

# SERFO

The logo consists of the letters 'S', 'E', 'r', 'F', 'O' in a sans-serif font. The 'S' is orange, 'E' is green, 'r' is a lighter green, 'F' is blue, and 'O' is a darker blue. Below the letters is a faint, semi-transparent reflection of the same text.

Gruppenangebote  
zur gesunden Ernährung  
in der medizinischen Rehabilitation

## Rahmenkonzept

## **Impressum**

Die Seminarbausteine und das Rahmenkonzept „Gruppenangebote zur gesunden Ernährung in der medizinischen Rehabilitation“ wurden im Projekt „Entwicklung und formative Evaluation von Seminarbausteinen zu gesunder Ernährung und Fortbildungen für die Ernährungsberatung in der medizinischen Rehabilitation (SErFo)“ erstellt. Das Projekt wurde von 2017 – 2020 von der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert und an der Universität Würzburg durchgeführt.

Projektteam: Dr. Karin Meng, Dr. Andrea Reusch, M. A. Soz. Malte Klemmt, Dipl.-Psych. Roland Küffner, Dipl.oec.troph. Christian Toellner

Version 2020-06

Entstanden unter Mitwirkung des Expertenbeirats des Projekts. Wir danken folgenden Expertinnen und Experten für die vielen hilfreichen Hinweise und Anregungen (in alphabetischer Reihenfolge):

Dr. Robert Altstiedl, Dr. Dörte Bernhard, Dr. Walter Burghardt, Katja Degen, Dr. med. Susanne Engel, Prof. Dr. Hermann Faller, Prof. Dr. Wiebke Göhner, Antje Hoppe, Dr. Klaus Herrmann, Dr. Anne Zur Horst-Meyer, Felicitas Härlin, Maria von Kageneck, Christiane Kling, Kathrin Kohlenberg-Müller, Heidi Lilienkamp, Prof. Dr. Sonia Lippke, Prof. Dr. Michael Macht, Prof. Dr. Monika Reuss-Borst, Dr. Sabine Schrag, Dr. Rainer Tischendorf, Ilona Templiner, Dr. Ulrike Worringer, Prof. Dr. Bettina Zietz

<b>1</b>	<b>Hintergrund und Entwicklung</b>	<b>5</b>
1.1	Theoretische Grundlagen von Programmen zur Lebensstiländerung	5
1.2	Evidenz für Programme und Techniken	7
1.2.1	<i>Ernährungsbezogene Schulungsprogramme in Deutschland</i>	7
1.2.2	<i>Internationale Evidenz zu ernährungsbezogenen Interventionen</i>	7
1.2.3	<i>Internationale Evidenz zu Strategien der Verhaltensänderung</i>	7
1.3	Praxis und Bedarf in Rehabilitationseinrichtungen	7
1.4	Bedürfnisse von Rehabilitandinnen	9
1.5	Bedarf aus Sicht der Experten	9
<b>2</b>	<b>Allgemeine Aspekte des Rahmenkonzepts</b>	<b>11</b>
2.1	Zielbereiche	11
2.2	Flexibilität der Angebote	12
2.3	Kompetenzen der Ernährungsberatenden	13
2.3.1	<i>Berufsgruppen</i>	13
2.3.2	<i>Zusatzqualifikationen</i>	13
2.4	Qualitätssicherung in der Klinik und im Team	14
<b>3</b>	<b>Lehrziele</b>	<b>15</b>
3.1	Motivation und Emotion (M)	15
3.2	Kenntnisse (K)	15
3.3	Alltagstransfer (A)	15
3.4	Verhalten (V)	16
3.5	Selbstmanagement (S)	17
<b>4</b>	<b>Methoden</b>	<b>19</b>
4.1	Sozialform der Methode	19
4.2	Material und Medien	19
4.3	Didaktische Methoden im Überblick	20
4.3.1	<i>Kennenlernen und Erwartungen klären</i>	20
4.3.2	<i>Sammeln und Anknüpfen an Vorerfahrungen</i>	20
4.3.3	<i>Informieren</i>	20
4.3.4	<i>Gespräche und Diskussionen</i>	21
4.3.5	<i>Selbsterfahrung und Übung</i>	21
4.3.6	<i>Selbstreflexion und Planung</i>	21
4.4	Vermittlungsphasen	21
<b>5</b>	<b>Seminarbausteine</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>Ableitung eines eigenen Gruppenangebotes</b>	<b>24</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>25</b>



# 1 Hintergrund und Entwicklung

Ernährungsbezogene Interventionen sind ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Im Rahmen der Überarbeitung der *Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung* (DRV, 2015A) wurde Ernährung für alle Indikationen als eigenständiges evidenzbasiertes Therapiemodul (ETM) festgelegt. Der Mindestanteil an Rehabilitandinnen<sup>2</sup> sowie der zeitliche Umfang variiert je nach Indikation. Das ETM Ernährung beinhaltet unter anderem auch ein Seminar zur gesunden Ernährung. Im *Klassifikationssystem therapeutischer Leistungen (KTL)* ist ein eigenständiges Kapitel M für alle ernährungsbezogenen Leistungen beschrieben (DRV, 2015B). Aus den variierenden zeitlichen Anforderungen, der möglichen Verknüpfung mit anderen ernährungsbezogenen Therapiebausteinen (z. B. Ernährungsberatung, Lehrküche), aber auch aufgrund der Spezifika einzelner Indikationen, sind differenzierte Bedarfe hinsichtlich der Ausgestaltung von Gruppenangeboten bzw. Seminaren zur gesunden Ernährung anzunehmen.

Für die Gesundheitsbildung zur Ernährung in der medizinischen Rehabilitation lagen bisher nur wenige publizierte Programme und keine Wirksamkeitsnachweise vor. Auch waren noch keine Daten verfügbar, welche Konzepte in der Praxis genutzt werden und welcher Entwicklungs- und Fortbildungsbedarf in Bezug auf ernährungsbezogene Gruppenangebote besteht.

Das *Projekt SErFo*<sup>1</sup> hatte deshalb zum Ziel, Gruppenangebote zur gesunden Ernährung in der Rehabilitation weiter zu entwickeln. SErFo steht für *Seminarbausteine zu gesunder Ernährung und Fortbildungen*.

Vor dem Hintergrund *theoretischer Modelle des Gesundheitsverhaltens und Determinanten zur Lebensstiländerung* (s. Abschnitt 1.1) wurde *Literatur* zu bestehenden Gruppenprogrammen und zur Evidenz von Strategien der Ernährungstherapie recherchiert (s. Abschnitt 1.2), *eine bundesweite Bestandsaufnahme und Bedarfsermittlung* in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt (s. Abschnitt 1.3) sowie *Rehabilitandinnen* in Fokusgruppen befragt (s. Abschnitt 1.4). Vor diesem Hintergrund wurde gemeinsam mit einem *Expertenbeirat* mit Ernährungs- und Gesundheitswissenschaftlerinnen, Diätassistentinnen und Ernährungsmedizi-

nerinnen aus der Praxis sowie Vertreterinnen der Träger der Weiterentwicklungsbedarf abgeleitet (s. Abschnitt 1.5). Die Ergebnisse waren Grundlage des *Rahmenkonzepts* (s. Kapitel 2), das eine *systematische Lehrzielsammlung* (s. Kapitel 3), Hinweise zu *didaktisch-therapeutischen Methoden* (s. Kapitel 4) und daraus abgeleiteten Seminarbausteine für Gruppenprogramme zur gesunden Ernährung (s. Kapitel 5) umfasst. Das vorliegende Rahmenkonzept wird ergänzt durch die *systematische Sammlung der Seminarbausteine* (s. SErFo-Heft „Seminarbausteine“) und einen *Materialanhang*, die es den Teams der Ernährungsberatung in der medizinischen Rehabilitation ermöglichen, je nach Indikationen und Bedarf eigene Gruppenangebote flexibel abzuleiten (s. Kapitel 7).

## 1.1 Theoretische Grundlagen von Programmen zur Lebensstiländerung

Die langfristige Veränderung von Ernährungsverhalten kann theoretisch über Verhaltenstheorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens erklärt werden. Die folgende Zusammenfassung basiert auf dem Kapitel „Schulungskonzepte und ihre Wirksamkeit in der Ernährungsberatung“ im Handbuch Ernährungsmedizin der DRV Bund (REUSCH, TUSCHHOFF & FALLER, 2013):

Therapeutische Paradigmen und Modelle des Gesundheitsverhaltens stellen eine theoretisch fundierte Grundlage zur Planung und Durchführung von ernährungsbezogenen Gruppenangeboten dar. Sie geben Aufschluss darüber, welche Faktoren die Aufnahme und Aufrechterhaltung von gesunder Ernährung beeinflussen und wie diese Faktoren zusammenspielen. Zudem können therapeutische Strategien abgeleitet werden, die Rehabilitandinnen darin unterstützen, eine gesunde Ernährung aufzubauen.

Heute geht man davon aus, dass Verhaltensänderungen in verschiedenen Phasen durchlaufen werden (z. B. Theorie des geplanten Verhaltens, AJZEN, 2002; Health Action Process Approach, SCHWARZER ET AL., 2008; Motivations-Volitions-Konzept, FUCHS, 2013). Je nach Phase sind unterschiedliche Einflussfaktoren (Determinanten) und daher auch unterschiedliche Strategien für eine Verhaltensänderung bedeutsam. Die meisten Theorien unterscheiden mindestens eine *motivationale und eine volitionale Phase* vor bzw. nach der Intentionsbildung (vgl. Abbildung 1).

<sup>1</sup> Projekt „Entwicklung und formative Evaluation von Seminarbausteinen zu gesunder Ernährung und Fortbildungen für die Ernährungsberatung in der medizinischen Rehabilitation (SErFo)“ der Universität Würzburg; Projektteam: Dr. Karin Meng, Dr. Andrea Reusch, M. A. Soz. Malte Klemmt, Dipl.-Psych. Roland Küffner, Dipl.oec.troph. Christian Toellner; Förderer: Deutsche Rentenversicherung Bund; Laufzeit: 07.2017-06.2020.

<sup>2</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet und jeweils ausschließlich die weibliche Form verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

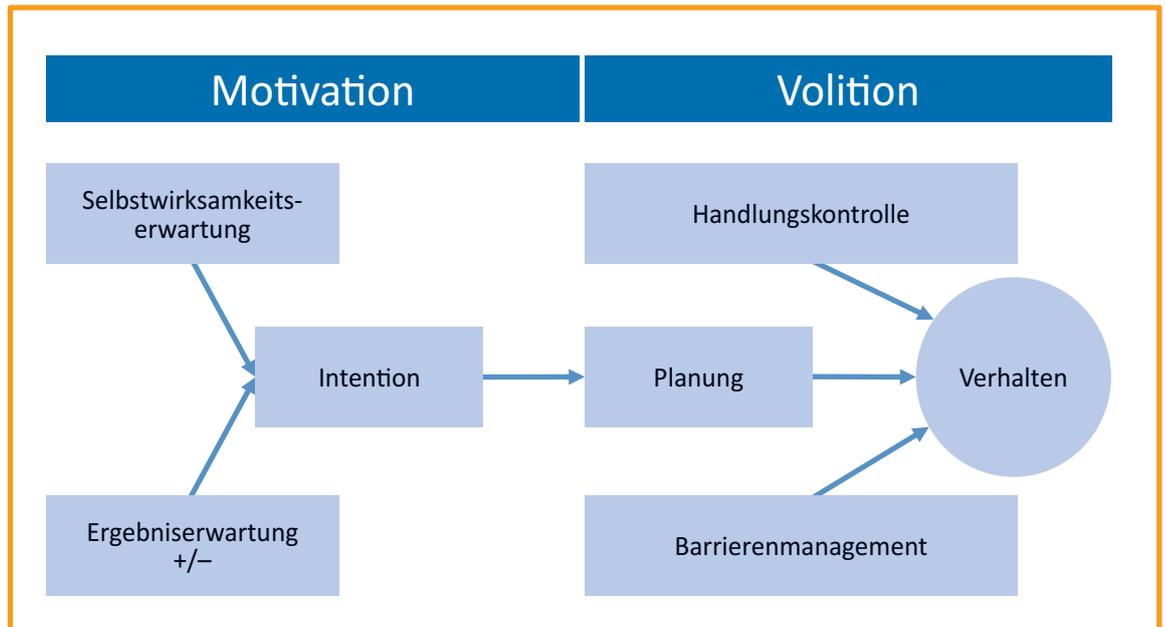


Abbildung 1:  
Vereinfachtes  
Modell zum  
Gesundheits-  
verhalten  
(modifiziert nach  
Schwarzer et al.,  
2008, Fuchs &  
Göhner 2012)

Als besonders bedeutsame Einflussfaktoren in der *motivationalen Phase* erwiesen sich die Ergebniserwartung (AJZEN, 2002) und die Selbstwirksamkeitserwartung (BANDURA, 1986).

