

# Ernährungsbezogene Gruppenangebote in der medizinischen Rehabilitation aus Rehabilitandensicht: Ergebnisse einer Fokusgruppen-Befragung

M. Klemmt<sup>1</sup>, A. Reusch<sup>2</sup>, R. Küffner<sup>1</sup> & K. Meng<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Universität Würzburg

<sup>2</sup> Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e.V., Würzburg

## Kurzfassung:

Ziel der Studie war es, Aspekte bedarfsgerechter ernährungsbezogener Gruppenangebote auf Basis subjektiver Erfahrungen und Bedürfnissen von Rehabilitanden zu ermitteln. Es wurden fünf indikationshomogene, leitfadengestützte Fokusgruppen mit 37 Rehabilitanden durchgeführt. Die Daten wurden nach der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016) ausgewertet. Die Aussagen konnten in einem Kategoriensystem mit 20 Oberkategorien und 23 Unterkategorien abgebildet werden. Diese wurden den Themenbereichen Alltagstauglichkeit, Individualitätsbezug, praktische Übungen sowie allgemeine Gestaltung und Vermittlung zugeordnet. Rehabilitanden legen bei ernährungsbezogenen Gruppenangeboten großen Wert auf deren inhaltliche und methodische Alltagstauglichkeit. Andere, in vergleichbaren Studien identifizierte Faktoren, wie z. B. soziale Unterstützung, sind von den Befragten nicht geäußert worden. Die Ergebnisse liefern Hinweise zur bedürfnisorientierten Gestaltung von ernährungsbezogenen Gruppenangeboten aus Rehabilitandensicht, die bestehende Befunde zur patientenorientierten Schulungsgestaltung unterstützen.

## Schlüsselwörter:

Ernährungsberatung und -schulung, Gruppenprogramme, Patientenorientierung, stationäre Rehabilitation, Fokusgruppen

## Nutritional group offers in medical rehabilitation from the rehabilitands' view: a focus group study

### Abstract:

The aim of the study was to identify aspects of nutritional group offers based on subjective experiences and needs of patients in medical rehabilitation. Five indication- and guideline-based focus groups were performed with 37 patients. Data was analyzed with the content-structuring content analysis according to Kuckartz (2016). The statements were mapped in a category system with 20 main categories and 23 subcategories. These were assigned to the topics of suitability for daily use, individuality, practical exercises as well as general design and didactics. Patients attach great importance to the everyday life transfer in nutritional offers. Other factors, which were identified in prior research, e.g. social support, were not mentioned by the participants. The findings provide evidence on the quality of nutritional group offers in inpatient medical rehabilitation from a patient's perspective, which supports the existing findings on patient-oriented training design.

### Keywords

Nutrition training, group programs, patients' perspective, inpatient rehabilitation, focus groups

## 1 Hintergrund

Die Kosten für das Gesundheitssystem, die aus Fehlernährung resultieren, belaufen sich in der Bundesrepublik Deutschland Schätzungen zufolge auf mehr als 16 Mrd. Euro (Meier et al., 2015). Ein Anteil von 52 % der erwachsenen deutschen Bevölkerung gilt laut Mikrozensus 2013 als Übergewichtig. Damit kommt der gesunden Ernährung eine große Bedeutung in der Prävention zu. Innerhalb des Gesundheitssystems übernimmt vor allem die Rehabilitation eine herausragende Rolle in der Ernährungsmedizin und -beratung (Hauner, 2013). Ernährungsbezogene Interventionen sind ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitationsbehandlung. In den Reha-Therapiestandards (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015) ist Ernährungsberatung und -schulung für alle Indikationen ein eigenständiges evidenzbasiertes Therapiemodul (ETM). Der festgelegte Mindestanteil zu versorgender Rehabilitanden (20 % Chronischer Rückenschmerz; 70 % Diabetes mellitus Typ 2) sowie der geforderte zeitliche Umfang (R=45 – 180 Min.) variiert aber je nach Indikation. Das ETM beinhaltet Einzelberatung und verschiedene Gruppenangebote. Zudem sind ernährungsbezogene Gruppenangebote (EG) aber auch in interdisziplinär vermittelten Therapiemodulen (z.B. indikationsspezifische Schulungen, Seminar zur gesunden Ernährung, Psychologische Gruppe zum Ernährungsverhalten) enthalten und mit anderen Therapiebausteinen verknüpft (vgl. auch Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL); Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014). Aufgrund der heterogenen Anforderungen sind differenzierte Konzepte und Bedarfe hinsichtlich der Ausgestaltung von EG anzunehmen. Eine Bestandsaufnahme in deutschen Rehakliniken konnte eine Vielzahl an EG in der Praxis identifizieren, deren Anzahl und Zusammenstellung zwischen den Rehabilitationseinrichtungen bzw. Teams der Ernährungsfachkräfte variiert (Meng, Klemmt, Toellner & Reusch, 2020). Für die ernährungsbezogene Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation liegen bisher nur wenige publizierte Programme und keine Wirksamkeitsnachweise vor. International besteht Evidenz für die Wirksamkeit von ernährungstherapeutischen Interventionen (u.a. Carvalho, Bedeschi, Dos Santos & Souza Lopes, 2016; Desroches et al., 2016; Fjeldsoe, Neuhaus, Winkler & Eakin, 2011; Spahn et al., 2010). Außerdem geben Metaregressionen Hinweise zur Wirksamkeit einiger Techniken der Verhaltensänderung (Behaviour Change Techniques BCT) hinsichtlich gesunder Ernährung und Gewicht (u.a. Craddock et al., 2017; Lara et al., 2014; Samdal, Eide, Barth, Williams & Meland, 2017). Grundsätzlich kommen aber auch die für Patien-

tenschulungen in der Rehabilitation erarbeiteten theoretischen Grundlagen, didaktischen Konzepte und Qualitätskriterien (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014; Feike & Spörhase, 2012; Küffner & Reusch, 2014; Ströbl et al., 2007) für ernährungsbezogene Gruppenangebote zum Tragen. Hierzu gehören ein curriculärer Aufbau, eine Manualisierung, eine begrenzte Teilnehmerzahl sowie eine aktive Patientenbeteiligung mittels verschiedener Vermittlungsmethoden. Schulungen dienen nicht nur zur Informationsvermittlung, sondern sollen die Entscheidungsfähigkeit, Selbstständigkeit und Eigenverantwortung im Umgang mit der Erkrankung fördern (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014). Ziel des Projektes „SERFo“<sup>1</sup> ist die systematische Entwicklung bedarfsorientierter Seminarbausteine zu gesunder Ernährung und eines begleitenden Fortbildungsangebots für Ernährungsfachkräfte in der medizinischen Rehabilitation. Um den konzeptuellen Weiterentwicklungs- und Fortbildungsbedarf zu erfassen, wurden Fokusgruppen mit Rehabilitanden, eine bundesweite Bestandsaufnahme der aktuellen Praxis der Ernährungsschulung in Rehabilitationseinrichtungen (Meng et al., 2020) sowie Literaturrecherchen und Expertenbefragungen durchgeführt. Auf dieser Basis werden ein Rahmenkonzept, flexible Seminarbausteine und ein begleitendes Fortbildungsangebot entwickelt und deren Praxistransfer formativ evaluiert. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung dargestellt. Als Zielgruppe der EG sind Rehabilitanden relevante Akteure, deren Erfahrungen und Bedürfnisse einen hohen Stellenwert in der Bewertung, Optimierung oder Initiierung von EG einnehmen sollten. Dies entspricht auch der Forderung nach einer verstärkten patientenorientierten Versorgung, um dadurch das Behandlungsergebnis günstig zu beeinflussen (Farin, 2014).

