

Aus der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Tübingen
Abteilung Innere Medizin VI
(Schwerpunkt: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

ERFASSUNG PSYCHOSOZIALER BEDÜRFNISSE VON MENSCHEN MIT ADIPOSITAS – EINE ONLINE-BASIERTE FRAGEBOGEN-STUDIE

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Galli, geb. Neb, Saskia Danica

2019

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. S. Zipfel

2. Berichterstatter: Professor Dr. S. Gais

Tag der Disputation: 27.05.2019

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	4
Erklärung zum Eigenanteil	8
Abkürzungsverzeichnis	9
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	12
1. Abbildungen:.....	12
2. Tabellen.....	14
1. Einleitung	16
1.1. Definition und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas	16
1.2. Epidemiologie der Adipositas	18
1.3. Adipositas und depressive Erkrankungen	19
1.4. Adipositas und Binge-Eating Störung	22
1.5. Adipositas und Migration	24
1.6. Adipositas und Bindungsverhalten	25
1.7. Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas	28
1.8. Versorgungssituation und psychosoziale Bedürfnisse von Menschen mit Übergewicht und Adipositas	32
1.8.1. Therapie von Übergewicht und Adipositas	32
1.8.2. Präventionsmaßnahmen in Deutschland.....	37
1.8.3. Bewertung von Maßnahmen zur Therapie und Prävention und psychosoziale Bedürfnisse von Menschen mit Adipositas.....	40
1.9. Adipositas und Arbeitszufriedenheit	43
1.10. Fragestellung und Intention der vorliegenden Arbeit	47
2. Methoden	48
2.1. Probanden	48
2.2. Rekrutierung	48

2.3. Aufbau des Online-Fragebogens	49
2.4. Standardisierte Fragebögen	50
2.4.1. Basisdokumentation.....	50
2.4.2. Gesundheitsfragebogen für Patienten.....	51
2.4.3. Strukturiertes Inventar für anorektische und bulimische Störungen.....	52
2.4.4. Experiences in Close Relationships	53
2.5. Für spezifische Fragestellungen der Studie entwickelte Fragebögen	55
2.5.1. Konsumverhalten, körperliche Beschwerden, Herkunft, bisherige Maßnahmen gegen das Übergewicht	55
2.5.2. Migrationshintergrund und Integration.....	55
2.5.3. Psychosoziale Bedürfnisse	56
2.5.4. Stigmatisierungserfahrungen	57
2.5.5. Individueller Umgang mit der Erkrankung und Lebensqualität.....	57
2.6. Regressionsanalyse zur Situation am Arbeitsplatz	58
2.7. Programmierung des Online-Fragebogens	58
2.8. Statistische Methoden	59
3. Ergebnisse	60
3.1. Beschreibung der Stichprobe und Rekrutierung	60
3.1.1. Angaben zur Rekrutierung und Drop-out-Rate	60
3.1.2. Alter, Geschlecht, Familienstand und Wohnsituation	60
3.1.3. Schulabschluss und Berufstätigkeit.....	63
3.1.4. Körpergewicht, bisherige Maßnahmen zur Gewichtsreduktion und Binge- Eating Störung.....	64
3.1.5. Körperliche Erkrankungen und Einnahme von Medikamenten, Alkohol- und Nikotinkonsum	65
3.2. Psychosoziale Bedürfnisse und Versorgungssituation	65
3.2.1. Arbeitsplatz.....	66
3.2.2. Gesundheitssystem	67

3.2.3. Politik, Öffentlichkeit und Gesellschaft	68
3.2.4. Neue Medien	69
3.2.5. Soziales Umfeld	69
3.2.6. Skalensummen zu Themenkomplexen	69
3.3. Einfluss von Major Depression auf die Empfindung psychosozialer Bedürfnisse	71
3.4. Psychosoziale Bedürfnisse bei Probanden mit Migrationshintergrund ..	75
3.5. Psychosoziale Bedürfnisse bei Probanden mit Binge-Eating Störung ...	78
3.6. Psychosoziale Bedürfnisse und Bindungsverhalten	80
3.7. Einfluss einer bariatrischen Operation auf psychosoziale Bedürfnisse ..	84
3.9. Individueller Umgang mit der Erkrankung Adipositas	92
3.10. Einfluss von Adipositas auf die Arbeitszufriedenheit	93
3.10.1. Berechnung für die abhängige Variable „Arbeitsplatz_Bedeutsamkeit“	94
3.10.2. Berechnung für die abhängige Variable „Arbeitsplatz_Versorgungssituation“	95
4. Diskussion	96
4.1. Bewertung von Qualität und Versorgungssituation von Maßnahmen zur Therapie durch Betroffene	96
4.1.1. Konservative Therapie:	96
4.1.2. Bariatrische Operation:	98
4.1.3. Allgemeine Aspekte der Therapie:	99
4.2. Bewertung von Qualität und Versorgungssituation von Präventionsmaßnahmen und Umweltfaktoren durch Betroffene	100
4.2.1. Arbeitsplatz:	100
4.2.2. Wissensvermittlung:	101
4.2.3. Ernährung in der Öffentlichkeit:	101
4.3. Einfluss diverser Faktoren auf die Wahrnehmung und Bewertung der vorgestellten Maßnahmen	103

4.3.1. Einfluss von depressiven Störungen	103
4.3.2. Einfluss von Migrationshintergrund und Grad der gesellschaftlichen Integration:.....	105
4.3.3. Einfluss einer Binge-Eating Störung.....	107
4.3.4. Einfluss von bindungsbezogener Angst	109
4.3.5. Einfluss einer bariatrischen Operation.....	112
4.3.6. Stigmatisierungserfahrungen	115
4.3.7. Einfluss von Stigmatisierungserfahrungen	117
4.4. Einfluss von Adipositas auf die Arbeitszufriedenheit	120
4.5. Stärken und Limitationen der Studie.....	123
4.5. Schlussfolgerungen	123
Literaturverzeichnis.....	127
Anhang: Online-Fragebogen.....	139
Anhang: Vollständige Ergebnisse	163
Danksagung	218

Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde in der Medizinischen Universitätsklinik, Abteilung Innere Medizin VI, unter Betreuung von Prof. Dr. Zipfel durchgeführt.

Herr Prof. Dr. Teufel war an der Konzeption der Studie beteiligt, er hat die Arbeit betreut und hat das Manuskript korrigiert.

Die Gestaltung des Online-Fragebogens erfolgte in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Teufel und Dr. Mack.

Die statistische Auswertung erfolgte durch mich nach Anleitung von Prof. Dr. Teufel, Dr. Mack und Dr. Göldner.

Ich versichere, das Manuskript selbstständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Holzgerlingen, den 13.09.2018

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Akzeptanz- und Commitmenttherapie
Ärztl. Betreuung	Ärztliche Betreuung
Asymp. Sig.	Asymptotische Signifikanz
BANG	Bindungsbezogene Angst
BED	Binge-Eating Disorder
Bed.	Bedeutsamkeit
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BVER	Bindungsbezogene Vermeidung
cm	Zentimeter
DAG	Deutsche Adipositas-Gesellschaft
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
df	Degrees of freedom
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revision der dritten Auflage

DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierte Auflage
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fünfte Auflage
ECR	Experiences in Close Relationships
ECR-R	Experiences in Close Relationships Revised
ECR-RD	Experiences in Close Relationships Revised, deutsche Version
ECR-RD 12	Experiences in Close Relationships Revised, deutsche Version mit 12 Items
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
HA	Hausarzt
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision
kg	Kilogramm
M	Median
m ²	Quadratmeter
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
n	Anzahl der Teilnehmer
Öff.	Öffentlich
PHQ	Patients Health Questionnaire
PHQ-9	Patients Health Questionnaire, 9-Item-Version

PHQ-D	Patients Health Questionnaire, deutsche Version
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PsyBaDo	Psychotherapeutische Basisdokumentation
RKI	Robert Koch-Institut
SD	Standard deviation (Standardabweichung)
SIAB	Strukturiertes Inventar für anorektische und bulimische Essstörungen
SIAB-EX	Strukturiertes Inventar für anorektische und bulimische Essstörungen, Experteninterview
SIAB-S	Strukturiertes Inventar für anorektische und bulimische Essstörungen, Fragebogen zur Selbsteinschätzung
Sig.	Signifikanzniveau
Stig.	Stigmatisierung
StigSit	Stigmatisierende Situation
TNF α	Tumornekrosefaktor α
WHO	Weltgesundheitsorganisation
\bar{x}	Mittelwert
z.B.	Zum Beispiel
Z.n.	Zustand nach

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

1. Abbildungen:

Nr.	Titel	Quelle	Seite
1	Beispiel aus dem Bereich „Arbeitsplatz“, Darstellung aus dem Unipark-Online-Fragebogen;	Eigene Darstellung	56
2	Familienstand, Angabe von Anzahl der Teilnehmer und Prozent	Eigene Darstellung	61
3	Wohnsituation, Angabe von Anzahl der Teilnehmer und Prozent	Eigene Darstellung	61
4	Bedürfnisse am Arbeitsplatz, Angabe in Prozent der höchsten Ausprägungen („sehr wichtig“ und „ausreichend vorhanden“)	Eigene Darstellung	66
5	Bedürfnisse im Gesundheitssystem, Angabe in Prozent der höchsten Ausprägungen („sehr wichtig“ und „ausreichend vorhanden“)	Eigene Darstellung	67
6	Bedürfnisse im Bereich Politik, Öffentlichkeit und Gesellschaft; Angabe in Prozent der höchsten Ausprägungen („sehr wichtig“ und „ausreichend vorhanden“);	Eigene Darstellung	68
7	Skalensummen Bedürfnisse, Angabe der Mittelwerte	Eigene Darstellung	70
8	Vergleich psychosozialer Bedürfnisse bei Vorliegen einer Major Depression, Antwort-Skala von 1 „nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“ bis 8 „sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“; Angabe der Mittelwerte der Skalensummen; *: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,05; **: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,01; Berechnung mittels Mann-Whitney-U	Eigene Darstellung	73
9	Psychosoziale Bedürfnisse bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Gesamtstichprobe, Antwort-Skala von 1 „nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“ bis 8 „sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“; Angabe der Mittelwerte der Skalensummen und Teilnehmerzahl, keine signifikanten Mittelwertunterschiede, $p > .05$; Berechnung mittels Mann-Whitney-U	Eigene Darstellung	76

Nr.	Titel	Quelle	Seite
10	Vergleich psychosozialer Bedürfnisse bei geringer und hoher Integration, Antwort-Skala von 1 „nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“ bis 8 „sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“; Angabe der Mittelwerte der Skalensummen und Teilnehmerzahl; ; keine signifikanten Mittelwertunterschiede, $p > ,05$; Berechnung mittels Mann-Whitney-U	Eigene Darstellung	77
11	Psychosoziale Bedürfnisse bei Vorliegen einer Binge Eating Störung, Antwort-Skala von 1 „nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“ bis 8 „sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“; Angabe der Mittelwerte der Skalensummen und Teilnehmerzahl; *: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,05; **: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,01; Berechnung mittels Mann-Whitney-U	Eigene Darstellung	79
12	Einfluss bindungsbezogener Angst auf psychosoziale Bedürfnisse, Antwort-Skala von 1 „nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“ bis 8 „sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“; Angabe der Mittelwerte der Skalensummen und Teilnehmerzahl; *: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,05; **: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,01; Berechnung mittels Mann-Whitney-U	Eigene Darstellung	83
13	Psychosoziale Bedürfnisse nach bariatrischer Operation, Antwort-Skala von 1 „nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“ bis 8 „sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“; Angabe der Mittelwerte der Skalensummen und Teilnehmerzahl *: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,05; **: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,01; Berechnung mittels Mann-Whitney-U	Eigene Darstellung	85
14	Verursacher von Stigmatisierung im sozialen Umfeld, Angabe von Anzahl und Prozent der Teilnehmer	Eigene Darstellung	86
15	Verursacher von Stigmatisierung im Berufsleben, Angabe von Anzahl und Prozent der Teilnehmer	Eigene Darstellung	87
16	Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal, Angabe von Anzahl und Prozent der Teilnehmer	Eigene Darstellung	87
17	Stigmatisierung in der Öffentlichkeit, Angabe von Anzahl und Prozent der Teilnehmer	Eigene Darstellung	88

Nr.	Titel	Quelle	Seite
18	Unterschiedliche Reaktionen auf Stigmatisierung, Angabe von Prozent der Teilnehmer	Eigene Darstellung	89

2. Tabellen

Nr.	Titel	Quelle	Seite
1	BMI-Klassifikation von Übergewicht und Adipositas	Eigene Darstellung nach Angaben von http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html , Zugriff 04.05.2018	17
2	Bildungsstand nach höchstem erlangtem Schulabschluss und beruflicher Status, Angabe von Anzahl und Prozent der Teilnehmer	Eigene Darstellung	63
3	Auswertung des Schweregrades der Depressivität anhand PHQ-9, Angabe von Anzahl der Teilnehmer und Prozent	Löwe B et al. 2002, eigene Darstellung	72
4	Korrelationsanalyse nach Spearman von Depressionsschweregrad und psychosozialen Bedürfnissen, Angabe von Anzahl der Teilnehmer, Korrelationskoeffizient und Signifikanzwert, *: Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,05, **: Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,01	Eigene Darstellung	74
5	Integration in die deutsche Gesellschaft anhand einer Skala; Angabe von Mittelwert, Standardabweichung (SD), Median und Teilnehmerzahl	Eigene Darstellung	75
6	Bindungsbezogene Angst und Vermeidung im Zusammenhang mit der Partnerschaftssituation, Angabe von Mittelwert, Teilnehmerzahl und Prozent	Eigene Darstellung	81

Nr.	Titel	Quelle	Seite
7	<p>Mittelwertunterschiede ausgewählter psychosozialer Bedürfnisse zwischen Personen mit und ohne Stigmatisierungserfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen, Berechnung nach Mann-Whitney-U; Angabe von Mittelwerten und asymptotischer Signifikanz;</p> <p>*: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,05;</p> <p>**: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,01</p>	Eigene Darstellung	91
8	<p>Modellübersicht multiple lineare Regression, abhängige Variable: „Arbeitsplatz_Bedeutsamkeit“, unabhängige Variablen: „Alter“, „BMI“, „PHQ-9“, „bindungsbezogenen Angst“, „Stigmatisierung“ und „Selbststigmatisierung“; Angabe von Imputationsnummer und R-Quadrat</p>	Eigene Darstellung	94
9	<p>Modellübersicht multiple lineare Regression, abhängige Variable: „Arbeitsplatz_Versorgungssituation“, unabhängige Variablen: „Alter“, „BMI“, „PHQ-9“, „bindungsbezogenen Angst“, „Stigmatisierung“ und „Selbststigmatisierung“; Angabe von Imputationsnummer und R-Quadrat</p>	Eigene Darstellung	95

1. Einleitung

1.1. Definition und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Übergewicht und Adipositas als eine massive, über das Normalmaß hinausgehende Zunahme des Körperfettgewebes, welche die Gesundheit beeinträchtigen kann (World Health Organization 2015).

Eine detailliertere Definition erfolgt anhand des Body Mass Index (BMI). Der BMI war früher auch bekannt als der „Quetelet Index“, benannt nach seinem Erfinder Adolphe Quetelet (1796-1874). Quetelet entwickelte den Index auf Basis seiner Beobachtungen, um damit eine normale Gewichtszunahme im Kindesalter beurteilen zu können. Erst 1972 wurde der Quetelet-Index in den BMI umbenannt und dient seither zur Beurteilung und Einschätzung von Unter-, Normal- und Übergewicht. Er berechnet sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch die Körpergröße in Metern im Quadrat:

$$BMI = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{\text{Körpergröße in m}^2} = \frac{kg}{m^2}$$

(Eknoyan 2008).

Die WHO unterteilt verschiedene Gewichtsklassen anhand des BMI, die mit gewissen Gesundheitsrisiken verbunden sind.

Tabelle 1: BMI-Klassifikation von Übergewicht und Adipositas

Quelle: eigene Darstellung nach Angaben von

http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html , Zugriff 05.04.2018

BMI- Bereich [kg/m ²]	Klassifikation
< 18,5	Untergewicht
18,5 – 24,99	Normalgewicht
≥ 25,0	Übergewicht
25,00 – 29,99	Prä-Adipositas
≥ 30,0	Adipositas
30,00 – 34,99	Adipositas Grad I
35,00 – 39,99	Adipositas Grad II
≥ 40,00	Adipositas Grad III

Vorteile des BMI sind seine Alters- und Geschlechtsunabhängigkeit. Zudem ist er vor allem in großen Studien ein einfaches, praktikables und standardisiertes Instrument zur Abschätzung von Körperproportionen (Mensink et al. 2013).

Der Zusammenhang zwischen Höhe des BMI und Mortalität wurde in verschiedenen Studien belegt. So konnte in einer groß angelegten Studie an beinahe 900 000 Probanden gezeigt werden, dass die geringste Mortalität bei einem BMI im Bereich zwischen 22,5 und 25 kg/m² besteht. Eine BMI-Erhöhung um 5 kg/m² geht mit einer relativen Erhöhung der Gesamtmortalität um 30% einher. Bei einem BMI im Bereich zwischen 30-35 kg/m² verkürzt sich die durchschnittliche Lebensdauer um zwei bis vier Jahre; in einem Bereich von 40-45 kg/m² sogar um acht bis zehn Jahre (Prospective Studies Collaboration et al. 2009). Aufgrund dieser nachweislichen Zusammenhänge zwischen BMI und Mortalität kann der BMI als geeignetes Instrument zur Beurteilung des Gewichtszustandes von Probanden angesehen werden.

1.2. Epidemiologie der Adipositas

Im aktuellen Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Adipositas aus dem Jahr 2014 wird beschrieben, dass sich die Häufigkeit von Adipositas seit 1980 mehr als verdoppelt hat. Zu dem Zeitpunkt der Erfassung waren über 1,9 Milliarden Menschen auf der Welt laut oben genannter Definition übergewichtig, davon waren 600 Millionen adipös. Daraus ergab sich ein Gesamtanteil von 39% aller Erwachsenen mit Übergewicht und 13% mit Adipositas (World Health Organization 2015).

Zunächst waren Übergewicht und Adipositas vor allem in Industriestaaten präsent, in den letzten Jahren konnte allerdings auch ein Anstieg in wirtschaftlich schwächeren Ländern festgestellt werden.

Derzeit sterben weltweit mehr Menschen an den Folgen von Übergewicht und Adipositas als durch Untergewicht (World Health Organization 2015).

In Deutschland führt das Robert Koch-Institut (RKI) im Rahmen des Gesundheitsmonitorings regelmäßig Erhebungen von Körpergröße und Körpergewicht an großen repräsentativen Stichproben durch. Zudem wird durch das statistische Bundesamt regelmäßig der sogenannte Mikrozensus erhoben, bei dem auch nach Körpergröße und Gewicht gefragt wird. Anhand dieser Erhebungen kann die Entwicklung der Prävalenz von Adipositas in Deutschland beobachtet werden (Mensik et al. 2013, Statistisches Bundesamt 2001, Statistisches Bundesamt 2014, Schienkiewitz et al. 2017).

So hat das RKI im Jahr 1998 im sogenannten Bundesgesundheitsurvey bei 18,9% der Männer und bei 22,5% der Frauen einen BMI von 30 kg/m² oder größer gemessen. Im Vergleich dazu wurden in den Jahren 2008 bis 2011 in der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“ 23,3% der Männer und 23,9% der Frauen als adipös gemessen (Mensik et al. 2013).

Im Gegensatz zu diesen beiden Erhebungen, bei denen Gewicht und Körpergröße gemessen wurden, sind die Daten beim Mikrozensus des statistischen Bundesamtes nur erfragt worden. So hatten im Mikrozensus 1999 durchschnittlich 36,2% einen BMI zwischen 25-30 kg/m² und 11,5% waren adipös (Statistisches Bundesamt 2001). Im Vergleich dazu war der Anteil der

übergewichtigen Personen im Mikrozensus 2013 annähernd gleich bei 36,7%. Dahingegen ist der Anteil der adipösen Personen auf 15,7% gestiegen (Statistisches Bundesamt 2014).

In der aktuellsten Umfrage des RKI, der GEDA 2014-2015 („Gesundheit in Deutschland aktuell“), gaben 61,6% der befragten Männer ein Gewicht an, das im übergewichtigen Bereich lag, 43,3% hatten einen BMI zwischen 25-30 kg/m². Der Anteil an übergewichtigen und adipösen Frauen lag bei 46,7%, wobei 28,8% einen BMI zwischen 25-30 kg/m² hatten. Der Anteil der adipösen Personen war bei beiden Geschlechtern annähernd gleich - bei den Männern 18,3%, bei den Frauen 18,0% (Schienkiewitz et al. 2017).

Insgesamt betrachtet kann festgestellt werden, dass sowohl Übergewicht als auch Adipositas in der Bevölkerung weit verbreitet sind. In der aktuellen GEDA von 2014-2015 hatten bereits über die Hälfte aller Befragten (54,0%) einen BMI von über 25 kg/m². Dieses Ergebnis muss allerdings, da es sich lediglich um eine Selbstaussage der Probanden und keine wirkliche Messung der Körpermaße handelt, als eher zu gering eingeschätzt werden (Schienkiewitz et al. 2017).

1.3. Adipositas und depressive Erkrankungen

Die depressive Störung gehört zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen. In der vom RKI durchgeführten „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“ sollten die Probanden das Depressionsmodul des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-9, siehe Methodenteil) ausfüllen. Es erfüllten 10,2% der Frauen und 6,1% der Männer (Gesamt 8,1%) die Kriterien für eine depressive Störung. Gleichzeitig wurde in einem Interview erhoben, ob jemals eine Depression oder depressive Störung diagnostiziert wurde. Es konnte eine Lebenszeitprävalenz von 11,6% erfasst werden (Busch et al. 2013).

Luppino et al. zeigten 2010 in einer Metaanalyse von 15 Studien, dass es ein statistisch signifikant erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer depressiven Erkrankung bei Menschen mit Adipositas oder Übergewicht gibt. Umgekehrt

zeigte sich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für zukünftige Adipositas bei Menschen mit bestehender Depression (Luppino et al. 2010).

Auch das Team um Thormann versuchte 2013 einen Überblick über die derzeitige Studienlage zu erstellen. Hierbei zeigte sich, dass Menschen mit Adipositas ein um 55% erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer depressiven Störung haben. Umgekehrt haben aber auch Personen mit depressiver Störung ein 58% höheres Risiko an Übergewicht oder Adipositas zu erkranken (Thormann et al. 2013).

Es gibt zahlreiche Versuche den möglichen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen zu erklären. Dabei kann man diesen von zwei Seiten betrachten: Bedingt die Adipositas eine folgende depressive Erkrankung oder ist eine bestehende Depression ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Adipositas. Markowitz et al. haben sich 2008 ausführlich diesem Zusammenhang angenommen und viele dahingehende Studien hierzu untersucht.

Es gibt verschiedene Erklärungsversuche, weshalb es bei adipösen Menschen zur Entwicklung einer depressiven Störung kommen kann. Durch das starke Übergewicht haben Personen mit Adipositas häufig funktionelle Einschränkungen im täglichen Leben und vor allem bei der Ausübung körperlicher Betätigungen. Übergewichtige Menschen berichten häufig von einer geminderten gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Wiederholte Diskriminierung und Stigmatisierung aufgrund des Körpergewichts kann zu einem niedrigeren Selbstwertgefühl führen und die Stimmung negativ beeinflussen. Menschen mit Adipositas haben häufiger ein negatives Selbstbild und sind mit ihrem Körper weniger zufrieden. Dies kann zu einem niedrigen Selbstbewusstsein führen. Hiervon sind vor allem übergewichtige Frauen betroffen (Markowitz et al. 2008). Auf molekularer Ebene konnte nachgewiesen werden, dass bei übergewichtigen Personen der Spiegel des Zytokins TNF α (Tumornekrosefaktor) erhöht ist. Es konnte gezeigt werden, dass TNF α zu einer Reduktion der zentralen Serotoninkonzentration führt und dadurch die Entstehung einer depressiven Störung begünstigt (Thormann et al. 2013).

Alle diese Faktoren fördern die Entstehung einer depressiven Störung.

Umgekehrt führen verschiedene Mechanismen zur Entstehung von Übergewicht bei Menschen mit depressiven Erkrankungen. Zunächst findet sich bei diesen Personen häufig eine Überaktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse. In der Folge kommt es zu einer Erhöhung des Cortisol-Spiegels. Es wird vermutet, dass dies ein Ausdruck des erhöhten Stresslevels bei depressiver Stimmung ist. Hier wird auch ein Zusammenhang zwischen Depression und Adipositas vermutet. So kann ein erhöhter Cortisol-Spiegel zu einer Gewichtszunahme führen. Zudem beeinflusst Stress auch das Essverhalten (Markowitz et al. 2008). Essen kann auch als Bewältigungsstrategie dienen und wird dadurch bei depressiver Stimmung in einem größeren Maß zu sich genommen. Dieses Phänomen ist vor allem bei Patienten mit Binge-Eating Störung zu beobachten. So kann bei solchen Personen eine depressive Störung zu vermehrter Nahrungsaufnahme und dadurch zu Übergewicht und Adipositas führen (Markowitz et al. 2008).

Zuletzt ist ein häufiges Problem in der Therapie der depressiven Erkrankungen die gewichtssteigernde Nebenwirkung von vielen Antidepressiva. So kann allein die Therapie einer Depression ein Risiko für Übergewicht darstellen (Thormann et al. 2013).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es zahlreiche Verbindungen zwischen den Mechanismen der Entstehung von depressiven Erkrankungen und Adipositas gibt. Dadurch kommt es häufig zu einer Komorbidität.

1.4. Adipositas und Binge-Eating Störung

Die Binge-Eating Störung (BED) gehört zu den Essstörungen. Sie ist durch das wiederholte Auftreten von Essattacken definiert. Solche Essanfälle sind durch die Aufnahme von großen Mengen an Nahrungsmitteln und insbesondere durch einen Kontrollverlust gekennzeichnet. Diese Aufnahme kann innerhalb kurzer Zeit oder auch kontinuierlich über den Tag verteilt geschehen. Als Differenzierung zur Bulimia nervosa kommt es bei Personen mit BED selten zum Versuch die Essattacken zu kompensieren. Aus diesem Grund sind Personen mit BED sehr häufig übergewichtig oder adipös (De Zwaan und Friedrich 2006).

Im „World Mental Health Survey“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde in 14 Ländern die Prävalenz von Menschen mit BED erhoben. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei 1,9%, die 12-Monats-Prävalenz bei 0,8% (Kessler et al. 2013).

Unter Personen mit Übergewicht und Adipositas liegt die Prävalenz von BED bei bis zu 30%. Insgesamt sind von einer BED häufiger Frauen als Männer betroffen (De Zwaan und Friedrich 2006).

Es lässt sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer BED und der Höhe des Körpergewichts, anhand des BMI, feststellen. So liegt die Prävalenz von Adipositas unter Menschen mit BED bei 36,2%, wohingegen sie bei Menschen ohne BED bei 15,8% liegt (Kessler et al. 2013). Auch Grucza et al. konnten diesen Zusammenhang zeigen. In ihrer Studie hatten 70% der Personen mit BED einen BMI ≥ 30 kg/m², dagegen hatten weniger als 30% der Personen ohne BED einen solchen BMI (Grucza et al. 2007).

Menschen mit BED zeigen häufig weitere komorbide Psychopathologien. In der Studie von Grucza et al. fand sich ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen BED und Depression, generalisierter Angststrung, Panikstörung und Suizidalität. Insgesamt gaben Probanden mit BED eine deutlich schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität an (Grucza et al. 2007). Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass Menschen mit BED sich für ihre Erkrankung mehr

schämen und größere Schuldgefühle aufweisen als Adipöse ohne BED (Kornstein et al. 2016).

Im negativen Affekt-Modell wird vermutet, dass der BED eine gestörte Affektregulation zugrunde liegt und die Essattacken zur Kompensation von negativen Emotionen dienen (Shakory et al. 2015). Auch Leehr et al. fanden diesen Zusammenhang in ihrem Review über 18 Studien. Hierbei zeigte sich, dass negative Emotionen als Triggerfaktor für eine Essattacke bei Menschen mit BED fungieren (Leehr et al. 2015).

Zusätzlich wird als weiterer Faktor des Krankheitsmechanismus eine erhöhte Impulsivität gegenüber Essen gesehen. Es konnte gezeigt werden, dass sowohl die allgemeine, als auch nahrungsmittelbezogene Impulsivität bei Menschen mit Adipositas und BED im Vergleich zu Menschen mit Adipositas ohne BED deutlich erhöht ist. Dieser Mechanismus wird als wichtiger Faktor für die Therapie angesehen (Giel et al. 2017, Schag et al. 2013).

In der Therapie sollten der Hausarzt und eine Psychotherapie die zentrale Rolle einnehmen. Hierbei sind sowohl die Erstdiagnose als auch die Organisation der Therapie und die Langzeitkontrollen entscheidend. Das Hauptziel ist die Minderung der Essattacken, weniger die Gewichtsreduktion. Es konnte gezeigt werden, dass Psychotherapie eine geeignete Maßnahme zur Behandlung von BED ist (Kornstein et al. 2016).

1.5. Adipositas und Migration

Laut Mikrozensus des statistischen Bundesamtes von 2015 leben 17,1 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Dies entspricht einem Anteil von 21,0 % der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2017).

In der Gesundheitsberichterstattung der RKI von 2015 wurde der Einfluss des Migrationshintergrundes auf die Gesundheit in Deutschland untersucht. Es fand sich lediglich ein geringer Unterschied in der Häufigkeit von Adipositas. So sind 15,3% der Frauen mit und 13,4% der Frauen ohne Migrationshintergrund adipös. Bei Männern findet sich kein Unterschied. Auffälliger ist jedoch, dass bei Migrantinnen der Anteil adipöser Frauen im höheren Lebensalter deutlicher steigt, als im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund. Zudem sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund häufiger von Übergewicht betroffen. Dies ist am auffälligsten bei türkischstämmigen Kindern. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Dauer des Aufenthaltes der Eltern in Deutschland mit der Zunahme des Gewichts (Robert Koch-Institut 2015).

Als weiterer Befund konnte gezeigt werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland Gesundheitsleistungen seltener in Anspruch nehmen (Robert Koch-Institut 2015).

In einer amerikanischen Studie konnte gezeigt werden, dass das Risiko für Übergewicht und Adipositas abhängig ist von der Dauer des Aufenthalts in einem fremden Land ist. So zeigten in dieser Studie die Migranten erst nach 10 Jahren in den Vereinigten Staaten von Amerika einen deutlichen Gewichtsanstieg. Nach circa 15 Jahren hatten sich die Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas an die der amerikanischen Bevölkerung angeglichen (Goel et al. 2004).

In der Metaanalyse von Delavari et al. 2013 wurde der Effekt von Migration auf das Körpergewicht im Zusammenhang mit der Stärke der Integration in die neue Gesellschaft untersucht. Hierbei wurde insbesondere die Migration von einem Land mit geringem sozioökonomischem Standard in Industriestaaten betrachten. Es zeigte sich, dass eine starke Anpassung an die Kultur des Gastlandes, mit Adaptation an die meist ungesunde Ernährungsweise der

westlichen Industrienationen, bei den Migranten häufig zu negativen gesundheitlichen Auswirkungen und auch zu einem höheren Körpergewicht führt (Delavari et al. 2013).

In der nachfolgenden Studie von Nguyen et al. konnte der Zusammenhang zwischen der Gewichtszunahme und der Assimilation an die fremde Kultur nicht eindeutig nachgewiesen werden. Es zeigte sich, dass vor allem auch das Herkunftsland sowie das Geschlecht eine große Rolle spielen. Beispielsweise war bei asiatischen Einwanderern in den Vereinigten Staaten von Amerika ein deutlicher Unterschied zwischen den verschiedenen nationalen Subkulturen in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Gewicht und Integrationsausmaß festzustellen (Nguyen et al. 2015).

Insgesamt betrachtet stellt der Migrationshintergrund einen Einfluss auf das Risiko für Übergewicht und Adipositas dar. Inwieweit dabei der Grad der kulturellen Anpassung an das Gastland eine Rolle spielt, ist derzeit noch nicht abschließend geklärt.

1.6. Adipositas und Bindungsverhalten

Die Bindungstheorie wurde ursprünglich von dem Kinderpsychiater John Bowlby, der Psychologin Mary Ainsworth und dem Psychoanalytiker James Robertson in 1950er Jahren entwickelt. Sie beschreibt die Einwicklung von Verhaltensmustern, die durch das Verhältnis zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen entstehen. Dieses Verhältnis ist von der, meist mütterlichen, Feinfühligkeit dem Kind gegenüber beeinflusst und prägt die Reaktion des Kindes bei Abwesenheit der Bezugsperson (Spangler und Zimmermann 1995). Mary Ainsworth bildete drei Kategorien, um das Verhalten der Kinder und somit deren Bindungsmuster zu klassifizieren: sicher gebunden, unsicher gebunden und noch nicht gebunden. Sie stellte in Beobachtungsstudien einen Zusammenhang zwischen diesen Bindungsmustern und dem Ausmaß der Feinfühligkeit der Mutter, sowie dem Körperkontakt fest (Spangler und Zimmermann 1995).

In den folgenden Jahren wurde die Bindungstheorie von zahlreichen Forschern weiterentwickelt. So definierte Kim Bartholomew und ihr Team die Bindungstypen als sicher, ängstlich und vermeidend. Hierfür wurden mehrere Studien durchgeführt, um diese Einteilung als valide zu bestätigen (Griffin und Bartholomew 1994). So wird sicher gebundenen Personen eher eine positive Einstellung gegenüber sich selbst und anderen zugeschrieben. Sie neigen dazu ihre Gefühle deutlicher auszudrücken und sollen eher positive Stressbewältigungsstrategien haben (Nancarrow et al. 2017).

Personen mit ängstlichem Bindungstyp sollen dagegen eher ein niedriges Selbstbewusstsein haben, emotionale Nähe suchen und dazu neigen stärker von anderen Personen abhängig zu sein. Bei Personen mit vermeidendem Bindungsmuster wird beschrieben, dass sie bei körperlicher Nähe Unbehagen verspüren und eher Schwierigkeiten zeigen, enge Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen und ihre Gefühle zu zeigen (Bartholomew und Horowitz 1991). Insgesamt sollen unsicher gebundene Personen eher dazu neigen, Probleme dabei zu haben ihre Emotionen zu regulieren und geeignete Stressbewältigungsmaßnahmen zu entwickeln (Nancarrow et al. 2017).

Immer mehr wurde auch der Zusammenhang zwischen dem kindlichen Bindungsmuster und dem späteren Verhalten als Erwachsener in Partnerschaftsbeziehungen deutlich. So unterliegen beide Beziehungen denselben biologischen Mechanismen: In der kindlichen Beziehung dient die Bezugsperson, meist die Mutter, als sichere Basis, in der Liebesbeziehung ist dies der Partner. Es zeigte sich, dass, zumindest teilweise, das als Kind erlernte Bindungsverhalten sich auch in der späteren Partnerschaft wiederholt (Fraley und Shaver 2000).

Neuere Studien untersuchen auch den Einfluss des Bindungsmusters auf das Körpergewicht und das Essverhalten. So fanden sich in einer Stichprobe von Kindern aus der Allgemeinpopulation ein Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung und höherem BMI (Maras et al. 2016). Auch zeigten sich bei einer Gruppe von übergewichtigen und adipösen Personen, im Vergleich zur

normalgewichtigen Kontrollgruppen, signifikant höhere Werte bei bindungsbezogener Angst (Nancarrow et al. 2017).

Shakory fand eine deutlich höhere Rate an unsicher gebundenen Frauen mit Binge-Eating Störung als unter Frauen ohne Essstörung in einer Gruppe Adipöser nach bariatrischer Operation. Es fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Binge-Eating Störung und bindungsbezogener Angst (Shakory et al. 2015). Es zeigte sich vor allem, dass hohe bindungsbezogene Angst mit schwereren Symptomen einer BED assoziiert ist (Tasca 2018, Tasca und Balfour 2014).

Als mögliche Erklärung für diesen Zusammenhang wird vermutet, dass Menschen mit unsicherer Bindung eher zu Schwierigkeiten bei der Regulation ihrer Emotionen neigen, als sicher gebundene. Dies führt dazu, dass sie häufiger zu emotionalem Essen als Bewältigungsstrategie neigen. Das Team um Taube-Schiff konnte einen Zusammenhang zwischen Bindungsmuster und Stressessen in einer Gruppe von adipösen Patienten mit bariatrischer Operation zeigen. Als Verbindungsglied sehen sie die gestörte Emotionsregulation an (Taube-Schiff et al. 2015). Möglicherweise lernen Kinder die Nahrungsaufnahme als Stressbewältigungsstrategie einzusetzen, wenn keine sichere Bezugsperson vorhanden ist (Nancarrow et al. 2017).

Die Rolle des Bindungstyps für den Erfolg von therapeutischen Interventionen und den Gewichtsverlust von Adipositaspatienten ist bisher nicht eindeutig geklärt. So finden sich in manchen Studien signifikant höhere Gewichtsabnahmen bei Patienten mit sicherem Bindungstyp (Kiesewetter et al. 2012). Ein Zusammenhang mit der positiveren Wahrnehmung der Patient-Therapeuten-Beziehung durch Patienten vom sicheren Bindungstyp wird vermutet (Kiesewetter et al. 2012, Kiesewetter et al. 2014). In anderen Studien jedoch, konnte der Einfluss des Bindungsmusters auf die Gewichtsabnahme nicht nachgewiesen werden (Nancarrow et al. 2017).

Es zeigte sich jedoch, dass bei Patienten mit BED und ängstlichem Bindungstyp eine Psychotherapie mit Fokus auf die Affektregulation deutlich bessere Ergebnisse zeigt, als ohne diesen Schwerpunkt (Tasca 2018).

1.7. Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas

Viele Menschen mit Übergewicht und Adipositas erfahren in ihrem Leben Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund ihres Körpergewichts. 5% der Männer und 10% der Frauen einer Umfrage in den Vereinigten Staaten von Amerika gaben an, aufgrund ihres Gewichts diskriminiert worden zu sein. Bei den Personen mit BMI > 35 kg/m² gaben 40% der Befragten an dies erlebt zu haben (Puhl et al. 2008). Diskriminierung aufgrund des Körpergewichts gehört mittlerweile zu den häufigsten Ursachen für Diskriminierung. Besonders häufig ist sie auch unter Kindern und Jugendlichen (Puhl et al. 2015). Die Prävalenz der gewichtsbezogenen Diskriminierung ist in den letzten Jahren um 66% gestiegen (Puhl und Heuer 2009).

Die Einstellung, adipöse Menschen seien willensschwach, faul, erfolglos und unattraktiv, ist weit verbreitet. Zahlreiche Studien haben sich damit beschäftigt in welchen Bereichen es diese gewichtsbezogene Stigmatisierung gibt und durch welche Personen sie besonders ausgeführt werden. Puhl und Heuer veröffentlichten 2009 ein Review, in welchem sie dies untersuchten (Puhl und Heuer 2009).

Im beruflichen Umfeld geben 25% an bereits diskriminiert worden zu sein, 54% durch Kollegen und 43% durch Vorgesetzte (Puhl und Brownell 2006).

Menschen mit Übergewicht und Adipositas erfahren eine Benachteiligung bei Einstellungen, bei der Länge von befristeten Verträgen und werden seltener für Stellen mit Personalverantwortung in Betracht gezogen (Puhl und Heuer 2009, Giel et al. 2012). Zudem zeigt sich, dass Adipositas beruflichen Erfolg erschwert und eine Benachteiligung bezüglich des Gehaltes, vor allem bei Frauen mit Adipositas, besteht (Giel et al. 2010, Baum und Ford 2004). Insgesamt ist die Beschäftigungsrate unter adipösen Personen geringer als in der Allgemeinbevölkerung (Puhl und Heuer 2009).

Ein besonderes Interesse zahlreicher Studien liegt auf der Stigmatisierung von Adipösen im Gesundheitssystem.

Mehr als die Hälfte der Ärzte haben stigmatisierende Einstellungen gegenüber Patienten mit Adipositas (Foster et al. 2003). Viele Ärzte sind der Meinung, adipöse Patienten sind sowohl für ihr Körpergewicht, als auch für die Gewichtsabnahme selbst verantwortlich (Ogden et al. 2001). Zudem fühlen sich viele Hausärzte nicht in der Lage ihren Patienten kompetent bei der Gewichtsabnahme zu helfen, so glauben lediglich 14%, dass sie Übergewichtigen erfolgreich beim Abnehmen helfen können (Foster et al. 2003). Auch unter Pflegekräften, Medizinstudierenden, Fitnesstrainern und Ernährungswissenschaftlern sind stigmatisierende Ansichten gegenüber Adipösen weit verbreitet (Puhl und Heuer 2009). 69% der Menschen mit Übergewicht und Adipositas wurden in ihrem Leben mindestens einmal durch einen Arzt diskriminiert; 46% durch Krankenschwestern, 37% durch Ernährungsberater und 21% durch Psychiater (Puhl und Brownell 2006). Als eine Folge der Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal nehmen übergewichtige Patienten deutlich seltener an Untersuchungen zur Prävention von Tumorerkrankungen teil (Mitchell et al. 2008).

Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas erfahren in der Schule häufig Stigmatisierung durch Lehrer und Mitschüler (Puhl und Brownell 2001). Es konnte gezeigt werden, dass übergewichtige und adipöse Jugendliche eine geringere Chance auf eine höherwertige schulische oder universitäre Ausbildung haben als normalgewichtige Gleichaltrige (Wardle et al. 2002). Dies kann möglicherweise durch die, auch unbewusste, schlechtere Bewertung und geringere Förderung der übergewichtigen Schüler durch Lehrer mit stigmatisierenden Ansichten erklärt werden (Puhl und Heuer 2009).

Menschen mit Adipositas erleben auch in ihrem privaten Umfeld Stigmatisierung. So gaben 72% an bereits mindestens einmal durch ein Familienmitglied stigmatisiert worden zu sein, am häufigsten durch Mutter oder Vater (Puhl et al. 2008). 60% haben Stigmatisierung durch Freunde erfahren (Puhl und Brownell 2006).

Die Stigmatisierung von Menschen mit Übergewicht und Adipositas in unserer Gesellschaft wird auch durch die negative Darstellung in den Medien vorangetrieben. Greenberg et al. konnten zeigen, dass übergewichtige Figuren in Fernsehserien überwiegend mit negativen, stereotypen Eigenschaften dargestellt werden. Hingegen sind Hauptrollen zum Großteil durch normal- oder untergewichtige Personen besetzt und weisen zahlreiche positive Eigenschaften auf (Greenberg et al. 2003). Dieses Phänomen findet sich auch bereits bei Kinderserien und Zeichentrickfilmen. Auch hier sind übergewichtige Figuren meist mit negativen Attributen besetzt (Klein und Shiffman 2006). Diese Darstellung hat zur Folge, dass durch den Medienkonsum von Kindern deren negative Ansichten gegenüber Übergewichtigen zunehmen (Harrison 2000). Dies konnten Brochu et al. auch bei Erwachsenen bestätigen. Sie fanden in ihrer Studie heraus, dass die Entfernung stigmatisierender Darstellungen von Übergewichtigen aus den Medien helfen könnte, die Stigmatisierung von Adipositas in der Gesellschaft zu reduzieren (Brochu et al. 2014).

Die Erfahrung von Stigmatisierung hat zahlreiche negative Auswirkungen auf Menschen mit Übergewicht und Adipositas.

So konnte in mehreren Studien festgestellt werden, dass die Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas zu einer Gewichtszunahme bei diesen führt (Hansson und Rasmussen 2014). Puhl und Suh konnten dies auch zeigen. Sie vermuten einen Zusammenhang zwischen der Stigmatisierungserfahrung und vermehrtem Essen, sowie der Vermeidung von sportlicher Betätigung als ursächlich hierfür (Puhl und Suh 2015). Tomiyama beschreibt dieses Phänomen als Teufelskreis. Stigmatisierung wird als Stressor gewertet, welcher in den betroffenen Individuen Schamgefühl auslöst. Es konnte gezeigt werden, dass durch Scham physiologische Bewältigungsmechanismen wie Nahrungsaufnahme und gesteigerte Cortisolausschüttung ausgelöst werden. Dies führt wiederum zu einer vermehrten Gewichtszunahme (Tomiyama 2014). Auch Sutin und Terracciano konnten in ihrer Studie über vier Jahre in der Allgemeinpopulation nachweisen, dass eine gewichtsbezogene Diskriminierung

bei adipösen Menschen das Risiko verdreifacht in Zukunft adipös zu bleiben und auch bei nicht adipösen Personen das Risiko zukünftig adipös zu werden erhöht (Sutin und Terracciano 2013).

Neben den negativen physischen Effekten von Stigmatisierung auf Menschen mit Adipositas, hat dies auch negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. So konnte ein Zusammenhang zwischen Stigmatisierungserfahrungen und der Entwicklung depressiver Störungen, einem niedrigen Selbstbewusstsein, einem negativen eigenen Körperbild und einer generell geringeren psychischen Gesundheit gezeigt werden (Friedman et al. 2005). Es wird ein Zusammenhang mit der Verinnerlichung der Vorurteile angenommen. Latner konnte aufzeigen, dass Menschen mit Adipositas, die selbst an die Vorurteile über Übergewichtige glauben, eine größere Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und ein geringeres Selbstwertgefühl haben als Adipöse, die solche Äußerungen für unwahr halten. Deshalb leiden Sie häufiger unter Essstörungen und haben insgesamt ein höheres Stresslevel. Die eigene gesundheitsbezogene körperliche und psychische Lebensqualität wird von ihnen als geringer gewertet (Latner et al. 2013).

Auch Spalholz et al. konnten zeigen, dass Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas bei diesen depressive Symptome auslösen kann. Zudem zeigten Personen mit vermeidenden Bewältigungsstrategien deutlich häufiger und stärkere Symptome (Spalholz et al. 2016).

Zusammenfassend ist gewichtsbezogene Stigmatisierung ein zunehmendes Phänomen in der Gesellschaft. Sie kommt in nahezu allen Lebensbereichen vor und führt zu zahlreichen Benachteiligungen von Menschen mit Übergewicht und Adipositas. Sie gehört zu den wenigen gesellschaftlich akzeptierten Formen der Diskriminierung und führt bei den Betroffenen teilweise auch zur Verinnerlichung dieser Vorurteile und damit zur Selbstverurteilung. Zahlreiche negative Auswirkungen sowohl auf den Gewichtsverlauf, wie auch auf die körperliche und psychische Gesundheit der Betroffenen können nachgewiesen

werden. Somit stellt die gewichtsbezogene Stigmatisierung ein großes Problem im Leben von Menschen mit Übergewicht und Adipositas dar.

1.8. Versorgungssituation und psychosoziale Bedürfnisse von Menschen mit Übergewicht und Adipositas

1.8.1. Therapie von Übergewicht und Adipositas

Derzeitiger Therapiestandard in Deutschland:

Die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG), in Zusammenarbeit mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), veröffentlichte 2014 die derzeit aktuelle Version der interdisziplinären Leitlinie zur Therapie und Prävention von Adipositas (DAG et al. 2014).

Die Therapieindikation wird anhand des BMI und relevanter Komorbiditäten gestellt. Allgemein gilt eine Person mit BMI ≥ 30 kg/m² als behandlungsbedürftig, bei einem BMI im übergewichtigen Bereich ist eine Behandlung individuell zu erwägen (DAG et al. 2014).

Als Basistherapie sind zunächst die konservativen Möglichkeiten auszuschöpfen. Diese werden in drei Kategorien eingeteilt: Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie (DAG et al. 2014). Soweit möglich, sollte eine Kombinationstherapie durchgeführt werden. Wenn eine Gewichtsreduktion erreicht werden konnte, sollte eine langfristige Gewichtsstabilisierung angestrebt werden (DAG et al. 2014).

Eine medikamentöse Therapie von Übergewicht und Adipositas ist keine Erstlinientherapie. Sie sollte nur in Erwägung gezogen werden, wenn die anderen konservativen Therapiemöglichkeiten keinen ausreichenden Effekt erzielen konnten (DAG et al. 2014).

Die chirurgische Therapie bei Adipositas wird allgemein auch nicht als Erstlinientherapie gewertet. Sie ist derzeit vor allem bei Patienten mit Adipositas Grad III oder mit Grad II und zusätzlichen relevanten Komorbiditäten

empfohlen. Im Regelfall sollte auch hier zunächst eine konservative Therapie versucht werden (DAG et al. 2014).

Evaluation des derzeitigen Therapiestandards:

Konservative Therapie:

Es gibt eine Vielzahl an diversen Ernährungstherapien um Gewicht zu reduzieren. Zwischen diesen verschiedenen Formen konnten keine größeren Unterschiede bezüglich der Gewichtsreduktion festgestellt werden (Korczak und Kister 2013). Insgesamt zeigten sich durch eine Ernährungstherapie allerdings nur mittlere Effekte, so betrug der mittlere Gewichtsverlust nach 3 Jahren 3,5% des Ausgangsgewichts in einer Studie von Langeveld (Langeveld und DeVries 2015). Korczak konnte als wichtigen Faktor für eine langfristige Gewichtsreduktion besonders die Berücksichtigung der individuellen Situation und die Anpassung des Ernährungsplans daran feststellen (Korczak und Kister 2013).

Der Effekt einer alleinigen Ernährungstherapie lässt sich durch die Kombination mit einer Bewegungstherapie um bis zu 20% erhöhen (Curioni und Lourenco 2005). Dies konnte in mehreren weiteren Studien bestätigt werden (Wu et al. 2009, Clark 2015, Johns et al. 2014). In einer großen Studie von Andersen aus dem Jahr 1999 konnte gezeigt werden, dass bereits eine vermehrte Bewegung im alltäglichen Leben die gleichen positiven Effekte auf Gewicht und Gesundheit hat wie eine explizite Bewegungstherapie (Andersen et al. 1999).

Auch die alleinige Verhaltenstherapie führt zu einem Gewichtsverlust. Die Gewichtsreduktion kann durch Kombination mit Ernährungs- und Bewegungstherapie, durch eine höhere Intensität der Verhaltenstherapie, sowie mit Hilfe der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), auch in Kombination mit klassischer Verhaltenstherapie, erhöht werden (Shaw et al. 2005, Lillis und Kendra 2014).

Insgesamt betrachtet können die besten Ergebnisse im Rahmen einer konservativen Therapie, bei einer Kombination von Ernährungs-, Bewegungs-

und Verhaltenstherapie erzielt werden (Söderlund et al. 2009). Auch bei der Evaluation verschiedener multimodaler Gewichtsreduktionsprogramme in Deutschland konnte für alle Programme eine adäquate Gewichtsreduktion innerhalb eines Jahres nachgewiesen werden (DAG et al. 2014).

Ein großes Problem der konservativen Therapie von Übergewicht und Adipositas ist ein meist nur von begrenzter Dauer anhaltender Gewichtsverlust. Im Durchschnitt nehmen die Patienten 30-50% ihres verlorenen Gewichts bereits im ersten Jahr wieder zu. Im Mittel nach drei bis fünf Jahren haben sie ihr Ausgangsgewicht wieder erreicht oder sogar ein höheres Gewicht (Ross Middleton et al. 2012). Nur 20% der Patienten können ihr reduziertes Gewicht für mindestens ein Jahr halten (Ross Middleton et al. 2012). Auch in anderen Studien konnte diese erneute Gewichtszunahme festgestellt werden (Wu et al. 2009, Langeveld und DeVries 2015, Curioni und Lourenco 2005, Lillis und Kendra 2014). Es konnte gezeigt werden, dass eine kontinuierliche Begleitung der Patienten, über einen längeren Zeitraum auch noch nach der Intervention, diese erneute Gewichtszunahme verhindern oder begrenzen kann. Je länger ein Gewichtsverlust stabil erhalten werden kann, desto geringer ist das Risiko für eine erneute Gewichtszunahme (Mc Guire et al. 1999, Thomas et al. 2014). Aus diesem Grund sollte Adipositas als chronische Krankheit angesehen und somit auch langfristig therapiert werden (Ross Middleton et al. 2012).

Bariatrische Chirurgie:

Durch eine bariatrische Operation kann ein, im Vergleich zu konservativen Maßnahmen, höherer Gewichtsverlust erreicht werden. Der durchschnittliche Gewichtsverlust liegt zwischen 16% und 67% und kann meist auch über einen längeren Zeitraum stabil gehalten werden (Christou et al. 2004, Sjöström et al. 2004). Als Folge der großen Gewichtsreduktion hat eine bariatrische Operation zahlreiche positive Effekte auf komorbide Erkrankungen. Es kommt zu einer Reduktion des kardiovaskulären Risikos, zur Senkung von Blutfetten und Blutzucker (Christou et al. 2004, Sjöström et al. 2004, Mingrone et al. 2015).