**Ergebniserwartung – Warum will ich mich gesund ernähren?**

Wenn Personen positive Konsequenzen einer gesunden Ernährung erwarten (z. B. sich wieder fitter zu fühlen, Blutdruckwerte verbessern) und ihnen diese wichtig sind, besitzen sie eine hohe Handlungsergebniserwartung. In manchen Modellen wird diese auch als Waage zwischen Kosten und Nutzen der Verhaltensänderung definiert. Grundlage einer Intervention ist deshalb die Information über den positiven Einfluss gesunder Ernährung auf die Gesundheit und das Herausarbeiten subjektiv bedeutsamer Konsequenzen einer Verhaltensänderung.

**Selbstwirksamkeitserwartung – Traue ich mir zu, mich gesund zu ernähren?**

Personen, die sich zutrauen, sich auch unter erschwerten Bedingungen gesund zu ernähren, haben eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung. Sie sind überzeugt, dass sie die notwendigen Voraussetzungen und Kompetenzen besitzen, dieses Ziel zu erreichen. Diese Überzeugung ist umso höher, je mehr Erfahrungen Personen mit der gesunden Ernährung gemacht haben. Da das Essen aus vielen komplexen Handlungsschritten besteht, werden sie in den ernährungsbezogenen Gruppenangeboten geübt (z. B. Einkaufstraining, Lehrküche).

Personen mit einer positiven Ergebniserwartung und einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung entwickeln die konkrete *Absicht (Intention)*, sich gesünder zu ernähren. Doch diese reicht häufig nicht aus. Viele Menschen geben zwar an, dass sie ein bestimmtes Verhalten ausüben wollen, setzen dann jedoch diese guten Vorsätze oft nicht in die Tat um (Verhalten). Hier spricht man von der *Intentions-Verhaltens-*

*Lücke* (SHEERAN, 2002). Ist der Entschluss gefasst, werden deshalb in der *volitionalen Phase* konkrete Umsetzungsschritte relevant. Als erfolgreich haben sich dabei Implementierungsintentionen (GOLLWITZER & SHEERAN, 2006), d. h. konkrete Pläne, erwiesen.

**Handlungsplanung – Wie genau will ich mich gesund ernähren?**

Die Personen setzen sich ein konkretes Verhaltensziel und schmieden konkrete Handlungspläne, in denen Zeit, Ort und Art des Gesundheitsverhaltens bestimmt werden. Es kann sich dabei aber auch um einfache „Wenn-dann-Pläne“ handeln.

**Barrierenmanagement – Was könnte mich an der Umsetzung hindern und wie löse ich dieses Problem?**

Konkrete Pläne können nicht immer umgesetzt werden, manchmal kommt etwas dazwischen. Personen, die diese Barrieren bereits vorher kennen und mögliche Lösungen („Plan B“) planen, gelingt es besser, die gesunde Ernährung aufrecht zu erhalten.

**Handlungskontrolle – Wie beobachte und belohne ich mich für die Veränderung?**

Gerade bei neuem, nicht automatisiertem Verhalten ist ein Rückfall in alte Verhaltensmuster nicht selten. Deshalb ist es wichtig, sich regelmäßig zu kontrollieren und sich auch für Erfolge zu belohnen.

Gruppenprogramme zur gesunden Ernährung basieren häufig auf diesen theoretischen Ansätzen und adressieren die genannten Einflussfaktoren.

## 1.2 Evidenz für Programme und Techniken

### 1.2.1 Ernährungsbezogene Schulungsprogramme in Deutschland

Zur Klärung der Evidenz wurde eine Internetrecherche im Verzeichnis verfügbarer Schulungsprogramme (auf [zpeg.de](http://zpeg.de)) durchgeführt. Es konnten 14 Schulungsprogramme mit geringem Ernährungsbezug, 15 Programme mit deutlichem Ernährungsbezug und 7 genuine Ernährungsprogramme identifiziert werden (s. Literaturverzeichnis), die auch in der Rehabilitation zur Anwendung kommen. Indikationsübergreifend sind hier das Curriculum Gesunde Ernährung der Deutschen Rentenversicherung Bund (HAUPT & HERRMANN, 2010) sowie die Seminareinheit Essen und Trinken aus dem Gesundheitsförderungsprogramm des damaligen Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger VDR (PUDEL & MÜLLER, 2000) zu nennen. Darüber hinaus fanden sich weitere Gruppenprogramme für Rehabilitandinnen mit Übergewicht bzw. Adipositas (z. B. Mit Bauch und Kopf, TUSCHHOFF, 1996; MoVo-LIFE, GÖHNER & FUCHS, 2007). Für den Einsatz in der Rehabilitation gab es zusammenfassend nur wenige ausgearbeitete ernährungsbezogene Schulungsprogramme. Die bisher vorliegenden Programme der DRV waren inhaltlich nicht verknüpft und benötigen eine Aktualisierung, die mit dem vorliegenden SErFo-Konzept erfolgt.

### 1.2.2 Internationale Evidenz zu ernährungsbezogenen Interventionen

Eine internationale Literaturrecherche zu ernährungsbezogenen Interventionen (Pubmed, COCHRANE REVIEWS 2000–2017) ergab 803 Reviews und Metaanalysen, von denen 31 in die Analysen eingeschlossen wurden (s. Literaturverzeichnis). 10 Reviews und eine Metaanalyse beschäftigen sich mit der Wirksamkeit verschiedener Kostformen (z. B. low carb, low fat, vegetarisch, mediterran), 7 Reviews und 4 Metaanalysen untersuchen verschiedene Interventionsansätze (Motivierende Gesprächsführung, Selbstmanagementstrategien, soziale Unterstützung), 4 Reviews und 2 Metaanalysen verschiedene theoretische Ansätze (z. B. Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung TTM) und 4 Reviews und 2 Metaanalysen befassen sich mit der Wirksamkeit von verschiedenen Medien (schriftliches Material, telefonische bzw. webbasierte Interventionen). Die Zielpopulationen und Zielgrößen der eingeschlossenen Studien unterschieden sich sehr, gleiches gilt auch für die Evidenz. Insgesamt liegt aber eine ausreichend große Evidenz zu verschiedenen Ansätzen und Methoden vor, die in SErFo angewendet werden konnten.

### 1.2.3 Internationale Evidenz zu Strategien der Verhaltensänderung

Neben der Wirksamkeitsprüfung vollständiger Interventionen, gibt es auch Studien, die einzelne Techniken oder Strategien zur Unterstützung einer Verhaltensänderung untersuchen. Dieser Ansatz basiert auf der Systematisierung von Behaviour Change Techniques (BCT, MICHIE ET AL., 2009, 2011, 2013). Bezogen auf die Veränderung von Essverhalten wurden im Zeitraum 2000 bis 2017 in Pubmed und Cochrane insgesamt 8 Metaanalysen gefunden (s. Literaturverzeichnis), die eine unterschiedliche Anzahl von Strategien bei ebenfalls unterschiedlichen Zielpopulationen und -parametern untersuchten.

Für 17 Strategien wurde in mindestens einer Metaanalyse ein positiver Zusammenhang zum Zielparameter gefunden. Diese Strategien wurden für die Entwicklung der SErFo-Seminarbausteine genutzt und sind in Tabelle 1 dargestellt.

## 1.3 Praxis und Bedarf in Rehabilitationseinrichtungen

Um die aktuelle Praxis der Ernährungstherapie sowie den Weiterentwicklungs- und Fortbildungsbedarf zu erfassen, wurden bundesweit **548 Rehabilitationseinrichtungen** mit einem Fragebogen befragt (Meng ET AL., 2019). Die Erhebung fand von Februar bis Juni 2018 statt. Insgesamt haben sich 192 Kliniken (Rücklauf 36 %) mit 389 Fachabteilungen an der Befragung beteiligt.

Die meisten Kliniken (89 %) haben ein **Team der Ernährungstherapie** für die gesamte Klinik, das im Durchschnitt aus 2,7 Personen (2,1 Stellenanteile) besteht. Die häufigste Berufsgruppe in den Teams sind Diätassistentinnen (93 %), gefolgt von Ökotrophologinnen (22 %).

Die von den Teams am häufigsten angegebenen **Leistungen** (nach KTL) sind Lehrküche (94 %), Ernährungsberatung in Gruppen (86 %) und Schulungsbuffet (81 %). Der Vortrag zur gesunden Ernährung wird häufig angegeben (76 %), ebenso wie ernährungsbezogene Einheiten in indikationsspezifischen Patientenschulungen (59 %). Andere Gruppenangebote (Praktische Übungen zum Ernährungsverhalten, Seminar zur gesunden Ernährung, Psychologische Gruppe zum Ernährungsverhalten) wurden von weniger als der Hälfte der Teams genannt. Insgesamt wurden **1.171 Gruppenangebote** beschrieben. Die meisten in Form von einstündigen und einmaligen Angeboten. Die häufigsten Formate waren ernährungsbezogene Gruppen und Vorträge, gefolgt von Einheiten indikationsspezifischer Schulungen und Seminaren. Die Angaben zwischen den o. g. Formaten unterschieden sich in einigen Aspekten. Die Angebote umfassen vor allem gesun-

Tabelle 1: Evidenzbasierte Strategien der Verhaltensänderung zu gesunder Ernährung

Strategie	Beispiel
Information über generelle Verhaltenskonsequenzen	Die TN <sup>3</sup> sprechen in der Gruppe darüber, wie sich eine gesunde Ernährung auf den Verlauf ihrer Erkrankung auswirken kann.
Verhaltensziele setzen	Die TN schreiben persönliche Ziele einer gesunden Ernährung auf (z. B. mehr Obst & Gemüse essen).
Ergebnisziele setzen	Die TN definieren, was sie mit einer gesunden Ernährung in ihrem Leben erreichen möchten (z. B. Gewicht reduzieren).
Handlungsplanung	Die TN überlegen sich konkret, wie das Verhaltensziel umgesetzt werden kann (z. B. 3 × pro Woche Obst & Gemüse zur Arbeit mitnehmen).
Barrieren identifizieren, Problemlösen	Die TN überlegen sich, was dazwischen kommen könnte (z. B. Kolleginnen feiern mit Kuchen) und wie sie dieses Problem lösen (z. B. Kolleginnen vorher informieren).
Rückfallprophylaxe, Bewältigungsplanung	Die TN überlegen sich, was sie tun können, wenn es mal einige Zeit nicht klappt (z. B. Neustart in der nächsten Arbeitswoche planen).
Selbstbeobachtung des Verhaltens	Die TN protokollieren ihr Essverhalten.
Verhaltensziele überprüfen	Die TN bewerten mit ihrem Essprotokoll, wie gut sie ihren Plan umsetzen konnten.
Anleitung wie das Verhalten ausgeführt werden kann	Die TN werden angeleitet, wie sie gesunde Nahrung zubereiten können.
Verhalten demonstrieren	Die GL <sup>3</sup> zeigt den TN, wie gesunde Nahrung zubereitet werden kann.
Üben und Wiederholen	Die TN üben das Berechnen ihrer täglichen Kalorienzufuhr oder das Zubereiten gesunder Gerichte.
gestufte Aufgaben	Die TN üben erst einfache, dann schwierigere Gerichte zu kochen.
Rückmeldung zum Verhalten, zu Verhaltensergebnissen	Die GL gibt Rückmeldungen zur Kalorienaufnahme anhand des selbstständig ausgefüllten Ernährungsprotokolls.
Umwelt umgestalten	Die TN kaufen keine Süßigkeiten mehr ein, so dass sie gar nicht erst im Haus sind.
hilfreiche Gegenstände nutzen	Die TN kaufen sich praktische Getränke-Becher, die sie mit zur Arbeit nehmen können.
Nachfolgebmaßnahmen unterstützen	Die GL unterstützt die Vermittlung zu einer ambulanten Ernährungsberatung am Wohnort.
soziale Unterstützung planen	Die TN überlegen sich, wer sie zu Hause bei der Ernährungsumstellung unterstützen kann.
Stressmanagement, Emotionskontrolle	Die TN suchen psychologische Unterstützung auf und erlernen dort Bewältigungsstrategien (z. B. Adipositasgruppe in der Reha-Klinik).

de Ernährung (n = 309), Gewichtsreduktion (n = 248) oder Ernährung bei spezifischen Erkrankungen (n = 196).

**Weiterentwicklungsbedarf** sehen die Ernährungsberaterinnen in indikationsspezifischen und indikationsübergreifenden Konzepten. Sie wünschen sich eher flexibel einsetzbare Schulungsbausteine anstelle vollständig ausgearbeiteter Manuale und vor allem didaktische Materialien wie Anschauungsmaterial, Attrappen, Spiele, Infoblätter und Präsentationen. **Der Fortbildungsbedarf** wird insbesondere zu Methoden der Mo-

tivierung und Förderung des Alltagstrainers sowie Themen der Gruppenmoderation, den Umgang mit schwierigen Grupsituationen und der Grundhaltung zur Eigenverantwortung angegeben. Eine Fortbildung sollte 1- bis 2-tägig sein und als Präsenzveranstaltung angeboten werden. Wenn auch internetgestützte Fortbildung gewünscht wird, dann eher als aufbauende Vertiefung nach einer Präsenzveranstaltung. Die Ergebnisse der Bestands- und Bedarfserhebung wurden bei der Entwicklung des SErFo-Konzepts berücksichtigt.