Bisherige Untersuchungen im Kontext der Patientenschulung befassen sich mit der Verständlichkeit von Schulungen und dem subjektiven Rollenverständnis von Rehabilitanden in der orthopädischen Rehabilitation (Nagl, Ulrich & Farin, 2013; Schöpf, Ullrich, Nagl & Farin, 2016). Dabei zeigt sich, dass Patienten krankheitsbezogene Schulungen besser verstehen, wenn sie selbst einbezogen werden (Nagl et al., 2013). Die Patienten sehen ihre eigene Rolle idealerweise als aktiven Part (Schöpf et al., 2016). Auch belegen Studien, dass Rehabilitanden bereits spezifische Behandlungserwartungen bzw. -wünsche aufweisen (Heyduck, Glattacker & Meffert, 2011; Martensson & Dahlin-Ivanoff, 2006). Eine Studie zur subjektiven Behandlungsrepräsentation von orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitanden konkretisiert, dass die Befragten konkrete Vorstellungen über die rehabilitationsbezogenen Behandlungen, die eigene Rolle und den gesamten Reha-

<sup>1</sup> Entwicklung und formative Evaluation von Seminarbausteinen zu gesunder Ernährung und Fortbildungen für die Ernährungsberatung in der medizinischen Rehabilitation (SERFo). Gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund (Förderkennzeichen: 8011-106-31/31.121). Weitere Informationen unter: <https://www.med.uni-wuerzburg.de/de/epidemiologie/projekte/reha-forschung/serfo/>

bilitationsprozess aufweisen (Heyduck et al., 2011), welche bei der Gestaltung und Durchführung von (ernährungsbezogenen) Schulungen berücksichtigt werden sollten. Eine Untersuchung zu Erfahrungen von Patienten mit chronischen Schmerzen identifiziert zwei Pole von Patienteneinstellungen, die sich u.a. in der Aktivität (passive vs. aktive Rolle) und Erwartungshaltung (Eigenverantwortung vs. Verantwortung der Therapeuten) unterscheiden (Martensson & Dahlin-Ivanoff, 2006). Für den Erfolg einer ernährungsbezogenen Lebensstiländerung bei Patienten mit Diabetes und kardiologischen Erkrankungen zeigt ein systematisches Review mit Meta-Analyse qualitativer Studien verschiedene subjektive Hindernisse und Förderfaktoren (Vans-tone et al., 2013). Die Autoren identifizieren fünf Herausforderungen: Selbstdisziplin, Wissen, Umgang mit Alltagsstress, Aushandlungsprozesse mit Familienmitgliedern sowie die soziale Komponente von Ernährung. Die genannten Befunde, z.B. in Bezug auf den Aktivitätsgrad innerhalb von Schulungen, die eigene Erwartungshaltung in Bezug auf das Empowerment oder weitere spezifische Herausforderungen einer Ernährungsumstellung könnten auch auf das Setting der Ernährungstherapie in der stationären medizinischen Rehabilitation übertragbar sein. Eine spezifische Untersuchung der Rehabilitandenperspektive zu EG in der medizinischen Rehabilitation liegt bisher nicht vor.

Ziel dieser explorativen Studie war daher die Analyse der subjektiven Erfahrungen, Wünsche und Bedürfnisse von Rehabilitanden in Bezug auf EG, um spezifische Aspekte eines guten EG aus Sicht der Rehabilitanden abzuleiten. Diese sollen in der Folge zur patientenorientierten Weiterentwicklung von EG genutzt werden.

## 2 Material und Methodik

### 2.1 Studiendesign

Zur explorativen Erfassung der Erfahrungen und Bedürfnisse der Rehabilitanden wurde ein qualitativer Fokusgruppenansatz gewählt (Pohontsch, Müller & Brandner, 2017). Dieser hat sich bereits in anderen Studien zur Untersuchung von Patientenspektiven bewährt (Agan, Koch & Rumrill, 2008; Heyduck et al., 2011; Lehoux, Poland & Daudelin, 2006; Martensson & Dahlin-Ivanoff, 2006; Nagl et al., 2013; Schöpf et al., 2016; Trenkner & Achterberg, 1991) und besitzt den Vorteil, dass Kenntnisse über gruppenspezifische Wahrnehmungen, Deutungen und Meinungen, themenfokussiert gewonnen werden können (Zwick & Schröter, 2012). Das konkrete Anwendungsfeld im Projekt bezieht sich auf die Analyse von Meinungsvielfalt, wobei die Erfahrungen, Wünsche und Bedürfnisse der Teilnehmer als Repräsentanten einer bestimmten sozialen Gruppe analysiert wurden (Schulz, 2012).

Insgesamt wurden fünf indikationshomogene Fokusgruppen (Kardiologie, Orthopädie, Psychosomatik, Onkologie und Innere Medizin) in fünf Rehabilitationskliniken durchgeführt.

Für die Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Würzburg vor (Zeichen: 271/17). Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis und es wurden nur Rehabilitanden eingeschlossen, die nach vorheriger Information ihre Einwilligung erklärt hatten.

### 2.2 Sampling und Rekrutierung

Es erfolgte ein purposeful-sampling nach vorab festgelegten Kriterien (Przyborski & Wohrab-Sahr, 2008; Tausch & Menold, 2015). Eingeschlossen wurden Rehabilitanden, welche gesunde Ernährung als ein (mit dem Arzt vereinbartes) Rehabilitationsziel aufweisen sowie bereits mindestens ein EG absolviert haben, um auf eine subjektive Erfahrungsbasis zurückgreifen zu können. Folgende Ausschlusskriterien wurden definiert: Rehabilitanden mit einem BMI  $\geq 35$  bzw., die eine indikationsspezifische Kostform erhielten oder wegen einer vorliegenden Essstörung an einer psychotherapeutischen Gruppe teilnahmen. Die Auswahl und Ansprache der Rehabilitanden erfolgte durch Klinikmitarbeiter. Angefragt werden sollten jeweils alle geeigneten Rehabilitanden definierter Anreisewochen im Erhebungszeitraum.

