geschehen, damit es doch klappen kann?
- Was für schwierige Momente gab es?
- Wie hat es geklappt mit...? → Rückbeziehung auf Notizen aus Erstgespräch
- Was willst du noch ändern?
- Was sind Deine weiteren Ziele?
- Hast Du noch Fragen?
- Vereinbarung eines neuen Telefontermins

Anhang 5: Jugend- und Elternfragebogen zur Erhebungsstufe t_0

Die hier dargestellten Fragebögen sind exemplarisch für alle Erhebungsstufen. Nicht alle Fragen wurden zu allen Messzeitpunkten gestellt, so wurden die Jugendlichen beispielsweise nur einmal zu ihrer Rehazufriedenheit befragt und die Eltern nur einmal zur Soziodemografie.



Fragebogen für Patienten nach (t_0) der Rehabilitation, Teil 1

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit diesem Fragebogen möchten wir herausfinden, ob das Nachsorgeprogramm, an dem Du teilnimmst, erfolgreich ist.

Wenn Du diese Fragen vollständig beantwortest, hilfst Du die Nachsorge zu verbessern. Selbstverständlich bleiben Deine Angaben aus diesem Fragebogen anonym, das heißt, niemand erfährt, was Du angekreuzt hast.

Bevor Du startest:

- ✓ Bitte **lies** Dir alle Fragen und Antwortmöglichkeiten sorgfältig **durch**, bevor Du Deine Antwort wählst.
- ✓ Kreuze je Frage **nur eine Antwortmöglichkeit** an. Solltest Du Dich vertan haben, kritzle die falsche Antwort deutlich durch und treffe deine Wahl erneut.
- ✓ Bitte beantworte **jede** Frage, selbst dann, wenn Du das Gefühl hast, sie zuvor schon einmal beantwortet zu haben.

Dies ist keine Prüfung. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten!

Was zählt, ist DEINE Meinung!

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!

Dokumentationscode

--	--	--

Über Dein Leben

Denke an die letzten vier Wochen

	nie	selten	manchmal	oft	immer
A1 Siehst Du Deiner Zukunft mit Zuversicht entgegen?	<input type="radio"/>				
A2 Macht Dir Dein Leben Spaß?	<input type="radio"/>				
A3 Kannst Du trotz Deiner Erkrankung alles tun, was Du möchtest?	<input type="radio"/>				
A4 Fühlst Du Dich wie jeder andere trotz Deiner Erkrankung?	<input type="radio"/>				
A5 Kannst Du trotz Deiner Erkrankung Dein Leben so leben, wie Du möchtest?	<input type="radio"/>				
A6 Kannst Du Dinge ohne Deine Eltern tun?	<input type="radio"/>				

(Disabkids)

Über Deinen typischen Tag

Denke an die letzten vier Wochen

	nie	selten	manchmal	oft	immer
B1 Kannst Du Laufen und Dich bewegen, wie Du es möchtest?	<input type="radio"/>				
B2 Fühlst Du Dich müde aufgrund Deiner Erkrankung?	<input type="radio"/>				
B3 Wird Dein Leben von Deiner Erkrankung bestimmt?	<input type="radio"/>				
B4 Stört es Dich, anderen erklären zu müssen, was Du tun kannst bzw. nicht tun kannst?	<input type="radio"/>				
B5 Schläfst Du wegen Deiner Erkrankung schlecht?	<input type="radio"/>				
B6 Stört Dich Deine Erkrankung beim Spielen oder anderen Aktivitäten?	<input type="radio"/>				

(Disabkids)

Über Deine Gefühle

Denke an die letzten vier Wochen

	nie	selten	manchmal	oft	immer
C1 Fühlst Du Dich selber schlecht wegen Deiner Erkrankung?	<input type="radio"/>				
C2 Bist Du unglücklich, weil Du eine Erkrankung hast?	<input type="radio"/>				
C3 Machst Du Dir Sorgen wegen Deiner Erkrankung?	<input type="radio"/>				
C4 Macht Deine Erkrankung dich wütend?	<input type="radio"/>				
C5 Hast Du wegen Deiner Erkrankung Angst vor der Zukunft?	<input type="radio"/>				
C6 Zieht Dich Deine Erkrankung runter?	<input type="radio"/>				
C7 Stört es Dich, dass Dein Leben organisiert werden muss?	<input type="radio"/>				

(Disabkids)

Über Dich und andere Menschen

Denke an die letzten vier Wochen

	nie	selten	manchmal	oft	immer
D1 Fühlst Du Dich wegen Deiner Erkrankung einsam?	<input type="radio"/>				
D2 Verhalten sich Deine Lehrer Dir gegenüber anders als den anderen Kindern/Jugendlichen gegenüber?	<input type="radio"/>				
D3 Hast Du wegen Deiner Erkrankung Konzentrationsprobleme in der Schule?	<input type="radio"/>				
D4 Meinst Du, dass andere etwas gegen Dich haben?	<input type="radio"/>				
D5 Denkst Du, dass andere Dich anstarren?	<input type="radio"/>				
D6 Fühlst Du Dich anders als andere Kinder/Jugendliche?	<input type="radio"/>				

(Disabkids)

Über Deine Freunde

Denke an die letzten vier Wochen

	nie	selten	manchmal	oft	immer
E1 Verstehen andere Kinder/Jugendliche Deine Erkrankung?	<input type="radio"/>				
E2 Unternimmst Du etwas mit Deinen Freunden?	<input type="radio"/>				
E3 Kannst Du mit anderen Kindern/Jugendlichen spielen oder etwas gemeinsam machen (zum Beispiel Sport)?	<input type="radio"/>				
E4 Denkst Du, dass Du die meisten Dinge genauso gut kannst wie andere Kinder/Jugendliche?	<input type="radio"/>				
E5 Sind Deine Freunde gerne mit Dir zusammen?	<input type="radio"/>				
E6 Findest Du es einfach, mit anderen Leuten über Deine Erkrankung zu sprechen?	<input type="radio"/>				

(Disabkids)

Dein Umgang mit deiner Erkrankung

Wenn man Übergewicht hat, sind einige wichtige Dinge zu beachten, die man tun muss, um seine Gesundheit zu verbessern. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Dich zu?

In der letzten Woche...	nie	selten	manchmal	oft	immer
F1 ... habe ich darauf geachtet, dass ich nicht zu viel Süßes oder Fettiges (z.B. Schokolade, Pommes, Cola) zu mir nehme.	<input type="radio"/>				
F2 ... habe ich darauf geachtet, langsam zu essen.	<input type="radio"/>				
F3 ... habe ich darauf geachtet, mich viel zu bewegen.	<input type="radio"/>				
F4 ... habe ich darauf geachtet, mich ausgewogen und gesund zu ernähren.	<input type="radio"/>				
F5 ... habe ich darauf geachtet, mein Gewicht Durch Wiegen im Auge zu behalten.	<input type="radio"/>				
F6 ... habe ich darauf geachtet, nicht ungünstig zu essen, wenn ich schlechte Laune hatte.	<input type="radio"/>				

(KM-J)

Deine Pläne zum Ess- und Bewegungsverhalten

G1 Viele Kinder und Jugendliche essen täglich Snacks (z.B. Süßigkeiten, Hamburger, Salzgebäck, Chips). Machst Du das auch?

A: Nein, und ich habe auch früher nicht täglich Snacks gegessen.

→ Weiter zu Frage G2

B: Nein, ich habe aber früher mal täglich Snacks gegessen.

→ Wie lange ist das schon anders? _____ Monate

C: Ja, ich esse täglich Snacks.

<u>Diese Fragen nur, wenn Du „C“ angekreuzt hast:</u>	Ja	Nein
G1.1 Hast Du schon mal darüber nachgedacht, weniger Snacks zu essen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G1.2 Hast Du Dir schon mal einen Plan gemacht, wie Du weniger Snacks essen könntest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G1.3 Hast Du es mal geschafft, weniger Snacks zu essen, bist dann aber wieder in Dein altes Verhalten zurück gefallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G2 Oft kann man einer leckeren Versuchung zum Essen einfach nicht widerstehen. Wenn man z.B. den Duft frischer Brötchen riecht, muss man in der Bäckerei etwas kaufen. Wie ist das bei Dir?

A: Nein, ich bin nicht schnell in Versuchung zu führen, und das ist auch meist so gewesen. → Weiter zu Frage G3

B: Nein, ich lasse mich nicht so schnell in Versuchung führen, früher war das aber anders.

→ Wie lange ist das schon anders? _____ Monate

C: Ja, ich lasse mich häufig schnell in Versuchung führen.

<u>Diese Fragen nur, wenn Du „C“ angekreuzt hast:</u>	Ja	Nein
G2.1 Hast Du schon mal darüber nachgedacht, wie es wäre zu widerstehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G2.2 Hast Du Dir schon mal einen Plan gemacht, wie Du Versuchungen besser widerstehen könntest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G2.3 Hast Du es schon mal geschafft, Versuchungen zu widerstehen, bist dann aber wieder in Dein altes Verhalten zurück gefallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G3 Manchmal schmeckt das Essen so gut, dass man weiter isst, obwohl man schon satt ist. Wie ist das bei Dir?

