Gesamt-Bachelorarbeit

Vorteile der Anwendung des Health Action Process Approach - Modells gegenüber anderen Diätberatungstechniken bei depressiven, adipösen PatientInnen

Ausgeführt zum Zweck der Erlangung des akademischen Grades einer/eines

Bachelor of Science in Health Studies

am Fachhochschul-Bachelorstudiengang Diätologie St. Pölten

ausgeführt von

Katharina Glatzl

di 161027

Betreut und begutachtet von:

Erika Schrattenholzer-Deubner, MA

eingereicht am

31.05.2019

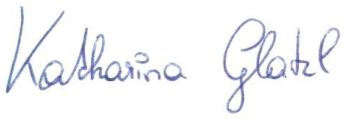
Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere, dass

- ich diese Bachelorarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,

- ich dieses Bachelorarbeitsthema bisher weder im Inland noch im Ausland einem Begutachter/einer Begutachterin zur Beurteilung oder in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Diese Arbeit stimmt mit der vom Begutachter/von der Begutachterin beurteilten Arbeit überein.



Wien, 31. Mai 2019

Ort, Datum Unterschrift

Kurzfassung

In der Literatur gibt es bis dato noch keine existierenden Tools für die diätologische Beratung bei der Kombination aus Depression und Adipositas. Es gibt ein Modell, das versucht Gesundheitsverhalten zu erklären. Das HAPA (Health Action Process Approach) - Modell nach Schwarzer könnte herangezogen werden, um ein Tool zur Therapie der Kombination dieser beiden Diagnosen zu entwickeln. Die Arbeit soll Grundlage für die Anwendung des HAPA-Modells in der diätologischen Befundung und der gesundheitsfördernden Verhaltensänderung im Bereich der Ernährungstherapie sein. Die Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, dass psychiatrisch Erkrankte durch diätologische Beratungstechniken mit einer höheren Wahrscheinlichkeit und schneller die ernährungsmedizinischen Therapieziele erreichen.

Ziel der gesamten Bachelorarbeit ist die Erhebung, welche Diätberatungstechnik sich bis dato in der Praxis am effektivsten in der Beratung von depressiven, adipösen PatientInnen erwiesen hat und ob eine Effektivitätssteigerung durch das HAPA-Modell möglich ist.

Die Literaturrecherche für den hermeneutischen Teil der Arbeit erfolgte anhand des PICO – Modells. Als Methode für den empirischen Teil wurden Leitfadeninterviews mit drei Diätologinnen aus dem psychiatrischen Bereich gewählt. Diese Technik wurde gewählt, um zu erkennen, welche Teile des HAPA – Modells bereits bewusst oder unbewusst in der Praxis verwendet werden. Außerdem sollten so Diätberatungstechniken erkannt werden, die in der Literaturrecherche noch nicht gefunden wurden.

Die wichtigste Erkenntnis aus beiden Teilen der Arbeit ist, dass es nicht „die eine effektive Diätberatungstechnik“ gibt. Es sind unzählige Faktoren, darunter auch das HAPA-Modell, die zu einer Zielerreichung beitragen, dies wurde durch die Interviews und auch durch die Literaturrecherche bestätigt.

Es eröffnete sich die Frage für zukünftige Forschung, wie das HAPA –Modell die Diätberatung verbessern kann. Die Ergebnisse der Arbeit zeigen auch, dass noch Beispielsätze/-fragen fehlen, um das HAPA – Modell ideal in die derzeit verwendeten Diätberatungstechniken einzugliedern. Für die Praxis bedeutet dies, dass

DiätologInnen, die im psychiatrischen Bereich arbeiten, psychotherapeutische Techniken bei Depression anwenden könnten, um eine Effektivitätssteigerung zu erzielen.

Schlüsselwörter: HAPA-Modell, Beratungstechnik, Effektivität, Depression, Adipositas

Abstract

Literature research has shown that there is a lack of scientific literature about existing dietetic counseling tools for the combination of depression and obesity. However, there is a model that tries to explain health behavior: the HAPA model (Health Action Process Approach) developed by Schwarzer could be used to develop a tool for the treatment of these two diagnoses. The present study should form the basis for the application of the HAPA model in the dietary diagnosis and the health-promoting behavioral change in the field of nutritional therapy. This thesis should contribute to the assumption that psychiatric patients reach nutritional therapy goals more likely and in a quicker manner when dietary counseling techniques are applied.

The aim of the entire bachelor thesis is to determine which dietary counseling technique has proven to be the most effective in the practice of counseling depressive, obese patients and whether an increase in the effectiveness of the HAPA model is possible. The literature research for the hermeneutic part of the work was based on the PICO model. As a methodology for the empirical part, interviews have been conducted with three psychiatric dietitians. This technique has been chosen to identify which parts of the HAPA model are already being used consciously or unconsciously in practice.

The most important finding from both parts of this thesis is that there is not "the one and only effective diet coaching technique". There are innumerable factors, including the HAPA model, which contribute to the achievement of goals, as confirmed by the interviews and also by the literature review. It opened the question for future research, how the HAPA model can improve dietary advice. The results also show that there are still some sample sentences / questions missing in order to integrate the HAPA model into the currently used diet counseling techniques. In practice this means that dietitians working in the psychiatric field could use psychotherapeutic techniques for depression to increase their effectiveness.

Keywords: HAPA model, counselling technique, effectiveness, depression, obesity

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung III

Abstract V

1 Einleitung 11

2 Literaturüberblick 13

2.1 Depression, Adipositas und Diätologie 13

2.2 Depression 13

2.2.1 Beschreibung der Störung 13

2.2.2 Therapie Depression 14

2.3 Adipositas 15

2.3.1 Beschreibung der Krankheit 15

2.3.2 Behandlung der Krankheit 15

2.3.3 „Die herkömmliche Diätberatung“ 16

2.3.4 Besonderheiten im psychiatrischen Bereich 19

2.4 HAPA – Health Action Process Approach 20

2.4.1 Absichtsbildung/ intentionaler Prozess 21

2.4.2 Volitionaler Prozess/Phase der Umsetzung 23

2.5 Tabellarische Darstellung der Diätberatungstechniken 24

3 Übergang 27

4 Methodik 30

4.1 Studiendesign – qualitativer Forschungsansatz 30

4.2 Datenerhebung 30

4.3 Beschreibung der Interview-Stichprobe 32

4.4 Datenanalyse 32

4.5 Anonymisierungsverfahren 33

5 Ergebnisse (BAC 2) 34

5.1 Ergebniserwartung und tatsächlich erreichtes Ergebnis 34

5.2 Intensives Einsetzen der Präaktionalen Phase 35

5.3 Effektivitätssteigerung durch Erreichen des Teilziels 37

5.4 Persönliche Kategorisierung durch Erfahrung 37

5.5 Sonstiges 40
6 Diskussion 42
6.1 Diskussion Planungs- und Handlungskompetenz 42
6.2 Diskussion Präaktionale Phase 43
6.3 Diskussion Effektivitätssteigerung durch Erreichen des Teilziels 45
6.4 Diskussion Individuelle Einstufung der PatientInnen durch die Erfahrungswerte der Diätologinnen 46
6.5 Interpretation der Hypothesen 49
6.6 Beantwortung der Forschungsfrage 51
7 Schlussfolgerungen 52
8 Literaturverzeichnis 54
9 Anhang 56

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Absichtsbildung/Intentionaler Prozess (Quelle: Eigene Darstellung) ... 21
Abbildung 2: Volitionaler Prozess/Phase der Umsetzung (Quelle: Eigene Darstellung) 23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich Beratungstechniken als Tabelle (Quelle: Eigene Darstellung) . 26
Tabelle 2: Vorteile Gruppenschulung und Einzelberatung (Quelle: Eigene Darstellung) 35
Tabelle 3: Schritte der Verhaltensänderung (Quelle: Eigene Darstellung) 39
Tabelle 4: Stufen Planungskompetenz (Quelle: Eigene Darstellung) 40
Tabelle 5: Tipps für Arbeitsbeginn im psychiatrischen Bereich (Quelle: Eigene Darstellung) 40
Tabelle 6: Vergleich HAPA-Modell mit Ergebnis Handlungsschritte Interview (Quelle: Eigene Darstellung) 47
Tabelle 7: Abstufungen der Planungskompetenz 48
Tabelle 8: Systematische Literaurrecherche anhand des PICO(T) – Modells (Quelle: Eigene Darstellung) 61
Tabelle 9: Übersicht über Fachartikel und Fachbücher (Quelle: Eigene Darstellung)62
Tabelle 10: Literaturrecherche "Depression" (Quelle: Eigene Darstellung) 64
Tabelle 11: Literaturrecherche "Adipositas" (Quelle: Eigene Darstellung) 66
Tabelle 12: Literaturrecherche "HAPA" (Quelle: Eigene Darstellung)..... 69

Abkürzungsverzeichnis

HAPA	Health Action Process Approach
DAG	Deutschen Adipositas-Gesellschaft
BMI	Body Mass Index
MI	Motivational Interviewing
P.	Patientinnen und Patienten
Z	Zeile

1 Einleitung

Schwerpunkt dieser Arbeit ist es, Vorteile der Anwendung des Health Action Process Approach (HAPA) - Modells gegenüber anderen Diätberatungstechniken bei depressiven, adipösen PatientenInnen zu finden.

Da es bis dato in der Literatur noch keine existierenden Tools für die Behandlung der Kombination aus Depression und Adipositas gibt, soll im Rahmen dieser Arbeit nach effektiven Tools zur Therapie von psychisch Erkrankten gescreent werden. Während der Literaturrecherche entstand die Idee, wie eine mögliche Effektivitätssteigerung in der Diätberatung aussehen könnte.

Da das Ziel der Arbeit eine Effektivitätssteigerung durch HAPA in der diätologischen Beratung von depressiven, adipösen PatientInnen ist, war es am Anfang notwendig zu verstehen, wie ein depressiver Patient psychotherapeutisch behandelt wird. Diese Vorgehensweise erschien plausibel, um diese Methoden später mit HAPA vergleichen zu können.

Zur systematischen Literaturrecherche wurden vor allem Bücher, die von Frau Schrattenholzer-Deubner, MA (Fachbereichsleiterin MTDG, 1.Psychiatrische Abteilung mit ZPP, 3. Psychiatrische Abteilung, Diätologie) des Otto Wagner Spitals empfohlen wurden, verwendet. Außerdem wurde mit den Suchmaschinen „Google“, „Pubmed“ und „Google Scholar“ recherchiert.

Der zweite Teil der Bachelorarbeit soll die Forschungsfrage „Welche Diätberatungstechnik zeigt sich bis dato am effektivsten in der Beratung von depressiven, adipösen PatientInnen?“ beantworten. Die Frage nach der effektivsten Diätberatungstechnik bei depressiven, adipösen PatientInnen ist für DiätologInnen von besonderem Interesse, weil dem Thema in der Forschung bis jetzt kaum Aufmerksamkeit geschenkt wurde und mittels Interviews bei ExpertInnen Praxiserfahrungen gesammelt werden sollen.

Als Methode zur Beantwortung wurden Leitfadeninterviews mit drei Diätologinnen aus dem psychiatrischen Bereich gewählt. Diese Technik wurde gewählt, um zu erkennen, welche Teile des HAPA – Modells bereits bewusst oder unbewusst in der Praxis verwendet werden. Die Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, dass psychiatrisch Erkrankte durch diätologische Beratungstechniken mit einer höheren

Wahrscheinlichkeit und schneller die ernährungsmedizinischen Therapieziele erreichen.

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurden folgende Hypothesen gebildet:

1. Zusammenhangshypothese mittels dem Hypothesenpaar H0 und H1

- H0 Nullhypothese: Es gibt KEINEN Zusammenhang zwischen der Ergebniserwartung der PatientInnen und dem tatsächlich erreichten Ergebnis.

- H1 Alternativhypothese: Es gibt EINEN Zusammenhang zwischen der Ergebniserwartung der PatientInnen und dem tatsächlich erreichten Ergebnis.

2. Veränderungshypothese mittels dem Hypothesenpaar H0 und H1

- H0 Nullhypothese: Es gibt KEINE Veränderung des gesundheitsförderlichen Essverhaltens durch intensives Einsetzen der präaktionalen Phase in der Beratung.

- H1 Alternativhypothese: Es gibt EINE Veränderung des gesundheitsförderlichen Essverhaltens durch intensives Einsetzen der präaktionalen Phase in der Beratung.

3. Unterschiedshypothese mittels dem Hypothesenpaar H0 und H1

- H0 Nullhypothese: Es gibt KEINEN Unterschied der Effektivität der Diätberatung, wenn ein Teilziel des Therapieziels bereits erreicht wurde.

- H1 Alternativhypothese: Es gibt EINEN Unterschied der Effektivität der Diätberatung, wenn ein Teilziel des Therapieziels bereits erreicht wurde.

4. Unterschiedshypothese mittels dem Hypothesenpaar H0 und H1

- H0 Nullhypothese: Es gibt KEINEN Unterschied zwischen der Kategorisierung der PatientInnen nach dem HAPA - Modell und der Kategorisierung nach der persönlichen Erfahrung der DiätologInnen.

- H1 Alternativhypothese: Es gibt EINEN Unterschied zwischen der Kategorisierung der PatientInnen nach dem HAPA - Modell und der Kategorisierung nach der persönlichen Erfahrung der DiätologInnen.

2 Literaturüberblick

2.1 Depression, Adipositas und Diätologie

Die Aufgabenbereiche der Psychologie und der Diätologie überschneiden sich in einigen Bereichen. Die fächerübergreifenden Tätigkeiten der DiätologInnen bestehen darin, die Ressourcendefizite zur Ernährungszielerreichung zu dokumentieren. Wichtig ist auch, dass die Gefühle und Gedanken, die sich auf die Umsetzung des Ernährungszieles auswirken, dokumentiert werden. Zusätzlich gehört es in den Aufgabenbereich der Diätologie, das Essen hinsichtlich des Planens und Handelns gemeinsam mit dem Patienten in dessen Tagesablauf zu integrieren. Die psychiatrische Grunderkrankung beeinflusst die diätologische Zielerreichung in hohem Ausmaß (Erika Schrattenholzer - Deubner & Julia Einberger, 2018, S. 19). Da sowohl das Thema Depression, als auch das Thema Adipositas sehr komplex sind und beide nicht zwingend zusammengehören, werden beide in getrennten Kapiteln ausgeführt.

2.2 Depression

Zu Beginn der Recherche war es notwendig zu erarbeiten, was eine Depression ist, was die depressiven PatientInnen von psychisch Gesunden unterscheidet, welche Ressourcendefizite sie haben und wie diese in der Psychotherapie behandelt werden. Die folgenden Unterkapitel sollen dazu einen knappen Einblick verschaffen.

2.2.1 Beschreibung der Störung

In der Literaturrecherche fiel auf, dass Adipositas eine Ursache für Depressionen sein kann und umgekehrt (Gniech, 2002, S. 208). Es gibt viele unterschiedliche Formen der Depression. In der vorliegenden Arbeit soll eine Depression wie folgt verstanden werden:

Depressionen sind gekennzeichnet durch das gleichzeitige Auftreten von mehreren Symptomen. Diese können unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Das wichtigste Merkmal ist die depressive Verstimmung für mindestens 2 Wochen ohne bestimmten äußeren Umstand. Die Verstimmung ist für den Betroffenen in einem abnormen Ausmaß fühlbar (Hautzinger, 2010, S. 6).

Hinzu kommen noch Symptome wie Selbstvorwürfe, unangemessene Schuldgefühle, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Unentschlossenheit und suizidales

Verhalten. Auch der Verlust von Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl und Interesse oder Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten kennzeichnen die Erkrankung. Für den Gewichtsverlauf entscheidende Faktoren sind der verminderter Antrieb/hohe Ermüdbarkeit sowie Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung (Hautzinger, 2010, S. 6).

All diese Symptome der Depression beeinflussen den Gewichtsverlauf und den Therapieerfolg auf eine gewisse Art und Weise. Daraus ergibt sich ein massives Ressourcendefizit in der Ernährungstherapie. Bei Gesunden, die mit negativen Gefühlen nicht umgehen können, ist es häufig so, dass sie unter Stress zum Essen greifen. Essen steht in Österreich fast immer und überall zur Verfügung. Es ist eine sofortige emotionale Unterstützung. Gleichzeitig ist Essen Ablenkung und Vergnügen. Die Probleme werden dadurch aber aufrechterhalten und das emotionale Essen wird weitergeführt. Wichtig ist also, die Ursache des „Emotionalen Essens“ zu entfernen. Bei einer depressiven Verstimmung, ohne bestimmten Grund, kann die Ursache kaum beseitigt werden (Taitz & Haentjes-Holländer, 2015, S. 220).

2.2.2 Therapie Depression

Da das Ziel der Arbeit eine Effektivitätsstiegerung durch HAPA in der diätologischen Beratung von depressiven, adipösen PatientInnen ist, war es zuerst notwendig zu verstehen, wie depressive PatientInnen psychotherapeutisch behandelt werden. Diese Vorgehensweise erschien plausibel, um diese Methoden später mit HAPA und anderen Diätberatungstechniken vergleichen zu können. Nach Hautzinger (2010) sind dies die verschiedensten psychologischen Therapiemöglichkeiten, wie etwa:

- kognitive Verhaltenstherapieformen
- interpersonelle Psychotherapie
- Prävention depressiver Entwicklung (2010, S. V f.).

Die Grundelemente der erfolgreichen Psychotherapie bei Depression sind sehr ähnlich. Damit ein psychotherapeutischer Zugang und positive Veränderung, insbesondere bei Depressiven, möglich ist, müssen von den TherapeutInnen im Folgenden angeführte Interventions- und Interaktionsweisen umgesetzt werden.

Die TherapeutInnen formulieren verständliche Fragen, entwickeln realistische Ziele und fassbare Vorschläge zu Veränderungen. Sie erschaffen eine Kooperation mit den PatientInnen, fokussieren auf dringliche Probleme, strukturieren und stellen

gestufte Forderungen. Erfolge werden durch Unterteilung in Teilschritte ermöglicht. Misserfolge werden vermieden. Die Kompetenzen und Stärken des Patienten sind die Basis. Therapeuten erklären Herangehensweisen und begründen Sichtweisen neu. Die Intervention wird für den Patienten transparent gemacht. Die notwendigen Schritte zur Veränderung und das Ziel werden klar und offen erklärt. Der Patient wird auf mögliche Krisen vorbereitet (Hautzinger, 2010, S. 80 f.).

2.3 Adipositas

2.3.1 Beschreibung der Krankheit

Der Begriff Adipositas wird laut WHO eine als übermäßig große Fettmenge über das Normalmaß verstanden. Adipositas ist eine chronische Krankheit und erhöht das Morbidität- und Mortalitätsrisiko (2000). Von Übergewicht wird bei einem BMI (Body Mass Index) über 25kg/m^2 gesprochen. Ein BMI ab 30kg/m^2 wird als Adipositas bezeichnet. In der vorliegenden Arbeit wird nicht zwischen Übergewicht und Adipositas unterschieden, da laut S3-Leitlinie bei einem BMI über 25kg/m^2 das Risiko für koronare Herzkrankheiten gering erhöht und daher in beiden Fällen eine Gewichtsreduktion erstrebenswert ist (Hauner et al., 2014, S. 15).

Ätiologie und Epidemiologie zählen zum Basiswissen der Diätologie und werden nicht weiter ausgeführt. Zu den Folgeerkrankungen gehören Diabetes Mellitus Typ Zwei, arterielle Hypertonie, kardiovaskuläre Erkrankungen, Karzinome sowie degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparats (Klotter, 2007, S. 104).

Bei der Recherche der Konsequenzen war auffällig, dass neben sozialer Diskriminierung, Selbstwertverminderung und gesteigerter Ängstlichkeit auch erhöhte Depressivität auffällig ist (Klotter, 2007, Seite 104).

2.3.2 Behandlung der Krankheit

2.3.2.1 Indikation und Ziel der Adipositastherapie

Die begutachteten Quellen sind sich einig, wann eine Indikation zur Behandlung übergewichtiger und adipöser Menschen vorliegt. Verglichen wurden die Indikationen zur Behandlung der S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V. und die Empfehlungen nach Pudel und Westenhöfer (1991, S. 184; Hauner et. al, S. 37). Die genaue Ausführung aller Indikationen erschien überflüssig für diese Arbeit, da sie zum Basiswissen der

Diätologie zählen. Ganz bewusst erwähnt wird an dieser Stelle dennoch, dass auch der hohe psychosoziale Leidensdruck gemeinsam mit Übergewicht (BMI zwischen 25 und < 30 kg/m²) eine Indikation zur Ernährungstherapie darstellt (Hauner et al., 2014, S. 37, Empfehlung 5.1). Ziel der Adipositastherapie ist folglich nicht nur die Gewichtsreduktion mit ihren gesundheitlichen Vorteilen, sondern auch die daraus resultierende Verbesserung psychischer Störungen wie zum Beispiel Depression (Hauner et al., 2014, S. 38, Empfehlung 5.2)

2.3.2.2 Säulen der Therapie

Ist die Indikation zur Therapie der Adipositas gestellt, dann wird der diätologische Prozess gestartet. Gemäß der S3-Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V. (2014, S. 58) besagt die Empfehlung 5.34, dass Bewegungs-, Ernährungs- und Verhaltenstherapie ein Bestandteil von Gewichtsreduktionsprogrammen sein sollte. Aktuelle Diätformen, Ernährungsempfehlungen sowie verschiedenste Gewichtsreduktionsprogramme werden zum Basiswissen der Diätologie gezählt, daher wird in dieser Arbeit auf eine nähere Beschreibung verzichtet. Die Bewegungstherapie wird in dieser Arbeit ebenfalls nicht thematisiert.

2.3.3 „Die herkömmliche Diätberatung“

In der Ausbildung zur Diätologin/zum Diätologen nehmen die Bereiche Kommunikation, Beratungstechnik, Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Fachdidaktik, usw. einen großen Anteil ein (vgl. Curriculum Bachelorstudiengang Diätologie). „Die eine Diätberatungstechnik“, die auf alle PatientInnen übertragen werden kann, gibt es nicht. Jeder Patient und jede Patientin ist ein Individuum. Jede Diätologin und jeder Diätologe entwickelt mit der Zeit seine eigene Mischung aus den verschiedensten Diätberatungstechniken. Genauso individuell ist durch diesen großen Mix aus BeraterIn, PatientIn und verschiedenen Diätberatungstechniken jede einzelne Beratung. Die Grundzüge, die eine Adipositastherapie und Ernährungsberatung laut unterschiedlicher Quellen und Adipositas Leitlinie ausmachen, werden im Folgenden beschrieben.

2.3.3.1 Kommunikation und Gesprächsführung

Diätberatungstechniken sind wichtig, um effizienter das ernährungstherapeutische Ziel zu erreichen. In der Literatur werden unzählige Techniken gefunden. In der Diätberatung werden verschiedene Ansätze verbunden.

Zu diesen kommunikativen Kompetenzen zählen die verbale und die non-verbale Kommunikation (Hömens, 2016, S. 44). Auch grundlegende Fragetechnik (offene Fragen), hypothetische Fragen und systemische Fragestellung sind essentiell für eine Ernährungstherapie (Hömens, 2016, S. 46). Präsent sein, beobachten, aktiv zuhören und paraphrasieren sind nur einige Anforderungen, die ein klientenzentriertes Beratungsgespräch ausmachen. Nach Carl R. Rogers sind auch Empathie, Kongruenz, Akzeptanz und Objektivität notwendig, um es mit dem Patienten auf eine Beziehungsebene zu schaffen (Hömens, 2016, S. 54). Außerdem sollten auch die Inhalts- und Beziehungsaspekte der Kommunikation nach Paul Watzlawick und die psychodynamische Beratung nach Sigmund Freud, Alfred Adler, Erik Erikson, Fritz Perls und Eric Berne, wie das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Curricula MTD Diätdienst und Ernährungsmedizinischer Beratungsdienst festlegt, in der Diätberatung Anwendung finden (2004, S. 138).

2.3.3.2 Verhaltensanalyse und Zieldefinition

Grundsätzlich ist Ernährungsberatung mehr als nur Informationsvermittlung. Ernährungsberatung verbindet Ernährungsaufklärung und Therapie. Das Wissen muss so ausgesucht und vermittelt werden, dass es auch vom Patienten im Alltag umgesetzt und so eine Heilung erzielt werden kann. Im Hinterkopf muss behalten werden, dass Ernährungsberatung eine Dienstleistung für erwachsene, selbstverantwortliche Menschen ist. Fachwissen und soziales Management der Fachkräfte sind Voraussetzungen für den Therapieerfolg (Pudel & Westenhöfer, 1991, S. 183).

Bei der Ernährungsberatung steht problematisches Gesundheitsverhalten im Mittelpunkt. Im persönlichen Gespräch zwischen BeraterIn und KlientIn soll Hilfe zur Selbsthilfe gegeben werden. Eine Verhaltensänderung ist zur Behandlung notwendig (Pudel & Westenhöfer, 1991, S. 180).

Viele verschiedene Motive (z. B. Hunger, Geschmack, Tradition) haben Einfluss auf die Bedürfnisse. Auch psychische Veränderungen können sowohl ein hypo- als auch hyperkalorisches Essverhalten auslösen. Depressionen sind eine schwerwiegende psychische Veränderung und können daher das Essverhalten stark mit beeinflussen (Fehrmann, 2002, S. 42; Hauner et al., 2014, S. 23).

Diese verschiedenen Motive, die Essverhalten auslösen, werden mithilfe der Verhaltensdiagnose während der Beratung erfragt. Die Verhaltensdiagnose klärt, wann und wo der Patient was trinkt und isst. Hierfür werden in der Praxis verschiedene Ernährungserhebungsmethoden wie z. B. das Ernährungstagebuch verwendet. Die Beurteilung des Gesundheitsverhaltens ist für den Beratungsprozess essentiell, da so die individuelle Ernährungssituation in ernährungsphysiologischen Parametern beschrieben werden kann. Aber auch der subjektive Stellenwert für bestimmte Lebensmittel sowie Situationen, die an Essen gebunden sind, werden ermittelt. All das ist in der Ernährungsberatung wichtig zu wissen, da auf diese verschiedenen Voraussetzungen individuell eingegangen werden muss, um ein ideales Outcome zu erhalten. Diese Analyse des Verhaltens ermöglicht es im speziellen Fall die erforderlichen Veränderungen zu erkennen (Pudel & Westenhöfer, 1991, S. 185).

Im nächsten Schritt wird das Ziel definiert. Die Zieldefinition ist wichtig für die folgende Planung der Umsetzungsschritte. Sie ist notwendig für die weitere Beratung. Anhand der Zieldefinition kann zusätzlich die Ergebniserreichung überprüft werden. (Pudel & Westenhöfer, 1991, S. 187)

2.3.3.3 Verhaltensänderung

Nachdem das Ziel geplant ist, wird vom Klienten subjektiv erfasst, welchen der Schritte er leichter oder schwerer realisieren kann. Das nennt sich die antizipatorische Verhaltensänderung. Wichtig ist, dass die Verhaltensmaßnahmen anhand von Beispielen konkret erklärt werden (Pudel & Westenhöfer, 1991, S. 187).

Die untersuchte Literatur ist sich einig, dass diese Verhaltensmaßnahmen im gemeinsamen Dialog konkret geplant werden sollen. Sie sollen für das Individuum mit vergleichsweise geringem Verhaltensaufwand verbunden sein. Es soll dadurch ermöglicht werden, das Ziel mit möglichst kleinen Schritten zu erreichen. Eine wesentliche Grundlage für eine bessere Verhaltenskontrolle ist, dass der Patient selbst beurteilen kann, ob er die geplanten Ziele erreicht hat. Je häufiger der Patient einen Erfolg erlebt, umso nachhaltiger stabilisiert sich sein geändertes Essverhalten. Erst wenn die Maßnahme stabilisiert ist, kann darauf aufgebaut und die nächste Stufe erarbeitet werden. Ernährungsberatung ist also ein kontinuierlicher Prozess (Hauner et al., 2014, S. 57; Pudel & Westenhöfer, 1991, S. 187 f).

Nach „Einmalberatungen“ kann keine verhaltensändernde Wirkung erwartet werden, da es nur eine Kurzinformation ist. Die Herausforderung in der Beratung liegt darin, dem Patienten durch konkrete Maßnahmen, die auf den Patienten abgestimmt sind, zu helfen, sein Ziel zu erreichen (Pudel & Westenhöfer, 1991, S. 188).

Um eine Verhaltensänderung zu bewirken gibt es sehr viele Techniken. Die S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ der DAG e.V. gibt zur Verhaltensänderung folgende Empfehlungen:

> *5.31 Verhaltenstherapeutische Interventionen und Strategien zum Einsatz bei Übergewicht und Adipositas sollen verschiedene Elemente enthalten.*
>
> *5.32 Das Spektrum der geeigneten Interventionen und Strategien kann folgende psychotherapeutische Elemente enthalten:*

- *Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt (Körpergewicht, Essmenge, Bewegung)*
- *Einübung eines flexibel kontrollierten Ess- und Bewegungsverhaltens (im Gegensatz zur rigiden Verhaltenskontrolle)*
- *Stimuluskontrolle*
- *Kognitive Umstrukturierung (Modifizierung des dysfunktionalen Gedankenmusters)*
- *Zielvereinbarungen*
- *Problemlösetraining/Konfliktlösetraining*
- *Soziales Kompetenztraining/Selbstbehauptungstraining*
- *Verstärkerstrategien (z. B. Belohnung von Veränderungen)*
- *Rückfallprävention*
- *Strategien zum Umgang mit wieder ansteigendem Gewicht*
- *Soziale Unterstützung* (Hauner et al., 2014, S. 55)

Diese Empfehlungen fassen sehr gut das zusammen, was von vielen verschiedenen Experten empfohlen und auch in der Diätologie - Ausbildung gelehrt wird.

2.3.4 Besonderheiten im psychiatrischen Bereich

Es gibt einige notwendige Besonderheiten in der Behandlung im psychiatrischen Bereich, die zu den oben genannten kommunikativen Kompetenzen hinzukommen. Ein Unterschied ist, dass die Befundung und Zielsetzung bei jeder Folgeberatung neu evaluiert wird. Dies ist wichtig, da die Ressourcen mehrmals täglich wechseln können. Auch wenn sich die multiprofessionellen Teilziele ändern, dann muss die

geplante Intervention entsprechend angepasst werden (Schrattenholzer - Deubner & Einberger, 2018, S. 19).

Außerdem müssen die Inhalte individuell klar und einfach gestaltet sein. Die Ziele sollten bereits priorisiert und genau beschrieben sein. Maximal 3 Teilziele werden den PatientInnen im psychiatrischen Bereich präsentiert. Die Dauer und Methode der Vermittlung muss entsprechend dem Auffassungsvermögen der PatientInnen sein (Schrattenholzer - Deubner & Einberger, 2018, S. 19).

Gerade im Bereich der Adipositas ist es in psychiatrischen Bereichen besonders interessant zwei Fragen nachzugehen:

Welchen Einfluss hat die Psyche bei der Nahrungsauswahl?

Wie beeinflusst die verzehrte Nahrung die Psyche (Gniech, 2002, S. 219)?

Der Körper will immer in Balance sein. Spürt der Körper ein Ungleichgewicht, dann will er dieses ausgleichen. Es ist irrelevant, ob diese Unausgeglichenheit sich in Form von einem Nährstoffdefizit oder einem psychischen Problem im Körper manifestiert, denn sowohl körperliche, als auch psychische Spannungen beeinflussen unser Hungergefühl (Gniech, 2002, S. 220). Daraus lässt sich ableiten, dass es bei der Gewichtsreduktion im psychiatrischen Bereich zu empfehlen ist, den Patienten dabei zu unterstützen, ein Gespür für Hunger und Sättigung zu entwickeln.

2.4 HAPA – Health Action Process Approach

In den Jahren ab 1980 entwickelte Prof. Ralf Schwarzer das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns, später bekannt unter dem Namen Health Action Process Approach (HAPA) (Schwarzer, 2004, S. 90). Es integriert und verbindet zahlreiche bereits vorhandene gesundheitspsychologische Bestandteile. Das Modell von Schwarzer versucht Gesundheitsverhalten zu erklären. Zwei Leitprinzipien kennzeichnen das Modell:

1. Ein Schritt muss abgeschlossen sein, dann folgt erst der nächste.
2. Die Erwartung einer gewissen Selbstwirksamkeit ist Voraussetzung für eine Verhaltensänderung (Schwarzer, 2004, S. 90).

Laut diesem Modell gibt es in der Verhaltensänderung zwei Prozesse. Nach dem intentionalen Prozess (Absichtsbildung) folgt der volitionale Prozess (Phase der

Umsetzung). Die zwei Prozesse werden in den zwei folgenden Abbildungen zum leichteren Verständnis dargestellt. Eine Verhaltensänderung beginnt mit dem intentionalen Prozess, da laut Schwarzer Motivation zur Verhaltensänderung vorhanden sein muss. Eine konkrete Intention, bezogen auf ein bestimmtes Verhalten, muss zu Beginn gebildet werden (Klotter, 2007, S. 149; Schwarzer, 2004, S. 91) .

2.4.1 Absichtsbildung/ intentionaler Prozess

Die erste Phase der Absichtsbildung setzt sich aus der Ergebniserwartung, der wahrgenommenen Bedrohung und der eigenen Kompetenzerwartung zusammen. Zum besseren Verständnis ist dies in Abbildung 1 erkennbar (Schwarzer, 2004, S. 91).

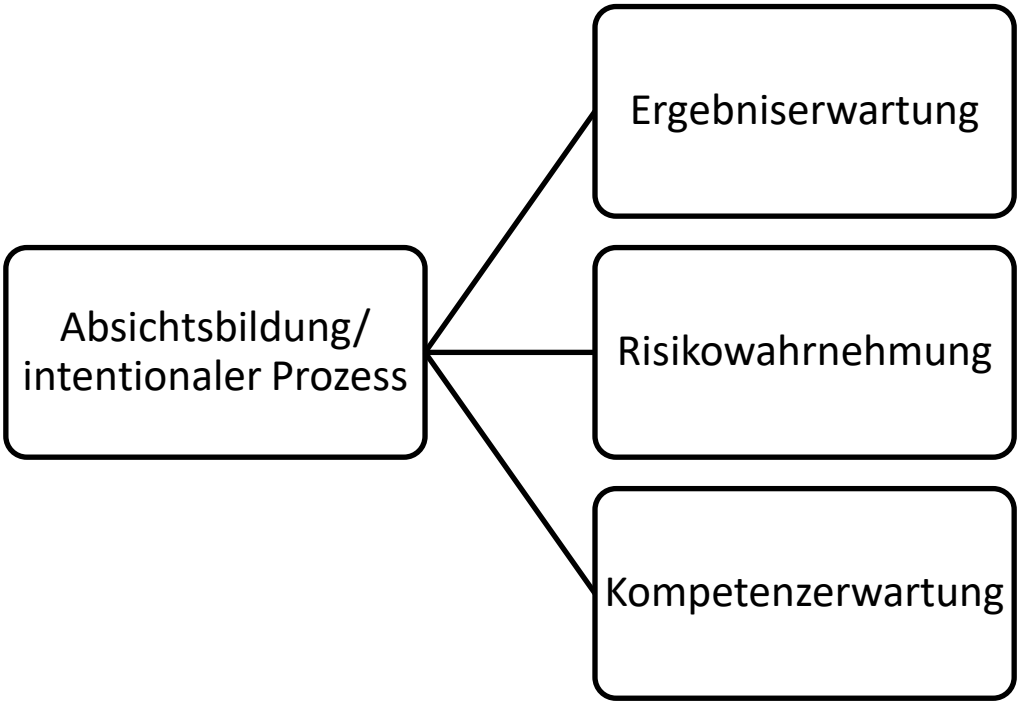


Abbildung 1: Absichtsbildung/Intentionaler Prozess (Quelle: Eigene Darstellung)

Die wahrgenommene Bedrohung verbindet die persönliche Erfahrung mit dem Thema und dem Schweregrad der Erkrankung. Sie unterscheidet sich bei jedem Individuum, da jeder unterschiedliche Erfahrungen im Laufe seines Lebens macht und die Erkrankung bei jedem unterschiedlich stark ausgeprägt ist (Klotter, 2007, S. 150). Der Zusammenhang zwischen dem eigenen Handeln und der daraus

resultierenden Folge ist die Basis für die Verhaltensänderung (Schwarzer, 2004, S. 92).

Bei der Ergebniserwartung wird überlegt, ob es Behandlungsmöglichkeiten gibt und wie erfolgreich diese sind. Das Abwiegen der Pro und Contras zeigt, dass die PatientInnen Strategien kennen, um gewisse Effekte zu erzielen. Bei diesem Teil der Handlungsergebniserwartung geht es um das Wissen und nicht um die Umsetzung. Durch neu beworbene Diäten wird auch nach dem Scheitern immer wieder neue Hoffnung geweckt (Schwarzer, 2004, S. 92).

Kompetenzerwartung beschreibt, wie gut oder schlecht die eigenen Fähigkeiten bezüglich bestimmten Fähigkeiten, insbesondere in schwierigen oder stressreichen oder neue Situationen, eingestuft werden. Der Glaube an die eigenen Fähigkeiten ist für den Prozess des Aufbaus und des Erhalts von Gesundheitsverhalten essentiell und sehr wichtig in allen Phasen des HAPA - Modells. Eine hohe Erwartung an die eigene Selbstwirksamkeit erleichtert dem Patienten die Veränderung in allen Phasen. Außerdem hilft gut ausgeprägte Kompetenzerwartung den PatientInnen dabei Rückfälle zu vermeiden (Schwarzer, 2004, S. 92).

Die Absichtsbildung könnte bei einer adipösen Person wie folgt aussehen:

- Wahrgenommene Bedrohung:
  Kaum vorhanden, da die wenigsten Menschen Adipositas mit Krankheiten oder dem Tod verbinden, da sie schon lange überlebt wurde. Sie wird eher als unangenehm oder unschön empfunden (Gniech, 2002, S. 208; Klotter, 2007, S. 150).
- Kompetenzerwartung:
  Mit jedem gescheiterten Versuch der Gewichtsreduktion sinkt die Kompetenzerwartung. Dennoch klammern sich die Betroffenen an die Hoffnung.
- Ergebniserwartung:
  Betroffene klammern sich an die Hoffnung, glauben aber aufgrund der häufigen fehlgeschlagenen Bemühungen nicht mehr an das erwünschte Outcome. (Klotter, 2007, S. 150 f.)

2.4.2 Volitionaler Prozess/Phase der Umsetzung

Nach dem intentionalen Prozess folgt laut Schwarzer der volitionale Prozess. Dieser besteht aus Handlungsplanung, Handlungskontrolle und Handlung (Klotter, 2007, S. 151).

Abbildung 2: Volitionaler Prozess/Phase der Umsetzung (Quelle: Eigene Darstellung)

Wie in Abbildung 2 ersichtlich, erfolgt die Phase der Umsetzung im HAPA – Modell stufenweise. Die präaktionalen Phase kommt zu Beginn. Sie ist die Planung der Initiative. Hier wird das Wie, Wann und Wo der Handlung festgemacht. Diese Phase ist wichtig, dass die PatientInnen ihre Ressourcen ideal zum Einsatz bringen können. Handlungspläne werden dabei mit verschiedenen günstigen und ungünstigen Umständen verknüpft. Durch diese spezifischen Pläne werden auch situative Faktoren einbezogen und das Handeln wird automatisiert (Laut Lippke, Ziegelmann & Schwarzer, in Druck-b; Taylor, Pham, Rivkin & Armor, 1998 zitiert nach Schwarzer 2004, S. 94).

Als nächstes folgt die Handlungsausführung und Aufrechterhaltung, auch genannt aktionale Phase. Dazu zählt auch das Unterlassen eines Risikoverhaltens, wie z. B. das Essen einer Pralinenschachtel als Zwischenmahlzeit. Auf etwas Gewohntes zu verzichten braucht genau so viel Volitionsstärke wie das Beginnen eines gesundheitsfördernden Verhaltens. Eine ständige Regulation der Aufmerksamkeit und der Gefühle ist notwendig, um diesen Prozess aufrecht zu erhalten. Je optimistischer jemand auf seine eigenen Kompetenzen schaut, umso wahrscheinlicher ist die Zielerreichung und umso besser kann mit Rückschlägen umgegangen werden (Schwarzer, 2004, S. 95).

Die postaktionale Phase dient der Wahrnehmung und Interpretation von Erfolg und Misserfolg. Ein Erfolg begünstigt zukünftige Versuche, während ein Misserfolg von

zukünftigen Versuchen abhält. Diese Phase ist auch wichtig zur Wiederherstellung der Motivation nach einem Misserfolg (Schwarzer, 2004, S. 95).

Der gesamte volitionale Prozess kann durch situative Barrieren, wie zum Beispiel finanzielle Schwierigkeiten oder zu große Distanzen, gehemmt werden. Auf der anderen Seite können Ressourcen den gesamten Prozess positiv beeinflussen. Eine Ressource könnte ein Wald in der Nähe zum Spazieren oder eine gute Freundin sein. Das soziale Umfeld kann die Gewichtsabnahme sabotieren oder auch vereinfachen. In jeder einzelnen Phase ist die Erwartung an die eigenen Kompetenzen wichtig (Klotter, 2007, S. 152; Schwarzer, 2004, S. 93 ff.).

Einschränkend lässt sich sagen, dass nicht jeder Patient und jede Patientin aus verschiedenen Gründen in diesen Prozess einsteigen will.

2.5 Tabellarische Darstellung der Diätberatungstechniken

Die nachstehende Tabelle zeigt auszugsweise Vor- und Nachteile verschiedener Techniken zur Behandlung von depressiven, adipösen PatientInnen. Sie basiert auf den Ergebnissen der Literaturrecherche. Es wurden weniger Nachteile erkannt, da bei der Recherche bewusst auf die Vorteile der einzelnen Techniken geachtet wurde.

Technik zur Behandlung von Adipositas	Vorteil	Nachteil
Einzelberatung	Individuelle Hilfe zur Selbsthilfe	Dauert am längsten
	Mehr als nur Informationsvermittlung	Teuer
	individuelle Tipps	Wenige Patienten können gleichzeitig erreicht werden
	verbindet Ernährungsaufklärung und Therapie	
	Praxisnah und Alltagstauglich erklärt	
	Verschiedenste Motive können im Gespräch berücksichtigt werden: Hunger, Geschmack, Tradition, Ekel, Angst, Krankheit	
	Verhaltensdiagnose ist der 1. Schritt	
	Gesundheitsverhaltens wird	

	analysiert und adaptiert	
	Subjektiver Stellenwert der Lebensmittel wird berücksichtigt	
	Bestimmtes Essen in bestimmten Situationen mit einbezogen	
	Erforderliche Verhaltensänderung führt zur Zieldefinition	
	Planung der individuellen Umsetzungsschritte	
	Antizipatorische Verhaltensänderung – Veränderung muss konkret erklärt werden	
Einzelberatung im psychischen Bereich, gleich wie Ernährungstherapie in anderen Bereichen und zusätzlich:	Befundung und Zielsetzung bei jeder Folgeberatung neu evaluiert	
	individuell klar und einfach gestaltet	
	Maßnahmen bereits priorisiert und genau beschrieben	
	Maximal 3 Teilziele	
	Dauer und Methode der Vermittlung entsprechend dem Auffassungsvermögen der PatientInnen berücksichtigt	
HAPA – Modell (Schwarzer, 2004, S. 91 ff.)	Berücksichtigt die Phase der Volition und der Intention getrennt. Das ist ein Vorteil, da berücksichtigt wird, dass die Intentionsbildung Motivation voraussetzt. Motivation ist bei depressiven PatientInnen kaum gegeben	Selbstwirksamkeit bei Depressivem kaum vorhanden
	Verbindet zahlreiche gesundheitspsychologische Bestandteile	Risikowahrnehmung kann sich negativ auf depressive PatientInnen auswirken. Sie sehen die Zukunft meist negativ.

		Dadurch könnte das Risiko als noch bedeutsamer anerkannt werden
	Einzelne Stufen müssen abgeschlossen sein	ständige Regulation der Aufmerksamkeit und der Gefühle ist notwendig – bei jeder positiv zu bewertenden Verhaltensänderung
	Selbstwirksamkeit wird durch erreichte Ziele gesteigert	
	Handlungsplanung, Handlungskontrolle und Handlung sind eigene Bausteine - Dadurch wird der Patient gedanklich auf die tatsächliche Handlung vorbereitet	
	Prozess des Handelns wird in viele kleine Teilchen und einzelne Phasen zerlegt	
	Ressourcen werden durch die Planung der Initiative ideal zum Einsatz gebracht	
	Zusammenhang zwischen dem eigenen Handeln und den Ergebnissen führt zur Steigerung der Selbstwirksamkeit	
	Selbstwirksamkeit positiv für alle Phasen des Gewichtsmanagementprozesses → Aufwärtsspirale	
	Interpretation des Erfolges/Misserfolges hilft dabei das gewünschte Verhalten zu verinnerlichen	
	Äußere Umstände werden bei allen Therapiemöglichkeiten eingebunden	

Tabelle 1: Vergleich Beratungstechniken als Tabelle (Quelle: Eigene Darstellung)

3 Übergang

Im ersten Teil dieser Arbeit wurde nach effektiven Tools zur Therapie von psychisch Erkrankten gescreent. Die detaillierte Auseinandersetzung mit dem HAPA - Modell war von besonderer Relevanz, da es in der Literatur noch keine existierenden Tools für die Kombination aus Depression und Adipositas gibt.

Schwerpunkt dieser Arbeit ist es, Vorteile der Anwendung des HAPA - Modells gegenüber anderen Diätberatungstechniken bei depressiven, adipösen PatientInnen zu finden und die Frage zu beantworten, ob die Anwendung des HAPA - Modells oder die herkömmliche Diätberatung den depressiven, adipösen PatientInnen besser bei der Gewichtsabnahme unterstützt.

Ziel des ersten Teils der hermeneutischen Arbeit ist es, eine mögliche Effektivitätssteigerung durch die Anwendung des HAPA-Modells in der Beratungstechnik bei psychiatrisch Erkrankten zu zeigen. Die Literaturrecherche erfolgte anhand des PICO – Modells.

Zusammenfassend ließ sich im hermeneutischen Teil der Arbeit feststellen, dass eine Kombination aus den im Studiengang erlernten Techniken, den Schwerpunkten, die in der psychotherapeutischen Behandlung verwendet werden und dem HAPA – Modell am effektivsten ist.

Daraus ergab sich folgende Frage:

- Welche Diätberatungstechnik zeigt sich bis dato am effektivsten in der Beratung von depressiven, adipösen PatientInnen?

Diese Frage soll durch Leitfadeninterviews mit 3 Diätologinnen aus dem psychiatrischen Bereich beantwortet werden. Die Methode der Interviews zur Beantwortung der Fragestellung wurde gewählt, da so erkannt werden kann, ob und welche Teile des HAPA –Modells bisher schon in der Praxis bewusst oder unbewusst angewendet werden.

Ein weiterer Vorteil des Interviews ist, dass Praxiserfahrungen der ExpertInnen gesammelt werden können. Dies ist für DiätologInnen von besonderem Interesse, weil dem Thema in der Forschung bis jetzt kaum Aufmerksamkeit geschenkt wurde.

Die gesamte Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, dass psychiatrisch Erkrankte durch diätologische Beratungstechniken mit einer höheren Wahrscheinlichkeit und schneller die ernährungsmedizinischen Therapieziele erreichen. Prüfbar wäre die Effektivitätsstiegerung durch Anwendung des HAPA-Modells in der diätologischen Beratungstechnik bei psychiatrisch Erkrankten anhand der Anzahl der erreichten Therapieziele in einem bestimmten Zeitraum vor und nach der Anwendung des HAPA – Modells. Der Nutzen könnte sich darin zeigen, dass DiätologInnen in kürzerer Zeit mehr PatientInnen therapieren bzw., dass die gleiche Menge an PatientInnen mehrere Therapieziele erreicht.