<sup>3</sup> TN steht für „Teilnehmer und Teilnehmerinnen“, GL für „Gruppenleiter bzw. Gruppenleiterin“

## 1.4 Bedürfnisse von Rehabilitandinnen

Zur Erfassung der Bedürfnisse von Rehabilitandinnen (KLEMMT ET AL., 2019) wurden im Zeitraum Dezember 2017 bis Februar 2018 fünf indikationsspezifische Fokusgruppen mit insgesamt **37 Rehabilitandinnen** der Indikationen Orthopädie, Innere Medizin, Onkologie, Kardiologie und Psychosomatik durchgeführt. Gegenstand der leitfadengestützten Gruppeninterviews waren der subjektive Eindruck zur Ernährungstherapie, die gewünschten Inhalte, Form, Methodik und Gestaltung, Unterstützung des Alltagstransfers und der „Top-Aspekt“ einer guten und wirksamen Ernährungstherapie aus Sicht der Rehabilitandinnen. Die teilnehmenden Rehabilitandinnen waren im Mittel 55 Jahre (34 – 77) alt und mehr Frauen als Männer (26 vs. 11). Die Auswertung der auf Tonband aufgenommenen und transkribierten Aussagen erfolgte nach inhaltlich-strukturierender Inhaltsanalyse (KUCKARTZ, 2016) und mit Hilfe des Computerprogramms MaxQDA (Version 18). Es wurden 134 Textseiten mit 701 kategorienbasierten Kodierungen generiert, die 39 % des Textmaterials abdeckten. Die meisten Aussagen der Rehabilitandinnen ließen sich auf fünf Überkategorien zuordnen. Die Rehabilitandinnen wünschten sich „**Alltagstauglichkeit**“ der Inhalte, „**Praktische Übungen**“ (Buffet, Einkaufen, Lehrküche und Übungen während der Schulung), „**Individualitätsbezug**“ und gaben viele Anregungen zur „**Gestaltung und Vermittlung**“ der Inhalte (z. B. Visualisierung, Materialien). Auch bei der Frage nach dem Top-Aspekt äußerten 18 der 37 Befragten das klare Bedürfnis nach der Alltagstauglichkeit der vermittelten Inhalte, was bei der Entwicklung des SErFo-Konzepts aufgegriffen wurde.

## 1.5 Bedarf aus Sicht der Experten

Für den Beirat des Projekts wurden 24 Personen gewonnen, die sowohl die Sicht der Träger von Reha-Leistungen, als auch Erfahrung und Expertisen aus Reha-Einrichtungen, Ernährungsmedizin, Diätassistenz, Ernährungs- und Gesundheitswissenschaften repräsentieren. Die o. g. Ergebnisse wurden in einer ersten Beiratssitzung am 26. Juni 2018 in Würzburg vorgestellt, wobei in Kleingruppen der Bedarf an Weiterentwicklung von Lehrzielen und Methoden, der strukturelle Weiterentwicklungsbedarf und der Fortbildungsbedarf diskutiert wurden.

Zusammenfassend wurde folgender Weiterentwicklungsbedarf definiert:

1. Entwicklung eines **Rahmenkonzepts** zur Integration der bisher nicht inhaltslogisch verknüpften Gruppenangebote zur gesunden Ernährung, Definition von Zielbereichen und Lehrzielen, Systematisierung von Methoden sowie Aspekte der Qualifikation und Qualitätssicherung.
2. Weiterentwicklung der bisherigen Gruppenprogramme (Curriculum und Seminareinheit) zu flexibel nutzbaren **Seminarbausteinen**. Verknüpfung von Lehrzielen, Methoden und Inhalten unter Berücksichtigung evidenzbasierter Techniken und Strategien, aktueller Empfehlungen der Fachgesellschaften und Leitlinien sowie der Bedürfnisse der Rehabilitandinnen.
3. Entwicklung einer **Fortbildung** zur Anwendung des Rahmenkonzepts und Ableitung eigener Schulungskonzepte aus den Seminarbausteinen sowie zur Gruppenmoderation und Motivierung.

Auf Basis des abgeleiteten Weiterentwicklungsbedarfs wurde ein erster Entwurf für ein Rahmenkonzept erstellt, der dem Beirat (N = 24) zu einer **1. Delphi-Befragung** vorgelegt wurde. Im August und September 2018 haben 21 Beiratspersonen diesen Entwurf online schriftlich bewertet (Rücklauf 87,5 %). Es wurde ein erster Entwurf des Rahmenkonzepts für „Gruppenangebote zu gesunder Ernährung in der medizinischen Rehabilitation“ skizziert. Dieser wurde global beurteilt und kommentiert. Für die darin u. a. beschriebenen fünf Zielbereiche waren Lehrziele formuliert, die hinsichtlich der Relevanz, Formulierung und Einordnung bewertet wurden. Zusammenfassend wurden sowohl das Rahmenkonzept, als auch die Lehrziele durch die Beiratsmitglieder gut bis sehr gut bewertet. Einzelne Aspekte des Rahmenkonzepts wurden kritisch diskutiert und vielfältige Änderungsvorschläge gemacht. Auf Basis der Rückmeldungen formulierte die Arbeitsgruppe SErFo das Rahmenkonzept weiter aus. Einige Lehrziele wurden angepasst und hierarchisiert. Diese und ein zusätzlicher Entwurf für die Systematisierung von didaktisch-therapeutischen Methoden für ernährungsbezogene Gruppen und Strategien zur Verhaltensänderung wurden den Beiratsmitgliedern in der **2. Delphi-Befragung** im Dezember 2018 bis Januar 2019 erneut zur Beurteilung vorgelegt. Die Rückmeldungen wurden zur finalen Ausarbeitung des hier vorliegenden Rahmenkonzepts, der Lehrziele, Methoden und Seminarbausteine genutzt.



## 2 Allgemeine Aspekte des Rahmenkonzepts

Eine der zentralen Aufgaben der Ernährungstherapie in der medizinischen Rehabilitation ist es, chronisch kranke Rehabilitandinnen bei einer gesunden Ernährung zu unterstützen. Der Fokus des Rahmenkonzepts und der Seminarbausteine liegt auf *Gruppenangeboten zur gesunden Ernährung* (vgl. Abbildung 2). Weitere ernährungsbezogene Angebote der medizinischen Rehabilitation (indikationspezifische Einzelberatung und Schulung, Abstimmung einer spezifischen Kostform, psychologische Gruppen) werden im Rahmenkonzept nicht vertieft berücksichtigt.

Wie Abbildung 2 zu entnehmen ist, werden unter den Gruppenangeboten zur gesunden Ernährung sowohl die in der KTL unter Kapitel M definierten Gruppen, inklusive der Info zum Schulungsbuffet, Lehrküche und weiteren Übungen (z. B. Einkaufstraining) gefasst, als auch Angebote, die in der KTL unter Kapitel C systematisiert sind, aber eindeutig die gesunde Ernährung zum Gegenstand haben (können). Das Seminar zum Selbstmanagement ist zwar generisch definiert, kann aber auch thematisch auf gesunde Ernährung im Alltag fokussieren.

### 2.1 Zielbereiche

Im Gesundheitstraining der DRV-Bund werden Lehrziele in folgende *Zielebenen* eingeteilt: Wissen, Einstellung und Handlungskompetenz (HOPPE & WORRINGEN, 2018). Diese Ebenen werden den SErFo-Zielbereichen zugrunde gelegt, die durch den Expertenbeirat konsentiert wurden.

Die *Zielbereiche* sind differenzierter als die Zielebenen. Das Rahmenkonzept umfasst fünf inhaltsbezogene Zielbereiche, die von bisherigen Gruppenangeboten zu gesunder Ernährung in der medizinischen Rehabilitation angestrebt, in der Literatur genannt und vom Expertenbeirat konsentiert wurden: Motivation und Emotion, Kenntnisse, Alltagsbezug, Verhalten und Selbstmanagement. In allen fünf Zielbereichen sind sowohl Wissen als auch Einstellungen und Handlungskompetenzen relevant.

Die Zielbereiche und -ebenen sind in Abbildung 3 schematisch als ineinandergreifende Schwerpunkte dargestellt. Ergänzt sind Leitfragen, die aus Sicht der Rehabilitandinnen im jeweiligen Bereich beantwortet werden können.

Um langfristig eine gesunde Ernährung umsetzen zu können, sollten die Rehabilitandinnen motiviert sein (Motivation, Emotion) und die Grundlagen der gesunden Ernährung kennen (Kenntnisse). Sie sollten Möglichkeiten einer gesunden Ernährung auf ihren persönlichen Alltag übertragen können (Alltagsbezug) und die notwendigen Fähigkeiten



Abbildung 2: Gruppenangebote zur gesunden Ernährung

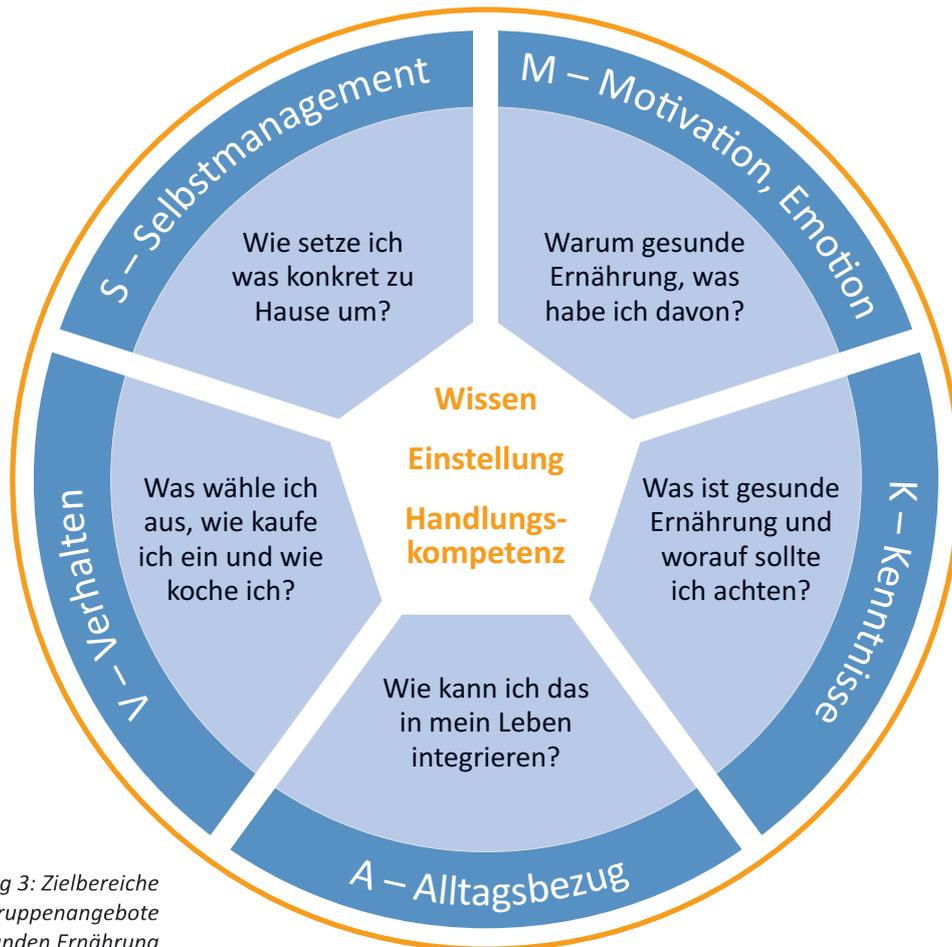


Abbildung 3: Zielbereiche für Gruppenangebote zur gesunden Ernährung

dazu haben (Verhalten). Um eine gesunde Ernährung auch im eigenen Alltag umsetzen zu können, sollten sie einen konkreten Vorsatz und Plan für zu Hause haben und über Strategien verfügen, eine Veränderung auch aufrecht erhalten zu können (Selbstmanagement).

Zentraler Gegenstand des Rahmenkonzepts ist die logische Zuordnung und Verknüpfung einzelner Lehrziele zu diesen Zielbereichen und damit die Möglichkeit der systematischen Einordnung von Seminarbausteinen. Dabei werden zur Systematisierung die Lehrziele jenen Zielbereichen zugeordnet, wo sie ihren Schwerpunkt haben.

Die Lehrziele, die einem Bereich zugeordnet sind, können zugleich eine oder mehrere Lehrzielebenen ansteuern.

*Beispiel: Das Lehrziel A.7 „Die Teilnehmer können beschreiben, wie sie sich auch außer Haus (Kantine, Restaurant, Snacks für unterwegs) gesund ernähren können.“ kann dazu dienen, das Wissen über gesunde Snacks zu verbessern, damit die Einstellung zu gesunder Ernährung unterwegs verändern und dahingehende Handlungskompetenzen vermitteln.*

Für die fünf Zielbereiche sind in Abschnitt 5 konkrete Lehrziele für einzelne Seminarbausteine aufgeführt.

## 2.2 Flexibilität der Angebote

Nicht alle Reha-Einrichtungen müssen alle Seminarbausteine für alle Rehabilitandinnen vorhalten. Die Idee des Rahmenkonzepts ist es, aus den Zielbereichen flexibel diejenigen Lehrziele und Seminarbausteine herausgreifen zu können, die in der jeweiligen Einrichtung sinnvoll sind. Die tatsächlichen Schulungskonzepte (Vorträge, Seminare, Gruppen, Schulungen, Übungen) können sich zwischen Rehabilitationseinrichtungen demnach unterscheiden.