Mingrone konnte in einer Langzeitstudie über 5 Jahre zeigen, dass es durch eine bariatrische Operation bei Übergewichtigen und Adipösen mit bestehendem Typ 2 Diabetes mellitus bei 50% zu einer Remission kommt (Mingrone et al. 2015). Insgesamt senkt eine bariatrische Operation die Gesamtmortalität (Christou et al. 2004).

Versorgungssituation bezüglich Therapiemaßnahmen für Menschen mit Übergewicht und Adipositas:

Konservative Therapie:

Insgesamt ist es schwer ein klares Bild der derzeitigen Versorgungssituation in Deutschland zu erfassen (Klein et al. 2016). Es gibt in Deutschland nur wenige evidenz-basierte konservative Programme zur Gewichtsreduktion (Holzapfel et al. 2014). Es gibt kein offizielles Register zur Erfassung und Bewertung solcher Programme, sodass eine Übersicht sehr schwer ist. Da konservative Therapie, wie oben beschrieben, aus verschiedenen Bereichen bestehen kann und es keine einheitlich zuständige Fachdisziplin dafür gibt, kann derzeit in Deutschland keine standardisierte multimodale Therapie gewährleistet werden (Nolting et al. 2016). Eine qualitative Bewertung ist aufgrund der Unübersichtlichkeit und Vielzahl an Angeboten extrem schwierig. Kliche und Mann untersuchten konservative Therapiemaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas. Hierbei zeigten sich deutliche Qualitätsdefizite, sodass nur etwas über die Hälfte der Angebote den gewählten Kriterien entsprach (Kliche und Mann 2008).

Nur ein kleiner Teil der Betroffenen nimmt die vorhandenen konservativen Angebote wahr (Holzapfel et al. 2014). So lag die Teilnahme an Kursen zur Gewichtsreduktion in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2013 bei unter zehn Prozent (Nolting et al. 2016). In einer Studie der Krankenversicherung DAK von 2015 hatten nur 0,025% der Versicherten mit Adipositas Kosten für eine konservative Adipositastherapie zur Erstattung eingereicht (Nolting et al. 2016).

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat konservative Therapiemaßnahmen nicht in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen. Folglich werden die Kosten für multimodale Therapiekonzepte nur in Einzelfällen von den Krankenkassen übernommen. Dies stellt eine enorme Hürde für die Betroffenen dar (Nolting et al. 2016).

Bariatrische Chirurgie:

In Deutschland gibt es aktuell 39 zertifizierte Zentren für Adipositas-Chirurgie, welche circa 70% der Eingriffe durchführen. Es gibt mittlerweile eine deutschlandweite Registrierung von bariatrischen Eingriffen zur Qualitätssicherung im „German Bariatric Surgery“-Register (Holzapfel et al. 2014). Die Anzahl der durchgeführten Eingriffe nimmt in den letzten Jahren kontinuierlich zu und ist zwischen 2006 und 2014 um 424,4% gestiegen. Im Jahr 2014 wurden insgesamt 9225 Patienten operiert (Klein et al. 2016). Trotz der deutlichen Zunahme liegt Deutschland im Vergleich zu anderen westlichen Ländern im unteren Bereich (Holzapfel et al. 2014).

Die konservative Therapie von Adipositas Grad III ist bei den meisten Patienten hinsichtlich einer andauernden Gewichtsabnahme erfolglos, weshalb bei ihnen eine bariatrische Operation das Mittel der Wahl wäre (Holzapfel et al. 2014). Aber auch hier ist die Finanzierung durch die Krankenkassen nicht unkompliziert. Es handelt sich um Einzelfallentscheidungen, die anhand der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) getroffen werden. Dieser sieht die Teilnahme an einem konservativen Therapieprogramm vor einer Genehmigung als verpflichtend an. Da dies jedoch wiederum nicht durch die Krankenkassen finanziert wird, mutet es den Betroffenen eine hohe finanzielle Belastung zu. Des Weiteren fordert der MDK auch nach Operation eine strukturierte Nachsorge, welche ebenso nicht durch die Krankenkassen finanziert wird (Nolting et al. 2016).

Insgesamt sehen zahlreiche Experten eine deutliche Unterversorgung von Menschen mit Übergewicht und Adipositas in Deutschland. So werden trotz

steigender Prävalenz immer noch kaum Therapien als Regelversorgung der Krankenkassen durchgeführt (Nolting et al. 2016). Eine strukturierte Grundversorgung ist nicht ausreichend vorhanden. Um geeignete Therapiemaßnahmen zu erlangen, müssen die Betroffenen eine hohe Eigeninitiative aufzeigen (Nolting et al. 2016).

Als Hauptursache für die mangelhafte Versorgung muss die bisher fehlende Wahrnehmung von Übergewicht und Adipositas als chronische Krankheit angesehen werden. Dies bewirkt zum einen die fehlende Finanzierung durch Krankenkassen, zum anderen aber auch eine nicht ausreichende Wahrnehmung durch Ärzte. So konnte festgestellt werden, dass die Diagnose „Adipositas“ durch Ärzte, vor allem Hausärzte, deutlich seltener kodiert wird, als es der Prävalenz entsprechen würde (Klein et al. 2016). Doch wenn Adipositas von Ärzten nicht als Krankheit wahrgenommen wird, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie ihre Patienten darauf ansprechen, beraten oder in der Therapie unterstützen relativ gering.

1.8.2. Präventionsmaßnahmen in Deutschland

Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas:

Grundsätzlich lassen sich Präventionsmaßnahmen in Verhaltens- und Verhältnisprävention unterteilen. Die Verhaltensprävention beschreibt hierbei Maßnahmen, die das Gesundheitsverhalten des einzelnen Individuums ändern, zum Beispiel durch Informationsveranstaltungen über gesunde Ernährung. Im Gegensatz dazu setzt die Verhältnisprävention am Lebensumfeld des Individuums an, zum Beispiel die Förderung von Bewegung am Arbeitsplatz (DAG et al. 2014, Jordan und von der Lippe 2013).

Im Jahr 2006 wurde die „Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas“ verabschiedet, in der die einzelnen Mitgliedsstaaten dazu aufgerufen werden effektive Präventionsmaßnahmen zu schaffen (Hauner et al. 2012).

2008 wurde dann vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) der Nationale

Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ ins Leben gerufen (BMEL und BMG 2014). Durch den Aktionsplan sollen bundesweit zahlreiche Maßnahmen zur Förderung von Aktivität und gesunder Ernährung im Alltag gebündelt und weiterentwickelt werden. Mit Hilfe verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen soll erreicht werden, dass in Deutschland alle Menschen die Möglichkeit haben gesund zu leben. Diese Maßnahmen sollen in Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern, Kommunen und der Zivilgesellschaft aufgebaut werden. Es werden drei Ziele formuliert, wobei bis 2020 sichtbare Erfolge messbar sein sollen:

- Nachhaltige Verbesserung des Verhaltens bezüglich Ernährung und Bewegung.
- Gesünderes Leben, höhere Lebensqualität und vermehrte Leistungsfähigkeit in Schule, Arbeit und im privaten Bereich.
- Rückgang der Prävalenz von Krankheiten, die durch ungesunde Ernährung und fehlende Bewegung gefördert werden.

Um diese Ziele zu erreichen, sollen verschiedene Maßnahmen initiiert werden, die sich in 5 Bereiche gliedern lassen: öffentliche Hand, Bildung und Informationen, Bewegung, Essen in öffentlichen Einrichtungen und am Arbeitsplatz, sowie Forschungsarbeit (BMEL und BMG 2014).

Die Deutsche Adipositas-Gesellschaft formuliert als Präventionsziel für Deutschland die Gewichtsstabilisierung der Menschen in normalgewichtigen Bereichen (DAG et al. 2014). In der Leitlinie werden allgemeine Empfehlungen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas dargestellt:

- Bedarfsgerechte Ernährung, regelmäßige Bewegung und Gewichtskontrolle.
- Weniger Lebensmittel mit hoher Energiedichte verzehren, dafür mehr Lebensmittel mit geringer Energiedichte.
- Reduktion des Verzehrs von „Fast food“, sowie des Konsums von alkoholhaltigen oder zuckerhaltigen Getränken.

- Sitzende Tätigkeiten sollten minimiert werden und regelmäßige körperliche Betätigung, vor allem im Ausdauerbereich, durchgeführt werden.
- Maßnahmen zur Prävention am Arbeitsplatz zur Förderung von Bewegung und/ oder gesunder Ernährung sollen bereitgestellt werden.

(DAG et al. 2014)

Versorgungssituation bezüglich Präventionsmaßnahmen gegen Übergewicht und Adipositas:

Im Jahr 2011 wurde ein Zwischenbericht zur Evaluation der „Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas“ veröffentlicht. Dieser lieferte jedoch enttäuschende Ergebnisse und das Hauptziel konnte bisher nicht erreicht werden, da die Adipositasprävalenz in den meisten Ländern Europas weiterhin angestiegen ist (Hauner et al. 2012).

Auch in Deutschland haben insgesamt 16,6% der Teilnehmer der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“ angegeben, innerhalb der letzten 12 Monate an einer Maßnahme zur Verhaltensprävention teilgenommen zu haben. Somit ist die Teilnehmerrate in den letzten 15 Jahren um circa sieben Prozent gestiegen (Jordan und von der Lippe 2013, Kahl et al. 1999). Am häufigsten wurden Kurse zur Förderung von Bewegung besucht, deutlich seltener solche zur gesunden Ernährung. Die Teilnahme an Präventionsprogrammen wird durch einen Großteil als positiv bewertet (Jordan und von der Lippe 2013). Neben diesen positiven Effekten, ist aber auch in Deutschland die Prävalenz für Adipositas und Übergewicht nicht gesunken (Statistisches Bundesamt 2014, Schienkiewitz et al. 2017).

Ein großes Problem der Verhaltensprävention besteht in dem Risiko, die bestehende Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung weiter zu vergrößern. Verhaltenspräventive Maßnahmen werden eher von Menschen wahrgenommen, die sowieso ein gutes Gesundheitsverhalten zeigen. So zeigte auch die DEGS1, dass die Teilnehmerrate signifikant vom sozioökonomischen Status abhängt (Jordan und von der Lippe 2013).

Trotz der geforderten verhältnispräventiven Maßnahmen, herrschen in Deutschland immer noch die verhaltenspräventiven Maßnahmen vor (Jordan und von der Lippe 2013). Anhand der weiterhin gestiegenen Adipositasprävalenz ist zu sehen, dass diese Maßnahmen nicht ausreichen, um Übergewicht und Adipositas erfolgreich zu minimieren. Hauner et al. fordern daher die gesellschaftlichen Bedingungen stärker in den Fokus der Präventionsmaßnahmen zu bringen, um adipogene Umweltfaktoren zu reduzieren. Es soll eine Umwelt gestaltet werden, die allen Mitgliedern der Gesellschaft gleichermaßen Zugang zu einem gesunden Lebensstil ermöglicht (Hauner et al. 2012).

Insgesamt betrachtet ist die Existenz effektiver Präventionsprogramme, die langfristig zu messbarem Erfolg in der Bevölkerung führen und alltagstauglich sind, derzeit in Deutschland noch nicht als ausreichend zu definieren (Hauner et al. 2012).

1.8.3. Bewertung von Maßnahmen zur Therapie und Prävention und psychosoziale Bedürfnisse von Menschen mit Adipositas

Es gibt insgesamt relativ wenige Studien, die sich mit der Sicht der Betroffenen auf bestehende Therapie- und Präventionsmaßnahmen befassen. Dies wird allerdings besonders für die Evaluation der Therapiemaßnahmen als wichtig angesehen, da vor allem die individuelle Motivation der Teilnehmer entscheidend für den langfristigen Erfolg ist (Mühlbacher und Bethge 2013).

Mühlbacher und Bethge haben in ihrer Studie die Probanden nach ihren persönlichen Präferenzen für ein Gewichtsreduktionsprogramm im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthaltes gefragt. Am wichtigsten war den Betroffenen eine kontinuierliche Begleitung während Therapie und auch in der Nachsorge. Die zweithöchste Präferenz lag bei der Miteinbeziehung und Berücksichtigung der individuellen Situation der Betroffenen. An dritter Stelle sahen die Befragten den guten, freundlichen zwischenmenschlichen Umgang zwischen Patient und Pflegepersonal sowie Ärzten. Diese drei Wünsche beschrieben insgesamt 50% der Präferenzen. Im mittleren Bereich der Bedeutsamkeit lagen in absteigender

Reihenfolge die Spezialisierung des Personals, die Unterstützung durch das soziale Umfeld, sowie hilfreiche Informationen und Kurse. Am wenigsten wichtig war den Teilnehmern eine große Auswahl an verschiedenen Therapiemaßnahmen und die Art der Unterbringung (Mühlbacher und Bethge 2013).

Yoong et al. befragten Patienten in Hausarztpraxen. 61% der übergewichtigen und 74% der adipösen Patienten wünschten sich Hilfe bei der Gewichtsreduktion, vor allem durch den Hausarzt und durch Ernährungsberater (Yoong et al. 2013).

In einer weiteren Studie durften die Probanden wählen, welche Form der Psychotherapie sie zur Gewichtsreduktion bevorzugen. Hierbei zeigte sich eine deutliche Präferenz gegenüber der kognitiven Verhaltenstherapie (Moffitt et al. 2015).

Jones et al. untersuchten die Ansichten von Personen in Ernährungsberatung. Die Teilnehmer waren zufrieden mit der Ernährungstherapie: sie fühlten sich durch den Berater und den Austausch in der Gruppe unterstützt. Viele empfinden die regelmäßige Gewichtskontrolle durch den Ernährungsberater als notwendigen Druck, um konsequent an der Diät festzuhalten. Ratschläge zu Ernährung, Kochen und Umgang im Alltag fanden alle Teilnehmer als sehr hilfreich. Auf die Frage nach Gründen, warum es schwierig sei, sich dauerhaft gesund zu ernähren waren die häufigsten Antworten die hohen Kosten sowie das Fehlen von gesunden Essensangeboten am Arbeitsplatz. Zudem finden es sehr viele schwierig, durch die Werbung und Darbietung ungesunder Lebensmittel im Supermarkt, diesen zu widerstehen (Jones et al. 2007).

In einem Review beschäftigten sich auch Garip und Yardley mit den Erfahrungen und Ansichten von Menschen mit Adipositas über Gewichtsreduktion und –stabilisierung. Als Hindernis für eine Gewichtsreduktion wurden der leichte Zugang zu ungesundem Essen und die hohen finanziellen Kosten für gesunde Nahrungsmittel sowie für Gewichtsreduktionsprogramme

angegeben. Positiv wurden individualisierte Programme mit persönlicher Unterstützung durch einen Spezialisten und dem Erfahrungsaustausch in der Gruppe bewertet. Einige Betroffene wünschen sich mehr Beachtung der persönlichen Präferenzen bei der Wahl der Maßnahmen und einige Teilnehmer berichteten, dass die Gewichtsreduktionsprogramme ihre Bedürfnisse nicht adäquat erfüllen würden. Es wurde deutlich, dass eine kontinuierliche Betreuung entscheidend für einen langfristigen Erfolg ist (Garip und Yardley 2011).

In der Studie von Thomas et al. wurden adipöse Personen zu Ansichten bezüglich Therapie und Präventionsmaßnahmen befragt. So hielten 61% der Befragten eine staatliche Regulation für die effektivste Präventionsmethode. Sie wünschen sich zum Beispiel ein Verbot von Werbung für ungesundes Essen im Kinderfernsehen und eine Besteuerung ungesunder Lebensmittel. Fast alle Teilnehmer empfanden Präventionsprogramme, bei denen die Lebensstilveränderung und Gesundheit im Mittelpunkt stehen, mehr motivierend und weniger stigmatisierend als Programme, bei denen nur das Gewicht im Fokus steht. Nur 33% der Probanden glauben, dass die Betroffenen durch Medien gut erreicht werden. Viel eher glauben sie, dass dies zu mehr Stigmatisierung in der Gesellschaft führt.

Bezüglich der Therapiemaßnahmen waren den Betroffenen besonders Sportprogramme mit Spezialisierung für Menschen mit Übergewicht und Adipositas wichtig. 57% glauben, individualisierte Fitnessprogramme sind eine gute Möglichkeit zur Gewichtsreduktion, aber auch um Gesundheit und Wohlfühlen zu fördern. Besonders wichtig seien hierbei geschützte Orte, also Kurse nur für Betroffene, damit sie sich während des Kurses wohl fühlen können und sich nicht schämen müssen. Ein Drittel der Befragten hält eine Magenband-Operation für eine gute Möglichkeit der Gewichtsreduktion. Nur 18% glauben, dass eine Gewichtsreduktion durch alleinige Diät effektiv erreicht werden kann. Viele schätzen an Ernährungstherapien aber vor allem auch den Austausch in der Gruppe. Insgesamt fordern die Betroffenen eine komplexere Lösung für ihre Erkrankung (Thomas et al. 2010).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass viele Betroffene derzeit sowohl mit Therapie- als auch mit Präventionsmaßnahmen nicht zufrieden sind. Viele wünschen sich mehr Individualisierung und mehr Beachtung ihrer Bedürfnisse.

1.9. Adipositas und Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit wird definiert als das, was Personen bezüglich ihrer Arbeit und ihrem Arbeitsverhältnis denken und fühlen. Sie wird durch das Maß, inwieweit Menschen ihre Arbeit gerne erfüllen oder nicht gerne erfüllen beschrieben (Kauffeld und Schermuly 2011).

Da die meisten Menschen einen Großteil ihres Lebens bei der Arbeit verbringen, ist die Arbeitszufriedenheit ein entscheidender Faktor für die Lebensqualität des einzelnen Menschen. Aber auch für Unternehmen ist der Effekt von zufriedenen Arbeitnehmern nicht zu unterschätzen. Eine hohe Arbeitszufriedenheit reduziert Fehlzeiten, sowie Fluktuationen und erhöht die Arbeitsleistung (Kauffeld und Schermuly 2011).

Es gibt mehrere Theorien, wie Arbeitszufriedenheit entsteht und welche Faktoren Einfluss darauf nehmen. Eine davon ist die Zwei-Faktoren-Theorie. Sie beschreibt, dass es zwei Faktoren gibt, welche die Arbeitszufriedenheit bestimmen. Der eine bedingt die Zufriedenheit der Mitarbeiter, hierzu gehören Komponenten wie Anerkennung, Verantwortung, Arbeitsinhalt, Aufstiegschancen und die Selbstverwirklichung in der Arbeit. Der zweite Faktor bedingt dagegen die Unzufriedenheit mit der Arbeit. Dazu gehören Komponenten wie Lohn, zwischenmenschliche Beziehungen, Unternehmenspolitik, Arbeitsbedingungen und Arbeitsplatzsicherheit. Um eine hohe Arbeitszufriedenheit zu erreichen, müssen beide Faktoren bedacht werden (Kauffeld und Schermuly 2011).

Eine weitere Theorie ist das Züricher Modell nach Bruggemann, welches Arbeitszufriedenheit nicht als statisch, sondern als dynamisches Modell beschreibt. Sie ist stark abhängig von den Einstellungen und Erwartungen der Angestellten und ändert sich, wenn sich diese verändern (Kauffeld und Schermuly 2011). Die Einstellungen und Erwartungen einer Person sind

wiederum von Persönlichkeitsmerkmalen abhängig. Daher ist die Arbeitszufriedenheit auch von den Faktoren Selbstwirksamkeit, Gefühl von Kontrolle, Selbstwertgefühl und der emotionalen Stabilität abhängig (Judge und Bono 2001).

Viele Studien beschäftigen sich mit den Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas auf die Arbeitssituation. Bei den meisten liegt hierbei der Fokus auf vermehrten Fehlzeiten und geringerer Produktivität von Menschen mit Übergewicht und Adipositas (Shrestha et al. 2016, Borak 2011). Inwieweit diese vermehrten Fehlzeiten und die geringere Produktivität allein durch adipositasbedingte körperliche Einschränkungen verursacht ist, oder auch die Arbeitszufriedenheit eine Rolle spielt, ist nicht abschließend geklärt.

Pagan et al. zeigten in ihrer Studie, dass der Grad der körperlichen Beeinträchtigung unter älteren Beschäftigten mit Adipositas einen signifikanten Effekt auf die Arbeitszufriedenheit hat. Demgegenüber fand sich allgemein betrachtet Adipositas als signifikant positiver Faktor für die Arbeitszufriedenheit. Als Erklärungsversuch gehen Pagan et al. von einer geringeren Erwartungshaltung gegenüber der Arbeit bei adipösen Mitarbeitern aus (Pagan et al. 2016).

Ähnlich ambivalente Ergebnisse finden sich auch in der Studie von Kim und Han. Sie konnten zeigen, dass es bei Frauen zwischen Übergewicht bzw. Adipositas und Arbeitsplatzqualität einen negativ Zusammenhang gibt. Bei Männern dagegen ist dieser Zusammenhang positiv (Kim und Han 2015).

Bei der Überlegung, ob Übergewicht und Adipositas einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit haben, müssen verschiedene Faktoren bedacht werden. So leiden Menschen mit Adipositas nicht alleine nur unter ihrem Körpergewicht und gegebenenfalls damit verbundenen körperlichen Beeinträchtigungen, sondern häufig auch unter komorbiden depressiven Störungen, Stigmatisierungserfahrungen, Selbststigmatisierung. Diese Faktoren können als Merkmale der Persönlichkeit auch Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit nehmen.

Auch der Einfluss eines unsicheren Bindungstyps als Faktor der Persönlichkeitsstruktur muss bedacht werden (Judge und Bono 2001).

Personen mit depressiver Störung haben häufig ein geringes Selbstbewusstsein (Markowitz et al. 2008) und neigen zur negativen und pessimistischen Bewertung ihrer Umwelt (Wittchen und Hoyer 2011).

Stigmatisierungserfahrungen am Arbeitsplatz sind wie unter 1.7. beschrieben sehr häufig (Puhl und Brownell 2006). Stigmatisierung durch Kollegen und Vorgesetzte kann zwischenmenschliche Beziehungen am Arbeitsplatz negativ beeinflussen. Die Benachteiligung bezüglich des Einkommens (Baum und Ford 2004) kann die Arbeitsunzufriedenheit vergrößern. Des Weiteren zeigen Personen mit Stigmatisierungserfahrungen häufig auch ein niedriges Selbstbewusstsein (Friedmann et al. 2005) und ein geringes Gefühl der Selbstwirksamkeit (Puhl und Suh 2015).

Die Internalisierung von stigmatisierenden Attributen, oder auch Selbststigmatisierung, führt auch zu einem geringeren Selbstwertgefühl. Betroffenen zeigen ein erhöhtes Stresslevel und empfinden eine geringere Lebensqualität (Latner et al. 2013).

Auch Personen mit unsicherer Bindung vom ängstlichen Typ neigen eher zu einem niedrigen Selbstbewusstsein (Bartholomew und Horowitz 1991). Ihre zwischenmenschlichen Beziehungen werden von einer starken Abhängigkeit gegenüber anderen Personen (Bartholomew und Horowitz 1991) und dem Gefühl, wenig soziale Unterstützung zu erhalten (Stanton und Campbell 2014), beeinträchtigt. Nancarrow et al. zeigten auch vermehrt Probleme mit der Emotionsregulation und fehlende geeignete Stressbewältigungsstrategien (Nancarrow et al. 2017). Als weiterer Faktor sind viele Menschen mit hoher bindungsbezogener Angst der Überzeugung, eine geringe interne Kontrolle zu besitzen (Strauß 2006).

Über alle diese Faktoren und Zusammenhänge kann Übergewicht und Adipositas Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit nehmen. Inwieweit dieser

Einfluss wirklich besteht, und welcher Faktor wie viel Einfluss hat, ist bislang nicht ausreichend untersucht.

1.10. Fragestellung und Intention der vorliegenden Arbeit

Wie in Teil 1.8. beschrieben, gibt es derzeit kaum Studien, die sich mit der Sicht der Menschen mit Übergewicht und Adipositas auf vorhandene Therapiemöglichkeiten und Präventionsstrategien beschäftigen. Insbesondere finden sich keine Studien, die diese Fragestellung mit verschiedenen Einflussfaktoren, wie z.B. eine komorbide Depression, BED oder auch das Bindungsmuster, kombinieren.

Da jedoch die Adipositasprävalenz trotz der zahlreichen bisherigen Maßnahmen nicht abnimmt, stellt sich die Frage, ob diese wirklich den Bedürfnissen der betroffenen Menschen entsprechen. Die Versorgungsforschung stellt eben diese Fragestellung in den Vordergrund.

Die hier vorliegende Studie ist im Rahmen der Versorgungsforschung zu sehen und beschäftigt sich mehreren Fragestellungen:

- Die primäre Fragestellung lag in der Bewertung von therapeutischen und präventiven Möglichkeiten zur Gewichtsreduktion bzw. Vermeidung von Übergewicht durch die Betroffenen. Die Bewertung erfolgte hierbei hinsichtlich Qualität und Quantität des aktuellen Angebotes.
- Neben dieser zentralen Frage, beschäftigt sich die Studie zusätzlich damit, den Einfluss diverser Faktoren auf die Wahrnehmung und Bewertung der dargestellten Optionen zu untersuchen. Hierbei untersuchte Faktoren:
 - o Depressive Erkrankungen
 - o Migrationshintergrund
 - o Binge Eating-Störung
 - o Bindungsbezogene Angst
 - o Stigmatisierungserfahrungen
- Als weiterer Aspekt wird der Einfluss von Adipositas auf die Arbeitszufriedenheit betrachtet.

2. Methoden

2.1. Probanden

Die Intention der Studie war es, ein möglichst vielschichtiges Bild der Situation von Menschen mit Adipositas in Deutschland zu erfassen. Es sollten nicht nur Personen, die bereits Zugang zu therapeutischen Maßnahmen hatten, erreicht werden, weshalb auf eine gezielte Rekrutierung in Kliniken verzichtet wurde.

Das einzige Einschlusskriterium war das aktuelle oder frühere Vorliegen von Übergewicht oder Adipositas. Alter, Geschlecht, sowie bisherige Therapieversuche stellten keine Ausschlusskriterien dar.

2.2. Rekrutierung

Da die Umfrage in Form eines Online-Fragebogen gestaltet war, wurde eine Streuung über das Internet gewählt. Hierfür wurden anhand der Internetseite des „Adipositas Verband Deutschland e.V.“ (<http://www.adipositasverband.de> [Zugriff 05.06.2014]) die dort angegebenen 162 Adipositas-Selbsthilfegruppen in Deutschland recherchiert. Die jeweiligen Gruppen-Administratoren wurden per Email angeschrieben und um Verbreitung des Online-Fragebogens in der Selbsthilfegruppe gebeten. Die Administratoren wurden insgesamt dreimal in einem Abstand von mehreren Wochen angeschrieben.

Der Link zum Online-Fragebogen mit Informationen zur Studie wurde in drei großen Adipositas-Foren im Internet (<http://www.adipositas-foren.de> [Zugriff 05.06.2014], <http://www.adipositas24.de> [Zugriff 05.06.2014], <http://www.adipositas-portal.de> [Zugriff 05.06.2014]) veröffentlicht.

Der Link zum Fragebogen mit Informationen zur Studie wurde in vier Adipositas-Gruppen in Facebook

(https://www.facebook.com/groups/adipomag/?ref=br_rs [Zugriff 05.06.2014],

<https://www.facebook.com/groups/156500871066382/> [Zugriff 05.06.2014],

<https://www.facebook.com/groups/694467703959895/> [Zugriff 05.06.2014],

https://www.facebook.com/groups/JasminBuchinger/?ref=br_rs [Zugriff 05.06.2014])

gepostet. Es wurde sowohl in den Facebook-Gruppen, als auch in den Foren

mehrmals auf die Studie hingewiesen und auf Rückmeldungen und Fragen geantwortet.

Die Rekrutierung erfolgte im Zeitraum von August 2014 bis Dezember 2014. In der letzten Frage des Online-Fragebogens wird gefragt, wie die Probanden auf den Fragebogen aufmerksam wurden. Hierbei bestanden die Antwortmöglichkeiten „über Hinweis in Selbsthilfegruppe“, „über Facebook“, „über Klinik“, „über Freunde/Bekannte“, „über Internetforum“ und „Sonstiges“.

2.3. Aufbau des Online-Fragebogens

Der Online-Fragebogen war vollkommen anonym gestaltet. Die Teilnahme war freiwillig. Die Probanden erhielten keine Vergütung oder Aufwandsentschädigung; es gab keinen direkten persönlichen Vorteil für die Probanden durch ihre Teilnahme.

Der dieser Arbeit zugrundeliegende Fragebogen enthielt folgende standardisierte Fragebögen: Psychotherapeutische Basisdokumentation (PsyBaDo), Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9), Experiences in Close Relationships (ECR-RD 12), sowie einige Fragen adaptiert an das strukturierte Interview für anorektische und bulimische Essstörungen (SIAB).

Der Online-Fragebogen wurde durch speziell für diese Umfrage entwickelte Fragebögen ergänzt. Hierbei finden sich Fragebögen zu folgenden Themen: Konsumverhalten, körperliche Beschwerden und Herkunft, Gewichtsverlauf, Migrationshintergrund und Integration, psychosoziale Bedürfnisse, Stigmatisierungserfahrungen und individueller Umgang mit der Erkrankung. Der komplette Online-Fragebogen findet sich im Anhang.

Die vorkommenden Fragebögen hatten folgende Reihenfolge:

- Fragen aus dem PsyBaDo und zusätzliche Fragen zu Herkunfts-Bundesland, Alkoholkonsum, körperliche Beschwerden und bisherige Maßnahmen zur Gewichtsreduktion
- Fragen zum Migrationshintergrund und zur Integration
- Fragen zu psychosozialen Bedürfnissen
- PHQ-9-Fragebogen

- Fragen zu Stigmatisierungserfahrungen
- Fragen aus dem SIAB-Fragebogen zur Binge-Eating Störung
- Fragen zum individuellen Umgang mit der Erkrankung Adipositas
- ECR-RD-Fragebogen, Kurzversion mit 12 Items

2.4. Standardisierte Fragebögen

Im Folgenden werden die verwendeten standardisierten Fragebögen in der im Online-Fragebogen auftretenden Reihenfolge vorgestellt.

2.4.1. Basisdokumentation

Die PsyBaDo (Psychotherapeutische Basisdokumentation) wurde 1998 von Qualitätssicherungsbeauftragten der psychotherapeutischen Fachgesellschaften entwickelt und von Heuft G. et al. veröffentlicht (Heuft et al. 1998).

Mit Hilfe dieser Basisdokumentation können einheitlich Basisdaten in allen Bereichen der Psychotherapie erfasst werden. Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen: Zum einen aus reinen Patientenangaben (Selbstauskunft) und zum anderen aus den Therapeutenangaben. Es ist sowohl der Einsatz des kompletten PsyBaDo, als auch nur der eines Teiles möglich (Heuft et al. 1998).

In der vorliegenden Arbeit wurden nur einzelne Items aus dem Teil zur Selbstauskunft verwendet. Es wurden diverse demographische Daten der Probanden wie zum Beispiel Geschlecht, Geburtsdatum und Familienstand erfasst. Die regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka, der Nikotinkonsum sowie aktuelles Körpergewicht und Körpergröße wurden erfragt.

Die Auswertung des PsyBaDo erfolgt auf Itemebene (Heuft et al. 1998).

2.4.2. Gesundheitsfragebogen für Patienten

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten ist die deutsche Version des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“. Dieser wurde 1999 von Spitzer R.L. et al. entwickelt (Spitzer et al. 1999).

Der PHQ wurde aus dem PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) entwickelt und ist ein reiner Fragebogen zur Selbstauskunft. Er dient vor allem der schnellen Erfassung diverser psychischer Störungen im klinischen Alltag. Die Items sind anhand der jeweiligen psychischen Störung in einzelne Blöcke geordnet und können getrennt nach Störung ausgewertet werden (Spitzer et al. 1999).

Löwe B. et al. veröffentlichten 2002 eine deutsche Version des PHQ, den „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“ (Löwe et al. 2002).

Im PHQ sind 9 Items zur Diagnostik von depressiven Störungen enthalten, welche sich an den Diagnosekriterien des DSM-IV orientieren. Diese Skala wird auch einzeln als sogenannter PHQ-9 verwendet (Spitzer et al. 1999).

In der vorliegenden Arbeit wurde auf die deutsche Fassung des PHQ-9 zur Erfassung depressiver Syndrome zurückgegriffen. Die 9 Items fragen nach Beeinträchtigung durch spezifische Beschwerden der letzten 2 Wochen. Der Grad der Beeinträchtigung wird mittels einer Antwortskala von 0-3 gemessen. Dabei sind die Ausprägungen „überhaupt nicht (0)“, „an einzelnen Tagen (1)“, „an mehr als der Hälfte der Tage (2)“ und „beinahe jeden Tag (3)“ möglich (Löwe et al. 2002).

Die Auswertung kann auf zwei verschiedene Weisen erfolgen. Zum einen kann anhand der Ergebnisse eine wahrscheinliche Diagnose nach DSM-IV gestellt werden. Dabei zählen alle mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantworteten Items als erfüllte Kriterien. Item 9 („Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten“) zählt bereits bei „an einzelnen Tagen“ als erfüllt.

Die Diagnose „Major Depression“ kann ab 5 oder mehr auf diese Weise beantwortete Items gestellt werden, wobei Item 1 oder 2 („Wenig Interesse/ Freude“, „Niedergeschlagenheit/ Schwermut/ Hoffnungslosigkeit“) dabei sein

müssen. Die Diagnose „andere depressive Syndrome“ kann ab 2, 3 oder 4 erfüllten Items gestellt werden, wobei auch hier Item 1 oder 2 erfüllt sein müssen (Löwe et al. 2002).

Anhand der Skalenwerte kann ein Skalensummenwert gebildet werden, mit dem der Schweregrad einer depressiven Störung abgeschätzt werden kann. Hierbei sind Werte von 0-27 möglich.

Ein Skalensummenwert unter 5 bedeutet, dass keine depressive Störung vorliegt. Werte zwischen 5 und 9 zeigen eine leichte Depression an. Bei Werten ab 10 ist das Vorliegen einer Major Depression wahrscheinlich. Es werden die Schweregrade „moderates Ausmaß“ (Werte von 10-14), „mittelgradig schweres Ausmaß“ (Werte von 15-19) und „schweres Ausmaß“ (Werte ab 20) der Major Depression unterschieden (Löwe et al. 2002).

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass der PHQ ein valides Instrument zur Erfassung psychischer Störungen ist (Löwe et al. 2002, Löwe et al. 2004).

2.4.3. Strukturiertes Inventar für anorektische und bulimische Störungen

Das strukturierte Inventar für anorektische und bulimische Essstörungen (SIAB) wurde 1991 von Fichter M. et al. als semi-standardisiertes Interview zur Erfassung und Diagnosestellung für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa entwickelt (Fichter et al. 1991).

Die Kriterien des DSM und des ICD-10 wurden überarbeitet und im DSM-IV wurden Diagnosekriterien für die Binge-Eating Störung mit aufgenommen. Es wurde daraufhin auch der SIAB dementsprechend angepasst (Fichter et al. 1998).

Es zeigte sich, dass der SIAB ein valides Instrument zur Erfassung von Essstörungen ist und das Stellen einer wahrscheinlichen Diagnose ermöglicht (Fichter und Quadflieg 2000).

Im SIAB werden verschiedene Situationen oder Aussagen vorgestellt und nach dem jeweiligen Ausprägungsgrad gefragt (Fichter und Quadflieg 2001).

Die Auswertung des SIAB-S kann auf zwei verschiedene Weisen erfolgen. Zum einen können Skalensummenwerte gebildet werden, die zur Einschätzung des Schweregrades einer Essstörung dienen. Zum anderen können Diagnosen anhand der DSM-IV-Kriterien gestellt werden (Fichter und Quadflieg 2001).

In der vorliegenden Arbeit wurde eine stark gekürzte Version des SIAB-S in den Online-Fragebogen aufgenommen. Es wurden 11 Items mit Fragen speziell bezogen auf die Binge-Eating Störung adaptiert an die Diagnosekriterien des DSM-5 übernommen. Anhand dieser Fragen soll die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Essstörung der Probanden ermittelt werden.

2.4.4. Experiences in Close Relationships

Der Fragebogen "Experiences in Close Relationships (ECR)" wurde 1998 von Brennan KA et al. entwickelt um einen Selbstauskunfts-Test zur Erfassung von Aspekten der Bindungstheorie zu erstellen (Brennan et al. 1998). Sie sammelten 323 verschiedene Items aus 60 damals zur Verfügung stehenden Fragebögen zur Bindungstheorie, validierten diese und setzten die 100 Items mit den höchsten Werten zu einem neuen Fragebogen, dem ECR, zusammen. Dieser wurde an einer großen Stichprobe getestet. Daraufhin erfolgte die Einteilung von jeweils 18 Items in die zwei Dimensionen bindungsbezogene Vermeidung und bindungsbezogene Angst (Brennan et al. 1998).

Bindungsbezogene Vermeidung charakterisiert das Unbehagen bei Nähe oder Abhängigkeit von anderen Personen sowie die Abneigung gegenüber Intimität. Bindungsbezogene Angst dagegen beschreibt die Angst vor Zurückweisung und dem Alleinsein (Sibley et al. 2005).

2000 wurde der ECR durch Fraley R.C. et al. mit 3 weiteren Bindungsfragebögen verglichen und auf Messgenauigkeit untersucht. Der ECR zeigte die besten Werte. Um die Testgenauigkeit zu erhöhen wurden die 323 ursprünglichen Items mittels Faktorenanalyse und weiterer Tests untersucht. Es wurden für beide Dimensionen die 18 Items mit der besten Differenzierung

gewählt, der ECR wurde zum ECR-Revised (ECR-R) geändert. Dieser wurde an einer Stichprobe getestet und es konnte eine gute Validität gezeigt werden (Fraley et al. 2000). Auch Sibley et al. konnten an weiteren Stichproben gute Testgütekriterien für den ECR-R nachweisen (Sibley et al. 2005).

Die Gruppe um Ehrenthal übersetzte den ECR-R ins Deutsche und validierte diese Version, den ECR-RD (ECR-Revised Deutsch). Auch hier konnten ähnlich Werte hinsichtlich der Validität wie in der Version von Fraley festgestellt werden. Auch im deutschen ECR-RD gibt es für beide Dimensionen je 18 Items (Ehrenthal et al. 2009).

Der ECR-RD weist gute Testgütekriterien auf und stellt ein sehr gut geeignetes Instrument zur Erfassung von partnerschaftsbezogenem Bindungsverhalten dar (Ehrenthal et al. 2009). Aber mit 36 Items ist der ERC-RD für den klinischen Alltag sehr lang und zeitaufwändig. Aus diesem Grund wurde von Brenk-Franz K et al. eine Kurzversion mit nur 12 Items, der ECR-RD 12, entwickelt und getestet (Brenk-Franz et al. 2018). Diese Kurzversion wurde in der vorliegenden Arbeit verwendet. Die verwendeten Items sind im Anhang aufgelistet.

Die Auswertung des ECR-RD erfolgt anhand Berechnung von Skalensummenwerten für die Dimensionen bindungsbezogene Angst (BANG) und bindungsbezogene Vermeidung (BVER). Dabei muss beachtet werden, dass einige Items invers gestellt sind und der Itemwert zunächst von 8 abgezogen werden muss (Ehrenthal et al. 2009).

In dem vorliegenden Fragebogen wurde die neue 12-Item-Version benutzt, weshalb sich hier die Skalensummenwerte für BANG und BVER je nur aus 6 Items berechnen.

Skalensummenwert BANG = Item1 + Item2 + Item5 + Item8 + Item10 + Item11

Skalensummenwert BVER = (8 – Item3) + (8 – Item4) + Item6 + Item7 +
(8 – Item9) + (8 – Item12)

Je höher der Skalensummenwert, desto höher ist die bindungsbezogene Angst bzw. bindungsbezogene Vermeidung des Probanden ausgeprägt (Ehrenthal et al. 2009).

2.5. Für spezifische Fragestellungen der Studie entwickelte Fragebögen

Im Folgenden werden die für die spezifische Fragestellung dieser Arbeit entwickelten Fragebögen vorgestellt. Ziel war es ein möglichst differenziertes und vollständiges Bild der derzeitigen Situation von Menschen mit Adipositas in verschiedenen Lebensbereichen zu erfassen.

Die verschiedenen Fragebögen werden hier in der Reihenfolge des Erscheinens im Online-Fragebogen vorgestellt. Sie sind komplett im Anhang aufgeführt.

2.5.1. Konsumverhalten, körperliche Beschwerden, Herkunft, bisherige Maßnahmen gegen das Übergewicht

Die Fragen der Basisdokumentation des PsyBaDo wurden noch durch weitere Fragen ergänzt.

Erfasst wurden der Alkoholkonsum, häufige Adipositas-assoziierte Erkrankungen (Gelenkschmerzen, arterieller Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Diabetes mellitus), Herkunfts-Bundesland, sowie bisherige Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (Verhaltenstherapie/Psychotherapie, Ernährungstherapie, Bewegungstherapie, Operation).

2.5.2. Migrationshintergrund und Integration

Es wurde nach der Nationalität („deutsch“ oder „andere“) gefragt. Nur die Probanden, welche mit „andere“ geantwortet haben, sollten die weiteren Fragen zum Migrationshintergrund beantworten.

Es folgten Fragen zu Geburtsland, Nationalität der Eltern, Wohndauer in Deutschland und Familienangehörigen in Deutschland.

Die Qualität der erfolgten Integration in die deutsche Gesellschaft wurde unter Berücksichtigung von invers gestellten Fragen ermittelt. Bei der Auswertung wurde ein Skalensummenwert gebildet, anhand dessen der Grad der Integration abgeschätzt werden konnte. Die Berechnung ist im Anhang dargestellt. Je höher der errechnete Wert, desto besser ist die mutmaßliche Integration in die deutsche Gesellschaft.

2.5.3. Psychosoziale Bedürfnisse

Den Teilnehmern werden diverse Maßnahmen bzw. Veränderungen aus den Bereichen „Arbeitsplatz“, „Gesundheitssystem“, „Politik, Gesellschaft, Öffentlichkeit“, „Neue Medien“ und „Soziales Umfeld“ vorgestellt.

Es werden dabei zu jedem Item je die Qualität bzw. Wichtigkeit und die Quantität bzw. das derzeitige Vorhandensein bewertet.

Anpassung der Aufgaben an die körperliche Leistungsfähigkeit

	0	1	2	3	4	5	6	7
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)	<input type="radio"/>							
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)	<input type="radio"/>							

Abbildung 1: Beispiel aus dem Bereich „Arbeitsplatz“, Darstellung aus dem Unipark-Online-Fragebogen; Quelle: eigene Darstellung

Mit Hilfe dieser Skalen soll einerseits die derzeitige Versorgungssituation der Betroffenen abgebildet werden, andererseits sollen sowohl bisherige Unterstützungsmaßnahmen als auch eventuelle zukünftige Maßnahmen qualitativ beurteilt werden. Alle Items sind im Anhang einzusehen.

Zur besseren Beurteilbarkeit werden zu verschiedenen Themenkomplexen Skalensummenwerte gebildet. Es werden die Skalen Arbeitsplatz, ärztliche Betreuung, Betreuung durch den Hausarzt, Krankenkassen-Leistungen,

Ernährung in der Öffentlichkeit, Lebensstil-Veränderung, Öffentlichkeit, Medien, soziales Umfeld, Psychotherapie, Ernährungsumstellung, konservative Therapie, chirurgische Therapie und Informationen berechnet. Es bestehen für jede Skala Summenwerte für Wichtigkeit und Vorhandensein. Die Zusammensetzung der Skalen ist im Anhang dargestellt.

2.5.4. Stigmatisierungserfahrungen

Erfahrungen mit negativen Bewertungen durch andere Mitmenschen, sowie Benachteiligungen und Diskriminierungen aufgrund des Körpergewichts wurden erfasst. Hierbei wurde nach Häufigkeit, Lebensabschnitt, Situationen und Personen, sowie dem Umgang mit derartigen Situationen und nach körperlicher und psychischer Belastung dadurch gefragt. Alle Fragen sind im Anhang aufgeführt.

Die Auswertung erfolgt zunächst auf Itemebene, danach wird der Skalensummenwert „Stigmatisierung“ gebildet. Summenwerte von 6 bis 48 sind möglich. Je höher der Summenwert, desto häufiger wird Stigmatisierung erlebt.

2.5.5. Individueller Umgang mit der Erkrankung und Lebensqualität

In diesem Teil des Fragebogens wurden verschiedene Aspekte des individuellen Umgangs mit der Erkrankung Adipositas behandelt.

So wurde nach der Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen, körperlicher und psychischer Belastung, Abhängigkeit des personellen Wertes vom Gewicht und Einschränkungen durch das Gewicht gefragt. Weiterhin wird Scham in der Öffentlichkeit, Beschäftigung mit eigenem Aussehen, Beschäftigung mit Ernährung, Vermeidung von Sport aus Scham, Vermeidung von Unternehmungen in der Öffentlichkeit aus Scham, Schuldgefühlen bei erneuter Gewichtszunahme, sowie Schwierigkeiten bei der Partnersuche und in der Partnerschaft erfasst.

Die Auswertung erfolgt auf Itemebene und durch Berechnung des Skalensummenwertes „Selbststigmatisierung“. Summenwerte von 4 bis 32 sind

möglich. Je höher der Skalensummenwert, desto höher ist der Grad der Selbststigmatisierung.

2.6. Regressionsanalyse zur Situation am Arbeitsplatz

Bei der Regressionsanalyse wird als abhängige Variable einmal die Skalensumme „Arbeitsplatz_Bedeutsamkeit“ und einmal die Skalensumme „Arbeitsplatz-Versorgungssituation“ gewählt. Als unabhängige Variablen werden das Alter, der BMI, die Depressionsskala des PHQ-9, die Skala zur bindungsbezogenen Angst, sowie die Skalen zur Stigmatisierung und zur Selbststigmatisierung gewählt.

Die beiden selbst entwickelten Skalen „Stigmatisierung“ und „Selbststigmatisierung“ wurden zuvor auf ihre innere Konsistenz überprüft. Es ergibt sich für die Skala „Stigmatisierung“ ein Cronbach´s α von 0,732 und für die Skala „Selbststigmatisierung“ $\alpha = 0,814$. Es kann bei beiden Skalen von einer akzeptablen internen Konsistenz ausgegangen werden.

Zuletzt werden vor Durchführung der Regressionsanalyse die Korrelationen nach Pearson für die einzelnen Variablen berechnet.

2.7. Programmierung des Online-Fragebogens

Der Online-Fragebogen wurde mittels der Umfragesoftware Unipark® des Unternehmens Questback erstellt. Unipark® verfügt über das Umfragetool EFS Survey®, welches für Online-Feedback und Umfrageforschung geeignet ist (<http://www.unipark.com/de/>, [Zugriff 07.05.2015]). Hierbei wurde der gesamte Fragebogen mit den standardisierten und speziell entwickelten Fragen in einen Online-Fragebogen umgewandelt. Dieser war unter folgendem Link zu erreichen:

www.unipark.de/uc/Adipositas/Beduerfnisse/

Über Unipark® wurde direkt ein Codebuch geführt, in welchem die Items mit Variablennamen und Itemwerten codiert wurden. Diese Kodierung konnte

später direkt in das Statistikprogramm SPSS® übernommen werden und musste nur noch geringfügig bearbeitet werden.

2.8. Statistische Methoden

Die in der Umfrage gewonnenen Daten wurden alle aus Unipark® in das Statistikprogramm SPSS® übertragen. Die gesamte statistische Auswertung erfolgte über SPSS®.

Alle Daten wurden mittels Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung getestet. Soweit nicht näher bezeichnet sind alle unten stehenden Ergebnisse normalverteilt.

Für die schließende Statistik wurden der Mann-Whitney-U-Test, Korrelationskoeffizient nach Pearson- und Spearment, sowie eine multiple Regressionsanalyse verwendet.

Um die speziell für die Fragestellung entwickelte Fragen und Skalen zu evaluieren wurde jeweils Cronbachs Alpha berechnet. Dieses gibt Aussage über die interne Konsistenz einer Skala. Es können Werte zwischen 0 und 1 errechnet werden. Eine Skala ist bei einem $\alpha \geq 0,65$ als valide anzunehmen.

Als Signifikanzniveau wurde fünf ($p = 0,05$ *) bzw. ein ($p = 0,01$ **) Prozent Irrtumswahrscheinlichkeit gewählt.

Umgang mit fehlenden Daten:

Vor der Regressionsanalyse wurde eine Missinganalyse durchgeführt, um systemische Ausreißer zu identifizieren. Dies wurde nur mit den oben beschriebenen Variablen der Regressionsanalyse durchgeführt, nicht mit dem kompletten Datensatz.

Es wurden alle Probandendaten, die weniger als 80 Prozent der Fragen beantwortet haben entfernt. Bei den verbliebenen Probanden wurden die noch fehlenden Daten durch multiple Imputation ersetzt.

3. Ergebnisse

3.1. Beschreibung der Stichprobe und Rekrutierung

3.1.1. Angaben zur Rekrutierung und Drop-out-Rate

An der Online-Umfrage haben insgesamt $N = 787$ Personen teilgenommen. Davon haben $n = 232$ Teilnehmer den Fragebogen komplett ausgefüllt (Drop-out-Rate 70,52%, $n = 555$). Am häufigsten wurde der Fragebogen bereits nach der Einleitungsseite abgebrochen (30,2%, $n = 238$).

37,9% der Teilnehmer wurden über die verschiedenen Gruppen in Facebook rekrutiert ($n = 88$), 35,3% über krankheitsspezifische Internetforen ($n = 82$), 19,8% über Selbsthilfegruppen ($n = 46$), 1,7% über den Bekanntenkreis ($n = 4$), 1,3% über Kliniken ($n = 3$) und 3,9% über andere, nicht näher bezeichnete Bereiche ($n = 9$).

3.1.2. Alter, Geschlecht, Familienstand und Wohnsituation

Das Alter der Probanden liegt im Mittel bei 40,9 Jahren ($SD = 10,50$; Median = 41,0 Jahre), es liegt keine Normalverteilung vor. Der jüngste Teilnehmer war zum Zeitpunkt der Umfrage 20 Jahre alt, der älteste 68 Jahre. Insgesamt sind über 90% der Probanden weiblich (91,9%, $n = 455$), nur 8,1% sind männlich ($n = 40$).

Rund die Hälfte der Teilnehmer ist laut eigenen Angaben verheiratet (50,4%, $n = 249$) und weitere 17,0% leben in einer Partnerschaft ($n = 84$). In den folgenden Kreisdiagrammen sind der Familienstand und die Wohnsituation der Probanden weiter dargestellt.

