

Adamowitsch M, Zeidler D, Schoberberger R

**Drop-outs und ihre Gründe für den Abbruch im Rahmen eines  
Public Health Programms zur Gewichtsreduktion**

*Journal für Ernährungsmedizin 2009; 11 (1), 21*

**Homepage:**

**[www.aerzteverlagshaus.at](http://www.aerzteverlagshaus.at)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

MIT NACHRICHTEN DER



# Drop-outs und ihre Gründe für den Abbruch im Rahmen eines Public Health Programms zur Gewichtsreduktion

Eine Untersuchung des Kollektivs der Kursabbrecher des „Schlank ohne Diät“-Programms

Michaela Adamowitsch\*, Doris Zeidler\*, Rudolf Schoberberger\*<sup>1</sup>

## Abstracts

**Theoretischer Hintergrund:** Die starke Verbreitung von Übergewicht, Adipositas sowie deren Folgeerscheinungen nimmt in der westlichen Welt trotz jahrelanger Kampagnen und vielfältiger Interventionen weiter zu. Damit steigen auch die Kosten für das Gesundheitssystem und so sprechen Experten mittlerweile von einem europäischen Public-Health-Problem. In einem langjährig erprobten Gewichtsreduktionsprogramm, „Schlank ohne Diät“ (SOD), werden aktuelle Public-Health-Erkenntnisse in die Praxis umgesetzt und die Evaluation belegt den Erfolg dieses Konzepts. Kursabbrecher wurden bisher aber von den Nachuntersuchungen ausgeschlossen, daher war es das Ziel dieser Erhebung, dieses häufig vernachlässigte Kollektiv und seine Gründe für die Programmbeendigung näher zu untersuchen. Mögliche organisatorische, verfahrenstechnische und inhaltliche Problemfelder sollten aufgedeckt und Wege zur Programmoptimierung abgeleitet werden.

**Methode:** Als Drop-outs bzw. Abbrecher werden all jene 202 Personen (von insgesamt 1817) bezeichnet, die an maximal einer der fünf SOD-Gruppensitzungen der Kurse zwischen März 2005 und Juli 2006 teilgenommen haben. Als Erhebungsinstrument wurde ein schriftlicher Fragebogen erstellt und an dieses Kollektiv versendet. Insgesamt konnten davon 50 Bögen statistisch ausgewertet werden.

**Ergebnisse:** Die berechnete SOD-Abbruchrate beträgt 11,1 %. Einem Großteil der Kursabbrecher (48 %) war der mit der Programmdurchführung verbundene Aufwand (Protokollieren, Kalorien-Berechnen) zu groß, und je 40 % nannten als (zusätzlichen) Abbruch-Grund entweder Zeitmangel oder unerfüllte Erwartungen.

**Schlussfolgerung:** Im Vergleich mit anderen Gewichtsreduktionsprogrammen zeigt sich, dass die Drop-out-Rate bei SOD bereits sehr gering ist. Dennoch lassen sich von den Ergebnissen der Erhebung einige Anregungen für die inhaltliche Gestaltung der ersten Kurseinheit, eventuell auch schon für die Auftaktveranstaltung ableiten.

**Stichwörter:** Adipositas, Public Health, Gewichtsreduktion, Kursabbrecher

**Background:** In spite of many campaigns and active interventions which have been taking place over the years, overweight, obesity and their effects within the western society are still increasing – and so are the costs for the health-care system. Therefore, experts are talking about an European public-health problem by now. A weight-reduction programme called “Schlank ohne Diät” (SOD) that has been tried and tested for many years puts state-of-the-art public-health findings into action, and its evaluation has proved its success. As drop-outs have not been considered in the follow-up examination until now, this investigation aims to research this often neglected group and its reasons for programme cessation. Possible problems within programme organisation, process and content shall be investigated and ways found to optimise the programme.

**Method:** 202 persons (out of 1817) that participated in only one of five SOD-group meetings between March 2005 and July 2006 were characterized as drop-outs. A questionnaire in written form was designed as the survey tool and sent to this collective. 50 forms were statistically analysed.

**Results:** A SOD drop-out rate of 11.1 % was identified. For the majority (48 %) the programme procedure (recording, calculating calories) was too extensive and 40 % each indicated lack of time or unmet requirements as their reason for programme cessation.

**Conclusion:** The drop-out rate at SOD is already very low compared to other weight-reduction programmes. Nevertheless, on the basis of these findings, it is possible to make suggestions for the design of the first group-meeting and possibly also for the initial information event.