Die grundlegende Idee ist deshalb, neben der Systematisierung der Lehrziele und Methoden, die Flexibilisierung durch den Bausteincharakter des Rahmenkonzepts und der Seminarbausteine.

Mit definierten Lehrzielen und dazu ausgearbeiteten Seminarbausteinen können Teams der Ernährungstherapie flexibel, aber bedarfsgerecht und begründet, ihre eigenen Gruppenangebote konzipieren. Der Bedarf kann abhängig von Indikation, Anforderungen der Träger und klinikeigener Ressourcen (Team der Ernährungstherapie, Räume, Zeiten, Gruppengrößen) sehr unterschiedlich ausfallen. Das Rahmenkonzept ermöglicht es, die Seminarbausteine flexibel zu klinikeigenen Ernährungsschulungen zusammenzustellen.

Dem Rahmenkonzept können die Gruppenangebote zu gesunder Ernährung mit den jeweiligen Ziffern der *Klassifikation therapeutischer Leistungen* (DRV, 2015b) lose zugeordnet werden. Da in fast jedem Angebot mehrere Zielbereiche angesprochen werden, lassen sich die Zielbereiche des Rahmenkonzepts nicht 1:1 den KTL-definierten Angeboten zuordnen.

- *Seminare* (C632 und C620) zielen hauptsächlich auf die Motivierung der Rehabilitandinnen sowie auf die Unterstützung des Selbstmanagements ab. Sie sollten während einer stationären Rehabilitation eher zu Beginn (C632 – Motivation) und Ende (C620 – Selbstmanagement) angeboten werden.
- *Vorträge* zu gesunder Ernährung (C592) zielen hauptsächlich auf Kenntnisse der Rehabilitandinnen ab, enthalten aber idealerweise auch Elemente zur Motivation und zum Alltagsbezug.
- Die *Gruppenangebote* zu gesunder Ernährung (C600) umfassen alle Zielbereiche bis auf die praktischen Verhaltensübungen.
- Die *praktisch orientierten Gruppenangebote*, wie Lehrküche (M621/622), Schulungsbuffet (M620) oder Einkaufstraining (als Beispiel für M630), zielen in erster Linie auf Verhaltenskompetenzen ab, vermitteln aber auch Kenntnisse, motivieren und haben einen hohen Alltagsbezug und beinhalten Selbstmanagementaspekte.

Unabhängig von der Indikation sollte das ernährungsbezogene Angebot einer Einrichtung immer bestrebt sein, möglichst viele der dargestellten Zielbereiche (aber nicht alle Lehrziele) abzudecken, da das Zusammenwirken der Bereiche ein positives Behandlungsergebnis wahrscheinlicher macht.

## 2.3 Kompetenzen der Ernährungsberatenden

### 2.3.1 Berufsgruppen

Eine wichtige Voraussetzung des Schulungserfolges ist die Kompetenz der Ernährungsfachkräfte. Diese setzt sich einerseits aus ihrer beruflichen Grundqualifikation, andererseits aus schulungsspezifischen Zusatzqualifikationen zusammen.

Die Gruppenangebote zu gesunder Ernährung in der medizinischen Rehabilitation werden von verschiedenen Berufsgruppen angeboten und durchgeführt.

Als Ergebnis der Bestandsaufnahme (s. Abschnitt 1.3) und

der Bewertung durch die Experten in der Delphi-Befragung (s. Abschnitt 1.5) sind zum *Kern-Team der Ernährungstherapie* in der Rehabilitation folgende Berufsgruppen zu zählen:

- Diätassistentinnen
- Ökotrophologinnen und Ernährungswissenschaftlerinnen
- Ernährungsmedizinerinnen

Zum *erweiterten therapeutischen Team* gehören insbesondere die Berufsgruppen aus den medizinischen und psychologischen Teams. Diese sollten zu den Themenbereichen der gesunden Ernährung fortgebildet sein, die in ihren eigenen Angeboten von Bedeutung sind.

Die Deutsche Rentenversicherung gibt in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (DRV, 2015b) zu den einzelnen Gruppenangeboten noch weitere Berufsgruppen an:

- Gruppe (M600), Lehrküche (M621/622): Diätassistentin, Ökotrophologin
- Weitere praktische Übungen zum Ernährungsverhalten, wie z. B. Einkaufstraining (M630): Diätassistentin, Ökotrophologin, Erzieherin, Sozialarbeiterin oder Sozialpädagogin (nur bei Kindern)
- Schulungsbuffet (M620): Diätassistentin, Ökotrophologin, diätetisch geschulte Köchin
- Seminar (C620, C632): alle qualifizierten Berufsgruppen mit Zusatzqualifikation in Moderation und Gruppenarbeit
- Vortrag (C592): alle qualifizierten Berufsgruppen

Die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) definiert für das Ernährungsteam der Rehabilitation (HERMANN, 2013) zusätzlich Diabetesberaterinnen, Diabetesassistentinnen, Chefköchinnen/Köchinnen (diätetisch geschult) sowie Küchen- und Servicepersonal.

### 2.3.2 Zusatzqualifikationen

Neben der beruflichen Grundqualifikation sind vor allem *schulungsbezogene Zusatzqualifikationen* für die Durchführung von Gruppenangeboten relevant. Die Qualitätskriterien für Patientenschulungen (STRÖBL ET AL., 2009) umfassen solche Kriterien (Auswahl): Fortbildung in Gesprächsführung, Moderation und Gruppenarbeit, schulungsspezifische Train-the-Trainer-Seminare, kontinuierliche Fortbildung, wechselseitige Visitationen, Supervisionen. Die Erfassung des Fortbildungsbedarfs der Ernährungsberatenden (vgl.

Abschnitt 1.3) ergab einen besonderen Bedarf an Methoden zur Motivierung und Förderung des Alltagstransfers sowie an allgemeinen Kompetenzen zur Gruppenmoderation.

Speziell für die erforderlichen Kompetenzen in Bezug auf das SErFo-Rahmenkonzept und die SErFo-Seminarbausteine (s. o.) wird die *SErFo-Fortbildung* als mögliche Zusatzqualifikation für Ernährungstherapeutinnen der verschiedenen Berufsgruppen angeboten.

Sie zielt auf folgende Kompetenzbereiche:

### 1. Konzeptentwicklung

Kompetenzen zur eigenständigen Auswahl von Lehrzielen, Seminarbausteinen und didaktischen Methoden sowie Ableitung eines klinikspezifischen Schulungskonzeptes

### 2. Aktivierende, interaktive Schulungsmethoden

Umsetzungskompetenzen im Hinblick auf Vielfalt der didaktischen Methoden, Teilnehmeraktivierung und Patientenorientierung, (gesundheitspsychologische) Modelle sowie Strategien zur Motivierung und Förderung von Selbstmanagement und Alltagstransfer

### 3. Gruppenmoderation

Umgang mit schwierigen Gruppensituationen, Grundhaltung zur Förderung von Eigenverantwortlichkeit

## 2.4 Qualitätssicherung in der Klinik und im Team

In Bezug auf das Gelingen von Schulungen ist es wichtig, dass alle Therapeutinnen wissen, was die anderen machen und gegenüber den Rehabilitandinnen Bezug darauf nehmen können. Besonders der Zusammenarbeit innerhalb des ernährungstherapeutischen Teams sowie der Zusammenarbeit mit anderen therapeutischen Berufsgruppen kommen hierbei zentrale Bedeutung zu. Mit Hilfe einer möglichst offenen Kommunikation zwischen Personen und Organisationseinheiten werden zum einen möglichst viele Informationen (z. B. über bestimmte Patientinnen oder Schulungsinhalte) ausgetauscht. Zum anderen werden Transparenz und Vertrauen aufgebaut oder bekräftigt sowie mögliches Misstrauen oder Fehlannahmen abgebaut (vgl. BENTELE & SEIFERT, 2009). Die verschiedenen Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation verfügen über unterschiedliche Rollen, Funktionen und Spezialisierungsgrade, die zur Bewältigung der gemeinsamen Aufgaben und Ziele zusammengebracht und koordiniert werden müssen (KÖRNER & DORN, 2016). Das ernährungstherapeutische Team sollte neben seiner eigenen Rolle im Behandlungsprozess auch die Rolle in der Organisationsstruktur der Rehabilitationsklinik definieren,

offen kommunizieren und Verantwortungen klären. Hierdurch können Rollenkonflikte und verfehlte Rollenerwartungen anderer Akteure vorgebeugt werden (vgl. HERMANN, 2013). Bezüglich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements der Ernährungsschulungen können deshalb auch die Qualitätskriterien der adäquaten Umsetzung von Patientenschulung in der Rehabilitation (STRÖBL ET AL., 2009) herangezogen werden.

Folgende Aspekte zur Qualitätssicherung der Gruppenangebote zu gesunder Ernährung wurden vom Beirat konsentiert:

1. Es ist eine Verantwortliche für die gesamte Ernährungsschulung benannt.
2. Verantwortungen und Zuständigkeiten im Ernährungsteam sind definiert.
3. Für die Ernährungsfachkraft sind jeweils Vertretungen benannt.
4. Alle Ernährungsfachkräfte haben Kenntnisse zu den Inhalten des gesamten ernährungsbezogenen Angebotes und eine komplette Ernährungsschulung visitiert.
5. Es finden regelmäßige Besprechungen des Ernährungsteams statt.
6. Mitglieder oder Vertreter des Ernährungsteams nehmen regelmäßig an Besprechungen aller therapeutischen Teams der Klinik teil.
7. Die Ergebnisqualität wird in geeigneten Abständen intern erfasst und zur Optimierung der Ernährungsschulung genutzt.
8. Die Schulungsdurchführung wird an den Bedürfnissen der Rehabilitandinnen ausgerichtet und ggf. angepasst.
9. Das Ernährungsteam wird regelmäßig fortgebildet.
10. Zusätzlich sollten weitere Quellen der Qualitätssicherung genutzt werden, wie z. B. Rehabilitandinnenbefragungen der Kliniken und Träger zur Zufriedenheit und zum subjektiv eingeschätzten Nutzen der Ernährungsschulung.

## 3 Lehrziele

Das Rahmenkonzept umfasst fünf Zielbereiche, die von Gruppenangeboten zu gesunder Ernährung in der medizinischen Rehabilitation angestrebt werden (vgl. Abbildung 3). Diesen Zielbereichen wurden insgesamt 46 einzelne Lehrziele zugeordnet. Bei der Formulierung der Lehrziele wurde darauf geachtet, diese möglichst positiv, konkret und potentiell überprüfbar zu formulieren.

### 3.1 Motivation und Emotion (M)

Der Bereich M „Motivation und Emotion“ fasst Lehrziele zusammen, die sich mit dem subjektiven Erleben, Bedürfnissen und Motiven sowie Einstellungen der TN zur gesunden Ernährung befassen. Im Lehrzielbereich M geht es also um die emotionale Auseinandersetzung mit dem Thema gesunde Ernährung und den Aufbau einer Veränderungsmotivation.

Die TN sollen sich bei Lehrziel M.1 und M.2 mit ihren *individuellen Bedürfnissen* nach Essen und ihrer *persönlichen Lerngeschichte* auseinandersetzen und sich mögliche automatisierte Essverhaltensweisen bewusst machen. Die Lehrziele M.3 bis M.6 streben an, dass die TN über *positive Konsequenzen gesunder Ernährung* im Allgemeinen reflektieren. Im Lehrziel M.5 geht es z. B. um Ideen für mögliche positive Konsequenzen einer gesunden Ernährung. Dieser Baustein ist die Vorbereitung für Lehrziel M.6, in dem die TN sich aus der allgemeinen Sammlung *persönliche Motive* und Gründe für eine gesunde Ernährung auswählen. Eine zu frühe Fokussierung auf die eigene Person könnte den Blick auf die Vielfalt möglicher positiver Konsequenzen verdecken. Bei Lehrziel M.7 geht es nicht um die Konsequenzen einer gesunden Ernährung, sondern um das Essverhalten selbst. Bei der Reflexion können die TN ihre subjektive Einschätzung und eigene Zufriedenheit mit dem *bisherigen Essverhalten* erarbeiten. Lehrziel M.8 zielt auf *erste Ideen zur Veränderung* des Essverhaltens. An dieser Stelle sollte noch keine Selbstverpflichtung aufgebaut werden, sich schon auf bestimmte Ziele festzulegen. Konkrete Ergebnis- und Veränderungsziele sind erst sinnvoll, wenn ausreichend Motivation, Wissen und Handlungskompetenzen aufgebaut sind. Sie werden im Lehrziel S.1 erarbeitet und dabei die ersten Ideen aufgegriffen und konkretisiert. Es ist aber von großer Bedeutung, schon möglichst früh einen persönlichen Bezug herzustellen, so dass mögliche Ideen reifen und die TN überlegen können, was zu ihnen passt.