- A: Nein, wenn ich satt bin, höre ich normalerweise auf zu essen, und das ist auch meistens so gewesen. → **Weiter zu Frage G4**
- B: Nein, wenn ich satt bin, höre ich normalerweise auf zu essen, früher war das aber mal anders.
→ Wie lange ist das schon anders? _____ Monate
- C: Ja, ich neige dazu zu essen, obwohl ich schon satt bin.

<u>Diese Fragen nur, wenn Du „C“ angekreuzt hast:</u>	Ja	Nein
G3.1 Hast Du schon mal darüber nachgedacht, mit dem Essen aufzuhören, wenn Du satt bist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G3.2 Hast Du Dir schon mal einen Plan gemacht, wie Du Dich daran gewöhnen könntest, bei Sättigung mit dem Essen aufzuhören?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G3.3 Hast Du es mal geschafft, regelmäßig mit dem Essen aufzuhören, wenn Du satt bist, bist dann aber wieder in Dein altes Verhalten zurück gefallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G4 Bist Du eher bequem und nutzt gerne den Aufzug, die Rolltreppe oder den Bus/das Auto, oder bevorzugst Du es, zu Fuß zu gehen oder das Fahrrad zu nehmen?

- A: Ich bevorzuge es, zu laufen oder Fahrrad zu fahren, und das ist auch meistens so gewesen. → **Weiter zu Frage G5**
- B: Ich bevorzuge es meistens, zu laufen oder Fahrrad zu fahren, früher war das aber mal anders.
→ Wie lange ist das schon anders? _____ Monate
- C: Ich bin gerne bequem und nutze den Aufzug, die Rolltreppe, den Bus oder ähnliches.

<u>Diese Fragen nur, wenn Du „C“ angekreuzt hast:</u>	Ja	Nein
G4.1 Hast Du schon mal darüber nachgedacht, Dich mehr zu Fuß oder mit dem Fahrrad fortzubewegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G4.2 Hast Du Dir schon mal einen Plan gemacht, wie Du Dich mehr zu Fuß oder mit dem Fahrrad fortbewegen könntest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G4.3 Hast Du es mal geschafft, mehr zu Fuß zu gehen oder Rad zu fahren, bist dann aber wieder in Dein altes Verhalten zurück gefallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G5 Wie viele Portionen (Hände voll) Obst und Gemüse isst du pro Tag?

- A: Normalerweise esse ich vier oder mehr Portionen Obst und Gemüse am Tag, und das ist meistens so gewesen. → **Weiter zu Frage G6**
- B: Heute esse ich normalerweise vier Portionen Obst und Gemüse am Tag, früher war das aber mal anders.
→ Wie lange ist das schon anders? _____ Monate
- C: Normalerweise esse ich 2 bis 3 Portionen Obst und Gemüse am Tag.
- D: Normalerweise esse ich keine oder eine Portion Obst und Gemüse am Tag.

<u>Diese Fragen nur, wenn Du „C“ oder „D“ angekreuzt hast:</u>	Ja	Nein
G5.1 Hast Du schon mal darüber nachgedacht, mehr Obst und Gemüse zu essen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G5.2 Hast Du Dir schon mal einen Plan gemacht, wie Du mehr Obst und Gemüse essen könntest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G5.3 Hast Du es mal geschafft, mehr Obst und Gemüse zu essen, hast dann aber wieder damit aufgehört?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G6 In stressigen Situationen in Schule, Familie oder Freizeit neigt man dazu, manchmal etwas zu essen, um sich etwas Gutes zu tun oder zu entspannen. Wie ist das bei Dir?

- A: Nein, bei Stress esse ich nicht mehr als sonst, und das war auch meist so.
→ **Weiter zu Frage G7**
- B: Nein, bei Stress esse ich meist nicht mehr als sonst, früher war das aber anders.
→ Wie lange ist das schon anders? _____ Monate
- C: Ja, bei Stress esse ich mehr als sonst, um mir etwas Gutes zu tun oder zu entspannen.

<u>Diese Fragen nur, wenn Du „C“ angekreuzt hast:</u>	Ja	Nein
G6.1 Hast Du schon mal darüber nachgedacht, bei Stress nicht mehr zu essen als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G6.2 Hast Du Dir schon mal einen Plan gemacht, was Du bei Stress tun könntest, um nicht mehr zu essen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G6.3 Hast Du es mal geschafft, bei Stress nicht mehr zu essen, bist dann aber wieder in Dein altes Verhalten zurück gefallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G7 Manche Menschen essen gerne vor dem Fernseher, statt an einem festen Essplatz wie zum Beispiel dem Küchentisch. Wie ist das bei Dir?

- A: Ich habe einen festen Essplatz, und den nutze ich auch meistens.
→ **Weiter zu Frage G8**

○ B: Ich habe einen festen Essplatz, den ich meistens nutze, früher war das aber mal anders.

→ Wie lange ist das schon anders? _____ Monate

○ C: Ich nutze in der Regel keinen festen Essplatz.

<u>Diese Fragen nur, wenn Du „C“ angekreuzt hast:</u>	Ja	Nein
G7.1 Hast Du schon mal darüber nachgedacht, Dich an einen festen Essplatz zu gewöhnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G7.2 Hast Du Dir schon mal einen Plan gemacht, wie Du öfter einen festen Essplatz nutzen könntest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G7.3 Hast Du es mal geschafft, öfter einen festen Essplatz zu nutzen, bist dann aber wieder in Dein altes Verhalten zurück gefallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G8 Viele Kinder und Jugendliche trinken oft gesüßte Softdrinks (z.B. Cola, Energydrinks, Orangenlimonade, Eistee). Light- oder Zerogetränke sind hier NICHT gemeint! Wie ist das bei Dir?

○ A: Ich trinke nicht gerne gesüßte Softdrinks, und das war auch nie der Fall.

→ Weiter zu Frage G9

○ B: Ich habe früher viele gesüßte Softdrinks getrunken, heute ist das aber anders.

→ Wie lange ist das schon anders? _____ Monate

○ C: Ich trinke viele gesüßte Softdrinks.

<u>Diese Fragen nur, wenn Du „C“ angekreuzt hast:</u>	Ja	Nein
G8.1 Hast Du schon mal darüber nachgedacht, weniger gesüßte Softdrinks zu trinken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G8.2 Hast Du Dir schon mal einen Plan gemacht, wie Du weniger gesüßte Softdrinks trinken könntest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G8.3 Hast Du es mal geschafft, weniger gesüßte Softdrinks zu trinken, bist dann aber wieder in Dein altes Verhalten zurück gefallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G9 Viele Jugendliche sind in Sportvereinen und treiben dort regelmäßig Sport (mindestens einmal die Woche). Wie ist das bei Dir?

A: Ich mache regelmäßig Sport, und habe das auch meistens gemacht.

→ Weiter zu Frage H1

B: Ich mache meistens regelmäßig Sport, früher war das aber mal anders.

→ Wie lange machst Du schon Sport? _____ Monate

→ Bist Du Mitglied in einem Sportverein?
 Ja Nein

C: Ich mache nicht regelmäßig (mindestens einmal die Woche) Sport.

Diese Fragen nur, wenn Du „C“ angekreuzt hast:

Ja Nein

G9.1 Hast Du schon mal darüber nachgedacht, regelmäßig Sport zu machen?

G9.2 Hast Du Dir schon mal einen Plan gemacht, wie Du regelmäßig Sport machen könntest?

G9.3 Hast Du es mal geschafft, regelmäßig Sport zu machen, bist dann aber wieder in Dein altes Verhalten zurück gefallen?

Manchmal kommt es anders als geplant. Wie sicher bist Du Dir, dass Du nach Abschluss der Reha Folgendes schaffen kannst?