**Key words:** obesity, public health, weight reduction, programme drop-outs

Die vorliegende Arbeit finden Sie in der Online-Version des Journals für Ernährungsmedizin unter [www.aerzteverlagshaus.at](http://www.aerzteverlagshaus.at)

## <sup>1</sup> Korrespondenz

Univ.-Prof. Dr. Rudolf Schoberberger  
Telefon: +43 1 4277 64670  
Fax: +43 1 4277 64671  
Email: [rudolf.schoberberger@meduniwien.ac.at](mailto:rudolf.schoberberger@meduniwien.ac.at)

\* Institut für Sozialmedizin  
Zentrum für Public Health  
Medizinische Universität Wien  
Rooseveltplatz 3, 1090 Wien,  
Österreich

Übergewicht (auch als Präadipositas bezeichnet; Body-Mass-Index-Bereich 25 – 29,9) und Adipositas (BMI über 30) verursachen einerseits enorme Kosten für das Gesundheitssystem und wirken sich andererseits negativ auf die Lebensqualität einer breiten Bevölkerungsschicht aus.

Adipositas ist das weltweit am schnellsten wachsende Gesundheitsproblem, bei fortlaufendem, beinahe linearem Anstieg der Prävalenz, wie aktuelle Studien zeigen; einige Experten sprechen daher auch von einer Epidemie. Lag der Median des BMI im Jahr 1950 noch bei 21 kg/m<sup>2</sup>, so stieg er 2000 bereits auf 26 kg/m<sup>2</sup>. Die weitere Hochrechnung für das Jahr 2040 ergibt einen BMI von 30, was voraussagen würde, dass zu diesem Zeitpunkt bereits die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung der westlichen Industrienationen adipös wäre [1, 2, 3].

Die Entstehungsgeschichte von Übergewicht und Adipositas ist eine multifaktorielle, zu einem gewissen Teil auch eine genetisch mitbedingte, geht aber bei einem Großteil der Betroffenen vereinfacht dargestellt auf eine langfristig positive Energiebilanz zurück. Meist ist diese das Resultat des heute in der westlichen Gesellschaft verbreiteten Lebensstils, der von stetem Lebensmittel-Überangebot und körperlicher Inaktivität geprägt ist. Somit sind das Ernährungs- und Bewegungsverhalten wichtige Ansatzpunkte für Interventionsmaßnahmen.

Bisher aber konnten selbst jahrelange und vielfältige Kampagnen zur Intervention die Ausbreitung der Adipositas nicht stoppen, und so ist diese mit ihren somatischen, psychischen, psychosozialen und sozioökonomischen Folgeerscheinungen mittlerweile zu einem Public-Health-Problem angewachsen [4].

## THEORETISCHER HINTERGRUND

Ein langjährig erprobtes Gewichtsreduktionsprogramm mit universitärem Hintergrund, in dem moderne Ansätze von Public Health Anwendung finden, ist das österreichische „Schlank ohne Diät“-Programm (SOD) [5]. Entwickelt vom Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien, wird es seit 2005 auch von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) als primärpräventives Angebot im regionalen Setting initiiert und getragen. Als solches ist es auf Bevölkerungsebene angesiedelt und erfüllt dabei die aktuellsten Anforderungen von Seiten der Wissenschaft; gleichzeitig erfährt das Programm innerhalb der Bevölkerung große Akzeptanz und steigende Nachfrage. Eine eingehende Programmevaluation erfolgte auch im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Wien [6].

Wie von der WHO und auch von den deutschen und österreichischen Fachgesellschaften (Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft usw.) in den evidenzbasierten Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas vorgeschlagen, ist der Programminhalt auf den drei Säulen Ernährungsumstellung, Steigerung der körperlichen Aktivität und Verhaltensänderung begründet [2, 3, 7, 8, 9]. So lauten die vermittelten Ziele fettreduzierte Mischkost und Normalisierung des Essverhaltens (etwa anstelle von einseitigen, restriktiven Diäten oder emotional gesteuertem, Außenreiz-ab-

hängigem Essen), bewegter Alltag sowie zusätzliche sportliche Betätigung und folglich die Steigerung der Lebensqualität. Die Konzeptausrichtung legt Wert auf die Förderung der Langzeitcompliance der Teilnehmer – neben dem moderaten Gewichtsverlust im ersten Schritt sollen auch die Voraussetzungen für die anschließende Gewichtsstabilisierung geschaffen werden.

Zur dauerhaften Änderung des Lebensstils werden Elemente der Verhaltensmodifikation eingesetzt: Selbstbeobachtung und die weitere, schrittweise Selbstmodifikation erfolgen, indem die Teilnehmer Tages- und Wochenprotokolle führen. Geübt werden soll ein flexibel kontrolliertes Essverhalten (im Gegensatz zu rigider Verhaltenskontrolle) und die Anwendung von Stimuluskontrolltechniken, z.B. durch den Einsatz von Verhaltensregeln, um mit alltäglichen Essreizen umgehen zu lernen. Themen wie die realistische Zielsetzung des Einzelnen und Rückfallprophylaxe sowie die solidarische Unterstützung, die die Organisation in Form von Kleingruppen mit sich bringt, gehören ebenso zum Programmkonzept.