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurden folgende Hypothesen gebildet:

1. Zusammenhangshypothese mittels dem Hypothesenpaar H0 und H1

- H0 Nullhypothese: Es gibt KEINEN Zusammenhang zwischen der Ergebniserwartung der PatientInnen und dem tatsächlich erreichten Ergebnis.

- H1 Alternativhypothese: Es gibt EINEN Zusammenhang zwischen der Ergebniserwartung der PatientInnen und dem tatsächlich erreichten Ergebnis.

2. Veränderungshypothese mittels dem Hypothesenpaar H0 und H1

- H0 Nullhypothese: Es gibt KEINE Veränderung des gesundheitsförderlichen Essverhaltens durch intensives Einsetzen der präaktionalen Phase in der Beratung.

- H1 Alternativhypothese: Es gibt EINE Veränderung des gesundheitsförderlichen Essverhaltens durch intensives Einsetzen der präaktionalen Phase in der Beratung.

3. Unterschiedshypothese mittels dem Hypothesenpaar H0 und H1

- H0 Nullhypothese: Es gibt KEINEN Unterschied der Effektivität der Diätberatung, wenn ein Teilziel des Therapieziels bereits erreicht wurde.

- H1 Alternativhypothese: Es gibt EINEN Unterschied der Effektivität der Diätberatung, wenn ein Teilziel des Therapieziels bereits erreicht wurde.

4. Unterschiedshypothese mittels dem Hypothesenpaar H0 und H1

- H0 Nullhypothese: Es gibt KEINEN Unterschied zwischen der Kategorisierung der PatientInnen nach dem HAPA - Modell und der Kategorisierung nach der persönlichen Erfahrung der DiätologInnen.

- H1 Alternativhypothese: Es gibt EINEN Unterschied zwischen der Kategorisierung der PatientInnen nach dem HAPA - Modell und der Kategorisierung nach der persönlichen Erfahrung der DiätologInnen.

4 Methodik

4.1 Studiendesign – qualitativer Forschungsansatz

Ziel der gesamten Bachelorarbeit ist die Erhebung, welche Diätberatungstechnik sich bis dato in der Praxis am effektivsten in der Beratung von depressiven, adipösen PatientInnen erwiesen hat. Um dieses Ziel zu erreichen wurde der qualitative Forschungsansatz gewählt, da so eine Brücke zwischen Theorie und Praxis gebildet werden kann.

Zu erforschen, wie die Theorie in die Praxis umgesetzt wird, ist von besonderem Interesse, da die Literaturrecherche ergab, dass bis dato kaum Forschungen bezüglich der Anwendung des HAPA – Modells bei einer Kombination aus Adipositas und Depression durchgeführt wurden. Anhand der genauen Beschreibung der Erfahrungen im psychiatrischen Bereich der interviewten Expertinnen können sich neue Aspekte ergeben, die bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht bzw. wenig erforscht wurden. In diesem Kapitel wird beschrieben, wie vorgegangen wurde und warum diese Vorgehensweise gewählt wurde.

4.2 Datenerhebung

Um zu verstehen, welche Diätberatungstechniken momentan im psychiatrischen Bereich angewendet werden, wurde die Methode eines Leitfadeninterviews gewählt. Für die Durchführung der Datenerhebung wurde ein strukturiertes Leitfadeninterview erstellt. Die Fragen wurden konkret vorformulierte in eine vorher überlegte Reihenfolge gebracht. Diese Methode wurde gewählt, um im Anschluss bei der Auswertung einen Vergleich zwischen den verschiedenen Interviews zu ermöglichen (Misoch, 2014, S. 65).

Funktionen des Leitfadens

Der Leitfaden sollte einige Funktionen erfüllen, die hier knapp zusammengefasst sind, um den Forschungsprozess transparent und nachvollziehbar zu beschreiben. Der Leitfaden sollte dazu dienen, einen Fokus zu setzen und Abschweifen vom Thema zu vermeiden. Ein Leitfaden mit konkreten Fragen wurde bei der Vorbereitung auf das Interview auch gewählt, da so alle Themenkomplexe aufgelistet sind und somit sicher in jedem Interview angesprochen werden. Außerdem hilft der Leitfaden dabei den gesamten Kommunikationsprozess zu strukturieren (Misoch,

2014, S. 65). Die Strukturierung erschien notwendig, um den interviewten Diätologinnen einen geordneten Rahmen für die Beantwortung der Fragen vorzugeben. Die Diätologinnen sollten einen ähnlichen Gedankenfluss haben um die Ergebnisse bei der Auswertung besser vergleichen zu können. Das Interview startete mit Fragen zum Thema Berufserfahrung, Aufbau der Beratungen und Beratungsumfeld. Dieser persönliche Hintergrund schien wichtig, um weitere Aussagen besser interpretieren zu können. Der Leitfaden wurde so aufgebaut, dass die Verhaltensänderungsphasen der PatientInnen chronologisch abgefragt wurden. Die Interviewfragen waren zum Thema Planungs- und Handlungskompetenz, Verhaltensänderung, Wichtigkeit der Teil – Ziele, Präaktionale Phase, Kategorisierung durch die Diätologin usw. Durch diese Fragen sollte nicht nur erkannt werden, wie sich die Theorie von der Praxis unterscheidet, sondern auch die Beantwortung der Hypothesen ermöglicht werden. Der genaue Leitfaden ist im Anhang nachzulesen (Kapitel 9).

Um die Befragten möglichst wenig zu beeinflussen, wurden die Interviewfragen möglichst offen formuliert. Dies soll den Befragten ermöglichen möglichst frei zu antworten und so Erfahrung und Selbsterlebtes in die Antwort einfließen zu lassen. Trotz der strengen Steuerung sollte trotzdem genug Möglichkeit für neue Erkenntnisse gelassen werden, deshalb wurden zum Abschluss zwei allgemeine Fragen zum Thema Diätberatungstechnik gestellt. (Misoch, 2014, S. 66).

Eine weitere Anforderung an den Leitfaden waren, dass er formal übersichtlich und handhabbar ist, um sich gut aufs Gespräch konzentrieren zu können. Ein natürlicher und fließender Themenübergang wurde bei der Zusammenstellung des Leifadens beachtet. Außerdem waren spontan produzierte Erzählungen erwünscht und hatten somit Vorrang (Helfferich, 2005, S. 160).

Leitfadenerstellung

Ganz zu Beginn der Erstellung des Leifadens wurde die Forschungsfrage überlegt. Bei der Entwicklung des Leitfadens wurde in mehreren Schritten vorgegangen. Der erste Teil umfasste das Zerlegen der Forschungsfrage in ihre einzelnen Aspekte. Im selben Schritt wurde überlegt, welche Informationen zur Beantwortung der einzelnen Aspekte notwendig sind. Die thematischen Felder, die sich daraus ergaben, dienten der Erstellung der entsprechenden Fragen. Es erschien besonders wichtig

Themenbereiche zu erarbeiten, da mehrere Interviews miteinander verglichen werden sollen. Als folgenden Schritt wurden alle möglichen Fragen überlegt und aufgeschrieben, um die thematischen Felder beantworten zu können. Als nächstes wurden die gesammelten Fragen durchgearbeitet. Die Fragen, die als sinnvoll erachtet wurden, wurden in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht. Die unpassenden Fragen wurden verworfen. Nach der Sortierung der verwendeten Fragen wurden sie überprüft, ob sie genug Offenheit für neue Erkenntnisse und mögliche Verknüpfungen ließen (Helfferich, 2005, S. 167).

4.3 Beschreibung der Interview-Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus insgesamt 3 Frauen zusammen. Alle arbeiten als Diätologin im psychiatrischen Bereich. Sie sind seit 3,5 und 7 Jahren im psychiatrischen Bereich tätig. Hauptsächlich haben die Befragten in ihrer Arbeit mit Persönlichkeitsstörung und Depression zu tun (Z 12-16, 497-499, 1018-1019) Vereinzelt beraten Sie in ihrem Berufsalltag auch P. mit Essstörung, Sucht, Trauma oder schizoaffektiven Störungen.

4.4 Datenanalyse

Die Interviews wurden über Skype durchgeführt und mit dem MP3 Skype Recorder aufgezeichnet. Die Aufnahmen wurden mithilfe der Express Scribe Transkriptionssoftware abgespielt, um die Interviews zu transkribieren. Die Interviews wurden in Microsoft Office Word 2010 niedergeschrieben. Die Transkription erfolgte in Anlehnung an die Richtlinien von Bortz & Döring (Bortz, J. & Döring, N., 2006, S. 312). Das Gesprochene wurde gegebenenfalls beim Transkribieren vom Dialekt ins Schriftdeutsch abgeändert. Die Transkriptionen der Interviews befinden sich im Anhang (Kapitel 9). Um die Interviews auszuwerten, wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, S. 61 ff) verwendet. Dabei wurden zu Beginn anhand der Fragen des Interviewleitfadens Kategorien gebildet. Die Tabelle der einzelnen Kategorien ist im Anhang (Kapitel 9) ersichtlich. Die Aussagen der Interviews wurden danach den Kategorien zugeordnet und paraphrasiert. Die Paraphrasen wurden anschließend generalisiert und reduziert. Diese Schritte befinden sich in Tabellenform im Anhang (Kapitel 9).

4.5 Anonymisierungsverfahren

Vor der Durchführung der Interviews musste ein Genehmigungsverfahren durchlaufen werden. Zur Genehmigung mussten soziodemographische Fragen gelöscht werden. Die Diätologinnen wurden zur Präsentation der Ergebnisse nach der Reihenfolge, in der sie interviewt wurden, nummeriert, um sie unkenntlich zu machen.

5 Ergebnisse (BAC 2)

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews, die im Zuge dieser Arbeit durchgeführt wurden, dargestellt. Die Auswertung der drei Interviews dient als Grundlage für weitere Forschungsansätze im Bereich der diätetischen Therapie von depressiven, adipösen PatientInnen. Die Transkripte der drei Interviews befinden sich im Anhang.

5.1 Ergebniserwartung und tatsächlich erreichtes Ergebnis

Zeichen, dass PatientInnen etwas ändern können

Durch die Frage, wie die Diätologinnen merken, ob PatientInnen tatsächlich etwas ändern können, wurden mehrere Zeichen erläutert. Laut den Diätologinnen wird anhand folgender Punkte erkannt, ob PatientInnen etwas ändern können:

1. Körpersprache (Z119)
2. Aktives Mitarbeiten (Z120, 187)
3. Folgeberatungen und Evaluationsgespräche (Z 1150, 1151, 1152)
4. Erfragen, ob die Beratung auf Grund von Überweisung oder eigenem Wunsch passiert (Z 637)
5. Vordergründiges Therapieziel bei Visite oder direkt bei den PatientInnen erfragen (Z 121)

Planungskompetenz erkennen

Die Planungskompetenz der PatientInnen zeigt sich als gut ausgeprägt, wenn …

- sie Einkaufslisten schreiben können (Z 1169)

- wissen, was sie in den kommenden Tagen essen und kochen werden (Z 663)

- sie von sich aus Fragen zur praktischen Umsetzung stellen (Z 1158-1160)

Zielerreichung durch mehr Planungs- und Handlungskompetenz

Durch das Interview konnte nicht gezeigt werden, dass Menschen mit viel Planungs- und Handlungskompetenz häufiger ihre Ziele erreichen, wie Menschen mit wenig Planungs- und Handlungskompetenz, die die Meinungen der Diätologinnen auseinandergehen (Z 1175 -1178, 181).

„Also pauschal ja würd ich da jetzt nicht sagen. Es ist alles sehr individuell und subjektiv“ (Z 180 - 181)

5.2 Intensives Einsetzen der Präaktionalen Phase

Einzel und Gruppenberatungen

Mit den Interviews wurde erhoben, welche Vorteile Gruppenschulungen und Einzelberatungen haben. Zwei Diätologinnen sind der Meinung, dass Einzelberatungen sinnvoller sind. Eine der Diätologinnen sagte, dass es individuell zu betrachten ist. Die Vorteile des jeweiligen Settings sind in Tabelle 2 aufgelistet.

Tabelle 2: Vorteile Gruppenschulung und Einzelberatung (Quelle: Eigene Darstellung)

Vorteil Gruppenschulung (Z 39-40, 532-544, 1044-1048)	**Vorteil Einzelberatung (Z 42-46, 505 – 507, 576-577, 1050-1052)**
-Inspiration durch andere -Gruppendynamik -Austausch unter den PatientInnen -verschiedene Tools möglich z. B.: World Cafe oder Obst - Gemüse Quiz wie bei Stadt, Land, Fluss, …	-sensiblere Themen -Konzentration der Diätologin vollkommen auf einer Person -Patient wird direkt dort abgeholt, wo er steht -persönlicher und individueller

Länge, Aufbau und Gliederung der Beratung mit depressiven, adipösen P.

Jede Beratung ist individuell. Im Aufbau und in der Gliederung der Beratung gibt es einige Punkte, auf die geachtet werden sollte, um eine möglichst effektive Ernährungstherapie zu erzielen. Eine ausführliche Anamnese, eine konkrete Zieldefinition (nicht in Kilogramm), gemeinsam erarbeitete konkrete Handlungsempfehlungen und ganz kleine Ziele sollten Standard in der Beratung von depressiven, adipösen PatientInnen sein. (Z 586-613, 1090-1115)

Zeichen Willen Verhaltensänderung

Durch das Interview konnten mehrere Zeichen erkannt werden, die zeigen, ob P. ihr Verhalten ändern wollen. Folgende Merkmale wurden beschrieben:

- PatientIn bittet aktiv um Gespräch (Z 187)

- PatientIn bringt sich aktiv in die Beratung ein und bittet um Unterlagen (Z 193, 1215-1220)

- PatientIn beantwortet die Anamnese ausführlich. Je ausführlicher, umso mehr Interesse ist da (Z 182-232, 726-744, 750- 762, 1215-1220)

Dass PatientInnen ihr Verhalten ändern wollen, kann laut einer Diätologin so erkannt werden: *„Also man merkt es eh schon bei Patientinnen und Patienten, die fordernd sind. Aber bei depressiven, adipösen ist es so, die sind eher nicht so fordernd muss ich sagen.“* (Z 1227 – 1229)

Erfolgreichste Ressourcen erkennen und fördern

Bei der Auswertung der Interviews wurde festgestellt, dass es viele verschiedene Möglichkeiten gibt, um Ressourcen zu erkennen. Laut den Diätologinnen können Ressourcen in der Visite oder durch die Anamnese erkannt werden (Z 1242). Meist werden sie nebenbei von PatientInnen erwähnt. Kleine Details, die nebenbei erwähnt werden, können nicht nur gut als Ressource verwendet werden, sondern fördern auch die Beziehung zu den PatientInnen (Z 787).

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, wie die Ressourcen laut der Interviews bereits in der Praxis gefördert werden:

- Aussprechen, was die P. schon können. Dadurch sollen die P. merken, wozu sie schon in der Lage sind (Z 265-267)

- Positive Verstärkung (Z 266 – 267)

- Loben und Wertschätzung von bereits vorhandenen Ressourcen, wie in Zeile 811-812 im Zitat: „sie mögen es gelobt zu werden“ zu erkennen ist

- Über Vorteile von neuem Verhalten sprechen. Dieses Ergebnis wird auch durch dieses Zitat untermauert: „Es muss immer Vorteil der neuen Verhaltensweise gegenüber der alten Verhaltensweise gegeben sein“ (Z 756).

Zahl vereinbarte Ziele pro Beratung

Die Befragung führte zum Ergebnis, dass ein Ziel pro Beratung passend ist. Wenn der Patient aufnahmefähig und motiviert ist, dann können 1-3 Ziele pro Beratung vereinbart werden. Eine Grenze von 3 Zielen sollte nicht überschritten werden (Z 86-92, 810-812, 1287).

5.3 Effektivitätssteigerung durch Erreichen des Teilziels

Laut den Expertinnen kann das Erreichen eines Teilziels Ansporn für weitere Verhaltensänderungen sein und wird auch so beobachtet. Durch das Interview kann gezeigt werden, dass durch das Erreichen eines Teilziels nicht nur die Motivation, sondern auch der Selbstwert steigt. Es ist sinnvoll, wenn man zuerst Teilziele erreicht, bevor man sich großen Themen widmet. Das nächste Ziel muss wieder klein, konkret und umsetzbar sein. Ein Erfolgserlebnis fördert laut Diätologinnen das nächste Erfolgserlebnis. (Z 274-287, 851-862, 1331-1333)

Jedes Ziel ist unterschiedlich schwer und in Abhängigkeit mit der Tagesstruktur und anderen äußeren Einflüssen in Einklang zu bringen. Deshalb kann nicht gesagt werden, dass durch Erreichen ein Teilziels schneller ein weiteres Ziel erreicht werden kann. Erst wenn ein Teil – Ziel erreicht wurde, dann kommt das nächste dazu. Je weniger Ziele man vorgibt, umso leichter ist das Erreichen. Als unerreichbar eingestufte Ziele werden gestrichen.

5.4 Persönliche Kategorisierung durch Erfahrung

Eigene Stufen der Handlungsfähigkeit

Anhand der Interviews wurde erkannt, dass Diätologinnen sich noch keine Gedanken darüber gemacht haben, welche Stufen der Handlungsfähigkeit es gibt. Sie teilen daher nicht bewusst ein. Drei Möglichkeiten zur Einteilung konnten in Erfahrung gebracht werden:

Laut einer Diätologin sind PatentInnen entweder gut oder schlecht handlungsfähig. Mehr Stufen gibt es laut ihr nicht.

Eine Diätologin teilt ihre PatientInnen nach deren Ressourcen ein. Zusätzlich wurde erkannt, dass PatientInnen in folgende unterschiedliche Gruppen der Handlungsfähigkeit geteilt werden können: Ist der Patient/die Patientin alleine lebensfähig oder ist er/sie abhängig von anderen Menschen? Kann er/sie Hilfe und Unterstützung für sich selbst organisieren?

Persönliche Kategorisierung

Um die PatientInnen für sich selbst unbewusst mehr oder weniger bewusst einzugliedern, wurden einige Kategorien erkannt. Kategorisierung erfolgt individuell bei allen PatientInnen in folgende Gruppen:

Welche Möglichkeiten gibt es? (Z 1333-1338)

Passt der Zeitpunkt für die Therapie? (Z 1333-1338)

Was ist das individuelle therapeutische Ziel? (334)

Welche Ernährungs-Gewohnheiten hat die Patientin/der Patient? (Z 1333-1338)

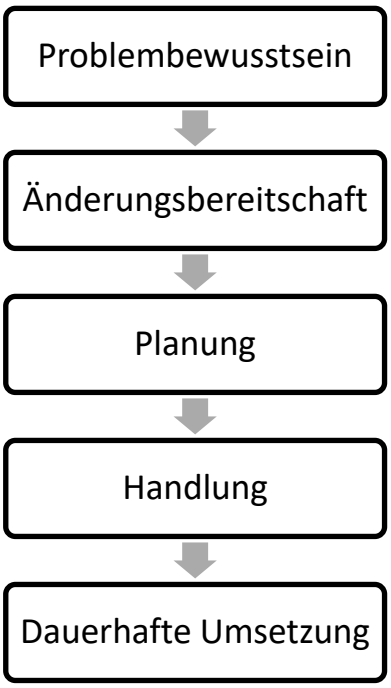
Eine der Diätologinnen gab an, dass sie die PatientInnen automatisch nach verschiedenen Konstitutionslehren der diversen komplementär-medizinischen Verfahren, darunter Ayurveda, TCM, traditionell europäische Medizin, etc. einteilt (Z 1536 – 1542).

Schritte der Verhaltensänderung

Bei der Beschreibung der Schritte zur Verhaltensänderung wurden kontroverse Antworten gegeben. Einerseits sind die Schritte zur Verhaltensänderung individuell und es gibt kein fixes Konzept. So wird die Therapie bei Verschlechterung der Situation auf Eis gelegt.

Eine der Diätologinnen (Z 882-886) gab an, bereits mehrere Schritte bemerkt zu haben. Laut ihr verläuft eine Verhaltensänderung in den Schritten ab, die in Tabelle 3 zu erkennen sind:

Tabelle 3: Schritte der Verhaltensänderung (Quelle: Eigene Darstellung)

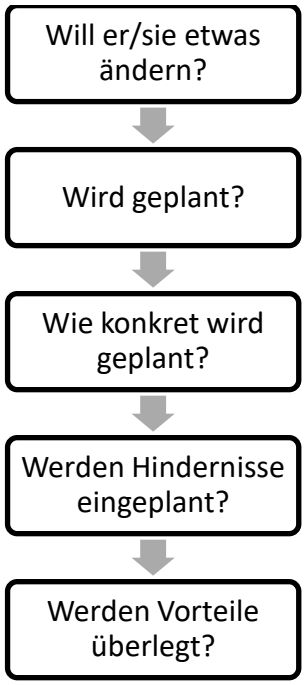


Bei jedem Schritt der Verhaltensänderung warten Herausforderungen auf die PatientInnen, deshalb sind Verhaltensänderungen schwer und dauerhaft umzusetzen.

Abstufungen der Planungskompetenz

Eine der Diätologinnen gab verschiedene Fragen an, die sie sich selbst stellt, um zu erkennen, wie viel Planungskompetenz PatientInnen haben. Die Fragen sind als Prozess in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Stufen Planungskompetenz (Quelle: Eigene Darstellung)



5.5 Sonstiges

Tipp für Arbeitsbeginn im psychiatrischen Bereich(Z 377-439, 921-986, 1423-1498)

Um zu erkennen, welche Diätberatungstechnik sich bis dato am effektivsten erwiesen hat, wurde eine Frage so formuliert, als würde es um Tipps für den Arbeitsbeginn im psychiatrischen Bereich gehen. Durch diese Tipps wurde keine neue Technik erkannt. Was erkannt wurde ist, dass viele verschiedene Faktoren zusammen spielen, um eine effektive diätologische Beratung zu erreichen.

Die wichtigsten Ratschläge sind in Tabelle 5 zusammengefasst:

Tabelle 5: Tipps für Arbeitsbeginn im psychiatrischen Bereich (Quelle: Eigene Darstellung)

Laufender Austausch mit KollegInnen	Expertise der KollegInnen nutzen
Medikamenten-Nebenwirkungen grob einschätzen zu können (Gewichtsverlauf)	Einleben, Arbeit und Freizeit trennen
Psychohygiene, sich fortbilden *„je mehr*	Platz im multiprofessionellen Team

man sich selbst versteht, umso mehr versteht man andere“	finden
Viel auszuprobieren und aus den Fehlern lernen	Ganz zu Beginn empfiehlt es sich, sich mit den Störungsbildern auseinandersetzen. folgende Merkmale aufzuweisen: Einfühlsamkeit, Verständnis, Empathie;
Innere Motivation fördern	PatientInnen frei entscheiden lassen
Nur wichtigste Infos, kleine Schritte	Einfach man selbst zu bleiben ist das Beste. Motivation und gute Laune kann auch für depressive PatientInnen ansteckend sein.
Berater-Patient-Beziehung kann durch Smalltalk gefördert werden.	Versuchen, den Anderen zu verstehen.
Einfache Sprache und richtige Kommunikation	Ressourcen des Patienten zu stärken

Bestmögliche Unterstützung durch Diätologinnen • (Z 200-223, 443-479, 662, 990-993, 1504-1518, 709-724)

Um keine Diätberatungstechnik zu übersehen wurde auch nach der bestmöglichen Unterstützung durch DiätologInnen gefragt. Hierbei wurden viele verschiedene Punkte genannt, die in der Betreuung von depressiven, adipösen PatientInnen umgesetzt werden sollten:

- Regelmäßige Evaluation und Anpassung des Therapieangebotes
- Fortbildungen zu MI (motivational Interviewing)
- Patient und Betreuer Beziehung beachten, sowohl im Einzelgespräch, als auch in der Gruppe und bei Bedarf an Kollegen überweisen
- Individuelle Entwicklung beachten und daran anpassen (ggf. bremsen, angemessene Menge an Informationen)
- Struktur und Timing Beratungstermin beachten
- Verhaltensänderung weiterhin bestärken und Vorteile für persönliches Befinden davon in Fokus stellen

6 Diskussion

Zur Untersuchung, welche Diätberatungstechnik sich bis dato am effektivsten in der Beratung von depressiven, adipösen PatientInnen zeigt, wurden 3 Diätologinnen interviewt. Die Ergebnisse der Interviews werden in den nachstehenden Kapiteln interpretiert und diskutiert. Als Basis für die Interpretation dient die Literaturrecherche des ersten Teils der Bachelorarbeit. Insbesondere wird das HAPA – Modell nach Schwarzer mit ein bedacht. Zu Beginn des Kapitels werden relevante Erkenntnisse erläutert. Anschließend werden die Hypothesen Paare genannt und interpretiert. Zum Abschluss wird die Forschungsfrage beantwortet.

6.1 Diskussion Planungs- und Handlungskompetenz

Folgende Überlegungen ergeben sich zwingend aus den Ergebnissen zum Thema Planungs- und Handlungskompetenz:

Es ist kann unterstützend für PatientInnen sein, ihnen mitzuteilen, dass sie Planungskompetenz haben. Diese Überlegung entstand aus der Erkenntnis, wie wichtig positive Verstärkung ist. Das direkte Ansprechen könnte eine Förderung der Ressourcen bewirken. Eine Förderung für jemanden im Intentionalen Prozess könnte sich z. B. so anhören: „Sie haben einen tollen Einkaufszettel mit vielen gesunden Lebensmitteln geschrieben. Das zeigt, dass Sie sich schon mit dem Thema „gesund essen“ auseinandergesetzt haben. Was halten Sie davon, wenn wir jetzt gemeinsam überlegen, welche weiteren konkreten Schritte Sie genau umsetzen können, um Ihr großes Ziel zu erreichen?“

Dieser Satz zeigt den PatientInnen u.a.:

- Diätologin will und kann mir helfen
- Intrinsische Motivation des Patienten wird ausgesprochen und verdeutlicht
- Eigenverantwortung – „Ball wird dem Patienten zugespielt und Verantwortung für Erreichung des Ziels wird von den DiätologInnen weg genommen“

Es ist unmöglich PatientInnen in eine einzige Phase des HAPA – Modells einzugliedern. Ein Patient X, der z. B. ein Gespräch zur Diätologin aufsucht, kann in mehreren Phasen des HAPA – Modells gleichzeitig sein. Wenn der Patient X von sich aus nach dem Gespräch sucht, dann geschieht dies vermutlich aus dem Grund der Ergebniserwartung, der Risikowahrnehmung und gleichzeitig aus der

Kompetenzerwartung. Mit der Frage nach dem diätologischen Gespräch beginnt der Schritt in die Phase der Umsetzung. Es scheint, als wäre der Patient X in der intentionalen Phase.

Eine klare Einordnung, ob es nicht doch schon die aktionale Phase ist, ist nicht möglich, da die Grenzen sich überschneiden. Das Patient X handelt, um eine Verhaltensänderung zu erzielen. In der Beratung geht er wieder in den Schritt der Präaktionalen Phase „zurück“. Dieses Beispiel versucht deutlich zu machen, dass PatientInnen auch nicht auf die Ergebniserwartung eingestuft werden können. Es spielen viele Faktoren zusammen, um das Verhalten zu ändern. Eine signifikante Antwort auf die Hypothese ist dadurch auch in weiteren Untersuchungen unmöglich.

Planungskompetenz erkennen

Als methodische Stärke wurde erkannt, dass die Auflistung der Planungskompetenzen sinnvoll ist, um zu erkennen, was planungskompetente PatientInnen machen. Dies besonders interessant, weil im Laufe der Interviews hervorgeht, dass depressive, adipöse PatientInnen „eher nicht fordernd“ sind(Z 1227 – 1229). Es wurde überlegt, ob das Fordern essentiell ist, oder ob durch verschiedene Übungen, wie sie bereits in Gruppenschulungen angeboten werden, reichen, um Bewusstsein zu schaffen und ein Umdenken zu bewirken. Die Frage war außerdem wichtig, um zu erkennen, was depressiven, adipösen PatientInnen fehlt bzw. was sie zusätzlich von DiätologInnen brauchen im Vergleich mit „nur“ adipösen PatientInnen.

Wenn Planungskompetenzen erkannt werden, dann können diese in Zukunft in der Beratung angesprochen und die PatientInnen dadurch positiv verstärkt werden. Diese Überlegung deckt sich auch mit den Ergebnissen der Interviews. Positive Verstärkung ist essentiell für eine erfolgreiche Beratung.

6.2 Diskussion Präaktionale Phase

Einzel und Gruppenberatungen

Mit den Interviews wurde erhoben, welche Vorteile Gruppenschulungen und Einzelberatungen haben. Die Vorteile von Einzelberatungen und Gruppenschulungen wurden durch diese Arbeit sichtbar gemacht und gegenübergestellt. Damit ist nicht bewiesen, ob eine Einzelberatung oder eine Gruppenschulung besser für die Beratung von depressiven, adipösen PatientInnen geeignet ist. Dies zu erkennen ist auch in weiteren Untersuchungen unmöglich, weil dies vom Individuum abhängt und daher bei jedem subjektiv überlegt werden muss. Die Vorteile können im Kapitel „Ergebnisse Präaktionale Phase“ nachgelesen werden.

Länge, Aufbau und Gliederung

Die Ergebnisse von den Interviews deuten darauf hin, dass die Länge, der Aufbau und die Gliederung der Beratung mit depressiven, adipösen P. bei jeder Beratung individuell sind. Dies ist im diätologischen Bereich in fast jedem Fall eine passende Antwort. Die Resultate der Interviews fassen eine herkömmliche diätologische Beratung knapp zusammen.

Zeichen Willen Verhaltensänderung

Eine Aussage einer Diätologin beschreibt die Bereitschaft zur Verhaltensänderung bei depressiven, adipösen PatientInnen sehr passend: *„Also man merkt es eh schon bei Patientinnen und Patienten, die fordernd sind. Aber bei depressiven, adipösen ist es so, die sind eher nicht so fordernd muss ich sagen.“* (Z 1227 – 1229) Dieses Resultat wirkt beschränkend auf die Hypothese und spricht für H0. Denn, wenn PatientInnen kein Interesse am Gespräch haben und nichts ändern wollen, dann kommen sie nicht in den Prozess des gesundheitlichen Handelns bzw. bleiben sie im im intentionalen Prozess stecken. Eine Erklärung für diese Interpretation: Der Patient X weiß, dass Übergewicht die Gelenke schädigt. Das Risiko ist ihm bewusst. Er will nichts ändern. Er bleibt in der Phase der Risikowahrnehmung.

Durch die Frage, wie die Diätologinnen erkennen, dass PatientInnen etwas ändern wollen, hat zur weiteren Erkenntnis geführt, dass eine klare Eingliederung in die Stufen das HAPA – Modells nicht möglich ist. Eine klare Eingliederung könnte zukünftig dabei helfen die PatientInnen noch besser von dort abzuholen, wo sie gerade stehen.

Erfolgreichste Ressourcen erkennen und fördern

Eine methodische Stärke des Fragebogens war, dass nicht nur gefragt wurde, wie die Ressourcen gefördert werden, sondern auch, wie sie erkannt werden können. So konnte erkannt werden, dass Ressourcen nicht nur für die Verhaltensänderung wichtig sind, sondern auch für die Beziehung zwischen Berater und PatientInnen (Z 787). Im Laufe der Interviews wurde festgestellt, wie bedeutend diese Beziehung ist.

Durch die Frage nach der Förderung der Ressourcen konnten einige hilfreiche Beratungstechniken erfasst werden, die für DiätologInnen zukünftig wichtig sein können.

Die Diätologinnen gaben sehr ähnliche Antworten bei der angemessenen Zahl der vereinbarten Ziele pro Beratung. Das wurde im Vorhinein erwartet, da auch im Studium von maximal drei Zielen pro Beratung gesprochen wird. Insofern trägt dieses Ergebnis zur Lückenfüllung bei, da nun klar ist, dass diese Vorgabe auch in der Praxis sehr wahrscheinlich von vielen DiätologInnen so gelebt wird.

Dieses Ergebnis harmoniert auch gut mit den anderen Ergebnissen, dass Ziele umsetzbar sein müssen. Eine zu hohe Zahl an Zielen wäre z. B. unrealistisch.

Die Literaturrecherche und die Ergebnisse der Interviews sollen die folgende Hypothese bestätigen oder wiederlegen:

6.3 Diskussion Effektivitätssteigerung durch Erreichen des Teilziels

Laut den Expertinnen kann das Erreichen eines Teils – Ziels Ansporn für weitere Verhaltensänderungen sein und wird auch so beobachtet. Dieses Ergebnis der Interviews deutet darauf hin, dass es sinnvoll ist kleine, konkrete Handlungsänderungen mit den PatientInnen zu erarbeiten, um so das Selbstwertgefühl, die eigene Handlungsfähigkeit, die Ergebniserwartung und die Selbstwirksamkeit positiv zu beeinflussen. Wie aus der Literaturrecherche hervorgeht, ist die Erwartung einer gewissen Selbstwirksamkeit die Voraussetzung für eine Verhaltensänderung (Schwarzer, 2004, S. 90).

Diese Interpretation lässt sich auch durch weitere Ergebnisse aus den Experten-Interviews untermauern: Durch das Erreichen eines Teilziels steigt nicht nur die Motivation, sondern auch der Selbstwert. Der Vollständigkeit halber sei hier noch einmal erwähnt, dass das nächste Ziel muss wieder klein, konkret und umsetzbar

sein muss. Ein Erfolgserlebnis fördert laut Diätologinnen das nächste Erfolgserlebnis.

Es wurde auch das 2. Leitprinzip von Schwarzers Theorie in den Interviews bestätigt:

Ein Schritt muss abgeschlossen sein, dann folgt erst der nächste. (Schwarzer, 2004, S. 90).

„Erst wenn ein Teilziel erreicht wurde, dann kommt das nächste dazu.“ (Z 827-828)

6.4 Diskussion Individuelle Einstufung der PatientInnen durch die Erfahrungswerte der Diätologinnen

Beim Erstellen des Fragebogens wurde überlegt, ob und wie DiätologInnen in der Praxis die PatientInnen einstufen. Um diese Frage beantworten zu können, wurde eine Hypothese gebildet und im Fragebogen drei Fragen zu dem Thema gestellt. Als erstes werden die Ergebnisse interpretiert, dann folgt die Antwort auf die Hypothese.

Eigene Stufen der Handlungsfähigkeit

Anhand der Interviews wurde erkannt, dass Diätologinnen sich noch keine Gedanken darüber gemacht haben, welche Stufen der Handlungsfähigkeit es gibt. Sie teilen daher nicht bewusst ein. Es wurden zwar Möglichkeiten zur Einteilung erkannt. Die einzige Gemeinsamkeit dieser bewussten Einteilung ist, dass die Diätologinnen mehr oder weniger danach einteilen, ob die PatientInnen handlungsfähig sind, oder nicht. Dabei stellt sich die Frage, ob die Einteilung Unterbewusst doch spezifischer ausfällt. Durch ein einziges Interview, kann dies aber nicht geklärt werden. Es ist fraglich, ob die Diätologinnen durch das Interview zum Nachdenken angeregt wurden und seither mehrere Stufen der Handlungsfähigkeit erkennen konnten.

Persönliche Kategorisierung

Dieselbe Interpretation gilt auch für die Ergebnisse der unterschiedlichen Kategorien. Jede Diätologin, die befragt wurde, teilt die PatientInnen in unterschiedliche Kategorien ein. Es konnte unter den Befragten keine gemeinsame Kategorisierung erkannt werden. Je nach Fortbildungsstand konnten konkretere und weniger konkrete Kategorien erkannt werden.

Schritte der Verhaltensänderung

Eine der Diätologinnen gab an, bereits mehrere Schritte bemerkt zu haben. Laut ihr verläuft eine Verhaltensänderung in den Schritten ab, die in Abbildung 3 in Kapitel „Persönliche Kategorisierung durch Erfahrung„ zu erkennen sind.

Durch die Frage nach den Schritten der Verhaltensänderung konnten Gemeinsamkeiten zum HAPA – Modell gefunden werden. Zu erkennen ist, dass beide sich sehr ähnlich sind. Zur Verdeutlichung der Gemeinsamkeiten wurden die 2 Diagramme aus den vorhergehenden Kapiteln zu einer Tabelle (siehe Tabelle 6) zusammengefasst. Die Schritte der Veränderung laut Schwarzers HAPA – Modell und der Diätologinnen verlaufen jeweils von oben nach unten in der Reihenfolge, wie sie genannt oder in der Literatur gefunden wurden.

Tabelle 6: Vergleich HAPA-Modell mit Ergebnis Handlungsschritte Interview (Quelle: Eigene Darstellung)

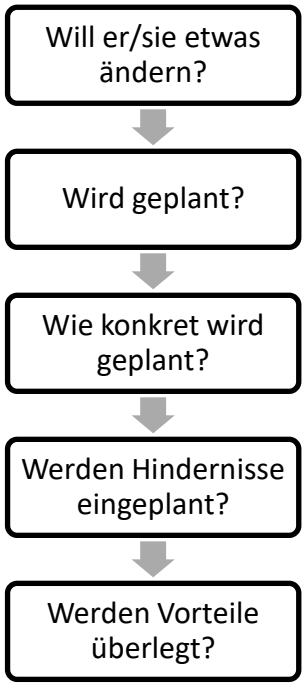
HAPA – Modell (Klotter, 2007, S. 149; Schwarzer, 2004, S. 91)		Ergebnis Interview (Z 882-886)
Absichtsbildung	Ergebniserwartung	
	Risikowahrnehmung	Problembewusstsein
	Kompetenzerwartung	Änderungsbereitschaft
Umsetzung	Präaktionale Phase (Planung)	Planung
	Aktionale Phase (Handlung)	Handlung
	Postaktionale Phase (Festigung durch dauerhafte Umsetzung)	Dauerhafte Umsetzung

Die Vorgehensweise beide Diagramme in eine Tabelle zusammenzufügen erschien plausibel, weil die Ergebnisse des Interviews beinahe ident mit dem HAPA – Modell übereinstimmen. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die geordneten Schritte der Verhaltensänderung in der Praxis so erlebt werden wie in der Literatur beschrieben.

Der Vollständigkeit halber muss auch dieser Aspekt in die Untersuchung eingehen, dass die Schritte zur Verhaltensänderung individuell sind. Wenn PatientInnen psychisch eine Verschlechterung erleiden, dann kann dieser vorher beschriebene Verlauf nicht mehr auf die PatientInnen übertragen werden. In der bisher untersuchten Literatur wurde noch kein Modell gefunden, dass auch auf psychische Verschlechterung in Kombination mit Verhaltensänderung eingeht.

Abstufungen der Planungskompetenz

Tabelle 7: Abstufungen der Planungskompetenz



Gegen die Vollständigkeit der Tabelle 7, welche die Abstufungen der Planungskompetenz beschreibt, steht die geringe Anzahl der Befragten. Das Diagramm dient als Versuch die verschiedenen Stufen der Planungskompetenz zu zeigen und kann für weitere Forschung als Ausgangsmaterial verwendet werden.

6.5 Interpretation der Hypothesen

Aufgrund der kleinen Stichprobe können die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden und gelten nur für diese Bachelorarbeit.

1. Zusammenhangshypothese mittels dem Hypothesenpaar H0 und H1

- H0 Nullhypothese: Es gibt KEINEN Zusammenhang zwischen der Ergebniserwartung der PatientInnen und dem tatsächlich erreichten Ergebnis.
- H1 Alternativhypothese: Es gibt EINEN Zusammenhang zwischen der Ergebniserwartung der PatientInnen und dem tatsächlich erreichten Ergebnis.

Für H0 spricht, dass nicht pauschal zu erkennen ist, ob ein Ziel erreicht wird, denn Zielerreichung ist etwas Individuelles. Ebenfalls für H0 spricht, dass es bei diesem Teil des HAPA – Modells namens „Handlungsergebniserwartung“ um das Wissen und noch nicht um die Umsetzung geht (Schwarzer, 2004, S. 92).

Alles in allem konnte keine Begründung dafür gefunden werden, wieso ein Zusammenhang zwischen der Ergebniserwartung und dem tatsächlich erreichten Ergebnis bestehen sollte, deshalb wird H1 verworfen und H0 akzeptiert.
Im Nachhinein wurde die Schwäche im Fragebogen erkannt, dass nicht konkret nach der Ergebniserwartung gefragt wurde. In weiteren Untersuchungen sollte im Fragebogen intensiver auf die Ergebniserwartung eingegangen werden.

Die Wissenslücke, ob ein Zusammenhang zwischen Ergebniserwartung der PatientInnen und den tatsächlich erreichten Ergebnissen besteht, bleibt weiterhin bestehen.

2. Veränderungshypothese mittels dem Hypothesenpaar H_0 und H_1

- H_0 Nullhypothese: Es gibt KEINE Veränderung des gesundheitsförderlichen Essverhaltens durch intensives Einsetzen der präaktionalen Phase in der Beratung.
- H_1 Alternativhypothese: Es gibt EINE Veränderung des gesundheitsförderlichen Essverhaltens durch intensives Einsetzen der präaktionalen Phase in der Beratung.

Durch die Analyse des Interviewleitfadens kann als Ergebnis H1 angenommen werden. Es gibt eine Veränderung, weil in der präaktionalen Phase die Handlung erst besprochen wird. Mit den depressiven, adipösen PatientInnen wird dann in der

Beratung folgendes bearbeitet: „jede Verhaltensänderung braucht ja wieder einen anderen Ast. Was kann man stattdessen machen?“ (Z 1114-1115) Das genaue Besprechen bewirkt den Vorteil, dass das Ziel konkret formuliert wird. Je konkreter ein Ziel formuliert ist, umso wahrscheinlicher wird die Veränderung zum gesundheitsförderlichen Verhalten. (Z 845-847, 1123-1125)

3. Unterschiedshypothese mittels dem Hypothesenpaar H_0 und H_1

- H_0 Nullhypothese: Es gibt KEINEN Unterschied der Effektivität der Diätberatung, wenn ein Teil - Ziel des Therapieziels bereits erreicht wurde.
- H_1 Alternativhypothese: Es gibt EINEN Unterschied der Effektivität der Diätberatung, wenn ein Teil - Ziel des Therapieziels bereits erreicht wurde.

In diesem Fall geht durch die Auswertung der Interviews und mit Einbezug der Literaturrecherche hervor, dass H1 angenommen werden kann. Es gibt einen Unterschied der Effektivität der Diätberatung, wenn ein Teil - Ziel des Therapieziels bereits erreicht wurde, da ein Erfolgserlebnis das nächste fördert. (Z 274-287, 851-862, 1331-1333)

4. Unterschiedshypothese mittels dem Hypothesenpaar H_0 und H_1

- H_0 Nullhypothese: Es gibt KEINEN Unterschied zwischen der Kategorisierung der PatientInnen nach dem HAPA - Modell und der Kategorisierung nach der persönlichen Erfahrung der DiätologInnen.
- H_1 Alternativhypothese: Es gibt EINEN Unterschied zwischen der Kategorisierung der PatientInnen nach dem HAPA - Modell und der Kategorisierung nach der persönlichen Erfahrung der DiätologInnen.

Für diese Stichprobe wird H1 angenommen. Es gibt einen Unterschied zwischen der Kategorisierung nach dem HAPA – Modell und der persönlichen Kategorisierung nach der Erfahrung der Diätologinnen. Die Diätologinnen teilen die PatientInnen für sich in andere Kategorien als das HAPA-Modell PatientInnen einteilt. Die genauen Kategorien können im Unterpunkt „Persönliche Kategorisierung“ im Kapitel „Ergebnisse“ nachgelesen werden.

6.6 Beantwortung der Forschungsfrage

Durch die Frage nach den Tipps für den Berufseinstieg in den psychiatrischen Bereich, konnte verdeutlicht werden, dass viele Aspekte zu einer guten ernährungsmedizinische Beratung beitragen. Die Aspekte sind vielseitig und könnten auch in zukünftigen Untersuchungen nicht ansatzweise erhoben werden. Einige Punkte wiederholten sich. Andere Aspekte haben nichts mit der Beratung an sich zu tun, bestätigen aber, dass es nicht „die eine effektive Diätberatungstechnik“ gibt.

Um keine Diätberatungstechnik zu übersehen wurde auch nach der bestmöglichen Unterstützung durch DiätologInnen gefragt. Hierbei wurden vielfältige Faktoren von den Diätologinnen genannt, die in der Betreuung von depressiven, adipösen PatientInnen umgesetzt werden sollten. Sie passen teilweise mit dem HAPA – Modell zusammen: Regelmäßige Evaluation fällt in die postaktionale Phase. Die dauerhafte Umsetzung wird durch die diätologische Evaluierung unterstützt. Zwischen den anderen Punkten, die genannt wurden, konnten keine Verbindungen zum HAPA – Modell erkannt werden.

Damit ist die Forschungsfrage „Welche Diätberatungstechnik zeigt sich bis dato am effektivsten in der Beratung von depressiven, adipösen PatientInnen?“, durch die Interpretation der Interviews beantwortet. Die effektivste Betreuung der PatientInnen kann erzielt werden, wenn die PatientInnen ganzheitlich betreut werden. Zu einer effektiven Beratung gehören nicht nur das psychologische, medizinische Wissen und Anwenden, sondern auch die Tagesverfassung, die eigene Persönlichkeit, die Beziehung zwischen PatientIn und BeraterIn und unzählige Zweige.

7 Schlussfolgerungen

Basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche bezüglich Effektivitätssteigerung der Diätberatungstechnik durch das HAPA – Modell von Schwarzer, wurde ein Experteninterview als Methode gewählt, welche als Grundlage der Bachelorarbeit eine günstige Möglichkeit darstellte. Dennoch muss festgehalten werden, dass die Strichprobe von drei Diätologinnen klein ist und die Ergebnisse sich daher beziehen nur auf diese Arbeit beziehen. Allgemeine Aussagen sind nicht möglich. Die interviewten Expertinnen arbeiten in drei unterschiedlichen Krankenhäusern und haben verschiedene Zusatzausbildungen, dadurch ist eine gut gemischte Stichprobe entstanden.

In der Bachelorarbeit sollten die effektivste Beratungstechnik gefunden werden. Als Ergebnis kann genannt werden, dass eine Mischung aus vielen Techniken zur perfekten Beratung führt. In der Diskussion konnte verdeutlicht werden, dass das HAPA – Modell alleine nicht die gesamte diätologische Beratung ersetzen kann. Es werden aber in der Praxis schon einige Teile davon angewendet.

Im Umgang mit depressiven, adipösen PatientInnen ist es grundsätzlich unumgänglich konkrete Handlungsempfehlungen zu geben. Die Handlungsschritte sollten mit den PatientInnen so klar und einfach wie möglich formuliert werden. Die Beziehung zwischen BeraterIn und PatientIn hat sich als unumgänglich herausgestellt.

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass durch das Erreichen eines Teilziels nicht nur die Motivation steigt, sondern auch der Selbstwert. Der Vollständigkeit halber sei hier noch einmal erwähnt, dass das nächste Ziel wieder klein, konkret und umsetzbar für die PatientInnen sein muss. Ein Erfolgserlebnis fördert laut Diätologinnen das nächste Erfolgserlebnis, deshalb ist es sinnvoll Teilziele mit den PatientInnen in der Beratung zu vereinbaren.