#### Lehrziele M – Motivation und Emotion

M.1	Die TN können den Unterschied zwischen Nahrungsmittelbedarf und individuellen Bedürfnissen nach Essen und Trinken beschreiben.
M.2	Die TN können die Lerngeschichte ihrer bisherigen Essgewohnheiten schildern.
M.3	Die TN können den möglichen Zusammenhang zwischen ihrer Ernährung und ihrem eigenen Gesundheitszustand benennen.
M.4	Die TN können den Zusammenhang zwischen Energiebilanz und Körpergewicht erklären.
M.5	Die TN können beschreiben, was sich positiv ändern würde (z. B. Körpergefühl und Wohlbefinden), wenn sie sich gesund ernähren.
M.6	Die TN können erklären, warum gesunde Ernährung für sie wichtig ist.
M.7	Die TN können eigene günstige und ungünstige Essgewohnheiten schildern.
M.8	Die TN können nennen, was sie selbst an ihrer Ernährung ändern möchten.

### 3.2 Kenntnisse (K)

Im Lehrzielbereich K „Kenntnisse“ geht es darum, den TN grundlegende Informationen zur gesunden Ernährung zu vermitteln.

Die Lehrziele K.1 und K.2 zielen auf die grundsätzlichen *Aufgaben der Ernährung* und die *Zusammenhänge zum Gesundheitszustand* ab. Die Lehrziele K.3 bis K.9 können genutzt werden, wenn die TN *günstige und ungünstige Lebensmittel und ihre Bestandteile* kennen lernen sollen. Bei den Lehrzielen K.10 bis K.12 geht es um die Vermittlung der *Ernährungsempfehlungen* zu gesunden Lebensmitteln, Portionsgrößen und der täglichen Zusammenstellung sowie um die *Abgrenzung zu Ernährungsmythen*.

### 3.3 Alltagstransfer (A)

Der „Alltagstransfer“ (A) steht im Mittelpunkt der folgenden acht Lehrziele. Die TN sollen die grundlegenden Kenntnisse zur gesunden Ernährung (vgl. K.1 – K.12) auf die persönlichen Alltagssituationen übertragen können.

Lehrziele K – Kenntnisse	
K.1	Die TN können die grundsätzlichen Aufgaben der Ernährung erklären.
K.2	Die TN können den Zusammenhang von Gesundheitszustand, Wohlbefinden und gesunder Ernährung erläutern.
K.3	Die TN können erklären, welche Lebensmittel für den Körper wichtig sind.
K.4	Die TN können eiweißreiche Nahrungsmittel nennen.
K.5	Die TN können Nahrungsmittel mit günstigen und ungünstigen Fetten (Cholesterin) nennen.
K.6	Die TN können Nahrungsmittel nennen, die viele Vitamine und Mineralstoffe enthalten.
K.7	Die TN können Nahrungsmittel nennen, die viele Kohlenhydrate enthalten.
K.8	Die TN können begründen, warum eine Ernährung mit vielen Ballaststoffen, ausreichend Eiweiß, Kohlenhydraten, Vitaminen, Mineralstoffen und guten Fetten gesundheitsförderlich ist.
K.9	Die TN können den täglichen Bedarf an Flüssigkeit sowie günstige und ungünstige Getränke nennen.
K.10	Die TN können die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) nennen.
K.11	Die TN können empfohlene Portionsgrößen und -mengen verschiedener Lebensmittel beschreiben.
K.12	Die TN können wissenschaftlich begründete Ernährungsempfehlungen von Ernährungsmythen unterscheiden.

Bei den Lehrzielen A.1 und A.2 lernen die TN den *Kaloriengehalt von Lebensmitteln* selbst einzuschätzen und einfache Gerichte zu finden, die ihnen selbst gut schmecken. Sie lernen, sich mit ihren eigenen *Ernährungsgewohnheiten* auseinanderzusetzen (Lehrziel A.3) und generieren *Veränderungspotentiale*, um sich gesünder zu ernähren (Lehrziel A.4). Dabei können auch der *soziale Kontext* (A.5) und *förderliche und hinderliche Faktoren* (A.6) reflektiert werden und mögliche praktische Lösungen zur Ernährung außer Haus und in spezifischen Lebenslagen erarbeitet werden (A.7 und A.8).

Anmerkungen: Die Lehrziele A.3 und A.4 erscheinen den Lehrzielen M.7 und M.8 ähnlich. Bei M.7 steht ein erstes Nachdenken über die eigenen Ernährungsgewohnheiten im Fokus, um daraus die Motivation zu einer Veränderung zu gewinnen und bei M.8 werden erste Veränderungsideen zum Ernährungsverhalten entwickelt (s. motivationale Phase, Abschnitt 1.1).

Lehrziele A – Alltagsbezug	
A.1	Die TN können den Kaloriengehalt einzelner Lebensmittel, (eigener) Gerichte und Getränke einschätzen.
A.2	Die TN können gesunde Gerichte nennen, die in ihrem Alltag gut zuzubereiten sind und (ihnen selbst) schmecken.
A.3	Die TN können beschreiben, was sie bisher an einem normalen Tag zu sich genommen haben (Ernährungsgewohnheiten).
A.4	Die TN können beschreiben, was sie an ihren bisherigen Ernährungsgewohnheiten ändern könnten, um sich gesund zu ernähren.
A.5	Die TN können beschreiben, in welchen sozialen Kontexten sie üblicherweise essen (Familie, Kollegen) und welche Auswirkungen dies auf ihr Essverhalten hat.
A.6	Die TN können förderliche und hinderliche Faktoren einer gesunden Ernährung in ihrem Alltag nennen.
A.7	Die TN können beschreiben, wie sie sich auch außer Haus (Kantine, Restaurant, Snacks für unterwegs) gesund ernähren können.
A.8	Die TN können Möglichkeiten für eine gesunde Ernährungsweise in ihrer spezifischen Lebenslage (z. B. im Schichtdienst, im Alter ...) beschreiben.

Bei A.3 geht es um das Einüben einer regelmäßigen Verhaltenskontrolle und die Handlungskompetenz „Selbstbeobachtung“. Bei Lehrziel A.4 können weitere Ideen konkretisiert und Veränderungspotential abgeleitet werden. Im Zielbereich Selbstmanagement (S.1 bis S.9) wird die konkrete Umsetzung eines Ernährungsziels geplant (s. volitionale Phase, Abschnitt 1.1).

### 3.4 Verhalten (V)

Im Lehrzielbereich „Verhalten“ gibt es neun Lehrziele, die sich auf konkrete Verhaltenskompetenzen beziehen. Diese umfassen die *Zusammenstellung eines Gerichts oder eines ganzen Menüs* (V.1, V.2), die *Auswahl von Lebensmitteln* (V.3) und deren *schonende Zubereitung* (V.4, V.7) in passenden *Portionsgrößen und Mengen* (V.5, V.6) bis hin zur *kalorischen Anpassung* der Gerichte (V.8) und letztlich auch der *Essgewohnheiten* selbst (V.9).

Lehrziele V – Verhalten	
V.1	Die TN können eigene gesundheitsförderliche Gerichte zusammenstellen.
V.2	Die TN können Gerichte/Menükomponenten zu einem gesunden Menü zusammenstellen.
V.3	Die TN können gesunde (und ggf. kostengünstige) Lebensmittel aus einem Warenangebot auswählen.
V.4	Die TN können Gerichte so zubereiten, dass sie zu den eigenen Ernährungserfordernissen passen.
V.5	Die TN können passende Portionsgrößen abschätzen und verwenden.
V.6	Die TN können Gerichte in geeigneten Mengen zubereiten.
V.7	Die TN können Lebensmittel schonend zubereiten.
V.8	Die TN können kalorisch angepasste Gerichte zubereiten.
V.9	Die TN können ihre Essgewohnheiten regelmäßig beobachten und reflektieren.

Lehrziele S – Selbstmanagement	
S.1	Die TN können konkrete persönliche (Verhaltens-) Ziele für die eigene Ernährungsweise formulieren.
S.2	Die TN können für diese Ziele einen konkreten Umsetzungsplan erstellen.
S.3	Die TN können für den konkreten Umsetzungsplan Hindernisse und mögliche Lösungen nennen.
S.4	Die TN können mögliche Unterstützung aus dem sozialen Umfeld nennen.
S.5	Die TN können Möglichkeiten nennen, sich im Alltag professionelle Unterstützung (z. B. ambulante Ernährungsberatung) zu holen.
S.6	Die TN können mögliche Hindernisse aus dem sozialen Umfeld nennen und beschreiben, wie sie damit umgehen wollen.
S.7	Die TN können beschreiben, wie sie sich selbst bei der geplanten Veränderung kontrollieren wollen.
S.8	Die TN können beschreiben, wie sie sich selbst belohnen wollen.
S.9	Die TN können beschreiben, wie sie das Erreichen ihrer (Ergebnis-)Ziele (z. B. Gewichtsreduktion) überprüfen wollen.

### 3.5 Selbstmanagement (S)

Für die Lehrziele im Bereich S „Selbstmanagement“ gibt es – im Unterschied zu den anderen Lehrzielen – eine Voraussetzung. Bei den TN sollte bereits eine Motivation zu einer Verhaltensänderung vorliegen, um diese Lehrziele bearbeiten zu können. Eigenregie und Selbstmanagement können die TN nur dann leisten, wenn sie aus eigener Überzeugung hinter den Zielen stehen. TN, die noch unentschlossen sind, könnten sich hier „überredet“ fühlen. In Gruppensituationen ist es den TN daher anheim zu stellen, ob sie diese Lehrziele erreichen möchten.

Die Selbstmanagementkompetenzen umspannen die Formulierung eines eigenen *Verhaltensziels* (S.1), eines konkreten *Handlungsplans* (S.2) und eines *Bewältigungsplans* für mögliche Hindernisse (S.3, S.6), die Planung von *sozialer bzw. professioneller Unterstützung* (S.4, S.5), die *Selbstkontrolle* und *Selbstbelohnung* der Verhaltensumsetzung (S.7, S.8) und die *Selbstkontrolle* der Ergebnisse (S.9).

Mögliche Veränderungsideen werden auch im Lehrziel M.8 thematisiert. Dort geht es jedoch um den Aufbau einer Veränderungsmotivation. Hier stehen die Umsetzung und das konkrete Planen einer eigenen Veränderung im Mittelpunkt. Die TN sollten bereits motiviert sein, etwas an ihrem Ernährungsverhalten ändern zu wollen (M.8 und A.4). Vorausset-

zung für das Erstellen eines Plans (S.2) ist, dass die TN ein passendes Veränderungsziel gefunden und eine konkrete Absicht ausgebildet haben (S.1). Äußern die TN bei S.1 – S.8 zu viel Widerstand, kann das ein Hinweis darauf sein, dass sie „ihr Ziel“ noch nicht gefunden haben. Realistische Hindernisse, die beim Planen sichtbar werden, können entweder direkt beim Planen berücksichtigt oder notiert werden, um später einen „Plan B“ (S.3) dafür zu entwerfen.



## 4 Methoden

Das wichtigste Kriterium für die Auswahl einer Methode ist das angestrebte *Lehrziel*. Erst die Klarheit darüber, was im Gruppenangebot erreicht werden soll, ermöglicht die Auswahl von passenden Inhalten, Methoden und notwendigen Medien und Materialien. Die Lehrzielbereiche und -ebenen sind in Abschnitt 2.1 erläutert. Die Lehrziele selbst sind im Kapitel 3 dargestellt.

Dieser Abschnitt enthält allgemeine Anmerkungen zu didaktischen Methoden und der Nutzung verhaltensorientierter Strategien.

Für die Systematisierung von Methoden können grundsätzlich die Sozialform der Methode und die genutzten Medien und Materialien beschrieben werden. Diese Beschreibungsebenen werden in den Seminarbausteinen (s. Kapitel 5) jeweils angegeben.

### 4.1 Sozialform der Methode

Die meisten Methoden in Gruppenangeboten werden mit allen Teilnehmenden im *Plenum* durchgeführt. Hierzu zählen insbesondere der Kurzvortrag durch die Gruppenleiterin, Gespräche und Diskussionen, aber auch manche Übungen. Der große Vorteil der Methoden im Plenum ist, dass alle TN zur gleichen Zeit den selben Informationsstand haben, am selben Thema arbeiten und ein Austausch aller TN stattfinden kann. Ein Nachteil kann sein, dass sich manche TN nicht aktiv beteiligen oder sich TN über- oder unterfordert fühlen.

Um möglichst viele TN aktiv zu beteiligen bietet es sich auch innerhalb eines Gruppenangebots an, die Teilnehmenden je nach Methode in kleinere Gruppierungen aufzuteilen:

Bei Methoden im *Einzel* werden in der Regel stille Selbstreflexionen oder schriftliche Einzelarbeiten oder Übungen durchgeführt. Diese haben den Vorteil, dass die Gruppenteilnehmenden sich ganz auf sich und ihre Situation konzentrieren können, ohne sich von Ideen und Äußerungen der anderen ablenken zu lassen. In der Einzelarbeit können sich die TN auch mit Aspekten auseinandersetzen, die sie vor den anderen nicht offenbaren möchten. Ein Nachteil der Einzelarbeit ist, dass TN mit geringerer Selbstreflexion überfordert sein können, insbesondere wenn es um das Aufschreiben von Gedanken geht.