Die jeweils fünf Treffen werden in 14-tägigem Abstand organisiert, bei einer maximalen Gruppengröße von 13 Teilnehmern pro Betreuer (Mediziner, Ernährungswissenschaftler oder Psychologen).

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden durch eine laufende Evaluation durch das Institut für Sozialmedizin garantiert, wodurch die Programmfolge ersichtlich werden. Die Daten der Teilnehmer, die im Laufe eines „Schlank ohne Diät“-Programms mindestens an zwei Gruppensitzungen teilgenommen haben, werden auch im Rahmen von Nachuntersuchungen evaluiert. Dabei werden all jene, die nur zu einer einzigen der fünf Sitzungen erschienen sind, von der weiteren Untersuchung ausgeschlossen [10].

Sowohl im beruflichen Leben als auch im Freizeitbereich lässt sich das Phänomen des Abbruchs in unserer Gesellschaft häufig beobachten. Mit den unterschiedlichen Gründen für einen Kursabbruch in der Erwachsenenbildung hat sich beispielsweise Gruber auseinandergesetzt und innerhalb dieser zwischen personenbezogenen Merkmalen, kursbezogenen Faktoren und einer Restkategorie (unvorhergesehene Ereignisse wie z.B. Unfälle) unterschieden. Aufgefallen ist, dass die genannten Abbruchgründe der Dozenten und jene der Abbrecher sehr widersprüchlich und meist selbstwertdienlich attribuiert waren. So nannten Dozenten vorwiegend personenbezogene Merkmale (mangelnde Lernfähigkeit der Teilnehmer, mangelnde Selbstdisziplin; Familienstand, Beruf der Teilnehmer usw.), Kursteilnehmer hingegen eher kursbezogene Faktoren (Unzufriedenheit mit der Kursgestaltung bzw. dem Dozenten; ungünstige organisatorische Bedingungen usw.) als Abbruchgrund; unvorhergesehene Ereignisse nannten beide Seiten. Nach Ansicht von Gruber lassen empirische Untersuchungen zur Teilnehmerfluktuation Zusammenhänge und Ursachen des Kursabbruches erkennen; diese liefern zwar keine Lösung, sind jedoch Anregungen zur Problembewältigung [11].

Sind kurs- bzw. veranstaltungsbezogene Faktoren, die zu einem Abbruch führen, bekannt, so ließe sich durch Experimentieren mit optimierten Konzepten untersuchen, ob man damit die Abbrecherquote verringern könnte.

## METHODE

Das bisher in der Evaluation nicht erfasste Kollektiv der „Schlank ohne Diät“-Kursabbrecher wurde mittels schriftlichem Fragebogen untersucht um herauszufinden, warum das Programm frühzeitig beendet wurde. Daraus soll abgeleitet werden, welche Änderungen organisatorischer, verfahrenstechnischer oder inhaltlicher Art an der derzeitigen Kursform vorgenommen werden können, um das bestehende SOD-Programm gegebenenfalls zu optimieren.

Als Abbrecher bezeichnet und des weiteren von der Evaluation ausgeschlossen werden im „Schlank ohne Diät“-Programm all jene Teilnehmer, die nur an einer der insgesamt fünf Gruppensitzungen teilnehmen. Unter den in den Bezirken Korneuburg, Gänserndorf, Mistelbach, St. Pölten, Amstetten, Baden und Horn teilnehmenden Personen im Zeitraum März 2005 bis Juli 2006 (Insgesamt 1.817) traf dieses Kriterium auf 202 Personen zu (davon sind 99,8 % nur zur ersten Kurseinheit und 0,2 % nur zur zweiten Einheit erschienen). Daraus errechnet sich eine Dropout-Rate von ca. 11,1 %.

An dieses Kollektiv wurde ein eigens gestalteter, 5-seitiger Fragebogen versendet. Es erfolgte die deskriptive Auswertung der im Fragebogen gestellten Fragen mittels SPSS 13.0-Programm. Weiters wurden diese Daten mit bereits vorhandenen Kursdokumentationen mittels nicht-parametrischem Testverfahren mit einem Signifikanzniveau von 5 % verglichen.