Es wurde auch das 2. Leitprinzip von Schwarzers Theorie in den Interviews bestätigt: Ein Schritt muss abgeschlossen sein, dann folgt erst der nächste. (Schwarzer, 2004, S. 90). Abschließend kann gesagt werden, dass einige Stufen des HAPA – Modells schon in der Praxis unbewusst gelebt werden, wie z. B. die Evaluation. Es dient dennoch nur als theoretische Grundlage. Dadurch eröffnet sich die Frage für

zukünftige Forschung, wie das HAPA –Modell die Diätberatung verbessern kann. Diese Ergebnisse der gesamten Arbeit zeigen auch, dass noch Beispielsätze/-fragen fehlen, um das HAPA – Modell ideal in die derzeit verwendeten Diätberatungstechniken einzugliedern. Für die Praxis bedeutet dies, dass DiätologInnen, die im psychiatrischen Bereich arbeiten, psychotherapeutische Techniken bei Depression anwenden könnten, um eine Effektivitätssteigerung zu erzielen.

Die wichtigste Erkenntnis aus beiden Teilen der Arbeit ist, dass es nicht „die eine effektivste Diätberatungstechnik“ gibt. Es sind unzählige Faktoren, die zu einer Zielerreichung beitragen, dies wurde in den Interviews und auch in der Literaturrecherche erkannt.

8 Literaturverzeichnis

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler: Fur Human- Und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Erika Schrattenholzer - Deubner & Julia Einberger. (2018). Diätologische Tätigkeiten auf psychiatrischen Stationen. *Diätologen Journal*, (4), 32.

Fehrmann, S. (2002). *Die Psyche isst mit: wie sich Ernährung und Psyche beeinflussen* (1. Aufl). München: Foitzick.

Gniech, G. (2002). *Essen und Psyche: über Hunger und Sattheit, Genuss und Kultur* (2., überarb. Aufl). Berlin: Springer.

Hauner, H., Moss, A., Berg, A., Bischoff, S. C., Colombo-Benkmann, M., Ellrott, T., … Wirth, A. (2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas": der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V.; der Deutschen Diabetes Gesellschaft; der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V.; der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. Version 2.0 (April 2014); AWMF-Register Nr. 050-001. *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*, *08*(04), 179–221. http://doi.org/10.1055/s-0037-1618857

Hautzinger, M. (2010). *Akute Depression*. Göttingen: Hogrefe.

Helfferich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Springer-Verlag.

Hömens, P. (2016). *Professionelles Beraten will gelernt sein. Diätologische Beratungskompetenzen entwickeln, erweitern und vertiefen*. Diplomica Verlag.

Klotter, C. (2007). *Einführung Ernährungspsychologie: mit 43 Übungsfragen und 5 Tabellen*. München: Reinhardt.

Misoch, S. (2014). *Qualitative Interviews*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG.

Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1991). *Ernährungspsychologie: eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.

Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3., überarbeitete Auflage). Göttingen Bern Toronto Seattle Oxford Prag: Hogrefe.

Taitz, J. L. & Haentjes-Holländer, D. (2015). *Wenn Essen nicht satt macht: emotionales Essverhalten erkennen und überwinden* (2. Aufl). Köln: Balance-Buch-+-Medien-Verl.

9 Anhang

1. Anhang: Interview-Leitfaden
2. Anhang: Überblick der Kategorien
3. Anhang: Darstellung der Systematischen Literaturrecherche anhand PICO – Modell
4. Anhang: Review-Tabellen
5. Anhang: Systematische Literaturrecherche
6. Anhang: Transkripte der Interviews
7. Anhang: Datenanalyse nach Mayring (Paraphrase/Generalisation/Reduktion)

Anhang: Interview-Leitfaden

Interviewleitfaden

Jahrgang 2016 /2019

Fragestellung der Bac 2

Welche Diätberatungstechnik zeigt sich bis dato am effektivsten in der Beratung von depressiven, adipösen PatientInnen?

Fragen zum Thema Berufserfahrung, Aufbau der Beratungen und Beratungsumfeld.

- Seit wann sind Sie schon im psychiatrischen Bereich tätig?
- Mit welchen psychiatrischen Erkrankungen haben Sie hauptsächlich zu tun in Ihrer Arbeit?
- Wenn Sie an Ihre normale Arbeitswoche denken: Machen Sie häufiger Einzelberatungen oder Gruppenberatungen?
    - Einzelberatung/Gruppenberatung
- Erachten Sie Einzelschulungen sinnvoller als Gruppenschulungen?
    - Ja, nein, weiß nicht
- Welche anderen Beratungsformen als Einzel oder Gruppenschulungen wenden Sie an?
- Was ist in Ihren Augen der Vorteil von Gruppenschulungen?
- Was ist der Vorteil von Einzelberatungen?
- Wann setzen Sie Einzelberatungen ein?
- Wie soll ihrer Meinung nach, eine Beratung im Umgang mit depressiven, adipösen PatientInnen aufgebaut bzw. gegliedert sein?
- Was ist eine angemessene Länge für eine Beratung?

Interviewfragen zur Beantwortung der 1. Hypothese (Ergebniserwartung):

- Wie merken Sie, ob ein Patient tatsächlich etwas ändern kann?
- Wie merkt man, ob ein Patient wirklich Planungskompetenz hat?
- Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass Patienten mit mehr Planungs- und Handlungskompetenz, eher ihr Ziel erreichen?

Interviewfragen zur Beantwortung der 2. Hypothese (Präaktionale Phase):

- Wie erkennt man den Willen zur Verhaltensänderung?
- Wie erkennen Sie die erfolgreichsten Ressourcen der PatientInnen für die Therapieumsetzung?
- Wie fördern Sie diese Ressourcen?
- Wie viele Ziele vereinbaren Sie pro Beratung mit Ihren depressiven, adipösen PatientInnen?

Interviewfragen zur Beantwortung der 3. Hypothese (Effektivitätssteigerung durch Erreichen des Teilziels):

- Haben Sie bis jetzt wahrgenommen, dass PatientInnen schneller weitere Ziele umsetzen können, wenn sie bereits ein Teil - Ziel umgesetzt haben?
- Merken Sie, dass PatientInnen motivierter sind, ein weiteres Ziel zu erreichen, wenn sie bereits eines in den Alltag integrieren konnten?

Interviewfragen zur Beantwortung der 4. Hypothese (Kategorisierung):

- In welche verschiedenen Stufen teilen Sie für sich selbst die Handlungsfähigkeit Ihrer depressiven und adipösen PatientInnen?
- Gibt es noch weitere Kategorien, die Sie für sich selbst zur Erleichterung anwenden?
- Welche unterschiedlichen Schritte der Verhaltensänderung gibt es Ihrer Meinung nach?
- Welche verschiedenen Abstufungen der Planungskompetenz haben Sie bis jetzt erkannt?

Interviewfragen – Sonstiges:

- Welchen Tipp würden Sie DiätologInnen geben, die neu im psychiatrischen Bereich zu arbeiten beginnen?
- Was können DiätologInnen machen, um PatientInnen bestmöglich zu unterstützen?

Anhang: Kategorien

	Berufserfahrung, Aufbau der Beratungen und Beratungsumfeld
K 1	Zeitpunkt oder Dauer der Tätigkeit im psychiatrischen Bereich
K 2	psychiatrischen Erkrankungen – Hauptthemengebiet der Diätologin
K 3	Häufiger Einzelberatung oder Gruppenberatung
K 4	Einzelberatung sinnvoller als Gruppenschulung
K 5	andere Beratungsformen
K 6	Vorteil Gruppenschulung
K 7	Vorteil Einzelberatung
K 8	Einzelberatung Zuordnung
K 9	Aufbau und Gliederung der Beratung mit depressiven, adipösen P.
K 10	Länge einer Beratung
H1	**Ergebniserwartung**
K 11	Zeichen, dass P. etwas ändern kann
K 12	Planungskompetenz erkennen
K 13	Zielerreichung durch mehr Planungs- und Handlungskompetenz
H2	**Präaktionale Phase**
K 14	Zeichen Willen Verhaltensänderung
K 15	erfolgreichste Ressourcen erkennen
K 16	Förderung der Ressourcen
K 17	Zahl vereinbarte Ziele pro Beratung
H3	**Effektivitätssteigerung durch Erreichen des Teilziels**
K 18	Schnellere Zielerreichung durch Teil – Ziel
K 19	Motivation durch Erreichen eines Teil – Ziels
H4	**Kategorisierung durch Erfahrung**
K20	Eigene Stufen der Handlungsfähigkeit
K 21	Persönliche Kategorisierung
K 22	Schritte der Verhaltensänderung
K 23	Abstufungen der Planungskompetenz
H	Sonstiges

K 24	Tipp für Arbeitsbeginn im psychiatrischen Bereich
K 25	Bestmögliche Unterstützung durch Diätologinnen
K 26	Zusätzliche Ergebnisse

1. Übersicht Literaturrecherche

Systematische Literaturrecherche anhand des PICO(T) – Modells zur Fragestellung: Vorteile der Anwendung des HAPA gegenüber anderen Diätberatungstechniken bei depressiven, adipösen PatientInnen

Tabelle 8: Systematische Literaurrecherche anhand des PICO(T) – Modells (Quelle: Eigene Darstellung)

	Patient, Population, Problem	Intervention	Comparison (Vergleich)	Outcome	(Time)
Oberbegriff	Erwachsen Depressiv BMI über 25kg/m²	Anwendung des HAPA-Modell (inkl. Ernährungsinterventionsvorschläge zu den einzelnen Stufen) Einschränkung: im Bezug auf die Teile, die lt. Literatur von DiätologInnen im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie (Bedarf, Gesunde Ernährung, ...) beraten wird	HAPA-Modell-Anwendung vs. Herkömmliche Diätberatung	Vorteile des HAPA – Modells erkennen	--
Synonyme	Erwachs* Depression Depress* Adipös Adipositas Übergewicht Ziel der Arbeit: Gewichtsreduktion und Diätberatungstechniken, daher Überarbeitung der Suchstrategie: - Behandlung Adipositas - Therapie Übergewicht - Gewichtsreduktion - Gewichtsverlust		Diätberatungstechniken		
Englische Übersetzung	Adult Depression Obesity Adiposity Therapy Weight reduction		Health action process approach		

2. Reviewtabelle – Übersicht über Fachartikel und Fachbücher

Tabelle 9: Übersicht über Fachartikel und Fachbücher (Quelle: Eigene Darstellung)

Autor, Publikationsjahr, Titel	Relevante Kapitel	Inhalte
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98247/E89858G.pdf?ua=1, WHO, 2007	-	Wichtigste Aussagen im Adipositas Management
Fehrmann, S. (2002). Die Psyche isst mit: wie sich Ernährung und Psyche beeinflussen (1. Aufl). München: Foitzick.	Warum wir essen, was wir essen	Aufzählung Ursachen fürs Essen Essverhalten als Spiegel unserer Seele Übergewicht und Adipositas Essen aus Langeweile und Einsamkeit
Hautzinger, M. (2010). Akute Depression. Göttingen: Hogrefe.	Definitionskriterien und Diagnostik Ursache, Arten, Therapie – Möglichkeiten	Schweregrade der Depression Symptomatik
Klotter, C. (2007). Einführung Ernährungspsychologie: mit 43 Übungsfragen und 5 Tabellen. Mün-chen: Reinhardt.	Adipositas	Epidemiologie
Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1991). Ernährungspsychologie: eine Einführung. Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.	Ernährungsberatung	Schritte der Einzelberatung: Verhaltensdiagnose Zieldefinition Zielhierarchie Maßnahmenplanung
Petra Hömens, Professionelles Beraten will gelernt sein. Diätologische Beratungskompetenzen entwickeln, erweitern und vertiefen (14. Oktober 2016)	Basics der verschiedenen Diätberatungstechniken	Basics der verschiedenen Diätberatungstechniken
Schrattenholzer - Deubner E. & Einberger J. (2018). Diätologische Tätigkeiten auf psychiatri-schen Stationen. Diätologen Journal, (4), 32.	Gesamter Artikel	Gesamter Artikel
Gniech, G. (2002). Essen und Psyche: über Hunger und Sattheit, Genuss und Kultur (2., überarb. Aufl). Berlin: Springer.	Leib und Seele als Homöostase und Balance Adipositas Körperbild	Psychologische Erklärungen von Appetiten Fasten und Essstörungen
Hauner, H., Moss, A., Berg, A., Bischoff, S. C., Colombo-Benkmann, M., Ellrott, T., … Wirth, A.	Adipositas - Ursachen,	

(2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und The-rapie der Adipositas": der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V.; der Deutschen Di-abetes Gesellschaft; der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V.; der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. Version 2.0 (April 2014); AWMF-Register Nr. 050-001. Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie, 08(04), 179–221. http://doi.org/10.1055/s-0037-1618857	Folgeerkrankungen, Therapie	
Hömens, P. (2016). Professionelles Beraten will gelernt sein. Diätologische Beratungskompetenzen entwickeln, erweitern und vertiefen. Diplomica Verlag.		
ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN. (o. J.), 178.		Wichtige Begründer der Beratungstechniken
Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1991). Ernährungspsychologie: eine Einführung. Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.		Adipositastherapie Therapiekonzepte im Überblick Verhaltenstherapeutische Maßnahmen Emotionales Überessen Der Beratungsprozess in Schritten Flexible Kontrolle Anforderung an die Ernährungsberatung Klientenbezogenes Gespräch Indikation Ernährungstherapie
Schwarzer, R. (2004). Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie (3., überarbeitete Auflage). Göttingen Bern Toronto Seattle Oxford Prag: Hogrefe.		
Taitz, J. L. & Haentjes-Holländer, D. (2015). Wenn Essen nicht satt macht: emotionales Ess-verhalten erkennen und überwinden (2. Aufl). Köln: Balance-Buch-+-Medien-Verl.	Essen und Emotionen Gefühle regulieren Selbstvertrauen entwickeln Emotionen und Essverhalten	

	verstehen	
Hilbert und Tuschen – Caffier (2010). Essanfälle und Adipositas. Wien: Hogrefe Verlag	-	Motivationsfördernde Gesprächsführung Zeitliche Struktur Kognitiv behaviorale Therapie Aufrechterhaltung Therapievorbereitung Umgang mit Non – Compliance
Legenbauer T. & Vocks S. (2014). Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie (2. Aufl). Berlin – Heidelberg: Springer	-	Therapieansätze und ihre Wirksamkeit
Jacobi C., Paul T & Thiel A. (2004). Essstörungen. Bern: Hogrefe	-	Indikation und Techniken der Diätberatung
Grunert (1993). Essen und Emotionen: Die Selbstregulierung von Emotionen durch das Eßverhalten. München: Beltz	-	Bedürfnisse, Gefühle und deren Befriedigung durch Essen
Toifl K. (2004). Lebensfluss zwischen gesund und krank. Wien: Facultas Verlag	-	Das Bio – Psycho – Soziale Therapiekonzept Definition von Zielen
Jacobi, Thiel & Vocks (2014). Kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa (2. Aufl). Weinheim: Beltz	-	Spezifische Bausteine der Verhaltenstherapie Kritische Therapiesituationen: Motivationsprobleme Therapie in verschiedenen Settings

3. Systematische Literaturrecherche

Literatur zum Kapitel „Depression“

Tabelle 10: Literaturrecherche "Depression" (Quelle: Eigene Darstellung)

Suchbegriffe/The	Limitation	Datenbank/Qu	Datum	Anzahl Resulta	Relevante Publikation

ma	en	elle		te	en
Akute Depression	-	Bibliothek FH St. Pölten	7.7.2018	5	1
Health action prozess approach AND depression	-In Bezug auf Ernährung -nur persönliches Gespräch mit Patienten	Pubmed	29.12.18	42	0
Health action prozess approach AND depress*	-In Bezug auf Ernährung -nur persönliches Gespräch mit Patienten -Adipös	Pubmed	29.12.18	44	0
Health AND action AND prozess AND approach AND depress*	-In Bezug auf Ernährung -nur persönliches Gespräch mit Patienten - Verwendung des HAPA – Modells	Pubmed	29.12.18	44	0
Health AND action AND prozess AND	-In Bezug auf Ernährung	Google Scholar	4.1.2019	122000	0

approach AND depress*	-nur persönliches Gespräch mit Patienten -Adipös -Verwendung des HAPA – Modells				
Health AND action AND process AND approach AND depress* AND Intervention	-In Bezug auf Ernährung -nur persönliches Gespräch mit Patienten -Adipös -Verwendung des HAPA – Modells	Google Scholar	4.1.2019	51300	0

Literatur zum Kapitel „Adipositas“

Tabelle 11: Literaturrecherche "Adipositas" (Quelle: Eigene Darstellung)

Suchbegriffe/Thema	Limitationen	Datenbank/Quelle	Datum	Anzahl Resultate	Relevante Publikationen
	-	Buchempfehlung von Frau Erika Schrattenholzer-Deubner, MA			Schrattenholzer - Deubner E. & Einberger J. (2018). Diätologische Tätigkeiten auf psychiatri-schen Stationen. Diätologen Journal, (4), 32.

		Buchempfehlung von Frau Erika Schrattenholzer-Deubner, MA			Fehrmann, S. (2002). Die Psyche isst mit: wie sich Ernährung und Psyche beeinflussen (1. Aufl). München: Foitzick.
		Buchempfehlung von Frau Erika Schrattenholzer			Hauner, H., Moss, A., Berg, A., Bischoff, S. C., Colombo-Benkmann, M., Ellrott, T., … Wirth, A. (2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und The-rapie der Adipositas": der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V.;
		Buchempfehlung von Frau Erika Schrattenholzer			Hömens, P. (2016). Professionelles Beraten will gelernt sein. Diätologische Beratungskompe-tenzen entwickeln, erweitern und vertiefen. Diplomica Verlag.
		Buchempfehlung von Frau Erika Schrattenholzer			Klotter, C. (2007). Einführung Ernährungspsychologie: mit 43 Übungsfragen und 5 Tabellen. München: Reinhardt.
Beratungstechnik		Google	5.1.2019		ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN. (o. J.), 178.
		Buchempfehlung von Frau Erika Schrattenholzer-Deubner, MA			Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1991). Ernährungspsychologie: eine Einführung. Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.

		Buchempfehlung von Frau Erika Schrattenholzer-Deubner, MA			Schwarzer, R. (2004). Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesund-heitspsychologie (3., überarbeitete Auflage). Göttingen Bern Toronto Seattle Oxford Prag: Hogrefe.
		Buchempfehlung von Frau Erika Schrattenholzer-Deubner, MA			Taitz, J. L. & Haentjes-Holländer, D. (2015). Wenn Essen nicht satt macht: emotionales Ess-verhalten erkennen und überwinden (2. Aufl). Köln: Balance-Buch-+-Medien-Verl.
RCT AND Gewichtsverlust		Google Scholar	28.12.2018	929	0
RCT AND Gewichtsverlust	Seit 2018 Nicht operative Behandlung	Google Scholar	28.12.2018	10	0
RCT AND Gewichtsverlust AND Diätberatung	Seit 2018 Nicht operative Behandlung	Google Scholar	28.12.2018	4	0
RCT AND Gewicht AND Ernährungsberatung	Seit 2018 Nicht operative Behandlung	Google Scholar	28.12.2018	4	0
RCT AND Gewichtsreduktion AND Ernährungstherapie	Seit 2018 Nicht operative Behandlung	Google Scholar		0	0
RCT AND weightloss AND therapie	Seit 2018 Ohne operative Behandlung Ohne Medikamente Ohne	Google Scholar		362	0

	zusätzliche Erkrankungen wie z. B. KHK				
Randomised Controlled trial AND weightloss AND therapie	Seit 2018 Ohne operative Behandlung Ohne jede Art von Medikamenten (Testosteron, Appetithemmer, …) Ohne zusätzliche Erkrankungen wie z. B. KHK	Google Scholar		1470	0
RCT AND Gewichtsverlust		Google Scholar	28.12.2018	929	
RCT AND Gewichtsverlust	Seit 2018 Nicht operative Behandlung	Google Scholar	28.12.2018	10	0
RCT AND Gewichtsverlust AND Diätberatung	Seit 2018 Nicht operative Behandlung	Google Scholar	28.12.2018	4	0
RCT AND Gewicht AND Ernährungsberatung	Seit 2018 Nicht operative Behandlung	Google Scholar	28.12.2018	4	0
RCT AND Gewichtsreduktion AND Ernährungstherapie	Seit 2018 Nicht operative Behandlung	Google Scholar	28.12.2018	0	0

Literatur zum Kapitel „HAPA“

Tabelle 12: Literaturrecherche "HAPA" (Quelle: Eigene Darstellung)

Suchbegriffe/Thema	Limitationen	Datenbank/Quelle	Datum	Anzahl Resultate	Relevante Publikationen
	-	Buchempfehlung von Frau	28.10.2018	1	Psychologie des Gesundheitsverh

		Erika Schrattenholzer-Deubner, MA			altens – Schwarzer, 2004
	-	Tipp von Frau Erika Schrattenholzer-Deubner, MA	28.10.2018	1	Ernährungspsychologie – Eine Einführung, Pudel & Westenhöfer
		Tipp von Frau Erika Schrattenholzer-Deubner, MA	28.10.2018		Gniech, G. (2002). Essen und Psyche: über Hunger und Sattheit, Genuss und Kultur
HAPA	Begriff muss in Inhaltsverzeichnis vorkommen	Otto Wagner Spital - Erika Schrattenholzer-Deubner, MA	28.10.2018	1	1
HAPA	Begriff muss in der Überschrift enthalten sein	Google	28.10.2018	808000	0
Health Action Process Approach	Begriff muss in der Überschrift enthalten sein	Google	28.10.2018	707 000 000 Ergebnisse	
Health Action Process Approach	Begriff muss in der Überschrift enthalten sein	Google Scholar	28.10.2018	3.650.000 Ergebnisse	
Diätberatungstechniken		Google	25.9.2018	6340	1
hapa model schwarzer	Zu allgemein		3.1.2019	1830	0
Health Action Prozess Approach AND Depressio*	Ausschließlich m Bereich Adipositas oder Depression	Google Scholar	29.12.18	16400	0
Health Action Prozess Approach AND Overweight	Ausschließlich m Bereich Adipositas oder Depression	Google Scholar	29.12.18	16600	0
Health Action Prozess Approach AND	Ausschließlich m Bereich Adipositas	Google Scholar	29.12.18	120	0

Übergewicht	oder Depression				
Health Action Prozess Approach AND Obesitiy	Ausschließlich m Bereich Adipositas oder Depression	Google Scholar	29.12.18	16600	0
Health Action Prozess Approach AND Adipositas	Ausschließlich m Bereich Adipositas oder Depression	Google Scholar	29.12.18	14600	0
Health action prozess approach	Ausschließlich m Bereich Adipositas oder Depression	Pubmed	4.1.2018	2188	0
HAPA	Ausschließlich m Bereich Adipositas oder Depression	Google	24.9.2018	51 800 000	0
hapa model schwarzer	Ausschließlich m Bereich Adipositas oder Depression	Google	3.1.2019	1830	0
Health Action Prozess Approach	Ausschließlich m Bereich Adipositas oder Depression	Google Scholar	29.12.18	20300	0
Health Action Prozess Approach AND Depressio*	Ausschließlich m Bereich Adipositas oder Depression	Google Scholar	29.12.18	16.400	0
Health Action Prozess Approach AND Overweight	Im Bereich Adipositas oder Depression	Google Scholar	29.12.18	17100	0
Health Action Prozess Approach AND Übergewicht	Im Bereich Adipositas oder Depression	Google Scholar	29.12.18	120	0
Health Action Prozess Approach AND Obesitiy	Im Bereich Adipositas oder Depression	Google Scholar	29.12.18	16600	0
Health Action Prozess Approach AND Adipositas	Im Bereich Adipositas oder Depression	Google Scholar	29.12.18	110	0
Health action prozess approach	Im Bereich Adipositas	Pubmed	4.1.2018	2188	0

	oder Depression				
Health Action Prozess Approach AND Overweight	Im Bereich Adipositas oder Depression	Google Scholar	29.12.18	17100	0

4. Transkripte

Interview 1 mit Diätologin 1 (Name aus datenschutzgründen entfernt):

am 23.4.2019, 16:00 Uhr (Dauer: 1 Stunde und 10 Minuten)

Interviewerin: Ich habe jetzt die Aufzeichnung begonnen, ist das ok für sie?

Diätologin: Ja ist ok für mich.

Interviewerin: Danke, dass Sie sich Zeit nehmen und, dass Sie mir Ihre Erfahrungen schenken

Diätologin: Gerne.

Interviewerin: Dauer: Maximal 1 Stunde

Diätologin: Gut

Interviewerin: Seit wann sind Sie denn schon im psychiatrischen Bereich tätig?

Diätologin: Ich bin seit 2014 im psychiatrischen Bereich tätig. **(K 1)**

Interviewerin: Also Sie sind jetzt 5 Jahre im psychiatrischen Bereich? **(K 1)**

Diätologin: Genau. **(K 1)**

Interviewerin: Mit welchen psychiatrischen Erkrankungen haben Sie hauptächlich zu tun?

Diätologin: Wir haben an der Abteilung im Grunde alle Diagnosen außer Essstörungen. In der Diätologie haben wir hauptsächlich mit Patientinnen und Patienten mit Depression zu tun. Mit der Grunddiagnose Schizophrenie, mit Persönlichkeitsstörungen. Im Grunde alles durch die Bank. Es kann auch mal vorkommen, dass wir Patientinnen und Patienten mit Essstörungen betreuen, aber das ist eher seltener. **(K 2)**

Interviewerin: Sehr gut, dass Sie als 1. Depression genannt haben passt sehr gut. Am Anfang brauch ich noch ein paar Grundthemen, bevor wir tiefer wo einsteigen, aber ich bin schon sehr gespannt. **(K 2)**

Diätologin: Sehr gut.

Interviewerin: Wenn Sie an Ihre normale Arbeitswoche denken, machen Sie häufiger Einzeberatungen oder Gruppenberatungen?

Diätologin: Es hält sich bei uns ziemlich die Waage. Also wir machen mit den stationären Patientinnen und Patienten ausschließlich Einzelberatungen/ weil sich Einzelberatungen, weil sich hier die Beratung in der Gruppe einfach nicht etabliert hat, außer die Kochgruppe. Also wo wir mit dem Patientinnen und Patienten einfache Rezepte zubereiten. **(K 3)**

Interviewerin: hm (bejahend)

Diätologin: Wir haben auch eine Tagesklinik. In der Tagesklinik machen wir sowohl Gruppenberatungen als auch Einzelberatungen. Insgesamt hält sich aber ziemlich die Waage. **(K 3)**

Interviewerin: Ok. Eine kurze andere Frage: Wie viele sind denn in der Kochgruppe?

Diätologin: Maximal 6 Patientinnen und Patienten. **(K 26)**

Interviewerin: Ist das grundsätzlich so, dass bei Gruppenschulungen 6 Patientinnen und Patienten sind?

Diätologin: Nein, in der Tagesklinik haben wir maximal 8 Personen. Es ist eine Gruppenschulung. **(K 26)**

Interviewerin: ok, also maximal 8. Erachten Sie Einzelschulungen sinnvoller als Gruppenschulungen?

Diätologin: Das ist total von der Patientin und Patienten abhängig. Es gibt sicher wleche, die mehr von Gruppenschulungen profitieren. Mit machen kann man in der Gruppe gut arbeiten und alleine nicht und umgekehrt. **(K 4)**

Interviewerin: Was ist in Ihren Augen der Vorteil von Gruppenschulungen?

Diätologin: vielleicht auch trauen was anzusprechen. Oder ruhigere Patienten, die dann aufschnappen, was andere sagen. Da hat man oft eine ganz andere Dynamik als im Einzelsetting. **(K 6)**

Interviewerin: Ok verstehe. Was ist der Vorteil von Einzelberatungen?

Diätologin: Also wenn wirklich eine konkrete Fragestellung da ist, wir haben ja auch oft Patientinnen und Patienten die sich eine Beratung wünschen, mit Obsiptation, Gewichtsveränderung, da kann man natürlich individuell viel besser und genauer eingehen. Außerdem trauen sich umgekehrt die Patientinnen und Patienten im

Einzelsetting auch Dinge ansprechen, die in der Gruppe nicht möglich sind. Oder was sie in der Gruppe einfach nicht sagen möchten. **(K 7)**

Interviewerin: ok

Diätologin: Also die sie in der Gruppe nicht aussprechen wollen. **(K 7)**

Interviewerin: Das ist manchmal alleine leichter, ja. Wann setzen Sie Einzelberatungen ein?

Diätologin: Also wie gesagt, bei den stationären Patientinnen und Patienten machen wir alles in Form von Einzelberatungen, außer die Kochgruppe. Im ambulaten Bereich machen wir eine Einzelberatung, wenn es der Patient wünscht, oder wenn ein Thema vorliegt, dass der Patient gerne einzeln besprechen möchte. Oder wenn es in der Visite angesprochen wird. Oft kommt es vom Patient selber, da bieten wir dann zusätzlich zur Gruppe noch Einzelberatungen. Bei der Tagesklinik muss man dazusagen, dass alle eine Ernährungsgruppe bekommen. Alle Patienten haben wöchentlich eine Gruppenschulung. Die dauert 45 Minuten. **(K 8)**

Interviewerin: ok

Diätologin: Wir haben die Gruppenschulung deshalb implementiert, weil wir grundsätzlich zwei Therapieziele haben, die wir mit allen Tagesklinischen Patienten bearbeiten, das ist einerseits die Genussfähigkeit, von dem profitiert jeder Patient und auf der andererseits, dass Ernährung eine gesundheitsförderlicher Teil des Lebens sein kann. Also wir machen allgemeine Themen und machen Genussübungen. Die Patientinnen und Patienten nehmen es auch gern an. Wir haben es in die Tagesklinik integriert. Das kennt man vielleicht vom Psychosomatikturnus. Das wird soweit ich weiß in anderen Krankenhäusern angeboten, wie auch in Reha - Zentren. Haben wir im Haus nicht, aber das wäre etwas Ähnliches. **(K 5)**

Interviewerin: Der Psychosomatikturnus hört sich interessant an. Also es gibt zwei Therapieziele: Die Genussfähigkeit und ...?

Diätologin: Dass man Ernährung als einen Gesundheitsförderlichen Teil des Lebens erkennt. Das… es leidet bei psychischen Erkrankungen der Körper oft mit. Also im Grunde genommen gerade bei depressiven Patientinnen und Patienten steht die ungewollte Gewichtszu- oder Abnahme im Fokus. Da kann man gute Impulse geben. Da profitieren die Patientinnen und Patienten davon. **(K 5)**

Interviewerin: Wie soll ihrer Meinung nach, eine Beratung im Umgang mit depressiven, adipösen PatientInnen aufgebaut bzw. gegliedert sein?

Diätologin: Ja, also so einen Unterschied zu anderen Erkrankungen machen wir nicht. Es steht auf alle Fälle eine ausführliche Anamnese im Vordergrund. Und wir legen mit den Patientinnen und Patienten die individuellen Therapieziele fest. Je nach Fragestellung geben wir kompakte Unterlagen und Informationen weiter. Es sollte halt nicht zu viel sein. Das ist ganz wichtig. Man muss wirklich aufpassen, dass man die Patientinnen und Patienten nicht überfordert. Weniger ist oft mehr. Von vornherin 10 Therapieziele festlegen wird nicht funktionieren. **(K 9)**

Interviewerin: mhm (bejahend). Wie lang sind die Beratungsunterlagen, weil Sie jetzt die kompakten Unterlagen hervorgehoben haben.

Diätologin: Bei uns an der psychiatrischen Abteilung haben die Unterlagen maximal 2 Seiten. Wir geben auch Rezeptbroschüren weiter, aber die Beratungsunterlagen sind nicht 10 Seitig. Das hat sich nicht bewährt. **(K 9)**

Interviewerin: Wie viele Ziele vereinbaren Sie dann pro Beratung?

Diätologin: Eine ganz genaue Zahl kann ich da nicht nennen (lachend) . **(K 17)**

Interviewerin: ok.

Diätologin: Die Ziele ergeben sich oft durch die Anamnese. 3 ergeben sich oft durch die Anamnese. Es kann aber auch oft nur eines sein. Eine Woche lang an einem Ziel zu arbeiten macht auch viel Sinn. Also einenhalb Liter Cola auf einen halben für eine Woche zu kürzen reicht schon. Wenn die Patienten in der Tagesklinik schon etwas fitter sind, dann kann man schon gut mit 3 Zielen arbeiten. Es kann aber auch sein, dass eines vollkommen ausreichend ist. **(K 17)**

Interviewerin: Wie lange behandeln Sie Patientinnen und Patienten?

Diätologin: Individuell. In der Tagesklinik sind die Wochen 6 - 12 Wochen. Da dann zum Beispiel 14 tägiger Patientenkontakt. Wir haben auch Patientinnen und Patienten die sind monatelang stationär da. Die wird man öfter sehen. Das ist je nach Patient. Was braucht er? Profitiert er auch davon? Ja? Wenn man merkt es geht halt überhaupt nicht, dann kann man den Beratungszyklus auch abbrechen. SO etwas ist aber auch immer individuell, bei der Visite zu besprechen. Sie merken, es ist sehr viel Multiprofessionell auf der Psychiatrie zu arbeiten, denn da alleine zu arbeiten keinen Sinn macht. **(K 9)**

Interviewerin: ja gut, dass das bei Ihnen so gut etabliert ist.

Diätologin: ja, das funktioniert bei uns sehr gut. Ich denke, dass ist auf vielen Psychiatrien so im Gegensatz zu anderen Abteilungen.

Interviewerin: Weil Sie gesagt haben ein Ziel und dann wird das eine Woche umgesetzt. Wenn ein Patient wirklich 12 Wochen da ist und Sie sehen ihn alle 2 Wochen, dann sind das ja 6 Ziele, die Sie da vereinbaren können. **(K 17)**

Diätologin: Man muss nicht jedes Mal ein neues Ziel dazu nehmen. Das ist nicht notwendig. Man darf auch nicht davon ausgehen, dass das prompt umgesetzt wird in einer Woche. Da geht es oft um die Begleitung. **(K 17)**

Interviewerin: ok, das habe ich vermutet.

Diätologin: mhm (bejahend)

Interviewerin: Den ersten Themenblock haben wir geschafft (lachend).

Diätologin: ok (lachend).

Interviewerin: Wie merken Sie, ob ein Patient tatsächlich etwas ändern kann?

Diätologin: Also in der Beratung, wenn man den Patient vor sich hat, dann kann man gut auf Körpersprache setzen. Wie beteiligt ist er. Welche Signale sendet er aus? Wie beteiligt ist er? Wie aktiv bringt er sich in die Beratung ein? Man erarbeitet ja Ziele und Tagespläne gemeinsam mit dem Patient. Wie viel kommt da vom Patient? Das ist auch etwas, was man auch immer in der Visite ermitteln und evaluieren sollte, denn nur im Einzelgespräch bekommt man gar nicht alles mit, was im Hintergrund eigentlich alles passiert. **(K 11)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Natürlich kann man auch evaluieren, wenn man den Patienten wieder sieht. Was geht? Was geht überhaupt nicht? Folgeberatungen sind auch sehr wichtig. **(K 11)**

Interviewerin: Sie haben gesagt Körpersignale, auf welche beachten Sie da besonders?

Diätologin: Ich würde sagen, ob ein Patient auch affizierbar ist. Und wie gut er affizierbar ist. Vor allem, wir schauen schon auch immer, dass der Patient an der Beratung teilnehmen möchte. Also, (lachend) wenn der Wunsch des Patienten nicht da ist, oder er nicht bereit ist sich Hilfe zu holen, dann wird es extrem schwierig und bringt auch nichts. Daher wird immer mit den Patienten besprochen, ob sie sich das auch vorstellen können, dass sie eine Beratung in Anspruch nehmen. **(K 11)**

Interviewerin: Also holen Sie sich den Auftrag im Vorfeld vom Patient auch ab?

Diätologin: Ja, das machen wir schon. **(K 11)**

Interviewerin: Vor jeder Beratung oder nur vorm ersten Mal?

Diätologin: Nein, das ist etwas Einmaliges. Da rede ich vor allem über die stationären Patientinnen und Patienten. Aber es ist wichtig sich vorher anzuschauen, wie sind die Fortschritte auf der Station? Es werden ja auch immer für jeden Patienten auf der Station eigene Ziele für jeden Patienten erstellt. Es ist wichtig zu schauen, wie passt das dazu. In wie weit kann man da arbeiten. Was ist da im Vordergrund? Ein Patient der die Wohnung und den Job verloren hat und nicht mal weiß, wo er nach dem stationären Aufenthalt wohnen soll, wird nicht so viel Kopf für eine Ernährungsberatung haben. Das muss man sich dann individuell anschauen und entscheiden. **(K 11)**

Interviewerin: ok, danke. Wie merkt man, ob ein Patient wirklich Planungskompetenz hat? **(K 12)**

Diätologin: mhm (bejahend). Also wir machen in der Beratung auch Übungen mit den Patientinnen und Patienten, also Einkaufslisten schreiben, also richtige, keine fiktiven. Oder, dass sich der Patient auch Speisen für jede Mahlzeit überlegt, was er sich vorstellen kann. Dann kann man gut abchecken, kommt da was? Kommt da gar nichts? Das sind so Übungen, die man mit dem Patienten auch machen kann. **(K 12)**

Interviewerin: ok. Aber, wissen die Patientinnen und Patienten dann schon, was eigentlich gesund ist? Ich könnte mir vorstellen, dass die Patientinnen und Patienten das am Anfang noch nicht wissen. Gehen Sie das vorher mit ihm durch?

Diätologin: Das ist etwas, das im Anschluss an die Anamnese passiert. Man macht ja mal ein grobes Konzept. Bei den Tagesklinischen Patienten zum Beispiel sich mal bis zum nächsten Mal überlegen. Oder man macht es im Folgetermin, ok, wie kann eine gute Einkaufsliste aussehen? Da hat man dem Patienten aber meist schon Unterlagen mitgegeben. Es steht immer irgendwas gesundes dann auch drauf. Das ist mir noch nie passiert, dass nur ungesundes drauf steht. Das funktioniert schon. Aber es wäre spannend, das mal auszuprobieren: Was kaufen Sie denn üblicherweise ein? Das hätte ich noch nie probiert. Und dann könnte man das auch abwandeln.

Interviewerin: Man isst das, was man zu Hause hat - also ein sehr guter Ansatz find ich.

Diätologin: Und gerade bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten ist oft das Einkaufengehen ein Gewaltakt. Also alleine das zu schaffen. Jemand, der in einer schweren Depression ist, wird einen Einkauf alleine vermutlich nicht schaffen. Weil einfach der Supermarkt oder das Einkaufen Gehen schon zu überfordernd ist. Es ist wichtig bei den Basics anzusetzen. Wenn das dann schon etwas leichter ist, dann kann man es gut trainieren. Dann ist das besser und funktioniert besser.

Interviewerin: Also liegt der Fokus in der Beratung bei Ihnen auch: Wie bekommt der Patient sein Essen? Wie wird er versorgt?

Diätologin: Ja das muss man sich aber immer anschauen und nicht nur im psychiatrischen Setting.

Interviewerin: Absolut ja.

Diätologin: Das ist mal das wichtige. Was hab ich zu Hause? Auf was kann ich zurückgreifen, wenn cih es heute nicht schaffe einkaufen zu gehen?

Interviewerin: Das sind viele wichtige Themen. Aber ich gehe jetzt trotzdem zur nächsten Frage: Sie haben vorher angesprochen, dass Sie, bevor Sie zum Patient gehen mal nachfragen, wie es dem Patient generell geht. Ob er Ziele erreicht hat oder über er Rückschritte gemacht hat. Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass Patienten mit mehr Planungs- und Handlungskompetenz, die schon mal ein Ziel erreicht haben, eher ihr Ziel erreichen?

Diätologin: Puh. Also, das ist wieder sehr davon abhängig. Natürlich können erreichte Ziele motivieren weiterzumachen, aber es kann durchaus sein, dass es wieder schwieriger ist, oder, dass es etwas ist, was der Patient vielleicht dann nicht so gut schafft. Also das ist glaub ich immer davon abhängig, wie geht es dem Patient im Moment, was ist möglich? Was ist das genaue Ziel? Also pauschal ja würd ich da jetzt nicht sagen. Es ist alles sehr individuell und subjektiv (lachend). **(K 13)**

Interviewerin: ja (lachend)

Diätologin: Aber es kann schon eine ganz gute Motivation darstellen, natürlich, weiterzumachen. Um zu sagen, jetzt hab ich das schon erreicht. Da kann man dann motivieren und fördern und vorschlagen, ob man was Neues erreichen will. Das kann man auf jeden Fall einbauen. **(K 13)**

Interviewerin: Wie erkennen Sie den Willen zur Verhaltensänderung?

Diätologin: Das hatten wir eh schon, wenn ein Patient direkt auf mich zukommt und aktiv ein Gespräch möchte ist schon mal ein gutes Zeichen. Das haben wir zum Beispiel in der Tagesklinik, dass sie Patientinnen und Patienten auf mich zukommen, da kennen sie mich schon aus der Gruppe. Da sage ich auch immer dazu, dass wir uns gerne einen Einzeltermin ausmachen können, wenn sie etwas mit mir alleine besprechen wollen. Aber auch stationär kommen die Patienten oft auf die Visite zu und sagen, sie wollen gern mit einer Diätologin sprechen. Und in der Beratung auch: Wie sehr bringt sich der Patient ein? Kommen Fragen? Kommen da? Löchern sie einen? Wollen Sie Unterlagen? Es gibt auch genug Patienten, die wissen nicht, was

ich mache, aber die soll mir halt mal erzählen, was ich da mache und ich hör zu und lass mich berieseln. (lachend) **(K 14)**

Interviewerin: ok (lachend)

Diätologin: Aber es ist dann im Beratungsgespräch, da merkt man oft recht schnell, ob da etwas gut möglich ist, oder nicht. Dann ist es immer davon abhängig, was läuft sonst auf der Station? Wir hatten durchaus auf der Station Erfolge bei den Patientinnen und Patienten. Aber auch in der Tagesklinik, dass man merkt, es geht ihnen mit dem Essen besser. Oder, dass man merkt, ok, sie konnten ein gewisses Ernährungsverhalten verbessern. **(K 14)**

Interviewerin: Sie haben jetzt gerade gesagt, dass es auch davon abhängig ist, wie viele Ziele ein Patient vor sich hat. Würden Sie jetzt sagen, dass ein Patient, der sich, sagen wir mal, nur ungesund ernährt, dass der dann sein Verhalten nicht ändern will, oder hab ich das falsch verstanden?

Diätologin: Nein, das hab ich grundsätzlich nicht gemeint. Man muss sich immer den Patient anschauen. Haben Sie das mit der Baustelle so umgemünzt?

Interviewerin: ja

Diätologin: Ah, nein. zum Beispiel, ein Patient kommt in die Tagesklinik. Ein Ziel könnte auch sein, er möchte Ängste loslassen. Oder auch wieder Wiedereingliederung in den Beruf, kann auch ein Ziel sein. Es kann auch ein Ziel sein, wieder ohne Angst mit den Öffis zu fahren, also so ganz basale Geschichten. Dann kann man eben schauen, wie entwickelt sich der Patient in der Tagesklinik? Entwickelt er sich gut? Wie geht es ihm psychisch? Merken wir, es geht im psychisch auch schon besser und gut, dann hacken wir mit der Ernährung ein. Also ich lass den Patientinnen und Patienten in der Tagesklinik oft wirklich mal eine Woche ankommen, dass sie schauen, wie geht es ihnen da. Was sind die generellen Ziele in der Tagesklinik und dann kann man mal ein Erstgespräch machen, wenn es gewünscht ist und auch an den Ernährungszielen arbeiten. **(K 14)**

Interviewerin: ok. Eine Woche ankommen lassen. **(K 25)**

Diätologin: ja, das hat sich sehr gut bewährt. Denn es sind so viele Eindrücke. Man muss sich vorstellen, man hat von morgens bis abends Therapie.

Interviewerin: ja, das ist eh viel.

Diätologin: Als depressiver Mensch, ist das wirklich anstrengend für die Patientinnen und Patienten. Da muss man aufpassen, dass man sie nicht überfordert. Weil es gibt auch oft Patientinnen und Patienten, die sagen, sie wollen alles machen und sie

wollen alles so gut machen. (lachend) Die muss man dann abholen und sagen, slow down. Schauen wir mal, wo wir anfangen können. Was möglich ist und nicht überfordern. Darauf muss man schon auch gut achten. **(K 25)**

Interviewerin: Ich merk, sie haben sehr viel Einfühlungsvermögen, das spürt man richtig. **(K 25)**

Diätologin: (lachend) ja, das braucht man bei den depressiven Patientinnen und Patienten sicher. Aber man kann oft auch wirklich als Diätologin wirklich gut unterstützen.

Interviewerin: Daran zweifle ich keine Sekunde, dass Sie auch als Diätologin großartige Arbeit leisten. Ich nehme an, sie erkennen sehr gut Ressourcen von Patientinnen und Patienten. Wie erkennen Sie diese?

Diätologin: Also Ressourcen sind immer etwas worüber wir in der Visite sprechen. **(K 15)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Also wo kann man ansetzen, gerade, wenn es um die Ernährung geht, ist es hilfreich, wenn es Patientinnen und Patienten sind, die kochen können. Also (lachend) das kann man oft gut nutzen. Das geben wir den Patientinnen und Patienten auch immer mit. Schauen Sie, Sie können ja kochen, das macht Ihnen ja auch Spaß. Da können wir immer etwas andocken. Und.. Oder, wenn Patienten neugierig sind und etwas ausprobieren wollen. Das ist viel Feingefühl, das man beim Patientenkontakt braucht. Wir besprechen es auch immer in der Visite. Also in der multiprofessionellen Visite. Was sind die Ressourcen des Patienten? Wie kann man die individuell in der Therapie fördern? Wie kann der Patient die auch individuell nutzen? Das ist nichts, auf das wir alleine draufkommen müssen, das ist etwas, das kann man nutzen. Was ganz gut ist, wenn man das im multiprofessionellen Team bespricht. **(K 15)**

Interviewerin: Weil Sie jetzt schon öfter das Multiprofessionelle Team angesprochen haben. Wie läuft so eine Besprechung bei Ihnen ab?

Diätologin: Also wir machen es so und das läuft auf allen Stationen gleich, dass die Patientinnen und Patienten der Reihe nach besprochen werden. Jedes Teammitglied gibt die Eindrücke, die man innerhalb von einer Woche gesammelt hat weiter. Ganz zum Schluss wird dann besprochen, was sind jetzt weiter die Ziele und wo setzen wir den Schwerpunkt in der Therapie? Das wird dann verschriftlicht und dokumentiert. Genau. Also man bespricht den Patienten an sich reihum. Also da sitzt dann die Ergotherapeutin, die Physiotherapeutin, die Musiktherapeutin, die Psychologin. Ich als Diätologin, die Ärztin, Sozialarbeiterin, die Pflegeperson. Das ist eine klassische

Therapierunde. Da gibt jeder seine Eindrücke wieder. Dann bespricht man am Ende, was der Plan ist. **(K 15)**

Interviewerin: Das hört sich sehr effektiv an.

Diätologin: Ja, es ist auch notwendig, denn sonst arbeitet jeder ins Blaue hinein. Das ist gerade in dem Bereich, eigentlich in jedem medizinischen Bereich wichtig. Auf der Psychiatrie wird es halt glaub ich schon, also ich kann jetzt nur für unser Haus sprechen, aber ich nehme an, es wird in anderen Häusern nicht anders sein, wird das schon sehr aktiv gelebt. **(K 15)**

Interviewerin: Das kann ich mir vorstellen, vor allem, weil Sie es jetzt schon so oft betont haben. Wenn Sie dann Ressourcen gefunden haben, mit den Patientinnen und Patienten oder im Multiprofessionellen Team, wie fördern Sie diese dann?

Diätologin: Es geht vor allem darum, dass man dem Patienten in der Gruppe, hm ich weiß nicht, ob mir ein Beispiel einfällt. Dass man zum Beispiel wenn ein Patient als Ressource sein Wissen hat im Bereich Ernährung, dass man den Patienten in der Gruppe ins Boot holt. Und sagt: Was sagen Sie dazu? Was ist Ihre Meinung dazu? Auch immer im Einzelgespräch, na Sie kennen sich da ja gut aus. Wie würden Sie das jetzt weitermachen? Also dieses positive Verstärken kann man da recht gut einsetzen. **(K 16)**

Interviewerin: mhm (bejahend). Positives Verstärken, ja. **(K 16)**

Diätologin: Das bringt es recht gut auf den Punkt.

