

Justus-Liebig-Universität Gießen

Fachbereich 09 Agrarwissenschaften, Ökotrophologie und
Umweltmanagement
Institut für Ernährungswissenschaft

**Einfluss des Alltagskontextes auf den Prozess einer
Ernährungsverhaltensmodifikation –
eine qualitative Untersuchung von Personen mit erhöhten
Cholesterinwerten**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. oec. troph.) am
Fachbereich Agrarwissenschaften, Ökotrophologie und
Umweltmanagement
Institut für Ernährungswissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen

eingereicht von: Dipl. oec. troph. Karen Hildebrandt

**Erstgutachterin: Prof. Dr. Ingrid-Ute Leonhäuser
Zweitgutachter: Prof. Dr. Werner Merkle**

Gießen, April 2012

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
I EINLEITUNG	1
1 Problemstellung und Zielsetzung.....	1
2 Aufbau der Arbeit.....	4
II THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN ZUM VERSTÄNDNIS VON ERNÄHRUNGS- UND GESUNDHEITSVERHALTEN IM ALLTAGSKONTEXT	6
1 Begriffsexplikationen und weitere Vorbemerkungen	6
2 Modelle zur Abbildung der Alltagskomplexität.....	7
2.1 Einführung.....	7
2.2 Modell des Lebensraums	8
2.3 Pyramidenmodell des Gesundheitshandelns im Alltag	12
2.4 Konzept der alltäglichen Lebensführung.....	14
2.5 Fazit	16
3 Gesundheitspsychologische Modelle und Befunde.....	17
3.1 Begriffsexplikationen und Überblick	17
3.2 Kontinuierliche Modelle	20
3.3 Stadienmodelle	25
3.4 Stadientheoretische Analysen.....	34
3.5 Kritische Anmerkungen zu gesundheitspsychologischen Modell- und Forschungsansätzen	37
3.6 Fazit	41
4 Ernährungsverhalten im Alltag: Empirische Befunde	42
4.1 Stand der Forschung	43
4.2 Ernährungsverhalten im familiären Umfeld.....	45
4.3 Ernährungsverhalten im beruflichen Umfeld.....	50
4.4 Ernährungsverhalten im freizeitbezogenen Umfeld.....	54
4.5 Ernährungsverhalten unter sozioökonomischen Aspekten	57
4.6 Fazit	59
5 Ernährungs- und Gesundheitsverhalten bei Fettstoffwechselstörung	60
5.1 Definitionen, Charakteristika und Prävalenz eines gestörten Fettstoffwechsels	60
5.2 Assoziierte Morbidität und Mortalität.....	62
5.3 Lebensstilassoziierte Interventionsmaßnahmen	63
5.4 Fazit	70
6 Fazit aus dem Stand der Forschung sowie Ableitung und Begründung der eigenen Fragestellung	71

III	EMPIRISCHER ERHEBUNGSRAHMEN	76
1	Hypothetisches Rahmenmodell, Leitfragen und Ablauf der Untersuchung... 76	
2	Begründung des qualitativen Methodenansatzes und Herleitung der methodologischen Prinzipien für die vorliegende Untersuchung	80
3	Die Gruppendiskussion als Vorstudie	82
3.1	Methodik	82
3.2	Konzeption des Leitfadens	85
3.3	Auswahl der Experten	88
3.4	Durchführung der Diskussion	89
3.5	Ergebnisse	91
4	Die Einzelinterviews	93
4.1	Methodik	93
4.2	Konzeption des Leitfadens	95
4.3	Auswahl der Interviewpartner	100
4.4	Durchführung der Interviews	104
4.5	Datenauswertung und Gütekriterien der qualitativen Inhaltsanalyse....	106
IV	ERGEBNISSE UND DISKUSSION DER EINZELINTERVIEWS IM SPIEGEL BISHERIGER ERKENNTNISSE	110
1	Ergebnisse	110
1.1	Demografische und sozioökonomische Struktur der Stichprobe sowie Stadienzugehörigkeit	111
1.2	Ernährung allgemein/ortsunabhängig	113
1.3	Alltagsbereich: Haushalt/Familie	117
1.4	Alltagsbereich: Arbeitsplatz/Kollegen	124
1.5	Alltagsbereich: Freizeit/Freunde	131
1.6	Gesundheitsstatus und Fettstoffwechselstörung	136
2	Diskussion	140
2.1	Demografische und sozioökonomische Bedingungen einer Ernährungsverhaltensmodifikation	141
2.2	Allgemeine, ortsunabhängige Bedingungen einer Ernährungsverhaltensmodifikation	144
2.3	Bedingungen einer Ernährungsverhaltensmodifikation im Bereich „Haushalt/Familie“	149
2.4	Bedingungen einer Ernährungsverhaltensmodifikation im Bereich „Arbeitsplatz/Kollegen“	156
2.5	Bedingungen einer Ernährungsverhaltensmodifikation im Bereich „Freizeit/Freunde“	165
2.6	Einfluss von Gesundheitsstatus und Krankengeschichte auf eine Ernährungsverhaltensmodifikation	173
3	Fazit sowie kritische Würdigung der Ergebnisse in inhaltlicher und methodischer Hinsicht	177
V	EMPFEHLUNGEN FÜR EINE PHASENSPEZIFISCHE ERNÄHRUNGSBERATUNG UND FORSCHUNGSPERSPEKTIVEN	189
VI	ZUSAMMENFASSUNG	202
VII	SUMMARY	204
VIII	LITERATURVERZEICHNIS	206
IX	ANHANG	246

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Pyramidenmodell des alltäglichen Gesundheitshandelns	13
Abbildung 2:	Strukturelle und soziale Bereiche alltäglichen Handelns.....	17
Abbildung 3:	Health Belief-Modell.....	21
Abbildung 4:	Theorie der Schutzmotivation.....	22
Abbildung 5:	Theorie des geplanten Verhaltens	23
Abbildung 6:	Einfache Skizze der sozial-kognitiven Theorie	24
Abbildung 7:	Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns	29
Abbildung 8:	Übersicht verschiedener Stadienmodelle	35
Abbildung 9:	Hypothetisches Untersuchungsmodell.....	77
Abbildung 10:	Ablauf der Untersuchung.....	79
Abbildung 11:	Themenbereiche des Interview-Leitfadens	97
Abbildung 12:	Algorithmus zur Stadienklassifikation fettbewusste Ernährung....	102
Abbildung 13:	Übersicht zu Einflüssen von Soziodemografie, Alltagsgegeben- heiten und Gesundheitsstatus auf den Prozess einer Ernäh- rungsverhaltensumstellung	178

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Beschreibung der Stadien des Transtheoretischen Modells	27
Tabelle 2:	Beschreibung der Stadien einer Gesundheitsverhaltensänderung auf Basis psychologischer Kriterien	36
Tabelle 3:	Übersicht ausgewählter Forschungsarbeiten zu Ernährungs- handeln in Haushalt und Familie	46
Tabelle 4:	Übersicht ausgewählter Forschungsarbeiten zu Ernährungs- handeln am Arbeitsplatz	51
Tabelle 5:	Übersicht ausgewählter Forschungsarbeiten zu Ernährungs- handeln in der Freizeit	55
Tabelle 6:	Empfehlungen für die Fettzufuhr	66
Tabelle 7:	Wesentliche Ernährungs- und Lebensstilempfehlungen zur Verbesserung des Lipidprofils	70
Tabelle 8:	Stichprobenumfang je Stadium einer Ernährungsverhaltens- modifikation und Geschlecht	101
Tabelle 9:	Beispielhaftes Vorgehen bei der Datenanalyse	109
Tabelle 10:	Stadienzugehörigkeit der Befragungspersonen	111
Tabelle 11:	Altersklassen der befragten Personen sowie Stadienverteilung	112
Tabelle 12:	Sozioökonomische Struktur der befragten Personen	112
Tabelle 13:	Gründe für bzw. gegen eine fettbewusste Ernährung.....	115
Tabelle 14:	Häufigkeit des Vorliegens einer besonderen Ernährungsform	118
Tabelle 15:	(Sozial-)situative und emotionale Barrieren und Ressourcen einer fettbewussten Ernährung im Alltagsbereich „Haushalt/Familie“	122
Tabelle 16:	Arbeitszeitregelung	125
Tabelle 17:	Mittagspausengestaltung	125
Tabelle 18:	(Sozial-)situative und emotionale Barrieren einer fettbewussten Ernährung im Alltagsbereich „Arbeitsplatz/Kollegen“	129
Tabelle 19:	(Sozial-)situative und emotionale Barrieren und Ressourcen einer fettbewussten Ernährung im Alltagsbereich „Freizeit/Freunde“	135
Tabelle 20:	Ausgewählte Charakteristika der vorliegenden Fettstoffwechsel- störung	137
Tabelle 21:	Möglichkeiten der Einflussnahme auf den Cholesterinwert	139

Abkürzungsverzeichnis

DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
En%	Energieprozent
HAPA	Health Action Process Approach
HDL	high density lipoprotein
KHK	Koronare Herzkrankheit
LDL	low density lipoprotein
MUFA	monounsaturated fatty acids (einfach ungesättigte Fettsäuren)
PUFA	polyunsaturated fatty acids (mehrfach ungesättigte Fettsäuren)
TFA	trans fatty acids (Transfettsäuren)
TTM	Transtheoretisches Modell
SAFA	saturated fatty acids (gesättigte Fettsäuren)

*„Gedacht ist noch nicht gesagt,
gesagt ist noch nicht gehört,
gehört ist noch nicht verstanden,
verstanden ist noch nicht einverstanden,
einverstanden ist noch nicht angewendet
und angewendet ist noch nicht beibehalten.“*

Konrad Lorenz (Verhaltensforscher, * 1903 – † 1989)

I EINLEITUNG¹

1 Problemstellung und Zielsetzung

Ernährungsmitbedingte Krankheiten haben einerseits eine hohe Prävalenz und Inzidenz, andererseits können sie durch das Modifizieren von Risikofaktoren beeinflusst bzw. verhütet werden. Aufgrund dessen ist die Prävention ernährungsmitbedingter Erkrankungen ein zentrales Anliegen vieler gesundheitspolitischer Organisationen und Fachgesellschaften (MÜLLER/MAST 2001: 67f). Präventive Handlungen richten sich u. a. auf das Bemühen, ungünstige Ernährungs- und Lebensgewohnheiten zu verändern. Insbesondere der Ernährungsweise wird eine herausragende Rolle in der Primärprävention zugeschrieben (WORLD HEALTH ORGANISATION 2003a: 30). Ernährungshandeln weist, wie jedes gesundheitsbezogene Handeln, oft eine große zeitliche Stabilität auf, sodass eine dauerhafte Verhaltensumstellung ein mühsamer Prozess ist (PUDEL 2007a). Mit der Absicht, die Ernährungsweise positiv zu modifizieren, zielen momentan zahlreiche Präventiv- oder Akutmaßnahmen der Ernährungsbildung, -aufklärung und -beratung (fast ausschließlich) auf eine Verbesserung des ernährungsbezogenen Wissens ab (GEDRICH 2004; HEINDL 2004). In diversen Forschungsarbeiten konnte zum einen gezeigt werden, dass der Ernährung hierzulande eine herausragende gesundheitliche Bedeutung beigemessen wird und zum anderen, dass in der Bevölkerung weitgehend gute Kenntnisse darüber bestehen, wie eine gesunde Ernährung² aussehen sollte (METHFESSEL 2009; RÜTZLER 2009; SCHWARZER 2004: 291; FRIEBE et al. 1997b). Auch in der vorliegenden Arbeit wird die Grundannahme vertreten, dass ein allgemein gutes Ernährungswissen in der Bevölkerung vorherrscht. Gleichzeitig weisen Studien-

¹ Die Nennung von Personen ist innerhalb der Arbeit als geschlechtsneutral zu interpretieren, sofern nicht anders vermerkt.

² Die Terminologie „gesunde Ernährung“ stellt in dieser Arbeit eine Kurzform dar und meint inhaltlich korrekterweise eine gesundheitsgerechte Ernährung, wie sie im Sinne der zehn Regeln einer vollwertigen Ernährung durch die DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG empfohlen wird (DGE 2011). Es sei betont, dass hiermit explizit nicht die Einteilung in „gesunde“ oder „ungesunde“ Lebensmittel vertreten wird, da die Verwendung dieser Begrifflichkeiten und das damit assoziierte Verständnis im Rahmen einer abwechslungsreichen Ernährung kontraproduktiv wäre (ELLROTT 2007; PIETROWSKY 2006: 173).

ergebnisse immer wieder auf die Diskrepanz hin, dass erworbene Kompetenzen bei der Umsetzung eines gesundheitsbewussten Ernährungsalltags bisher nur sehr beschränkt einfließen, und dass bisherige Strategien zur Verhaltensänderung sich in der Prävention ernährungsmitbedingter Erkrankungen als nicht hinreichend wirksam erwiesen haben (METHFESSEL 2009; BARTSCH 2008a; BLÄTTNER 2007: 353; LÖSER 2007; PUDEL 2007a; MEIER 2004; PUDEL 2003: 2; TRIMMEL/STANEK 1998: 77; FRIEBE et al. 1997b; LEONHÄUSER 1995). Tatsächlich ist bislang umstritten, inwieweit sich Ernährungswissen auf Ernährungshandlungen auswirkt (PUDEL 2007a; GEDRICH 2004). Ernährungsbezogenes Grundwissen ist für ein gesundheitsbewusstes Ernährungshandeln unabdingbar, jedoch lässt sich damit weder die Intentionsbildung für gesundes Ernährungsverhalten noch ihre Umsetzung vollständig erklären (BARTSCH 2008a; GÖLZ 1997: 178f).

Gesundheit³ ist im Alltag in der Regel nicht das wichtigste Kriterium für die Lebensgestaltung. Sie steht immer im Kontext und in einer möglichen Konkurrenz zu einer Fülle von Lebenszielen und Anforderungen (FALTERMAIER/BENGEL 2000). Insbesondere das Ernährungsverhalten stellt einen komplexen Handlungsbereich dar, der mit anderen Bereichen der alltäglichen Lebensführung abgestimmt werden muss. Daher scheint es nicht auszureichen, verhaltenspräventives, rationales Wissen und Ratschläge zu übermitteln. Vielmehr sollten gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Verhaltensänderung die Lebenswelt des Einzelnen mit individuellen und strukturellen Handlungs- und Lebensbedingungen sowie deren soziale Netzwerke berücksichtigen (WARSCHBURGER/RICHTER 2009; FALTERMAIER/KÜHNLEIN/BURDA-VIERING 1998: 115).

Auf empirischer Seite scheint es „blinde Flecken“ hinsichtlich der Erforschung des Einflusses persönlicher Umweltfaktoren auf das (ernährungsbezogene) Gesundheitsverhalten zu geben (BRUG 2008; LENTHE/BRUG/KREMERS 2008; MEIER 2004: 72; BAYER/KUTSCH/OHLY 1999). Was für den deutschsprachigen Forschungsraum fehlt, ist eine umfassende und integrierte Betrachtung der häuslichen, beruflichen und freizeitbezogenen Dimensionen des Ernährungsalltags. Um diese Forschungslücke zu schließen, sollten Menschen als Exper-

³ In Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation wird Gesundheit als Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens verstanden und nicht nur als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen (WORLD HEALTH ORGANISATION 1948). Auf eine nähere Präzisierung der Begrifflichkeit (z. B. zu unterschiedlichen Sichtweisen und Vorstellungen von Gesundheit seitens Laien und Experten oder seitens Männern und Frauen) mit teilweise konträren Ansichten oder dem Vorstellen einzelner Modelle von Gesundheit/Krankheit (z. B. Modell der Salutogenese von ANTONOVSKY) muss an dieser Stelle verzichtet werden, da es über den Rahmen der vorliegenden Arbeit gehen würde. Es wird auf weitergehende Literatur verwiesen, z. B. in KLEIN 2007; BECKER 2006; FRANKE 2006; LIPPKE/RENNEBERG 2006c; WYDLER/KOLIP/ABEL 2006; FALTERMAIER 2005; KUHN 2005; FLICK et al. 2004; WEITKUNAT 2004; FALTERMAIER/BENGEL 2000; WORLD HEALTH ORGANISATION 2002a; ANTONOVSKY 1993.

ten ihres Alltags wahrgenommen werden sowie individuelle Ernährungsgewohnheiten in ihren alltäglichen (realen) Lebenszusammenhängen genauer untersucht werden. Bisherige Ernährungsverhaltensforschung im Alltagskontext konzentriert sich vorrangig auf die Bereiche der Haus- und Versorgungsarbeit im familiären Umfeld – das alltägliche Handlungsmilieu von Erwerbstätigkeit und Freizeit im Zusammenhang mit der Ernährungsorganisation findet nur selten Beachtung (Kapitel II, 4).

Aus der Gesundheitspsychologie ist bekannt und empirisch belegt, dass subjektive Gesundheitskognitionen (wie Risikowahrnehmung, Selbstwirksamkeits- und Handlungsergebniserwartung) prägend für Gesundheitshandlungen sind. In theoretischen Konzepten hierzu finden neben den erwähnten sozial-kognitiven Variablen teilweise auch Barrieren und Ressourcen einer Verhaltensänderung Beachtung. Inwiefern sich jene Handlungspotentiale bzw. -hemmnisse auf den Prozess einer Ernährungsverhaltensänderung auswirken, ist bisher kaum untersucht worden. Insgesamt haben erstaunlicherweise theoretische Überlegungen oder Forschungsergebnisse der Gesundheitspsychologie bisher nur wenig Eingang in ernährungswissenschaftliche Forschungsarbeiten und Interventionen gefunden (KLOTTER/TRAUTMANN 2009; GÖLZ 1997: 79). Insbesondere aus Stadienmodellen können konkrete Strategien abgeleitet werden, wie gesundheitsprotektive Verhaltensweisen aufgenommen und aufrechterhalten werden. Auch in der vorliegenden Arbeit wird die Annahme vertreten, dass eine Verhaltensänderung über sogenannte Stadien erfolgt. Daher sollten Menschen je nach Stadienzugehörigkeit unterschiedlich motiviert und unterstützt werden, um in ein nächst höheres Stadium auf dem Weg zum Zielverhalten zu gelangen (jemand, der beispielsweise schon die Absicht gebildet hat, sich künftig fettbewusst zu ernähren, benötigt andere Unterstützung als jemand, der sich dessen noch nicht sicher ist).

Vor dem Hintergrund der oben aufgezeigten, nicht zufriedenstellenden Entwicklung ernährungsmitbedingter Erkrankungen und dem Mangel alltagstauglicher Präventivmaßnahmen zur ernährungsbezogenen Gesundheitsförderung, ist es notwendig, nach neuen Wegen zu suchen. Um hier einen Beitrag zu leisten, gilt das erkenntnisleitende Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit daher der Untersuchung des persönlichen Lebenskontextes und dessen Auswirkungen auf eine Ernährungsverhaltensmodifikation. Dabei wird auf einen gesundheitspsychologischen (stadienspezifischen) Ansatz zurückgegriffen. Konzeptionell erfordert dies, die alltägliche Lebensführung hinsichtlich des Ernährungsverhaltens und der gesundheitspsychologischen Dimensionen integriert zu erforschen (Stichwort: Public Health-Perspektive). Hierbei soll die Untersuchung

nicht von ausformulierten Hypothesen geleitet sein, vielmehr werden die Erkenntnisse ausgehend vom Alltag der Befragungspersonen gewonnen. In einer qualitativen Erhebung werden individuelle Handlungspotentiale und -barrieren des Ernährungsalltags an verschiedenen „Punkten“ (Stadien) innerhalb des Prozesses einer Ernährungsverhaltensänderung identifiziert. Aus den gewonnenen Befunden wiederum können Empfehlungen zur Förderung einer Verhaltensmodifikation abgeleitet werden. Zielgruppe der Untersuchung sind Personen mit Hypercholesterinämie. Auf eine Testung sozial-kognitiver Variablen wird bewusst verzichtet, da diese bereits gut erforscht sind.

Die Besonderheiten der vorliegenden Erhebung liegen in der:

- zusammenhängenden Betrachtung der drei Alltagsbereiche „Haushalt“, „Arbeitsplatz“ und „Freizeit“ einschließlich ihrer sozialen Netzwerke zur Identifizierung von Barrieren und Ressourcen alltäglichen ernährungsbezogenen Handelns,
- Befragung von Personen in verschiedenen Stadien einer Verhaltensänderung (Erfassung aktiver sowie inaktiver Personen)⁴,
- Befragung von Personen mit einer bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung (Stichwort: Risikowahrnehmung)⁵.

Durch die Verknüpfung ernährungswissenschaftlicher und gesundheitspsychologischer Perspektiven soll die derzeit existierende Literatur erweitert und zugleich der praktische Nutzen im Hinblick auf die Ableitung gesundheitsfördernder Maßnahmen gesteigert werden. Um die Intentionsbildung, die Aufnahme und/oder die Aufrechterhaltung eines Ernährungsverhaltens effektiv und ressourcensparend in der Beratung unterstützen zu können, vermutet die Autorin die Notwendigkeit einer stärker als bisher geschehenen konsequenten Fokussierung auf persönlich erlebte (stadienspezifische) Handlungs- und Lebensbedingungen des Klienten.

2 Aufbau der Arbeit

Im Anschluss an diese Einleitung werden theoretische Fundierungen zur vorliegenden Arbeit gegeben: Hierbei werden zunächst ausgewählte Modelle zur Abbildung der Alltagskomplexität skizziert (Kapitel II, 2). Es wird deutlich, dass sich der Handlungszusammenhang „Alltag“ aus den Lebensbereichen „Haus-

⁴ Bisherige Studien richten sich meist an Personen, die grundsätzlich bereit sind, sich aktiv um ihre Gesundheit zu bemühen. Hingegen ist wenig bekannt über Personen, die weder aktiv sind, noch Interesse daran haben, dies künftig zu ändern (Stichwort: Non-Intender) (SCHLICHT 2000) (näheres hierzu Kapitel II, 3.5).

⁵ Der Fokus bisher publizierter Studien liegt auf der Untersuchung von gesunden Personen (SCHLICHT 2000) (näheres hierzu Kapitel II, 3.5).

halt“, „Arbeitsplatz“ und „Freizeit“ zusammensetzt. Danach erfolgt die Darstellung zentral diskutierter Konzepte des Gesundheitsverhaltens, wobei Grenzen und Möglichkeiten einzelner Theorien und Befunde aufgezeigt werden und schließlich die Bedeutung von Stadienmodellen im Fokus steht (Kapitel II, 3.1–3.4). Kritische Stimmen der Gesundheitspsychologie fordern, dass Untersuchungen zum gesundheitsbezogenen Verhalten künftig stärker den individuellen Lebenskontext berücksichtigen sollen – diese Public Health-Perspektive findet in knapper Darstellung in Kapitel II, 3.5 Beachtung. In Kapitel II, 4 wird der empirische Forschungsstand zu Determinanten ernährungsbezogener Handlungen im alltäglichen Kontext erläutert. Hieran schließen sich Ausführungen zum Ernährungs- und Gesundheitsverhalten bei Fettstoffwechselstörung, wobei das Hauptaugenmerk auf der Darstellung diätetischer Interventionsmöglichkeiten liegt (Kapitel II, 5). Um dem Leser eine bessere Übersichtlichkeit zu verschaffen, findet dieser am Ende eines jeden Kapitels des theoretischen Bezugsrahmens ein kurzes Resümee der wesentlichen Erkenntnisse. Den Abschluss der theoretischen Fundierungen bildet ein zusammenfassendes Fazit (Kapitel II, 6), in dem der Begründungszusammenhang der nachfolgend beschriebenen Erhebung sowie die Forschungsfragen entwickelt werden und das Kapitel so zur Empirie überleitet.

Im empirischen Teil der Arbeit werden zunächst das der Untersuchung zugrundeliegende hypothetische Rahmenmodell, die Leitfragen sowie der gewählte qualitative Methodenansatz vorgestellt und begründet (Kapitel III, 1 sowie Kapitel III, 2). Aufbauend auf den Erkenntnissen der Vorstudie – einer Gruppendiskussion mit Ernährungsberatern (Kapitel III, 3) – wird in Kapitel III, 4 das Vorgehen bei der Haupterhebung (Einzelinterviews) geschildert. Hierbei werden die Konzeption des Erhebungsinstruments, die Auswahl der Interviewteilnehmer, die angewandte Datenauswertung sowie die Qualitätssicherungsmaßnahmen beschrieben. Die Ergebnisse werden umfassend analysiert und präsentiert. Ihre Diskussion findet unter Berücksichtigung publizierter Forschungsarbeiten sowie hinsichtlich der formulierten Leitfragen statt (Kapitel IV, 1 sowie Kapitel IV, 2). In Kapitel IV, 3 werden die Befunde aus methodischer und inhaltlicher Perspektive kritisch gewürdigt, d. h. es wird ein Bogen zum theoretischen Bezugsrahmen, dem hypothetischen Modell der vorliegenden Arbeit sowie zur gewählten qualitativen Vorgehensweise gespannt. Empfehlungen zur stadienspezifischen Förderung eines gesundheitsbewussten Ernährungshandelns sowie Ausblicke über mögliche weiterführende Forschungsperspektiven runden mit Kapitel V die Arbeit ab. Die Dissertation endet mit einer Zusammenfassung – zunächst in deutscher Sprache (Kapitel VI), nachfolgend in englischer Sprache (Kapitel VII).

II THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN ZUM VERSTÄNDNIS VON ERNÄHRUNGS- UND GESUNDHEITSVERHALTEN IM ALLTAGSKONTEXT

1 Begriffsexplikationen und weitere Vorbemerkungen

In Anlehnung an BODENSTEDT (1983: 240) wird Ernährungsverhalten als die Gesamtheit der geplanten, spontanen oder gewohnheitsmäßigen Handlungen verstanden, die die Nahrungsbeschaffung, -zu- und -nachbereitung sowie den Verzehr von Speisen durch ein Individuum umfassen. Es sei angemerkt, dass „Ernährungsverhalten“ demnach exakterweise „Ernährungshandeln“ lauten müsste, da es eine geplante, aktive und mit einem zielführenden Motiv ausgeübte Handlung ist (SCHÜTZ 1993: 79). Maßgeblich sind der Begriff des Handelns sowie Handlungstheorien durch den Soziologen WEBER (1976: 17) geprägt worden: Er beschreibt das „Motiv“ als sinnhaften Grund für ein Verhalten. Da sich im Sprachgebrauch eher der Begriff des Ernährungsverhaltens durchgesetzt hat, wird dieser im Folgenden synonym für Ernährungshandeln verwendet; ebenso soll „Ernährungsweise“ und „Ernährungsverhalten“ eine synonyme Bedeutung haben. Darüberhinaus wird in dieser Arbeit inhaltlich nicht zwischen dem eher kognitiv assoziierten Begriff „Ernährung“ und dem eher emotional assoziierten Begriff „Essen“ unterschieden.

Gemäß der gleichbedeutenden Verwendung der beiden Terminologien „Ernährungsverhalten“ und „Ernährungshandeln“ werden auch die Begriffe „Gesundheitsverhalten“ und „Gesundheitshandeln“ im Sinne der einfachen Lesbarkeit im Folgenden synonym genutzt. Es beschreibt das bewusste und zielgerichtete Handeln einer Person, das der Gesundheitserhaltung und -förderung (der eigene oder der von Bezugspersonen) dient (FALTERMAIER/KÜHNLEIN/BURDAVIERING 1998: 35).

Wissend, dass die Begriffe „Alltag“, „Lebensumfeld“ und „Alltagswelt“ auf verschiedenen Konzepten beruhen, sollen auch sie der Einfachheit halber im Rahmen der vorliegenden Arbeit sinnähnlich verwendet werden. Sie beschreiben eine relativ stabile Struktur, die umgangssprachlich mit „Routine“ oder „Gewohnheit“ assoziiert ist. Routinen helfen, komplexe Entscheidungssituationen zu vereinfachen und bieten so Entlastung in der Alltagsorganisation. Sie vermitteln ein Gefühl der Sicherheit und Stabilität und machen das individuelle Handeln vorhersehbar. Handlungsrouinen sind für den Einzelnen selbstverständlich, sodass sie keiner ständigen Reflektion unterzogen werden. Das macht sie jedoch zugleich in hohem Maße veränderungsresistent (GIDDENS 1995: 36).

Aus dem Blickwinkel einer ernährungsbezogenen Verhaltensmodifikation liegt daher die Schwierigkeit in der Veränderung bestehender Ernährungsgewohn-

heiten, -vorlieben und -routinen (z. B. Wahl des Einkaufsorts, Kaufentscheidung für bestimmte Lebensmittel, Gestaltung der beruflichen Mittagspause) (STIEß/HAYN 2005: 83).

Das Lebensumfeld ist Basis und Ausgangspunkt für Alltagshandlungen. Gleichzeitig werden sie durch bestimmte soziale und gesellschaftliche Gegebenheiten bedingt. Gesundheitsverhalten und Alltagsstrukturen stehen in Wechselbeziehung zueinander (JURCZYK/RERRICH 1993). Deshalb stellt die Erforschung des Alltags eine wichtige Voraussetzung für das Verständnis menschlichen (Ernährungs-)Handelns dar. HAYN bemängelt in diesem Zusammenhang die „Alltagsvergessenheit der Wissenschaft“ und fordert einen stärkeren Alltagsfokus in der Ernährungsforschung (HAYN 2008: 346). In der vorliegenden Arbeit wird daher die Annahme vertreten, dass alltägliches Ernährungsverhalten nicht einfach von Individuen umgesetzt werden kann, wenn sie nur wollen. Vielmehr wird die persönliche Lebenslage als Bedingung der Möglichkeit verstanden, ernährungsbezogenes Handeln ausüben zu können.

Es sei angemerkt, dass dem repetitiven Charakter des Alltagshandelns etwas Triviales und Banales anhaftet. Hierbei darf jedoch nicht vergessen werden, dass Alltagspraktiken durchaus an spezifisches Wissen und Kompetenzen gebunden sind (FUCHS-HEINRITZ et al. 1994). Im Bereich des Ernährungsverhaltens werden z. B. Kenntnisse über die Eigenschaften und Zubereitungsmöglichkeiten von Nahrungsmitteln benötigt. Dieses Wissen ist weniger im wissenschaftlichen Sinne zu verstehen – vielmehr ist es alltagsrelevantes, habitualisiertes Wissen. SCHÜTZ verwendet hierfür den Begriff „Routinewissen“ (SCHÜTZ/LUCKMANN 2003: 157).

2 Modelle zur Abbildung der Alltagskomplexität

2.1 Einführung

Zur Beschreibung und Erklärung routinemäßiger Handlungen, wie die des täglichen Essens und Trinkens, dürfen strukturelle und soziale Rahmenbedingungen nicht unberücksichtigt bleiben. Bislang existieren im deutschsprachigen Raum vereinzelt theoretische Konzepte⁶, die sich mit dem gesundheitsbezogenen Verhalten von Personen befassen und dabei Umweltfaktoren berück-

⁶ Konzepte, Theorien und Modelle beschreiben, wie und unter welchen Bedingungen bestimmte Faktoren zusammenwirken und welchen Einfluss sie ausüben. Streng genommen bedeuten sie nicht das Gleiche (Konzepte gehen substandwissenschaftlichen Theorien/Modellen voraus), die Begriffe werden jedoch in der vorliegenden Arbeit synonym gebraucht – es sei denn, es handelt sich um feststehende Namen von Konzepten, Theorien oder Modellen.

sichtigen. Hier sind aus der jüngeren Vergangenheit beispielhaft Modelle zu nennen:

- mit ökotrophologischem Ansatz: Modell der Ernährungsversorgung im mikro-sozioökonomischen Handlungssystem von LEONHÄUSER et al. (2009),
- mit gesundheitspsychologischem Ansatz: Rahmenkonzept zur Erforschung von Gesundheitsverhalten im Alltag von SCHLICHT (2000)⁷ sowie
- mit einem Ansatz basierend auf Public Health Nutrition: Modell des Ernährungshandelns von BLÄTTNER/KOHLBERG-MÜLLER/GREWE (2006).

Die angeführten Modelle umfassen Umweltfaktoren auf Mikro-, Meso- und/oder Makroebene im Allgemeinen; das alltägliche Lebensumfeld im Speziellen wird jedoch nicht näher definiert. Die Schwierigkeit liegt in der Komplexität routinemäßiger Handlungen. Vor diesem Hintergrund stellt sich für die aktuelle Arbeit die Frage: Wo beginnt und wo endet der Handlungskontext „Alltag“? Oder anders formuliert: Wie kann Alltag operationalisiert werden?

Um hier Antworten zu finden, werden im Folgenden Alltagstheorien betrachtet. Diese zielen darauf ab, das Handeln des Einzelnen im alltäglichen Kontext zu erklären, es zu deuten und zu strukturieren. Exemplarisch werden jene wesentlich impulsgebenden Modelle skizziert, aus denen sich explizit Bereiche des Alltags ableiten lassen. Ziel der nachstehenden Darstellung ist es, die Vielschichtigkeit des Handlungszusammenhangs „Alltag“ aufzuzeigen und zugleich einen theoretisch geleiteten Ansatz zur Einschränkung ihrer Dimension zu erhalten. Nur so kann der Handlungskontext „Alltag“ schließlich operationalisierbar gemacht werden. Hierfür werden drei theoretische Ansätze aus sozialwissenschaftlicher Perspektive vorgestellt. Die Autorin ist sich bewusst, dass die dargestellten Modelle teilweise auch psychologische Erklärungsansätze (wie Emotion, Motivation, kognitive Prozesse) des Verhaltens enthalten. Diese werden jedoch an dieser Stelle nur benannt und – unter Berufung auf die oben dargestellte Fokussierung – nicht näher erläutert. Gesundheitspsychologische Modelle und ihre Komponenten finden in Kapitel II, 3 eine spezielle Beachtung.

2.2 Modell des Lebensraums

Die von LEWIN (1946) entwickelte Feldtheorie geht von der Annahme aus, dass Verhalten durch das zu einem bestimmten Zeitpunkt existierende Feld determiniert wird. Das heißt, dass Verhalten stets in einem bestimmten Lebenszusam-

⁷ Aus dem anglo-amerikanischen Raum können hier beispielhaft „The environmental research model for weight gain prevention“ (KREMERS et al. 2006) oder „Influencing food choice model as a multi-level framework“ (GIDDING et al. 2009) genannt werden.

menhang entsteht. LEWIN verdeutlicht, dass vor einer Analyse der Einzel-faktoren die Gesamtsituation betrachtet werden muss, da sonst keine Zuordnung und Wirkanalyse ihrer erfolgen kann. Basierend auf diesen Annahmen hat LEWIN das Modell des Lebensraums einer Person entwickelt, mit dem die von ihr individuell wahrgenommene Welt beschrieben wird.

Mit Hilfe dieses Modells sollen Handlungsabläufe möglichst umfassend auf Bedingungen des konkret vorherrschenden menschlichen Lebensraums („Feld“⁸ i. S. von LEWIN) zurückgeführt und erklärt werden. Er beschreibt situative Faktoren („Kräfte“ i. S. von LEWIN), die in einem solchen Lebensfeld auf das (Alltags-)Handeln wirken: Diese können positiv (treibend) oder negativ (hemmend) sein (LEWIN 1963: 208). Handeln, so LEWINS Auffassung, ist nur dann erklärbar, wenn es als Resultat aller auf den Bereich (Alltag) gegenwärtig einwirkenden Kräfte verstanden wird. Hierzu zählen Bedingungsfaktoren der „inneren“ Situation (persönliche Faktoren, wie Gefühle, Erfahrungen, Intention) sowie der „äußeren“ Situation (Faktoren der Umwelt, wie soziale Schicht, Religion, Nationalität) – nur ein Zusammenspiel von beiden Bereichen ist Abbild des Lebensraums eines Individuums. Deshalb ist es aus LEWINS Perspektive zum Erklären von Verhalten entscheidend, die spezifisch wirksamen Kräfte innerhalb des Individuums und seiner Umwelt zu untersuchen, also psychologische und nicht-psychologische Faktoren zu ergründen (LEWIN 1963: 209).⁹

Diesen Zusammenhang erklärt er jedoch nicht durch Addition, sondern sieht Verhalten (V) als eine Funktion von Personfaktoren (P) und Umgebungsfaktoren (U) – also als wechselseitige Abhängigkeit.

Zum Ausdruck kommt dies in seiner Verhaltensgleichung:

$$V = f(P, U)$$

Verhalten resultiert nach LEWIN aus den aktuell gegebenen Bedingungen eines Feldes – Vergangenheit und Zukunft sind in der Gegenwart repräsentiert:

„Es ist wichtig, sich zu vergegenwärtigen, daß [sic!] die psychologische Vergangenheit und Zukunft gleichzeitig Teile des psychologischen Feldes sind, das zu einer bestimmten Zeit existiert.“ (LEWIN 1969: 16)

⁸ LEWIN beruft sich bei der Begriffsdefinition auf die Mathematik: „Eine Gesamtheit gleichzeitig bestehender Tatsachen, die als gegenseitig voneinander abhängig begriffen werden, nennt man ein Feld (Einstein, 1933). Die Psychologie muss den Lebensraum, der die Person und ihre Umwelt einschließt, als Feld betrachten.“ (LEWIN 1963: 273)

⁹ Auf das Person- und Umweltmodell, zwei Konstrukte der Feldtheorie von LEWIN, soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden, da der Fokus der vorliegenden Arbeit auf nicht-psychologischen Faktoren der persönlichen Umwelt liegt. Das Umweltmodell bezieht sich auf Prozesse der Motivation, das Personmodell auf solche der Volition (LEWIN 1946).

Damit können objektiv gleiche Kräfte, die auf das Feld wirken, bei verschiedenen Personen unterschiedliche Wirkungen haben, da jede Person in der Vergangenheit anderen Erlebnissen ausgesetzt war. Was für eine Person eine treibende Kraft ist, kann für eine andere Person eine hemmende sein. Hat es bereits auf der früheren Verhaltensebene sowohl vorwärtstreibende Kräfte gegeben, die jedoch durch zurückhaltende Kräfte aufgehalten worden sind, kann eine Verhaltensänderung nur entstehen, indem hemmende Kräfte abgebaut oder treibende (z. B. durch soziale Unterstützung) verstärkt werden. Änderungen, die durch den Abbau hemmender Kräfte hervorgerufen werden, scheinen nachhaltiger zu sein als jene, die durch treibende Kräfte herbeigeführt werden (LÜCK 2001: 116).

Das Modell des Lebensraums berücksichtigt bei der Verhaltensanalyse subjektive Erfahrungen sowie einwirkende determinierende Verhältnisse („Randbedingungen des Lebensraums“ i. S. von LEWIN). Mit dieser Aussage fordert LEWIN andere Wissenschaftler auf dem Gebiet der Psychologie zu einem weiter gefassten Blickwinkel auf: Der Lebensraum des Menschen ist umgeben von Tatsachen, die nicht-psychologischen Gesetzmäßigkeiten unterliegen und doch wesentlich die Situation bestimmen. Er betont, dass

„sich die Psychologie auch für die unter nicht-psychologischen Gesetzen stehenden physikalischen und sozialen Fakten interessieren muß [sic!], die die Vorgänge in der psychologiefremden Hülle des Lebensraumes beherrschen.“ (LEWIN 1969: 92).

Vom Standpunkt der Feldtheorie aus kann zusammenfassend festgestellt werden, dass sich das Erklären von Verhalten aus zwei Problemkreisen zusammensetzt:

- a) Wie beeinflussen bestimmte Randbedingungen die Eigenschaften des Feldes? und
- b) In welcher Weise stehen die verschiedenen Teile innerhalb des Feldes in einem gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnis (GRAUMANN 1982: 26)?

Die Schwäche der Feldtheorie besteht darin, dass sie eine nachträglich erklärende Betrachtungsweise ist. Sie ermöglicht es im Voraus kaum, die wirksamen Bedingungen im Einzelnen zu bestimmen und daraus Aussagen zu machen über das zu erwartende Verhalten. Ursächlich hierfür scheint die Tatsache, dass Feldtheoretiker die theoretischen Konstrukte nicht an beobachteten vorauslaufenden und nachfolgenden Daten festgemacht haben (HECKHAUSEN/HECKHAUSEN 2006: 113).

Die Bereiche des Lebensraums nach M. HEGE

In Anlehnung an LEWINS Feldtheorie und sein Konzept des Lebensraums hat die Sozialpädagogin HEGE fünf Lebensbereiche definiert (HEGE 1974: 100):

- der Bereich der familiären Beziehungen,
- der Bereich der Wohnung,
- der finanzielle Bereich,
- der Bereich der Arbeit und des Berufs,
- der Bereich der außerfamiliären Beziehungen.

Entstanden sind diese vor dem Hintergrund der Beratungstätigkeit: HEGE (1974: 101ff) stellt den Lebensraum des Klienten in den Mittelpunkt ihres Beratungsansatzes und fordert explizit, ihn in der Gesprächssituation zu berücksichtigen. Ziel des von ihr bezeichneten „engagierten Dialogs“ ist es, treibende (Anreize) und hemmende (Barrieren) Kräfte im Lebensraum des Klienten zu verdeutlichen. Welchen Umfang der jeweilige Bereich und seine einwirkenden Kräfte für den Einzelnen haben, kann nicht vorausgesetzt und muss in der konkreten Situation ermittelt werden. Ihrer Auffassung nach dient die Familie als Zufluchtsort des (beruflichen) Alltags. Der berufliche Bereich findet in der Gesprächssituation weniger Beachtung im Vergleich zum familiären, der außerfamiliäre Bereich wiederum weniger als der berufliche. Ursächlich hierfür ist die vom Individuum aufgewandte Zeit für die Lebensbereiche: Familie und Beruf lassen häufig kaum außerfamiliäre Beziehungen zu.

HEGE (1974: 102-105) formuliert zur Erfassung der nicht-psychologischen Umweltfaktoren einige Fragen, die auf die oben genannten fünf Lebensbereiche abzielen, z. B.:

- Wie ist der Kontakt unter den Familienangehörigen?
- Gibt es Harmonie in der Familie?
- Wie sieht die Mitsprache der Kinder aus?
- Wie ist die Ausstattung der Wohnung?
- Welche Lage hat die Wohnung zum Arbeitsplatz?
- Wie hoch ist das Einkommen?
- Wer verdient das Geld?
- Wie lang ist die Arbeitszeit?
- Welche Art der Tätigkeit wird ausgeübt?
- Gibt es außerberufliche und außerfamiliäre Interessen?
- Wie viel Zeit wird damit verbracht?

Wird der von HEGE benannte erste und zweite Lebensbereich zu einem Bereich zusammengefasst und der finanzielle dem der Beruf und Arbeit zugeordnet,

ergeben sich drei wesentliche Lebensbereiche:

- Familie/Haushalt,
- Arbeitsplatz/Beruf sowie
- außerfamiliäre Beziehungen.

Im empirischen Teil dieser Arbeit wird sich zeigen, dass die von HEGE formulierten und oben angeführten Beispielfragen einen großen praktischen Bezug für das Ernährungsverhalten im Alltag innehaben.

Haushaltsführung nach VON SCHWEITZER

Hinsichtlich des Untersuchungsgegenstandes „Haushalt“ sind die Arbeiten von VON SCHWEITZER (1991: 135ff) wegweisend. In ihren systemtheoretischen und handlungsorientierten Betrachtungen beschreibt sie haushälterisches Geschehen im Kontext von Daseins- und Ernährungsversorgung und den damit zusammenhängenden Handlungen und Prozessabläufen. Haushaltshandlungen werden demnach von Wertorientierungen der beteiligten ausführenden Haushaltspersonen, von zur Verfügung stehenden Ressourcen und von Handlungsspielräumen (Alternativhandlungen) bedingt. Sie müssen zwischen den Dimensionen ausbalanciert werden. Hierbei wirken wiederum externe politische und strukturelle Rahmenbedingungen sowie persönliche Einstellungen. Folglich charakterisiert die Gesamtheit dieser Beziehungen das Alltagsmanagement von Privathaushalten.

Das im nächsten Kapitel vorgestellte Pyramidenmodell gesundheitlichen Handelns im Alltag kann aufgrund seines kontextbezogenen Ansatzes als aufbauend auf die von VON SCHWEITZER beschriebenen haushaltswissenschaftlichen Betrachtungen angesehen werden.

2.3 Pyramidenmodell des Gesundheitshandelns im Alltag

Auf die Erfassung der individuellen Lebenssituation und ihren bedeutenden Einfluss auf das Gesundheitshandeln zielt auch das Pyramidenmodell von FALTERMAIER et al. ab. Die Wissenschaftler betonen, dass gesundheitsbezogenes Handeln in einen lebensweltlichen und sozialen Kontext gestellt werden muss. Gesundheitshandeln muss mit der Organisation des Alltags und den damit in Verbindung stehenden Aufgaben, sowohl im familiären als auch im beruflichen Bereich, abgestimmt werden (FALTERMAIER/KÜHNLEIN/BURDAVIERING 1998: 36).

Neben motivationalen Faktoren (z. B. subjektive Gesundheitsvorstellungen, Stellenwert von Gesundheit, Kontrollüberzeugung) üben zugleich kontextuelle Bedingungen einen Einfluss auf alltägliches Gesundheitsverhalten aus.

Das von FALTERMAIER et al. (1998) entwickelte Modell stellt sich wie folgt dar:

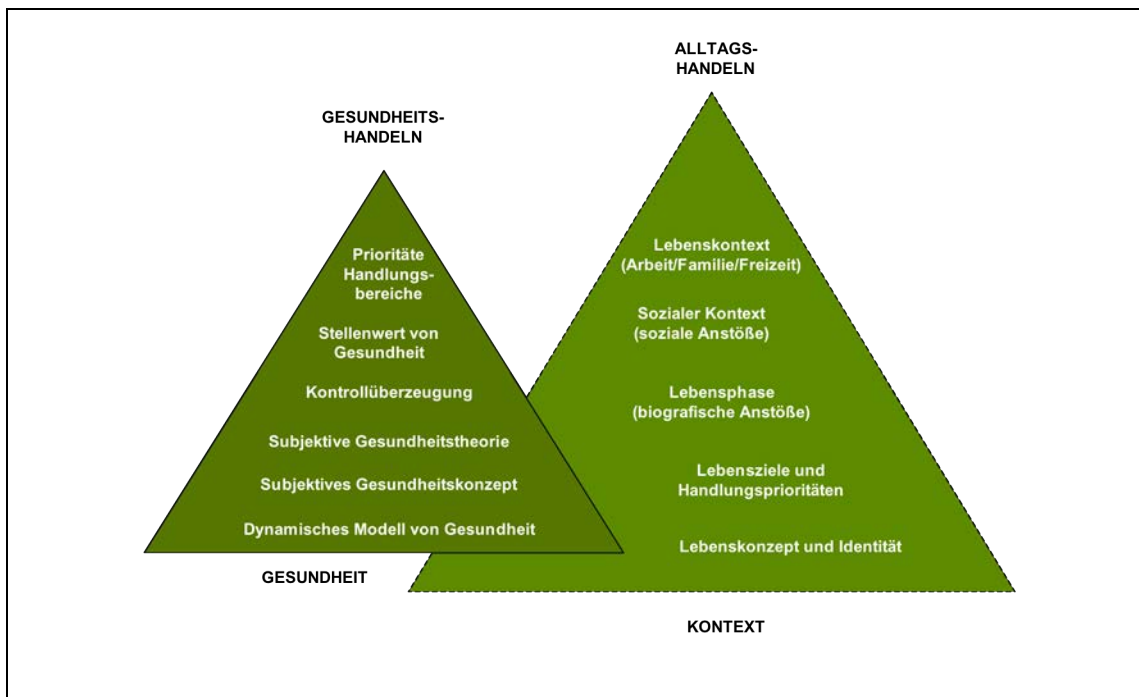


Abbildung 1: Pyramidenmodell des alltäglichen Gesundheitshandelns (Quelle: FALTERMAIER/KÜHNLEIN/BURDA-VIERING 1998: 149)

Menschen haben in der Regel eine Fülle von Aufgaben und Anforderungen im Alltag zu bewältigen. Hierbei sind gesundheitsbezogene Handlungen eher von sekundärer Priorität. Die Bedeutung des Alltagskontextes soll durch die Größe der Pyramiden symbolisiert werden: Gesundheitshandeln (kleinere Pyramide) muss in die Alltagsorganisation (größere Pyramide) integriert werden.¹⁰ Im Umkehrschluss heißt dies auch, dass langfristige Verhaltensänderungen mit den dominanten Lebensbereichen einer Person in Einklang gebracht werden müssen. Als zentrale Handlungsbereiche identifizieren FALTERMAIER et al. Erwerbs- und Hausarbeit, Familie, Freizeit sowie soziale Netzwerke. Ihre Bedeutung hängt davon ab, wie viel Raum und subjektiven Stellenwert sie im Alltagshandeln einnehmen. Handlungsmotive sind jedoch nicht statisch, vielmehr können sie sich im Lebensverlauf verändern, wodurch sich als Folge auch die Priorität von Gesundheit im Alltag verschieben kann (im Modell: „biografische Anstöße“). Erlebnisse und Erfahrungen in der Vergangenheit (z. B. neue Partnerschaft, Geburt eines Kindes, Krankheiten im sozialen Um-

¹⁰ Wie in Kapitel II, 2.1 formuliert, liegt der Fokus bei der Beschreibung der hier angeführten Modelle in der Spezifizierung des Begriffs „Alltags“ durch theoretische Konzepte. Deshalb wird an dieser Stelle auf die linke Pyramide, die motivationale Bedingungen des Gesundheitshandelns darstellt, nicht näher eingegangen. Gesundheitspsychologische Aspekte finden in Kapitel II, 3 spezielle Beachtung.

feld) können für gesundheitliche Fragen sensibilisieren (FALTERMAIER/KÜHNLEIN/BURDA-VIERING 1998: 152f).