## ERGEBNISSE

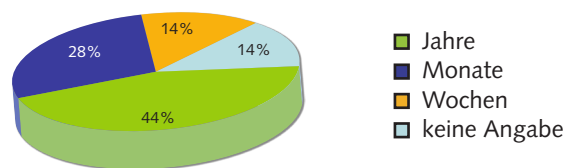
Von 202 versendeten Fragebögen wurden 53 zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 25 % entspricht, davon waren 50 Bögen auswertbar (43 Frauen und 6 Männer, einmal Geschlecht unbekannt). Das errechnete Durchschnittsalter liegt bei 48,98 Jahren, wobei der/die jüngste KursabbrecherIn 18 Jahre, der/die älteste 74 Jahre alt ist. Unterteilt man in Altersgruppen, so fallen 23 Personen (46 %) in die Gruppe der 40- bis 59-Jährigen, die restlichen 27 Personen verteilen sich zu etwa gleichen Anteilen auf die Gruppe der unter 40- und über 59-Jährigen. Die mittleren fünfzig Prozent dieser Abbrecher sind zwischen 37 und 60 Jahre alt.

Die unter den Teilnehmern vertretenen Eltern haben im Durchschnitt 1,82 Kinder, was der mittleren Kinderzahl der österreichischen Gesellschaft entspricht (durchschnittliche Kinderzahl pro Familie mit Kindern 1,69; von Ehepaaren mit Kindern 1,80; Lebensgemeinschaften 1,52 usw. [12]).

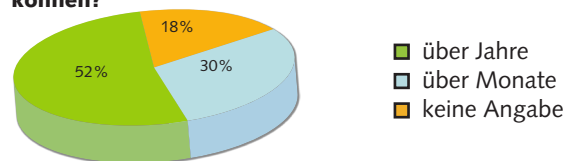
## FRAGEN ZUM THEMA GEWICHTSREDUKTION

Fünf der befragten Personen (10 %) haben vor der Teilnahme am „Schlank ohne Diät“-Programm noch nie versucht, Ihr Gewicht zu reduzieren. 19 Personen (38 %) und somit der Großteil hatte schon bis zu fünf mal versucht abzunehmen, gefolgt von jener Gruppe von 16 Personen (32 %), die angeben, sie hätten bereits so oft versucht an Körpergewicht zu verlieren, dass sie es nicht mehr sagen könnten. Neun Personen (18 %) hatten bis zu 10 Gewichtsreduktions-Versuche hinter sich. Durchschnittlich wurden dabei 14,2 kg abgenommen, wobei insgesamt sechs Personen (12 %) bereits einmal die höchstangegebene Abnahme von 30 kg erzielen konnten.

**Abb.1: Wie lange liegt Ihr letzter Abnehmversuch zurück?**



**Abb.2: Wie lange haben Sie das reduzierte Gewicht halten können?**



Fragt man die Abbrecher nach dem Grund für die Wiedernahme, was in Form einer offenen Fragestellung erfolgte, so lassen sich die insgesamt 30 Antworten folgendermaßen in Kategorien zusammenfassen:

Die Hälfte, 15 Personen, begründete die erneute Gewichtszunahme mit dem Rückfall in alte (Ess-)Gewohnheiten, d.h. es erfolgte keine dauerhafte Änderung des Essverhaltens, bzw. wurde das Verhalten, teilweise durch Ereignisse wie Urlaub und Weihnachten begründet, durch das die Gewichtsreduktion zuvor erreicht wurde, wieder abgebrochen. Insgesamt wurde von nur drei Personen das Fehlen von körperlicher Aktivität (Sport, Bewegung) als (Mit-)Grund für den fehlenden Langzeiterfolg ihrer Gewichtsabnahme angeführt; im Vergleich dazu betrafen 15 Antworten die Essgewohnheiten.

Zwei Probanden gaben explizit Stress als Wiedernahmegrund an, weitere zwei nannten mangelnde Selbstdisziplin und vereinzelt erklärten sich Personen das Ausbleiben des dauerhaften Abnahmeerfolges durch familiäre Schwierigkeiten, Finanzprobleme oder Rauchstopp.

## BEDÜRFNIS UND MOTIVATION IN HINBLICK AUF GEWICHTSREDUKTION

Die Kursabbrecher wurden gebeten durch Ankreuzen auf einer Likert-Skala die Stärke ihres Bedürfnisses, das sie vor Programmbeginn hinsichtlich einer Gewichtsreduktion hatten, einzuschätzen (0 überhaupt kein Bedürfnis, 10 ein absolut starkes Bedürfnis abzunehmen). Im Mittel lag das Bedürfnis der Personen bei 8,1, wobei das Bedürfnis nach Gewichtsreduktion bei den mittleren 50 % der Abbrecher zwischen den Werten 7 und 10 rangierte.