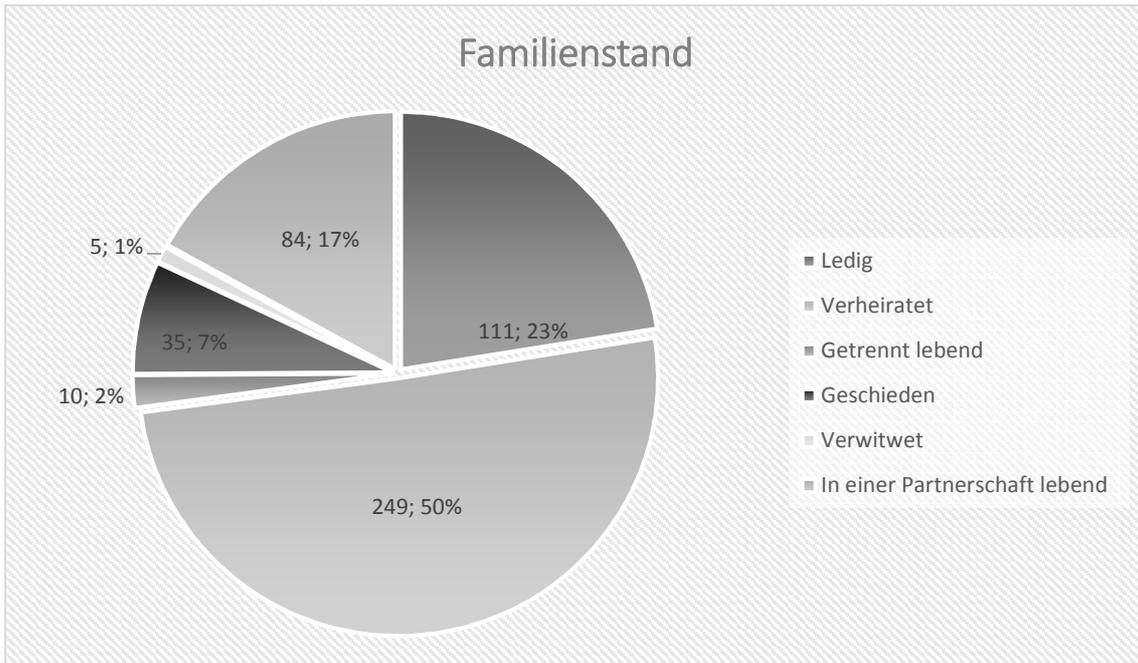


Abbildung 2: Familienstand, Angabe von Anzahl der Teilnehmer und Prozent;
Quelle: eigene Darstellung

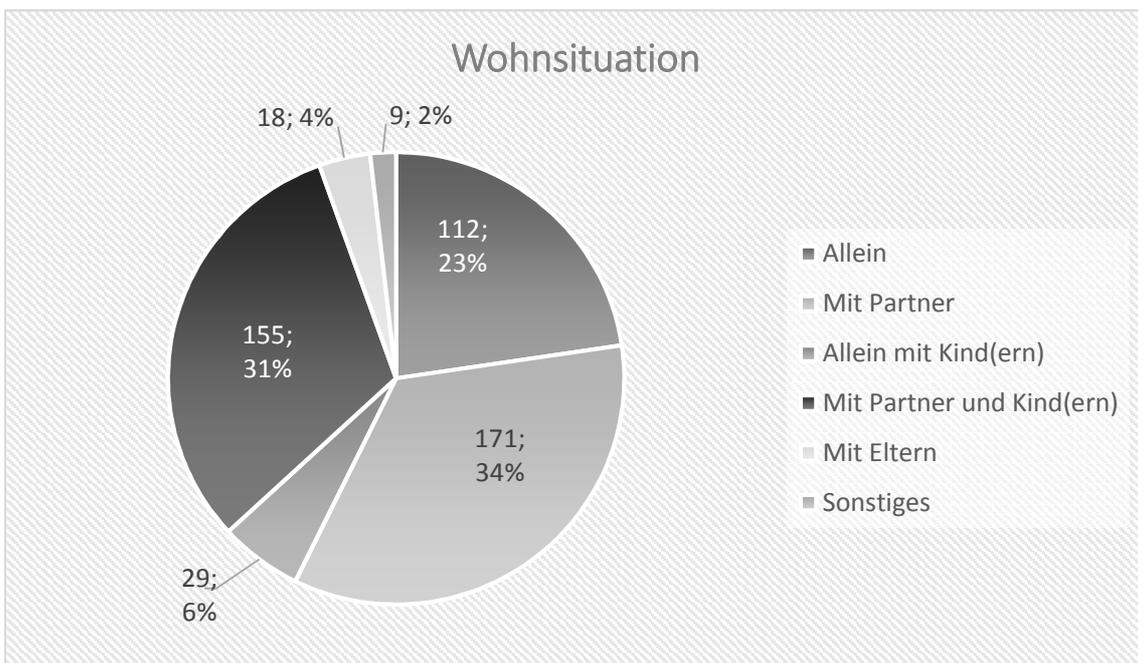


Abbildung 3: Wohnsituation, Angabe von Anzahl und Prozent der Teilnehmer;
Quelle: eigene Darstellung

Es ist deutlich zu erkennen, dass ein großer Teil der Stichprobe in einem familiären häuslichen Umfeld lebt.

Die meisten Probanden wohnen in Nordrhein-Westfalen (29,8%, n = 151), danach folgen Baden-Württemberg (16,4%, n = 83) und Niedersachsen (12,5%, n = 63). Eine komplette tabellarische Auflistung der Herkunftsbundesländer findet sich im Anhang.

3.1.3. Schulabschluss und Berufstätigkeit

In der Stichprobe war der am häufigsten vorliegende höchste Schulabschluss die Mittlere Reife (43,9%, n =217). Einen abgeschlossenen (Fach-) Hochschulabschluss haben dagegen nur 63 Befragte (12,3%).

Zum Zeitpunkt der Erhebung sind 35% nicht erwerbstätig (n = 173). In den

folgenden Tabellen sind die Ergebnisse zum Bildungsstand und beruflichen Status aufgeschlüsselt.

Tabelle 2: Bildungsstand nach höchstem erlangtem Schulabschluss und beruflicher Status, Angabe von Anzahl und Prozent der Teilnehmer; Quelle: eigene Darstellung

Schulabschluss	Anzahl Teilnehmer	Prozent
Haupt-/ Volksschulabschluss	95	19,2
Polytechnische Oberschule	11	2,2
Realschulabschluss	217	43,9
Fachabitur, Abitur	101	20,4
(Fach-) Hochschulabschluss	63	12,3
Beruflicher Status	Anzahl Teilnehmer	Prozent
Selbstständig	34	6,9
Beamter	4	0,8
Angestellter	209	42,3
Arbeiter	26	5,3
Leitende Funktion	17	3,4
Schule, Studium, Ausbildung	31	6,3
Nicht erwerbstätig	173	35,0
Altersrente	17	3,4
Zeitrente	44	8,9

Weiterhin gab ein Viertel der Befragten an derzeit arbeitsunfähig zu sein (n = 125).

3.1.4. Körpergewicht, bisherige Maßnahmen zur Gewichtsreduktion und Binge-Eating Störung

Das von den Teilnehmern angegebene Körpergewicht liegt im Durchschnitt bei 121 kg (SD = 29,6; Median = 120,0 kg). Dabei zeigt sich eine Spannweite von minimal 58 kg bis maximal 217 kg. Die durchschnittliche Körpergröße liegt bei 169,6 cm (SD = 7,9; Median = 169,0 cm; Min = 116; Max 194). Sowohl Körpergewicht als auch die Körpergröße sind nicht normal verteilt. Daraus errechnet sich ein Mittelwert für den BMI von 42,1 kg/m² (SD = 10,2; Median = 41,98 kg/m²). Der niedrigste BMI unter den Teilnehmern lag bei 21 kg/m², der höchste BMI bei 83 kg/m². Dieser normalgewichtige BMI kommt dadurch zustande, dass sich bereits viele der Teilnehmer einer bariatrischen Operation unterzogen haben und zum Zeitpunkt der Umfrage nicht mehr übergewichtig sind.

Ein Großteil der Teilnehmer hat bereits mindestens eine Ernährungstherapie (77,4%, n = 370) und/ oder eine Bewegungstherapie (66,1%, n = 316) gemacht. Rund ein Viertel der Befragten gibt an, an einer Verhaltens- und/ oder Psychotherapie teilgenommen zu haben (26,7%, n = 210). Zudem haben sich auch etwas weniger als die Hälfte einer bariatrischen Operation unterzogen (46,4%, n = 222). Dies lässt sich durch die Rekrutierung in Facebook-Gruppen speziell für Personen nach bariatrischer Operation (siehe 2.1. Probandenrekrutierung) erklären. In diesem Zusammenhang muss auch der teilweise definitionsgemäß nicht adipöse BMI gesehen werden. Nur ein geringer Teil der Probanden hat bis zum Zeitpunkt der Studie keinerlei Maßnahmen zur Gewichtsreduktion unternommen (9,8%, n =47).

219 Teilnehmer füllten die an den SIAB-Fragebogen adaptierten Items komplett aus. Von diesen erfüllen 64 alle DSM-5-Kriterien (29,2%), weshalb bei diesen Teilnehmern das Vorliegen einer Binge-Eating Störung als wahrscheinlich angesehen werden kann.

3.1.5. Körperliche Erkrankungen und Einnahme von Medikamenten, Alkohol- und Nikotinkonsum

Laut eigener Angaben der Teilnehmer haben 23,5% keine somatischen Beschwerden (n = 115). Dagegen gaben 64,6% an unter Gelenkschmerzen zu leiden (n = 316), 41,7% gaben arteriellen Bluthochdruck an (n = 204), 22,1% erhöhte Blutfettwerte (n = 108) und 17,2% haben laut eigener Angaben einen Diabetes mellitus (n = 84).

Die Einnahme von Psychopharmaka wurde von 20,4% der Teilnehmer mit „täglich“ beantwortet (n = 100).

73,6% der Probanden sind Nichtraucher (n = 360), 43,3% der Stichprobe gab an gar keinen Alkohol zu konsumieren (n = 209), nur 1% trinkt täglich Alkohol (n = 5).

3.2. Psychosoziale Bedürfnisse und Versorgungssituation

Es folgt die Darstellung von Items, die durch die Befragten mit einer hohen Qualität oder schlechten Versorgungslage bewertet wurden und somit eine hohe Relevanz aufweisen. Angegeben werden zur besseren Übersicht jeweils nur die maximalen Ausprägungen („sehr wichtig/ bereits ausreichend vorhanden“ = 8 und „nicht wichtig/ noch nicht vorhanden“ = 1), sowie Mittelwert und Standardabweichung.

Die detaillierten Ergebnisse der einzelnen Items finden sich im Anhang wieder. Bei allen Einzelitems liegt keine Normalverteilung vor.

3.2.1. Arbeitsplatz

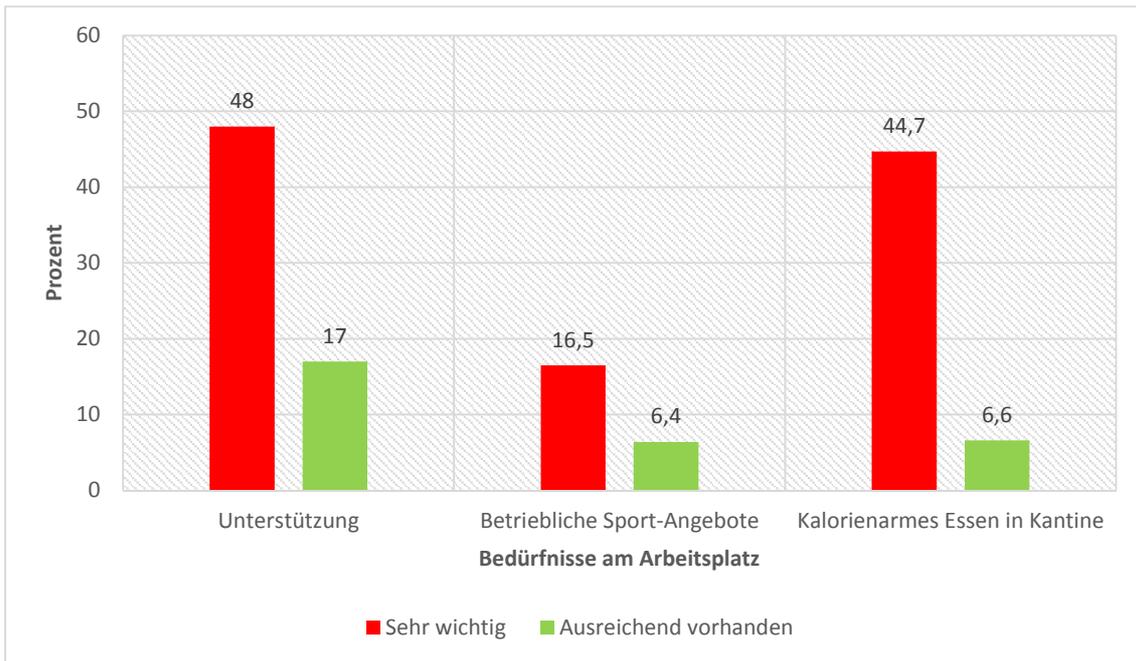


Abbildung 4: Bedürfnisse am Arbeitsplatz, Angabe in Prozent der höchsten Ausprägungen („sehr wichtig“ und „ausreichend vorhanden“); Quelle: eigene Darstellung

Am wichtigsten empfinden die Teilnehmer eine Unterstützung durch Vorgesetzte bei der Gewichtsreduktion, etwa in Form von flexiblen Arbeitszeiten um Sportangebote wahrnehmen zu können. 48% ($n = 200$) finden dies sehr wichtig ($\bar{x} = 6,17$; $SD = 2,49$). Allerdings empfinden auch 45,2% ($n = 176$) der Befragten, dass dies derzeit nicht ausreichend vorhanden ist ($\bar{x} = 3,42$; $SD = 2,74$).

Am schlechtesten wird die Versorgungssituation derzeit bei betrieblichen Sport-Angeboten eingeschätzt. Hier sehen 75,5% ($n = 293$) dies als nicht ausreichend vorhanden an ($\bar{x} = 1,95$; $SD = 2,02$).

3.2.2. Gesundheitssystem

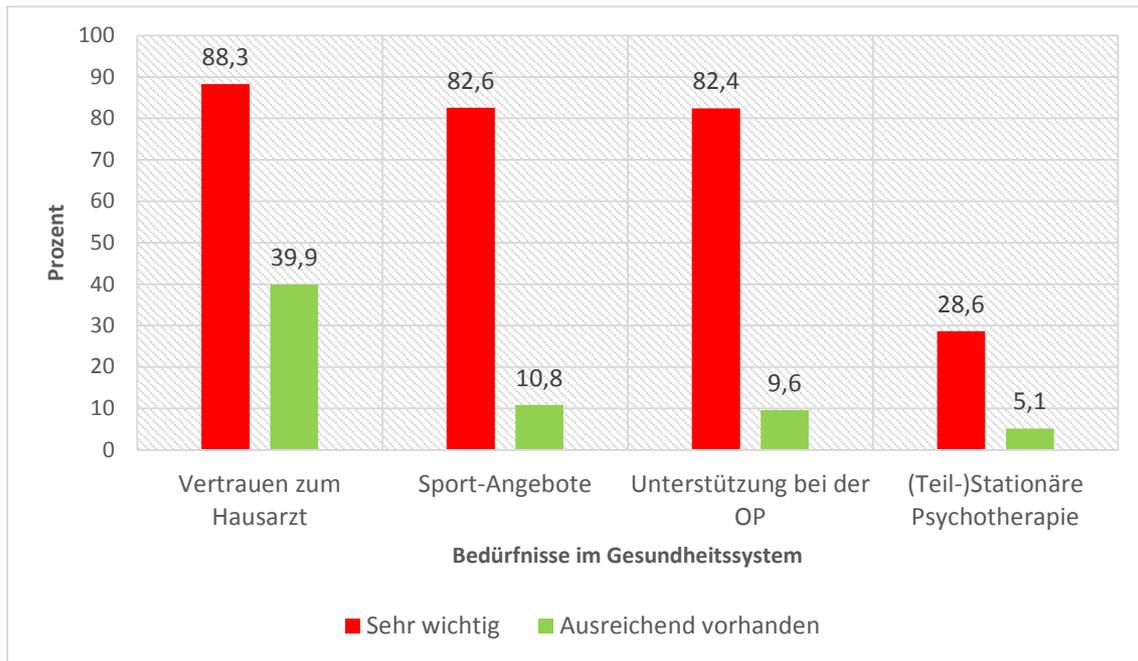


Abbildung 5: Bedürfnisse im Gesundheitssystem, Angabe in Prozent der höchsten Ausprägungen („sehr wichtig“ und „ausreichend vorhanden“); Quelle: eigene Darstellung

In diesem Bereich finden sich sehr hohe Werte bei der Bedeutsamkeit der Einzelitems. Als sehr wichtig wird von 88,3% (n = 301) ein vertrauensvolles Verhältnis zum Hausarzt empfunden ($\bar{x} = 7,79$; SD = 0,72); 82,6% (n = 290) wünschen sich Sport-Angebote durch die Krankenkassen ($\bar{x} = 7,64$; SD = 1,01) und 82,4% (n = 290) Unterstützung der Krankenkassen bei bariatrischen Operationen ($\bar{x} = 7,44$; SD = 1,54). Auch die Spezialisierung von Ärzten auf übergewichtige Patienten hat für ein Großteil der Befragten einen hohen Stellenwert. Es ist für 85,3% (n = 302) sehr wichtig spezialisierte Chirurgen zu haben ($\bar{x} = 7,55$; SD = 1,43), 83,9% (n = 296) hätten gerne spezialisierte Internisten ($\bar{x} = 7,60$; SD = 1,20) und 82,6% (n = 290) wünschen sich spezialisierte Hausärzte ($\bar{x} = 7,58$; SD = 1,15).

Die Versorgungssituation im Gesundheitssystem ist insgesamt deutlich besser als im Bereich „Arbeitsplatz“. Es zeigen sich vor allem Lücken im Bereich der Psychotherapie. So finden 39,1% (n = 138) die Versorgung mit teilstationärer

Psychotherapie ($\bar{x} = 2,93$; $SD = 2,06$) und 38,6% ($n = 136$) mit stationärer Psychotherapie ($\bar{x} = 3,11$; $SD = 2,21$) als nicht ausreichend.

3.2.3. Politik, Öffentlichkeit und Gesellschaft

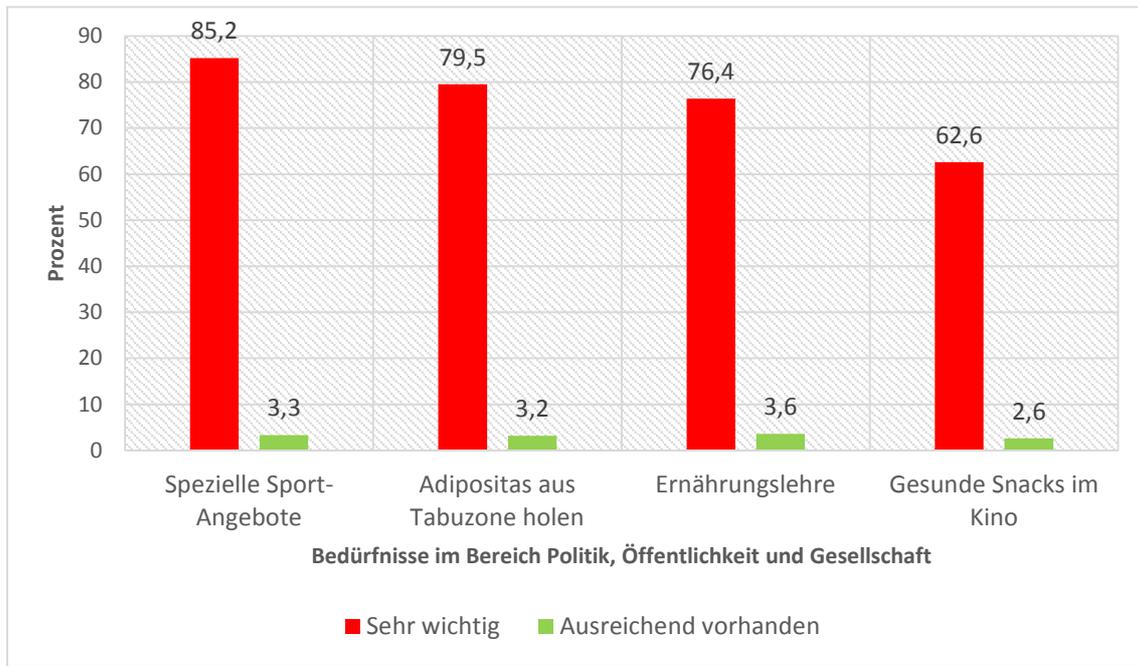


Abbildung 6: Bedürfnisse im Bereich Politik, Öffentlichkeit und Gesellschaft; Angabe in Prozent der höchsten Ausprägungen („sehr wichtig“ und „ausreichend vorhanden“); Quelle: eigene Darstellung

Die höchste Bedeutsamkeit aus dem Bereich „Politik, Öffentlichkeit und Gesellschaft“ haben Sportangebote speziell für übergewichtige Menschen. Dies empfinden 85,2% ($n = 271$) als sehr wichtig ($\bar{x} = 7,73$; $SD = 0,82$). Gleichzeitig sehen nur 3,3% ($n = 10$) der Teilnehmer dieses Angebot als ausreichend vorhanden an ($\bar{x} = 3,06$; $SD = 1,67$). Auch als sehr wichtig werden die Maßnahmen „Adipositas aus der Tabuzone holen“ (79,5% sehr wichtig, $n = 263$, $\bar{x} = 7,51$, $SD = 1,24$) und „Ernährungslehre in der Schule“ (76,4% sehr wichtig, $n = 252$, $\bar{x} = 7,42$; $SD = 1,37$) empfunden. Eine schlechte Versorgung wird bei „gesunden Alternativen zu Popcorn und Limonade im Kino“ von 41,2% ($n = 128$) der Befragten wahrgenommen ($\bar{x} = 2,31$; $SD = 1,60$). 39,2% ($n = 122$) fehlt es an „Platz in öffentlichen Verkehrsmitteln“ ($\bar{x} = 2,52$; $SD = 1,82$).

3.2.4. Neue Medien

Am wichtigsten zeigten sich in diesem Bereich Selbsthilfegruppen im Internet für 54,2% (n = 163) der Befragten ($\bar{x} = 6,65$; SD = 1,93). 31,5% (n = 90) sehen dies auch als ausreichend vorhanden an ($\bar{x} = 5,65$; SD = 2,17).

3.2.5. Soziales Umfeld

87,3% (n = 241) der Probanden finden ein vertrauensvolles Verhältnis zu Familie, Partner und sozialem Umfeld als sehr wichtig ($\bar{x} = 7,82$; SD = 0,56). Für 43,7% (n = 114) ist dies bereits ausreichend vorhanden ($\bar{x} = 6,28$; SD = 2,05). Sehr wichtig ist auch die Stärkung des Selbstwertgefühls für 80,9% (n = 220) der Teilnehmer ($\bar{x} = 7,67$; SD = 0,89), worin 20,1 % (n = 53) eine ausreichende Stärkung erfahren ($\bar{x} = 5,08$; SD = 2,24).

3.2.6. Skalensummen zu Themenkomplexen

Der höchste Wert im Bereich Bedeutsamkeit findet sich bei der Skalensumme „Betreuung durch den Hausarzt“ mit $\bar{x} = 7,49$ (SD = 0,79), gefolgt von „Krankenkassen-Leistungen“ mit $\bar{x} = 7,39$ (SD = 1,07) und „Soziales Umfeld“ mit $\bar{x} = 7,35$ (SD = 0,94). Die niedrigsten Werte im Bereich Vorhandensein sind „Ernährung in der Öffentlichkeit“ mit $\bar{x} = 2,84$ (SD = 1,31), „Öffentlichkeit“ mit $\bar{x} = 2,87$ (SD = 1,18) und „Psychotherapie“ mit $\bar{x} = 3,23$ (SD = 1,87).

Im folgenden Diagramm sind die Mittelwerte der Skalensummen dargestellt.

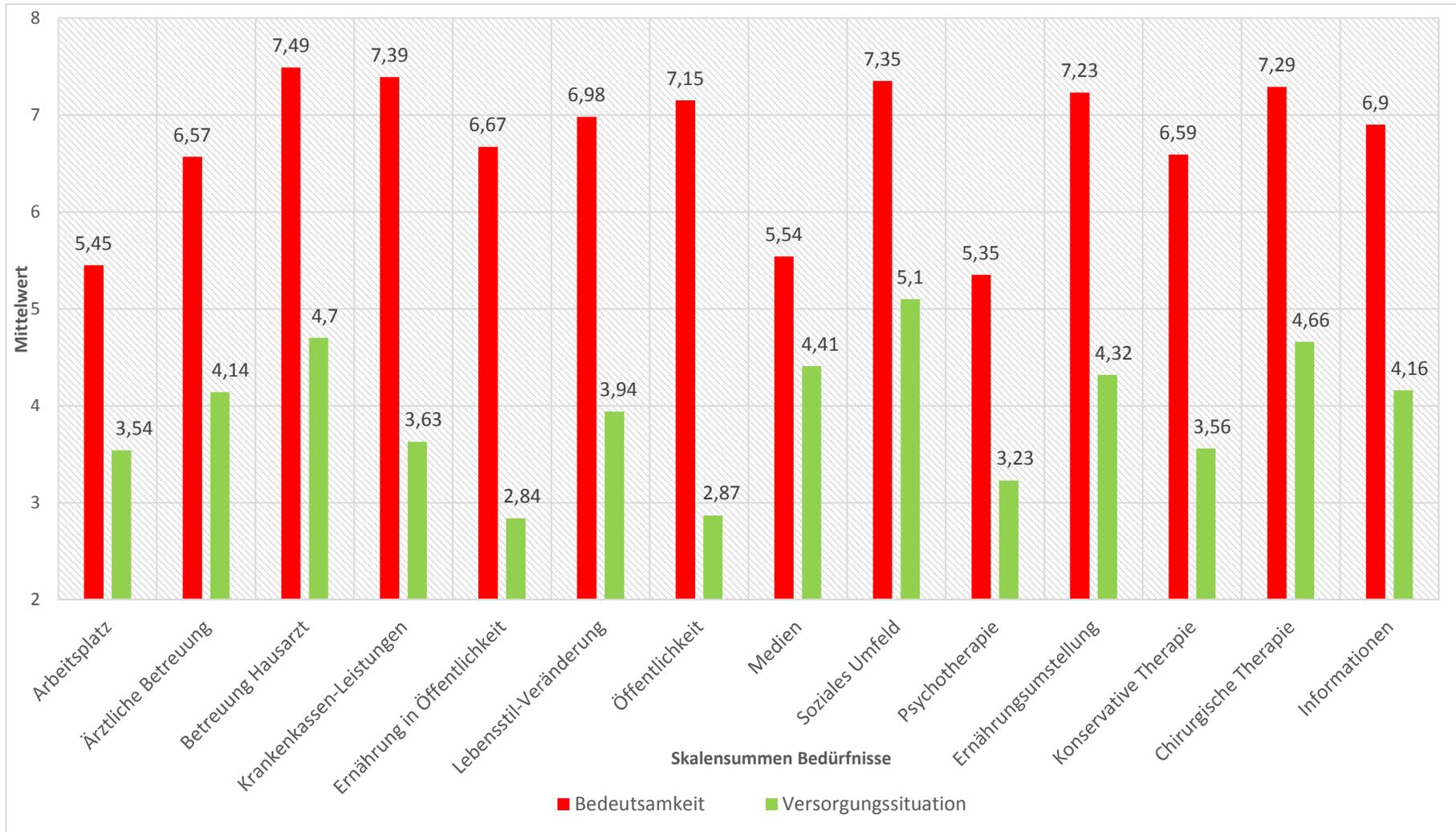


Abbildung 7: Skalensummen Bedürfnisse, Antwort-Skala von 1 „nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“ bis 8 „sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“; Angabe der Mittelwerte der Skalensummen; Quelle: eigene Darstellung

Es wird deutlich, dass der Unterschied zwischen dem von den Betroffenen als erstrebenswert angesehenen „Soll-Zustand“, der durch das Ausmaß der Bedeutung der einzelnen Bereiche dargestellt wird, und der derzeitig wahrgenommenen Versorgungssituation („Ist-Zustand“), dargestellt durch das eingeschätzte Vorhandensein, in allen Bereichen relativ groß ist. In jedem abgefragten Item kommt die Realität nicht an den optimalen Zustand heran.

Bei der Versorgungssituation wird in keinem Bereich eine ausreichend gute Versorgung, was einem Skalenwert von „8“ entsprechen würde, durch die Teilnehmer angegeben.

Im folgenden Teil der Arbeit werden nun die verschiedenen Einflüsse auf die Bewertung der dargestellten Angebote der Probanden untersucht.

Nach eingehender Betrachtung der Ergebnisse konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Wahrnehmung psychosozialer Bedürfnisse festgestellt werden. Jedoch muss dabei der geringe Anteil an männlichen Teilnehmern mit beachtet werden.

3.3. Einfluss von Major Depression auf die Empfindung psychosozialer Bedürfnisse

Anhand der Ergebnisse des Online-Fragebogens konnte ein Skalensummenwert für den PHQ-9 ermittelt werden. Für die Stichprobe liegt der Mittelwert bei $\bar{x} = 9,43$ ($SD = 6,18$, $n = 276$). In der Berechnung nach Kolmogorov-Smirnov ist eine Normalverteilung nicht anzunehmen ($p < 0,01$).

Es ergeben sich folgende Anhaltspunkte für den Schweregrad der Depressivität der Teilnehmer:

Tabelle 3: Auswertung des Schweregrades der Depressivität anhand PHQ-9, Angabe von Anzahl der Teilnehmer und Prozent; Quelle: Löwe B et al. 2002, eigene Darstellung

Summenwert	Schweregrad der Depressivität	Prozent	Anzahl
0 - 4	Keine depressive Störung	27,9	77
5 - 9	Leichte depressive Störung	27,9	77
10 -14	Major Depression, moderates Ausmaß	23,9	66
15 - 19	Major Depression, mittelgradig schweres Ausmaß	11,2	31
20 - 27	Major Depression, schweres Ausmaß	9,1	25

Es erfüllen n = 64 Teilnehmer die Kriterien für die Diagnose „Major Depression“ (23,2%) nach den Kriterien des DSM.

Um den Einfluss einer vorliegenden Major Depression auf die Empfindung von Bedeutsamkeit und Versorgungssituation zu untersuchen, werden Werte der Probanden mit und ohne Major Depression miteinander verglichen. Bei Berechnung der Mittelwertunterschiede nach Mann-Whitney-U, da keine Normalverteilung besteht, ergeben sich signifikante Unterschiede im Bereich „Arbeitsplatz_Bedeutsamkeit“ mit $p = 0,003$, „Arbeitsplatz_Vorhandensein“ mit $p = 0,000$, „ärztl.Betreuung_ Bedeutsamkeit“ mit $p = 0,000$, „Öffentlichkeit_Bedeutsamkeit“ mit $p = 0,005$, „Soziales Umfeld_Vorhandensein“ mit $p = 0,004$ und „Psychotherapie_ Bedeutsamkeit“ mit $p = 0,000$.

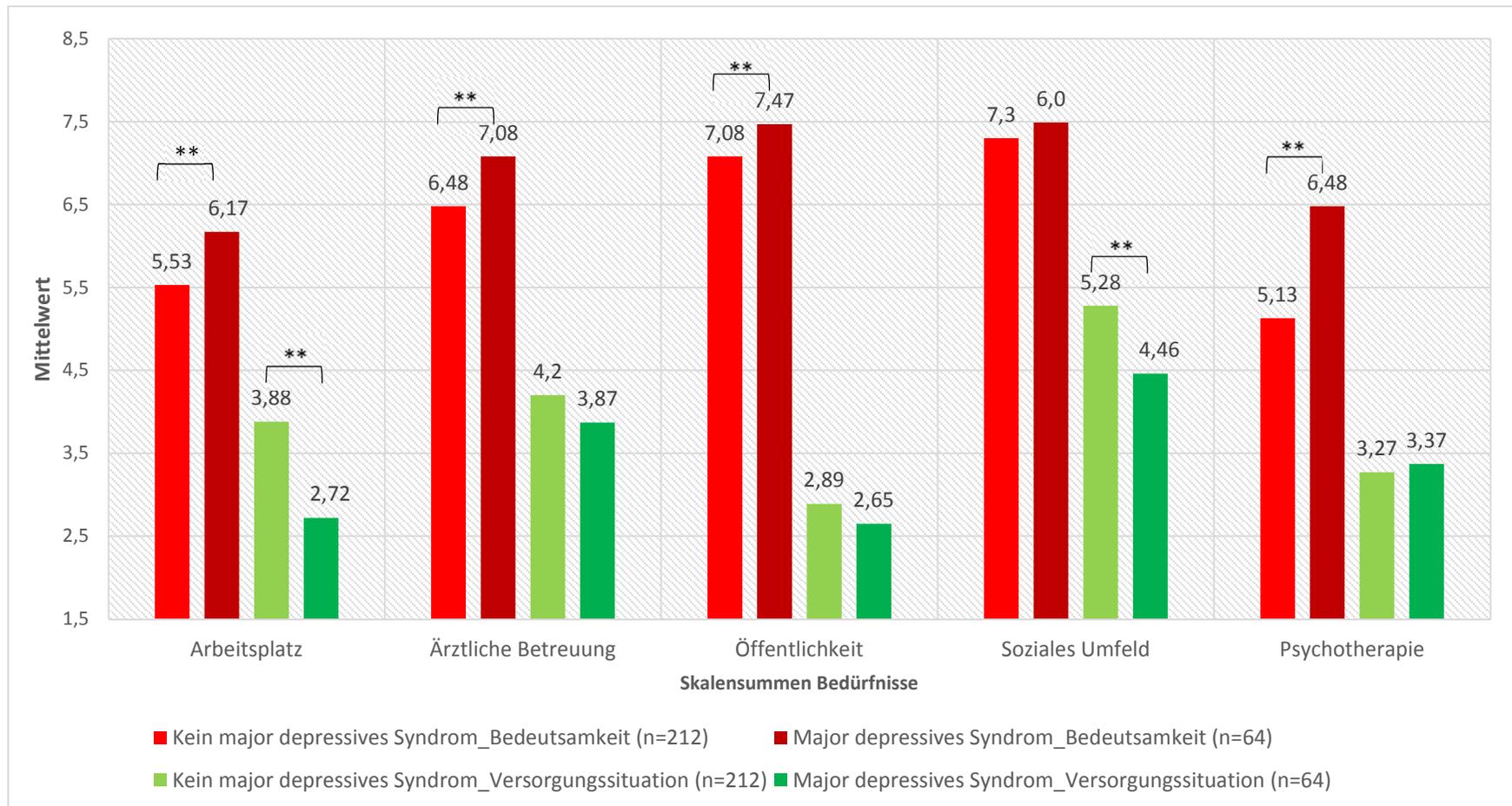


Abbildung 8: Vergleich psychosozialer Bedürfnisse bei Vorliegen einer Major Depression, Antwort-Skala von 1 „nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“ bis 8 „sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“; Angabe der Mittelwerte der Skalensummen; *: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,05; **: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,01; Berechnung mittels Mann-Whitney-U; Quelle: eigene Darstellung

Betrachtet man die einzelnen Schweregrad-Gruppen der Major Depression getrennt voneinander, so ergeben sich die größten Unterschiede im Vergleich zur Gesamtstichprobe in der Gruppe der mittelgradig schweren Major Depression. Dies ist in einer Tabelle im Anhang einzusehen.

Zur weiteren Auswertung wird die Skala des Depressionsschweregrads mit den Skalensummenwerten der psychosozialen Bedürfnisse korreliert. Auch hier finden sich in einigen Bereichen signifikante Korrelationen, wie in der folgenden Tabelle dargestellt.

*Tabelle 4: Korrelationsanalyse nach Spearman von Depressionsschweregrad und psychosozialen Bedürfnissen, Angabe von Anzahl der Teilnehmer, Korrelationskoeffizient und Signifikanzwert, *: Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,05, **: Korrelation ist signifikant auf dem Niveau 0,01; Quelle: eigene Darstellung*

Psychosoziale Bedürfnisse	Spearman-Korrelationskoeffizient ρ	Signifikanzwert p	n
Arbeitsplatz_B	0,194**	<0,01	263
Arbeitsplatz_V	-0,272**	<0,01	242
Ärztl. Betreuung_B	0,210**	<0,01	266
Ärztl. Betreuung_V	-0,163**	<0,01	246
Öffentlichkeit_B	0,133*	<0,05	273
Öffentlichkeit_V	-0,084	0,189	249
Soziales Umfeld_B	0,032	0,603	270
Soziales Umfeld_V	-0,296**	<0,01	257
Psychotherapie_B	0,215**	<0,01	271
Psychotherapie_V	0,021	0,743	252

3.4. Psychosoziale Bedürfnisse bei Probanden mit Migrationshintergrund

Eine kleine Gruppe von 15 Befragten gehört einer nicht deutschen Nationalität an (3,2%) bzw. haben ein Elternteil mit einer anderen Nationalität.. Von diesen ist die Hälfte in Deutschland geboren (n = 7), jeweils 2 Personen stammen aus Österreich und der Schweiz und je 1 Person stammt aus Argentinien, Polen bzw. Tschechien.

Ein Großteil dieser Personengruppe lebt schon seit über 20 Jahren in Deutschland (64,3%, n = 9), 5 Befragte seit weniger als 5 Jahren.

Nur 3 Personen aus dieser Gruppe (20%) geben an, keine weiteren Verwandten in Deutschland zu haben.

28,6% gaben an, dass sie sich sehr wohl in Deutschland fühlen (n = 4) und 57,1% fühlen sich sehr gut in die deutsche Gesellschaft integriert (n = 8). 42,9% gaben an, sich durch medizinisches Personal überhaupt nicht anders behandelt zu fühlen (n = 6) und 57,1% haben viel privaten und/ oder geschäftlichen Kontakt zu deutschen Bürgern (n = 8). Alle weiteren Ergebnisse dieser Frage stehen in untenstehender Tabelle, bei allen Items liegt keine Normalverteilung vor:

Tabelle 5: Integration in die deutsche Gesellschaft anhand einer Skala; Angabe von Mittelwert, Standardabweichung (SD), Median und Teilnehmerzahl; Quelle: eigene Angaben

Item	\bar{x}	SD	Median	n
Ich fühle mich wohl in Deutschland.	5,5	2,6	6,5	14
Ich bin gut in die deutsche Gesellschaft integriert.	6,07	2,6	8,0	14
Ich fühle mich durch medizinisches Personal anders behandelt.	3,36	2,6	2,5	14
Ich habe viel privaten und/oder geschäftlichen Kontakt zu deutschen Bürgern.	6,36	2,4	8,0	14

Bei der Frage nach der Qualität der Integration wurden die Probanden, welche Angaben Eltern mit ausländischer Nationalität zu besitzen, mit einbezogen.

Insgesamt haben n = 21 Teilnehmer mit eigenem oder elterlichem Migrationshintergrund die Fragen zur Integration komplett beantwortet. Die Skalensumme hat einen Mittelwert von $\bar{x} = 24,52$ (SD = 6,74), bei einem Median von M = 26,0.

Beim Vergleich der Gesamtstichprobe mit allen Probanden mit Migrationshintergrund (selbst oder Eltern andere Nationalität) ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Die Probanden mit Migrationshintergrund beurteilen die Versorgungssituation in fast allen Bereichen besser als die Gesamtstichprobe.

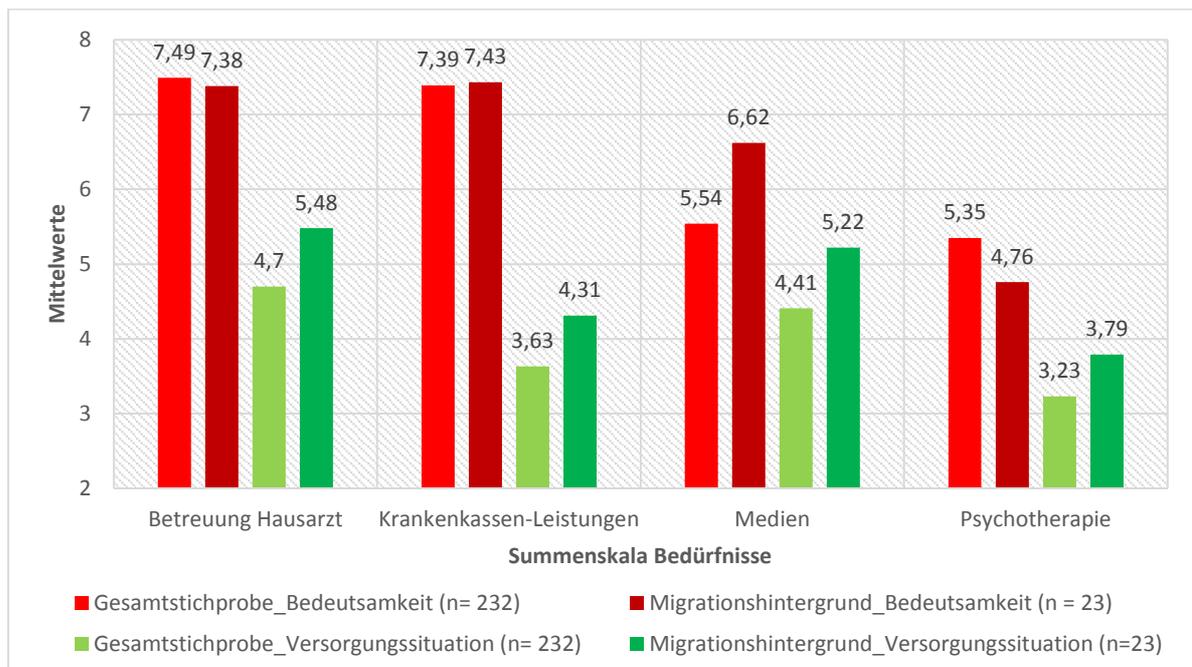


Abbildung 9: Psychosoziale Bedürfnisse bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Gesamtstichprobe, Antwort-Skala von 1 „nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“ bis 8 „sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“; Angabe der Mittelwerte der Skalensummen und Teilnehmerzahl; keine signifikanten Mittelwertunterschiede, $p > .05$; Berechnung mittels Mann-Whitney-U; Quelle: eigene Darstellung

Für weitere Berechnungen wird die Probandengruppe anhand der Qualität ihrer Integration eingeteilt. Die eine Gruppe besteht aus Probanden mit niedrigen Summenwerten auf der Integrationsskala (Werte <26 , n = 10), die zweite Gruppe mit hohen Werten (Werte ≥ 26 , n = 11).

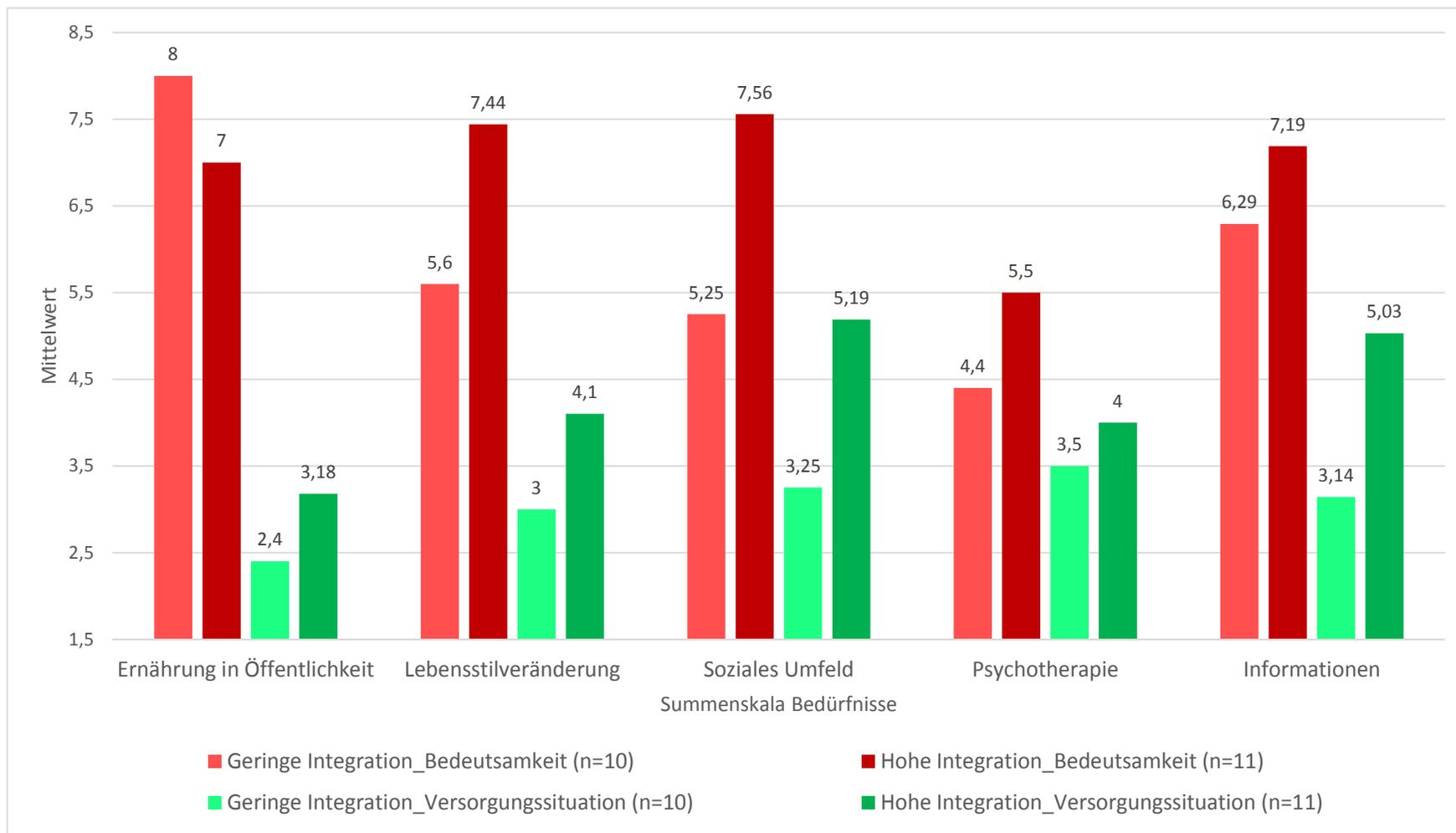


Abbildung 10: Vergleich psychosozialer Bedürfnisse bei geringer und hoher Integration, Antwort-Skala von 1 „nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“ bis 8 „sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“; Angabe der Mittelwerte der Skalensummen und Teilnehmerzahl; keine signifikanten Mittelwertunterschiede, $p > ,05$; Berechnung mittels Mann-Whitney-U; Quelle: eigene Angaben

In der Abbildung wird deutlich sichtbar, dass die Bedeutsamkeit der Angebote von Probanden mit guter Integration in vielen Bereichen als wichtiger eingeschätzt wird. In den Bereichen „Lebensstilveränderung“ und „Soziales Umfeld“ sind die Unterschiede zwischen beiden Gruppen am größten.

Die Teilnehmer mit hoher Integration empfinden nicht nur die Bedeutsamkeit höher, sondern auch die Versorgungssituation wird als besser eingestuft. Die höchsten Ausprägungen finden sich in den Bereichen „Soziales Umfeld“ und „Informationen“.

Es besteht keine signifikante Korrelation zwischen der Integrationskala und den Bedürfnisskalen. Auch lassen sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen geringer und hoher Integration berechnen. Dies sollte im Zusammenhang mit der geringen Zahl an Probanden mit Migrationshintergrund gesehen werden.

3.5. Psychosoziale Bedürfnisse bei Probanden mit Binge-Eating Störung

Wie oben bereits beschrieben ist bei 64 Teilnehmern eine Binge-Eating Störung nach den Kriterien des DSM-5 wahrscheinlich (siehe 1.3.).

Die Mittelwerte der Bedürfnisskalen zwischen der Gruppe von Probanden mit Vorliegen einer Binge-Eating Störung und der Gruppe von Probanden ohne Binge-Eating Störung werden verglichen.

Die Gruppe mit Binge-Eating Störung empfindet in allen Bereichen die Versorgungssituation noch schlechter als die Vergleichsgruppe. Die Bedeutsamkeit wird in den meisten Bereichen als höher empfunden, die Unterschiede sind geringer.

Die Bereiche mit den deutlichsten Unterschieden sind in der folgenden Graphik dargestellt. Eine Tabelle mit allen Werten findet sich im Anhang.

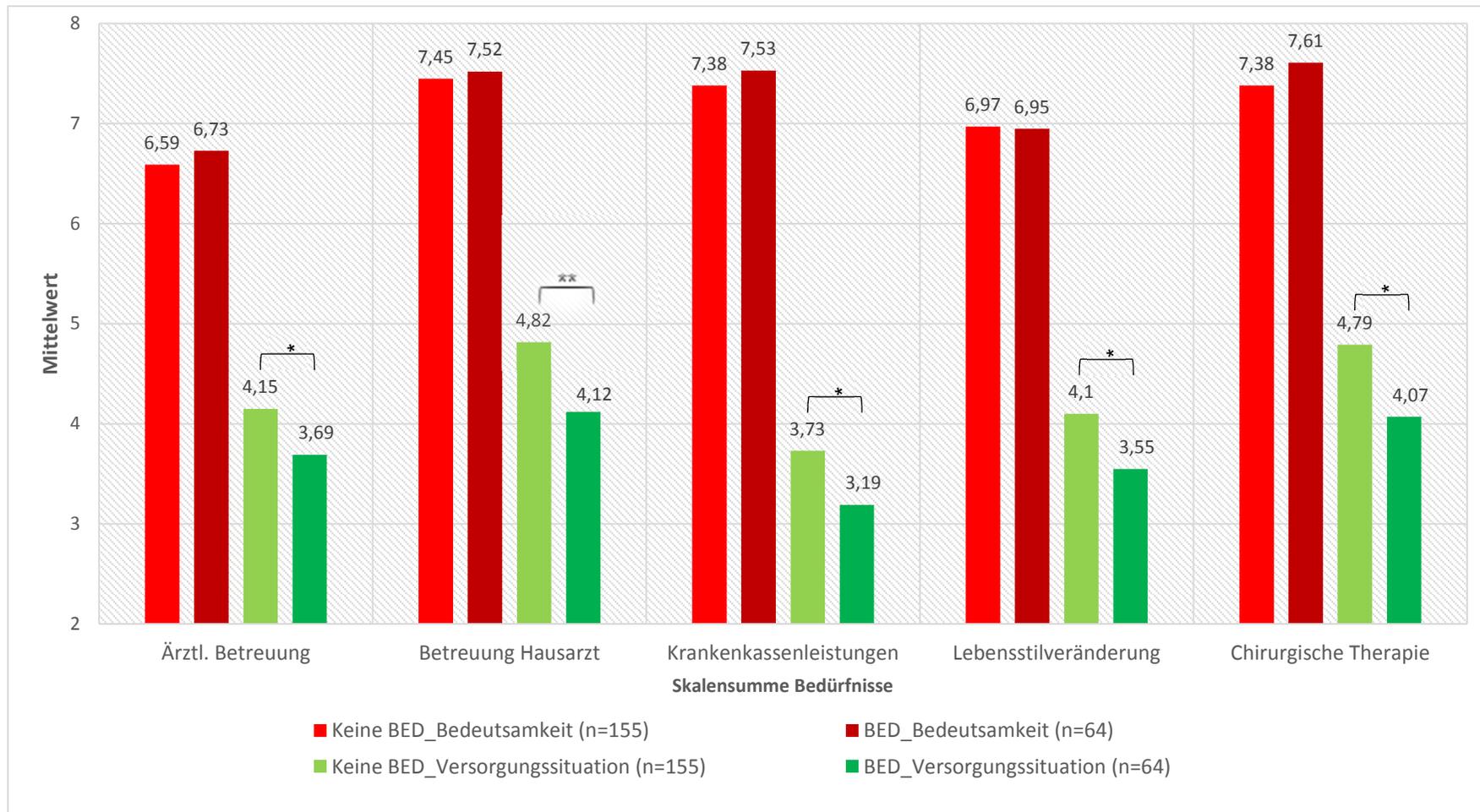


Abbildung 11: Psychosoziale Bedürfnisse bei Vorliegen einer Binge-Eating Störung, Antwort-Skala von 1 „nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“ bis 8 „sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“; Angabe der Mittelwerte der Skalensummen und Teilnehmerzahl; *: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,05; **: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,01; Berechnung mittels Mann-Whitney-U; Quelle: eigene Darstellung

Im Mann-Whitney-U-Test auf Mittelwertunterschiede finden sind signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen bei der Versorgungssituation in den Bereichen „ärztl. Betreuung“ ($p = 0,042$), „Betreuung durch Hausarzt“ ($p = 0,007$), „Krankenkassenleistungen“ ($p = 0,041$), „Lebensstilveränderungen“ ($p = 0,016$) und „chirurgische Therapie“ ($p = 0,012$).

3.6. Psychosoziale Bedürfnisse und Bindungsverhalten

Bindungsverhalten allgemein und in verschiedenen Subgruppen:

Wie bei den Methoden beschrieben wurden die Bindungsfragen zu zwei verschiedenen Skalensummenwerten zusammengefasst, dem Skalensummenwert für bindungsbezogene Angst (BANG) und dem für bindungsbezogene Vermeidung (BVER), mit jeweils Wertebereich von 6 – 42.

Die vorliegende Stichprobe wies einen Mittelwerte von $\bar{x}_{[BANG]} = 19,45$ ($SD_{[BANG]} = 9,81$, $n = 241$) und $\bar{x}_{[BVER]} = 17,40$ ($SD_{[BVER]} = 8,40$, $n = 243$) auf.

Nach Berechnung des Kolmogorov- Smirnov-Test findet sich in beiden Bereichen keine Normalverteilung.