Methoden, die als *Partner* durchgeführt werden, haben den Vorteil, dass alle TN aktiviert sind und ein Thema gemeinsam entwickeln oder bearbeiten. Partnerübungen oder -ge-

sprache können gut genutzt werden, um persönliche Erfahrungen erst zu zweit auszutauschen und damit einen sozialen Vergleich und vielfältige Gemeinsamkeiten zu finden. TN, die sich zunächst zu zweit austauschen, fühlen sich anschließend im Plenum oft sicherer und nehmen aktiver teil.

In *Kleingruppen* mit drei bis vier Personen werden häufig Übungen durchgeführt, in denen ein Brainstorming genutzt wird, sich die TN gegenseitig Rückmeldung geben können oder verschiedene Argumente austauschen. Kleingruppen können ein sehr effektives Lernklima schaffen, weil auch hier alle TN aktiviert werden und die Kleingruppe einen geschützten Rahmen darstellt, in dem ohne die „zensierende Wirkung“ einer großen Gruppe oder der GL kommuniziert werden kann. Kleingruppenarbeit sollte immer klar und unmissverständlich instruiert sein, damit sich die TN auf die jeweiligen Themen beschränken.

### 4.2 Material und Medien

Grundsätzlich kann zwischen den notwendigen Materialien und Medien unterschieden werden, die zur Durchführung der Methode notwendig sind. Ein Medien- und Materialienwechsel ist häufig günstig, da die TN aktiviert bleiben.

Generell können und sollten in Gruppen unterschiedliche *Materialien* eingesetzt werden:

- Informationsblätter oder Broschüren (z. B. Rezepte)
- Arbeitsblätter (z. B. Wochenprotokoll)
- Präsentationen und Bilder (Powerpoint, Folien, Plakate)
- Audio- und Videomaterial (Filme)
- Attrappen, Lebensmittelpackungen, Lebensmittel, Gerichte

Zu den Medien, mit denen die Materialien präsentiert oder Themen erarbeitet werden können, zählen:

- Flipchart, Tafel
- Pinnwand, Karten, Pinnadeln
- Abspielgeräte (Beamer, MP3-Player, CD-Player, TV-Gerät)
- Küchen- und Kochutensilien

## 4.3 Didaktische Methoden im Überblick

Für die im Kapitel 3 systematisch dargestellten Lehrziele in den fünf Bereichen sind SErFo-Seminarbausteine zusammengestellt (s. SErFo-Heft „Seminarbausteine“). Diese Sammlung enthält Beschreibungen möglicher didaktischer Methoden und Strategien zur Verhaltensänderung für jedes einzelne Lehrziel. Im Folgenden finden sich einige zusammenfassende Anmerkungen zu den verwendeten Methoden, die sich in etwa an den Phasen eines Gruppenangebotes orientieren.

### 4.3.1 Kennenlernen und Erwartungen klären

Zu Beginn eines Gruppenangebotes steht üblicherweise eine Kennlernphase, in der die TN die Ziele des Gruppenangebotes erfahren. Außerdem lernen sich die GL und die TN gegenseitig kennen. Diese themenunspezifischen *Ziele der Einstiegsphase* stellen im Rahmenkonzept keinen eigenständigen Lehrzielbereich dar und werden stattdessen hier aufgeführt.

- **Akklimatisierung:** Die Teilnehmenden haben Zeit, in der Gruppe anzukommen und sich an die Schulungsumgebung zu gewöhnen. Die Einstimmung auf die inhaltlichen Themen fällt leichter als beim direkten Einstieg.
- **Gruppenatmosphäre:** Die Gemeinschaft mit anderen ist ein starker Wirkfaktor von Gruppenprogrammen. TN mit der gleichen Erkrankung schätzen den Austausch und können sich gegenseitig soziale Unterstützung geben. Dieser Effekt wird begünstigt, wenn sich die TN zu Beginn kennenlernen.
- **Kommunikationsförderliches Klima:** Die Teilnehmenden sollen die Themen der Gruppe möglichst gut auf sich selbst beziehen und anwenden können. Es ist daher wünschenswert, dass sie sich beteiligen, indem sie Fragen stellen und immer wieder ihre eigene Sichtweise einbringen. Dafür ist es förderlich, wenn die Teilnehmenden gleich zu Beginn Redezeit erhalten. So kann der etwaigen Erwartungshaltung vorgebeugt werden, es handle sich um einen Vortrag.
- **Erwartungen und Interessen klären:** Neben den Effekten für die TN hat eine Einführungsrunde auch für die GL Vorteile, da sie Interessen, Bedürfnisse und Vorerfahrungen der TN erfährt. Diese können dann im Verlauf aufgegriffen werden. Auch unrealistische Erwartungen können im Vorfeld erkannt und korrigiert werden. Den TN fällt es leichter, sich auf die Gruppe einzulassen, wenn sie wissen, was auf sie zukommt.

Im Folgenden sind einige übliche Methoden zur Einführung in ein Gruppenangebot skizziert. Mindestens sollte sich die GL kurz selbst vorstellen und einige *einführende Informationen* zum Aufbau des Gruppenangebotes sowie der Einbettung in die Ernährungstherapie (z. B. Vernetzung mit Vorträgen und Einzelberatung) und in die gesamte Rehabilitation (z. B. Vertiefung in indikationspezifischer Schulung, Vernetzung mit der Bewegungstherapie und Psychologie) erläutern. Hilfreich ist es auch, gleich zu Beginn relevante *Gruppenregeln* zu definieren (z. B. sich gegenseitig ausreden lassen, keine pauschale Kritik üben, Verschwiegenheit nach außen wahren etc.). Dies reduziert die Unsicherheit der TN, auch über persönliche und schwierige Themen offen sprechen zu können.

Sollten sich die TN noch nicht kennen, kann es auch hilfreich sein, wenn sie sich zumindest namentlich und persönlich vorstellen. Eine gute Überleitung zur gesunden Ernährung bieten *themenspezifische Vorstellungsrunden* (z. B. Diäterfahrungen, Lieblingsgericht). In der Regel finden diese Methoden im Plenum statt. Wenn viel Zeit ist, können auch Partnerinterviews und -vorstellungen genutzt werden, um die Hemmschwelle der aktiven Beteiligung gleich zu Beginn zu reduzieren.

Die *Seminarbausteine E.1 bis E.12* enthalten eine Reihe von konkreten Methoden für die Einstiegsphase.

### 4.3.2 Sammeln und Anknüpfen an Vorerfahrungen

Die Methoden des Sammelns werden in der Regel zum *Erfragen von Vorwissen und Vorerfahrungen* oder zum *Brainstorming* genutzt. Diese Methoden benötigen wenig Zeit und können insbesondere angewendet werden, wenn man Listen oder Sammlungen erstellen möchte, die dann ggf. in Vortragsform von der GL ergänzt werden. Häufig werden dazu im Plenum einfache Zuruffragen gestellt (z. B. „Welche Lebensmittel oder Gerichte eignen sich gut für unterwegs?“). Die Antworten und Ideen können am Flipchart gesammelt und von der GL ergänzt werden. Es können aber auch Kartenabfragen in Kleingruppen oder kurze Partnergespräche genutzt werden, was eine höhere aktive Beteiligung aller TN bewirkt. Insbesondere, wenn es in einem Plenum einige „Vielredner“ gibt, bietet es sich an, Partner oder Kleingruppenübungen einzuflechten.

### 4.3.3 Informieren

Für eine gelingende Informationsvermittlung sind die *Patientenorientierung* (an Erfahrungen und Vorwissen anknüpfen), *Medien- und Materialvielfalt* (Attrappen, Lebensmittel, Videos) und *Anschaulichkeit* (Fallbeispiel, konkrete Mengenangaben) von hoher Bedeutung. Beim Informieren

ist insbesondere auf eine *einfache und alltagsnahe Darstellung* zu achten. Die Alltagstauglichkeit wurde von Rehabilitandinnen in den Fokusgruppen zu ihren Bedürfnissen explizit hervorgehoben (s. Abschnitt 1.4).

Einheiten zum Informieren sollten möglichst immer im *Dialog* stattfinden. Vorträge sollten nicht in einer passiven Haltung der TN resultieren und deshalb nur wenige Minuten dauern. Ein *Vortrag* sollte deshalb immer *mit interaktiven Elementen* durchsetzt sein. Dies geschieht häufig über Zurrfragen (s. Abschnitt 4.3.2) oder die Moderation von Gesprächen (s. Abschnitt 4.3.4), in die jeweils Informationen der GL eingeflochten oder die mit Kurzvorträgen ergänzt werden.

Mit verschiedenen Methoden des *Testens* kann zwischen den Einheiten der Informationsvermittlung überprüft werden, ob die TN die Inhalte verstanden haben und anwenden können.

Wichtig ist bei diesen Methoden folgende *Strategie der Verhaltensänderung* (s. Abschnitt 1.2.3):

*Information über generelle Verhaltenskonsequenzen.*

#### 4.3.4 Gespräche und Diskussionen

Bei Gesprächen geht es um den *Erfahrungsaustausch* und die *Sammlung von Ideen*, während Diskussionen eher den Austausch kontroverser *Argumente* zum Inhalt haben (z. B. Vor- und Nachteile eines Ernährungsplans). Diese Methoden können sowohl im Plenum als auch in Kleingruppen oder Partnergesprächen genutzt werden. Ziel ist es, insbesondere den persönlichen Bezug der TN zum Thema herzustellen und die TN anzuregen, sich eigene Gedanken zu machen, Meinungen, Einstellungen oder Einschätzungen auszutauschen.

Bei Gesprächen können folgende *Strategien der Verhaltensänderung* (s. Abschnitt 1.2.3) genutzt werden:

*Selbstbeobachtung des (bisherigen) Verhaltens; Barrieren identifizieren/Problemlösen; Rückfallprophylaxe/Bewältigungsplanung; Umwelt umgestalten/hilfreiche Gegenstände nutzen; Nachfolgemeasures unterstützen; Soziale Unterstützung planen; Methoden des Stressmanagements und der Emotionskontrolle.*

#### 4.3.5 Selbsterfahrung und Übung

Die Methoden des Probierens und Übens zielen auf die *Selbsterfahrung* und auf das *Verhalten* der TN. In den Gruppenangeboten zur gesunden Ernährung, bei der Buffetschulung, dem Einkaufstraining und der Lehrküche sind das

*Ausprobieren und Üben* die zentralen Methoden. Aber auch in Gruppenangeboten, die Motivation, Information und Alltagstransfer zum Gegenstand haben, sind Probieren und Üben wichtige methodische Elemente, die zu *neuen Erfahrungen und der Aneignung neuer Kompetenzen* führen können.

Wichtig sind bei diesen Methoden folgende *Strategien der Verhaltensänderung* (s. Abschnitt 1.2.3):

*Anleitung, wie das Verhalten ausgeführt werden kann; Verhalten demonstrieren; Üben und Wiederholen; gestufte Aufgaben (mit einfachem beginnen und schwieriger werden); Umwelt gestalten und hilfreiche Gegenstände nutzen; Rückmeldung zum Verhalten geben; Rückmeldung zu Verhaltensergebnissen geben.*

#### 4.3.6 Selbstreflexion und Planung

Selbstreflexion ist ein wichtiges methodisches Element, um die TN dabei zu unterstützen, das Gelernte auf die eigene Person und die eigenen Lebensumstände zu beziehen und die Umsetzung zu planen. Dies erfolgt in der Regel in Einzelarbeit und häufig mit Hilfe von Arbeitsblättern.

Hierzu können folgende *Strategien der Verhaltensänderung* (s. Abschnitt 1.2.3) genutzt werden:

*Verhaltensziele setzen; Ergebnisziele setzen; Handlungsplanung; Barrieren identifizieren/Problemlösen; Rückfallprophylaxe/Bewältigungsplanung; Verhaltensziele überprüfen; Selbstbeobachtung des Verhaltens; Umwelt umgestalten/hilfreiche Gegenstände nutzen; Nachfolgemeasures unterstützen; Soziale Unterstützung planen.*

### 4.4 Vermittlungsphasen

Für den Aufbau eines ein- oder mehrstündigen Gruppenprogramms zu gesunder Ernährung kann man sich auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation an den klassischen *Phasen* der Verhaltenstherapie und Erwachsenenpädagogik orientieren:

*Einstieg – Information – Vertiefung – Übung – Transfer*

In einer *Einstiegsphase* werden die TN neugierig auf das Thema gemacht. Sie werden motiviert, sich für die Inhalte des Gruppenangebots zu interessieren. Dies gelingt am besten, wenn ein persönlicher Bezug zum Thema hergestellt werden kann und die Inhalte des Gruppenangebots als persönlich relevant erlebt werden. In der Gruppe zu gesunder Ernährung sollten die Teilnehmenden also Interesse an einer gesunden Ernährung bekommen und motiviert werden,

aktiv am Gruppenangebot teilzunehmen. Die positiven Effekte einer gesunden Ernährungsweise auf den Verlauf einer chronischen Erkrankung und auf das Körpergewicht, aber auch Geschmack und Genuss sowie die sozialen und emotionalen Komponenten des Essens sollten deshalb in jeder Schulungsstunde thematisiert werden. Viele Lehrziele aus dem *Bereich Motivation und Emotion* sind hier sinnvoll anzuwenden.