Auf dieselbe Weise wurden die Personen nach der Höhe ihrer Motivation bzw. der Bereitschaft zur Mitarbeit für einen Gewichtsreduktionserfolg gefragt. Dabei entsprach der Wert 0 auf der Skala der Angabe überhaupt keine Motivation, 10 eine absolut starke Motivation etwas beizutragen. Der Mittelwert der Motivation fiel etwas geringer aus, als die Höhe des mittleren Bedürfnisses einer Gewichtsreduktion; der Wert von 7,3 lässt aber darauf schließen, dass die Befragten durchwegs sehr motiviert waren. Bei der Berechnung der mittleren 50 % liegen die Werte zwischen 5 und 9 auf der Skala.

## GRÜNDE FÜR DEN ABRUCH DER KURSTEILNAHME

Für die Erfassung der Kursabbruchgründe wurden die befragten Personen gebeten, für sie Zutreffendes in einer Tabelle anzukreuzen. Dabei waren auch Mehrfachnennungen möglich.

**Tab. 1:** Gründe für die abgebrochene Teilnahme an den SOD-Kursen nach genannter Häufigkeit.

Gründe für den Abbruch der Kursteilnahme	Häufigkeit (Prozent Antwort ja; n=50 Pers.)	Prozent, gerundet (182 Nennungen gesamt)
Mit dem Führen der Tages- und Wochenprotokolle bzw. dem Kalorienberechnen nicht zurechtgekommen	24 (48 %)	13,2 %
Zeitliche Gründe	20 (40 %)	11,0 %
Erwartungen an das Programm nicht erfüllt	20 (40 %)	11,0 %
Abwiegen und Messen vor anderen Teilnehmern unangenehm	11 (22 %)	6,0 %
Aufgrund der beruflichen Situation	10 (20 %)	5,5 %
Gestaltung der Kurseinheit nicht gefallen	10 (20 %)	5,5 %
In der Gruppe nicht wohl gefühlt	10 (20 %)	5,5 %
Nur hören wollen, worum es geht / Neugierde	9 (18 %)	5,0 %
Anderes Gewichtsreduktionsprogramm begonnen	8 (16 %)	4,4 %
Kein Erfolg in der ersten Programmwoche	8 (16 %)	4,4 %
Vortragende/r unsympathisch	8 (16 %)	4,4 %
Belastung im sozialen Umfeld / Sorgen	8 (16 %)	4,4 %
Familiäre Gründe	5 (10 %)	2,7 %
Krankheit	5 (10 %)	2,7 %
Andere Prioritäten wichtiger als Abnehmen	5 (10 %)	2,7 %
SOD-Programm mit Unterlagen alleine durchgeführt	5 (10 %)	2,7 %
Persönliche Ansprache in der Gruppe peinlich	5 (10 %)	2,7 %
Anreise zu weit / zu beschwerlich	4 (8 %)	2,2 %
Nicht motiviert genug / Gewichtsreduktion nicht dringend	3 (6 %)	1,6 %
Veranstaltungsort / Räumlichkeit nicht gefallen	2 (4 %)	1,1 %
Weitere Informationen von anderen Teilnehmern erhalten	2 (4 %)	1,1 %
Partnerschaftliche Situation	1 (2 %)	0,6 %
½ kg Gewichtsreduktion/Woche zu wenig	1 (2 %)	0,6 %
Parkplatzprobleme	0	0 %
<b>Nennungen gesamt</b>	<b>182</b>	<b>100 %</b>

14 Personen machten außerdem Angaben zur offenen Frage nach anderen Abbruchgründen, wobei größtenteils die bereits angekreuzten Antwortmöglichkeiten in ähnlicher Form wiederholt wurden.

Bei der Betrachtung getrennt nach Altersgruppen zeigt sich, dass unter den 14 Personen der unter 40-Jährigen (28 %) zeitliche Gründe am häufigsten genannt wurden (7 Personen), gefolgt von der beruflichen Situation (5 Personen); erst an 3. Stelle wurden das Protokollführen gemeinsam mit den nicht erfüllten Erwartungen angegeben (je 4 Personen).

Unter den Abbrechern ab 60 Jahren (13 Personen, 26 %) wurde die Kursbeendigung am häufigsten mit der Protokollführung und dem damit verbundenen Aufwand erklärt (8 Personen); auch nicht erfüllte Erwartungen wurden als Abbruchgrund angegeben (6 Personen). Auffällig ist, dass hier von 5 Personen am dritthäufigsten gesagt wurde, dass sie sich die erste Einheit des SOD-Programms lediglich anhören wollten.

## WEITERE FRAGEN BEZÜGLICH KURSTEILNAHME

Der Beschluss zur Beendigung der Kursteilnahme war von 20 Teilnehmern (40 %) bewusst gefasst, 19 Abbrecher (38 %) hätten eine Kursfortsetzung beabsichtigt, dies war ihnen aber nicht möglich, 13 Personen (26 %) bereuen das Versäumen der weiteren Kurseinheiten, 11 Personen (22 %) verneinen dies. 16 Personen (32 %) geben an, Interesse an einem erneuten Kursangebot zu haben, genauso viele sind nicht weiter interessiert.