Der Bezug zwischen Bindungstyp und aktueller Partnerschaftssituation wird in der nachstehenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 6: Bindungsbezogene Angst und Vermeidung im Zusammenhang mit der Partnerschaftssituation, Angabe von Mittelwert, Teilnehmerzahl und Prozent; Quelle: eigene Darstellung

Partnerschaftssituation	\bar{x} bindungsbezogene Angst	\bar{x} bindungsbezogene Vermeidung	n	Prozent
Gesamte	19,45	17,4	241	100
Ledig	20,24	21,08	50	20,75
Verheiratet	17,26	16,25	132	54,77
Getrennt lebend	26,67	13,00	6	2,49
Geschieden	26,71	16,90	21	8,71
Verwitwet	19,00	27,67	3	1,24
In einer Partnerschaft	21,38	16,21	29	12,03

Verheiratete Teilnehmer haben die geringste bindungsbezogene Angst ($\bar{x}_{[BANG]} = 17,26$; $n = 132$). Die Gruppen der getrennt lebenden ($\bar{x}_{[BANG]} = 26,67$; $n = 6$) und der geschiedenen ($\bar{x}_{[BANG]} = 26,71$; $n = 21$) Teilnehmer zeigen die höchste bindungsbezogene Angst.

Bei der bindungsbezogenen Vermeidung berechnet sich der geringste Mittelwert in der Gruppe der getrennt lebenden Teilnehmer ($\bar{x}_{[BVER]} = 13,00$; $n = 6$). Der höchste Mittelwert der bindungsbezogenen Vermeidung liegt bei der Gruppe der verwitweten Probanden ($\bar{x}_{[BVER]} = 27,67$; $n = 3$). Der zweithöchste Wert findet sich bei den ledigen Teilnehmern ($\bar{x}_{[BVER]} = 21,08$; $n = 50$).

Beim Vergleich des Bindungsverhaltens zwischen der Gesamtstichprobe und den Probanden mit vorliegender BED, errechnet sich $\bar{x}_{[BANG]} = 22,35$; $n = 60$ für die Gruppe der Teilnehmer mit BED. Mittels Mann-Whitney-U-Test zeigt sich,

dass die bindungsbezogene Angst bei Personen mit BED signifikant höher ist als bei der Gesamtstichprobe ($p = 0,015$).

Bezüglich der bindungsbezogenen Vermeidung ergibt sich kein signifikanter Unterschied.

Einfluss von Bindungsverhalten auf psychosoziale Bedürfnisse:

Das folgende Diagramm stellt ausgewählte psychosoziale Bedürfnisse in Gruppen mit unterschiedlicher bindungsbezogener Angst dar. Eine Gruppe zeigt geringe bindungsbezogene Angst (Werte < 18 , $n = 117$), die andere zeigt hohe bindungsbezogene Angst (Werte ≥ 18 , $n = 124$). Alle Ergebnisse liegen in einer Tabelle im Anhang vor.

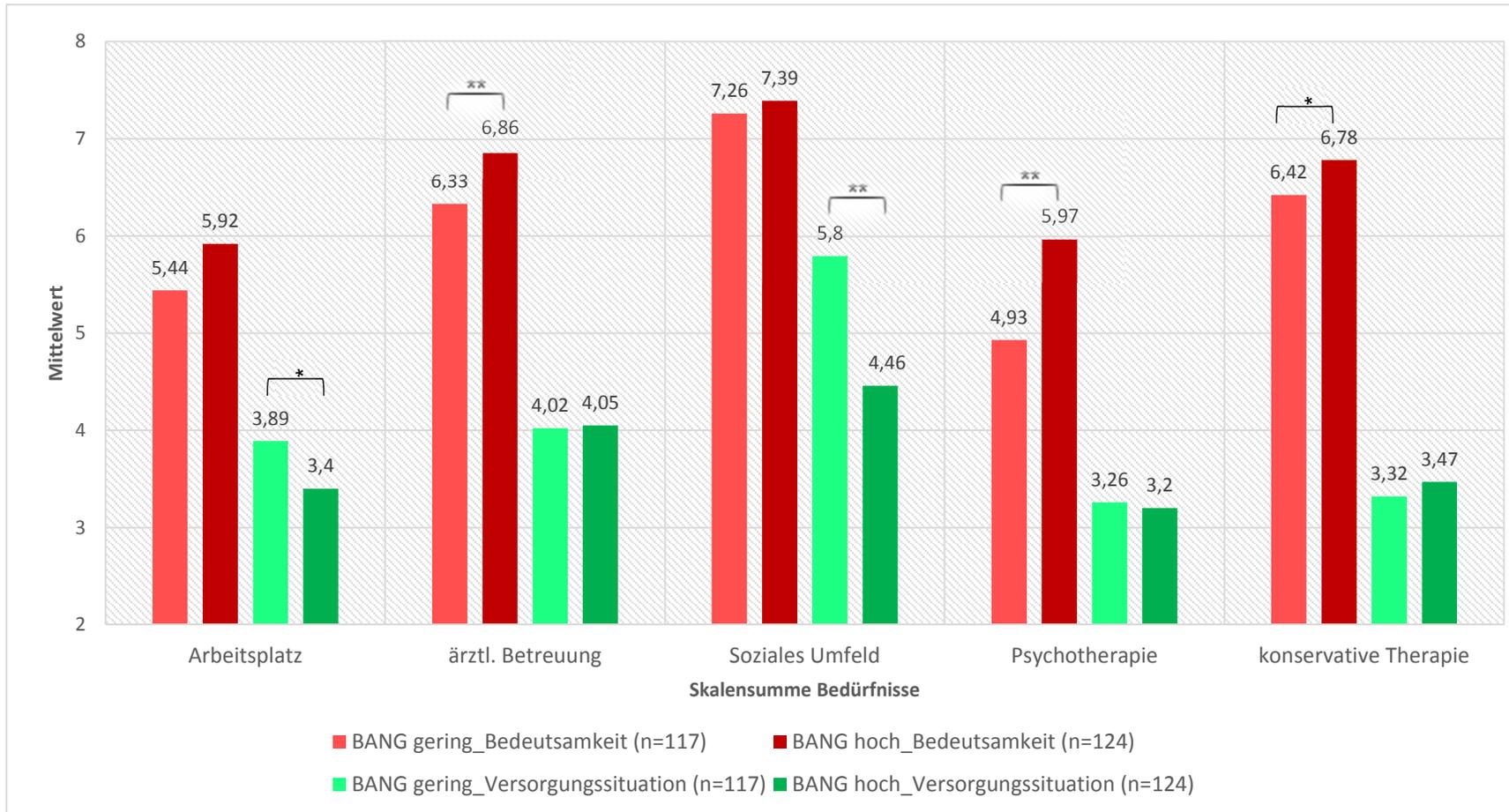


Abbildung 12: Einfluss bindungsbezogener Angst auf psychosoziale Bedürfnisse, Antwort-Skala von 1 „nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“ bis 8 „sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“; Angabe der Mittelwerte der Skalensummen und Teilnehmerzahl; *: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,05; **: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,01; Berechnung mit Mann-Whitney-U-Test; Quelle: eigene Darstellung

Bei der Berechnung der Mittelwertunterschiede mit dem Mann-Whitney-U-Test, ergaben sich einige signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe mit geringer bindungsbezogener Angst und der mit hoher bindungsbezogener Angst. Diese bestanden bei den Bereichen „Arbeitsplatz_V“ ($p = 0,013$), „ärztliche Betreuung_B“ ($p = 0,003$), „Soziales Umfeld_V“ ($p = 0,000$), „Psychotherapie_B“ ($p = 0,002$) und „konservative Therapie_B“ ($p = 0,022$).

Wendet man den Mann-Whitney-U-Test nur auf die Gruppe der Probanden mit Vorliegen einer BED an, ergeben sich signifikante Mittelwertunterschiede zwischen der Gruppe mit geringer bindungsbezogener Angst und der mit hoher bindungsbezogener Angst in den Bereichen „Arbeitsplatz_V“ ($p = 0,039$) und „Soziales Umfeld_V“ ($p = 0,000$).

Bei der bindungsbezogenen Vermeidung wurden ebenfalls mittels Mediansplit zwei Gruppen gebildet und auf Unterschiede bei psychosozialen Bedürfnissen untersucht. Es ergab sich hierbei ein signifikanter Unterschied im Bereich Versorgungssituation im soziales Umfeld ($p = 0,000$) bei $\bar{x}_{[BVER\ gering]} = 5,72$ und $\bar{x}_{[BVER\ hoch]} = 4,51$. Es bei bindungsbezogener Vermeidung keine relevanten Ergebnisse hinsichtlich psychosozialer Bedürfnisse erkennbar. Alle Ergebnisse liegen in einer Tabelle im Anhang vor.

3.7. Einfluss einer bariatrischen Operation auf psychosoziale Bedürfnisse

An der Online-Umfrage nahmen insgesamt 222 Personen (46,4%) teil, die sich zum Zeitpunkt der Umfrage bereits einer bariatrischen Operation unterzogen hatten. Dieser hohe Anteil entstand durch die Probandenrekrutierung in mehreren, auf bariatrische Chirurgie spezialisierte, Facebook-Gruppen. Dies ist Zufall und war so im Voraus nicht geplant.

In einem nächsten Schritt wurde der Einfluss einer bariatrischen Operation auf die psychosozialen Bedürfnisse betrachtet. In der folgenden Graphik sind die beiden Gruppen – operierte Teilnehmer und nicht Operierte – in einigen Bereichen gegenübergestellt.

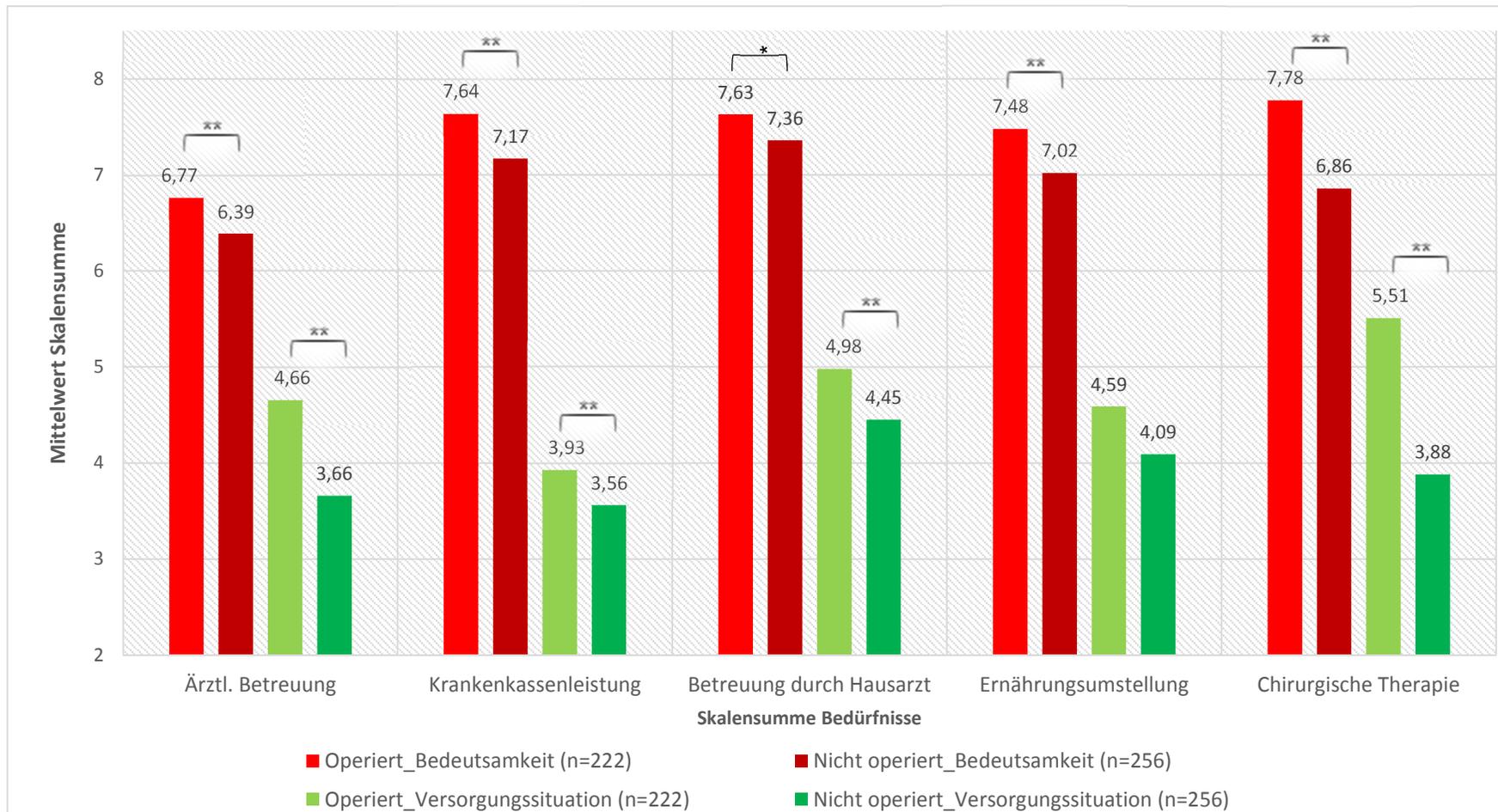


Abbildung 13: Psychosoziale Bedürfnisse nach bariatrischer Operation, Antwort-Skala von 1 „nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“ bis 8 „sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“; Angabe der Mittelwerte der Skalensummen und Teilnehmerzahl

*: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,05; **: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,01; Berechnung mit Mann-Whitney-U-Test; Quelle: eigene Angaben

Alle Ergebnisse finden sich in einer Tabelle im Anhang.

Die Gruppe der operierten Teilnehmer weist in allen Bereichen bei Bedeutsamkeit und Versorgungssituation höhere Mittelwerte auf als die Gruppe der nicht Operierten. Mit dem Mann-Whitney-U-Test errechnen sich einige signifikante Unterschiede. Die signifikanten Ergebnisse sind in einer Tabelle im Anhang einzusehen.

3.8. Stigmatisierungserfahrungen

Ein sehr kleiner Teil der Befragten (6,2%, n = 17) gibt an, noch nie Stigmatisierungen erfahren zu haben. 83,2% (n = 227) haben im Erwachsenenalter Stigmatisierungserfahrungen gemacht und 67,8% bereits in Kindheit und/oder Jugend (n = 185). Zum Zeitpunkt der Umfrage wurden 34,4% der Teilnehmer stigmatisiert (n = 94).

3.8.1. Stigmatisierung in verschiedenen Lebensbereichen

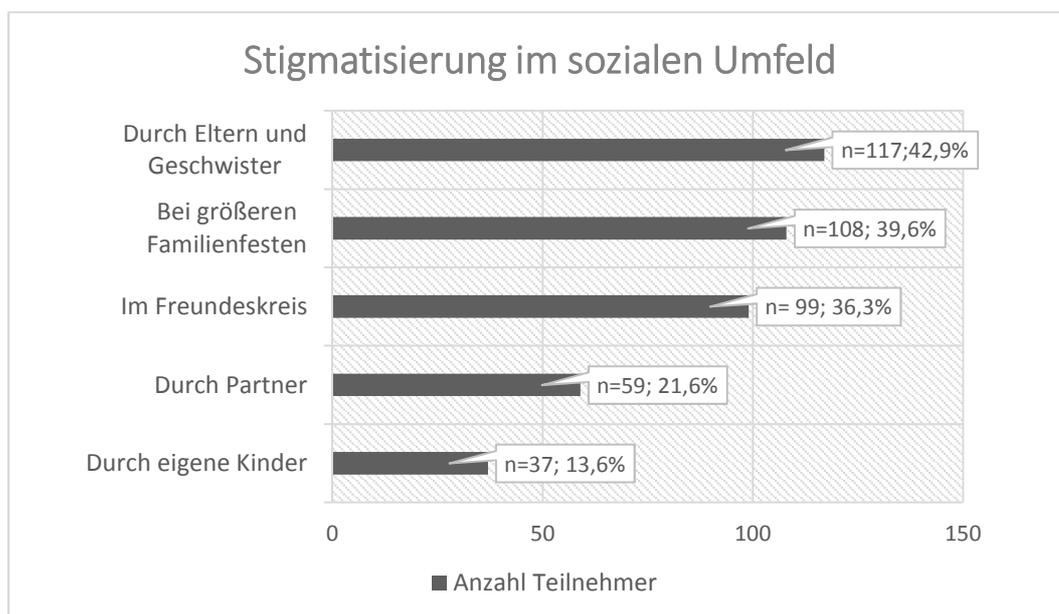


Abbildung 14: Verursacher von Stigmatisierung im sozialen Umfeld, Angabe von Anzahl und Prozent der Teilnehmer; Quelle: eigene Darstellung

Im familiären Umkreis erfolgt die Stigmatisierung am häufigsten durch Eltern und/ oder Geschwister (42,9%, n = 117). 21,6 % der Befragten fühlen sich durch den eigenen Partner diskriminiert (n = 59).

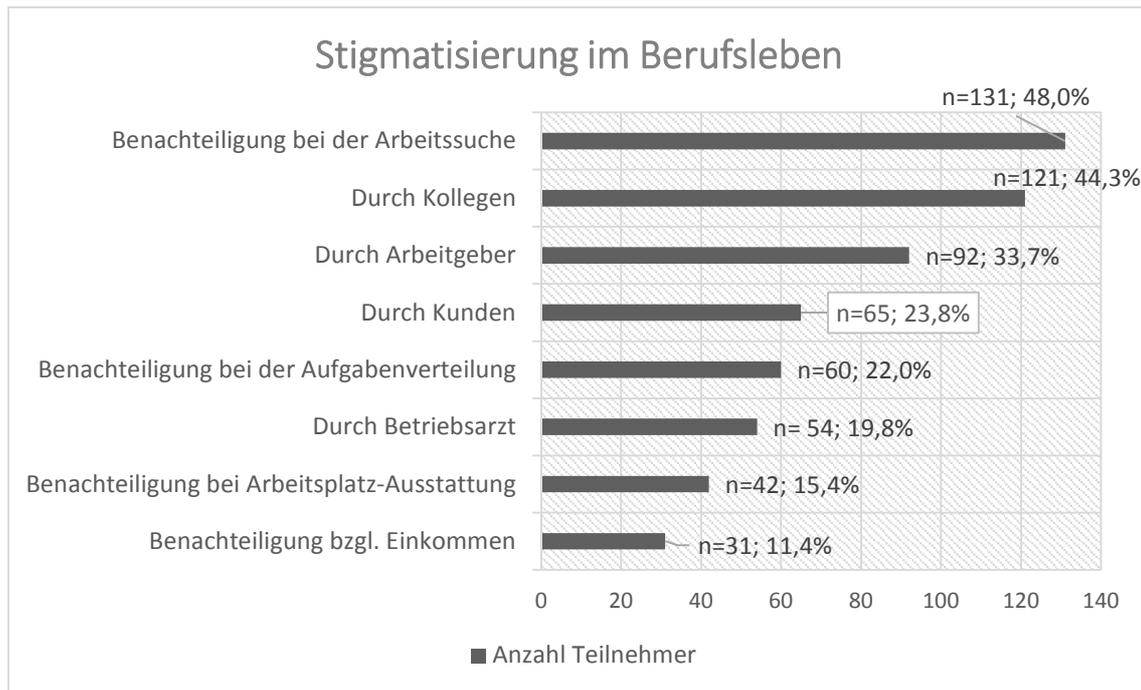


Abbildung 15: Verursacher von Stigmatisierung im Berufsleben, Angabe von Anzahl und Prozent der Teilnehmer; Quelle: eigene Darstellung

Fast die Hälfte aller Teilnehmer (48,0%, n = 131) fühlen sich bei der Arbeitssuche aufgrund des Körpergewichts benachteiligt. 44,3% geben Stigmatisierung durch Arbeitskollegen an (n = 121).

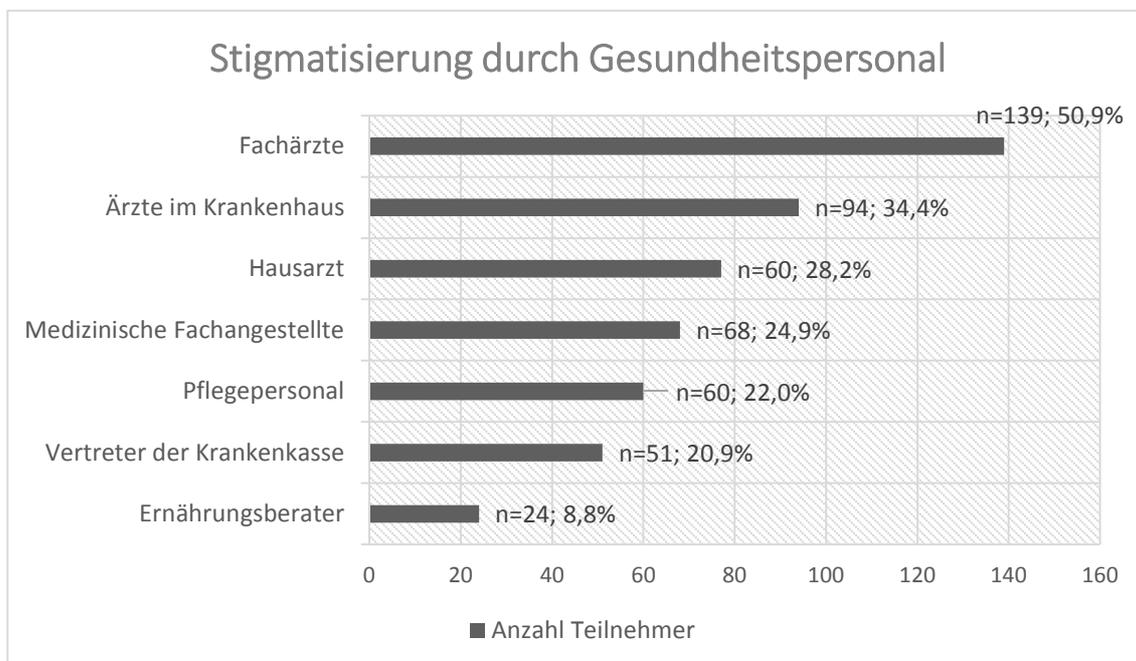


Abbildung 16: Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal, Angabe von Anzahl und Prozent der Teilnehmer; Quelle: eigene Darstellung

Im Bereich Gesundheitspersonal haben die Probanden am häufigsten die Stigmatisierung durch Fachärzte angegeben (50,9%, n =139). Hausärzte (28,2%, n = 77) und Ärzte in Krankenhäusern (34,4%, n = 94) sind häufig für Stigmatisierung verantwortlich.

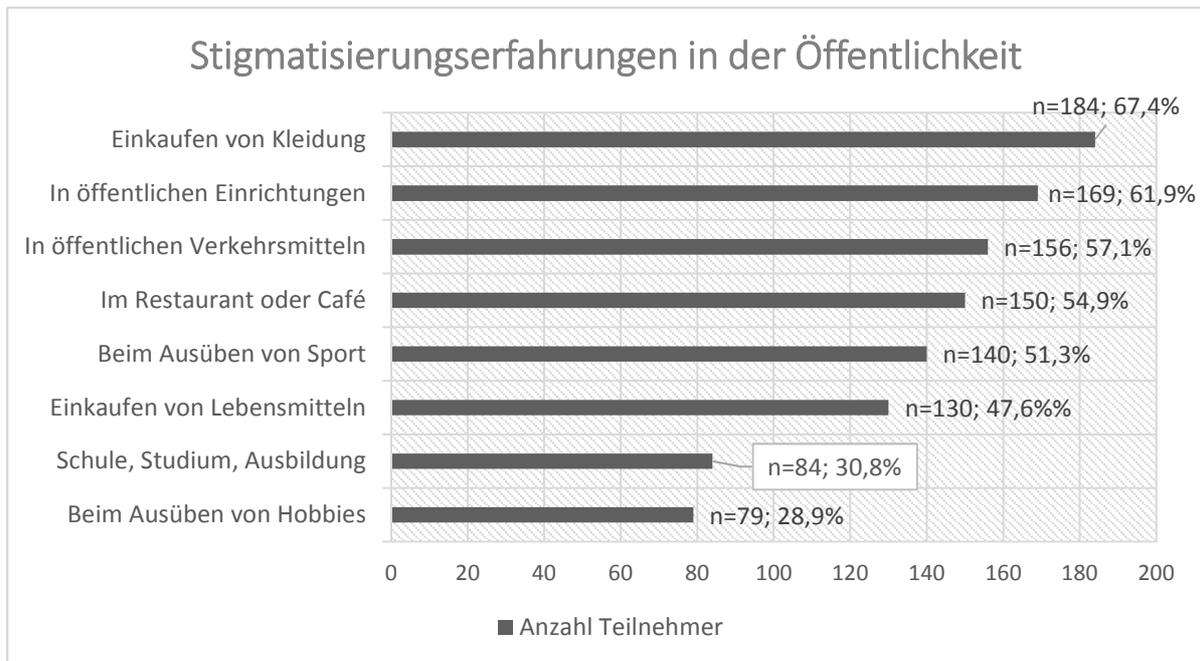


Abbildung 17: Stigmatisierung in der Öffentlichkeit, Angabe von Anzahl und Prozent der Teilnehmer; Quelle: eigene Darstellung

Am häufigsten wird Stigmatisierung im öffentlichen Bereich erlebt. 62% der Probanden fühlen sich in öffentlichen Einrichtungen, wie zum Beispiel im Kino oder Schwimmbad, durch Mitmenschen negativ bewertet (n =169). 67,4% erleben dies beim Einkauf von Kleidung (n = 184), 57,1% in öffentlichen Verkehrsmitteln (n = 156), 54,9% beim Besuch eines Restaurants oder Cafés (n =150) und 51,3% beim Ausüben von sportlichen Tätigkeiten (n = 140).

3.8.2. Umgang mit Stigmatisierungserfahrungen

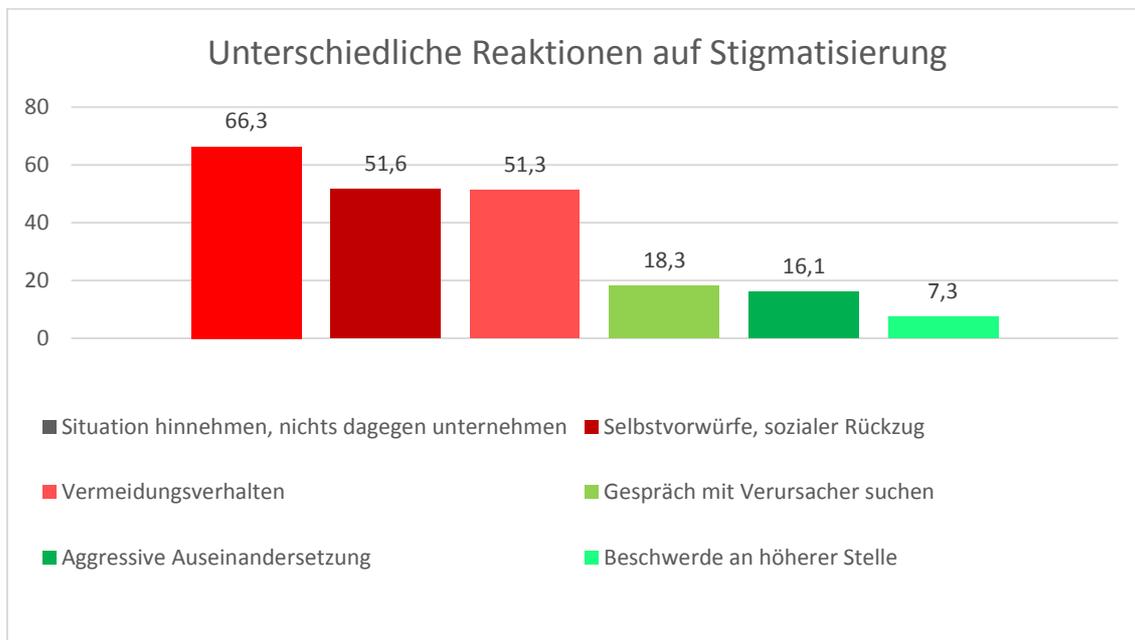


Abbildung 18: Unterschiedliche Reaktionen auf Stigmatisierung, Angabe von Prozent der Teilnehmer; Quelle: eigene Darstellung

Die Reaktionen auf Stigmatisierung sind unterschiedlich unter den Teilnehmern, jedoch zeigt ein sehr großer Teil eher ein passives Verhalten. Nur ein kleiner Teil versuchte aktiv gegen Stigmatisierung vorzugehen.

72,3% (n = 188) der Betroffenen hatten noch nie aufgrund von Stigmatisierungserfahrungen ihre Arbeitsstelle gewechselt; 40,8% (n = 107) haben in einer derartigen Situation nicht den Arzt gewechselt.

In scheinbarer Diskrepanz zu diesem häufigen passiven Umgang mit Stigmatisierungserfahrungen, steht die hohe Belastung durch solche Erfahrungen. So empfanden 43,4% (n = 112) der Befragten Stigmatisierungserfahrungen als eine starke Belastung. Ebenfalls 41,2% (n = 107) waren der Meinung, dass die Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas durch die Gesellschaft in den letzten Jahren stark zugenommen hat.

3.8.3. Stigmatisierungsskala

Aus den Fragen bezüglich spezifischen stigmatisierenden Situationen wurde wie im Methoden-Teil beschrieben eine Stigmatisierungsskala berechnet. Dabei waren Werte zwischen 6 bis 48 möglich, je höher der Summenwert, desto häufiger wird Stigmatisierung erlebt. Es berechnete sich ein Mittelwert aller Teilnehmer von $\bar{x} = 29,72$ mit $SD = 7,82$ (Min = 9, Max = 48; $n = 256$). Im Kolmogorov-Smirnov-Test ergab sich kein Hinweis auf Normalverteilung ($p > 0,01$).

Alle Ergebnisse der Einzelitems finden sich im Anhang.

3.8.4. Selbststigmatisierung

Anhand von Fragen aus dem Bereich zum individuellen Umgang mit Adipositas wurde wie im Methodenteil beschrieben ein „Skalensummenwert Selbststigmatisierung“ gebildet. Summenwerte von 4 bis 32 sind möglich. Je höher der Skalensummenwert, desto höher ist der Grad der Selbststigmatisierung. In der Gesamtstichprobe lag der Mittelwert bei $\bar{x} = 22,82$ ($SD = 7,02$; Min = 4, Max = 32; $n = 245$). Die Normalverteilung wird im Kolmogorov-Smirnov-Test abgelehnt ($p > 0,01$).

Alle Ergebnisse der Einzelitems finden sich im Anhang.

Insgesamt ergibt sich aus den Antworten der Einzelitems das Bild, dass nicht nur die Stigmatisierung durch Außenstehende, sondern auch die Selbststigmatisierung häufig vorkommt. So fühlten sich über die Hälfte der Befragten (52,6%; $n = 131$) schuldig, schämten sich oder hatten andere negative Emotionen gegenüber sich selbst. Fast ein Viertel der Teilnehmer gab an, Sport (21,8%; $n = 54$) oder andere Tätigkeiten in der Öffentlichkeit (24,8%; $n = 62$) aufgrund von Scham zu vermeiden.

3.8.5. Einfluss von Stigmatisierungserfahrungen auf psychosoziale Bedürfnisse

Bei der Berechnung der Mittelwertunterschiede bei psychosozialen Bedürfnissen der Gruppen mit Stigmatisierungserfahrung und ohne Stigmatisierungserfahrungen ergaben sich die in der folgenden Tabelle dargestellten signifikanten Unterschiede. Alle Ergebnisse sind in einer Tabelle im Anhang dargestellt.

*Tabelle 7: Mittelwertunterschiede ausgewählter psychosozialer Bedürfnisse zwischen Personen mit und ohne Stigmatisierungserfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen, Berechnung nach Mann-Whitney-U; Angabe von Mittelwerten und asymptotischer Signifikanz; *: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,05; **: Mittelwertunterschied ist signifikant auf dem Niveau 0,01; Quelle: eigene Darstellung*

Stigmatisierungserfahrung	Bereich psychosozialer Bedürfnisse	\bar{x} keine Stigmatisierung	\bar{x} Stigmatisierung	Asymp. Sig.
Durch Eltern, Geschwister	Soziales Umfeld_Versorgungssit.	5,34	4,74	0,016*
Durch Partner	Soziales Umfeld_Versorgungssit.	5,25	4,52	0,006**
Durch eigene Kinder	Soziales Umfeld_Versorgungssit.	5,23	4,18	0,002**
Durch Freunde	Soziales Umfeld_Versorgungssit.	5,34	4,66	0,010**
Durch Arbeitgeber	Arbeitsplatz_Bedeutsamkeit	5,44	6,16	0,001**
	Arbeitsplatz_Versorgungssit.	3,78	3,31	0,034*
Bei Arbeitsplatzausstattung	Arbeitsplatz_Versorgungssit.	3,82	2,6	0,000**
Bei Arbeitssuche	Arbeitsplatz_Versorgungssit.	3,91	3,29	0,004**
Durch Hausarzt	BetreuungHA_Versorgungssit.	4,83	4,07	0,001**

Stigmatisierungserfahrung	Bereich psychosozialer Bedürfnisse	\bar{x} keine Stigmatisierung	\bar{x} Stigmatisierung	Asymp. Sig.
Durch Fachärzte	Ärztl. Betreuung_ Versorgungssit.	4,31	3,93	0,013*
Beim Lebensmittelkauf	Öffentlichkeit_ Bedeutsamkeit	7,00	7,37	0,014*
Beim Kleidungskauf	Öffentlichkeit_ Versorgungssit.	6,84	7,33	0,015*
In öffentlichen Einrichtungen	Öffentlichkeit_ Bedeutsamkeit	6,90	7,35	0,014*

Bei Vorliegen von Stigmatisierungserfahrungen in einem Bereich zeigen sich bei den psychosozialen Bedürfnissen in demselben Bereich bei fast allen geprüften Items höhere Mittelwerte in den Bedeutsamkeits-Skalensummen. Die Mittelwerte der Versorgungssituations-Skalen sind immer niedriger oder maximal vergleichbar hoch.

3.9. Individueller Umgang mit der Erkrankung Adipositas

Alle Ergebnisse aus diesem Fragebogenteil sind im Anhang einzusehen.

Nur 1,2% (n = 82) der Befragten gaben an sehr zufrieden mit ihrem Aussehen zu sein; 32,3% (n = 3) sind dagegen überhaupt nicht zufrieden (\bar{x} = 2,97; SD = 1,93; M = 3,0; n = 254).

34,3% (n = 87) der Teilnehmer glauben, als schlanke Person sehr viel glücklicher zu sein; nur 5,1% (n = 13) glauben, sie wären nicht glücklicher (\bar{x} = 6,04; SD = 2,08; M = 6,0; n = 254).

Die körperliche Belastung durch das eigene Gewicht empfinden mehr als die Hälfte der Befragten (51,6%, n = 130) als hoch, nur 0,8% (n = 2) empfinden dies nicht als Belastung (\bar{x} = 6,67; SD = 1,71; M = 8,0; n = 252). 37,8% (n = 95) empfinden das Körpergewicht als hohe psychische Belastung (\bar{x} = 6,03; SD = 2,12; M = 7,0; n = 251).

Ein Großteil der Befragten (65,7%, n = 167) ist der Meinung, sehr viele Dinge wären mit einem niedrigeren Gewicht einfacher ($\bar{x} = 7,31$; SD = 1,19; M = 8,0; n = 254).

38,2% (n = 97) geben eine starke Einschränkung im Alltag durch das Gewicht an; 2,8% (n = 7) fühlen sich dadurch nicht eingeschränkt ($\bar{x} = 6,42$; SD = 1,83; M = 7,0; n = 254).

Sehr viele Teilnehmer (37,4%; n = 95) glauben, sie seien ganz allein für ihre Gewichtsabnahme verantwortlich; nur 1,2% (n = 3) denken, sie können persönlich nichts daran ändern ($\bar{x} = 6,55$; SD = 1,55; M = 7,0; n = 254).

Die jeweiligen Negativ-Höchstwerte sind in fast allen Items die am häufigsten gewählte Antwort.

3.10. Einfluss von Adipositas auf die Arbeitszufriedenheit

Die im Methodenteil beschriebene Regressionsanalyse wurde verwendet um folgende Fragestellung zu beantworten: Inwieweit wird die Arbeitszufriedenheit durch die Prädiktoren Alter, BMI, Depression, bindungsbezogene Angst, Stigmatisierung und Selbststigmatisierung beeinflusst.

Vor Berechnung der Regressionsanalyse werden die Korrelationen nach Pearson berechnet. Hierbei haben sich signifikante Korrelationen zwischen den meisten Variablen gezeigt. Alle Ergebnisse finden sich in einer Tabelle im Anhang.

Es wurden zwei verschiedenen multiple lineare Regressionen berechnet. Einmal wurde als abhängige Variable „Arbeitsplatz_Bedeutsamkeit“ verwendet, bei der zweiten Regressionsanalyse wurde „Arbeitsplatz_Versorgungssituation“ genutzt.

Als unabhängige Variablen wurden jeweils die Variablen „Alter“, „BMI“, „Depressive Erkrankung nach PHQ-9“, „Bindungsbezogenen Angst“, „Stigmatisierung“ und „Selbststigmatisierung“ verwendet.

Da vor Durchführung der Regressionsanalyse, wie im Methodenteil beschrieben, eine Missing-Analyse und multiple Imputationen der fehlenden Daten durchgeführt wurde, ergibt sich zunächst für jede Imputation ein eigenes Ergebnis.

Die weiterführende Berechnung wird anschließend mit der Imputation fortgeführt, mit der die größte Varianz erklärt werden kann.

3.10.1. Berechnung für die abhängige Variable „Arbeitsplatz Bedeutsamkeit“

Bei der Berechnung der Regressionsanalyse mit der abhängigen Variable „Arbeitsplatz_Bedeutsamkeit“ und den unabhängigen Variablen „Alter“, „BMI“, „Depressive Erkrankung nach PHQ-9“, „Bindungsbezogenen Angst“, „Stigmatisierung“ und „Selbststigmatisierung“ ergibt sich folgendes Ergebnis.

Tabelle 8: Modellübersicht multiple lineare Regression, abhängige Variable: „Arbeitsplatz_Bedeutsamkeit“, unabhängige Variablen: „Alter“, „BMI“, „PHQ-9“, „bindungsbezogenen Angst“, „Stigmatisierung“ und „Selbststigmatisierung“; Angabe von Imputationsnummer und R-Quadrat; Quelle: eigene Darstellung

Imputation	R-Quadrat
Originaldaten	.059
1	.189
2	.148
3	.041
4	.272
5	.159

R-Quadrat entspricht hierbei der erklärten Varianz der Variablen „Arbeitsplatz_Bedeutsamkeit“ durch die 6 gewählten Prädiktoren. Der beste Wert errechnet sich in diesem Modell bei Imputationsnummer 4 mit .272. Dies bedeutet, dass 27,2% der Varianz der Variablen „Arbeitsplatz_Bedeutsamkeit“ durch die Prädiktoren aufgeklärt wird. Es bleiben circa 73% unbekannt.

Da bei der Imputationsnummer 4 die größte Varianz erklärt werden kann, wurde im Folgenden mit diesem Datensatz weiter gerechnet.

Mittels der ANOVA wird das Ergebnis auf seine Signifikanz getestet. Hierbei ergab sich für die vorliegende Berechnung, dass der erklärte Varianzanteil von

rund 27% hochsignifikant ist ($p < .01$). Die ausführlichen Ergebnisse der Berechnung sind im Anhang einzusehen.

3.10.2. Berechnung für die abhängige Variable

„Arbeitsplatz_Versorgungssituation“

Bei der Berechnung der Regressionsanalyse mit der abhängigen Variable „Arbeitsplatz_Versorgungssituation“ und den unabhängigen Variablen „Alter“, „BMI“, „Depressive Erkrankung nach PHQ-9“, „Bindungsbezogenen Angst“, „Stigmatisierung“ und „Selbststigmatisierung“ ergibt sich folgendes Ergebnis.

Tabelle 9: Modellübersicht multiple lineare Regression, abhängige Variable: „Arbeitsplatz_Versorgungssituation“, unabhängige Variablen: „Alter“, „BMI“, „PHQ-9“, „bindungsbezogenen Angst“, „Stigmatisierung“ und „Selbststigmatisierung“; Angabe von Imputationsnummer und R-Quadrat; Quelle: eigene Darstellung

Imputation	R-Quadrat
Originaldaten	.144
1	.207
2	.182
3	.108
4	.172
5	.160

R-Quadrat entspricht nun wiederum der erklärten Varianz der Variablen „Arbeitsplatz_Versorgungssituation“ durch die 6 gewählten Prädiktoren. Der beste Wert errechnet sich in diesem Modell bei Imputationsnummer 1 mit .207. Dies bedeutet, dass 20,7% der Varianz der Variablen „Arbeitsplatz_Versorgungssituation“ durch die Prädiktoren aufgeklärt wird. Es bleiben circa 80% unbekannt.

Da bei der Imputationsnummer 1 die größte Varianz erklärt werden kann, wurde im Folgenden mit diesem Datensatz weiter gerechnet.

Mittels der ANOVA wird das Ergebnis auf seine Signifikanz getestet. Hierbei ergab sich für die vorliegende Berechnung, dass der erklärte Varianzanteil von rund 20% hochsignifikant ist ($p < .01$). Die ausführlichen Ergebnisse der Berechnung sind im Anhang einzusehen.

4. Diskussion

4.1. Bewertung von Qualität und Versorgungssituation von Maßnahmen zur Therapie durch Betroffene

Insgesamt werden alle Bereiche an vorgestellten Therapiemaßnahmen von den Teilnehmern mit einer relativ hohen Wichtigkeit bewertet.

4.1.1. Konservative Therapie:

Bewegungstherapie:

Am wichtigsten ist den Befragten die Bewegungstherapie. Hierbei wünschen sich 85,2% spezielle Sportangebote für Übergewichtige und 82,6% wünschen sich Sportangebote als Kassenleistung. Auch Thomas et al. fanden in ihrer Studie eine hohe Bedeutung spezieller Sportangebote (Thomas et al. 2010). Im Kontrast zu der großen Wichtigkeit für die Betroffenen, steht die Einschätzung der derzeitigen Versorgungssituation. Nur 3,3% der Teilnehmer sehen hier eine ausreichende Versorgung als gegeben.

Ernährungstherapie:

Ein Großteil der Probanden empfindet auch die Ernährungstherapie als sehr wichtig. Hierbei stehen vor allem ein einfacher und alltagstauglicher Ernährungsplan, sowie Ernährungs- und Kochkurse von Krankenkassen im Vordergrund. Dies deckt sich mit der positiven Bewertung der Ernährungstherapie in der Studie von Jones et al. (Jones et al. 2007). Die Versorgungssituation in diesem Bereich wird etwas besser eingeschätzt als bei der Bewegungstherapie. Ein Viertel der Befragten empfindet eine ausreichende Versorgung mit Ernährungsberatung. Dagegen sehen die Teilnehmer keine ausreichende Versorgung mit Ernährungs- und Kochkursen durch die Krankenkassen.

Psychotherapie:

Die Psychotherapie wird in der vorliegenden Studie als weniger wichtig eingestuft. Zwar empfindet etwas über die Hälfte der Teilnehmer eine ambulante Psychotherapie als sehr wichtig, dagegen wird die teilstationäre und stationäre Therapie nur von je einem Viertel als sehr wichtig empfunden. Allerdings finden fast 40%, dass sowohl teilstationäre als auch stationäre Psychotherapiemöglichkeiten nicht vorhanden sind.

Hausarzt:

Innerhalb der konservativen Therapiemaßnahmen nimmt der Hausarzt eine zentrale Rolle für die Betroffenen ein. So wünschen sich fast 90% der Teilnehmer ein vertrauensvolles Verhältnis zu ihrem Hausarzt. Für einen Großteil sind zudem eine verständliche und ausführliche Beratung, die Behandlung von Folgeerkrankungen, die Spezialisierung des Hausarztes auf Adipositas und die Akzeptanz als Person mit Übergewicht sehr wichtig. Diese Funktion wird dem Hausarzt auch durch die Leitlinie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft zugesprochen (DAG et al. 2014). Die Ergebnisse decken sich auch mit der hohen Bewertung der Hausarztfunktion in der Studie von Yoong et al. (Yoong et al. 2013). Auch Mühlbacher und Bethge fanden eine hohe Bedeutung eines guten zwischenmenschlichen Kontaktes zwischen Arzt und Betroffenen für die Therapie (Mühlbacher und Bethge 2013).

Die Versorgungssituation in diesem Bereich wird ambivalent bewertet. So geben nur 2,5% an, kein vertrauensvolles Verhältnis zum Hausarzt zu haben, aber auch nur 40% sind völlig mit diesem zufrieden. Ähnliches findet sich auch bei den anderen Punkten. In der Studie von Klein et al. zeigte sich, dass Hausärzte zu selten die Diagnose Adipositas kodieren (Klein et al. 2016). Dies kann auch als Hinweis auf die mangelnde Wahrnehmung von Adipositas als Krankheit gesehen werden. In einem solchen Fall, wäre ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient schwierig und auch eine adäquate Beratung und Behandlung scheint unwahrscheinlicher.

4.1.2. Bariatrische Operation:

Zwei Drittel der Probanden finden die Möglichkeit einer bariatrischen Operation sehr wichtig. Über 80% ist die Unterstützung durch die Krankenkassen hierzu sehr wichtig. Bei Betrachtung dieser hohen Werte muss der hohe Anteil an Teilnehmern mit bereits erfolgter bariatrischer Operation in der vorliegenden Studie beachtet werden. Im Vergleich war in der Studie von Thomas et al. nur ein Drittel der Befragten überzeugt, dass eine Operation die geeignete Maßnahme zur Gewichtsreduktion ist (Thomas et al. 2010). Jedoch sollte auch die in den letzten Jahren kontinuierlich steigende Anzahl an durchgeführten bariatrischen Operationen in Deutschland (Klein et al. 2016) als Hinweis auf den deutlich bestehenden Wunsch danach gesehen werden.

Die Bewertung der Versorgungssituation in diesem Bereich ist nicht einheitlich. Immerhin ein Drittel der Teilnehmer findet, dass die Möglichkeiten zur Operation ausreichend gegeben sind. Dahingegen finden aber 17,3%, dass diese Möglichkeiten im Moment nicht vorhanden sind. Im Gegensatz dazu wird die Versorgung mit Unterstützung der Krankenkassen in diesem Bereich einheitlich als eher schlecht beurteilt. Diese als mangelhaft empfundene Versorgung lässt sich im Zusammenhang mit der schwierigen Kostenübernahme sehen. So müssen die Betroffenen derzeit einen langwierigen Weg gehen und dennoch bleibt die Kostenübernahme eine Einzelfallentscheidung (Nolting et al. 2016). Dies spiegelt sich auch in der Wahrnehmung der Betroffenen wieder.

Insgesamt stellt sich im Bereich der bariatrischen Operation ein deutlich vorhandener Wunsch zahlreicher Betroffener nach mehr Unterstützung durch die Krankenkassen dar. Immerhin ein Viertel der Befragten gibt an, gar keine Unterstützung zu empfinden. Dies ist ein Zustand an dem die Krankenkassen arbeiten sollten. Da bei Patienten mit Adipositas Grad III die konservative Therapie meist erfolglos ist, sollte die bariatrische Operation bei diesen Patienten laut Holzapfel et al. das Mittel der Wahl sein (Holzapfel et al. 2014).

4.1.3. Allgemeine Aspekte der Therapie:

Informationen:

Einem Großteil der Befragten ist es sehr wichtig, verständliche Informationen über Ursachen und Therapiemöglichkeiten zu erhalten. In der Studie von Mühlbacher und Bethge lag die Wichtigkeit von Informationen an sechster Stelle (Mühlbacher und Bethge 2013). Auch die Teilnehmer der Studie von Jones et al. empfanden Informationen über gesunde Ernährung als sehr hilfreich (Jones et al. 2007). Nur 13% der Teilnehmer fühlen sich ausreichend gut informiert, wohingegen 11,4% überhaupt keine verständlichen Informationen erhalten. Dieser Mangel kann sich sowohl auf die Therapie als auch auf die Prävention negativ auswirken.

Individualität:

Weiterhin wünschen sich fast 80% der Befragten, dass eine Therapie auf die individuellen Bedürfnisse angepasst ist. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Studien von Garip und Yardley (Garip und Yardley 2011) und Mühlbacher und Bethge (Mühlbacher und Bethge 2013), in denen auch der Wunsch nach Individualität geäußert wurde. Auch hier geben die Teilnehmer eine mangelhafte Versorgung an. Die Teilnehmer der Studie von Garip und Yardley äußerten, dass Gewichtsreduktionsprogramme nicht ausreichend an ihre Bedürfnisse angepasst sind (Garip und Yardley 2011).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sehr viele der vorgestellten Maßnahmen im therapeutischen Bereich für die Betroffenen wichtig sind. Am wichtigsten sind ein vertrauensvolles Verhältnis zum Hausarzt, spezielle Sportangebote nur für Übergewichtige und die Unterstützung der Krankenkassen durch verschiedene Kursangebote und bei einer bariatrischen Operation. Leider empfindet ein Großteil der Befragten die Versorgungssituation als mangelhaft. Am meisten fehlt es an speziellen Sportangeboten, Psychotherapieplätzen und Unterstützung der Krankenkassen.

Es wird deutlich, dass in den wichtigsten Bereichen gleichzeitig die Versorgung am schlechtesten empfunden wird. Dies zeigt, dass die derzeitige Situation in Bezug auf Therapie für die Betroffenen in Deutschland nicht zufriedenstellend ist. Eine solche Bewertung unterstützt die Meinung der Experten, die eine deutliche therapeutische Unterversorgung von Menschen mit Übergewicht und Adipositas sehen. Auch Nolting et al. kritisieren, dass eine strukturierte Grundversorgung nicht ausreichend vorhanden ist und besonders von Seiten der Krankenkassen bisher zu wenige Therapien als Leistungen übernommen werden (Nolting et al. 2016).

4.2. Bewertung von Qualität und Versorgungssituation von Präventionsmaßnahmen und Umweltfaktoren durch Betroffene

4.2.1. Arbeitsplatz:

Fast die Hälfte der Befragten wünscht sich Unterstützung bei der Gestaltung eines gesunden Lebensstils zum Beispiel in Form von flexiblen Arbeitszeiten um an Kursen teilnehmen zu können. 45,2% geben an, dass eine solche Unterstützung nicht vorhanden ist. Nur 16,5% empfinden betriebliche Sport-Angebote für sehr wichtig. Möglicherweise kann diese geringe Anzahl dadurch erklärt werden, dass betriebliche Sport-Angebote keinen geschützten Rahmen bieten. So zeigten Thomas et al., dass ein geschützter Rahmen, also Kurse nur für übergewichtige Menschen, bei Sportangeboten für Betroffene am wichtigsten ist (Thomas et al. 2010). Ein solcher Rahmen ist bei Sport-Angeboten in Betrieben nicht gegeben, weshalb vermutlich ein Großteil der Betroffenen diese nicht wahrnehmen würde. Abgesehen von der geringen Bedeutsamkeit solcher Angebote für die Betroffenen, wird von 75,5% angegeben, dass solche Programme nicht vorhanden sind. In der Leitlinie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft wird allerdings explizit auf Maßnahmen zur Förderung der Bewegung am Arbeitsplatz als geeignete Präventionsmaßnahmen hingewiesen (DAG et al. 2014). Sowohl Verweij et al. als auch Anderson et al. konnten in ihren Metaanalyse verschiedener Studien

einen positiven Effekt von Präventionsprogrammen am Arbeitsplatz auf Körpergewicht und BMI zeigen (Verweij et al. 2011, Anderson et al. 2009).

4.2.2. Wissensvermittlung:

Drei Viertel der Befragten findet Ernährungslehre in der Schule sehr wichtig. Veugelers und Foster konnten in ihren Studien jeweils einen positiven Effekt von Präventionsprogrammen in Schulen auf die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern zeigen (Veugelers und Fitzgerald 2005, Foster et al. 2008). Und auch Hung et al. befürworteten solche Programme, obwohl sie in ihrer Metaanalyse nur geringe Effekte nachweisen konnten (Hung et al. 2015). Auch der nationale Aktionsplan „IN FORM“ sieht dies als wichtigen Punkt bei der Prävention an (BMEL und BMG 2014).

Nur 3,6% sieht hier eine ausreichende Versorgung und ein Viertel glaubt, es fehle komplett an Ernährungslehre in der Schule.

Der große Mangel, den die hier Befragten empfinden, ist ein Hinweis darauf, dass die Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich noch weiter ausgebaut werden müssen.

Kurse mit Informationen über Ursachen und Mechanismen von Übergewicht, gesunde Ernährung und gesunde Lebensführung durch Volkshochschulen oder andere öffentliche Träger sind für über die Hälfte der Befragten sehr wichtig. Allerdings wird auch hier ein sehr großer Mangel empfunden.