Soziale Beziehungen können sowohl Auslöser für Verhaltensänderungen als auch Motivatoren für die Aufrechterhaltung neu erlernter Verhaltensweisen sein. Lässt sich jedoch das Verhalten nicht in bestehende soziale Strukturen integrieren, haben Aufnahme und vor allem Aufrechterhaltung einer gesundheitsbezogenen Verhaltensumstellung nur geringe Realisierungschancen. Die Diskrepanz zwischen empfundener sozialer Erwartung an ein bestimmtes Gesundheitsverhalten und der eigenen Handlungsintention kann Barriere für eine tatsächliche Verwirklichung im Alltag sein. Subjektiv nimmt der Einzelne jedoch eher Barrieren wahr, die die Umsetzung gebildeter Intentionen in entsprechendes Verhalten behindern, wie beispielsweise mangelnde Zeit, mangelnde Energie, fehlende Kooperation von Bezugspersonen sowie mangelnde Handlungspriorität. Berufliche Belange (Erhalt des Arbeitsplatzes, berufliche Weiterentwicklungen) oder dominante Freizeitinteressen konkurrieren oft mit Gesundheitszielen (FALTERMAIER/KÜHNLEIN/BURDA-VIERING 1998: 153f).

Auch dieses Modell verdeutlicht, dass Gesundheitshandeln in die Lebensweise und in den Gesamtkontext des Alltagshandelns einer Person integriert werden muss. Die Motivation für ein bestimmtes Verhalten allein genügt nicht. Vielmehr müssen zugleich entsprechende Strukturen existieren, die eine Umsetzung realisierbar machen. FALTERMAIER et al. sprechen vom „Lebens- und Sozialkontext“, in den das gesundheitsbezogene Verhalten eingepasst werden muss. Das alltägliche Lebensumfeld besteht – in Übereinstimmung mit den auf Basis der Feldtheorie von HEGE formulierten Lebensbereichen (Kapitel II, 2.2) – aus Beruf, Familie, Freizeit sowie sozialen Bindungen und Beziehungen.

2.4 Konzept der alltäglichen Lebensführung

Das Interesse am Forschungsgebiet der Lebensführung ist noch relativ jung und entstand vor circa 30 Jahren. Zu jener Zeit haben Ergebnisse der Arbeitskräfteforschung gezeigt, dass für einen umfassenden Erkenntnisgewinn nicht nur die Erwerbsarbeit allein thematisiert werden darf, sondern zudem auch andere persönliche Lebensbereiche berücksichtigt werden müssen.

Das auf dieser Erkenntnis aufbauende Konzept der alltäglichen Lebensführung¹¹ ist deshalb ein umfassender Ansatz, der den Zusammenhang aller Tätigkeiten eines Individuums in den verschiedenen für ihn relevanten sozialen Le-

¹¹ Der Begriff „Lebensführung“ lässt sich vor allem auf WEBER zurückführen, der ihn synonym zu „Lebensstil“ verwendet hat (VOß 1991: 152). Auf dieser Sichtweise baut auch das Konzept der

bensbereichen (z. B. Erwerbsarbeit, Familie, Hausarbeit, Freizeit) beschreibt – einschließlich ihrer Organisation und Koordination. Aus mikro-soziologischer Perspektive werden die sich täglich wiederholenden Handlungsabläufe einer Person betrachtet. Das Konzept bezieht sich auf die Gesamtschau des tätigen Lebens einer Person in seiner Breite, jedoch nicht in seiner biografischen Länge. Der Fokus liegt hierbei auf einer Darstellung von Zusammenhängen der verschiedenen Tätigkeiten. Das Konzept der alltäglichen Lebensführung wird aktiv durch das Individuum gestaltet und stabilisiert; strukturelle Gegebenheiten bilden den Rahmen. Tätigkeiten müssen im Alltag so koordiniert werden, dass sie den (teilweise widersprüchlichen) Handlungsanforderungen des sozialen Umfelds gerecht werden (VOß 1995: 30-34; JURCZYK/RERRICH 1993).

Die publizierten Forschungsarbeiten zur alltäglichen Lebensführung verweisen auf einen umfassenden Untersuchungsansatz in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen.¹² Eine Übertragung des Konzepts auf das Essverhalten fand jedoch von Sozialwissenschaftlern mit ernährungsbezogener Forschungsausrichtung nicht statt (BARLÖSIUS 1999, BUNDSCHUH 1995, KUTSCH 1993).

Die Ernährungswissenschaftlerin HAYN hat das Konzept der alltäglichen Lebensführung im Zusammenhang mit Ernährungshandlungen in einer repräsentativen Untersuchung betrachtet.¹³ Ernährungshandeln ist demnach als Resultat von Integrations- und Konstruktionsleistungen zu verstehen, das der Einzelne aktiv vollbringen muss, um die unterschiedlichen Anforderungen seines Ernährungsalltags meistern zu können. So müssen beispielsweise berufliche Anforderungen sowohl mit den eigenen Ansprüchen als auch mit denen der Familienmitglieder in Einklang gebracht, bisherige Ernährungsverhaltensweisen (z. B. beim Kochen) müssen durch neu zu erlernende ersetzt werden. HAYN und Kollegen gehen davon aus, dass die Integration dieser unterschiedlichen Anforderungen in den Ernährungsalltag nicht durch gegebene Rahmenbedingungen festgelegt ist. Vielmehr wird das Handeln durch den Umgang des Einzelnen mit den bestehenden Handlungsspielräumen bestimmt. Sie weisen zugleich darauf hin, dass es nicht immer möglich ist, bestehende persönliche Bedürfnisse mit den äußeren Gegebenheiten abzustimmen. So kann der Wunsch, sich gesünder ernähren zu wollen, durch z. B. einen empfundenen Mangel an Zeit, familiärer Unterstützung oder finanzieller Ressourcen scheitern (STIER/HAYN 2005).

alltäglichen Lebensführung auf, das in seinen Anfängen von VOß/PONGRATZ sowie später u. a. von KM. BOLTE, W. DUNKEL, K. JURCZYK, W. KUDERA, E. REDLER und O. ZETTEL (weiter-) entwickelt worden ist.

¹² Weiterführende Literatur zur Operationalisierung des Ansatzes und weitere empirische Ergebnisse finden sich in KUDERA 1995 sowie in JURCZYK/RERRICH 1993.

¹³ Hierbei handelt es sich um eine Untersuchung zum beruflichen und familiären Umfeld zur Beschreibung des Ernährungsalltags. Der Freizeitbereich ist unberücksichtigt geblieben.

Erwerbs-, Haus- und Versorgungsarbeit dominieren im Wesentlichen die Alltagsorganisation. Änderungen im beruflichen Bereich, z. B. infolge neuer Arbeitszeiten, müssen durch modifizierte Alltagsroutinen aufgefangen werden. Die Arbeitsorganisation zwischen den Haushaltsmitgliedern muss neu strukturiert werden. Daraus wiederum resultieren neue Abstimmungsprozesse, die häufig als Mehrbelastung empfunden werden (HAYN/EBERLE/REHAAG et al. 2005: 9). Der damit verbundene Wunsch, die alltägliche Lebensführung zu entlasten, kann die Umsetzung gebildeter Verhaltensintentionen behindern.

Durch eine Berücksichtigung des individuellen Lebenskontextes betrachten Wissenschaftler der Lebensführungsforschung alltägliche Handlungen (wie das Ernährungsverhalten) in ihrem Alltagszusammenhang. Es sind keine losgelösten Handlungen, vielmehr müssen sie in die Organisation des Alltags integriert werden. Trotz des wiederholungsgeprägten Charakters unterliegt das Alltags-handeln einem steten Wandel. Bei der Betrachtung des Alltags stehen dem familiären und beruflichen Umfeld ebenso Bildung, Erholung und Freizeit im Fokus des Interesses.

2.5 Fazit

Der Alltag ist durch das Zusammenspiel verschiedener individueller Handlungen geprägt, die wiederum durch familiäre, haushälterische sowie soziale Gegebenheiten am Arbeitsplatz und in der Freizeit gekennzeichnet sind. Das tägliche (gesundheitsbezogene) Verhalten basiert u. a. auf Werten, Einstellungen, Kompetenzen und Fähigkeiten – zum Großteil jedoch auch auf routinierten Handlungen.

Die vorgestellten Konzepte verdeutlichen die Notwendigkeit, Gesundheits-handeln – und damit auch Ernährungshandeln – in den alltäglichen Lebenskontext zu stellen. Zudem bieten sie wichtige theoretische Grundlagen, die es ermöglichen, den Rahmen dieser alltäglichen Handlungen greifbar zu machen. Der Handlungszusammenhang „Alltag“ umfasst, wie in Abbildung 2 dargestellt, drei wesentliche Bereiche einschließlich der an den jeweiligen Orten vorherrschenden sozialen Beziehungen:

- Alltagsbereich: Haushalt/Familie,
- Alltagsbereich: Arbeitsplatz/Kollegen,
- Alltagsbereich: Freizeit/Freunde.

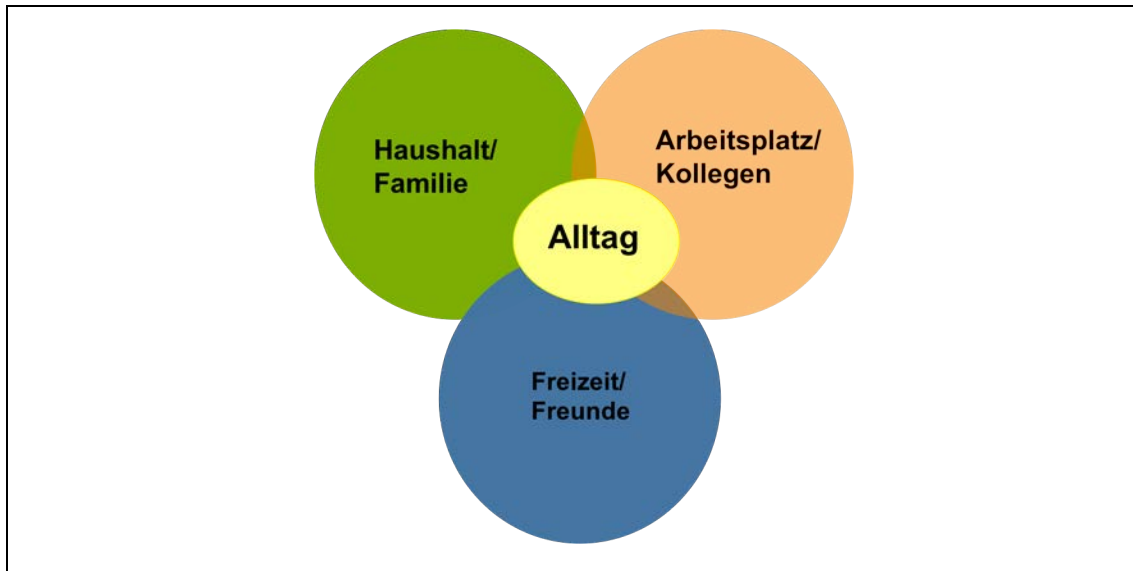


Abbildung 2: Strukturelle und soziale Bereiche alltäglichen Handelns (Quelle: Eigene Darstellung)

Entsprechend der aufgezeigten Konzepte liegt der im Anschluss an den Theorieteil vorgestellten empirischen Erhebung die These zugrunde, dass Ernährungshandeln nur dann angemessen verstanden werden kann, wenn seine Betrachtung unter Berücksichtigung weiterer im Alltag zu bewältigender Tätigkeiten erfolgt. Ernährungsbezogenes Handeln muss neben anderen alltäglichen Handlungen in die Organisation des Alltags integriert werden. Die Untersuchung von Ernährungsverhalten darf demnach nicht isoliert in nur einem Lebensbereich (z. B. Haushalt) erfolgen, sondern muss im Kontext mit weiteren Lebensbereichen (Arbeitsplatz, Freizeit) verstanden werden.

Die in Abbildung 2 dargestellten strukturellen und sozialen Bereiche des Alltags werden in der empirischen Erhebung die Ausgangsbasis für die Operationalisierung der komplexen alltäglichen Lebenswelt sein.

3 Gesundheitspsychologische Modelle und Befunde

3.1 Begriffsexplikationen und Überblick

Als Teilgebiet der Psychologie liefert die Gesundheitspsychologie einen wissenschaftlichen Beitrag zum Erleben und Verhalten von Menschen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit (z. B. Optimierung von Gesundheit, Prävention von Krankheiten, Förderung der Rehabilitation). Dabei sind vor allem psychische, soziale und strukturelle Einflussfaktoren körperlicher und seelischer Gesundheit, die Analyse und Beeinflussung präventiver und riskanter Verhaltensweisen sowie die Erforschung und Entwicklung theoretischer Modelle des

Gesundheitsverhaltens und die Ableitung gesundheitsfördernder Maßnahmen zentrale Themen (SCHWARZER 2004: 1-4).

Gesundheitsrelevantes Handeln schließt dabei Verhaltensweisen ein, die einerseits der Gesundheit zuträglich sind, sie langfristig erhalten und andererseits gesundheitliche Beeinträchtigungen minimieren. Es umfasst gesundheitsprotektives Handeln (z. B. regelmäßige körperliche Aktivität, abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung, Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeuntersuchungen) ebenso wie das Unterlassen gesundheitsschädigender Verhaltensweisen (z. B. Rauchen, Sonnenbad ohne UV-Schutz, ungeschützter Geschlechtsverkehr) (LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 35; ZIEGELMANN 2002: 152). Das Ernährungsverhalten stellt somit eine Teildisziplin des Gesundheitsverhaltens dar.

Um Gesundheitsverhalten erklären oder vorhersagen zu können, bedarf es entsprechender theoretischer Modelle. Das dahinterstehende Ziel ist die Identifikation effektiver Strategien und die Entwicklung wirksamer Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (LIPPKE/RENNEBERG 2006a: 4). Eine Möglichkeit der Einteilung theoretischer Konzepte bietet die Unterscheidung in a) kontinuierliche (statische) Modelle und b) dynamische Stadienmodelle (LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 56; SCHWARZER 2004: 39).

Kontinuierliche Modelle postulieren, dass Menschen den Prozess einer Verhaltensänderung linear durchlaufen: Je stärker die Modellkomponenten ausgeprägt sind, desto größer ist das Bestreben zur Verhaltensänderung. Klassische Beispiele für kontinuierliche Modelle stellen das Health Belief-Modell, die Theorie der Schutzmotivation, die Theorie des geplanten Verhaltens sowie die sozial-kognitive Theorie von BANDURA dar (Kapitel II, 3.2). Im Gegensatz dazu gehen dynamische Modelle von unterschiedlichen Stadien (auch „Stufen“ genannt) aus, welche Personen während des Prozesses einer Gesundheitsverhaltensänderung durchlaufen.¹⁴ Gemäß der Diskontinuitätsannahme¹⁵ wird davon ausgegangen, dass in jedem Stadium ein anderes Prädiktionsmodell vorherrscht und sich damit Personen aus verschiedenen Stadien psychologisch unterscheiden. Zu den dynamischen Stufenmodellen zählen z. B. das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung, das Prozessmodell präventiven Handelns und das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Kapitel II, 3.3). Streng genommen ist das letztgenannte Modell ein Hybridmodell, da es lineare Annahmen und Stadienannahmen vereint (SCHWARZER 2004: 90).

¹⁴ Stufenmodelle sind dabei als reversibel zu verstehen.

¹⁵ Mit der Prüfung der Stadienvariablen auf Diskontinuitätsmuster können Pseudostadien aufgedeckt werden. Diese liegen vor, wenn es sich nicht um qualitativ unterschiedliche Stadien handelt, sondern lediglich um Unterteilungen eines kontinuierlichen Prozesses (LIPPKE/KALUSCHE 2007: 181).

Da Selbstwirksamkeits- und Handlungsergebniserwartungen sowie Risikowahrnehmung in nahezu allen vorgestellten Modellen (wenn auch zum Teil mit abweichender Terminologie) häufig genannte Prädiktoren einer Verhaltensänderung sind, sollen sie an dieser Stelle kurz definiert werden:

- Selbstwirksamkeitserwartungen (auch „Kompetenzerwartungen“) beschreiben subjektive Überzeugungen, bestimmte Verhaltensweisen aufgrund eigener Kompetenzen ausführen zu können (BANDURA 2004; SCHWARZER 2004: 92).
- Handlungsergebniserwartungen (auch „Konsequenzerwartungen“) beschreiben subjektive Überzeugungen, dass die angestrebte Verhaltensänderung zu den erwünschten Resultaten führen kann (SCHWARZER 2004: 92).
- Risikowahrnehmungen beschreiben, in welchem Maße sich ein Mensch durch eine gesundheitliche Gefährdung, wie erhöhte Cholesterinwerte oder Herzinfarkt, bedroht sieht. Dabei wird häufig zwischen der Schwere der Bedrohung und der persönlichen Anfälligkeit (Vulnerabilität) unterschieden (SCHWARZER 2004: 91; BENDEL 1993: 21).

Es bleibt anzumerken, dass sich die hier genannten Modellkomponenten innerhalb der einzelnen Theorien weniger inhaltlich unterscheiden; vielmehr liegt der zentrale Unterschied in ihrer kausalen und zeitlichen Anordnung im Prozess einer Verhaltensänderung (SCHWARZER et al. 1996: 17).

Ein zentrales Anwendungsgebiet der Gesundheitspsychologie ist es, die entwickelten theoretischen Modelle auf den Bereich des Ernährungsverhaltens zu übertragen. Hierbei wird versucht, Antworten zu finden, weshalb sich Menschen (un-)gesund ernähren, wie Menschen zu einer Ernährungsumstellung motiviert werden können oder welche Schwierigkeiten auftreten, wenn es um die Aufrechterhaltung einer gesunden Ernährungsweise geht (SCHWARZER 2004: 285).

Im Folgenden werden ausgewählte, in der Gesundheitspsychologie zentral diskutierte und empirisch geprüfte Theorien und Modelle des gesundheitsbezogenen Verhaltens kurz skizziert. Hierbei liegt der Fokus weniger auf einer detaillierten Darstellung der Theorien¹⁶ als vielmehr darauf, einen Überblick zu geben. Es sollen Entwicklungen sowie Grenzen und Probleme einzelner Modelle aufgezeigt werden, um die Ableitung aktueller Konzepte – wie dem sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns – nachvollziehen zu können. Schlussendlich soll damit auch die theoretische Grundlage für den

¹⁶ Für weiterführende Darstellungen sei verwiesen auf BECKER 2006; FRANKE 2006; LIPPKE/RENNEBERG 2006b; SUTTON 2005; FALTERMAIER 2005; SCHWARZER 2004; STROEBE/JONAS 2003; ZIEGELMANN 2002; BENDEL 1993.

sich anschließenden empirischen Teil gelegt werden und begründet, weshalb in der vorliegenden Arbeit die Annahme einer Stadieneinteilung vertreten wird.

3.2 Kontinuierliche Modelle

Die nachstehend vorgestellten kontinuierlichen Modelle stellen motivationale Modelle dar, d. h., sie beschreiben die Intentionsbildung, zeigen jedoch nicht, wie eine gebildete Absicht konkret in Verhalten umgesetzt wird (LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 47). Exemplarisch für kontinuierlich motivationale Modelle stehen das Health Belief-Modell sowie die Theorie der Schutzmotivation. Beide Theorien beruhen auf der Annahme, dass eine Risikokonfrontation stattfinden muss, damit Menschen ihr Verhalten ändern. Sie werden daher auch als Furchtappelltheorien bezeichnet.¹⁷ Darüber hinaus zählen die Theorie des geplanten Verhaltens sowie die sozial-kognitive Theorie von BANDURA zu den bekanntesten motivationalen Modellen – zwei Konzepte, in denen insbesondere die Selbstwirksamkeitserwartung von zentraler Bedeutung ist.

Health Belief-Modell

Das in den 50er Jahren entstandene Health Belief-Modell zählt zu den ältesten Modellen zur Erklärung von Gesundheitsverhalten und sieht menschliches Verhalten als rational an. Dem Modell (Abb. 3) liegt die zentrale Annahme zugrunde, dass mit zunehmender gesundheitlicher Bedrohung und positiver Kosten-Nutzen-Abwägung eine Verhaltensänderung wahrscheinlicher wird. Dabei ergibt sich die Bedrohung aus der wahrgenommenen persönlichen Gefährdung und der Schwere einer Erkrankung. Der erwartete Nutzen (*„wenn ich mich gesund ernähre, dann ist das gut für mich und mein Wohlbefinden“*) muss die erwarteten Kosten (*„wenn ich mich gesund ernähre, dann kostet mich das mehr Mühen“*) überwiegen.¹⁸ Darüber hinaus können demografische und soziopsychologische Variablen sowie interne oder externe Handlungsanreize (z. B. Rat eines Arztes, Wahrnehmung eigener Symptome, Erkrankung eines Familienmitglieds) peripher durch ihren Einfluss auf die wahrgenommene Bedrohung und die Kosten-Nutzen-Bilanz den Impuls für eine Gesundheits-handlung mitbestimmen (STRETCHER/CHAMPION/ ROSENSTOCK 1997).

¹⁷ Dass Furchtappelle nicht nur zu einer gewünschten Gesundheitsverhaltensänderung, sondern auch zum Herunterspielen des Risikos oder zu Reaktanz führen können, sei an dieser Stelle angemerkt (BARTH/BENGEL 1998; BENDEL 1993: 36).

¹⁸ ähnlich der Handlungsergebniserwartung anderer Modelle

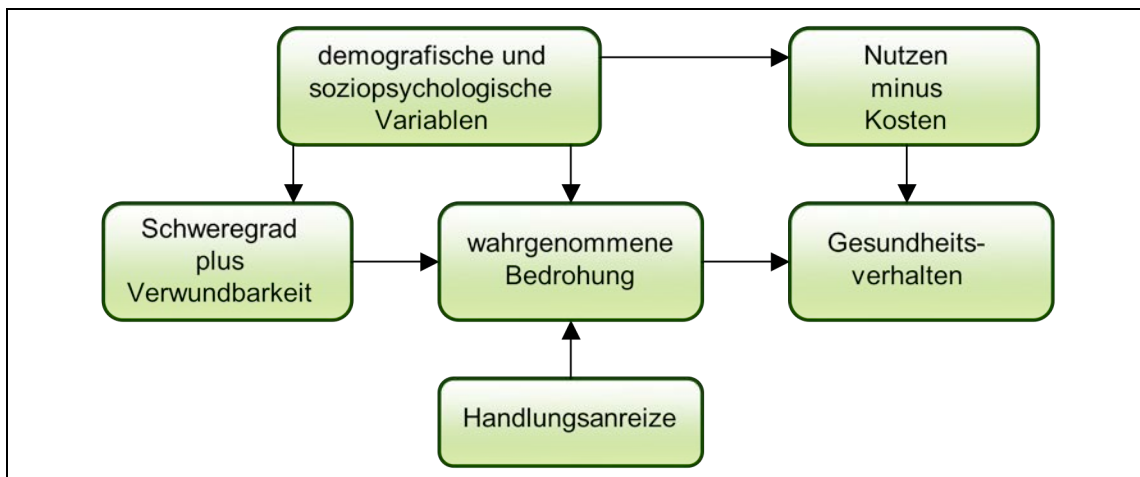


Abbildung 3: Health Belief-Modell (Quelle: modifiziert nach STRETCHER/CHAMPION/ROSENSTOCK 1997: 76)

Die publizierten empirischen Befunde zum Health Belief-Modell lassen keine überzeugende Erklärungs- oder Vorhersagekraft zwischen den Modellkomponenten und dem Gesundheitsverhalten (HARRISON/MULLEN/ GREEN 1992) oder Ernährungsverhalten (SAPP/JENSEN 1998; NORMAN et al. 1992; MULLEN/ HERSEY/IVERSON 1987) erkennen. Aus heutiger Sicht weist das Modell theoretische Schwächen auf (z. B. Nichtberücksichtigung von Intention und Selbstwirksamkeitserwartung), sodass es in der Gesundheitspsychologie als überholt gilt (LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 38; SCHWARZER 2004: 43).¹⁹

Theorie der Schutzmotivation

Die Theorie der Schutzmotivation ähnelt dem Health Belief-Modell, wobei ihr entscheidender Vorteil in der Integration der Komponenten „Intention“ und „Selbstwirksamkeit“ liegt (Abb. 4). Im Mittelpunkt der von ROGER (1983) entwickelten Theorie steht die kognitive Verarbeitung von Furchtappellen: Sie beeinflussen die persönlich wahrgenommene Bedrohung, was in Abwägung geeigneter Bewältigungsmaßnahmen zu einer gesteigerten Schutzmotivation/Intention („*ich habe die Absicht, mich gesünder zu ernähren*“) führt und somit eine Verhaltensänderung bedingen kann. Die Einschätzung der Bewältigung erfolgt unter Berücksichtigung der positiven Komponenten der Handlungswirksamkeit („*wenn ich mich gesund ernähre, dann lebe ich länger*“) und Selbstwirksamkeit („*ich bin mir sicher, mich gesund ernähren zu können, auch wenn ich gestresst bin*“), von denen die Handlungskosten („*wenn ich mich gesund ernähre, dann kostet mich das Überwindung*“) abgezogen werden.

¹⁹ Für eine ausführliche Darstellung der Schwachstellen des Health Belief-Modells kann auf SCHWARZER 2004 (S. 42) verwiesen werden.

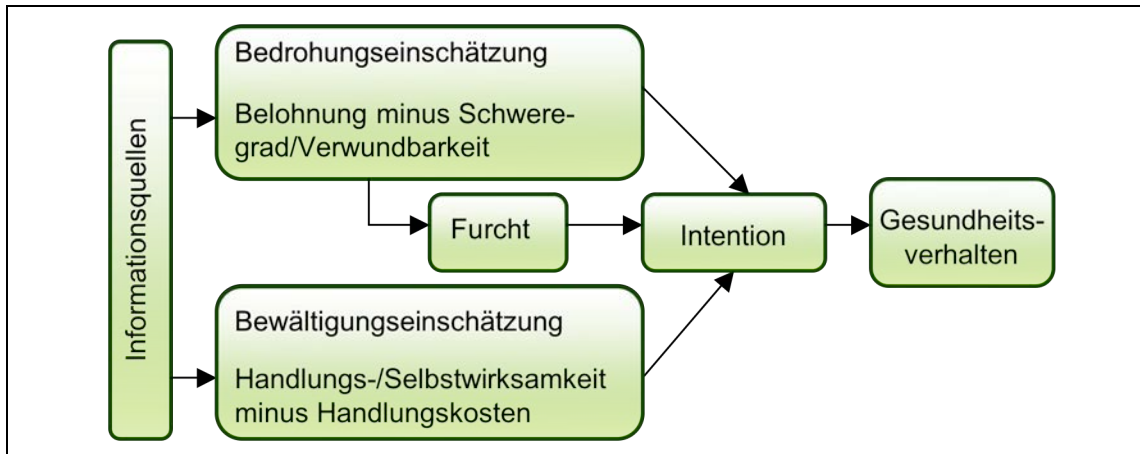


Abbildung 4: Theorie der Schutzmotivation (Quelle: modifiziert nach LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 39)

Aufgrund der Komplexität des Modells gibt es nur Untersuchungen zu ausgewählten Konstrukten (v. a. Messung des Schweregrads, der Handlungswirksamkeit, der Selbstwirksamkeit) – die Theorie in seiner Gesamtheit ist noch nicht geprüft worden (SCHWARZER 2004: 59). Als problematisch erweist sich zudem die Tatsache, dass die meisten empirischen Befunde an gesunden Personengruppen – insbesondere Studentenpopulationen – getestet worden sind (BENGEL 1993: 54). FLOYD et al. (2000) und MILNE et al. (2000) konnten übereinstimmend in ihren Metaanalysen zeigen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung der stärkste Prädiktor für die Schutzmotivation bzw. Intention ist.

Praktische Anwendungen der Theorie der Schutzmotivation finden sich u. a. in den Bereichen der Gesundheitsvorsorge, der körperlichen Aktivität und des Alkoholkonsums.

Theorie des geplanten Verhaltens

Die Theorie des geplanten Verhaltens ist ursprünglich nicht zur Erklärung von Gesundheitsverhalten konzipiert worden, sondern zur Klärung des Zusammenhangs zwischen Einstellungen und Verhalten im Allgemeinen. Mittlerweile ist sie jedoch auf gesundheitspsychologische Fragestellungen übertragen und empirisch untersucht worden (BENGEL 1993: 46). Das Modell (Abb. 5) stellt eine Erweiterung der Theorie des überlegten Handelns von Fishbein und Ajzen dar, nach der sich eine Intention zur Verhaltensänderung durch Einstellungen (positive und negative Bewertungen des Zielverhaltens) und subjektive Norm (sozialer Druck, ein Zielverhalten auszuüben/zu unterlassen) herausbildet (FISHBEIN 2008: 838).

Angeregt durch andere theoretische Konzepte, die die Selbstwirksamkeitserwartung als bedeutenden Faktor für die Vorhersage von Intention und Handlung identifiziert haben, entwickelte AJZEN (1991) seine ursprüngliche

Theorie weiter. Die von ihm eingeführte Determinante „wahrgenommene Verhaltenskontrolle“ ist der Selbstwirksamkeitserwartung sehr ähnlich und beeinflusst neben Intention und Verhalten auch die anderen beiden Modellkonstrukte „Einstellungen“ und „subjektive Norm“. Im Unterschied zur Theorie der Schutzmotivation übt Selbstwirksamkeitserwartung auch direkten Einfluss auf das Handeln aus. Sowohl Einstellungen, subjektive Norm als auch wahrgenommene Verhaltenskontrolle werden gemäß der Theorie des geplanten Verhaltens von einer Vielzahl von Überzeugungen geprägt. Diese Überzeugungen werden wiederum durch äußere Variablen beeinflusst, wie demografische Variablen, Persönlichkeits- und Umweltfaktoren.

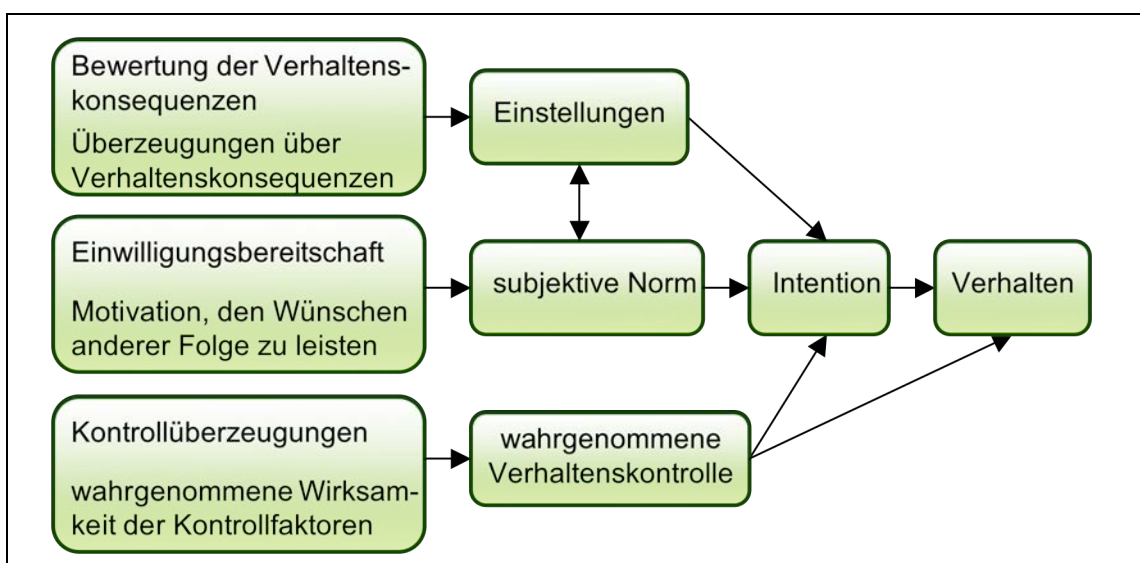


Abbildung 5: Theorie des geplanten Verhaltens (Quelle: modifiziert nach AJZEN 1991: 182)

Eine Metaanalyse von ARMITAGE und CONNER (2001) zu dieser Theorie zeigt eine hohe aufgeklärte Varianz des Gesundheitsverhaltens (27 % bis 39 %). Für den Bereich der körperlichen Aktivität fanden HAGGER/CHATZISARANTIS/BIDDLE (2002) in ihrer Metaanalyse noch bessere Vorhersagewerte: 37 % erklärte Verhaltens- und 44 % erklärte Intensionsvarianz. SCHWARZER (2004: 56) merkt jedoch kritisch an, dass infolge des „publication bias“ diese Werte vermutlich ins Positive verzerrt worden sind.

Sozial-kognitive Theorie von BANDURA

Ähnlich wie die Theorie der Schutzmotivation und die des geplanten Verhaltens trifft auch BANDURA (2004) die Annahme, dass Intentionen bestimmen, ob Menschen ein Verhalten ändern. Die sozial-kognitive Theorie von BANDURA (Abb. 6) postuliert, dass Verhaltensänderungen durch Selbstwirksamkeits- und Handlungsergebniserwartungen sowie soziostrukturelle Faktoren bestimmt

werden, und dass ihr Einfluss durch die Intention vermittelt wird. Die Selbstwirksamkeitserwartung kann – wie auch in der Theorie des geplanten Verhaltens – zudem direkt das Handeln bedingen.

Zu den Handlungsergebniserwartungen zählt BANDURA (2000) körperliche, soziale sowie selbstbewertende: Damit vertritt er die Ansicht, dass z. B. subjektive Norm nicht als eigenständiger Einflussfaktor zu sehen ist, sondern sich als Handlungsergebniserwartung subsumieren lässt („*wenn ich es schaffe, abzunehmen, dann freut sich mein Partner*“). Darüber hinaus können seiner Meinung nach auch Risikowahrnehmungen als Ergebniserwartungen verstanden werden („*wenn ich mich nicht fettbewusster ernähre, besteht die Gefahr, dass ich eine Herz-Kreislauf-Erkrankung erleide*“) – eine Anschauung, die teilweise kontrovers diskutiert wird (SCHWARZER 2004: 62).

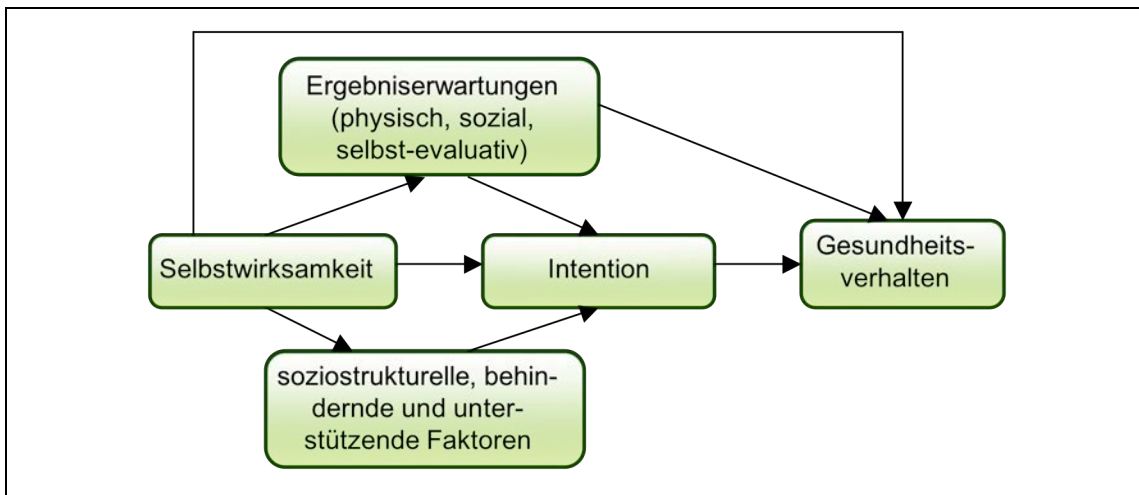


Abbildung 6: Einfache Skizze der sozial-kognitiven Theorie (Quelle: modifiziert nach BANDURA 2000)

Durch seine Arbeiten zur Selbstwirksamkeitserwartung trägt BANDURA (2004) wesentlich zur Entwicklung der Gesundheitsverhaltenstheorien bei. Darin beschreibt er unter anderem, aus welchen Quellen Selbstwirksamkeitserwartung entstehen kann: Eigene Erfolgserfahrungen stärken die Selbstwirksamkeitserwartung am meisten. Beobachtungslernen und verbaler Zuspruch können ebenfalls einen Einfluss nehmen, wenn auch weniger intensiv. Die vierte Quelle, physiologische und affektive Zustände, ist die schwächste.

Fazit

Gemäß dem Health Belief-Modell und der Theorie der Schutzmotivation können Furchtappelle gesundheitsbezogenes Handeln mit beeinflussen. Der Verdienst der Theorie der Schutzmotivation liegt in der Berücksichtigung der beiden Determinanten „personale Ressourcen“ (Bewältigungseinschätzung) sowie „Intention“. Der Nutzen der Theorie des geplanten Verhaltens und der sozial-kogni-

tiven Theorie von BANDURA liegen insbesondere im Ansatz der expliziten Integration der Selbstwirksamkeitserwartung.

Den vier angeführten Modellen ist gemein, dass ihnen eine Unterteilung zwischen einer motivationalen Phase, in der die individuelle Intentionsbildung erfolgt, und einer volitionalen Phase, in der gesundheitliches Handeln geplant und in die Tat umgesetzt wird (Intentionsrealisierung), fehlt (HECKHAUSEN/HECKHAUSEN 2006: 277f). Die genannten Theorien enden bei einer gebildeten Absicht und der theoretischen Verhaltensänderung. Auch wenn die Intention ein guter Prädiktor für Verhalten ist, bleibt dennoch viel Verhaltensvarianz ungeklärt.²⁰ WEBB und SHEERAN (2006) fanden in ihrer Metaanalyse zu verschiedenen gesundheitspsychologischen Theorien heraus, dass eine mittlere bis starke Änderung der Intention lediglich zu einer geringfügigen Änderung im Verhalten führt. Menschen bilden zwar Intentionen aus, sie scheitern jedoch an ihrer Realisierung. Wird nur die motivationale Phase berücksichtigt, bleibt ein Großteil der Variationen im Verhalten (rund 70 %) ungeklärt (ORBELL/SHEERAN 1998). Dieser Schwäche der statischen Betrachtung wollen Modelle mit prozesshaftem Charakter und volitionalen Anteilen des Gesundheitsverhaltens entgegenwirken.

3.3 Stadienmodelle

Im Unterschied zu den im vorangegangenen Kapitel vorgestellten Theorien, die annehmen, dass Menschen einen kontinuierlichen Prozess einer Verhaltensänderung durchlaufen, gehen Stadienmodelle davon aus, dass Menschen eine Entwicklung über Stadien/Stufen vollziehen. Hiernach wirken in den einzelnen Stadien unterschiedliche, stadienspezifische Faktoren. Haben Personen die Einflüsse eines Stadiums erfolgreich durchlaufen, wechseln sie in das nächste Stadium auf dem Weg zum Zielverhalten. Zu den bekanntesten Stadienmodellen zählen das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung sowie das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (KRISTAL et al. 1999). Letzteres soll innerhalb dieses Kapitels ausführlich betrachtet werden, da es für den empirischen Teil der vorliegenden Arbeit wesentliche theoretische Fundierungen bietet.

Auch wenn Unterschiede zwischen den Stadienmodellen verschiedener Autorengruppen existieren, so basieren sie nach WEINSTEIN/ROTHMAN/SUTTON

²⁰ ORBELL und SHEERAN haben für diese Inkonsistenzen zwischen Intention und Verhalten den Begriff der Intentions-Verhaltens-Lücke eingeführt (ORBELL/SHEERAN 1998).

(1998: 291f) auf den gemeinsamen Annahmen, dass sich Personen

- a) verschiedenen Stadien einer Verhaltensänderung zuordnen lassen und ihre Zuordnung eindeutig ist,
- b) eines Stadiums in Gedanken, Gefühlen und Verhalten stark ähneln und wiederum
- c) unterschiedlicher Stadien in diesen stark unterscheiden.

Die Popularität von Stadienmodellen während der letzten 20 Jahre liegt darin begründet, dass sich das Stadium, in dem sich eine Person befindet, relativ einfach feststellen lässt. Daraufhin können Maßnahmen gezielt ergriffen werden, sodass Unterstützungsangebote für Personen, die nicht zielführend sind, entfallen, weil sie nicht auf das individuell befindliche Stadium gerichtet sind (Zeit-, Aufwandsparsnis) (LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 49). Eine Metaanalyse von NOAR/BENAC/HARRIS (2007) konnte zeigen, dass stadienspezifische Interventionen gegenüber stadienunspezifischen Standardmaßnahmen signifikant größere Einflüsse auf eine Gesundheitsverhaltensänderung ausüben. Stadienpassende Maßnahmen sind demnach effektiver, ein bestimmtes Zielverhalten tatsächlich auszuüben, als das bisher häufig angewandte „Gießkannenprinzip“. Dies konnten beispielsweise Interventionsstudien für die Bereiche des Ernährungs- und Aktivitätsverhaltens zeigen (FLEIG et al. 2010; LIPPKE/KALUSCHE 2007: 187; VERHEIJDEN et al. 2004; VEEN VAN DER et al. 2002).

Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung

Das zentrale Konstrukt dieses Modells sind die Stufen der Verhaltensänderung. Beeinflussende Determinanten sind die Prozesse bzw. Strategien der Verhaltensänderung, die sich in kognitiv-affektive (u. a. Steigern des Problembewusstseins, Entscheidungsbilanz aus positiven und negativen Handlungsergebniserwartungen, Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen) sowie behaviorale (u. a. Selbstverpflichtung, Belohnen erfolgreicher Änderungsschritte, Nutzung sozialer Beziehungen) Prozesse unterteilen lassen (PROCHASKA/DICLEMENTE/NORCROSS 1992). Wie empirische Untersuchungen bestätigten, werden kognitiv-affektive Strategien primär in der ersten Phase des Veränderungsprozesses eingesetzt und behaviorale Strategien in der zweiten Phase (MARTINDIENER/THÜRING 2004: 53). Im Folgenden sollen diese Strategien keine nähere Beschreibung erfahren; der Schwerpunkt wird vielmehr auf die Darstellung der Stadien einer Verhaltensänderung im Transtheoretischen Modell (TTM) gelegt.

Das TTM besteht aus sechs qualitativ unterschiedlichen Stadien, wobei jede Person nur einem Stadium zugeordnet werden kann. Je Stadium liegen andere charakteristische Gedanken und Gefühle (sog. „Mindsets“) vor. So unterschei-

den sich Menschen zwischen den einzelnen Stadien durch ihre motivationale Ausgangslage, ihre Absicht für zukünftiges Verhalten sowie ihr bisheriges Verhalten (PROCHASKA/DICLEMENTE/NORCROSS 1992). Die Charakteristika für die Zuordnung von Personen zu den Stadien des TTM sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

Tabelle 1: Beschreibung der Stadien des Transtheoretischen Modells (Quelle: modifiziert nach SCHWARZER 2004: 87)

Stadium	Beschreibung
Präkontemplation (Absichtslosigkeit)	Person führt das Zielverhalten (z. B. fünf Mal am Tag Obst und Gemüse essen) nicht aus und denkt nicht darüber nach, ihr Verhalten innerhalb der nächsten sechs Monate zu ändern.
Kontemplation (Absichtsbildung)	Person führt das Zielverhalten nicht aus und überlegt, innerhalb der nächsten sechs Monate (nicht jedoch im nächsten Monat), ihr Verhalten zu ändern – eine Absicht liegt noch nicht vor.
Präparation (Vorbereitung)	Person führt das Zielverhalten nicht aus, hat aber die feste Absicht, das Zielverhalten im nächsten Monat auszuüben und hat im vergangenen Jahr bereits einen Versuch unternommen, das Verhalten zu ändern.
Aufnahme (Handlung)	Person führt das Zielverhalten seit mindestens einem Tag und längstens seit sechs Monaten aus, was noch mit Anstrengungen verbunden ist.
Aufrechterhaltung	Person führt das Zielverhalten erfolgreich seit mehr als sechs Monaten aus.
Stabilisierung	Person führt das Zielverhalten automatisiert in den letzten fünf Jahren aus; es ist für sie selbstverständlich geworden und es besteht keine Gefahr des Rückfalls in die alte Verhaltensweise.

Das TTM ist ursprünglich im Bereich der Raucherentwöhnung entwickelt worden. Hier zeigte sich, dass es Ex-Rauchern vor allem anfangs schwerfällt, nicht mehr zu rauchen. Haben sie jedoch das Empfinden der Abhängigkeit überwunden und sind längere Zeit Nichtraucher, so ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie auch später kein Verlangen nach Zigaretten haben werden. Dieses Verhalten entspräche dem der Stabilisierung. Nicht eindeutig geklärt ist bisher, ob das Stabilisierungsstadium für jegliches Gesundheitsverhalten gilt, sodass beispielsweise das ernährungsbezogene Handeln irgendwann derart automatisiert abläuft, dass ein Stabilisierungsstadium festgestellt werden kann (LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 48). MARCUS und FORSYTH (2003: 198) haben in ihrer Untersuchung zur körperlichen Aktivität herausgefunden, dass hier keine Stabilisierung möglich ist: Auch nach jahrelanger Ausübung bedarf die Verhal-

tensfortführung noch immer Aufmerksamkeit. Die meisten Arbeiten zum TTM untersuchen daher nur die ersten fünf Stadien (SCHWARZER 2004: 87).

Der Hauptkritikpunkt des TTM ist die Operationalisierung der Stadieneinteilung mittels zeitlicher Kriterien (Tab. 1). Sie wirken willkürlich: Warum sollten genau sechs Monate und nicht z. B. 10 Monate der richtige Zeitraum sein? Eine zeitliche Einstufung macht die Stadien zwar präzise festlegbar, der psychologische Wert bleibt jedoch unklar. In anderen Stadienmodellen, wie dem sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (siehe weiter unten) oder im Prozessmodell präventiven Handelns von Weinstein und Sandmann wird dieses Problem umgangen, indem Stadienzuordnungen aufgrund psychologischer Kriterien, wie Intention, Planung und Habituation, erfolgen (LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 51; SCHWARZER 2004: 87f).

Eine weitere Schwierigkeit betrifft die Validität der Stadienzuordnung. Nach dem TTM sollten Personen in den ersten drei Stadien das Zielverhalten nicht ausüben, wohingegen Personen der Stadien der Aufnahme und Aufrechterhaltung aktiv sind. Mehrere Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass diese Annahmen empirisch nicht erwartungskonform bestätigt werden konnten (BRUG et al. 2005: 247; NIGG 2005: 32).

Insgesamt betrachtet, kann das Transtheoretische Modell – ursprünglich für das Rauchverhalten entwickelt – nicht ohne Weiteres auf andere Gesundheitsverhaltensweisen, wie beispielsweise das Ernährungsverhalten, übertragen werden (SHEPHERD 2005: 36; SHEPHERD 2002: 267).

Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitshandelns (engl. Health Action Process Approach, abgekürzt: HAPA) von SCHWARZER (2004: 90ff) ist ein Modell, das motivationale sowie volitionale Prozesse vereint und dabei gleichzeitig lineare Annahmen (Intentionsbildung, postdezionale Anteile) und Stadienannahmen kombiniert (Abb. 7). Es wird daher auch als Hybridmodell bezeichnet. In dem Modell sind jene Konstrukte enthalten, die sich in Untersuchungen aus verschiedenen psychologischen Forschungsbereichen zu bereits existierenden Theorien am besten empirisch bewährt haben: Selbstwirksamkeitserwartung, Handlungsergebniserwartung, Risikowahrnehmung, Intention und Handlungspläne²¹. Das HAPA postuliert, dass die Intentionsbildung

²¹ Handlungspläne (Ausführungs- und Bewältigungspläne) erklären präzise, wann, wo und wie das beabsichtigte Verhalten ausgeführt werden soll und machen es so gegen Unterbrechungen, Ablenkungen oder konkurrierende Ziele stabiler (LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 46). Sie zeigen Effekte auf volitionale Variablen, nicht aber auf motivationale Variablen (LIPPKE/SCHWARZER 2009). Für verschiedene Gesundheitsverhaltensweisen (Zahnhygiene, Ernährungsverhalten,

durch die drei Variablen „Selbstwirksamkeitserwartung“, „Handlungsergebniserwartung“ und „Risikowahrnehmung“ vorhergesagt werden kann. Dieser Modellteil stellt die motivationale Phase dar. Wie Menschen es schaffen, dass eine gebildete Handlungsabsicht auch tatsächlich umgesetzt wird, zeigt die sich anschließende volitionale Phase. Diese ist durch handlungsbezogene Kognitionen (Handlungsplanung, -initiative und -aufrechterhaltung) charakterisiert. Hier spielen zudem personale, soziale und situative Ressourcen und Barrieren eine wesentliche Rolle. Selbstwirksamkeitserwartungen haben als einzige sozial-kognitive Variable Wirkungen auf den motivationalen und volitionalen Prozess.