Abschließend nutzten 35 Kursabbrecher die Möglichkeit zu Anmerkungen auf die offene Frage, unter welchen Bedingungen sie weiter teilgenommen hätten. Darunter lassen sich vier Antworten in die Kategorie der personenbezogenen Merkmale einordnen (Zeit, Krankheit, fehlende Stärke), zwei weitere Male taucht der Faktor ungünstiger Termin/Zeitpunkt auf, vier Antworten betreffen die Gruppe(-ngröße) und drei die Kursräumlichkeiten. Jeweils eine Person wünscht sich in der ersten Kurseinheit mehr Information, mehr Herausforderung und jeweils zwei Personen

wünschen sich ein näheres Angebot zum Wohnort oder sind mit dem/r KursleiterIn unzufrieden. Außerdem schlagen je einer der Abbrecher die Betreuung durch ein interdisziplinäres Team vor, kürzere Abstände (zwischen den Kurseinheiten)/häufigere Kontrollen, die Einrichtung von ganzjährigen Selbsthilfegruppen zur Aufrechterhaltung der Motivation sowie eine schriftliche Information oder mediale Bekanntgabe der SOD-Erfolgsquoten.

Aus insgesamt fünf der angegebenen Antworten („Bedürfnis nach Zuwendung“, „mehr Individualität“, „anderes passenderes Konzept“, „Fragen im Kurs vor Teilnehmern peinlich“, „Punkte zählen wie bei Weight Watchers“) könnte rückgeschlossen werden, dass für die betroffenen Personen ein anderes Programmkonzept eventuell besser geeignet wäre bzw. dass sie vermutlich andere Erwartungen gehabt haben.

Die Mehrheit der unter dieser offenen Frage getätigten Aussagen betrifft den zu großen (Zeit-)Aufwand: 11mal wird hier das Protokollführen bzw. Kalorienzählen genannt.

### GETRENNTE BETRACHTUNG NACH BEZIEHUNGSSTATUS UND AUSBILDUNGSGRAD

Eine Gegenüberstellung jener Abbrecher, die in Partnerschaft leben (35 Personen, 70 %) mit jenen die alleine leben (Single, Scheidung, Witwe/r; 15 Personen, 30 %), zeigte keine bedeutenden Unterschiede hinsichtlich der Motive zur Kursbeendigung.

Weiters erfolgte die separate Betrachtung jener 30 Personen (60 %), die als höchste abgeschlossene Ausbildung Pflichtschule oder Lehre nannten. Das Ergebnis entsprach dabei dem des Gesamtkollektivs. Bei den anderen 20 Personen (40 %), die HAS, Matura oder ein Studium abgeschlossen haben, zeigte sich bei Reihung nach genannter Häufigkeit, dass am häufigsten abgebrochen wurde, weil die Erwartungen nicht erfüllt wurden (8 Personen), an zweiter Stelle aus zeitlichen Gründen (7 Personen) und erst an dritter Stelle nannten jeweils fünf Personen das Protokollführen oder dass das Abwiegen vor den Gruppentreffen für sie unangenehm war.

### VERGLEICH DER KRANKHEITSLAST ZWISCHEN ABBRECHERN UND NICHT-ABBRECHERN

Ausgehend von der Überlegung, dass die individuelle Krankheitslast zu Kursbeginn ausschlaggebend für eine Kursweiterführung sein könnte, wurden auch die entsprechenden Daten aller Abbrecher und Nicht-Abbrecher untersucht. Als Grundlage dienten die in der ersten Kurseinheit gemachten Angaben aller Teilnehmer zur Häufigkeit von körperlichen Beschwerden. Zur Berechnung wurde aufgrund der Datenqualität ein nicht-parametrisches Rechenverfahren (Kruskall-Wallis Test) eingesetzt. Dabei konnte hinsichtlich der angegebenen Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magen-Darm-Beschwerden, Glieder-, Schulters-, Kreuz- oder Nackenschmerzen, beeinträchtigtem Allgemeinbefinden und Anspannung zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

### DROP-OUT-RATE IM VERGLEICH MIT ANDEREN PROGRAMMEN

Vergleicht man die „Schlank ohne Diät“-Abbruchquote (11,1 %) mit jenen anderer Gewichtsreduktionsprogramme (siehe

Tab.2), so erscheint diese sehr gering. Zu beachten ist dabei aber, dass in der Literatur die Angaben, ab wann in den angeführten Programmen eine Person als Abbrecher galt, fehlen. Bei SOD ist das Kollektiv der Abbrecher so definiert, dass nur jene als Abbrecher gelten, die innerhalb der ca. acht Kurswochen weniger als zwei von fünf Kurseinheiten besuchen. Somit ist der Vergleich der Dropout-Raten der verschiedenen Programme eingeschränkt.