In der *Informationsphase* erfahren die TN die notwendigen Fachkenntnisse und Grundlagen zum Thema. Die Vermittlung der Inhalte sollte dabei interaktiv durchgeführt werden, denn Wissensvermittlung erfolgt besser, wenn die Teilnehmenden die Inhalte selbst erarbeiten und dabei an eigenes Vorwissen und Erfahrungen anknüpfen können. Einige Teilnehmenden besitzen bereits Grundkenntnisse und ggf. positive oder negative Erfahrungen mit einer Ernährungsumstellung. Diese Erfahrungen sollten aufgegriffen und mit dem Fachwissen ergänzt, korrigiert und angereichert werden. Alltagsrelevanz und Alltagsbezug sollten bereits in der Informationsphase jederzeit hergestellt werden (z. B. anschauliche Mengenangaben, wie „eine Hand voll“, anstelle numerischer Gewichtsangaben). Insbesondere die Lehrziele aus dem *Bereich Kenntnisse* können in dieser Phase umgesetzt werden.

In der *Vertiefungsphase* des Gruppenangebots sollten die Teilnehmenden Gelegenheit haben, die Informationen und das neue Wissen auf ihren konkreten und persönlichen Alltag zu beziehen und dabei ein tieferes Verständnis für die Umsetzung des Gelernten erhalten. Hier geht es darum, eine aktive Auseinandersetzung mit dem eigenen Essverhalten anzuregen. Die Teilnehmenden reflektieren bisherige Essgewohnheiten und versuchen, die Informationen zur gesunden Ernährung auf ihren Alltag zu beziehen. Die Lehrziele aus dem *Bereich Alltagsbezug* können hier schwerpunktmäßig verwendet werden.

Wenn es um die gesunde Ernährung geht, werden auch praktische Verhaltenskompetenzen notwendig, die sich die TN in der *Übungsphase* aneignen können. In der Rehabilitation gibt es hierzu vielfältige flankierende Angebote zum Auswählen von Gerichten, Einkaufen von Lebensmitteln und zum Kochen, die im *Lehrzielbereich Verhalten* zum Einsatz kommen.

Die ersten vier Phasen werden intensiv durch die Ernährungsfachkräfte unterstützt. In der letzten Phase wird es notwendig, die TN zu einer selbständigen Umsetzung im Alltag zu verhelfen. Die TN sollten deshalb in einer *Transferphase* die Gelegenheit haben, mit der GL gemeinsam zu planen, wie sie ihren Lebensstil im Alltag anpassen möchten, falls sie sich dazu entschlossen haben. Hier können konkrete Teilziele und -schritte besprochen sowie professionelle und soziale Unterstützungsmöglichkeiten geklärt werden. Die Bahnung des Selbstmanagements beinhaltet eine Reihe von Planungsschritten, die am Ende der Ernährungsschulung bzw. bei der Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung geklärt werden sollten. Hier sind insbesondere Lehrziele aus dem *Bereich Selbstmanagement* nutzbar.

## 5 Seminarbausteine

Für die unter Abschnitt 3 systematisch dargestellten Lehrziele stehen Seminarbausteine zur Verfügung (s. SErFo-Heft „Seminarbausteine“). Für manche Lehrziele werden nur ein bis zwei methodische Umsetzungsvorschläge gegeben, für einige Lehrziele auch mehrere Methoden.

Die Seminarbausteine stellen ein Gerüst dar, in dem die grundlegende Idee der Methode standardisiert beschrieben ist. Aufgrund des breiten Einsatzspektrums wurden die Methoden nicht in allen Details festgelegt. Die GL können vielmehr die Freiheitsgrade nutzen, um ihre eigene Umsetzung zu bestimmen.

Abbildung 4 zeigt exemplarisch den Seminarbaustein für das Lehrziel M.7. An diesem Beispiel lässt sich die Systematik der Methodendarstellung nachvollziehen:

- **Methode:** Zu Beginn steht ein kurzer Titel, der die Methode in wenigen Worten zusammenfasst. In der ersten Spalte findet sich auch eine fortlaufende Nummerierung der Methoden, die sich aus dem Lehrziel und einer fortlaufenden Nummer zusammensetzt (in der Abbildung: M.7–1: erster Methodenbaustein für Lehrziel M.7).
- **Zielebene:** Jede Methode kann verschiedene Lehrziel-ebenen ansprechen (s. auch Abbildung 3; bzw. DRV-Curricula). Hier wird der jeweilige Schwerpunkt angegeben.
- **Erläuterung:** Hier wird die beabsichtigte Wirkung der Methode kurz skizziert und begründet.

- **Vorgehen:** Die Beschreibung skizziert die Schritte der Umsetzung, vermittelt eine grobe Vorstellung vom Ablauf der Methode und will zur Umsetzung anregen. Insbesondere sind die kursiv gesetzten Instruktionen in wörtlicher Rede als Beispiele gedacht, die ein Bild von der Methode vermitteln, aber selbstverständlich im eigenen Stil umgesetzt werden können.
- **Sozialform:** Die Gruppenzusammensetzung, für die der Methodenbaustein konzipiert ist: Plenum, Kleingruppe, Partner und Einzel (vgl. Abschnitt 4.1).
- **Zeit:** Die Angaben zur Dauer sind nicht als strenge Vorgaben zu verstehen, sondern sollen ein Gefühl für die Länge vermitteln. Insbesondere beim Zusammenstellen mehrerer Seminarbausteine zu einem eigenen Konzept können die Angaben die Planung erleichtern.
- **Material:** Die Umsetzung vieler Methodenbausteine erfordert bestimmte Medien und Materialien, die an dieser Stelle erwähnt sind. Die *SerFo-Materialien* enthalten Vorschläge für alle Arbeitsblätter. Andere Materialien sind entweder allgemeiner Art (z. B. Flipchart) oder spezifisch für die Ernährungsberatung gedacht (z. B. Lebensmittelattrappen) und können nur direkt von den Ernährungsberatenden bzw. deren Einrichtungen bereitgestellt werden. Am Ende des Materialanhangs befinden sich einige Verweise auf Materialquellen.
- **Anmerkung:** Wenn es bei einem Methodenbaustein noch Besonderheiten zu beachten gibt, ist dies in einer Anmerkung notiert.

METHODE M.7–1	<b>Eigene Essgewohnheiten schildern</b>
ZIELEBENE	<b>Wissen</b> • <b>Einstellung</b> • Handlungskompetenz
ERLÄUTERUNG	Die TN haben die Gelegenheit, sich mit ihren ganz persönlichen Essgewohnheiten auseinanderzusetzen.
VORGEHEN	Die TN beschreiben (schriftlich oder mündlich) die Mahlzeiten (inklusive Zwischenmahlzeiten, Snacks und Getränken) eines typischen Tages.  Anschließend können die TN die Mahlzeiten selbst bewerten und/oder sie in der Gruppe besprechen.  <i>„Welche Ihrer Essgewohnheiten finden Sie bezogen auf gesunde Ernährung eher günstig, welche eher ungünstig?“</i>
SOZIALFORM	Einzel + Plenum
ZEIT	15 Min.
MATERIAL	Arbeitsblatt M.7a: „Meine Essgewohnheiten“ (ggf. getrennt nach Arbeitstag und arbeitsfreiem Tag)
ANMERKUNG	Falls zu diesem Zeitpunkt bereits Bausteine aus den Bereichen der Lehrziele K.1 bis K.11 durchgeführt wurden, können für die Reflexion auch die dort besprochenen, objektiven Kriterien einer gesunden Ernährung aufgefrischt und eingesetzt werden.

Abbildung 4: Seminarbaustein am Beispiel M.7-1

## 6 Ableitung eines eigenen Gruppenangebotes

Die vorausgegangenen Kapitel 1 bis 5 und ein Verständnis des SErFo-Ansatzes sind Grundlage für die Nutzung der SErFo-Bausteine zur Ableitung eigener Gruppenprogramme. Im ersten Kapitel werden der aktuelle theoretische und wissenschaftliche Hintergrund zusammenfassend erläutert. Dort finden sich auch Hinweise zu gesundheitspsychologischen Modellen (s. Abschnitt 1.1) und evidenzbasierten Strategien der Verhaltensänderung (s. Abschnitt 1.2.3), die die Grundlage für den systematischen Rahmen bieten. Das Rahmenkonzept für Gruppenangebote zur gesunden Ernährung beschreibt umfassend die Zielbereiche (s. Abschnitt 2.1), definiert konkrete Lehrziele (s. Kapitel 3) und beschreibt Aspekte der methodischen Umsetzung (Kapitel 4) sowie der notwendigen Kompetenzen und Kriterien der Qualitätssicherung für die Teams der Ernährungsberatung (Abschnitte 2.3 und 2.4). In Abschnitt 2.2 wird aber auch der Anspruch betont, dass die systematische und umfassende Darstellung einer flexiblen Nutzung dienen sollte.

Das Rahmenkonzept bietet also ein grundlegendes Rüstzeug für die Entwicklung eigener Gruppenangebote zur gesunden Ernährung für den spezifischen Anwendungsbereich in der eigenen Einrichtung.

Sinnvollerweise sollte im ersten Schritt ein Gruppenkonzept erstellt werden, in dem die nötigen Lehrziele ausgewählt und in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht werden. Erst dann können konkrete Methoden festgelegt werden. Dabei können verschiedene Faktoren eine Rolle spielen: das gesamte Behandlungskonzept, Zusammensetzung der Gruppe (Indikation, aber auch demografische Faktoren und Bildungsstand), zur Verfügung stehende Zeit, Verfügbarkeit der benötigten Materialien und nicht zuletzt auch die didaktischen Vorlieben und Stärken der GL.

Folgende *Entwicklungsschritte* sollten auf dem Weg zu einem Gruppenkonzept gegangen werden:

1. Definition der eigenen Zielgruppe und ihrer besonderen Bedarfe
2. Auswahl geeigneter Lehrziele aus den fünf Lehrzielbereichen
3. Festlegung der Vermittlungsphasen und des Ablaufs
4. Auswahl und Zusammenstellung geeigneter Methoden aus den Seminarbausteinen
5. Auswahl und Zusammenstellung notwendiger Materialien und Medien
6. Definition der notwendigen Kompetenzen der Ernährungsfachkräfte (ggf. Fortbildung)
7. Bestimmung der Rahmenbedingungen (Zuweisung, Zeiten, Räume)
8. Festlegung der Qualitätssicherung in der Klinik und im Team

Die hierfür benötigten Kompetenzen können in einer Train-the-Trainer-Fortbildung erworben werden. Ziel der *SErFo-Fortbildung* ist es, die Anwender zu unterstützen, Gruppenangebote zur gesunden Ernährung auf Basis der SErFo-Bestandteile eigenständig abzuleiten und umzusetzen. Sie vermittelt notwendige Kompetenzen zur Nutzung sämtlicher Materialien, grundlegende Kompetenzen zur Gruppenarbeit und -moderation sowie zum Umgang mit schwierigen Gruppensituationen.