Interviewerin: Das ist eine typische Paraphrase von Ihnen: Sie kennen sich da schon gut aus, ...

Diätologin: Genau.

Interviewerin: Also nächste Frage: Merken Sie, dass Patientinnen und Patienten motivierter sind ein weiteres Ziel zu erreichen, wenn sie eines bereits in den Alltag integrieren konnten?

Diätologin: Ja das kann natürlich eine Motivation sein, das man weiter tut. Es ist aber auch immer sehr davon abhängig, über welche Ziele man da spricht. Vielleicht ist es einem Patienten sehr leicht gefallen die Getränke umzustellen. Also wenn wir an depressive, adipöse Patientinnen und Patienten denken, also ein Therapieziel wäre, dass ein Patient, der sehr gerne zuckerreiche Getränke trinkt. Dass man dann sagt: ok, von den eineinhalb Liter Cola sind wir auf einen halben Liter Cola light runter sind. Aber das Ziel regelmäßig zu essen geht noch nicht, weil die Tagesstruktur noch nicht hin haut. Also es hängt sehr davon ab, welches Ziel? Über

welches Ziel sprechen wir? Ich würde das nicht von vorn herein mit ja beantworten, aber es kann natürlich eine gute Motivation sein. Das erlebe ich auf alle Fälle. **(K 19)**

Interviewerin: Also wenn die Patientinnen und Patienten dann schon geschafft haben ein Ziel in den Alltag zu integrieren, wie bestimmen Sie dann die nächste Ressource, die geändert werden kann? Funktioniert das dann wieder im Multiprofessionellen Team? Durch Patientenbefragung?

Diätologin: Nein, also natürlich kann man es teilweise im Team besprechen, aber wir arbeiten schon auch Selbstverantwortlich. Das ist etwas, was man aus der Anamnese raus nimmt. **(K 15)**

Interviewerin: ok

Diätologin: Weil wenn ich einen Patienten habe, wo ich sehe, das ist einfach zu Hyperkalorisch, oder es ist wirklich dieses klassische keine geregelten Mahlzeiten oder am Abend unglaublicher Heißhunger, weil am Tag nichts gegessen wurde, dann sammle ich das mal für mich zusammen und mache dann Schritt für Schritt die Zielsetzung. Man kann ja auch den Patienten dazu hinführen. Beziehungsweise auch immer wieder Rücksprache halten und im Sinne von motivational Interviewing den Patienten ins Boot holen. Was glauben Sie, was jetzt noch wichtig wäre? Was können Sie sich vorstellen, dass Sie umsetzen? Im Hintergrund hat mich ja immer ein gesamtes Konzept, wo ich mit dem Patienten hinwill, nur in wie weit das mit dem Patienten möglich ist, das ergibt sich in den Gesprächen und da ist auch immer wichtig zu schauen, was ist da überhaupt möglich und das kann man mit solchen Fragestellungen sehr gut machen: Was können Sie sich vorstellen? Ist das möglich für Sie? Klingt das umsetzbar für Sie? Und was bei den Therapiezielen auch immer besonders wichtig ist, ist: Je konkreter, umso besser. Also nicht nur fettarm essen, denn das ist viel zu abstrakt. Da kann sich kein Mensch was darunter vorstellen, sondern wirklich ganz ganz konkret zu sagen, ok ich ess wirklich nur mehr einmal im Monat was Frittiertes zum Beispiel. Es funktioniert dann auch besser. Je konkreter umso greifbarer ist es für die Patientinnen und Patienten. **(K 19)**

Interviewerin: mhm (bejahend). In welche verschiedenen Stufen teilen Sie für sich selbst die Handlungsfähigkeit Ihrer depressiven und adipösen Patientinnen und Patienten?

Diätologin: Das mache ich nicht. Ich habe die Frage gelesen und habe mir gedacht, da liegt sicher irgendeine Literatur zugrunde. Also ich mache es nicht. Ich wäre sehr gespannt, welche Literatur es dazu gibt. (lachend) **(K 20)**

Interviewerin: Das wundert mich ein bisschen, weil ich mir vorgesellt habe, dass man das unbewusst macht. Aber ich glaub es Ihnen schon, dass es eben nicht bewusst passiert. (lachend)

Diätologin: Also Handlungsfähigkeit, Handlungsebene, das ist in der Ergotherapie sehr stark verankert. Ich weiß nicht, ob es da in der Ergotherapie irgendwelche bekannten Stufen gibt. Aber ich muss sagen einteilen tu ich nicht. Zumindest nicht bewusst. Und auch nicht in irgendeiner Weise verschriftlicht oder dokumentiert. **(K 20)**

Interviewerin: mhm (bejahend), Sie haben vorher gesagt, bei einem Patienten, der es gerade nicht schafft, da bricht er die Therapie wieder ab. **(K 20)**

Diätologin: mhm (bejahend) **(K 20)**

Interviewerin: Oder dann geht man ja nicht mehr zu ihm. Ist das nicht auch schon eine Einstufung? Also der eine Patient schafft es, was zu ändern und der andere schafft es nicht? Gibt es zumindest dies zwei Abstufungen? **(K 20)**

Diätologin: Hm. Ja. So könnte man es benennen. Zu sagen, ist ein Patient therapiefähig oder nicht. Sicher. Das wäre eine Möglichkeit. Also, kann ich so als Antwort zumindest mal geben. **(K 20)**

Interviewerin: Gibt es noch weitere Kategorien, die Sie für sich selbst zur Erleichterung anwenden?

Diätologin: hm (verneinend) ja natürlich versucht man die Patientinnen und Patienten zu einem gewissen Grad einzuteilen, beziehungsweise ist das etwas, was einfach individuell erfolgt. Das man sich anschaut, ok was ist möglich, was nicht. Wir dokumentieren das im Grunde auch individuell. Es ist eben auch auf die Therapieziele hin, .. Es ist, find ich, in der Dokumentation sehr wichtig, die Therapieziele zu verschriftlichen und dann auch immer wieder zu evaluieren. Ok ich hatte dieses und dieses Ziel mit dem Patienten vereinbart. Es war jetzt aber zum Beispiel aus dem und dem Grund nicht möglich umzusetzen. **(K 21)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Probiere ich es zu einem späteren Zeitpunkt nochmal eine Beratung anzubieten oder nicht, das besprechen wir wieder Interdisziplinär. Aber, dass man mal einteilt, wo steh ich beim Patienten? Was ist mein Plan? Was ist mein Therapeutisches Ziel? Also was ist so das große Ganze dahinter? **(K 21)**

Interviewerin: mhm (bejahend) und wenn wir schon vom großen Ganzen sprechen. Es gibt ja meist auch viele Schritte um das Ziel zu erreichen. Gibt es da Ihrer Meinung nach Schritte oder gibt es da nur dieses "er kann es - er kann es nicht" **(K 22)**

Diätologin: Nein, das wird immer unterschiedlich verlaufen beim Patient. Also das ist eher, es kann stufenweise sein, aber es kann auch mal eine Zeit lang nichts gehen und dann geht es vielleicht wieder. Wir haben auch Patienten in der Tagesklinik, die sich so verschlechtern, dass sie wieder stationär aufgenommen werden, dann …. dann leg ich oft mal hier die Beratung auf Eis und schaue, ab wann kann ich hier wieder andocken? Das ist auch viel learning by doing in diesem Patientenklientel muss man sagen. Weil oft … oft glaubt man, ok es geht jetzt wieder gut, dass man den Patienten ins Boot holt, aber eigentlich geht es überhaupt nicht. Also das muss man sich am Menschen gut anschauen. Das hab ich jetzt wahrscheinlich eh schon tausend Mal gesagt (lachend) , aber es stimmt einfach. (lachend) Es ist wirklich so. Im Grund genommen ist es auch wirklich, es wird bei jeder therapeutischen Spate bei und gehandhabt, also ein kleiner Exkurs in die Physiotherapie: In welche Gruppe kommt der Patient? Kommt er ins Zirkeltraining oder ist wirklich nur die Basis - Physiotherapie möglich im Moment? Da kann man dann oft switchen? In welche Gruppe? Würde der Patient von einer Nordic Walking Gruppe profitieren? So etwas entwickelt sich im stationären Aufenthalt. Oder auch während dem Tagesklinischen Aufenthalt. Da kann man dann von Woche zu Woche sehr gut reagieren. Wie legt man den Therapieplan fest und natürlich auch, welche Ressourcen hat man im Haus, das ist natürlich auch klar. **(K 22)**

Interviewerin: Ok also kann ich jetzt wieder zusammenfassen, bei diesen individuellen Schritten ist es wieder individuell. Entweder es geht vorwärts oder rückwärts. Also Rückschritte gibt es ja auch. Und dass man das pauschal nicht sagen kann. **(K 22)**

Diätologin: ja, es wird wahrscheinlich auf das hinauslaufen. (lachend) Weil wir haben da auch kein ganz fixes Konzept: Patient konnte Ziel nicht umsetzen, was mache ich als nächstes? Das wird man pauschal nicht sagen können. Das ist immer eine ganz individuelle Entscheidung, wie man da weitermacht. **(K 22)**

Interviewerin: Wie gehen Sie denn vor, wenn ein Patient sein Ziel nicht erreicht hat?

Diätologin: Nachfragen, warum es nicht funktioniert hat. Was ist der Grund? Also da wieder den Patienten abholen, wo steht er im Moment. Natürlich nicht wertend oder mit erhobenem Zeigefinger, oder anklagend, das geht natürlich nicht, das soll man natürlich nicht tun. und dann auch wieder sagen, ok: Was ist von Ihrer Seite her möglich, dass wir da andocken? Was können wir tun? Glauben Sie, dass wir da weiterarbeiten können? Also gerade wenn es um Gewichtsabnahme geht, dann ist es viel innere Motivation, die man sich da schnappen und holen muss. **(K 15)**

Interviewerin: mhm (bejahend), Sie haben das nochmal ziemlich gut gesagt, dass es eben bei adipösen, depressiven Patientinnen und Patienten wichtig ist: je konkreter umso besser.

Diätologin: mhm (bejahend)

Interviewerin: Weil, Sie würden nachfragen, was ist der Grund und was man trotzdem tun kann, dass es doch funktionieren kann. Auf das bin ich auch in der Literaturrecherche gekommen.

Diätologin: Ah sehr gut!

Interviewerin: Deshalb freut mich das sehr, dass Sie das auch so sehen. Also jetzt hätte ich noch zwei abschließende Fragen.

Diätologin: mhm (bejahend)

Interviewerin: Ich weiß wir sind schon knapp in der Zeit.

Diätologin: Alles gut, ich hab mir die Zeit auch genommen.

Interviewerin: Danke! Also zum Beispiel ich, ich bin am Ende meiner Ausbildung, welchen Tipp würden Sie DiätologInnen geben, die neu im psychiatrischen Bereich zu arbeiten beginnen?

Diätologin: Also wie ich im psychiatrischen Bereich begonnen habe zu arbeiten, da hab ich mir auch viele Tipps von Kolleginnen geholt, die schon lange im psychiatrischen Bereich gearbeitet haben. Und die zwei besten waren an sich, meiner Meinung nach: Unbedingt einen Platz im Multiprofessionellen Team finden um die Patientinnen und Patienten ganzheitlich betreuen zu können. Das ist natürlich im stationären Bereich sehr gut möglich. Das war auch bei uns, als die Abteilung ins Haus gekommen ist, da waren die anderen Berufsgruppen sehr aufgeschlossen uns gegenüber, weil extern wer gekommen ist. Freiberuflich wird wahrscheinlich hier auch der Austausch mit Fachärzten und Psychotherapeuten sehr wichtig sein, auch wenn man depressive Patientinnen und Patienten berät. Also wirklich das Zusammenarbeiten im Team, dieses Betreuen des Patienten im Team ist etwas ganz wichtiges. Das 2. war eben, dieses learning by doing. Also einfach dieses Ausprobieren. Wo kann ich arbeiten? Wo kann ich ansetzen? Was ist möglich? Und die Erfahrung bringt dann meistens eh auch den Erfolg. Man wird Fehler machen am Anfang. Man wird den Patienten am Anfang überfordern (lachend). **(K 24)**

Interviewerin: beruhigend (lachend)

Diätologin: Genau, also man muss dann auch was aus den Fehlern unter Anführungszeichen lernen und seine Rückschlüsse daraus ziehen, aber wir haben immer viel ausprobiert. Wir haben auch stationär Gruppen angeboten. Das hat sich überhaupt nicht bewährt, die Patientinnen und Patienten waren einfach viel zu schlecht. Das ist einfach nicht gegangen. Da sind dann die Hälfte der Patientinnen

und Patienten einfach aufgestanden und gegangen. 5 von 6 Patientinnen und Patienten haben nach 20 Minuten die Gruppe wieder verlassen, weil sie einfach nicht so aufnahmefähig waren. **(K 24)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Wir haben wirklich eine Gruppe angeboten wo man zum Beispiel als Übung ein Ratespiel mit Zuckerwürfeln macht. Also mit Getränken. Das ist zum Beispiel was, was wir in der Tagesklinik machen, was irrsinnig gut ankommt. Und die Patientinnen und Patienten gern machen und laut Rückmeldungen sehr davon profitieren. Stationär war das oft nicht möglich, weil die Patientinnen und Patienten einfach zu schlecht waren. Deshalb sind wir auch dazu übergegangen stationär wirklich nur noch Einzelberatungen anzubieten. Das war so ein learning by doing, haben wir probiert und hat nicht funktioniert. Das sind die zwei wichtigen Punkte und eine dritte Sache ist, dass man sich mit den Störungsbildern auseinandersetzt. Das ist etwas, das wird in der FH, also in meiner Zeit noch, nicht so ein Schwerpunkt war, muss man dazu sagen und da ist viel Literaturrecherche, nachlesen, was bedeutet überhaupt eine Schizophrenie? Was ist eine bipolare Störung? Also dass man sich hier auch gut einliest. Und austausch ist natürlich mit anderen Kolleginnen auch immer wichtig. (lachend) Also wir haben keinen Essstörungsschwerpunkt hier. Aber, wenn wir einen Patienten mit Essstörung aufnehmen, dann telefoniere ich mit einer darauf spezialisierten Kollegin. Die hat mir da schon wertvolle Tipps gegeben. Da darf man sich oft nicht scheuen, bei den Kolleginnen und Kollegen nachzufragen, die wirklich schon eine Expertise aufweisen können. Genau. **(K 24)**

Interviewerin: Sie haben gesagt, learning by doin. Was haben Sie selbst gelernt beim Ausprobieren.

Diätologin: Also schon auch einiges, was gut funktioniert hat. Also was auch der Schwerpunkt Ihrer Arbeit ist, die Depression, ist natürlich, dieses unterstützend da sein und auch das Verständnis. Diese Therapiesäulen werden da sehr wichtig. Dass man Verständnis hat für die Situation, dass man einfühlsam ist, dass man empathisch ist und dass man auch Dinge, die man immer wieder hört vom Patienten, dass auch zum Beispiel Einkaufen sehr überfordernd sein kann. Dass kochen für sich alleine mit einer Depression zusätzlich oft ganz schwierig ist. **(K 24)**

Interviewerin: Was ratet man so einem Patienten dann?

Diätologin: Wichtig ist einmal in erster Linie, dieses ansprechen. Da kommt oft gerade in der Gruppe: Ok, ich bin da verstanden, die redet da nicht so, wie von einem anderen Stern daher, sondern, ok, ich merk einfach, die weiß oder sie kann zumindest nachfühlen, wie es mir in meiner Situation geht. Aber, dann ist es natürlich auch immer ganz wichtig darauf hinzuweisen, sie sind ja hier in der Tagesklinik oder

auf der Station um auch weiterzukommen. Um eben an Dingen zu kommen. Denn es gibt ja Patientinnen und Patienten, die suhlen sich im Selbstmittleid, da wird man auch nicht weiterkommen, ja. **(K 24)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Dass man dann auch sagt, ok Sie sind jetzt da um was zu ändern. Was ist da vorstellbar für Sie? Wie können Sie das umsetzen? Und in der Psychotherapie wird dann oft auch genau das behandelt. Was sind Coping Strategien? Wie kann ich mit meinen Ängsten umgehen? Das ist ja dann nicht mehr primär unser Part in der Diätologie, sondern das wird ja dann auch in anderen Gruppen erarbeitet. Also eher das Abholen des Patienten, also auch eben Dinge anzusprechen, wo man auch weiß, dass die schwierig sind, das bauen wir dann auch in den Gruppen ein. Dann kann man schauen, die Patientinnen und Patienten auch so gut es geht zu motivieren. Und eben auch anhand der inneren Motivation abzuholen. Das ist das, was ich weitergeben kann. Die Ernährungsinfo ist zwar auch wichtig, aber so das Darum Herum in der Beratung oder in der Gruppe ist oft noch viel wichtiger. Diese Therapiesäulen, die man ja auch in der Saluto - Genese findet, die sind find ich gerade im psychiatrischen Bereich sehr, sehr wichtig. **(K 25)**

Interviewerin: mhm (bejahend) Die letzte Frage haben Sie jetzt schon selbst beantwortet. Was können DiätologInnen machen, um Patientinnen und Patienten bestmöglich zu unterstützen? Wollen Sie noch etwas hinzufügen?

Diätologin: Ja das kann man da gut reinnehmen und natürlich muss man sich auch überlegen, wenn man als Diätologin im stationären, im ambulanten oder Tagesklinischen Setting arbeitet, von welchen Therapiemöglichkeiten profitieren die Patientinnen und Patienten? Also was kann ich etablieren? Was wird gut angenommen? Und, wenn ich merke es wird nicht angenommen oder es passt einfach nicht, dass man es wieder evaluiert und verändert. Also wir machen zum Beispiel einmal im Jahr in der Tagesklinik eine große Evaluationssitzung, wo wir das Angebot überdenken, von den Ressourcen her abhängig auch (lachend) anpassen, also wir wollen auch schon lange eine Kochgruppe für die Tagesklinischen Patienten etablieren, aber das geht im Moment nicht, da bräuchten wir noch eine Kollegin oder einen Kollegen mehr. (lachend) **(K 25)**

Interviewerin: ok (lachend). Ich würde Sie noch gern so unendlich viele Fragen fragen, weil ich merke, dass Sie schon so viel Erfahrung haben und sich so gut auskennen. Ich breche es auf eine letzte Frage runter.

Diätologin: ok (lachend)

Interviewerin: Bezüglich motivational Interviewing, weil ich merke, dass es Ihnen schon sehr leicht von den Lippen geht, haben Sie da zusätzlich Kurse gemacht oder wie wurde der Umgang damit für Sie so natürlich?

Diätologin: Ich hab einmal einen Beratungstechnik Kurs gemacht, wo die Veranstalterin schon Teile vom motivational Interviewing einfließen hat lassen. Und ich habe auch bei einer Psychologin einmal einen halben Tag zum motivational Interviewing gemacht. Also das kann ich wirklich jeder Kollegin empfehlen. Nicht nur im psychiatrischen Bereich. Das ist etwas, was man wirklich gut in die Beratungspraxis mitnehmen kann. Und ich muss auch dazusagen, ich habe eine Pädagogikausbildung (lachend). **(K 24)**

Interviewerin: aah (lachend)

Diätologin: Also ich bin in erster Ausbildung Pädagogin, also da sind mir solche Ausdrücke auch nicht fremd. **(K 25)**

Interviewerin: Sie sind die erste Diätologin, die ich interviewe, aber dass da ganz viel Herzblut drin steckt und dass Sie sich schon gut auskennen, merkt man, an Ihren Antworten. Eine letzte Frage: Aus den ganzen Dingen, die Sie bis jetzt genannt haben, was ist Ihrer Meinung nach am alles Wichtigsten in der Beratung um den Patienten am besten zu fördern?

Diätologin: Das allerwichtigste, hm, wenn man es runter brechen müsste, dann ist es meiner Meinung nach die Patient und Betreuer - Beziehung. Das ist sowohl im Einzelgespräch, als auch in der Gruppe wichtig. Ja. **(K 25)**

Interviewerin: Wie kann man da eine besonders gute Beziehung aufbauen?

Diätologin: Also es ist natürlich das Setting immer besonders wichtig, also, dass man sich die Beratung und die Gruppe gut strukturiert. Das ist etwas, das wir am Anfang wie eine Realisation gemacht haben, also von der Begrüßung über das Abstecken, was machen wir heute, was wird verlangt? Wie ist der Aufbau der Gruppe? **(K 25)**

Interviewerin: Sehr spannend, wirklich spannend. Also Frau ..., Ich bedanke mich vielmals. Das wäre es jetzt von meiner Seite. Danke, danke, danke, danke vielmals für die ganzen Informationen und für Ihre Zeit. Also ich werde das Video jetzt transkribieren und dann für die Bachelorarbeit auswerten und übernehmen. Falls etwas geschwärzt gehört, dann werde ich es natürlich raus löschen und unkenntlich machen.

Diätologin: mhm (bejahend)

Interviewerin: Danke, auf wiederhören.

577 Diätologin: Gerne, auf wiederhören.

Interview 2 mit Diätologin 2 (Name aus datenschutzgründen entfernt):

am 29.4.2019, 15.30 Uhr (Dauer: 1 Stunde und 4 Minuten)

Interviewerin: Also ist es in Ordnung, dass ich es aufzeichne?

Diätologin: Ja passt.

Interviewerin: es wird ungefähr eine Stunde dauern

Diätologin: hm (bejahend)

Interviewerin: Seit wann sind Sie im psychiatrischen Bereich tätig?

Diätologin: Ich bin jetzt seit ungefähr 7 Jahren im psychiatrischen Bereich tätig. **(K 1)**

Interviewerin: ok. Und mit welchen psychiatrischen Erkrankungen haben Sie hauptsächlich zu tun in Ihrer Arbeit?

Diätologin: Die Schwerpunkte liegen bei uns bei Erkrankungen im Bereich Sucht, Trauma. Aber wir haben auch viele Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen. **(K 2)**

Interviewerin: Ok sehr gut. Wenn Sie an Ihre normale Arbeitswoche denken, machen Sie häufiger Einzel- oder Gruppenberatungen?

Diätologin: Es sind definitiv mehr Einzelberatungen. So ganz klassische Gruppenberatungen kommen kaum vor. **(K 3)**

Interviewerin: Finden Sie Einzelschulungen sinnvoller als Gruppenschulungen?

Diätologin: Ja ich glaube schon, dass sie sinnvoller sind, weil sich der Berater besser auf sein Gegenüber einstellen kann. Man kann sozusagen den Patienten dort abholen, wo er gerade ist. Dann werden individuelle Lösungen erarbeitet. **(K 4)**

Interviewerin: hm (bejahend). Gibt es auch andere Beratungsformen als Einzel- oder Gruppenschulungen?

Diätologin: Ja es gibt schon in Gruppenschulungen in Kombination mit der Psychotherapie. Das sind keine klassischen Diätschulungen. Sie gehen mehr ins Praktische. Es wird viel gekocht. Nebenbei werden Inputs gegeben. Warum verwenden wir jetzt Vollkornmehl? Zum Beispiel. **(K 5)**

Interviewerin: Also kochen Sie mit den Patienten gemeinsam?

Diätologin: Genau. Es gibt auch Bewegungsteile. Da werden Bewegungsformen durchgegangen, die den Patientinnen und Patienten Spaß machen. Das wird eben durch die Physiotherapie geleitet. **(K 5)**

Interviewerin: Sind Sie da als Diätologin dann auch dabei?

Diätologin: Ja, sehr gerne sogar. **(K 5)**

Interviewerin: Das ist ja spannend. Sie machen also beim Bewegungsteil auch mit?

Diätologin: Ganz genau und die Physiotherapeuten sind aber umgekehrt auch beim Ernährungsteil dabei. Sie sind da auch unterstützend dabei. Sie kennen sich in unserer Übungsküche sehr gut aus. Wenn man jetzt 6 Patientinnen und Patienten zur Betreuung hat, und da z. B 6 wirkliche Neulinge in der Küche sind, dann ist es schon gut, wenn man mehr als eine Person zur Unterstützung hat. Das ist ein gutes interdisziplinäres Miteinander. **(K 5)**

Interviewerin: Das glaub ich, das find ich schön.

Diätologin: Es macht wirklich Spaß. Auch den Patientinnen und Patienten.

Interviewerin: Das glaub ich sofort. Wie ist es dazu gekommen?

Diätologin: Nur Reden bringt nicht wirklich viel, hatte ich das Gefühl, vor allem bei der klassischen Gewichtsreduktion. Wenn nur Reden offenbar nichts bringt, dann muss man was anderes anbieten. Es hat sich dann Schritt für Schritt ergeben, dass Gruppen angeboten wurden. **(K 5)**

Interviewerin: Also wenn wir schon bei Gruppenschulungen sind, was ist dann in Ihren Augen der Vorteil von Gruppenschulungen?

Diätologin: Ich glaub Gruppenschulung hat den Vorteil, dass man die Gruppendynamik wirklich gut nutzen kann, wenn es eine gute Gruppe ist. Dass sich die Patientinnen und Patienten untereinander gut austauschen können. Es macht oft mehr Sinn, als wenn einer vorne steht. Es macht ein anderes Bild wenn es ein anderer Patient sagt, als wenn es nur die Diätologin sagt. **(K 6)**

Interviewerin: hm (bejahend)

Diätologin: Natürlich kann man auch verschiedene Tools viel besser einsetzen. Das geht in Einzelberatungen meist nicht so gut. Dass bestimmte Themen selbst erarbeitet werden oder ja, World Cafe oder was immer. **(K 6)**

Interviewerin: Ok also da machen Sie ein World Cafe und was noch?

Diätologin: Hm ganz konkret beim Fall Obst und Gemüse machen wir oft ein Quiz mit: WAs fällt Ihnen ein zu: In Stadt, Land, Fluss, Version. Das machen wird dann wirklich in Quiz Charakter. Dann ist der Ansporn oft riesengroß, dass man alle Punkte erreicht. Es fallen einem dann oft Obstsorten ein. Genau, das war ja gut. Eher ins spielerische. **(K 6)**

Interviewerin: Gibt es da sonst noch so ein Spiel, das Ihnen spontan einfällt?

Diätologin: hm (verneinend). Wir machen sehr viel mit Getränken auch mit Zuckergehalt. Dass wir Zuckerlösungen verkosten. Dann müssen die Patientinnen und Patienten raten ob der Zuckergehalt eher einem Cola, einem Wellnessgetränk usw. entspricht. Das mache ich Zum Beispiel in einer Einzelschulung nicht. **(K 6)**

Interviewerin: Das kann ich gut verstehen. Machen Sie das dann wirklich mit Verkosten?

Diätologin: Ja, ich habe verschiedene Zuckerlösungen, es gibt immer 4 Abstufungen. Es ist immer Wasser mit Zucker vermischt. Einmal ist es der Zuckergehalt von Cola. Einmal ist es der Zuckergehalt vom Eistee. Einmal von Bitter Lemon und einmal weiß ich nicht. Wellnessgetränk zum Beispiel und die Patientinnen und Patienten kosten dann und sagen schmeckt das jetzt sehr süß oder weniger süß und ob sie glauben, ist das jetzt süßer als Eistee oder ist es noch süßer oder weniger süß. **(K 6)**

Interviewerin: hm (bejahend). ok. Ich habe das bis jetzt so noch nicht gekannt. Das ist mal was Neues.

Diätologin: Ja, aber das funktioniert wirklich gut, weil sie dann wirklich den Zuckergehalt schmecken. Und es ist nicht nur fürs Auge, sondern auch der Geschmackssinn dabei. Natürlich werden dann auch die Zuckerwürfel dazugelegt. Aber der Geschmackssinn ist dabei und es wird auch von Colatrinkern die Zuckerlösung mit Zuckergehalt von Cola als irrsinnig unangenehm empfunden. **(K 6)**

Interviewerin: Das stell ich mir wirklich grauslich vor.

Diätologin: Es ist wirklich sehr grauslich, also sie sind arm.

Interviewerin: Aber merken Sie auch, dass die Patientinnen und Patienten dadurch weniger Cola trinken?

Diätologin: Das ist schwer zu sagen, weil ich nicht zwangsläufig die Patientinnen und Patienten aus der Gruppenschulung auch einzeln habe, dass ich es evaluieren könnte. Aber ich weiß, dass wir nach so einer Getränkeschulung doch auf der Station ein Umdenken bewirken. Dass auf der Station dann plötzlich Aromawasser zubereitet wird oder ja **(K 6) - (K 16)**

669 Interviewerin: Super

670 Diätologin: Ja das ist schon sehr nett

671 Interviewerin: Es ist schon cool, wenn man ein kleines Umdenken bewirkt.

672 Diätologin: Ja sehr

673 Interviewerin: Ok, also die Vorteile von Einzel und Gruppenberatung haben wir
674 besprochen. Individuum kann man bei der Einzelschulung besser abholen, haben
675 Sie vorher gesagt, wollen Sie da noch etwas hinzufügen? Einen weiteren Vorteil von
676 Einzelberatungen?

677 Diätologin: Ja man kann wirklich besser auf die persönlichen Hindernisse und
678 Probleme eingehen. Das geht in der Gruppenschulung eher unter. **(K 7)**

679 Interviewerin: Ok. Wann setzen Sie die Einzelberatungen ein?

680 Diätologin: Läuft über ärztliche Zuweisung. Jeder Patient der zugewiesen wird erhält
681 eine Einzelschulung. **(K 8)**

682 Interviewerin: Wer erhält eine Gruppenschulung?

683 Diätologin: Das ist meist auf freiwilliger Basis. Da können sich die Patientinnen und
684 Patienten anmelden. **(K 8)**

685 Interviewerin: Wie soll Ihrer Meinung nach eine Beratung im Umgang mit
686 depressiven, adipösen Patientinnen und Patienten gegliedert oder aufgebaut sein?

687 Diätologin: Ich denke es ist wichtig, dass man eine ausführliche Anamnese macht.
688 Dadurch lernt man die Patientinnen und Patienten besser kennen. Man lernt ihr
689 Essverhalten, die soziale Struktur, die Gegebenheiten von zu Hause besser kennen.
690 Man kann sich einfach ein viel Besseres Bild machen, je genauer die Anamnese ist.
691 Dann denke ich, dass eine Zieldefinition wichtig ist. Da ist wichtig, dass man die
692 Patienten dabei unterstützt. Dass das Ziel möglichst konkret genannt wird. **(K 9)**

693 Interviewerin: Ok, wie unterstützen Sie den Patienten da?

694 Diätologin: Ich akzeptiere keine Ziele in Kilo, sagen wir es so. Wenn jemand sagt
695 sein Ziel sind 60 Kilo, dann sage ich, ich will einen konkreten Vorteil, was wird dann
696 besser? Wo wollen Sie hin? Ich versuche, dass ich den Patienten so in eine bessere,
697 gesündere Zieldefinition bringe. **(K 10)**

698 Interviewerin: Ich könnte mir vorstellen, dass der Patient dann sagt, dass sein Ziel ist
699 in engere Hosen zu passen.

Diätologin: zum Beispiel

Interviewerin: Und das ist dann das Ziel?

Diätologin: zum Beispiel

Interviewerin: ok. und erarbeiten sie dann auch konkret mit ihm, was er konkret umstellen muss?

Diätologin: Genau, das wäre auch noch so ein wichtiger Punkt. Dass man gemeinsam konkrete Handlungsempfehlungen erarbeitet. **(K 9)**

Interviewerin: Ok, also wenn ich das jetzt noch mal zusammenfasse. Ganz am Anfang steht die Anamnese, dann überlegen Sie gemeinsam ein Ziel, dass möglichst konkret ist. Als nächstes helfen Sie ihm Handlungsschritte zu definieren. **(K 9)**

Diätologin: Genau. Und der Vorteil in der Betreuung in der Psychiatrie ist, dass wir die Möglichkeit haben, dass wir den Patienten öfter sehen. Ich kann Evaluierungsgespräche anbieten. Das wird auch wirklich in Anspruch genommen. Dann wird evaluiert, wie ist es dem Patienten bei der Umsetzung der Handlungsschritte gegangen? Und wenn das gut gelaufen ist, dann werden weitere Handlungsschritte formuliert. **(K 9)**

Interviewerin: Und wenn es nicht gut gegangen ist?

Diätologin: Dann schaut man, warum ist es nicht gut gegangen? Was hat mich daran gehindert? Was waren mögliche Hindernisse und Probleme? **(K 25)**

Interviewerin: Was ist Ihrer Meinung nach eine angemessene Länge für eine Beratung im psychiatrischen Bereich?

Diätologin: Das ist schwer zu sagen. Ich teile pauschal immer eine halbe Stunde ein. Und die Länge differiert je nach Patient. Manche haben mehr Redebedarf, mache haben weniger Redebedarf. Da kann es auch passieren, dass ein Evaluierungsgespräch in 20 Minuten vorbei ist. Aber ich glaube, tendenziell macht es mehr Sinn die Patientinnen und Patienten öfter einzuteilen und dafür kürzer, als nur einmal und dafür eine Stunde. **(K 10)**

Interviewerin: ok. Und, wie oft sehen Sie Ihre Patientinnen und Patienten von den Einzelberatungen?

Diätologin: 3-5 Mal während dem Aufenthalt.

Interviewerin: 3-5 Mal während dem Aufenthalt, ok, Dann kommen wir zur nächsten Frage: Wie merken Sie, ob ein Patient tatsächlich etwas ändern kann?

Diätologin: Da haben Sie mich gleich mit der 1. Frage erwischt. Denn ich finde, das ist irrsinnig schwer zu beantworten. **(K 11)**

Interviewerin: hm (bejahend), deshalb frage ich trotzdem, gibt es irgendwelche Zeichen, dass er viele Fragen stellt, Körperhaltung usw. oder macht das für Sie keinen Unterschied?

Diätologin: Natürlich macht es einen Unterscheid ob sich jemand berieseln lassen kommt, weil er eine Zuweisung erhalten hat oder ob es auf eigenem Wunsch basiert. Es macht natürlich einen großen Unterschied. Also intrinsische Motivation ist sicher förderlich. Wobei es nicht heißt, dass man nicht ein Problembewusstsein schaffen kann. Die Frage ist auch: Wie geht es dem Betroffenen von psychischer Seite? **(K 11)**

Interviewerin: hm (bejahend)

Diätologin: Wir müssen uns bewusst sein, dass Essen nicht die Nummer 1 ist, wenn jemand auf Therapie ist.

Interviewerin: hm (bejahend)

Diätologin: Dann kommt es drauf an: Ok, wie schauen die weiteren Prioritäten aus? Wenn die Adipositas und die Gewichtsreduktion ziemlich weit unten stehen, dann wird der oder die jenige nichts ändern wollen und auch nichts ändern können, weil einfach die Ressourcen für die Therapie eingesetzt werden. **(K 11)**

Interviewerin: Ok und wie erkennen Sie, wo die Prioritäten bei den Patientinnen und Patienten liegen?

Diätologin: Naja am besten man fragt nach. Das kann man ja einfach machen. Was steht an erster, zweiter, dritter Stelle? **(K 11)**

Interviewerin: Also direkt beim Patienten nachfragen?

Diätologin: Ja ich denke das macht Sinn. Der Patient will ja auch wissen, was wir denken. **(K 11)**

Interviewerin: hm (bejahend), und interdisziplinär gibt es dazu auch Besprechungen?

Diätologin: Stationär gibt es regelmäßig Besprechungen. Mir ist es nur selten möglich daran teilzunehmen. Es sind doch einige Stationen, die ich zu betreuen habe. Da würde ich mehr Zeit in Teamsitzungen verbringen als beim Patienten. **(K 11)**

Interviewerin: Also sie fragen eher beim Patienten nach?

Diätologin: ja

Interviewerin: Wie merkt man, ob ein Patient wirklich Planungskompetenz hat?

Diätologin: Ich glaube es macht Sinn, dass man einfach fragt. Dass man den Patienten fragt, ob er eine Idee hat, wie es zu Hause weitergehen soll, welche Ziele er zu Hause verfolgen will oder welche Speisen er zu Hause kochen will. Da sieht man schon, welche Planungskompetenzen ein Patient hat. Wenn jemand weiß, er wird morgen entlassen und hat Null Plan, was er übermorgen essen wird, dann wird die Planungskompetenz zumindest hinsichtlich der Adipositastherapie nicht sonderlich gut ausgeprägt sein. **(K 12)**

Interviewerin: ok und glauben Sie, dass wir als Diätologen da unterstützen können?

Diätologin: Ja glaub ich schon, man muss halt zur richtigen Zeit den Beratungstermin ansetzen. **(K 25)**

Interviewerin: Wann wäre der richtige Termin?

Diätologin: Ich denke so eine Woche vor der Entlassung ist ein Termin auf alle Fälle wichtig um zu schauen, was kann man einkaufen. Welche Speisen kann man zubereiten? Was kann dazwischenkommen? Was sind mögliche Hindernisse? Wie kann ich damit umgehen? Das sind diese Vor-Entlassungstermine wo so etwas besprochen wird und ich denke das ist auch wichtig. Wenn der Patient entlassen ist, da kommt so viel auf ihn zu, da wird das Essen nicht oberste Priorität haben. **(K 25)**

Interviewerin: Ja das kann ich mir gut vorstellen, da sind andere Dinge wichtiger. Aber das heißt, was kauft man ein? Was kann man Snacken? Was kann man kochen? Besprechen Sie da jedes oder was besprechen Sie da konkret mit dem Patienten?

Diätologin: Ich denke, dass kommt drauf an, welchen Eindruck man durch die Anamnese schon hat, ob jemand in der Lage ist, seinen Haushalt zu führen und ein bestimmtes Haushaltsmanagement hat. Ob ihm bewusst ist, dass ein Mehl oder Teigwaren immer zu Hause sein können. Das muss man je nach Patient beurteilen. **(K 25)**

Interviewerin: Also geht es darauf hinaus, dass die Anamnese einfach wirklich sehr, sehr wichtig ist.

Diätologin: ja schon

Interviewerin: machen sie die Anamnese für die Abschlussberatung nochmal oder nehmen Sie die vom letzten Mal her?

Diätologin: Nein ich nehme die vom Erstgespräch. Weil ich im Erstgespräch ja eigentlich immer frage, wie war es bisher zu Hause und wie ist es im Therapiezentrum. Die erste Zeit konzentrieren wir uns auf Veränderungen vor Ort und vor der Entlassung kümmern wir uns dann nur darum, wie es zu Hause aussieht oder was wäre ideal zu Hause.

Interviewerin: Ich erkenne einen roten Fade, wie es abläuft. Also ich versuche es zusammenzufassen: Es gibt das Erstgespräch, da schaut man, wie läuft es zu Hause zurzeit. Im Erstgespräch bespricht man eher die Veränderung während dem Aufenthalt. Dann gibt es zwischendurch Beratungen während dem Aufenthalt. Dann gibt es eine Abschlussberatung bei der die Veränderungen für zu Hause besprochen werden.

Diätologin: genau, genau

Interviewerin: und bei den Beratungen zwischendurch, wo liegt da der Fokus?

Diätologin: Meist nur Evaluierungen um zu schauen, wie ist mit den Empfehlungen vom letzten Mal umgegangen worden. Gab es Hürden? Wie wurde mit den Hürden umgegangen? Was könnten neue oder andere Empfehlungen sein? **(K 9)**

Interviewerin: Dann komme ich jetzt zur nächsten Frage: Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass Patienten mit mehr Planungs- und Handlungskompetenz, eher ihr Ziel erreichen? **(K 13)**

Diätologin: hm (bejahend), prinzipiell liegt das Nahe. Wobei die Praxis hat es auch schon anders gezeigt. Wenn man wirklich gut und regelmäßig betreut und eine stabile Beziehungsebene hat, dann kann es natürlich auch sein, dass eine Person mit einer geringen Planungs- und Handlungskompetenz seine Ziele erreicht. Nur glaube ich, muss man da als Berater eine klare Linie vorgeben. **(K 13)**

Interviewerin: ok. Spannendes Stichwort: Beziehungsebene. Sind Sie der Meinung, dass das ein wichtiger Punkt im psychiatrischen Bereich ist? **(K 25)**

Diätologin: Unabdingbar.

Interviewerin: Unabdingbar sogar?

Diätologin: Unabdingbar (lachend).

Interviewerin: Dieser Gedanke gefällt mir auch.

Diätologin: Ich denke ohne gute Beziehungsebene kann man die beste Diätologin sein und es wird nicht funktionieren. Was aber nicht bedeutet, dass man sich verbiegen muss, dass soll es auf keinen Fall heißen. Aber wenn ich merke, ok, es

haut gar nicht hin, dann muss ich, wenn ich die Möglichkeit habe, kompetenter weise, an eine Kollegin oder einen Kollegen abgeben, wo es vielleicht besser funktioniert. Weil es kann nicht jeder mit jedem zurechtkommen. Die Beziehungsebene ist irrsinnig wichtig, gerade im psychiatrischen Setting. **(K 25)**

Interviewerin: ok. Haben Sie da einen Tipp, wie man die gut aufbauen kann? Sie haben gesagt, sich selbst nicht verbiegen. Sonst noch was?

Diätologin: Man soll schon echt sein. Nicht den Anschein erwecken, dass man so super gescheit ist oder umgekehrt. Oder sich komplett auf die Ebene vom Patienten zu begeben ist vielleicht auch nicht so super kompetent. Bei mir funktioniert es ganz gut, wenn ich am Eingang der Beratung einmal ganz alltägliche Fragen stelle um zu schauen, wie ist mir der gegenüber eigentlich. Spricht er viel, spricht er wenig? Macht er gern einen Witz oder ist er affektflach? **(K 25)**

Interviewerin: ok

Diätologin: Das kann ganz banal sein. Heut ist ein Regen, was sagen Sie dazu? Wie war das Wochenende? Wenn er zu mir ins Büro kommt, dann stell ich ganz allgemeine Fragen um zu schauen, wie ist er mir gegenüber. **(K 25)**

Interviewerin: hm (bejahend) also durch allgemeine Fragen.

Diätologin: Genau.

Interviewerin: ok, Wie erkennt man den Willen zur Verhaltensänderung? **(K 14)**

Diätologin: Wenn der Patient ins Büro kommt starte ich das Gespräch gleich damit: Herr Huber, ich hab da eine Zuweisung vom Arzt bekommen. Wie schaut denn das aus, war das Ihre Idee oder sind Sie da mehr oder weniger dazu verpflichtet worden. mit einem Lächeln im Gesicht. Und dann kommt eh das Lächeln retour mit der Zwangsverpflichtung oder es kommt eben : Nein, es war meine Idee. **(K 14)**

Interviewerin: gehen Sie dann vor?

Diätologin: Dann sag ich: Naja Herr Huber, Sie sind ja jetzt schon da, wäre ja schade um die Zeit. Wenn Sie jetzt umsonst wieder retour gehen würden. Ich mache Ihnen einen Vorschlag. Schauen Sie es sich doch einfach einmal an. Es ist noch nie einer gegangen. Je nachdem, wie das Interesse dann besteht, ob ich wirklich das Gefühl habe, mein Gegenüber lässt sich ein bisschen berieseln, dann wird das in einer Einzelberatung enden. Wenn ich aber merke, oh, da springt wer auf mein Boot auf, dann kann das durchaus was Häufigeres werden. **(K 14)**

Interviewerin: Ich merke, Sie haben da ziemlich viel Charme um Ihre Patienten zu begeistern. Also, Sie sagen zum Beispiel: Schauen Sie sich das mal an. Wie geht es dann weiter?

Diätologin: Dann geht es schon ganz normal mit der Anamnese los. In Wahrheit erkennt man es auch schon an der Anamnese wie das Interesse ist. Je ausführlicher das ganze passiert, umso mehr Interesse wird da sein. Weil manchmal hat man das Gefühl, da wird die Hälfte unter den Tisch gekehrt. Oder Jemand gibt die Antworten schon ein bisschen gequält, dann … ja... versucht man, dass man es für beide Parteien nicht zu lange macht. Man gibt die wichtigsten Inputs mit, die Broschüren und sagt, wenn Sie was brauchen, dann melden Sie sich einfach. **(K 14)**

Interviewerin: ok, gibt es noch weitere Punkte, an denen Sie den Willen zur Verhaltensänderung erkennen?

Diätologin: Nachfragen wegen Zuweisung, wessen Idee das war. Intrinsische Motivation erfragen. Vorteile einer Gewichtsreduktion erfragen. Es muss immer Vorteil der neuen Verhaltensweise gegenüber der alten Verhaltensweise gegeben sein. **(K 14)**

Interviewerin: Ok, also man muss immer den Vorteil erfragen? **(K 14)**

Diätologin: Ja, warum sollte er was ändern, wenn er keinen Vorteil sieht? Ist ja mühsam. **(K 14)**

Interviewerin: Ok, also Sie fragen ihn. Zwangsverpflichtung und er sollte abnehmen und fragen Sie dann auch: Was wäre der Vorteil der Gewichtsreduktion?

Diätologin: Man kann ja auch die Zauberstabfrage stellen: Stellen Sie sich vor Herr Huber, ich habe einen Zauberstab. Ich zaubere Sie jetzt um 20 Kilo leichter. Wie wäre das für Sie? Welche Vorteile hätten Sie? Welche Nachteile? **(K 14)**

Interviewerin: hm (bejahend) Mir gefallen Ihre Sätze sehr gut.

Diätologin: Ja, probieren Sie das. Das geht gut.

Interviewerin: Ich kann mir gut vorstellen, dass man damit viele Patientinnen und Patienten hat.

Diätologin: Ja eine gewisse Grundmotivation muss da sein. Es muss auch klar sein, dass das Neue einen Vorteil gegenüber dem alten hat und selbst dann ist es noch nicht gesagt, dass es funktioniert. **(K 14)**

Interviewerin: hm (bejahend), ok also der Vorteil muss ganz klar erkennbar sein

Diätologin: mhm.

Interviewerin: Nächste Frage: Wie erkennen Sie die erfolgreichsten Ressourcen der PatientInnen für die Therapieumsetzung? **(K 15)**

Diätologin: Ich glaube das wird auch im Rahmen der Anamnese oft ganz klar.

Interviewerin: Ok, also ist die Anamnese besonders wichtig.

Diätologin: Ja, weil dann ist zum Beispiel zu Hause der Hund mit dem man spazieren geht, der irgendwie nebenbei erwähnt wird. Dann steht bei mir in der Anamnese der Hund dabei und idealerweise auch der Name vom Hund. Ich würde mir den Namen nie merken, aber ich schreibe es dazu. Wahrscheinlich ist es nirgends wichtig, dass es dokumentiert ist. Aber für mich kann es in der dritten Beratung ein Schlüsselwort sein. Wenn ich zum Beispiel sage: Wissen Sie, der Flocki freut sich sicher, wenn Sie regelmäßig mit dem zu Hause spazieren gehen. Und sie antworten: Ja, der würde sich sicher freuen. Das mach ich. **(K 15)**

Interviewerin: Ja ich kann mir wirklich vorstellen, dass das gut helfen kann.

Diätologin: ja

Interviewerin: ich kann mir auch vorstellen, dass Sie dadurch die Beziehungsebene ganz stark fördern. **(K 25)**

Diätologin: ja klar, Wahnsinn, die weiß noch, dass mein Hund Flocki heißt.

Interviewerin: Also legen Sie sich Ihre eigene Dokumentation für Ihre Patientinnen und Patienten an oder steht das dann in der Dokumentation, die für jeden zugänglich ist?

Diätologin: Nein ich habe immer meinen Ernährungs- Anamnesebogen mit bei den Beratungen, da steht wirklich einiges, dass in einer öffentlichen Doku uninteressant wäre. Danach wird es nochmals im Programm abgetippt. **(K 16)**

Interviewerin: hm (bejahend)

Diätologin: Gedankenstützen notiere ich mir einfach handschriftlich.