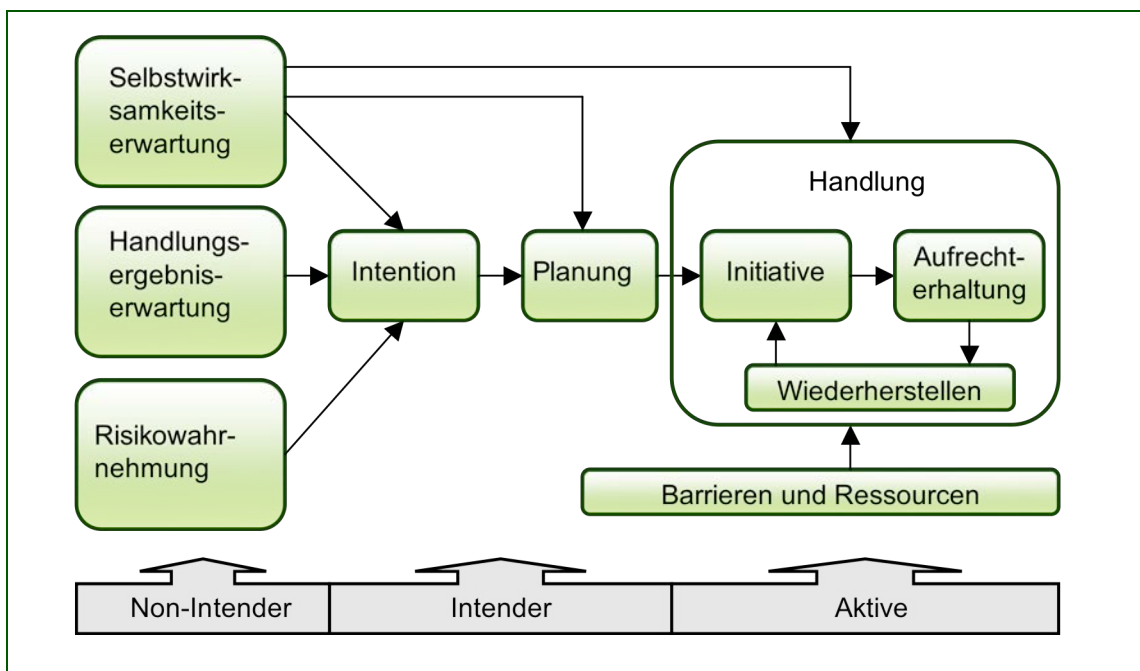


Abbildung 7: Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Quelle: modifiziert nach SCHWARZER 2004:91)²²

Beispielhafte Anwendung des HAPA für das Ernährungsverhalten

Zum besseren Verständnis der oben angeführten theoretischen Darstellungen erfolgt nun eine Erläuterung der einzelnen Modellkonstrukte anhand eines konstruierten Beispiels aus dem Bereich Ernährung, wobei ein idealtypischer Verlauf bei der Realisierung des Zielverhaltens beschrieben wird (ohne Rückfälle). In Vorausblick auf den empirischen Teil dieser Arbeit wird eine Person (Herr Muster) mit Hypercholesterinämie gewählt. Der Arzt rät Herrn Muster zu

körperliche Aktivität) hat sich gezeigt, dass konkrete Handlungsplanung ein gleich guter oder sogar besserer Prädiktor von Verhaltensänderung ist als die Verhaltensintention (SCHWARZER et al. 2007: 163; SCHÜTZ 2006: 71). Beispiele für Handlungspläne im Bereich des Ernährungsverhaltens: „Ich habe bereits konkret geplant, wie ich Speisen so zubereite (bzw. durch meinen Partner zubereiten lasse), dass sie möglichst fettarm sind“ oder „... was ich tun werde, wenn ich wieder in meine alten Ernährungsgewohnheiten zurückfalle.“

²² Disengagements sind in der Grafik nicht dargestellt

einer fettbewussten Ernährung²³, um so das Risiko zu minimieren, einen Herzinfarkt zu erleiden:

Vor seinem Arztbesuch hat Herr Muster nicht die Absicht, an seiner bisherigen Ernährungsweise etwas zu ändern (Stadium: Non-Intender). Durch das Gespräch mit dem Arzt nimmt Herr Muster das Risiko wahr, dass erhöhte Cholesterinwerte Herz-Kreislauf-Erkrankungen mitverursachen können. Die subjektive Einschätzung der eigenen Verwundbarkeit (*„wenn ich so weiterlebe und weiteresse wie bisher, dann ist mein Risiko erhöht, irgendwann einen Herzinfarkt zu bekommen“*) sowie des Schweregrads der Erkrankung (*„ein Herzinfarkt kann lebensbedrohlich sein“*) definiert seine Risikowahrnehmung. Nun wägt Herr Muster alternative Handlungen und deren Folgen ab (*„wenn ich stets darauf achte, fettbewusst zu essen, dann ist das gut für meinen Cholesterinspiegel“* (positiv) oder *„... dann schmeckt mir das Essen nicht mehr so gut“* (negativ)). Überwiegen in der motivationalen Phase zum einen positive Handlungsergebniserwartungen und schätzt er zum anderen seine Selbstwirksamkeitserwartungen positiv ein (*„ich bin mir sicher, dass ich im Alltag auf eine fettbewusste Ernährung achten kann“*), ist es für ihn wahrscheinlich, eine Verhaltensintention auszubilden. Formuliert Herr Muster eine konkrete Zielintention (*„ich habe mir vorgenommen, fettbewusster zu essen“*), endet die Motivationsphase und er wechselt vom Stadium des Non-Intenders zum Stadium „Intender“ und damit in die Volitionsphase. Herr Muster führt sich nun die Bedingungen und Realisierungsmöglichkeiten ausführungsnah vor Augen. Er plant genau, wann, wo und wie er seine Intention, künftig fettbewusster zu essen, konkret umsetzen kann (*„ich habe bereits geplant, wie ich mich am Arbeitsplatz fettbewusst ernähren kann“*). Optimistische Selbstwirksamkeit ist während der Detailplanung weiterhin wichtig. Mit der Realisierung einer fettbewussten Ernährung wechselt Herr Muster in das Stadium des Aktiven. Nun findet eine ständige Handlungskontrolle statt, bei der er seine gebildete Intention sowie sein fettbewusstes Ernährungshandeln gegenüber störenden Einflüssen (Distraktoren, wie Ablenkungen, Versuchungen) abschirmen muss. Barrieren (z. B. Essenseinladungen bei Freunden, familiäre Probleme, Stress im Job) müssen gemeistert werden, personale und soziale Ressourcen (z. B. Ermutigung durch die Partnerin) so genutzt, dass ein Abweichen oder Abbrechen der fettbewussten Ernährungsweise verhindert wird. Nach wie vor hat die Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich Anstrengung und Beharrlichkeit für die Verfolgung des Zielverhaltens eine zentrale Bedeutung. Nach den ersten Handlungs-

²³ Im Folgenden wird häufig der Begriff „fettbewusste Ernährung“ genutzt. Wie in Kapitel II, 5.3 ausführlich dargestellt, sollte Fettbewusstsein sowohl das Achten auf die Gesamtmenge an verzehrtem Fett als auch auf die Qualität der aufgenommenen Nahrungsfette beinhalten. Die bewusste Fettaufnahme ist eine wesentliche diätetische Intervention bei Hypercholesterinämie.

ausführungen geht Herr Muster in die postaktionale Phase über (nicht in Abb. 7 dargestellt) und bewertet sein bisheriges Verhalten. Während wahrgenommene Erfolge in jedem Fall zuträglich sind für die Aufrechterhaltung einer fettbewussten Ernährung, hängt der Einfluss von Misserfolgen von der individuellen Bewertung und Ursachenzuordnung ab. Schreibt Herr Muster misslungene Realisierungsversuche z. B. mangelnder eigener Vorbereitungen zu (spontaner gemeinsamer Restaurantbesuch mit Freunden), kann er daraus lernen und an künftige situative Barrieren mit gestärkter eigener Kompetenz herangehen. Dies wiederum festigt sein Zielverhalten und trägt zu dessen Habitualisierung bei.

Barrieren und Ressourcen im HAPA

Explizit Berücksichtigung finden im HAPA Barrieren und Ressourcen einer Verhaltensumstellung. Das Modell postuliert, dass sie einen Einfluss auf Menschen ausüben, die sich in der Handlungsplanung, -kontrolle und -ausführung befinden. Beispielsweise kann der aus der Forschung bekannte Effekt des sozioökonomischen Niveaus auf das Ernährungsverhalten (Kapitel II, 4.5) gemäß dem HAPA nicht nur über eine vermutlich höhere Kompetenzerwartung von Personen mit hohem sozioökonomischen Status erklärt werden (wie nach der sozial-kognitiven Theorie von BANDURA), sondern zudem auch über die vermutlich geringeren Barrieren bei der Realisierung dieser Verhaltensabsicht (PIETROWSKY 2006: 189).

Im Gegensatz zu anderen theoretischen Modellen zum Gesundheitsverhalten, bei denen der Barrierebegriff nicht näher definiert und sowohl negative Konsequenzerwartungen als auch situative Barrieren einer Verhaltensausführung (z. B. Müdigkeit nach einem stressigen Arbeitstag, überraschender Besuch von Freunden, schlechte Laune) umfassen können (KRÄMER/FUCHS 2010: 171f), versteht SCHWARZER sie als situationsabhängig (SCHWARZER 2004: 91). Während Konsequenzerwartungen recht gut erforscht sind, finden situative Barrieren einer Ernährungsverhaltensmodifikation in der gesundheitspsychologischen Literatur des deutschsprachigen Raums kaum explizite Beachtung. Auch wenn das HAPA situative Barrieren und Ressourcen berücksichtigt, liegen hierzu jedoch bisher kaum empirische Befunde vor (LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 58).

In ihrer Untersuchung zur körperlichen Aktivität haben KRÄMER und FUCHS (2010) herausgefunden, dass situative Barrieren einen signifikanten Effekt auf den Umfang sportlicher Aktivität haben, der noch über den der Kompetenzerwartung hinausgeht. Sie sprechen sich daher dafür aus, dass in künftigen Forschungsarbeiten sowohl Barrieren als auch für die Umsetzung einer Verhaltensabsicht förderliche Situationen erfasst werden sollten.

Die Überwindung situativer Barrieren kann durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden, wie Willensstärke, Selbstverpflichtung, aber auch soziale Unterstützung (BENGEL 1993: 36). Insbesondere für eine dauerhafte Umstellung einer Verhaltensweise (wie z. B. im Ernährungsbereich) sind soziale Einflussfaktoren von besonderer Bedeutung. Die WORLD HEALTH ORGANISATION sieht je nach qualitativer Ausprägung des sozialen Rückhalts günstige oder ungünstige Effekte für die psychische und körperliche Gesundheit (WORLD HEALTH ORGANISATION 2003b: 33). Positive Verstärkung oder das Gefühl der Gemeinsamkeit im Familien- und Freundeskreis können dabei helfen, eine Verhaltensmodifikation umzusetzen und so eine Verhaltensressource darstellen. Andererseits können Personen des persönlichen Umfelds ebenso kontraproduktiv sein und Handlungsausführungen behindern (BENGEL 1993: 38).

In welchem Umfang soziale Unterstützung gewährt wird, ist wiederum von der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit einer Situation bzw. eines Zustandes abhängig. Während Unkontrollierbarkeit (z. B. Herzinfarkt infolge erblicher Faktoren) beim Gegenüber/Partner Mitleid hervorruft und Hilfeintentionen begünstigt, erzeugt Kontrollierbarkeit (z. B. Herzinfarkt infolge eines riskanten Lebensstils) ein Gefühl von Ärger und wenig Bereitschaft zur Unterstützung (WEINER/PERRY/MAGNUSSON 1988). SCHWARZER (2004: 186) fügt hinzu, dass der Grad der Unterstützung ferner davon abhängt, ob der Betroffene bemüht ist, etwas an seinem (ungünstigen) Zustand zu ändern. Unternimmt beispielsweise ein Herzpatient sehr viele Anstrengungen, die Krankheit zu überwinden, ist er begünstigt, Zuwendungen zu erhalten.

Weiterhin deuten sich geschlechtsspezifische Effekte bei der sozialen Unterstützung an. Bei Frauen scheinen sie aufgrund tiefergehender Sozialbeziehungen und eines größeren sozialen Netzes eine stärkere Wirkung zu haben als bei Männern (KIENTLE/KNOLL/RENNEBERG 2006: 120; BENGEL 1993: 40).

Der Einfluss sozialer Unterstützung als Barriere bzw. Ressource einer Verhaltensänderung kann an dieser Stelle nur umrissen werden. Tiefergehende Betrachtungen bieten z. B.: SCHWARZER/KNOLL 2007; BECKER 2006: 248ff; KIENTLE/KNOLL/RENNEBERG 2006; SCHWARZER 2004: 176-202; STROEBE/JONAS 2003: 614f; WORLD HEALTH ORGANISATION 2003b; SHEPHERD 1999; LEPPIN 1994; BENGEL 1993.

Empirische Studien zum HAPA im Bereich Ernährungsverhalten

Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns ist in der aktuellen gesundheitspsychologischen Forschung häufig Untersuchungsgegenstand. Hierbei wird es auf verschiedene Bereiche gesundheitsbezogenen Verhaltens (z. B. Inanspruchnahme präventiv medizinischer Angebote, sportliche

Aktivität, Raucherverhalten, Gewichtskontrolle, Empfängnisverhütung, Stressmanagement) übertragen (SCHWARZER 2008; SCHWARZER et al. 2007). Im Folgenden werden ausgewählte Beispiele aus der Ernährungsverhaltensforschung im deutschsprachigen Raum vorgestellt.

In einer Querschnittstudie ($n = 700$) konnten SCHWARZER et al. (2007) aufzeigen, dass das Ernährungsverhalten mithilfe des HAPA gut vorhersagbar ist. Der RMSEA-Wert²⁴ beträgt 0,05, d. h., dass sich das Modell bis auf 5 % unerklärter Varianz gut der Realität nähert. Handlungsplanung und Kompetenzerwartung konnten 73 % der Varianz des Ernährungsverhaltens erklären und haben sich als die beiden wesentlichen Einflussgrößen erwiesen.

RENNER, KNOLL und SCHWARZER (2000) haben in einer Studie ($n = 1583$) zum HAPA herausgefunden, dass die Kompetenzerwartung im Bereich Ernährung mit dem Lebensalter und Körpergewicht interagiert: Demnach steigt mit zunehmendem Alter die Überzeugung, das eigene Ernährungsverhalten kompetent bestimmen zu können. Dies gilt für normalgewichtige gleichermaßen wie für übergewichtige Personen. Im Vergleich beider Gewichtsguppen fällt auf, dass die ernährungsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung bei Übergewichtigen geringer ausgeprägt ist als bei Normalgewichtigen.

GÖLZ (1997: 161f) kommt in ihrer Untersuchung ($n = 144$) zum Ernährungsverhalten bei Personen mit Hypercholesterinämie zu dem Ergebnis, dass diese ihre eigene Verwundbarkeit hinsichtlich des Auftretens eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls unrealistisch optimistisch einstufen.²⁵ Eine hohe objektive Gesundheitsgefährdung, bei der ein besonders gesundheitsbewusstes Verhalten erwartet wird, steht weder mit der Intention, sich gesund ernähren zu wollen, noch mit dem tatsächlichen Ernährungsverhalten im Zusammenhang. Im Gegenteil: Bei den untersuchten hypercholesterinämischen Patienten liegt sogar eine inverse Beziehung zwischen der Vulnerabilität und dem tatsächlichen Ernährungsverhalten vor. Als Erklärung für dieses Ergebnis führt GÖLZ u. a. ein mögliches Abwehrverhalten an, das oftmals als Reaktion auf negative Informationen zu beobachten ist.

In ihrer Interventionsstudie ($n = 494$) untersuchten WIEDEMANN et al. (2009) stadienspezifische Prädiktoren einer Ernährungsumstellung. Hierbei analysier-

²⁴ RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) ist ein Gütekriterium zur Modellbeurteilung. Sein Wertebereich liegt zwischen Null und unter Eins. Ein Wert $\leq 0,06$ (bei $n > 250$) belegt einen guten Model-Fit (FAULLANT 2007: 179).

²⁵ Auch gesunde Personen scheinen nur begrenzt in der Lage zu sein, ihr eigenes Risiko hinsichtlich spezifischer Gesundheitsgefährdungen adäquat beurteilen zu können. Zahlreiche Studien belegen, dass das persönliche Risiko im Vergleich zu dem Risiko anderer Personen permanent unterschätzt wird. In der Literatur wird die optimistische Sichtweise der eigenen Zukunft und Gefährdung auch als „unrealistischer Optimismus“ oder „Wahrnehmung der eigenen Unverwundbarkeit“ bezeichnet (SHEPHERD 1999: 807; RENNER/HAHN 1996; SCHWARZER et al. 1996: 14; BENGEL 1993: 24).

ten sie neben den klassischen sozial-kognitiven Variablen (Risikowahrnehmung, Kompetenz- und Konsequenzerwartung, Planung) zudem den Einfluss sozialer Unterstützung. Es zeigt sich, dass sozialer Rückhalt den Übergang in die aktive Phase vorhersagen kann. Die Forscher weisen darauf hin, dass künftige Studien zeigen müssen, ob der positive Effekt kontextspezifisch ist (ernährungsbezogenes Handeln ist oft sozial verwurzelt) oder von der Art der sozialen Beziehung abhängt (z. B. Freunde, Verwandte).

Im Hinblick auf Interventionsmaßnahmen im Ernährungsbereich sind bisher nur wenige Erkenntnisse vom HAPA realisiert worden. Seit Langem ist bekannt, dass Aufklärungskampagnen, die auf reine Wissensvermittlung, Risikokommunikation und Einsicht als Auslöser für Verhaltensänderungen setzen, keinen langfristigen Erfolg haben (OWEN et al. 1990; JEFFERY et al. 1982; FOREYT et al. 1979). Sinnvoll wäre daher eine Ergänzung solcher Programme durch individualisierte Ansprache und sozial-kognitive Verhaltensmodifikation, wie Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung oder Mobilisierung sozialer Unterstützung (SCHWARZER 2004: 293).

3.4 Stadientheoretische Analysen

Mittlerweile liegen diverse Untersuchungen zu den einzelnen Stadienmodellen vor. Studien, die stadienspezifische Effekte kognitiver und behavioraler Variablen betrachten, sind weit weniger vertreten (LIPPKE/KALUSCHE 2007: 179). Diese haben insbesondere die Ausprägung der sozial-kognitiven Konstrukte (wie Risikowahrnehmung, Selbstwirksamkeits- und Handlungsergebniserwartungen) und/oder Änderungen im Gesundheitsverhalten innerhalb einzelner Stadien analysiert (z. B. FLEIG et al. 2010; WIEDEMANN et al. 2009; SCHWARZER 2008: 8f; DOHNKE et al. 2007; LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 58; SNIEHOTTA/SCHOLZ/SCHWARZER 2005; SCHWARZER 2004: 100).²⁶ Dieses Vorgehen liegt darin begründet, dass ihr Fokus auf einer Prüfung von Pseudostadien und damit auf einem Nachweis zur Existenz von Stadien liegt oder es sich um Interventionsstudien handelt.

Offen bleibt nach wie vor die Frage nach der optimalen Stadienanzahl: Wie viele Stadien sind überhaupt sinnvoll und empirisch haltbar? Hierzu liegen kaum empirische Befunde vor (LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 55). Während das HAPA drei Stadien unterscheidet, sind es beim TTM fünf Stadien, beim Prozessmodell

²⁶ Auf die Darstellung von Ergebnissen zur stadienspezifischen Testung einzelner Modellkonstrukte muss an dieser Stelle verzichtet und auf o. g. empirische Befunde verwiesen werden.

präventiven Handelns²⁷ sieben Stadien und beim Multi-Stadien-Modell (MSM)²⁸ der Gesundheitsverhaltensänderung acht Stadien (Abb. 8).

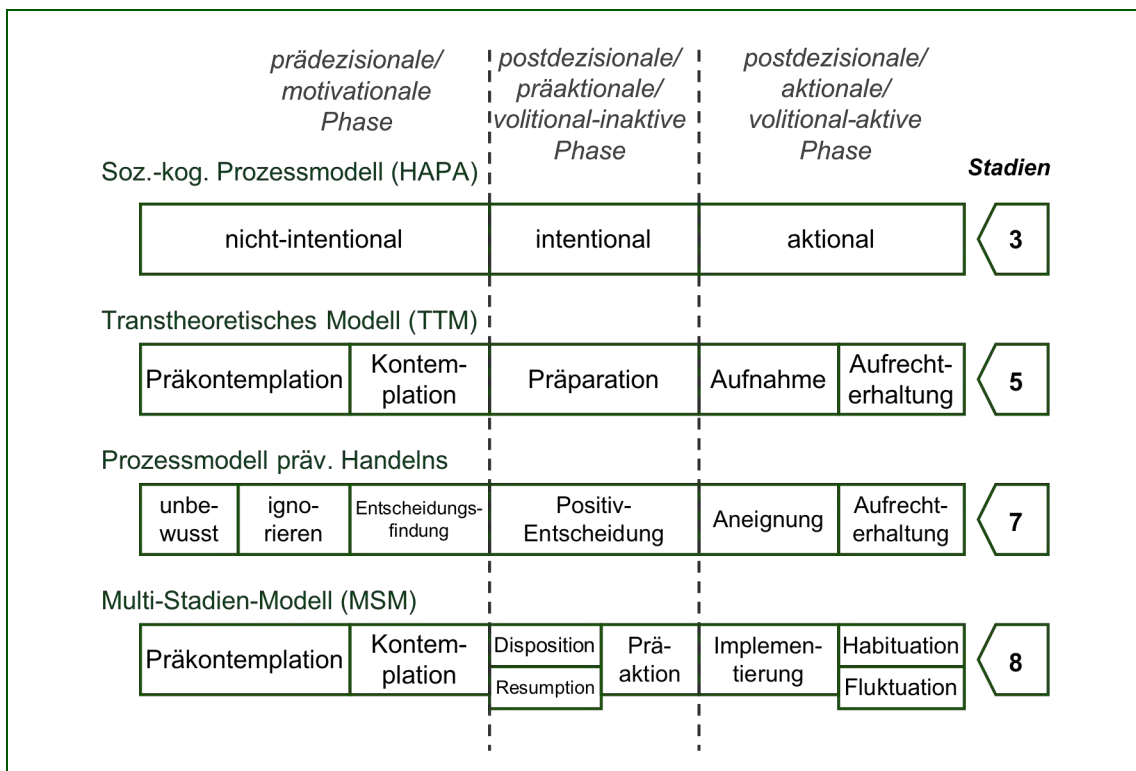


Abbildung 8: Übersicht verschiedener Stadienmodelle: Modellname sowie Anzahl der postulierten Stadien (gesamt) sowie deren Verteilung über die drei Phasen motivational, volitional-inaktiv und volitional-aktiv²⁹ (Quelle: modifiziert nach LIPPKE/KALUSCHE 2007: 172 sowie LIPPKE/SNIEHOTTA/LUSZCZYNSKA 2005: 46)

Insbesondere der Arbeitsbereich „Gesundheitspsychologie“ der Freien Universität Berlin³⁰ ist in der Erforschung stadiendiagnostischer Algorithmen sowie stadienspezifischer Effekte und Annahmen des Gesundheitsverhaltens im deutschsprachigen Raum sehr aktiv. Basierend auf den fünf Stadien des TTM haben LIPPKE et al. (2009) die Validierung eines konzeptuell-optimierten Stadienmessinstruments für körperliches sowie ernährungsbezogenes Handeln vorgenommen. Dieses geht zwar ebenso von fünf Stadien aus, jedoch im Gegensatz zum TTM (Kapitel II, 3.3) ohne Berücksichtigung zeitlicher Kriterien zur Stadiendefinition, sondern unter Zuhilfenahme psychologischer Kriterien

²⁷ An dieser Stelle soll nicht näher auf das von Weinstein und Sandman (1992) entwickelte Stadienmodell eingegangen werden, da es bisher nur sehr eingeschränkt untersucht worden ist (LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 55) und der Autorin keine Studie zum Ernährungsverhalten bekannt sind. Es dient hier lediglich der Demonstration unterschiedlich diskutierter Stadienanzahlen.

²⁸ Die acht Stadien des MSM gliedern sich in fünf inaktive (zwei nicht-intentionale und drei intentionale) sowie drei aktionale Stadien. Zudem berücksichtigt es die im HAPA benannten sozial-kognitiven und behavioralen Variablen einer Gesundheitsverhaltensänderung, wie Intention, Selbstwirksamkeitserwartung, Handlungsergebniserwartung, Risikowahrnehmung und soziale Unterstützung (LIPPKE/ZIEGELMANN 2006: 39).

²⁹ Für die Phasenbeschreibungen existieren mitunter verschiedene Termini.

³⁰ Namentlich sind hier v. a. Ralf Schwarzer, Sonia Lippke und Philipp Ziegelmann zu nennen.

(Beispielitems: Wie leicht fällt das neue Ernährungsverhalten? Wie sehr ist es zur Gewohnheit geworden?).³¹ Tabelle 2 zeigt exemplarisch die entsprechenden Stadienannahmen für das im empirischen Teil dieser Arbeit angestrebte Zielverhalten „fettbewusste Ernährung“.

Tabelle 2: Beschreibung der Stadien einer Gesundheitsverhaltensänderung auf Basis psychologischer Kriterien (Quelle: modifiziert nach LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 49; LIPPKE/SNIEHOTTA 2003; FUCHS 2001)

Stadium	Beschreibung
Präkontemplation	Person führt das Zielverhalten (z. B.: fettbewusst ernähren) nicht aus und denkt nicht darüber nach, ihr Verhalten zu ändern.
Kontemplation	Person führt das Zielverhalten nicht aus und überlegt, ob sie das Zielverhalten ausüben will (eine Intention liegt noch nicht vor).
Präparation	Person führt das Zielverhalten nicht aus, hat aber die feste Absicht, das Zielverhalten auszuüben und trifft erste Vorbereitungen (bildet z. B. Pläne, wie sie sich am Arbeitsplatz fettbewusst ernähren kann).
Aufnahme	Person führt das Zielverhalten aus, die Umsetzung fällt ihr aber noch schwer (z. B. aufgrund alltäglicher Verpflichtungen).
Aufrechterhaltung	Person führt das Zielverhalten aus und es ist zur festen Gewohnheit geworden.

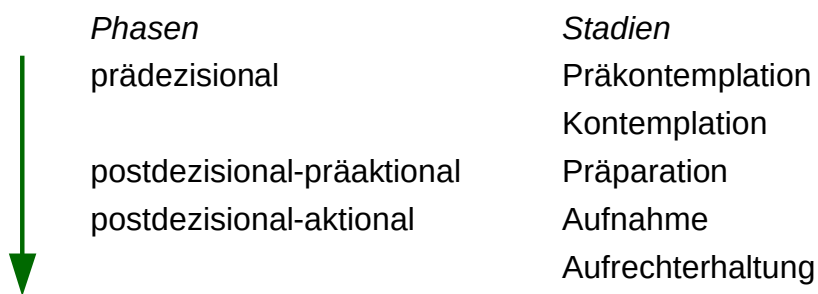
Die Validierungsstudie hat gezeigt, dass mithilfe psychologischer Variablen (wie Habituation, Planung, Intention) Stadien zum Teil besser differenziert werden können als mittels temporärer Stadiendefinitionen. Zudem weist dieser Stadienalgorithmus im Vergleich zu bisherigen Stadienalgorithmus ähnliche Charakteristika auf gemessen an Indikatoren, wie Falschklassifikationen, Sensivität und Spezifität (LIPPKE et al. 2009).

Mit ihren Ergebnissen bestätigt die Untersuchung darüber hinaus eine vorherige Studie von LIPPKE und SNIEHOTTA (2003) hinsichtlich der Nützlichkeit einer differenzierten Stadienbetrachtung im Bereich der Ernährungsverhaltensänderung: Durch eine Einteilung in fünf Stadien können stadienspezifische Unterschiede festgestellt werden, die bei einer Zusammenfassung zu den übergeordneten Phasen (motivational, volitional-inaktiv, volitional-aktiv) möglicherweise verdeckt bleiben würden. Eine Einteilung des Prozesses einer Ernährungsverhaltensänderung in sieben oder mehr Stadien (wie es z. B. in einer ernährungsbezogenen Untersuchung des MSM erfolgte) zeigte sich jedoch als extrem komplex – sowohl in der Erhebung als auch in der praktischen Nutzung

³¹ LIPPKE et al. beziehen sich dabei auf den im von FUCHS entwickelten Berliner Sportstadien-Modell verwendeten nach zeitlichen und psychologischen Kriterien aufgestellten und bewährten Stadienalgorithmus zur Analyse sportbezogener Kognitionen (FUCHS 2001: 270).

bei Interventionen. Hinzu kommt, dass die einzelnen Stadien teilweise nicht distinkt abgrenzbar sind.

Folgerichtig erscheint derzeit die Annahme sinnvoll, dass der Prozess einer Verhaltensänderung über drei übergeordnete Phasen (auch „Meta-Stadien“ genannt) sowie fünf feiner eingeteilte, psychologisch kategorisierte Stadien ablaufen kann:



Die dargestellte Annahme zur Stadienanzahl wird im empirischen Teil dieser Arbeit eine theoretische Grundlage bilden.

3.5 Kritische Anmerkungen zu gesundheitspsychologischen Modell- und Forschungsansätzen

Bislang liegen nur wenige Untersuchungen vor, die eine Gegenüberstellung oder gar einen empirischen Vergleich einzelner gesundheitspsychologischer Modelle zum Gegenstand haben (LIPPKE/SNIEHOTTA/LUSZCZYNSKA 2005: 44; LIPPKE 2004: 89-93; BENDEL 1993: 55). Vorliegende modellvergleichende Untersuchungen werden oft hinsichtlich ihrer methodischen Herangehensweise kritisiert (beim Vergleich linearer Modelle: ungenügende Betrachtung von Operationalisierungen und Auswertungskriterien; bei dynamischen Modellen: oft keine Testung der Stadien auf Diskontinuitätsmuster) (LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 54; BENDEL 1993: 56).

Unabhängig von den Konzepten einzelner Modellvorstellungen werden als generelle Kritikpunkte gesundheitspsychologischer Untersuchungen folgende Schwachstellen genannt:

- Mangel an gesundheitsorientierter Ausrichtung: Auch wenn in der aktuellen Forschung vermehrt salutogene Interventionsstrategien aufgegriffen werden (wie explizite Berücksichtigung von Ressourcen, Optimismus, sozialem Rückhalt), liegt der Schwerpunkt der gesundheitspsychologischen Untersuchungsperspektive auf der Reduzierung gesundheitlicher Risikofaktoren (SCHLICHT 2000: 51; BECKER et al. 1996: 56). Nach ANTONOVSKY (1993: 8) sollte stattdessen eher der Frage nachgegangen

werden, weshalb Menschen trotz vorhandener Risikofaktoren gesund bleiben bzw. welche Schutzfaktoren („Widerstandsressourcen“) ein Erkrankungsrisiko minimieren können.

- Annahmen werden für gesunde und gesundheitsbewusste Menschen getroffen: Die Erforschung des Gesundheitsverhaltens ist bisher fast ausschließlich auf gesunde Personen konzentriert (FALTERMAIER/BENGEL 2000: 135) und auf solche, die grundsätzlich bereit sind, sich aktiv um ihre Gesundheit zu bemühen. Hingegen mangelt es an Erkenntnissen über Personen, die selbst nicht aktiv sind und auch kein Interesse daran haben, an diesem Zustand etwas zu ändern (Stichwort: Stadium der Kontemplation) (SCHLICHT 2000: 49).
- Vernachlässigung subjektiver Gesundheitskonzepte und -vorstellungen: Subjektive Definitionen von Gesundheit und Krankheit (inkl. Ursachenzuschreibungen) beeinflussen sowohl die Verarbeitung gesundheitsrelevanter Informationen als auch die Umsetzung gesundheitsbezogener Handlungen (ZIEGELMANN 2002: 152). Um zu verstehen, weshalb Individuen mitunter nicht nur gemäß den Erwartungen und Vorgaben von Experten agieren, fordern FALTERMAIER und BENGEL daher eine verstärkte Berücksichtigung des persönlichen Stellenwerts von Gesundheit und Krankheit zum Verständnis von Gesundheitsverhalten (FALTERMAIER/BENGEL 2000: 134f).

Generell wird die überwiegend kognitive Ausrichtung gängiger Gesundheitsverhaltensmodelle bemängelt: Diese gehen erstens von einem rational, vernünftigen Menschen aus, der bestrebt ist, sich so gesund wie möglich zu verhalten und für den zweitens gesundheitsprotektives Verhalten eine frei wählbare Option sei (BLÄTTNER/KOHLBERG-MÜLLER/GREWE 2006: 126; SCHLICHT 2000: 52). In der Folge bleiben ökonomische und umweltbezogene Einflüsse sowie Lebensstile und habituelle Komponenten meist unberücksichtigt (BENGEL 1993: 57). Die individuelle Lebenslage von Menschen wird nicht als Bedingung der Möglichkeit begriffen, sich in der gewünschten Weise verhalten zu können. Derartige Kritik ist auch in früherer gesundheitspsychologischer Literatur existent (KRUSE 1986: 135). Allerdings ist sie bislang nicht in hinreichendem Maße berücksichtigt worden, sodass in der aktuellen Forschungspraxis noch immer die Betonung auf Kognitionen als verhaltensdeterminierende Faktoren liegt.

Anknüpfend an diese „blinden Flecken“ gesundheitspsychologischer Forschung fordert SCHLICHT (2000: 52) eine Erweiterung der psychologischen Sichtweise um die multidisziplinäre Perspektive der Public Health-Forschung. Durch die verstärkte Ausrichtung auf den individuellen Lebenskontext sollen der prak-

tische Nutzen gesundheitspsychologischer Forschungsarbeit und die Reichweite der zugrundeliegenden theoretischen Modelle erhöht werden. Hierbei vertritt er drei grundlegende Annahmen (SCHLICHT 2000: 54):

- Das Gesundheitsverhalten eines Individuums wird von dessen Umgebung (bspw. physikalisch, sozial, real oder wahrgenommen), personalen Attributen (bspw. psychische Disposition, Genetik, erworbene Verhaltensmuster) und von dessen Gesundheitsstatus beeinflusst.
- Der Gesundheitsstatus eines Individuums wird von dessen Umgebung, personalen Attributen und von dessen Verhalten beeinflusst.
- Die menschliche Umgebung und die personalen Attribute sind multidimensional und dynamisch organisiert.

Diese sozialwissenschaftlich-ökologische Perspektive³² bekräftigt, dass Gesundheitsverhalten als komplexes Geschehen unter Berücksichtigung gegebener Lebensbedingungen verstanden werden muss.

Die noch relativ junge Forschungsrichtung Public Health betrachtet deshalb neben dem gesundheitsbezogenen Verhalten vor allem die Verhältnisse, in denen Menschen agieren (MÜLLER 2009: 257; MÜLLER et al. 2006: 215f). Gesundheitshandeln wird als Alltagshandeln verstanden, das von individuellen Lebenserfahrungen, -bedingungen und Interaktionen im sozialen Kontext abhängig ist (BLÄTTNER 2007: 354ff). Dies impliziert wiederum zum einen, dass gesundheitsbezogene Interventionen an bestehende Rahmenbedingungen anknüpfen müssen sowie, dass für Änderungen im (Gesundheits-)Handeln auch u. U. Änderungen der Rahmenbedingungen vonnöten sind (JOHNSON et al. 2001: 530).

Eine gegenstandsbezogene Anwendung (Spezifizierung) von Public Health stellt Public Health Nutrition dar. Sie fokussiert sich auf ernährungsmitbedingte Gesundheitsprobleme und analysiert ihre Verteilung unter sozioökonomischen Gesichtspunkten. Zugleich entwickelt Public Health Nutrition Strategien zur Prävention und Bewältigung ernährungsmitbedingter Erkrankungen (BLÄTTNER 2007: 353). Da sich diese Teilwissenschaft an den Interventionsstrategien von Public Health orientiert, sind die im Folgenden beschriebenen Ansätze auch auf Public Health Nutrition übertragbar.

Public Health (Nutrition) versucht auf Interventionsebene die Lebensbedingungen und sozialen Interaktionen dahingehend zu verändern, dass die darin

³² Unter „ökologisch“ oder „Ökosystem“ versteht Public Health nicht die materielle Umwelt, sondern persönliche Interaktionen im unmittelbaren sozialen Umfeld (z. B. zwischen zwei Lebenspartnern) sowie die Gesamtheit der sozialen Beziehungen eines Menschen und die damit verbundenen Interaktionen (BLÄTTNER 2007: 355).

lebenden Menschen es leichter haben bzw. es wahrscheinlicher wird, gesund zu leben (essen) (BLÄTTNER 2007: 358).³³

Für den Bereich des Bewegungsverhaltens haben beispielsweise KANNING und SCHLICHT (2008) im Sinne des multidisziplinären Ansatzes ein Modell entwickelt, deren Schwerpunkt auf einer Kombination von physiologischen, psychologischen und soziologischen Faktoren als relevante Einflussgrößen auf Einstellung und Verfolgung persönlicher Ziele liegt. Sie schlussfolgern daraus, dass ein aktiver bzw. inaktiver Lebensstil durch persönliche Disposition und sozialstrukturelle Gegebenheiten (Zwängen) bedingt wird.

Im Anwendungsfeld der Adipositas hat MÜLLER (2009) ein Public Health-Modell zur Behandlung und Prävention von Übergewicht erstellt. Dieses berücksichtigt nicht nur die direkten Ursachen (Imbalance zwischen Energieaufnahme und -verbrauch), sondern auch die Ursachen der Ursachen (bspw. Lebensmittelangebot, Familie, Stress, Erziehung, Bildung, Arbeit) und die Ursachen der Ursachen (bspw. politische, kulturelle und ökonomische Rahmenbedingungen).

Das Modell zum Ernährungshandeln von BLÄTTNER et al. (2006) postuliert, dass die Alltagshandlung „Essen“ sowohl durch Gesundheitsvorstellungen und der Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Stichwort: Salutogenese) als auch durch Lebenserfahrungen, Lebensbedingungen und wechselseitigen Einflüssen der sozialen Umgebung determiniert ist (BLÄTTNER/KOHLBERG-MÜLLER/GREWE 2006).

An dieser Stelle sollen einzelne Public Health-Modellkonzepte nicht näher vorgestellt werden. Die Beispiele zeigen den integrativen Ansatz einer sozialwissenschaftlich-ökologischen Perspektive auf. Gleichzeitig muss kritisch angemerkt werden, dass einige Modellansätze Gesundheitshandeln auf Veränderung von Umweltbedingungen reduzieren. BARANOWSKI et al. (2003) kommen in ihrem Review zu dem Schluss, dass sozialwissenschaftlich-ökologische Modelle für die Prävention von Übergewicht nur bedingt geeignet sind, da sie gesundheitsbezogene Kognitionen gänzlich unberücksichtigt lassen. Daher sollten beide Ansätze – aus Gesundheitspsychologie und Public Health – miteinander verknüpft werden. Sie stellen keine Alternativen dar, sondern müssen sich ergänzen, um die Mechanismen gesundheitsbezogenen Verhaltens multidisziplinär beschreiben, erklären und in Interventionen umsetzen zu können.

³³ An dieser Stelle soll nicht näher auf die interventionelle Funktion von Public Health in der Aufbereitung von Informationen zur politischen Entscheidungsfindung eingegangen werden.

3.6 Fazit

Gesundheitspsychologische Modelle sollen Gesundheitsverhalten bestmöglich beschreiben, erklären und eine effektive und ressourcensparende Übersetzung in Maßnahmen zur Verhaltensänderung aufzeigen. Chronologisch betrachtet sind Theorien zum Gesundheitsverhalten immer komplexer geworden. Während anfangs die Suche nach den wesentlichen Variablen zur Vorhersage gesundheitsbezogenen Handelns im Mittelpunkt stand, wollen neuere Theorien die zugrundeliegenden Prozesse abbilden (BLÄTTNER 2007: 254). Hier ist die volitionale Phase von besonderem Forschungsinteresse, da sie beschreibt, wie eine Handlungsabsicht in tatsächliches Verhalten umgesetzt wird (Stichwort: Intentions-Verhaltens-Lücke). Damit bieten Modellbetrachtungen, die motivationale und volitionale Prozesse berücksichtigen, einen erheblichen Vorteil gegenüber den anfänglichen rein motivationalen Theorien.

Bei der Frage nach linearen oder dynamischen Modellvorstellungen sprechen die empirischen Befunde inzwischen dafür, dass Änderungen von Gesundheitsverhaltensweisen über Stadien verlaufen können. Kennzeichnend für Stadienmodelle ist, dass sich Personen eines Stadiums kaum unterscheiden; die Differenzen liegen vielmehr zwischen den einzelnen Stadien, weil hier qualitativ unterschiedliche psychologische Einflüsse vorherrschen. Aktuell wird eine Einteilung in fünf Stadien favorisiert, die drei übergeordneten Phasen/Meta-Stadien zugeordnet werden können. Diese fünf Stadien basieren auf den Erkenntnissen zum Transtheoretischen Modell. Der Hauptkritikpunkt an diesem Modell ist jedoch die scheinbar willkürliche Operationalisierung der Stadienzugehörigkeit aufgrund zeitlicher Kriterien. Neuere Untersuchungen sprechen sich daher dafür aus, Stadien einer Gesundheitsverhaltensänderung durch psychologische Kriterien zu erfassen.

Hinsichtlich einzelner Modellkonstrukte liegen mittlerweile zahlreiche Untersuchungen vor, die zeigen, dass Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartungen sowie Risikowahrnehmungen gute Prädiktoren für die Intentionsbildung sind. Bei der erfolgreichen Umsetzung von Handlungsabsichten in tatsächliches Gesundheitsverhalten spielen Planung und Selbstwirksamkeitserwartungen eine zentrale Rolle. Es gilt heute als allgemein anerkannt, dass sich Selbstwirksamkeitserwartungen als konsistenter Prädiktor sowohl für Kurz- als auch für Langzeiterfolge bezüglich verschiedener Gesundheitsverhalten erweisen (STOEBE/JONAS 2003: 593; BENDEL 1993: 32). Auch für die Bereiche „Ernährungsverhalten“ und „Gewichtskontrolle“ ist dieser Zusammenhang mehrfach empirisch bestätigt worden (z. B. ANDERSON et al. 2001; SCHNOLL/ZIMMERMAN 2001; DUYN VAN et al. 2001; RICHMAN et al. 2001; ANDERSON/WINETT/WOJCIK et al. 2000;

RENNER/KNOLL/SCHWARZER 2000; GÖLZ 1997; STOTLAND/ZUROFF 1991; SHANNON et al. 1990; WEINBERG et al. 1984).

Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns ist in den letzten Jahren immer stärker in den Mittelpunkt von Untersuchungen gerückt, weil es vielfältige Ansatzpunkte für weitere Forschung liefert. Auch für die im empirischen Teil dieser Arbeit vorgestellte Erhebung ist dieses Modell als theoretischer Bezugsrahmen gewählt worden, weil es den derzeitigen gesundheitspsychologischen Forschungsstand widerspiegelt:

- als integratives Modell berücksichtigt das HAPA alle als effektiv identifizierten Determinanten von Gesundheitsverhalten (Selbstwirksamkeits-, Handlungsergebniserwartung, Risikowahrnehmung, Handlungspläne),
- darüber hinaus wird es durch den expliziten Einbezug situativer Barrieren und Ressourcen (ansatzweise) der kritischen Forderung nach einer Berücksichtigung des Lebenskontextes gerecht,
- es hat sowohl motivationale als auch volitionale Anteile,
- es umfasst stadientheoretische Annahmen (Non-Intender, Intender, Aktive).

Die Überlegungen aus der multidisziplinären Public Health-Perspektive bestätigen den gewählten Forschungsansatz, den Prozess einer Ernährungsverhaltensmodifikation einerseits durch gesundheitspsychologische Überlegungen zu untermauern, andererseits zugleich den strukturellen und sozialen, individuellen Alltagskontext mit zu berücksichtigen.

4 Ernährungsverhalten im Alltag: Empirische Befunde

Nachdem in Kapitel II, 2 aus theoretischen Konzepten zum Handlungszusammenhang „Alltag“ die Handlungsfelder „Haushalt“, „Arbeitsplatz“ und „Freizeit“ abgeleitet worden sind, soll im Folgenden der aktuelle Stand der Wissenschaft zur praktischen Umsetzung des Essalltags³⁴ skizziert werden. Diese Darstellung zielt darauf ab, wesentliche Determinanten des familiären, beruflichen und freizeitbezogenen Alltags zu identifizieren, die einen Einfluss auf das individuelle Ernährungshandeln ausüben.

³⁴ In Anlehnung an das Verständnis vom häushälterischen Handeln nach VON SCHWEITZER (1991) umfasst der Essalltag die räumliche, personelle, zeitliche und soziale Mahlzeitengestaltung. Er beschreibt demnach z. B. die Organisation und Planung von Mahlzeiten, den Einkauf, ihre Vor-, Zu- und Nachbereitung und kann sich sowohl auf den privaten als auch auf den öffentlichen Raum beziehen (LEONHÄUSER et al. 2009: 39f). Der „Essalltag“ (oder synonym „Ernährungsalltag“) beschreibt im Rahmen dieser Arbeit insbesondere die Ausgestaltung des täglichen Ernährungshandelns unter Berücksichtigung struktureller und sozialer Alltagsanforderungen und -gegebenheiten.

4.1 Stand der Forschung

Theoriebasierte Studien zum Ernährungsverhalten können verschiedenen Disziplinen entstammen und damit auf unterschiedlichen Ansätzen basieren: Sie können sozialwissenschaftlich, ernährungswissenschaftlich oder ökotrophologisch ausgerichtet sein (LEONHÄUSER et al. 2009: 20). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass inzwischen die wesentlichen Determinanten des Ernährungsverhaltens in den verschiedenen Disziplinen erforscht sind (BARLÖSIUS 1999: 42; FEICHTINGER 1998: 22; DIEHL 1986: 5; BODENSTEDT/OLTERSDORF 1983: 5; NEULOH/TEUTEBERG 1979). Unkenntnis besteht jedoch darüber, wie die unterschiedlichen Faktoren gewichtet sind und in welcher Wechselwirkung sie zueinander stehen (LEONHÄUSER 1995; ABT 1993).

Mit Hilfe der qualitativen Modellierungstechnik „Nutrition-ecological Modelling“ haben MÜNKEL, METZ und HUMMEL (2010) versucht, die Vielzahl der Einflussfaktoren aus Gesundheit, Umwelt, Wirtschaft und Gesellschaft in ihrer Vernetzung zu erfassen und in einem Hyperlinkmodell darzustellen. Die Art des Zusammenhangs konnte für einige Determinanten als Kausalität, für viele jedoch als rein statistische Korrelation identifiziert werden – das genaue Wechselspiel zwischen den einzelnen Einflussfaktoren bleibt ungeklärt. Dennoch ist das Modell hilfreich, die Komplexität des Ernährungshandelns mit den zahlreichen untereinander vernetzten Einflussfaktoren und damit seine Mehrdimensionalität aufzuzeigen. Zugleich bestätigen die Autoren, dass Ernährungsforschung einer interdisziplinären Herangehensweise bedarf (2010).³⁵

Tatsache ist jedoch, dass in Deutschland zur Zeit eine naturwissenschaftlich ausgerichtete Ernährungsforschung dominiert (LEONHÄUSER 1995: 18) – und weniger eine Zusammenhänge erklärende alltagsnahe Forschung, die das Ernährungsverhalten in seinem Entstehungskontext untersucht. So sind heutzutage z. B. die physiologische Wirkung von Nährstoffen oder der Nährstoffbedarf verschiedener Bevölkerungsgruppen bekannt (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG et al. 2008; BAYER/KUTSCH/OHLY 1999). Wenig erforscht hingegen ist der Essalltag in seiner praktischen Ausgestaltung.

³⁵ An dieser Stelle soll nicht näher auf die vielfältigen Determinanten des Ernährungsverhaltens eingegangen werden. Der Fokus der folgenden Erläuterungen liegt vielmehr in der Betrachtung alltagsrelevanter Einflussgrößen. Eine multifaktorielle Darstellung würde über den Rahmen der vorliegenden Arbeit hinausgehen. Es sei auf weiterführende Literatur verwiesen, z. B. DIEDRICHSSEN 1995; LEONHÄUSER 1995; ABT 1993; GRUNERT 1993; TEUTEBERG/WIEGELMANN 1986; BODENSTEDT 1983.

Quantitative Studien, wie Agrar- und Verbrauchsstatistiken des Statistischen Bundesamts sowie direkte Verzehrerhebungen nationaler Institutionen (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Robert Koch-Institut, Max Rubner-Institut), beschreiben für die deutsche Bevölkerung die Ernährungssituation. Es fehlen jedoch quantitative Studien in Deutschland, die den Essalltag im Handlungsfeld von Familie, Beruf und Freizeit zusammenhängend beleuchten. Einzelne Aspekte daraus sind (sekundärer) Forschungsgegenstand repräsentativer Ernährungsstudien, wie die Betriebsverpflegung in Deutschland (PFAU 2008), sozioökonomische Parameter (z. B. Haushaltsgröße, Einkommen, Familienstand), Kochkompetenz, Einkaufsverhalten sowie Gemeinschaftsverpflegung in Kantine und Mensa (MAX RUBNER-INSTITUT 2008a) oder das Rollenverständnis bei der Versorgungsarbeit (STIEß/HAYN 2005).

Ebenso mangelt es in Deutschland an qualitativen Studien, die sich umfassend mit der Ernährungsversorgung im Alltag beschäftigen. Einige Studien untersuchen einzelne Aspekte des Essalltags, wie die Mahlzeitengestaltung (z. B. LEONHÄUSER et al. 2009, BROMBACH 2005, BROMBACH 2000) oder nachhaltige Ernährung in Familienhaushalten (z. B. HÄUßLER 2007, SCHACK 2005), Versorgungssituation am Arbeitsplatz (z. B. RÖHMHOLD 2005) oder den (freizeitbezogenen) Außer-Haus-Verzehr (Teilaspekt in z. B. SCHACK 2005).

Ein Blick ins Ausland zeigt auch hier kein grundlegend anderes Bild: Während es vereinzelt qualitative Studien gibt, die sich ausgewählten Determinanten des Essalltags widmen (z. B. BISOGNI et al. 2007, DEVINE et al. 2003, BROWN/MILLER 2002), sind der Autorin – wie in den Kapiteln II, 4.2 bis II, 4.4 dargestellt – keine eingehenden Darstellungen zum Ernährungsverhalten unter Berücksichtigung familiärer, beruflicher und freizeitbezogener Alltagsbedingungen bekannt.