Ich bin mir sicher, ...	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
H2.1 ... dass ich mindestens zwei mal in der Woche zwanzig Minuten lang körperlich aktiv sein kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H2.2 ... dass ich mich mindestens einmal wöchentlich körperlich betätigen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H2.3 ... dass ich ein körperlich aktives Leben führen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H2.4 ... dass ich sofort mit körperlicher Aktivität beginnen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H2.5 ... dass ich mich dauerhaft regelmäßig körperlich betätigen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(HAPA)

Dein Essverhalten

Was isst Du, wenn Du zwischendurch Hunger hast?

	immer	oft	selten	nie
J1.1 Belegtes Brot, Brötchen, Joghurt, Quark	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J1.2 Kuchen, Gebäck, Milchschnitte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J1.3 Obst, Gemüse, Salat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J1.4 Warme Snacks wie Pizza, Hamburger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J1.5 Süßigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Manche Kinder/Jugendliche finden es langweilig, einfach nur dazusitzen und zu essen. Wenn Du isst, was machst Du dann noch nebenbei?

	immer	oft	selten	nie
J2.1 Fernsehen gucken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J2.2 Computer spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J2.3 Lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J2.4 Spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J2.5 Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J2.6 Ich mache nichts nebenbei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J3 Gibt es mit Deinen Eltern Streit ums Essen?

immer
 oft
 selten
 nie

Es gibt bestimmte Regeln beim Essen, hier sind einige davon aufgezählt. Bitte kreuze für jede Aussage an, wie oft sie bei Dir zutrifft.

	immer	oft	selten	nie
J4.1 Ich verteile meine tägliche Nahrungsmenge auf fünf Mahlzeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J4.2 Ich esse nicht nur zu den festgelegten Mahlzeiten, sondern auch zwischendurch, wenn ich Hunger oder Appetit bekomme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J4.3 Ich überlege mir vor jeder Mahlzeit genau, was und wie viel ich essen will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J4.4 Bei der Lebensmittelauswahl orientiere ich mich an der Ernährungspyramide. Wenn Du die Ernährungspyramide nicht kennst, dann mache bitte nur hier ein Kreuz: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J4.5 Ich mache beim Essen noch etwas nebenbei, zum Beispiel Lesen oder Fernsehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J4.6 Ich trinke vor der Mahlzeit 1 Glas Wasser oder Tee.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J4.7 Ich esse vor jeder Mahlzeit etwas Rohkost (Obst, Gemüse, Salat).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J4.8 Ich verwende einen großen Teller.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J4.9 Ich esse schnell und hastig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kreuze bei jeder dieser Fragen zu Deinem Essverhalten das an, was momentan am ehesten auf Dich zutrifft.

	immer	oft	selten	nie
J5.1 Ich kann mich bei einem leckeren Duft nur schwer vom Essen zurückhalten, auch wenn ich erst vor kurzer Zeit etwas gegessen habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.2 Wenn ich zu viel gegessen habe, dann halte ich mich anschließend beim Essen zurück, um das wieder auszugleichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.3 Es gibt Lebensmittel, die ich grundsätzlich wegen meiner Figur nicht esse, obwohl ich sie mag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.4 Manchmal schmeckt es mir so gut, dass ich einfach weiteresse, obwohl ich schon satt bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.5 Wenn ich ängstlich oder angespannt bin, fange ich an zu essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.6 Ich esse absichtlich kleine Portionen, um nicht zuzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.7 Wenn andere in meiner Gegenwart essen, möchte ich auch mitessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.8 Ich achte sehr darauf, wie ich aussehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.9 Beim Abnehmen halte ich mich streng an einen vorgeschriebenen Diätplan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.10 Wenn ich mich einsam fühle oder Langeweile habe, tröste ich mich mit Essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.11 Wenn ich etwas „Unerlaubtes“ esse, dann denke ich „jetzt ist es egal“ und dann esse ich erst recht viel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.12 Ich esse bewusst weniger, um nicht zuzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.13 Ich esse gewöhnlich zu viel, wenn ich mit anderen zusammenbin, zum Beispiel auf Geburtstagen, bei Freunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.14 Ich lasse Hauptmahlzeiten ausfallen, um nicht zuzunehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.15 Ich esse bewusst langsam, damit ich rechtzeitig merke, wann ich satt bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J5.16 Es kommt vor, dass ich Essen verschlinge, obwohl ich nicht hungrig bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(K-FEV)

Deine Stimmung

In den letzten sechs Monaten ...

	nie oder fast nie	manchmal	fast immer
--	-------------------	----------	------------

K1 ...habe ich mich sehr einsam gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K2 ...habe ich mich sehr angespannt gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K3 ...habe ich mich nervös gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K4 ... habe ich mich deprimiert oder traurig gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K5 ...habe ich mir über viele Dinge Sorgen gemacht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K6 ...habe ich mir große Sorgen über die Zukunft gemacht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K7 ...hatte ich Schwierigkeiten, einzuschlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K8 ...habe ich mich niedergeschlagen gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K9 ...hatte ich Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K10 ...war mir ohne Grund zu Weinen zu Mute.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(SPS-J)

Dein Umgang mit Stress

Unten stehen elf Situationen. Stelle dir bei jeder Situation vor, dass Du sie jetzt erlebst. Gib dann bitte für jede Situation an, wie stark sie dich unter Druck setzt.

Diese Situation...	... setzt mich unter Druck.				
	Überhaupt nicht	kaum	Ziemlich	stark	sehr stark
L1.1 Ich habe zu viele Hausaufgaben auf!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L1.2 Ich habe Schwierigkeiten mit meiner/meinem Lehrer/in!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L1.3 Ich muss zum Sportunterricht!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L1.4 Ich glaube, jemand redet schlecht über mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L1.5 Ich werde in der Schule gemobbt oder gehänselt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L1.6 Ich habe einen Streit/eine Meinungsverschiedenheit mit meinen Eltern!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L1.7 Andere bringen mich in Versuchung etwas zu essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L1.8 Ich muss einem leckeren Essen widerstehen!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L1.9 Ich habe einen Streit mit meiner Freundin/meinem Freund!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L1.10 Ich soll oder will mich wiegen!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(SVF-KJ)

Wenn mich andere Kinder/Jugendliche unter Druck setzen und ich ganz aufgeregt bin, dann ...

	auf keinen Fall	eher nein	Vielleicht	eher ja	auf jeden Fall
L2.1 ... denke ich an Sachen, die mir Spaß machen!	<input type="radio"/>				
L2.2 ... möchte ich mich am liebsten davor drücken!	<input type="radio"/>				
L2.3 ... mache ich mir einen Plan, wie ich das Problem lösen kann!	<input type="radio"/>				
L2.4 ... sage ich mir: So schlimm ist das doch gar nicht!	<input type="radio"/>				
L2.5 ... denke ich mir: Was ich auch tue, es nützt doch nichts!	<input type="radio"/>				
L2.6 ... sage ich mir: ich weiß, dass ich das Problem lösen kann!	<input type="radio"/>				
L2.7 ... zanke ich mich schnell mit jemandem, der mir über den Weg läuft!	<input type="radio"/>				
L2.8 ... fällt es mir schwer, an et-was anderes zu denken!	<input type="radio"/>				
L2.9 ... lasse ich mir von jemandem helfen!	<input type="radio"/>				
L2.10 ... möchte ich am liebsten aufgeben!	<input type="radio"/>				
L2.11 ... denke ich mir: So wichtig ist das doch gar nicht!	<input type="radio"/>				
L2.12 ... sage ich mir: Ich kriege das in den Griff!	<input type="radio"/>				
L2.13 ... möchte ich am liebsten im Bett bleiben!	<input type="radio"/>				
L2.14 ... frage ich jemanden um Rat!	<input type="radio"/>				
L2.15 ... geht es mir in dieser Situation immer wieder durch den Kopf!	<input type="radio"/>				
L2.16 ... versuche ich herauszufinden, was das Problem ist!	<input type="radio"/>				
L2.17 ... kriege ich schlechte Laune!	<input type="radio"/>				
L2.18 ... lese ich etwas, was mir Spaß macht!	<input type="radio"/>				
L2.19 ... möchte ich der Situation am liebsten aus dem Weg gehen!	<input type="radio"/>				
L2.20 ... überlege ich, was ich tun kann!	<input type="radio"/>				

Wenn mich andere Kinder/Jugendliche unter Druck setzen und ich ganz aufgeregt bin, dann ...

	auf keinen Fall	eher nein	vielleicht	eher ja	auf jeden Fall
L2.21 ... möchte ich am liebsten vor Wut platzen!	<input type="radio"/>				
L2.22 ... frage ich jemanden, was ich machen soll!	<input type="radio"/>				
L2.23 ... mach ich mir klar, dass ich das zu einem guten Ende bringen kann!	<input type="radio"/>				
L2.24 ... beschäftigen mich die ganze Zeit Sorgen und Gedanken über diese Situation!	<input type="radio"/>				
L2.25 ... spiele ich etwas!	<input type="radio"/>				
L2.26 ... sage ich mir: Alles halb so wild!	<input type="radio"/>				
L2.27 ... kommt mir alles sinnlos vor, was ich tue!	<input type="radio"/>				
L2.28 ... rede ich mit jemandem darüber!	<input type="radio"/>				
L2.29 ... nörgele ich an allem herum!	<input type="radio"/>				
L2.30 ... mache ich es mir erst mal so richtig gemütlich!	<input type="radio"/>				
L2.31 ... mache ich etwas, das das Problem löst!	<input type="radio"/>				
L2.32 ... kreisen meine Gedanken nur noch um diese Sache!	<input type="radio"/>				
L2.33 ... denke ich mir: Es hat sowieso keinen Zweck mehr!	<input type="radio"/>				
L2.34 ... denke ich mir: Morgen sieht das schon wieder anders aus!	<input type="radio"/>				
L2.35 ... möchte ich mich am liebsten krank stellen!	<input type="radio"/>				
L2.36 ... sage ich mir: Damit werde ich fertig!	<input type="radio"/>				

(SVF-KJ)

Deine Zufriedenheit mit der Rehabilitation Gesundheitliche Veränderungen

N1.1 Hat sich Dein Gesundheitszustand durch die Reha verändert?