### 2.3 Erhebung

Die Fokusgruppeninterviews fanden im Zeitraum von Dezember 2017 bis Februar 2018 statt. Die durchschnittliche Dauer lag bei 75 Minuten (SD=5,7; Kardiologie: 85 Min.; Innere: 76 Min.; Psychosomatik: 70 Min.; Orthopädie: 73 Min.; Onkologie: 69 Min.). Die Erhebungen wurden in den Räumlichkeiten der jeweiligen Rehabilitationskliniken durchgeführt, von einem Projektmitarbeiter moderiert und durch einen zweiten Projektmitarbeiter protokolliert sowie auditiv aufgezeichnet. Die Tonaufnahmen wurden anschließend nach feststehenden Transkriptionsregeln (Dressing & Pehl, 2015) verschriftlicht. Um den Diskussionsprozess zu strukturieren und zwischen den Fokusgruppen zu standardisieren, wurde ein Leitfaden mit Leitfragen entwickelt. Der Leitfaden wurde in enger Anlehnung an die Fragestellungen sowie an theoretische Vorüberlegungen, welche auf Befunden zu Qualitätskriterien von Schulungen und Determinanten einer ernährungsbezogenen Lebensstiländerung basieren, konzipiert. Die konkreten Leitfragen an die Rehabilitanden lauteten: 1. Was hat Ihnen bei dem EG besonders gut gefallen? 2. Worum sollte es bei einem guten EG gehen? 3. Wie sollte ein gutes EG gestaltet sein? 4. Was erleichtert Ihnen, das Gelernte in Ihrem Alltag umzusetzen? Zusätzlich wurden weitere Unter-Fragestellungen formuliert. Am

Ende jeder Fokusgruppe wurden die Teilnehmenden außerdem nach ihrem individuellen Top-Aspekt eines guten EG befragt. Die Erfassung soziodemographischer Basisdaten erfolgte schriftlich über einen Fragebogen.

## 2.4 Auswertung

Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte durch einen Projektmitarbeiter mittels der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) computergestützt mit MaxQDA Version 18. Die Datenauswertung fand, aufgrund der Zielrichtung der Untersuchung, Fokusgruppen-übergreifend, d.h. indikationsübergreifend statt. Zunächst wurde das komplette Datenmaterial gesichtet und geordnet, sowie durch Memo-Beschreibungen zusammengefasst. Anschließend dienten die Bereiche der Leitfragen als erste thematische Einordnungshilfe für die Kategorisierung des Materials. Im nächsten Schritt wurden nach induktiver Vorgehensweise die Oberkategorien entwickelt. Anschließend erfolgte eine stichprobenartige Codierung des Materials. Die Ergebnisse wurden im Projektteam reflektiert. Nachdem die Oberkategorien überarbeitet und Unterkategorien bestimmt wurden bis eine inhaltliche Sättigung des Kategoriensystems erreicht war, begann die Codierung des kompletten Materials mit dem finalen Kategoriensystem. Der letzte Auswertungsschritt bestand in der Ergebniserzeugung und -darstellung.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Stichprobe und Kategoriensystem

Es nahmen insgesamt 37 Rehabilitanden im Alter zwischen 34 und 77 Jahren ( $M=54,8$ ;  $SD=9,2$ ) teil. 26 Personen waren weiblich, 29 Personen berufstätig, davon 24 in Vollzeit. Die Teilnehmerzahl der Fokusgruppen verteilte sich auf die fünf Indikationsbereiche: Kardiologie ( $n=5$ ), Innere Medizin ( $n=9$ ), Psychosomatik ( $n=4$ ), Orthopädie ( $n=12$ ) und Onkologie ( $n=7$ ). Alle Teilnehmer hatten bereits Erfahrung mit EG. 33 Rehabilitanden nahmen bereits an mindestens einem Vortrag (Kardiologie:  $n=5$ , Innere:  $n=9$ , Psychosomatik:  $n=4$ , Orthopädie:  $n=8$ , Onkologie:  $n=7$ ) und 22 an zumindest einem Gruppenangebot (Kardiologie:  $n=4$ , Innere:  $n=7$ , Psychosomatik:  $n=4$ , Orthopädie:  $n=3$ , Onkologie:  $n=4$ ) teil. 12 Befragte besuchten eine Lehrküche (Kardiologie:  $n=3$ , Innere:  $n=3$ , Psychosomatik:  $n=2$ , Orthopädie:  $n=2$ , Onkologie:  $n=2$ ) und 18 eine Buffetschulung (Kardiologie:  $n=1$ , Innere:  $n=7$ , Psychosomatik:  $n=2$ , Orthopädie:  $n=3$ , Onkologie:  $n=5$ ).

Basierend auf der inhaltsanalytischen Auswertung resultierte ein finales, hierarchisches Kategoriensystem mit insgesamt 20 Oberkategorien und 23

Unterkategorien (vgl. Tab. 1). Es wurden 701 kategorienbasierte Kodierungen im Datenmaterial gesetzt, was einer Kodierabdeckung von 39 % des Textmaterials entspricht. Bei 134 transkribierten Textseiten wurden 5,2 Kodierungen pro Seite markiert. Die höchste prozentuale Textabdeckung einer Oberkategorie lag bei 4 %. Die Oberkategorien wurden vier thematischen Bereichen: „Alltagstauglichkeit“, „Individualitätsbezug“, „Praktische Übungen“ sowie „Gestaltung und Vermittlung“ zugeordnet (Abb. 1–4). Die Kategorien entsprechen, in Bezug auf die Zielsetzung und Fragestellungen dieses Beitrages, den Aspekten eines guten EG aus Sicht der befragten Rehabilitanden.

### 3.2 Alltagstauglichkeit

Dem Bereich der Alltagstauglichkeit von Inhalten und Gestaltung der EG wurden fünf Oberkategorien (vgl. Abb. 1) zugeordnet. Die Oberkategorie „Mengenangaben und Einheiten (alltagstauglich) formulieren“ enthält den Wunsch der Rehabilitanden, Mengeneinheiten wie Gramm durch im Alltag handhabbare Angaben wie beispielsweise „eine Hand voll“ zu ersetzen.

*„Was ich immer gut finde: Gramm ist immer schwierig. Dass man so Einheiten bekommt, wie eine Hand voll, Handgröße, eine Zange, eine Kelle, ein Esslöffel. Dass man einfach auch im Alltag irgendwas nehmen kann.“ (02\_W09:124-124)*

Der Verweis auf konkrete, „gesunde“ Produkte wurde von vielen Befragten als besonders hilfreich beschrieben, vor allem für die Zeit nach der Rehabilitation. Unter das „Aufzeigen von Alternativen“ fallen z.B. Ernährungsalternativen bei Unverträglichkeiten, Allergien oder etwas allgemeiner „gesunde“ Alternativen zu „ungesunden“ Speisen.