In ihrem systematischen Review kommen BRUG und VAN LENTHE (2005) zu dem Schluss, dass es zwar in jüngster Vergangenheit vermehrt Studien gibt, in denen das Ernährungsverhalten im Zusammenhang mit seinen Umgebungsfaktoren untersucht wird, diese jedoch häufig methodische Schwachstellen aufweisen. Soziale Unterstützung, der Zugang zu gesunden bzw. ungesunden Lebensmitteln sowie sozioökonomische Parameter scheinen insbesondere den Ernährungsalltag zu determinieren. Für detaillierte Aussagen über mögliche Wirkzusammenhänge sollte das Forschungsinteresse künftiger Studien fokussierter auf einzelne Umweltfaktoren gerichtet sein.

Im Folgenden sollen publizierte Forschungsergebnisse von qualitativen und quantitativen Ernährungsstudien im nationalen und internationalen Kontext vor-

gestellt werden. Sie zeigen einzelne Aspekte der vom Alltagskontext ausgehenden Einflüsse auf das ernährungsbezogene Handeln auf. Die Autorin weist ausdrücklich darauf hin, hierbei nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen. Die Auswahl der Studien ist – neben der Literaturrecherche in ernährungs- und gesundheitsbezogener Fachliteratur (Monografien, Journals) – mit Hilfe der Datenbanken „Medline“³⁶ sowie „ISI Web of Knowledge“³⁷ erfolgt, um eine möglichst weitreichende Interdisziplinarität der Trefferquote zu erhalten.³⁸

4.2 Ernährungsverhalten im familiären Umfeld

Ernährungsverhalten ist untrennbar mit dem Haushalt verbunden, in dem es stattfindet. Tabelle 3 gibt einen Überblick über Studien³⁹ aus jüngerer Vergangenheit, in denen Aspekte des Lebensbereichs „Haushalt/Familie“ im Zusammenhang mit dem Ernährungshandeln Forschungsgegenstand gewesen sind. Es handelt sich hierbei größtenteils um qualitativ angelegte Untersuchungen; die Häufigkeit nationaler und internationaler Studien hält sich ungefähr die Waage.

Die tabellarische Darstellung soll primär aufzeigen, auf welchen Untersuchungsvariablen des familiären Umfelds der Fokus derzeitiger quantitativer und qualitativer Forschungsarbeiten liegt. Folgende Variablen sind in bisherigen Studien zum ernährungsbezogenen Handeln im Haushaltskontext vielfach analysiert worden und scheinen daher von besonderem Interesse zu sein:

- Mahlzeitengestaltung,
- Arbeitsteilung und Zeitverwendung für Haus- und Ernährungsarbeit⁴⁰,
- Ernährungspräferenzen.

Bei der untenstehenden Vorstellung ausgewählter Erkenntnisse zu diesen häufig untersuchten Variablen liegt der Schwerpunkt auf Studienaussagen, die sich auf die deutsche Bevölkerung beziehen.

³⁶ Medline zählt zu einer der bedeutendsten Datenbanken im Bereich der Medizin und ihrer angrenzenden Wissenschaften, wie Zahnmedizin, öffentliches Gesundheitswesen, Psychologie, Biologie und Genetik. In der Datenbank werden mehr als 5.200 Zeitschriften rückwirkend bis 1949 ausgewertet (KAISER/HOFMANN 2010: 2).

³⁷ ISI Web of Knowledge ist eine multidisziplinär ausgerichtete Datenbank und umfasst neben der Medizin auch Natur-, Geistes-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. Insgesamt werden rund 8.500 Zeitschriften rückwirkend bis 1945 ausgewertet (STOCK/STOCK 2003: 31f).

³⁸ Hierbei sind folgende Schlagwörter berücksichtigt worden: everyday eating, eating AND daily routine, eating AND setting, eating AND influence, eating AND environmental factors, eating AND family, eating AND household, eating AND profession, eating AND worksite, eating AND leisure time, eating AND friends, healthy eating AND barriers, Public Health Nutrition.

³⁹ zur Auswahl der Studien siehe vorangestelltes Kapitel

⁴⁰ hierzu zählen folgende Tätigkeiten: Beköstigung, Wäschepflege, Haus- und Wohnungsreinigung, handwerkliche Arbeiten in Haus und Garten, Einkäufe, Haushaltsplanung (MEIER 2004: 86)

Tabelle 3: Übersicht ausgewählter Forschungsarbeiten und deren Untersuchungsvariablen zum Thema „Ernährungshandeln in Haushalt und Familie“⁴¹; alphabetische Sortierung, Berücksichtigung von Publikationen ab dem Jahr 2000; Studienliste siehe Anhang 11 (Quelle: Eigene Darstellung)

Autor/ Hrsg. (Jahr)	Studienart, Erhebungsmethode, Fallzahl	In der Untersuchung berücksichtigte Variablen mit Bezug zum Lebensbereich „Haushalt/Familie“
BISOONI et al. (2007)	qualitative Erhebung, 24h-Recalls, n = 42 Personen	Art und Zeitumfang von Mahlzeiten im familiären Haushalt, Zeit für Mahlzeitenzubereitung, Kriterien bei der Mahlzeite Auswahl, anwesende Personen, Beschäftigungen neben der Mahlzeit
BOURCIER et al. (2003)	quantitative Erhebung, standardisierter Fragebogen, n = 282 haushaltsführende Personen	Motivationsstrategien in der Familie zur Umsetzung einer gesunden Ernährung (z. B. Häufigkeit der familiären Anerkennung für gesunde Ernährung, Festlegung von Ernährungszielen), Ernährungspräferenzen in der Familie, Verantwortlichkeit für gesunde Ernährung, Inanspruchnahme externer Haushaltshilfen
BOUTELLE et al. (2003)	quantitative Erhebung, standardisierte Telefoninterviews, n = 277 Personen	Art und Zeitumfang von Mahlzeiten im familiären Haushalt, Ort der Mahlzeiteinnahme, anwesende Personen, Beschäftigungen neben der Mahlzeiteinnahme, Ernährungspräferenzen in der Familie
BOVE/ SOBAL/ RAUSCHEN BACH (2003)	Längsschnitterhebung (zur Hochzeit und 1 Jahr danach), qualitative Interviews, n = 20 Paare	Rollenverständnis, Arbeitsteilung und Zeitumfang für Ernährungsarbeit (Einkaufen, Mahlzeiteinvor-/zubereitung), Mahlzeitengestaltung im familiären Haushalt, Beschäftigungen neben der Mahlzeiteinnahme, Ernährungspräferenzen
BROM- BACH (2000)	qualitative Interviews, n = 60 Frauen, z. T. zusätzliche quantitative Ernährungsprotokolle	Mahlzeitengestaltung im familiären Haushalt, Ernährungspräferenzen in der Familie, Zeitverwendung für Essenszubereitung, Aufgabenteilung Ernährungsarbeit, Ernährungsweise vor/nach Eheschließung
BROM- BACH (2003)	qualitative Interviews, n = 40 Familienhaushalte; z. T. generationsübergreifende Längsschnitterhebung (n = 6 Familien)	Mahlzeitengestaltung im familiären Haushalt, Zeitverwendung für Essenszubereitung, Rollenverständnis und Aufgabenteilung Haus- und Ernährungsarbeit, Erwerb von Kochkenntnissen
BROWN/ MILLER (2002)	qualitative Interviews, n = 20 Paare mit Kindern	Rollenverständnis und Arbeitsteilung der Vor- und Zubereitung von Mahlzeiten im familiären Haushalt, Ernährungspräferenzen in der Familie
DEVINE et al. (2003)	qualitative Interviews, n = 51 Personen	Rollenverständnis und Verteilung Ernährungsarbeit, Inanspruchnahme externer Haushaltshilfen, Mahlzeitengestaltung

⁴¹ Das Lebensalter der im Haushalt lebenden Personen sowie die Zusammensetzung des Haushalts werden nicht separat als Untersuchungsvariablen angeführt, da diese in aktuelleren Untersuchungen standardmäßig Forschungsgegenstand sind (Kapitel II, 4.5).

Autor/ Hrsg. (Jahr)	Studienart, Erhebungsmethode, Fallzahl	In der Untersuchung berücksichtigte Variablen mit Bezug zum Lebensbereich „Haushalt/Familie“
GILLESPIE/ JOHNSON- ASKEW (2009)	Längsschnitterhebung über 15 Jahre, qualitative Interviews und Beobachtungen, n = 150 Paare/Alleinerziehende mit Kindern	Ernährungspräferenzen und -gewohnheiten in der Familie, Verantwortung Ernährungsarbeit, Mahlzeitengestaltung, Ernährungswissen, -fähigkeiten und -ziele der Familienmitglieder, Akzeptanz Ernährungsweise in der Familie
HÄUßLER (2007)	qualitative Interviews, n = 9 Paare mit Kindern	Ernährungspräferenzen und -gewohnheiten in der Familie, Rollenverständnis und Arbeitsteilung Ernährungsarbeit (Einkaufen, Auswahlkriterien, Mahlzeiten vor-/zubereitung, Vorrathaltung), Mahlzeitengestaltung, Zeitverwendung für Haus- und Ernährungsarbeit
KAPUR et al. (2008)	quantitative Erhebung, standardisierte Interviews, n = 350 Personen mit Typ-2-Diabetes	Soziale Unterstützung in der Familie, Kochfertigkeiten
LEON- HÄUSER et al. (2009)	qualitative Interviews, n = 48 Mütter	Ernährungspräferenzen und -gewohnheiten in der Familie, Verteilung und Verantwortung Ernährungsarbeit (Einkaufen, Auswahlkriterien, Mahlzeiten vor-, -zu-, -nachbereitung), Fertigkeiten, Tischsitten, Art der Mahlzeit, Beschäftigung neben der Mahlzeit, Zeitdauer der Mahlzeit, anwesende Personen, Zeitverwendung für Haus- und Ernährungsarbeit, Inanspruchnahme externer Haushaltshilfen
MAR- SHALL/ ANDERSON (2002)	Längsschnitterhebung (3 Monate vor/nach Zusammenzug), qualitative Interviews, n = 22 Paare; z. T. zusätzliche quantitative Ernährungsprotokolle	Rollenverständnis und Arbeitsteilung Ernährungsarbeit, Mahlzeitengestaltung, Lebensmittelpräferenzen, Beschäftigungen neben der Mahlzeit, Kochfertigkeiten
MAX RUBNER- INSTITUT (2008a)	quantitative Erhebung, Interviews, Fragebögen, 24h Recalls, z. T. Wiegeprotokolle, n = 19.329	Mahlzeitengestaltung, besondere Ernährungsweisen, Zeitverwendung und Aufteilung Ernährungsarbeit (Einkaufen, Auswahlkriterien, Mahlzeiten vor-, -zu-, -nachbereitung), Kochfertigkeiten
MEIER (2004)	quantitative Zeitbudgeterhebung; Fragebogen, Zeittagebuch; n = 5.400 Privathaushalte	Zeitverwendung für Mahlzeiteinnahme sowie für Ernährungs- und Hausarbeit, Mahlzeitengestaltung, Verteilung Ernährungsarbeit (Einkaufen, Mahlzeiten vor-, -zu-, -nachbereitung), Beschäftigungen neben der Mahlzeit
PLATT- FORM ER- NÄHRUNG UND BE- WEGUNG (2009)	quantitative Erhebung, standardisierte Interviews, n = 301 Personen mit Kindern	Ernährungspräferenzen in der Familie, anwesende Personen bei Mahlzeiten, familiäre Stressbelastung, Zeitverwendung Kinderbetreuung, Akzeptanz Ernährungsweise in der Familie

Autor/ Hrsg. (Jahr)	Studienart, Erhebungsmethode, Fallzahl	In der Untersuchung berücksichtigte Variablen mit Bezug zum Lebensbereich „Haushalt/Familie“
SCHACK (2005)	qualitative Interviews, Mahlzeitenprotokolle, n = 16 Paare mit Kindern	Wohnsituation (Größe, Lage), Zeitverwendung und Aufteilung Ernährungsarbeit (Einkaufen, Auswahlkriterien, Mahlzeitenvor-/zubereitung), Zeitverwendung Mahlzeiteneinnahme, Art der Mahlzeit, anwesende Personen
STIEß/ HAYN (2005)	quantitative Erhebung; Interview, Fragebogen, 24h-Recall, n = 2.039 Personen	Ernährungsarbeit (Einkaufen, Auswahlkriterien, Mahlzeitenvor-/zubereitung, Vorratshaltung), Art der Mahlzeit, Beschäftigung neben der Mahlzeit, Zeitdauer der Mahlzeit, anwesende Personen, Ernährungspräferenzen in der Familie, Inanspruchnahme externer Haushaltshilfen
VERE- ECKEN/ KEUKE- LIER/ MAES (2004)	quantitative Erhebung; standardisierter Fragebogen, n = 316 Mütter	Ernährungspräferenzen und -gewohnheiten in der Familie, Strategien zur Umsetzung einer gesunden Ernährung

Mahlzeitengestaltung

In Familienhaushalten wird der Großteil der Mahlzeiten zu Hause eingenommen (BROMBACH 2003, 2005; LEONHÄUSER et al. 2009: 128; PLATTFORM ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG 2009: 8). Sie bieten Kommunikationsanlass: Die Familienmitglieder treffen sich und tauschen Erlebnisse und Erfahrungen des Alltags aus. Ferner ermöglichen Mahlzeiten die Vermittlung von Wissen, Vorstellungen und Ästhetik (u. a. Tischsitten) im Umgang mit Essen und Trinken (BROMBACH 2000: 17f). Entgegen vielfach kulturkritisch geäußelter Bedenken, Essen und Trinken vollziehe sich immer seltener im Rahmen regelmäßiger Mahlzeiten (SCHLEGEL-MATTHIES 2002), muss gegenteilig festgehalten werden, dass das traditionelle Mahlzeitenmuster mit den drei Hauptmahlzeiten Frühstück, Mittag- und Abendessen nach wie vor Bestand hat – insbesondere an den Werktagen (LEONHÄUSER et al. 2009: 129; MEIER 2004: 81f). Am Wochenende verschieben sich teilweise die Mahlzeiten (das warme Mittagessen findet am Abend statt) oder eine Mahlzeit entfällt zugunsten von Freizeitaktivitäten (LEONHÄUSER et al. 2009: 129). HÄUßLER (2007: 206) sowie STIEß und HAYN (2005: 37) haben festgestellt, dass die Anzahl der gemeinsam verzehrten Mahlzeiten zu Hause am Wochenende höher ist als an den Wochentagen.

Die eigentliche Mahlzeiteneinnahme erfolgt häufig parallel zu anderen Aktivitäten. Das Mittagessen ist die Mahlzeit, der am meisten ungeteilte Aufmerksamkeit geschenkt wird. Abends werden während des Essens häufiger nebenbei Tätigkeiten (wie Lesen, Fernsehen, Telefonieren) ausgeübt. Jedoch ist die

Ablenkung hier geringer als während des Frühstücks, das größtenteils allein verzehrt wird (STIEß/HAYN 2005: 51, 53).

Haus- und Ernährungsarbeit

Mit Blick auf die Rollenverteilung hauswirtschaftlicher Arbeiten⁴² wird in den oben angeführten Studienergebnissen übereinstimmend deutlich, dass Frauen nach wie vor eine zentrale Bedeutung in der Haus- und Ernährungsarbeit privater Haushalte einnehmen – unabhängig von deren Erwerbstätigkeit. Sie sind stärker für die Haushaltsplanung verantwortlich und investieren täglich mehr Zeit als Männer für häusliche Erledigungen (LEONHÄUSER et al. 2009: 88; MEIER 2004: 86f). Eine partnerschaftliche Aufgabenteilung findet nur in seltenen Fällen statt (HÄUßLER 2007: 180; BROMBACH 2000: 5). Je größer der zeitliche Umfang der Berufstätigkeit von Frauen, desto höher ist der Beteiligungsgrad des Partners oder des Kindes an der Ernährungsversorgung (LEONHÄUSER et al. 2009: 88). Teilweise werden Großmütter oder außerfamiliäre Haushaltshilfen zur Unterstützung herangezogen – insbesondere, wenn Frauen erwerbstätig sind (PLATTFORM ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG 2009: 12; BROMBACH 2003).

Nahrungspräferenzen

Generell bilden sich ernährungsbezogene Präferenzen und Gewohnheiten durch den Verzehr sowie die Erfahrung mit bestimmten Lebensmitteln und Geschmacksrichtungen aus (DIEHL 1993: 75). Familiäre Ernährungspräferenzen werden zunächst durch den Partner und dessen unterschiedliche ernährungsbiografische Vergangenheiten geprägt. Insbesondere in der Anfangsphase einer gemeinsamen Haushaltsführung müssen die Ernährungsstile beider Partner aufeinander abgestimmt werden (BROWN/MILLER 2002: 221). Hierbei ist zu beobachten, dass sich mit der Zeit die Ernährungsweisen der Partner oft aneinander angleichen. Bestehen Differenzen, so passt sich entweder die eine oder die andere Seite an oder aber es kann sich auf eine Kompromisslösung geeinigt werden (BOVE/SOBAL/RAUSCHENBACH 2003: 26-29). So entstandene Ernährungspräferenzen von Paaren stellen die Grundlage für spätere familiäre Ernährungsstile und schließlich auch das Ernährungsverhalten der Kinder dar. Es ist bekannt, dass in der Kindheit erworbene Ernährungs- und Geschmacksgegewohnheiten das gesamte Leben hindurch prägen (GEDRICH 2003: 233; BROMBACH 2000: 202). Auf der anderen Seite kann sich die Geburt eines Kindes zugleich auf das familiäre Ernährungsverhalten auswirken (STIEß/HAYN 2005:

⁴² In Anlehnung an die Zeitbudgeterhebung umfassen hauswirtschaftliche Tätigkeiten im Wesentlichen folgende Arbeiten: Beköstigung, Wäschepflege, Haus- und Wohnungsreinigung, Haustiernpflege, Einkäufe im hauswirtschaftlichen Bereich, Haushaltsplanung und -organisation, Wegezeiten in Verbindung mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (MEIER 2004: 86).

87). Gesundheitliche Aspekte von Nahrungsmitteln, kulturelle Werte und Normen der Ernährungserziehung sowie emotionale Funktionen des Essens gewinnen zunehmend an Bedeutung (BAYER/KUTSCH/OHLY 1999). Die damit einhergehenden Veränderungen des individuellen Ernährungsverhaltens sind bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Auch wenn Frauen die Verantwortung für die familiäre Ernährungsweise haben, so ordnen sie ihre eigenen Speisenvorlieben denen anderer Familienmitglieder unter (SETZWEIN 2004: 213). Ernährungspräferenzen in der Familie werden insbesondere durch die Wünsche des Partners (BOVE/SOBAL/RAUSCHENBACH 2003: 38; BROMBACH 2003; BROWN/MILLER 2002: 215) oder des Kindes (HÄUßLER 2007: 189) bestimmt.

4.3 Ernährungsverhalten im beruflichen Umfeld

Flexiblere Arbeitszeiten sowie die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen gehen mit einem erhöhten Organisationsaufwand des Alltags im Allgemeinen – und des Ernährungshandelns im Speziellen – einher (MÖSER et al. 2008). Bisher wird jedoch diesen gesellschaftlichen Entwicklungen in der Ernährungswissenschaft nur wenig Rechnung getragen. Häufig reduzieren sich Ernährungsstudien, die das berufliche Umfeld mit berücksichtigen, auf Aspekte zu Art und Umfang der Tätigkeit sowie zur Arbeitszeitregelung. In nur wenigen Untersuchungen findet zusätzlich eine differenzierte Betrachtung der Mahlzeiten-gestaltung (Art, Ort, Zufriedenheit, Häufigkeit, anwesende Personen) statt. Einen Überblick über aktuelle ernährungsbezogene Studien⁴³, die den Beruf zum (sekundären) Untersuchungsgegenstand gemacht haben, gibt Tabelle 4. Wie im vorherigen Kapitel für den Alltagsbereich „Haushalt/Familie“ aufgezeigt, überwiegen auch hier qualitativ angelegte Studien.

Einen Großteil der täglich zur Verfügung stehenden Zeit verbringen Erwerbstätige am Arbeitsplatz. Auch hier versuchen sie, das typische Mahlzeitenmuster mit Frühstück, Mittag- und Abendessen beizubehalten. Laut RÖMHOLD verzehren mehr als drei Viertel der Arbeitnehmer eine oder zwei Mahlzeiten am Arbeitsplatz, wobei es sich um das Frühstück und/oder die Mittagsmahlzeit handelt (RÖMHOLD 2005: 43). Dieser außerfamiliär praktizierten Ernährungsversorgung bedarf es daher besonderer Berücksichtigung.

⁴³ zur Auswahl der Studien siehe Kapitel II, 4.1

Tabelle 4: Übersicht ausgewählter Forschungsarbeiten und deren Untersuchungsvariablen zum Thema „Ernährungshandeln am Arbeitsplatz“; alphabetische Sortierung, Berücksichtigung von Publikationen ab dem Jahr 2000; Studienliste siehe Anhang 12 (Quelle: Eigene Darstellung)

Autor/ Hrsg. (Jahr)	Studienart, Erhebungsmethode, Fallzahl	In der Untersuchung berücksichtigte Variablen mit Bezug zum Lebensbereich „Arbeitsplatz/Kollegen“
BISOONI et al. (2007)	qualitative Erhebung, 24h-Recalls, n = 42 Personen	Art und Zeitumfang der Mahlzeit, anwesende Personen, Beschäftigung neben der Mahlzeit
DEVINE et al. (2003)	qualitative Interviews, n = 51 Personen	Art der Erwerbsbeteiligung, Grad der Selbstbestimmung im Arbeitsablauf, berufliche Qualifizierung/Position, Arbeitszeitreglung, berufliche Belastung, Art der Mahlzeiten, Ort der Mahlzeiteneinnahme, Ernährung Kollegen
HÄUßLER (2007)	qualitative Interviews, n = 9 Paare mit Kindern	Art der Erwerbsbeteiligung, Wegzeit zum Arbeitsplatz
KAPUR et al. (2008)	quantitative Erhebung, standardisierte Interviews, n = 350 Personen mit Typ-2-Diabetes	Art der Erwerbsbeteiligung, Wochenarbeitsstunden, berufliche Belastung
KJOLLES-DAL (2010)	quantitative Erhebung, Fragebogen, n = 9.762 Personen	Art der Erwerbsbeteiligung, Grad der Selbstbestimmung im Arbeitsablauf, berufliche Qualifizierung/Position
LEON-HÄUSER et al. (2009)	qualitative Interviews, n = 48 Mütter	Art und Umfang der Erwerbsbeteiligung von Müttern, Art der Mahlzeiten, Ort der Mahlzeiteneinnahme, anwesende Personen
MAX RUBNER- INSTITUT (2008a)	quantitative Erhebung, Interviews, Fragebögen, 24h Recalls, z. T. Wiegeprotokolle, n = 19.329	Versorgungsmöglichkeiten in Arbeitsplatznähe, Gründe für Nutzung der Betriebsverpflegung
MEIER (2004)	quantitative Zeitbudgeterhebung; Fragebogen, Zeittagebuch; n = 5.400 Privathaushalte	Zeitverwendung Mahlzeiteneinnahme in Betriebskantine/Mensa, Mahlzeitengestaltung, Art und Umfang der Erwerbsbeteiligung
OLTERS-DORF (2006)	Interventionsstudie (Ernährungs-, Aktivitätsverhalten, -wissen); standardisierte Interviews, Fragebogen, n = 1.583 Personen	Betriebsstrukturen, räumliche und küchentechnische Ausstattung, Versorgungsmöglichkeiten in Arbeitsplatznähe, Angebot Gemeinschaftsverpflegung
PFAU (2008)	quantitative Erhebung, standardisierte Interviews, n = 1.095 Betriebe mit Mitarbeiterverpflegung; qualitative Teilerhebung	Angebot Gemeinschaftsverpflegung, Qualität der Speisenherstellung, Angabe von Nährstoffgehalten, Preise, Qualitätsmanagement

Autor/ Hrsg. (Jahr)	Studienart, Erhebungsmethode, Fallzahl	In der Untersuchung berücksichtigte Variablen mit Bezug zum Lebensbereich „Arbeitsplatz/Kollegen“
PLATT- FORM ER- NÄHRUNG UND BE- WEGUNG (2009)	quantitative Erhebung, standardisierte Interviews, n = 301 Personen mit Kindern	Art der Erwerbsbeteiligung
RÖMHOLD (2005)	quantitative Erhebung, Fragebogen, n = 367 Personen	Art der Erwerbsbeteiligung, Arbeitsablauf, Arbeitszeit- und Pausenregelung, Dauer der Pausen, Anzahl eingenommener Mahlzeiten am Arbeitsplatz, Art der Mahlzeit, Ort und Zeitumfang Mahlzeiteneinnahme
SCHACK (2005)	qualitative Interviews, Mahlzeitenprotokolle, n = 16 Paare mit Kindern	Art und Umfang der Erwerbsbeteiligung, Wegzeit zum Arbeitsplatz
STIEß/ HAYN (2005)	quantitative Erhebung; Interview, Fragebogen, 24h-Recall, n = 2.039 Personen	Art und Umfang der Erwerbsbeteiligung, Arbeitszeit- und Pausenregelung, Art der Mahlzeit, Beschäftigung neben der Mahlzeit, Zeitumfang Mahlzeiteneinnahme, anwesende Personen

Verpflegungsangebote und deren Nutzung

Die drei häufigsten Formen der Verpflegung während der Arbeitszeit sind eine Versorgung durch die Gemeinschaftsverpflegung (Kantine, Mensa, Cafeteria), der Verzehr selbst mitgebrachten Essens sowie – insbesondere bei Teilzeitbeschäftigung – die Mahlzeiteneinnahme zu Hause. Die Nutzung anderer Verpflegungsangebote in Arbeitsplatznähe (z. B. Schnellrestaurant, Imbiss, Bäcker, Metzger) oder selbst gekochtes Essen in der betriebseigenen Küche stellen weniger häufig gewählte Alternativen dar (OLTERSDORF 2006: 209; RÖMHOLD 2005: 46). Ein Grund hierfür kann in der Tatsache gesehen werden, dass sich in den Arbeitsstätten zwar häufig ein Pausenraum und/oder eine Teeküche befindet; die küchentechnische Ausstattung ist jedoch zu spärlich und lässt das Zubereiten von Mahlzeiten oft nicht zu (TAUNUS BKK 2004: 69).

Jeder vierte (STIEß/HAYN 2005: 71; RÖMHOLD 2005: 45) bis fünfte (MAX RUBNER-INSTITUT 2008a: 112) Erwerbstätige nutzt ein- oder mehrmals wöchentlich die Kantine oder Mensa. Seit dem Jahr 2000 gibt es kaum gesicherte Daten, die einen Überblick über die Verpflegungssituation in Betrieben liefern. Eine vom Max Rubner-Institut durchgeführte Studie kann zwar repräsentative Daten hierzu liefern, jedoch sind in die Untersuchung nur Betriebe eingegangen, die über eigene Verpflegungsangebote für Mitarbeiter (Kantine) verfügen. Betriebe, die keine warmen Speisen anbieten und nur z. B. einen Kiosk oder eine Cafeteria haben, blieben unberücksichtigt. Ebenfalls waren Betriebe mit weni-

ger als 100 Mitarbeitern nicht Gegenstand der Betrachtung (PFAU 2008: 121f). Drei Viertel der befragten Betriebe kochen die angebotenen Gerichte (zumindest teilweise) selbst. Extern produzierte Mahlzeiten werden vor allem von Betrieben ausgegeben, die nur geringe Essensteilnehmer (< 100 Teilnehmer) aufweisen. Häufig gibt es neben dem Angebot an warmen Speisen noch weitere Angebote, z. B. über Automaten oder einen Verkaufskiosk (PFAU 2008: 126f).

Zufriedenheit mit Verpflegungsangebot

Die Mittagsmahlzeit stellt für viele Teilnehmer der Betriebsverpflegung die eigentliche Hauptmahlzeit am Tag dar (BERG/BAUER/KEUL 1995: 31). Deshalb wäre es wünschenswert, wenn die Zusammensetzung der Mahlzeiten ausgewogen und den aktuellen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) entspräche. In der Realität zeigen sich jedoch Differenzen, was vor allem das Angebot an fleischhaltigen Gerichten betrifft, da diese hinsichtlich Kalorien- und Fettgehalt deutlich die DGE-Empfehlungen übersteigen. Zu selten werden vegetarische, ballaststoffreiche Gerichte angeboten; häufig dominieren fetthaltige Beilagen, wie Pommes Frites, Bratkartoffeln oder Kroketten. Eine Betrachtung aus umgekehrter Perspektive zeigt, dass sich Teilnehmer der Betriebsverpflegung am häufigsten „vollwertige, fettarme und abwechslungsreiche Speisen“ wünschen. Erwerbstätige, die ihr Essen von zu Hause mitbringen, haben ein ausgewogeneres Ernährungsverhalten als Mitarbeiter, die an der Gemeinschaftsverpflegung teilnehmen oder ein anderes außerhäusliches Verpflegungsangebot in Anspruch nehmen. Zudem sind sie hinsichtlich des gesundheitlichen Wertes der Mahlzeiten zufriedener als Kantinengänger (OLTERSDORF 2006: 209f). In diesem Zusammenhang ist noch ein Aspekt interessant: Sind Personen gerade dabei, ihre bisherige Ernährung umzustellen, fällt es ihnen oft schwer, Nahrungsbestandteile fertiger Außer-Haus-Mahlzeiten zu bestimmen. Die Aufrechterhaltung einer gesunden Ernährungsweise kann problematisch sein, wenn täglich an einer weniger ausgewogenen Kantinenkost teilgenommen wird. Es zeigte sich, dass Personen es leichter schaffen, eine gesunde Ernährung beizubehalten, wenn sie ihr Essen selbst zubereiten und die Nahrungsbestandteile so besser kontrollieren können (PIETROWSKY 2006: 192).

Nehmen Personen an einer Betriebsverpflegung teil, begründen sie dies laut einer Untersuchung des MAX RUBNER-INSTITUTS (2008a) mit folgenden Aspekten (Rangfolge):

1. gemeinsames Essen mit Kollegen,
2. Bequemlichkeit,
3. Wunsch nach einer warmen Mittagsmahlzeit,
4. Angebot schmackhafter Gerichte,

5. Zeitersparnis, nahe Lage zum Arbeitsplatz sowie
6. keine andere Möglichkeit, am Arbeitsplatz ein Essen zuzubereiten.

Es ist anzumerken, dass die Gründe zwei bis sechs häufiger von Männern als von Frauen geäußert worden sind. Am auffälligsten ist der Unterschied beim Geschmack: Während fast die Hälfte (46 %) der männlichen Kantinennutzer die angebotenen Speisen schmackhaft finden, sind es bei den Frauen nur 33 %. Knapp ein Viertel der Erwerbstätigen haben keine Kantine in Arbeitsplatznähe (MAX RUBNER-INSTITUT 2008a: 111f).

Umfang Erwerbsbeteiligung, Arbeitszeitregelung

Je stärker Personen beruflich eingebunden sind, desto öfter nutzen sie Außer-Haus-Angebote (STIEß/HAYN 2005: 71). Den Einfluss der Art des Beschäftigtenverhältnisses auf die familiäre Ernährungsversorgung untersuchten u. a. LEONHÄUSER et al. bei Müttern: Sie haben herausgefunden, dass selbstständig erwerbstätige Frauen gegenüber fest angestellten den Vorteil der größeren Flexibilität der Arbeitszeitgestaltung haben. Beruflich Selbstständige sind aufgrund der Ortsnähe zwischen Wohn- und Arbeitsstätte häufiger in der Lage, Mahlzeiten mit der Familie einzunehmen sowie die Ernährungsarbeit besser zu planen und zu organisieren (LEONHÄUSER et al. 2009: 136). Umgekehrt sind Mütter mit Schichtdiensten oder festen Arbeitszeiten häufiger auf Außer-Haus-Angebote angewiesen und können sich weniger um die familiäre Ernährung kümmern, was von ihnen als belastend empfunden wird (DEVINE 2003: 624).

4.4 Ernährungsverhalten im freizeitbezogenen Umfeld

Grundsätzlich beeinflusst das soziale Umfeld – neben Familie und Kollegen auch der Freundeskreis – die individuelle Ernährungsweise mit. Jedoch ist die Anzahl an Ernährungsstudien, die Aspekte des freizeitbezogenen Umfelds untersuchen, im Vergleich zum Umfang existierender Studien, die die Lebensbereiche „Haushalt“ und „Beruf“ berücksichtigen, (noch) geringer. Falls der Freizeitbereich Forschungsgegenstand ist, dann lediglich in nachgeordneter Priorität. Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, zielen die Untersuchungsvariablen insbesondere auf die Gestaltung des Außer-Haus-Verzehrs ab (Art, Ort, Häufigkeit, anwesende Personen) oder auf das mit Freunden gemeinschaftlich stattfindende innerhäusliche Essen.

Tabelle 5: Übersicht ausgewählter Forschungsarbeiten und deren Untersuchungsvariablen zum Thema „Ernährungshandeln in der Freizeit“; alphabetische Sortierung, Berücksichtigung von Publikationen ab dem Jahr 2000; Studienliste siehe Anhang 13 (Quelle: Eigene Darstellung)

Autor/ Hrsg. (Jahr)	Studienart, Erhebungsmethode, Fallzahl	In der Untersuchung berücksichtigte Variablen mit Bezug zum Lebensbereich „Freizeit/Freunde“
BISOONI et al. (2007)	qualitative Erhebung, 24h-Recalls, n = 42 Personen	Art und Zeitumfang der Mahlzeit, anwesende Personen, Beschäftigung neben der Mahlzeit
HÄUßLER (2007)	qualitative Interviews, n = 9 Paare mit Kindern	Ernährung Freunde, Art/Ort des Außer-Haus-Verzehrs
LEON- HÄUSER et al. (2009)	qualitative Interviews, n = 48 Mütter	Art und Zeitumfang für Freizeitaktivitäten, Ernährungssozialisation im Freundeskreis, besondere Verzehrsituationen (Art, Anlass, Häufigkeit, anwesende Personen)
MEIER (2004)	quantitative Zeitbudgeterhebung; Fragebogen, Zeittagebuch; n = 5.400 Privathaushalte	Zeitverwendung für Mahlzeiteinnahme in Restaurants, Mahlzeitengestaltung
SCHACK (2005)	qualitative Interviews, Mahlzeitenprotokolle, n = 16 Paare mit Kindern	Zeitverwendung für regelmäßige Außer-Haus-Aktivitäten, Ort des Außer-Haus-Verzehrs, Ernährungssozialisation im Freundeskreis, Ernährung in Ausnahmesituationen (Feste, Urlaube)
STIEß/ HAYN (2005)	quantitative Erhebung; Interview, Fragebogen, 24h-Recall, n = 2.039 Personen	Orte des Außer-Haus-Verzehrs, Art der Mahlzeit, Beschäftigung neben der Mahlzeit, Zeitdauer der Mahlzeit, anwesende Personen, Häufigkeit gemeinsamer Mahlzeiten mit Freunden

Mahlzeiten mit Freunden

Grundsätzlich kann die Bedeutung von Mahlzeiten in zweierlei Weise betrachtet werden: Während alltägliche Mahlzeiten den zeitlichen Restriktionen des Alltags unterliegen, finden besondere Mahlzeiten (so genanntes „Genuss-Essen“) zu speziellen Anlässen oder im Urlaub statt (HAYN/EMPACHER/HALBES 2005: 33). Genussmahlzeiten werden mit Familienmitgliedern, dem Partner oder mit Freunden gemeinsam verbracht. Findet die Mahlzeit im häuslichen Umfeld statt, so wird sich mehr Zeit für Vorbereitung und Verzehr genommen als bei einer Alltagsmahlzeit.

STIEß und HAYN (2005: 16) haben festgestellt, dass in mehr als der Hälfte aller Haushalte mindestens einmal im Monat Freunde und Bekannte zum Essen eingeladen werden – vor allem in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen wird häufig für Gäste gekocht. Die Zubereitung der Mahlzeit wird als Event verstanden, an der (vor allem bei Jüngeren) die Gäste mitbeteiligt sind. Auch wenn sich Frauen überwiegend um die Speisen kümmern, ist hier der Anteil der Männer,

die selbst aktiv Mahlzeiten zubereiten deutlich höher – im Unterschied zur Alltagsmahlzeit.

Ein weiterer Aspekt mit Einfluss auf das individuelle Ernährungsverhalten ist die Ernährungsweise des sozialen Umfelds. HÄUßLER (2007: 167) stellt in ihrer Untersuchung zur Umsetzung einer nachhaltigen Ernährung fest, dass eine vom Freundeskreis abweichende Ernährungsweise für den Einzelnen teilweise mit ablehnenden Bemerkungen verbunden ist. Umgedreht fand SCHACK (2005) in einer ähnlichen Untersuchung heraus, dass die Chance für eine erfolgreiche Umsetzung eines (neuen) ernährungsbezogenen Zielverhaltens höher ist, wenn diese im Freundes- und Bekanntenkreis akzeptiert ist und das soziale Umfeld verständnisvoll reagiert.

Freizeitbezogener Außer-Haus-Verzehr

Hinsichtlich der Art und Häufigkeit genutzter außerhäuslicher Versorgungsangebote wird in den Studien nicht differenziert, ob der Verzehr mit der Berufssituation einhergeht oder aber in der Freizeit stattfindet. So nehmen Männer zwar häufiger Außer-Haus-Angebote wahr (STIEß/HAYN 2005: 18; MEYER 2004: 77) – diese Erkenntnis kann jedoch auch auf die verstärkte Erwerbsbeteiligung von Männern im Vergleich zu Frauen⁴⁴ und damit auf deren Ernährungsversorgung am Arbeitsplatz zurückgeführt werden.

Bei Familien mit kleinen Kindern stellen mangelnde finanzielle Ressourcen sowie eine kinderunfreundliche Atmosphäre in Restaurants die Gründe dafür dar, dass sie nur zu speziellen Anlässen (wie Geburtstag) außerhäuslich speisen (LEONHÄUSER et al. 2009: 99).

Entspricht das zur Verfügung stehende Außer-Haus-Angebot nicht den Vorstellungen des angestrebten Ernährungsverhaltens, stellt dies eine Umsetzungsbarriere dar. SCHACK (2005: 139) kommt in ihrer Untersuchung zur nachhaltigen Vollwerternährung zu dem Schluss, dass es insbesondere ungünstige Rahmenbedingungen sind (mangelnde Verfügbarkeit eines ökologisch-ethischen Lebensmittelangebotes, ungenügend vollwertiges Außer-Haus-Angebot), die die Umsetzung des Zielverhaltens behindern.

Freizeitgestaltung

Der Umfang an Freizeitaktivitäten lässt momentan nur wenig Rückschlüsse auf das Ernährungsverhalten zu. Es scheint, dass ein hoher zeitlicher Umfang von Außer-Haus-Aktivitäten sowie eine hohe freizeitbezogene Handlungspriorität

⁴⁴ In Deutschland sind in 2010 rund 19,7 Millionen Männer und knapp 15 Millionen Frauen erwerbstätig (STATISTISCHES BUNDESAMT 2011: 88).

dazu führen, dass ernährungsbezogenes Handeln eine untergeordnete Rolle spielt (HÄUßLER 2007: 138). Eine ähnliche Auswirkung stellen auch LEONHÄUSER et al. (2009: 129) fest. Sie sprechen von einer „Entrhythmisierung der bürgerlichen Mahlzeitenstruktur“ an den Wochenenden: Aufgrund von (zeitintensiven) Freizeitaktivitäten ist eine Verringerung der ansonsten vorherrschenden traditionellen Mahlzeitenfolge von drei auf zwei Mahlzeiten zu beobachten.

4.5 Ernährungsverhalten unter sozioökonomischen Aspekten

In nahezu allen der in den vorangegangenen Kapiteln angeführten Untersuchungen werden standardmäßig neben soziodemografischen Parametern (Lebensalter, Geschlecht, Haushaltszusammensetzung, Familienstand)⁴⁵ auch der sozioökonomische Status mit Haushaltsnettoeinkommen, Berufsstatus und Bildungsabschluss der befragten Personen erfasst (z. B. in KJOLLESDAL 2010; LEONHÄUSER et al. 2009; MAX RUBNER-INSTITUT 2008a; HÄUßLER 2007; MÜLLER et al. 2006; STIEß/HAYN 2005; BOURCIER 2003). Teilweise wird zusätzlich der Einfluss biografisch bedeutender Erlebnisse auf das Ernährungshandeln berücksichtigt, wie das einer Eheschließung bzw. das Zusammenziehen mit einem Partner oder die Geburt eines Kindes (z. B. in HÄUßLER 2007; BOVE/SOBAL/RAUSCHENBACH 2003; MARSHALL/ANSERSON 2002; BROMBACH 2000).

Das Haushaltsnettoeinkommen hat einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensmittelausgaben – hier besteht eine positive Korrelation. Jedoch nimmt der Anteil der Lebensmittelausgaben mit steigendem Einkommen ab (ENGEL 1857).⁴⁶ Aus der Ernährungssoziologie ist bekannt, dass ein höheres Einkommen dazu dienen kann, durch die Art der Mahlzeitenzubereitung und des Verzehrs Statusunterschiede nach außen zu demonstrieren (VOLK-UHLMANN 2006: 348).

Einer anderen Perspektive, nämlich der differenzierten Betrachtung des Ernährungsverhaltens von Haushalten mit einem geringen Einkommen (sog. „Armuts Haushalte“), hat sich LEHMKÜHLER (2002: 338f) in einer qualitativen Untersuchung gewidmet. Eine wesentliche Erkenntnis ist, dass sich das ernährungsbezogene Handeln dieser Haushalte von denen mit höherem Einkommen unterscheidet. Ihnen fehlen zum einen finanzielle Ressourcen (der Preis stellt das entscheidende Kaufkriterium dar), zum anderen mangelt es an Fähig- und

⁴⁵ Personen im mittleren Lebensalter, Frauen sowie verheiratete Personen zeigen insgesamt mehr gesundheitsprotektive Verhaltensweisen, sie ernähren sich häufig fettbewusster und gesünder verglichen mit jungen Menschen, Männern und Unverheirateten (KIENLE/KNOLL/RENEBERG 2006: 117; PIETROWSKY 2006: 183f; LEPPIN 1994; BENDEL 1993: 40f).

⁴⁶ Auch bekannt als „Engelsches Gesetz“: Der Ökonom E. ENGEL (1857) hat diesen Zusammenhang erstmals beschrieben. Seitdem wurde er in zahlreichen Untersuchungen bestätigt.

Fertigkeiten der Ernährungsversorgung sowie an Wissen über Ernährung, Gesundheit und Haushaltsführung.

Ferner scheint die Wahl der Einkaufsstätte abhängig vom Haushaltseinkommen zu sein. Mit sinkendem Einkommen wird häufiger im Discounter und seltener im Lebensmittelfachgeschäft, auf dem Wochenmarkt oder im Naturkostladen eingekauft (MAX RUBNER-INSTITUT 2008b: 117).

In einer repräsentativen Erhebung konnte gezeigt werden, dass die Ausgaben für Lebensmittel von der Existenz eines Schulabschlusses⁴⁷ abhängen. Hat die haushaltsführende Person keinen Schulabschluss, geben Mehrpersonenhaushalte mehr Geld für Lebensmittel aus als solche, in denen die Schulbildung abgeschlossen ist. Hierbei scheint jedoch die Art des Schulabschlusses nicht ausschlaggebend zu sein (VOLK-UHLMANN 2006: 352).

Es ist zu beachten, dass sich ernährungsbezogenes Handeln zugleich an sozialen Normen orientiert. Während es z. B. in höheren sozialen Schichten erwünscht ist, sich fettarm und möglichst abwechslungsreich zu ernähren, gilt in niedrigen sozialen Schichten eine eher fettreiche, oft Fast Food bestimmte Ernährung. Es sei angemerkt, dass es sich hierbei nicht um durch finanzielle Ressourcen hervorgerufene unterschiedliche Ernährungsstile handeln muss, sondern um eine Beeinflussung durch gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen (PIETROWSKY 2006: 183).

Mehrere Untersuchungen zeigen darüber hinaus, dass mit insgesamt abnehmendem sozialen Status die Qualität der Ernährung sinkt und Angehörige niedriger sozialer Schichten⁴⁷ damit eine besondere Risikogruppen für ernährungsmitbedingte Erkrankungen darstellen (MÜLLER et al. 2006: 212). Sozial Benachteiligte essen im Vergleich zu Privilegierteren weniger Obst und Gemüse (MAX RUBNER-INSTITUT 2008b; BEYDOUN/WRANG 2007; BALL et al. 2004; HULSHOF/BRUSSAARD/KRUIZINGA 2003; IRALA-ESTEVEZ/GROTH/JOHANSSON 2000), insgesamt mehr Fett (MAX RUBNER-INSTITUT 2008b; HULSHOF/BRUSSAARD/KRUIZINGA 2003) und verwenden eher Nahrungsfette mit einem hohen Anteil an gesättigten Fettsäuren (SHAHAR et al. 2005; BALL et al. 2004). MUFF und WEYERS (2010) weisen darauf hin, dass mit sinkendem Sozialstatus die soziale Unterstützung abnimmt – das könnte ein weiterer Erklärungsfaktor in der Beziehung zwischen Fehlernährung und niedriger sozialer Position sein.

⁴⁷ Personen aus niedrigen sozialen Schichten haben eine geringe Bildung (z. B. Grundschulabschluss ohne weitere Ausbildung), weniger Einkommen (< 60 % des Durchschnitts deutscher Haushalte) oder einen geringen beruflichen Status (z. B. keine Autonomie) (MUFF/WEYERS 2010: 84).

Zudem korrelieren Bildungsstand und Körpergewicht positiv: Je höher das Bildungsniveau, desto höher der Anteil an normalgewichtigen und desto niedriger der Anteil an übergewichtigen oder adipösen Personen. Bei den Männern steigt der Anteil an Normalgewichtigen von einem Viertel mit Hauptschulabschluss auf 44 % mit Hochschulabschluss. Bei den Frauen verdoppelt sich gar der Anteil Normalgewichtiger von 33 % (Hauptschule) auf 66 % (Hochschulreife) (MAX RUBNER-INSTITUT 2008b: 88).

4.6 Fazit

Resümierend kann konstatiert werden, dass nur wenig empirische Befunde (mit teilweise sehr speziellen Studienbedingungen) zum Ernährungsverhalten im Alltagskontext existieren. Die Mehrheit von ihnen befasst sich mit ernährungsbezogenen Handlungen im familiären Haushalt; von sekundärer Bedeutung scheinen der berufliche oder freizeitbezogene Kontext zu sein. Da jedoch – wie in Kapitel II, 2 dargestellt – davon ausgegangen werden muss, dass sich der praktizierte Ernährungsstil erst im Alltagskontext erschließt, dürfen die Lebensbereiche nicht nebeneinander, sondern müssen vielmehr im Zusammenhang betrachtet werden. Dieser Ansatz wird vereinzelt in aktuellen Untersuchungen aufgegriffen, sodass Fragenkomplexe zu den drei Lebensbereichen „Haushalt“, „Arbeitsplatz“ und „Freizeit“ einschließlich sozioökonomischer Betrachtungen berücksichtigt werden (LEONHÄUSER et al. 2009; HÄUßLER 2007; SCHACK 2005; STIEß/HAYN 2005). Hier ist jedoch anzumerken, dass hinsichtlich des beruflichen und freizeitbezogenen Umfelds die einzelnen Studien nur ausgewählte Aspekte betrachten und diese Alltagsfelder – im Vergleich zum privaten Haushalt – insgesamt von nur nachgeordneter Priorität des Forschungsinteresses sind. So werden in den Arbeiten von SCHACK (2005) und LEONHÄUSER et al. (2009) beispielsweise neben dem Haushaltskontext der Freizeitkontext umfassend beschrieben, dafür fehlen tiefergehende Einblicke in den Arbeitskontext (z. B. hinsichtlich Ernährungssozialisation im Kollegenkreis, Arbeitsablauf, Arbeitssituation des Partners). HÄUßLER (2007) und STIEß/HAYN (2005) fokussieren sich in den Bereichen „Freizeit“ und „Beruf“ auf strukturelle Rahmenbedingungen; soziale Aspekte werden hingegen kaum berücksichtigt.

Festzuhalten bleibt, dass der Autorin keine Arbeit im deutschsprachigen Forschungsraum bekannt ist, die sich umfassend und zusammenhängend mit dem Ernährungshandeln im Alltagskontext, bestehend aus Familie, Beruf und Freizeit, auseinandersetzt. Nach wie vor bleiben Fragen zu sozialen und strukturellen Bedingungen sowie Zusammenhängen des Ernährungsalltags offen, z. B.:

- Wie wird in besonderen Situationen (Geburtstage, Essenseinladungen, Stress) gegessen? Gibt es Unterschiede im Verhalten zwischen privaten und beruflichen Situationen?
- Inwieweit beeinflussen Emotionen (Angst, Ärger, Freude, Besorgnis) das Essverhalten im privaten oder beruflichen Bereich? Gibt es hier Unterschiede?
- Ist das Essverhalten mit dem der sozialen Umwelt konform? Wie wird mit Erwartungen des sozialen Umfelds umgegangen (Stichwort: soziale Norm)?
- Wie ist die soziale Unterstützung bei der Umsetzung eines angestrebten Ernährungsverhaltens im Familien-, Freundes- und Kollegenkreis?
- Wie wird mit divergierenden Ernährungspräferenzen von Haushaltsmitgliedern umgegangen?
- Welchen Einfluss haben strukturelle Gegebenheiten des Verpflegungsangebots am Arbeitsplatz auf die individuelle Ernährung?
- Beeinflusst die Arbeitszeitregelung das Essverhalten im privaten Haushalt?
- Wie wirkt sich der Umfang an Freizeitaktivitäten auf die außer- und innerfamiliäre Ernährungsversorgung aus?