- Ja, er hat sich verbessert.
- Nein, er hat sich nicht verändert.
- Ja, er hat sich verschlechtert.

N1.2 Welche Veränderung ist Dir besonders positiv aufgefallen?

N1.3 Welche Veränderung ist Dir besonders negativ aufgefallen?

N2 Wie war Deine eigene Mitarbeit hier in der Reha?

- sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht

Medizinische Betreuung

N3.1 Warst Du mit der medizinischen Betreuung/Versorgung insgesamt zufrieden?

immer
 meistens
 selten
 nie

Wie zufrieden bist Du mit den behandelnden Ärzten & Therapeuten bezogen auf...?

	sehr zufrieden	eher zufrieden	unentschieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
N3.2 ... die Zeit, die sie sich für Dich genommen haben	<input type="radio"/>				
N3.3 ... Freundlichkeit	<input type="radio"/>				
N3.4 ... ihre Beratung und Erklärungen zu Deiner Behandlung	<input type="radio"/>				
N3.5 ... die Informationen, die Du über notwendige Untersuchungen und Behandlungen erhalten hast	<input type="radio"/>				
N3.6 ... die Wartezeiten im Allgemeinen	<input type="radio"/>				
N3.7 ... Dein Behandlungsergebnis insgesamt	<input type="radio"/>				

N4.1 Hat Dir der Diagnosetreff gefallen?

immer
 meistens
 selten
 nie

N4.2 Glaubst Du, dass Du die Dinge, die Du im Diagnosetreff kennen gelernt hast, im Alltag gebrauchen kannst?

alles
 vieles
 einiges
 kaum etwas
 gar nichts

N4.3 Was am Diagnostetreff war besonders gut?

N4.4 Was am Diagnostetreff war nicht gut?

Sport und Physiotherapie

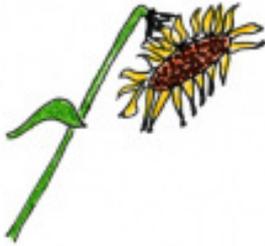
Wie beurteilst Du die folgenden Angebote?

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	schlecht	habe nicht teilgenommen
N5.1 Allgemeiner Sport (Gruppensport)	<input type="radio"/>					
N5.2 Schwimmen (Gruppenschwimmen)	<input type="radio"/>					
N5.4 Diagnosesport	<input type="radio"/>					
N5.5 Freiwillige Sportangebote	<input type="radio"/>					

Weiteres

N6 Was sollten wir noch verbessern?

(Klinik-FB)



Fragebogen für Eltern nach (t₀) der Rehabilitation

Liebe Eltern,

mit diesem Fragebogen möchten wir herausfinden, ob das Nachsorgeprogramm, an dem Ihr Kind teilnimmt, erfolgreich ist.

Indem Sie die Fragen vollständig beantworten, helfen Sie uns die Möglichkeiten der Nachsorge für Kinder und Jugendliche mit Adipositas weiter auszubauen und zu verbessern.

Selbstverständlich bleiben alle Angaben in diesem Fragebogen anonym. Niemand erfährt, was Sie angekreuzt haben.

Bevor Sie starten, noch einige Hinweise:

- ✓ Bitte **lesen** Sie sich alle Fragen und Antwortmöglichkeiten sorgfältig **durch**, bevor Sie Ihre Antwort wählen.
- ✓ Kreuzen Sie je Frage **nur eine Antwortmöglichkeit** an. Sollten Sie versehentlich ein falsches Kästchen angekreuzt haben, streichen Sie die falsche Antwort bitte deutlich durch und treffen Sie Ihre Wahl erneut.
- ✓ Bitte beantworten Sie **jede** Frage, auch dann, wenn Sie Ihnen bekannt vorkommt, oder Sie meinen, dass die Fragestellung keinen Sinn ergibt.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

<p>Wer beantwortet diesen Fragebogen? (Bitte nur eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)</p> <p><input type="radio"/> Mutter</p> <p><input type="radio"/> Vater</p> <p><input type="radio"/> Stiefmutter/PartnerIn desVaters</p> <p><input type="radio"/> Stiefvater/PartnerIn der Mutter</p> <p><input type="radio"/> Sonstige</p> <p>Wer? _____</p>
--

Dokumentationscode

--	--	--

Das Verhalten

Wie gut treffen die folgenden Beschreibungen auf Ihre Tochter / Ihren Sohn zu? Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten

	nicht zu- treffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
P1 Rücksichtsvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P2 Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P3 Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4 Teilt gerne mit anderen Kindern (z.B. Süßigkeiten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P5 Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P6 Einzelgänger, spielt meist alleine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P7 Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P8 Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P9 Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P10 Ständig zappelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P11 Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P12 Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P13 Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P14 Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P15 Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P16 Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P17 Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P18 Lügt oder mogelt häufig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P19 Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P20 Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P21 Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P22 Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P23 Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P24 Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P25 Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(SDQ)

Gesundheit und Bewegung

Wie geht es Ihrem Kind? Wie fühlt es sich? Das möchten wir gerne von Ihnen wissen.

Bitte überlegen Sie, wie es Ihrem Kind in der letzten Woche gegangen ist. Beantworten Sie dann bitte die folgenden Fragen, so wie Sie es von Ihrem Kind und seinen Erfahrungen wissen oder vermuten.

Q1 Was denken Sie: Wie würde Ihr Kind seine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet
 Sehr gut
 Gut
 Weniger gut
 Schlecht

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
Q2 Hat sich ihr Kind fit und wohl gefühlt?	<input type="radio"/>				
Q3 Hat sich Ihr Kind viel bewegt (z.B. beim Rennen, Klettern, Fahrradfahren)?	<input type="radio"/>				
Q4 Konnte Ihr Kind gut rennen?	<input type="radio"/>				

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	nie	selten	Manchmal	oft	immer
Q5 Ist ihr Kind voller Energie gewesen?	<input type="radio"/>				

Gefühle und Stimmungen

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
R1 Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass sein Leben ihm gefällt?	<input type="radio"/>				

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
R2 Hat Ihr Kind gute Laune gehabt?	<input type="radio"/>				
R3 Hat Ihr Kind Spaß gehabt?	<input type="radio"/>				
R4 Hat sich Ihr Kind traurig gefühlt?	<input type="radio"/>				
R5 Hat Ihr Kind sich so schlecht gefühlt, dass es gar nichts machen wollte?	<input type="radio"/>				
R6 Hat Ihr Kind sich einsam gefühlt?	<input type="radio"/>				
R7 Ist Ihr Kind zufrieden gewesen, so wie es ist?	<input type="radio"/>				

Familie und Freizeit

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	nie	selten	manchmal	oft	immer
S1 Hat Ihr Kind genug Zeit für sich selbst gehabt?	<input type="radio"/>				
S2 Konnte Ihr Kind in seiner Freizeit die Dinge machen, die es tun wollte?	<input type="radio"/>				
S3 Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass seine Eltern genug Zeit für es hatten?	<input type="radio"/>				
S4 Hat sich Ihr Kind durch seine Mutter / seinen Vater gerecht behandelt gefühlt?	<input type="radio"/>				
S5 Konnte Ihr Kind mit seinen Eltern reden, wenn es wollte?	<input type="radio"/>				
S6 Hat Ihr Kind genug Geld gehabt, um das Gleiche zu machen wie seine Freunde?	<input type="radio"/>				
S7 Hatte Ihr Kind genug Geld für die Sachen, die es braucht?	<input type="radio"/>				

Freunde

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	nie	selten	Manchmal	oft	immer
T1 Hat Ihr Kind Zeit mit seinen Freunden verbracht?	<input type="radio"/>				
T2 Hat Ihr Kind mit seinen Freunden Spaß gehabt?	<input type="radio"/>				
T3 Haben Ihr Kind und seine Freunde sich gegenseitig geholfen?	<input type="radio"/>				
T4 Hat Ihr Kind sich auf seine Freunde verlassen können?	<input type="radio"/>				

Schule und Lernen

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
U1 Ist Ihr Kind in der Schule glücklich gewesen?	<input type="radio"/>				
U2 Ist Ihr Kind in der Schule gut zurechtgekommen?	<input type="radio"/>				

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	nie	selten	Manchmal	oft	immer
U3 Konnte Ihr Kind gut aufpassen?	<input type="radio"/>				
U4 Ist Ihr Kind gut mit seinen Lehrerinnen und Lehrern ausgekommen?	<input type="radio"/>				

(KIDSCREEN)

Soziodemographie

V1 Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr Kind?

Deutsch

Andere, und zwar: _____

V2 Seit wann lebt Ihr Kind in Deutschland?