4.2.3. Ernährung in der Öffentlichkeit:

Das Angebot und die Präsentation von Nahrungsmitteln im öffentlichen Leben haben einen großen Einfluss darauf, was wir essen. So finden viele Befragte in der Studie von Jones et al., dass es durch Werbekampagnen und die allseits präsente Darbietung ungesunder Lebensmittel schwierig ist, diesen zu widerstehen (Jones et al. 2007). Auch Garip und Yardley fanden, dass es der einfache Zugang zu den ungesunden Lebensmitteln für Betroffene erschwert, einen gesunden Ernährungsstil beizubehalten (Garip und Yardley 2011).

Die Erkenntnisse dieser Studien werden durch die vorliegenden Daten unterstützt. So finden es jeweils zwischen 62 und 74% der Befragten sehr wichtig, mehr gesunde Lebensmittel im öffentlichen Angebot zu haben. An erster Stelle stehen mehr kalorienarme Getränke in öffentlichen Getränkeautomaten, gefolgt von kalorienarmen Alternativen zu Snacks im Kino und Schnellrestaurants. Auch ein gesundes Essensangebot in der Kantine ist für 45% der Befragten sehr wichtig. Doch nicht nur allein das Angebot ist für Betroffene wichtig, viele wünschen sich auch die Kennzeichnung der Nährstoffe auf Lebensmitteln, zum Beispiel mit einem Ampel-System. Hagen und Sutherland et al. konnten beiden zeigen, dass die Kennzeichnung von Lebensmitteln einen positiven Effekt auf den Kauf gesunder Nahrungsmittel hat (Hagen 2010, Sutherland et al. 2010).

Auch in diesem Bereich wird eine deutliche Unterversorgung von den Teilnehmern empfunden. Es gibt für fast 63% kein gesundes Essensangebot in der Kantine, für 41,2% keine kalorienarmen Snacks im Kino und für 34,5% ist keine Kennzeichnung von Lebensmitteln vorhanden.

Ein Bereich des Aktionsplans „IN FORM“ ist der Bereich „Essen in öffentlichen Einrichtungen und am Arbeitsplatz“. Es soll vor allem das Essen in Kantinen und Schulen, sowie Kindertagesstätten verbessert werden (BMEL und BMG 2014). Die Evaluation durch die vorliegenden Teilnehmer ergibt einen weiterhin bestehenden Mangel.

Jordan und von der Lippe kritisieren, dass in Deutschland immer noch verhaltenspräventive Maßnahmen vorherrschen und ein Mangel an verhältnispräventiven Maßnahmen vorliegt (Jordan und von der Lippe 2013). Auch Hauner et al. fordern die gesellschaftlichen Bedingungen stärker in den Fokus der Präventionsmaßnahmen zu bringen, um adipogene Umweltfaktoren zu reduzieren (Hauner et al. 2012). Dies kann durch die vorliegende Studie unterstützt werden.

Zusammenfassend werden Präventionsmaßnahmen durch die Teilnehmer als etwas weniger wichtig als die Therapiemaßnahmen bewertet. Vor allem aber

die Ernährungslehre in der Schule und die verhältnispräventiven Maßnahmen sind für einen Großteil der Betroffenen sehr wichtig. Die Versorgungssituation zeigt sich im präventiven Bereich dagegen schlechter als bei den Therapiemaßnahmen. Diese Befunde stimmen mit den Studien von Jordan und von der Lippe und Hauner et al. über die mangelhafte Versorgung mit Präventionsmaßnahmen in Deutschland überein (Jordan und von der Lippe 2013, Hauner et al. 2012).

4.3. Einfluss diverser Faktoren auf die Wahrnehmung und Bewertung der vorgestellten Maßnahmen

4.3.1. Einfluss von depressiven Störungen

Nach Auswertung des PHQ-9 haben nur 27,9% der Teilnehmer keine depressive Störung. 28% haben eine leichte depressive Störung und 44,2% erfüllen die Kriterien für eine Major Depression. In der deutschen Normalbevölkerung liegt der Anteil an Menschen mit depressiver Störung zwischen 6-10% (Busch et al. 2013). Somit liegt der Anteil depressiver Teilnehmer in dieser Studie deutlich über dem der Normalbevölkerung. Thormann et al. zeigten, dass sowohl Übergewichtige ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Depression haben, als auch dass depressive Personen ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von Übergewicht haben (Thormann et al. 2013). Vor diesem Zusammenhang lässt sich der erhöhte Anteil an Teilnehmern mit depressiver Störung sehen.

Bedeutsamkeit:

Die Teilnehmer mit einer Major Depression bewerten die Bedeutsamkeit der vorgestellten Maßnahmen tendenziell höher als die Gesamtstichprobe. Die Versorgungssituation wird eher schlechter eingeschätzt. In mehreren Bereichen sind die Unterschiede der beiden Gruppen signifikant. Das Vorliegen einer Major Depression beeinflusst also die Bewertung von Therapie- und Präventionsmaßnahmen ins extremere hin. Auf der einen Seite werden die

Maßnahmen als wichtiger empfunden, auf der anderen scheint die Versorgungssituation noch schlechter zu sein.

Dieser Unterschied kann möglicherweise durch das Modell der dysfunktionalen Kognitionen von Beck erklärt werden. Hierbei wird vermutet, dass Personen mit depressiver Störung eine verzerrte Wahrnehmung und Interpretation der Realität zeigen und zu einer negativen und pessimistischen Einstellung neigen (Wittchen und Hoyer 2011). So scheint die Wahrnehmung der depressiven Teilnehmer einerseits die Qualität der vorgestellten Maßnahmen überzubewerten und andererseits die Versorgungssituation schlechter zu sehen. Dadurch entsteht insgesamt ein negativeres Bild.

Am deutlichsten ist der Unterschied der beiden Gruppen im Bereich der Bedeutung der Psychotherapie. Dies lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass Personen mit komorbider psychischer Störung noch mehr von einer Psychotherapie profitieren, als Menschen mit alleiniger Adipositas.

Versorgungssituation:

Die Befragten mit Major Depression geben zudem auch ein signifikant schlechteres Vorhandensein der Unterstützung durch das soziale Umfeld an. Auch Wittchen und Hoyer beschreiben, dass Depressive oft Defizite im Sozialverhalten zeigen und einen Mangel an Verfügbarkeit sozialen Rückhaltes haben (Wittchen und Hoyer 2011).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Menschen mit Übergewicht und Adipositas häufig eine komorbide depressive Störung aufweisen. Diese beeinflusst die Bewertung von Therapie- und Präventionsmaßnahmen. Um diesem Effekt entgegen zu wirken, wäre es zum Beispiel wichtig, die Betroffenen noch stärker dabei zu unterstützen, geeignete Therapiemaßnahmen zu erhalten.

4.3.2. Einfluss von Migrationshintergrund und Grad der gesellschaftlichen Integration:

Nur knapp 5% der Befragten hat einen Migrationshintergrund angegeben. Im Vergleich dazu ist der Anteil in der Gesamtbevölkerung in Deutschland bei 21% (Statistisches Bundesamt 2017). Ein möglicher Grund hierfür ist, dass der Fragebogen nur auf Deutsch vorhanden ist und daher eventuell eine Sprachbarriere bestand.

Im Vergleich zur Gesamtstichprobe zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bei der Bewertung der vorgestellten Maßnahmen.

Um den Einfluss der kulturellen Anpassung an das Gastland besser beurteilen zu können, wurden die Teilnehmer mit Migrationshintergrund in zwei Gruppen unterteilt: hohe Integration und geringe Integration. Zwischen diesen beiden Gruppen zeigt sich teilweise ein sehr großer Unterschied in der Bewertung.

Versorgungssituation:

Zum einen fällt auf, dass die Teilnehmer mit guter Integration die Versorgungssituation in fast allen Bereichen besser einschätzen als die Teilnehmer mit geringer Integration und auch als die Gesamtstichprobe.

Dahingegen bewerten Befragte mit schlechterer Integration die Versorgungssituation in vielen Bereichen schlechter als die Gesamtstichprobe.

Es konnte gezeigt werden, dass Migranten seltener Therapieangebote wahrnehmen (Yagdiran et al. 2003). Für diese Unterschiede in der Wahrnehmung der Versorgungssituation gibt es mehrere mögliche Gründe.

Zum einen könnten die kulturellen Unterschiede in Frage kommen. So gibt es in Deutschland Krankheitsmodelle und Therapiemaßnahmen, die nicht den kulturellen Bedürfnissen von sehr traditionellen Patienten entsprechen (Yilmaz-Aslan et al. 2013). Werden diese kulturellen Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt, kann es zur Ablehnung von Therapieanschlüssen kommen (Göbber et al. 2010).

Eine Sprachbarriere kann ein weiterer Grund sein. Vor allem Informationsveranstaltungen oder auch Kurse zu gesunder Ernährung oder ähnlichem können von Menschen mit geringeren Deutschkenntnissen weniger wahrgenommen werden (Yilmaz-Aslan et al. 2013). In der vorliegenden Studie lag die Bewertung der Versorgungssituation des Bereichs „Informationen“ deutlich unter dem der Gesamtstichprobe.

Dritter Grund könnte eine erschwerte Zugänglichkeit zu Therapiemaßnahmen sein. Dies ist zum einen durch die Sprachbarriere, aber zum anderen auch durch kulturelle Barrieren bedingt. So erwarten beispielsweise türkische Patienten ein aktiveres Verhaltensmuster von ihrem Arzt (Yagdiran et al. 2003). Und auch ein geringer sozialer Kontakt zu deutschen Einwohnern kann die hohe Eigeninitiative, welche zur Erlangung von geeigneten Therapiemaßnahmen derzeit notwendig ist, erschweren.

Bedeutsamkeit:

Tendenziell empfinden die Teilnehmer mit Migrationshintergrund die vorgestellten Maßnahmen wichtiger. Es finden sich allerdings keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zur Gesamtstichprobe. Diese Tendenz wird auch von Göbber et al. beschrieben: in der Studie hatten die Patienten mit Migrationshintergrund eine höhere Erwartungshaltung gegenüber verschiedenen Therapieangeboten (Göbber et al. 2010). Göbber et al. interpretieren dies als passive Behandlungserwartung, also einem größeren Wunsch nach Therapie (Göbber et al. 2010).

Beim Vergleich der beiden Gruppen anhand der Qualität der Integration fällt auf, dass die Gruppe der besser integrierten Teilnehmer die Maßnahmen durchschnittlich wichtiger bewertet. Yilmaz-Aslan et al. beschreiben in ihrer Arbeit eine geringe Bereitschaft für eine aktive Therapieteilnahme bei Personen mit Migrationshintergrund und geringer kultureller Anpassung (Yilmaz-Aslan et al. 2013). Weiterhin seien diese weniger dazu bereit, Lebensgewohnheiten zugunsten der Erkrankung zu verändern (Yilmaz-Aslan et al. 2013).

Möglicherweise treffen diese beiden Punkte mehr auf Migranten mit geringerer

Integration zu, da diese mehr an eigenen kulturellen Handlungs- und Sichtweisen festhalten.

Insgesamt konnten keine signifikanten Unterschiede bei Teilnehmern mit Migrationshintergrund festgestellt werden. Jedoch muss hierbei auch auf die sehr geringe Teilnehmeranzahl von nur 23 Teilnehmern mit Migrationshintergrund hingewiesen werden. Die Tendenzen weisen darauf hin, dass ein Migrationshintergrund die Wahrnehmung von Therapie- und Präventionsmaßnahmen beeinflussen kann. Hierbei spielt die Qualität der Integration eine wichtige Rolle. Auch Göbber et al. stellen fest, dass ausländische Patienten andere Ansichten bezüglich adäquaten und akzeptablen Maßnahmen haben (Göbber et al. 2010).

4.3.3. Einfluss einer Binge-Eating Störung

Bei 29,2% der Befragten kann anhand der SIAB-Fragen eine Binge-Eating Störung vermutet werden. Eine so hohe Prävalenz beschreiben auch De Zwaan und Friedrich unter Personen mit Übergewicht und Adipositas (De Zwaan und Friedrich 2006).

Versorgungssituation:

Bei Betrachtung der Wahrnehmung der vorgestellten Maßnahmen der Gruppe mit Binge-Eating Störung fällt vor allem auf, dass diese die Versorgungssituation in allen Bereichen schlechter empfindet. In den Bereichen ärztliche Betreuung, Betreuung durch den Hausarzt, Unterstützung durch Krankenkassen, Maßnahmen zur Lebensstilveränderung und chirurgische Therapie sind die Unterschiede zur Gruppe ohne Binge-Eating Störung signifikant.

Dieser wahrgenommene Mangel in der Versorgungssituation kann durch mehrere Faktoren begründet werden.

Zum einen muss beachtet werden, dass unter Menschen mit BED eine komorbide depressive Störung häufig ist (Grucza et al. 2017). Wie im Teil 4.2.1. beschrieben, werten die Teilnehmer mit depressiver Störung die Versorgungssituation der vorgestellten Maßnahmen als tendenziell schlechter.

Auf der anderen Seite wurde ein schlechte Versorgungssituation hinsichtlich der Therapie von BED in mehreren Studien beschrieben (Kornstein et al. 2016, Kornstein 2017). Susan Kornstein beschreibt hierfür mehrere Ursachen. So haben viele Patienten Scham vor ihrem Arzt über ihr Essverhalten zu sprechen und viele wissen gar nicht, dass ihr Essverhalten einer Essstörung zugeordnet werden kann. Auf Seite der Ärzte herrscht oft Unwissen gegenüber der Diagnose und Therapie der BED, wodurch sich viele nicht in der Lage fühlen, ihre Patienten darauf anzusprechen. Letztendlich wird nur ein geringer Teil der Menschen mit BED auch diagnostiziert (Kornstein 2017). In einer Erhebung der Weltgesundheitsorganisation zeigte sich, dass lediglich 38,3% der Menschen mit BED jemals Therapie für ihre Essstörung erhalten haben (Kessler et al. 2013). Essstörungen werden vor allem in Zentren für Essstörungen erkannt. Da hierzu auch eine differenzierte Diagnostik notwendig ist, wird diese Diagnose beim Hausarzt eher wenig berücksichtigt.

Insgesamt stimmt die schlechte Einschätzung der Versorgungssituation durch die Betroffenen mit der objektiven Evaluation der geringen Diagnostik- und Therapierate bei BED überein.

Bedeutsamkeit:

Die Bewertung der Maßnahmen nach Bedeutsamkeit zeigt keine signifikanten Unterschiede. Im Durchschnitt bewerten die Teilnehmer mit Binge-Eating Störung die vorgestellten Maßnahmen aber etwas wichtiger. Kornstein et al. beschreiben, dass Patienten mit BED häufiger das Gesundheitssystem nutzen (Kornstein et al. 2016). Möglicherweise kann auch dies im Zusammenhang mit der häufigen komorbiden depressiven Störung liegen. Eine weitere Erklärung könnte die schlechtere Lebensqualität von Menschen mit BED sein. So zeigen Adipöse mit BED eine deutlich schlechtere Lebensqualität ihrer physischen und

psychischen Gesundheit, sowie in sozialen Bereichen im Vergleich zu Adipösen ohne BED (Kornstein et al. 2016). Möglicherweise haben die Teilnehmer mit BED einen höheren Leidensdruck und halten Therapien daher für wichtiger.

Auffällig ist, dass vor allem der Bereich Psychotherapie und ärztliche Betreuung als wichtiger empfunden wird. Diesen beiden Bereichen schreibt auch Susan Kornstein die größte Bedeutung in der Therapie der BED zu (Kornstein 2017).

4.3.4. Einfluss von bindungsbezogener Angst

Die Gruppe der Teilnehmer wurde anhand des Skalensummenwertes im ECR in zwei Gruppen unterteilt: geringe und hohe bindungsbezogene Angst.

Bedeutsamkeit:

Die Gruppe mit hoher bindungsbezogener Angst bewertet die vorgestellten Maßnahmen in allen Bereichen als wichtiger. In den Bereichen ärztliche Betreuung, Unterstützung durch Krankenkassen, Psychotherapie, konservative Therapie, Maßnahmen in der Öffentlichkeit und in den Medien sind die Unterschiede signifikant. Es gibt verschiedene Aspekte, die diese Bewertung erklären können.

Menschen mit hoher bindungsbezogener Angst empfinden ihre Gesundheit im Allgemeinen oft deutlich schlechter und haben auch das Gefühl, dass dies ihre Funktion im Alltag stark beeinträchtigt (Stanton und Campbell 2014).

Möglicherweise führt dieser erhöhte Leidensdruck zu dem Gefühl, dass Maßnahmen zu Therapie und Prävention ihres Gesundheitsproblems sehr wichtig sind.

Eine weitere Ursache könnte in dem Umstand liegen, dass Personen mit hoher bindungsbezogener Angst mehr Schwierigkeiten im Umgang mit der eigenen Erkrankung haben (Kiesewetter et al. 2012). Die Überzeugung, nur geringe Kontrolle über das eigene Leben zu haben, ist häufig anzufinden (Strauß 2006). Eventuell suchen diese Betroffenen daher eher Hilfe von außerhalb und empfinden deshalb die vorgestellten Maßnahmen als wichtiger. Dies wird

unterstützt von der Annahme, dass Menschen mit hoher bindungsbezogener Angst zu Abhängigkeit von anderen Personen neigen. Sie suchen mehr nach Unterstützung durch andere und sind in der Arzt-Patienten-Beziehung meist sehr fordernd (Strauß 2006, Ciechanowski et al. 2002).

Tasca zeigte in einem Review 2018, dass unter Patienten mit hoher bindungsbezogener Angst auch die Abbruchrate bei Therapien geringer ist (Tasca 2018).

Stanton und Campbell untersuchten welchen Zusammenhang es zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit bei Personen mit ängstlichem Bindungstyp gibt (Stanton und Campbell 2014). Für diese Menschen ist die Erfahrung von ausreichender sozialer Unterstützung sehr wichtig, um mit gesundheitlichen Schwierigkeiten umzugehen. Trotz dieser hohen Bedeutsamkeit zeigen viele Menschen mit hoher bindungsbezogener Angst eine einseitige und eher negative Vorstellung von sozialer Unterstützung. Sie erfahren eher wenig soziale Unterstützung. Aus diesem Grund zeigen viele starke Ambitionen Bindungen zu knüpfen, um Aufmerksamkeit, Unterstützung und Fürsorge zu erlangen (Stanton und Campbell 2014). Möglicherweise kann in diesem Kontext auch die hohe Bewertung der vorgestellten Maßnahme als eine Art starker Wunsch nach Unterstützung und Fürsorge durch das Gesundheitssystem angesehen werden. Hierzu passt auch, dass die signifikanten Unterschiede insbesondere in den Bereichen bestehen, in denen es um persönliche Beziehungen geht. So ist den Teilnehmern mit ängstlichem Bindungstyp eine gute Betreuung durch Ärzte und auch in der Psychotherapie besonders wichtig.

Versorgungssituation:

Bezüglich der Versorgungssituation gibt es relativ wenig Unterschiede zwischen Teilnehmern mit hoher bindungsbezogener Angst und Teilnehmern mit geringer bindungsbezogener Angst. Die Teilnehmer mit hoher bindungsbezogener Angst empfinden die Unterstützung durch das soziale Umfeld als signifikant schlechter. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Stanton und Campbell überein, die beschreiben, dass Personen mit ängstlichem Bindungstyp sich durch ihr soziales Umfeld weniger unterstützt fühlen (Stanton und Campbell 2014).

Insgesamt betrachtet unterstützen die vorliegenden Ergebnisse die aktuelle Forschungslage dahingehend, dass Menschen mit hoher bindungsbezogener Angst ein höheres Bedürfnis an Unterstützung haben.

Bindungsbezogene Angst und Binge Eating-Störung:

In den vorliegenden Ergebnissen zeigt sich, dass die bindungsbezogene Angst bei Personen mit BED signifikant höher ist als bei der Gesamtstichprobe ($\bar{X}_{\text{[Gesamt]}} = 19,45$; $\bar{X}_{\text{[BANG]}} = 22,35$; $p = 0,015$).

Diese Ergebnisse decken sich mit denen von Tasca et al. 2014 und Maxwell et al. 2017 (Tasca und Balfour 2014, Maxwell et al. 2017). Es zeigt sich vor allem, dass hohe bindungsbezogene Angst mit schwereren Symptomen einer BED assoziiert ist (Tasca 2018, Tasca und Balfour 2014).

Es wird vermutet, dass die gestörte Emotionsregulation bei Personen mit ängstlichem Bindungstyp dazu führt, dass Essanfälle als Bewältigungsstrategie beim Umgang mit schwierigen emotionalen Situationen genutzt wird (Taube-Schiff et al. 2015, Tasca 2018). Möglicherweise erlernen bereits Kinder mit unsicherer Bindung dieses Verhaltensmuster, wodurch es im weiteren Verlauf zur Entwicklung der Essstörung kommt (Nancarrow et al. 2017).

Ist eine Psychotherapie bei Patienten mit BED und ängstlichem Bindungstyp speziell auf Affektregulation und den Umgang mit zwischenmenschlichen Problemen ausgerichtet, zeigen sich deutlich bessere Ergebnisse (Tasca 2018).

Der Bindungstyp ist folglich wichtig bei der Wahl der geeigneten Therapie von Patienten mit BED.

4.3.5. Einfluss einer bariatrischen Operation

Der Anteil der Teilnehmer mit bereits erfolgter bariatrischer Operation liegt mit 46,4% relativ hoch. Dies ist durch die Rekrutierung in spezifischen Facebook-Gruppen zu erklären.

Bedeutsamkeit:

Auffällig ist, dass die operierten Befragten in allen Bereichen eine höhere Bedeutsamkeit und eine bessere Versorgungssituation wahrnehmen. Es finden sich hierbei zahlreiche signifikante Unterschiede. Hierfür können mehrere Gründe erwogen werden.

In zahlreichen Studien konnte eine deutliche Verbesserung sowohl in der körperlichen Verfassung, als auch in der Lebensqualität von Personen nach bariatrischer Operation festgestellt werden (Engström und Forsberg 2011, Weiner et al. 2003, De Zwaan 2012, Müller et al. 2012). Es kommt zu einer Verbesserung in verschiedenen Lebensbereichen wie Beziehungen und Sexualität (Clark et al. 2014), Zufriedenheit mit dem eigenen Körper (Lin et al. 2015), größeres Selbstbewusstsein und mehr Lebenszufriedenheit (Weiner et al. 2003). Diese vielen positiven Veränderungen führen insgesamt zu einer großen Zufriedenheit bei den Patienten (Engström und Forsberg 2011). Zudem zeigte sich, dass sich sowohl die Häufigkeit als auch das Ausmaß von komorbiden depressiven Störungen nach bariatrischer Operation signifikant reduziert (De Zwaan 2012, Müller et al. 2012). Rydén et al. konnten zeigen, dass Adipöse im Vergleich zur Gesamtpopulation mehr ängstliche und

impulsive Charakterzüge aufweisen. Unter Adipösen, die sich einer Operation unterzogen, waren diese Charakterzüge noch stärker ausgeprägt. Jedoch zeigte sich, dass nach dem Gewichtsverlust nach bariatrischer Operation die ängstlichen Charakterzüge deutlich abnahmen (Rydén et al. 2004). Möglicherweise beeinflusst die Verbesserung des psychischen Zustandes die Wahrnehmung der vorgestellten Maßnahmen bei den Teilnehmern mit bariatrischer Operation.

In der Studie von Engström und Forsberg schildern die Betroffenen vor allem ein großes Gefühl der Kontrolle, nicht nur über ihr Essverhalten, sondern auch über ihr gesamtes Leben (Engström und Forsberg 2011). Vor der Operation waren sie häufig auf Hilfe und Unterstützung angewiesen, was zu einem geringen Selbstwert und einem Abhängigkeitsgefühl führte. Nach der Operation fühlen sich die Befragten in der Lage ihr Leben alleine zu bewältigen, dies gibt ihnen ein gutes Gefühl und motiviert sie für eine anhaltende Gewichtsstabilität. Sie fühlen sich aktiver und können ihre soziale Situation selbst verbessern (Engström und Forsberg 2011).

Auch in der Studie von Hellbardt wurden Patienten nach bariatrischer Operation nach ihren Empfindungen befragt. Sie beschreiben die Operation als Chance für ein neues Leben, für einen Neuanfang. Die Operation ist für viele die einzige effektive Unterstützung in der Gewichtsreduktion. Sie wird als Erleichterung und Rettung empfunden und dient als Motivation, das gesamte Leben zu verändern (Hellbardt 2013).

Die Betroffenen schildern, dass sie die Entscheidung zur Operation nicht bereuen, sondern jederzeit wieder treffen würden (Hellbardt 2013). Sie möchten unter keinen Umständen zu ihrem Leben vor der Operation zurückkehren (Engström und Forsberg 2011).

Alle diese Aspekte zeigen, dass die meisten Menschen nach einer bariatrischen Operation ein sehr positives Lebensgefühl haben und mit den Erfahrungen sehr zufrieden sind. Sie sind überaus dankbar, dass sie diese Chance erhalten haben. Vermutlich beeinflussen diese positiven Ansichten die Wahrnehmung

der vorgestellten Maßnahmen von den Teilnehmern nach bariatrischer Operation. So könnte die Erfahrung, wie viel besser das Leben nach der Gewichtsreduktion erscheint, die Bedeutsamkeit von Therapie- und Präventionsmaßnahmen erhöhen. Diese Annahme wird dadurch unterstützt, dass die Teilnehmer mit bariatrischer Operation die chirurgische Therapie als wichtigste Maßnahme bewerten. Im Vergleich dazu steht die chirurgische Therapie bei Teilnehmern ohne Operation nur an der sechsten Stelle. An zweiter und dritter Stelle stehen für die Teilnehmer mit Operation die Unterstützung durch Krankenkassen und die Betreuung durch den Hausarzt. Beides ist für die Erreichung der Möglichkeit einer bariatrischen Operation entscheidend.

Die hohe Motivation, sowohl die Essgewohnheiten, als auch das den gesamten Lebensstil dauerhaft positiv zu verändern (Hellbardt 2013, Engström und Forsberg 2011), könnte auch die hohe Bedeutsamkeit der konservativen Therapiemaßnahmen erklären.

Versorgungssituation:

In der vorliegenden Studie bewerten die Befragten nach bariatrischer Operation die Versorgungssituation in allen Bereichen als besser. Dies steht im Gegensatz zur Studie von Engström und Forsberg. Hier beschrieben die Teilnehmer eine große Unzufriedenheit mit dem gesamten Gesundheitssystem (Engström und Forsberg 2011). Auch die Befragten von Hellbardt beschreiben, dass sie sich oft nicht ernst genommen fühlten und es an einer Individualisierung der Therapie mangelt. Sie wünschen sich mehr als Mensch akzeptiert zu werden (Hellbardt 2013).

Dieser Unterschied der Studien kann dadurch relativiert werden, dass die Teilnehmer der vorliegenden Studie die Versorgungssituation zwar besser als die Probanden ohne Operation bewerten, jedoch immer noch ein Mangel angegeben wird. Des Weiteren wurde in den Studien von Engström und Forsberg und auch von Hellbardt mehr nach einer Bewertung der Situation vor

der Operation gefragt, wohingegen in dieser Studie nach der aktuellen Wahrnehmung gefragt wurde.

Die bessere Bewertung der Versorgungssituation durch Teilnehmer nach bariatrischer Operation kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass diese ein positives Erlebnis mit dem Gesundheitssystem erfahren haben. Dies kann zu einer größeren Zufriedenheit und dadurch positiveren Bewertung geführt haben.

Auf der anderen Seite ist es aber auch möglich, dass die Teilnehmer tatsächlich vergleichsweise mehr Unterstützung in der Vergangenheit erhalten haben. Der Weg zur bariatrischen Operation enthält mehrere Hürden und ist teilweise eine große psychische Belastung für die Betroffenen (Gregory et al. 2013). Eventuell erreichen mehr Personen mit viel Unterstützung dieses Ziel, als solche mit geringer Hilfe.

Eine weitere Erklärung für die bessere Bewertung der Versorgungssituation ist die oben beschriebene allgemein positivere Sicht von Personen nach bariatrischer Operation.

Insgesamt kann gesagt werden, dass eine bariatrische Operation ein einschneidendes Erlebnis für die Betroffenen darstellt und die Wahrnehmung von Therapieangeboten und Präventionsmaßnahmen signifikant positiv beeinflusst.

4.3.6. Stigmatisierungserfahrungen

Insgesamt 93,7% der Teilnehmer gibt an, jemals Stigmatisierung erfahren zu haben. Puhl et al. gaben 2008 eine Prävalenz der gewichtsbezogenen Stigmatisierung für Menschen mit BMI > 35 kg/m² von 40% an, allerdings ist eine stark steigende Tendenz in den letzten Jahren bekannt (Puhl et al. 2008, Puhl und Heuer 2009). Auch ein Großteil der Teilnehmer hat das Gefühl, dass die gewichtsbezogene Stigmatisierung in unserer Gesellschaft in den letzten Jahren stark zugenommen hat.

Öffentlichkeit:

Am häufigsten wird von den Teilnehmern die Stigmatisierung im öffentlichen Leben angegeben. So fühlen sich zwischen 50 bis 70% beim Einkaufen von Kleidungsstücken, in öffentlichen Einrichtungen, in öffentlichen Verkehrsmitteln, beim Essen gehen und beim Ausüben von sportlichen Tätigkeiten stigmatisiert.

Gesundheitssystem:

Auch durch Gesundheitspersonal erleben die Betroffenen häufig Stigmatisierung. Am häufigsten ist geschieht dies durch Fachärzte und Ärzte im Krankenhaus. Dies deckt sich mit der aktuellen Literatur: Mehr als die Hälfte der Ärzte haben stigmatisierende Ansichten gegenüber adipösen Patienten (Foster et al 2003). Hausärzte, medizinische Fachangestellte und Pflegepersonal werden zwar seltener angegeben, aber immerhin ein Drittel bis ein Viertel der Befragten hat auch durch sie bereits Stigmatisierung erfahren. In der Arbeit von Puhl und Brownell gaben 69% der Teilnehmer an jemals durch Ärzte, 46% durch Krankenschwestern und 21% durch Psychiater diskriminiert worden zu sein (Puhl und Brownell 2006).

Berufsleben:

Im Berufsleben hat fast die Hälfte der Teilnehmer bereits eine Benachteiligung aufgrund des Gewichts bei der Arbeitssuche und bei Vorstellungsgesprächen erfahren. 44% berichten über Stigmatisierung durch Kollegen, 34% durch den Arbeitgeber und 11% fühlen sich bezüglich des Einkommens benachteiligt. Rebecca Puhl und ihr Team hat dieses Umfeld in mehreren Studien untersucht und kommt zu ähnlichen Prävalenzen (Puhl und Brownell 2006, Puhl und Heuer 2009).

Soziales Umfeld:

Auch im sozialen Umfeld von Menschen mit Übergewicht und Adipositas bleibt Stigmatisierung nicht aus. 43% gaben an, bereits durch Eltern und Geschwister stigmatisiert worden zu sein, 40% bei größeren Familienfesten, 36% im Freundeskreis, 22% durch den Partner und 14% durch die eigenen Kinder. Diese Häufigkeiten liegen etwas unterhalb der Beschreibung durch Rebecca Puhl (Puhl et al. 2008, Puhl und Brownell 2006).

Nur 1,6% der Teilnehmer fühlt sich durch die Erfahrung von Stigmatisierung und Diskriminierung nicht belastet. Für fast 60% stellt dies sogar eine extrem starke Belastung dar.

4.3.7. Einfluss von Stigmatisierungserfahrungen

Betrachtet man nun die Auswirkung von Stigmatisierungserfahrungen auf die Wahrnehmung und Bewertung der vorgestellten Maßnahmen, fällt zum einen auf, dass die Teilnehmer mit Stigmatisierungserfahrungen die Bedeutsamkeit in fast allen Bereichen höher empfindet. Bei der Versorgungssituation ergibt sich kein einheitliches Bild; so werden manche Bereiche als besser, manche als schlechter empfunden. Beide Bereiche, Bedeutsamkeit und Versorgungssituation, können so allerdings nur bedingt gewertet werden, da der Anteil an Teilnehmern ohne Stigmatisierungserfahrungen nur bei 6% liegt.

Um die Auswirkung von Stigmatisierungserfahrungen differenzierter beurteilen zu können wurden in einem zweiten Schritt jeweils eine spezielle Stigmatisierungserfahrung und ein passender Bereich untersucht. Hierbei war das Ergebnis einheitlicher und deutlicher.

Wurde in einem Bereich Stigmatisierung erfahren, zum Beispiel durch Eltern und Geschwister, wurde die Bedeutsamkeit von Unterstützung durch das soziale Umfeld durch die Betroffenen als höher eingestuft. Die Versorgungssituation wurde in dem jeweiligen Bereich als schlechter empfunden. Ein Großteil der so berechneten Unterschiede, zwischen

Teilnehmern mit und Teilnehmern ohne Stigmatisierungserfahrung in einem bestimmten Bereich, ist signifikant.

Bedeutsamkeit:

Eine naheliegende Erklärung für diese signifikanten Unterschiede ist möglicherweise, dass die Erfahrung von Stigmatisierung in einem Bereich zu einem stärkeren Wunsch nach Verbesserung der Situation in diesem Bereich führt. Auch Sikorski et al. mutmaßen, dass Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen den Wunsch nach Hilfe und Therapie beeinflusst (Sikorski et al. 2011).

Mehrere Studien konnten bereits zeigen, dass Menschen mit Übergewicht und Adipositas, welche Stigmatisierung erfahren haben, ein höheres Risiko für eine weitere Gewichtszunahme haben (Hansson und Rasmussen 2014, Puhl und Suh 2015, Sutin und Terracciano 2013, Tomiyama 2014). Die Stigmatisierung führt zu einem erhöhten Stresslevel bei den Betroffenen (Tomiyama 2014, Latner et al. 2013). Insgesamt haben die Betroffenen eine geringere körperliche und psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität (Latner et al. 2013), sowie häufiger depressive Störungen, ein niedrigeres Selbstbewusstsein und ein negativeres eigenes Körperbild (Friedman et al. 2005). Häufig haben sie auch ein geringeres Gefühl der Selbstwirksamkeit (Puhl und Suh 2015). Es zeigte sich auch, dass Opfer von Stigmatisierung eher dazu bereit sind risikoreichere Interventionen zu probieren um Gewicht zu verlieren (Puhl und Suh 2015).

Durch die Stigmatisierungserfahrungen erhöht sich insgesamt der Leidensdruck für die Betroffenen eine Lösung für ihr Gewichtsproblem zu finden. Dieser erhöhte Wunsch nach Hilfe, zusammen mit der niedrigeren Selbstwirksamkeit, ist eine mögliche Erklärung für das Empfinden der höheren Bedeutsamkeit der vorgestellten Maßnahmen. Insbesondere auch die Maßnahmen zur Verhältnisprävention sind für die Betroffenen sehr wichtig, da durch eine Veränderung der Wahrnehmung von Übergewicht und Adipositas in der Gesellschaft, möglicherweise auch die Stigmatisierung reduziert werden könnte.

Versorgungssituation:

Gleichzeitig empfinden diese Befragten die Versorgungssituation als schlechter. Übereinstimmend dazu glauben nur 4,2% der Teilnehmer, dass Menschen mit Adipositas in unserem Gesundheitssystem gleich gut behandelt werden. Über die Hälfte hält die Behandlung sogar für sehr viel schlechter. Auch in der Literatur finden sich einige Hinweise, dass die Erfahrung von Stigmatisierung das Verhältnis zu Unterstützung und Therapieangeboten beeinflusst. Besonders häufig ist der Zusammenhang mit sportlicher Betätigung untersucht. Puhl und Suh konnten in ihrem Review zeigen, dass nach negativen Bemerkungen bei der Ausübung von Sport, die Betroffenen deutlich weniger Motivation zeigen. Sie üben weniger Sport aus und haben eher eine schlechtere Einstellung gegenüber Sport (Puhl und Suh 2015). Gudzone et al. fanden in ihrer Studie heraus, dass Adipöse, die durch ihren Hausarzt stigmatisiert worden waren, diesem signifikant weniger vertrauen (Gudzone et al. 2014). Patienten mit Stigmatisierungserfahrungen nehmen außerdem deutlich seltener an präventiven Untersuchungen teil (Mitchell et al. 2008) Alle diese Ergebnisse deuten auf ein Vermeidungsverhalten der Betroffenen hin. Auch in der vorliegenden Studie gaben über die Hälfte der Teilnehmer an, als Reaktion auf Stigmatisierung derartige Situationen zu vermeiden, diese nur hinzunehmen, sich selbst Vorwürfe zu machen und sich sozial zurückzuziehen. Insgesamt unterstützt die vorliegende schlechtere Bewertung der Versorgungssituation die Annahme, dass sich Personen, die Stigmatisierung erfahren haben, weniger unterstützt fühlen.

Zusammenfassend ergibt sich ein negatives Bild. Stigmatisierungserfahrungen werden auch von den Teilnehmern der vorliegenden Studie sehr häufig berichtet und umfassen sämtliche Lebensbereiche der Betroffenen. Sie fühlen sich von Politik, Gesundheitssystem und sozialem Umfeld wenig unterstützt und haben ein sehr großes Bedürfnis nach geeigneten Therapie- und Präventionsmaßnahmen, welche frei von Stigmatisierung sind.

4.4. Einfluss von Adipositas auf die Arbeitszufriedenheit

Um den Zusammenhang zwischen Adipositas und Arbeitszufriedenheit zu untersuchen wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt.

Es zeigte sich, dass durch die 6 gewählten Prädiktoren Depression, bindungsbezogene Angst, Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, Alter und BMI 27,2% der Varianz der Variable „Arbeitsplatz_Bedeutsamkeit“ und 20,7% der Variable „Arbeitsplatz-Versorgungssituation“ aufgeklärt werden.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass Übergewicht und Adipositas einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit haben. Wichtige Faktoren, die hierbei eine Rolle spielen sind: Körpergewicht, Depression, Selbststigmatisierung, bindungsbezogene Angst und Alter.

Faktor „Körpergewicht“:

Der Einfluss des Körpergewichts allein auf die Arbeitszufriedenheit hängt möglicherweise mit der daraus resultierenden körperlichen Beeinträchtigung zusammen. Fast 52% der Teilnehmer gibt an, eine hohe körperliche Belastung durch ihr Körpergewicht zu haben. Nur 0,8% empfinden dies nicht als belastend und nur 2,8% fühlen sich durch ihr Gewicht im Alltag nicht eingeschränkt. Auch Pagan et al. fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigung Adipöser und deren Arbeitszufriedenheit (Pagan et al. 2016). Kim und Han konnten in ihrer Studie einen negativen Zusammenhang zwischen Adipositas und Arbeitszufriedenheit nur bei Frauen feststellen (Kim und Han 2015). Hierzu muss beachtet werden, dass in der vorliegenden Studie fast 92% der Teilnehmer weiblich sind. Daher sind deren Ergebnisse und die der vorliegenden Arbeit nicht widersprüchlich.

Faktor „Depression“:

Neben dem Körpergewicht allein hat auch die depressive Störung einen wichtigen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Studie von Lam et al. (Lam et al. 2012).

Dieser Einfluss kann durch verschiedene Faktoren begründet werden. So beschreiben Judge und Bono Selbstwertgefühl als einen wichtigen persönlichen Faktor für die Arbeitszufriedenheit (Judge und Bono 2011). Viele Menschen mit depressiver Störung haben eher ein geringes Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl (Markowitz et al. 2008). Eine weitere Erklärung stellt auch in diesem Zusammenhang das Modell der dysfunktionalen Kognition nach Beck dar. Es beschreibt unter anderem, dass Depressive zu einer negativeren Wahrnehmung ihrer Umwelt neigen (Wittchen und Hoyer 2011).

Faktor „Selbststigmatisierung“:

Selbststigmatisierung spielt in der vorliegenden Arbeit auch eine Rolle in der Erklärung des Einflusses von Adipositas auf die Arbeitszufriedenheit. Hierzu gibt es keine vergleichbaren Studien in der Literatur. Mechanismen, über die Selbststigmatisierung auf Arbeitszufriedenheit wirken kann, sind ein erhöhtes allgemeines Stresslevel, eine geringere Lebensqualität und ein geringeres Selbstwertgefühl (Latner et al. 2013). Dadurch hat Selbststigmatisierung Einfluss auf einen persönlichen Faktor für Arbeitszufriedenheit (Judge und Bono 2011).

Faktor „bindungsbezogene Angst“:

Bindungsbezogene Angst hat einen signifikanten Anteil an der Varianzerklärung. Auch Krausz et al. fanden den unsicheren Bindungstyp im Allgemeinen und den ängstlichen Bindungstyp im speziellen mit einer signifikant geringeren Arbeitszufriedenheit verbunden (Krausz et al. 2001).

Bindungsbezogene Angst kann auf verschiedenen Ebenen die Wahrnehmung von Arbeitszufriedenheit beeinflussen. Neben dem vermehrten Auftreten von

geringem Selbstwertgefühl (Bartholomew und Horowitz 1991), finden sich bei Personen mit ängstlichem Bindungstyp noch weitere, von Judge und Bono beschriebene Persönlichkeitsfaktoren (Judge und Bono 2011). So neigen diese Personen zu Problemen mit der Regulation ihrer Emotionen und zeigen eine emotionale Instabilität (Nancarrow et al. 2017). Des Weiteren zeigen sie häufiger das Gefühl, wenig Kontrolle über das eigene Leben zu haben (Strauß 2006). Auch Probleme im zwischenmenschlichen Bereich, wie die starke Abhängigkeit von anderen Personen (Bartholomew und Horowitz 1991) und das Gefühl von geringer sozialer Unterstützung (Stanton und Campbell 2014), können die Arbeitszufriedenheit beeinflussen (Kauffeld 2011).

Faktor „Alter“:

Als weiterer Faktor mit Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit findet sich das Alter. In der Literatur konnten Studien einen Effekt von Alter auf die Arbeitszufriedenheit finden, allerdings zeigt sich dieser Effekt nicht einheitlich (Bernal et al. 1998, Takahara 2014). Auch Pagan et al. untersuchten die Arbeitszufriedenheit speziell bei älteren Menschen mit Adipositas und fanden hier einen signifikanten Einfluss. Zwar fanden sie, dass Adipositas die Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst, allerdings fand sich unter den adipösen Arbeitnehmern ein negativer Einfluss durch körperliche Beeinträchtigungen (Pagan et al. 2016). Möglicherweise spielt das Alter vor allem durch vermehrte körperliche Beeinträchtigungen und somatische Komorbiditäten bei Adipositas eine Rolle für die Arbeitszufriedenheit.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Rahmen der vorliegenden Ergebnisse ein Einfluss von Adipositas auf die Arbeitszufriedenheit angenommen werden kann. Dieser besteht nicht allein aufgrund des Körpergewichts, sondern auch durch adipositasbedingte Mitfaktoren.

Um vermehrte Fehlzeiten und verminderte Produktivität von Adipösen (Shrestha et al. 2016, Borak 2011) zu reduzieren, sollte versucht werden die Arbeitszufriedenheit adipöser Arbeitnehmer zu erhöhen. Da nicht nur die direkte körperliche Beeinträchtigung durch das Körpergewicht eine Rolle spielt, sollten

die Arbeitnehmer gezielt nach Wünschen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen gefragt werden. Eine Anpassung der Aufgaben an die individuelle Leistungsfähigkeit, sowie Unterstützung durch den Arbeitgeber scheinen wichtige Aspekte für die Betroffenen zu sein.

4.5. Stärken und Limitationen der Studie

Die vorliegende Arbeit ist die erste Studie, die so differenziert die Ansichten von Menschen mit Übergewicht und Adipositas zu zahlreichen Therapie- und Präventionsmaßnahmen erfasst und diese auch im Zusammenhang mit zusätzlich erfassten depressiven Störungen, Migrationshintergrund, Essstörung, Bindungsverhalten und Stigmatisierungserfahrungen bewertet. Da diese Studie im Rahmen der Versorgungsforschung zu sehen ist, liegt hierin die größte Stärke der Studie.

Die Teilnehmergruppe ist teilweise inhomogen. So sind 92% der Teilnehmer weiblich und auch der Anteil an Befragten mit erfolgter bariatrischer Operation ist mit 46,4% sehr hoch. Dadurch ergibt sich nur eine eingeschränkte Repräsentativität der Studie. Beide Faktoren könnten in Folgestudien durch eine gezielte Rekrutierung reduziert werden.

Da die Rekrutierung zum größten Teil online erfolgte, ergibt sich auch hieraus eine Einschränkung in der Repräsentativität. Es handelt sich vor allem um jüngere Probanden. Nur Personen mit Internetzugang und den notwendigen Fertigkeiten konnten an der Umfrage teilnehmen.

Bei der Beurteilung des Einflusses von Adipositas auf Arbeitszufriedenheit wurden die Teilnehmer nicht direkt nach ihrer Zufriedenheit mit ihrer Arbeit befragt, sondern die Bewertungen aus dem Bereich Arbeitsplatz verwendet.

4.5. Schlussfolgerungen

Für die befragten Menschen mit Übergewicht und Adipositas sind geeignete Therapiemaßnahmen enorm wichtig. Am wichtigsten sind ein vertrauensvolles Verhältnis zum Hausarzt, spezielle Sportangebote, Unterstützung der

Krankenkassen und bariatrische Operationen. Auch die vorgestellten Präventionsmaßnahmen sind sehr wichtig für die Betroffenen. Für sie stehen hierbei verhältnispräventive Maßnahmen und die Vermittlung von Wissen im Vordergrund. Sowohl im Therapie-, als auch im präventiven Bereich besteht für die Betroffenen eine ungenügende Versorgungssituation.

Insgesamt können bisherige Therapie- und Präventionsmaßnahmen als richtig und wichtig eingestuft werden. Aus Sicht der Betroffenen sind sie der richtige Weg im Umgang mit Übergewicht und Adipositas. Allerdings besteht eine empfundene deutliche Unterversorgung in nahezu allen Bereichen. Für die erfolgreiche Reduktion der Adipositasprävalenz ist es demnach entscheidend, das Angebot von Therapiemaßnahmen zu vergrößern, Hürden zur Erlangung von Unterstützung abzubauen und besonders den verhältnispräventiven Ansatz auszubauen. Da zahlreiche individuelle Faktoren, wie zum Beispiel eine depressive Störung, Einfluss auf die Bedürfnisse von Menschen mit Adipositas haben, sollte hierauf ein größeres Augenmerk gelegt werden. Sowohl in der Diagnostik, wie auch in Therapie und Langzeitbetreuung. Solche Patienten benötigen gegebenenfalls noch mehr Unterstützung.

Insgesamt sollte versucht werden, die Therapie individuell zu gestalten und den Menschen im Mittelpunkt zu sehen.

Für eine erfolgreiche Reduktion der Adipositasprävalenz ist zudem der Abbau von Stigmatisierung sehr wichtig.

Es konnte gezeigt werden, dass Adipositas auch einen Einfluss auf Arbeitszufriedenheit hat. Um erhöhte Fehlzeiten und verminderte Produktivität von adipösen Arbeitnehmern zu reduzieren, sollte versucht werden, die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen.

5. Zusammenfassung

Übergewicht und Adipositas sind ein zunehmendes Problem in unserer Gesellschaft. Obwohl seit mehreren Jahren international und national diverse Strategien entwickelt wurden, um die Adipositasprävalenz zu senken, sind keine Erfolge zu verzeichnen, sie hat hingegen noch weiter zugenommen.

Die Datenlage zur Bewertung von Therapie- und Präventionsmaßnahmen durch die Betroffenen selbst, ist bisher sehr limitiert. In dieser Dissertation wurden 232 Menschen mit Übergewicht oder Adipositas zu ihrer Wahrnehmung der Versorgungssituation in Deutschland und zur Bewertung zahlreicher Therapie- und Präventionsmöglichkeiten befragt. Zusätzlich dazu wurden weitere Faktoren wie depressive Störungen, BED, Bindungstyp, demographische Daten, Migrationshintergrund und Stigmatisierungserfahrungen erfasst.

Alle vorgestellten Bereiche sowohl von Therapie- als auch von Präventionsmaßnahmen wurden durch die Befragten als sehr wichtig bewertet. Am wichtigsten sind eine gute Betreuung durch den Hausarzt, Unterstützung durch die Krankenkassen und die chirurgische Therapie. Präventiv steht für die Betroffenen vor allem die Verhältnisprävention im Vordergrund.

Die Versorgungssituation wird dagegen von den Betroffenen in allen Bereichen als nicht befriedigend wahrgenommen. Insbesondere Präventionsmaßnahmen sind nicht ausreichend vorhanden.

Mehrere individuelle Faktoren beeinflussen zudem die Wahrnehmung der vorgestellten Maßnahmen.

Personen mit depressiven Erkrankungen bewerten die Bedeutsamkeit der vorgestellten Therapie- und Präventionsmaßnahmen tendenziell als wichtiger, die Versorgungssituation dagegen als schlechter. Um diesem Effekt entgegen zu wirken, wäre es wichtig, die Betroffenen noch stärker dabei zu unterstützen, geeignete Therapiemaßnahmen zu erhalten.

Die geringe Diagnostik- und Therapierate bei Binge-Eating-Störung spiegelt sich in der schlechteren Bewertung der Versorgungssituation durch die Teilnehmer mit BED wieder.

Personen mit hoher bindungsbezogener Angst haben eher mehr Schwierigkeiten mit dem Umgang mit der eigenen Erkrankung, weshalb diese daher eher Hilfe von außerhalb suchen und möglicherweise deshalb die vorgestellten Maßnahmen als wichtiger empfinden. So bestehen signifikante Unterschiede insbesondere in den Bereichen, in denen es um persönliche Beziehungen geht.

Durch die Teilnehmer mit stattgehabter bariatrischer Operation wird eine höhere Bedeutung der Therapie- und Präventionsmaßnahmen empfunden. Bei diesen Personen zeigen sich insgesamt eine größere Zufriedenheit, sowie ein Gefühl der Kontrolle. Zudem führt das positive Erlebnis mit dem Gesundheitssystem zu einer besseren Wahrnehmung der Versorgungssituation.

Stigmatisierungserfahrungen führen zu einem stärkeren Wunsch nach Verbesserung der Situation und dadurch zu einer höheren Bewertung der Bedeutsamkeit. Vor allem Maßnahmen der Verhältnisprävention, die möglicherweise Stigmatisierung reduzieren, werden als sehr wichtig empfunden. Gleichzeitig fühlen sich Personen mit Stigmatisierungserfahrungen weniger unterstützt und bewerten die Versorgungssituation als schlechter.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen ein umfassendes und vielschichtiges Bild aus Sicht der Betroffenen. Es wird deutlich, dass bisherige Therapie- und Präventionsmöglichkeiten eine hohe Bedeutung für die Betroffenen haben, aber noch weiter ausgebaut werden sollten.

Adipositas beeinflusst auch die Arbeitszufriedenheit. Hierbei haben neben dem reinen Körpergewicht auch die moderierenden Faktoren depressive Erkrankung, Selbststigmatisierung, ängstlicher Bindungstyp und Alter einen Einfluss. Um vermehrte Fehlzeiten und geringere Produktivitätsraten von Menschen mit Adipositas zu reduzieren, sollte auch versucht werden, deren Arbeitszufriedenheit zu steigern.

Literaturverzeichnis

Andersen RE, Wadden TA, Bartlett SJ, Zemel B, Verde TJ, Franckowiak SC (1999) Effects of lifestyle activity vs structured aerobic exercise in obese women: a randomized trial. *JAMA* Vol. 281, No. 4: 335-340.

Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, Ramirez G, Kahwati LC, Johnson DB, Buchanan LR, Archer WR, Chattopadhyay S, Kalra GP, Katz DL (2009) The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med* Vol. 37, No. 4: 340-357.

Bartholomew K, Horowitz LM (1991) Attachment styles among young adults: A test of four-category model. *J Pers Soc Psychol* Vol. 61, No. 2: 226-244.
Baum CL, Ford WF (2004) The wage effects of obesity: a longitudinal study. *Health Econ* Vol. 13: 885-899.

Bernal D, Snyder D, McDaniel M (1998) The Age and Job Satisfaction Relationship: Does its Shape and Strength Still Evade Us?. *The Journals of Gerontology: Series B*, Vol. 53B, No. 5: 287-293.

Borak J (2011) Obesity and the workplace. *Occup Med* Vol. 61, No. 4: 220-222.

Brenk-Franz K, Ehrental J, Freund T, Schneider N, Strauß B, Tiesler F, Schauenburg H, Gensichen J (2018) Evaluation of the short form of „Experience in close Relationships“ (Revised, German Version „ECR-RD12“) – A tool to measure adult attachment in primary care. *PLoS One* Vol. 13, No. 1.