Interviewerin: Was steht denn ungefähr auf dem Anamnesebogen?

Diätologin: Naja Sie kennen ja den diätologischen Prozess (lachend)

Interviewerin: Ja sicher (lachend), aber steht da noch was Zusätzliches für die Psychiatrie drauf oder haben Sie etwas entdeckt, das besonders wichtig zu erfragen ist?

Diätologin: Boah jetzt muss ich überlegen wie das Original aussieht, das ist doch schon ein bisschen her. Es ist eine abgewandelte Version, die ich verwende.

Interviewerin: Ich habe in meinen Praktika schon viele verschiedene gesehen, deshalb frage ich nach, wie der bei Ihnen aussieht.

Diätologin: Es sind mal die allgemeinen Daten drauf. Anthropometrische Daten, Medizinische, Labor, Therapierelevante Fragen zu Sport, Beruf, Unverträglichkeiten, Zielformulierung. Kurzfristiges und langfristiges und langfristiges Ziel. Und die Frage kochen Sie selbst. Dann noch zwei leere Seiten zum Befüllen zur Anamnese und nebenbei.

Interviewerin: ok, Dankeschön. Jetzt wieder zurück zu den Ressourcen. Wenn Sie dann Ressourcen wie diesen Flocki gefunden haben, wie fördern Sie diese Ressourcen dann? **(K 16)**

Diätologin: Also wenn die Ressourcen schon eingesetzt werden, dann wird gelobt. Weil ich glaub, auch erwachsene Personen, egal ob mit psychiatrischer Diagnose oder nicht, sie mögen es gelobt zu werden. Vor allem, wenn dann der Gedanke kommt: Jetzt könnte ich öfter spazieren gehen mit Flocki, dann versuche ich es positiv zu Verstärken. **(K 16)**

Interviewerin: hm (bejahend), ich sehe das genauso.

Diätologin: Es gibt ein Beschwerdemanagement, aber es gibt kein Lobmanagement.

Interviewerin: hm (bejahend), das stimmt. Das sollten wir ändern.

Diätologin: hm (bejahend).

Interviewerin: Wie viele Ziele vereinbaren Sie pro Beratung mit Ihren depressiven, adipösen Patientinnen? **(K 17)**

Diätologin: Maximal 3. Die Ziele werden gemeinsam erarbeitet. Es sind oft nur ganz kleine Teilziele. Das sind aber keine Gewichtsziele, wie die Hose oder das Gewicht, sondern: Ich möchte nächste Woche täglich 2 Portionen Obst essen. Oder: Ich möchte täglich maximal eine Dose Cola trinken. **(K 17)**

Interviewerin: Haben Sie bis jetzt wahrgenommen, dass PatientInnen schneller weitere Ziele umsetzen können, wenn sie bereits ein Teil - Ziel umgesetzt haben?

Diätologin: Ja, das denke ich schon, weil man hat ja auch das Gefühl: Ja ich, habe es geschafft. Der Selbstwert wird wieder gesteigert. und es werden im Rahmen der Therapie auch nur weitere Teilziele formuliert, wenn das vorherige erreicht wurde.

Oder wenn das vorherige als "unerreichbar" eingestuft wird, im derzeitigen Moment. Sonst bleiben die Teilziele stehen. **(K 18)**

Interviewerin: ok Sie haben, da jetzt 2 wirklich wichtige Dinge angesprochen. Also 1. Sie sind der Meinung, dass der Selbstwert schon gesteigert wird, wenn ein Teil - Ziel erfüllt wurde?

Diätologin: ja denke ich schon.

Interviewerin: ok und 2. Sie gehen nach dem Prinzip vor: Wenn ein Teil - Ziel erreicht wurde, dann kommt erst das nächste dazu. **(K 18)**

Diätologin: hm (bejahend)

Interviewerin: und wenn eines als unerreichbar eingestuft wird, dann lässt man es weg.

Diätologin: hm (bejahend)

Interviewerin: ok, sehr gut.

Diätologin: Ich glaub es ist zum Beispiel beim Naschen oft ein großes Problem. Ich denke viele suchen sich das NAschen als großes Ziel aus. Ich denke, dass ist aber meistens zu groß. Es ist eines der schwierigsten Ziele. Bevor man das Gefühl hat, man scheitert von Woche zu Woche. Ist es doch gscheiter, man sagt: Ok, der Zeitpunkt passt nicht, das probieren wir später mal. Wir haken jetzt mal ein paar andere Teilziele ab. Dann hat man mal ein paar Teil - Ziele erledigt, was ja super ist. Dann kann man sich dem komplzierten Ziel "Naschportion" nähern. **(K 18)**

Interviewerin: Ok, also ist es im psychiatrischen Bereich mit depressiven, adipösen Patientinnen und Patienten besonders wichtig, dass man ganz leicht umsetzbare, ganz kleine, konkrete Ziele formuliert. **(K 18)**

Diätologin: Ja.

Interviewerin: Merken Sie, dass PatientInnen motivierter sind, ein weiteres Ziel zu erreichen, wenn sie bereits eines in den Alltag integrieren konnten? **(K 19)**

Diätologin: Ja. Wie schon erwähnt glaub ich, dass die Motivation und auch der Selbstwert nach dem Erreichen eines Teil - Ziels steigt. Es wird dann leichter, weitere Ziele zu erreichen.

Interviewerin: Ok. In welche verschiedenen Stufen teilen Sie für sich selbst die Handlungsfähigkeit Ihrer depressiven und adipösen PatientInnen?

Diätologin: Hmm. Also üblicherweise, ehrlichgesagt gar nicht. Ich sitze selten da und überlege: Hm, in welche Kategorie fällt der Herr Huber denn jetzt. Aber natürlich habe ich mir überlegt, wie man Patientinnen und Patienten denn kategorisieren könnte. Betreffend der Handlungsfähigkeit ist es schon interessant. Das sind schon Fragen, die man in der Praxis stellt. Das kategorisiert man nicht. Ist der Patient zu Hause alleine lebensfähig. Schafft er es allein zu Haude oder braucht er eine Frau Huber um Essenstechnisch versorgt zu sein. Kocht der Patient selbst oder geht er außer Haus. Geht der Patient überhaupt außer Haus oder ist der Patient großteils in der Wohnung eingesperrt unter Anführungszeichen. **(K 20)**

Interviewerin: Das hört sich, wie Sie das sagen, an, als würden Sie Ihn nach seinen Ressourcen einteilen. **(K 20)**

Diätologin: ja (lachend)

Interviewerin: Nur ein Gedanke, der beim Zuhören entstanden ist. Von der Anamnese aus. Wer kocht, wer kauft ein, hat er einen Hund. Also dass man den Patienten nach seinen Ressourcen einteilt?

Diätologin: Ja ich mein das eigentlich eh so. Der Patient ist eben nur handlungsfähig, wenn er es eben zu Hause nur selbst managen kann. Oder auch, wenn er es managen kann, dass jemand anderer für ihn einkaufen geht. **(K 20)**

Interviewerin: Also sind Ihre Stufen: Kann er das alleine oder braucht er jemand anderen.

Diätologin: Genau ja. Ich hab keine Ahnung, ob Sie diese Antwort erwartet haben.

Interviewerin: Nein, es ist was neues, aber es ist spannend. Je mehr neue Sachen umso besser.

Diätologin: Es ist nicht so leicht. (lachend)

Interviewerin: Das glaub ich schon, vor allem weil meine Fragen sehr ähnlich gestaltet sein, um eben auch auf so unerwartete Dinge zu kommen. Also gleich zur nächsten Frage: Gibt es noch weitere Kategorien, die Sie für sich selbst zur Erleichterung anwenden? **(K 21)**

Diätologin: Nein ich glaube nicht. Es gibt vielleicht welche, aber ich wende sie nicht an. **(K 21)**

Interviewerin: ok, verstehe ich auch. Welche unterschiedlichen Schritte der Verhaltensänderung gibt es Ihrer Meinung nach? **(K 22)**

Diätologin: Ja, ich glaube es ist wichtig, dass man ein Problembewusstsein hat und, als nächsten Schritt würde ich die Veränderungsbereitschaft in der Theorie sehen. Dass man die Gedanken überhaupt mal zulassen kann: Ok, morgen hol ich mir beim Spar ein Mineral statt dem Cola. Als nächstes würde ich sagen, die Veränderung wirklich in der Praxis. Das Tun. Und dann kommt die Kür. Die dauerhafte Umsetzung. **(K 22)**

Interviewerin: Das ist sehr spannend. Das hab ich nicht erwartet, aber das find ich spannend.

Diätologin: Ich find das aber viel leichter. Das ist sehr klar erkennbar. Das ist bei jedem gut einsetzbar.

Interviewerin: ok (lachend)

Diätologin: Es ist bei vielen ein Problembewusstsein an, aber die Überlegung in der Theorie zur Veränderung, da beginnt schon oft das Problem. (lachend) Und selbst wenn ich die Besten Ideen in der Praxis habe, so habe ich noch nichts umgesetzt. **(K 22)**

Interviewerin: Genau, also ich fasse die 4 Schritte zusammen: 1. Es muss das Problembewusstsein da sein. Dann die Änderungsbereitschaft. Wenn dann Änderungsbereitschaft da ist, dann fängt man an zu planen, dann kommt man ins Tun, dann kommt es im Idealfall zur dauerhaften Umsetzung. **(K 22)**

Diätologin: genau.

Interviewerin: Hab ich was vergessen?

Diätologin: Nein.

Interviewerin: Welche verschiedenen Abstufungen der Planungskompetenz haben Sie bis jetzt erkannt? **(K 23)**

Diätologin: Es ist spannend, ob überhaupt geplant wird. Wenn ja, dann: wie konkret wird geplant? Und dann, glaub ich gibt es als dritte Abstufung: Werden auch Hindernisse in der Planung berücksichtig. Was könnte dazwischenkommen und wie könnte ich damit umgehen? **(K 23)**

Interviewerin: ok, Ihrer Meinung nach ist die beste Planung, wenn man konkret plant und dann auch Hindernisse mit einbeziehet.

Diätologin: Ja genau, im einfachen Beispiel, ich möchte laufen gehen. Hat jetzt zwar mit uns nicht so direkt was zu tun, aber nehmen wir das. Das kann man ganz konkret planen: Wie oft will ich laufen? Wie weit? Welche Strecke? Aber ich muss auch

bedenken, was ist, wenn es schüttet? Was mach ich, wenn Glatteis auf der Strecke ist? Wie kann ich damit umgehen? Für viele im psychiatrischen Setting kann es schon oft ein Problem sein, wenn dann plötzlich ein Hindernis dasteht, und sei es noch so banal. **(K 23)**

Interviewerin: Sie haben vorher viel über die Vorteile gesprochen. Glauben Sie, dass die da auch nochmal reingehören?

Diätologin: Ja klar.

Interviewerin: ok, werden die dann auch nochmal bei den Hindernissen auf einer Stufe, oder ist das beim konkreten Planen, oder auf welcher Ebene gehört das hin?

Diätologin: Puh.

Interviewerin: Also ich habe alle Stufen mitgeschrieben. 1. Will er, oder will er nicht. Nächstes: Wenn ja. er will etwas ändern, wie konkret plant er das Ganze: als nächstes: werden Hindernisse geplant. Die Vorteile, wo würden Sie die noch eingliedern? **(K 23)**

Diätologin: Parallel zu Problemen oder eine Stufe davor.

Interviewerin: Also eher zu Hindernissen?

Diätologin: Ja, es wird positives kommen und es wird sicher auch mal ein Hindernis kommen. **(K 23)**

Interviewerin: Ok, also ich muss sagen, Sie sind eine wirklich kluge Frau, alle Diätologinnen. Danke schon mal bis jetzt.

Diätologin: (lachend) Danke.

Interviewerin: Jetzt meine zwei Abschlussfragen, die ich immer am spannendsten finde.

Diätologin: mhm (bejahend)

Interviewerin: Also: Welchen Tipp würden Sie DiätologInnen geben, die neu im psychiatrischen Bereich zu arbeiten beginnen?

Diätologin: mhm (bejahend) Nachdem ich direkt nach der Ausbildung in dem Bereich zu arbeiten begonnen habe, würde ich den Kolleginnen wirklich empfehlen, sich mit den Krankheitsbildern und der Therapie möglichst gut auseinanderzusetzen. Damit man auch das Verhalten der Patientinnen und Patienten möglichst gut verstehen kann. **(K 24)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Damit man weiß, warum ist der jetzt so, wie er ist. Warum ist das so?

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Es ist auch wichtig, welche Medikamentennebenwirkungen gibt es? Man muss nicht die Pharmakodynamik von jedem einzelnen Medikament wissen, aber so ein bisschen eine grobe Übersicht immer grob dabei haben und schauen kann, ok, kann das jetzt sein, dass der Patient auf Grund des Medikaments noch leichter zunimmt? **(K 24)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Und auch ganz, ganz wichtig ist der Austausch mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen. Das hat mir ganz viel geholfen. Damit ich im Umgang mit psychisch Kranken fit werde, wobei das immer ein wachsender Prozess ist. Weil in 10 Jahren werde ich wahrscheinlich über dieses Interview wahrscheinlich lachen. **(K 24)**

Interviewerin: Das kann sein, aber es kann auch sein, dass sie sich denken, wie viel Wissen Sie damals schon hatten.

Diätologin: Das weiß ich nicht. (lachend)

Interviewerin: Sie haben jetzt gesagt, der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen. Welche Tipps sind denn da gekommen?

Diätologin: Der Austausch war bei mir sehr interdisziplinär. Da geht es auch sehr um Psychohygiene. Also jetzt nicht unbedingt um fachliches. Sondern auch um Themen mit einem selbst. Es kann durchaus passieren, dass ein gewisses Klientel auch grenzüberschreitend und verletzend ist. Dass man dann weiß, wie geht an damit um? **(K 24)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: zum Beispiel gibt es auch Menschen mit narzistischer Persönlichketisstörung, wo man mal, naja wie soll ich sagen, ziemlich unnett angesprochen wird und, dass man lernt, ok, wie kann ich das jetzt eigentlich nehmen? Und ich glaube, Psychohygiene ist sowieso in unserem Beruf wichtig, aber natürlich im psychiatrischen Setting noch viel wichtiger **(K 24)**

Interviewerin: Wie machen Sie Psychohygiene?

Diätologin: Ich habe für mich den Weg gefunden: Wenn die Tür vom Büro zu ist, dann bin ich keine Diätologin im psychiatrischen Bereich mehr. Ich versuche keine Geschichten mit nach Hause zu nehmen. Wochenende ist heilig und ebenso der Urlaub. Wenn irgendwelche belastende Situationen sind, dann suche ich sofort das Gespräch mit Kolleginnen und Kollegen. **(K 24)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Und alles was ausgesprochen ist an Wut, Ärger und Traurigkeit, das hat mir mal wer gesagt, das ist nur noch halb so schlimm. **(K 24)**

Interviewerin: Das ist sehr schön. Also wenn Probleme kommen, dann reden Sie eher mit Kolleginnen und Kollegen als mit jemandem aus dem privaten Umfeld?

Diätologin: Ja natürlich, denn das kann einem niemand sagen, he das ist die Erkrankung, das gehört zum Krankheitsbild dazu. Es ist zu Hause niemand darauf geschult. Man bekommt keine professionellen Inputs. Wobei diese Geschichten immer nur funktionieren, wenn es nicht auf persönlicher Ebene passiert. Wenn man privat streitet, dann sind da viel zu viele Ebenen und Emotionen dabei um da professionell reagieren zu können. Es werden bei uns auch immer wieder Schulungen angeboten, damit man weiß, ok, wie kann man damit umgehen? Wie kann ich mit Verhaltensmustern oder Situationen umgehen? **(K 24)**

Interviewerin: Welche Kurse sind das?

Diätologin: Ich hab mal was zu NLP gemacht. Also neurolinguistische Programmierung. Da geht es eher um Gesprächstechniken, wobei da ist sehr viel mit anderen Personen aus anderen Berufsbildern gesprochen worden, wie man mit Konflikten umgehen kann, da hab ich einiges an Handwerkszeug mitgenommen. Dadurch kann ich mit gewissen Situationen heute besser umgehen als vor 5 Jahren. **(K 24)**

Interviewerin: Haben Sie da ein konkretes Beispiel für mich?

Diätologin: mhm (bejahend), wir haben eine Kochgruppe. In dieser Kochgruppe war es ziemlich lange Usus, dass sie geschickt wurden und nicht freiwillig teilgenommen haben. Das war also das Therapieprogramm. Die Freude war also meist sehr klein. Die Station war mit Persönlichkeitsstörungen ausgestattet. ja, Natürlich wenn da 5 junge Herren da sitzen, die alle eine Persönlichkeitsstörung mit sich tragen, dann wird es interessant, wann die denn eigentlich grad nicht kochen wollen, wie man darauf reagiert. Vor ein paar Jahren hätte ich noch versucht, dass ich den Patientinnen und Patienten alles recht mache. Aber jetzt sage ich: Schauen Sie, Sie sitzen freiwillig hier. Ich versteh, dass das gerde nicht so Ihr Thema ist. Aber versuchen wir, dass wir das Beste daraus machen. Und wenn irgendwer dann noch

immer sagt, mich interessiert das aber nicht, dann sage ich, ok, da ist die Tür. Dann ruf ich auf der Station an und die Patientinnen und Patienten müssen mit der Konsequenz leben. Also ich versuche dann immer den Ball retour zu spielen und das nicht auf mir sitzen zu lassen. **(K 25)**

Interviewerin: Ich glaube auch, dass das wichtig ist. Ich könnte da noch ewig weiter fragen, aber ich komme zur letzten Frage: Was können DiätologInnen machen, um PatientInnen bestmöglich zu unterstützen?

Diätologin: Ich denke es ist wichtig, dass man gut zuhört und auch mal zwischen den Zeilen liest. Dass man sich nicht verbiegt, dass man echt bleibt als Berater. **(K 25)**

Interviewerin: Also zuhören, zwischen den Zeilen lesen, echt bleiben sind die wichtigsten Dinge.

Diätologin: mhm (bejahend)

Interviewerin: Also dann war es das von meiner Seite. Ich bedanke mich wirklich vielmals. Danke, Tausend Dank für diese wertvollen Erfahrungen von Ihnen.

Diätologin: Ich hoffe, Sie können es gut auswerten. (lachend)

Interviewerin: Ich hoffe auch, aber da war so viel wertvolles dabei, also persönlich habe ich definitiv schon davon profitiert. Also ich werde es jetzt für die Bachelorarbeit transkribieren und auswerten.

Diätologin: Perfekt. Auf Wiederhören und alles Gute.

Interviewerin: Danke, auf Wiederhören. Danke fürs Interview!

Interview 3 mit Diätologin 3 (Name aus datenschutzgründen entfernt):

am 30.4.2019, 16.00 Uhr (Dauer: 1 Stunde und 2 Minuten)

Interviewerin: So, also, ist es in Ordnung für Sie, wenn ich das Interview aufzeichne?

Diätologin: Ja, also es ist in Ordnung und, also Sie können gern Du sagen.

Interviewerin: ok (lachend), Dankeschön, dann sag ich mal Danke (Name), dass du dir heute Zeit für ein Interview mit mir Zeit nimmst. Ich freu mich schon, weil sicher tolle Ergebnisse daraus kommen werden.

Diätologin: Sehr gut, ich wollte fragen, wie viele Interviews machst du?

Interviewerin: Drei, also heute ist mein drittes.

Diätologin: Ah ok, super, na cool.

Interviewerin: Also ich habe eh schon geschrieben, es wird ungefähr eine Stunde dauern und ich würde sagen, wir starten jetzt gleich los.

Diätologin: mhm (bejahend) sicher.

Interviewerin: ok, Seit wann bist du schon im psychiatrischen Bereich tätig?

Diätologin: ähm , also seit ca. 3 Jahren. Wenn du es genau wissen willst, dann seit Juli 2016. **(K 1)**

Interviewerin: ok, danke. Mit welchen psychiatrischen Erkrankungen hast du hauptsächlich zu tun?

Diätologin: ähm, das meiste sind Depressionen, Schizophrenie, schizoaffektive Störungen hab ich jetzt in letzter Zeit auch öfter und Persönlichkeitsstörungen. **(K 2)**

Interviewerin: ok

Diätologin: Seltener Essstörungen, das ist eher selten. **(K 2)**

Interviewerin: ok, dankeschön. Wenn du an deine ganz normale Arbeitswoche denkst, machst du häufiger Einzelberatungen oder Gruppenberatungen?

Diätologin: ähm, also häufiger sind Einzelberatungen, weil es keine Gruppenberatungen bei mir gibt. Es gibt zwar Gruppenschulungen, und die sind geregelt. Also ich mache jetzt alle 2 Wochen eine Gruppenschulung. Ich arbeite jetzt im (Bezeichnung der Institution) und ich hab aber begonnen im (Bezeichnung einer

Institution) und da hab ich teilweise auch vier Gruppenschulungen in der Woche gehabt. Also das war sehr unterschiedlich in meiner Laufbahn. **(K 3)**

Interviewerin: Glaubst du persönlich, dass Einzelschulungen oder Gruppenschulungen sinnvoller sind?

Diätologin: Ich glaube, dass Einzelberatungen oder Einzelschulungen besser, also nachhaltiger sind. **(K 4)**

Interviewerin: ok, gibt es auch andere Beratungsformen als Einzelberatungen oder Gruppenschulungen?

Diätologin: Also bei uns im Krankenhaus jetzt nicht. Es gibt entweder Beratungsschulung oder eine Ernährungstherapie. Da schaut man dann nur das Essen im Spital durch und nicht, also keine beratung durchführt. **(K 5)**

Interviewerin: Ok, also bei einer Beratung geht es wirklich um das, was zu Hause passiert und bei der Therapie geht es eher um das Essen im Krankenhaus.

Diätologin: Ja also bei der Ernährungstherapie geht es vor allem um die Ernährungseinstellung hier bei uns spricht. Aber es gibt auch Ernährungstherapie wo man gleichzeitig eine Beratung führt. Aber meistens ist die Beratung dann das Essen zu Hause, ja das stimmt. **(K 5)**

Interviewerin: Was ist in Ihren Augen der Vorteil von Gruppenschulungen oder haben Gruppenschulungen überhaupt einen Vorteil? **(K 6)**

Diätologin: ähm, ja Gruppenschulungen sind auch von Vorteil, weil ich glaub dass man auch Patientinnen und Patienten oder Menschen einfach mit Themen erreichen kann mit Themen oder Dingen, die sie vielleicht vorher nicht gehört haben und die sich vielleicht auch nicht in einer Einzelberatung ergeben würden. Oder sie sich vielleicht auch mehr trauen Themen in einer Einzelberatung anzusprechen, die sie vielleicht schon in einer Schulung gehört haben. **(K 6)**

Interviewerin: ok, und was ist deiner Meinung nach der Vorteil von Einzelberatungen?

Diätologin: Bei Einzelberatungen finde ich, kann man persönlicher und individueller auf Patientinnen und Patienten eingehen und ja, jeder Mensch ist ganz anders. Es ist ganz einfach leichter eine individuelle Ernährungsberatung oder individuelle Therapie, was immer man eben braucht. **(K 7)**

Interviewerin: Ok, und wann setzt du eine Einzelberatung ein?

Diätologin: Naja, also wir sind ja eigentlich zugewiesen von Ärztinnen und Ärzten. Ich kann jetzt nur vom Krankenhausbereich reden und da arbeiten wir natürlich auf Zuweisung, also ich kann jetzt nicht entscheiden, was ich machen soll, **(K 8)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: aber, wenn ich sehe zum Beispiel in einer Gruppenschulung, dass es sinnvoll wäre mit jemandem ein Einzelgespräch zu führen, dann spreche ich auch mit dem Arzt und dann ist das auch möglich. Und die Frage war wie nochmal? **(K 8)**

Interviewerin: Wann setzt du eine Einzelberatung ein?

Diätologin: Also wenn ich zum Beispiel bei einer Gruppenschulung merke, dass sie oder er sehr individuelle Fragen zur Ernährung hat und vor allem zu seiner oder ihrer Ernährung. Oder Beschwerden, wenn sie oft irgendwelche Beschwerden haben, ich weiß nicht, diverse Nahrungsmittelunverträglichkeiten mit Verdauungsbeschwerden, dass ich individuell auf die Person eingehen kann, weil es ist schwierig das auch in der Gruppe zu besprechen. **(K 8)**

Interviewerin: ok, also wenn ein Patient Beschwerden oder einzelne Fragen hat.

Diätologin: mhm (bejahend)

Interviewerin: Dann zur nächsten Frage, wie lange betreust du meistens deine Patientinnen und Patienten?

Diätologin: Wow, ähm, also nachdem ich mir die Zeit sehr gut selbst einteilen kann sehe ich meine Patientinnen und Patienten schon einmal pro Woche, bis sie halt entlassen werden und die auf der Psychiatrie die bleiben ja sehr lange da. **(K 10)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Also die bleiben teilweise schon sehr lange, also ich hab einen Patienten, der ist jetzt schon ein Jahr da. **(K 10)**

Interviewerin: Wow.

Diätologin: Aber das ist ein Ausnahmefall. Im Durchschnitt betreue ich sie zwei bis drei Monate. **(K 10)**

Interviewerin: ok, und den, den du jetzt schon ein ganzes Jahr lang betreust, den siehst du jede Woche?

Diätologin: Jetzt nicht mehr, der hat sich von der Ernährung her schon ziemlich verbessert. Der hatte teilweise Schluckkostformen und jetzt kann er, hat er, also ich

glaube er hat anfangs breiig gegessen und jetzt kann er wieder normal essen, deshalb sehe ich ihn jetzt nicht mehr. bei Bedarf sag ich dann immer, dass man die Diätologin wieder anfordern oder mich anrufen kann. Weil natürlich summieren sich die Patientinnen und Patienten auch und die, die schon länger betreut sind und eigentlich eh nichts mehr brauchen und eh keine Fragen mehr haben, da ist es auch sinnvoll, wenn man das dann irgendwann sein lässt. Und anbietet, dass sie sich melden, wenn sie was brauchen. **(K 10)**

Interviewerin: ok, Wie soll deiner Meinung nach, eine Beratung im Umgang mit depressiven, adipösen PatientInnen aufgebaut bzw. gegliedert sein?

Diätologin: Puh, ok also aufgebaut und gegliedert, das ist schon eine schwierige Frage. Also es gibt ja einen Leitfaden, wie man eine Beratung führen kann, aber um das jetzt kurz zu halten, ähm, das ist so unterschiedlich, also das ist wirklich sehr individuell, wenn ich merke, da ist überhaupt kein Zugang, da findet man keinen Zugang, dann würde ich das auch sehr einfach halten und mit einer Kleinigkeit beginnen und nicht zu viel in die Beratung einpacken. Ich weiß, man möchte immer gern alles tun und alles sagen, was man weiß, aber (lachend) gerade bei depressiven Patientinnen und Patienten ist es sehr wichtig, dass man auf den Menschen eingeht und nicht sein Ding durchzuziehen und alles zu erzählen, sondern, dass man sich vielleicht eine Sache herausnimmt, die einem in der Ernährungsanamnese aufgefallen ist, was vielleicht zu ändern ist. **(K 9)**

Interviewerin: ok, also eher eine Sache rausnehmen. Aber trotzdem mit der Anamnese beginnen. Dann eben eine normale Ernährungsberatung: Beginn mit Anamnese, dann was er oder sie ändern könnte

Diätologin: genau, ich würde das schon so sagen, außer ich merke, dass ist zu viel, dann würde ich es nicht so angehen, das ist eben sehr individuell. Ähm, wenn ich merke, der oder die ist sehr aufnahmefähig, dann kann man da schon mehr besprechen, aber jede Verhaltensänderung braucht ja wieder einen anderen Ast. Was kann man stattdessen machen? **(K 9)**

Interviewerin: mhm (bejahend) ok, und wie würdest du so eine Beratung angehen, wenn ein Patient eigentlich noch nicht bereit ist?

Diätologin: Wenn er oder sie eigentlich noch nicht bereit ist, dann eben in Etappen, dass man eine Kleinigkeit herausnimmt, wie zum Beispiel, wenn er jetzt nur Limonade trinkt, dass man sich dann mal auf die Getränke stürzt und das Essen mal lässt, wenn er sonst nicht fähig ist da mehr zu machen. Manchmal sind die ja auch nicht so aufnahmefähig, dass man halt wirklich nur eine Sache herausnimmt, weil sie eh oft überfordert sind. **(K 9)**

Interviewerin: ok, also würdest du sagen, dass es bei depressiven, adipösen Patientinnen und Patienten nochmal wichtiger ist, dass man sich auf ganz kleine Ziele beschränkt.

Diätologin: ja

Interviewerin: ok, was ist deiner Meinung nach die angemessene Länge für eine Beratung?

Diätologin: Das ist auch sehr unterschiedlich würde ich sagen, aber am Anfang mal kürzer. Also ich weiß nicht, eine halbe Stunde vielleicht. **(K 10)**

Interviewerin: Zu Beginn und später könnte man es ausweiten, wenn man den Patienten öfter sieht?

Diätologin: Könnte man ausweiten, wenn man merkt es geht, dann kann man auch länger beraten. Aber mehrmals sehen und weniger Inhalt und weniger Zeit. Also nicht auf einmal eine Stunde beraten, sondern auf zwei Mal eine halbe Stunde. Und wenn er oder sie dann schon länger da sind und die Medikamente dann schon gut eingestellt sind, dann merkt man ja oft wie die Patientinnen und Patienten besser werden. Vielleicht sind sie dann auch aufnahmefähiger. **(K 10)**

Interviewerin: Dann würde ich sagen, wir gehen weiter zu der nächsten Frage: Wie merkst du denn, ob ein Patient tatsächlich etwas ändern kann?

Diätologin: Naja, also eigentlich im Gespräch, wenn er oder sie davon spricht, er will das jetzt unbedingt ändern, dann merkt man das. Sonst find ich schon auch an der Körperhaltung. Da merkt man es schon gut. Also an der Körperhaltung und am Gespräch selbst. **(K 11)**

Interviewerin: Ok, also du meinst, wenn der Patient sagt, er will das ändern, dann wird er auch wirklich was ändern?

Diätologin: Nein, das heißt es nicht. Es heißt, dass er will und möchte, aber es heißt noch nicht, dass er es auch schafft. Dass man es dann merkt ist, wenn man ihn dann öfter sieht und er von seinen Erfolgserlebnissen erzählt, dass sich etwas getan hat. **(K 11)**

Interviewerin: ok

Diätologin: Aber sonst, wie soll ich das merken? Ich sehe den ja nur im Krankenhaussetting, also ich finde das schwierig das zu merken. Also nur hinsichtlich der wiederholten Male die ich hinschaue, da kann ich versuchen zu erfragen, aber ob es dann wirklich so ist weiß ich ja trotzdem nicht. **(K 11)**

Interviewerin: Ok, also du sagst, man kann durch die Evaluationsgespräche draufkommen, ob der Patient was ändern kann? **(K 11)**

Diätologin: Ja genau, denn anders kann ich es ja in Wahrheit nicht überprüfen. **(K 11)**

Interviewerin: Da ist was Wahres dran. (lachend)

Diätologin: ja

Interviewerin: Wie merkst du, ob ein Patient wirklich Planungskompetenz hat? **(K 12)**

Diätologin: Das ist eine gute Frage. Also ich würde sagen das merkt man im Gespräch, wenn zum Beispiel Fragen gestellt werden, ähm, zum Beispiel man bespricht jetzt mal Fett, Kohlenhydrate, Eiweiß und man erzählt halt, was eine gute Nährstoffzusammensetzung wäre und dann fragt der Patient von sich aus, na und welche Lebensmittel sind das jetzt? Oder wie kann ich das jetzt umsetzen? Oder was soll ich jetzt einkaufen, wenn ich jetzt einkaufen gehe? Also ich denke diese selbstständigen Fragen. **(K 12)**

Interviewerin: Also was der Patient konkret tun soll.

Diätologin: Genau. Beziehungsweise auch in der Anamnese merkt man es ja schon, wenn sie beginnen von ihren Ernährungsgewohnheiten zu erzählen. **(K 12)**

Interviewerin: Ok, wie würdest du sagen, merkt man es da?

Diätologin: Ähm, zum Beispiel wenn sie jetzt erzählen, sie gehen für die ganze Woche einkaufen und machen sich einen Speiselan (lachend), was jetzt nicht so viele tun (lachend). Also ich hab schon einige, die sich ihren Speiseplan aufschreiben und dann einkaufen gehen, also da merkt man schon, ob jemand Planungskompetenz hat. **(K 12)**

Interviewerin: Ok, am Einkaufszettel schreiben.

Diätologin: mhm (bejahend) zum Beispiel, ja

Interviewerin: Fällt dir noch ein anderes Beispiel ein?

Diätologin: Einkaufszettel und hm, nein spontan nichts mehr.

Interviewerin: Ok. Hast du die Erfahrung gemacht, dass Patientinnen und Patienten mit mehr Planungs- und Handlungskompetenz, eher ihr Ziel erreichen? **(K 13)**

Diätologin: Ja. Also ich kann kein konkretes Beispiel nennen, aber ich habe manche die sogar bei der Beratung mitschreiben. Ich hab welche, die da wirklich dahinter

sind. Die schaffen es dann auch. Da kommen dann auch so Erfolgserlebnisse wo dann einfach eine Patientin herkommt und sagt, dass sie das gemacht hat, was ich ihr gesagt habe und es geht ihr jetzt viel besser. **(K 13)**

Interviewerin: Schön (lachend)

Diätologin: Ja.

Interviewerin: Also du hast gesagt, die die mitschreiben, die setzen es dann eher um?

Diätologin: Ja hab ich schon so beobachtet, wobei es viele natürlich gibt, bei denen es dann einfach stockt. Sie wissen zwar alles, sie schreiben alles mit, aber trotzdem stagniert es dann und sie können es nicht umsetzen. Die gibt es natürlich auch. Also ich will nicht sagen, dass es jeder schafft, der mitschreibt und Planungs- oder Handlungskompetenz hat. **(K 13)**

Interviewerin: Wie würdest du so einen Patienten dann unterstützen, dass er es doch schafft?

Diätologin: ähm, der schon diese Planungs- oder Handlungskompetenz hat?

Interviewerin: ja genau.

Diätologin: ja, das ist halt so eine Sache. ähm. Das ist ja auch ein wenig. Also das hat ja nichts mehr mit Ernährung zu tun. Sondern ist Verhaltenstherapie. Es ist also eigentlich eine Aufgabe für die Psychologin oder den Psychologen. **(K 16)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Man kann nur immer wieder Ziele vor Augen halten und fragen, also die richtigen Fragen stellen. Richtige Fragen kann ich dir jetzt aber auch nicht sagen. Das ist ganz unterschiedlich mit welchen Menschen ich zu tun habe und was der erreichen möchte und, dass man auch wirklich hinterfragt und wenn es wirklich um die Gewichtsreduktion bei depressiven, adipösen Patientinnen und Patienten geht, dass man wirklich auch Schulungen macht mit Hunger und Sättigung. Und diese Wahrnehmung ein bisschen schult. Und ja, einfach mit den richtigen Fragen, wobei man auch aufpassen muss, dass man die Frage zum Psychologischen nicht überschreitet. **(K 16)**

Interviewerin: ok. Wo glaubst du wäre die Grenze zum Psychologischen?

Diätologin: ähm, also mir fällt jetzt nichts Konkretes ein, aber wenn ich jetzt wirklich auf die Persönlichkeit zum Beispiel, wenn ich auf die Persönlichkeitsebene gehe, wie

Menschen einfach sind. Das sit nicht meine Aufgabe das mit jemandem zu besprechen. **(K 16)**

Interviewerin: ok, also bei der persönlichen Ebene ist es vorbei?

Diätologin: Ja diese individuelle, persönliche Ebene, denn wir haben ja trotzdem ein persönliches Gespräch. Dann einfach irgendwelche Empfehlungen zu geben, wie man besser Dinge umsetzen könnte mit seiner Persönlichkeit, das ist nicht meine Aufgabe, denn das weiß ich ja auch gar nicht. Denn es gibt ja verschiedene Persönlichkeitstypen und das ist nicht meine Aufgabe. Also, ja. **(K 16)**

Interviewerin: Also dass du als Diätologin, beim Essen, Einkaufstraining und Hunger und Sättigung bleibst.

Diätologin: Genau und die Ziele vor Augen halten. Die Gewichtsabnahme. Die kleinen Schritte beobachten und die Wahrnehmung schulen. Einfach schon mit dem Essen auch. Das find ich schon sehr wichtig. Und einfach zu fragen: Wie geht es Ihnen jetzt damit, dass Sie langsam kauen? Wie geht es Ihnen, dass Sie jetzt 3 geregelte Mahlzeiten am Tag haben? Und wenn sie dann eine Veränderung bemerken, dass sie dann dahinter bleiben. Wenn sie in alte Muster fallen, dass man halt wieder sagt: Na, Ihnen is es doch so gut gegangen mit den geregelten Mahlzeiten, oder mit weniger Zucker oder wie auch immer. Das man die Vorteile einfach nochmal vor Augen führt. **(K 16)**

Interviewerin: mhm (bejahend), also die Vorteile von dem Ganzen. Also die Vorteile sind etwas ganz, ganz wichtiges?

Diätologin: Ja einfach das persönliche Befinden, was sich verbessert hat, wie ich meine Ernährung umgestellt habe. **(K 16)**

Interviewerin: Gut, dann sind wir beim nächsten Fragenkomplex angekommen.

Diätologin: mhm (bejahend)

Interviewerin: Wie erkennst du den Willen zur Verhaltensänderung?

Diätologin: Den Willen?

Interviewerin: Ja?

Diätologin: Also das überschneidet sich mit etwas, was ich schon gesagt habe, glaub ich. Also man merkt es eh schon bei Patientinnen und Patienten, die fordernd sind. Aber bei depressiven, adipösen ist es so, die sind eher nicht so fordernd muss ich sagen. Das sind dann eben Patientinnen und Patienten, die dann eben fordern und die sagen: Ich möchte einen Ernährungsplan und wie ich mich ernähren soll.

Oder ich möchte eine genaue Einkaufsliste, also eine Lebensmittelliste, was ich essen soll. **(K 14)**

Interviewerin: Ok, ja das stimmt, so ähnlich hatten wir das schon, es stimmt, dass die Fragen sehr ähnlich sind, aber das habe ich gemacht, weil ich eben nichts übersehen wollte und ganz genau nachfragen wollte.

Diätologin: ja, das ist eh gut so.

Interviewerin: Wie erkennst du die erfolgreichsten Ressourcen deiner Patientinnen und Patienten?

Diätologin: ähm, erfolgreichste Ressourcen. Ist damit gemeint. Was ist damit genau gemeint?

Interviewerin: Also zum Beispiel, wenn der Patient einen Hund hätte, dass er dann mit dem Hund spazieren geht, dass er wieder Bewegung macht. Oder, dass er eine Frau hat, die gesund für ihn kochen kann.

Diätologin: Ok, na wie ich das erkenne, na im Gespräch, also aus der Ernährungsanamnese, aus dem Gespräch. **(K 15)**

Interviewerin: ok. Bei deiner Anamnese, wie schaut eine Anamnese so typischerweise aus? Hast du eine grobe Gliederung oder ist das bei jedem anders?

Diätologin: ähm, so grobe Gliederung hab ich schon. Ich frag mal nach dem Gewicht, nach der Körpergröße, nach den Essgewohnheiten, vorher ob sie schon mal eine Ernährungsberatung hatten, dann Ernährungsgewohnheiten, ähm, ob sie Frühstück, Mittag, Abendessen haben, ob sie dazwischen etwas essen. Dann haben wir einen Leitfaden. ähm, das ist einfach so ein Leitfaden, wo auch drinnen steht, wo man Fragen stellt und die Patienten antworten mit: Ja, Nein, Weiß nicht. Das sind zum Beispiel Fragen wie: Ich esse schnell, ich esse die Reste der anderen, ... also das ist wirklich ein sehr spezieller Fragebogen. **(K 15) - (K 9)**

Interviewerin: Der hört sich sehr, sehr, sehr hilfreich an.

Diätologin: Ja, das ist er wirklich. Da les ich sehr viel heraus und auch die Patientinnen und Patienten sind häufig überrascht, was ich sie jetzt plötzlich frage. Also genau diesen Fragebogen und darunter gibt es nochmal die Lebensmittel, wie oft sie die in der Woche konsumieren. Da können sie auch sagen, ob sie das täglich, wöchentlich und so weiter essen. Dann frag ich natürlich, wenn es sich im Gespräch ergibt, wenn sie es noch nicht von sich selbst erzählen, was sie arbeiten, ob sie viel in Bewegung sind, wer zu Hause kocht, woher sie das Essen beziehen, ob sie

rauchen, das mit dem Alkohol ist eh im Fragebogen. Ja, also das sind mal die grundlegenden Fragen. **(K 9)**

Interviewerin: Ok, also ich merk, da ist das erste Gespräch dann hauptsächlich die Anamnese mit dem Patienten. Wie viele Fragen sind ungefähr auf dem vorgegebenen Fragebogen?

Diätologin: Ich glaube 15 oder 16. **(K 9)**

Interviewerin: Und wie erklärst du den Patientinnen und Patienten das dann? Denn ich könnte mir vorstellen, dass sie dann teilweise sehr verunsichert sind, da es ja doch sehr persönliche Fragen sind.

Diätologin: Also ich sag, dass ich eben einen Fragebogen hab. Sie können mit: Ja, Nein, Weiß nicht antworten können, dass sie ehrlich sein sollen und, dass es ja eh vertraulich behandelt wird, denn nur so kommt man auch zu einem guten Ergebnis und nur so kann man vielleicht etwas ändern. Und wenn sie nicht antworten wollen, dann können sie ja eh "weiß nicht" sagen. **(K 25)**

Interviewerin: ok, das ergibt Sinn. Dankeschön.

Diätologin: ja.

Interviewerin: Wenn du dann, jetzt kommen wir wieder zurück zu den Ressourcen. Wenn du dann Ressourcen gefunden hast, wie förderst du die dann?

Diätologin: Naja, dass man da darüber spricht. Oder das Beispiel mit dem Hund, dass man von den Vorteilen spricht und auch von der Freude mit dem Tier und, dass sie dann einfach an die frische Luft kommen und, ja die Vorteile einfach aufzählen und. Also ich selbst kann das ja nicht wirklich fördern. Ich kann da ja nur drüber sprechen und versuchen es irgendwie schmackhaft zu machen und sie können es dann ja nur selbst umsetzen. Oder zum Beispiel , weil du gesagt hast, die Frau die kocht, dass man auch sagt, wie wertvoll das nicht ist. Also, dass man da ein bisschen über die Schiene geht, über die Wertschätzung, dass sie das auch wertschätzen können. Dass das ja auch was Schönes ist, wenn man zusammen isst. Und nicht, dass der Mann sich zum Beispiel sein Essen selbst kauft, nur, weil er ein Leberkässemmerl möchte oder so. **(K 16)**

Interviewerin: Ok, bei den Ressourcen, machst du das wirklich so, dass du versuchst sie schmackhaft zu machen, oder versuchst du auch, dass sie Patientinnen und Patienten selbst Vorteile davon finden?

Diätologin: Nein. Also ich bin da schon sehr. Ich versuche die Selbstständigkeit im Patienten zu wecken. Ich bin da schon sehr so, dass ich die Patientinnen und

Patienten senken lasse. Also natürlich, wenn sie jetzt gar nicht wissen, was sie jetzt tun sollen, dann helf ich schon und helf ihnen etwas zu finden oder mit ihnen eben eine Ressource zu finden, an der sie irgendwie festhalten können, und dass sie selbst, von selbst draufkommen eigentlich, ja. **(K 16)**

Interviewerin: Ok, also du legst den Fokus deiner Beratung eher so, dass die Patientinnen und Patienten selbst drauf kommen?

Diätologin: Ja, weil ich aus Erfahrung weiß oder das Gefühl habe, dass, wenn ich etwas vorgebe, kann auch sein, dass sie das gar nicht aufnehmen, wahrnehmen, zuhören und wenn jemand selbst von sich etwas entdeckt oder eine Erkenntnis gewinnt, dann ist es ja etwas ganz anderes, als wenn es mir wer sagt. **(K 16)**

Interviewerin: Ok, wie viele Ziele vereinbarst du mit deinen depressiven, adipösen Patientinnen und Patienten pro Beratung?

Diätologin: Wenn es ein ganz schwerer Fall ist, dann ein Ziel. Ansonsten eins bis drei. **(K 17)**

Interviewerin: Ok, also eins bis drei.

Diätologin: Ja.

Interviewerin: Gut, dann nächste Frage: Hast du bis jetzt wahrgenommen, dass Patientinnen und Patienten schneller weitere Ziele umsetzen können, wenn sie bis jetzt ein Teil. Ziel umgesetzt haben?

Diätologin: Ja, also, je weniger Ziele man vorgibt, desto einfacher ist es natürlich. Weil, wenn man drei Ziele da hin knallt, was eh nicht passiert, weil das ja immer mit dem Patient gemeinsam besprochen wird. Aber es sind ja keine schwierigen Ziele, die ich da oft gebe. Aber natürlich, wenn das nur ein Ziel ist und beim nächsten Mal, wenn man sich sieht, dann kommt wieder ein Ziel dazu, dann ist es natürlich einfacher, weil man sich sukzessive darauf vorbereiten kann oder das ändern kann, diese eine Sache. **(K 18)**

Interviewerin: Ok, da schaffst du dann eh ganz schön viele Ziele mit einem Patienten, wenn du den einmal pro Woche siehst.

Diätologin: Ja, also es ist schon so, dass man da gut Ziele erreichen kann, aber ich berate ja gern dann für zu Hause und nachdem die aber im Krankenhaus einfach nicht ihr gewohntes Umwelt haben, ist es auch schwierig etwas zu ändern in dem Krankenhau - Setting. **(K 18)**

Interviewerin: Ah stimmt, ok. Das ist ein guter Punkt.

Diätologin: mhm (bejahend)

Interviewerin: Was für Veränderungen oder Teilziele schaffst du dann im Krankenhaus zum Beispiel?

Diätologin: Hm, das ist eigentlich eh schon vorgegeben. Ich sag einfach oft regelmäßig essen und nachdem sie im Krankenhaus regelmäßige Mahlzeiten bekommen, haben sie das ja schon. Sie dürfen schon, aber sie sollten dann darauf achten, dass sie zwischendurch nichts essen, was sie ja machen können. Sie können teilweise zwischendurch einkaufen gehen oder sich was liefern lassen. Das ist schonmal ein Zwischenziel, dass sie regelmäßig essen. Oder bei der Flüssigkeitszufuhr, dass sie ausreichend trinken. **(K 18)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Oder was mir noch einfällt als Ziel ist gut kauen und langsam essen.

Interviewerin: ok, ja das sind eh einige Ziele, die du im Krankenhaus schon mit ihnen besprechen und umsetzen kannst.

Diätologin: Ja.

Interviewerin: Merkst du, dass Patientinnen und Patienten motivierter sind noch ein Ziel zu erreichen, wenn sie bereits ein Teil - Ziel in den Krankenhaus Alltag integrieren haben können?

Diätologin: Ja schon, also wenn man mal ein Erfolgserlebnis hat und dann auf dieser Strecke ist, wo dann alles gut läuft, dann ist es auch leichter ein weiteres Ziel zu erreichen, das bemerk ich schon ja. **(K 19)**

Interviewerin: ok, in welche verschiedenen Stufen teilst du für dich selbst die Handlungsfähigkeit deiner depressiven und adipösen PatientInnen?

Diätologin: Puh, gibt es da eine Vorgabe, wie man diese Stufen?

Interviewerin: Nein, beziehungsweise gibt es schon, aber ich will herausfinden, ob die auch unbewusst in der Praxis schon verwendet werden.