*„Vielleicht kann ich es ja auch ersetzen, das ist ja auch nicht schlecht. Wenn man dann wirklich die Erfahrung machen kann, hatten wir ja vorhin vielleicht schon angesprochen, dass man doch das Nahrungsmittel durch das andere ersetzt und es ist viel sinnvoller und hat weniger Kalorien oder weniger Fett oder wie auch immer.“ (02\_W09:192-192)*

Die Oberkategorie „Praxisbezug auf inhaltlicher Ebene“ umfasst den Wunsch und die positive Bewertung der Befragten, die vermittelten Inhalte in den Kontext der praktischen Umsetzung zu stellen.

*„Eigentlich alltagstauglich. Ganz einfach, ja. Ich brauche da jetzt nicht einen hochwissenschaftlichen Hintergrund, wie jetzt ein Fett oder irgendwie so aufgebaut ist, sondern ich brauche einfach alltagstaugliche Information.“ (02\_W01:74-74)*

Ober- und Unterkategorie	Codings	Personen (N=37)
<b>Materialien als Bestandteil der EG</b>	<b>85</b>	<b>29</b>
Begleitmaterialien	35	23
Materialien für zu Hause	23	12
Digitale Materialien	14	4
Rezepte	13	12
<b>Wissensvermittlung</b>	<b>85</b>	<b>25</b>
Angemessene Informationsdichte/-Niveau	23	16
Zeit/Menge/Zusammenstellung der Ernährung	18	12
Nährstoffe/Inhaltsstoffe als Basiswissen	13	13
Ernährungspyramide als Hilfsmittel	8	7
<b>Zielgruppenspezifität/-bezug</b>	<b>60</b>	<b>23</b>
Bezogen auf die Erkrankung	20	15
Bezogen auf das Vorwissen	7	4
Bezogen auf den Lebensstil	6	5
Bezogen auf das Alter	6	3
Bezogen auf die Einnahme von Medikamenten	5	5
<b>Adäquate Rahmenbedingungen</b>	<b>46</b>	<b>21</b>
Angemessener zeitlicher Umfang	18	14
Angepasste Teilnehmerzahl	13	13
Engagierte Dozenten/beteiligte Personen	6	5
Angemessene Frequenz	5	5
Angemessene Räumlichkeiten	3	1
<b>Alltagstransfer als Rehabilitationsziel</b>	<b>44</b>	<b>22</b>
Dauerhafte Umsetzung von gesunder Ernährung	24	16
<b>Visualisierungen/Darstellungen</b>	<b>36</b>	<b>16</b>
<b>Verweise auf konkrete Produkte</b>	<b>31</b>	<b>16</b>
<b>Buffet als praktische Übung</b>	<b>22</b>	<b>16</b>
Buffetunterstützung	12	11
Buffetschulung/Buffettraining	6	5
<b>Lehrküche</b>	<b>22</b>	<b>13</b>
<b>Einkaufen</b>	<b>21</b>	<b>15</b>
Einkaufstipps	17	12
Einkaufstraining	14	12
<b>Praxisbezug auf der inhaltlichen Ebene</b>	<b>20</b>	<b>16</b>
<b>Aufzeigen von Alternativen</b>	<b>20</b>	<b>12</b>
<b>Mengenangaben/-einheiten (alltagstauglich) formulieren</b>	<b>17</b>	<b>14</b>
<b>Praktische Übungen innerhalb der EG</b>	<b>16</b>	<b>9</b>
<b>EG aktiv/interaktiv gestalten</b>	<b>15</b>	<b>11</b>
<b>Motivation zu gesunder Ernährung</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>Selbstmanagement</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>Struktur der Angebote/Kombinationen</b>	<b>9</b>	<b>8</b>
<b>Zieldefinition/Zielerreichung</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>Sensibilisierung</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Tabelle 1  
Kategoriensystem

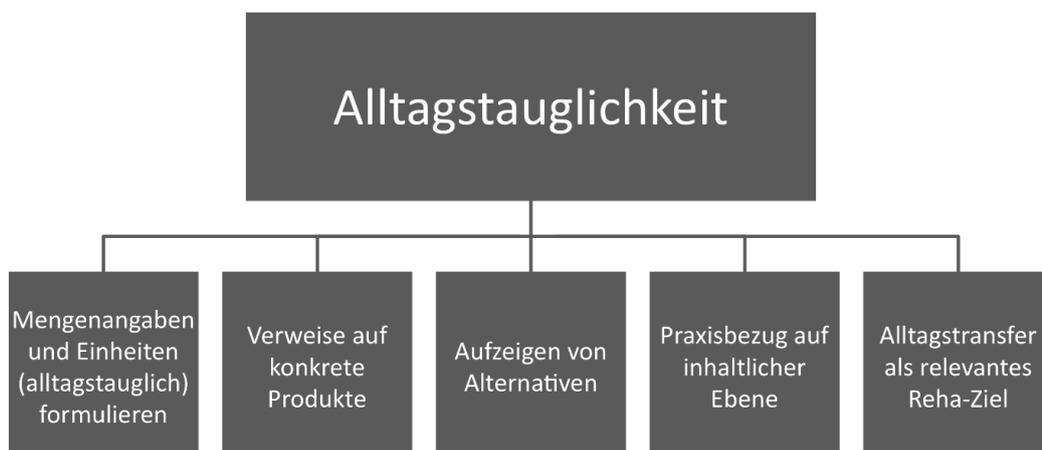


Abbildung 1  
Alltagstauglichkeit

Auch wurde der „Alltagstransfer als relevantes Rehabilitationsziel“ und dabei vor allem die „Dauerhafte Umsetzung von gesunder Ernährung“ als zentraler Aspekt eines gelungenen EG beschrieben.

### 3.3 Individualitätsbezug

Der Bereich Individualitätsbezug auf inhaltlicher sowie methodischer Ebene (vgl. Abb. 2) enthält fünf Oberkategorien. Die Oberkategorien „Motivation“ und „Selbstmanagement“ fokussieren vor allem individuelle Bedarfe der Rehabilitanden, welche sich auf Aspekte der Veränderungsbestrebungen von subjektiven Verhaltensweisen und deren Umsetzung beziehen. Bei letzterem u.a. das Verfassen von Zeit- und Speiseplänen. Der Aspekt der „Sensibilisierung“ be beschreibt das Bedürfnis der Befragten, ein Gefühl für eine gesunde Ernährungsweise zu erlangen. Aussagen in der Oberkategorie „Zieldefinition und Zielerreichung“ betreffen Aspekte der persönlichen Zielsetzung und Erfolgskontrolle.