Brennan KA, Clark CL, Shaver PR (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.

Brochu PM, Pearls RL, Puhl RM, Brownell KD (2014) Do media portrayals of obesity influence support for weight-related medical policy? *Health Psychol* Vol. 33, No. 2: 197-200.

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Bundesministerium für Gesundheit (2014) *IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung*.

Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U (2013) Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 2013, 56: 733-739, DOI 10.1007/s00103-013-1688-3, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Christou NV, Sampalis JS, Liberman M, Look D, Auger S, McLean AP, MacLean LD (2004) Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Ann Surg* Vol. 240, No. 3: 416-423.

Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE (2002) Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med* Vol. 64: 660-667.

Clark JE (2015) Diet, exercise or diet with exercise: comparing the effectiveness of treatment options for weight-loss and changes in fitness for adults (18-65 years old) who are overfat, or obese; systematic review and meta-analysis. *J Diabetes Metab Disord* Vol. 14, No. 31.

Clark SM, Saules KK, Schuh LM, Stote J, Creel DB (2014) Associations between relationships stability, relationship quality, and weight loss outcomes among bariatric surgery patients. *Eat Behav* Vol. 15, No. 4: 670-672.

Curioni CC, Lourenco PM (2005) Long-term weight loss after diet and exercise: a systematic review. *Int J Obes* Vol. 29, No. 10: 1168-1174.

De Zwaan M (2012) Könnten operative Eingriffe die Psychopathologie langfristig besser beeinflussen als evidenzbasierte Psychotherapie? Pro und Contra bariatrischer Chirurgie in der Adipositasbehandlung. *Verhaltenstherapie* Vol. 22: 199-203.

De Zwaan M, Friederich HC (2006) Binge Eating Störung. *Ther Umsch* Band 63, Heft 8: 529-533.

Delavari M, Sønderlund AL, Swinburn B, Mellor D, Renzaho A (2013) Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries – a systematic review. *BMC Public Health* Vol. 13: 458.

Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. (2014) Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. Version 2.0, April 2014.

Ehrenthal JC, Dinger U, Lamla A, Funken B, Schauenburg H (2009) Evaluation der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens „Experiences in Close Relationships – Revised“ (ECR-RD). *Psychother Psychosom Med Psychol* Vol. 59 No. 6: 215-223.

Eknoyan G (2008) Adolphe Quetelet (1796-1874) – the average man and indices of obesity. *Nephrol Dial Transplant* No. 23: 47-51.

Engström M, Forsberg A (2011) Wishing for deburdening through a sustainable control after bariatric surgery. *Int J Qual Stud Health Well-being* Vol. 6, No. 1.

Fichter MM, Elton M, Engel K, Meyer A-E, Mall H, Poustka F (1991) Structured Interview for Anorexia and Bulimia Nervosa (SIAB). Development of a New Instrument for the Assessment of Eating Disorders. *Int J Eat Disord* Vol. 10 No. 5: 571-592.

Fichter MM, Herpertz S, Quadflieg N, Herpertz-Dahlmann B (1998) Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders for DSM-IV and ICD-10: Update (Third) Revision. *Int J Eat Disord* Vol. 24 No. 3: 227-249.
Fichter MM, Quadflieg N (2000) Comparing self- and expert rating: A self-report screening version (SIAB-S) of the structured interview for anorexic and bulimic syndromes for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* Vol. 250 No. 4: 175-185.

Fichter MM, Quadflieg N (2001) Das Strukturierte Interview für Anorektische und Bulimische Ess-Störungen nach DSM IV und ICD-10 zur Expertenbeurteilung (SIAB-EX) und dazugehöriger Fragebogen zur Selbsteinschätzung (SIAB-S). *Verhaltenstherapie* Vol. 11: 314-325.

Foster GD, Sherman S, Borradaile KE, Grundy KM, Vander Veur SS, Nachmani J, Krapyn A, Kumanyika S, Shults J (2008) A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. *Pediatrics* Vol. 121, No. 4: 794-802.

Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, Kessler A (2003) Primary care physicians' attitude about obesity and its treatment. *Obes Res* Vol. 11, No. 10: 1168-1177.

Fraley RC, Shaver PR (2000) Adult Romantic Attachment: Theoretical Developments, Emerging Controversies, and Unanswered Questions. *Review of General Psychology*, Vol. 4, No. 2: 132-154.

Fraley RC, Waller NG, Brennan KA (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* Vol. 78 No. 2: 350-365.

Friedman KE, Reichmann SK, Constanzo PR, Zelli A, Ashmore JA, Musante GJ (2005) Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults. *Obes Res* Vol. 13: 907-916.

Garip G, Yardley L (2011) A synthesis of qualitative research on overweight and obese people's views and experiences of weight management. *Clin Obes* Vol. 1: 110-126.

Giel KE, Teufel M, Junne F, Zipfel S, Schag K (2017) Food-Related Impulsivity in Obesity and Binge Eating Disorder – A Systematic Update of the Evidence. *Nutrients* Vol. 9, No. 11.

Giel KE, Thiel A, Teufel M, Mayer J, Zipfel S (2010) Weight bias in work settings – a qualitative review. *Obes Facts* Vol. 3, No. 1: 33-40.

Giel KE, Zipfel S, Alizadeh M, Schäffeler N, Zahn C, Wessel D, Hesse FW, Thiel S, Thiel A (2012) Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: an experimental study. *BMC Public Health* Vol. 12, No. 525.

Göbber J, Pfeiffer W, Winkler M, Kobelt A, Petermann F (2010) Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. *Z Psychiatr Psychol Psychother* Vol. 58, No. 3: 181-187.

Goel MS, McCarthy EP, Phillips RS, Wee CC (2004) Obesity among US immigrant subgroups by duration of residence. *JAMA* Vol. 292, No. 23: 2860-2867.

Greenberg BS, Eastin M, Hofshire L, Lachlan K, Brownell KD (2003) The portrayal of overweight and obese persons in commercial television. *Am J Public Health* Vol. 93, No. 8: 1342-1348.

Gregory DM, Temple Newhook J, Twells LK (2013) *Int J Equity Health* Vol. 12, No. 86: 1-11.

Griffin DW, Bartholomew K (1994) Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* Vol. 67, No. 3: 430-445.

Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR (2007) Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiat* Vol. 48, No. 2: 124-131.

Gudzune KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN (2014) Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Educ Couns* Vol. 97, No. 1: 128-131.

Hagen K (2010) Nutritional Information: Traffic Light Labelling Is the Best Way to reach Consumers. *Weekly Report* Vol. 6, No. 19: 141-151.

Hansson LM, Rasmussen F (2014) Association between perceived health care stigmatization and BMI change. *Obes Facts* Vol. 7, No. 3: 211-220.

Harrison K (2000) Television viewing, fat stereotyping, body shape standards, and eating disorder symptomatology in grade school children. *Commun Res* Vol. 27: 617-640.

Hauner H, Müller MJ, Stumvoll M, Ried J, Hebebrand J (2012) Roadmap für Maßnahmen gegen Adipositas in Deutschland. Ein Strategiepapier der Nationalen Adipositas-Allianz. Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie Vol. 6, No. 2: 119-122.

Hellbardt M (2013) Entscheidungsfindung für einen bariatrischen Eingriff – Qualitative Befragung adipöser Patienten. Aktuel Ernährungsmed Vol. 38, No. 3: 188-194.

Heuft G, Senf W, Bell K, Cording C, Geyer M, Janssen PJ, Lamprecht F, Meermann R, Strauß B, Wirsching M (1998) PsyBaDo. Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychotherapie. Psychotherapeut 43: 48-52.

Holzapfel C, PlacHTA-Danielzik S, Hilbert A, Wabitsch M, Müller MJ, Hauner H (2014) Therapie der Adipositas in Deutschland. Möglichkeiten und Grenzen von der Diagnostik bis zur Kostenübernahme. Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie Vol. 8, No. 3: 119-125.

Hung LS, Tidwell DK, Hall ME, Lee ML, Briley CA, Hunt BP (2015) A meta-analysis of school-based obesity prevention programs demonstrates limited efficacy of decreasing childhood obesity. Nutr Res Vol. 35, No. 3: 229-240.

Johns DJ, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, Aveyard P, Behavioural Weight Management Review Group (2014) Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparison. J Acad Nutr Diet Vol. 114, No. 10: 1557-1568.

Jones N, Furlanetto DLC, Jackson JA, Kinn S (2007) An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. J Hum Nutr Diet, Vol. 20: 486-494.

Jordan S, von der Lippe E (2013) Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz Vol. 5, No. 6: 878-884.

Judge TA, Bono JE (2001) Relationship of core self-evaluations traits – self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability – with job satisfaction and job performance: a meta-analysis. J Appl Psychol Vol. 86, No. 1: 80-92.

Kahl H, Hölling H, Kamtsiuris P (1999) Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2: 163-168. Georg Thieme Verlag Stuttgart.

- Kauffeld S, Schermuly CC (2011) Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie. Springer Medizin Verlag Heidelberg, DOI 10.1007/978-3-642-16999-1_10: 179-194.
- Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, De Girolamo G, De Graaf R, Maria Haro J, Kovess-Masfety V, O'Neill S, Posada-Villa J, Sasu C, Scott K, Viana MC, Xavier M (2013) The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* Vol. 73, Issue 9: 904-914.
- Kiesewetter S, Köpsel A, Mai K, Stroux A, Bobbert T, Spranger J, Köpp W, Deter HC, Kallenbach-Dermutz B (2012) Attachment style contributes to the outcome of a multimodal lifestyle intervention. *Biopsychosoc Med* Vol. 6, No.3: 1-5.
- Kiesewetter S, Köpsel A, Pfeiffer AF, Köpp W, Kastner S, Orth-Gomér K, Deter HC (2014) Interpersonelle Muster bei Adipositaspatienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* Vol. 64, No. 7: 260-267.
- Kim TH, Han E (2015) Impact of body mass on job quality. *Econ Hum Biol*, doi: 10.1016/j.ehb.2015.02.003: 75-85.
- Klein H, Shiffman KS (2006) Messages about physical attractiveness in animated cartoons. *Body Image* Vol. 3, No. 4: 353-363.
- Klein S, Krupka S, Behrendt S, Pulst A, Beß HH (2016) Weißbuch Adipositas. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Kliche T, Mann R (2008) Die Qualität der Versorgungsangebote für adipöse Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* Vol. 51, No. 6: 646-656.
- Korczak D, Kister C (2013): Wirksamkeit von Diäten zur nachhaltigen Gewichtsreduktion bei Übergewicht und Adipositas. *Schriftenreihe Health Technology Assessment*, Bd. 127. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- Kornstein SG (2017) Epidemiology and Recognition of Binge-Eating Disorder in Psychiatry and Primary Care. *J Clin Psychiatry* Vol. 78, Suppl. 1: 3-8.
- Kornstein SG, Kunovac JL, Herman BK, Culpepper L (2016) Recognizing Binge-Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord* Vol. 18, No. 3.
- Krausz M, Bizman A, Braslavsky D (2001) Effects of Attachment Style on Preferences for and Satisfaction with Different Employment Contracts: An Exploratory Study. *Journal of Business and Psychology* Vol. 16, No. 2: 299-316.

Lam RW, Wolinsky D, Kinsella C, Woo C, Cayley PM, Walker AB (2012) The prevalence and impact of depression in self-referred clients attending an employee assistance program. *J Occup Environ Med* Vol. 54, No. 11: 1395-1399.

Langeveld M, DeVries JH (2015) The long-term effect of energy restricted diets for treating obesity. *Obesity* Vol. 23, No. 8: 1529-1538.

Latner JD, Durso LE, Mond JM (2013) Health and health-related quality of life among treatment-seeking overweight and obese adults: associations with internalized weight bias. *J Eat Disord* Vol. 1, No. 3: 1-6.

Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE (2015) Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity – a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* Vol. 49: 125-134.

Lillis J, Kendra KE (2014) Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, Evidence, and future directions. *Journal of contextual behavioral science* Vol. 3, No. 1: 1-7.

Lin WL, Su SF, Lee WJ, Lee CH (2015) The influence of bariatric surgery on body image in obesity patients. *Hu Li Za Zhi* Vol. 62, No. 1: 50-57.

Löwe B, Gräfe K, Zipfel S, Witte S, Loerch B, Herzog W (2004) Diagnosing ICD-10 Depressive Episodes: Superior Criterion Validity of the Patient Health Questionnaire. *Psychother Psychosom* 73: 386-390.

Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W (2002) Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Manual und Testunterlagen. Pfizer Karlsruhe, 2. Auflage: 4-11.

Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Pennin BW, Zitman FG (2010) Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* Vol. 67, No. 3: 220-229.

Maras D, Obeid N, Flament M, Buchholz A, Henderson KA, Gick M, Goldfield GS (2016) Attachment Style and Obesity: Disordered Eating Behaviors as a Mediator in a Community Sample of Canadian Youth. *J Dev Behav Padiatr* Vol. 37, No. 9: 762-770.

Markowitz S, Friedman MA, Arent SM (2008) Understanding the Relation Between Obesity and Depression: Causal Mechanisms and Implications for Treatment. *Clin Psychol-Sci Pr* Vol. 15: 1-20.

Maxwell H, Tasca GA, Grenon R, Ritchie K, Bissada H, Balfour L (2017) Change in attachment states of mind of women with binge-eating disorder. *Clin Psychol Psychother* Vol. 24, No. 6: 1292-1303.

McGuire MT, Wing RR, Klem ML, Lang W, Hill JO (1999) What predicts weight regain in a group of successful weight losers?. *J Consult Clin Psychol* Vol. 67, No. 2: 177-185.

Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T, Scheidt-Nave C (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 5/6 2013: 786-794, DOI 10.1007/s00103-012-1656-3, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, Guidone C, Laconelli A, Nanni G, Castagneto M, Bornstein SR, Rubino F (2015) Bariatric-metabolic surgery versus conventional medical treatment in obese patients with type 2 diabetes: 5 year follow-up of an open-label, single-centre, randomised controlled trial. *Lancet* Vol. 386: 964-973.

Mitchell JE, Padwal RS, Chuck AW, Klarenbach SW (2008) Cancer screening among the overweight and obese in Canada. *Am J Prev Med* Vol. 35, No. 2: 127-132.

Moffitt R, Haynes A, Mohr P (2015) Treatment beliefs and preferences for psychological therapies for weight management. *J Clin Psychol* Vol. 71, No. 6: 584-596.

Mühlbacher A, Bethge S (2013) Preferences of overweight and obese patients for weight loss programmes: a discrete-choice experiment. *Int J Integr Care* Vol. 13: 1-12.

Müller A, Herpertz S, De Zwaan M (2012) Psychosomatische Aspekte der Adipositaschirurgie. *Psychother Psych Med* Vol. 62, No. 12: 473-480.

Nancarrow A, Hollywood A, Ogden J, Hashemi M (2017) The Role of Attachment in Body Weight and Weight Loss in Bariatric Patients. *Obes Surg*: 1-5.

Nguyen HH, Smith C, Reynolds GL, Freshman B (2015) The effect of acculturation on obesity among foreignborn Asians residing in the United States. *J Immigr Minor Health* Vol. 17, No. 2: 389-399.

Nolting HD, Krupka S; Sydow H, Tisch T (2016) Versorgungsreport Adipositas. Chancen für mehr Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung Band 15, DAK-Gesundheit, Hamburg. medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg.

Ogden J, Bandara I, Cohen H, Farmer D, Hardie J, Minas H, Moore J, Qureshi S, Walter F, Whitehead MA (2001) General practitioners` and patients` models of obesity: whose problem is it? *Patient Educ Couns* Vol. 44, No. 3: 227-233.

Pagan R, de Haro CO, Sánchez CR (2016) Obesity, job satisfaction and disability at older ages in Europe. *Econ Hum Biol*, doi: 10.1016/j.ehb.2015.10.001: 42-54.

Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, Qizilbash N, Collins R, Peto R (2009) Body-mass index and cause specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet* Vol. 373, Issue 9669: 1083-1096.

Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD (2008) Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes* Vol. 32, No. 6: 992-1000.

Puhl RM, Brownell KD (2001) Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res* Vol. 1, No. 9: 788-905.

Puhl RM, Brownell KD (2006) Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity* Vol. 14: 1802-1815.

Puhl RM, Heuer CA (2009) The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity* Vol. 17, No. 5: 941-964.

Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD (2008) Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Educ Res* Vol. 23, No. 2: 347-358.

Puhl RM, Suh Y (2015) Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Curr Obes Rep* Vol. 4, No. 2: 182-90.

Robert Koch-Institut (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kapitel 3.5 Migration: 176-183. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

Ross Middleton KM, Patidar SM, Perri MG (2012) The impact of extended care on the longterm maintenance of weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* Vol. 13, No. 6: 509-517.

Rydén A, Sullivan M, Torgerson JS, Karlsson J, Lindroos Ak, Taft C (2004) A comparative controlled study of personality in severe obesity: a 2-y follow-up after intervention. *Int J Obes Relat Metab Disord* Vol. 28, No. 11: 1485-1493.

Schag K, Teufel M, Junne F, Preissl H, Hautzinger M, Zipfel S, Giel KE (2013) Impulsivity in binge eating disorder: food cues elicit increased reward responses and disinhibition. *PLoS One* Vol. 8, No. 10.

Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R, Lange C (2017) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* Vol. 2 No. 2: 21-28.

Shakory S, Van Exan J, Mills JS, Sockalingam S, Keating L, Taube-Schiff M (2015) Binge eating in bariatric surgery candidates: The role of insecure attachment and emotion regulation. *Appetite* Vol. 91: 69-75.

Shaw K, O'Rourke P, Del MC, Kenardy J (2005) Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* Vol. 2.

Shrestha N, Pedisic Z, Neil-Sztramko S, Kukkonen-Harjula KT, Hermans V (2016) The Impact of Obesity in the Workplace: a Review of Contributing Factors, Consequences and Potential Solutions. *Curr Obes Rep* Vol. 5, No. 3: 344-360.

Sibley CG, Fischer R, Liu JH (2005). Reliability and Validity of the Revised Experiences in Close Relationships (ECR-R) Self Report Measure of Adult Romantic Attachment. *Pers Soc Psychol Bull* Vol. 31 No. 11: 1524-1536.

Sikorski C, Luppä M, Kaiser M, Glaesmer H, Schomerus G, König HH, Riedel-Heller SG (2011) The stigma of obesity in the general public and its implications for public health – a systematic review. *BMC Public Health* Vol. 11. doi: 10.1186/1471-2458-11-661.

Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, Dahlgren S, Larsson B, Narbro K, Sjostrom CD, Sullivan M, Wedel H, Swedish Obese Subjects Study Scientific G (2004): Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *The New England journal of medicine* Vol. 351, No. 26: 2683-2693.

Söderlund A, Fischer A, Johansson T (2009) Physical activity, diet and behavior modification in the treatment of overweight and obese adults: a systematic review. *Perspect Public Health* Vol. 129, No. 3: 132-142.

Spalholz J, Pabst A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C (2016) Coping with perceived weight discrimination: testing a theoretical model for examining the relationship between perceived weight discrimination and depressive symptoms in a representative sample of individuals with obesity. *Int J Obes (Lond)* Vol. 40, No. 12: 1915-1921.

Spangler G, Zimmermann P (1995) Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung. Klett-Cotta-Verlag, 5. Auflage: 27-45.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB (1999) Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA* Vol. 282 No. 18: 1737-1744.

Stanton SC, Campbell L (2014) Perceived social support moderates the link between attachment anxiety and health outcomes. *PLoS One* No. 15, Vol. 4.

Statistisches Bundesamt (2001) Mikrozensus April 1999 – Körpermaße. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2014) Mikrozensus Fragen zur Gesundheit – Körpermaße der Bevölkerung 2013. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Fachserie 1, Reihe 2.2. Destatis, Wiesbaden.

Strauß B (2006) Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut* Vol. 51, No. 1: 5-14.

Sutherland LA, Kaley LA, Fischer L (2010) Guiding stars: the effect of a nutrition navigation program on consumer purchases at the supermarket. *Am J Clin Nutr* Vol. 91, No. 4: 1090-1094.

Sutin AR, Terracciano A (2013) Perceived weight discrimination and obesity. *PLoS One* Vol. 8, No. 7: 1-4.

Takahara R (2014) Age-job satisfaction relationship for Japanese public school teachers: a comparison of teachers' labor union members and professional and technical employee members of private company labor unions. *Sangyo Eiseigaku Zasshi* Vol. 56, No. 4: 91-101.

Tasca GA (2018) Attachment and eating disorders: a research update. *Curr Opin Psychol* Vol. 16, No. 25: 59-64.

Tasca GA, Balfour L (2014) Attachment and eating disorders: a review of current research. *Int J Eat Disord* Vol. 47, No. 7: 710-717.

Taube-Schiff M, Van Exan J, Tanaka R, Wnuk S, Hawa R, Sockalingam S (2015) Attachment style and emotional eating in bariatric surgery candidates: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Eat Behav* Vol. 18: 36-40.

Thomas JG, Bond DS, Phelan S, Hill JO, Wing RR (2014) Weight-loss maintenance for 10 years in the National Weight Control Registry. *Am J Prev Med* Vol. 46, No. 1: 17-23.

Thomas SL, Lewis S, Hyde J, Castle D, Komesaroff P (2010) "The solution needs to be complex." Obese adults' attitudes about the effectiveness of individual and population based interventions for obesity. *BMC Public Health* Vol. 10, No. 420: 1-9.

Thormann J, Chittka T, Minkwitz J, Kluge M, Himmerich H (2013) Adipositas und Depression: eine Übersicht über die vielschichtigen Zusammenhänge zweier Volkserkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* Vol. 81: 145-153.

Tomiyama AJ (2014) Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/ Weight-Based Stigma model. *Appetite* Vol. 82: 8-15.

Verweij LM, Coffeng J, van MW, Proper KI (2011) Meta-analyses of workplace physical activity and dietary behavior interventions on weight outcomes. *Obes Rev* Vol. 12, No. 6: 406-429.

Veugelers PJ, Fitzgerald AL (2005) Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity: a multilevel comparison. *Am J Public Health* Vol. 95, No. 3: 432-435.

Wardle J, Volz C, Jarvis MJ (2002) Sex differences in the association of socioeconomic status with obesity. *Am J Public Health* Vol. 92, No. 8: 1299-1304.

Weiner S, Weiner R, Pomhoff I (2003) Lebensqualität nach bariatrischen Eingriffen – ein Überblick. *Chir Gastroenterol* Vol. 19: 70-75.

Wittchen HU, Hoyer J (2011) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer Verlag GmbH, 2. Auflage: 879-914.

World Health Organization (2015) Obesity and Overweight. Fact sheet No. 311. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> [Zugriff 25.08.2015].

Wu T, Gao X, Chen M, von Dam RM (2009) Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. *Obes Rev* Vol. 10, No. 3: 313-323.

Yagdiran, O., Kleinemeier, E. & Haasen, C. (2003). Psychische Störungen bei Migranten – Spezifische Stressoren sind bedeutsam. *Der Neurologe und Psychiater*, 10, 32–35.

Yilmaz-Aslan Y, Brzoska P, Berens EM, Salman R, Razum O (2013) Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren. *Z Gerontol Geriat* Vol. 46: 346-352.

Yoong SL, Carey ML, Sanson-Fisher RW, D'Este CA (2013) A cross-sectional study assessing Australian general practice patients' intention, reasons and preferences for assistance with losing weight. *BMC Family Practice* Vol. 14, No. 187: 1-10.

Anhang: Online-Fragebogen

1. Wie ist Ihr Geschlecht?

1 männlich

2 weiblich

2. Wie alt sind Sie?

Angabe in Jahren _____

3. Wie ist Ihr aktueller Familienstand?

1 ledig

2 verheiratet

3 getrennt lebend

4 geschieden

5 verwitwet

6 Sonstiges

4. Wie ist Ihre aktuelle Lebens-/ Wohn-situation?

1 allein

2 mit Partner

3 allein mit Kind(ern)

4 mit Partner und Kind(ern)

5 mit Eltern

6 in Institution

7 Sonstiges

5. In welchem Bundesland leben Sie derzeit?

Auswahl der Bundesländer nach Alphabet

6. Wie ist Ihr höchster Schulabschluss?

1 noch in der Schule

2 Haupt-/ Volksschulabschluss

3 Abschluss Polytechnische Oberschule

- 4 Realschulabschluss
- 5 Fachabitur / Abitur
- 6 abgeschl. (Fach-)Hochschulstudium
- 7 Sonstiges

7. Wie ist Ihr aktueller beruflicher Status?

- 1 selbständig
- 2 Beamter/ Beamtin
- 3 Angestellte/r
- 4 Arbeiter/in
- 5 Leitende Funktion
- 6 Studium/ Schule/Ausbildung
- 7 Sonstiges

8. Sind Sie derzeit arbeitsunfähig?

- 0 nein
- 1 ja

9. Sind Sie berentet?

- 0 nein
- 1 Altersrente
- 2 Zeitrente
- 3 laufendes Rentenverfahren

10. Nehmen Sie momentan Beruhigungsmittel, Medikamente gegen Depressionen oder Schlafmittel ein?

- 0 nein
- 1 ja, täglich
- 2 ja, gelegentlich

11. Rauchen Sie?

- 1 Nie

2 1-3x pro Monat

3 1-3x pro Woche

4 4-6x pro Woche

5 1x am Tag

6 mehrmals täglich

12. Bei mehrmals am Tag: Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?

Angabe in Zigaretten _____

13. Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?

1 Nie

2 1x pro Monat

3 2-3x pro Monat

4 1-2x pro Woche

5 3-4x pro Woche

6 5-6x pro Woche

7 1x am Tag

8 2x am Tag

9 3x am Tag

10 4-5x am Tag

11 mehr als 5x am Tag

14. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie davon?

Angabe in Litern: _____

15. Kreuzen Sie bitte an, falls Sie an einer der folgenden Erkrankungen/Beschwerden leiden: (Mehrfachantwort möglich)

Bluthochdruck

Diabetes mellitus

Erhöhte Blutfettwerte

Gelenkschmerzen

keine Beschwerden

16. Wie ist Ihr aktuelles Gewicht?

Angabe in kg: _____ kg

17. Wie ist Ihre Körpergröße?

Angabe in cm: _____ cm

18. Wie war Ihr niedrigstes Gewicht im Laufe Ihres gesamten Erwachsenenalters? Wann war dies?

_____ kg, im Jahr _____

19. Wie war Ihr höchstes Gewicht im Laufe Ihres gesamten Erwachsenenalters? Wann war dies?

_____ kg, im Jahr _____

20. In welchem Jahr begann die Adipositas bei Ihnen?

Im Jahr _____

21. Bitte kreuzen Sie an, welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion Sie bis jetzt unternommen haben. Mehrfachauswahl möglich

- Verhaltenstherapie/ Psychotherapie
- Ernährungstherapie
- Bewegungstherapie
- Operation
- keine bisherigen Maßnahmen

22. Welcher Nationalität gehören Sie an?

- deutsch
- andere

Wenn Sie „deutsch“ angekreuzt haben machen Sie bitte direkt auf der nächsten Seite weiter. Wenn Sie „andere“ angekreuzt haben, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen.

23. In welchem Land sind Sie geboren? _____

24. Welcher Nationalität gehören Ihre Eltern/ Ihr Elternteil an?

25. Seit wie vielen Jahren leben Sie in Deutschland?

- weniger als 5 Jahre
- 5-10 Jahre
- 11-20 Jahre
- über 20 Jahre

26. Leben Ihre nächsten Familienangehörigen auch in Deutschland?

Mehrfachauswahl möglich:

- Partner
- Kinder
- Eltern
- Onkel/Tante, Cousin/Cousine
- Keine Familienangehörigen in Deutschland

27. Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, inwieweit die Aussagen auf Sie zutreffen.

Auf einer Skala von 0 (trifft überhaupt nicht zu) bis 7 (trifft voll zu):

	0	1	2	3	4	5	6	7
Ich fühle mich wohl in Deutschland.								
Ich fühle mich gut in die deutsche Gesellschaft integriert.								
Ich fühle mich durch medizinisches Personal anders behandelt.								
Ich habe viel privaten und/oder geschäftlichen Kontakt zu deutschen Bürgern.								

Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, wie stark Ihr Bedürfnis nach der angegebenen Veränderung ist. Auf einer Skala von 0 (nicht wichtig bzw. bereits ausreichend vorhanden) bis 10 (sehr wichtig, bzw. noch nicht ausreichend vorhanden):

Veränderungen am Arbeitsplatz:

	0	1	2	3	4	5	6	7
28. Anpassung der Aufgaben an die körperliche Leistungsfähigkeit								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
29. Arbeitsplatz-Ausstattung, z.B. spezieller Schreibtischstuhl, Schreibtisch etc.								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
30. Betriebliche sportliche Angebote, z.B. Morgengymnastik im Büro o.ä.								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
31. Kalorienarmes Alternativ-Essen in der Kantine								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
32. Unterstützung bei Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, z.B. flexible Arbeitszeiten um evtl. Therapie-Termine wahrnehmen zu können								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
33. Kleine Küche mit z.B. Mikrowelle um sich zu Hause selbst gekochtes Essen am Arbeitsplatz warm zu machen								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								

Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
34. Vertrauensvolles Verhältnis und Unterstützung vom Vorgesetzten								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								

Veränderungen im Gesundheitssystem:

	0	1	2	3	4	5	6	7
35. Psychotherapeutische Betreuung								
a.) ambulant								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
b.) teilstationär								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
c.) stationär								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
36. Möglichkeiten zur Operation								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
37. Medikamente zur Unterstützung bei der Gewichtsreduktion								

Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
38. Ernährungsberatung									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
39. Ernährungsplan der einfach umzusetzen und alltagstauglich ist									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
40. Verständliche Information über die Ursachen von Übergewicht und Möglichkeiten Gewicht zu reduzieren									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
41. Individualität in der Behandlung									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
42. Angebote, die von den Krankenkassen unterstützt werden									
a.) Sport-Angebote									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
b.) Ernährungskurse, Kochkurse									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									

c.) Selbsthilfegruppen								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
43. Unterstützung von der Krankenkasse beim Thema OP								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
44. Vorsorgeuntersuchungen speziell für Übergewichtige für die typischen Folgeerkrankungen als Leistung durch die Krankenversicherung								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
45. Ärzte, die sich auf Übergewichtige Patienten spezialisiert haben								
a.) Hausärzte								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
b.) Internisten								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
c.) Chirurgen								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
46. Unterstützung vom Hausarzt:								

a.) Vertrauensvolles Verhältnis								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
b.) Akzeptanz von Ihnen als Person mit Übergewicht								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
c.) Ausführliche und verständliche Beratung/Information bzgl. Ernährung, Stoffwechsel und körperlichen Folgen von Übergewicht								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
d.) Beratung und Behandlung bzgl. körperlichen Folgeerkrankungen								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
e.) Schnelle Überweisung an Psychotherapeuten								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								

Veränderungen durch die Politik und in der Öffentlichkeit/Gesellschaft:

	0	1	2	3	4	5	6	7
47. Ernährungslehre in der Schule								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								

48. Thema aus der „Tabuzone“ holen									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
49. Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung, wenn aufgrund des Übergewichts und Folgeerkrankungen gar nicht mehr bzw. nicht mehr voll gearbeitet werden kann									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
50. Platz in öffentlichen Verkehrsmitteln wie z.B. Bus oder Flugzeug									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
51. Kennzeichnung von Inhaltsstoffen in Lebensmitteln, z.B. „Ampel-System“									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
52. Kalorienarme Getränke in öffentlichen Getränkeautomaten									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
53. Im Kino auch eine gesunde und kalorienarme Alternative zu Popcorn und Limonade anbieten									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
54. Alternative zu Schnellrestaurants, die vor allem stark fetthaltige Nahrungsmittel anbieten									

Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
55. Große Umkleidekabinen								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
56. Größere Kleidergrößen im Standardangebot								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
57. Sportangebote speziell für Übergewichtige Menschen								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
58. Kurse, z.B. in der „Volkshochschule“, zum Thema Übergewicht und Abnehmen								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
59. Kochkurse zum Thema gesunde Ernährung								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
60. Selbsthilfegruppen in der Nähe								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
61. Literatur zum Thema Übergewicht, Abnehmen und mögliche Operationen								

Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								

Veränderungen in den neuen Medien:

	0	1	2	3	4	5	6	7
62. Angebote im Internet								
a.) Selbsthilfegruppen								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
b.) Spezielle Gruppen in sozialen Netzwerken								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
c.) Chatrooms								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
d.) Plattform zum Austausch von gesunden Rezepten								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
e.) Plattform mit z.B. Videostreams mit Anleitungen für sportliche Tätigkeiten zu Hause								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								

f.) Seiten mit hilfreichen Informationen und Tipps									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
g.) ärztliche Beratung									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
h.) psychotherapeutische Beratung									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
i.) Seiten zur Partnersuche spezielle für Übergewichtige Menschen									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
63. Applikationen für Smartphones („Apps“)									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									
64. Informationssendungen zum Thema Übergewicht im Fernsehen									
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)									
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)									

Unterstützung von der Familie/Partner und dem sozialen Umfeld:

	0	1	2	3	4	5	6	7
65. Vertrauensvolles Verhältnis								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
66. Gemeinsame Ernährungsumstellung in der ganzen Familie								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
67. Gemeinsam sportliche Aktivitäten betreiben								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								
68. Stärkung des Selbstwertgefühls								
Nicht wichtig (0) bis sehr wichtig (7)								
Noch nicht vorhanden (0) bis bereits ausreichend vorhanden (7)								

69. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie jede durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie häufig die Feststellung auf Ihr Leben in den letzten 4 Wochen zutrifft. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung das Feld unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und lassen Sie keine Frage aus.

	Fast nie	manch mal	neutral	meistens
Sie fühlen sich ausgeruht.	1	2	3	4
Sie fühlen sich ruhig.	1	2	3	4

Sie fühlen sich angespannt.	1	2	3	4
Sie fühlen sich mental erschöpft.	1	2	3	4
Sie haben Probleme sich zu entspannen.	1	2	3	4
70. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	1	2	3	4
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	1	2	3	4
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	1	2	3	4
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	1	2	3	4
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	1	2	3	4
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	1	2	3	4
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	1	2	3	4
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	1	2	3	4
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	1	2	3	4

71. Haben Sie jemals Stigmatisierungserfahrungen aufgrund Ihres Gewichts gemacht (d.h. negative Bewertungen von Mitmenschen/ Benachteiligung)? Mehrfachantworten sind möglich:

- Nein
- Ja, in Kindheit und Jugend
- Ja, im Erwachsenenalter
- Ja, aktuell

Falls Sie jemals Stigmatisierungserfahrungen gemacht haben, kreuzen Sie bitte im Folgenden an, in welchen Situationen dies war. Mehrfachnennungen möglich.

72. In der Familie und im Freundeskreis:

- Engster Familienkreis (Eltern, Geschwister)
- Partner
- Kinder
- Größere Familienfeste
- Freundeskreis

73. Im Berufsleben:

- Kollegen
- Arbeitgeber
- Benachteiligung bzgl. des Einkommens
- Arbeitsplatzausstattung
- Bei der Arbeitssuche/ Vorstellungsgesprächen
- Kunden
- Betriebsarzt
- Aufgabenverteilung

74. Von Gesundheitspersonal:

- Hausarzt
- Fachärzte
- Ärzte im Krankenhaus
- Medizinische Fachangestellte
- Pflegepersonal
- Ernährungsberater
- Vertreter der Krankenkasse

75. Im öffentlichen Leben:

- Einkaufen von Lebensmitteln
- Einkaufen von Kleidungsstücken
- Öffentliche Verkehrsmittel wie z.B. Bus, Zug, Flugzeug
 - Öffentliche Einrichtungen wie z.B. Kino, Schwimmbad, Ämter usw.
 - Ausüben von Hobbies
 - Ausüben von sportlichen Tätigkeiten
 - Schule/ Studium/ Ausbildung
 - Essen gehen bzw. Kaffee trinken u.ä.

76. Wie sind Sie mit derartigen Situationen umgegangen? Mehrfachnennungen möglich:

- Gespräch mit Verursachern gesucht
- Versucht derartige Situationen in der Zukunft zu vermeiden
- Beschwerde an höherer Stelle eingereicht
- Sich selbst Vorwürfe gemacht, sozialer Rückzug
- Die Situation hingenommen und nichts dagegen unternommen
- Aggressive Auseinandersetzung mit den Verursachern, evtl. Eskalation der Situation

77. Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, wie häufig die Situation auf Sie zutrifft:

	Nie (0)	1	2	3	4	5	6	Sehr häufig (7)
Wie häufig haben Sie das Gefühl, andere Personen haben nur aufgrund Ihres Gewichts einen schlechten ersten Eindruck von Ihnen?								
Wie häufig haben Sie das Gefühl, Sie werden von anderen Personen nur auf Ihr Gewicht reduziert?								
Haben Sie schon einmal aufgrund negativer Erfahrungen bezüglich Ihres Gewichts Ihre Arbeitsstelle gewechselt?								
Haben Sie schon einmal aufgrund von Stigmatisierung Ihren Arzt gewechselt?								
Haben Sie bei früheren Gewichtsabnahmen positive Rückmeldung von Ihrem sozialen Umfeld bekommen?								
Wie häufig haben Sie beim Einkaufen von Kleidungsstücken Probleme aufgrund Ihrer Kleidergröße?								
Haben Sie das Gefühl, Menschen mit Adipositas werden im Fernsehen meist negativ dargestellt?								
Wie häufig werden/wurden Sie von anderen Menschen zum Abnehmen gedrängt, und wollten das persönlich gar nicht?								
Wie häufig werden/wurden Sie von anderen Menschen zum Abnehmen gedrängt, und konnten das persönlich gar nicht leisten?								

78. Wenn Sie von anderen Personen zum Abnehmen gedrängt werden, von welchen Personen ging dies aus? Mehrfachnennungen sind möglich

- Familie/Partner
- Freunde
- Medizinisches Personal
- Kollegen/Arbeitgeber

79. Bitte kreuzen Sie im Folgenden jeweils an, was auf Sie zutrifft:

	0	1	2	3	4	5	6	7
Wenn Sie Stigmatisierung oder Diskriminierung erfahren haben, wie stark hat Sie dies belastet?	Keine Belastung							Starke Belastung
Haben Sie das Gefühl, dass die Stigmatisierung von Menschen mit Übergewicht von der Gesellschaft in den letzten Jahren zugenommen hat?	Nicht zugenommen							Stark zugenommen
Haben Sie das Gefühl, in unserem Gesundheitssystem werden Menschen mit Adipositas schlechter behandelt?	Gleiche Behandlung							Sehr viel schlechtere Behandlung
Wie empfinden Sie Vorschläge zur Gewichtsreduktion von Gesundheitspersonal?	Verachtend							Sehr hilfreich
Wie empfinden Sie Ratschläge von Außenstehenden, wie Sie „ganz schnell und einfach“ abnehmen können?	Verachtend							Sehr hilfreich

80. Über einen Zeitraum von 6 Monaten, wie häufig hatten Sie Essattacken?

- Nie
- Selten (1-4x/ Woche)
- Gelegentlich (durchschnittlich mind. 1x/ Woche)
- Häufig (bis 1x/ Tag)
- Sehr häufig (mehrmals täglich)
- Mindestens 1x/ Woche, aber nicht über 6 Monate oder länger

81. Während der Essattacken habe ich das Gefühl gehabt, die Kontrolle über das Essen u verlieren.

- Nein
- Leicht
- Deutlich
- Stark
- Sehr stark
- Keine Essattacken

82. Merkmale meiner Essattacken waren: Bitte kreuzen Sie jeweils an:

	Nein	Ja	Keine Essattacken
Während der Essattacken aß ich wesentlich schneller als gewöhnlich.			
Während der Essattacken aß ich so lange, bis ich mich unangenehm voll fühlte.			
Während der Essattacken nahm ich große Mengen Nahrung zu mir, ohne mich körperlich hungrig zu fühlen.			
Während der Essattacken aß ich alleine, weil ich mich schämte, wie viel ich zu mir nahm.			
Nach den Essattacken fühlte ich mich von mir selbst angeekelt, depressiv oder ausgesprochen schuldig.			
Ich leide stark unter den Essattacken			

83. Ich futtere den ganzen Tag über oder abends in mich hinein, z.B. beim Kochen oder Fernsehen (atypische Essattacken).

- Nein
- Leicht
- Deutlich (mehr als 1000 kcal außerhalb fester Mahlzeiten)
- Stark (mehr als 3000 kcal außerhalb fester Mahlzeiten)
- Sehr stark (mehr als 5000 kcal außerhalb fester Mahlzeiten)

84. Ich habe auf Stress oder Belastungen mit vermehrtem Essen reagiert.

- Nein
- Trifft wenig zu
- Trifft deutlich zu
- Trifft sehr deutlich zu
- Trifft ausgesprochen stark zu

85. Es kam vor, dass ich Nahrung erbrochen habe, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden oder um mich zu erleichtern.

- Gar nicht
- Seltenes Erbrechen (weniger als 2x/ Woche)
- Gelegentliches bis öfteres Erbrechen (mindestens 2x/ Woche)
- Häufiges Erbrechen (bis 1x täglich)
- Sehr häufiges Erbrechen (mehrmals täglich)

86. Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, was am ehesten auf Sie zutrifft:

	0	1	2	3	4	5	6	7
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Aussehen?	Überhaupt nicht zufrieden							Sehr zufrieden
Glauben Sie, dass Sie schlank ein glücklicherer Mensch wären?	Nicht glücklicher							Sehr viel glücklicher
Wie stark empfinden Sie die körperliche Belastung durch Ihr Gewicht?	Keine Belastung							Hohe Belastung
Wie stark empfinden Sie die psychische Belastung aufgrund Ihres Gewichts?	Keine Belastung							Hohe Belastung
Wie stark glauben Sie, hängt der Wert von Ihnen als Person von Ihrem Gewicht ab?	Gar nicht							Sehr stark
Sind Sie der Meinung, dass es Dinge gibt, die mit einem niedrigeren Gewicht einfacher wären?	Das wenigste							Sehr vieles
Wie stark fühlen Sie sich durch Ihr Gewicht im Alltag eingeschränkt?	Keine Einschränkung							Starke Einschränkung

87. Was glauben Sie sind die Ursachen für Ihr Übergewicht? Schreiben Sie bitte hinter die genannten Faktoren eine Prozentzahl, von der Sie glauben sie entspricht dem Anteil, den der genannte Faktor an Ihrem Übergewicht hat:

- Zu viel Essen _____
- Zu ungesundes Essen _____
- Zu wenig Bewegung/ Sport _____
- Genetische Faktoren/ Veranlagung _____
- Psychische Faktoren/ Stress _____

88. Was glauben Sie, wie groß ist der Anteil dessen, was Sie selbst zu Ihrer Gewichtsveränderung beitragen können?

Sie können nichts ändern (0)	1	2	3	4	5	6	Sie sind ganz allein verantwortlich (7)
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

89. Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, wie häufig die jeweilige Situation auf Sie zutrifft:

	Nie (0)	1	2	3	4	5	6	Sehr häufig (7)
Wie häufig empfinden Sie aufgrund Ihres Gewichts Scham in der Öffentlichkeit?								
Wie häufig beschäftigen Sie sich mit Ihrem eigenen Aussehen und Körper?								
Wie häufig beschäftigen Sie sich mit Ernährung und der Menge an Nahrung, die Sie zu sich nehmen?								
Wie häufig betreiben Sie keinen Sport, obwohl Sie es gerne täten, weil Sie sich schämen oder Angst vor Spott haben?								
Wie häufig vermeiden Sie es etwas in der Öffentlichkeit zu unternehmen, weil Sie sich für Ihr Gewicht schämen?								
Wenn Sie nach einer Gewichtsreduktion schnell wieder an Gewicht zunehmen (Jojo-Effekt), wie häufig empfinden Sie dann Schuld, Scham, Unglück oder ähnliche negative Gefühle?								
Haben oder hatten Sie Schwierigkeiten bei der Partnersuche?	Keine							Sehr häufig
Wenn ja, glauben Sie, dass ihr Gewicht ein Grund dafür war/ist?	Spielt keine Rolle							Hauptursache
Fällt es Ihnen leichter im Internet nach einem Partner zu suchen als direkt in der Öffentlichkeit?	Nicht leichter							Sehr viel leichter
Hatten Sie schon einmal das Gefühl, dass eine Beziehung von	Noch nie							Sehr häufig

Ihnen aufgrund Ihres Gewichts in die Brüche ging?								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

90. Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie sich in emotional bedeutsamen Partnerschaften fühlen. Von Interesse ist dabei vor allem, wie Sie im Allgemeinen Partnerschaften erleben oder erlebt haben, nicht so sehr, was gerade in einer aktuellen Partnerschaft passiert. Bitte nehmen Sie zu jeder Aussage Stellung, indem sie eine Zahl ankreuzen (1= stimme gar nicht zu, 7= stimme völlig zu), um darzustellen, wie sehr Sie der Aussage für sich zustimmen.

	1	2	3	4	5	6	7
Ich habe Angst, die Liebe meines Partners/meiner Partnerin zu verlieren.							
Ich mache mir oft Sorgen, dass mein Partner/ meine Partnerin nicht bei mir bleiben will.							
Ich fühle mich wohl damit, meine privaten Gedanken und Gefühle mit meinem Partner/meiner Partnerin zu teilen.							
Es fällt mir leicht, mich auf meinen Partner/meine Partnerin zu verlassen.							
Ich befürchte, dass ich meinem Partner/meiner Partnerin weniger bedeute, als er/sie mir.							
Ich ziehe es vor, meinem Partner/meiner Partnerin nicht nahe zu sein.							
Mir wird unwohl, wenn ein Partner/eine Partnerin mir sehr nahe sein will.							
Ich habe den Eindruck, dass mein Partner/meine Partnerin nicht so viel Nähe möchte wie ich.							
Ich bespreche vieles mit meinem Partner/meiner Partnerin.							
Ich habe Angst, dass sobald ein Partner/eine Partnerin mich näher kennen lernt, er/sie mich nicht so mag, wie ich wirklich bin.							
Es macht mich wütend, dass ich von meinem Partner/meiner Partnerin nicht die Zuneigung und Unterstützung bekomme, die ich brauche.							
Es fällt mir leicht, meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber liebevoll zu sein.							

91. Wie sind Sie auf diesen Fragebogen gekommen?

- Über Hinweis in Selbsthilfegruppe
- Über Facebook
- Über Klinik
- Über Freunde/ Bekannte
- Über Internet-Forum
- Sonstiges

Anhang: Vollständige Ergebnisse

1. Abbruch-Seite/ Zuletzt bearbeitete Seite:

Seitenzahl	Inhalt FB	Anzahl Abbrüche	Prozentwert
0	1.Seite: Überschrift	238	30,2
1	Einleitungstext	3	0,4
2	Lebensumstände: demographische Daten	60	7,6
3	Lebensumstände: Einnahme von Medikamenten, Alkohol- und Nikotinkonsum	5	0,6
4	Größe und Gewicht aktuell und früher, Körperbilder	15	1,9
5	Migrationshintergrund	5	0,6
6	Bedürfnisse: Arbeitsplatz	44	5,6
7	Bedürfnisse: Gesundheitssystem_1	40	5,1
8	Bedürfnisse: Gesundheitssystem_2	28	3,6
9	Bedürfnisse: Gesundheitssystem_3	9	1,1
10	Bedürfnisse: Öffentlichkeit_1	11	1,4
11	Bedürfnisse: Öffentlichkeit_2	12	1,5
12	Bedürfnisse: Neue Medien_1	16	2,0
13	Bedürfnisse: Neue Medien_2	16	2,0
14	Bedürfnisse: Soziales Umfeld	8	1,0
15	PSQ und PHQ	2	0,3
16	Stigmatisierungserfahrungen_1	2	0,3
17	Stigmatisierungserfahrungen_2	11	1,4
18	SIAB	5	0,6
20	Individueller Umgang_1	3	0,4
21	Individueller Umgang_2, IWQOL-Sexualität	3	0,4
22	Bindungsfragen	8	1,0
23	Frage zur Lebensqualität, Skala 0-100	1	0,1
24 - 35	Fragebogen zur Schwangerschaft	10	1,2
36	Letzte Seite =>komplett beendet!	232	29,5
	GESAMT	555 Abbrüche	70,52 % Abbrüche

2. Epidemiologische Daten:

- Alter: Mittelwert 40,94 Jahre; SD 10,499 Jahre
- Geschlecht:
 - Männlich: 8,1%, n = 40
 - Weiblich: 91,9%, n = 455
- Familienstand:
 - Ledig: 22,5%, n = 111
 - Verheiratet: 50,4%, n = 249
 - Getrennt lebend: 2,0%, n = 10
 - Geschieden: 7,1%, n = 35
 - Verwitwet: 1,0%, n = 5
 - In einer Partnerschaft lebend: 17,0%, n = 84
- Wohnsituation:
 - Allein: 22,7%, n = 112
 - Mit Partner: 34,6%, n = 171
 - Allein mit Kind(ern): 5,9%, n = 29
 - Mit Partner und Kind(ern): 31,4%, n = 155
 - Mit Eltern: 3,6%, n = 18
 - Sonstiges: 1,8%, n = 9
- Bundesland:
 - Baden-Württemberg: 16,4%, n = 83
 - Bayern: 6,3%, n = 32
 - Berlin: 4,0%, n = 20
 - Brandenburg: 1,2%, n = 6
 - Bremen: 1,4%, n = 7
 - Hamburg: 4,9%, n = 25
 - Hessen: 4,5%, n = 23
 - Mecklenburg-Vorpommern: 1,6%, n = 8
 - Niedersachsen: 12,5%, n = 63
 - Nordrhein-Westfalen: 29,8%, n = 151
 - Rheinland-Pfalz: 3,4%, n = 17
 - Saarland: 2,0%, n = 10
 - Sachsen: 2,2%, n = 11
 - Sachsen-Anhalt: 1,0%, n = 5
 - Schleswig-Holstein: 3,6%, n = 18
 - Thüringen: 5,3%, n = 27
- Schulabschluss:
 - Haupt-/ Volksschulabschluss: 19,2%, n = 95
 - Abschluss Polytechnische Oberschule: 2,2%, n = 11
 - Realschulabschluss: 43,9%, n = 217
 - Fachabitur/ Abitur: 20,4%, n = 101
 - Abgeschlossener (Fach-) Hochschulabschluss: 12,3%, n = 63
- Beruflicher Status:
 - Selbstständig: 6,9%, n = 34
 - Beamter: 0,8%, n = 4
 - Angestellter: 42,3%, n = 209
 - Arbeiter: 5,3%, n = 26
 - Leitende Funktion: 3,4%, n = 17

- Schule/ Studium/ Ausbildung: 6,3%, n = 31
- Nicht erwerbstätig: 35,0%, n = 173
- Arbeitsunfähig:
 - Nein: 74,7%, n = 369
 - Ja: 25,3%, n = 125
- Berentung:
 - Nein: 85,7%, n = 424
 - Altersrente: 3,4%, n = 17
 - Zeitrente: 8,9%, n = 44
 - Laufendes Rentenverfahren: 2,0%, n = 10
- Medikamente: Beruhigungsmittel, Antidepressiva, Schlafmittel
 - Täglich: 20,4%, n = 100
 - Gelegentlich: 5,5%, n = 27
 - Nein: 74%, n = 362
- Nikotin-Konsum:
 - Nie: 73,6%, n = 360
 - 1-3x pro Monat: 2,2%, n = 11
 - 1-3x pro Woche: 1,2%, n = 6
 - 4-6x pro Woche: 0,4%, n = 2
 - 1x am Tag: 1,0%, n = 5
 - Mehrmals täglich: 21,5%, n = 105
- Alkohol-Konsum:
 - Nie: 43,3%, n = 209
 - 1x pro Monat: 34,0%, n = 164
 - 2-3x pro Monat: 14,1%, n = 68
 - 1-2x pro Woche: 5,0%, n = 24
 - 3-4x pro Woche: 1,7%, n = 8
 - 5-6x pro Woche: 1,0% n = 5
 - 1x am Tag: 1,0%, n = 5
- Somatische Beschwerden:
 - Bluthochdruck: 41,7%, n = 204
 - Diabetes mellitus: 17,2%, n = 84
 - Erhöhte Blutfettwerte: 22,1%, n = 108
 - Gelenkschmerzen: 64,6%, n = 316
 - Keine Beschwerden: 23,5%, n = 115

Wie sind Sie auf diesen Fragebogen gekommen?