Diätologin: ähm, ok. Ich überlege mal Also bei der Handlungsfähigkeit, also grob gesagt gibt es natürlich die, die nicht sehr handlungsfähig sind und die, die handlungsfähig sind. ähm, und Stufen, also ganz ehrlich gesagt hab ich mir da darüber noch nie den Kopf zerbrochen und bei mir ist es entweder: sie sind gut handlungsfähig oder sie sind schlecht handlungsfähig, es gibt nur diese 2. Muss ich ehrlich sagen. Ich hab auch keine, nein, das hab ich noch nicht herausgefunden. **(K 20)**

Interviewerin: ok, passt ja auch sehr gut. Gibt es sonst noch irgendwelche Kategorien, die du für dich selbst anwendest, einfach, dass du die Patientinnen und Patienten für dich kategorisierst?

Diätologin: Ja, nach diesem Fragebogen. Das ist gemeinsam mit einer Psychologin erstellt worden und dieser Fragebogen ist gleichzeitig. Also es gibt dann auch gleichzeitig diätologische Befundungen, die da dabei rauskommen, wie zum Beispiel gezügeltes Essverhalten. Wenn man zum Beispiel die Fragen mit ja beantwortet, von den Fragen, die es da eben gibt. Also ich hab den Fragebogen nicht vor mir, deshalb ist es sehr schwer, also zum Beispiel Ich zähle Kalorien um mein Gewicht zu halten oder so irgendwas. **(K 21)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Wenn man da Ja ankreuzt, dann is das, also dann deutet das auf gezügeltes Essverhalten hin. Also das ist ein Fragebogen, der wirklich sehr viel Aufschluss gibt. **(K 21)**

Interviewerin: Ok, also teilst du deine Patientinnen und Patienten anhand des Fragebogens ein?

Diätologin: Ja. **(K 21)**

Interviewerin: Jetzt wären die Fragen aber wirklich interessant. (lachend)

Diätologin: Ja, ähm, ich kann noch nachschauen, warte mal, ich kann kurz nachschauen im Ordner.

Interviewerin: Wäre es vielleicht auch möglich, dass du ihn mir zukommen lässt?

Diätologin: Ja sicher (lachend).

Interviewerin: Das wäre großartig.

Diätologin: Soll ich dir die Fragen vorlesen?

Interviewerin: ja bitte, es wäre spannend.

Diätologin: Ok passt, also ich hab ihn schon: Fragen zu den Essgewohnheiten (Essverhalten, Außenreizabhängigkeit, Hunger/Sättigung) bzw. Motivation: **(K 21)**

1.Wenn große Portionen am Tisch stehen, esse ich mehr. **(K 21)**

2.Ich esse mehr nach Ablehnung von anderen oder bei Stress, Einsamkeit, Frust, Trauer, Langeweile sowie Wut. **(K 21)**

3.Obwohl ich satt bin, esse ich weiter. **(K 21)**

4.Ich esse schnell. **(K 21)**

5.In Gesellschaft esse ich mehr als gewöhnlich. **(K 21)**

6.Um mein Gewicht zu kontrollieren, zähle ich Kalorien. **(K 21)**

7.Ich habe oft ein starkes Hungergefühl. **(K 21)**

8.Ich bin niedergeschlagen/verzweifelt wegen meines Übergewichts. **(K 21)**

9.Ich esse tagsüber kaum und schlage dafür abends zu. **(K 21)**

10.Ich esse öfters auch nebenbei (Fernseher, Computer, usw.). **(K 21)**

11.Ich esse meist unregelmäßig. **(K 21)**

12.Ich esse zumeist keine 3 Mahlzeiten. **(K 21)**

13. Manchmal stehe ich in der Nacht auf umzu essen. **(K 21)**

14. Ich esse die Reste der anderen zum Beispiel von dern Kindern. **(K 21)**

15. Ich bin nicht motiviert meine Ernährung umzustellen. **(K 21)**

Interviewerin: Bei der letzten Frage hat man seine Antwort dann ganz direkt.

Diätologin: Genau (lachend). Nach der diätologischen Befundung kann man es dann besser einordnen. Gezügeltes Essverhalten wenn 1x ja bei 1., 6.

erhöhte Außenreizabhängigkeit, wenn, mind. 3x ja bei 2., 4., 5., 8., 9., 10., 11., 12. , 13., 14. Fehlregulation von Hunger und Sättigung, wenn, mind. 2x ja bei 3., 4.,7. niedrige Motivation zur Verhaltensänderung = will/kann nicht siehe 15., also wenn er ja oder nein sagt, dann merkt man, wie hoch die Motivation ist. **(K 21)**

Interviewerin: Und der Fragebogen wurde mit einer Psychologin erstellt?

Diätologin: Ja genau, das ist (Name). Gemeinsam mit einer Diätologin wurde er erstellt. Ich bin mir ziemlich sicher, dass sie Psychologin ist, aber ganz sicher bin ich mir nicht.

Interviewerin: Ok und du hast gesagt, das hängt dann von Außenreizen ab. Also für dich ist dann eine Kategorie Außenreize?

Diätologin: Ja genau. Da gibt es viele Fragen dazu, die mir dann erklären, ob jemand sehr von Außenreizen abhängig ist.

Interviewerin: mhm (bejahend), was ich jetzt noch fragen wollte, steht das da drauf mit den Außenreizen oder hast du das für dich so gegliedert?

Diätologin: Nein, das steht wirklich drauf.

Interviewerin: Ok, also das war jetzt wirklich spannend. Welche unterschiedlichen Schritte der Verhaltensänderung gibt es deiner Meinung nach?

Diätologin: ähm, wow, also das ist wirklich auch sehr individuell. Also erstens würde ich sagen: ja ich möchte was ändern oder eben nicht. Dann ist es halt sehr unterschiedlich, ich mein, ich hab jetzt überhaupt keine Ahnung was für Modelle es da gibt. Es gibt ja von allem schon so Modelle. **(K 22)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Vielleicht würde ich mir da leichter tun, wenn ich so ein Modell sehen würde. Aber, ich würde jetzt wider nur sagen, ja ichmöchte oder nein ich möchte nicht. Und Verhaltensänderung selbst ist ja wieder was Psychologisches, also ich kann da jetzt nicht viel sagen, welche Schritte es da gibt. **(K 22)**

Interviewerin: ok, gut.

Diätologin: Also spontan fällt mir nichts ein.

Interviewerin: Ok. Hast du bis jetzt schon Abstufungen der Planungskompetenz erkannt? **(K 23)**

Diätologin: Abstufungen der Planungskompetenz. Gibt es da ein Beispiel, oder?

Interviewerin: Hmm ich würde wieder sagen, kann er es, plant er sehr konkret?

Diätologin: Ja, ja, also ich muss ehrlich sagen die meisten Patientinnen und Patienten die ich betreue haben wenig Planungskompetenz. Es gibt wirklich, also es sind Ausnahmen, die Planungskompetenz haben. Da merk ich dann halt, dass sie mitschreiben, dass sie gerne Pläne wollen, dass sie gern Unterlagen hätten, dass sie den gesunden Teller, den ich ihnen gebe, dass der ihnen super gefällt. Aber die meisten wollen nicht mal Beratungsunterlagen haben. Also die meisten, das hört sich jetzt irgendwie frustrierend an, aber ja (lachend) am Anfang ist es schon schwierig muss ich gestehen, so ist es einfach. **(K 23)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Ja, die Leute, die Menschen im Krankenhaus sind einfach Großteils aus meiner Erfahrung in der Psychiatrie sehr unselbstständig. Und die sind ja nicht ohne einem Grund hier gelandet, ja. **(K 23)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Also, für mich ist es ja, ist es meistens so, dass sie keine Planungskompetenz haben. **(K 23)**

Interviewerin: Ok. Also gibt es deiner Meinung nach auch keine Abstufungen oder hast bis jetzt keine entdeckt.

Diätologin: Nein, also nicht spontan.

Interviewerin: Ok.

Diätologin: Ich hab die Fragen auch nicht ganz im Vorhinein fertig gelesen, deshalb ist das jetzt spontan schwierig.

Interviewerin: Das passt ja auch so. Dann kommen wir jetzt zu meinen zwei Lieblingsfragen.

Diätologin: ok.

Interviewerin: Welchen Tipp würdest du DiätologInnen geben, die neu im psychiatrischen Bereich zu arbeiten beginnen?

Diätologin: Ok, welchen Tipp ich geben würde. Ja, ich würde sagen, man soll sich einfach mal ins kalte Wasser stürzen. **(K 24)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Weil ich weiß nicht wie die Ernährungstherapie in der Psychiatrie auf der FH St. Pölten ist, aber ich weiß, auf der FH Wien wird nicht großartig viel dazu gelernt, deshalb war das für mich ein ziemlich großes Feld, wie ich da begonnen habe. Ich musste mich da auch erst mal einlesen. **(K 24)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Und einleben, weil es ist schon spannend. Mich hat die Psychiatrie schon immer interessiert und es ist wirklich sehr spannend und ich würde als Tipp geben, dass man einfach, einfach eben sich ins kalte Wasser stürzt. Natürlich versuchen am Anfang nicht zu viel zu wollen, weil die Meisten die vom Studium kommen, die sind natürlich vollkommen euphorisch und wollen die Welt niederreißen. **(K 24)**

Interviewerin: lacht

Diätologin: aber (lachend), eigentlich ist das schon eher so, dass man es langsam angehen sollte, gerade mit den psychisch Kranken. Also trotzdem man selbst bleiben und auch, wenn man zum Beispiel ein Mensch ist, das sehr motivierend sein kann

und sehr gut drauf ist kann man das auch beibehalten, denn das kommt schon bei vielen Patientinnen und Patienten sehr gut an, diese Positivität, die man dann (Pause), die ist richtig ansteckend für manche. Aber dass man natürlich trotzdem versucht in kleinen Schritten zu denken und nicht zu vial abverlangt von den Patientinnen und Patienten. Und in den Gesprächen, also in Beratungen also wirklich eine einfache Sprache wählt und wirklich reduzierte Info gibt. Nicht zu viel. **(K 24)**

Interviewerin: Ok. Ich les dir jetzt nochmal die ein, die du gesagt hast und wenn dir noch etwas einfällt, dann kannst du sie dann gern noch dazu fügen. Das waren echt schon tolle und viele Tipps.

Diätologin: mhm (bejahend)

Interviewerin: also einfach ins kalte Wasser, einlesen, dass man eben die Krankheitsbilder auch gut kennt. Sich auch einleben, kleine Schritte mit den Patientinnen und Patienten planen, einfache Sprache,

Diätologin: mhm (bejahend)

Interviewerin: man selbst bleiben, auch gut drauf bleiben, auch wenn die Patientinnen und Patienten es nicht sind, weil es eben ansteckend wirken kann.

Diätologin: mhm (bejahend), das ist gut. Was mir jetzt noch eingefallen ist, ähm für einen selbst ist es vielleicht auch von Vorteil, wenn man seine Persönlichkeit entwickelt. Also es gibt ja auch Fortbildungen, die man auch machen kann im Zuge des Krankenhauses gibt es eine Fortbildungsakademie. Man kann also auch seine eigenen Ressourcen stärken oder seine eigene Persönlichkeit entfalten. Je mehr man über sich selbst versteht, umso mehr versteht man auch andere Menschen. **(K 24)**

Interviewerin: Boah. Wie kann man das machen?

Diätologin: Also ich hab eine Yoga Ausbildung gemacht, dass hat mich einfach gestärkt und meine persönliche Entwicklung sehr stark gefördert, aber ich meine, wenn man jetzt zum Beispiel Fortbildungen in der Fortbildungsakademie besucht, keine Ahnung, da gibt es ja auch mittlerweile Yoga oder wie man mit Stress besser umgeht oder Achtsamkeitsübungen erlernen kann man ja auch, oder Rhetorik, wie man spricht, wie man sich verhält oder ja, ich weiß nicht dezidiert genau, wie diese Fortbildungen heißen, aber einfach Persönlichkeitsentwicklung, da gibt es ja diverseste Ausbildungen, die man machen kann. **(K 24)**

Interviewerin: mhm (bejahend), ja da gibt es schon irrsinnig viele.

Diätologin: Ja also bei mir war es eben die Yoga Ausbildung, aber natürlich hab ich im Krankenhaus auch förderliches Konflikt - Management hab ich zum Beispiel eine Fortbildung gemacht, die auch sehr spannend ist und die einen auch weiterbringt, persönlich. **(K 24)**

Interviewerin: Was war da für dich die wichtigste Erkenntnis?

Diätologin: Ich kann mich nicht an alles ganz gut erinnern, aber ich kann für mich sagen, was wichtig ist. Also, dass man auch mal einen Schritt zurücktritt aus einer Situation und auf eine Situation oder ein Geschehen mit jemanden, wenn man einen Konflikt hat heraustritt und nicht seine Emotionen übergreifen lässt und auch versuchen auch den Anfang zu verstehen und nicht nur denken, wie böse nicht der andere ist. Oder was auch immer, sondern, dass man auch versucht den anderen zu verstehen. Also auch die Sprache, die Kommunikation ist das allerwichtigste. **(K 24)**

Interviewerin: mhm (bejahend)

Diätologin: Und, ja, dass man einfach nicht zu viel nach seinen Gefühlen, sich von deinen Gefühlen leiten lässt und die Sache versucht sachlich zu sehen und eben mit der richtigen Kommunikation. Und versucht in Ich - Botschaften zu kommunizieren. **(K 24)**

Interviewerin: ok, also die Ich - Botschaften auch bei den Patientinnen und Patienten anwenden.

Diätologin: ähm, ja kann man einfließen lassen, wobei bei der Beratung wieder eine andere Sprache wichtig ist. Da hat man ja nicht oft einen Konflikt. Also da würde ich eine ganz andere Sprache verwenden, also nicht nur in Ich - Botschaften, sondern eben einfach bleiben und die individuellen Ressourcen zu stärken, von dem Patienten. **(K 24)**

Interviewerin: Also die einfache Sprache und die individuellen Ressourcen fördern, in der Beratung.

Diätologin: Ja, genau, einfache Sprache und auch dieses zwischenmenschliche ist dann doch wichtig oft und man weiß das ja auch aus Studien, dass der Erfolg einer Therapie zu 80 Prozent am zwischenmenschlichen liegt. **(K 24)**

Interviewerin: mh, ok, das find ich interessant.

Diätologin: mhm (bejahend)

Interviewerin: Versuchst du das Zwischenmenschliche zu fördern?

Diätologin: Ja, also dass man nicht nur über die Ernährung spricht, wenn sie über andere Sachen sprechen sollen, dass man dann auch mitreden kann, denn gerade das fördert dann das Zwischenmenschliche, eben wenn sie gerade vom Hund reden, das fördert das Zwischenmenschliche und sie dann halt langsam wieder zurück führt zum eigentlichen Thema, denn so viel Zeit bleibt dann natürlich auch nicht endlos lang mit ihnen zu plaudern. **(K 24)**

Interviewerin: Ja, sehr schön, sehr menschlich. Also ich könnte jetzt noch ewig weiterfragen, aber ich komme lieber zur letzten Frage (lachend).

Diätologin: Ok (lachend).

Interviewerin: Und zwar, was können DiätologInnen machen, um Patientinnen und Patienten bestmöglich zu unterstützen?

Diätologin: Ähm ja, am Ball bleiben sagt man so schön, also wirklich einfach ein bisschen erkennen was für ein Typ Mensch ist das, denn es gibt ja vier Persönlichkeitstypen. Erkennen, ob das der Typ Mensch ist, der viele braucht, der gerne Aufgaben macht, oder ist das ein Typ, der sich gern sofort in die Umsetzung stürzt. Oder ob ich ihm sagen kann, was er tun kann und das macht er dann gleich oder ist das, weiß ich nicht, jemand der Zeit braucht, da halt ein bisschen drauf zu achten, dass man ihr oder ihm dann das mitgibt, was sie brauchen. Also, wenn er gerne liest, dass er genug Unterlagen mitbekommt, die er lesen kann. Oder wenn es jemand ist, der gern von heut auf morgen alles umstellt, dass man mit ihm mitgeht und halt auch immer wieder diese Besuche macht, das ist wichtig. Die Evaluierung und die Konstante, dass sie einen sehen und dass sie wissen da kommt wer und mal schauen, was sich bis zur nächsten Woche geändert hat. **(K 25)**

Interviewerin: Also du sagst, einen Patienten kann man am besten unterstützen, wenn man am Ball bleibt, deshalb regelmäßig evaluieren und sich eben an diese vier Typen anpassen.

Diätologin: Ja genau, also die sind jetzt ein Beispiel diese Persönlichkeitstypen, die kennt man eben diese vier. Aber es gibt ja auch andere. Man kann Menschen ja auch anders eingliedern, je nachdem, was man sich da hernimmt. Es gibt ja auch ganz anderes Modell. **(K 25)**

Interviewerin: Wendest du da noch welche an, außer die vier?

Diätologin: Naja ich mache auf der Fachhochschule FH Campus Wien meinen Master in ganzheitlicher Therapie und Salutogenese und wir lernen natürlich über diverse komplementärmedizinische Verfahren, darunter Ayurveda, TCM, traditionell europäische Medizin, die diätische Medizin und da gibt es halt immer Konstitutionslehren. Es gibt bei jeder Medizinform eine Konstitustionstypenlehre und

nachdem ich da schon sehr viel dazu gelernt hab ordnet man auch ein bisschen die Menschen gegenüber von sich ein. Aber nicht, weil man es will, sondern einfach, weil man es gelernt hat. **(K 21)**

Interviewerin: Ja das kenne ich eh auch (lachend). Aber das kommt dann mehr oder weniger zu den ganzen Kategorisierungen aus dem Fragebogen noch dazu, oder täusch ich mich?

Diätologin: Ja das kommt dazu, aber nachdem das ein bisschen ein Problem ist im Krankenhaus gibt es ganz strenge Gesetze und die wollen nicht, dass man komplementärmedizinisch arbeitet. Deshalb mach ich das auch nicht bewusst, dass ich so etwas mache, sondern es ist dann einfach so, dass ich einen Menschen einfach besser einschätzen kann als jemand, der diese ganzen Modelle oder Konstitutionstypen nicht kennt. Aber ich mache das nicht bewusst, so, dass ich mich hinsetz und sag: so, schauen wir welche Konstitution du hast. **(K 21)**

Interviewerin: lacht

Diätologin: sondern es ist halt (lachend), ja

Interviewerin: Genau deshalb habe ich die Frage mit den Kategorisierungen, um auf sowas draufzukommen. Aber ich bin froh, dass das jetzt noch rausgekommen ist, dass es auch nach Konstitutionstypen aufgeteilt werden kann.

Diätologin: Aso ja, ich bin wahrscheinlich gerade so in meinem Master drinnen und in meinen Konstitutionstypen, dass ich jetzt gar nicht an irgendwas Schulmedizinisches gedacht habe.

Interviewerin: Passt ja auch.

Diätologin: Ja.

Interviewerin: Ja. Je mehr Seiten in meine Bachelorarbeit reinkommen und von je mehr Seiten das Thema beleuchtet wird umso besser. Deshalb bist du besonders wertvoll auch.

Diätologin: Sehr gut.

Interviewerin: Also mir ist aufgefallen, bei dir war es ganz wichtig ein bisschen Nachzufragen. (lachend)

Diätologin: Ja das stimmt.

Interviewerin: Aber da sind dann so viele wertvolle Ergebnisse rausgekommen, durch deine ganzen Zusatzausbildungen und Yoga - Ausbildungen und Master und du kennst dich aus mit Ich - Botschaften und was für Typen es gibt.

Diätologin: Ja mach ich. (lachend)

Interviewerin: Find ich super. Deshalb bedanke ich mich wirklich von ganzem Herzen für dieses Interview mit dir. Da waren wirklich tolle Erkenntnisse drin. Wirklich.

Diätologin: Das freut mich. Dankeschön.

Interviewerin: Also ich wäre jetzt fertig.

Diätologin: Also wenn du noch was brauchst oder mir noch etwas einfällt, dann werde ich es dir noch schreiben-

Interviewerin: Das wäre super und was mir ganz besonders wichtig ist, dass du mir den Fragebogen bitte noch schickst.

Diätologin: Ja perfekt. Wie gesagt, wenn du noch was Ausführlicheres brauchst, dann kannst du dich auch gern nochmal melden.

Interviewerin: Also danke nochmal. Tausend Dank.

Diätologin: Gerne und ich wünsch dir auch alles Gute für deine Bachelorarbeit.

Interviewerin: Danke.

Auswertung nach Mayring

Kategorie 1: Zeitpunkt oder Dauer der Tätigkeit im psychiatrischen Bereich

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
8 494 1060	Ich bin seit 2014 im psychiatrischen Bereich tätig. = 5 Jahre Ich bin jetzt seit ungefähr 7 Jahren im psychiatrischen Bereich tätig. seit ca. 3 Jahren. Wenn du es genau wissen willst, dann seit Juli 2016.	Seit 3,5 und 7 Jahren arbeiten die Diätolginnen im psychaitrischen Bereich.	3,5,7 Jahre

Kategorie 2: psychiatrischen Erkrankungen – Hauptthemengebiet der Diätologin

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
12-16	Wir haben an der Abteilung im Grunde alle Diagnosen außer Essstörungen. In der Diätologie haben wir hauptsächlich mit Patientinnen und Patienten mit Depression zu tun. Mit der Grunddiagnose Schizophrenie, mit Persönlichkeitsstörungen. Im Grunde alles durch die Bank. Es kann auch mal vorkommen, dass wir Patientinnen und Patienten mit Essstörungen	alle Diagnosen außer Essstörungen Depression Schizophrenie, mit Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen	Alle drei arbeiten mit Persönlichkeitsstörung und Depression. Vereinzelt Schizophrenie, Essstörung, Sucht, Trauma, schizoaffektive Störungen

	betreuen, aber das ist eher seltener.		
497-499	Die Schwerpunkte liegen bei uns bei Erkrankungen im Bereich Sucht, Trauma. Aber wir haben auch viele Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen.	Erkrankungen im Bereich Sucht, Trauma depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen	
1018-1019	das meiste sind Depressionen, Schizophrenie, schizoaffektive Störungen hab ich jetzt in letzter Zeit auch öfter und Persönlichkeitsstörungen.	Depressionen, Schizophrenie, schizoaffektive Störungen Persönlichkeitsstörung	

Kategorie 3: Häufiger Einzelberatung oder Gruppenberatung

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
22-25	Es hält sich bei uns ziemlich die Waage. Also wir machen mit den stationären Patientinnen und Patienten ausschließlich Einzelberatungen/ weil sich Einzelberatungen, weil sich hier die Beratung in der Gruppe einfach nicht etabliert hat, außer die Kochgruppe. Also wo wir mit dem Patientinnen und Patienten einfache Rezepte zubereiten.	Waage: Stationär: ausschließlich Einzelberatungen, außer die Kochgruppe	1 x ausgeglichen: Stationär: ausschließlich Einzelberatungen, außer die Kochgruppe 2 x Einzelberatungen

502-503 1024-1028	Es sind definitiv mehr Einzelberatungen. So ganz klassische Gruppenberatungen kommen kaum vor. also häufiger sind Einzelberatungen, weil es keine Gruppenberatungen bei mir gibt. Es gibt zwar Gruppenschulungen, und die sind geregelt. Also ich mache jetzt alle 2 Wochen eine Gruppenschulung. Ich arbeite jetzt im (Bezeichnung der Institution) und ich hab aber begonnen im (Bezeichnung einer Institution) und da hab ich teilweise auch vier Gruppenschulungen in der Woche gehabt. Also das war sehr unterschiedlich in meiner Laufbahn.	Einzelberatungen Einzelberatungen alle 2 Wochen eine Gruppenschulung	

Kategorie 4: Einzelberatung sinnvoller als Gruppenschulung

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
35-37	Das ist total von der Patientin und Patienten abhängig. Es gibt sicher welche, die mehr von Gruppenschulungen profitieren. Mit machen kann man in der Gruppe gut	Individuell	Individuell

	arbeiten und alleine nicht und umgekehrt.		
505	Ja ich glaube schon, dass sie sinnvoller sind	2 Mal: Einzelberatungen	2 Mal: Einzelberatungen
1031	Ich glaube, dass Einzelberatungen oder Einzelschulungen besser, also nachhaltiger sind.		

Kategorie 5: andere Beratungsformen

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
24	(…)außer die Kochgruppe (…)	Kochgruppe	2-mal wird eine Kochgruppe angeboten, da „nur reden“ nichts bringt.
510-529	Ja es gibt schon in Gruppenschulungen in Kombination mit der Psychotherapie. Das sind keine klassischen Diätschulungen. Sie gehen mehr ins Praktische. Es wird viel gekocht. Nebenbei werden Inputs gegeben. Warum verwenden wir jetzt Vollkornmehl? Zum Beispiel.	Gruppenschulung mit Psychotherapeuten Kocheinheiten mit Physiotherapie und Bewegungseinheiten mit Diätologinnen, denn nur reden bringt nichts, es	1-mal nichts außer Beratungsschulung oder Ernährungstherapie

	(…) Interviewerin: Das ist ja spannend. Sie machen also beim Bewegungsteil auch mit? Diätologin: Ganz genau und die Physiotherapeuten sind aber umgekehrt auch beim Ernährungsteil dabei. Sie sind da auch unterstützend dabei. Sie kennen sich in unserer Übungsküche sehr gut aus. Wenn man jetzt 6 Patientinnen und Patienten zur Betreuung hat, und da z. B 6 wirkliche Neulinge in der Küche sind, dann ist es schon gut, wenn man mehr als eine Person zur Unterstützung hat. Das ist ein gutes interdisziplinäres Miteinander. Interviewerin: Das glaub ich, das find ich schön. Diätologin: Es macht wirklich Spaß. Auch den Patientinnen und Patienten. (…) Nur Reden bringt nicht wirklich viel, hatte ich das Gefühl, vor allem bei der klassischen Gewichtsreduktion. Wenn nur Reden offenbar nichts bringt, dann muss man was anderes anbieten.	muss praktisch sein.	

---------- - 1034-1041	---------- - Also bei uns im Krankenhaus jetzt nicht. Es gibt entweder Beratungsschulung oder eine Ernährungstherapie. Da schaut man dann nur das Essen im Spital durch und nicht, also keine beratung durchführt. Interviewerin: Ok, also bei einer Beratung geht es wirklich um das, was zu Hause passiert und bei der Therapie geht es eher um das Essen im Krankenhaus. Diätologin: Ja also bei der Ernährungstherapie geht es vor allem um die Ernährungseinstellung hier bei uns spricht. Aber es gibt auch Ernährungstherapie wo man gleichzeitig eine Beratung führt. Aber meistens ist die Beratung dann das Essen zu Hause, ja das stimmt.	Beratungsschulung oder Ernährungstherapie Beratung: Essen zu Hause Therapie: Essen im Krankenhaus kann sich aber auch überschneiden	

Kategorie 6 Vorteil Gruppenschulung

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
39-40	vielleicht auch trauen was anzusprechen. Oder ruhigere Patienten, die dann aufschnappen, was	Mut Neues, was andere ausprobiert haben – was bei anderen	Erlebte Vorteile der Gruppenschulung: -Inspiration durch andere

532-544	andere sagen. Da hat man oft eine ganz andere Dynamik als im Einzelsetting. Diätologin: Ich glaub Gruppenschulung hat den Vorteil, dass man die Gruppendynamik wirklich gut nutzen kann, wenn es eine gute Gruppe ist. Dass sich die Patientinnen und Patienten untereinander gut austauschen können. Es macht oft mehr Sinn, als wenn einer vorne steht. Es macht ein anderes Bild wenn es ein anderer Patient sagt, als wenn es nur die Diätologin sagt. Interviewerin: hm (bejahend) Diätologin: Natürlich kann man auch verschiedene Tools viel besser einsetzen. Das 1geht in Einzelberatungen meist nicht so gut. Dass bestimmte Themen selbst erarbeitet werden oder ja, World Cafe oder was immer. (…) ganz konkret beim Fall Obst und Gemüse machen wir oft ein Quiz mit: Was fällt Ihnen ein zu: In	funktioniert Gruppendynamik Austausch unter den PatientInnen anderes Bild wenn es ein anderer Patient sagt, als wenn es nur die Diätologin sagt verschiedene Tools viel besser einsetzen. World Cafe Obst - Gemüse Quiz wie bei Stadt, Land, Fluss, … andere Themen ergeben sich Mut Themen aus Gruppenschulung auch in Einzelberatung anzusprechen	-Gruppendynamik -Austausch unter den PatientInnen -manche Themen werden nur im einen Setting, aber selten im anderen angesprochen -verschiedene Tools möglich z. B.: World Cafe oder Obst - Gemüse Quiz wie bei Stadt, Land, Fluss, …

1044-1048	Stadt, Land, Fluss, Version. Das machen wird dann wirklich in Quiz Charakter. Dann ist der Ansporn oft riesengroß, dass man alle Punkte erreicht. Es fallen einem dann oft Obstsorten ein. Genau, das war ja gut. Eher ins spielerische. , ja Gruppenschulungen sind auch von Vorteil, weil ich glaub dass man auch Patientinnen und Patienten oder Menschen einfach mit Themen erreichen kann mit Themen oder Dingen, die sie vielleicht vorher nicht gehört haben und die sich vielleicht auch nicht in einer Einzelberatung ergeben würden. Oder sie sich vielleicht auch mehr trauen Themen in einer Einzelberatung anzusprechen, die sie vielleicht schon in einer Schulung gehört haben.		

Kategorie 7 Vorteil Einzelberatung

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
42-46	Also wenn wirklich	individuell	Vorteile

	eine konkrete Fragestellung da ist, wir haben ja auch oft Patientinnen und Patienten die sich eine Beratung wünschen, mit Obstipation, Gewichtsveränderung, da kann man natürlich individuell viel besser und genauer eingehen. Außerdem trauen sich umgekehrt die Patientinnen und Patienten im Einzelsetting auch Dinge ansprechen, die in der Gruppe nicht möglich sind. Oder was sie in der Gruppe einfach nicht sagen möchten.	sensiblere Themen werden oft nur im Einzelsetting angesprochen.	Einzelberatung wurden bereits in Praxis erlebt: sensiblere Themen Konzentration der Diätologin vollkommen auf einer Person Patient wird direkt dort abgeholt, wo er steht persönliche Lösungen persönlicher und individueller
505 – 507	Ja ich glaube schon, dass sie sinnvoller sind, weil sich der Berater besser auf sein Gegenüber einstellen kann. Man kann sozusagen den Patienten dort abholen, wo er gerade ist. Dann werden individuelle Lösungen erarbeitet.	Konzentration der Diätologin vollkommen auf einer Person Patient wird direkt dort abgeholt, wo er steht persönliche Lösungen	
576-577	Ja man kann wirklich besser auf die persönlichen Hindernisse und Probleme eingehen. Das geht in der Gruppenschulung eher unter.	persönliche Hindernisse können besprochen werden persönliche Themen gehen in der Gruppe unter	

1050-1052	Bei Einzelberatungen finde ich, kann man persönlicher und individueller auf Patientinnen und Patienten eingehen und ja, jeder Mensch ist ganz anders. Es ist ganz einfach leichter eine individuelle Ernährungsberatung oder individuelle Therapie, was immer man eben braucht.	persönlicher und individueller jeder Mensch ist ganz anders	

Kategorie 8 Zuordnung Einzelberatung

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
47-84	Läuft über ärztliche Zuweisung. Jeder Patient der zugewiesen wird erhält eine Einzelschulung. Interviewerin: Wer erhält eine Gruppenschulung? Diätologin: Das ist meist auf freiwilliger Basis. Da können sich die Patientinnen und Patienten anmelden. Also wie gesagt, bei den stationären Patientinnen und Patienten machen wir alles in Form von Einzelberatungen, außer die Kochgruppe. Im ambulaten Bereich machen wir eine Einzelberatung, wenn es der Patient wünscht, oder wenn ein Thema vorliegt, dass der Patient gerne einzeln besprechen möchte. Oder wenn es in der Visite angesprochen wird. Oft kommt es vom Patient selber, da	alles einzeln stationär ambulant, wenn es Patient wünscht Visite Wunsch direkt vom Patient, zusätzlich zur Gruppe Tagesklinik wöchentlich 45 Minuten Gruppenschulung Gruppenschulung aus 2 Gründen: Genussfähigkeit Ernährung als gesundheitsförderlicher	alles einzeln stationär ambulant, wenn es Patient wünscht Visite Wunsch direkt vom Patient, zusätzlich zur Gruppe Tagesklinik wöchentlich 45 Minuten Gruppenschulung
50-65			

	bieten wir dann zusätzlich zur Gruppe noch Einzelberatungen. Bei der Tagesklinik muss man dazusagen, dass alle eine Ernährungsgruppe bekommen. Alle Patienten haben wöchentlich eine Gruppenschulung. Die dauert 45 Minuten. Interviewerin: ok Diätologin: Wir haben die Gruppenschulung deshalb implementiert, weil wir grundsätzlich zwei Therapieziele haben, die wir mit allen Tagesklinischen Patienten bearbeiten, das sit einerseits die Genussfähigkeit, von dem profitiert jeder Patient und auf der andererseids, dass Ernährung eine gesundheitsförderlicher Teil des Lebens sein kann. Also wir machen allgemeine Themen und machen Genussübungen. Die Patientinnen und Patienten nehmen es auch gern an. Wir haben es in die Tagesklinik integriert. Das kennt man vielleicht vom Psychosomatikturnus. Das wird soweit ich weiß in anderen Krankenhäusern angeboten, wie auch in Reha - Zentren. Haben wir im Haus nicht, aber das wäre etwas ähnliches.	Teil des Lebens Einzelberatung durch ärztliche Zuweisung Gruppenschulung freiwillig	Einzelberatung durch ärztliche Zuweisung Gruppenschulung freiwillig Einzelberatung durch ärztliche Zuweisung Durch individuelle Fragen bei Gruppenschulung erkannt, dass Einzelberatung sinnvoll wäre, dann mit Arzt besprochen.
579-584	Läuft über ärztliche Zuweisung. Jeder Patient der zugewiesen wird erhält eine Einzelschulung. Interviewerin: Wer erhält eine Gruppenschulung? Diätologin: Das ist meist auf freiwilliger Basis. Da können sich die Patientinnen und Patienten anmelden.	Einzelberatung durch ärztliche Zuweisung Durch individuelle Fragen bei Gruppenschulung erkannt, dass Einzelberatung sinnvoll	Auffälligkeiten wie Nahrungsmittel-unverträglichkeit in Gruppe besprochen, dann Arzt

1054-1066	Diätologin: Naja, also wir sind ja eigentlich zugewiesen von Ärztinnen und Ärzten. Ich kann jetzt nur vom Krankenhausbereich reden und da arbeiten wir natürlich auf Zuweisung, also ich kann jetzt nicht entscheiden, was ich machen soll, aber, wenn ich sehe zum Beispiel in einer Gruppenschulung, dass es sinnvoll wäre mit jemandem ein Einzelgespräch zu führen, dann spreche ich auch mit dem Arzt und dann ist das auch möglich. Also wenn ich zum Beispiel bei einer Gruppenschulung merke, dass sie oder er sehr individuelle Fragen zur Ernährung hat und vor allem zu seiner oder ihrer Ernährung. Oder Beschwerden, wenn sie oft irgendwelche Beschwerden haben, ich weiß nicht, diverse Nahrungsmittelunverträglichkeiten mit Verdauungsbeschwerden, dass ich individuell auf die Person eingehen kann, weil es ist schwierig das auch in der Gruppe zu besprechen.	wäre, dann mit Arzt besprochen. Auffälligkeiten wie Nahrungsmittel-unverträglichkeit in Gruppe besprochen, dann Arzt	

Kategorie 9 Aufbau und Gliederung der Beratung mit depressiven, adipösen P.

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
586-613	Ich denke es ist wichtig, dass man eine ausführliche Anamnese macht. Dadurch lernt man die Patientinnen und Patienten besser kennen. Man lernt ihr Essverhalten, die soziale	ausführliche Anamnese um P. kennenzulernen: Essverhalten, die soziale Struktur, die Gegebenheiten von zu Hause besser kennen. konkrete Zieldefinition:	In der Beratung wichtig: ausführliche Anamnese konkrete Zieldefinition, je nach Patient keine Ziele in Kilo

	Struktur, die Gegebenheiten von zu Hause besser kennen. Man kann sich einfach ein viel Besseres Bild machen, je genauer die Anamnese ist. Dann denke ich, dass eine Zieldefinition wichtig ist. Da ist wichtig, dass man die Patienten dabei unterstützt. Dass das Ziel möglichst konkret genannt wird. Interviewerin: Ok, wie unterstützen Sie den Patienten da? Diätologin: Ich akzeptiere keine Ziele in Kilo, sagen wir es so. Wenn jemand sagt sein Ziel sind 60 Kilo, dann sage ich, ich will einen konkreten Vorteil, was wird dann besser? Wo wollen Sie hin? Ich versuche, dass ich den Patienten so in eine bessere, gesündere Zieldefinition bringe. Interviewerin: Ich könnte mir vorstellen, dass der Patient dann sagt, dass sein Ziel ist in engere Hosen zu passen. Diätologin: zum Beispiel Interviewerin: Und das ist dann das Ziel? Diätologin: zum Beispiel Interviewerin: ok. und erarbeiten sie dann auch konkret mit ihm, was er konkret umstellen muss? Diätologin: Genau, das wäre auch noch so ein	keine Ziele in Kilo bessere, gesündere Zieldefinition durch erfragen der Vorteile: ich will einen konkreten Vorteil, was wird dann besser? Wo wollen Sie hin? gemeinsam konkrete Handlungsempfehlungen erarbeiten	gemeinsam konkrete Handlungsempfehlungen erarbeiten Beratungsleitfaden individuell ganz kleine Ziele zu formulieren

	wichtiger Punkt. Dass man gemeinsam konkrete Handlungsempfehlungen erarbeitet. Interviewerin: Ok, also wenn ich das jetzt noch mal zusammenfasse. Ganz am Anfang steht die Anamnese, dann überlegen Sie gemeinsam ein Ziel, dass möglichst konkret ist. Als nächstes helfen Sie ihm Handlungsschritte zu definieren. Diätologin: Genau. Und der Vorteil in der Betreuung in der Psychiatrie ist, dass wir die Möglichkeit haben, dass wir den Patienten öfter sehen. Ich kann Evaluierungsgespräche anbieten. Das wird auch wirklich in Anspruch genommen. Dann wird evaluiert, wie ist es dem Patienten bei der Umsetzung der Handlungsschritte gegangen? Und wenn das gut gelaufen ist, dann werden weitere Handlungsschritte formuliert. Interviewerin: Und wenn es nicht gut gegangen ist? Diätologin: Dann schaut man, warum ist es nicht gut gegangen? Was hat mich daran gehindert? Was waren mögliche Hindernisse und Probleme?	Vorteil in der Betreuung in der Psychiatrie: Evaluierungsgespräche Besprechung der Umsetzung der Handlungsschritte guter Verlauf: weitere Handlungsschritte formuliert schlechter Verlauf: Hindernisse und Probleme erkennen	

1090-1115	Puh, ok also aufgebaut und gegliedert, das ist schon eine schwierige Frage. Also es gibt ja einen Leitfaden, wie man eine Beratung führen kann, aber um das jetzt kurz zu halten, ähm, das ist so unterschiedlich, also das ist wirklich sehr individuell, wenn ich merke, da ist überhaupt kein Zugang, da findet man keinen Zugang, dann würde ich das auch sehr einfach halten und mit einer Kleinigkeit beginnen und nicht zu viel in die Beratung einpacken. Ich weiß, man möchte immer gern alles tun und alles sagen, was man weiß, aber (lachend) gerade bei depressiven Patientinnen und Patienten ist es sehr wichtig, dass man auf den Menschen eingeht und nicht sein Ding durchzuziehen und alles zu erzählen, sondern, dass man sich vielleicht eine Sache herausnimmt, die einem in der Ernährungsanamnese aufgefallen ist, was vielleicht zu ändern ist. (…) genau, ich würde das schon so sagen, außer ich merke, dass ist zu viel, dann würde ich es nicht so angehen, das ist eben sehr individuell. Ähm, wenn ich merke, der oder die ist sehr aufnahmefähig, dann kann man da schon mehr besprechen, aber jede	Beratungsleitfaden individuell Anamnese machen und mit Kleinigkeiten beginnen – je nach dem Standpunkt des Patienten	

	Verhaltensänderung braucht ja wieder einen anderen Ast. Was kann man stattdessen machen? (…) Wenn er oder sie eigentlich noch nicht bereit ist, dann eben in Etappen, dass man eine Kleinigkeit herausnimmt, wie zum Beispiel, wenn er jetzt nur Limonade trinkt, dass man sich dann mal auf die Getränke stürzt und das Essen mal lässt, wenn er sonst nicht fähig ist da mehr zu machen. Manchmal sind die ja auch nicht so aufnahmefähig, dass man halt wirklich nur eine Sache herausnimmt, weil sie eh oft überfordert sind. Interviewerin: ok, also würdest du sagen, dass es bei depressiven, adipösen Patientinnen und Patienten nochmal wichtiger ist, dass man sich auf ganz kleine Ziele beschränkt. Diätologin: ja	jede Verhaltensänderung braucht ja wieder einen anderen Ast. Was kann man stattdessen machen? Kleinigkeiten, wenn der Patient noch nicht bereit ist, eventuell eine einzige Sacher herausnehmen bei depressiven, adipösen Patientinnen und Patienten noch wichtiger ganz kleine Ziele zu formulieren	

Kategorie 10 Länge einer Beratung

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
622-626	Das ist schwer zu sagen. Ich teile	30 Minuten	30 Minuten

	pauschal immer eine halbe Stunde ein. (…) in 20 Minuten vorbei ist. Aber ich glaube, tendenziell macht es mehr Sinn die Patientinnen und Patienten öfter einzuteilen und dafür kürzer, als nur einmal und dafür eine Stunde.	Sinnvoller PatientInnen öfter kurz zu sehen	Sinnvoller PatientInnen öfter kurz zu sehen als einmal lang
1128-1134	eine halbe Stunde vielleicht. **(…)** Aber mehrmals sehen und weniger Inhalt und weniger Zeit. Also nicht auf einmal eine Stunde beraten, sondern auf zwei Mal eine halbe Stunde.	30 Minuten Sinnvoller PatientInnen öfter kurz zu sehen	

H1 Ergebniserwartung

Kategorie 11 Zeichen, dass P. etwas ändern kann

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
114-138	Also in der Beratung, wenn man den Patient vor sich hat, dann kann man gut auf Körpersprache setzen. Wie beteiligt ist er. Welche Signale sendet er aus? Wie beteiligt ist er? Wie aktiv bringt er sich in die Beratung ein? Man erarbeitet ja Ziele und Tagespläne gemeinsam mit dem Patient. Wie viel kommt da vom	Körpersprache Aktives Mitarbeiten Visite Folgeberatungen auch sehr wichtig Auftrag für Beratung im Vorhinein abholen – wenn der Patient kein Interesse hat, dann weiß man es sofort	Wie man erfährt, ob P. etwas ändern können: Körpersprache Aktives Mitarbeiten Folgeberatungen auch sehr wichtig Erfahren ob Beratung auf Grund von Überweisung oder Wunsch Vordergründiges Therapieziel erfragen

	Patient? Das ist auch etwas, was man auch immer in der Visite ermitteln und evaluieren sollte, denn nur im Einzelgespräch bekommt man gar nicht alles mit, was im Hintergrund eigentlich alles passiert. Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Natürlich kann man auch evaluieren, wenn man den Patienten wieder sieht. Was geht? Was geht überhaupt nicht? Folgeberatungen sind auch sehr wichtig. Interviewerin: Sie haben gesagt Körpersignale, auf welche beachten Sie da besonders? Diätologin: Ich würde sagen, ob ein Patient auch affizierbar ist. Und wie gut er affizierbar ist. Vor allem, wir schauen schon auch immer, dass der Patient an der Beratung teilnehmen möchte. Also, (lachend) wenn der Wunsch des Patienten nicht da ist, oder er nicht bereit ist sich Hilfe zu holen, dann wird es extrem schwierig und bringt auch nichts. Daher wird immer mit den Patienten besprochen, ob sie sich das auch vorstellen können,		bei Visite oder direkt bei P., Essen ist nicht das wichtigste Vorteile davon: Freiheit selbst zu entscheiden und kommt in Handlungsfähigkeit P. erfährt, was wir als Therapeuten denken. 1-mal: Nur über Evaluationsgespräche, anders kann es nicht überprüft werden

	dass sie eine Beratung in Anspruch nehmen. Interviewerin: Also holen Sie sich den Auftrag im Vorfeld vom Patient auch ab? Diätologin: Ja, das machen wir schon. Interviewerin: Vor jeder Beratung oder nur vorm ersten Mal? Diätologin: Nein, das ist etwas Einmaliges. Da rede ich vor allem über die stationären Patientinnen und Patienten. Aber es ist wichtig sich vorher anzuschauen, wie sind die Fortschritte auf der Station? Es werden ja auch immer für jeden Patienten auf der Station eigene Ziele für jeden Patienten erstellt. Es ist wichtig zu schauen, wie passt das dazu. In wie weit kann man da arbeiten. Was ist da im Vordergrund? Ein Patient der die Wohnung und den Job verloren hat und nicht mal weiß, wo er nach dem stationären Aufenthalt wohnen soll, wird nicht so viel Kopf für eine Ernährungsberatung haben. Das muss man sich dann individuell anschauen und entscheiden.	Über Ziele auf der Station informieren, isst Verhaltensänderung bezüglich Essen gerade vorstellbar oder unmöglich? Wie passt das in die gesamte Therapie?	