*„Wie definiere ich, dass das, was wir ändern wollen dann auch erfolgreich war. Weil ich würde es nicht bloß am Gewicht festmachen, sondern mit dem Patienten wirklich festlegen, woran können wir dann am Schluss dann gemeinsam feststellen, dass was du dir vorgenommen hast, das ist erfolgt, oder das ist nicht erfolgt.“ (04\_M01:261-261)*

Die Oberkategorie „Zielgruppenspezifität/-bezug“ enthält Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitanden bzgl. der Fokussierung auf kollektive Spezifika in den EG. Die Unterkategorien beziehen sich auf vorhandene Erkrankungen, besondere Implikationen verschiedener Altersgruppen, das eventuell variierende Vorwissen der Teilnehmer, differenzierte Lebensstile sowie die Einnahme von Medikamenten. Vor allem der Bezug zu bestimmten Erkrankungen scheint den Teilnehmern wichtig zu sein. „Genau, und ich bin der Meinung, auch diese Zielgruppen, die sollten auch gebunden sein an den Grund, warum die hier sind. Ob das Kardio-Patienten sind oder orthopädische Patienten, weil die meinetwegen so dick sind, sagen wir so, oder nur ein reines Diabetes Problem. (...) von der Sache her, was jetzt der Patient, der orthopädische Probleme hat, essen kann, das kann für ihn gut sein, aber für

den Patienten, der jetzt mit Kardio ein Problem hat, das kann genau das Gegenteil bewirken. In dieser Hinsicht müsste man das irgendwie mal getrennt behandeln.“ (01\_M01:67-67)

### 3.4 Praktische Übungen

Praktische Übungen dienen dem Alltagstransfer der vermittelten Inhalte und sollen die Handlungskompetenzen verbessern. Die Aussagen der Rehabilitanden wurden vier Oberkategorien zugeordnet (vgl. Abb. 3). Das „Buffet“ in den Rehabilitations-einrichtungen wurde als hilfreiche Möglichkeit zur praktischen Übung angesehen. Dies kann aus Sicht der Befragten zum einen durch eine „Buffetschulung“ durch das Klinikpersonal oder mittels einer „Buffetunterstützung“, bei der Ernährungsfachkräfte während der Mahlzeiten für Fragen bereitstehen oder Tipps zur Speiseauswahl geben, passieren.

*„... dass die Diätassistenten jeden Morgen beim Frühstück sind, nochmal eine Dreiviertelstunde, wenn dann wirklich was auftaucht, dass man da nochmal nachfragen kann, das finde ich also auch sehr gut, sehr gute Idee.“ (01\_M03:10-10)*

Das Thema „Einkaufen“ sollte aus Sicht der befragten Rehabilitanden in EG thematisiert und praktisch geübt werden. Dies kann in eigenständigen „Einkaufstrainings“ oder durch „Einkaufstipps“, integriert in andere Angebote (z.B. Lehrküche), erfolgen.

*„Ja da wäre es dann schon praxisorientiert, dass man sagt okay man geht mal zusammen in einen Supermarkt und pickt mal so ein paar alltägliche Produkte raus“ (03\_W03:284-284)*

Die Schulungsform der Lehrküche wird von den Befragten generell positiv bewertet. Für „Praktische Übungen innerhalb der Schulungen“, also auch in eher theoriebasierten Angeboten, sprechen sich ebenfalls mehrere Rehabilitanden aus.

### 3.5 Gestaltung und Vermittlung

Unter dem Bereich der generellen Gestaltung und Vermittlung werden sechs Oberkategorien subsumiert (vgl. Abb. 4). Die Oberkategorie „Wissensvermittlung“ gliedert sich

in die Unterkategorien „Angemessene Informationsdichte und angemessenes Informationsniveau“, „Nährstoffe und Inhaltsstoffe komprimiert als Basiswissen“, „Zeit, Menge und Zusammenstellung von gesunder Ernährung“ sowie „Er-

Abbildung 2  
Individualitätsbezug



nahrungspyramide als Hilfsmittel“. Großen Wert legten die Befragten zudem auf die „interaktive Gestaltung“ der Angebote sowie auf „Visualisierungen und Darstellungen“, welche formatübergreifend als hilfreich beschrieben wurden.

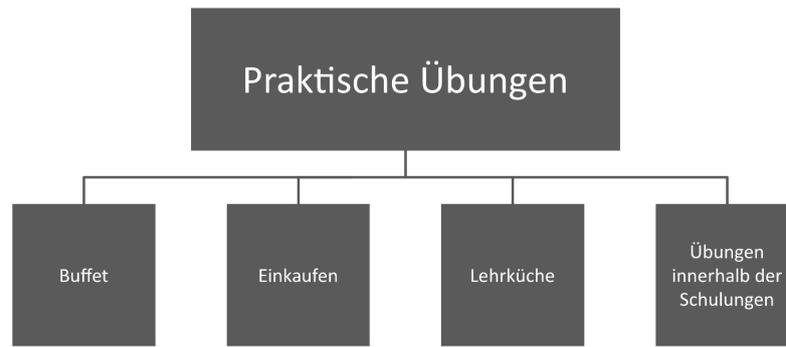


Abbildung 3  
Praktische Übungen

„...man kann so ein riesiges Ding an der Wand haben, so eine Stoff- oder Magnettafel, wo dann die ganzen Lebensmittel immer hin geheftet wurden, dann eben noch eine Erklärung, wie viel man pro Tag von was essen sollte und wie viel man - das macht es dann auch noch greifbarer, also nicht nur hören, sondern auch sehen.“ (03\_M01:35-35)

Die Oberkategorie, denen der quantitativ größte Anteil an kodierten Textaussagen zugeordnet wurde, stellen die „Materialien“ dar. Dieser Bereich wurde in den Fokusgruppen kontrovers diskutiert. Thematisiert wurde u.a. das „Begleitmaterial zu den EG“. Hier wurde vor allem der Zeitpunkt der Aushändigung (vor oder nach den EG) sowie deren Umfang (komprimiert oder ausführlich) diskutiert. Auch bezüglich der „Materialien für zu Hause“ wurden divergierende Meinungen bezüglich der Ausführlichkeit, des Informationsniveaus und des Umfangs deutlich. „Rezepte“ sowie „Digitale Materialien“ wurden überwiegend als hilfreich beschrieben, wenn sie in einer praxistauglichen Form genutzt werden können.

Die Oberkategorie „Adäquate Rahmenbedingungen“ beinhaltet u.a. die Unterkategorie „Angepasste Teilnehmerzahl“, welche angepasst an das Format, aber möglichst niedrig gehalten werden sollte, einen „Angemessenen zeitlichen Umfang“, welcher bei Seminaren und Vorträgen im Mittel eine Schulstunde und bei praktischen Übungen wie der Lehrküche oder Einkaufstrainings länger sein sollte, eine „Angemessene Frequenz“, „Angemessene Räumlichkeiten“ sowie „Engagierte Dozenten und beteiligte Personen“.