Zur Beantwortung dieser Fragen muss das Ernährungsverhalten in seinem alltäglichen Entstehungskontext analysiert und verstanden werden. In der vorliegenden Arbeit wird daher die Annahme vertreten, dass verschiedene Faktoren unterschiedlicher Lebensbereiche das Ernährungshandeln beeinflussen. Hierfür bedarf es einer Untersuchung, die das ernährungsbezogene Verhalten im familiären, beruflichen und freizeitbezogenen Kontext eingehend und verflechtend betrachtet. In der vorliegenden Arbeit soll dies am Fallbeispiel von Probanden mit Fettstoffwechselstörung untersucht werden.

5 Ernährungs- und Gesundheitsverhalten bei Fettstoffwechselstörung

5.1 Definitionen, Charakteristika und Prävalenz eines gestörten Fettstoffwechsels

Störungen im Fettstoffwechsel⁴⁸ zählen größtenteils zu den ernährungsmitbedingten Erkrankungen. Das heißt, es handelt sich um eine chronische Krankheit, bei der die Ernährung als alleinige Ursache oder als eine von mehreren einer multifaktoriellen Krankheitsgenese zuzuordnen ist (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht/Adipositas, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, bös-

⁴⁸ auch: Dyslipidämie, Dyslipoproteinämie

artige Tumore, Osteoporose) (KROKE/WALZ 2004). Ernährungsmittelbedingte Krankheiten sind oftmals vermeidbar, da sie durch modifizierbare Risikofaktoren beeinflussbar sind (WORLD HEALTH ORGANISATION 2002b: 57).

Fettstoffwechselstörungen können in zwei grundsätzliche Formen eingeteilt werden⁴⁹: Während primären Dyslipidämien (Hypercholesterinämien, Hypertriglyceridämien, gemischte Hyperlipidämien) genetische Ursachen zugrunde liegen, sind sekundäre Störungen die Folge von Erkrankungen, Medikamenteneinnahmen oder eines ungesunden Lebensstils (vor allem: ungünstiges Ernährungsverhalten, unzureichende körperliche Aktivität; auch: Stress, exzessiver Alkoholkonsum, Tabakrauchen) (PARHOFER 2006: 77-79; WAHRBURG/ASSMANN 2004a: 376). Im Folgenden geht es um Fettstoffwechselstörungen bzw. Hyperlipidämien im Allgemeinen – welche ursächlichen Faktoren zugrunde liegen, soll hier nicht differenziert betrachtet werden.

Eine Fettstoffwechselstörung liegt vor, wenn das Gleichgewicht zwischen Lipidsynthese/-aufnahme und -verbrauch gestört ist, weil die Blutfette nicht entsprechend verwertet werden können oder ein Überangebot besteht. Als Folge kommt es zu Veränderungen der Lipoproteinkonzentrationen im Blut. Je nach Dichte des Lipoproteins wird zwischen Chylomikronen, Very-Low-Density-, Low-Density- (LDL), Intermediate-Density- und High-Density- (HDL) Lipoproteinen unterschieden (ASSMANN 1988).⁵⁰ Sie wirken sich unterschiedlich auf die Herzgesundheit aus: Während LDL das kardiovaskuläre Risiko erhöhen, scheinen HDL protektive Wirkungen auszuüben (RUBINS et al. 1999; PEDERSEN et al. 1998; ASSMANN 1992).

In Deutschland haben derzeit fast drei Viertel (74 %) der 25- bis 69-Jährigen einen Gesamtcholesterinwert über 200 mg/dl.⁵¹ Jeder Dritte weist Werte größer 250 mg/dl auf (35,6 % der Frauen, 31,4 % der Männer); Cholesterinkonzentra-

⁴⁹ Innerhalb dieser Grundformen wird wiederum in einzelne Unterformen differenziert, worauf im Folgenden nicht näher eingegangen werden soll. Für weitere Details siehe z. B. MÜLLER 2007: 312; SCHWANDT/PARHOFER 2006: 73-215.

⁵⁰ Aufgrund des hydrophoben Charakters von Cholesterin und Triglyceriden (Neutralfette) werden diese in speziellen Lipid-Protein-Komplexen (Lipoproteine) im Blut und der Lymphe transportiert. An dieser Stelle soll jedoch weder auf weitere Subklassifizierung der Lipoproteinfraktionen noch auf den generellen Stoffwechsel der Lipoproteine näher eingegangen werden, da das den Rahmen der vorliegenden Arbeit überziehen würde. Es wird auf weiterführende Literatur verwiesen, z. B. HOFMANN 2009; KASPER 2009; MÜLLER 2007: 117-123; WINKLER/MÄRZ/WIELAND 2007; LACKNER/SCHMITZ 2006: 385-398; RICHTER 2005.

⁵¹ Cholesterinkonzentrationen werden in Deutschland üblicherweise in Milligramm (mg) pro Deziliter (dl) Blutserum angegeben. Weniger geläufig ist die Einheit Millimol (mmol) pro Liter (l). Ein Gesamtcholesterinspiegel < 200 mg/dl ist physiologisch. Bei Gesamtcholesterinwerten über 250 mg/dl wird hierzulande von einer Hypercholesterinämie gesprochen (LIPID-LIGA 2009; ROBERT KOCH-INSTITUT 2006: 117).

tionen ab 300 mg/dl liegen bei 10,5 % der Frauen und 7,4 % der Männer vor. Neugeborene haben einen LDL-Cholesterinspiegel von 50 mg/dl. Kinder haben üblicherweise keine erhöhten Lipidkonzentrationen, außer sie sind an einer familiär bedingten (primären) Hypercholesterinämie erkrankt. Der mit zunehmendem Alter wachsende Anteil erhöhter Cholesterinwerte tritt bei Männern im Allgemeinen früher auf als bei Frauen (ROBERT KOCH-INSTITUT 2006: 117).

Nach einer Befragung der deutschen Bevölkerung durch das ROBERT KOCH-INSTITUT in 2009 gibt nur circa jeder Fünfte an, an einer Fettstoffwechselstörung zu leiden (21,8 % der Frauen und 19,8 % der Männer). Bei den genannten Häufigkeiten ist zu berücksichtigen, dass Fettstoffwechselstörungen nicht immer als solche erkannt werden und daher vermutlich eine wesentlich höhere Prävalenz einer manifesten Hypercholesterinämie vorherrscht (ROBERT KOCH-INSTITUT 2010: 59).

5.2 Assoziierte Morbidität und Mortalität

Die Gefahr einer Dyslipoproteinämie liegt in ihrer Bedeutung als primärer Risikofaktor der koronaren Herzkrankheit (KHK). Es besteht breiter wissenschaftlicher Konsens über den Zusammenhang eines pathologischen Fettstoffwechsels und der Entstehung oder dem Fortschreiten arteriosklerotischer Gefäßerkrankungen einschließlich ihrer Folgeerscheinungen (MARTIN et al. 1986). Aufgrund vorliegender Daten umfangreicher retro- und prospektiver Studien (z. B. Framingham-Heart-Study⁵², MONICA-Study⁵³, Multiple Risk Factor Intervention Trial⁵⁴) zählen Hypertonie und Tabakrauchen als weitere KHK-Risikofaktoren erster Ordnung.

Risikofaktoren zweiter Ordnung sind Diabetes mellitus Typ 2, Übergewicht, körperliche Inaktivität und Stress (FENNER 2008; MÜLLER 2007: 236f; RICHTER 2005: 8; WAHRBURG/ASSMANN 2004b: 391; WORLD HEALTH ORGANISATION 2004: 24; YUSUF et al. 2004; KHOT et al. 2003). Die Auswertung der weltweit durchgeführten MONICA-Studie stützt die Bedeutung der oben angeführten klassischen Herz-Kreislauf-Determinanten; zugleich hebt sie den Einfluss von Lebensstilfaktoren, wie Ernährungsweise, psychosoziale Faktoren und soziale Bedingungen, hervor (KEIL 2005: 43).

⁵² konzipiert als prospektive Kohortenstudie (seit 1948) zur Identifikation kardiovaskulärer Risikofaktoren, Fokus liegt auf familiären Erkrankungsmustern (n = 15.500) (FENNER 2008)

⁵³ konzipiert als weltweites Monitoring-Projekt (1984-1995) zur Erfassung von Trends und Determinanten der Herz-Kreislauf-Mortalität und -Morbidität, in 38 Populationen durchgeführt (n = ca. 13.000.000) (KEIL 2005; KOCH 2000)

⁵⁴ konzipiert als Interventionsstudie (1982-1989) zum Einfluss primärpräventiver Maßnahmen (Lebensstiländerung, Medikamente) bei Menschen mit mehreren kardiovaskulären Risikofaktoren auf Herzinfarkt- und Gesamtmortalität (n = 12.886 Männer) (MRFIT RESEARCH GROUP 1996)

Neben den genannten Risikofaktoren gibt es noch besondere Risikokonstellationen, die naturgemäß unveränderlich sind: Alter, Geschlecht und familiäre (genetische) Vorbelastung. Das KHK-Risiko wächst mit zunehmendem Alter (KOCH 2000). Jedoch sind Frauen vor den Wechseljahren weniger gefährdet als Männer; in der Postmenopause gleicht sich ihr Risiko dem der Männer an (BELLO/MOSCA 2004; MOSCA et al. 1997).

Basierend auf den Erkenntnissen zur Herz-Kreislauf-Mortalität schätzt die WORLD HEALTH ORGANISATION (2002b: 224) in ihrem Weltgesundheitsreport, dass in entwickelten Ländern etwa 22 % der KHK-Todesfälle auf Hypertonie, 18 % auf Rauchen, 15 % auf Hypercholesterinämie, 11 % auf Übergewicht, 8 % auf zu geringen Obst- und Gemüseverzehr sowie 6 % auf Inaktivität zurückzuführen sind.

Sind mehrere Risikofaktoren gleichzeitig präsent, verstärken sich diese gegenseitig, sodass sich die koronare Gefährdung sprunghaft potenziert. So liegt das KHK-Risiko einer Person mit einem erhöhten Gesamtcholesterinspiegel (> 260 mg/dl), die zusätzlich raucht, fünfmal höher als bei einer gesunden Person ohne Risikofaktoren. Kommen noch weitere Faktoren, wie ein niedriger HDL-Wert (< 35 mg/dl), dazu, ist das KHK-Risiko des Patienten um das 14-fache, bei zusätzlicher Hypertonie (Systole > 160 mmHg) um das 22-fache erhöht (ASSMANN/SCHULTE 1993: 39; CREMER et al. 1988).

Sehr eng mit einer Fettstoffwechselstörung assoziiert ist das Erscheinungsbild des Metabolischen Syndroms, auch „tödliches Quartett“ genannt. Es beschreibt das gemeinsame Auftreten der kardiovaskulären Risikofaktoren Adipositas (abdominale Fettverteilung), Dyslipoproteinämie, Hypertonie und Glukoseintoleranz/Diabetes mellitus Typ 2. In ihrem Zusammenspiel beschleunigen sie den Prozess arteriosklerotischer Gefäßerkrankungen stark, an deren Ende häufig ein Herzinfarkt oder Schlaganfall steht (HAHN 2009; HAUNER 2009). Derzeit beträgt die Prävalenz des Metabolischen Syndroms – je nach zugrundeliegender Definition der Grenzwerte für die vier Risikofaktoren – zwischen 19 und 31 Prozent in der deutschen Bevölkerung (HAHN 2009).

5.3 Lebensstilassoziierte Interventionsmaßnahmen

Unabhängig davon, ob Fettstoffwechselstörungen isoliert oder in Kombination mit anderen Risikofaktoren auftreten, wie z. B. Rauchen, Diabetes mellitus oder Hypertonie, reduziert eine Verbesserung des Lipidprofils das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (WINDLER/ZYRIAX 2010: 656). Um dies zu erreichen, stellen Veränderungen ungünstiger Ernährungs- und Lebensgewohnheiten die erste Behandlungsstufe dar. Da Dyslipidämien Erkrankungen multifaktorieller

Genese sind, bieten sich mehrere Ansatzpunkte für Interventionen. Die WORLD HEALTH ORGANISATION (2005: 6, 18) schätzt, dass mit einer gesunden Ernährung, regelmäßiger Bewegung und einem Rauchverzicht ungefähr 80 % der kardiovaskulären Todesfälle verhindert werden könnten.

Im Folgenden sollen wirksame Möglichkeiten zur Beeinflussung des Fettstoffwechsels durch Lebensstilfaktoren beschrieben werden, wobei der Fokus der Darstellungen auf dem Stellenwert diätetischer Maßnahmen liegt.

Ziel der Interventionen ist eine verzögerte und/oder abgeschwächte Manifestation der Folgen einer Dyslipidämie (Sekundärprävention). Für gesunde Menschen liegt es darin, das Entstehen einer lebensstilbedingten Dyslipidämie zu vermeiden (Primärprävention). Prinzipiell sind die Interventionsstrategien für beide Personengruppen dieselben, sie unterscheiden sich jedoch in der Intensität (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG 2006: 111, 119).

Einfluss der Ernährung auf den Cholesterinspiegel

Die effektive Wirkung diätetischer Interventionen auf den Fettstoffwechsel kann zum einen auf die gleichzeitige Beeinflussung aller Lipidfraktionen, zum anderen auf die Beeinflussung häufiger Begleiterkrankungen (Hypertonie, Glukoseintoleranz) zurückgeführt werden (WINDLER/ZYRIAX 2010). Den quantitativ größten Einfluss auf die Konzentration der Lipoproteine haben Gesamtfettaufnahme sowie das Fettsäurenmuster in der Ernährung (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY/EUROPEAN ATHEROSCLEROSIS SOCIETY 2011; DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG 2006: 110). Zudem kann sie über die Energiebilanz, das Nahrungscholesterin, den Ballaststoff-, Sojaprotein- und Alkoholanteil beeinflusst werden (SUTER 2008: 190; WOLFRAM 2006: 656; WOLFRAM 2002).

1) Quantität und Qualität der Nahrungsfette

Eine hohe Fettaufnahme insgesamt begünstigt eine positive Energiebilanz und die Entstehung von Übergewicht, welches wiederum zu einer Erhöhung von Gesamtcholesterin und LDL führen kann (YU-POTH et al. 1999). Die DGE (2006: 113) spricht in ihrer Leitlinie „Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten“ von einer überzeugenden Evidenz, dass eine Reduktion des Anteils von Fett an der Energiezufuhr zu einem LDL-Abfall führt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der quantitative Einfluss der aufgenommenen Fettmenge hinsichtlich des kardiovaskulären Risikos geringer zu sein scheint, verglichen mit den durch die einzelnen Fettsäuren hervorgerufenen Veränderungen (JAKOBSEN et al. 2009). In Übersichtsarbeiten und einem Review von Interventionsstudien kommen HU et al. (2002; 1997) zu dem Schluss, dass eine alleinige Reduktion der Gesamtfettmenge weder die Cholesterin-

konzentrationen im Blutplasma noch die Inzidenz von Koronarerereignissen signifikant beeinflusst (HU/WILLET 2002; HU et al. 1997). Dass es keinen Zusammenhang zwischen Gesamtfettaufnahme und KHK-Ereignissen oder -Todesfällen gibt, bestätigt zudem eine Meta-Analyse⁵⁵ von SKEAFF und MILLER (2009).

Die von den einzelnen Nahrungsfettsäuren ausgehenden Einflüsse auf die Lipoproteinkonzentrationen sind in diversen Übersichtsartikeln und Meta-Analysen dargestellt (MENSINK et al. 2003; KRATZ/CULLEN/WAHRBURG 2002; KRIS-ETHERTON/YU 1997; KATAN/ZOCK/MENSINK 1994; HEGSTED et al. 1993; MENSINK/KATAN 1992). Insbesondere langkettige gesättigte Fettsäuren (SAFA = saturated fatty acids; C 12:0, C 14:0, C 16:0) erhöhen das gefäßschädigende LDL im Blut. Hingegen bewirken mehrfach ungesättigte Fettsäuren (PUFA = poly unsaturated fatty acids⁵⁶) ein Absinken der LDL-Konzentration. Allerdings ist der LDL-senkende Effekt der mehrfach ungesättigten Fettsäuren nur halb so stark wie der erhöhende der langkettigen SAFA (KATAN/ZOCK/MENSINK 1994; HEGSTED et al. 1993; KEYS/ANDERSON/ GRANDE 1965b).

Eine Ausnahme der beschriebenen Effekte bilden mittelkettige SAFA (C 8:0, C 10:0) sowie Stearinsäure (C 18:0): Sie beeinflussen die LDL-Konzentration allenfalls geringfügig ungünstig bzw. verhalten sich neutral (Stearinsäure). In der Praxis ist jedoch eine Trennung der Lebensmittel in jene mit einem hohen Stearinanteil und in solche mit einem hohen Anteil an anderen SAFA nicht durchführbar (RICHTER 2005: 58).

In ihrer Fettleitlinie kommt die DGE (2006: 117f) zu dem Schluss einer überzeugenden Evidenz, dass eine Anhebung des PUFA-Anteils in der Ernährung die LDL-Konzentration senkt und gleichzeitig die HDL-Konzentration geringfügig minimiert oder unverändert lässt.

Einfach ungesättigte Fettsäuren (MUFA = mono unsaturated fatty acids) bewirken ebenso über die Aktivierung des LDL-Rezeptors eine Senkung der LDL-Konzentration, jedoch ist dieser Effekt im Vergleich zu dem der PUFA geringer (DIETSCHY 1998; KRIS-ETHERTON/YU 1997; KATAN/ZOCK/MENSINK 1994).

Die Wirkmechanismen der Nahrungsfettsäuren auf das HDL sind noch nicht eindeutig geklärt. Es wird vermutet, dass es durch MUFA im Vergleich zu SAFA

⁵⁵ untersucht wurden 26 Beobachtungs- und randomisierte Interventionsstudien

⁵⁶ Unter den mehrfach ungesättigten Fettsäuren sind die Linolsäure (Omega-6) sowie die Omega-3-Fettsäuren alpha-Linolen-, Docosahexaen- und Eicosapentaensäure ernährungsphysiologisch besonders bedeutsam. Streng genommen zählen nur Linol- und alpha-Linolen-säure zu den essentiellen Fettsäuren, da sie der menschliche Organismus nicht selbst herstellen kann (SUTER 2008: 62).

weniger stark angehoben und durch PUFA leicht gesenkt wird oder unverändert bleibt (VON ECKARDSTEIN/NOFER/ASSMANN 2001; KRIS-ETHERTON/YU 1997).

Trans-Fettsäuren (TFA = trans fatty acids) wirken sich zweifach negativ auf das Lipidprofil aus, da sie zum einen LDL und Triglyceride erhöhen sowie gleichzeitig HDL senken (MENSINK et al. 2003; KRIS-ETHERTON/YU 1997; KATAN/ZOCK/MENSINK 1994). Sie sind daher als ungünstiger als langkettige SAFA einzustufen. Eine Senkung des Anteils von TFA in der Nahrung führt daher mit überzeugender Evidenz zu einem Abfall der LDL- und einer Anhebung der HDL-Konzentration im Serum (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG 2006: 118).

Tabelle 6: Empfehlungen für die Fettzufuhr zur Prävention ernährungsmitbedingter Erkrankungen (Quelle: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG 2006: 315)

Fettmenge	
30 En% (PAL > 1,4)* bis 35 En% (PAL > 1,7)*	
Fettqualität	
- langkettige gesättigte Fettsäuren:	7-10 En%
- mehrfach ungesättigte Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren:	7-10 En% (Verhältnis LA : ALA = 5 : 1)
- einfach ungesättigte Fettsäuren:	Differenz von Gesamtfett minus SAFA minus PUFA
- Eicosapentaen- und Docosahexaensäure (primäre KHK-Prävention):	250 mg/d
- alpha-Linolensäure (sekundäre KHK-Prävention):	1,8-2,0 g/d
- trans-Fettsäuren	< 1 En%
* PAL = physical activity level; PAL von 1,4 = ausschließlich sitzende Tätigkeit; PAL von 1,7 = sitzende Tätigkeit, zeitweise auch zusätzlicher Energiebedarf für gehende und stehende Tätigkeit LA = Linolsäure (Omega-6), ALA = alpha-Linolensäure (Omega-3), SAFA = gesättigte Fettsäuren, PUFA = mehrfach ungesättigte Fettsäuren	

Nach umfassender Sichtung vorliegender klinischer, tierexperimenteller biochemischer und molekularbiologischer Untersuchungen (Stand: 2006) zur Assoziation von Nahrungsfettsäuren und dem Koronarrisiko kommt die DGE (2006: 177-180) in ihrer evidenzbasierten Leitlinie zu dem Schluss, dass eine Optimierung der Fettzufuhr (Reduktion TFA und langkettiger SAFA bei gleichzeitiger MUFA-/PUFA-Anhebung) sowohl in der primären als auch in der sekundären Prävention ernährungsmitbedingter Krankheiten wirksam erscheint. Basierend auf den erlangten Erkenntnissen zum Fettkonsum und seinen gesundheitlichen Auswirkungen werden im Rahmen der DGE-Fettleitlinie die in Tabelle 6 ange-

fürten Empfehlungen für eine fettmoderate und fettmodifizierte Ernährung gegeben. Diese unterstützen die Aussagen der D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG et al. 2008: 43-50).

2. Nahrungscholesterin

Das über die Nahrung aufgenommene Cholesterin hat nur etwa bei jedem Zweiten einen deutlichen Einfluss auf die LDL-Konzentration, sodass zwischen Respondern und Nonrespondern unterschieden wird (MISTRY et al. 1981). Im Vergleich zur SAFA-Wirkung beeinflusst Nahrungscholesterin den LDL-Spiegel in einem relativ geringen Umfang (HU/WILLETT 2002; HEGSTED et al. 1993; KEYS/ANDERSON/GRANDE 1965a). Jedoch kann eine dauerhaft erhöhte Cholesterinaufnahme die ungünstigen Effekte von SAFA verstärken (FIELDING et al. 1995).

Bei Hypercholesterinämie sollte der Verzehr cholesterinreicher Lebensmittel stark eingeschränkt werden; maximal sollten über die Ernährung 300 mg pro Tag aufgenommen werden (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG 2006: 315; WORLD HEALTH ORGANISATION 2003a: 56). Hierbei ist zu bedenken, dass eine isolierte Reduktion des Nahrungscholesterins ohne Veränderung der Qualität der Nahrungsfette nur eine begrenzte Wirkung zeigt – sie wird auf unter 10 % geschätzt (STAMLER/SHEKELLE 1988; KEYS 1965a).

3. Ballaststoffe

Eine stärke- und ballaststoffreiche Ernährung wirkt sich indirekt günstig auf Gesamt- und LDL-Cholesterin aus, weil durch den Mehrverzehr entsprechender Nahrungsmittel der Anteil an Lebensmitteln mit viel SAFA und Nahrungscholesterin in der täglichen Ernährung reduziert wird (RICHTER 2005: 63).

Die häufig in der Nahrung vorkommenden nichtlöslichen Ballaststoffe (wie Cellulosen, Hemicellulosen, Lignine) zeigen keine eigenständige Wirkung auf den Lipoproteinstoffwechsel. Hingegen sind lösliche Ballaststoffe (wie Pektin, Guar, Psyllium) in der Lage, den LDL-Spiegel in einem gewissen Umfang zu senken. Aufgrund der beobachteten günstigen Effekte auf das Lipidprofil sollte das Therapieziel auf einer Erhöhung des Ballaststoffanteils in der Ernährung liegen (LIPID-LIGA 2009). Die aktuell lautende Empfehlung von mindestens 30 g Ballaststoffe pro Tag wird derzeit in der deutschen Bevölkerung nicht erreicht (MAX RUBNER-INSTITUT 2008b: 98).

4. Sojaproteine

Der Eiweißanteil in Sojabohnen kann die Lipidparameter beeinflussen. In einer Meta-Analyse mit 38 kontrollierten klinischen Studien hat ein durchschnittlicher Verzehr von 47 g Sojaprotein am Tag das LDL um 13 % und das Gesamt-

cholesterin um 9 % gesenkt; das HDL hat sich geringfügig um 2 % erhöht (ANDERSON/JOHNSTONE/COOK-NEWELL 1995). Bei hypercholesterinämischen Personen werden Sojaprodukte im Austausch gegen tierische Eiweißprodukte (mit hohem SAFA-Gehalt) empfohlen (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY/EUROPEAN ATHEROSCLEROSIS SOCIETY 2011).

5. Alkohol

Die Ethanolzufuhr bei einem moderaten Alkoholkonsum erhöht das HDL um 5-15 % (SINGH/SISHEHBOR/ANSELL 2007). Hingegen bewirkt ein stärkerer Konsum einen Anstieg von Triglyceriden und systolischem Blutdruck, wodurch das kardiovaskuläre Risiko steigt (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG et al. 2008: 65). Aufgrund der zahlreichen negativen Auswirkungen von Alkohol gilt nach wie vor die von der DGE et al. (2008: 66) empfohlene akzeptable tägliche Aufnahmemenge von max. 10 g Alkohol für Frauen bzw. 20 g für Männer.

Einfluss anderer Lebensstilfaktoren auf den Cholesterinspiegel

Unterstützend zu einer Ernährungsumstellung können durch weitere Lifestyle-Veränderungen die Lipidparameter günstig beeinflusst werden. Insbesondere Rauchverzicht, Abbau von Übergewicht (abdominale Fettverteilung), regelmäßige körperliche Aktivität und Maßnahmen zur Stressbewältigung stellen wesentliche lebensstilbedingte Einflussgrößen für die Cholesterinkonzentrationen und damit das kardiale Risiko dar (KOLENDA 2005; ORNISH et al. 1990).

1. Übergewicht/Erhöhter Bauchumfang

Zur Verbesserung des Lipidprofils wird bei Übergewicht (Bauchumfang: Frauen > 88 cm, Männer > 102 cm; Body-Mass-Index > 25 kg/m²) eine anhaltende Gewichtsreduktion empfohlen (LIPID-LIGA 2009: 8). Jedes Kilogramm Gewichtszunahme geht mit einer Absenkung des HDL-Spiegels um 0,8 % bei gleichzeitiger Triglyceriderhöhung einher (YU-POTH et al. 1999). Umgekehrt konnte bei übergewichtigen bzw. adipösen Personen (Body-Mass-Index: 27-35 kg/m²) durch Reduktion des Körpergewichts um 10 kg ein HDL-Anstieg um 10 % beobachtet werden (SINGH/SISHEHBOR/ANSELL 2007).

2. Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität nimmt zwar keinen Einfluss auf die LDL-Gesamtkonzentration, jedoch auf die LDL-Subfraktionen. Bei untrainierten Personen finden sich signifikant mehr atherogene (small dense) LDL-Partikel als bei trainierten. Neben diesem günstigen Effekt bewirkt sportliche Aktivität eine Absenkung der Triglyceride sowie eine Anhebung des HDLs (HALLE et al. 2006: 717f). Zahlreiche Studien belegen die inverse Beziehung zwischen körperlicher

Aktivität und koronarer Herzerkrankung (LENGFELDER 2001). Deshalb ist regelmäßige körperliche Aktivität bei Personen mit Fettstoffwechselstörung empfehlenswert – in der primären KHK-Prävention (KOHL 2001; BERG/HALLE 1999) genauso wie bei der Sekundärprävention (SIEWERT 2009; LÖLLGEN/DICKHUTH/DIRSCHEDL 1998;). Günstig sind aerobe ausdauerorientierte Sportarten (z. B. Walking, Radfahren und Schwimmen). Da auch Alltagsbewegungen das Lipidprofil verbessern, sollten diese vermehrt in den Tagesablauf eingebaut werden (SINGH/SISHEHBOR/ANSELL 2007).

3. Tabakkonsum

Raucher haben ein erhöhtes Arteriosklerose-Risiko, welches zum einen auf ungünstige Effekte auf Entzündungsprozesse und die Blutgerinnung, zum anderen auf die Reduktion der HDL-Konzentration zurückzuführen ist (TONSTAD/SUNDFOR/SELJEFLØT 2005). Durch Rauchverzicht kann das HDL um mindestens 5 % erhöht werden (SINGH/SISHEHBOR/ANSELL 2007). Nach vier Jahren Raucherentwöhnung bei Frauen und nach acht Jahren bei Männern haben sich die Blutparameter wieder normalisiert, sodass das kardiale Risiko dem eines Nichtrauchers entspricht (WILSON et al. 2000; ROSENBERG/PALMER/SHAPIRO 1990).

4. Stress

Dauerhafter Stress kann den Cholesterinspiegel erhöhen. Durch eine gesteigerte Adrenalin- und Noradrenalinsekretion wird die Fettverdauung angeregt, sodass in der Folge die Lipoproteinkonzentration im Blut steigt. Neben dieser direkten Wirkung auf das Lipidprofil hat Stress zudem einen ungünstigen Einfluss auf die Entstehung des metabolischen Syndroms sowie der Arteriosklerose (SIEGRIST 2006: 326ff).

Medikamentöse Therapie

Führen Lebensstilmaßnahmen nicht zum gewünschten Therapieziel oder besteht ein insgesamt hohes KHK-Risiko, ist eine medikamentöse Behandlung mit Hilfe von Lipidsenkern nötig. Die Umstellung der Ernährungs- und Lebensweise sollte jedoch auch bei einer Pharmakotherapie beibehalten werden (EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY/EUROPEAN ATHEROSCLEROSIS SOCIETY 2011). Zur wirksamen Senkung eines erhöhten LDL-Spiegels werden vor allem Statine eingesetzt, aber auch Fibrate, Ezetimib oder Gallensäuren bindende Ionenaustauscher (BAIGENT et al. 2005). Für nähere Explikationen zur Medikation von Fettstoffwechselstörungen wird auf weiterführende Literatur verwiesen (u. a. LIPID-LIGA 2009: 8f; SCHWANDT/PARHOFER 2006: 732-809; RICHTER 2005: 74-95; DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR FETTWISSENSCHAFT 2003: 23f; LIPID-LIGA o. J.).

5.4 Fazit

Hypercholesterinämie ist Ausdruck einer Fettstoffwechselstörung und spielt neben Tabakrauchen und Hypertonie bei der Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen eine führende Rolle. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen nach wie vor in Deutschland die häufigste Todesursache dar – und dass, obwohl mittlerweile durch eine Vielzahl epidemiologischer Studien die mitwirkenden Risikofaktoren identifiziert und teilweise durch einen günstigen Ernährungs- und Lebenswandel beeinflussbar sind.

Besteht aufgrund erhöhter Blutlipidwerte bzw. eines erhöhten kardiovaskulären Gesamtrisikos die Notwendigkeit zur Intervention, steht die langfristige Modifikation bisher ungünstiger Lebensweisen, vor allem im Ernährungsverhalten, an erster Stelle. Bei den diätetischen Möglichkeiten zur Cholesterinsenkung wird neben der quantitativen Begrenzung des Fettkonsums vor allem die Optimierung der Fettsäurezusammensetzung in der Nahrung als effektive Maßnahme gesehen. Zur primären und sekundären Prävention einer Dyslipidämie lassen sich aus den als überzeugend angesehenen Interaktionen zwischen einem Nahrungsbestandteil bzw. einer Verhaltensweise und ihrem Einfluss auf Lipidparameter (Gesamtcholesterin, HDL, LDL, Triglyceride) folgende lebensstil-assoziierte Interventionsmaßnahmen ableiten (Tab. 7):

Tabelle 7: Wesentliche Ernährungs- und Lebensstilempfehlungen zur Verbesserung des Lipidprofils (Quellen: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG 2006: 122; RICHTER 2005: 52; WINDLER/ZYRIAX 2010)

Reduzieren (↓)	Erhöhen (↑)
Gesamtfett	einfach ungesättigte Fettsäuren
gesättigte Fettsäuren	mehrfach ungesättigte Fettsäuren
trans-Fettsäuren	Sojaprotein
Nahrungscholesterin	Ballaststoffe
abdominales Übergewicht	körperliche Aktivität
Tabakrauchen	
Stress	

Der Einsatz von Lipidsenkern (z. B. Statine, Fibrate, Ionenaustauscher) sollte bei unzureichender Effizienz oben angeführter Lebensstilmaßnahmen oder hohem kardiovaskulären Gesamtrisiko erfolgen. Doch auch innerhalb einer Pharmakotherapie sollten die Verbesserung von Ernährungs- und Lebensstil Kernelemente der Behandlung von Patienten mit Fettstoffwechselstörung sein.

Im Zuge einer fettmoderaten und fettmodifizierten Ernährungsumstellung ist eine Senkung des Gesamt- und des LDL-Cholesterins um ca. 5-10 % zu erwarten, infolge dessen sich wiederum das kardiovaskuläre Risiko (Ergebnisse und Mortalität) reduziert (CHEN et al. 2009; HOOPER et al. 2001; ORNISH et al. 1990). Je länger die fettbewusste Ernährungsweise beibehalten wird, desto stärker zeigen sich die günstigen Effekte hinsichtlich Cholesterinwerte und KHK-Risiko (HOOPER 2001). Daher sollte die diätetische Intervention „fettmoderat und fettmodifiziert“ nach Möglichkeit auf eine langfristige bzw. dauerhafte Umsetzung abzielen.

Aufgrund der besonderen Bedeutung einer fettbewussten Ernährungsweise für hypercholesterinämische Personen und der damit verbundenen (theoretischen) Möglichkeit einer Beeinflussung der eigenen Krankengeschichte, wird im empirischen Teil dieser Arbeit das Fettbewusstsein der Probanden (Fettqualität/-quantität) im Fokus der Erfassung des Ernährungsverhaltens stehen.

Bisher übliche Interventionsmaßnahmen sind auf Änderungen in den Lebensgewohnheiten oder/und auf eine medikamentöse Therapie gerichtet – einschließlich gesundheitsförderlicher Beratung betroffener Patienten. Hierbei steht vielfach die kognitiv ausgerichtete Informationsvermittlung im Fokus (MEINHOLD 2009). Auch wenn gesundheitsbezogene Interventionen um ganzheitliche Ansätze bemüht sind, finden gesundheitspsychologische Erkenntnisse bislang in der (Ernährungs-)Beratung nur unzureichend Berücksichtigung (KLOTTER/TRAUTMANN 2009; PUDEL 2007a; GÖLZ 1997: 79).

6 Fazit aus dem Stand der Forschung sowie Ableitung und Begründung der eigenen Fragestellung

In Kapitel II, 2 werden Alltagskonzepte und -theorien aus sozialwissenschaftlich-psychologischer Perspektive vorgestellt. Eine wesentliche gemeinsame Erkenntnis ist, dass Änderungen (gesundheitsbezogener) Handlungen sowohl von psychologischen als auch von strukturellen und sozialen Faktoren sowie Interaktionen in der Familie, am Arbeitsplatz und in der Freizeit abhängig sind. Dies wiederum zieht als wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Realisierung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen die Tatsache nach sich, dass sie sich in die verschiedenen alltäglichen Handlungsbereiche einpassen lassen müssen. Dementsprechend können einzelne Verhaltensweisen, wie das Ernährungsverhalten, nur dann angemessen verstanden werden, wenn seine Betrachtung alle im Alltag zu bewältigenden strukturellen und sozialen Bereiche berücksichtigt. Um dieser Vielschichtigkeit der Betrachtungsweise gerecht zu werden, wird in der vorliegenden empirischen Untersuchung ernährungs-

bezogenes Handeln als Teil des Alltagsgeschehens verstanden. Zur Operationalisierung der alltäglichen Lebenswelt werden die aus den theoretischen Modellen abgeleiteten drei Bereiche „Haushalt/Familie“, „Arbeitsplatz/Kollegen“ und „Freizeit/Freunde“ zugrunde gelegt.

- Eine zentrale Grundannahme der vorliegenden Untersuchung ist, dass das Ernährungsverhalten von strukturellen und sozialen Bedingungen des Alltags beeinflusst wird. Hierbei soll der Komplexität des Alltags durch eine integrierte Betrachtung der drei wesentlichen Lebensbereiche „Haushalt“, „Arbeitsplatz“ und „Freizeit“ einschließlich seiner sozialen Interaktionen gerecht werden.

Gesundheitsbewusstes Verhalten im Allgemeinen – und das Ernährungsverhalten im Besonderen – wird durch viele Umwelten beeinflusst. Nach Sichtung der aktuellen Forschungslage ist der Autorin für den deutschsprachigen Raum keine Untersuchung bekannt, in der die Rolle persönlicher, alltäglicher Rahmenbedingungen als Quelle von Einflüssen auf die Umsetzung von Ernährungsverhalten, zusammenhängend und umfassend für die Bereiche „Haushalt“, „Arbeitsplatz“ und „Freizeit“ betrachtet, berücksichtigt werden (Kapitel II, 4). Es gibt Einzelbefunde aus Untersuchungen, die das Ernährungsverhalten im privaten und/oder beruflichen Umfeld beschreiben, jedoch handelt es sich hierbei um separat analysierte und herausgegriffene Alltagsaspekte. Der Forschungsschwerpunkt ernährungsbezogenen Alltagshandelns liegt bislang insbesondere auf einer Betrachtung des familiären Haushalts.

- Abgeleitet aus der aktuellen Studienlage resultiert das in dieser Arbeit zugrundeliegende Forschungsinteresse, ernährungsbezogenes Verhalten im familiären, beruflichen und freizeitbezogenen Kontext eingehend und verflechtend zu untersuchen und so einen Beitrag zum Schließen der aufgezeigten Forschungslücke zu leisten.

Zur Beschreibung und Vorhersage gesundheitsbezogener Verhaltensweisen existieren in der Literatur verschiedene Modellvorstellungen (Kapitel II, 3). In der jüngeren Vergangenheit ist das von SCHWARZER entwickelte sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns immer stärker in den empirischen Fokus gerückt. Das Modell beinhaltet sowohl motivationale als auch volitionale Anteile und integriert alle bisher als effektiv identifizierten sozial-kognitiven Determinanten des Gesundheitsverhaltens⁵⁷. Zudem vertritt das Modell stadien-

⁵⁷ Risikowahrnehmung, Selbstwirksamkeitserwartung, Ergebniserwartung, Intention und Handlungsplanung

theoretische Annahmen. Hierbei wird derzeit eine Einteilung in fünf Stadien⁵⁸ als State-of-the-Art angesehen, wobei die Stadieneinteilung nach psychologischen Kriterien (wie Intention, Planung oder Habituation) erfolgen sollte.

Kritische Stimmen der Gesundheitspsychologie fordern eine Erweiterung der bisherigen Verhaltensforschung um die multidisziplinär ausgerichtete Public Health-Perspektive (Kapitel II, 3.5). Demnach muss Gesundheitsverhalten verstärkt als komplexes Geschehen unter Berücksichtigung gegebener Lebensbedingungen verstanden werden. Durch den expliziten Einbezug situativer Ressourcen und Barrieren im HAPA wird dieser Aspekt teilweise berücksichtigt. Aus der kontextuellen Perspektive heraus stellt sich demnach für die vorliegende Untersuchung weniger die Frage nach den sozial-kognitiven Variablen der motivationalen und volitionalen Begründung von Gesundheitshandlungen – hierzu liegen bereits diverse, teilweise auch stadienspezifische, Untersuchungen vor. Vielmehr besteht Forschungsbedarf, unter welchen alltäglichen Bedingungen (Barrieren, Ressourcen) sich Personen gesund verhalten (ernähren), und ob beispielsweise qualitative Unterschiede zwischen den einzelnen Stadien einer Gesundheitsverhaltensänderung bestehen. Nach Ansicht der Autorin fehlt es bislang an ernährungswissenschaftlichen Untersuchungen zur Stadienspezifität von Barrieren und Ressourcen mit einer auf psychologische Kriterien ausgerichteten Stadiendiagnostik. Im Allgemeinen werden bislang Erkenntnisse aus der Gesundheitspsychologie nur vereinzelt in der Ernährungswissenschaft berücksichtigt (KLOTTER/TRAUTMANN 2009).

- In der vorliegenden Untersuchung liegt der Betrachtungsfokus auf einer stadienspezifischen Analyse des Alltagskontextes, um daraus förderliche und hemmende Faktoren einer Ernährungsverhaltensänderung ableiten zu können. Die Frage nach stadienspezifischen Barrieren und Ressourcen ist für die Praxis von großer Relevanz, da die Grundidee einer individualisierten Beratung zur Unterstützung einer Ernährungsverhaltensänderung darin besteht, Menschen entsprechend ihrer Position auf dem Weg einer Verhaltensänderung so unterstützen zu können, dass das Vorankommen zum nächsten Stadium im Veränderungsprozess begünstigt wird.

Die Betrachtung von Auswirkungen des Alltagskontextes auf den Prozess einer Ernährungsverhaltensänderung ist nicht nur bei gesunden Menschen relevant. Diese Personengruppe steht momentan im Fokus gesundheitsbezogener Forschungsarbeiten. Von besonderem Interesse scheint es zu sein, wie erkrankte

⁵⁸ Stadien: Präkontemplation, Kontemplation, Präparation, Aufnahme, Aufrechterhaltung

Personen agieren. Menschen mit ernährungsmitbedingter Erkrankung, wie Hypercholesterinämie als Ausdruck einer Fettstoffwechselstörung, weisen ein erhöhtes Koronarrisiko auf. Wie in Kapitel II, 5.3 ausführlich dargestellt kann dieses durch positive Veränderungen des Ernährungs- und Lebensstils günstig beeinflusst werden. Als effektive, cholesterinsenkende diätetische Maßnahme gilt eine auf die Qualität und Quantität von Nahrungsfetten ausgerichtete Ernährungsweise.

- Zielgruppe der empirischen Erhebung sind hypercholesterinämische Personen, denen das Vorhandensein erhöhter Lipidparameter bekannt ist. Bei den Befragten ist eine erhöhte Risikowahrnehmung zu vermuten (MAX RUBNER-INSTITUT 2008a: 115). Als angestrebtes Zielverhalten wird ein fettbewusstes Ernährungshandeln definiert, mit dem die diagnostizierte Fettstoffwechselstörung (theoretisch) positiv beeinflussbar ist.

Die derzeitige Verhaltensforschung ist zumeist auf Personen gerichtet, die grundsätzlich bereit sind, sich aktiv um ihre Gesundheit zu kümmern und dies auch in der Praxis umsetzen. Kritisiert wird jedoch, dass nur wenig bekannt ist über diejenigen Menschen, die weder aktiv sind, noch Interesse daran haben, dies in nächster Zeit zu ändern.

- Da in der vorliegenden Arbeit Personen über die verschiedenen Stadien einer ernährungsbezogenen Verhaltensmodifikation hinweg analysiert werden, wird der Forderung Rechnung getragen, sowohl Aktive als auch Inaktive (ohne Interesse an einer Ernährungsumstellung) in die Untersuchung einzuschließen.

Vor dem Hintergrund des aufgezeigten Forschungsstands und den bestehenden Forschungslücken lassen sich für die im Anschluss vorgestellte Untersuchung folgende grundlegend erkenntnisleitenden Forschungsfragen ableiten:

- (1) Welche Bedingungen der persönlichen Umwelt⁵⁹ wirken sich auf den Prozess einer Ernährungsverhaltensmodifikation bei Personen mit Hypercholesterinämie förderlich oder hinderlich aus?
- (2) Können die identifizierten Einflussgrößen einzelnen Stadien⁶⁰ einer Ernährungsverhaltensmodifikation zugeordnet werden?

⁵⁹ Die persönliche Umwelt ist hier definiert durch die drei Alltagsbereiche „Haushalt/Familie“, „Arbeitsplatz/Kollegen“ sowie „Freizeit/Freunde“ – einschließlich ihrer sozialen Interaktionen.

⁶⁰ Stadien: 1. Präkontemplation, 2. Kontemplation, 3. Präparation, 4. Aufnahme, 5. Aufrechterhaltung; gemäß HAPA-Modell sind 1.+2. die Inaktiven/Unentschiedenen, 3. die Vorbereitenden, 4.+5. die Aktiven

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit zielt demnach darauf ab, Faktoren im Alltag zu identifizieren, die die Umsetzung einer Ernährungsverhaltensmodifikation positiv oder negativ beeinflussen können. Zudem sollen diese zwischen den einzelnen Stadien einer Gesundheitsverhaltensänderung verglichen werden, um eventuell qualitative Unterschiede aufzuzeigen. Ermöglicht wird ein solcher Vergleich durch die gewählte Herangehensweise, bei der sowohl Personen befragt werden, die bereits das Zielverhalten (fettbewusste Ernährung) aktiv ausführen, als auch solche, die dieses (noch) nicht ausführen. Die Besonderheit der Untersuchung liegt daher darin, dass sie erstmalig ernährungsbezogenes Handeln in einem umfassenden Alltagskontext betrachtet und dabei Personen befragt, die sich an verschiedenen „Punkten“ (Stadien) einer Ernährungsverhaltensumstellung befinden. Aus den in der Untersuchung identifizierten Barrieren und Ressourcen einer Ernährungsverhaltensänderung soll abgeleitet werden, welche Bedingungen für eine erfolgreiche Ausbildung einer Verhaltensintention gegeben sein müssen bzw. welche Gründe für das Unterlassen oder das Scheitern eines intendierten Zielverhaltens vorliegen.

Mit der folgenden Studie wird versucht, das Ernährungsverhalten im Zusammenhang mit gesundheitspsychologischen Fragestellungen zu untersuchen, um zu neuen, weiterführenden Erkenntnissen zu gelangen. In der Verknüpfung beider Forschungsbereiche sieht die Autorin die Möglichkeit, den praktischen Nutzen der Ernährungswissenschaft zu steigern. Notwendig erscheint dazu – stärker als bisher geschehen – ernährungsbezogenes Handeln in der Alltagswirklichkeit von einem multidisziplinären Ansatz ausgehend zu analysieren.

III EMPIRISCHER ERHEBUNGSRAHMEN

1 Hypothetisches Rahmenmodell, Leitfragen und Ablauf der Untersuchung

Auf Basis der in Kapitel II, 2-5 skizzierten modelltheoretischen sowie empirischen Befunde und den daraus identifizierten Forschungslücken konnten für die vorliegende Untersuchung zwei Forschungsfragen abgeleitet werden (ausführliche Herleitung in Kapitel II, 6):

- Welche Bedingungen der persönlichen Umwelt⁶¹ wirken sich auf den Prozess einer Ernährungsverhaltensmodifikation bei Personen mit Hypercholesterinämie förderlich oder hinderlich aus?
- Können die identifizierten Einflussgrößen einzelnen Stadien⁶² einer Ernährungsverhaltensmodifikation zugeordnet werden?

Gemäß dem Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens (Kapitel III, 2) sollen diese grundlegenden Fragestellungen in ein hypothetisches Modell übersetzt werden, woraus im Anschluss differenzierte Leitfragen resultieren (GLÄSER/LAUDEL 2004: 111). Auf Basis der formulierten Leitfragen haben die Entwicklung des Studiendesigns und der Erhebungsinstrumente (Diskussions- und Interview-Leitfaden) sowie im späteren Verlauf die Ergebnisdarstellung und Diskussion der Befunde stattgefunden (siehe weiter unten im Kapitel).

Das hypothetische Modell der vorliegenden Arbeit basiert auf den stadien-theoretischen Annahmen des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns (Kapitel II, 3.3 und 3.4) sowie einer besonderen Betrachtung ihres Konstrukts „Barrieren und Ressourcen“. Im Sinne einer umfassenden Analyse des Ernährungsalltags sollen sowohl förderliche als auch hemmende situative und individuelle Einflussfaktoren aus den Lebensbereichen „Haushalt“, „Arbeitsplatz“ und „Freizeit“ einschließlich ihrer sozialen Interaktionen erfasst werden. Im Unterschied zum HAPA, nach dem sich Barrieren und Gelegenheiten nur auf die volitionalen Stadien der Aufnahme und Aufrechterhaltung auswirken (SCHWARZER 2004: 91), wird in der vorliegenden Untersuchung davon ausgegangen, dass sie den gesamten Prozess einer Ernährungsverhaltensmodifikation beeinflussen (Abb. 9). Wie ein Rahmen wird daher der Alltagskontext um den Verhaltensänderungsprozess gesetzt und soll damit das ursprüngliche HAPA-Modell hinsichtlich seiner Barrieren- und Ressourcen-

⁶¹ Die persönliche Umwelt ist hier definiert durch die drei Alltagsbereiche „Haushalt/Familie“, „Arbeitsplatz/Kollegen“ sowie „Freizeit/Freunde“ – einschließlich ihrer sozialen Interaktionen.

⁶² Stadien: Präkontemplation, Kontemplation, Präparation, Aufnahme, Aufrechterhaltung

Sichtweise erweitern: Es wird angenommen, dass Bedingungen der persönlichen Umwelt eine Verhaltensumstellung vom Stadium der Präkontemplation bis zu dem der Aufrechterhaltung beeinflussen können. Die drei Ovale zur Abbildung der Alltagsbedingungen sind überlappend dargestellt, da von einer gegenseitigen Beeinflussung dieser Bereiche ausgegangen wird.