Seit seiner Geburt

Seit es _____ Jahre alt war

V3 Wo lebt Ihr Kind hauptsächlich? (Hier bitte nur ein Kreuz machen!)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Bei seinen leiblichen Eltern | <input type="radio"/> Bei seinen Großeltern/anderen Verwandten |
| <input type="radio"/> Bei seiner Mutter und ihrem Partner | <input type="radio"/> Bei Pflegeeltern/Adoptiveltern |
| <input type="radio"/> Bei seinem Vater und seiner Partnerin | <input type="radio"/> In einer eigenen Wohnung |
| <input type="radio"/> Bei seiner Mutter | <input type="radio"/> In einem Heim |
| <input type="radio"/> Bei seinem Vater | <input type="radio"/> Andere, und zwar: _____ |

Nun zum Abschluss noch einige Fragen zu Ihnen. Bitte beachten Sie, dass mit der Rubrik „Mutter“ oder „Vater“ auch diejenigen Personen gemeint sind, die für Ihr Kind diese Funktion übernehmen, wie z.B. der Lebenspartner der Mutter, die Lebenspartnerin des Vaters oder sonstige Personen.

V4 In welchem Land sind Sie geboren? (Bitte für beide Elternteile angeben!)

1) Mutter:

- In Deutschland
 In einem anderen Land, und zwar:

2) Vater:

- In Deutschland
 In einem anderen Land, und zwar:

V5 Welchen Schulabschluss haben Sie?
(Nennen Sie bitte nur den höchsten Abschluss. Bitte für beide Elternteile angeben!)

	Mutter	Vater
Sonderschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Volks-/Hauptschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Real-/Handelsschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachhochschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allg. Hochschulreife (Abitur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Studium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kein Schulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges (Was?): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

V6 Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? (Bitte für beide Elternteile angeben!)

	Mutter	Vater
Auszubildende/r	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In Umschulung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Landwirt/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angestellte/r	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beamter/Beamtin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeiter/in (ungelernt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facharbeiter/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freiberuflich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbstständige/r	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausmann/Hausfrau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rentner/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Student/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
arbeitslos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berufsunfähig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges (Was?): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anhang 6: Transkript eines Gesprächs

B.: Hallo?

I.: Hallo hier ist Miriam Pankatz von der Fachklinik Sylt.

B.: Hallo guten Tag...

I.: Ja ich glaub wir hatten das vereinbart, dass ich am Sonntag noch mal anrufe.

B.: Ja, ich ähm.. ja

I.: Ich war mir nicht mehr ganz sicher, wie wir es besprochen hatten. Passt es denn gerade oder sollen wir es lieber noch mal verschieben?

B.: Also ich hab eigentlich gerade Zeit.

I.: Oh das is gut. Ja wie gehts dir denn jetzt im Moment?

B.: Ähm..also..nich so gut, weil ich bin wieder mit meinem alten Essverhalten halt und ich hab jetzt schon glaub ich voll viel Kilo wieder zugenommen.

I.: Ja..ok

B.: Ja.

I.: Das kann passieren..gerade so in den ersten Wochen, da ist das nicht so ungewöhnlich, dass das vorkommt.

B.: Also bin ich nicht die Erste so?

I.: Nein absolut nicht.

B.: Aaah ok.

I.: Sonst würden wir das ja mit der Nachsorge nicht machen, wenn wir wüssten, dass das überall super läuft. Ähm das ist für die meisten erstmal n bisschen schwierig...

B.: Ok.

I.: Das nimmt dir vielleicht son bisschen den Druck runter, hoff ich jedenfalls.

B.: Jaa.

I.: Ähm was ist denn da schief gelaufen bei dir?

B.: Ähm an den ersten Tag hab ich halt nicht so wie immer gegessen wie in der Kur und dann war das halt, dass nächsten Tag meine Freundin Geburtstag hatte und ich denn da auch wieder bisschen Torten und sowas halt gegessen hab und in der Zeit da auch nicht so viel Sport gemacht hab und dann is ja halt auch meine Cousine jetzt hier gewesen und ..sie isst auch halt gerne viel und dann ham wir auch viel halt unternommen und auch viel gegessen und in der Zeit hab ich auch halt keinen Sport gemacht und hab viel mehr gegessen als sonst so..ja..das war so.

I.: Ok, gut also das was du jetzt beschreibst das ist ja auch eine Ansammlung von außergewöhnlichen Situationen, die man normalerweise ja so nicht hat.

B.: Nein eigentlich nicht..

I.: Ok...gut is jetzt so passiert, kann man jetzt im Moment erstmal nicht ändern, dass das so gelaufen ist..aber es kann ja jetzt auch wieder in die andere Richtung gehen also

B.: Hoffentlich also..

I.: Ja und was ich gut finde, dir ist völlig bewusst, woran es liegt, du kannst es ganz genau benennen..und das ist eigentlich das Allerwichtigste.

B.: Ok.

I.: Also schlimm wäre es nur dann wenn du sagen würdest ja Mensch ich hab so und so viel Kilo zugenommen und keine Ahnung wie das passieren konnte. Ähm das is nicht gut..aber bei dir das ist jetzt mal passiert, überhaupt kein Problem....ähm...was glaubst du ist für dich das Wichtigere das Essen oder der Sport im Moment?

B.: Also ich glaube so der Sport ist für mich grad viel wichtiger.

I.: Ja.

B.: Weil ich das halt viel selten also fast gar nicht mache.

I.: Ja...ok..gut und das mit dem Essen das kam ja auch vor allem dadurch, dass du Besuch hattest und dann andere Leute auch so viel gegessen haben.

B.: Ja.

I.: Ja, ok. Fangen wir mal beim Sport an...ähm...was könnte dir denn Spaß machen?

B.: Ähm also dieses Tennis wollte ich eigentlich gerne machen.

I.: Ja...

B.: Jaa..

I.: das findest du gut? Tennis spielen zum Beispiel im Verein?

B.: Genau.

I.: Mhm..ok, das ist doch n guter Ansatzpunkt..

B.: Ja..

I.: Wo könntest du das denn bei euch machen?

B.: Das weiß ich nämlich gerade gar nicht, wie ich das machen kann.
I.: Ja.
B.: Jaa. Ich möchte dann so gucken oder so, aber..
I.: Alles klar, da fehlt dir also im Moment noch so der Ansatzpunkt, du weißt gar nicht wo du da hingehen könntest?
B.: Genau.
I.: Ja..ähm also wir haben hier immer noch das Angebot, dass wir für dich auch Vereine raussuchen würden..
B.: Das wär eigentlich auch so ganz gut denk ich, weil ich weiß nicht, ob ich das jetzt alleine auch noch machen würde oder so das...wä eigentlich ganz nett..
I.: Gut, weil das wäre ja dann jetzt vielleicht der Punkt, wo wir sagen könnten da fangen wir jetzt dann mal an zu schauen...gut dann lass uns das doch mal genauer definieren..
B.: Ok.
I.: Also Tennis solls sein..hast du da schon irgendwelche Erfahrungen mal gesammelt?
B.: Nein aber in der Kur hab ich dieses Tennis halt gespielt und das hat mir Spaß gemacht, also im Sportunterricht haben wir das meistens da gemacht und das fand ich irgendwie cool.
I.: Ja. Habt ihr da Netze aufgebaut oder wie habt ihr das gemacht?
B.: Also ähm..wir ham einfach frei gespielt also ohne Netze..aber wir haben dann also Zweier Partner und dann haben wir immer so gegenseitig dieses kleine Federball oder so halt..
I.: Ok. Ähm was würde dir mehr Spaß machen also richtiges Tennis also mit dem großen gelben Ball oder lieber Federball?
B.: Is Federball das mit dem also das is kein richtiges Ball sondern eher so ein anderes Ball?
I.: Genau son kleines Bällchen und da oben dran da is son Schaft.
B.: Genau das will ich gerne machen.
I.: Ok alles klar, gut, dass wir das geklärt haben..das ist ähm Badminton, so nennt sich das.
B.: Ah ok.
I.: Mhm..ähm tennis hat andere Schläger und hat son großen gelben Ball..
B.: Achso.
I.: das hast du bestimmt schon mal im Fernsehen irgendwo gesehen..ok..gut, dass ich gefragt habe..also dann Badminton....gut und also die Erfahrung das ist jetzt bislang das aus der Kur du hast das noch nie im Verein gemacht oder so?
B.: Nein also noch nie so.
I.: Ok, alles klar, weil..wenn wir nach Vereinen suchen, dann haben die häufig so verschiedene Gruppen, so Anfänger, Fortgeschrittene und so..deswegen frag ich das.
B.: Ah ok.
I.: Gut und jetzt ich weiß du kommst aus Hamburg.
B.: Genau aus Hamburg.
I.: Hamburg ist ja ziemlich groß. Wie ist das da für dich mit der Erreichbarkeit? Wo könntest du hinfahren?
B.: Also ähm ich könnte zum beispiel ähm nicht zu Wilhelmsburg oder so also Altona da, Barenfeld und Osterferborn und Scheenefeld da könnt ich so.
I.: Ok, warte ich schreib mir die Stadtteile gerade mal auf, also das war Schönefeld..was noch?
B.: Osterferborn so..
I.: Ostufer..born richtig?
B.: Und Altona ähm...und halt auch Elbtorstraßen und so aber halt nicht Wilhelmsburg oder so..das is zu weit weg.
I.: Ok.....ok, ich hab jetzt Schönefeld, Ostuferborn, Altona, du hattest noch was das hab ich nicht ganz verstanden.
B.: Also Barenfeld.
I.: Barenfeld, ok.....ich kenn mich in Hamburg nich so mit den Stadtteilen aus, deswegen muss ich zum Teil echt überlegen wie man die schreiben könnte (lacht). Ok..alles klar...ähm gibt es noch was, was dir da wichtig wäre?
B.: Also von Sport her oder
I.: Mhm oder wenn wir jetzt suchen, irgendwas, was du ausschließen würdest oder was da auf jeden Fall mit drin sein sollte im Verein?
B.: Ja ähm, schwimmen geh ich ja schon so alleine manchmal..aber ähm irgendwie äh ähm dings Boxen also dieses Thai Bo Boxen oder
I.: Ja..das findest du auch gut?
B.: Ja, also irgendwie sowas mit Boxen und so auch.....
I.: Ok, gut..dann hätten wir ja schon zwei Sachen sogar und können einfach mal ganz unverbindlich gucken, also das heißt dann, dass in Hamburg was rausgesucht wird, was also wir nehmen auch mal