**Tab. 2:** Abbruchquoten von Gewichtsreduktionsprogrammen [13]

Programm	Abbruchquote
PfundsKur 2000 in Baden-Württemberg	41,5 % (n=1000)
„Ich nehme ab“, 14-tägige Gruppenberatung	30,0 % (n=119)
Lean-and-healthy, 1-jähriges internet-basiertes Trainingsprogramm mit 52 Wochenmodulen	69,4 % (n=5167)
„Abnehmen mit Vernunft“, Gruppenprogramm, 20 Wochen	57,4 % (n=700)
BCM-Programm im Mira-Konzept, Gruppenprogramm >1Jahr, anfänglicher Mahlzeitenersatz durch Formuladiät	67,0 % (n=140)
Optifast-Programm, 52-wöchiges Gruppenprogramm, anfänglicher Mahlzeitenersatz durch Formuladiät	28,4 % (n=2615)

### DISKUSSION

Wie in derartigen Beobachtungsstudien üblich, ist die Rücklaufquote dieser Fragebogenerhebung mit 25 % (53 Fragebögen) eher gering, dennoch lassen sich wichtige Erkenntnisse von den Ergebnissen ableiten.

So hat sich gezeigt, dass sich die meisten Personen ihren Kursabbruch mit dem Aufwand des Protokollierens bzw. des Kalorienberechnens erklären (48 %), gefolgt von zeitlichen Faktoren (40 %). Diese zwei Beweggründe stehen höchstwahrscheinlich im Zusammenhang miteinander bzw. könnte auch der Faktor Zeitmangel den als zu hoch eingeschätzten Aufwand des Protokollierens erklären. Das Motiv, das am dritthäufigsten genannt wird, ist jenes der unerfüllten Erwartungen an das Programm (40 %).

Die Antworten auf die offene Frage nach möglichen Bedingungen, die zur weiteren Kursteilnahme geführt hätten, spiegeln dieses Ergebnis wieder.

Eine Auswertung der Daten aus der ersten Kurseinheit hat außerdem gezeigt, dass die in der ersten Einheit erhobene Krankheitsbelastung der Teilnehmer als Einflusskriterium für einen Kursabbruch oder die Kursweiterführung ausgeschlossen werden kann.

Wenn man die Antworten auf die offenen Frage nach dem Grund für eine Wiederzunahme nach einer Gewichtsreduktion betrachtet, könnte man diese als Hinweis dafür sehen, dass in der Gruppe der Abbrecher, vielleicht aber auch in der gesamten Bevölkerung, der Ernährung eine größere Bedeutung für die Gewichtsreduktion beigemessen wird als der körperlichen Aktivität. Beziehungsweise könnte vermutet werden, dass Bewegungsmangel als Ursache für Übergewicht seitens der Gesell-

schaft unterschätzt wird. Laut Westenhöfer sei anzunehmen, dass „Studienabbrecher“ weniger erfolgreich sind bei der Gewichtsabnahme als jene Teilnehmer, die den ganzen Kurs besuchen und später zur Nachuntersuchung erscheinen. Dies ist vor allem in Hinsicht auf die Programmevaluierung zu beachten, da die erzielte Gewichtsreduktion durch Nicht-Berücksichtigung der Abbrecher (und v.a. je höher deren Anteil) erfolgreicher als tatsächlich erscheinen kann [13].

Folglich soll überlegt werden, welche Änderungen im Konzept gemacht werden könnten, um bei den Teilnehmern ein Fortsetzen des Kurses zu begünstigen.

Hinsichtlich Programmorganisation oder Verfahrenstechnik scheinen keine Änderungen zur Verringerung der Drop-out-Rate von Nöten zu sein, da genannte Abbruchgründe nicht auf diese Bereiche zurückgehen.

Fragt man nach dem Bedürfnis und der Motivation hinsichtlich einer Gewichtsreduktion, so zeigen die Ergebnisse, dass beides bei den späteren Abbrechern ausreichend vorhanden war – auch hieraus lassen sich keine Optimierungsmöglichkeiten ableiten.

Programminhaltlich kann ausgehend von der Fragebogenauswertung aber weiter überlegt werden, im Rahmen der ersten SOD-Kurseinheit besonders auf den Nutzen des Protokollführens hinzuweisen. Es kann versucht werden, die Teilnehmer verstärkt zu motivieren und ihnen gleichzeitig, besonders den älteren Teilnehmern, Hilfestellung in den weiteren Kurseinheiten zuzusichern.