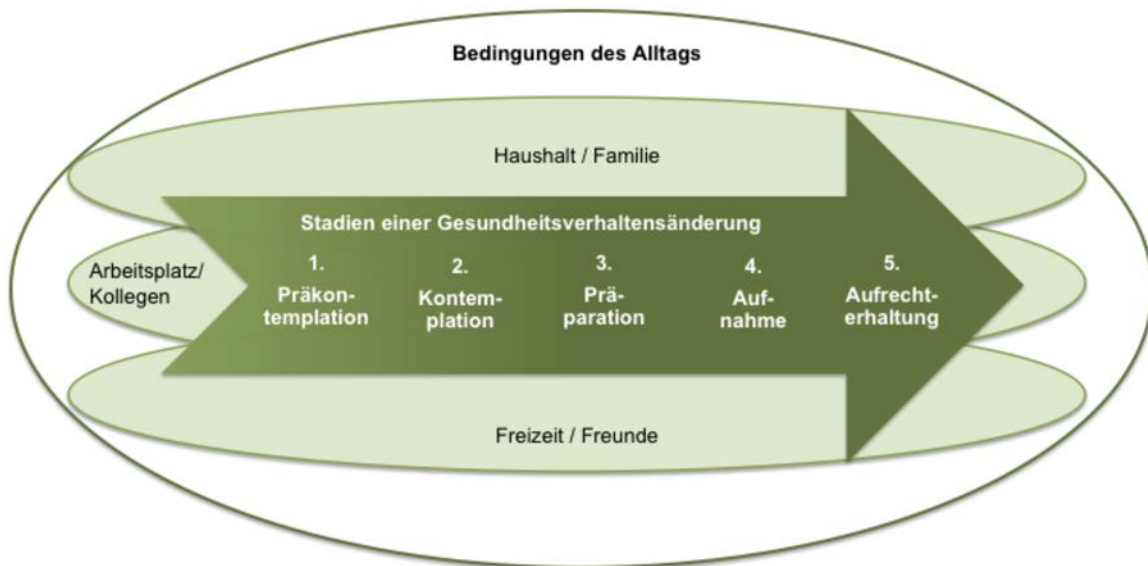


Abbildung 9: Hypothetisches Untersuchungsmodell (Quelle: Eigene Darstellung)

Basierend auf dem qualitativen Paradigma ist bei der Darstellung des hypothetischen Modells bewusst darauf verzichtet worden, prädeterminierte Aussagen über Zusammenhänge in der empirischen Wirklichkeit abzubilden. Ebenso sind in dem hypothetischen Modell keine sozial-kognitiven Modellkonstrukte des HAPA abgebildet, da diese bereits für verschiedene Gesundheitsverhaltensweisen umfassend erforscht worden sind (Kapitel II, 3.3) und daher in der vorliegenden Arbeit keine Berücksichtigung finden sollen.

Zur Beantwortung der oben angeführten Forschungsfragen bedarf es detaillierter Informationen bzw. Subfragestellungen, die explizit auf das Untersuchungsfeld gerichtet sind. Diese sogenannten Leitfragen stellen ein Bindeglied zwischen theoretischen Vorüberlegungen und qualitativen Erhebungsmethoden dar (GLÄSER/LAUDEL 2004: 88).⁶³

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen können für die hier vorge-

⁶³ In quantitativ angelegten Untersuchungen entspricht die Funktion der Leitfragen der der Hypothesen (GLÄSER/LAUDEL 2004: 88).

stellte Untersuchung folgende Leitfragen formuliert werden:

- Welche Faktoren aus den Alltagsbereichen „Haushalt“, „Arbeitsplatz“ und „Freizeit“ hemmen den Prozess einer Ernährungsverhaltensmodifikation (= Barrieren)?
- Welche Faktoren aus den Alltagsbereichen „Haushalt“, „Arbeitsplatz“ und „Freizeit“ fördern den Prozess einer Ernährungsverhaltensmodifikation (= Ressourcen)?
- Sind einzelne Barrieren bzw. Ressourcen charakteristisch für bestimmte Stadien (Stichwort: Stadienspezifität)?
- Welche Bedeutung haben demografische und sozioökonomische Rahmenbedingungen auf den Prozess einer Ernährungsverhaltensmodifikation?
- Welche Bedeutung haben subjektiver Gesundheitszustand und Krankengeschichte auf den Prozess einer Ernährungsverhaltensmodifikation?
- Welcher Alltagsbereich (Haushalt, Arbeitsplatz oder Freizeit) übt den stärksten Einfluss auf eine Ernährungsverhaltensmodifikation aus?

Um die genannten Leitfragen beantworten zu können, ist im Feld wie folgt vorgegangen worden (Abb. 10): Als Vorstudie hat eine Gruppendiskussion mit Ernährungsberatern stattgefunden. Hier sollten die aus der Literatur identifizierten Einflussfaktoren des Alltagskontextes auf die Ernährungsorganisation mit den von Klienten zurückgespielten Erfahrungen der Beratungsfachkräfte verglichen werden. Die Ergebnisse sind in die Entwicklung eines Interview-Leitfadens eingeflossen, mit dem im Anschluss die Einzelinterviews durchgeführt worden sind. In der Haupterhebung sind Personen mit diagnostizierter Hypercholesterinämie befragt worden. Dieser Personenkreis verfügt einerseits über ein gewisses Maß an Risikowahrnehmung, andererseits ist es ihm möglich, durch eine fettmoderate und fettmodifizierte Ernährung Einfluss auf die Blutlipidparameter nehmen zu können (nähere Ausführungen zur Fallauswahl in Kapitel III, 4.3).⁶⁴

Zur Testung der Stadienspezifität identifizierter Alltagsbedingungen hat die Forscherin die Erhebung als Querschnittuntersuchung angelegt, wobei aus jedem Stadium einer Gesundheitsverhaltensänderung die gleiche Anzahl an Personen (Männer und Frauen) befragt worden ist. Unter der Annahme, dass

⁶⁴ Nicht unberücksichtigt bleiben soll an dieser Stelle auch die Tatsache, dass das Auftreten einer Fettstoffwechselstörung mit der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen assoziiert ist, die in Deutschland mit rund 40 % aller Todesfälle seit vielen Jahren die häufigste Todesursache darstellen und daher von besonderer Bedeutung sind (STATISTISCHES BUNDESAMT 2011: 252).

erstens eine Person im Laufe der Zeit von einem Stadium in das nächste wechselt und zweitens diese Person in jedem Stadium typische Merkmale dieser Stadien aufweist, ist es nach LIPPKE und RENNEBERG (2006b: 53) möglich, einen Querschnitt von Personen zu untersuchen, die sich in den unterschiedlichen Stadien einer Verhaltensänderung befinden. Die Betrachtung von Personen in den einzelnen Stadien entspricht damit einer Betrachtung von Personen an unterschiedlichen Punkten im Prozess einer Gesundheitsverhaltensänderung.



Abbildung 10: Ablauf der Untersuchung (Quelle: Eigene Darstellung)

Zusammengefasst besteht das zentrale Anliegen der Erhebung darin, Einflussfaktoren für das tägliche Ernährungshandeln auf Basis einer Differenzierung des Alltags in die drei Lebensbereiche „Haushalt“, „Arbeitsplatz“, „Freizeit“ zu identifizieren. Dabei werden Personen untersucht, die sich in verschiedenen gesundheitspsychologischen Stadien einer Verhaltensänderung befinden, um

zu prüfen, ob die identifizierten Einflussfaktoren stadienspezifisch sind. Insgesamt zielt die Untersuchung auf eine präzise und differenzierte Beschreibung von Bedingungen des Ernährungsalltags ab, um aufzuzeigen, welche Faktoren für die Organisation und Umsetzung eines ernährungsbezogenen Zielverhaltens förderlich bzw. hinderlich sind. Aus den Erkenntnissen der Ergebnisdiskussion (Kapitel IV, 2) sollen Handlungsempfehlungen zur Förderung einer phasenspezifischen Ernährungsberatung abgeleitet werden (Kapitel V).

2 Begründung des qualitativen Methodenansatzes und Herleitung der methodologischen Prinzipien für die vorliegende Untersuchung

In der empirischen Sozialforschung, zu der sich auch die aktuelle Untersuchung zuordnen lässt, wird grundsätzlich zwischen einem quantitativen und einem qualitativen Forschungsansatz unterschieden. Die Hauptunterschiede zwischen beiden Methodologien beziehen sich insbesondere darauf, wie die Erkenntnisgewinnung und das Vorgehen im Forschungsprozess gestaltet werden (BEHRENS 2003: 219). Eine quantitative Verfahrensweise wird gewählt, wenn bereits erhebliches Vorwissen über den Forschungsgegenstand besteht. Im Gegensatz dazu wird ein qualitativer Ansatz zur Exploration eines relativ unbekannten Forschungsfelds angewandt, über welches es nur geringes Vorwissen und vage Vermutungen gibt (BORTZ/DÖRING 2006: 50ff; DIEKMANN 2004: 31). Aufgrund der in Kapitel II, 6 beschriebenen Forschungslücke und den sich daraus ergebenden Forschungs- und Leitfragen (Kapitel III, 1) ist die logische Konsequenz, einen qualitativen Methodenansatz für die aktuelle Erhebung zu wählen.

Qualitative Sozialforschung basiert auf der Interpretation verbaler Beschreibungen von Sachverhalten, die die Komplexität des sozialen Umfeldes berücksichtigen, um so Kausalzusammenhänge aufzudecken bzw. zu überprüfen. Der Erkenntnisprozess ist vorrangig induktiv, kann aber auch ein Wechselspiel zwischen induktiver und deduktiver Herangehensweise darstellen. Es werden vorab formulierte theoriegeleitete Leitfragen dahingehend überprüft, ob sich diese möglichst nah an der sozialen Realität orientieren (MAYRING 2008: 22; LAMNEK 2005: 339). Demnach erfolgt die Theorieentwicklung als offener Prozess: Sie ist nicht feststehend, sondern vielmehr das Ergebnis einer Analyse der im Forschungsfeld beobachteten Sachverhalte. Mit dem hiermit im Zusammenhang stehenden „Prinzip der Offenheit“ wird der explizite Verzicht auf eine Standardisierung der Analyse zu Beginn des Forschungsprozesses gefordert. Das Prinzip der Offenheit ist eines von vier zentralen methodologischen Prinzipien qualitativer Forschung, die GLÄSER und LAUDEL (2004: 27-33) formulieren,

um über den Untersuchungsgegenstand zu gültigen und verlässlichen Interpretationen gelangen zu können. In welcher Form diese Prinzipien in der vorliegenden Arbeit Berücksichtigung finden, wird nachstehend erläutert:

Prinzip der Offenheit

Wie angedeutet, fordern GLÄSER und LAUDEL (s. o.) eine Grundhaltung der Offenheit des Forschers gegenüber der Untersuchungsperson, der -situation und den -methoden. Im Umkehrschluss birgt mangelnde Offenheit des Forschers die Gefahr, dass Informationen aufgrund von Vorurteilen und (theoriegebundener) Voreingenommenheit in vorgefertigte Kategorien „gepresst“ werden. FLICK (1995: 41) nutzt hierfür auch den Begriff der „Phänomenologie“, was bedeutet, dass ein unvoreingenommenes Erfassen der subjektiven Wirklichkeit durch den Forscher erfolgen soll. Das Prinzip der Offenheit wird in der vorliegenden Arbeit durch qualitative Erhebungsmethoden (Gruppendiskussion, Einzelinterviews; Kapitel III, 3.1 und 4.1), qualitative Erhebungsinstrumente (halbstrukturierte Leitfäden; Kapitel III, 3.2 und 4.2) und die Auswertungstechnik (qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING; Kapitel III, 4.5) realisiert.

Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens

GLÄSER und LAUDEL (s. o.) betonen die Notwendigkeit, an vorhandenes theoretisches Wissen über den Untersuchungsgegenstand anzuschließen, da nur so Wissenszuwachs möglich ist. Dieser Grundsatz wird von einigen sehr strengen Verfechtern des Prinzips der Offenheit kritisiert. Die Autorin der vorliegenden Arbeit sieht im Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens keinen Widerspruch zum erst genannten Prinzip: Das Prinzip der Offenheit ist Prämisse für den qualitativen Methodenansatz, aber nicht unter Verzicht auf Vorüberlegungen. Damit folgt die Autorin der Argumentation von MAYRING (2008: 52): *„Theorien, so wird häufig gesagt, würden das Material verzerren, den Blick zu sehr einengen, würden ein ‚Eintauchen in das Material‘ behindern. Begreift man jedoch Theorie als ein System allgemeiner Sätze über den zu untersuchenden Gegenstand, so stellt sie nichts anderes als die geronnenen Erfahrungen anderer über diesen Gegenstand dar. Theoriegeleitet heißt nun, an diese Erfahrungen anzuknüpfen, um einen Erkenntnisfortschritt zu erfahren.“* Dieses zweite Prinzip wird in der vorliegenden Arbeit dadurch sichergestellt, dass aus theoretischen Vorüberlegungen geleitet Forschungs- und Leitfragen formuliert worden sind (Kapitel III, 1), die im Anschluss in Themenkomplexe für den Leitfaden der Gruppendiskussion übersetzt worden sind (Kapitel III, 3.2). Die Ergebnisse der Gruppendiskussion stellen wiederum die Grundlage für die Leitfaden-Konzeption der Einzelinterviews dar (Kapitel III, 4.2).

Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens

Nach Ansicht von GLÄSER und LAUDEL (s. o.) sollte eine möglichst exakte Beschreibung des Forschungsvorgehens erfolgen, um eine intersubjektive Reproduzierbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten. Dieses Prinzip stellt somit eine wichtige Grundlage wissenschaftlichen Arbeitens dar und ist ein Maß für die Verlässlichkeit der gewonnenen Daten. Durch das Offenlegen der einzelnen Untersuchungsschritte hält sich die vorliegende Arbeit an diese Prämisse. Sie orientiert sich hierbei an den methodologischen Regeln und Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung im Allgemeinen bzw. der qualitativen Interviews und der qualitativen Inhaltsanalyse im Besonderen (Kapitel III, 4.5 sowie IV, 3).

Prinzip vom Verstehen als Basis sozialwissenschaftlicher Forschung

Dieses Prinzip berücksichtigt die Spezifik des Gegenstandsbereichs „Sozialwissenschaft“ und fordert als unverzichtbares Mittel qualitativer Forschung, dass die Ergebnissinterpretation durch den Forscher situationsabhängig und mit Verständnis erfolgen soll. Die Autorin des hier dargestellten Untersuchungsgegenstandes hat sich zum Ziel gesetzt, in deutender Weise den Sinn der Handlung des Befragten zu hinterfragen, zu verstehen und ursächliche Erklärungsansätze zu finden (Kapitel IV, 2).

Die genannten Prinzipien dienen dazu, die Forschungsstrategie und den Methodenansatz abhängig vom Untersuchungsgegenstand, den Forschungszielen sowie dem Forschungskontext (Vorwissen, Ressourcen) zu gestalten und eine nachvollziehbare Struktur zu geben. Im Rahmen einer qualitativen Herangehensweise für den vorliegenden Untersuchungsgegenstand hat sich die Forscherin als Vorstudie für eine qualitative Gruppendiskussion entschieden.

3 Die Gruppendiskussion als Vorstudie

3.1 Methodik

Zur Identifizierung möglicher Einflussfaktoren innerhalb des Alltagsgeschehens auf den Prozess einer Ernährungsverhaltensmodifikation hat eine Gruppendiskussion mit Personen aus der Ernährungsberatung stattgefunden.

Als Gruppendiskussion⁶⁵ wird ein Gespräch mehrerer Teilnehmer zu einem vom Diskussionsleiter vorgegebenen Thema verstanden, über das in strukturierter (und moderierter) Weise diskutiert wird. Hierbei sollte sich ein möglichst

⁶⁵ In der Literatur finden sich neben dem Begriff „Gruppendiskussion“ als gleichbedeutend die Bezeichnungen „Gruppenexperiment“, „Kollektivinterview“ oder „Gruppengespräch“ (LAMNEK 2005: 408). Da sich die Terminologie „Gruppendiskussion“ als Standardbezeichnung durchgesetzt hat, wird im Folgenden ausschließlich diese verwendet.

selbstläufiger Diskurs entwickeln, in dem die Erfahrungen/Berichte der Gruppe im Vordergrund stehen und nicht die Relevanzen des Moderators bearbeitet werden (BOHNSACK/MAROTZKI/MEUSER 2006: 76). Erstmals von LEWIN 1936 in der Kleingruppenforschung eingesetzt, hat die Gruppendiskussion Mitte der 1950er Jahre insbesondere in der Markt- und Meinungsforschung Anwendung gefunden (BORTZ/DÖRING 2006: 319; LAMNEK 2005: 409). In jüngster Zeit entwickelt sich das Verfahren zunehmend zu einem Standard der qualitativen Forschung (BOHNSACK/MAROTZKI/MEUSER 2006: 76).

Auch in der aktuellen Untersuchung hat die Forscherin als ersten Erhebungsschritt eine Diskussionsrunde gewählt, da ihr entscheidender Vorteil – im Vergleich zu Einzelinterviews – in der Gruppendynamik und dem damit unter den Teilnehmern angeregten Meinungsaustausch liegt. FLICK (2007a: 251) nutzt hierfür den Begriff der „Erkenntnisquelle“: Durch den Austausch der Teilnehmer mit teilweise kontroversen Ansichten ist seiner Meinung nach ein größerer Erkenntnisgewinn möglich als bei Einzelinterviews. Zudem kommen durch die gegenseitige Stimulierung individuelle Informationen⁶⁶ deutlicher zum Vorschein als bei Einzelgesprächen (BLUMER 1973: 123).

Für die Gruppendiskussion der hier vorgestellten Arbeit sind folgende methodische Aspekte berücksichtigt worden:

- Ernährungsberater werden als Experten des Themas angesehen.
- Die Diskussionsteilnehmer entsprechen einer Realgruppe.
- Es ist eine mittlere Gruppengröße gewählt worden.

Nachstehend soll das Zustandekommen der methodischen Aspekte ausführlicher geschildert werden.

Ernährungsberater als Experten

Aus methodologischer Perspektive können Teilnehmer einer Gruppendiskussion in Laien und in Experten unterteilt werden. Der Begriff „Experte“ beschreibt einen vom Forscher verliehenen Status, der sich aus dem Untersuchungsgegenstand ableitet. Bei der Befragung von Experten steht in den meisten Fällen nicht das Individuum im Mittelpunkt der Untersuchung, vielmehr ist er als Repräsentant für einen spezifischen Handlungsbereich interessant oder im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand in besonderer Weise kompetent (MAYER 2008: 38; MEUSER/NAGEL 2005a: 259). Als Experten im Sinne des Untersuchungsgegenstands der vorliegenden Arbeit werden Personen aus der Ernährungsberatung angesehen. Sie verfügen aus ihrer praktischen Erfahrung

⁶⁶ i. S. v. Meinungen, Einstellungen, Verhalten, Normen, Werten u. ä.

heraus – durch Rückmeldungen ihrer Klienten während der Beratungsgespräche – über Wissen zu möglichen Einflussfaktoren einer Ernährungsverhaltensumstellung, die die Umsetzung im Alltag fördern bzw. hemmen. Mit dem Ziel, dieses Expertenwissen mit den theoretischen Erkenntnissen aus der Literatur abzugleichen, ggf. zu vervollständigen, wird dieser Personenkreis für die Gruppendiskussion ausgewählt.

Reale Gruppenzusammensetzung

Eine Diskussionsgruppe kann je nach Zusammensetzung der Teilnehmer folgende Formen aufweisen (FLICK 2007a: 252; LAMNEK 2005: 434):

- a) homogene Gruppe: d. h. im Hinblick auf den Forschungsgegenstand in wesentlichen Dimensionen vergleichbare Teilnehmer,
- b) heterogene Gruppe: d. h. im Hinblick auf den Forschungsgegenstand sehr unterschiedliche Teilnehmer,
- c) natürliche Gruppe (Realgruppe): d. h. die Gruppe ist auch im realen Leben bestehend,
- d) künstliche Gruppe, d. h. zu Forschungszwecken nach bestimmten Kriterien zusammengestellte Gruppe.

NIEßEN (1997: 64) fordert gemäß dem Prinzip der Naturalistizität in der qualitativen Methodologie, Gruppendiskussionen in natürlichen Gruppen durchzuführen. Personen einer Realgruppe verfügen meist über ähnliche Erfahrungen und Hintergründe, sodass ergiebige Diskussionen aufgrund der zu erwartenden Selbstläufigkeit und interaktiven Dichte der Kommunikation zu erwarten sind (PRZYBORSKI/WOHRAB-SAHR 2008: 108f). Dem können pragmatische Gründe entgegenstehen, z. B. durch Autoritätsgefälle ausgelöstes Schweigen oder Anpassen nach oben, durch persönliche Bekanntschaften verhinderte Offenheit oder ähnliches. In künstlichen Gruppen können diese Diskussionshemmnisse möglicherweise verhindert werden. LAMNEK (2005: 434) plädiert daher dafür, je nach Erkenntnisinteresse Vor- und Nachteile der einzelnen Gruppenformen abzuwägen und individuell zu entscheiden. Bei dem ausgewählten Personenkreis der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Realgruppe. Bis auf eine Ausnahme sind alle Ernährungsberater der Diskussionsrunde in einem Netzwerk zusammengeschlossen (Kapitel III, 3.3). Vorteil hierbei ist, dass sich die Teilnehmer bereits kennen und mögliche Hemmungen eines Erstkontakts entfallen. Da die Ernährungsberater in verschiedenen Schwerpunktpraxen tätig sind, ist von einer ergiebigen Diskussion mit einer Bandbreite unterschiedlicher Erfahrungen auszugehen.

Mittlere Gruppengröße

An der Gruppendiskussion haben sieben Experten teilgenommen. In der Literatur schwanken die Angaben zu einer sinnvollen Teilnehmerzahl zwischen 3 und 20 Personen; Gruppen mit fünf bis zehn Teilnehmern werden in der Regel bevorzugt (MANGOLD 1973: 231). Bei zu kleiner Gruppengröße kann die Kommunikation zwanghaft und gegenteilige Meinungen können unterbunden werden. Eine zu große Gruppengröße kann wiederum schnell anonym werden, in der sich einige Teilnehmer hinter anderen verstecken. Schließlich sollte auch hier die Gruppengröße in Abhängigkeit von Erkenntniszielen und Forschungsgegenstand festgelegt werden (LAMNEK 2005: 415).

Die Ergebnisse einer Gruppendiskussion können zur Generierung und/oder Überprüfung von Theorien oder Hypothesen genutzt werden. Darüber hinaus können sie Informationen für die Entwicklung von Interviewleitfaden und Fragebogen liefern (FLICK 2007a: 260; BORTZ/DÖRING 2006: 320). In der vorliegenden Untersuchung ist die Gruppendiskussion als Vorstudie durchgeführt worden mit dem Ziel, aufbauend auf den gewonnenen Erkenntnissen einen Leitfaden für später folgende Einzelinterviews (Kapitel III, 4) entwickeln zu können.

3.2 Konzeption des Leitfadens

Im Sinne einer wissenschaftlich verwertbaren Erkenntnisgewinnung soll im Folgenden die Konstruktion des Diskussions-Leitfadens näher erläutert werden. Der Leitfaden basiert auf dem aktuellen Forschungsstand des Untersuchungsgegenstands sowie den daran orientierten Leitfragen. Primäres Ziel der Gruppendiskussion ist es, aus der praktischen Arbeit der Ernährungsberater bekannte Alltagsbedingungen zu identifizieren, die eine Ernährungsverhaltensumstellung hemmen bzw. fördern können. Wissend, dass die im theoretischen Teil vorgestellten empirischen (Einzel-)Befunde hierzu unter teilweise speziellen Studienbedingungen entstanden sind, können sie doch Trends aufzeigen, welche Determinanten im Ernährungsalltag aktuell diskutiert werden (Kapitel II, 4). Diese werden nachstehend in einer Übersicht dargestellt.

Untersuchungsvariablen im familiären Umfeld:

- Mahlzeitengestaltung
- Zeitverwendung für Beköstigungsarbeit⁶⁷
- Ernährungspräferenzen/-gewohnheiten in der Familie

⁶⁷ In Anlehnung an die Zeitbudgeterhebung umfasst Beköstigungsarbeit im Wesentlichen folgende Tätigkeiten: Zubereitung von Mahlzeiten, Tischdecken, Geschirrräumung, Konservierung/Haltbarmachung von Lebensmitteln und Lebensmittel lagern (MEIER 2004: 74).

- Rollenverständnis und Arbeitsteilung der Ernährungsarbeit
- soziale Unterstützung
- küchenbezogene Fähig- und Fertigkeiten
- biografische Veränderungen

Untersuchungsvariablen im beruflichen Umfeld:

- Mahlzeiten-/Pausengestaltung am Arbeitsplatz
- Versorgungsmöglichkeiten
- Arbeitszeit-/Pausenregelung
- Arbeitsablauf
- berufliche Belastung

Untersuchungsvariablen im freizeitbezogenen Umfeld:

- Art, Mahlzeitengestaltung, Ort und Häufigkeit des Außer-Haus-Verzehrs
- Ernährungspräferenzen/-gewohnheiten von Freunden
- Art, Zeitumfang von Freizeitaktivitäten
- besondere Verzehrsituationen

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse hat die inhaltliche Entwicklung des Diskussions-Leitfadens (Anhang 1) stattgefunden. Dieser ist grundsätzlich so aufgebaut, dass zunächst das praktische Erfahrungswissen der Ernährungsberater unvoreingenommen erfragt wird. Erst im Anschluss sollen die darüber hinausgehenden, aus anderen empirischen Untersuchungen abgeleiteten Determinanten (s. o.), exmanent angesprochen werden.

Nach einer kurzen Schilderung des Diskussionsanliegens seitens des Gesprächsleiters sowie einer Vorstellungsrunde sollen die Teilnehmer aufgefordert werden, spontan jene Faktoren zu notieren, die ihnen in Beratungsgesprächen mit Klienten als förderlich bzw. hinderlich bei einer Ernährungsverhaltensänderung benannt werden. Absichtlich offen als Erzählanreiz zum Einstieg gewählt, können im Folgenden die ermittelten Determinanten von den Diskussionsteilnehmern ausführlich diskutiert werden. Der Diskussionsleiter (= Forscherin der vorliegenden Arbeit) wird die zurückgespielten Äußerungen inhaltlich den drei Alltagsbereichen (Familie, Beruf, Freizeit) zuordnen. Es wird vermutet, bereits hier eine Relevanz der Alltagsbereiche innerhalb des Prozesses einer Ernährungsverhaltensumstellung ableiten zu können.

Wegen seiner vermutlich hohen Priorität soll der Alltagsbereich „Familie/Haushalt“ als erstes detaillierter besprochen werden. Es sollen nachstehende Einflüsse erörtert werden, die sich an den oben angeführten Erkenntnissen voran-

gegangener Forschungsarbeiten orientieren. Sie sind als erzählregende Fragen formuliert:

- Wie sehen familiäre Ernährungspräferenzen aus?
- Wie sind die Mahlzeiten gestaltet (inkl. Zeitverwendung)?
- Welches Rollenverständnis und welche Verteilung der Ernährungsarbeit liegt vor?
- Gibt es Unterstützung bei der Ernährungsumstellung? Welche familiären Reaktionen treten auf?
- Wie steht es um küchenbezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten?

Je nachdem, in welchem Umfang bereits Einflussfaktoren aus dem Alltagsbereich „Arbeitsplatz/Kollegen“ immanent angeführt worden sind, sollen ergänzend folgende Variablen diskutiert werden:

- Versorgungsmöglichkeiten in Arbeitsplatznähe,
- Zufriedenheit mit dem Angebot,
- Gestaltung der Mittagspause,
- Arbeitsumfang, Arbeitszeit-/Pausenregelung,
- Arbeitsablauf,
- Arbeitsbelastung,
- kollegiale Ernährungsgewohnheiten und soziale Norm.

Wie für die beiden vorherigen Themenkomplexe beschrieben, wird ebenso beim Alltagsbereich „Freizeit/Freunde“ vorgegangen. Exmanent soll die Bedeutung folgender Determinanten erfragt werden:

- Ernährungsgewohnheiten der Freunde und soziale Norm,
- Häufigkeit und Art des Außer-Haus-Verzehrs,
- Zufriedenheit mit Außer-Haus-Versorgungsangeboten,
- besondere Verzehrssituationen,
- regelmäßige Freizeitaktivitäten.

Abschließend werden die Diskussionsteilnehmer gebeten, eine Zuweisung der identifizierten Determinanten zu den fünf Stadien einer Ernährungsverhaltensumstellung vorzunehmen. Hierbei ist der Forscherin bewusst, dass dies vermutlich nicht in jedem Fall und auch nicht exakt für eine bestimmtes Stadium möglich sein wird – vielmehr soll hier aus der Erfahrung der Ernährungsberater heraus eine Tendenz aufgezeigt werden, ob die ermittelten Faktoren am Anfang, in der Mitte oder am Ende einer Ernährungsumstellung von besonderem Einfluss zu sein scheinen.

Am Ende der Diskussion sollen die Teilnehmer zum einen die Option erhalten, bisher noch unberücksichtigt gebliebene Aspekte oder sonstige ergänzende Anmerkungen zu äußern. Zum anderen soll eine aktive Ansprache der Ernährungsberater zur Rekrutierung möglicher Probanden für die nachfolgend geplanten Einzelinterviews erfolgen. Es wird sich zeigen, dass diese Ansprache einen effektiven Weg darstellt, Interviewpartner auszumachen, da dieser Personenkreis bei den Ratsuchenden als vertrauenswürdig eingestuft wird. Zudem können die Ernährungsberater ihre Klienten hinsichtlich der Auswahlkriterien (Vorliegen erhöhter Cholesterinwerte, Berufstätigkeit) und Offenheit für eine Befragung sehr gut einschätzen.

Bei der Konzeption des Leitfadens hat die Forscherin absichtlich darauf verzichtet, den Einfluss sozioökonomischer Faktoren diskutieren zu lassen, da hierfür bereits vielfältige Literaturbelege existieren.

Zur Prüfung des entwickelten Leitfadens auf Verständnis und Durchführbarkeit ist dieser vor seinem Einsatz mit einer Ernährungsberaterin besprochen worden. Daraufhin wurden wenige Formulierungen optimiert.

3.3 Auswahl der Experten

Die Wahl der Diskussionspartner erschließt sich aus dem Untersuchungsgegenstand und der darauf basierenden Definition eines Experten (hier: Personen aus der Ernährungsberatungspraxis). Ihre Auswahl unterliegt den Prämissen des von GLASER und STRAUSS (1967: 62) entwickelten Konzepts der theoretischen Stichprobenziehung („theoretical sampling“), wonach die typischen Fälle aufgrund theoretischer Vorüberlegungen und Erkenntnisinteresse ausgewählt werden. Die Teilnehmer der Gruppendiskussion entsprechen größtenteils einer natürlichen Gruppe, die jedoch nicht tagtäglich in dieser Konstellation auftritt. Mit Ausnahme einer Person sind die Diskussionsteilnehmer in einem Verein für Ernährungsberatung (ZEB)⁶⁸ zusammengeschlossen, der in unregelmäßigen Abständen zusammentrifft. Über den Kontakt zur Vereinsvorsitzenden, die das Anliegen der Gruppendiskussion via E-Mail streute, meldeten sich sieben interessierte Ernährungsberater zurück, von denen sich aus terminlichen Gründen schließlich sechs für eine Teilnahme an der Expertendiskussion bereit

⁶⁸ Die Zentrale für Ernährungsberatung e. V. (ZEB) ist aus einer Projektarbeit des Fachbereichs Ökotrophologie an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg unter Leitung von Prof. Dr. Joachim Westenhöfer entstanden und existiert seit 1998. Derzeit umfasst der gemeinnützige Verein zur Förderung gesunden Essverhaltens 45 Ernährungsberater (Stand: 04/2012).

erklärten. Neben der Ansprache der ZEB hat zusätzlich eine Experten-generierung über die Dr. Ambrosius Ernährungsstudios⁶⁹ stattgefunden. Von den im Raum Hamburg tätigen fünf Ernährungsberatern haben sich drei am Untersuchungsgegenstand interessiert gezeigt. Eine von ihnen konnte schließlich für die Teilnahme an der Gruppendiskussion gewonnen werden.

Somit haben insgesamt sieben Ernährungsberater (6 Frauen, 1 Mann) an der Gruppendiskussion teilgenommen. Alle Teilnehmer verfügen über ein abgeschlossenes (Fach-)Hochschulstudium der Ökotrophologie oder der Ernährungswissenschaften und sind seit vielen Jahren in der Ernährungsberatung tätig. Es kann von einem breiten Erfahrungswissen ausgegangen werden, welches sie als Experten für den Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit auszeichnet.

3.4 Durchführung der Diskussion

Vor der Befragung sind die Diskussionsteilnehmer über die Art der Dokumentation (Ton-Mitschnitt) und Anonymität der Datenauswertung aufgeklärt worden. Die Gruppendiskussion hat am Freitag, den 9. Januar 2009, in der Zeit von 15.00 bis 16.30 Uhr in den Räumen der Ernährungsberatungspraxis eines Teilnehmers stattgefunden. Leiter der Gruppendiskussion ist die Autorin dieser Untersuchung selbst gewesen, zusätzlich hat eine weitere Person assistiert. Diese hat sich um technische Details (wie Steuerung des Aufnahmegerätes, Betätigung der Stoppuhr) gekümmert und den Gesprächsverlauf sowie Auffälligkeiten notiert, sodass sich die Diskussionsleiterin auf die inhaltliche Gesprächsführung auf Basis des entwickelten Leitfadens (Anhang 1) konzentrieren konnte. In Anlehnung an die Moderationsmethode als Variante qualitativer Gruppenbefragungen (BORTZ/DÖRING 2006: 319) hat eine moderierte Diskussion mit gemeinsamem Brainstorming und Ergebnisvisualisierung (auf Flip-Charts) stattgefunden.

Um möglichst rasch eine Vertrauensbasis aufzubauen, hat sich die Diskussionsleiterin eingangs kurz persönlich vorgestellt und im Anschluss Anliegen und Ziel der Befragung geschildert. Sie hat verdeutlicht, dass sie selbst über theoretisches Vorwissen verfügt und dieses mit dem praxisbezogenen Expertenwissen der Teilnehmer abgleichen möchte. Hierbei hat sie die Wichtigkeit betont, offen über Erfahrungen zu berichten, um umfassende Einblicke in Fördernisse und Hemmnisse einer Ernährungsverhaltensänderung im sozialen Kontext erhalten zu können.

⁶⁹ 1986 von Dr. Petra Ambrosius gegründet, existieren mittlerweile deutschlandweit ca. 130 Geschäftsstellen (Stand: 04/2012).

Ernährungsberater sind intrinsisch motiviert, das heißt, sie arbeiten in der Regel gern und sprechen begeistert darüber. Deshalb ist in der Aufwärmphase eine auf ihr tägliches Arbeitsgebiet gerichtete Frage ausgewählt und reihum beantwortet worden. Die Teilnehmer haben ihre Schwerpunktarbeit bzw. mögliche Spezialisierungen in der Beratung benannt, sodass sie sich untereinander besser einordnen und ein Gefühl der Zusammengehörigkeit innerhalb der Gruppe entstehen konnte.

Nachfolgend hat die eigentliche Diskussionsrunde mit einem kurzen Brainstorming als Diskussionsanreiz begonnen. Hierbei haben die Teilnehmer spontan Einflussfaktoren notiert, die ihnen in Beratungsgesprächen mit ihren Klienten genannt werden, welche die angestrebte Ernährungsverhaltensänderung positiv oder negativ beeinflussen (Erzählanreiz *„Wie sind Ihre Erfahrungen aus Beratungsgesprächen, was kriegen Sie zurückgespielt: Wann läuft es gut, wo gibt es Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer Ernährungsverhaltensumstellung im Alltag?“*). Je Einflussfaktor ist eine Karteikarte beschrieben worden. Die Diskussionsleiterin hat die beschriebenen Karten den auf drei Flip-Charts genannten Alltagsbereichen „Haushalt/Familie“, „Arbeitsplatz/Kollegen“ und „Freizeit/Freunde“ zugeordnet. Im Anschluss sind die ermittelten Einflussfaktoren je Alltagsbereich nacheinander diskutiert worden. Wie im vorangestellten Kapitel beschrieben, ist zunächst immanent nachgefragt worden. Erst als dies erschöpfend betrachtet worden war, sind exmanente Fragen gestellt worden, die sich nicht unmittelbar auf das vorher Gesagte beziehen, sondern auf das spezifische Erkenntnisinteresse abzielen.

Zum Ende der Expertendiskussion hat die Diskussionsleiterin die Ergebnisse zusammenfassend auf Flip-Charts visualisiert. Mit dem Ziel, die Erfahrungen und Meinungen aller Teilnehmer abzubilden, hat sie zudem explizit in der Runde erfragt, ob diese mit der Zusammenfassung einverstanden sind, oder ob es noch Ergänzungen gibt. Es hat so die Möglichkeit bestanden, bislang unberücksichtigte Aspekte einzubringen. Als keine Diskussionsbeiträge mehr abgegeben worden sind, hat die Diskussionsleiterin die Befragung beendet und dabei die Wichtigkeit dieser erarbeiteten Ergebnisse für die eigene Forschungsarbeit bekräftigt.

Während der gesamten Expertenbefragung hat die Diskussionsleiterin – gemäß den Prinzipien der Leitung einer Gruppendiskussion – darauf geachtet, Interventionen immer an die gesamte Gruppe zu adressieren, in die Verteilung der Redebeiträge nicht einzugreifen sowie selbst weitgehend auf die Einnahme einer Teilnehmerrolle zu verzichten (PRZYBORSKI/WOHRAB-SAHR 2008: 110). Für

gewöhnlich ist es dennoch so, dass manche Teilnehmer mehr sagen als andere. Verhält sich eine Person ruhig, kann dies in zwei Richtungen interpretiert werden: Einerseits kann die Meinung des Schweigenden vollständig in den Beiträgen anderer aufgehen, sodass es sich erübrigt, etwas zu sagen. Andererseits kann Schweigen auch ein Zeichen dafür sein, dass sich die Meinung von dem Gesagten sehr stark unterscheidet und sich keine Anknüpfungspunkte ergeben. Sowohl LAMNEK (2005: 444) als auch PRZYBORSKI und WOHRAB-SAHR (2008: 113) sind der Ansicht, dass Schweigen nicht den empirischen Zugang zu den kollektiven Orientierungen stört. Da in der beschriebenen Expertendiskussion keine gänzlich schweigenden Teilnehmer aufgefallen sind, bleibt dieser Aspekt im Folgenden unberücksichtigt.

3.5 Ergebnisse

Der digitale Tonmitschnitt der Expertendiskussion ist vollständig transkribiert worden (Anhang 2). Dabei haben inhaltliche Aspekte im Vordergrund gestanden, mundartliche Ausdrücke und Sprechweisen sind weitgehend in das Hochdeutsche übertragen worden (KUCKARTZ et al. 2008: 27f; FLICK 2007a: 379). Angaben zu den Teilnehmern, die Rückschlüsse auf konkrete Personen erlauben würden (z. B. Namen, Orte), sind anonymisiert worden (PRZYBORSKI/ WOHRAB-SAHR 2008: 162).

Als Hauptergebnis der Expertendiskussion ist die Identifizierung von Gegebenheiten und Bedingungen im Alltagsgeschehen anzusehen, die eine Ernährungsverhaltensumstellung günstig oder ungünstig beeinflussen können. Diese unten angeführten Faktoren spiegeln die aus Beratungsgesprächen mit Klienten gewonnenen praktischen Erfahrungen der Ernährungsberater wider und sind auf zwei Wegen erarbeitet worden:

- a) spontane Nennung von Faktoren zu Beginn der Diskussion,
- b) im Verlauf der Diskussion gemeinsam ermittelte Faktoren.

Die Aufzählung der identifizierten Einflussfaktoren erfolgt ohne Gewichtung. Eine Kennzeichnung mit einem Sternchen (*) bedeutet, dass es sich um eine spontane Nennung gehandelt hat.

Bereich: Haushalt/Familie

- Ablehnung versus Unterstützung in der Familie*
- Essvorlieben der Familienmitglieder*
- Stress (z. B. Kinder haben höchste Priorität und bestimmen die Nahrungsauswahl)*

- Sorgen/Probleme in der Familie (z. B. Arbeitslosigkeit des Partners, Beziehungsprobleme)*
- bisher gewohntes, schwer änderbares Einkaufs- und Kochverhalten*
- küchentechnische Voraussetzungen, Kenntnisse und Fertigkeiten*
- Planung und Durchführung der Vor-/Zu- und Nachbereitung von Mahlzeiten
- Zeitmangel
- Geschmacksprägung/Vorleben durch die Eltern

Bereich: Arbeitsplatz/Kollegen

- Probleme am Arbeitsplatz*
- Stress am Arbeitsplatz*
- Essverhalten der Kollegen*
- Speisenangebot in Arbeitsplatznähe (z. B. Kantine, Imbiss)*
- Zugang zu Süßigkeiten (z. B. Naschteller im Büro)
- Vorhandensein von Koch-/Zubereitungsmöglichkeiten, Pausenraum
- lange Arbeitszeiten (Zeitmangel durch Vollberufstätigkeit) und Pausenregelung
- Arbeitsablauf

Bereich: Freizeit/Freunde

- Essverhalten der Freunde/Peer Group*
- Ablehnung versus Unterstützung durch Freunde*
- verfügbares Angebot des Außer-Haus-Verzehrs in der gewünschten Situation
- (Binsen-)Wissen der Freunde zum Thema Ernährung
- soziale Norm (Erwartungshaltung)
- Freizeitgestaltung

Bereichsübergreifende Faktoren

- finanzielle Ressourcen*
- Alltagsrituale/Gewohnheiten (z. B. am Nachmittag ein Stück Kuchen)*
- Fehlen von Erkrankungen versus mehrere gesundheitliche Probleme gleichzeitig
- Essen in besonderen Situationen (z. B. Buffet auf Geburtstagsfest, Restaurantbesuch)
- Lebensmittelwerbung

Auf die Frage zur Relevanz der drei Alltagsbereiche innerhalb des Prozesses einer Ernährungsverhaltensumstellung haben die Ernährungsberater wie ver-

mutet den Bereich „Haushalt/Familie“ einstimmig als den am einflussreichsten angesehen und insgesamt folgende Rangfolge vergeben:

1. Bereich „Haushalt/Familie“,
2. Bereich „Arbeitsplatz/Kollegen“,
3. Bereich „Freizeit/Freunde“.

Zum Abschluss der Diskussionsrunde sind die Teilnehmer aufgefordert worden, jeden identifizierten Einflussfaktor – wenn möglich – zu einer der fünf Stadien einer Gesundheitsverhaltensänderung zuzuordnen, bei der der Einfluss dieses Faktors am größten erscheint. Hierbei sind die Ernährungsberater im Gespräch zu dem Ergebnis gekommen, dass aus ihrer Erfahrung heraus die ermittelten Alltagsfaktoren keinen speziellen Stadien zugeschrieben werden können, da je nach individueller Lebenssituation die einzelnen Faktoren unterschiedlich intensiv wirken. Bei vier Faktoren („Speisenangebot in Arbeitsplatznähe“, „Essverhalten der Freunde/Peer Group“, „Essen in besonderen Situationen“, „Planungsbereitschaft“) sind vage Vermutungen geäußert worden, dass der Einfluss vermutlich in den Stadien vier oder fünf am stärksten sein könnte.

Die gewonnenen Erkenntnisse der Gruppendiskussion sind dazu genutzt worden, den Leitfaden für die Einzelinterviews zu entwickeln.

4 Die Einzelinterviews

4.1 Methodik

Aufbauend auf den Erkenntnissen der Experten-Gruppendiskussion sind in der vorliegenden Erhebung face-to-face Interviews durchgeführt worden. Das Interview ist – wie die Gruppendiskussion – eine Methode der qualitativen empirischen Sozialforschung, wobei die interviewte Person angeregt werden soll, Ansichten und Erfahrungen frei zu formulieren (DIEKMANN 2004: 375).

Aus methodologischer Sicht sind folgende Aspekte in die Ausarbeitung der Einzelinterviews eingeflossen:

- Es handelt sich um problemzentrierte Interviews.
- Als Erhebungsinstrument wird ein halbstrukturierter Leitfaden eingesetzt.
- Interviews müssen als Interaktionsprozesse wahrgenommen werden.

Nachstehend sollen diese Aussagen näher erläutert werden.

Problemzentrierte Interviewform

In der Literatur werden verschiedene Formen qualitativer Interviews unterschieden: das narrative, episodische, problemzentrierte, fokussierte, rezeptive oder Tiefen-Interview. Sie unterscheiden sich insbesondere in ihrem Grad der Offenheit und der Strukturierung (theoretisches Konzept, Vorwissen) (FLICK/KARDORFF/STEINKE 2003: 100; LAMNEK 2002: 174). In der vorliegenden Arbeit sind die Interviews in Anlehnung an das problemzentrierte Interview durchgeführt worden, da diese Interviewform den methodologischen Prinzipien der Offenheit, Theorie- und Regelgeleitetheit sowie des Verstehens als Basishandlung qualitativer Forschung am besten entspricht (Kapitel III, 2). Die Forscherin hat bereits im Vorfeld des problemzentrierten Interviews ein theoretisches Konzept (Leitfaden, Anhang 4) erarbeitet, das durch die Befragung mit der sozialen Realität verglichen und ggf. modifiziert wird (LAMNEK 2005: 382).

Halbstrukturierter Leitfaden

Offene Leitfadeninterviews werden auch als teil- bzw. halbstandardisierte Interviews bezeichnet und sind die gängigste Form qualitativer Befragungen (BORTZ/DÖRING 2006: 314). Sie entwickelten sich aus der Kritik an standardisierten Befragungssituationen, die künstlich und aus Alltagsbezügen herausgelöst sind (FLICK 2007a: 248). Anders als beim standardisierten Interview werden keine Antworten vorgegeben, vielmehr handelt es sich um eine offene Befragungssituation, in der der Interviewer Erzählanregungen gibt. Hierbei ist er nicht distanziert, sondern ein „[...] engagierter, wohlwollender und emotional beteiligter Gesprächspartner, der flexibel auf den Befragten eingeht [...]“ (BORTZ/DÖRING 2006: 308). So soll der eingesetzte Leitfaden sicherstellen, dass erkenntnisinteressierende Themenbereiche angesprochen werden. Er dient daher als Gedächtnisstütze und inhaltlich strukturierter Orientierungsrahmen (MEUSER/NAGEL 2005b: 81f). Gleichzeitig sei auf HOPF (1978: 101) verwiesen, der vor einer Blockade der Gesprächsbereitschaft durch „Leitfadenbürokratie“ warnt: Demnach sollen die Fragen nicht starr einem vorab bestimmten Ablaufschema folgen, sondern vielmehr offen formuliert sein, sodass der Interviewer auf (unerwartete) narrative Potentiale der interviewten Person flexibel reagieren kann. Die Forscherin geht somit zwar mit theoretischen Vorüberlegungen in das Feld, gemäß dem Prinzip der Offenheit in der qualitativen Forschung dominiert jedoch die Konzeptgenerierung. Deduktive (theoretische) und induktive (empirische) Herangehensweisen wechseln sich ab (LAMNEK 2005: 368).

GLÄSER und LAUDEL (2004: 139) weisen ergänzend darauf hin, dass sich der Interviewer dennoch inhaltlich nicht zu weit vom Leitfaden entfernen sollte. Es bestehe sonst die Gefahr, unbewusst die Fragen so zu formulieren, dass damit theoretische Vorüberlegungen bestätigt werden. Die Autoren sind der Ansicht,

dass eine möglichst enge Kontextbindung an den Leitfaden vor vorzeitigen (Fehl-)Schlüssen schützt.

Der Einsatz eines Leitfadens hat ferner die Funktion der Vergleichbarkeit gewonnener Daten mehrerer Interviews einer Untersuchung. Er stellt sicher, dass alle im Vorfeld theoretisch generierten Themenkomplexe im Feld tatsächlich angesprochen werden und daher vergleichbare inhaltliche Aspekte diskutiert werden (MAYER 2008: 56).

In der vorliegenden Untersuchung ist ein halbstrukturierter Leitfaden (Anhang 4) eingesetzt worden, der die anzusprechenden Themenbereiche in Stichworten benennt und somit eine Gedankenstütze liefert, jedoch keine vorformulierten Fragen beinhaltet. Somit kann zum einen die Prämisse der offenen Interviewführung und zum anderen intersubjektive Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet werden. Näheres zur Konzeption und zum Inhalt des in der vorliegenden Arbeit eingesetzten Leitfadens findet sich im folgenden Kapitel III, 4.2.

Interview als Interaktionsprozess

Da eine Interviewsituation einen sozialen Interaktionsprozess darstellt, können von beiden Partnern Wirkungen (sog. „Interviewer Bias“) ausgehen, die Einfluss auf die Befragung nehmen können (HAMMANN/ERICHSON 1990: 107). Es muss bedacht werden, dass Teilnehmer versuchen, mit ihren Antworten zu gefallen bzw. zu beeindrucken oder ihre Angaben daran orientieren, wie es der Interviewer für richtig halten könnte (FELSER 2001: 456). Um Reaktivität als motivationale Verzerrung zu vermeiden, ist in der Feldphase dieser Arbeit die Anonymität der Datenerhebung betont und Fragen zum Untersuchungsziel sind erst im Anschluss an die Befragung beantwortet worden. Mit dem Ziel einer (möglichst) ergebnisneutralen Erhebungssituation ergibt sich so eine recht hohe Genauigkeit und Qualität der Daten.

4.2 Konzeption des Leitfadens

Um dem Erkenntnisinteresse in transparenter Weise gerecht zu werden, wird die Entwicklung des Leitfadens (Anhang 4), der als Erhebungsinstrument für die Einzelinterviews gedient hat, nachfolgend dargestellt. Grundlage für deren Konzeption ist die enge Orientierung an den forschungsleitenden Fragestellungen und den Ergebnissen der hierfür vorangestellten Gruppendiskussion mit Ernährungsberatern gewesen. Zusammengefasst haben die Diskussionsteilnehmer für alle drei diskutierten Alltagsbereiche (Haushalt, Arbeitsplatz, Freizeit) folgende Einflussfaktoren identifiziert:

- Essgeschmack des sozialen Umfelds,
- Akzeptanz der Ernährungsweise durch soziales Umfeld,

- Zeitverwendung für Haushalt, Erwerbstätigkeit, Freizeit,
- emotionale Barrieren (z. B. Ärger, Trauer, Enttäuschung),
- situative Barrieren (z. B. Feste, Stress⁷⁰, Langeweile, Urlaub),
- Alltagsrituale/Gewohnheiten,
- finanzielle Ressourcen,
- persönlicher Gesundheitsstatus.