Kontakt dann mit den verschiedenen Sportvereinen auf und fragen wann finden da überhaupt Kurse statt und so..schicken mir das dann zu und sobald ichs habe, geht es dann per Post an dich.

B.: Ok.

I.: Und du kannst dir das dann einfach anschauen, ob dir das zusagt, ob dir das von den Zeiten passt und wenn ja dann kannst du dich da einfach melden und sagen so hier bin ich, für mich war gesucht worden...das ist dann das Einzige, was du machen musst..

B.: Ah ok, vielen Dank.

I.: Kein Problem, dafür machen wirs ja.

B.: Und ich hab noch ne Frage also ähm weil also in der Kur gabs ja auch so Mädels und die ham halt Gesangsunterricht gemacht und dadurch wurden die auch selbstbewusster irgendwie und ich wollte fragen, ob das eigentlich auch so Verein is so bischen so Gesangsunterricht hat irgendwie.

I.: Ja, also das gibts schon also es gibt Chöre..es gibt ganz gezielten Gesangsunterricht...das sind dann so Einzelstunden...ähm...da könnten wir auch nach suchen also super, is mal was Neues.

B.: Jaa. Ja das..

I.: Ja..jetzt ist die Frage wie du das am liebsten machen würdest also richtiger Gesangsunterricht so mit eine Stunde die Woche Einzelunterricht..ist natürlich ziemlich teuer..

B.: Ja ich glaub auch

I.: Mhm das muss man einfach dazu wissen, ähm bei Chören is das anders, da kann man häufig einfach eintreten..und dann..ja machen die oder kannman da mitmachen.

B.: Ah und ähm man kann trotzdem son bisschen Stimmen also auch.

I.: Ja.

B.: Ja das glaub ich wär dann mir lieber, wenn das nicht so teuer wär so.

I.: Ok.

B.: Ja.

I.: Ich kann das ja mal aufschreiben also Gesangsunterricht an sich halt eben wenn das nicht diese superteuren Sachen sind..oder ansonsten Chöre..ähm bei Chören fällt mir gerade dazu ein, dass is ne blöde Frage, aber welcher Religion gehörst du eigentlich an?

B.: Achso ähm Islam also Moslem.

I.: Ok, alles klar..ich dachte ich frag mal lieber, weil also ganz viele Chöre die gibt es in christlichen Kirchen.

B.: Ah ok.

I.: Ich weiß nicht, wäre das theoretisch trotzdem ne Option oder eher nicht?

B.: Ich bin mir nicht sicher gerade, aber ähm also was singt man denn da also..

I.: So unterschiedliche Sachen, viel natürlich dann christliche Lieder ..

B.: Ah ok..

I.: Ähm ist die Frage, ob wir das gleich von vornerein ausschließen sollen oder, ob du das trotzdem einfach mal ausprobieren könntest oder wolltest..

B.: Äh also ausprobieren kann ichs ja, aber ich bin mir jetzt grad nicht so sicher dann ob das..

I.: Ok alles klar, dann kann ich das ja gleich mal dazu schreiben.

B.: Ok.....

I.: Genau, weil sonst suchen wir da in die völlig falsche Richtung..und bieten dir am Ende fünf kirchliche Chöre an und (lacht) das wär ja nicht so günstig. Aber ich vermute mal, dass es in Hamburg auch andere Sachen gibt.

B.: Ja ok.

I.: Das is ja also in kleinen Orten, da ist das ja anders, da gibt es meistens nur die Kirche..die sowas macht, aber ich glaube in Hamburg da wird es da schon mehr geben..

B.: Ok....

I.: Gut, mh ja dann ham wir da ja schon etwas..wo wir ansetzen können. Das kann jetzt so zwei, drei Wochen dauern oder so bis ich da wirklich Ergebnisse habe, aber sobald sie da sind, schicke ich sie dir..

B.: Ok vielen also danke schön.

I.: Gerne, dafür sind wir ja da hier.....bis das so weit ist, was könntest du denn noch machen?

B.: Irgendwie wollt ich auch so ehrenamtlich irgendwie arbeiten so bei ähm so zum Beispiel bei den Altenheimpflegern oder so..also halt umsonst arbeiten, aber ich weiß jetzt auch nicht wo man das machen kann und ich glaub das würde dann auch also..viel Spaß bringen sowas zu machen, aber ich weiß nicht wie ich das machen kann...

I.: Ja...ok...also is ne super Idee, bringt ja auch ganz viel Aktivität in deinen Alltag dann ..und du kriegst irgendwie noch was zurück nämlich hoffentlich die Dankbarkeit von Leuten.

B.: Ja..

I.: Ähm..was könntest du dir vorstellen, was würdest du gerne machen im Altenheim?

B.: Also ähm irgendwie ähm also zum Beispiel wenn man das Essen verteilt oder irgendwie so oder halt ähm denen mit denen reden oder irgendwie sowas in der Art.

I.: Ja. Das ist doch super....also ich weiß, dass Altenheime eigentlich immer nach Leuten suchen..die genau das machen, was du gerade beschrieben hast. Denn die Menschen die da wohnen sind ja teilweise schon etwas einsam, weil dann die Familie auch nicht mehr da wohnt und so ..ähm hast du bei euch in der Nähe ein Altenheim?

B.: Ähm..ich weiß es gar nicht so. Ich hab gar nicht drauf so geachtet, bisher hab ich noch keine gesehen.

I.: Ja.....ich überlege gerade, wer sowas wissen könnte. Also..in erster Linie natürlich die Träger von Altenheimen ..Träger, das sind eben die, denen das Altenheim gehört und die das leiten....das ist häufig die Stadt also in diesem Fall die Stadt Hamburg..das könnte das rote Kreuz sein...viele Altenheime sind auch in kirchlicher Trägerschaft..wobei das jetzt nicht heißt, dass die also dass da das Christentum so ne große Rolle spielt sondern einfach von der Tradition her gehören die dann der evangelischen oder der katholischen Kirche..das gibts auch häufig, aber die sind dann eben einfach nur Geschäftsführer.

B.: Achsoo.

I.: Ähm das heißt also das sollte dann auch keine Probleme für dich geben oder so ..

B.: Ok (lacht)

I.: Ähm.....also das sind so die Ansprechpartner, die man meistens hat. Sollen wir da einfach mal mit nach suchen?

B.: Ja also das wär gut eigentlich.

I.: Ja, denn du kannst dich ja bei dir zu Hause auch mal umhören.

B.: Ja kann ich ja machen, also fragen..

I.: Also es ist immer son bisschen schwierig das weiß ich, wenn man davor steht und niemanden kennt..der irgendwie mit dem Bereich zu tun hat..oder kennst du irgendwen der im Altenpflegebereich arbeitet?

B.:...ähm...meine Freundins Mutter arbeitet im also als Krankenschwesterhelferin so..aber ich weiß nicht, ob sie damit so zu tun hat, aber ich kann sie ja mal fragen so.

I.: Ja. Ob die auch sowas gebrauchen oder ja also es kommt halt eben immer darauf an, wenn sie Krankenpflegerin ist, wird sie wahrscheinlich eher im Krankenhaus arbeiten oder?

B.: Ja also sie arbeitet auch im Krankenhaus auch abends und

I.: Ja genau..wobei das vielleicht auch eine Möglichkeit wäre also Krankenhäuser, die suchen auch häufig Leute, aber ist denn vielleicht nicht ganz das, was du suchst.

B.: Ja, das kann sein.

I.: Ja.....ok also ich nehm das mal mit auf ähm...ich denke also da muss auf jeden Fall jetzt irgendwas zu finden sein, also ich hab jetzt Badminton, ich hab Thai Bo aufgeschrieben, Gesang beziehungsweise Chor und ehrenamtliche Tätigkeit..das ist doch großartig.

B.: Ja.....

I.: Gut, gibt es noch was woran du Interesse hättest?