### 3.6 Top-Aspekte eines guten EG

Als Abschluss jeder Fokusgruppe wurden alle teilnehmenden Rehabilitanden befragt, welcher aus ihrer Sicht der relevanteste Aspekt eines guten EG darstellt. Hierbei konnten inhaltliche, strukturelle, didaktische und methodische

Aspekte genannt werden. Jeder Teilnehmer hatte eine Antwortmöglichkeit. Aus diesen Angaben wurden thematische Kategorien zusammengefasst. Die überwiegende Mehrheit (n=18) der befragten Rehabilitanden gab die Alltagstauglichkeit des Vermittelten als Top-Aspekt an. Mit Abstand folgten der Individualitätsbezug (n=5), Informationen über Inhaltsstoffe (n=4) sowie die Kombination aus Theorie und Praxis (n=3). Mit jeweils einer Nennung: Aktuelle Informationen/Wissensstand, Alternativen, Motivation, Kombination von Lebensmitteln, Lehrküche sowie Buffettraining.

## 4 Diskussion

Ziel war die Ermittlung von Aspekten bedarfsge-rechter EG in der stationären, medizinischen Rehabilitation aus der Sicht der Rehabilitanden, um daraus Weiterentwicklungspotentiale abzuleiten. Erfahrungen und Bedürfnisse von Rehabilitanden bei der Ausgestaltung und Umsetzung von Schulungen zu berücksichtigen ist wichtig, um dadurch deren aktive Beteiligung und den Schulungserfolg zu begünstigen (Cooper, Booth, & Gill, 2003).

Die Ergebnisse zeigen, dass die Rehabilitanden ein breites inhaltliches und methodisches Spektrum ihrer subjektiven Wünsche und Bedürfnisse in Bezug auf EG thematisieren. Die Aussagen lassen sich den vier Themenbereichen Alltagstauglichkeit, Individualitätsbezug, praktische Übungen sowie Gestaltung und Vermittlung zuordnen. Die Kategorien mit den häufigsten Kodierungen sind die „Wissensvermittlung“, „Adäquate Rahmenbedingungen“, „Materialien“, „Zielgruppenspezifität/Zielgruppenbezug“ sowie „Alltagstransfer als relevantes Rehabilitationsziel“ (vgl. Tab. 1). In den Fokusgruppen



Abbildung 4  
Gestaltung und Vermittlung

am stärksten kontrovers diskutiert wurden die „Materialien“, hierbei vor allem die „Begleitmaterialien“ und „Digitale Materialien“.

Einen besonderen Stellenwert nahmen für die Rehabilitanden der Alltagstransfer und die Alltagstauglichkeit ein. Außer in den explizit zu dieser Oberkategorie zugeordneten Aussagen, wurden diese auch in vielen weiteren Themenbereichen angesprochen. Die Alltagstauglichkeit wurde zudem am häufigsten bei der Abfrage des Top-Aspektes eines EG genannt. Die Inhalte und Methoden der EG sollten, aus der Perspektive der Befragten, darauf ausgelegt sein, das Vermittelte im Alltag umsetzen zu können. Die teilnehmenden Rehabilitanden wünschten sich nicht zuletzt Verweise auf konkrete Produkte, alternative Lebensmittel und Zubereitungsweisen, alltagstaugliche Mengenangaben sowie dahingehende konkrete Übungen. Auch aktuelle Ernährungsempfehlungen bei Typ-2-Diabetes raten davon ab, primär ausschließlich Nährstoffanteile anzugeben, sondern empfehlen, eher konkrete förderliche Lebensmittel zu nennen (Nussbaum, 2019). Fehlende alltagsnahe Empfehlungen und ein fehlender Alltagsbezug konnten bereits als hinderliche Einflussfaktoren der Verständlichkeit indikationsspezifischer Schulungen in der orthopädischen Rehabilitation festgestellt werden (Nagl et al., 2013). Ebenso wurde der Alltagsbezug bei den Ergebniserwartungen einer positiven Rehabilitationsbehandlung von Patienten in der orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation herausgestellt (Heyduck et al., 2011). Vanstone und Kollegen (2013) zeigen, dass eine besondere Herausforderung für Patienten in der Aufrechterhaltung einer gesunden Ernährung in belastenden Alltagssituationen liegt. Klare, alltagsnahe Empfehlungen, die in den eigenen Alltag eingeplant werden können und deren Umsetzung wenig kognitive Ressourcen erfordern, könnten daher ein schulungsübergreifender Förderfaktor zur Aufrechterhaltung gesunder Verhaltensweisen sein. Die Befragung der Ernährungsfachkräfte in den Rehabilitationseinrichtungen zeigt, dass Konzepte zur Motivierung und zur Förderung des Alltagstransfers der Rehabilitanden einen relevanten Weiterentwicklungs- bzw. Fortbildungsbedarf darstellen (Meng et al., 2020).

Das Bedürfnis nach Alltagstauglichkeit findet sich auch im, von den Befragten als relevant und wünschenswert dargestellten, Aspekt der Zielgruppenspezifität bzw. dem Zielgruppenbezug. Aus der Perspektive der Rehabilitanden sollten EG auf das Alter, das Vorwissen, die Erkrankung, die Einnahme von Medikamenten und den bisherigen Lebensstil bzw. das Ernährungsverhalten Bezug nehmen. Vergleichbare Studien berichten ähnliche Befunde bezüglich des Krankheitsbezuges (Nagl et al., 2013), des Lebensstiles (Heyduck et al., 2011), des Vorwissens (Schöpf et al., 2016; Vanstone et al., 2013) oder generelle, individuelle Bedürfnisse der Rehabilitanden (Nagl et al., 2013; Vanstone et al., 2013).

Zielgruppenspezifische Interventionen werden u.a. bezogen auf das Lebensalter der Rehabilitanden, hinsichtlich diverser krankheitsbezogener Patientenschulungen bei Faller et al. (2011) thematisiert. Maßgeschneiderte Interventionen scheinen aufgrund der differenzierten Faktoren und der begrenzten strukturellen Ressourcen in den Einrichtungen (personell, räumlich) schwierig. Die genannten Faktoren können aber durch eine interaktive Didaktik in den Gruppenangeboten, z.B. durch ein Sammeln und Anknüpfen an Vorwissen, ein Einbringen individueller Aspekte der Rehabilitanden im Gruppengespräch, berücksichtigt werden. Auch der von den Befragten formulierte Wunsch nach praktischen Übungen hat eine Überschneidung mit dem Thema Alltagstauglichkeit. Die Übungen sollen nach Ansicht der Rehabilitanden dazu dienen, vermittelte Inhalte praktisch zu erfahren und auszuprobieren. Somit können neue Verhaltensweisen praxisnah gelernt und im besten Falle nach der Reha im Alltag übernommen werden. „Üben und Wiederholen“ ist eine effektive Technik der Verhaltensänderung im Ernährungskontext (Cradock et al., 2017). Die Befragten wünschen sich außerdem, in das EG aktiv einbezogen zu werden und eine interaktive Gestaltung wird positiv bewertet. Und dies nicht nur bei Einheiten, die einen genuinen Anteil an praktischen Übungen aufweisen (z.B. die Lehrküche), sondern auch bei eher wissensvermittelnden Angebotsformen (z.B. Vortrag). Die Relevanz einer aktiven Einbindung der Teilnehmer für den Schulungserfolg wird u.a. von Faller et al. (2011) und Feike und Spörhase (2012) besprochen. Die Bestandsaufnahme weist darauf hin, dass ernährungsbezogene Gruppen- und Vortragsangebote häufig eine Einheit umfassen und eine höhere Teilnehmerzahl aufweisen; beide Aspekte weisen Zusammenhänge mit einem geringeren Einsatz interaktiver Methoden auf (Meng et al., 2020). Eine Integration von interaktiven Elementen in alle EG und eine passende Kombination von Angeboten erscheint wichtig, um den Bedürfnissen der Rehabilitanden zu entsprechen.