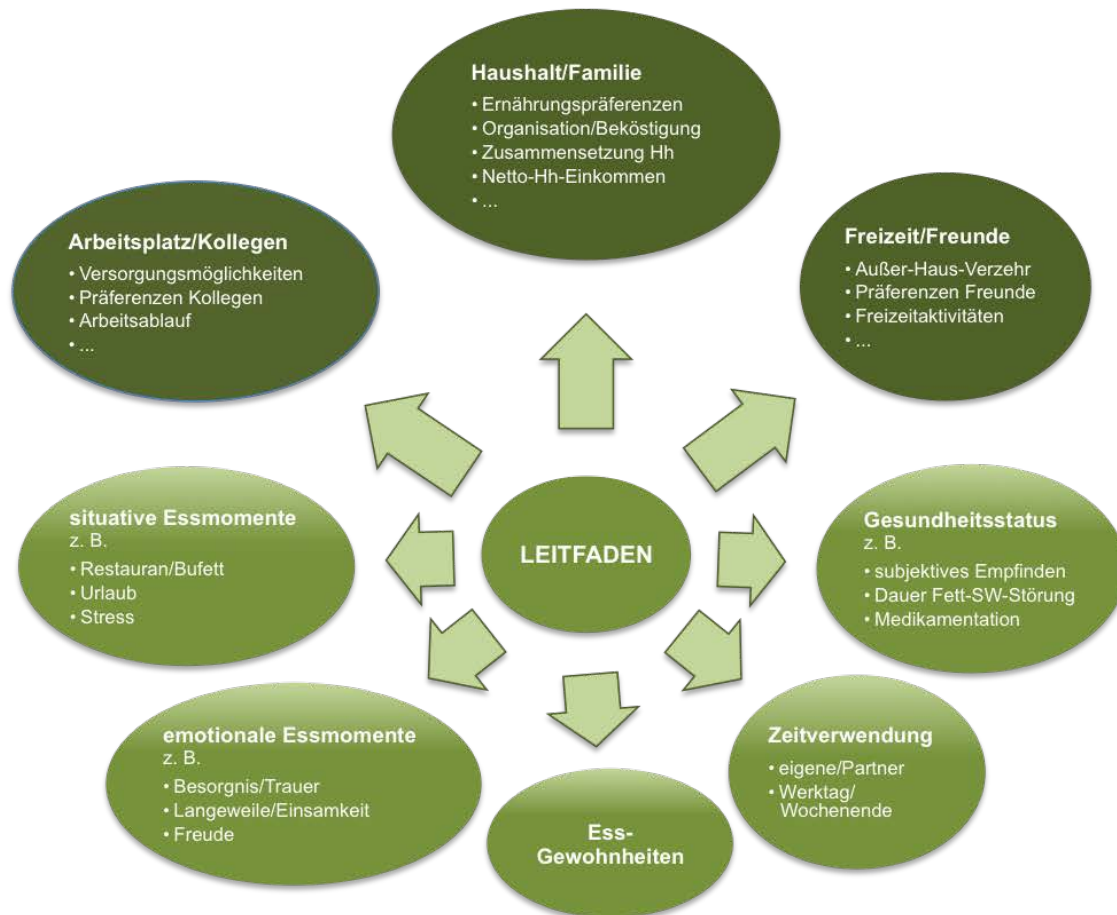
Darüber hinaus sind für die drei Alltagsbereiche spezifische Größen genannt worden, zum Beispiel

- für den Bereich „Haushalt/Familie“: bisheriges Einkaufs-/Kochverhalten, Zusammensetzung des Haushalts,
- für den Bereich „Arbeitsplatz/Kollegen“: Versorgungsmöglichkeiten vor Ort, Arbeitsablauf und
- für den Bereich „Freizeit/Freunde“: regelmäßige Aktivitäten außer Haus, verfügbares Angebot für Außer-Haus-Verzehr in der gewünschten Situation.

Der Interview-Leitfaden ist so aufgebaut, dass je Themenkomplex eine Hauptfrage bzw. ein Erzählanreiz formuliert ist, durch die der Interviewpartner angeregt werden soll, möglichst von sich heraus zu berichten. Innerhalb jedes Themenkomplexes gibt es – im Interview-Leitfaden eingerückt stehend – inhaltlich untergeordnete, spezifische Themen. Diese stellen in erster Linie Gedankenstützen für die Forscherin dar: Zum einen in welche Richtung die Antwortmöglichkeiten gehen könnten, zum anderen um ggf. exmanent nachfragen zu können, wenn die Ausführungen des Befragten beendet sind. Die Forscherin hat bewusst auf einen ausformulierten Leitfaden verzichtet; stattdessen handelt es sich vielmehr um ein thematisches Tableau, welches flexibles Nachfragen zulässt und zudem der strukturellen Übersichtlichkeit dient.

Abbildung 11 zeigt auf, welche Hauptthemen im Leitfaden verankert sind; beispielsweise werden einige Unterthemen inhaltlicher Art angeführt. Die drei Alltagsbereiche „Haushalt“, „Arbeitsplatz“ und „Freizeit“ sind von besonderem Erkenntnisinteresse und werden daher in dunkelgrüner Farbe dargestellt.

⁷⁰ Der Begriff „Stress“ beschreibt einen subjektiven Zustand, der durch Reize, sogenannte Stressoren, ausgelöst wird. Diese können physikalischer Natur sein (z. B. Kälte, Hitze, Lärm) oder toxische Substanzen (z. B. Tabakrauch), psychische und emotionale Belastungen (z. B. Konflikte, Ängste) oder Leistungsanforderungen (z. B. Überforderung, Zeitdruck, geringer Handlungsspielraum) umfassen (REIMANN/POHL 2006: 218). Stress beinhaltet somit sowohl situative als auch emotionale Komponenten. Da die Interviewpartner der vorliegenden Arbeit den Begriff „Stress“ für die Beschreibung von Termindruck und Zeitmangel verwendet haben, ordnet die Autorin diese Belastung als situative Barriere ein.



Hh = Haushalt, SW = Stoffwechsel

Abbildung 11: Themenbereiche des Interview-Leitfadens (Quelle: Eigene Darstellung)

Der Interview-Leitfaden gliedert sich demnach in acht thematische Abschnitte, welche die zentralen Bereiche des Erkenntnisinteresses widerspiegeln. Als übergeordneten, ersten Erzählimpuls ist die Frage nach der Beschreibung eines typischen Wochen-/Wochenendtags anzusehen, mit besonderem Interesse an Schilderungen zum Ess- und Trinkverhalten. Hier soll der Befragte zunächst ausführlich sein Ernährungsverhalten und deren Praktikabilität im Alltag erläutern, mit allen Informationen, die er für wesentlich empfindet – unvoreingenommen von möglichen Interessen des Interviewers. Je nach Inhalt der hier seitens des Interviewpartners gegebenen Darstellung bauen nun die Spezifizierungen der nachfolgenden Themenkomplexe auf.

Im ersten Abschnitt wird der Alltagsbereich „Familie/Haushalt“ erfasst, wobei insbesondere folgende Unterthemen angesprochen werden:

- Ernährungs- und Trinkverhalten zu Hause,
- Ernährungspräferenzen in der Familie,
- Rücksichtnahme auf besondere Ernährungsbedürfnisse,
- gemeinsame Mahlzeiten,

- lieb gewonnene Essrituale (ggf. mit Familie),
- Akzeptanz des Ernährungsverhaltens/der Ernährungsverhaltensänderung durch Familie,
- Verantwortung und Durchführung von Einkauf, Vor-/Zu-/Nachbereitung von Mahlzeiten (Arbeitsteilung),
- Abstimmung in der Familie bei der Essenswahl,
- Unterschiede werktags versus Wochenende.

Im zweiten Abschnitt geht es um den Alltagsbereich „Arbeitsplatz/Kollegen“. Schwerpunkte des Interesses sind hier:

- Ernährungs- und Trinkverhalten am Arbeitsplatz,
- Ernährungspräferenzen Kollegen,
- Akzeptanz des Ernährungsverhaltens/der Ernährungsverhaltensänderung durch Kollegen,
- Gestaltung der Mittagspause,
- Versorgungsmöglichkeiten in Arbeitsplatznähe,
- küchentechnische Ausstattung am Arbeitsplatz,
- Arbeitsablauf/Arbeitsbelastung,
- Arbeitszeiten/Arbeitsweg (inkl. ggf. Partner),
- Gesundheitsangebote vom Arbeitgeber.

Der dritte Themenkomplex beschäftigt sich mit dem Bereich „Freizeit/Freunde“. Er beinhaltet folgende Unterfragen:

- Art und Häufigkeit des Außer-Haus-Verzehrs,
- Ernährungspräferenzen Freunde,
- Akzeptanz des Ernährungsverhaltens/der Ernährungsverhaltensänderung durch Freunde,
- Essrituale mit Freunden,
- Außer-Haus-Aktivitäten,
- Unterschiede werktags versus Wochenende.

Im vierten Abschnitt geht es um die Zeitverwendung vom Befragten selbst sowie – wenn vorhanden – von seinem Partner:

- Arbeiten für Beköstigung,
- Arbeiten im Haushalt/Garten,
- sonstige Verpflichtungen,
- Zeit mit der Familie,
- Zeit für persönliche Interessen,
- Unterschiede werktags versus Wochenende,
- Zufriedenheit mit Zeitverwendung/-verteilung (inkl. Partner).

Der fünfte und sechste Themenkomplex beziehen sich auf das Ernährungs- und Trinkverhalten in sogenannten „besonderen“ (außergewöhnlichen) Situationen bzw. in Situationen, in denen der Befragte aus emotionalen Gründen anders isst/trinkt als sonst üblich. Hierfür ist zunächst in einer offenen Formulierung hinterfragt, ob der Interviewpartner solche Situationen aus eigener Erfahrung kennt und wenn ja, welche das sein könnten und worin genau die Unterschiede (qualitativ/quantitativ, kurz-/langfristige Änderung) zum herkömmlichen Ernährungsverhalten liegen. Zudem wird angesprochen, ob derartige Situationen nur in bestimmten Alltagsbereichen (privat vs. beruflich) entstehen und wie häufig sie vorkommen.

Im siebten Abschnitt werden Ernährungsgewohnheiten/-routinen erfragt. Es soll ermittelt werden, inwieweit das derzeitige Essverhalten sich in den letzten Jahren verändert hat, wie zufrieden der Befragte damit ist, und ob er für die Zukunft Veränderungen beabsichtigt, vielleicht sogar bereits konkrete Pläne hierfür vorliegen. Mit der Beantwortung dieses Themenbereiches werden der Forscherin wichtige Informationen für die nach Ende des Interviews zu treffende Stadienzuordnung einer Ernährungsverhaltensänderung gegeben (Kapitel III, 4.3).

Im letzten Teil rücken der persönliche Gesundheitszustand und die Krankengeschichte in den Mittelpunkt der Befragung, insbesondere:

- subjektive Beurteilung des Gesundheitszustands (inkl. ggf. Partner),
- Historie zu der vorliegenden Fettstoffwechselstörung,
- Medikation,
- Stellenwert von Gesundheit im Alltag,
- Einflussmöglichkeiten von Ernährung auf Gesundheit allgemein, Fettstoffwechsel im Besonderen,
- Bewegungsverhalten.

Am Ende der Befragung werden die Teilnehmer ihr Haushaltsnettoeinkommen sowie ihr Lebensalter und ggf. das ihres Partners in vordefinierte Einkommens- bzw. Altersklassen einordnen (Anhang 5). Bei der Bildung der Kategorien ist sich an anderen Arbeiten orientiert worden (ROBERT KOCH-INSTITUT 2006). Falls seitens der Befragten noch Inhalte unberücksichtigt bleiben oder sie sonstige Ergänzungen zu Einflussfaktoren ihrer Ernährungsweise vornehmen möchten, ist in der Abschlussphase eine aktive Ansprache durch den Interviewer angesetzt.

Nach Durchführung von zwei Pretest-Interviews mit Personen aus dem Bekanntenkreis der Forscherin ist der Interview-Leitfaden hinsichtlich der Reihenfolge

einzelner Themenkomplexe sowie der Verständlichkeit von Fragen-/Begriffsformulierungen optimiert worden. Zudem ist es so möglich gewesen, die Zeitdauer eines Interviews mit rund 60 Minuten besser einzuschätzen. Nach der Adaptation verlief das daraufhin durchgeführte dritte Probeinterview wunschgemäß, sodass mit der eigentlichen Feldphase begonnen werden konnte.

Es bleibt noch anzumerken, dass während der gesamten Feldphase eine Optimierung des Leitfadens stattgefunden hat, um neue Erkenntnisse bereits durchgeführter Interviews einfließen zu lassen. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um inhaltliche Änderungen, vielmehr wird die Möglichkeit gesehen, bestimmte Formulierungen verbessern zu können.

4.3 Auswahl der Interviewpartner

Gemäß dem qualitativen Methodenansatz der vorliegenden Untersuchung zielt die Datenerhebung weniger auf eine statistisch-quantifizierbare Repräsentativität der Stichprobe ab, als vielmehr auf die Erhebung typischer Fälle, d. h. auf die inhaltliche Repräsentation (MAYER 2008: 39; LAMNEK 2005: 384). Aus diesem Grund erfolgt die Fallauswahl nach dem Theoretical Sampling, d. h. es hat eine gezielte, erkenntnisleitende Stichprobenauswahl stattgefunden (GLASER/STRAUSS 1967: 62). Um Verzerrungen bei der Auswahl zu vermeiden, werden von der Forscherin zum einen Selbstkontrolle, zum anderen Offenheit für von der Theorie abweichende Fälle gefordert (Kapitel III, 2).

Vor diesem Hintergrund sowie dem bestehenden Forschungsinteresse und den Forschungsressourcen sind die Interviewpartner im Rahmen der vorliegenden Untersuchung folgendermaßen ausgewählt worden:

a) Anzahl der Interviewpartner

Aufgrund der in Kapitel II, 3.4 beschriebenen stadientheoretischen Überlegungen sollen in dieser Arbeit fünf Stadien (1. Präkontemplation, 2. Kontemplation, 3. Präparation, 4. Aufnahme, 5. Aufrechterhaltung), die eine Person im Prozess einer ernährungsbezogenen Verhaltensmodifikation durchläuft, einzeln betrachtet werden. Je Phase wiederum sollen zwei Männer und zwei Frauen befragt werden, sodass insgesamt 20 Interviews zustande kommen (Tab. 8).

Tabelle 8: Stichprobenumfang je Stadium einer Ernährungsverhaltensmodifikation und Geschlecht (n = 20) (Quelle: Eigene Darstellung)

Geschlecht	Stadien einer Ernährungsverhaltensmodifikation				
	Präkontem- plation	Kontem- plation	Präpa- ration	Auf- nahme	Aufrecht- erhaltung
Männer	n = 2	n = 2	n = 2	n = 2	n = 2
Frauen	n = 2	n = 2	n = 2	n = 2	n = 2

b) Generelle Kriterien bei der Fallauswahl

Als Erstes müssen bei den Interviewpartnern erhöhte Gesamt- oder LDL-Cholesterinwerte vorliegen. Hierbei ist die absolute Höhe der Blutfettwerte weniger von Bedeutung, vielmehr müssen die Probanden das Bewusstsein dafür haben, dass ihre Werte erhöht sind (Stichwort: Risikowahrnehmung). Mehrere Umfragen zeigen, dass erhöhte Cholesterinwerte in der Bevölkerung als persönliche Gesundheitsgefährdung wahrgenommen werden.⁷¹ Sie stellen in der Bevölkerung ein Musterbeispiel für einen bekannten und über die Ernährung beeinflussbaren Risikofaktor u. a. für Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar (WISSENSCHAFTSJAHR 2011; MAX RUBNER-INSTITUT 2008a: 115).

Zum Zweiten müssen die Interviewpartner einer Erwerbstätigkeit nachgehen (Vollzeit bzw. mindestens eine $\frac{3}{4}$ -Stelle) und ihr Arbeitsplatz muss räumlich getrennt von ihrem Haushalt sein. Diese Vorgabe ist nötig, um eine Verzerrung bei der Gewichtung der drei definierten Alltagsbereiche „Familie“, „Arbeitsplatz“, „Freizeit“ innerhalb der Teilnehmer zu vermeiden.

Als drittes Auswahlkriterium sollte bei den Probanden möglichst kein – jedoch maximal ein – weiterer Herz-Kreislauf-Risikofaktor⁷² vorliegen. Damit soll sichergestellt werden, dass alle Probanden ein objektiv ähnliches Niveau gesundheitlicher Bedrohung aufweisen. Aus der Gesundheitspsychologie ist bekannt, dass eine reale Krankheitsbedrohung und Vulnerabilität vorhanden sein muss, damit eine Person darüber nachdenkt, ihr Gesundheitsverhalten zu ändern (Kapitel II, 3).

c) Spezielles Auswahlkriterium: Stadienzugehörigkeit

Die Zuordnung des Interviewpartners zu einer der genannten fünf Stadien einer Verhaltensänderung ist durch die Autorin selbst erfolgt und erst ex post, also nach Beendigung des Interviews, vorgenommen worden. Zur besseren inter-

⁷¹ 43 % der Deutschen glauben, dass ein zu hoher Cholesterinwert ein hohes Risiko für die Gesundheit des Betroffenen darstellt (WISSENSCHAFTSJAHR 2011).

⁷² Aufgrund der Befunde diverser retro- und prospektiver Studien sind als wesentliche Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen neben der Hypercholesterinämie identifiziert worden: Hypertonie, Tabakkonsum, Diabetes mellitus Typ 2, Übergewicht (körperliche Inaktivität und Stress bedingen teilweise die vorher genannten Risikofaktoren) (Kapitel II, 5.2).

subjektiven Nachvollziehbarkeit soll im Folgenden aufgezeigt werden, wie hierbei vorgegangen worden ist.

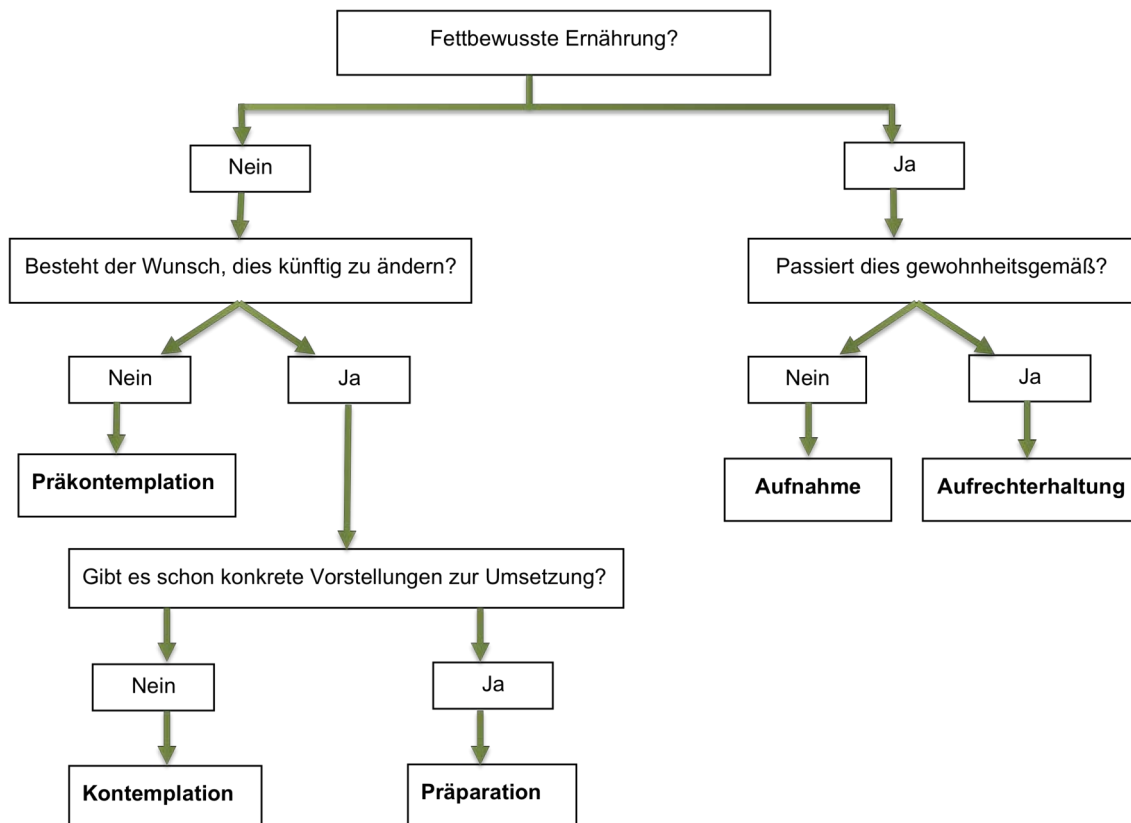


Abbildung 12: Algorithmus zur Stadienklassifikation „fettbewusste Ernährung“ (Quelle: Eigene Darstellung)

Für Personen mit erhöhten Cholesterinwerten ist die bewusste Auswahl der Nahrungsfette von besonderer Bedeutung, da sie hierüber die Höhe ihrer Blutfettwerte mit beeinflussen können (Kapitel II, 5.3). Demnach ist als ernährungsbezogenes Zielverhalten eine fettbewusste Ernährung fixiert, was ein bewusstes Achten auf die Qualität (tierische vs. pflanzliche Fette) und die Menge an verzehrtem Fett umfasst. Zur Definition von „Fettbewusstsein“ hat sich die Autorin an empirisch erhobenen Hauptquellen der Fettaufnahme orientiert. Laut der Nationalen Verzehrsstudie II nehmen die Deutschen das meiste Nahrungsfett über Streichfette, Fleisch/-erzeugnisse und Wurstwaren sowie Milch/-erzeugnisse und Käse zu sich (MAX RUBNER-INSTITUT 2008b: 101).⁷³ Daraus ableitend definiert die Autorin dieser Arbeit, dass sich eine

⁷³ Hauptquellen der Fettaufnahme in Deutschland (MAX RUBNER-INSTITUT 2008b: 101)

a) Männer: Streichfette 22 %, Fleisch/-erzeugnisse und Wurstwaren 17 %, Milch/-erzeugnisse und Käse 15 %, Backwaren 6 %, Süßwaren 6 %, Gerichte auf Fleischbasis 5 %, Gerichte auf Gemüsebasis 3 %, Soßen 3 %

b) Frauen: Streichfette 20 %, Milch/-erzeugnisse und Käse 18 %, Fleisch/-erzeugnisse und Wurstwaren 11 %, Backwaren 6 %, Süßwaren 6 %, Gerichte auf Gemüsebasis 5 %, Gerichte auf Fleischbasis 3 %, Soßen 3 %

Person dann fettbewusst ernährt, wenn sie bei mindestens zwei der drei Hauptquellen der Fettaufnahme (Streichfett, Wurst-/Fleischwaren, Milchprodukte) auf Qualität und Quantität achtet. Vom so konstatierten momentanen Fettverzehr (fettbewusst vs. nicht fettbewusst) ausgehend, hat die Forscherin im zweiten Schritt die Interviewpartner aufgrund getätigter Aussagen hinsichtlich ihres zukünftigen Fettverzehrs auf Basis der psychologischen Kriterien⁷⁴ „Intention“, „Planung“ und „Habituation“ zu einer der fünf Stadien einer Gesundheitsverhaltensänderung zugeordnet (Abb. 12). Hierbei hat sie sich an die bereits bestehenden Stadiendiagnostiken von FUCHS (2001) und LIPPKE/SNIEHOTTA (2003) angelehnt. Zur Transparenz und Nachvollziehbarkeit sind die Äußerungen der Befragten zu ihrem derzeitigen und künftigen Fettverzehr sowie der daraufhin erfolgten Klassifikation der Stadienzugehörigkeit in Anhang 9 einzusehen.

d) Rekrutierung der Interviewpartner

Die Kontakte zu den Ernährungsberatern der Expertendiskussion sind als Erstes genutzt worden, um über deren Klienten potentielle Interviewpartner zu rekrutieren. Gleichzeitig hat eine Weitergabe und Auslage eines Probandengesuches (Anhang 3) sowie die aktive Ansprache verschiedener Institutionen stattgefunden, bei denen Cholesterinwertbestimmungen durchgeführt werden. Hierbei sind folgende Kommunikationswege genutzt worden:

- Weitergabe des Probandengesuches an alle Ernährungsberater der Zentrale für Ernährungsberatung e. V. (Hamburg),
- Auslage des Probandengesuchs in:
 - o 17 Apotheken mit Zusatzleistung „Cholesterinmessung“ (Berlin, Hamburg)
 - o 9 Arztpraxen für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin, für Endokrinologie (Hamburg)
 - o Charité, medizinische Klinik mit Schwerpunkt Endokrinologie (Berlin),
- Aktive persönliche Ansprache potentieller Interviewpartner durch:
 - o Deutsches Herzzentrum (Berlin), Oberarzt der Kardiologischen Ambulanz sowie Ernährungsberaterin des angeschlossenen Ernährungsberatungszentrums
 - o Ernährungsfachkräfte und Ärzte, die in Einzelgesprächen auf Fachkongressen vom Inhalt des Promotionsvorhabens erfuhren und zur Probandenrekrutierung motiviert werden konnten.

⁷⁴ Mit diesem Vorgehen soll dem Hauptkritikpunkt reiner Stadienmodelle, wie dem Trans-theoretischen Modell, aus dem Weg gegangen werden, in denen die Einteilung der Stadien aufgrund rein zeitlicher Kriterien erfolgt (mit Ablauf einer bestimmten Zeitdauer, z. B. nach zwei Monaten, findet automatisch ein Wechsel in das nächst höhere Stadium statt).

Die meisten Studienteilnehmer konnten letztlich über engagierte Ernährungsfachkräfte sowie durch das sogenannte Schneeballverfahren (Empfehlungen seitens bereits befragter Probanden) gewonnen werden. Da das Schneeballverfahren über verschiedene Zugänge angestoßen worden ist, konnten so auch Kontraste im Feld (Personen aus verschiedenen Stadien einer Gesundheitsverhaltensänderung) identifiziert und genutzt werden.

4.4 Durchführung der Interviews

Im Zeitraum vom 30.03.2009 bis 10.02.2010 hat die Forscherin insgesamt 22 Interviews durchgeführt, die zwischen 35 und 110 Minuten gedauert haben (Durchschnitt: 62 Minuten pro Interview). Um die vorab festgelegte Stadien- und Geschlechterverteilung zu erreichen, mussten zwei Interviews im Nachhinein ausgeschlossen werden. Ein weiteres Interview ist nach nur wenigen Gesprächsminuten abgebrochen worden, da sich herausgestellt hat, dass die Probandin nur eine halbe Stelle an ihrem Arbeitsplatz verbringt und somit keine Hauptmahlzeit dort einnimmt (Kriterien der Fallauswahl in Kapitel III, 4.3). Um Manipulation hinsichtlich der Gabe vermeintlich gewünschter Auskünfte (Interviewer-Bias) zu vermeiden, ist das Forschungsziel – bei Interesse des Teilnehmers – erst im Anschluss an die Befragung erläutert worden. Eine Beeinflussung durch Dritte hat nicht stattgefunden.

Die Interviews haben zu zweit (Forscherin und Teilnehmer) entweder in der Wohnung des Teilnehmers oder der Forscherin stattgefunden. Ziel ist es gewesen, eine private, vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zu schaffen, in der die Befragten entspannt berichten können. Zudem sollte die Beteiligung am Interview für sie einen möglichst geringen Fahr- und Organisationsaufwand bedeuten.

Bereits im Vorfeld der eigentlichen Befragung ist in einem Telefonat über die Anonymität aufgeklärt sowie die Aufzeichnung des Interviews mit einem Aufnahmegerät erläutert und abgestimmt worden. In einer kurzen Aufwärmphase hat sich die Forscherin noch einmal das Einhalten der Auswahlkriterien bestätigen lassen und an die Offenheit der Teilnehmer appelliert, von ihren alltäglichen Ess- und Trinkgewohnheiten zu berichten – unbeeinflusst von vermeintlich „richtigen“ oder „falschen“ Aussagen. Im Anschluss ist das eigentliche Interview mit einem vorformulierten Erzählanreiz problemorientiert eingeleitet worden (*„Beschreiben Sie zunächst einmal, wie ein typischer Wochentag bei Ihnen abläuft. Und zwar interessiert mich dieser insbesondere im Hinblick auf den Part des Essens und Trinkens – mit allem, was dazu gehört.“*). Dieser

narrative Eingangsstimulus ist bei allen Interviews gleich gehalten worden, um eine Vergleichbarkeit des Datenmaterials zu gewährleisten (PRZYBORSKI/WOHRAB-SAHR 2008: 81). Die Forscherin hat die hier gegebenen Schilderungen grob notiert, um sie später als einleitenden Erzählanreiz neuer Themenkomplexe wieder aufgreifen zu können.

Hat der Befragte seinen Redefluss unterbrochen, jedoch die Forscherin nicht den Eindruck gehabt, dass die Schilderung beendet ist, ist der Teilnehmer ermutigt worden, die Darstellung fortzusetzen – ohne ihn dabei „inquisitorisch“ auszufragen. Erst als der Interviewte endgültig im Erzählen stoppte, ist die weitere Offenlegung seiner subjektiven Beschreibungen gefördert worden, indem unklare, widersprüchliche oder anderweitig erklärungsbedürftige Aussagen herausgegriffen und hinterfragt worden sind. Erst als die immanenten Fragen erschöpfend beantwortet worden sind, hat die Forscherin das exmanente Nachfragen eingeleitet, um bislang noch unberücksichtigte Themenbereiche des unterstützenden Leitfadens anzusprechen. Bei dieser Verständnis generierenden Gesprächsführung besteht die Möglichkeit, gebildete Annahmen und Interpretationen dem Befragten zurückzuspielen und ggf. zu korrigieren (Kapitel III, 4.1).

Die beschriebene Kommunikationsstrategie (erst freies Erzählen, danach immanente Fragen, am Ende exmanente Fragen) ist bei jedem neuen Themenkomplex des Interview-Leitfadens angewandt worden. Ziel hierbei ist es gewesen, die Teilnehmer möglichst von allein die interessierenden Themen und Forschungsfragen abhandeln zu lassen. Gleichzeitig ist innerhalb dieses systematischen Vorgehens genug Offenheit eingeräumt worden, um auf unerwartete Darstellungen des Interviewpartners eingehen zu können. Generell hat die Forscherin in der Interviewsituation darauf geachtet, offene, neutrale und einfache Fragen zu formulieren und Suggestivfragen zu unterlassen.

Am Ende der Befragung sind die Teilnehmer gebeten worden, ihr Haushaltsnettoeinkommen sowie ihr Lebensalter und ggf. das ihres Partners vordefinierten Kategorien zuzuordnen (Anhang 5). Da es gelungen ist, während des Interviews ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, beantworteten alle Befragten diese sensiblen Fragen bereitwillig.

Nachdem einige Teilnehmer zum Abschluss des Interviews die Möglichkeit genutzt haben, noch bisher unberücksichtigte Inhalte bzw. Ergänzungen zu äußern, ist das Interview an dieser Stelle beendet gewesen, und die Forscherin hat das Aufnahmegerät abgeschaltet. Hiernach schließen sich häufig informelle Gespräche an, die dem „Smalltalk“ der Begrüßungsphase ähnlich erscheinen, inhaltlich aber meist wenig damit zu tun haben (BORTZ/DÖRING 2006: 311).

Auch in dieser Untersuchung sind nach Beendigung des Tonmitschnitts wichtige, teilweise persönliche Äußerungen getätigt worden. Diese hat die Forscherin im Anschluss an das Interview in einem Gesprächsprotokoll notiert. Darüber hinaus sind in diesem folgende Dinge vermerkt worden: Auffälligkeiten in der Gesprächssituation (z. B. Störungen durch andere Haushaltsmitglieder), die Gesprächsatmosphäre (z. B. Zugänglichkeit des Interviewten), Auffälligkeiten zur Befragungsperson (z. B. Figur), Kontaktdaten für Rückfragen, räumliche Gegebenheiten, Datum. Ein beispielhaftes Gesprächsprotokoll ist in Anhang 6 einzusehen. Im Transkriptionsdokument sind diese Notizen entweder am Ende oder an der inhaltlich passenden Stelle des Interviews – entsprechend als Nachtrag vermerkt – zu finden. Relevante Anmerkungen aus dem Gesprächsprotokoll sind in die spätere Datenauswertung mit einbezogen worden.

4.5 Datenauswertung und Gütekriterien der qualitativen Inhaltsanalyse

Qualitative Methoden werden oft hinsichtlich Zustandekommen der Daten und deren Interpretation bemängelt (LAMNEK 2005: 463). Um diesen Kritikpunkt zu umgehen, wird im Folgenden der Prozess der Datenanalyse und -interpretation weitestgehend dokumentiert und offen gelegt, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit der gewonnenen Ergebnisse zu ermöglichen.

Ein notwendiger Schritt vor der Datenanalyse und -interpretation ist die Verschriftlichung der digitalen Tonmitschnitte. So können Interpretationen eindeutig auf entsprechende Textstellen zurückgeführt werden, was wesentlich zur intersubjektiven Überprüfbarkeit beiträgt. Alle Interviews hat die Forscherin selbst vollständig transkribiert, um hier ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten. Ein beispielhaft angeführtes Interviewtranskript kann in Anhang 7 eingesehen werden. Die Transkripte aller Einzelinterviews befinden sich in digitaler Form im CD-Anhang. Bei der Verschriftlichung haben inhaltliche Aspekte im Vordergrund gestanden, mundartliche Ausdrücke und Sprechweisen sind weitgehend in das Hochdeutsche übertragen worden (FLICK 2007a: 379). Nonverbale Aspekte des Gesprächs, wie längere Sprechpausen oder Lachen, sind an auffälligen Stellen vermerkt worden, wenn sie auf eine Besonderheit im Gesprächsverlauf hinweisen und für weitere Analyseschritte wichtig sein könnten (KUCKARTZ et al. 2008: 27f). Da nach jedem Interview ein Gesprächsprotokoll angefertigt worden ist, können weitere Inhalte, die im Anschluss an das eigentliche Interview erzählt worden sind, und Beobachtungen während der Interviews mit in die Datenauswertung einbezogen werden. Wie auch bei der Gruppendiskussion sind Daten, die Rückschlüsse auf konkrete Personen erlauben würden (z. B. Namen, Orte), anonymisiert worden (PRZYBORSKI/WOHRAB-SAHR

2008: 162). Insgesamt ist Datenmaterial von mehr als 400 DIN-A4-Textseiten (in Word) entstanden.

Das erstellte Transkriptmaterial ist nach dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (2008: 12) ausgewertet worden. Hierbei erfolgt eine Reduktion des Ausgangsmaterials. Ferner ist die qualitative Inhaltsanalyse gekennzeichnet durch ein systematisches, nach expliziten Regeln folgendes Vorgehen innerhalb der Textanalyse, die es ermöglicht, intersubjektiv nachvollziehbar zu arbeiten. Gleichzeitig geht die Inhaltsanalyse theoriegeleitet vor, d. h. sowohl Analyse als auch Ergebnisinterpretation werden von theoretischen Fragestellungen geleitet. Dieses Verfahren unterscheidet sich von der quantitativen Inhaltsanalyse vor allem dadurch, dass a) nicht die Häufigkeit des Auftretens bestimmter Aspekte, sondern der Inhalt dessen analysiert wird und b) das theoretisch abgeleitete Kategoriensystem am Datenmaterial überprüft und abgeglichen wird (GLÄSER/LAUDEL 2004: 193).

MAYRING (2008: 58) definiert drei Grundformen des Interpretierens: die zusammenfassende⁷⁵, die explizierende⁷⁶ und die strukturierende Inhaltsanalyse. Mit dem Ziel, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien (Kategoriensystem) eine bestimmte Struktur aus dem Datenmaterial herauszufiltern, hat die Autorin für die vorliegende Arbeit das Verfahren der Strukturierung, genauer gesagt der inhaltlichen Strukturierung, gewählt. Bei dieser zentralen inhaltsanalytischen Technik wird das Ausgangsmaterial zu bestimmten Themenbereichen extrahiert und zusammengefasst.

Das speziell der vorliegenden Arbeit zugrundegelegte Kategoriensystem ist in Form eines schriftlich formulierten Kodierleitfadens – bestehend aus Kategoriebezeichnung⁷⁷, Kategoriendefinition und Ankerbeispielen – einzusehen (Anhang 8). Auf Basis theoretischer Überlegungen fand zunächst eine deduktive Kategorienbildung statt, bei der sich die Forscherin an die im Interview-Leitfaden formulierten Themenkomplexe orientiert hat. Im Streben nach einer möglichst gegenstandsnahen Abbildung des Datenmaterials (Stichwort: Prinzip der Offenheit) ohne tiefgreifende Verzerrungen durch Vorannahmen seitens der Forscherin, sind zudem auch auf induktivem Wege gebildete Kategorien eingeflossen (BORTZ/DÖRING 2006: 329; LAMNEK 2005: 531). Daher ist das nach

⁷⁵ Ziel dieser Analyseart ist es, das Material so zu reduzieren, dass wesentliche Inhalte in einem Kurztext erhalten bleiben, der ein Abbild des Ausgangsmaterials ist (MAYRING 2008: 58).

⁷⁶ Ziel dieser Analyseart ist es, das Verständnis fraglicher Textteile durch zusätzliches Material zu erweitern (MAYRING 2008: 58).

⁷⁷ Im Kontext von Inhaltsanalysen fungieren „Kategorien“ als Variablen bzw. Variablenausprägungen (BORTZ/DÖRING 2006: 329). Die entwickelten Kategorien können, wenn nötig, zur besseren Übersichtlichkeit in Unterkategorien aufgegliedert werden (MAYRING 2008: 89).

einem Probelauf entstandene Kategorienschema nicht als starr angesehen worden, sondern durch induktive, direkt aus dem Datenmaterial abgeleitete Kategoriendefinitionen ergänzt worden. Mit diesem Vorgehen sollte einigen Kritikpunkten der qualitativen Inhaltsanalyse (eher theoriegeleitet als theoriegenerierend, zu sehr reduktiv als explikativ) entgegengewirkt werden (BOHNSACK 2006: 90). Beim anschließenden Hauptdurchgang sind alle Textteile, die durch die gebildeten Kategorien angesprochen worden sind, aus dem Material herausextrahiert worden. Diese kodierten Textstellen (sog. „Fundstellen“) sind samt Quellenangabe in eine Excel-Tabelle übertragen worden. Davon ausgehend hat die Autorin – nach den von MAYRING (2008: 62) aufgestellten Regeln des Zusammenfassens – zunächst eine Paraphrase und im Nachgang eine Generalisierung sowie Reduktion des extrahierten Materials je Kategorie vorgenommen.

Ein beispielhaftes Vorgehen zeigt Tabelle 9 (Auszug). Eine vollständige Datenauswertung der Oberkategorie „Haushalt/Familie“ am Beispiel präkontemplativer Personen ist in Anhang 10 einzusehen; die komplette Auswertung aller Kategorien des Kodierleitfadens für jedes einzelne Stadium einer Ernährungsverhaltensänderung befindet sich im CD-Anhang. Das am Ende durch systematisches Vorgehen (s. u.) innerhalb des gesamten Datenmaterials erhaltene einheitliche Auswertungsschema ermöglicht die Vergleichbarkeit verschiedener Interviews (FLICK 2007a: 416; GLÄSER/LAUDEL 2004: 198).

Das finale Kategoriensystem umfasst insgesamt 34 Kategorien. Die aus den Einzelinterviews gewonnenen Ergebnisse sind schließlich im Hinblick auf die Leitfragen interpretiert worden. Zur Offenlegung und Nachvollziehbarkeit der Analyseschritte werden die Ergebnisdarstellung (Kapitel IV, 1) und die Interpretation der Befunde unter Berücksichtigung publizierter Erkenntnisse (Kapitel IV, 2) in zwei separaten Kapiteln bearbeitet.

Tabelle 9: Beispielhaftes Vorgehen bei der Datenanalyse: Von der Originalaussage über die Paraphrase zur Generalisierung und Reduktion (Quelle: Eigene Darstellung)

Inter-viewte Person	Originalaussage	Paraphrase	Generalisierung und Reduktion
B16m	Also, wenn Besuch da ist, dann legt man meist noch Knabberzeug hin, auch wenn man eigentlich satt ist. Wenn man einmal angefangen hat, dann kann man ja auch nicht mehr aufhören. [...] Wenn wir allein sind, dann recht selten, also da läuft das Haltbarkeitsdatum eher ab als wir es essen. [...] Wenn abends mal ein Snack, dann mögen meine Frau und ich auch mal eine Peperoni.	wenn Besuch da ist, dann knabbert bzw. nascht er, auch wenn eigentlich satt; wenn allein, dann knabbern bzw. naschen er und Partnerin nur selten	keine konsequente Umsetzung fettbewusster Ernährung, wenn Besuch eingeladen ist und Knabber-/Süßwaren angeboten werden
B9f	Da ist viel Stress bei uns auf der Station. Es ist sehr stressig. Mal ist es ruhiger, aber hauptsächlich ist sehr viel zu tun und einfach mal stressig, würde ich schon sagen. Körperlich hat man ja nicht so viel zu tun, aber viel drum herum. [...] es ist auch schon eher dauerhaft, nicht nur phasenweise.	Krankenschwester; dauerhaft viel Stress, sehr viel zu tun	sehr hohe Arbeitsbelastung als Krankenschwester, viel Stress
B20f	Manche fragen schon, wie ich das so mache oder fragen, ob ich alles essen darf. Aber da ich ja selber nicht sage „Ich esse immer ein Salat und ein kleines Süppchen“ falle ich da auch nicht sofort auf, wenn ich z. B. ein Baguette esse. Es gibt aber schon einige Freunde, die das toll finden, dass ich z. B. kein Mousse au Chocolat mehr als Nachtisch esse. [...] Aber so richtig negativ, nein, das nicht. Vielleicht mal ein bisschen Stirnrunzeln. Da bin ich ganz gut verschont von. [...] Ich habe es aber auch schon gehabt, dass eine Freundin extra für mich eine Rohkostplatte mit Dipp gemacht hat, weil sie sonst nur Pizza gehabt hätte.	einige Freunde erkundigen sich nach ihrer Ernährungsweise, bewundern sie, dass sie beim Nachtisch „nein“ sagen kann; ihre Ernährung fällt nicht auf/nicht so anders im Vergleich zu Freunden; keine negativen Bemerkungen, vielleicht mal ein Stirnrunzeln; Freunde machen auch extra für sie „gesunde“ Sachen	keine negativen Anmerkungen; einige Freunde erkundigen sich nach ihrer Ernährungsweise und bewundern ihre Konsequenz; Freunde machen für sie extra gesundes Essen/Snacks

B16m = Befragter Nr. 16, maskulin; B9f = Befragter Nr. 9, feminin

IV ERGEBNISSE UND DISKUSSION DER EINZELINTERVIEWS IM SPIEGEL BISHERIGER ERKENNTNISSE

1 Ergebnisse

Nach Erarbeitung der theoretischen und methodischen Grundlagen werden im Folgenden die empirischen Ergebnisse der Haupterhebung (Einzelinterviews) beschrieben. Hierbei ist festzuhalten, dass nach Abschluss der 20 geführten Einzelinterviews insgesamt 1.248 Minuten Gesprächsmaterial entstanden sind; ein Interview hat durchschnittlich 60 Minuten gedauert.

Um eine nachvollziehbare Form der Ergebnisdarstellung zu erreichen, werden im Folgenden die Ergebnisse zu den in Kapitel III, 1 formulierten Leitfragen systematisch in Unterkapiteln dargestellt.

In Zusammenhang mit der Ergebnisbeschreibung sind vorab drei Aspekte anzuführen:

- Die getätigten Äußerungen beinhalten teilweise auch sozial-kognitive Elemente (z. B. Handlungsergebnis-, Selbstwirksamkeitserwartungen). Auch wenn in dieser Arbeit der Fokus auf den Rahmenbedingungen einer Ernährungsverhaltensänderung liegt und sozial-kognitive Merkmale nicht explizit erfragt worden sind, werden derartige Aussagen bei der Ergebnisdarstellung mit angeführt. Dies geschieht zum einen, da sie als freie, selbstberichtete Nennungen nicht unberücksichtigt bleiben sollen, und zum anderen, weil sie durch ihre inhaltliche Verbindung zu Alltagsbedingungen Rückschlüsse im Sinne der Fragestellung erlauben.
- Sofern in der Ergebnisdarstellung nichts Gegenteiliges beschrieben wird, kann die Autorin keinen Einfluss des Geschlechts auf die diskutierte Variable feststellen. Der Genderaspekt scheint dann unberücksichtigt bleiben zu können.
- Zum besseren Verständnis sollen folgende Begrifflichkeiten noch einmal abgegrenzt werden: „Non-Intender“ oder „Inaktive“ sind Personen der Stadien der Präkontemplation und Kontemplation (Stadien 1+2). „Intender“ oder „Vorbereitende“ stellen Personen des Stadiums der Präparation (Stadium 3) dar. Unter „Aktiven“ oder „Handelnden“ werden Personen der Stadien der Aufnahme und Aufrechterhaltung (Stadien 4+5) verstanden.

1.1 Demografische und sozioökonomische Struktur der Stichprobe sowie Stadienzugehörigkeit

Geschlecht und Stadienzugehörigkeit

Je Stadium einer Gesundheitsverhaltensänderung sind vier Personen (zwei Männer, zwei Frauen) befragt worden. Die Zuordnung der Interviewteilnehmer zu den fünf Stadien ist – wie in Kapitel III, 4.3 erläutert – auf Basis des momentanen Fettverzehrs (Aufnahme von Streichfett, Wurst/Fleisch, Milchprodukten) sowie des angestrebten zukünftigen Fettverzehrs (Intention, Planung, Habituation) erfolgt und zusammengefasst in Tabelle 10 ersichtlich.

Tabelle 10: Stadienzugehörigkeit der Befragungspersonen (n = 20)

(Quelle: Eigene Darstellung)

Geschlecht	Stadien einer Ernährungsverhaltensmodifikation				
	Präkon- templation	Kontem- plation	Präpa- ration	Auf- nahme	Aufrecht- erhaltung
Interviewte Männer (n = 10)	B12m, B14m	B10m, B15m	B7m, B8m	B5m, B16m	B2m, B4m
Interviewte Frauen (n = 10)	B3f, B6f	B18f, B19f	B13f, B17f	B9f, B11f	B1f, B20f

B12m = Befragter Nr. 12, maskulin; B3f = Befragter Nr. 3, feminin

Lebensalter, Haushaltszusammensetzung und -nettoeinkommen

Die Datenbasis für die nachstehenden Ergebnisdarstellungen zum Lebensalter und zur Beschreibung des Haushalts ist im CD-Anhang⁷⁸ angeführt. Im Gegensatz zu den anderen im Interview offen formulierten Fragen und Antworten, hat die Einstufung des Alters und des Haushaltsnettoeinkommens – wie in Kapitel III, 4.2 beschrieben – auf Grundlage vorgefertigter Kategorien stattgefunden. Die Verteilung des Lebensalters der Probanden auf die vorab gebildeten Altersklassen zeigt Tabelle 11. Die meisten Befragten sind der Altersklasse der 45- bis 54-Jährigen zuzuordnen, wobei davon ausgehend eine gleichmäßige Verteilung auf jüngere bzw. ältere Teilnehmer zu erkennen ist. Die jüngste Person ist 25 Jahre, die älteste 65 Jahre alt. Es ist eine leichte Tendenz zu beobachten, dass die Stadien der Aufnahme und Aufrechterhaltung verstärkt in der Altersgruppe der 45-54-Jährigen, hingegen Personen der Kontemplation und Präparation eher in einer Altersklasse höher (55-64 Jahre) vertreten sind. Das Lebensalter des Partners⁷⁹ der Befragungsperson weicht um maximal eine Altersklasse ab.

⁷⁸ CD-Ordner: „Datenauswertung“ -> „Soziodemografie“

⁷⁹ Der Begriff „Partner/in“ wird hier verwendet, wenn die befragte Person mit einem Partner gemeinsam in einem Haushalt lebt. Für die vorliegende Untersuchung sind nähere

Tabelle 11: Altersklassen der befragten Personen sowie Stadienverteilung (n = 20)

(Quelle: Eigene Darstellung)

Altersklasse	Anzahl der interviewten Personen	Zugehörigkeit zum Stadium einer Ernährungsverhaltensmodifikation
25–34 Jahre	1	V
35–44 Jahre	5	I, II, III, IV, V
45–54 Jahre	7	I, II, III, IV, IV, IV, V
55–64 Jahren	6	I, I, II, II, III, III
≥ 65 Jahre	1	V

I: Präkontemplation, II: Kontemplation, III: Präparation, IV: Aufnahme, V: Aufrechterhaltung

Tabelle 12 gibt einen Überblick zur Größe sowie zu dem zur Verfügung stehenden Nettoeinkommen des Haushalts – dargestellt in Abhängigkeit zur Stadienzugehörigkeit einer fettbewussten Ernährung.

Tabelle 12: Sozioökonomische Struktur der befragten Personen (n = 20) in Abhängigkeit zur Stadienzugehörigkeit (Quelle: Eigene Darstellung)

Stadium einer Verhaltensänderung	Anzahl der im Haushalt lebenden Personen	Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren	Haushaltsnettoeinkommen pro Monat
Präkontemplation			
B3f	2	0	2.001–2.500 EUR
B6f	2 (2-3x/Woche: 4)	2-3x/Woche: 2	2.001–2.500 EUR
B12m	4	2	> 4.000 EUR
B14m	1	0	2.001–2.500 EUR
Kontemplation			
B18f	3	0	2.501–3.000 EUR
B19f	1	0	2.001–2.500 EUR
B10m	2	0	> 4.000 EUR
B15m	2	0	> 4.000 EUR
Präparation			
B13f	2	0	> 4.000 EUR
B17f	1	0	2.001–2.500 EUR
B7m	5	3	2.001–2.500 EUR
B8m	4	2	2.001–2.500 EUR
Aufnahme			
B9f	1	0	1.001–1.500 EUR
B11f	1	0	2.001–2.500 EUR
B5m	2	0	> 4.000 EUR
B16m	2	0	> 4.000 EUR
Aufrechterhaltung			
B1f	1	0	1.001–1.500 EUR
B20f	1	0	1.501–2.000 EUR
B2m	2	0	2.001–2.500 EUR
B4m	2	0	> 4.000 EUR

B3f = Befragter Nr. 3, feminin; B12m = Befragter Nr. 12, maskulin

Beschreibungen dieses Beziehungsverhältnisses (z. B. Ehe) unbedeutend, sodass dies nicht erfasst worden ist.