- Über Hinweis in SHG: 19,8%, n = 46
- Über Facebook: 37,9%, n = 88
- Über Klinik: 1,3%, n = 3
- Über Freunde, Bekannte: 1,7%, n = 4
- Über Internetforum: 35,3%, n = 82
- Sonstiges: 3,9%, n = 9

- Aktuelles Gewicht in kg: Mittelwert 120,93kg; SD 29,606kg; Min 58kg; Max 217kg
- Körpergröße in cm: Mittelwert 169,59cm; SD 7,941cm; Min 116cm, Max 194cm
- Daraus errechneter BMI: Mittelwert 42,06 kg/m²; SD 10,234; Min 21, Max 83
- Bisherige Maßnahmen zur Gewichtsreduktion:

- Verhaltenstherapie, Psychotherapie: 26,7%, n = 210
- Ernährungstherapie: 77,4%, n = 370
- Bewegungstherapie: 66,1%, n = 316
- Operation: 46,4%, n = 222
- Keine bisherigen Maßnahmen: 9,8%, n = 47

3. Auswertung Bedürfnis-Fragen:

Auswertung der Fragen; Angabe der prozentualen Häufigkeiten der Antworten für die Skala von 1 („nicht wichtig“ bzw. „nicht vorhanden“) bis 8 („sehr wichtig“ bzw. „ausreichend vorhanden“), sowie Median, Mittelwert und SD.

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	M	\bar{x}	SD
Arbeitsplatz											
Anpassung an die körperliche Leistungsfähigkeit											
-Bedeutsamkeit	18,9	3,5	2,4	7,3	10,4	12,0	13,2	32,3	6,0	5,37	2,634
-Vorhandensein	28,4	5,6	5,1	8,9	13,5	12,4	9,9	16,2	5,0	4,31	2,622
Spezielle Arbeitsplatzausstattung											
- Bedeutsamkeit	23,3	3,8	2,4	5,7	9,0	12,1	12,4	31,4	6,0	5,16	2,766
- Vorhandensein	40,2	4,4	6,2	9,3	7,0	6,5	10,6	15,8	3,0	3,80	2,765
Betriebliche sportliche Angebote											
- Bedeutsamkeit	38,8	4,5	6,7	9,8	8,9	8,4	6,5	16,5	3,5	3,79	2,712
- Vorhandensein	75,5	4,6	4,4	3,6	2,3	2,1	1,0	6,4	1,0	1,95	2,017
Kalorienarmes Alternativ-Essen in der Kantine											
- Bedeutsamkeit	24,6	0,5	1,9	3,4	4,3	8,0	12,6	44,7	7,0	5,60	2,892
- Vorhandensein	62,9	4,6	6,6	5,4	6,1	4,1	3,6	6,6	1,0	2,47	2,280
Unterstützung bei Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, z.B. flexible Arbeitszeiten											
- Bedeutsamkeit	14,4	1,4	1,2	4,1	5,3	10,1	15,6	48,0	7,0	6,17	2,492
- Vorhandensein	45,2	7,2	6,4	8,0	6,2	5,4	4,6	17,0	2,0	3,42	2,742
Kleine Küche mit Mikrowelle um mitgebrachtes Essen warm zu machen											
- Bedeutsamkeit	17,8	1,4	1,9	3,6	7,2	9,9	11,5	46,6	7,0	5,90	2,656
- Vorhandensein	29,8	2,1	3,1	4,1	5,9	5,1	6,2	43,7	6,0	5,13	3,059
Vertrauensvolles Verhältnis und Unterstützung vom Vorgesetzten											
- Bedeutsamkeit	15,6	0,7	2,2	5,5	5,3	9,8	15,3	45,7	7,0	6,03	2,542
- Vorhandensein	40,0	6,4	7,7	9,2	7,9	6,4	6,4	15,9	3,0	3,63	2,697

Gesundheitssystem	1	2	3	4	5	6	7	8	M	x	SD
Verständliche Informationen über die Ursachen von Übergewicht und Möglichkeiten Gewicht zu reduzieren											
- Bedeutsamkeit	2,9	0,3	0,8	2,9	2,9	6,5	11,5	72,3	8,0	7,30	1,518
- Vorhandensein	11,4	7,8	13,6	15,6	18,9	13,1	6,7	13,1	5,0	4,54	2,143
Ambulante Psychotherapie											
- Bedeutsamkeit	8,3	1,3	2,9	3,6	6,3	10,7	10,7	56,3	8,0	6,54	2,199
- Vorhandensein	23,9	15,0	14,7	13,9	9,4	7,5	4,4	11,1	3,0	3,66	2,317
Teilstationäre Psychotherapie											
- Wichtigkeit	23,4	2,9	6,3	9,1	9,1	12,2	8,3	28,6	5,0	4,91	2,719
- Vorhandensein	39,1	10,2	15,0	14,4	9,1	5,1	2,0	5,1	3,0	2,93	2,057
Stationäre Psychotherapie											
- Bedeutsamkeit	26,6	4,2	6,6	10,3	9,2	9,5	7,9	25,8	5,0	4,60	2,755
- Vorhandensein	38,6	9,7	12,8	11,9	11,4	6,0	3,4	6,3	3,0	3,11	2,205
Möglichkeiten zur Operation											
- Bedeutsamkeit	7,6	2,6	0,5	3,4	4,7	6,3	8,9	66,1	8,0	6,80	2,154
- Vorhandensein	17,3	5,8	7,2	10,6	11,7	9,2	5,0	33,1	5,0	5,07	2,641
Medikamente zur Unterstützung bei der Gewichtsreduktion											
- Bedeutsamkeit	28,1	4,9	5,5	8,6	11,7	10,1	7,3	23,9	5,0	4,50	2,747
- Vorhandensein	44,4	11,2	9,6	11,5	7,0	2,8	4,5	9,0	2,0	2,97	2,349
Ernährungsberatung											
- Bedeutsamkeit	2,9	0,3	1,3	3,9	5,2	6,3	11,5	68,8	8,0	7,17	1,61
- Vorhandensein	12,3	5,0	9,8	11,5	13,4	13,1	8,9	26,0	5,0	5,14	2,398
Ernährungsplan der einfach umzusetzen und alltagstauglich ist											
- Bedeutsamkeit	1,6	0,3	0,3	2,4	4,7	2,4	8,9	79,6	8,0	7,49	1,287
- Vorhandensein	19,8	8,7	13,7	12,6	14,0	11,2	5,6	14,5	4,0	4,21	2,378

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	M	x	SD
Individualität in der Behandlung											
- Bedeutsamkeit	1,4	0,0	0,6	1,7	2,8	6,0	9,1	78,3	8,0	7,51	1,209
- Vorhandensein	15,4	9,9	13,0	18,4	15,7	10,2	4,2	13,3	4,0	4,23	2,222
Sport-Angebote der Krankenkassen											
- Bedeutsamkeit	0,9	0,0	0,6	0,6	2,8	3,4	9,1	82,6	8,0	7,64	1,006
- Vorhandensein	9,9	18,4	16,6	15,4	15,7	8,4	4,8	10,8	4,0	4,07	2,113
Ernährungs- und Kochkurse der Krankenkassen											
- Bedeutsamkeit	3,1	0,6	1,1	4,3	3,1	5,4	8,3	74,0	8,0	7,23	1,648
- Vorhandensein	16,5	14,1	19,2	21,0	10,8	7,5	2,4	8,7	4,0	3,71	2,044
Selbsthilfegruppen die von Krankenkassen unterstützt werden											
- Bedeutsamkeit	4,8	0,6	0,9	3,7	3,1	4,8	7,7	74,4	8,0	7,17	1,804
- Vorhandensein	24,6	15,2	11,6	13,7	13,1	7,9	3,3	10,6	3,0	3,66	2,299
Unterstützung der Krankenkassen bei Operationen											
- Bedeutsamkeit	2,8	1,1	1,4	1,1	2,0	2,8	6,3	82,4	8,0	7,44	1,544
- Vorhandensein	24,1	17,2	14,8	12,7	10,5	6,3	4,8	9,6	3,0	3,55	2,269
Vorsorgeuntersuchungen speziell für Übergewichtige für die typischen Folgeerkrankungen als Leistung der Krankenkasse											
- Bedeutsamkeit	2,0	0,3	0,6	2,3	4,3	2,8	7,7	80,1	8,0	7,46	1,369
- Vorhandensein	29,4	16,7	15,8	12,7	10,6	4,5	3,3	7,0	3,0	3,20	2,133
Hausärzte, die sich auf übergewichtige Patienten spezialisiert haben											
- Bedeutsamkeit	0,9	0,3	1,4	1,1	1,7	5,1	6,8	82,6	8,0	7,58	1,148
- Vorhandensein	18,6	18,6	15,9	14,1	10,2	6,0	4,2	12,3	3,0	3,75	2,286
Internisten, die sich auf übergewichtige Patienten spezialisiert haben											
- Bedeutsamkeit	1,7	0,0	0,8	1,4	1,1	3,4	7,6	83,9	8,0	7,60	1,197
- Vorhandensein	15,7	12,0	21,1	15,4	13,3	5,4	4,2	13,0	4,0	3,96	2,217

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	M	x	SD
Chirurgen, die sich auf übergewichtige Patienten spezialisiert haben											
- Bedeutsamkeit	3,1	0,3	1,1	0,6	0,6	3,1	5,9	85,3	8,0	7,55	1,426
- Vorhandensein	9,4	5,1	10,0	15,7	11,2	11,2	10,3	27,2	5,0	5,25	2,333
Vertrauensvolles Verhältnis zum Hausarzt											
- Bedeutsamkeit	0,3	0,0	0,3	0,6	0,9	2,6	7,0	88,3	8,0	7,79	0,724
- Vorhandensein	2,5	6,8	5,9	9,3	10,5	13,0	12,1	39,9	7,0	6,06	2,108
Akzeptanz von Ihnen als Person mit Übergewicht durch den Hausarzt											
- Bedeutsamkeit	0,9	0,0	0,3	1,2	2,0	5,0	8,5	82,2	8,0	7,63	1,013
- Vorhandensein	9,9	11,8	11,1	13,6	12,1	8,4	7,4	25,7	5,0	4,89	2,434
Ausführliche und verständliche Beratung/Information bzgl. Ernährung, Stoffwechsel und körperlichen Folgen von Übergewicht durch den Hausarzt											
- Bedeutsamkeit	1,2	0,6	0,3	1,5	3,8	8,5	8,8	75,4	8,0	7,44	1,245
- Vorhandensein	8,3	9,6	12,3	17,9	15,1	13,3	6,2	17,3	5,0	4,73	2,178
Beratung und Behandlung bzgl. Folgeerkrankung durch den Hausarzt											
- Bedeutsamkeit	1,2	0,3	0,3	1,2	3,8	7,4	10,1	75,7	8,0	7,47	1,191
- Vorhandensein	7,5	8,4	12,8	17,4	16,5	12,1	5,3	19,9	5,0	4,84	2,181
Schnelle Überweisung an Psychotherapeuten durch den Hausarzt											
- Bedeutsamkeit	6,1	0,9	1,5	2,6	5,0	9,1	8,2	66,7	8,0	6,93	1,965
- Vorhandensein	24,7	13,1	12,8	10,9	7,5	6,6	4,7	19,7	3,0	4,00	2,609

Politik, Öffentlichkeit, Gesellschaft	1	2	3	4	5	6	7	8	M	x	SD
Ernährungslehre in der Schule											
- Bedeutsamkeit	2,1	0,6	0,0	2,1	1,8	9,1	7,9	76,4	8,0	7,42	1,366
- Vorhandensein	25,2	18,7	22,3	17,0	8,2	2,6	2,3	3,6	3,0	2,99	1,792
Thema aus „Tabuzone“ holen											
- Bedeutsamkeit	1,8	0,0	0,6	0,9	2,7	6,9	7,6	79,5	8,0	7,51	1,244
- Vorhandensein	29,9	22,5	16,1	17,7	4,8	3,5	2,3	3,2	2,0	2,81	1,802
Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung, wenn aufgrund des Übergewichts/ Folgeerkrankungen nicht mehr/ nicht mehr voll gearbeitet werden kann											
- Bedeutsamkeit	4,2	1,5	1,2	4,5	6,3	9,7	8,5	64,0	8,0	6,90	1,869
- Vorhandensein	38,4	18,7	14,2	13,9	6,5	3,9	0,6	3,9	2,0	2,65	1,851
Platz in öffentlichen Verkehrsmitteln, z.B. Bus oder Flugzeug											
- Bedeutsamkeit	4,5	0,9	2,1	2,7	5,1	7,9	13,3	63,4	8,0	6,97	1,835
- Vorhandensein	39,2	22,5	15,4	9,0	7,4	1,3	0,6	4,5	2,0	2,52	1,817
Kennzeichnung von Inhaltsstoffen in Lebensmitteln, z.B. „Ampel-System“											
- Bedeutsamkeit	4,2	0,6	2,1	5,8	4,2	9,4	7,3	66,4	8,0	6,94	1,863
- Vorhandensein	34,5	21,0	13,2	13,2	8,7	3,5	1,3	4,5	2,0	2,79	1,922
Kalorienarme Getränke in öffentlichen Getränkeautomaten											
- Bedeutsamkeit	4,5	1,5	1,8	1,8	4,5	3,3	8,5	73,9	8,0	7,14	1,848
- Vorhandensein	12,9	20,9	17,7	13,8	13,2	6,1	5,1	10,3	3,0	3,84	2,155
Im Kino gesunde und kalorienarme Alternative zu Popcorn und Limonade											
- Bedeutsamkeit	4,9	1,8	2,7	4,0	6,1	8,2	9,7	62,6	8,0	6,81	1,982
- Vorhandensein	41,2	24,8	15,4	10,0	3,9	1,6	0,6	2,6	2,0	2,31	1,603
Alternative zu Schnellrestaurants, die vor allem stark fetthaltige Nahrungsmittel anbieten											
- Bedeutsamkeit	6,0	1,3	2,5	4,7	5,4	8,9	8,9	62,3	8,0	6,76	2,048
- Vorhandensein	21,8	21,1	19,8	17,1	7,0	6,4	1,7	5,0	3,0	3,17	1,902

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	M	x	SD
Große Umkleidekabinen											
- Bedeutsamkeit	5,3	1,6	0,9	4,1	7,9	15,1	11,6	53,5	8,0	6,67	1,933
- Vorhandensein	16,2	23,9	19,2	19,9	9,8	5,7	1,3	4,0	3,0	3,26	1,777
Größere Kleidergrößen im Standardangebot											
- Bedeutsamkeit	1,3	1,0	1,3	1,3	2,2	6,3	12,0	75,7	8,0	7,49	1,203
- Vorhandensein	14,6	20,6	25,9	19,3	11,0	3,3	1,7	3,7	3,0	3,26	1,685
Sportangebote speziell für übergewichtige Menschen											
- Bedeutsamkeit	0,6	0,0	0,0	0,6	0,6	5,0	7,9	85,2	8,0	7,73	0,822
- Vorhandensein	16,3	27,6	23,3	15,6	9,3	3,7	1,0	3,3	3,0	3,06	1,667
Kurse z.B. in der Volkshochschule zum Thema Übergewicht und Abnehmen											
- Bedeutsamkeit	6,3	0,0	2,8	5,0	10,7	12,9	8,5	53,9	8,0	6,56	2,018
- Vorhandensein	18,9	18,9	26,7	16,6	12,2	4,4	0,3	2,0	3,0	3,09	1,598
Kochkurse zum Thema gesunde Ernährung											
- Bedeutsamkeit	3,2	0,3	1,9	5,4	7,6	13,9	10,4	57,4	8,0	6,84	1,732
- Vorhandensein	7,8	14,5	18,6	24,3	16,9	8,8	3,0	6,1	4,0	3,97	1,801
Selbsthilfegruppen in der Nähe											
- Bedeutsamkeit	6,0	1,3	0,3	2,2	5,0	5,0	8,2	72,0	8,0	7,07	1,922
- Vorhandensein	11,3	9,3	13,7	11,3	17,3	7,7	7,3	22,0	5,0	4,76	2,372
Literatur zum Thema Übergewicht, Abnehmen und mögliche Operationen											
- Bedeutsamkeit	6,0	0,9	1,9	5,7	10,7	9,1	7,9	57,7	8,0	6,62	2,043
- Vorhandensein	8,0	6,4	13,0	19,4	16,4	11,7	7,4	17,7	5,0	4,83	2,137

Neue Medien	1	2	3	4	5	6	7	8	M	x	SD
Selbsthilfegruppen im Internet											
- Bedeutsamkeit	4,7	1,3	1,7	7,0	7,0	13,0	11,3	54,2	8,0	6,65	1,934
- Vorhandensein	7,0	3,1	5,9	14,0	12,9	16,8	8,7	31,5	6,0	5,65	2,172
Spezielle Gruppen in sozialen Netzwerken											
- Bedeutsamkeit	8,7	2,0	4,0	8,0	8,3	10,0	10,0	49,0	7,0	6,20	2,299
- Vorhandensein	4,6	1,8	7,4	10,9	16,2	15,1	8,5	35,6	6,0	5,89	2,050
Chatrooms											
- Bedeutsamkeit	17,6	3,3	7,0	9,6	8,6	12,3	6,0	35,5	6,0	5,27	2,647
- Vorhandensein	11,1	4,6	11,1	13,9	14,3	13,9	8,6	22,5	5,0	5,04	2,301
Internet-Plattform zum Austausch von gesunden Rezepten											
- Bedeutsamkeit	3,3	0,3	1,7	9,2	8,9	10,9	13,5	53,1	8,0	6,68	1,805
- Vorhandensein	2,8	3,2	5,3	13,4	18,3	16,2	12,3	28,5	6,0	5,82	1,910
Internet-Plattform mit z.B. Videostreams mit Anleitungen für sportliche Tätigkeiten zu Hause											
- Bedeutsamkeit	10,3	2,3	5,3	9,3	11,9	12,6	8,3	40,1	6,0	5,81	2,361
- Vorhandensein	13,5	5,3	12,1	18,5	18,1	10,0	6,8	15,7	5,0	4,58	2,221
Internetseiten mit Hilfreichen Informationen											
- Bedeutsamkeit	2,6	0,3	2,3	5,3	10,6	11,9	12,2	54,8	8,0	6,79	1,713
- Vorhandensein	6,0	3,5	7,7	18,0	16,2	14,4	9,5	24,6	5,0	5,39	2,090
Ärztliche Beratung im Internet											
- Bedeutsamkeit	22,9	6,3	6,7	15,1	11,6	12,0	4,6	20,8	4,0	4,44	2,557
- Vorhandensein	22,9	16,2	23,3	15,4	13,2	4,5	1,1	3,4	3,0	3,15	1,784
Psychotherapeutische Beratung im Internet											
- Bedeutsamkeit	34,9	7,7	6,3	11,6	5,3	11,6	3,2	19,4	4,0	3,89	2,725
- Vorhandensein	40,7	17,1	13,7	16,0	5,7	2,7	1,1	3,0	2,0	2,57	1,787
Internetseiten zur Partnersuche speziell für übergewichtige Menschen											
- Bedeutsamkeit	31,0	6,7	4,9	13,4	9,5	10,9	7,0	16,5	4,0	4,07	2,634
- Vorhandensein	29,0	15,3	11,8	19,1	9,2	7,6	2,3	5,7	3,0	3,25	2,076

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	M	x	SD
Applikationen für Smartphones („Apps“)											
- Bedeutsamkeit	14,7	2,8	4,9	10,9	9,8	13,0	8,8	35,1	6,0	5,48	2,52
- Vorhandensein	15,2	12,9	18,2	21,6	10,6	8,0	4,5	9,1	4,0	3,87	2,085
Informationssendungen zum Thema Übergewicht im Fernsehen											
- Bedeutsamkeit	8,8	2,5	3,9	8,5	13,4	14,8	10,6	37,7	6,0	5,90	2,244
- Vorhandensein	14,3	15,1	20,8	21,9	14,3	6,0	1,5	6,0	3,0	3,61	1,858
Familie, Partner, soziales Umfeld											
Vertrauensvolles Verhältnis											
- Bedeutsamkeit	0,0	0,0	0,0	0,4	1,1	2,5	8,7	87,3	8,0	7,82	0,558
- Vorhandensein	2,3	5,0	7,3	7,3	5,4	14,9	14,2	43,7	7,0	6,28	2,048
Gemeinsame Ernährungsumstellung in der ganzen Familie											
- Bedeutsamkeit	2,9	0,7	1,8	1,8	4,3	9,8	14,9	63,8	8,0	7,12	1,607
- Vorhandensein	11,1	6,1	10,3	14,9	13,0	11,1	10,3	23,3	5,0	5,03	2,349
Gemeinsam sportliche Aktivitäten betreiben											
- Bedeutsamkeit	4,7	0,4	0,7	3,6	9,4	12,3	14,1	54,7	8,0	6,80	1,802
- Vorhandensein	19,4	9,5	13,3	16,0	13,7	10,3	6,8	11,0	4,0	4,08	2,280
Stärkung des Selbstwertgefühls											
- Bedeutsamkeit	0,4	0,4	0,4	0,7	1,1	4,0	12,1	80,9	8,0	7,67	0,893
- Vorhandensein	9,5	6,8	9,5	11,7	17,0	14,4	11,0	20,1	5,0	5,08	2,242

4. Skalensummen Bedürfnisse:

Im Folgenden ist dargestellt, welche Items jeweils in den Skalen zusammengefasst sind:

- Arbeitsplatz_Bedeutsamkeit (Crohnbach´s $\alpha = 0,823$) und Arbeitsplatz_Vorhandensein (Crohnbach´s $\alpha = 0,769$), beides nicht normal verteilt:
 - Anpassung an die körperliche Leistungsfähigkeit
 - Arbeitsplatz-Ausstattung
 - Betriebliche Sport-Angebote
 - Alternativ-Essen in Mensa/ Kantine
 - Unterstützung bei Gewichtsreduktion
 - Vertrauen gegenüber Vorgesetztem
 - Kleine Küche am Arbeitsplatz
- Ärztliche Betreuung_ Bedeutsamkeit (Crohnbach´s $\alpha = 0,801$, nicht normal verteilt) und Ärztliche Betreuung_Vorhandensein (Crohnbach´s $\alpha = 0,845$):
 - Verständliche Information
 - Ambulante Psychotherapie
 - Teilstationäre Psychotherapie
 - Stationäre Psychotherapie
 - Bariatrische Operation
 - Medikamente zur Gewichtsreduktion
 - Ernährungsberatung
 - Ernährungsplan
 - Individualität der Behandlung
 - Auf Adipositas spezialisierte Internisten
 - Auf Adipositas spezialisierte Chirurgen
- Betreuung durch den Hausarzt_ Bedeutsamkeit (Crohnbach´s $\alpha = 0,692$) und Betreuung durch den Hausarzt_Vorhandensein (Crohnbach´s $\alpha = 0,850$), beides nicht normal verteilt:
 - Auf Adipositas spezialisierter Hausarzt
 - Vertrauen gegenüber dem Hausarzt
 - Akzeptanz als Person mit Übergewicht
 - Ausführliche Beratung
 - Behandlung von adipositasbedingten Folgeerkrankung
 - Überweisung an Psychotherapeuten
- Krankenkassenleistungen_ Bedeutsamkeit (Crohnbach´s $\alpha = 0,763$) und Krankenkassenleistungen_Vorhandensein (Crohnbach´s $\alpha = 0,789$), beides nicht normal verteilt:
 - Spezielle Sportangebote
 - Ernährungs- und Kochkurse
 - Selbsthilfegruppen
 - Unterstützung bei bariatrischen Operationen
 - Vorsorgeuntersuchungen speziell für adipositasbedingte Folgeerkrankungen
- Ernährung in der Öffentlichkeit_ Bedeutsamkeit (Crohnbach´s $\alpha = 0,689$) und Ernährung in der Öffentlichkeit_Vorhandensein (Crohnbach´s $\alpha = 0,698$), beides nicht normal verteilt:

- Alternativ-Essen in Mensa/ Kantine
- Lebensmittel-Kennzeichnung, z.B. Ampel-System
- Kalorienarme Getränke in öffentlichen Getränkeautomaten
- Kalorienarme Snacks im Kino
- Gesunde Alternative zu Schnellrestaurants
- Lebensstilveränderung_ Bedeutsamkeit (Crohnbach´s $\alpha = 0,789$, nicht normal verteilt) und Lebensstilveränderung_Vorhandensein (Crohnbach´s $\alpha = 0,689$):
 - Spezielle Sportangebote nur für übergewichtige Menschen
 - Informationskurse
 - Kochkurse
 - Selbsthilfegruppen in der Nähe
 - Literatur zum Thema Adipositas und Gewichtsreduktion
- Öffentlichkeit_ Bedeutsamkeit (Crohnbach´s $\alpha = 0,772$) und Öffentlichkeit_Vorhandensein (Crohnbach´s $\alpha = 0,767$), beides nicht normal verteilt:
 - Ernährungslehre in der Schule
 - Thema aus der „Tabuzone“ holen
 - Finanzielle Unterstützung bei Arbeitsunfähigkeit in Folge der Adipositas
 - Platz in öffentlichen Verkehrsmitteln
 - Große Umkleidekabinen
 - Große Kleidergrößen
- Neue Medien_ Bedeutsamkeit (Crohnbach´s $\alpha = 0,898$, nicht normal verteilt) und Neue Medien_Vorhandensein (Crohnbach´s $\alpha = 0,887$), :
 - Selbsthilfegruppen im Internet
 - Gruppen in sozialen Netzwerken
 - Chatrooms
 - Austauschplattform für Rezepte
 - Videostreams für Sport von zuhause
 - Informationsseiten
 - Ärztliche Beratung im Internet
 - Psychotherapeutische Beratung im Internet
 - Seiten zur Partnersuche speziell für übergewichtige Menschen
 - Informationssendungen im Fernsehen
 - Hilfreiche Applikationen für Smartphones
- Soziales Umfeld_ Bedeutsamkeit (Crohnbach´s $\alpha = 0,682$) und Soziales Umfeld_Vorhandensein (Crohnbach´s $\alpha = 0,827$), beides nicht normal verteilt:
 - Vertrauensvolles Verhältnis
 - Gemeinsame Ernährungsumstellung
 - Gemeinsame sportliche Aktivitäten
 - Stärkung des Selbstwertgefühls
- Psychotherapie_ Bedeutsamkeit (Crohnbach´s $\alpha = 0,869$) und Psychotherapie_Vorhandensein (Crohnbach´s $\alpha = 0,808$), beides nicht normal verteilt:
 - Ambulante Psychotherapie
 - Teilstationäre Psychotherapie
 - Stationäre Psychotherapie

- Ernährungsumstellung_ Bedeutsamkeit (Crohnbach's $\alpha = 0,686$, nicht normal verteilt) und Ernährungsumstellung_Vorhandensein (Crohnbach's $\alpha = 0,700$):
 - Ernährungsberatung
 - Ernährungsplan
 - Ernährungs- und Kochkurse von Krankenkassen
 - Kochkurse in z.B. Volkshochschule
- Konservative Behandlung_ Bedeutsamkeit (Crohnbach's $\alpha = 0,364$) und Konservative Behandlung_Vorhandensein (Crohnbach's $\alpha = 0,568$), beides nicht normal verteilt:
 - Medikamente zur Gewichtsreduktion
 - Spezialisierte Internisten
 - Spezialisierte Hausärzte
- Chirurgie_ Bedeutsamkeit (Crohnbach's $\alpha = 0,843$) und Chirurgie_Vorhandensein (Crohnbach's $\alpha = 0,753$), beides nicht normal verteilt:
 - Möglichkeiten zur bariatrischen Operation
 - Unterstützung der Krankenkassen bei bariatrischen Operationen
 - Spezialisierte Chirurgen
- Informationen_ Bedeutsamkeit (Crohnbach's $\alpha = 0,782$, nicht normal verteilt) und Informationen_Vorhandensein (Crohnbach's $\alpha = 0,707$):
 - Verständliche Informationen über Ursachen und Möglichkeiten
 - Ausführliche und verständliche Beratung durch Hausarzt
 - Ernährungslehre in der Schule
 - Informationskurse z.B. in Volkshochschulen
 - Literatur
 - Informationsseiten im Internet
 - Informationssendungen im Fernsehen

4. Auswertung PHQ-9 und Berechnung Bedürfnisse im Zusammenhang mit Major Depression:

Auswertung PHQ-9 nach Kriterien des DSM-V:

Major Depressives Syndrom

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Nein	212	26,9	76,8	76,8
	Ja	64	8,1	23,2	100,0
	Gesamtsumme	276	35,1	100,0	
Fehlend	999,00	511	64,9		
Gesamtsumme		787	100,0		

Andere Depressive Syndrome

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Nein	272	34,6	98,6	98,6
	Ja	4	,5	1,4	100,0
	Gesamtsumme	276	35,1	100,0	
Fehlend	999,00	511	64,9		
Gesamtsumme		787	100,0		

Auswertung PHQ-9 anhand Skalensummenwert bzgl. Schweregrad:

- ⇒ Summenwert 0-5 = keine depressive Störung: n = 77; 27,9%
- Summenwert 5-9 = leichte depressive Störung: n = 77; 27,9%
- Summenwert 10-14 = Major Depression, moderates Ausmaß: n= 66; 23,9%
- Summenwert 15-19 = Major Depression, mittelgradig schweres Ausmaß: n= 31; 11,2%
- Summenwert 20-27 = Major Depression, schweres Ausmaß: n= 25; 9,1%

Mittelwertvergleich der Skalensummenwerte Bedürfnisse bei Vorliegen einer Major Depression

Gruppierungsvariable „Major Depressives Syndrom“; Werte: 0 = Nein (n = 212); 1 = Ja (n = 64)

Berechnung mittels Mann-Whitney-U:

Skalensumme	Mittelwerte bei Major Depression = nein (n = 212)	Mittelwerte bei Major Depression = ja (n = 64)	Asymp. Sig.
Arbeitsplatz_B	5,53	6,17	0,003**
Arbeitsplatz_V	3,88	2,72	0,000**
Betreuung Arzt_B	6,48	7,08	0,000**
Betreuung Arzt_V	4,20	3,87	0,102
Betreuung HA_B	7,44	7,66	0,024*
Betreuung HA_V	4,72	4,27	0,133
Krankenkassen_B	7,44	7,52	0,318
Krankenkassen_V	3,77	3,23	0,039*
Ernährung Öffentlichkeit_B	6,71	6,83	0,088
Ernährung Öffentlichkeit_V	2,90	2,61	0,026*
Lebensstilveränderung_B	6,90	7,31	0,030*
Lebensstilveränderung_V	3,99	3,71	0,106
Öffentlichkeit_B	7,08	7,47	0,005**
Öffentlichkeit_V	2,89	2,65	0,197
Medien_B	5,39	6,00	0,011*
Medien_V	4,42	4,40	0,734
Soziales Umfeld_B	7,30	7,49	0,227
Soziales Umfeld_V	5,28	4,46	0,004**
Psychotherapie_B	5,13	6,48	0,000**
Psychotherapie_V	3,27	3,37	0,567
Ernährungsumstellung_B	7,19	7,45	0,114
Ernährungsumstellung_V	4,38	3,95	0,073
Konservative Therapie_B	6,51	7,06	0,000**
Konservative Therapie_V	3,59	3,23	0,106
Chirurgische Therapie_B	7,34	7,39	0,924
Chirurgische Therapie_V	4,77	4,24	0,063
Informationen_B	6,77	7,29	0,002**
Informationen_V	4,20	4,06	0,222

Mittelwertvergleich der Skalensummenwerte Bedürfnisse bei unterschiedlichen Schweregraden einer Major Depression

Gruppierungsvariable „SchweregradDepr_M“; Werte: 0 = Werte 0-7 (n = 125), 1 = Werte 8-27 (n = 151)

Berechnung mittels Mann-Whitney-U:

Skalensumme	Mittelwerte bei Schweregrad gering (0-7), n =125	Mittelwerte bei Schweregrad hoch (8-27), n =151	Asymp. Sig.
Arbeitsplatz_B	5,33	5,97	0,002**
Arbeitsplatz_V	3,91	3,37	0,011*
Betreuung Arzt_B	6,36	6,84	0,000**
Betreuung Arzt_V	4,37	3,93	0,025*
Betreuung HA_B	7,44	7,54	0,411
Betreuung HA_V	4,78	4,49	0,207
Krankenkassen_B	7,38	7,52	0,208
Krankenkassen_V	3,76	3,55	0,304
Ernährung Öffentlichkeit_B	6,58	6,85	0,025*
Ernährung Öffentlichkeit_V	2,81	2,85	0,497
Lebensstilveränderung_B	6,96	7,03	0,501
Lebensstilveränderung_V	4,03	3,84	0,161
Öffentlichkeit_B	7,01	7,30	0,017*
Öffentlichkeit_V	2,89	2,78	0,379
Medien_B	5,20	5,82	0,002**
Medien_V	4,50	4,35	0,264
Soziales Umfeld_B	7,32	7,37	0,810
Soziales Umfeld_V	5,64	4,65	0,000**
Psychotherapie_B	4,88	5,92	0,001**
Psychotherapie_V	3,40	3,21	0,815
Ernährungsumstellung_B	7,16	7,32	0,705
Ernährungsumstellung_V	4,48	4,12	0,072
Konservative Therapie_B	6,42	6,82	0,001**
Konservative Therapie_V	3,68	3,36	0,113
Chirurgische Therapie_B	7,29	7,40	0,558
Chirurgische Therapie_V	4,92	4,44	0,046*
Informationen_B	6,74	7,02	0,080
Informationen_V	4,23	4,12	0,205

Korrelationen Bedürfnisse – Depressionsschweregrad nach PHQ-9:

Items - Depressions- Schweregrad	Spearman- Korrelationskoeffizient ρ	Signifikanzwert p	N
Arbeitsplatz_B	0,194**	<0,01	263
Arbeitsplatz_V	-0,272**	<0,01	242
Betreuung Arzt_B	0,210**	<0,01	266
Betreuung Arzt_V	-0,163**	<0,01	246
Betreuung HA_B	0,089	0,146	270
Betreuung HA_V	-0,143*	<0,05	253
Krankenkassen_B	0,68	0,267	269
Krankenkassen_V	-0,109	0,82	254
Ernährung Öffentlichkeit_B	0,117	0,059	263
Ernährung Öffentlichkeit_V	-0,076	0,229	249
Lebensstilveränderung_B	0,045	0,466	270
Lebensstilveränderung_V	-0,117	0,063	253
Öffentlichkeit_B	0,133*	<0,05	273
Öffentlichkeit_V	-0,084	0,189	249
Medien_B	0,175**	<0,01	264
Medien_V	-0,069	0,282	243
Soziales Umfeld_B	0,032	0,603	270
Soziales Umfeld_V	-0,296**	<0,01	257
Psychotherapie_B	0,215**	<0,01	271
Psychotherapie_V	0,021	0,743	252
Ernährungsumstellung_B	0,020	0,741	268
Ernährungsumstellung_V	-0,16*	<0,05 (0,11)	254
Konservative Therapie_B	0,203**	<0,01	271
Konservative Therapie_V	-0,129*	<0,05	257
Chirurgische Therapie_B	-0,052	0,388	257
Chirurgische Therapie_V	-0,162**	<0,01	256
Informationen_B	0,112	0,065	272
Informationen_V	-0,09	0,160	245

5. Auswertung Fragen zu Migration und Integration;

Berechnung Bedürfnisse im Zusammenhang mit Migrationshintergrund:

Ergebnisse der Fragen zum Migrationshintergrund:

- Welcher Nationalität gehören Sie an?
 - Deutsch: 96,8%, n = 453
 - Andere: 3,2%, n = 15
- In welchem Land sind Sie geboren? (n = 29)
 - Algerien: 3,4%, n = 1
 - Argentinien: 3,4%, n = 1
 - Aserbaidschan: 3,4%, n = 1
 - Deutschland: 61,9%, n = 18
 - Kosovo: 3,4%, n = 1
 - Österreich: 6,9%, n = 2
 - Polen: 3,4%, n = 1
 - Russland: 3,4%, n = 1
 - Schweiz: 6,8%, n = 2
 - Tschechien: 3,4%, n = 1
- Welcher Nationalität gehören Ihre Eltern an? (n = 31)
 - Aserbaidschan: 3,2%, n = 1
 - Deutschland: 25,8%, n = 8
 - Irland: 3,2%, n = 1
 - Kosovo: 3,2%, n = 1
 - Algerien: 3,2%, n = 1
 - Schweiz: 6,4%, n = 2
 - Tschechien: 3,2%, n = 1
 - England: 3,2%, n = 1
 - Griechenland: 3,2%, n = 1
 - Italien: 16,1%, n = 5
 - Niederlande: 3,2%, n = 1
 - Österreich: 6,5%, n = 2
 - Polen: 3,2%, n = 1
 - Russland: 3,2%, n = 1
 - Türkei: 12,9%, n = 4
- Seit wie vielen Jahren leben Sie in Deutschland? (n = 29)
 - Weniger als 5 Jahre: 17,2%, n = 5
 - 5-10 Jahre: 0%
 - 11-20 Jahre: 0%
 - Über 20 Jahre: 82,8%, n = 24
- Leben nächste Familienangehörige auch in Deutschland?
 - Partner: 2,1%, n = 10
 - Kinder: 1,3, n = 6
 - Eltern: 4,9%, n = 23
 - Onkel/ Tante, Cousin/ Cousine: 3,6%, n = 17
 - Keine Familienangehörigen in Deutschland: 0,6%, n = 3

Fragen zur Integration („Was trifft zu?“):

Antwortskala von 1 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 8 („trifft voll zu“)

Angabe der Häufigkeiten der Antworten in Prozent und Median, n = 30

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	M
Ich fühle mich wohl in Deutschland.	6,3	3,1	3,1	12,5	3,1	18,8	18,8	34,4	7,0
Ich fühle mich gut in die deutsche Gesellschaft integriert.	0,0	10,0	3,3	6,7	0,0	10,0	10,0	60,0	8,0
Ich fühle mich durch medizinisches Personal anders behandelt.	40,0	3,3	6,7	6,7	10,0	20,0	6,7	6,7	3,5
Ich habe viel privaten und/oder geschäftlichen Kontakt zu deutschen Bürgern.	3,6	3,6	0,0	7,1	14,3	3,6	7,1	60,7	8,0

Skalensummenwertes für Integration:

Skalensummenwert = Item 1 + Item 2 + (9- Item 3) + Item 4

Werte von 4- 32 sind möglich.

Berechnung des Skalensummenwertes bei einem Filter für Nationalität der Eltern ≠ deutsch.

Statistiken

Skalensummenwert Integration

N	Gültig	21
	Fehlend	2
Mittelwert		24,5238
Median		26,0000
Standardabweichung		6,74254
Minimum		10,00
Maximum		32,00

Mittelwerte der Skalensummenwerte Bedürfnisse bei Migrationshintergrund und unterschiedlich ausgeprägter Integration:

Vergleich zwischen Gesamtstichprobe, gesamte Gruppe an Probanden mit Migrationshintergrund (n = 23), sowie mit niedriger Integration (Skalensumme Integration < 26,0; n = 10) und hoher Integration (Skalensumme Integration ≥ 26; n=11). Bei Median Skalensumme Integration von 26.

Skalensumme	Gesamt	Migrationshintergrund	Niedrige Integration	Hohe Integration
Arbeitsplatz_B	5,45	5,06	5,35	5,40
Arbeitsplatz_V	3,54	3,29	2,90	3,76
Betreuung Arzt_B	6,57	6,54	6,91	6,73
Betreuung Arzt_V	4,14	4,69	4,77	4,86
Betreuung HA_B	7,49	7,38	7,25	7,43
Betreuung HA_V	4,70	5,48	5,33	5,52
Krankenkassen_B	7,39	7,43	7,8	7,4
Krankenkassen_V	3,63	4,31	2,8	4,1
Ernährung Öffentlichkeit_B	6,67	7,05	8,0	7,0
Ernährung Öffentlichkeit_V	2,84	3,05	2,4	3,18
Lebensstilveränderung_B	6,98	7,28	5,6	7,44
Lebensstilveränderung_V	3,94	4,05	3,0	4,1
Öffentlichkeit_B	7,15	7,31	7,67	7,2
Öffentlichkeit_V	2,87	3,04	2,5	3,27
Medien_B	5,54	6,62	5,82	6,62
Medien_V	4,41	5,22	3,73	5,30
Soziales Umfeld_B	7,35	7,35	5,25	7,56
Soziales Umfeld_V	5,10	5,08	3,25	5,19
Psychotherapie_B	5,35	4,76	4,4	5,50
Psychotherapie_V	3,23	3,79	3,5	4,00
Ernährungsumstellung_B	7,23	7,21	7,5	7,43
Ernährungsumstellung_V	4,32	5,02	4,5	5,23
Konservative Therapie_B	6,60	6,8	6,56	6,87
Konservative Therapie_V	3,56	4,26	5,33	4,13
Chirurgische Therapie_B	7,29	7,42	7,89	7,27
Chirurgische Therapie_V	4,66	4,93	5,33	4,8
Informationen_B	6,90	7,18	6,29	7,19
Informationen_V	4,16	4,78	3,14	5,03

Mittelwertvergleich der Skalensummenwerte Bedürfnisse bei Vorliegen eines Migrationshintergrundes:

Vergleich Mittelwerte Bedürfnisse – Migrationshintergrund, mit Filter Nationalität Eltern ≠ deutsch.

Berechnung mittels Mann-Whitney-U:

Werte: 0 = kein Migrationshintergrund (n = 764), 1 = Migrationshintergrund (n = 23)

Skalensumme	Mittelwerte bei kein Migrationshintergrund, n =764	Mittelwerte bei Migrationshintergrund, n =23	Asymp. Sig.
Arbeitsplatz_B	5,47	5,06	0,145
Arbeitsplatz_V	3,55	3,29	0,550
Betreuung Arzt_B	6,57	6,54	0,704
Betreuung Arzt_V	4,11	4,69	0,123
Betreuung HA_B	7,49	7,38	0,757
Betreuung HA_V	4,66	5,48	0,098
Krankenkassen_B	7,39	7,43	0,544
Krankenkassen_V	3,60	4,31	0,105
Ernährung Öffentlichkeit_B	6,65	7,05	0,515
Ernährung Öffentlichkeit_V	2,83	3,05	0,272
Lebensstilveränderung_B	6,96	7,28	0,311
Lebensstilveränderung_V	3,93	4,05	0,691
Öffentlichkeit_B	7,15	7,31	0,303
Öffentlichkeit_V	2,86	3,04	0,530
Medien_B	5,5	6,62	0,018*
Medien_V	4,37	5,22	0,033*
Soziales Umfeld_B	7,35	7,35	0,746
Soziales Umfeld_V	5,10	5,08	0,997
Psychotherapie_B	5,38	4,76	0,252
Psychotherapie_V	3,20	3,79	0,179
Ernährungsumstellung_B	7,23	7,21	0,857
Ernährungsumstellung_V	4,29	5,02	0,064
Konservative Therapie_B	6,59	6,80	0,478
Konservative Therapie_V	3,53	4,26	0,104
Chirurgische Therapie_B	7,29	7,42	0,958
Chirurgische Therapie_V	4,65	4,92	0,652
Informationen_B	6,89	7,18	0,202
Informationen_V	4,13	4,78	0,033*

Mittelwertvergleich der Skalensummenwerte Bedürfnisse bei unterschiedlichem Ausmaß an Integration

Vergleich Mittelwerte Bedürfnisse – Integration:

Berechnung mit Mann-Whitney-U-Test:

Werte: 0 = Werte 4-25 (n =10), 1 = Werte 26-32 (n =11)

Skalensumme	Mittelwerte bei Integration gering, n = 10	Mittelwerte bei Integration hoch, n = 11	Asymp. Sig.
Arbeitsplatz_B	5,35	5,40	0,930
Arbeitsplatz_V	2,90	3,76	0,144
Betreuung Arzt_B	6,91	6,73	0,937
Betreuung Arzt_V	4,77	4,86	0,758
Betreuung HA_B	7,25	7,43	0,273
Betreuung HA_V	5,33	5,52	0,909
Krankenkassen_B	7,80	7,40	1,00
Krankenkassen_V	2,8	4,1	0,341
Ernährung Öffentlichkeit_B	8,0	7,0	0,255
Ernährung Öffentlichkeit_V	2,4	3,18	0,338
Lebensstilveränderung_B	5,6	7,44	0,168
Lebensstilveränderung_V	3,0	4,1	0,204
Öffentlichkeit_B	7,67	7,20	0,909
Öffentlichkeit_V	2,5	3,27	0,428
Medien_B	5,82	6,62	0,293
Medien_V	3,73	5,30	0,116
Soziales Umfeld_B	5,25	7,56	0,136
Soziales Umfeld_V	3,25	5,19	0,245
Psychotherapie_B	4,4	5,50	0,424
Psychotherapie_V	3,50	4,00	0,733
Ernährungsumstellung_B	7,50	7,43	0,727
Ernährungsumstellung_V	4,5	5,23	0,426
Konservative Therapie_B	6,56	6,87	0,573
Konservative Therapie_V	5,33	4,13	0,451
Chirurgische Therapie_B	7,89	7,27	0,692
Chirurgische Therapie_V	5,33	4,80	0,909
Informationen_B	6,29	7,19	0,220
Informationen_V	3,14	5,03	0,116

Korrelationen Bedürfnisse – Grad an Integration:

Items - Integration bei Migrationshintergrund	Spearman- Korrelationskoeffizient ρ	Signifikanzwert p	N
Arbeitsplatz_B	0,325	0,188	18
Arbeitsplatz_V	0,286	0,256	17
Betreuung Arzt_B	-0,133	0,665	13
Betreuung Arzt_V	-0,042	0,896	12
Betreuung HA_B	-0,082	0,800	12
Betreuung HA_V	-0,125	0,698	12
Krankenkassen_B	-0,025	0,937	13
Krankenkassen_V	0,562	0,072	11
Ernährung Öffentlichkeit_B	-0,037	0,914	11
Ernährung Öffentlichkeit_V	0,381	0,248	11
Lebensstilveränderung_B	0,243	0,472	11
Lebensstilveränderung_V	0,397	0,226	11
Öffentlichkeit_B	-0,322	0,335	11
Öffentlichkeit_V	0,271	0,419	11
Medien_B	0,052	0,887	10
Medien_V	0,655*	0,04	10
Soziales Umfeld_B	0,290	0,449	9
Soziales Umfeld_V	0,004	0,992	9
Psychotherapie_B	0,406	0,133	15
Psychotherapie_V	-0,095	0,746	14
Ernährungsumstellung_B	0,051	0,881	11
Ernährungsumstellung_V	0,40	0,223	11
Konservative Therapie_B	-0,07	0,819	13
Konservative Therapie_V	-0,332	0,292	12
Chirurgische Therapie_B	-0,226	0,457	13
Chirurgische Therapie_V	0,029	0,929	12
Informationen_B	0,140	0,699	10
Informationen_V	0,594	0,07	10

5. Auswertung der SIAB-Fragen und Zusammenhang zwischen Bedürfnissen und Binge Eating Disorder:

Auswertung der SIAB-Fragen: (n = 257)

- SI_13: Häufigkeit Essattacken
 - Nie: 31,5%; n = 81
 - Selten: 24,1%; n = 62
 - Gelegentlich: 24,9%; n = 64
 - Häufig: 11,7%; n = 30
 - Sehr häufig: 5,4%; n = 14
 - Mind. 1x/Woche, aber nicht über 6 Monate: 2,3%; n = 6
- SI_15: Kontrollverlust
 - Nein: 22,0%; n = 54
 - Leicht: 21,6%; n = 53
 - Deutlich: 15,9%; n = 39
 - Stark: 15,9%; n = 39
 - Sehr stark: 8,2%; n = 20
 - Keine Essattacken: 16,3%; n = 40
- SI_16.1: Schneller Essen
 - Nein: 29,4%; n = 68
 - Ja: 45,0%; n = 104
 - Keine Essattacken: 25,5%; n = 59
- SI_16.2: unangenehm voll
 - Nein: 19,0%; n = 44
 - Ja: 56,5%; n = 131
 - Keine Essattacken: 24,6%; n = 57
- SI_16.3: große Mengen ohne Hunger
 - Nein: 18,1%; n = 42
 - Ja: 56,5%; n = 131
 - Keine Essattacken: 25,4%; n = 59
- SI_16.4: alleine aus Scham
 - Nein: 26,1%; n = 60
 - Ja: 49,1%; n = 113
 - Keine Essattacken: 24,8%; n = 57
- SI_16.5: Ekel, Depression, Schuld
 - Nein: 23,0%; n = 53
 - Ja: 51,3%; n = 118
 - Keine Essattacken: 25,7%; n = 59
- SI_16.6: starkes Leiden
 - Nein: 33,0%; n = 76
 - Ja: 37,4%; n = 86
 - Keine Essattacken: 29,6%; n = 68
- SI_18: atypische Essattacken
 - Nein: 34,6%; n = 89
 - Leicht: 32,7%; n = 84
 - Deutlich: 28,8%; n = 74
 - Stark: 3,5%; n = 9
 - Sehr stark: 0,4%; n = 1
- SI_22: Als Stressreaktion
 - Nein: 16,0%; n = 41
 - Trifft wenig zu: 18,3%; n = 47
 - Trifft deutlich zu: 26,8%; n = 69

- Trifft sehr deutlich zu: 20,2%; n = 52
- Trifft ausgesprochen deutlich zu: 18,7%; n =48
- SI_23: Erbrechen
 - Gar nicht: 87,5%; n = 225
 - Selten: 6,6%; n = 17
 - Gelegentlich bis öfters: 3,1%; n = 8
 - Häufig: 0,4%; n = 1
 - Sehr häufig: 2,3%; n = 6

Anhand der Ergebnisse wurde eine Diagnose für Binge Eating Disorder nach DSM V gestellt. Eine Binge Eating Disorder liegt vor, wenn alle Kriterien des DSM erfüllt sind.

SIAB_Binge_Eating_Disorder

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Nein	155	19,7	70,8	70,8
	Ja	64	8,1	29,2	100,0
	Gesamtsumme	219	27,8	100,0	
Fehlend	999	568	72,2		
Gesamtsumme		787	100,0		

Mittelwerte der Skalensummenwerte Bedürfnisse bei Vorliegen einer Binge Eating Störung:

Skalensumme	Gesamte Stichprobe	Binge Eating Disorder n = 64	Keine Binge Eating Disorder n =155
Arbeitsplatz_B	5,45	5,76	5,58
Arbeitsplatz_V	3,54	3,36	3,72
Betreuung Arzt_B	6,57	6,73	6,59
Betreuung Arzt_V	4,14	3,69	4,15
Betreuung HA_B	7,49	7,52	7,45
Betreuung HA_V	4,70	4,12	4,82
Krankenkassen_B	7,39	7,53	7,38
Krankenkassen_V	3,63	3,19	3,73
Ernährung Öffentlichkeit_B	6,67	6,75	6,71
Ernährung Öffentlichkeit_V	2,84	2,63	2,88
Lebensstilveränderung_B	6,98	6,95	6,97
Lebensstilveränderung_V	3,94	3,55	4,10
Öffentlichkeit_B	7,15	7,27	7,14
Öffentlichkeit_V	2,87	2,69	2,85
Medien_B	5,54	5,51	5,50
Medien_V	4,41	4,16	4,51
Soziales Umfeld_B	7,35	7,40	7,26
Soziales Umfeld_V	5,10	4,57	5,12
Psychotherapie_B	5,35	5,90	5,31
Psychotherapie_V	3,23	3,00	3,70
Ernährungsumstellung_B	7,23	7,31	7,17
Ernährungsumstellung_V	4,32	3,92	4,32
Konservative Therapie_B	6,60	6,53	6,65
Konservative Therapie_V	3,56	3,13	3,56
Chirurgische Therapie_B	7,29	7,61	7,38
Chirurgische Therapie_V	4,66	4,07	4,79
Informationen_B	6,90	6,86	6,89
Informationen_V	4,16	3,90	4,28

Mittelwertevergleich der Skalensummenwerte Bedürfnisse bei Vorliegen einer Binge Eating Störung:

Gruppierung anhand des Vorliegens einer Binge-Eating Störung nach SIAB.
Berechnung mit Mann-Whitney-U-Test.