Einen weiteren Aspekt einer, aus Sicht der Befragten, guten EG stellt eine angemessene Wissensvermittlung dar, welche sich in ihren inhaltlichen Tendenzen wiederum stark mit den positiven Einflussfaktoren der Verständlichkeit von Patientenschulungen bei Nagl und Kollegen (2013) deckt. Fokussiert wurden hierbei zum Beispiel eine angemessene Informationsdichte und ein angemessenes Informationsniveau sowie konkrete und möglichst „einfache“ sprachliche Formulierungen der Schulungsleiter. Die Bedürfnisse bezüglich der inhaltlichen und formellen Ausgestaltung von Schulungsmaterialien zeigen sich hingegen heterogen. Eine Tendenz für die bedarfsorientierte Ausgestaltung von Schulungsmaterialien konnte allein aufgrund der Auswertungen der Fokusgruppen nicht abgeleitet werden. Hier könnte es daher

zielführend sein, eine Auswahl an Materialien und Verweise auf weiterführende Informationen für die Rehabilitanden bereitzustellen, sodass diese von Rehabilitanden bedürfnisbezogen ausgewählt und genutzt werden können.

Für die Rahmenbedingungen von EG in der medizinischen Rehabilitation stellt sich die Frage, inwieweit das Bedürfnis der Rehabilitanden nach kleinen Gruppengrößen mit den vorliegenden strukturellen Gegebenheiten erfüllt werden kann. Beispielsweise thematisieren bereits Worringer und Kollegen (2017) für Patientenschulungen insgesamt, dass die praktische Umsetzung in Bezug auf die geforderte begrenzte Teilnehmerzahl in Rehabilitationskliniken oftmals ein Ressourcenproblem darstellt. Die räumliche Situation, welche unter anderem von Ströbl et al. (2009) als Qualitätskriterium der Schulungsumsetzung beschrieben wird, erscheint bei den Befragten nicht primär bedeutsam. Die Größe des Schulungsraumes, regulierbare Beleuchtung, ein angenehmes Raumklima (Wärme, Belüftung) sowie möglichst wenig Lärmbelastung, wurde von den Fokusgruppenteilnehmern nicht thematisiert. Dies könnte auch daran liegen, dass grundlegende strukturelle Aspekte bereits zur Zufriedenheit der Rehabilitanden erfüllt werden. Dasselbe könnte auch für die Gruppenatmosphäre zutreffen, die in vergleichbaren Studien als förderlicher Einflussfaktor gilt (Nagl et al., 2013; Schöpf et al., 2016) und von den Rehabilitanden in dieser Stichprobe nicht genannt wurde.

Weitere Faktoren des Schulungserfolges, die in vergleichbaren Patientenbefragungen identifiziert werden, wie die soziale Unterstützung durch Angehörige und das soziale Umfeld der Patienten (Martensson & Dahlin-Ivanoff, 2006), wurden ebenfalls in dieser Studie von den befragten Rehabilitanden nicht thematisiert, könnten jedoch an einigen Stellen im Alltagstransfer bzw. der geforderten Alltagstauglichkeit impliziert sein. Dies könnte auch dadurch bedingt sein, dass Angehörige in der stationären Rehabilitation nicht vor Ort sind und daher in Schulungen meist nicht explizit angesprochen werden, obwohl diese von den Klinikmitarbeitern als bedeutsam wahrgenommen werden (Kleineke, Menzel-Begemann, Wild & Meyer, 2016).

Zusammengefasst sollten EG, um die Bedarfe von Rehabilitanden zu berücksichtigen, 1) die Aspekte Alltagstransfer und Praktikabilität einer gesunden Ernährung einschließen, 2) die Individualität und Zielgruppenspezifität bei den Inhalten und der methodischen Gestaltung berücksichtigen, 3) „Learning by doing“ als Leitprinzip gewährleisten sowie 4) theoretisch vermittelte Inhalte stets mit deren praktischer Relevanz verknüpfen. Dies wird bei der konzeptionellen Ausgestaltung von flexibel einsetzbaren Seminarbausteinen berücksichtigt werden. Diese können genutzt werden, um bestehende EG zu erweitern und damit potenziell eine patientenorientierte Versorgungsgestaltung zu unterstützen. Limitationen der vorliegenden Untersuchung lie-

gen in der Ansprache der Teilnehmer durch das Klinikpersonal. Es können hierdurch beispielsweise keine Angaben zum Anteil von Nonrespondern gemacht werden. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass hauptsächlich Rehabilitanden an den Fokusgruppen teilgenommen haben, die an Ernährung und den EG besonders interessiert sind. Ferner können durch die ungleiche Verteilung der Teilnehmer auf die Indikationen, indikationsspezifische Effekte nicht ausgeschlossen werden. Damit einhergehend sind auch Klinikeffekte möglich, da die indikationsspezifischen Fokusgruppen jeweils Rehabilitanden aus einer Rehabilitationseinrichtung einbezogen haben. Die wesentlichen empirischen Befunde, in Form von relevanten Aspekten aus der Sicht der Rehabilitanden, wurden jedoch indikationsübergreifend identifiziert. Die gewählte Erhebungs- und Auswertungsmethodik entsprechen der Zielsetzung der Studie, einer deskriptiven und themenfokussierten Erfassung von Meinungen und Erfahrungen der befragten Rehabilitanden. Die identifizierten Wünsche und Bedürfnisse lassen keine Rückschlüsse auf die tatsächliche praktische Ausgestaltung der EG zu. Inwieweit die Wünsche und Bedarfe der Rehabilitanden bereits erfüllt werden, war nicht Teil dieser Untersuchung.