## 7 Literaturverzeichnis

### Zitierte Literatur

- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32 (4), 665–668.
- Bandura, A. (1986). Fearful expectations and avoidant actions as coefficients of perceived self-inefficacy. *American Psychologist*, 41, 1389–1391.
- Bentele, G. & Seifert, J. (2009). Organisatorische Transparenz und Vertrauen. In: Klenk, V. & Hanke, D. J. (Hrsg.), *Corporate Transparency* (S. 42–61). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2015a). Reha-Therapiestandards (RTS). Abgerufen am 25.06.2019 von [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_Sozialmedizin\\_Forschung/02\\_reha\\_qualitaetssicherung/reha\\_therapiestandards\\_index\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/reha_therapiestandards_index_node.html).
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2015b). Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Abgerufen am 25.06.2019 von [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_Sozialmedizin\\_Forschung/02\\_reha\\_qualitaetssicherung/ktl\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/ktl_node.html).
- Fuchs, R. (2013). Das Motivations-Volitions-Konzept. *Public Health Forum*, 21 (2). Abgerufen am 25.06.2019 von <https://www.degruyter.com/view/j/pubhef.2013.21.issue-2/j.phf.2013.03.004/j.phf.2013.03.004.xml>.
- Gollwitzer, P. M. & Sheeran, P. (2006). Implementation Intentions and Goal Achievement: A Meta-Analysis of Effects and Processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69–119.
- Göhner, W. & Fuchs, R. (2007). Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung (S. 77–173). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Haupt, E. & Herrmann, R. (2010). Curriculum Gesunde Ernährung. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *Gesundheitstraining in der Medizinischen Rehabilitation – Indikationsbezogene Curricula*, Band 1. Abgerufen am 25.06.2019 von [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/03\\_reha\\_wissenschaften/07\\_reha\\_konzepte/konzepte/gesundheitstraining.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/07_reha_konzepte/konzepte/gesundheitstraining.html).
- Hoppe, A. & Worringer, U. (2018). Einführung zum Gesundheitstrainingsprogramm, Curricula für Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund. Abgerufen am 25.06.2019 von [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/03\\_reha\\_wissenschaften/07\\_reha\\_konzepte/konzepte/gesundheitstraining.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/07_reha_konzepte/konzepte/gesundheitstraining.html).
- Herrmann, K. (2013). Das Ernährungsteam in einer Reha-Klinik. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *Ernährungsmedizin in der Rehabilitation* (S. 10–15). Berlin.
- Klemmt, M., Reusch, A. & Meng, K. (2019). Aspekte einer guten und wirksamen Ernährungsberatung aus der Perspektive von Rehabilitanden. DRV-Schriften, Band 117, 172–173.
- Körner, M. & Dorn, M. (2016). Reha-Team und Teamentwicklung. In: Bengel, J. & Mittag, O. (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Ein Lehr- und Praxishandbuch* (S. 239–250). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse – Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz/Juventa.
- Meng, K., Klemmt, M., Toellner, C., & Reusch, A. (2019). Ernährungsbezogene Gruppenangebote in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Rehabilitation*.
- Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J. & Gupta, S. (2009). Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression. *Health Psychology*, 28, 690–701.
- Michie, S., Ashford, S., Snihotta, F. F., Dombrowski, S. U., Bishop, A. & French, D. P. (2011). A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: The CALO-RE taxonomy. *Psychology and Health*, 26, (11), 1479–1498.
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J. & Hardeman, W. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Buildin an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46, 81–95.
- Pudel, V. & Müller, D. (2000). Seminareinheit Essen und Trinken. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.), *Aktiv Gesundheit fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation* (S. 225–251). Stuttgart: Schattauer.
- Reusch, A., Tuschhoff, T. & Faller, H. (2013). Schulungskonzepte und ihre Wirksamkeit in der Ernährungsberatung. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *Ernährungsmedizin in der Rehabilitation* (S. 22–36). Berlin.
- Schwarzer, R., Lippke, S. & Ziegelmann, J. P. (2008). Health action process approach. A research agenda at the Freie Universität Berlin to examine and promote health behavior change. *European Journal of Health Psychology*, 16, 157–160.
- Sheeran, P. (2002). Intention-behaviour-relations: A conceptual and empirical review. In M. Hewstone, M. Stroebe, W. (Hrsg.). *European Review of Social Psychology* (S. 1–36). New York: Wiley.
- Ströbl, V., Küffner, R., Müller, J. Reusch, A., Vogel, H. & Faller, H. (2009). Patientenschulung – Qualitätskriterien der Schulungsumsetzung. *Rehabilitation*, 48, 166–173.
- Tuschhoff, T. (1996). *Mit Bauch und Kopf – Therapiemanual zur gruppen-therapeutischen Behandlung von Adipositas in der stationären Rehabilitation*. Tübingen: dgvt-Verlag.

### Ernährungsbezogene Schulungsprogramme in Deutschland

- Franz, I. W. (2005). Schulungsprogramm für spezielle Patientengruppen in der kardiologischen Rehabilitation. In: Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (Hrsg.), *Curriculum Gewichtsmanagement*.
- Göhner, W. & Fuchs, R. (2007). Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung (S. 77–173). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Haupt, E. & Herrmann, R. (2010). Curriculum Gesunde Ernährung. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *Gesundheitstraining in der Medizinischen Rehabilitation – Indikationsbezogene Curricula*, Band 1. Abgerufen am 25.06.2019 von [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/03\\_reha\\_wissenschaften/07\\_reha\\_konzepte/konzepte/gesundheitstraining.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/07_reha_konzepte/konzepte/gesundheitstraining.html).
- Pudel, V. & Müller, D. (2000). Seminareinheit Essen und Trinken. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.), *Aktiv Gesundheit fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation* (S. 225–251). Stuttgart: Schattauer.
- Pudel, V. & Müller, D. (2000). Vertiefung Gewichtsabnahme. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.), *Aktiv Gesundheit fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation* (S. 252–294). Stuttgart: Schattauer.
- Shaw, R., Metz, K. & Bergmann, S. (2007). *Abnehmen – aber mit Vernunft*. München: IFT-Gesundheitsförderung GmbH.
- Tuschhoff, T. (1996). *Mit Bauch und Kopf – Therapiemanual zur gruppen-therapeutischen Behandlung von Adipositas in der stationären Rehabilitation*. Tübingen: dgvt-Verlag.

### Internationale Evidenz zu ernährungsbezogenen Interventionen

- Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S. & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients. *Obesity Reviews*, 12, 709–723.
- Arno, A., & Thomas, S. (2016). The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 16 (1), 676. doi.org/10.1186/s12889-016-3272-x.
- Burke, L. E., Wang, J. & Sevick, M. A. (2011). Self-monitoring in weight loss. A systematic review of the literature. *Journal of American Diet Association*, 111 (1), 92–102.
- Carvalho de Menezes, M., Bedeschi, L. B., dos Santos, L. C. & Lopes, A. C. S. (2016). Interventions directed eating habits and physical activity using the Transtheoretical Model: a systematic review. *Nutricion Hospitalaria*, 33, 1194–1204.
- Dansinger, M. L., Tatsioni, A., Wong, J. B., Chung, M. & Balk, E. M. (2007). Meta-analysis: the effect of dietary counseling for weight loss. *Annals of Internal Medicine*, 147 (1), 41–50.

- Delzenne, N. M. & Calin, P. D. (2005). A place for dietary fibre in the management of the metabolic syndrome. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care* 8 (6), 636–640.
- Desroches, S., Lapointe, A., Ratté, S., Gravel, K., Légaré, F., & Thirsk, J. (2011). Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults: a study protocol. *BMC Public Health*, 11 (1), 111. doi: 10.1186/1471-2458-11-111.
- Eakin, E. G., Lawler, S. P., Vandelanotte, C. & Owen, N. (2007). Telephone interventions for physical activity and dietary behavior change: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 23 (5), 419–434.
- Fjeldsoe, B., Neuhaus, M., Winkler, E. & Eakin, E. G. (2011). Systematic review of maintenance of behavior change following physical activity and dietary interventions. *Health Psychology*, 30, 99–109.
- Greaves, C. J., Sheppard, K. E., Abraham, C., Hardeman, W., Roden, M., Evans, P. H., et al. (2011). Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health*, 11 (1), 119. doi: 10.1186/1471-2458-11-119.
- Hagen, K. B., Byfuglien, M. G., Falzon, L., Olsen, S. U., & Smedslund, G. (2009). Dietary interventions for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online) Cochrane Database Syst Rev*, 21 (1). doi: 10.1002/14651858.CD006400.pub2.
- Han, S., Middleton, P., Shepherd, E., van Ryswyk, E., & Crowther, C. A. (2017). Different types of dietary advice for women with gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online) Cochrane Database Syst Rev*, 2 (11), doi: 10.1002/14651858.CD009275.pub3.
- Hebden, L., Chey, T. & Allman-Farinelli, M. (2012). Lifestyle intervention for preventing weight gain in young adults: a systematic review and meta-analysis of RCT's. *Obesity reviews*, 13, 692–710.
- Langius, J. A., Zandbergen, M. C., Eerenstein, S. E., van Tulder M. W., Leemans, C. R., Kramer, M. H. & Weijis, P. J. (2013). Effect of nutritional interventions on nutritional status, quality of life and mortality in patients with head and neck cancer receiving (chemo)radiotherapy: a systematic review. *Clinical Nutrition*, 32 (5), 671–678.
- Lara, J., Hobbs, N., Moynihan, P. J., Meyer, T. D., Adamson, A. J., Errington, L., et al. (2014). Effectiveness of dietary interventions among adults of retirement age: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Med*, 12 (1), 60. doi: 10.1186/1741-7015-12-60.
- Li, S. X., Ye, Z., Whelan, K., & Truby, H. (2016). The effect of communicating the genetic risk of cardiometabolic disorders on motivation and actual engagement in preventative lifestyle modification and clinical outcome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Nutrition*, 116 (5), 924–934.
- Mastellos, N., Gunn, L. H., Felix, L. M., Car, J. & Majeed, A. (2014). Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online) Cochrane Database Syst Rev*, 5 (2). doi: 10.1002/14651858.CD008066.pub3.
- Neve, M., Morgan, P. J., Jones, P. R. & Collins, C. E. (2010). Effectiveness of web-based interventions in achieving weight loss and weight loss maintenance in overweight and obese adults. *Obesity reviews*, 11, 306–321.
- Nield, L., Moore, H. J., Hooper, L., Cruickshank, J. K., Vyas, A., Whittaker, V., & Summerbell, C. D. (2007). Dietary advice for treatment of type 2 diabetes mellitus in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online) Cochrane Database Syst Rev*, 20 (3). doi:10.1002/14651858.CD004097.pub4
- Norris, S. L., Zhang, X., Avenell, A., Gregg, E., Bowman, B., Schmid, C. H. & Lau, J. (2005). Long-term effectiveness of weight-loss interventions in adults with pre-diabetes: a review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28 (1), 26–39.
- Orozco, L. J., Buchleitner, A. M., Gimenez-Perez, G., Roqué I Figuls, M., Richter, B., & Mauricio, D. (2008). Exercise or exercise and diet for preventing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online) Cochrane Database Syst Rev*, 22 (3). doi: 10.1002/14651858.CD003054.pub3.
- Palmer, S. C., Maggo, J. K., Campbell, K. L., Craig, J. C., Johnson, D. W., Suttano, B., et al. (2017). Dietary interventions for adults with chronic kidney disease. *The Cochrane Library*, 27 (4), 537.
- Paul-Ebhohimhen, V., & Avenell, A. (2009). A systematic review of the effectiveness of group versus individual treatments for adult obesity. *Obesity Facts*, 2(1), 17–24.
- Pearson, E. S. (2012). Goal setting as a health behavior change strategy in overweight and obese adults: A systematic literature review examining intervention components. *Patient Education and Counseling*, 87, 32–42.
- Rees, K., Dyakova, M., Wilson, N., Ward, K., Thorogood, M. & Brunner, E. (2013). Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online) Cochrane Database Syst Rev*, 6 (12). doi: 10.1002/14651858.CD002128.pub5.
- Schoeppe, S., Alley, S., Van Lippevelde, W., Bray, N. A., Williams, S. L., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2016). Efficacy of interventions that use apps to improve diet, physical activity and sedentary behaviour: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13 (1), 127. doi: 10.1186/s12966-016-0454-y.
- Sherrington, A., Newham, J. J., Bell, R., Adamson, A., McColl, E., & Araujo-Soares, V. (2016). Systematic review and meta-analysis of internet-delivered interventions providing personalized feedback for weight loss in overweight and obese adults. *Obesity Reviews : an Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 17 (6), 541–551.
- Siebenhofer, A., Jeitler, K., Berghold, A., Waltering, A., Hemkens, L. G., Semlitsch, T., et al. (2011). Long-term effects of weight-reducing diets in hypertensive patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 9. doi: 10.1002/14651858.CD008274.pub2.
- Södlerlund, A., Fischer, A., & Johansson, T. (2009). Physical activity, diet and behaviour modification in the treatment of overweight and obese adults: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 129(3), 132–142.
- Spahn, J. M., Reeves, R. S., Keim, K. S., Laquatra, I., Kellogg, M., Jortberg, B. & Clarke, N. A. (2010). State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 879–891.
- Thompson, R. L., Summerbell, C. D., Hooper, L., Higgins, J. P. T., Little, P. S., Talbot, D., & Ebrahim, S. (2003). Relative efficacy of differential methods of dietary advice: a systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 77 (4), 1052–1057.

#### Internationale Evidenz zu Strategien der Verhaltensänderung im Bereich Ernährung

- Cradock, K. A., ÓLaighin, G., Finucane, F. M., Gainforth, H. L., Quinlan, L. R., & Ginis, K. A. M. (2017). Behaviour change techniques targeting both diet and physical activity in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14 (1), 18. doi: 10.1186/s12966-016-0436-0.
- Dombrowski, S. U., Sniehotta, F. F., Avenell, A., Johnston, M., MacLennan, G. & Araújo-Soares, V. (2012). Identifying active ingredients in complex behavioural interventions for obese adults with obesity-related comorbidities or additional risk factors for co-morbidities: a systematic review. *Health Psychology Review*, 6 (1), 7–32.
- Hartmann-Boyce, J., Johns, D. J., Jebb, S. A. & Aveyard, P. (2014). Effect of behavioural techniques and delivery mode on effectiveness of weight management: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Obesity Reviews*, 15, 589–609.
- Lara, J., Evans, E. H., O'Brien, N., Moynihan, P. J., Meyer, T. D., Adamson, A. J., et al. (2014). Association of behaviour change techniques with effectiveness of dietary interventions among adults of retirement age: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Medicine*, 12 (1), 177. doi: 10.1186/1741-7015-12-60.
- McDermott, M. S., Oliver, M., Iverson, D. & Sharma, R. (2016). Effective techniques for changing physical activity and healthy eating intentions and behaviour: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 21, 827–841.
- Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J. & Gupta, S. (2009). Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression. *Health Psychology*, 28, 690–701.
- Prestwich, A., Kellar, I., Praker, R., MacRae, S., Learmonth, M. & Sykes, B. (2014). How can self-efficacy be increased? Meta-analysis of dietary interventions. *Health Psychology Review*, 8 (3), 270–285.
- Samdal, G. B., Eide, G. E., Barth, T., Williams, G. & Meland, E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *Physical Activity*, 14 (1), 42. doi: 10.1186/s12966-017-0494-y.