B.: Ähm....irgendwie äh.....also jetzt gerade ähm so ich weiß nicht, obs da so Vereine gibts oder so, aber ähm damit man irgendwie ähm also wenn man joggt dann hat man ja nicht so gute Ausdauer obs da so Vereine gibts, die Ausdauer trainieren irgendwie.

I.: Ja...wie du das am besten machen kannst.

B.: Genau, ich wollte also ich weiß nicht obs das gibt, aber vielleicht kennen Sie ja welche oder die.....

I.: Also ich fang mal beim allgemeinen Thema Joggen an.....ich nehme jetzt an du hast das zu Hause einfach mal versucht mit dem Joggen?

B.: Ja, das war nicht so Joggen wie ich das in der Kur gemacht habe..

I.: Ja. Also das ist auch gar nicht verwunderlich..wenn man ziemlich neu mit dem Joggen anfängt...dann schafft man 50 Meter und ist völlig aus der Puste..

B.: Und wieso eigentlich?

I.: Ja weil man sich da wirklich gaanz ganz langsam ranarbeiten muss, also man sieht ja immer die Leute, die dann gleich den großen Marathon laufen und denkt sich boah..ich will doch nur einen Kilometer schaffen, wieso klappt das nicht? Aber das ist tatsächlich völlig normal, das ist bei jedem so, der mit Joggen anfängt.....also das wenn du es jetzt selber machen möchtest, du kannst es natürlich ganz ganz langsam versuchen..dass du dir einfach immer kleine Strecken vornimmst, also je nachdem ich weiß jetzt nicht, wie weit du genau kommst bis du aus der Puste bist ..aber sagen wir mal ähm du nimmst dir vor ok da vorne bis zum Ende der Straße will ich jetzt joggen..und dann mach ich Pausen..das sind dann vielleicht nur 50 Meter, aber wenn du die erreicht hast, dann ist das wirklich der Punkt wo du ne Pause machen kannst, da kannst du dann vielleicht mal zwei Minuten gehen..einfach einmal im Kreis rum zwei Minuten und dann die 50 Meter wieder nach Hause joggen..und damit könnte dann das Sportprogramm für den Tag wirklich beendet sein oder das Jogoprogramm. Am nächsten

Tag machst du das ganze wieder, wieder 50 Meter hin..zwei Minuten gehen, 50 Meter zurück Ende. Und ähm wenn du das ganz regelmäßig machst also jeden Tag..vielleicht auch mal zwischendurch mit nem Tag Pause dann wirst du vielleicht nach ner Woche merken ah okay..jetzt brauche ich nur noch eine Minute Pause und ich schaffe es 20 Meter weiter..und das ist wirklich dieses sich ganz ganz langsam daran tasten und nach und nach steigern, also das dauert wirklich und da darf man sich wirklich nicht frustrieren lassen und ähm..das ist wirklich bei jedem so. Eine zweite Sache ist die meisten die mit Joggen anfangen, die..laufen von vornerein zu schnell und sind dementsprechend schnell aus der Puste. Mh wir haben das in der Uni auch mal gemacht so um jede Sportart mal auszutesten und äh also das war wirklich nur 30 Meter, Pause 30 Meter zurück und wir haben dann immer Ärger von unserer Sportlehrerin bekommen, weil die gesagt hat ihr seid viiel zu schnell..ihr habt für die Strecke zwei Minuten gebraucht, jetzt lauft ihr die bitte noch mal aber dieses Mal braucht ihr drei Minuten, ihr wart zu schnell..mh das klingt erstmal völlig absurd..

B.: Ja.

I.: Aber das ist wirklich dieses sich langsam rantasten und das nach und nach versuchen. Ähm..so könntest du mal versuchen.

B.: Ja kann ich ja mal versuchen..

I.: Wenn du dann irgendwann son bisschen weiter bist dann könntest du dir auch überlegen dich zu einem Lauffreff..anzuschließen, wo du das dann mit mehreren Leuten gemeinsam machen kannst...wäre ne Option.

B.: Ja, ich glaub das wär eine gute Idee....ja.

I.: Genau also da kannst du in Hamburg auch mal schauen...vielleicht auch einfach im Internet mal googlen..was es da gibt. Aber damit würd ich warten..bis ich meinen eigenen Rhythmus gefunden habe, also vielleicht erstmal für dich alleine und wenn du merkst so jetzt schaff ich 200 Meter dann vielleicht mal bei nem Lauffreff vorsichtig anfangen.

B.: Ok....ja..

I.: ja, aber es ist total super, du hast so viele Pläne so viele Sachen, die du gerne machen möchtest.....also wenn jetzt nur eine von den Sachen über die wir jetzt gesprochen haben..wenn du nur mit einer wirklich jetzt regelmäßig anfängst dann ist das doch schon ein riesen Fortschritt..

B.: Ja das glaub ich auch

I.: Also jetzt ähm ich will dir keine Ratschläge geben aber so aus meiner Erfahrung würd ich dir einfach sagen versuch nicht alles auf einmal zu machen das bringt nämlich nur Frustration..

B.: Jaa?

I.: Ja, also weil das ist eigentlich ärgerlich, wenn man wirklich alles machen möchte, aber..dann merkt so schnell gehts nicht..taste dich da einfach mal ganz langsam ran..

B.: Ok.....

I.: Ja also im Ernst so schlecht wie du mir das eben am Anfang dargestellt hast ich finde so schlimm ist das bei dir nicht..Überhaupt nicht.

B.: Aber das sind ja schon viele Kilos wieder also..

I.:Ok aber ähm...du musst jetzt auch überlegen, dass bei dir jetzt da ganz viel zusammengekommen ist. Du bist nach Hause gekommen, dann hatte erst deine Freundin Geburtstag, dann war deine Cousine zu Besuch da..wenn man Besuch hat ist das auch ohnehin schwieriger seine eigene Sache durchzuziehen.....wie ist das denn seitdem deine Cousine wieder gefahren ist?

B.: Also noch ist sie ja hier, aber sie ist gerade bei meinem Oma und meinem Opa..aber also sonst gerade ist es ganz ok, aber...ja.

I.: hast du mal mit ihr darüber gesprochen, dass du im Moment andere Ziele hast als..so viel zu essen?

B.: Ja also ähm aber sie ist auch son bisschen pummelig wie ich..und..sie isst halt gerne und dann ist es halt voll schwer auch für sie, weil sie isst ja so und das ist ja eigentlich auch egal wie dick sie ist oder so, weil dann isst sie einfach und ähm also aber sie achtet schon darauf, dass sie nicht vor mir so viel isst, aber sie isst trotzdem schon noch.....

I.: Was hat sie denn gesagt als du sie darauf angesprochen hast?

B.: Dass ich das nicht so ernst nehmen soll und..dass ich von alleine wenn ich groß bin dann abnehme und sowas halt...

I.: Mhm..was hast du ihr darauf entgegnet?

B.: Dass ich das eigentlich schon jetzt gerne weiter durchmachen also durchziehen will, weil wenn ich das jetzt aufhör, dann hab ich Angst, dass ich später nicht mehr weiter machen kann und das hab ich ihr halt so gesagt und dann war sie erstmal so n bisschen geschockt und dann..hat sie dann halt aufgehört zu essen und dann ja..gings eigentlich so.

I.: Ok also nach und nach..geht das jetzt besser?

B.: Genau. Aber also ich ess trotzdem noch viel Süßes und kann mich noch nicht so kontrollieren wie da...

I.: Ja..wodurch kommt das denn, dass du völlig unabhängig von deiner Cousine viele Süßigkeiten isst?

B.: Ich glaub ähm..das ist grad weil das alles ähm, also anfangs war es weil es so neu wieder war und denn so alles kam und jetzt ist es halt wieder der ganze Schulstress und dann auch von Familie her das ganze Stress und dann kommt das irgendwie halt zusammen und dann nimmst du zu und dann siehst du die Kilos dann wirst du schon depressiv und dann isst du schon weiter, weil du weißt jetzt wie, dass du wieder zugenommen hast irgendwie, bei mir ist das grad so.....

I.: Ok, das heißt das ist dann ein bisschen so ein Teufelskreis in den du da wieder reingekommen bist

B.: Genau..

I.: N bisschen mehr gegessen wegen Stress, gemerkt du hast zugenommen..noch mehr Stress und dann wird wieder..gegessen ist das so richtig?

B.: Ja genau..

I.: Ok....mh was könntest du denn bei Stress machen statt Süßigkeiten zu essen?

B.: Ähm...ich hab ich weiß gerade nicht so, weil ähm auch wenn ich das grad nicht sehe, denk ich auch grad schon an Süßigkeiten und so....ja..also ich weiß grad nicht was ich dann dafür machen könnte oder so.

I.: Ja..

B.: Ja.

I.: Mh...was tut dir denn so richtig gut?

B.: Ähm also wenn ich rausgehe oder wenn ich gerade esse oder so..

I.: Mhm, rausgehen und essen das sind so die Sachen, die für dich richtig Entspannung bringen?