629-653	Natürlich macht es einen Unterscheid ob sich jemand berieseln lassen kommt, weil er eine Zuweisung erhalten hat oder ob es auf eigenem Wunsch basiert. Es macht natürlich einen großen Unterschied. Also intrinsische Motivation ist sicher förderlich. Wobei es nicht heißt, dass man nicht ein Problembewusstsein schaffen kann. Die Frage ist auch: Wie geht es dem Betroffenen von psychischer Seite? Interviewerin: hm (bejahend) Diätologin: Wir müssen und bewusst sein, dass Essen nicht die Nummer 1 ist, wenn jemand auf Therapie ist. Interviewerin: hm (bejahend) Diätologin: Dann kommt es drauf an: Ok, wie schauen die weiteren Prioritäten aus? Wenn die Adipositas und die Gewichtsreduktion ziemlich weit unten stehen, dann wird der oder die jenige nichts ändern wollen und auch nichts ändern können, weil einfach die Ressourcen für die Therapie	Unterschied: Beratung auf Grund von Überweisung oder Wunsch Intrinsische Motivation von Vorteil Problembewusstsein kann schon geschaffen werden Patient muss ganzheitlich betrachtet werden, Essen ist nicht automatisch das Wichtigste. Prioritäten beim Patienten erfragen, 1. bekommt er dadurch Freiheit selbst zu entscheiden und kommt in Handlungsfähigkeit 2. P. erfährt, was wir als Therapeuten denken.	

	eingesetzt werden. Interviewerin: Ok und wie erkennen Sie, wo die Prioritäten bei den Patientinnen und Patienten liegen? Diätologin: Naja am besten man fragt nach. Das kann man ja einfach machen. Was steht an erster, zweiter, dritter Stelle? Interviewerin: Also direkt beim Patienten nachfragen? Diätologin: Ja ich denke das macht Sinn. Der Patient will ja auch wissen, was wir denken. Interviewerin: hm (bejahend), und interdisziplinär gibt es dazu auch Besprechungen? Interviewerin: Also sie fragen eher beim Patienten nach? Diätologin: ja	Wofür werden Ressourcen derzeit verwendet?	
1127-1143	Naja, also eigentlich im Gespräch, wenn er oder sie davon spricht, er will das jetzt unbedingt ändern, dann merkt man das. Sonst find ich schon auch an der Körperhaltung. Da merkt man es schon gut. Also an der Körperhaltung und	Gespräch mit Patienten Körperhaltung Folgeberatung: Erzählung über Erfolgserlebnisse	

	am Gespräch selbst. Interviewerin: Ok, also du meinst, wenn der Patient sagt, er will das ändern, dann wird er auch wirklich was ändern? Diätologin: Nein, das heißt es nicht. Es heißt, dass er will und möchte, aber es heißt noch nicht, dass er es auch schafft. Dass man es dann merkt ist, wenn man ihn dann öfter sieht und er von seinen Erfolgserlebnissen erzählt, dass sich etwas getan hat. Interviewerin: ok Diätologin: Aber sonst, wie soll ich das merken? Ich sehe den ja nur im Krankenhaussetting, also ich finde das schwierig das zu merken. Also nur hinsichtlich der wiederholten Male die ich hinschaue, da kann ich versuchen zu erfragen, aber ob es dann wirklich so ist weiß ich ja trotzdem nicht. Interviewerin: Ok, also du sagst, man kann durch die Evaluationsgespräche draufkommen, ob der Patient was ändern kann? Diätologin: Ja genau, denn anders kann ich es ja in Wahrheit nicht	Nur über Evaluationsgespräche, anders kann es nicht überprüft werden	

	überprüfen. Interviewerin: Da ist was Wahres dran. (lachend) Diätologin: ja		

Kategorie 12 Planungskompetenzen erkennen

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
140-180	mhm (bejahend). Also wir machen in der Beratung auch Übungen mit den Patientinnen und Patienten, also Einkaufslisten schreiben, also richtige, keine fiktiven. Oder, dass sich der Patient auch Speisen für jede Mahlzeit überlegt, was er sich vorstellen kann. Dann kann man gut abchecken, kommt da was? Kommt da gar nichts? Das sind so Übungen, die man mit dem Patienten auch machen kann. Interviewerin: ok. Aber, wissen die Patientinnen und Patienten dann schon, was eigentlich gesund ist? Ich könnte mir vorstellen, dass die Patientinnen und Patienten das am Anfang noch nicht wissen. Gehen Sie das vorher mit ihm durch? Diätologin: Das ist etwas, das im Anschluss an die Anamnese passiert. Man macht ja mal ein grobes Konzept. Bei den Tagesklinischen Patienten zum Beispiel sich mal bis zum nächsten Mal überlegen. Oder man macht es im Folgetermin, ok, wie kann eine gute Einkaufsliste aussehen? Da hat man dem Patienten aber meist schon Unterlagen mitgegeben. Es steht immer irgendwas gesundes dann	Einkaufslisten schreiben	Planungskompetenz vorhanden, wenn … -Patient Einkaufslisten schreiben kann -Weiß, was er in den kommenden Tagen essen und kochen wird. -die P. von sich aus Fragen zur praktischen Umsetzung haben.

	auch drauf. Das ist mir noch nie passiert, dass nur ungesundes drauf steht. Das funktioniert schon. Aber es wäre spannend, das mal auszuprobieren: Was kaufen Sie denn üblicherweise ein? Das hätte ich noch nie probiert. Und dann könnte man das auch abwandeln. Interviewerin: Man isst das, was man zu Hause hat - also ein sehr guter Ansatz find ich. Diätologin: Und gerade bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten ist oft das Einkaufengehen ein Gewaltakt. Also alleine das zu schaffen. Jemand, der in einer schweren Depression ist, wird einen Einkauf alleine vermutlich nicht schaffen. Weil einfach der Supermarkt oder das Einkaufen Gehen schon zu überfordernd ist. Es ist wichtig bei den Basics anzusetzen. Wenn das dann schon etwas leichter ist, dann kann man es gut trainieren. Dann ist das besser und funktioniert besser. Interviewerin: Also liegt der Fokus in der Beratung bei Ihnen auch: Wie bekommt der Patient sein Essen? Wie wird er versorgt? Diätologin: Ja das muss man sich aber immer anschauen und nicht nur im psychiatrischen Setting. Interviewerin: Absolut ja. Diätologin: Das ist mal das wichtige. Was hab ich zu	gerade bei psychiatrischen Patienten ist einkaufen gehen oft eine Qual. Es ist wichtig bei den Basics anzusetzen. Wenn die Basics sitzen, dann kann man weiter gehen. Es ist auch wichtig mit dem Patienten zu überlegen, was er zu Hause lagern könnte, wenn er mal nicht einkaufen gehen kann.	

654-677	Hause? Auf was kann ich zurückgreifen, wenn ich es heute nicht schaffe einkaufen zu gehen? Ich glaube es macht Sinn, dass man einfach fragt. Dass man den Patienten fragt, ob er eine Idee hat, wie es zu Hause weitergehen soll, welche Ziele er zu Hause verfolgen will oder welche Speisen er zu Hause kochen will. Da sieht man schon, welche Planungskompetenzen ein Patient hat. Wenn jemand weiß, er wird morgen entlassen und hat Null Plan, was er übermorgen essen wird, dann wird die Planungskompetenz zumindest hinsichtlich der Adipositastherapie nicht sonderlich gut ausgeprägt sein. Interviewerin: ok und glauben Sie, dass wir als Diätologen da unterstützen können? Diätologin: Ja glaub ich schon, man muss halt zur richtigen Zeit den Beratungstermin ansetzen. Interviewerin: Wann wäre der richtige Termin? Diätologin: Ich denke so eine Woche vor der Entlassung ist ein Termin auf alle Fälle wichtig um zu schauen, was kann man einkaufen. Welche Speisen kann man zubereiten? Was kann dazwischenkommen? Was sind mögliche	den Patienten direkt fragen, welche Ziele er zu Hause verfolgen wird und welche Speisen er kochen wird Planungskompetenz zumindest hinsichtlich der Adipositastherapie schlecht ausgeprägt, wenn er nicht weiß, was er in den nächsten Tagen kochen wird	

	Hindernisse? Wie kann ich damit umgehen? Das sind diese Vor-Entlassungstermine wo so etwas besprochen wird und ich denke das ist auch wichtig. Wenn der Patient entlassen ist, da kommt so viel auf ihn zu, da wird das Essen nicht oberste Priorität haben. Interviewerin:: Ja das kann ich mir gut vorstellen, da sind andere Dinge wichtiger. Aber das heißt, was kauft man ein? Was kann man Snacken? Was kann man kochen? Besprechen Sie da jedes oder was besprechen Sie da konkret mit dem Patienten? Diätologin: Ich denke, dass kommt drauf an, welchen Eindruck man durch die Anamnese schon hat, ob jemand in der Lage ist, seinen Haushalt zu führen und ein bestimmtes Haushaltsmanagement hat. Ob ihm bewusst ist, dass ein Mehl oder Teigwaren immer zu Hause sein können. Das muss man je nach Patient beurteilen. Interviewerin: Also geht es darauf hinaus, dass die Anamnese einfach wirklich sehr, sehr wichtig ist. Diätologin: ja schon	Anamnese bestimmt zu welchem Thema ich Patienten berate. selbstständige Fragen nach der praktischen Umsetzung	
1145-1160	Das ist eine gute Frage. Also ich würde sagen das merkt man im Gespräch, wenn zum Beispiel Fragen		

	gestellt werden, ähm, zum Beispiel man bespricht jetzt mal Fett, Kohlenhydrate, Eiweiß und man erzählt halt, was eine gute Nährstoffzusammensetzung wäre und dann fragt der Patient von sich aus, na und welche Lebensmittel sind das jetzt? Oder wie kann ich das jetzt umsetzen? Oder was soll ich jetzt einkaufen, wenn ich jetzt einkaufen gehe? Also ich denke diese selbstständigen Fragen. Interviewerin: Also was der Patient konkret tun soll. Diätologin: Genau. Beziehungsweise auch in der Anamnese merkt man es ja schon, wenn sie beginnen von ihren Ernährungsgewohnheiten zu erzählen. Interviewerin: Ok, wie würdest du sagen, merkt man es da? Diätologin: Ähm, zum Beispiel wenn sie jetzt erzählen, sie gehen für die ganze Woche einkaufen und machen sich einen Speiselan (lachend), was jetzt nicht so viele tun (lachend). Also ich hab schon einige, die sich ihren Speiseplan aufschreiben und dann einkaufen gehen, also da merkt man schon, ob jemand Planungskompetenz hat. Interviewerin: Ok, am Einkaufszettel schreiben. Diätologin: mhm (bejahend) zum Beispiel, ja	Schreiben von Einkaufszetteln	

Kategorie 13 Zielerreichung durch mehr Planungs- und Handlungskompetenz

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
172-180	Puh. Also, das ist wieder sehr davon abhängig. Natürlich können erreichte Ziele motivieren weiterzumachen, aber es kann durchaus sein, dass es wieder schwieriger ist, oder, dass es etwas ist, was der Patient vielleicht dann nicht so gut schafft. Also das ist glaub ich immer davon abhängig, wie geht es dem Patient im Moment, was ist möglich? Was ist das genaue Ziel? Also pauschal ja würd ich da jetzt nicht sagen. Es ist alles sehr individuell und subjektiv (lachend). Interviewerin: ja (lachend) Diätologin: Aber es kann schon eine ganz gute Motivation darstellen, natürlich, weiterzumachen. Um zu sagen, jetzt hab ich das schon erreicht. Da kann man dann motivieren und fördern und vorschlagen, ob man was Neues erreichen will. Das kann man	individuell und subjektiv, also nicht pauschal kann aber in der Beratung durchaus als Motivation und Förderung eingebaut werden	Menschen mit viel Planungs- und Handlungskompetenz erreichen ihr Ziel laut Erfahrung der Diätologinnen nicht unbedingt sicherer als Menschen mit wenig Handlungs- und Planungskompetenz. individuell und subjektiv, also nicht pauschal

	auf jeden Fall einbauen.		
696-702	hm (bejahend), prinzipiell liegt das Nahe. Wobei die Praxis hat es auch schon anders gezeigt. Wenn man wirklich gut und regelmäßig betreut und eine stabile Beziehungsebene hat, dann kann es natürlich auch sein, dass eine Person mit einer geringen Planungs- und Handlungskompetenz seine Ziele erreicht. Nur glaube ich, muss man da als Berater eine klare Linie vorgeben. Interviewerin: ok. Spannendes Stichwort: Beziehungsebene. Sind Sie der Meinung, dass das ein wichtiger Punkt im psychiatrischen Bereich ist? Diätologin: Unabdingbar.	Praxis schon oft Gegenteil bewiesen auch Menschen mit geringer Planungs- und Handlungskompetenz haben schon oft Ziele erreicht. Beziehungsebene Unabdingbar	
1163-1211	Ja. Also ich kann kein konkretes Beispiel nennen, aber ich habe manche die sogar bei der Beratung mitschreiben. Ich hab welche, die da wirklich dahinter sind.	Die P., die mitschreiben, die setzen es am ehesten um.	

	Die schaffen es dann auch. Da kommen dann auch so Erfolgserlebnisse wo dann einfach eine Patientin herkommt und sagt, dass sie das gemacht hat, was ich ihr gesagt habe und es geht ihr jetzt viel besser. Interviewerin: Schön (lachend) Diätologin: Ja. Interviewerin: Also du hast gesagt, die die mitschreiben, die setzen es dann eher um? Diätologin: Ja hab ich schon so beobachtet, wobei es viele natürlich gibt, bei denen es dann einfach stockt. Sie wissen zwar alles, sie schreiben alles mit, aber trotzdem stagniert es dann und sie können es nicht umsetzen. Die gibt es natürlich auch. Also ich will nicht sagen, dass es jeder schafft, der mitschreibt und Planungs- oder Handlungskompetenz hat.	Bei manchen stagniert aber einfach alles, die schreiben zwar mit, aber es stockt.	

H2 Präaktionale Phase

Kategorie 14 Zeichen Willen Verhaltensänderung

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion

182-232	Das hatten wir eh schon, wenn ein Patient direkt auf mich zukommt und aktiv ein Gespräch möchte ist schon mal ein gutes Zeichen. Das haben wir zum Beispiel in der Tagesklinik, dass sie Patientinnen und Patienten auf mich zukommen, da kennen sie mich schon aus der Gruppe. Da sage ich auch immer dazu, dass wir uns gerne einen Einzeltermin ausmachen können, wenn sie etwas mit mir alleine besprechen wollen. Aber auch stationär kommen die Patienten oft auf die Visite zu und sagen, sie wollen gern mit einer Diätologin sprechen. Und in der Beratung auch: Wie sehr bringt sich der Patient ein? Kommen Fragen? Kommen da? Löchern sie einen? Wollen Sie Unterlagen? Es gibt auch genug Patienten, die wissen nicht, was ich mache, aber die soll mir halt mal erzählen, was ich da mache und ich hör zu und lass mich berieseln. (lachend) Interviewerin: ok (lachend) Diätologin: Aber es	Wenn ein Patient von sich aus das Gespräch mit der Diätologin/dem Diätologen aufsucht, dann zeigt das, dass er sein Verhalten ändern will. Patienten suchen auch Gespräch mit Visite auf und bitten um Beratung bei Diätologin. In der Beratung erkennt man es daran, wie aktiv sich ein P. einbringt, wie viele Fragen er stellt, ob sie Unterlagen wollen; Manche lassen sich auch nur berieseln. Zeichen Willen Verhaltensänderung	P. wollen ihr Verhalten ändern, wenn … -Sie von sich aus um ein Gespräch bitten. -sie sich aktiv einbringen und nach Unterlagen fragen. -Anamnese ausführlich beantwortet wird. Je ausführlicher das ganze passiert, umso mehr Interesse wird da sein. Fordernde Patienten wollen ihr Verhalten ändern. Depressive, adipöse sind aber eher nicht fordernd.

	ist dann im Beratungsgespräch, da merkt man oft recht schnell, ob da etwas gut möglich ist, oder nicht. Dann ist es immer davon abhängig, was läuft sonst auf der Station? Wir hatten durchaus auf der Station Erfolge bei den Patientinnen und Patienten. Aber auch in der Tagesklinik, dass man merkt, es geht ihnen mit dem Essen besser. Oder, dass man merkt, ok, sie konnten ein gewisses Ernährungsverhalten verbessern.	merkt man im Beratungsgespräch schnell. Abhängig von anderen Faktoren, z.B.: wie läuft es auf der Station?	
726-744-762	Wenn der Patient ins Büro kommt starte ich das Gespräch gleich damit: Herr Huber, ich hab da eine Zuweisung vom Arzt bekommen. Wie schaut denn das aus, war das Ihre Idee oder sind Sie da mehr oder weniger dazu verpflichtet worden. mit einem Lächeln im Gesicht. Und dann kommt eh das Lächeln retour mit der Zwangsverpflichtung oder es kommt eben: Nein, es war meine Idee. Interviewerin: wie gehen Sie dann vor?	Gleich beim Gesprächseinstieg danach fragen, wessen Idee das Gespräch war. In Wahrheit erkennt man Interesse an Verhaltensänderung eh schon an der Anamnese.	

1215-1220	Diätologin: Dann sag ich: Naja Herr Huber, Sie sind ja jetzt schon da, wäre ja schade um die Zeit. Wenn Sie jetzt umsonst wieder retour gehen würden. Ich mache Ihnen einen Vorschlag. Schauen Sie es sich doch einfach einmal an. Es ist noch nie einer gegangen. Je nachdem, wie das Interesse dann besteht, ob ich wirklich das Gefühl habe, mein Gegenüber lässt sich ein bisschen berieseln, dann wird das in einer Einzelberatung enden. Wenn ich aber merke, oh, da springt wer auf mein Boot auf, dann kann das durchaus was Häufigeres werden. Dann geht es schon ganz normal mit der Anamnese los. In Wahrheit erkennt man es auch schon an der Anamnese wie das Interesse ist. Je ausführlicher das ganze passiert, umso mehr Interesse wird da sein. Weil manchmal hat man das Gefühl, da wird die Hälfte unter den Tisch gekehrt. Oder Jemand gibt die Antworten schon ein bisschen gequält, dann … ja... versucht man, dass man es für beide Parteien	Je ausführlicher das ganze passiert, umso mehr Interesse wird da sein. Wenn P. kein Interesse hat, dann nur die wichtigsten Inputs, Broschüren und Hinweis, dass sie sich jederzeit melden können.	

	nicht zu lange macht. Man gibt die wichtigsten Inputs mit, die Broschüren und sagt, wenn Sie was brauchen, dann melden Sie sich einfach. (…) Also man merkt es eh schon bei Patientinnen und Patienten, die fordernd sind. Aber bei depressiven, adipösen ist es so, die sind eher nicht so fordernd muss ich sagen. Das sind dann eben Patientinnen und Patienten, die dann eben fordern und die sagen: (…)	Fordernde Patienten wollen ihr Verhalten ändern. Depressive, adipöse sind aber eher nicht fordernd.	

Kategorie 15 erfolgreichste Ressourcen erkennen

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
227-253	Also Ressourcen sind immer etwas worüber wir in der Visite sprechen. (…) Diätologin: Also wo kann man ansetzen, gerade, wenn es um die Ernährung geht, ist es hilfreich, wenn es Patientinnen und Patienten sind, die kochen können. Also (lachend) das kann man oft gut nutzen. Das geben wir den Patientinnen und	Über Ressourcen wird in der Visite gesprochen. Ressourcen helfen, um später daran andocken zu können.	Es gibt verschiedene Möglichkeiten um Ressourcen zu erkennen: Visite, ist auch wichtig, dass alle gemeinsam an einem Strang arbeiten. Anamnese meist nebenbei vom P. erwähnt

	Patienten auch immer mit. Schauen Sie, Sie können ja kochen, das macht Ihnen ja auch Spaß. Da können wir immer etwas andocken. Und.. Oder, wenn Patienten neugierig sind und etwas ausprobieren wollen. Das ist viel Feingefühl, das man beim Patientenkontakt braucht. Wir besprechen es auch immer in der Visite. Also in der multiprofessionellen Visite. Was sind die Ressourcen des Patienten? Wie kann man die individuell in der Therapie fördern? Wie kann der Patient die auch individuell nutzen? Das ist nichts, auf das wir alleine draufkommen müssen, das ist etwas, das kann man nutzen. Was ganz gut ist, wenn man das im multiprofessionellen Team bespricht. Interviewerin: Weil Sie jetzt schon öfter das Multiprofessionelle Team angesprochen haben. Wie läuft so eine Besprechung bei Ihnen ab? Diätologin: Also wir machen es so und das läuft auf allen Stationen gleich, dass die Patientinnen und Patienten der Reihe nach besprochen werden. Jedes Teammitglied gibt die Eindrücke, die man innerhalb von einer Woche gesammelt hat weiter. Ganz zum Schluss wird dann besprochen, was sind jetzt weiter die Ziele und wo setzen wir den Schwerpunkt in der	Im Kontakt mit Patienten ist viel Feingefühl notwendig. In der multiprofessionellen Visite werden zuerst wichtige Eindrücke zu allen P. durch die Teammitglieder gesammelt und anschließend die Ziele und Schwerpunkte der Therapie geplant oder besprochen.	Kleine Details, die nebenbei erwähnt werden, können nicht nur gut als Ressource verwendet werden, sondern fördern auch die Beziehung zum P. Leitfaden, der speziell für den psychiatrischen Bereich mit einer Psychologin

	Therapie? Das wird dann verschriftlicht und dokumentiert. Genau. Also man bespricht den Patienten an sich reihum. Also da sitzt dann die Ergotherapeutin, die Physiotherapeutin, die Musiktherapeutin, die Psychologin. Ich als Diätologin, die Ärztin, Sozialarbeiterin, die Pflegeperson. Das ist eine klassische Therapierunde. Da gibt jeder seine Eindrücke wieder. Dann bespricht man am Ende, was der Plan ist. Interviewerin: Das hört sich sehr effektiv an. Diätologin: Ja, es ist auch notwendig, denn sonst arbeitet jeder ins Blaue hinein. Das ist gerade in dem Bereich, eigentlich in jedem medizinischen Bereich wichtig. Auf der Psychiatrie wird es halt glaub ich schon, also ich kann jetzt nur für unser Haus sprechen, aber ich nehme an, es wird in anderen Häusern nicht anders sein, wird das schon sehr aktiv gelebt. Ich glaube das wird auch im Rahmen der Anamnese oft ganz klar. (…) weil dann ist zum Beispiel zu Hause der Hund mit dem man spazieren geht, der irgendwie nebenbei erwähnt wird. Dann steht bei mir in der Anamnese	klassische Therapierunde: Ergotherapeutin, die Physiotherapeutin, die Musiktherapeutin, die Psychologin, Diätologin, die Ärztin, Sozialarbeiterin, die Pflegeperson. Die regelmäßige multiprofessionelle Visite ist notwendig, damit alle an denselben Therapiezielen arbeiten. Die erfolgreichsten Ressourcen erkennt man in der Anamnese. Die wichtigsten Ressourcen werden meist nebenbei vom P. erwähnt.	
765-777			

	der Hund dabei und idealerweise auch der Name vom Hund. Ich würde mir den Namen nie merken, aber ich schreibe es dazu. Wahrscheinlich ist es nirgends wichtig, dass es dokumentiert ist. Aber für mich kann es in der dritten Beratung ein Schlüsselwort sein. Wenn ich zum Beispiel sage: Wissen Sie, der Flocki freut sich sicher, wenn Sie regelmäßig mir dem zu Hause spazieren gehen. Und sie antworten: Ja, der würde sich sicher freuen. Das mach ich. (…) Interviewerin: ich kann mir auch vorstellen, dass Sie dadurch die Beziehungsebene ganz stark fördern. ja klar(…) - na im Gespräch, also aus der Ernährungsanamnese, aus dem Gespräch. (…) Diätologin: ähm, so grobe Gliederung hab ich schon. Ich frag mal nach dem Gewicht, nach der Körpergröße, nach den Essgewohnheiten, vorher ob sie schon mal eine Ernährungsberatung hatten, dann Ernährungsgewohnheiten, ähm, ob sie Frühstück, Mittag, Abendessen haben, ob sie dazwischen etwas essen. Dann haben	Diese zu notieren kann in längerer Betreuung hilfreich sein. Kleine Details, die nebenbei erwähnt werden, können nicht nur gut als Ressource verwendet werden, sondern fördern auch die Beziehung zum P. Erfolgreichste Ressourcen erkennt man am besten aus der Anamnese. Hilfreich um Ressourcen zu erkennen ist nicht nur die Erhebung von antropometrischen Daten, Lebensmittelgruppen, Ernährungsgewohnheiten, usw., sondern auch ein Leitfaden, der speziell für den psychiatrischen Bereich mit einer	
- 1230-1258			

	wir einen Leitfaden. ähm, das ist einfach so ein Leitfaden, wo auch drinnen steht, wo man Fragen stellt und die Patienten antworten mit: Ja, Nein, Weiß nicht. Das sind zum Beispiel Fragen wie: Ich esse schnell, ich esse die Reste der anderen, ... also das ist wirklich ein sehr spezieller Fragebogen. (…) Diätologin: Ja, das ist er wirklich. Da les ich sehr viel heraus und auch die Patientinnen und Patienten sind häufig überrascht, was ich sie jetzt plötzlich frage. Also genau diesen Fragebogen und darunter gibt es nochmal die Lebensmittel, wie oft sie die in der Woche konsumieren. Da können sie auch sagen, ob sie das täglich, wöchentlich und so weiter essen. Dann frag ich natürlich, wenn es sich im Gespräch ergibt, wenn sie es noch nicht von sich selbst erzählen, was sie arbeiten, ob sie viel in Bewegung sind, wer zu Hause kocht, woher sie das Essen beziehen, ob sie rauchen, das mit dem Alkohol ist eh im Fragebogen. Ja, also das sind mal die grundlegenden Fragen. Interviewerin: Ok, also ich merk, da ist das erste Gespräch dann hauptsächlich die Anamnese mit dem Patienten. Wie viele Fragen sind ungefähr auf	Psychologin entwickelt wurde. Dieser Fragebogen ist nicht nur detailreich, sondern hilft auch ungünstige Essgewohnheiten zu entlarven. Die P. können mit: ja, nein, weiß nicht antworten.	

	dem vorgegebenen Fragebogen? Diätologin: Ich glaube 15 oder 16. Interviewerin: Und wie erklärst du den Patientinnen und Patienten das dann? Denn ich könnte mir vorstellen, dass sie dann teilweise sehr verunsichert sind, da es ja doch sehr persönliche Fragen sind. Diätologin: Also ich sag, dass ich eben einen Fragebogen hab. Sie können mit: Ja, Nein, Weiß nicht antworten können, dass sie ehrlich sein sollen und, dass es ja eh vertraulich behandelt wird, denn nur so kommt man auch zu einem guten Ergebnis und nur so kann man vielleicht etwas ändern. Und wenn sie nicht antworten wollen, dann können sie ja eh "weiß nicht" sagen.	Beim ersten Gespräch wird hauptsächlich die Anamnese durchgeführt. Den P. wird mitgeteilt, dass die Antworten vertraulich behandelt werden und, dass sie auch mit „weiß nicht, antworten können, wenn sie es nicht sagen sollen.	

Kategorie 16 Förderung der Ressourcen

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
257-264	Es geht vor allem darum, dass man dem Patienten in der Gruppe, hm ich	Das was der Patient schon kann laut aussprechen, so,	Förderung der Ressourcen ist am effektivsten:

	weiß nicht, ob mir ein Beispiel einfällt. Dass man zum Beispiel wenn ein Patient als Ressource sein Wissen hat im Bereich Ernährung, dass man den Patienten in der Gruppe ins Boot holt. Und sagt: Was sagen Sie dazu? Was ist Ihre Meinung dazu? Auch immer im Einzelgespräch, na Sie kennen sich da ja gut aus. Wie würden Sie das jetzt weitermachen? Also dieses positive Verstärken kann man da recht gut einsetzen. Interviewerin: mhm (bejahend). Positives Verstärken, ja.	dass der Patient wirklich bemerkt, was er kann. positives Verstärken	-Das was der Patient schon kann laut aussprechen, so, dass der Patient wirklich bemerkt, was er kann. -positives Verstärken -Loben -Über Vorteile von neuem Verhalten sprechen -Wertschätzung von bereits vorhandenen Ressourcen
800-805	Also wenn die Ressourcen schon eingesetzt werden, dann wird gelobt. Weil ich glaub, auch erwachsene Personen, egal ob mit psychiatrischer Diagnose oder nicht, sie mögen es gelobt zu werden. Vor allem, wenn dann der Gedanke kommt: Jetzt könnte ich öfter spazieren gehen mit Flocki, dann versuche ich es positiv zu Verstärken. (…) Es gibt ein Beschwerdemanagement, aber es gibt kein Lobmanagement. Naja, dass man da	Loben positiv verstärken	

1262-1284	darüber spricht. Oder das Beispiel mit dem Hund, dass man von den Vorteilen spricht und auch von der Freude mit dem Tier und, dass sie dann einfach an die frische Luft kommen und, ja die Vorteile einfach aufzählen und. Also ich selbst kann das ja nicht wirklich fördern. Ich kann da ja nur drüber sprechen und versuchen es irgendwie schmackhaft zu machen und sie können es dann ja nur selbst umsetzen. Oder zum Beispiel , weil du gesagt hast, die Frau die kocht, dass man auch sagt, wie wertvoll das nicht ist. (…) Diätologin: Nein. Also ich bin da schon sehr. Ich versuche die Selbstständigkeit im Patienten zu wecken. Ich bin da schon sehr so, dass ich die Patientinnen und Patienten denken lasse. Also natürlich, wenn sie jetzt gar nicht wissen, was sie jetzt tun sollen, dann helf ich schon und helf ihnen etwas zu finden oder mit ihnen eben eine Ressource zu finden, an der sie irgendwie festhalten können, und dass sie selbst, von selbst draufkommen eigentlich, ja. Interviewerin: Ok, also du legst den Fokus deiner Beratung eher so, dass die Patientinnen und Patienten selbst drauf kommen? Diätologin: Ja, weil ich	Über Ressourcen sprechen Vorteile von neuem Verhalten benennen Wertschätzung von bereits vorhandenen Ressourcen, wie Frau die kocht. P. selbst die Vorteile aufzählen lassen Es ist besser, das P. selbst etwas aussprechen als, dass die DiätologInnen Vorschläge machen, weil die P. es sonst entweder nicht hören, nicht wahrnehmen. Die eigene Erkenntnis ist viel wichtiger, als dass die/der Diätologin/e etwas vorgibt.	

	aus Erfahrung weiß oder das Gefühl habe, dass, wenn ich etwas vorgebe, kann auch sein, dass sie das gar nicht aufnehmen, wahrnehmen, zuhören und wenn jemand selbst von sich etwas entdeckt oder eine Erkenntnis gewinnt, dann ist es ja etwas ganz anderes, als wenn es mir wer sagt.		

Kategorie 17: Zahl vereinbarte Ziele pro Beratung

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
86-92	Eine ganz genaue Zahl kann ich da nicht nennen (lachend) . Interviewerin: ok. Diätologin: Die Ziele ergeben sich oft durch die Anamnese. 3 ergeben sich oft durch die Anamnese. Es kann aber auch oft nur eines sein. Eine Woche lang an einem Ziel zu arbeiten macht auch viel Sinn. Also einen halb Liter Cola auf einen halben für eine Woche zu kürzen reicht schon. Wenn die Patienten in der Tagesklinik schon etwas fitter sind,	1-3 Ziele pro Beratung sind angemessen. Es kann auch sein, dass ein Ziel pro Woche ausreicht.	Ein Ziel pro Beratung, wenn der Patient aufnahmefähig und motiviert ist, dann 1-3 Ziele pro Beratung, max. 3

810-812	dann kann man schon gut mit 3 Zielen arbeiten. Es kann aber auch sein, dass eines vollkommen ausreichend ist.		
1287	Maximal 3. Die Ziele werden gemeinsam erarbeitet. Es sind oft nur ganz kleine Teilziele. Das sind aber keine Gewichtsziele, wie die Hose oder das Gewicht, sondern: Ich möchte nächste Woche täglich 2 Portionen Obst essen. Oder: Ich möchte täglich maximal eine Dose Cola trinken.	Maximal 3 Ziele sollten pro Beratung ausgemacht werden. Diese sollten wirklich als aktive Veränderung der Handlung konkret formuliert sein. Gewichtsziele gelten nicht als Therapieziele.	
	Wenn es ein ganz schwerer Fall ist, dann ein Ziel. Ansonsten eins bis drei.	Ein Ziel pro Beratung, wenn der Patient aufnahmefähig und motiviert ist, dann 1-3 Ziele pro Beratung	

H3 Effektivitätssteigerung durch Erreichen des Teilziels

Kategorie 17 Schnellere Zielerreichung durch Teil – Ziel

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
269-298	Diätologin: Ja das kann natürlich eine Motivation sein, dass man weiter tut. Es ist aber auch immer sehr davon abhängig, über welche Ziele man da spricht. Vielleicht ist es einem Patienten sehr leicht gefallen die Getränke umzustellen. Also wenn wir an depressive, adipöse Patientinnen und Patienten denken, also ein Therapieziel wäre, dass ein Patient, der sehr gerne zuckerreiche Getränke trinkt. Dass man dann sagt: ok, von den eineinhalb Liter Cola sind wir auf einen halben Liter Cola light runter sind. Aber das Ziel regelmäßig zu essen geht noch nicht, weil die Tagesstruktur noch nicht hin haut. Also es hängt sehr davon ab, welches Ziel? Über welches Ziel sprechen wir? Ich würde das nicht von vorn herein mit ja beantworten, aber es kann natürlich eine gute Motivation sein. Das erlebe ich auf alle Fälle.	Erreichen eines Teilziels kann Ansporn für weitere Verhaltensänderungen sein Definitiv ja, wäre falsch, da jedes Ziel unterschiedlich schwer und in Abhängigkeit mit der Tagesstruktur und anderen äußeren Einflüssen in Einklang gebracht werden muss.	Das Erreichen eines Teilziels kann Ansporn für weitere Verhaltensänderungen sein und wird auch so beobachtet. Definitiv ja, kann man aber nicht sagen, da jedes Ziel unterschiedlich schwer und in Abhängigkeit mit der Tagesstruktur und anderen äußeren Einflüssen in Einklang gebracht werden muss. Erst wenn ein Teil – Ziel erreicht wurde, dann kommt das nächste dazu. Als unerreichbar eingestufte Ziele werden gestrichen. Es ist sinnvoll, wenn man zuerst kleine Teil –Ziele erreicht, bevor man sich zu großen Themen widmet. Je weniger Ziele man vorgibt, umso leichter ist das Erreichen.

	Interviewerin: Also wenn die Patientinnen und Patienten dann schon geschafft haben ein Ziel in den Alltag zu integrieren, wie bestimmen Sie dann die nächste Ressource, die geändert werden kann? Funktioniert das dann wieder im Multiprofessionellen Team? Durch Patientenbefragung? Diätologin: Nein, also natürlich kann man es teilweise im Team besprechen, aber wir arbeiten schon auch Selbstverantwortlich. Das ist etwas, was man aus der Anamnese raus nimmt. Interviewerin: ok Diätologin: Weil wenn ich einen Patienten habe, wo ich sehe, das ist einfach zu Hyperkalorisch, oder es ist wirklich dieses klassische keine geregelten Mahlzeiten oder am Abend unglaublicher Heißhunger, weil am Tag nichts gegessen wurde, dann sammle ich das mal für mich zusammen und mache dann Schritt für Schritt die Zielsetzung. Man kann ja auch den Patienten dazu	Durch die Anamnese entstehen die nächsten Therapie-Ziele.	Da im Krankenhaus ein anderes Umfeld als zu Hause ist, können Ziele für zu Hause kaum erarbeitet werden. Im Krankenhaus werden schon Teil – Ziele umgesetzt. Im Krankanhaus können Teil – Ziele, wie zum Beispiel regelmäßiges Essen, umgesetzt werden. Außerdem ist es ein guter Erfolg, wenn

	hinführen. Beziehungsweise auch immer wieder Rücksprache halten und im Sinne von motivational Interviewing den Patienten ins Boot holen. Was glauben Sie, was jetzt noch wichtig wäre? Was können Sie sich vorstellen, dass Sie umsetzen? Im Hintergrund hab ich ja immer ein gesamtes Konzept, wo ich mit dem Patienten hinwill, nur in wie weit das mit dem Patienten möglich ist, das ergibt sich in den Gesprächen und da ist auch immer wichtig zu schauen, was ist da überhaupt möglich und das kann man mit solchen Fragestellungen sehr gut machen: Was können Sie sich vorstellen? Ist das möglich für Sie? Klingt das umsetzbar für Sie? Und was bei den Therapiezielen auch immer besonders wichtig ist, ist: Je konkreter, umso besser. Also nicht nur fettarm essen, denn das ist viel zu abstrakt. Da kann sich kein Mensch was darunter vorstellen, sondern wirklich ganz ganz konkret zu sagen, ok ich ess wirklich nur mehr einmal im Monat was	Motivational Interviewing kann dabei helfen mit dem Patienten gemeinsam neue Ziele zu definieren. Je konkreter ein Therapieziel ist, umso wahrscheinlicher ist die Umsetzung.	man zwischendurch nichts isst und auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr achtet. Gut kauen und langsam essen sind auch gute Teil - Ziele.

815-837	Frittiertes zum Beispiel. Es funktioniert dann auch besser. Je konkreter umso greifbarer ist es für die Patientinnen und Patienten. Ja, das denke ich schon, weil man hat ja auch das Gefühl: Ja ich, habe es geschafft. Der Selbstwert wird wieder gesteigert. und es werden im Rahmen der Therapie auch nur weitere Teilziele formuliert, wenn das vorherige erreicht wurde. Oder wenn das vorherige als "unerreichbar" eingestuft wird, im derzeitigen Moment. Sonst bleiben die Teilziele stehen. Interviewerin: ok Sie haben, da jetzt 2 wirklich wichtige Dinge angesprochen. Also 1. Sie sind der Meinung, dass der Selbstwert schon gesteigert wird, wenn ein Teil - Ziel erfüllt wurde? Diätologin: ja denke ich schon. Interviewerin: ok und 2. Sie gehen nach dem Prinzip vor: Wenn ein Teil - Ziel	Schnellere Zielerreichung durch Umsetzung der Teil – Ziele wurde auch in der Theorie beobachtet, weil der Selbstwert gesteigert ist. Es werden erst neue Therapieziele formuliert, wenn das vorhergehende erreicht oder als „unerreichbar“ eingestuft wurde. Erst wenn ein Teil – Ziel erreicht wurde, dann kommt das nächste dazu. Wenn ein Ziel als unerreichbar gilt, dann wird es gestrichen.	

	erreicht wurde, dann kommt erst das nächste dazu. Diätologin: mhm (bejahend) Interviewerin: und wenn eines als unerreichbar eingestuft wird, dann lässt man es weg. Diätologin: hm (bejahend) Interviewerin: ok, sehr gut. Diätologin: Ich glaub es ist zum Beispiel beim Naschen oft ein großes Problem. Ich denke viele suchen sich das Naschen als großes Ziel aus. Ich denke, dass ist aber meistens zu groß. Es ist eines der schwierigsten Ziele. Bevor man das Gefühl hat, man scheitert von Woche zu Woche. Ist es doch gscheiter, man sagt: Ok, der Zeitpunkt passt nicht, das probieren wir später mal. Wir haken jetzt mal ein paar andere Teilziele ab. Dann hat man mal ein paar Teil - Ziele erledigt, was ja super ist. Dann kann man sich dem komplzierten Ziel "Naschportion" nähern. Interviewerin: Ok, also ist es im psychiatrischen	Naschen ist eines der schwierigsten und größten Ziele, das sich aber die meisten Patienten aussuchen. Es ist sinnvoll, wenn man zuerst kleine Teil –Ziele erreicht, bevor man sich zu großen Themen wie der „Naschportion“ widmet. Je weniger Ziele man	

1292-1316	Bereich mit depressiven, adipösen Patientinnen und Patienten besonders wichtig, dass man ganz leicht umsetzbare, ganz kleine, konkrete Ziele formuliert. Diätologin: Ja. Ja, also, je weniger Ziele man vorgibt, desto einfacher ist es natürlich. Weil, wenn man drei Ziele da hin knallt, was eh nicht passiert, weil das ja immer mit dem Patient gemeinsam besprochen wird. Aber es sind ja keine schwierigen Ziele, die ich da oft gebe. Aber natürlich, wenn das nur ein Ziel ist und beim nächsten Mal, wenn man sich sieht, dann kommt wieder ein Ziel dazu, dann ist es natürlich einfacher, weil man sich sukzessive darauf vorbereiten kann oder das ändern kann, diese eine Sache. Interviewerin: Ok, da schaffst du dann eh ganz schön viele Ziele mit einem Patienten, wenn du den einmal pro Woche siehst. Diätologin: Ja, also	vorgibt, umso leichter ist das Erreichen. Wenn ein Ziel erreicht wurde, dann ist es leichter das nächste Ziel zu erreichen. Da im Krankenhaus ein anderes Umfeld als zu Hause ist, können Ziele für zu Hause kaum erarbeitet werden.	

	es ist schon so, dass man da gut Ziele erreichen kann, aber ich berate ja gern dann für zu Hause und nachdem die aber im Krankenhaus einfach nicht ihr gewohntes Umwelt haben, ist es auch schwierig etwas zu ändern in dem Krankenhaus - Setting. (…) Interviewerin: Was für Veränderungen oder Teilziele schaffst du dann im Krankenhaus zum Beispiel? Diätologin: Hm, das ist eigentlich eh schon vorgegeben. Ich sag einfach oft regelmäßig essen und nachdem sie im Krankenhaus regelmäßige Mahlzeiten bekommen, haben sie das ja schon. Sie dürfen schon, aber sie sollten dann darauf achten, dass sie zwischendurch nichts essen, was sie ja machen können. Sie können teilweise zwischendurch einkaufen gehen oder sich was liefern lassen. Das ist schonmal ein Zwischenziel, dass sie regelmäßig essen. Oder bei der Flüssigkeitszufuhr, dass sie ausreichend trinken.	Im Krankenhaus werden schon Teil – Ziele umgesetzt. Im Krankanhaus können Teil – Ziele, wie zum Beispiel regelmäßiges Essen, umgesetzt werden. Außerdem ist es ein guter Erfolg, wenn man zwischendurch nichts isst und auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr achtet. Gut kauen und langsam essen sind auch gute Teil - Ziele.	

	Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Oder was mir noch einfällt als Ziel ist gut kauen und langsam essen. (…)		

Kategorie 19 Motivation durch Erreichen eines Teil – Ziels

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
274-287	Ja das kann natürlich eine Motivation sein, das man weiter tut. Es ist aber auch immer sehr davon abhängig, über welche Ziele man da spricht. Vielleicht ist es einem Patienten sehr leicht gefallen die Getränke umzustellen. Also wenn wir an depressive, adipöse Patientinnen und Patienten denken, also ein Therapieziel wäre, dass ein Patient, der sehr gerne zuckerreiche Getränke trinkt. Dass man dann sagt: ok, von den eineinhalb Liter Cola sind wir auf einen halben Liter Cola light runter sind. Aber das Ziel regelmäßig zu essen geht noch nicht, weil die Tagesstruktur noch nicht hin haut. Also es hängt sehr davon ab, welches Ziel? Über welches Ziel sprechen wir?	Es kann eine Motivation sein, weitere Ziele zu erreichen, wenn bereits eines in den Alltag integriert werden konnte. Es kommt aber auch darauf an, wie schwer das nächste Ziel ist.	Durch Erreichen eines Teilziels steigt nicht nur die Motivation, sondern auch der Selbstwert. das nächste Ziel muss wieder klein, konkret und umsetzbar sein. Ein Erfolgserlebnis fördert das nächste Erfolgserlebnis.

	Ich würde das nicht von vorn herein mit ja beantworten, aber es kann natürlich eine gute Motivation sein. Das erlebe ich auf alle Fälle.		
851-862	Ja. Wie schon erwähnt glaub ich, dass die Motivation und auch der Selbstwert nach dem Erreichen eines Teilziels steigt. Es wird dann leichter, weitere Ziele zu erreichen.	Durch Erreichen eines Teil . Ziels steigt nicht nur die Motivation, sondern auch der Selbstwert.	
1331-1333	Ja schon, also wenn man mal ein Erfolgserlebnis hat und dann auf dieser Strecke ist, wo dann alles gut läuft, dann ist es auch leichter ein weiteres Ziel zu erreichen, das bemerk ich schon ja.	Ein Erfolgserlebnis fördert das nächste Erfolgserlebnis.	

H4 Kategorisierung durch Erfahrung

Kategorie 20 Eigene Stufen der Handlungsfähigkeit

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
311-313	(…) Also ich mache es nicht (…)Zumindest nicht bewusst. Und auch nicht in irgendeiner	Teilt nicht nach Handlungsfähigkeit, zumindest bewusst	Diätologinnen haben sich noch keine Gedanken darüber gemacht und teilen daher nicht bewusst

	Weise verschriftlicht oder dokumentiert (…) ist ein Patient therapiefähig oder nicht. Sicher. Das wäre eine Möglichkeit.		ein. Möglichkeiten zur Einteilung: gut oder er ist schlecht handlungsfähig. Einteilung nach Ressourcen
855-862	Also üblicherweise, ehrlichgesagt gar nicht. (…) alleine lebensfähig. Schafft er es allein zu Hause oder braucht er eine Frau Huber um Essenstechnisch versorgt zu sein. Kocht der Patient selbst oder geht er außer Haus. Geht der Patient überhaupt außer Haus oder ist der Patient Großteils in der Wohnung eingesperrt unter Anführungszeichen. (…)nach Ressourcen einteilen. Diätologin: ja (lachend) (…)er es eben zu Hause nur selbst managen kann. Oder auch, wenn er es managen kann, dass jemand anderer für ihn einkaufen geht. Interviewerin: Also sind Ihre Stufen: Kann er das alleine oder braucht er jemand anderen.	noch keine Gedanken gemacht alleine lebensfähig oder abhängig Entweder ein Patient ist gut oder er ist schlecht handlungsfähig. Einteilung nach Ressourcen alleine lebensfähig, oder abhängig von anderen oder kann er Hilfe organisieren?	alleine lebensfähig, oder abhängig von anderen oder kann er Hilfe organisieren?
1339-1343			

	Also bei der Handlungsfähigkeit, also grob gesagt gibt es natürlich die, die nicht sehr handlungsfähig sind und die, die handlungsfähig sind. (…) hab ich mir da darüber noch nie den Kopf zerbrochen und bei mir ist es entweder: sie sind gut handlungsfähig oder sie sind schlecht handlungsfähig, es gibt nur diese 2. Muss ich ehrlich sagen. Ich hab auch keine, nein, das hab ich noch nicht herausgefunden.	noch keine Gedanken gemacht Entweder gut oder schlecht handlungsfähig.	

Kategorie 21 Persönliche Kategorisierung

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
323-334	hm (verneinend) ja natürlich versucht man die Patientinnen und Patienten zu einem gewissen Grad einzuteilen, beziehungsweise ist das etwas, was einfach individuell erfolgt. Das man sich anschaut, ok was ist möglich, was nicht. Wir dokumentieren das im Grunde auch individuell. (…) Probiere ich es zu einem späteren Zeitpunkt nochmal eine Beratung anzubieten oder nicht, das besprechen wir wieder Interdisziplinär. Aber, dass	Kategorisierung erfolgt individuell danach, was ist möglich und was nicht Passt der Zeitpunkt für die Therapie oder wann anders besser Individuelles therapeutisches Ziel ist die Kategorie	Kategorisierung erfolgt individuell: was ist möglich und was nicht Passt der Zeitpunkt Individuelles therapeutisches Ziel Ernährungs-Gewohnheiten diverse komplementär-medizinische Verfahren, darunter

	man mal einteilt, wo steh ich beim Patienten? Was ist mein Plan? Was ist mein Therapeutisches Ziel? Also was ist so das große Ganze dahinter?		Ayurveda, TCM, traditionell europäische Medizin, die diätische Medizin. haben immer verschiedene Konstitutionslehren
868	Nein ich glaube nicht. Es gibt vielleicht welche, aber ich wende sie nicht an.	Keine bewusste Kategorisierung	
1333-1338	Ja, nach diesem Fragebogen. Das ist gemeinsam mit einer Psychologin erstellt worden und dieser Fragebogen ist gleichzeitig. Also es gibt dann auch gleichzeitig diätologische Befundungen, die da dabei rauskommen, wie zum Beispiel gezügeltes Essverhalten. (…)	Eine der Diätologinnen gab an, dass sie ihre PatientInnen anhand das Fragebogens für die Anamnese der Ernährungs-gewohnheiten kategorisiere.	
1520-1534	Naja ich mache auf der Fachhochschule FH Campus Wien meinen Master in ganzheitlicher Therapie und Salutogenese und wir lernen natürlich über diverse komplementärmedizinische Verfahren, darunter Ayurveda, TCM, traditionell europäische Medizin, die	Eine der Diätologinnen macht den Master „Ganzheitliche Therapie“ – dieselbe Diätologin, die nach dem Fragebogen einteilt. In diesem lernt sie diverse komplementär-medizinische	

	diätische Medizin und da gibt es halt immer Konstitutionslehren. Es gibt bei jeder Medizinform eine Konstitustionstypenlehre und nachdem ich da schon sehr viel dazu gelernt hab ordnet man auch ein bisschen die Menschen gegenüber von sich ein. Aber nicht, weil man es will, sondern einfach, weil man es gelernt hat. Interviewerin: Ja das kenne ich eh auch (lachend). Aber das kommt dann mehr oder weniger zu den ganzen Kategorisierungen aus dem Fragebogen noch dazu, oder täusch ich mich? Diätologin: Ja das kommt dazu, aber nachdem das ein bisschen ein Problem ist im Krankenhaus gibt es ganz strenge Gesetze und die wollen nicht, dass man komplementärmedizinisch arbeitet. Deshalb mach ich das auch nicht bewusst, dass ich so etwas mache, sondern es ist dann einfach so, dass ich einen Menschen einfach besser einschätzen kann als jemand, der diese ganzen Modelle oder Konstitutionstypen nicht kennt. Aber ich mache das nicht bewusst, so, dass ich mich hinsetz und sag: so, schauen wir welche Konstitution du hast.	Verfahren, darunter Ayurveda, TCM, traditionell europäische Medizin, die diätische Medizin. Bei diesen gibt es immer verschiedene Konstitutionslehren. Diese wendet sie an, um ihre P. zu kategorisieren. Die betont, dass sie dies nicht mache, weil sie es bewusst macht, sondern, weil sie es eben gelernt hat. Dadurch funktioniere es automatisch. Im Krankenhaus der Diätologin ist es nicht gewünscht komplementär-medizinisch zu arbeiten. Daher macht sie das nur unbewusst. Dadurch kann sie P. sehr gut einschätzen und einteilen. Aber, es passiert eben unbewusst.	