## Literaturverzeichnis

- Agan, J., Koch, L.C. & Rumrill, P.D. (2008). The use of focus groups in rehabilitation research. *Work*, 31, 259-269.
- Carvalho de Menezes, M., Bedeschi, L.B., Dos Santos, L.C. & Souza Lopes, A.C. (2016). Interventions directed eating habits and physical activity using the Transtheoretical Model: a systematic review. *Nutricion Hospitalaria*, 33, 1194-1204.
- Cooper, H.C., Booth, K. & Gill, G. (2003). Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research*, 18, 191-206.
- Cradock, K.A., O'Leary, G., Finucane, F.M., Gainforth, H.L., Quinlan, L.R. & Martin-Gins, K.A. (2017). Behaviour change techniques targeting both diet and physical activity in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, online, doi:10.1186/s12966-016-0436-0.
- Desroches, S., Lapointe, A., Ratté, S., Gravel, K., Légaré, F. & Turcotte, S. (2016). Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing an managing chronic diseases in adults. *Cochrane Database Systematic Review*, online, doi:10.1002/14651858.CD008722.pub2.
- Dressing, T. & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkribieren & Analyse*. Marburg: Eigenverlag.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014). *KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*. Ausgabe 2015. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015). Reha-Therapiestandards. Verfügbar unter: <https://www.reha-therapiestandards-drv.de> (Zugriff am 02.04.2020).
- Faller, F., Reusch, A. & Meng, K. (2011). DGRW-Update: Patientenschulung. *Rehabilitation*, 50, 284-291.
- Farin, E. (2014). Patientenorientierung in der Rehabilitation – Übersicht über den aktuellen Forschungsstand. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 73, 35-41.
- Feicke, J. & Spörhase, U. (2012). Impulse aus der Didaktik zur Verbesserung von Patientenschulungen. *Rehabilitation*, 51, 300-307.
- Fjeldsoe, B., Neuhaus, M., Winkler, E. & Eakin, E. (2011). Systematic review of maintenance of behavior change following physical activity and dietary interventions. *Health Psychology*, 30, 99-109.
- Hauner, H. (2013). Stellenwert der Ernährungsmedizin - eine Positionsbestimmung. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *Ernährungsmedizin in der Rehabilitation* (S. 4-9). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Heyduck, K., Glattacker, M. & Meffert, C. (2011). Rehabilitation aus Patientensicht – Eine qualitative Analyse der subjektiven Behandlungskonzepte von Patienten in der stationären orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 50, 232-243.
- Kleineke, V.E., Menzel-Begemann, A., Wild, B. & Meyer, T. (2016). Umweltfaktoren und Teilhabeförderung. Die Perspektive der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 1139-1146.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse – Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. Auflage). Weinheim: Beltz/Juventa.
- Lara, J., Evans, E.H., O'Brien, N., Moynihan, P.J., Meyer, T.D., Adamson, A.J., Errington, L., Sniehotta, F.F., White, M. & Mathers, J.C. (2014). Association of behaviour change techniques with effectiveness of dietary interventions among adults of retirement age: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Medicine*, 12, 177.
- Lehoux, P., Poland, B. & Daudelin, D. (2006). Focus group research and the patients' view. *Social Science and Medicine*, 63, 2091-2104.
- Martensson, L. & Dahlin-Ivanoff, S. (2006). Experiences of a primary health care rehabilitation programme. A focus group study of persons with chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 28, 985-995.
- Meier, T., Senftleben, K., Deumelandt, P., Christen, O., Riedel, K. & Langer, M. (2015). Healthcare Costs Associated with an Adequate Intake of Sugars, Salt and Saturated Fat in Germany: A Health Econometrical Analysis. *PLoS ONE*, online, doi:10.1371/journal.pone.0135990.
- Meng, K., Klemmt, M., Toellner, C. & Reusch, A. (2020). Ernährungsbezogene Gruppenangebote in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Rehabilitation*, 59, 78-86.
- Nagl, M., Ulrich, A. & Farin, E. (2013). Verständlichkeit von Patientenschulungen in der orthopädischen Rehabilitation: Qualitative Erhebung bei Rehabilitanden und Schulungsleitern. *Rehabilitation*, 52, 34-39.
- Nussbaum, H. (2019). *Ernährungsempfehlungen bei Typ-2-Diabetes*. Berlin: Springer.
- Pohontsch, N., Müller, V. & Brandner, S. (2017). Gruppendiskussionen in der Versorgungsforschung – Teil 1. *Gesundheitswesen*, online, doi:10.1055/s-0043-104379.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2008). *Qualitative Sozialforschung*. München: Oldenbourg Verlag.
- Samdal, G.B., Eide, G.E., Barth, T., Williams, T. & Meland, E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *Physical Activity*, 14, 42.
- Schöpf, A.C., Ullrich, A., Nagl, M. & Farin, E. (2016). Group health education in inpatient rehabilitation: Patients' role perceptions. *Health Education Journal*, 75, 289-305.
- Schulz, M. (2012). Quick and easy!?. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft* (S. 9-23). Wiesbaden: VS.
- Spahn, J.M., Reeves, R.S., Keim, K.S., Laquatra, I., Kellog, M., Jortberg, B. & Clark, N.A. (2010). State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 879-891.
- Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2007). Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 75, 11-14.
- Ströbl, V., Küffner, R., Müller, J., Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2009). Patientenschulung – Qualitätskriterien der Schulungsumsetzung. *Rehabilitation*, 48, 166-173.
- Tausch, A. & Menold, N. (2015). Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung. *Gesis Papers*, online, doi:org/10.21241/ssoar.44016.
- Trenkner, L.L. & Achterberg, C.L. (1991). Use of focus groups in evaluating nutrition education materials. *Journal of the American Dietetic Association*, 12, 1577-1581.
- Vanstone, M., Giacomini, M., Smith, A., Brundisini, F., DeJean, D. & Winsor, S. (2013). How diet modification challenges are magnified in vulnerable or marginalized people with diabetes and heart disease: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13, 1-40.
- Worringen, U., Meng, K., Bitzer, E.M., Brandes, I. & Faller, H. (2017). Entwicklung und aktueller Stand des Gesundheitstrainingsprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund. *Rehabilitation*, 56, 232-239.
- Zwick, M.M. & Schröter, R. (2012). Konzeption und Durchführung von Fokusgruppen. In M. Schulz, B. Mack, O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft* (S. 24-48). Wiesbaden: VS.

***Interessenskonflikt***

Alle Autoren geben an, dass keine materiellen oder immateriellen Interessenskonflikte bestehen.

***Danksagung***

Für die engagierte Teilnahme am Projekt und die freundliche Unterstützung bei der Datenerhebung danken wir den teilnehmenden Rehabilitanden sowie den teilnehmenden Einrichtungen: Deegenbergklinik, Bad Kissingen; Frankenlandklinik, Bad Windsheim; Klinik am Kurpark, Bad Kissingen; Klinik Rhön, Bad Kissingen und Klinik Saale, Bad Kissingen.

***Malte Klemmt***

*Universität Würzburg, Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie*

*Petrinistraße 33a, 97070 Würzburg*

*Tel: 0931 3181915*

*malte.klemmt@uni-wuerzburg.de*