Werte: 0 = keine BED (n = 155), 1 = BED (n = 64)

Skalensumme	Mittelwerte bei BED, n = 64	Mittelwerte bei Keine BED, n = 155	Asymp. Sig.
Arbeitsplatz_B	5,76	5,58	0,699
Arbeitsplatz_V	3,36	3,72	0,185
Betreuung Arzt_B	6,73	6,59	0,443
Betreuung Arzt_V	3,69	4,15	0,042*
Betreuung HA_B	7,52	7,45	0,380
Betreuung HA_V	4,12	4,82	0,007**
Krankenkassen_B	7,53	7,38	0,158
Krankenkassen_V	3,19	3,73	0,041*
Ernährung Öffentlichkeit_B	6,75	6,71	0,872
Ernährung Öffentlichkeit_V	2,63	2,88	0,166
Lebensstilveränderung_B	6,95	6,97	0,934
Lebensstilveränderung_V	3,55	4,10	0,016*
Öffentlichkeit_B	7,27	7,14	0,593
Öffentlichkeit_V	2,69	2,85	0,308
Medien_B	5,51	5,50	0,990
Medien_V	4,16	4,51	0,117
Soziales Umfeld_B	7,40	7,26	0,544
Soziales Umfeld_V	4,57	5,12	0,066
Psychotherapie_B	5,90	5,31	0,103
Psychotherapie_V	3,00	3,70	0,810
Ernährungsumstellung_B	7,31	7,17	0,425
Ernährungsumstellung_V	3,92	4,32	0,059
Konservative Therapie_B	6,53	6,65	0,719
Konservative Therapie_V	3,13	3,56	0,082
Chirurgische Therapie_B	7,61	7,38	0,111
Chirurgische Therapie_V	4,07	4,79	0,012*
Informationen_B	6,86	6,89	0,980
Informationen_V	3,90	4,28	0,115

6. Auswertung des ECR-RD 12 und Zusammenhang zwischen Bedürfnissen und Bindung:

Aufführung der Items des ECR-RD 12:

- 1: Ich habe Angst, die Liebe meines Partners/ meiner Partnerin zu verlieren.
- 2: Ich mache mir oft Sorgen, dass mein Partner/ meine Partnerin nicht bei mir bleiben will.
- 3: Ich fühle mich wohl damit, meine privaten Gedanken und Gefühle mit mein Partner/ meine Partnerin zu teilen.
- 4: Es fällt mir leicht, mich auf mein Partner/ meine Partnerin zu verlassen.
- 5: Ich befürchte, dass ich meinem Partner/ meiner Partnerin weniger bedeute, als er/ sie mir.
- 6: Ich zeihe es vor, meinem Partner/ meiner Partnerin nicht nahe zu sein.
- 7: Mir wird unwohl, wenn ein Partner/ eine Partnerin mir sehr nahe sein will.
- 8: Ich habe den Eindruck, dass mein Partner/ meine Partnerin nicht so viel Nähe möchte wie ich.
- 9: Ich bespreche vieles mit meinem Partner/ meiner Partnerin.
- 10: Ich habe Angst, dass sobald ein Partner/ einer Partnerin mich näher kennen lernt, er/ sie mich nicht so mag, wie ich wirklich bin.
- 11: Es macht mich wütend, dass ich von meinem Partner/ meiner Partnerin nicht die Zuneigung und Unterstützung bekomme, die ich brauche.
- 12: Es fällt mir leicht, meinem Partner/ meiner Partnerin gegenüber liebevoll zu sein.

Ergebnisse des Bindungsfragebogens ECR-RD 12:

Bildung eines Skalensummenwertes für bindungsbezogene Angst (BANG) und für bindungsbezogene Vermeidung (BVER):

Skalensummenwert BANG = Item1 + Item2 + Item5 + Item8 + Item10 + Item11

Skalensummenwert BVER = (8-Item3) + (8- Item4) + Item6 + Item7 + (8- Item9)
+ (8-Item12)

Statistiken

		Bindungsbezogene Angst Skalensummenwert	Bindungsbezogene Vermeidung Skalensummenwert
N	Gültig	241	243
	Fehlend	546	544
	Mittelwert	19,45	17,40
	Median	18,00	17,00
	Standardabweichung	9,814	8,396
	Minimum	6	6
	Maximum	42	42

Bezug zur derzeitigen Partnerschaftssituation der Teilnehmer:

Partnerschafts- situation	n	%	Mittelwert BANG	Mittelwert BVER
Gesamte Teilnehmer	241	100	19,45	17,40
Ledig	50	20,75	20,24	21,08
Verheiratet	132	54,77	17,26	16,25
Getrennt lebend	6	2,49	26,67	13,00
Geschieden	21	8,71	26,71	16,90
Verwitwet	3	1,24	19,00	27,67
In einer Partnerschaft lebend	29	12,03	21,38	16,21

Mittelwertvergleich der Skalensummenwerte Bedürfnisse bei verschiedenen hoher und geringer bindungsbezogener Angst:

Unterteilung Skalensummenwert bindungsbezogene Angst anhand Median 18,0 in geringe BANG (< 18,0; n = 117) und hohe BANG (≥ 18,0; n = 124).

Berechnung mit Mann-Whitney-U.

Skalensumme	Gesamte	Geringe BANG	Hohe BANG	Asymp. Sig.
Arbeitsplatz_B	5,45	5,44	5,92	0,110
Arbeitsplatz_V	3,54	3,89	3,40	0,013*
Betreuung Arzt_B	6,57	6,33	6,86	0,003**
Betreuung Arzt_V	4,14	4,02	4,05	0,850
Betreuung HA_B	7,49	7,36	7,58	0,078
Betreuung HA_V	4,70	4,62	4,53	0,560
Krankenkassen_B	7,39	7,23	7,60	0,02*
Krankenkassen_V	3,63	3,41	3,77	0,239
Ernährung Öffentlichkeit_B	6,67	6,46	6,92	0,052
Ernährung Öffentlichkeit_V	2,84	2,81	2,87	0,826
Lebensstilveränderung_B	6,98	6,83	7,13	0,378
Lebensstilveränderung_V	3,94	3,93	3,97	0,922
Öffentlichkeit_B	7,15	6,91	7,39	0,034*
Öffentlichkeit_V	2,87	2,79	2,87	0,921
Medien_B	5,54	5,28	5,86	0,045*
Medien_V	4,41	4,35	4,49	0,995
Soziales Umfeld_B	7,35	7,26	7,39	0,793
Soziales Umfeld_V	5,10	5,80	4,46	0,000**
Psychotherapie_B	5,35	4,93	5,97	0,002**
Psychotherapie_V	3,23	3,26	3,20	0,670
Ernährungsumstellung_B	7,23	7,06	7,37	0,575
Ernährungsumstellung_V	4,32	4,11	4,33	0,491
Konservative Therapie_B	6,60	6,42	6,78	0,022*
Konservative Therapie_V	3,56	3,32	3,47	0,944
Chirurgische Therapie_B	7,29	7,04	7,52	0,310
Chirurgische Therapie_V	4,66	4,44	4,70	0,487
Informationen_B	6,90	6,75	6,98	0,250
Informationen_V	4,16	4,11	4,27	0,638

Korrelationen zwischen Skalensummen Bedürfnisse und bindungsbezogener Angst:

Items - <i>Bindungsbezogene Angst</i>	Spearman- Korrelationskoeffizient ρ	Signifikanzwert p	N
Arbeitsplatz_B	0,113	0,088	230
Arbeitsplatz_V	-0,178**	<0,01	216
Betreuung Arzt_B	0,137*	<0,05	231
Betreuung Arzt_V	-0,023	0,734	220
Betreuung HA_B	0,07	0,282	237
Betreuung HA_V	-0,032	0,635	224
Krankenkassen_B	0,101	0,123	235
Krankenkassen_V	0,077	0,252	225
Ernährung Öffentlichkeit_B	0,093	0,159	230
Ernährung Öffentlichkeit_V	0,034	0,611	221
Lebensstilveränderung_B	0,044	0,5	236
Lebensstilveränderung_V	0,01	0,886	225
Öffentlichkeit_B	0,121	0,063	238
Öffentlichkeit_V	0,055	0,418	223
Medien_B	0,135*	<0,05	230
Medien_V	0,037	0,592	217
Soziales Umfeld_B	-0,002	0,970	238
Soziales Umfeld_V	-0,395**	<0,01	227
Psychotherapie_B	0,144*	<0,05	236
Psychotherapie_V	0,007	0,919	224
Ernährungsumstellung_B	0,033	0,619	233
Ernährungsumstellung_V	0,059	0,380	226
Konservative Therapie_B	0,131*	<0,05	238
Konservative Therapie_V	0,016	0,809	230
Chirurgische Therapie_B	0,014	0,824	238
Chirurgische Therapie_V	0,032	0,63	227
Informationen_B	0,032	0,628	238
Informationen_V	0,053	0,435	218

Mittelwertvergleich der Skalensummenwerte Bedürfnisse bei verschiedenen hoher und geringer bindungsbezogener Vermeidung:

Unterteilung Skalensummenwert bindungsbezogene Vermeidung anhand Median 17,0 in geringe BVER (< 17,0; n = 118) und hohe BANG (≥ 17,0; n = 125).

Berechnung mit Mann-Whitney-U.

Skalensumme	Gesamt	Geringe BVER	Hohe BVER	Asymp. Sig.
Arbeitsplatz_B	5,45	5,67	5,70	0,633
Arbeitsplatz_V	3,54	3,75	3,52	0,332
Betreuung Arzt_B	6,57	6,51	6,68	0,585
Betreuung Arzt_V	4,14	3,97	4,12	0,463
Betreuung HA_B	7,49	7,42	7,53	0,506
Betreuung HA_V	4,70	4,73	4,46	0,384
Krankenkassen_B	7,39	7,34	7,49	0,130
Krankenkassen_V	3,63	3,56	3,65	0,446
Ernährung Öffentlichkeit_B	6,67	6,64	6,75	0,510
Ernährung Öffentlichkeit_V	2,84	2,92	2,78	0,908
Lebensstilveränderung_B	6,98	6,83	7,11	0,227
Lebensstilveränderung_V	3,94	4,00	3,91	0,534
Öffentlichkeit_B	7,15	7,06	7,24	0,610
Öffentlichkeit_V	2,87	2,83	2,85	0,247
Medien_B	5,54	5,52	5,61	0,664
Medien_V	4,41	4,45	4,41	0,629
Soziales Umfeld_B	7,35	7,34	7,30	0,262
Soziales Umfeld_V	5,10	5,72	4,51	0,000**
Psychotherapie_B	5,35	5,30	5,61	0,398
Psychotherapie_V	3,23	3,36	3,13	0,503
Ernährungsumstellung_B	7,23	7,19	7,24	0,891
Ernährungsumstellung_V	4,32	4,15	4,29	0,351
Konservative Therapie_B	6,60	6,56	6,65	0,787
Konservative Therapie_V	3,56	3,36	3,49	0,600
Chirurgische Therapie_B	7,29	7,08	7,46	0,615
Chirurgische Therapie_V	4,66	4,42	4,75	0,266
Informationen_B	6,90	6,79	6,93	0,447
Informationen_V	4,16	4,08	4,31	0,135

Korrelationen zwischen Skalensummen Bedürfnisse und bindungsbezogener Vermeidung:

Items - Bindungsbezogene Vermeidung	Spearman-Korrelationskoeffizient ρ	Signifikanzwert p	N
Arbeitsplatz_B	0,021	0,754	232
Arbeitsplatz_V	-0,034	0,614	218
Betreuung Arzt_B	0,062	0,343	233
Betreuung Arzt_V	0,054	0,425	222
Betreuung HA_B	0,041	0,529	239
Betreuung HA_V	-0,064	0,341	226
Krankenkassen_B	0,077	0,237	237
Krankenkassen_V	0,073	0,276	227
Ernährung Öffentlichkeit_B	0,044	0,508	232
Ernährung Öffentlichkeit_V	-0,035	0,598	223
Lebensstilveränderung_B	0,091	0,16	238
Lebensstilveränderung_V	-0,068	0,304	227
Öffentlichkeit_B	0,061	0,347	240
Öffentlichkeit_V	0,015	0,826	225
Medien_B	0,026	0,698	232
Medien_V	-0,088	0,192	219
Soziales Umfeld_B	-0,084	0,195	239
Soziales Umfeld_V	-0,411**	<0,01	229
Psychotherapie_B	0,071	0,275	238
Psychotherapie_V	-0,076	0,258	226
Ernährungsumstellung_B	0,007	0,912	235
Ernährungsumstellung_V	0,050	0,454	228
Konservative Therapie_B	0,04	0,533	240
Konservative Therapie_V	0,02	0,758	232
Chirurgische Therapie_B	0,047	0,468	240
Chirurgische Therapie_V	0,111	0,095	229
Informationen_B	0,047	0,465	240
Informationen_V	0,049	0,473	220

7. Auswertung Zusammenhang zwischen Bedürfnissen und durchgeführter bariatrischer Operation:

Ausgewählte Teilnehmer: Bisherige Maßnahmen zur Gewichtsreduktion => Operation: 46,4%, n = 222

Anteil an Teilnehmern mit BED nach SIAB an den operierten Teilnehmern:

	Teilnehmer ohne OP		Teilnehmer mit OP	
	n	%	n	%
Gesamtstichprobe	256	53,6	222	46,4
Teilnehmer mit BED	35	54,7	29	45,3
Teilnehmer ohne BED	79	51,0	76	49,0

Mittelwertvergleich der Skalensummenwerte Bedürfnisse bei operierten und nicht operierten Teilnehmern:

Berechnung mit Mann-Whitney-U.

Skalensumme	Gesamt	Operierte Teilnehmer (n = 222)	Nicht operierte Teilnehmer (n = 256)	Asymp. Sig.
Arbeitsplatz_B	5,45	5,67	5,26	0,011*
Arbeitsplatz_V	3,54	3,68	3,42	0,229
Betreuung Arzt_B	6,57	6,77	6,39	0,007**
Betreuung Arzt_V	4,14	4,66	3,66	0,000**
Betreuung HA_B	7,49	7,63	7,36	0,017*
Betreuung HA_V	4,70	4,98	4,45	0,009**
Krankenkassen_B	7,39	7,64	7,17	0,005**
Krankenkassen_V	3,63	3,93	3,56	0,006**
Ernährung Öffentlichkeit_B	6,67	6,99	6,40	0,007**
Ernährung Öffentlichkeit_V	2,84	2,92	2,78	0,633
Lebensstilveränderung_B	6,98	7,27	6,74	0,000**
Lebensstilveränderung_V	3,94	4,11	3,79	0,064
Öffentlichkeit_B	7,15	7,33	7,00	0,006**
Öffentlichkeit_V	2,87	2,95	2,80	0,372
Medien_B	5,54	5,71	5,39	0,164
Medien_V	4,41	4,42	4,40	0,912
Soziales Umfeld_B	7,35	7,45	7,25	0,184
Soziales Umfeld_V	5,10	5,53	4,70	0,000**
Psychotherapie_B	5,35	5,55	5,18	0,083
Psychotherapie_V	3,23	3,44	3,05	0,043*
Ernährungsumstellung_B	7,23	7,48	7,02	0,000**
Ernährungsumstellung_V	4,32	4,59	4,09	0,011*
Konservative Therapie_B	6,60	6,70	6,51	0,732
Konservative Therapie_V	3,56	4,09	3,09	0,000**
Chirurgische Therapie_B	7,29	7,78	6,86	0,000**
Chirurgische Therapie_V	4,66	5,51	3,88	0,000**
Informationen_B	6,90	7,10	6,72	0,022*
Informationen_V	4,16	4,27	4,06	0,200

8. Auswertung Fragen zur Stigmatisierung:

Ergebnisse der einzelnen Fragen:

- Jemals Stigmatisierungserfahrungen aufgrund des Gewichts:
 - Nein: 6,2%, n = 17
 - Kindheit und Jugend: 67,8%, n = 185
 - Erwachsenenalter: 83,2%, n = 227
 - Aktuell: 34,4%, n = 94
- In Familie, Freundeskreis:
 - Eltern, Geschwister: 42,9%, n = 117
 - Partner: 21,6%, n = 59
 - Kinder: 13,6%, n = 37
 - Größere Familienfeste: 39,6%, n = 108
 - Freundeskreis: 36,3%, n = 99
- Im Beruf:
 - Kollegen: 44,3%, n = 121
 - Arbeitgeber: 33,7%, n = 92
 - Benachteiligung bzgl. Einkommen: 11,4%, n = 31
 - Arbeitsplatzausstattung: 15,4%, n = 42
 - Arbeitssuche, Vorstellungsgespräche: 48,0%, n = 131
 - Kunden: 23,8%, n = 65
 - Betriebsarzt: 19,8%, n = 54
 - Aufgabenverteilung: 22,0%, n = 60
- Durch Gesundheitspersonal:
 - Hausärzte: 28,2%, n = 77
 - Fachärzte: 50,9%, n = 139
 - Ärzte im Krankenhaus: 34,4%, n = 94
 - Medizinische Fachangestellte: 24,9%, n = 68
 - Pflegepersonal: 22,0%, n = 60
 - Ernährungsberater: 8,8%, n = 24
 - Vertreter der Krankenkasse: 20,9%, n = 54
- In der Öffentlichkeit:
 - Einkaufen von Lebensmitteln: 47,6%, n = 130
 - Einkaufen von Kleidungsstücken: 67,4%, n = 184
 - In öffentlichen Verkehrsmitteln: 57,1%, n = 156
 - In öffentlichen Einrichtungen wie z.B. Kino, Schwimmbad... : 61,9%, n = 169
 - Ausüben von Hobbies: 28,9%, n = 79
 - Ausüben von sportlichen Tätigkeiten: 51,3%, n = 140
 - Schule, Studium, Ausbildung: 30,8%, n = 84
 - Essen gehen, Kaffee trinken o.ä.: 54,9%, n = 150
- Umgang mit derartigen Situationen:
 - Gespräch mit Verursachern: 18,3%, n = 50
 - Vermeidung derartiger Situationen: 51,3%, n = 140
 - Beschwerde an höherer Stelle: 7,3%, n = 20
 - Selbstvorwürfe, sozialer Rückzug: 51,6%, n = 141
 - Hinnahme, nichts unternommen: 66,3%, n = 181
 - Aggressive Auseinandersetzung, evtl. Eskalation: 16,1%, n = 44

- Vorkommen der folgenden Situationen (Häufigkeit der Antworten in % und Median), Werte von 1 („Nie“) bis 8 („sehr häufig“) möglich

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	M
Wie häufig haben Sie das Gefühl, andere Personen haben nur aufgrund Ihres Gewichts einen schlechten ersten Eindruck von Ihnen?	6,9	5,8	9,6	10,8	13,1	19,2	9,6	25,0	6,0
Wie häufig haben Sie das Gefühl, Sie werden von anderen Personen nur auf Ihr Gewicht reduziert?	4,2	7,3	7,3	13,5	8,8	20,4	14,2	24,2	6,0
Haben Sie schon einmal aufgrund negativer Erfahrungen bezüglich Ihres Gewichts Ihre Arbeitsstelle gewechselt?	72,3	7,7	3,1	5,8	4,6	1,5	1,5	3,5	1,0
Haben Sie schon einmal aufgrund von Stigmatisierung Ihren Arzt gewechselt?	40,8	6,5	8,4	10,3	11,5	9,9	5,3	7,3	3,0
Haben Sie bei früheren Gewichtsabnahmen positive Rückmeldung von Ihrem sozialen Umfeld bekommen?	1,9	4,2	6,1	6,9	8,4	14,6	19,2	38,7	7,0
Wie häufig haben Sie beim Einkaufen von Kleidungsstücken Probleme aufgrund Ihrer Kleidergröße?	3,4	2,7	5,0	4,6	9,2	9,5	14,9	50,8	8,0
Haben Sie das Gefühl, Menschen mit Adipositas werden im Fernsehen meist negativ dargestellt?	0,0	0,8	1,1	5,4	3,4	11,9	23,4	54,0	8,0
Wie häufig werden/wurden Sie von anderen Menschen zum Abnehmen gedrängt, und wollten das persönlich gar nicht?	16,1	9,6	9,6	11,9	10,0	15,3	9,2	18,4	5,0
Wie häufig werden/wurden Sie von anderen Menschen zum Abnehmen gedrängt, und konnten das persönlich gar nicht leisten?	15,3	9,6	6,9	6,5	8,8	14,9	12,3	25,7	6,0

- Von welchen Personen wurden Sie zum Abnehmen gedrängt?
 - Familie, Partner: 59,2%, n = 155
 - Freunde: 21,4%, n = 56
 - Medizinisches Personal: 64,5%, n = 169
 - Arbeitgeber, Kollegen: 28,6%, n = 75

- Was trifft zu? (Häufigkeit der Antworten in %, Median), jeweils Skala von 1 (minimale Ausprägung) bis 8 (maximale Ausprägung)

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	M
Wenn Sie Stigmatisierung oder Diskriminierung erfahren haben, wie stark hat Sie dies belastet?	1,6	1,6	7,0	7,0	8,1	14,0	17,4	43,4	7,0
Haben Sie das Gefühl, dass die Stigmatisierung von Menschen mit Übergewicht von der Gesellschaft in den letzten Jahren zugenommen hat?	2,7	1,5	4,2	7,3	8,1	17,7	17,3	41,2	7,0
Haben Sie das Gefühl, in unserem Gesundheitssystem werden Menschen mit Adipositas schlechter behandelt?	4,2	2,7	2,3	6,1	8,0	22,5	23,7	30,5	7,0
Wie empfinden Sie Vorschläge zur Gewichtsreduktion von Gesundheitspersonal?	8,8	10,0	15,3	20,7	18,4	13,8	5,0	8,0	4,0
Wie empfinden Sie Ratschläge von Außenstehenden, wie Sie „ganz schnell und einfach“ abnehmen können?	40,9	20,8	22,0	7,3	4,2	1,5	0,4	2,7	2,0

Bildung Skalensummenwert Stigmatisierung:

Anhand der folgenden Items wird der Skalensummenwert „Stigmatisierung“ gebildet:

- StigSit_1: Wie häufig haben Sie das Gefühl, andere Personen haben nur aufgrund Ihres Gewichts einen schlechten ersten Eindruck von Ihnen?
- StigSit_2: Wie häufig haben Sie das Gefühl, Sie werden von anderen Personen nur auf Ihr Gewicht reduziert?
- StigSit_3: Haben Sie schon einmal aufgrund negativer Erfahrungen bezüglich Ihres Gewichts Ihre Arbeitsstelle gewechselt?
- StigSit_4: Haben Sie schon einmal aufgrund von Stigmatisierung Ihren Arzt gewechselt?
- StigSit_6: Wie häufig haben Sie beim Einkaufen von Kleidungsstücken Probleme aufgrund Ihrer Kleidergröße?
- StigSit_7: Haben Sie das Gefühl, Menschen mit Adipositas werden im Fernsehen meist negativ dargestellt?

Die Items können jeweils die Werte 1 „nie“ bis 8 „sehr häufig“ annehmen.

Der Skalensummenwert wird folgendermaßen berechnet:

Skalensummenwert Stigmatisierung = StigSit_1 + StigSit_2 + StigSit_3 + StigSit_4 + StigSit_6 + StigSit_7

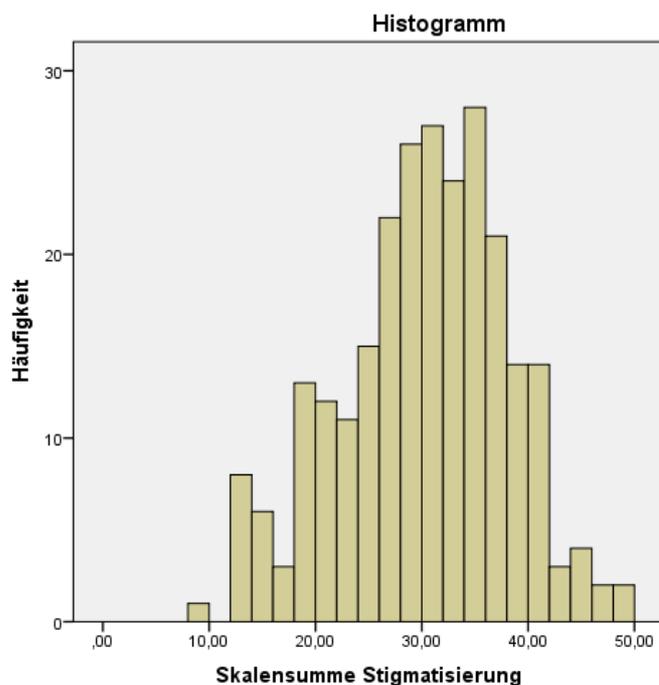
Summenwerte von 6 bis 48 sind möglich. Je höher der Summenwert, desto häufiger wird Stigmatisierung erlebt.

Cronbach's alpha = 0,732

Statistiken

Skalensumme Stigmatisierung

N	Gültig	256
	Fehlend	531
Mittelwert		29,7188
Standardabweichung		7,81947
Minimum		9,00
Maximum		48,00



Mittelwertvergleich der Skalensummenwerte Bedürfnisse bei Stigmatisierungserfahrungen:

Unterteilung anhand der Frage nach stattgehabter Stigmatisierungserfahrung:
 Gruppe 0 = jemals Stigmatisierungserfahrung gemacht (n = 256), Gruppe 1 = keine Stigmatisierungserfahrungen (n = 17).
 Berechnung mit Mann-Whitney-U

Skalensumme	Gesamt	Stig- matisierungs- erfahrung	Keine Stig- matisierungs- erfahrungen	Asymp. Sig.
Arbeitsplatz_B	5,45	5,72	5,08	0,133
Arbeitsplatz_V	3,54	3,62	3,45	0,764
Betreuung Arzt_B	6,57	6,66	5,97	0,067
Betreuung Arzt_V	4,14	4,12	3,90	0,577
Betreuung HA_B	7,49	7,49	7,39	0,400
Betreuung HA_V	4,70	4,57	5,29	0,140
Krankenkassen_B	7,39	7,48	7,05	0,138
Krankenkassen_V	3,63	3,6	4,06	0,614
Ernährung Öffentlichkeit_B	6,67	6,75	6,40	0,251
Ernährung Öffentlichkeit_V	2,84	2,85	2,73	0,343
Lebensstilveränderung_B	6,98	7,06	6,07	0,092
Lebensstilveränderung_V	3,94	3,98	3,31	0,059
Öffentlichkeit_B	7,15	7,27	6,55	0,059
Öffentlichkeit_V	2,87	2,852	2,89	0,887
Medien_B	5,54	5,61	4,35	0,025*
Medien_V	4,41	4,51	3,18	0,002**
Soziales Umfeld_B	7,35	7,34	7,36	0,581
Soziales Umfeld_V	5,10	5,06	5,47	0,543
Psychotherapie_B	5,35	5,53	3,98	0,023*
Psychotherapie_V	3,23	3,32	2,60	0,083
Ernährungsumstellung_B	7,23	7,25	7,15	0,676
Ernährungsumstellung_V	4,32	4,28	4,27	0,911
Konservative Therapie_B	6,60	6,65	6,35	0,316
Konservative Therapie_V	3,56	3,45	4,08	0,287
Chirurgische Therapie_B	7,29	7,36	7,12	0,504
Chirurgische Therapie_V	4,66	4,63	4,71	0,894
Informationen_B	6,90	6,95	5,92	0,014*
Informationen_V	4,16	4,23	3,41	0,048*

Mittelwertvergleich der Skalensummenwerte Bedürfnisse bei spezifischen Stigmatisierungserfahrungen:

Unterteilung anhand der Fragen nach spezifischen Stigmatisierungserfahrungen, dann Vergleich der Mittelwerte der Bedürfnis-Skalensumme aus dem dazu passenden Bereich.

Gruppe 0 = Stigmatisierung in diesem Bereich erlebt, Gruppe 1 = keine Stigmatisierungserfahrungen in diesem Bereich.

Berechnung mit Mann-Whitney-U

Spezifische Stigmatisierungserfahrung	Bedürfnis-Skalensumme	Keine Stigmatisierung	Stigmatisierung erlebt	Asymp. Sig.
<u>Soziales Umfeld</u>				
Stigmatisierung durch Eltern, Geschwister	Soziales Umfeld_B	7,25	7,47	0,376
	Soziales Umfeld_V	5,34	4,74	0,016*
Stigmatisierung durch Partner	Soziales Umfeld_B	7,37	7,24	0,225
	Soziales Umfeld_V	5,25	4,52	0,006**
Stigmatisierung durch eigene Kinder	Soziales Umfeld_B	7,33	7,42	0,466
	Soziales Umfeld_V	5,23	4,18	0,002**
Stigmatisierung bei Familienfesten	Soziales Umfeld_B	7,27	7,44	0,379
	Soziales Umfeld_V	5,17	4,96	0,235
Stigmatisierung im Freundeskreis	Soziales Umfeld_B	7,31	7,39	0,731
	Soziales Umfeld_V	5,34	4,66	0,010**
<u>Arbeitsplatz</u>				
Stigmatisierung durch Kollegen	Arbeitsplatz_B	5,62	5,76	0,472
	Arbeitsplatz_V	3,76	3,45	0,104
Stigmatisierung durch Arbeitgeber	Arbeitsplatz_B	5,44	6,16	0,001**
	Arbeitsplatz_V	3,78	3,31	0,034*
Stigmatisierung bei Arbeitsplatzausstattung	Arbeitsplatz_B	5,64	5,89	0,201
	Arbeitsplatz_V	3,82	2,6	0,000**
Stigmatisierung bei der Arbeitssuche	Arbeitsplatz_B	5,52	5,85	0,182
(Arbeitssuche)	Arbeitsplatz_V	3,91	3,29	0,004**
<u>Gesundheitssystem</u>				
Stigmatisierung durch HA	BetreuungHA_B	7,45	7,58	0,159
	BetreuungHA_V	4,83	4,07	0,001**
Stigmatisierung durch	BetreuungArzt_B	6,61	6,62	0,799

Fachärzte				
	BetreuungArzt_V	4,31	3,93	0,013*
<i>Öffentlichkeit</i>				
Stigmatisierung beim Einkauf von Lebensmitteln	Öffentlichkeit_B	7,00	7,37	0,014*
	Öffentlichkeit_V	2,94	2,71	0,219
Stigmatisierung beim Einkauf von Kleidung	Öffentlichkeit_B	6,84	7,33	0,015*
	Öffentlichkeit_V	2,86	2,81	0,826
Stigmatisierung in öffentl. Verkehrsmitteln	Öffentlichkeit_B	6,98	7,32	0,103
	Öffentlichkeit_V	2,90	2,78	0,387
Stigmatisierung in öffentl. Einrichtungen	Öffentlichkeit_B	6,90	7,35	0,014*
	Öffentlichkeit_V	2,85	2,81	0,945
Stigmatisierung beim Sport in der Öffentlichkeit	Öffentlichkeit_B	7,04	7,30	0,197
	Öffentlichkeit_V	2,78	2,87	0,507
Stigmatisierung im Restaurant, Café	ErnährungÖff_B	6,59	6,85	0,062
	ErnährungÖff_V	2,84	2,84	0,758

Korrelationen zwischen Skalensummen Bedürfnisse und Skala Stigmatisierung:

Skalensumme Bedürfnisse - Skala Stigmatisierung	Spearman- Korrelationskoeffizient ρ	Signifikanzwert p	N
Arbeitsplatz_B	0,23**	0,000	243
Arbeitsplatz_V	-0,283**	0,000	226
Betreuung Arzt_B	0,148*	0,020	245
Betreuung Arzt_V	-0,147*	0,025	230
Betreuung HA_B	0,075	0,237	250
Betreuung HA_V	-0,131*	0,044	235
Krankenkassen_B	0,113	0,076	249
Krankenkassen_V	-0,088	0,179	237
Ernährung Öffentlichkeit_B	0,216**	0,001	243
Ernährung Öffentlichkeit_V	-0,163*	0,013	231
Lebensstilveränderung_B	0,139*	0,027	251
Lebensstilveränderung_V	-0,174**	0,007	235
Öffentlichkeit_B	0,185**	0,003	252
Öffentlichkeit_V	-0,158*	0,016	233
Medien_B	0,249**	0,000	244
Medien_V	-0,016	0,815	226
Soziales Umfeld_B	0,112	0,077	250
Soziales Umfeld_V	-0,169**	0,009	238
Psychotherapie_B	0,118	0,063	250
Psychotherapie_V	-0,085	0,196	233
Ernährungsumstellung_B	0,163*	0,010	247
Ernährungsumstellung_V	-0,090	0,167	237
Konservative Therapie_B	0,193**	0,002	251
Konservative Therapie_V	-0,132*	0,042	239
Chirurgische Therapie_B	0,056	0,377	252
Chirurgische Therapie_V	-0,024	0,714	239
Informationen_B	0,149*	0,017	253
Informationen_V	-0,088	0,186	228

**9. Auswertung Fragen zum individuellen Umgang mit der Erkrankung,
Skalensumme Selbststigmatisierung:**

Ergebnisse der Fragen:

Was trifft zu? (Häufigkeit der Antworten in %, Median), jeweils Skala von 1 (minimale Ausprägung) bis 8 (maximale Ausprägung)

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	M
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Aussehen?	32,3	15,7	18,5	11,0	7,5	9,4	4,3	1,2	3,0
Glauben Sie, dass Sie schlank glücklicher wären?	5,1	3,5	7,9	4,3	7,1	23,2	14,6	34,3	6,0
Wie stark empfinden Sie die körperliche Belastung durch Ihr Gewicht?	0,8	3,2	3,2	5,2	6,3	14,3	15,5	51,6	8,0
Wie stark empfinden Sie die psychische Belastung aufgrund Ihres Gewichts?	2,0	7,6	8,0	8,0	8,0	13,1	15,5	37,8	7,0
Wie stark glauben Sie, hängt der Wert von Ihnen als Person von Ihrem Gewicht ab?	20,1	7,1	10,2	6,7	11,4	13,4	11,0	20,1	5,0
Sind Sie der Meinung, dass es Dinge gibt, die mit einem niedrigeren Gewicht einfacher wären?	0,0	0,8	1,2	2,0	3,5	13,4	13,4	65,7	8,0
Wie stark fühlen Sie sich durch Ihr Gewicht im Alltag eingeschränkt?	2,8	3,1	3,5	5,5	5,9	21,7	19,3	38,2	7,0
Was glauben Sie, wie groß ist der Anteil dessen, was Sie selbst zu Ihrer Gewichtsveränderung beitragen können?	1,2	0,8	2,4	6,7	9,8	22,4	19,3	37,4	7,0
Wie häufig empfinden Sie aufgrund Ihres Gewichts Scham in der Öffentlichkeit?	2,8	3,6	7,2	7,6	10,8	21,6	16,0	30,4	6,0
Wie häufig beschäftigen Sie sich mit Ihrem eigenen Aussehen und Körper?	1,2	5,6	4,8	9,6	11,6	19,9	17,1	30,3	6,0

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	M
Wie häufig beschäftigen Sie sich mit Ernährung und der Menge an Nahrung, die Sie zu sich nehmen?	0,4	1,6	6,0	7,6	13,5	16,7	17,1	37,1	7,0
Wie häufig betreiben Sie keinen Sport, obwohl Sie es gerne täten, weil Sie sich schämen oder Angst vor Spott haben?	12,1	10,5	11,3	10,1	11,7	11,3	11,3	21,8	5,0
Wie häufig vermeiden Sie es etwas in der Öffentlichkeit zu unternehmen, weil Sie sich für Ihr Gewicht schämen?	15,2	6,8	7,2	9,2	10,0	11,6	15,2	24,8	6,0
Wenn Sie nach einer Gewichtsreduktion schnell wieder an Gewicht zunehmen (Jojo-Effekt), wie häufig empfinden Sie dann Schuld, Scham, Unglück oder ähnliche negative Gefühle?	2,4	1,6	4,0	3,6	3,6	12,4	19,7	52,6	8,0
Haben oder hatten Sie Schwierigkeiten bei der Partnersuche?	31,0	6,3	8,3	3,6	11,5	11,1	8,3	19,8	5,0
Wenn ja, glauben Sie, dass ihr Gewicht ein Grund dafür war/ist?	19,1	3,1	4,4	7,6	8,0	17,8	15,1	24,9	6,0
Fällt es Ihnen leichter im Internet nach einem Partner zu suchen als direkt in der Öffentlichkeit?	39,5	2,6	6,1	6,6	6,1	12,7	4,8	21,5	4,0
Hatten Sie schon einmal das Gefühl, dass eine Beziehung von Ihnen aufgrund Ihres Gewichts in die Brüche ging?	41,9	4,5	12,6	8,5	6,9	12,2	3,7	9,8	3,0

Bildung Skalensummenwert Selbststigmatisierung:

Anhand der folgenden Items wird der Skalensummenwert „Selbst-Stigmatisierung“ gebildet:

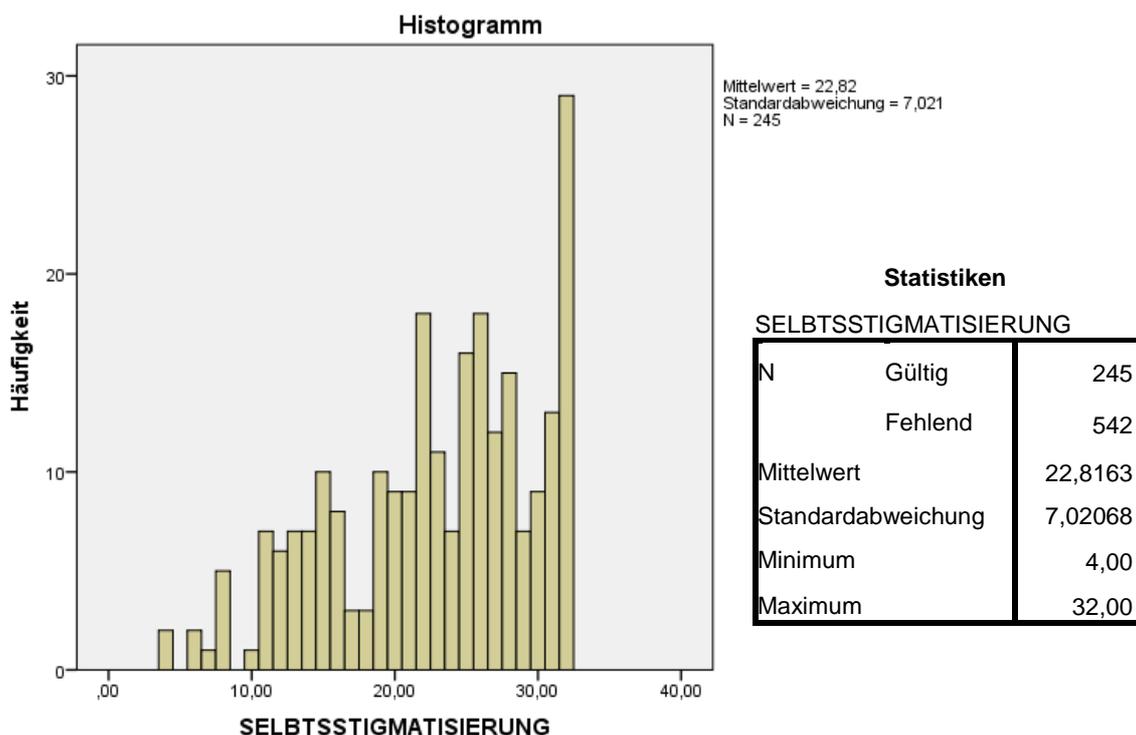
- Umgang_10: Wie häufig empfinden Sie aufgrund Ihres Gewichts Scham in der Öffentlichkeit?
- Umgang_13: Wie häufig betreiben Sie keinen Sport, obwohl Sie es gerne täten, weil Sie sich schämen oder Angst vor Spott haben?
- Umgang_14: Wie häufig vermeiden Sie es etwas in der Öffentlichkeit zu unternehmen, weil Sie sich für Ihr Gewicht schämen?
- Umgang_15: Wenn Sie nach einer Gewichtsreduktion schnell wieder an Gewicht zunehmen, wie häufig empfinden Sie dann Schuld, Scham, Unglück oder ähnliche negative Gefühle?

Die Items können jeweils die Werte 1 „nie“ bis 8 „sehr häufig“ annehmen.

Der Skalensummenwert wird folgendermaßen berechnet:

Skalensummenwert Stigmatisierung = Umgang_10 + Umgang_13 + Umgang_14 + Umgang_15

Summenwerte von 4 bis 32 sind möglich. Je höher der Skalensummenwert, desto höher ist der Grad der Selbststigmatisierung. Cronbachs alpha = 0,814



Korrelationen zwischen Skalensummen Bedürfnisse und Skala Stigmatisierung

Bedürfnisse - Skala Selbst- Stigmatisierung	Spearman- Korrelationskoeffizient ρ	Signifikanzwert p	N
Arbeitsplatz_B	0,308**	0,000	229
Arbeitsplatz_V	-0,287**	0,000	214
Betreuung Arzt_B	0,328**	0,000	230
Betreuung Arzt_V	-0,038	0,575	217
Betreuung HA_B	0,260**	0,000	236
Betreuung HA_V	-0,088	0,191	222
Krankenkassen_B	0,238**	0,000	234
Krankenkassen_V	-0,054	0,421	223
Ernährung Öffentlichkeit_B	0,305**	0,000	229
Ernährung Öffentlichkeit_V	-0,180**	0,008	218
Lebensstilveränderung_B	0,149*	0,022	234
Lebensstilveränderung_V	-0,152*	0,023	223
Öffentlichkeit_B	0,346**	0,000	237
Öffentlichkeit_V	-0,117	0,082	221
Medien_B	0,292**	0,000	229
Medien_V	-0,015	0,831	216
Soziales Umfeld_B	0,146	0,026	235
Soziales Umfeld_V	-0,244**	0,000	225
Psychotherapie_B	0,262**	0,000	234
Psychotherapie_V	0,073	0,281	220
Ernährungsumstellung_B	0,132*	0,044	233
Ernährungsumstellung_V	-0,07	0,295	224
Konservative Therapie_B	0,290**	0,000	237
Konservative Therapie_V	-0,048	0,470	227
Chirurgische Therapie_B	0,237**	0,000	237
Chirurgische Therapie_V	-0,055	0,413	225
Informationen_B	0,244**	0,000	236
Informationen_V	-0,099	0,146	217

10. Regressionsanalyse zur Arbeitsplatz-Zufriedenheit:

Korrelationen nach Pearson:

Im-putation		Arbeitsplatz_W	Arbeitsplatz_V	PHQ	Stigmatisierung	Selbststigmatisierung	BANG	Alter	BMI
<i>Original</i>									
	Arbeitsplatz_W		,037	,189**	,189**	,246**	,99	-,056	,056
	Arbeitsplatz_V	,037		-,266**	-,288**	-,276**	-,158*	-,027	-,147*
	PHQ	,189**	-,266**		,410**	,472**	,392**	-,044	,203**
	Stigmatisierung	,189**	-,288**	,410**		,556**	,292**	-,216**	,260**
	Selbststigmatisierung	,246**	-,276**	,472**	,556**		,467**	-,202**	,227**
	BANG	,99	-,158*	,392**	,292**	,467**		-,115	,097
	Alter	-,056	-,027	-,044	-,216**	-,202**	-,115		-,214**
	BMI	,056	-,147*	,203**	,260**	,227**	,097	-,214**	
<u>1</u>		Arbeitsplatz_W	Arbeitsplatz_V	PHQ	Stigmatisierung	Selbststigmatisierung	BANG	Alter	BMI
	Arbeitsplatz_W		,035	,190**	,195**	,241**	,102	-,074	,048
	Arbeitsplatz_V	,035		-,268**	-,274**	-,268**	-,151*	-,038	,045

	PHQ	,190**	-,268**		,406**	,472**	,404**	-,044	,203**
	Stigmatisierung	,195**	-,274**	,406**		,565**	,259**	-,207**	,256**
	Selbststigmatisierung	,241**	-,286**	,472**	,565**		,457**	-,198**	,244**
	BANG	,102	-,151*	,404**	,259**	,457**		-,091	,112
	Alter	-,074	-,038	-,044	-,207**	-,198**	-,091		-,214**
	BMI	,048	,045	,203**	,256**	,244**	,112	-,214**	
<u>2</u>		Arbeitsplatz_W	Arbeitsplatz_V	PHQ	Stigmatisierung	Selbststigmatisierung	BANG	Alter	BMI
	Arbeitsplatz_W		,054	,194**	,205**	,256**	,091	-,070	,076
	Arbeitsplatz_V	,054		-,266**	-,286**	-,263**	-,131*	,030	-,153*
	PHQ	,194**	-,266**		,402**	,470**	,402**	-,044	,203**
	Stigmatisierung	,205**	-,286**	,402**		0,556**	,263**	-,208**	,255**
	Selbststigmatisierung	,256**	-,263**	,470**	0,556**		,446**	-,189**	,231**
	BANG	,091	-,131*	,402**	,263**	,446**		-,115	,109
	Alter	-,070	,030	-,044	-,208**	-,189**	-,115		-,214**

	BMI	,076	-,153*	,203**	,255**	,231**	,109	-,214**	
<u>3</u>		Arbeitsplatz_W	Arbeitsplatz_V	PHQ	Stigmatisierung	Selbststigmatisierung	BANG	Alter	BMI
	Arbeitsplatz_W		,036	,181**	,208**	,221**	,080	-,037	,057
	Arbeitsplatz_V	,036		-,291**	-,272**	-,286**	-,202**	-,016	-,163*
	PHQ	,181**	-,291**		,405**	,470**	,362**	-,044	,203**
	Stigmatisierung	,208**	-,272**	,405**		,548**	,270**	,201**	,245**
	Selbststigmatisierung	,221**	-,286**	,470**	,548**		,455**	-,185**	,234**
	BANG	,080	-,202**	,362**	,270**	,455**		-,112	,096
	Alter	-,037	-,016	-,044	,201**	-,185**	-,112		-,214**
	BMI	,057	-,163*	,203**	,245**	,234**	,096	-,214**	
<u>4</u>		Arbeitsplatz_W	Arbeitsplatz_V	PHQ	Stigmatisierung	Selbststigmatisierung	BANG	Alter	BMI
	Arbeitsplatz_W		,061	,179**	,189**	,228**	,107	-,046	,063
	Arbeitsplatz_V	,061		-,296**	-,275**	-,307**	-,154*	-,010	-,149*
	PHQ	,179**	-,296**		,410**	,473**	,395**	-,044	,203**
	Stigmatisierung	,189**	-,275**	,410**		,570**	,292**	-,210**	,256**

	Selbststigmatisierung	,228**	-,307**	,473**	,570**		,457**	-,196**	,244**
	BANG	,107	-,154*	,395**	,292**		,457**	-,117	,117
	Alter	-,046	-,010	-,044	-,210**		-,196**	-,117	-,214**
	BMI	,063	-,149*	,203**	,256**		,244**	,117	-,214**
<u>5</u>		Arbeitsplatz_W	Arbeitsplatz_V	PHQ	Stigmatisierung	Selbststigmatisierung	BANG	Alter	BMI
	Arbeitsplatz_W		,025	,192**	,213**	,253**	,125	-,054	,076
	Arbeitsplatz_V	,025		-,223**	-,264**	-,256**	-,148*	-,023	-,143*
	PHQ	,192**	-,223**		,411**	,465**	,417**	-,044	,203**
	Stigmatisierung	,213**	-,264**	,411**		,551**	,251**	-,211**	,257**
	Selbststigmatisierung	,253**	-,256**	,465**	,551**		,450**	-,202**	,230**
	BANG	,125	-,148*	,417**	,251**	,450**		-,084	,102
	Alter	-,054	-,023	-,044	-,211**	-,202**	-,084		-,214**
	BMI	,076	-,143*	,203**	,257**	,230**	,102	-,214**	
<i>Pooled</i>		Arbeitsplatz_W	Arbeitsplatz_V	PHQ	Stigmatisierung	Selbststigmatisierung	BANG	Alter	BMI

	Arbeitsplatz_W		,042	,187**	,202**	,240**	,101	-,056	,064
	Arbeitsplatz_V	,042		-,269**	-,274**	-,280**	-,157*	-,023	-,148*
	PHQ	,187**	-,269**		,407**	,470**	,396**	-,044	,203**
	Stigmatisierung	,202**	-,274**	,407**		,558**	,267**	-,207**	,254**
	Selbststigmatisierung	,240**	-,280**	,470**	,558**		,453**	-,194**	,237**
	BANG	,101	-,157*	,396**	,267**	,453**		-,104	,107
	Alter	-,056	-,023	-,044	-,207**	-,194**	-,104		-,214**
	BMI	,064	-,148*	,203**	,254**	,237**	,107	-,214**	

Einfache Regressionsanalyse:

Abhängige Variable: „Arbeitsplatz_B“

Unabhängige Variable	Imputationsnummer	R ²	Angepasstes R ²	Signifikanz <i>p</i>
PHQ	4	.127	.123	<.01
BANG	2	.011	.007	.108
Stigmatisierung	3	.005	.001	.272
Selbststigmatisierung	5	.013	.009	.077

Abhängige Variable: „Arbeitsplatz_V“

Unabhängige Variable	Imputationsnummer	R ²	Angepasstes R ²	Signifikanz <i>p</i>
PHQ	5	.134	.130	<.01
BANG	3	.026	.022	<.05
Stigmatisierung	4	.068	.064	<.01
Selbststigmatisierung	4	.139	.135	<.01

Multiple Regressionsanalyse: Abhängige Variable: „Arbeitsplatz_B“

Modellübersicht

Imputation	Modell	R	R-Quadrat	Angepasstes R-Quadrat	Standardfehler der Schätzung
Originaldaten	1	.243	.059	-.021	1.722
1	1	.435	.189	.168	1.838
2	1	.385	.148	.126	1.649
3	1	.202	.041	.015	1.809
4	1	.522	.272	.253	1.730
5	1	.399	.159	.137	1.680

ANOVA

Imputation	Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
4	1	Regression	255,556	6	42,593	14,2	.000
		Residuum	682,639	228	2,994		
		Gesamt-summe	938,196	234			

Übersicht über Koeffizienten

Imputation	Modell		B	Standardfehler	Beta	t	Sig.
4	1	(Konstante)	9,434	.914		10,326	.000
		Alter	-.075	.013	-.340	-5,862	.000
		BMI	-.039	.012	-.194	-3,280	.001
		PHQ	-.128	.017	-.502	7,341	.000
		BANG	-.034	.013	-.178	-2,624	.009
		Stigmatisierung	-.008	.019	-.029	-.406	.685
		Selbst-Stigmatisierung	.019	.020	.068	.962	.337

Multiple Regressionsanalyse: Abhängige Variable: „Arbeitsplatz_B“

Modellübersicht

Imputation	Modell	R	R-Quadrat	Angepasstes R-Quadrat	Standardfehler der Schätzung
Originaldaten	1	.380	.144	.065	1,495
1	1	.455	.207	.186	1,708
2	1	.426	.182	.160	1,377
3	1	.329	.108	.084	1,708
4	1	.415	.172	.150	1,605
5	1	.400	.160	.138	1,745

ANOVA

Imputation	Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	1	Regression	173,304	6	28,884	9,89	.000
		Residuum	665,321	228	2,918		
		Gesamtsumme	838,625	234			

Übersicht über Koeffizienten

Imputation	Modell		B	Standardfehler	Beta	t	Sig.
1	1	(Konstante)	5,896	.975		6,044	.000
		Alter	-.016	.012	-.087	-1,275	.204
		BMI	-.060	.012	-.327	-5,118	.000
		PHQ	-.042	.021	-.138	-2,025	.044
		BANG	.015	.013	.082	1,206	.229
		Stigmatisierung	-.011	.020	-.042	-.640	.590
		Selbst-Stigmatisierung	.063	.020	.231	3,086	.002

Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Zipfel für die Möglichkeit, in seiner Abteilung über dieses Thema promovieren zu können.

Ich danke Herrn Prof. Dr. Martin Teufel für die hervorragende und ausdauernde Betreuung bei Planung, Durchführung und Erstellung dieser Dissertation. Ich hätte mir diese nicht besser vorstellen können.

Ebenfalls möchte ich Frau Dr. Göldner und Frau Dr. Mack für Ihre Unterstützung danken.

Ganz besonders danke ich meinen Eltern, die mich in allem immer so großzügig, verlässlich und liebevoll unterstützt haben. Ohne sie wäre ich nie so weit gekommen. Ich danke euch dafür, dass ich wissen darf, dass ihr immer für mich da seid!

Genauso möchte ich auch meinem Mann danken. Zu jeder Zeit, wusste ich, dass ich mich auf dich verlassen kann. Egal wie schlecht meine Laune war, du hast immer geduldig zugehört, Ratschläge gegeben, mich unterstützt oder mich einfach nur mit etwas Schönerem abgelenkt.

Auch meinen lieben Leidensgenossinnen Elli und Caro möchte ich sehr danken. Unsere vielen Gespräche haben mir immer wieder Mut gegeben, mich aufgemuntert und getröstet. Ich werde die Zeit mich euch nicht vergessen.

Zuletzt möchte ich auch all den vielen anderen Menschen, Freunden und Verwandten, danken, die in dieser Zeit an mich gedacht haben. Es tat gut, zu wissen, dass so viele an mich glauben.

All diesen Menschen, die mich während des Erstellens der Dissertation begleitet haben, danke ich von ganzem Herzen.