Kategorie 22 Schritte der Verhaltensänderung

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
334-364	Nein, das wird immer unterschiedlich verlaufen beim Patient. Also das ist eher, es kann stufenweise sein, aber es kann auch mal eine Zeit lang nichts gehen und dann geht es vielleicht wieder. Wir haben auch Patienten in der Tagesklinik, die sich so verschlechtern, dass sie wieder stationär aufgenommen werden, dann …. dann leg ich oft mal hier die Beratung auf Eis und schaue, ab wann kann ich hier wieder andocken? Das ist auch viel learning by doing in diesem Patientenklientel muss man sagen. Weil oft … oft glaubt man, ok es geht jetzt wieder gut, dass man den Patienten ins Boot holt, aber eigentlich geht es überhaupt nicht. Also das muss man sich am Menschen gut anschauen. Das habe ich jetzt wahrscheinlich eh schon tausend Mal gesagt (lachend), aber es stimmt einfach. (lachend) Es ist wirklich so. Im Grund genommen ist es auch wirklich, es wird bei jeder therapeutischen Spate bei uns so gehandhabt, also ein kleiner Exkurs in die Physiotherapie: In welche Gruppe kommt der Patient? Kommt er ins Zirkeltraining oder ist wirklich nur die Basis - Physiotherapie möglich	Schritte der Verhaltensänderung laufen bei jedem Menschen anders ab. Manchmal passiert das rasch, manchmal passiert lange nichts. Manchmal verschlechtert sich die Situation eines P. so stark, dass er wieder aufgenommen werden muss. Die diätologische Therapie wird dann vorübergehend auf Eis gelegt, bis es ihm/ihr besser geht. Manchmal wirkt ein P., als wäre er bereit, aber das ist Fingerspitzengefühl und lernt man in der Praxis. Alle P. müssen individuell betrachtet werden. In jeder gesundheitlichen Spate wird so gearbeitet, so auch bei uns. Helfen kann die Frage: Von welcher Art der Therapie würde der P. momentan am meisten profitieren, sollte man sich im psychiatrischen	Individuell bei Verschlechterung der Situation wird Therapie auf Eis gelegt kein fixes Konzept. Problembewusstsein, dann Veränderungs-bereitschaft in der Theorie und Gedanken zur Verhaltens-Änderung zulassen. Veränderung in der Praxis kommt anschließend. Die dauerhafte Umsetzung ist der perfekte Abschluss der Verhaltensänderung. Zusammengefasst: Problembewusstsein Änderungsbereitschaft Planung Handlung Dauerhafte Umsetzung Viele Herausforderungen bei jedem Schritt der Änderung möglich

	im Moment? Da kann man dann oft switchen? In welche Gruppe? Würde der Patient von einer Nordic Walking Gruppe profitieren? So etwas entwickelt sich im stationären Aufenthalt. Oder auch während dem Tagesklinischen Aufenthalt. Da kann man dann von Woche zu Woche sehr gut reagieren. Wie legt man den Therapieplan fest und natürlich auch, welche Ressourcen hat man im Haus, das ist natürlich auch klar. Interviewerin: Ok also kann ich jetzt wieder zusammenfassen, bei diesen individuellen Schritten ist es wieder individuell. Entweder es geht vorwärts oder rückwärts. Also Rückschritte gibt es ja auch. Und dass man das pauschal nicht sagen kann. Diätologin: ja, es wird wahrscheinlich auf das hinauslaufen. (lachend) Weil wir haben da auch kein ganz fixes Konzept: Patient konnte Ziel nicht umsetzen, was mache ich als nächstes? Das wird man pauschal nicht sagen können. Das ist immer eine ganz individuelle Entscheidung, wie man da weitermacht.	Bereich regelmäßig anschauen und anpassen. Ressourcen im Haus sind natürlich der Rahmen, für das mögliche Therapie – Angebot. Man kann nicht pauschal sagen, welche Schritte der Verhaltensänderung gehen wird. Manchmal geht gut was weiter, manchmal nicht. Es gibt kein fixes Konzept. Die folgende Therapie muss man bei jedem P. individuell anschauen.	
882-886	Ja, ich glaube es ist		

	wichtig, dass man ein Problembewusstsein hat und, als nächsten Schritt würde ich die Veränderungsbereitschaft in der Theorie sehen. Dass man die Gedanken überhaupt mal zulassen kann: Ok, morgen hol ich mir beim Spar ein Mineral statt dem Cola. Als nächstes würde ich sagen, die Veränderung wirklich in der Praxis. Das Tun. Und dann kommt die Kür. Die dauerhafte Umsetzung. (…) Diätologin: Es ist bei vielen ein Problembewusstsein da, aber die Überlegung in der Theorie zur Veränderung, da beginnt schon oft das Problem. (lachend) Und selbst wenn ich die Besten Ideen in der Praxis habe, so habe ich noch nichts umgesetzt. Interviewerin: Genau, also ich fasse die 4 Schritte zusammen: 1. Es muss das Problembewusstsein da sein. Dann die Änderungsbereitschaft. Wenn dann Änderungsbereitschaft da ist, dann fängt man an zu planen, dann kommt man ins Tun, dann kommt es im Idealfall zur dauerhaften Umsetzung. 1388-1395 also das ist wirklich auch	Problembewusstsein, dann Veränderungs-bereitschaft in der Theorie und Gedanken zur Verhaltens-Änderung zulassen. Veränderung in der Praxis kommt anschließend. Die dauerhafte Umsetzung ist der perfekte Abschluss der Verhaltensänderung. Problembewusstsein ist bei vielen P. da. Das erste Hindernis der Verhaltensänderung ist oft schon die Überlegung, wie die Theorie in die Praxis umgesetzt werden kann. Die nächste Herausforderung ist dann, die Ideen zur Verhaltensänderung in die Praxis umzusetzen. Zusammengefasst: Problembewusstsein Änderungsbereitschaft Planung Handlung Dauerhafte	

	sehr individuell. Also erstens würde ich sagen: ja ich möchte was ändern oder eben nicht. Dann ist es halt sehr unterschiedlich, ich mein, ich hab jetzt überhaupt keine Ahnung was für Modelle es da gibt. (…) Aber, ich würde jetzt wieder nur sagen, ja ich möchte oder nein ich möchte nicht. Und Verhaltensänderung selbst ist ja wieder was Psychologisches, also ich kann da jetzt nicht viel sagen, welche Schritte es da gibt.	Umsetzung Verhaltensänderung ist etwas sehr Individuelles. Entweder die PatientInnen wollen etwas ändern oder nicht. Alles andere ist Aufgabe der Psychologie. Diätologin kennt keine Modelle und kann daher nicht sagen, welche Schritte es gibt.	

Kategorie 23 Abstufungen der Planungskompetenz

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
902-915	Es ist spannend, ob überhaupt geplant wird. Wenn ja, dann: wie konkret wird geplant? Und dann, glaub ich gibt es als dritte Abstufung: Werden auch Hindernisse in der Planung berücksichtig. Was könnte dazwischenkommen und wie könnte ich damit umgehen? Interviewerin: ok, Ihrer Meinung nach ist die beste Planung, wenn man	Als erstes ist wichtig zu wissen, ob geplant wird oder nicht. Wenn geplant wird: wie konkret wird geplant. Werden Hindernisse mit eingeplant.	1. Will er, oder will er nicht? 2. Wird geplant? 3. Wie konkret wird geplant? 4. Werden Hindernisse eingeplant? (je mehr umso besser) 5. Vorteile überlegt?

	konkret plant und dann auch Hindernisse mit einbeziehet. Diätologin: Ja genau, im einfachen Beispiel, ich möchte laufen gehen. Hat jetzt zwar mit uns nicht so direkt was zu tun, aber nehmen wir das. Das kann man ganz konkret planen: Wie oft will ich laufen? Wie weit? Welche Strecke? Aber ich muss auch bedenken, was ist, wenn es schüttet? Was mach ich, wenn Glatteis auf der Strecke ist? Wie kann ich damit umgehen? Für viele im psychiatrischen Setting kann es schon oft ein Problem sein, wenn dann plötzlich ein Hindernis dasteht, und sei es noch so banal. Interviewerin: Sie haben vorher viel über die Vorteile gesprochen. Glauben Sie, dass die da auch nochmal reingehören? Diätologin: Ja klar. Interviewerin: ok, werden die dann auch nochmal bei den Hindernissen auf einer Stufe, oder ist das beim konkreten Planen, oder auf welcher Ebene gehört das hin?	Je konkreter man überlegt und bespricht, was geändert werden soll und je mehr Hindernisse man in die Planung einbezieht, umso besser ist es. Im psychiatrischen Bereich können schon die kleinsten Hindernisse für die P. ein Problem sein. Will er, oder will er	

1414-1420	Diätologin: Puh. Interviewerin: Also ich habe alle Stufen mitgeschrieben. 1. Will er, oder will er nicht. Nächstes: Wenn ja. er will etwas ändern, wie konkret plant er das Ganze: als nächstes: werden Hindernisse geplant. Die Vorteile, wo würden Sie die noch eingliedern? Diätologin: Parallel zu Problemen oder eine Stufe davor. Interviewerin: Also eher zu Hindernissen? Diätologin: Ja, es wird positives kommen und es wird sicher auch mal ein Hindernis kommen. Ja, ja, also ich muss ehrlich sagen die meisten Patientinnen und Patienten die ich betreue haben wenig Planungskompetenz. Es gibt wirklich, also es sind Ausnahmen, die Planungskompetenz haben. Da merk ich dann halt, dass sie mitschreiben, dass sie gerne Pläne wollen, dass sie gern Unterlagen hätten, dass sie den gesunden Teller, den	nicht. Wenn ja: er will etwas ändern, wie konkret plant er das Ganze. als nächstes: werden Hindernisse und Vorteile geplant Die meisten PatientInnen im psychiatrischen Bereich haben wenig Planungskompetenz. PatientInnen mit Planungskompetenz schreiben mit, wollen Pläne und Unterlagen bekommen. Die meisten PatientInnen wollen keine Beratungsunterlagen im psychiatrischen	

	ich ihnen gebe, dass der ihnen super gefällt. Aber die meisten wollen nicht mal Beratungsunterlagen haben. Also die meisten, das hört sich jetzt irgendwie frustrierend an, aber ja (lachend) am Anfang ist es schon schwierig muss ich gestehen, so ist es einfach. Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Ja, die Leute, die Menschen im Krankenhaus sind einfach Großteils aus meiner Erfahrung in der Psychiatrie sehr unselbstständig. Und die sind ja nicht ohne einem Grund hier gelandet, ja. Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Also, für mich ist es ja, ist es meistens so, dass sie keine Planungskompetenz haben. Interviewerin: Ok. Also gibt es deiner Meinung nach auch keine Abstufungen oder hast bis jetzt keine entdeckt. Diätologin: Nein, also nicht spontan.	Setting. Dadurch, dass die meisten PatientInnen keine bis kaum Planungskompetenz haben, fiel der Diätologin spontan keine Abstufung ein.	

H Sonstiges

Kategorie 24 Tipp für Arbeitsbeginn im psychiatrischen Bereich

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
377-439	Also wie ich im psychiatrischen Bereich begonnen habe zu arbeiten, da hab ich mir auch viele Tipps von Kolleginnen geholt, die schon lange im psychiatrischen Bereich gearbeitet haben. Und die zwei besten waren an sich, meiner Meinung nach: Unbedingt einen Platz im Multiprofessionellen Team finden um die Patientinnen und Patienten ganzheitlich betreuen zu können. Das ist natürlich im stationären Bereich sehr gut möglich. Das war auch bei uns, als die Abteilung ins Haus gekommen ist, da waren die anderen Berufsgruppen sehr aufgeschlossen uns gegenüber, weil extern wer gekommen ist. Freiberuflich wird wahrscheinlich hier auch der Austausch mit Fachärzten und Psychotherapeuten sehr wichtig sein, auch wenn man depressive Patientinnen und Patienten berät. Also wirklich das Zusammenarbeiten im Team, dieses Betreuen des Patienten im Team ist etwas ganz wichtiges. Das 2. war eben, dieses learning by doing. Also einfach dieses Ausprobieren. Wo kann ich arbeiten? Wo kann ich ansetzen? Was ist möglich? Und die Erfahrung bringt dann meistens eh auch den Erfolg. Man wird Fehler machen am Anfang. Man wird den Patienten am Anfang überfordern (lachend). Interviewerin: beruhigend (lachend)	Zu Beginn der Arbeit ist es hilfreich sich Tipps von Kolleginnen zu holen. Außerdem ist es wichtig einen Platz im multiprofessionellen Team zu finden um die P. ganzheitlich betreuen zu können. Wenn man freiberuflich psychiatrische P. berät, ist es auch wichtig sich mit den Fachärzten und Psychotherapeuten auszutauschen. Das Betreuen eines P. im Team ist sehr wichtig. Es ist wichtig viel auszuprobieren und aus den Fehlern zu lernen. Am Anfang wird man den P. überfordern, aber man wir daraus lernen.	Laufend mit Kolleginnen austauschen Platz im multiprofessionellen Team finden Mit Fachärzten und Psychotherapeuten austauschen viel auszuprobieren und aus den Fehlern lernen mit Störungsbildern auseinandersetzen Expertise der Kollegen nutzen Im Umgang mit depressiven PatientInnen ist es wichtig folgende Merkmale aufzuweisen: Einfühlsamkeit, Verständnis, Empathie; Es ist auch wichtig die PatientInnen anhand der inneren Motivation abzuholen. Medikamenten-nebenwirkungen grob einschätzen zu können Es ist ein laufender Prozess Psychohygiene Arbeit und Freizeit trennen

	Diätologin: Genau, also man muss dann auch was aus den Fehlern unter Anführungszeichen lernen und seine Rückschlüsse daraus ziehen, aber wir haben immer viel ausprobiert. Wir haben auch stationär Gruppen angeboten. Das hat sich überhaupt nicht bewährt, die Patientinnen und Patienten waren einfach viel zu schlecht. Das ist einfach nicht gegangen. Da sind dann die Hälfte der Patientinnen und Patienten einfach aufgestanden und gegangen. 5 von 6 Patientinnen und Patienten haben nach 20 Minuten die Gruppe wieder verlassen, weil sie einfach nicht so aufnahmefähig waren. Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Wir haben wirklich eine Gruppe angeboten wo man zum Beispiel als Übung ein Ratespiel mit Zuckerwürfeln macht. Also mit Getränken. Das ist zum Beispiel was, was wir in der Tagesklinik machen, was irrsinnig gut ankommt. Und die Patientinnen und Patienten gern machen und laut Rückmeldungen sehr davon profitieren. Stationär war das oft nicht möglich, weil die Patientinnen und Patienten einfach zu schlecht waren. Deshalb sind wir auch dazu übergegangen stationär wirklich nur noch Einzelberatungen anzubieten. Das war so ein learning by doing, haben wir probiert und hat nicht funktioniert. Das sind die zwei wichtigen Punkte und eine dritte Sache ist, dass man sich mit den Störungsbildern auseinandersetzt. Das ist	Der Versuch stationär Gruppen zur Ernährungstherapie zu machen, ist gescheitert, weil die PatientInnen nicht aufnahmefähig genug sind. In der Tagesklinik kommen Zucker-Ratespiele sehr gut an und bringen den PatientInnen auch Profit. Weil die Gruppenschulungen stationär gescheitert sind, werden nur noch Einzelberatungen in dem Setting angeboten. Ein weiterer wichtiger Punkt zu Beginn ist, dass man sich mit den Störungsbildern	spezielle Schulungen besuchen P. frei entscheiden lassen Einleben und Einlesen ist zu Beginn wichtig. Einfach man selbst bleiben ist wichtig und gut. Motivation kann ansteckend sein. einfache Sprache wählt nur wichtigste Infos kleine Schritte Auch für die Arbeit kann es hilfreich sein, gedanklich einen Schritt zurück zu treten und das Geschehen von außen zu betrachten. Es ist sinnlos den Emotionen freien Lauf zu lassen. Stattdessen kann es helfen, zu versuchen, den Anderen zu verstehen. Sprache und richtige Kommunikation ist wichtig. Ich – Botschaften können helfen, sind aber im Patienten – Gespräch nicht wirklich angebracht. In der Beratung ist eine

	etwas, das wird in der FH, also in meiner Zeit noch, nicht so ein Schwerpunkt war, muss man dazu sagen und da ist viel Literaturrecherche, nachlesen, was bedeutet überhaupt eine Schizophrenie? Was ist eine bipolare Störung? Also dass man sich hier auch gut einliest. Und austausch ist natürlich mit anderen Kolleginnen auch immer wichtig. (lachend) Also wir haben keinen Essstörungsschwerpunkt hier. Aber, wenn wir einen Patienten mit Essstörung aufnehmen, dann telefoniere ich mit einer darauf spezialisierten Kollegin. Die hat mir da schon wertvolle Tipps gegeben. Da darf man sich oft nicht scheuen, bei den Kolleginnen und Kollegen nachzufragen, die wirklich schon eine Expertise aufweisen können. Genau. Interviewerin: Sie haben gesagt, learning by doin. Was haben Sie selbst gelernt beim Ausprobieren. Diätologin: Also schon auch einiges, was gut funktioniert hat. Also was auch der Schwerpunkt Ihrer Arbeit ist, die Depression, ist natürlich, dieses unterstützend da sein und auch das Verständnis. Diese Therapiesäulen werden da sehr wichtig. Dass man Verständnis hat für die Situation, dass man einfühlsam ist, dass man empathisch ist und dass man auch Dinge, die man immer wieder hört vom Patienten, dass auch zum Beispiel Einkaufen sehr überfordernd sein kann. Dass kochen für sich alleine mit einer Depression zusätzlich oft ganz schwierig ist. Interviewerin: Was ratet man	auseinandersetzt. Austausch mit Kolleginnen ist laufend hilfreich. Es kann hilfreich sein, wenn man mit einer Kollegin Kontakt aufnimmt, die für das Krankhaitsbild spezialisiert ist. KollegInnen haben oft schon eine große Expertise, man sollte sich also nicht vorm Nachfragen scheuen. Im Umgang mit depressiven PatientInnen ist es wichtig folgende Merkmale aufzuweisen: Einfühlsamkeit, Verständnis, Empathie;	andere Sprache wichtig. In der Beratung geht es darum die Ressourcen des Patienten zu stärken und eine einfache Sprache zu wählen. 80% des Erfolges der Therapie hängt vom Zwischenmenschlichen ab Das Zwischenmenschliche kann man fördern, indem man mit den PatientInnen auch mal kurz über andere Dinge spricht, als über Ernährung.

	so einem Patienten dann? Diätologin: Wichtig ist einmal in erster Linie, dieses ansprechen. Da kommt oft gerade in der Gruppe: Ok, ich bin da verstanden, die redet da nicht so, wie von einem anderen Stern daher, sondern, ok, ich merk einfach, die weiß oder sie kann zumindest nachfühlen, wie es mir in meiner Situation geht. Aber, dann ist es natürlich auch immer ganz wichtig darauf hinzuweisen, sie sind ja hier in der Tagesklinik oder auf der Station um auch weiterzukommen. Um eben an Dingen zu kommen. Denn es gibt ja Patientinnen und Patienten, die suhlen sich im Selbstmittleid, da wird man auch nicht weiterkommen, ja. Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Dass man dann auch sagt, ok Sie sind jetzt da um was zu ändern. Was ist da vorstellbar für Sie? Wie können Sie das umsetzen? Und in der Psychotherapie wird dann oft auch genau das behandelt. Was sind Coping Strategien? Wie kann ich mit meinen Ängsten umgehen? Das ist ja dann nicht mehr primär unser Part in der Diätologie, sondern das wird ja dann auch in anderen Gruppen erarbeitet. Also eher das Abholen des Patienten, also auch eben Dinge anzusprechen, wo man auch weiß, dass die schwierig sind, das bauen wir dann auch in den Gruppen ein. Dann kann man schauen, die Patientinnen und Patienten auch so gut es geht zu motivieren. Und eben auch anhand der inneren Motivation abzuholen. Das ist das, was ich weitergeben	Wichtig ist, dass sich die PatientInnen verstanden und gut aufgehoben fühlen. Andererseits ist es auch wichtig die PatientInnen darauf hinzuweisen, dass sie auch hier sind um etwas zu ändern. In der Psychotherapie werden Coping – Strategien und Ängste bearbeitet. Das ist nicht Aufgabe der Diätologie. Es kann den PatientInnen helfen schwierige Themen in der Gruppe anzusprechen. Es ist auch wichtig die PatientInnen anhand der inneren Motivation abzuholen.	

	kann. Die Ernährungsinfo ist zwar auch wichtig, aber so das Darum Herum in der Beratung oder in der Gruppe ist oft noch viel wichtiger. Diese Therapiesäulen, die man ja auch in der Saluto - Genese findet, die sind find ich gerade im psychiatrischen Bereich sehr, sehr wichtig.	Die Ernährungsinformation ist wichtig, aber das drum herum ist viel wichtiger. Die Therapiesäulen der Salutogenese sind besonder im psychiatrischen Bereich sehr wichtig.	
921-986	mhm (bejahend) Nachdem ich direkt nach der Ausbildung in dem Bereich zu arbeiten begonnen habe, würde ich den Kolleginnen wirklich empfehlen, sich mit den Krankheitsbildern und der Therapie möglichst gut auseinanderzusetzen. Damit man auch das Verhalten der Patientinnen und Patienten möglichst gut verstehen kann. Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Damit man weiß, warum ist der jetzt so, wie er ist. Warum ist das so? Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Es ist auch wichtig, welche Medikamentennebenwirkungen gibt es? Man muss nicht die Pharmakodynamik von jedem einzelnen Medikament wissen, aber so ein bisschen eine grobe Übersicht immer grob dabei haben und schauen kann, ok, kann das jetzt sein, dass der Patient auf Grund des Medikaments noch leichter zunimmt? Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Und auch ganz,	Es ist empfehlsenwert sich wirklich mit den Krankheitsbildern und deren Therapie auseinanderzusetzen. Das hilft um auch das Verhalten der PatientInnen möglichst gut zu verstehen. Es ist außerdem wichtig die Medikamenten-nebenwirkungen grob einschätzen zu können, z.B. durch eine Übersicht, die man immer dabei hat. Dies kann Auskunft geben, ob das Medikament den Gewichtsverlauf beeinflusst.	

	ganz wichtig ist der Austausch mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen. Das hat mir ganz viel geholfen. Damit ich im Umgang mit psychisch Kranken fit werde, wobei das immer ein wachsender Prozess ist. Weil in 10 Jahren werde ich wahrscheinlich über dieses Interview wahrscheinlich lachen. (…) Interviewerin: Sie haben jetzt gesagt, der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen. Welche Tipps sind denn da gekommen? Diätologin: Der Austausch war bei mir sehr interdisziplinär. Da geht es auch sehr um Psychohygiene. Also jetzt nicht unbedingt um fachliches. Sondern auch um Themen mit einem selbst. Es kann durchaus passieren, dass ein gewisses Klientel auch grenzüberschreitend und verletzend ist. Dass man dann weiß, wie geht an damit um? Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: zum Beispiel gibt es auch Menschen mit narzistischer Persönlichketisstörung, wo man mal, naja wie soll ich sagen, ziemlich unnett angesprochen wird und, dass man lernt, ok, wie kann ich das jetzt eigentlich nehmen? Und ich glaube, Psychohygiene ist sowieso in unserem Beruf wichtig, aber natürlich im psychiatrischen Setting noch viel wichtiger Interviewerin: Wie machen Sie Psychohygiene? Diätologin: Ich habe für mich den Weg gefunden: Wenn die	Der Austausch mit erfahrenen KollegInnen im gesamten interdisziplinären Team ist sehr wichtig. Es ist ein laufender Prozess. Der Austausch mit KollegInnen muss nicht immer fachlich sein. Manche PatientInnen sind grenzüberschreitend. Es ist wichtig zu wissen, wie man damit umgeht. Psychohygiene ist in jedem Setting sehr wichtig, um sich unfreundliche Kommentare nicht zu Herzen zu nehmen. Unfreundliche Kommentare können vor allem im psychiatrischen Setting vorkommen. Die Arbeit und die Gespräche mit den PatientInnen bleiben	

	Tür vom Büro zu ist, dann bin ich keine Diätologin im psychiatrischen Bereich mehr. Ich versuche keine Geschichten mit nach Hause zu nehmen. Wochenende ist heilig und ebenso der Urlaub. Wenn irgendwelche belastende Situationen sind, dann suche ich sofort das Gespräch mit Kolleginnen und Kollegen. Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Und alles was ausgesprochen ist an Wut, Ärger und Traurigkeit, das hat mir mal wer gesagt, das ist nur noch halb so schlimm. Interviewerin: Das ist sehr schön. Also wenn Probleme kommen, dann reden Sie eher mit Kolleginnen und Kollegen als mit jemandem aus dem privaten Umfeld? Diätologin: Ja natürlich, denn das kann einem niemand sagen, he das ist die Erkrankung, das gehört zum Krankheitsbild dazu. Es ist zu Hause niemand darauf geschult. Man bekommt keine professionellen Inputs. Wobei diese Geschichten immer nur funktionieren, wenn es nicht auf persönlicher Ebene passiert. Wenn man privat streitet, dann sind da viel zu viele Ebenen und Emotionen dabei um da professionell reagieren zu können. Es werden bei uns auch immer wieder Schulungen angeboten, damit man weiß, ok, wie kann man damit umgehen? Wie kann ich mit Verhaltensmustern oder Situationen umgehen? Interviewerin: Welche Kurse	im Büro. Freizeit bleibt Freizeit. Das ist eine Taktik um Psychohygiene durchzuführen. Bei belastenden Situationen kann das Gespräch mit ArbeitskollegInnen gut helfen. Alles was an Wut, Ärger und Traurigkeit ausgesprochen ist, das ist nur noch halb so schlimm. Es ist sinnvoller sich mit KollegInnen auszutauschen, da die auf die Krankheitsbilder geschult sind. Es gibt in manchen Krankenhäusern spezielle Schulungen, in denen man lernt, wie man mit bestimmten Verhaltensmustern und Situationen umgehen kann.	

	sind das? Diätologin: Ich hab mal was zu NLP gemacht. Also neurolinguistische Programmierung. Da geht es eher um Gesprächstechniken, wobei da ist sehr viel mit anderen Personen aus anderen Berufsbildern gesprochen worden, wie man mit Konflikten umgehen kann, da hab ich einiges an Handwerkszeug mitgenommen. Dadurch kann ich mit gewissen Situationen heute besser umgehen als vor 5 Jahren. Interviewerin: Haben Sie da ein konkretes Beispiel für mich? Diätologin: mhm (bejahend), wir haben eine Kochgruppe. In dieser Kochgruppe war es ziemlich lange Usus, dass sie geschickt wurden und nicht freiwillig teilgenommen haben. Das war also das Therapieprogramm. Die Freude war also meist sehr klein. Die Station war mit Persönlichkeitsstörungen ausgestattet. ja, Natürlich wenn da 5 junge Herren da sitzen, die alle eine Persönlichkeitsstörung mit sich tragen, dann wird es interessant, wann die denn eigentlich grad nicht kochen wollen, wie man darauf reagiert. Vor ein paar Jahren hätte ich noch versucht, dass ich den Patientinnen und Patienten alles recht mache. Aber jetzt sage ich: Schauen Sie, Sie sitzen freiwillig hier. Ich versteh, dass das gerade nicht so Ihr Thema ist. Aber versuchen wir, dass wir das Beste daraus machen. Und wenn irgendwer dann noch immer sagt, mich interessiert	Eine Fortbildung zu NLP hat einer Diätologin Handwerkzeuge für den Umgang mit Konflikten gegeben. Zum Beispiel überlässt die Diätologin den PatientInnen selbst die Entscheidung, ob sie an der Schulung teilnehmen wollen.	

	das aber nicht, dann sage ich, ok, da ist die Tür. Dann ruf ich auf der Station an und die Patientinnen und Patienten müssen mit der Konsequenz leben. Also ich versuche dann immer den Ball retour zu spielen und das nicht auf mir sitzen zu lassen.	Am Anfang sollte man sich einfach ins kalte Wasser stürzen.	
1423-1498	Ok, welchen Tipp ich geben würde. Ja, ich würde sagen, man soll sich einfach mal ins kalte Wasser stürzen. Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Weil ich weiß nicht wie die Ernährungstherapie in der Psychiatrie auf der FH St. Pölten ist, aber ich weiß, auf der FH Wien wird nicht großartig viel dazu gelernt, deshalb war das für mich ein ziemlich großes Feld, wie ich da begonnen habe. Ich musste mich da auch erst mal einlesen. Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Und einleben, weil es ist schon spannend. Mich hat die Psychiatrie schon immer interessiert und es ist wirklich sehr spannend und ich würde als Tipp geben, dass man einfach, einfach eben sich ins kalte Wasser stürzt. Natürlich versuchen am Anfang nicht zu viel zu wollen, weil die Meisten die vom Studium kommen, die sind natürlich vollkommen euphorisch und wollen die Welt niederreißen Interviewerin: lacht	Einleben und Einlesen ist zu Beginn wichtig. Nicht zu viel wollen, sondern in kleinen Schritten arbeiten. Einfach man selbst bleiben ist wichtig und	

	Diätologin: aber (lachend), eigentlich ist das schon eher so, dass man es langsam angehen sollte, gerade mit den psychisch Kranken. Also trotzdem man selbst bleiben und auch, wenn man zum Beispiel ein Mensch ist, das sehr motivierend sein kann und sehr gut drauf ist kann man das auch beibehalten, denn das kommt schon bei vielen Patientinnen und Patienten sehr gut an, diese Positivität, die man dann (Pause), die ist richtig ansteckend für manche. Aber dass man natürlich trotzdem versucht in kleinen Schritten zu denken und nicht zu viel abverlangt von den Patientinnen und Patienten. Und in den Gesprächen, also in Beratungen also wirklich eine einfache Sprache wählt und wirklich reduzierte Info gibt. Nicht zu viel. Interviewerin: Ok. Ich les dir jetzt nochmal die ein, die du gesagt hast und wenn dir noch etwas einfällt, dann kannst du sie dann gern noch dazu fügen. Das waren echt schon tolle und viele Tipps. (…) Was mir jetzt noch eingefallen ist, ähm für einen selbst ist es vielleicht auch von Vorteil, wenn man seine Persönlichkeit entwickelt. Also es gibt ja auch Fortbildungen, die man auch machen kann im Zuge des Krankenhauses gibt es eine Fortbildungsakademie. Man kann also auch seine eigenen Ressourcen stärken oder seine eigene Persönlichkeit entfalten. Je mehr man über sich selbst versteht, umso mehr versteht man auch andere Menschen. (…) Also ich hab eine Yoga Ausbildung gemacht, dass hat mich einfach gestärkt und	gut. Motivation kann ansteckend sein. In der Beratung im psychiatrischen Bereich ist es wichtig, dass man eine einfache Sprache wählt, nur die wichtigsten Infos gibt und kleine Schritte mit den PatientInnen geht. Eigene Persönlichkeit und eigene Ressourcen stärken durch verschiedene Fortbildungen. Je mehr man über sich selbst versteht, umso mehr versteht man auch andere Menschen.	

	meine persönliche Entwicklung sehr stark gefördert, aber ich meine, wenn man jetzt zum Beispiel Fortbildungen in der Fortbildungsakademie besucht, keine Ahnung, da gibt es ja auch mittlerweile Yoga oder wie man mit Stress besser umgeht oder Achtsamkeitsübungen erlernen kann man ja auch, oder Rhetorik, wie man spricht, wie man sich verhält oder ja, ich weiß nicht dezidiert genau, wie diese Fortbildungen heißen, aber einfach Persönlichkeitsentwicklung, da gibt es ja diverseste Ausbildungen, die man machen kann. (…) Ja also bei mir war es eben die Yoga Ausbildung, aber natürlich hab ich im Krankenhaus auch förderliches Konflikt - Management hab ich zum Beispiel eine Fortbildung gemacht, die auch sehr spannend ist und die einen auch weiterbringt, persönlich. Interviewerin: Was war da für dich die wichtigste Erkenntnis? Diätologin: Ich kann mich nicht an alles ganz gut erinnern, aber ich kann für mich sagen, was wichtig ist. Also, dass man auch mal einen Schritt zurücktritt aus einer Situation und auf eine Situation oder ein Geschehen mit jemanden, wenn man einen Konflikt hat heraustritt und nicht seine Emotionen übergreifen lässt und auch versuchen auch den Anderen zu verstehen und nicht nur denken, wie böse nicht der andere ist. Oder was auch immer, sondern, dass man auch versucht den anderen zu verstehen. Also auch die Sprache, die Kommunikation ist das	Yoga, Konflikt – Management, Achtsamkeitsübungen, Rhetorik, was auch immer einen interessiert, kann von Vorteil sein. Auch für die Arbeit kann es hilfreich sein, gedanklich einen Schritt zurück zu treten und das Geschehen von außen zu betrachten. Es ist sinnlos den Emotionen freien Lauf zu lassen. Stattdessen kann es helfen, zu versuchen, den Anderen zu verstehen. Sprache und richtige Kommunikation ist wichtig. Ich – Botschaften können helfen, sind aber im Patienten – Gespräch nicht wirklich angebracht.	

	allerwichtigste. Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Und, ja, dass man einfach nicht zu viel nach seinen Gefühlen, sich von deinen Gefühlen leiten lässt und die Sache versucht sachlich zu sehen und eben mit der richtigen Kommunikation. Und versucht in Ich - Botschaften zu kommunizieren. Interviewerin: ok, also die Ich - Botschaften auch bei den Patientinnen und Patienten anwenden. Diätologin: ähm, ja kann man einfließen lassen, wobei bei der Beratung wieder eine andere Sprache wichtig ist. Da hat man ja nicht oft einen Konflikt. Also da würde ich eine ganz andere Sprache verwenden, also nicht nur in Ich - Botschaften, sondern eben einfach bleiben und die individuellen Ressourcen zu stärken, von dem Patienten. Interviewerin: Also die einfache Sprache und die individuellen Ressourcen fördern, in der Beratung. Diätologin: Ja, genau, einfache Sprache und auch dieses zwischenmenschliche ist dann doch wichtig oft und man weiß das ja auch aus Studien, dass der Erfolg einer Therapie zu 80 Prozent am zwischenmenschlichen liegt. (…) Versuchst du das Zwischenmenschliche zu fördern? Diätologin: Ja, also dass man nicht nur über die Ernährung	In der Beratung ist eine andere Sprache wichtig. In der Beratung geht es darum die Ressourcen des Patienten zu stärken und eine einfache Sprache zu wählen. 80% des Erfolges der Therapie hängt vom Zwischenmenschlichen ab. Das Zwischenmenschliche kann man fördern, indem man mit den PatientInnen auch mal kurz über andere Dinge spricht, als über Ernährung.	

	spricht, wenn sie über andere Sachen sprechen sollen, dass man dann auch mitreden kann, denn gerade das fördert dann das Zwischenmenschliche, eben wenn sie gerade vom Hund reden, das fördert das Zwischenmenschliche und sie dann halt langsam wieder zurück führt zum eigentlichen Thema, denn so viel Zeit bleibt dann natürlich auch nicht endlos lang mit ihnen zu plaudern.		

K 24 Bestmögliche Unterstützung durch Diätologinnen

Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
443-479	Ja das kann man da gut reinnehmen und natürlich muss man sich auch überlegen, wenn man als Diätologin im stationären, im ambulanten oder Tagesklinischen Setting arbeitet, von welchen Therapiemöglichkeiten profitieren die Patientinnen und Patienten? Also was kann ich etablieren? Was wird gut angenommen? Und, wenn ich merke es wird nicht angenommen oder es passt einfach nicht, dass man es wieder evaluiert und verändert. Also wir machen zum Beispiel einmal im Jahr in der Tagesklinik eine	Es ist abhängig davon, welche Therapiemöglichkeiten man hat und, ob es stationär oder ambulant ist. Es ist wichtig, dass man sein Therapieangebot immer wieder evaluiert und anpasst oder neue Möglichkeiten integriert. Eine regelmäßige Evaluationssitzung um	Regelmäßige Evaluation und Anpassung von Therapieangebot neue Therapie Möglichkeiten integrieren Fortbildungen zu MI Patient und Betreuer Beziehung beachten, sowohl im Einzelgespräch, als auch in der Gruppe und bei Bedarf an Kollegen überweisen Regelmäßig evaluieren. Persönlichkeitstyp erkennen und Individuelle Entwicklung beachten und darauf eingehen (bremsen,

	große Evaluationssitzung, wo wir das Angebot überdenken, von den Ressourcen her abhängig auch (lachend) anpassen, also wir wollen auch schon lange eine Kochgruppe für die Tagesklinischen Patienten etablieren, aber das geht im Moment nicht, da bräuchten wir noch eine Kollegin oder einen Kollegen mehr. (lachend) (…) Diätologin: Ich hab einmal einen Beratungstechnik Kurs gemacht, wo die Veranstalterin schon Teile vom motivational Interviewing einfließen hat lassen. Und ich habe auch bei einer Psychologin einmal einen halben Tag zum motivational Interviewing gemacht. Also das kann ich wirklich jeder Kollegin empfehlen. Nicht nur im psychiatrischen Bereich. Das ist etwas, was man wirklich gut in die Beratungspraxis mitnehmen kann. Und ich muss auch dazusagen, ich habe eine Pädagogikausbildung (lachend). Interviewerin: aah (lachend) Diätologin: Also ich	die Angebote zu überdenken wird in der Praxis durchgeführt. Motivational Interviewing Fortbildungen sind hilfreich. Eine der Diätologinnen hat eine Pädagogikausbildung zusätzlich.	angemessene Menge an Informationen) Struktur und Timing Beratungstermin beachten Verhaltensänderung weiterhin bestärken und Vorteile für persönliches Befinden davon in Fokus stellen

	bin in erster Ausbildung Pädagogin, also da sind mir solche Ausdrücke auch nicht fremd. (…)Diätologin: Das allerwichtigste, hm, wenn man es runter brechen müsste, dann ist es meiner Meinung nach die Patient und Betreuer - Beziehung. Das ist sowohl im Einzelgespräch, als auch in der Gruppe wichtig. Ja. (…)Diätologin: Also es ist natürlich das Setting immer besonders wichtig, also, dass man sich die Beratung und die Gruppe gut strukturiert. Das ist etwas, das wir am Anfang wie eine Realisation gemacht haben, also von der Begrüßung über das Abstecken, was machen wir heute, was wird verlangt? Wie ist der Aufbau der Gruppe?	Eine der Diätologinnen ist der Meinung, dass die Patient und Betreuer Beziehung am wichtigsten ist, sowohl im Einzelgespräch, als auch in der Gruppe. Um eine gute Berater-Patient-Beziehung aufzubauen ist es wichtig, die Beratung und die Gruppe gut zu strukturieren.	
662	Ja glaub ich schon, man muss halt zur richtigen Zeit den Beratungstermin ansetzen.	Für die optimale Betreuung der PatientInnen ist es wichtig den Bertungstermin zum richtigen Zeitpunkt anzusetzen.	
990-993	Ich denke es ist	Authentisch bleiben ist wichtig für die Beratung das wichtigste.	

1504-1518	wichtig, dass man gut zuhört und auch mal zwischen den Zeilen liest. Dass man sich nicht verbiegt, dass man echt bleibt als Berater. Ähm ja, am Ball bleiben sagt man so schön, also wirklich einfach ein bisschen erkennen was für ein Typ Mensch ist das, denn es gibt ja vier Persönlichkeitstypen. Erkennen, ob das der Typ Mensch ist, der viele Unterlagen braucht, der gerne Aufgaben macht, oder ist das ein Typ, der sich gern sofort in die Umsetzung stürzt. Oder ob ich ihm sagen kann, was er tun kann und das macht er dann gleich oder ist das, weiß ich nicht, jemand der Zeit braucht, da halt ein bisschen drauf zu achten, dass man ihr oder ihm dann das mitgibt, was sie brauchen. Also, wenn er gerne liest, dass er genug Unterlagen mitbekommt, die er lesen kann. Oder wenn es jemand ist, der gern von heut auf morgen alles umstellt, dass man mit ihm mitgeht und halt auch immer wieder diese Besuche macht, das ist wichtig. Die Evaluierung und die	Regelmäßig evaluieren. Erkennen, ob das ein Mensch ist, der viele Unterlagen braucht, der gerne Aufgaben macht, der sich gern sofort in die Umsetzung stürzt oder jemand der Zeit braucht. Es ist wichtig, zu erkennen, was die PatientInnen von den BeraterInnen brauchen. Um das zu erkennen, gibt es mehrere Persönlichkeitstypen. Den PatientInnen konstanten Kontakt durch Evaluierungen bieten wirkt unterstützend. Die P. sind motivierter, wenn sie wissen, dass regelmäßig jemand kommt, um die Veränderung mitzuerleben.	

709-724	Konstante, dass sie einen sehen und dass sie wissen da kommt wer und mal schauen, was sich bis zur nächsten Woche geändert hat. (…)Diätologin: Ja genau, also die sind jetzt ein Beispiel diese Persönlichkeitstypen, die kennt man eben diese vier. Aber es gibt ja auch andere. Man kann Menschen ja auch anders eingliedern, je nachdem, was man sich da hernimmt. Es gibt ja auch ganz andere Modelle. Aber wenn ich merke, ok, es haut gar nicht hin, dann muss ich, wenn ich die Möglichkeit habe, kompetenter weise, an eine Kollegin oder einen Kollegen abgeben, wo es vielleicht besser funktioniert. Weil es kann nicht jeder mit jedem zurechtkommen. (…) Dann kann man eben schauen, wie entwickelt sich der Patient in der Tagesklinik? Entwickelt er sich gut? Wie geht es ihm psychisch? Merken wir, es geht im	Um die P. bestmöglich zu unterstützen ist es auch notwendig, bei Bedarf, an KollegInnen zu überweisen. Es ist auch wichtig darauf zu schauen, wie sich ein P. in der Tagesklinik entwickelt. Wenn man zu früh mit der Ernährungstherapie beginnt, dann kann es die P. überfordern. Daher ist es für die	

200-223	psychisch auch schon besser und gut, dann hacken wir mit der Ernährung ein. Also ich lass den Patientinnen und Patienten in der Tagesklinik oft wirklich mal eine Woche ankommen, dass sie schauen, wie geht es ihnen da. sie wollen alles machen und sie wollen alles so gut machen. (lachend) Die muss man dann abholen und sagen, slow down. Schauen wir mal, wo wir anfangen können. Was möglich ist und nicht überfordern. Darauf muss man schon auch gut achten. Interviewerin: Ich merk, sie haben sehr viel Einfühlungsvermögen, das spürt man richtig. Diätologin: (lachend) ja, das braucht man bei den depressiven Patientinnen und Patienten sicher. Beratungstermin eine	Therapie förderlich, wenn man die P. eine Woche ankommen lässt. Am Anfang ankommen lassen um die vielen neuen Eindrücke verarbeiten zu lassen. Wenn es dem P. psychisch besser geht, dann hacken wir mit der Ernährung ein. Wenn P. dabei sind sich selbst zu überfordern, dann ist es essentiell, den P. runter zu holen vom Gas. Manche P. sagen, dass sie alles ändern wollen. Manche P. muss man auch ein bisschen bremsen, wenn sie übermotiviert sind. Einfühlungsvermögen ist wichtig für den Umgang mit den depressiven PatientInnen. Timing Beratungstermin	

	Woche vor Entlassung um folgende Themen zu besprechen: was kann man einkaufen? Welche Speisen kann man zubereiten? Was kann dazwischenkommen? Was sind mögliche Hindernisse? Wie kann ich damit umgehen? Interviewerin: Wie würdest du so einen Patienten dann unterstützen, dass er es doch schafft? Diätologin: ähm, der schon diese Planungs- oder Handlungskompetenz hat? Interviewerin: ja genau. Diätologin: ja, das ist halt so eine Sache. ähm. Das ist ja auch ein wenig. Also das hat ja nichts mehr mit Ernährung zu tun. Sondern ist Verhaltenstherapie. Es ist also eigentlich eine Aufgabe für die Psychologin oder den Psychologen. Interviewerin: mhm (bejahend) Diätologin: Man kann nur immer wieder Ziele vor Augen halten und fragen, also die richtigen Fragen		

	stellen. Richtige Fragen kann ich dir jetzt aber auch nicht sagen. Das ist ganz unterschiedlich mit welchen Menschen ich zu tun habe und was der erreichen möchte und, dass man auch wirklich hinterfragt und wenn es wirklich um die Gewichtsreduktion bei depressiven, adipösen Patientinnen und Patienten geht, dass man wirklich auch Schulungen macht mit Hunger und Sättigung. Und diese Wahrnehmung ein bisschen schult. Und ja, einfach mit den richtigen Fragen, wobei man auch aufpassen muss, dass man die Frage zum Psychologischen nicht überschreitet. Interviewerin: ok. Wo glaubst du wäre die Grenze zum Psychologischen? Diätologin: ähm, also mir fällt jetzt nichts Konkretes ein, aber wenn ich jetzt wirklich auf die Persönlichkeit zum Beispiel, wenn ich auf die Persönlichkeitsebene gehe, wie Menschen einfach sind. Das sit nicht meine Aufgabe das mit jemandem zu besprechen. Interviewerin: ok, also bei der persönlichen Ebene ist es vorbei?		

	Diätologin: Ja diese individuelle, persönliche Ebene, denn wir haben ja trotzdem ein persönliches Gespräch. Dann einfach irgendwelche Empfehlungen zu geben, wie man besser Dinge umsetzen könnte mit seiner Persönlichkeit, das ist nicht meine Aufgabe, denn das weiß ich ja auch gar nicht. Denn es gibt ja verschiedene Persönlichkeitstypen und das ist nicht meine Aufgabe. Also, ja. Interviewerin: Also dass du als Diätologin, beim Essen, Einkaufstraining und Hunger und Sättigung bleibst. Diätologin: Genau und die Ziele vor Augen halten. Die Gewichtsabnahme. Die kleinen Schritte beobachten und die Wahrnehmung schulen. Einfach schon mit dem Essen auch. Das find ich schon sehr wichtig. Und einfach zu fragen: Wie geht es Ihnen jetzt damit, dass Sie langsam kauen? Wie geht es Ihnen, dass Sie jetzt 3 geregelte Mahlzeiten am Tag haben? Und wenn sie dann eine Veränderung bemerken, dass sie		

	dann dahinter bleiben. Wenn sie in alte Muster fallen, dass man halt wieder sagt: Na, Ihnen is es doch so gut gegangen mit den geregelten Mahlzeiten, oder mit weniger Zucker oder wie auch immer. Das man die Vorteile einfach nochmal vor Augen führt. Interviewerin: mhm (bejahend), also die Vorteile von dem Ganzen. Also die Vorteile sind etwas ganz, ganz wichtiges? Diätologin: Ja einfach das persönliche Befinden, was sich verbessert hat, wie ich meine Ernährung umgestellt habe. Interviewerin: Gut, dann sind wir beim nächsten Fragenkomplex angekommen. Diätologin: mhm (bejahend)		