Es stellt sich die Frage, ob eine Vereinfachung der Protokollführung möglich ist oder ob die Aufgabe des „Kalorienzählens“ erleichtert werden könnte, etwa durch die Verwendung von Rechnern, die unter anderem den Kaloriengehalt von Mahlzeiten ermitteln können. Da die tatsächliche Kalorienberechnung aber auf einen Zeitraum von acht bis zehn Wochen beschränkt ist, ist es fraglich, ob sich die Anschaffung solcher Hilfsmittel lohnt. Das deutsche PfundsKur-Programm (aktuell PfundsFit) verzichtet zum Beispiel bewusst auf das Berechnen von Kalorien, stattdessen werden vorgegebene „Fettaugen“ gezählt [14]. Ob dieses Konzept mit einer besseren Compliance verbunden ist, ist nicht untersucht.

Bedacht werden muss auch, dass die Evaluation der Teilnehmer, die zur letzten Kurseinheit und zu den Nachuntersuchungen erscheinen, gezeigt hat, dass diese Personen sehr zufrieden mit dem Programm sind [10]. Die Praxiserfahrung zeigt außerdem, dass auch nicht jeder der Fortsetzer tatsächlich die Nahrungsaufnahme protokolliert, dies also nicht unbedingt Grund zum Kursabbruch sein muss. Regelmäßig werden auch positive Rückmeldungen zum Nachschlagen in der Kalorienfibel und zum Protokollieren gegeben – von vielen Teilnehmern wird dies doch als hilfreich erachtet.

Das Konzept von „Schlank ohne Diät“ setzt bewusst auf die Eigenverantwortung der Teilnehmer; das Protokollieren zum Zwecke der Selbstbeobachtung und zum späteren Selbstmanagement ist Teil davon. Dass eine Verhaltensänderung, wie sie SOD anstrebt, nur mit einem gewissen Aufwand an Zeit möglich ist, könnte in der ersten Einheit gezielt betont werden, hier könnte noch zusätzlich Motivationsarbeit geleistet werden.

Da vieles darauf hinweist, dass das Führen der Protokolle maßgeblich für den Abnahmeerfolg eines Teilnehmers ist, sollen nun weiterführende Untersuchungen der „Schreiber“ und „Nicht-Schreiber“ stattfinden.

## LITERATUR

- [1] MÜLLER MJ, DANIELZIK S. Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen. Internist 2004; 45: 168-172
- [2] WHO. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894. Genf 2000
- [3] WHO. Adipositas: Eine Herausforderung für die Europäische Region der WHO. Faktenblatt 2005; EURO/13/05
- [4] MÜLLER MJ, TRAUTWEIN EA. Gesundheit und Ernährung - Public Health Nutrition. Ulmer, Stuttgart, 2005
- [5] SCHÖBERBERGER R, SCHÖBERBERGER B, ADAMOWITSCH M. Schlank ohne Diät – So schaffen Sie es! Kneipp-Verlag, Wien, 2008
- [6] ADAMOWITSCH M. Evaluation und Akzeptanz von Programmen zur Gewichtsreduktion auf Basis von Public Health. Diplomarbeit, Universität Wien, 2007
- [7] Evidenzbasierte Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas. Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (ed), 2006. Aktuelle Version unter [www.adipositas-gesellschaft.de](http://www.adipositas-gesellschaft.de)
- [8] WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series 916; World Health Organization, Genf 2003.
- [9] HAUNER H, WECHSLER JG, KLUTHE R, LIEBERMEISTER H, EBERSDOBLER H, WOLFRAM G, FÜRST P, JAUCH KW. Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme. Eine gemeinsame Initiative der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin, Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. Adipositas 2000; 10(19): 5-8
- [10] SCHÖBERBERGER R, BÖHM G, KUNZE M. „Schlank ohne Diät“ als Public Health Programm zur Gewichtsreduktion. J Ernährungsmedizin 2007; 4: 6-13
- [11] GRUBER C. Über das Problem des Wegbleibens von Teilnehmern. In: Müller, K.R. (ed). Kurs- und Seminargestaltung; 6. Auflage. Beltz Weinheim, 1991
- [12] Statistik Austria (2005). Familien- und Haushaltsstatistik 2005 - Ergebnisse des Mikrozensus. Statistik Austria 2005
- [13] WESTENHÖFER J. Evaluierte Therapieprogramme in Deutschland – Wer spricht darauf an? In: Erbersdobler, Hesecker, Wolfram (ed.). Adipositas - Eine Herausforderung für's Leben? Wissenschaftliche Schriftenreihe der Ernährungsgesellschaften Deutschland, Österreich, Schweiz. WVG, Stuttgart, 2005; 169-184
- [14] ELLROTT T, PUDEL V. PfundsKur – Multimediale Prävention in Baden-Württemberg und Sachsen. Ernährungs-Umschau 2003; 50: B1-B4