B.: Ähm also eigentlich eher Fahrrad fahren, das entspannt mich eigentlich..

I.: Ja.....mh....wenn also ich kenn ja jetzt die Situation nicht, aber du hast eben gesagt in deiner Familie gibts auch manchmal Stress..

B.: Ja das stimmt.

I.: Mhm was passiert da?

B.: Also meine Eltern streiten sich oft mit meiner Schwester und ..also äh meine Schwester is jetzt grad auch jetzt in die Türkei einfach gegangen.

I.: Ja..

B.: Und deswegen is meine Mutter jetzt grad auch voll traurig und...ähm ja dann kommt es auch wird bei mir auch son bisschen übertragen so..jaa..

I.: Deine Mutter is traurig?

B.: Genau.

I.: Dann wirst du selber auch traurig.....wann..oder was sind das dann für Situationen wo du dann zu den Süßigkeiten greifst? Wenn du in deiner Familie Stress hast?

B.: Ähm....das ist...also wann ich dann die Süßigkeiten nehme?

I.: Ja..

B.: Ja also wenn meine Mutter oder mein Vater jetzt..miteinander reden und dann irgendwie..über die Miete oder über die Miete..dann werd ich halt irgendwie auch nervös und dann geh ich einfach zum Laden oder ähm esse halt viel zu viel, wens hier nichts Süßes gibt, dann ess ich einfach viel zu viel und solchen Situationen zum Beispiel.

I.: Mhm..ja.....das heißt also deine Eltern reden in diesem Fall über Geld, das macht dich nervös.

B.: Ja also auch so stressig son bisschen.....ja.

I.: Ok.....du hast gerade schon gesagt du gehst dann zum Laden und kaufst da dann was Süßes ..

B.: Was ich mir hole?..Ähm Schokolade is so das meiste so.

I.: Ja.....ok....und wenn das dann der Fall ist dann hast du halt eben wieder was gegessen..aber du hast ja gerade schon gesagt, dass Radfahren für dich eigentlich genauso gut Entspannung wäre..

B.: Stimmt aber Fahrradfahren ist dann in der Situation viel zu anstrengend, das Fahrrad dann noch rauszuholen dann..fahren dann denk ich die ganze Zeit dann muss ich das alles machen, dann geh ich ganz schnell zum Laden und kauf dann da gehts mir auch besser irgendwie..

I.: Ja..kurzzeitig is es dann für dich besser?

B.: Jaa.....

I.: Was kommt dann danach?

B.: Danach fühl ich mich irgendwie schlecht also..sehr schlecht irgendwie und ähm..ich fühl mich jetzt auch viel viel dicker als ich also..also vor der Reha war ich ja auch schon n bisschen pummelig und jetzt fühl ich mich also da wird mir auch so schlecht irgendwie...ja.

I.: Jetzt stell dir mal du hast genau diese Situation wieder gehabt also deine Eltern ham über Geld geredet...du gehst nach unten holst dein Fahrrad und fährst ne halbe Stunde Fahrrad...kannst du dir das vorstellen?

B.: Ja, das ist ein gutes Gefühl.....

I.: Also du musst das ja nicht immer und jedes Mal schaffen...aber was hindert dich daran das trotzdem einfach mal auszuprobieren?

B.:...Eigentlich gar nichts ja...ich kanns ja mal versuchen, aber ich bin immer so ein ein bisschen so faules Mädchen, eigentlich wollt ich das nicht sein, aber...ja....

I.: Sowas hat man mal.

B.: Jaa.....

I.: Ok also wir müssen das jetzt auch gar nicht weiter vertiefen..aber du kannst es ja einfach mal ausprobieren..nur so.

B.: Ja, das kann ich mal versuchen..

I.: Nur so als Anregung, mehr nicht...

B.: Ja.....

I.: Was gibts im Moment noch, was für dich wichtig ist?

B.: Also ähm..ich schreib ja bald meine Hauptprüfung und ähm und ähm also...ich weiß jetzt grad nicht was ich werden soll so, aber ich glaub das is eher so das kann ich schon selber irgendwie herausfinden was ich werden kann..glaub ich. Sonst hab ich eigentlich nich so Probleme.

I.: Ja. Herausfinden was du werden kannst? Du meinst jetzt bezogen auf die Berufswahl oder?

B.: Genau.

I.: Mhm...das ist auch ne wichtige Phase.

B.: Ja....

I.: Was macht dir denn Spaß?

B.:...Irgendwie ähm mit Menschen irgendwas zu machen, aber halt so ähm nicht Erzieherin werden oder so sondern im Ausland irgendwie..mit Menschen etwas zu tun haben also im Ausland so irgendwie ..ja....

I.: Ja.....das is ja sogar schon relativ konkret ..

B.: Ja.....

I.: Du hast also wie lange hast du jetzt noch Zeit bis du da zum Beispiel Bewerbungen schreiben musst?

B.: Also da hab ich noch n bisschen Zeit, weil ..ich kann mich noch nicht entscheiden, ob ich noch mal n Haupt weiter machen soll oder aufhören soll oder deswegen aber wenn ich jetzt meinen Haupt mache und danach abreche hab ich jetzt nur noch gerade so vier Monate oder so Zeit und dann müsst ich schon anfangen Bewerbungen zu schreiben....

I.: Was hättest du dann für einen Abschluss?

B.: Für einen Abschluss?

I.: Mhm..

B.: Also jetzt wenn ich jetzt meinen beende also 9.Klasse hab ich denn meinen Hauptabschluss und danach würd ich eigentlich auch schon aufhören weil also mit der Schule also weiß ich, dass ich nicht weiter mehr machen will irgendwie..

I.: Warum nicht?

B.: Weil also ähm ich also ich lern auch nicht so gerne und also ich könnte eigentlich auch gut sein, aber ich bemü mich auch nicht so gerne irgendwie..und irgendwie weil ich war ja jetzt auch lange schon so viele Jahre in der Schule und dann will ich irgendwie nicht mehr noch weiter machen.

I.: Ja.....du hättest dann den Hauptschulabschluss.

B.: Ja.

I.: Was für Jobs kämen denn dann infrage für dich?

B.: ..hmm..das is irgendwie noch das Ding, weil ich weiß jetzt nicht was ich machen kann, weil ähm ..ich hab nie darüber vorher nachgedacht, weil also Erzieherin wollt ich ja werden, aber ähm zu studieren und sowas alles ähm glaub ich das dauert irgendwie halt n bisschen zu lange.

I.: Ja.

B.: Und ..deswegen ich weiß jetzt nicht mehr was ich werden will...ja.....

I.:Ok..also du hast ja wirklich noch son bisschen Zeit für die Entscheidung.

B.: Genau..

I.: Deswegen is da jetzt noch nicht so der Druck dahinter ...habt ihr denn bei euch in der Schule so etwas wie eine Berufsberatung?

B.: Ja wir haben grad einen Herr Ehlers glaub ich und der hilft uns bei der Berufsberatung.

I.: Mhm...ok, denn dann also da du jetzt im Moment noch so keinen richtigen Druck hast ist das ja im Moment wirklich die Zeit wo du dir mal..wo du dich damit in Ruhe auseinandersetzen kannst.

B.: Ja....

I.: Und es könnte dabei ja auch rauskommen, dass du irgendwas machen möchtest ähm ja wozu man ne bestimmte Ausbildung braucht, wozu vielleicht dann noch mit der Schule und sei es nur ein Jahr..weiter machen müsstest, dann aber genau das Richtige machen könntest...

B.: Dann würd ich ja auch ein Jahr länger machen wenn das mir gefallen würde, zum Beispiel dieser Job, aber..ja..

I.: Aber deswegen fragte ich gerade, das ist doch gut, dass du da im Moment schon Beratung hast.

B.: Ja das is gut...ja.....

I.: Ja also ich finde wir haben jetzt schon wahnsinnig viel besprochen.

B.: Ja glaub ich auch.

I.: Ähm wie schätzt du das ein, bist du jetzt für dich persönlich son bisschen weiter gekommen oder wo gibt es für dich jetzt noch gerade totale Unsicherheiten?

B.: Also ähm ich glaube dies Gespräch hat mir ein bisschen geholfen, also wieder ein bisschen..ein bisschen auch Hoffnung wegen den Verein irgendwie und das mit dem Fahrrad kann ich ja auch versuchen wenn ich irgendwann merke, dass meine Eltern wieder um Geld streiten oder so, dass ich dann einfach Fahrrad fahre ne halbe Stunde oder so....

I.: Ja.. du kannst das wirklich einfach mal..nur ein einziges Mal versuchen und wenn du es gemacht hast dann präg dir einfach mal das Gefühl gut ein, das du dann danach hast...

B.: Ja...

I.: Denn ich glaube das wird n ganz ganz tolles Gefühl sein.

B.: Das glaub ich auch also..ja.....

I.: Ok....was hältst du davon wenn wir dann jetzt erstmal unseren nächsten Termin ausmachen?

B.: Das wär jetzt ok also..

I.: Ok.

B.: Das wär in Ordnung...

(Terminvereinbarung)