In den Haushalten der ersten drei Stadien leben größtenteils zwei oder mehr Personen. Neben den Partnern der Befragungspersonen zählen, wenn Kinder vorhanden sind, mindestens zwei Kinder zum Haushalt. Das Alter der im Haushalt lebenden Kinder liegt zwischen 7 und 31 Jahren; in Tabelle 12 werden jedoch als Kind nur Personen bis zum 18. Lebensjahr gezählt. Die Haushalte der letzten beiden Stadien sind kinderlos und umfassen zu gleichen Anteilen Personen mit Lebenspartner sowie allein lebende Personen.

In allen Haushalten, in denen zwei Personen zum Haushaltseinkommen beitragen, ist der Anteil des Mannes am Einkommen (etwas) höher als der der Frau. Zwischen den Stadien sind keine nennenswerten Unterschiede feststellbar. Einzige Ausnahme ist das Stadium der Präparation: Hier liegt der Anteil des Mannes am Haushaltsnettoeinkommen weit über dem Anteil der Frau.

1.2 Ernährung allgemein/ortsunabhängig

Um eine übersichtliche und an den Forschungsfragen orientierte Darstellung zu erreichen, werden die Ergebnisse der unter die Oberkategorie „Ernährung allgemein/ortsunabhängig“ fallenden Unterkategorien „Fettverzehr früher und heute“, „Gründe Fettverzehr“, „Gründe Ernährungsverhaltensumstellung“, „besondere Ernährungssituationen“, „Alkohol“ (Kodierleitfaden Anhang 8) einzeln für jedes Stadium einer fettbewussten Ernährung angeführt. Im CD-Anhang⁸⁰ sind das zugrundeliegende Datenmaterial der Oberkategorie „Ernährung allgemein/ortsunabhängig“ mit Original-Aussagen, Paraphrase und Generalisierung/Reduktion stadienspezifisch einzusehen.

Fettverzehr früher und heute

Innerhalb eines jeden Stadiums wird der Fakt genannt, dass als Kind bzw. junger Erwachsener gewohnheitsgemäß fettreicher gegessen worden ist im Vergleich zu heute. Dies wird mit Lebensmittelbeispielen belegt, die früher gern und häufig verzehrt worden sind: Butter, vollfette Milchprodukte, fettreiche Fleisch-/ Wurstwaren, Krustentiere/Innereien, Fertiggerichte und Süßigkeiten. Gegenwärtig werden diese Lebensmittel seltener konsumiert.

Personen im Stadium der Aufrechterhaltung schauen neben der Fettquantität ebenso auf die Fettqualität. Ihnen ist wichtig, dass sie vorwiegend pflanzliche Fette und Öle verwenden. Wenn sie doch einmal zu „Fettsünden“ (i. S. der oben angeführten Lebensmittelbeispiele) greifen, dann erfolgt dies heutzutage mit dem entsprechenden Bewusstsein dafür und findet nur sehr selten statt.

⁸⁰ CD-Ordner: „Datenauswertung“ -> „Ernaehrung_ortsunabhaengig“

Gründe Fettverzehr

Diese Unterkategorie ist in „pro“ und „contra“ aufgeteilt. Dabei handelt es sich um Äußerungen, weshalb sich der Befragte fettbewusst (pro) bzw. nicht fettbewusst (contra) ernährt. Die Nennung erfolgt ohne konkreten Bezug zu einem Alltagsbereich, vielmehr handelt es sich um grundsätzliche Ausführungen. Implizieren die getätigten Aussagen, dass sie sich förderlich auf die Umsetzung einer fettbewussten Ernährung auswirken, so werden diese als „pro“ eingestuft.

Beispiel: „Der Arzt hat mir geraten, insgesamt weniger Fette zu essen. Ich habe mir aber auch selbst einige Bücher geholt. Dann habe ich mich auch bei der Krankenkasse erkundigt wegen einer Ernährungsberatung. Die kam auch im 4-Wochen-Rhythmus zu mir nach Hause, sodass ich ganz persönlich Dinge für mich ansprechen konnte. Danach habe ich halt versucht, mich mehr oder weniger gut an die Sachen zu halten und einen Weg für mich zu finden.“ (B2m, 00:40:52-3; Stadium Aufrechterhaltung)

Deuten die formulierten Gründe eher auf ein Hindernis bei der Umsetzung einer fettbewussten Ernährung hin, dann hat die Autorin diese als „contra“ eingeordnet.

Beispiel: „Weil ich mir eben denke, ein bisschen Fett muss ja trotzdem sein, esse ich auch gerne die Butter. Ja, also wenn ich jetzt früh eine ganze Scheibe bloß mit diesem mageren Brunch essen würde, das würde mir - glaube ich - nicht gut tun. [...] Also ein bisschen Fett braucht man ja auch.“ (B3f, 00:08:30-7; Stadium Präkontemplation)

Einen Überblick über getätigte Begründungen pro bzw. contra fettbewusste Ernährung gibt Tabelle 13. Es ist festzustellen, dass vom Umfang der „pro“-Antworten mit steigendem Stadium mehr Aussagen getätigt worden sind. Präkontemplative und kontemplative Personen nennen von sich heraus keine Argumente, die für eine fettbewusste Ernährung sprechen würden. Umgekehrt begründet dieser Personenkreis ausführlich, weshalb er sich nicht fettbewusst ernährt. Anders ist es bei Personen im Stadium der Aufnahme: Sie begründen, weshalb sie sich fettbewusst ernähren und schildern gleichzeitig Hinderungsgründe. Von Befragten aus dem Stadium der Aufrechterhaltung werden nur Erklärungen für das Fettbewusstsein genannt.

Von den beschriebenen Argumenten, die für eine fettbewusste Ernährung sprechen, wird die Abnahme von Körpergewicht in jedem sich äußernden Stadium angeführt. Zudem scheinen der ärztliche Rat sowie der verbundene Mehrwert für die persönliche Gesundheit wesentlich förderliche Einflussgrößen zu sein. Gegen eine fettbewusste Ernährung scheinen vor allem die damit

verbundenen Geschmackseinbußen, das bisherige Fehlen gesundheitlicher Beschwerden sowie die Möglichkeit der effektiven Cholesterinsenkung durch die Einnahme von Medikamenten zu sprechen.

Tabelle 13: Gründe für bzw. gegen eine fettbewusste Ernährung in Abhängigkeit zur Stadienzugehörigkeit (Quelle: Eigene Darstellung)

Verhaltensstadium	Gründe pro fettbewusste Ernährung
Präkontemplation	keine Nennungen
Kontemplation	keine Nennungen
Präparation	• Mehrwert für die eigene Gesundheit und damit verbundene Hoffnung auf eine längere Lebenszeit – möglichst gemeinsam mit dem Partner • Empfehlung des Arztes • Abnahme von Körpergewicht
Aufnahme	• keine geschmacklichen Defizite durch fettbewusste Ernährung • Abnahme von Körpergewicht • Reduzierung des Blutcholesterins
Aufrechterhaltung	• Empfehlung des Arztes • Reduzierung des Blutcholesterins, sodass auf medikamentöse Behandlung mit Lipidsenkern verzichtet werden kann • keine geschmacklichen Defizite durch fettbewusste Ernährung • Abnahme von Körpergewicht • Mehrwert für die eigene Gesundheit
Verhaltensstadium	Gründe contra fettbewusste Ernährung
Präkontemplation	• Fehlen gesundheitlicher Beeinträchtigungen • geschmackliche Defizite durch fettbewusste Ernährung • Ansicht, der Körper benötige Fett und man müsse daher genügend davon aufnehmen
Kontemplation	• durch Einnahme von Lipidsenkern sind Cholesterinwerte im Normbereich, sodass kein Handlungsanlass besteht • genetische Disposition ist für erhöhte Cholesterinwerte verantwortlich, sodass Einflussnahme durch Ernährung nur gering möglich • geschmackliche Defizite durch fettreduzierte Lebensmittel und geringere Auswahl an „erlaubten“ Speisen
Präparation	• geschmackliche Defizite durch fettbewusste Ernährung und Verzicht auf Genussmittel, wie z. B. Schokolade
Aufnahme	• Fehlen gesundheitlicher Beeinträchtigungen • effektivere Möglichkeit der Cholesterinsenkung durch Lipidsenker als durch Ernährung • stressige Alltagssituation (beruflich und privat)
Aufrechterhaltung	keine Nennungen

Neben der Nennung von Gründen für bzw. gegen eine fettbewusste Ernährung schildern Personen im Stadium der Aufrechterhaltung gleichzeitig Faktoren, die sie bei der Umstellung des Ernährungsverhaltens hilfreich bzw. hinderlich empfinden. Da derartige Äußerungen ebenso ohne Bezug zu einem bestimmten Alltagsbereich stehen, sollen sie an dieser Stelle als allgemeingültige Aussagen angeführt werden.

Als hilfreich für die Umstellung auf eine fettbewusste Ernährung wird genannt:

- Zuwachs an Ernährungswissen durch die Teilnahme an einer Ernährungsschulung mit praktischen Umsetzungsbeispielen (informative sowie sympathische Wissensvermittlung) sowie selbst initiiertes Lesen von Sachbüchern,
- ein geregelter, täglich ähnlicher Tagesablauf sowie
- die Planung der Einkäufe und der Mahlzeiten im Voraus.

Als hinderlich für die Umstellung auf eine fettbewusste Ernährung wird genannt:

- emotionale Situationen (z. B. Trauer),
- Situationen der Langeweile (beruflich oder privat).

Gründe Ernährungsverhaltensumstellung

Hier werden Ursachen und Gründe angeführt, die für oder gegen eine Ernährungsverhaltensänderung im Allgemeinen sprechen (nicht Fettverzehr betreffend) und auf bisherigen Erfahrungen beruhen. Als mögliche Auslöser für eine Ernährungsumstellung in der Vergangenheit benennen die Befragten stadienübergreifend:

- das Eingehen oder Beenden einer Partnerschaft,
- die plötzliche Diagnose von Krankheiten in der Familie oder
- die Geburt eines Kindes.

Und welche Bedingungen fördern bzw. hemmen eine allgemeine Ernährungsverhaltensänderung?

Personen im Stadium der Präkontemplation nennen keine Faktoren, die aus ihrer Erfahrung heraus eine solche Umstellung erleichtern. Als Hinderungsgründe äußern sie einerseits mangelnde eigene Motivation und andererseits fehlenden externen Druck. Des Weiteren werden ein zu hoher Zeit- und Arbeitsaufwand sowie mangelndes Interesse des Partners am angestrebten Zielverhalten benannt.

Personen aus dem Stadium der Kontemplation berichten, dass vergangene Ernährungsumstellungen erfolgreich gewesen sind, wenn klare, einfache und kontrollierbare Umsetzungspläne hierfür existiert haben. Diese müssen alltags-tauglich und zudem mit wenig zusätzlichem (zeitlichen) Aufwand verbunden

sein. Vorhandenes Interesse des Partners am angestrebten Zielverhalten ist ebenso förderlich für Änderungen des individuellen Essverhaltens.

Hinderlich bei einer Ernährungsverhaltensänderung sind für Personen im Stadium der Präparation das Vorliegen teilweise widersprüchlicher Ernährungsinformationen, das „gewohnte Umfeld des Alltags“ mit den damit verbundenen Belastungen und zeitlichen Einschränkungen sowie der Prozess einer geschmacklichen Umgewöhnung mit dem verbundenen Verzicht auf einzelne, gern gegessene Lebensmittel.

Ebenso wie im zweiten Stadium erhöhen auch für Personen des vierten Stadiums kontrollierbare Umsetzungspläne die Wahrscheinlichkeit, dass neue Ernährungsmuster beibehalten werden. Ferner wird angeführt, dass ein möglichst geringer Aufwand mit der Verhaltensmodifikation verbunden sein sollte.

Befragte aus dem Stadium der Aufrechterhaltung nennen weder förderliche noch hinderliche Gründe hinsichtlich einer allgemeinen Ernährungsänderung.

Besondere Ernährungssituation

Hierunter werden (sozial-)situative und emotionale Momente verstanden, die zu Abweichungen von der sonst üblichen allgemeinen Ernährung führen (nicht Fettverzehr betreffend) und ohne konkreten Ortsbezug (z. B. zu Hause) sind. Gemäß den Interviewaussagen üben mit Ausnahme von „Trauer“ (Folge: Appetitlosigkeit), „Stress“ (Folge: Mehr- oder Minderverzehr) und „Langeweile“ (Folge: Mehrverzehr) derartige Situationen keinen Einfluss auf die allgemeine Ernährungsweise aus. Diese Angaben scheinen stadienunabhängig zu sein.

Alkohol

Im ersten bis vierten Stadium schwanken die verbalen Angaben sowohl bei Männern als auch bei Frauen von seltenem, maßvollem Alkoholkonsum bis zu täglichem, teilweise intensivem Genuss. Im Unterschied dazu ist im Stadium der Aufrechterhaltung einheitlich festzustellen, dass die Befragten nur (sehr) selten und in Maßen alkoholische Getränke aufnehmen.

Am häufigsten trinken die Interviewten Bier oder Wein; hochprozentige Alkoholika werden – wenn überhaupt – nur am Wochenende konsumiert.

1.3 Alltagsbereich: Haushalt/Familie

Gemäß den innerhalb der Oberkategorie „Haushalt/Familie“ formulierten Unterkategorien (Kodierleitfaden Anhang 8) sind nachstehend deren Ergebnisse ersichtlich. Hierbei erfolgt – ebenso wie im vorangegangenen Kapitel – die Darstellung im Sinne der Forschungsfragen stadienspezifisch. Das zugrunde-

liegende Datenmaterial mit Original-Aussagen, Paraphrase und Generalisierung/Reduktion befindet sich im CD-Anhang⁸¹.

Vorliegen einer besonderen Ernährungsform

Eine besondere Ernährungsform liegt vor, wenn bei der befragten Person selbst oder bei einem anderen Haushaltsmitglied aus einem bestimmten Grund auf die Ernährungsweise oder einzelne Nahrungsbestandteile geachtet wird. Als derartige Gründe sind Lebensmittelallergien/-intoleranzen (7x), Diabetes mellitus (2x), eine Beschränkung der Kohlenhydratzufuhr zur Gewichtsreduktion (3x), Vegetarismus (1x) oder die krankheitsbedingte Notwendigkeit für regelmäßige Essrhythmen (1x) angeführt worden. In jedem Stadium einer fettbewussten Ernährung ist eine besondere Ernährungsform entweder beim Befragten selbst oder/und bei anderen Haushaltsmitgliedern festzustellen. Mit Ausnahme der Präparation sind innerhalb der einzelnen Stadien keine wesentlichen Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens zu beobachten (Tab. 14).

Tabelle 14: Häufigkeit des Vorliegens einer besonderen Ernährungsform in Abhängigkeit zur Stadienzugehörigkeit (n = 20) (Quelle: Eigene Darstellung)

Stadium einer Verhaltensänderung	Anzahl an Befragten mit einer besonderen Ernährungsform	Anzahl an Haushaltsmitgliedern des Befragten mit einer besonderen Ernährungsform
Präkontemplation (n = 4)	2	2
Kontemplation (n = 4)	2	1
Präparation (n = 4)	0	1
Aufnahme (n = 4)	2	1
Aufrechterhaltung (n = 4)	3	0

Geschmacksvorlieben Haushaltsmitglieder

Mit zunehmendem Stadium einer fettbewussten Ernährung gibt es weniger Übereinstimmungen bei den Lebensmittelpräferenzen zwischen der befragten Person und anderen Haushaltsmitgliedern. Während jeweils in zwei von vier Haushalten präkontemplativer und kontemplativer Personen sich die Geschmacksvorlieben aller Haushaltsmitglieder decken, ist es im Stadium der Aufnahme nur ein Haushalt und in den Stadien der Präparation und Aufrechterhaltung gar keiner. Bei der Betrachtung muss berücksichtigt werden, dass mit zunehmendem Verhaltensstadium zugleich die Anzahl an Single-Haushalten zunimmt, in denen folglich keine Aussagen zu Geschmacksvorlieben von Haushaltsmitgliedern getroffen worden sind. Daher soll im Folgenden weniger der quantitative Umfang von Differenzen als vielmehr der unterschiedliche qualita-

⁸¹ CD-Ordner: „Datenauswertung“ -> „Haushalt_Familie“

tive Umgang mit der Tatsache der mitunter abweichenden Ernährungswünsche im Fokus stehen.

Abweichungen in den Nahrungspräferenzen betreffen insbesondere den Fleisch- und Wurstverzehr: Männer und Kinder wünschen sich häufiger fleischreiche Mahlzeiten bzw. Brotbeläge als Frauen. Zudem bevorzugen sie fettreichere Sorten.⁸² Interessant hierbei ist insbesondere der unterschiedliche Umgang mit den Ernährungswünschen der anderen Haushaltsmitglieder. Während in den ersten drei Stadien eine vorrangige Anpassung des Essverhaltens der befragten Person an die Wünsche der Familie/des Partners stattfindet, ist sowohl im Stadium der Aufnahme als auch in dem der Aufrechterhaltung ein „individualisiertes“ Essverhalten zu beobachten. Das bedeutet, dass hier die befragte Person bewusst auf Lebensmittel/Mahlzeiten verzichtet oder deren Verzehr einschränkt, die der Partner/das Kind zwar mag, aber die nicht den eigenen Vorstellungen entsprechen. Eine andere Möglichkeit des Umgangs mit unterschiedlichen Geschmacksvorlieben ist, dass ab einem bestimmten Punkt bei der Mahlzeitenzubereitung diese separiert fortgeführt wird, so dass die Ernährungswünsche beider Seiten berücksichtigt werden können.

Beispiel 1: „Mir macht es auch nichts aus, wenn meine Frau sich da irgendwelche Shrimps oder Innereien zubereitet. Sie kann die essen, wenn sie ihr schmecken. Ich muss es nicht haben.“ (B4m, 00:17:31-5; Stadium Aufrechterhaltung)

Beispiel 2: „Wir kochen dann getrennt, manchmal komplett. Manchmal finden sich dann auch irgendwo Gemeinsamkeiten. Ein gutes Beispiel ist das Chinesische. Dann wird die große Schale irgendwann aufgeteilt, dann kommt bei dem einen Fleisch dazu, bei dem anderen bleibt es vegetarisch. So wie jeder mag.“ (B2m, 00:07:56-8; Stadium Aufrechterhaltung)

Gemeinsame Mahlzeiten

Alle Interviewpartner essen werktags regelmäßig mindestens eine (Abendbrot) und maximal zwei Mahlzeiten gemeinsam mit ihrem Partner/Kind(ern). An den Wochenenden werden – sofern zeitlich möglich – alle Mahlzeiten gemeinsam

⁸² Aus der Nationalen Verzehrstudie II ist bekannt, dass Männer im Vergleich zu Frauen etwa doppelt soviel Fleisch, Wurstwaren und Fleischerzeugnisse essen (103 g/d Männer vs. 53 g/d Frauen); auch der Verzehr von Gerichten auf Basis von Fleisch liegt bei Männern mit 57 g pro Tag fast doppelt so hoch wie bei Frauen (30 g/d) (MAX RUBNER-INSTITUT 2008b: 44). Kinder präferieren ebenso fleischhaltige Speisen – der Verzehr von Fleisch sowie Fleisch- und Wurstwaren ist bei einem Großteil der Kinder und Jugendlichen deutlich höher als in der optimierten Mischkost empfohlen, wie die Auswertung der EsKiMo-Studie zeigt (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG 2008: 62).

eingenommen, wobei der Essensaufnahme dann mehr Zeitumfang einberaumt wird. Eine Differenzierung der einzelnen Stadien ist unnötig, da keine Unterschiede erkennbar sind.

Organisation/Durchführung Lebensmitteleinkauf⁸³

In dieser Kategorie werden alle Informationen zusammengefasst, die mit der Planung und Umsetzung der Lebensmittelversorgung zusammen hängen: Wer übernimmt welche Tätigkeiten (z. B. Lebensmittelvorräte im Blick haben, Einkaufszettel schreiben, einkaufen gehen)? Wie wird dabei vorgegangen (z. B. Essensplanung, Auswahlkriterien beim Einkaufen)? Stadienübergreifend kümmert sich zu gleichen Anteilen sowohl der Mann als auch die Frau um den Einkauf von Lebensmitteln, wobei sie entweder gemeinsam oder abwechselnd daran beteiligt sind. Es findet im Vorhinein eine Planung der benötigten Lebensmittel statt – das Schreiben einer Einkaufsliste erfolgt in Rücksprache mit den anderen Haushaltsmitgliedern. Hingegen zählt die Beobachtung bestehender Lebensmittelvorräte zu den Aufgaben der Frau.

Als Auswahlkriterien beim Lebensmitteleinkauf werden in den Stadien eins bis drei Aussehen, Geschmack, gute Erfahrung, Preis und Qualität genannt – der Fettgehalt findet größtenteils gar keine oder in seltenen Fällen eine sekundäre Berücksichtigung. Auf die genannten Eigenschaften achten Befragungsperson und Partner in unterschiedlichem Umfang. Davon abweichend sind für alle Personen der letzten beiden Stadien sowie ihrer Partner der Fett- und Cholesteringehalt von Lebensmitteln, z. T. sogar die Fettsäurezusammensetzung, entscheidende Auswahlkriterien. Beim Einkauf findet eine bewusste Entscheidung für die günstigere Variante eines Lebensmittels (weniger Fett/Cholesterin, wenig gesättigte/mehr ungesättigte Fettsäuren) statt. Insgesamt erfolgt die Lebensmittelauswahl auf Grundlage der auf der Verpackung befindlichen Angaben zu enthaltenen Zutaten und Nährwerten.

Organisation/Durchführung Beköstigung

In Mehrpersonen-Haushalten aller Stadien bereiten beide Geschlechter entweder gemeinsam mit dem Partner oder abwechselnd mit ihm die Mahlzeiten zu. Hierunter zählen neben der Tätigkeit des Kochens ferner die der Vor- und Nachbereitung einer Mahlzeit (z. B. Gemüse schneiden, Kartoffeln schälen, Tisch ein-/abdecken, Abwaschen). Ebenso erfolgt eine Planung der Gerichte, wobei alle Haushaltsmitglieder einbezogen werden. In Single-Haushalten wird im Vergleich zu Mehrpersonen-Haushalten seltener gekocht. Personen aus dem Stadium der Kontemplation verbinden eine fettbewusste Ernährungsweise

⁸³ Aussagen hierzu beziehen sich nur auf Mehrpersonen-Haushalte und keine Single-Haushalte. Gleiches gilt für die beiden nachstehend angeführten Unterkategorien.

mit einem Mehraufwand in der Beköstigungsarbeit (z. B. Erlernen eines neuen Kochverhaltens).

Zeitverwendung und Aufgabenteilung für Familie/hauswirtschaftliche Arbeiten

Unabhängig vom Stadium findet in jedem Mehrpersonen-Haushalt eine Arbeitsteilung statt: Während sich die Frau vorrangig um den Haushalt kümmert, ist der Mann vor allem für (kraftintensivere) Tätigkeiten in der Wohnung/im Haus/im Garten verantwortlich. Zusätzlich wenden Personen im Stadium der Präkontemplation und Präparation besonders viel Zeit für familiäre Verpflichtungen auf (z. B. Pflege kranker Eltern/Schwiegereltern, Begleitung zeitintensiver Hobbys der Kinder, Betreuung der Enkelkinder). Befragte der Stadien Präparation und Aufnahme greifen zur Unterstützung von Arbeiten in Haushalt und Garten regelmäßig auf externe Dienstleister (z. B. Gärtner, Putzkraft, Reinigung) zurück.

Bedeutung „Ernährung“ in der Familie

Hierzu zählen sowohl Äußerungen des Befragten selbst als auch Reaktionen seitens des Partners zu seinem Ernährungsverhalten sowie generelle Anmerkungen zum Thema „Ernährung“ durch Familienmitglieder. Mit Ausnahme des Stadiums der Präkontemplation ist die eigene Ernährungsweise bzw. die eines Familienmitglieds in jedem weiteren Stadium ein Gesprächsthema. Auffällig ist, dass der Impuls, sich mit dem Thema „Ernährung“ auseinanderzusetzen, fast ausschließlich von der Frau ausgeht. Sie ist – laut Eigen- oder Fremdaussage des Partners – besser informiert als der Mann und äußert sich zu beobachteten und für ungünstig eingestuften Essweisen, bei z. B. seinerseits zu großen Verzehrsmengen, zu wenig Fettbewusstsein in der Speisenauswahl oder zu hohem Körpergewicht. Mitunter gibt dies sogar Anstöße für Änderungen im Ernährungsverhalten des Mannes (4. Stadium). Die derzeit praktizierte fettbewusste Ernährungsweise von Befragten im vierten und fünften Stadium erfährt Akzeptanz und keine negative Kritik seitens anderer Familienmitglieder.

(Sozial-)situative und emotionale Faktoren beim häuslichen Fettverzehr⁸⁴

Es sind verschiedene Faktoren im häuslichen Umfeld genannt worden, die den Verzehr fettreicher Lebensmittel und Speisen beeinflussen können. Um eine übersichtliche Darstellung zu erreichen, hat die Autorin diese Nennungen sortiert: Handelt es sich um Äußerungen, die die Umsetzung einer fettbewussten Ernährung behindern können, werden diese als Barrieren bezeichnet.

⁸⁴ Fettreiche süße oder salzige Snacks (wie Schokolade, Kartoffelchips, Flips) werden hier zum Fettverzehr hinzugezählt, da dies klassische Snacks sind und mit situativen und emotionalen Essmomenten in Verbindung stehen (GESELLSCHAFT FÜR KONSUMFORSCHUNG 2009).

Beispiel: „Ich nasche relativ viel, also abends. [...] Süßes, Schokolade oder Chips oder so etwas, [...] wenn ich lese oder Fernsehen schaue.“ (B12m, 00:06:20-5 sowie 00:28:34-3; Stadium Präkontemplation)

Handelt es sich bei den getätigten Aussagen um Faktoren, die die Umsetzung einer fettbewussten Ernährung zu Hause unterstützen können, so werden diese als Ressourcen eingestuft.

Beispiel: „Das kenne ich von zu Hause, dass ich dann so einen ganz tollen Hieper auf was Süßes kriege und dann renne ich hier rum wie angestochen und irgendwo muss doch was Süßes zu finden sein, aber zu Hause habe ich das nicht. [...] Ich kaufe das extra nicht. Ich gehe auch beim Einkaufen gar nicht mehr durch die Süßwarenregale, das mache ich nicht.“ (B9f, 00:29:19-3; Stadium Aufnahme)

Einen Überblick über formulierte situative und emotionale Barrieren und Ressourcen einer fettbewussten Ernährung im familiären Umfeld gibt Tabelle 15.

Tabelle 15: (Sozial-)situative und emotionale Barrieren und Ressourcen einer fettbewussten Ernährung im Alltagsbereich „Haushalt/Familie“ in Abhängigkeit zur Stadien-zugehörigkeit (Quelle: Eigene Darstellung)

Verhaltensstadium	Häusliche (sozial-)situative und emotionale Barrieren einer fettbewussten Ernährung
Präkontemplation	• Verzehr fettreicher Fleisch-/Wurstwaren, weil diese von anderen Haushaltsmitgliedern gemocht und daher gekauft werden • Naschen aus Langeweile, nebenbei (z. B. beim Fernsehen, Lesen)
Kontemplation	• Fehlkalkulation beim Einkaufen führt zum Mehrverzehr fettreicher Brotbeläge, um die Lebensmittel nicht verworfen zu müssen • Naschen aus Langeweile, nebenbei (z. B. beim Fernsehen, Lesen)
Präparation	• Zeitmangel/Stress durch das Organisieren und Realisieren familiärer Abläufe und Verpflichtungen • Naschen aus Langeweile, nebenbei (z. B. beim Fernsehen, Lesen) • Naschen in stressigen Situationen
Aufnahme	• Naschen in sozial angenehmen Situationen (Essen in familiärer Gesellschaft) • Naschen in stressigen Situationen
Aufrechterhaltung	• Naschen aus Langeweile, nebenbei (z. B. beim Fernsehen, Lesen) • Naschen aus Ärger/Frust • fettreiches Kochen des Partners

Verhaltensstadium	Häusliche (sozial-)situative und emotionale Ressourcen einer fettbewussten Ernährung
Präkontemplation	keine Nennungen
Kontemplation	keine Nennungen
Präparation	keine Nennungen
Aufnahme	• Vermittlung von Ernährungswissen durch Partner/Familienangehörige • keine Lagerung von Naschwaren zu Hause
Aufrechterhaltung	• Vermittlung von Ernährungswissen durch Partner/Familienangehörige • keine Lagerung von Naschwaren zu Hause

Ebenso wie bei der allgemeinen Nennung von Gründen für bzw. gegen eine fettbewusste Ernährung (Kapitel IV, 1.2), sind es Personen der Stadien eins bis drei, die vorrangig von Barrieren einer fettbewussten Verhaltensaufnahme berichten. Aussagen darüber, welche Faktoren des häuslichen Umfelds möglicherweise eine fettbewusste Ernährung fördern könnten, werden ihrerseits nicht benannt. Anders ist es bei Befragten aus den Stadien der Aufnahme und Aufrechterhaltung: Sie schildern sowohl förderliche als auch hinderliche Einflussgrößen auf die Umsetzung des angestrebten Zielverhaltens, die mit dem Alltagsbereich „Haushalt/Familie“ in Zusammenhang stehen.

In nahezu jedem Stadium wird Langeweile als häusliche Barriere bei der Umsetzung einer fettbewussten Ernährung genannt. Darüber hinaus scheinen vor allem abweichende Ernährungsvorlieben anderer Haushaltsmitglieder sowie stressige Momente in der Organisation von Familie und Haushalt die Intentionsbildung für eine bzw. die Aufnahme einer Ernährungsverhaltensänderung zu behindern. Insgesamt fällt bei der Nennung von Barrieren auf, dass Personen zum Beginn einer Verhaltensänderung auch externe, fremd assoziierte Störfaktoren (z. B. Einkaufsverhalten des Partners) benennen, während Personen späterer Stadien vorrangig Aspekte anführen, die innerpersönlich bedingt (z. B. die Gemütslage) oder situativ selbst zuschreibbar sind.

Die lediglich von Personen aus den Stadien der Aufnahme und Aufrechterhaltung formulierten Ressourcen sind identisch (Vermittlung von Ernährungswissen, Verzicht auf Lagerung fettreicher Genussmittel) und scheinen rational geprägt zu sein.

Die beschriebenen Barrieren und Ressourcen sind fast ausschließlich sozial-situativ assoziiert. Emotionen scheinen keinen bedeutenden Einfluss bei einer fettbewussten Ernährung im häuslichen Umfeld auszuüben.

1.4 Alltagsbereich: Arbeitsplatz/Kollegen

Nachstehend werden die Ergebnisse der für die Oberkategorie „Arbeitsplatz/Kollegen“ formulierten Unterkategorien (Kodierleitfaden Anhang 8) aufgezeigt. Ihre Darstellung erfolgt im Sinne der Forschungsfragen unter Berücksichtigung der fünf Stadien einer Ernährungsverhaltensänderung. Original-Aussagen, Paraphrase und Generalisierung/Reduktion für diesen Auswertungsbereich sind im CD-Anhang⁸⁵ einzusehen.

Arbeitssituation

Bei der Betrachtung der Arbeitssituation fällt auf, dass vor allem Personen des ersten Stadiums (drei von vier Befragten) einer Tätigkeit nachgehen, die keinen geregelten, planbaren Tagesablauf beinhaltet, wie Arbeit im Außendienst oder in der Kindertagesstätte. Die Arbeitsbelastung sowie der Umfang der Arbeit werden hier als sehr hoch empfunden.

Befragte der Stadien zwei bis fünf führen vorrangig eine Bürotätigkeit aus, die mit einem eher gleichmäßigen Arbeitsablauf verbunden ist. Einer weniger planbareren Tätigkeit geht hier je Stadium nur einer der vier Interviewten nach – sie sind als Polizist, Krankenschwester, Handwerker oder Lehrer tätig. Arbeiten unter Zeitdruck einerseits sowie relativ entspanntes Arbeiten andererseits sind bei Befragten des zweiten bis fünften Stadiums unabhängig vom Arbeitsablauf gleichmäßig vertreten. Der Arbeitsumfang wird als normal bis hoch eingestuft.

Arbeits-/Pausenzeiten, Arbeitsweg

Der Arbeitsweg schwankt zwischen 15 und 85 Minuten Fahrzeit pro Strecke. Der Fahrweg wird überwiegend mit dem eigenen PKW oder dem öffentlichen Personennahverkehr zurückgelegt. Die Wegzeiten schwanken innerhalb der einzelnen Stadien stark, sodass hier kein stadienspezifisches Muster zu erkennen ist. Im Gegensatz dazu sind bei der Arbeitszeitregelung Unterschiede festzumachen: Während im ersten Stadium alle Befragten über Gleitzeit verfügen, wird der Anteil derer mit zunehmendem Verhaltensstadium geringer (Tab. 16).

Hinsichtlich des Umfangs geleisteter Wochenstunden Arbeitszeit ist zu beobachten, dass Männer generell mehr Wochenstunden arbeiten als Frauen. In den ersten drei Stadien sind es zudem männliche Befragte, die in regelmäßigen Abständen an den Wochenenden Dienst haben. Im ersten und dritten Stadium haben Männer mit 45-60 Wochenstunden Arbeitszeit die längsten Werktage; in den Stadien zwei, vier und fünf sind es 40 Wochenstunden. Unabhängig von Stadien leisten Frauen zwischen 30-40 Wochenarbeitsstunden.

⁸⁵ CD-Ordner: „Datenauswertung“ -> „Arbeitsplatz_Kollegen“

Tabelle 16: Arbeitszeitregelung in Abhängigkeit zur Stadienzugehörigkeit (n = 20)

(Quelle: Eigene Darstellung)

Regelung der Arbeitszeit	Stadien einer Ernährungsverhaltensmodifikation				
	Präkontem- plation (n = 4)	Kontem- plation (n = 4)	Präpa- ration (n = 4)	Auf- nahme (n = 4)	Aufrecht- erhaltung (n = 4)
Gleitende Arbeitszeit	4	3	3	2	1
Feste Arbeitszeit	0	1	1	2	3

Die im Arbeitsvertrag vereinbarte Dauer der Mittagspause beträgt in allen Stadien 30 bis 60 Minuten. Sie kann größtenteils flexibel und nach individuellen Wünschen eingelegt werden. Je Stadium ist bei einem der vier Befragten die durch den Arbeitsablauf vorgeschriebene Mittagspause zeitlich terminiert.

Gestaltung Mittagspause

Prinzipiell sind drei Typen der Pausengestaltung erkennbar:

- Mittagspause wird allein verbracht,
- Mittagspause wird mit Kollegen verbracht,
- keine richtige Mittagspause, Nahrungsaufnahme erfolgt aus Zeitmangel neben der fortgeführten Tätigkeit.

Mehr als die Hälfte der Befragten (60 %) nutzt die vertraglich vereinbarte Mittagspause, um sich zu erholen und eine Mahlzeit einzunehmen – allein oder im Beisein von Kollegen.

Mit Blick auf die einzelnen Stadien einer Verhaltensänderung ist zu beobachten, dass in den Stadien der Präkontemplation und Präparation zum einen keine Mittagspause mit Kollegen stattfindet und zum anderen die Befragten am häufigsten keine wirkliche Mittagspause einlegen (Tab. 17). Die Tatsache, dass

Tabelle 17: Mittagspausengestaltung in Abhängigkeit zur Stadienzugehörigkeit (n = 20)

(Quelle: Eigene Darstellung)

Gestaltung Mittagspause	Stadien einer Ernährungsverhaltensmodifikation				
	Präkontem- plation (n = 4)	Kontem- plation (n = 4)	Präpa- ration (n = 4)	Auf- nahme (n = 4)	Aufrecht- erhaltung (n = 4)
Mittagspause allein	1	1	2	1	1
Mittagspause mit Kollegen	0	2	0	2	2
Essen neben der Tätigkeit	3	1	2	1	1

neben der Tätigkeit gegessen wird, ist in den anderen drei Stadien seltener der Fall, nämlich bei jeweils einem der vier Interviewten.

Als Gründe für das Essen am Arbeitsplatz werden vor allem Zeitmangel wegen personeller Unterbesetzung bzw. zu hohen Arbeitspensums genannt; in einem Fall zielt die Person darauf ab, früher in den Feierabend gehen zu können.

Versorgung und Versorgungsmöglichkeiten in Arbeitsplatznähe

In dieser Kategorie sind Äußerungen zur Art der persönlichen Mahlzeiteinnahme sowie zur Situation genereller Versorgungsmöglichkeiten in Arbeitsplatznähe zusammengefasst.

Personen im Stadium der Präkontemplation verfügen über diverse Versorgungsangebote in Arbeitsnähe und nutzen diese zum Großteil (Gaststätte, Kantine, Imbiss). Bei der Speisenauswahl werden auf den Geschmack und die Portionsgröße geachtet. Herrscht Zeitmangel vor, wird selbst mitgebrachtes Essen (Brote, Fisch-/Fleischdose) verzehrt.

Auch Personen aus dem Stadium der Kontemplation haben ein großes Mittagsangebot vor Ort und nehmen dieses gewohnheitsgemäß vorrangig wahr (Kantine, Imbiss). Als Gründe für diese Entscheidung werden das breite Speisenangebot, der gute Geschmack der Gerichte sowie die praktische Bezahlweise (Kantine) angeführt. Von zu Hause mitgebrachtes Essen (Fertigessen, Müsli mit Milch) wird von einer Person verzehrt, da sie mit der Qualität des Versorgungsangebotes vor Ort unzufrieden ist.

Im Stadium der Präparation und Aufnahme halten sich die Versorgung durch ein externes Speisenangebot (Metzger, Bäcker, Imbiss, Kantine, Supermarkt) sowie der Verzehr von mitgebrachten Speisen (Fertiggericht, Mittagsreste vom Wochenende) ungefähr die Waage. Als Kriterien bei externen Speisenangeboten werden die Portionsgröße, der Preis, die Wahlmöglichkeiten und der Geschmack genannt. In unmittelbarer Arbeitsplatznähe gibt es einige Versorgungsmöglichkeiten (Supermarkt, Imbiss, Gaststätte, Bäckerei, Metzgerei), die jedoch wegen mangelnder Qualität der Speisen („zu fettig“) bewusst nicht gewählt werden. In einem Fall existiert eine Betriebskantine, die aufgrund der verschiedenen Wahlmöglichkeiten genutzt wird; so kann die befragte Person die Speise wählen, die möglichst wenig sichtbare Fette enthält. In umgedrehter Verteilung zu den ersten beiden Stadien essen Personen der Aufrechterhaltung vorrangig mitgebrachte Speisen. Hierbei handelt es sich um selbstgekochte Gerichte, die entweder vor Ort an der Arbeitsstätte oder an den Vortagen (extra) zubereitet worden sind. Begründet wird dieses Vorgehen damit, dass es entweder keine Versorgungsmöglichkeiten in der Nähe gibt oder, dass das zur Verfügung stehende Angebot als qualitativ ungenügend bewertet wird. Hinzu

kommt, dass nur bei einer Selbstverpflegung eine genaue Kenntnis der verwendeten Zutaten möglich ist, was als wichtig erachtet wird.

Insgesamt ist festzustellen, dass stadienübergreifend mehrheitlich eine gute Versorgungslage mit externen Speisenangeboten besteht. Diese wird mit steigendem Stadium seltener in Anspruch genommen. Als Alternative hierzu nehmen sich die Befragten von zu Hause warmes oder kaltes Essen mit an den Arbeitsplatz.

Ernährung Kollegen

Grundsätzlich scheinen zwischen Befragungsperson und Kollegen keine großen Abweichungen in der Speisewahl aufzutreten bzw. fallen diese im herkömmlichen Umgang nicht auf. Mit wenigen Ausnahmen („Geschmack“, „Portionsgröße“, „Allergie“) sind den Befragten keine spezifischen Merkmale bekannt, wonach ihre Kollegen die Gerichte wählen würden.

Mit der Begründung desselben Arbeitsplatzes verbringen die Kollegen zumeist ähnlich ihre Pause: allein, mit anderen Kollegen oder direkt am Arbeitsplatz/Schreibtisch. Die Kollegen der interviewten Personen nutzen entweder auswärtige Versorgungsangebote in Dienstätte (Kantine, Imbiss) oder verzehren selbst mitgebrachte warme oder kalte Speisen (Mittagsreste vom Vortag, Fertiggerichte, Brot, Joghurt, Müsli). Anders als bei den Befragungspersonen selbst, ist nach deren Aussagen kein Unterschied bei den Kollegen zwischen den einzelnen Stadien hinsichtlich der Verteilung „Nutzung externes Versorgungsangebot“ versus „selbst mitgenommenes Essen“ festzustellen – in allen Stadien scheinen sich diese beiden grundsätzlichen Optionen die Waage zu halten.

Aktionen und Reaktionen zum Ernährungsverhalten

In den ersten vier Stadien einer Ernährungsverhaltensänderung fallen den Befragten keine Äußerungen oder Reaktionen seitens der Kollegen zur eigenen Ernährung des Befragten am Arbeitsplatz ein. In umgekehrter Richtung sind vereinzelt Nennungen anzuführen: Eine Person im zweiten Stadium berichtet, dass sie wissenswerte, neue Ernährungstipps an Kollegen weitergibt. Eine andere Person des dritten Stadiums meint, ihr sei die Meinung der Kollegen zu ihrem Essstil egal. Im vierten Stadium schildert eine interviewte Person, dass ihr auffiele, dass auch einige Kolleginnen äußern, auf eine fettbewusste Ernährung zu achten.

Fast alle Personen des fünften Stadiums können davon berichten, dass es in der Vergangenheit seitens der Kollegen Äußerungen zu ihrem Essverhalten gegeben hat. Diese sind in unterschiedlichem Maße als belastend empfunden

worden. Aufgrund ihres derzeitigen Fettbewusstseins und des Achtens auf bestimmte Zutaten/Lebensmittel werden sie von einigen Kollegen als wählerisch bezeichnet. Es wird von Situationen berichtet, in denen aus Rücksicht bzw. zur Konfliktmeidung manchmal kleine Mengen fettreicher Speisen in gemeinsamer Runde mitgegessen werden, die sie gewöhnlich meiden würden. Durch das bewusste Wählen kleiner Portionsgrößen geht die Person einen für sich duldbaren Kompromiss zur eigentlich persönlich präferierten, fettbewussten Ernährungsweise ein. In solchen Momenten gemeinsamen Essens mit Kollegen gibt es vereinzelt Kommentare, die von Anerkennung bis zu Unverständnis reichen:

Beispiel: „Ja, also es ist manchmal positiv. Zum Beispiel als ich meine Kartoffeln mit Quark aß, sagte meine Kollegin ‚Au Mensch, dass du das jetzt so isst, toll ... ich hätte lieber Lust auf ein Schnitzel‘ oder so was, ganz süß. Manchmal kommen aber auch so Sprüche wie ‚Du stellst dich ja wieder an‘, weil ich halt so eine Anstellerin bin, was das Essen angeht [...] oder ich habe auch schön öfter einen Spruch bekommen wie ‚Hach du isst ja wieder gar nichts mit‘.“ (B20f, 00:32:35-3 sowie 00:46:19-0; Stadium Aufrechterhaltung)

Einheitlich bekräftigen die Befragten an mehreren Stellen, dass sie aufgrund ablehnender Kommentare durch Kollegen ihre Ernährungsweise nicht geändert haben bzw. künftig ändern werden:

Beispiel 1: „Ich sehe da keinen Grund, etwas zu ändern, bloß weil meinen Kollegen das nicht gefällt.“ (B2m, 00:18:52-1; Stadium Aufrechterhaltung)

Beispiel 2: „Ich habe mich dadurch nicht beirren lassen. Das war mir eigentlich ziemlich egal, aber, ja. Es war schon nervig.“ (B1f, 00:21:36-9; Stadium Aufrechterhaltung)

Küchentechnische Ausstattung

An den Arbeitsstätten der Befragten befindet sich entweder eine Teeküche mit Mikrowelle/Kühlschrank oder eine komplett eingerichtete Küche mit Koch- und Aufbewahrungsmöglichkeiten von Lebensmitteln. Alle nicht im Außendienst arbeitenden Befragten nutzen das Vorhandensein einer Küche. Dies vollzieht sich jedoch in unterschiedlichem Umfang (zum Abwaschen, zum Kochen von Mahlzeiten, zum Erwärmen von Essensresten, zum Wasserkochen) – hierbei ist keine Stadienspezifität erkennbar.

(Sozial-)situative und emotionale Faktoren beim Fettverzehr⁸⁶ am Arbeitsplatz

Generell ist eingangs festzustellen, dass in dieser Kategorie stadienübergreifend von den Befragten nur Faktoren benannt worden sind, die einer fettbewussten Ernährung hinderlich sind und daher im Folgenden durch die Autorin als Barrieren eingestuft werden. Es wird kein Einflussfaktor genannt, der am Arbeitsplatz die Umsetzung einer fettbewussten Ernährungsweise fördern würde. Die einzelnen hier getätigten Äußerungen – differenziert nach Stadien – sind in Tabelle 18 angeführt.

Tabelle 18: (Sozial-)situative und emotionale Barrieren einer fettbewussten Ernährung im Alltagsbereich „Arbeitsplatz/Kollegen“ in Abhängigkeit zur Stadienzugehörigkeit
(Quelle: Eigene Darstellung)

Verhaltensstadium	Situative/Emotionale Barrieren einer fettbewussten Ernährung am Arbeitsplatz
Präkontemplation	• Naschen in stressigen Situationen • Naschen bei geistig anstrengenden Arbeiten • frei zugänglicher Naschschrank im Team • auf Dienstreisen: eingeschränkte Speisenauswahl
Kontemplation	• Nachmittagsritual mit Kollegen: Kaffee und Kuchen/Kekse • Naschen in stressigen Situationen • besondere Anlässe (z. B. Geburtstags-, Weihnachtsfeier)
Präparation	• durch Zeitmangel/hohe Arbeitsbelastung Wegfallen einer fettbewussten Mittagsmahlzeit --> anstelle dessen tritt das Naschen
Aufnahme	• Naschen in stressigen Situationen • frei zugänglicher Naschschrank im Team • kostenfreies Verpflegungsangebot verführt zum Mehrverzehr • durch Zeitmangel/hohe Arbeitsbelastung Wegfallen einer fettbewussten Mittagsmahlzeit --> anstelle dessen tritt das Naschen
Aufrechterhaltung	• Naschen in stressigen Situationen • fettreiche gemeinsame Gerichte mit Kollegen • auf Dienstreisen: eingeschränkte Speisenauswahl

Die Faktoren „Zeitmangel“ bzw. „hohe Arbeitsbelastung“ scheinen in allen Stadien eine wesentliche Barriere für die Umsetzung einer fettbewussten Ernährung zu sein. Des Weiteren scheinen frei zugängliche Verzehrangebote sowie Ernährungsrituale mit den Kollegen hinderlich bei einer Verhaltensänderung zu sein.

⁸⁶ Fettreiche süße oder salzige Snacks (wie Schokolade, Kartoffelchips, Flips) werden hier zum Fettverzehr hinzugezählt, da dies klassische Snacks sind und mit situativen und emotionalen Essmomenten in Verbindung stehen (GESELLSCHAFT FÜR KONSUMFORSCHUNG 2009).

Personen der Aufnahme und Aufrechterhaltung berichten zudem, dass sich Stress am Arbeitsplatz auch nach Dienstschluss fortsetzt: Weil sie sich mitunter zu erschöpft fühlen und es ihnen an Zeit fehlt, wird manchmal auf (weniger fettbewusste) Convenience-Produkte zum Abendbrot zurückgegriffen.

Stadienübergreifend werden qualitativ ähnliche Aussagen getroffen. Hierbei handelt es sich fast ausschließlich um sozial-situative Barrieren.

Gründe für allgemeines Ernährungsverhalten am Arbeitsplatz

Die interviewten Personen haben – neben Äußerungen zu Barrieren einer fettbewussten Ernährung – ebenso Aussagen zu Einflussfaktoren für ihr allgemeines Ernährungsverhalten am Arbeitsplatz getätigt.

Übereinstimmend mit Nennungen zur fettbewussten Ernährung wird auch in dieser Kategorie der Faktor „Zeitmangel/hohe Arbeitsbelastung“ benannt, der Personen in jedem Stadium einer Verhaltensänderung daran hindert, eine wünschenswerte Ernährungsweise umzusetzen. Die Arbeitsumstände werden ursächlich dafür genannt, dass eine gesunde Ernährung (frisches Obst/Gemüse, sich Zeit nehmen zum Essen) momentan nicht realisiert werden kann. Zudem geben Personen in den Stadien der Aufnahme und Aufrechterhaltung an, dass sie auf Dienstreisen und bei Geschäftsessen insgesamt ungesünder (kalorienreicher) essen und größere Portionen verzehren. Als Grund hierfür werden Verpflichtungen gegenüber anwesenden Kollegen/Geschäftspartnern angeführt:

Beispiel 1: „Ich arbeite in einem Geschäftszweig, wo sehr viele Männer sind, und wenn man eingeladen wird oder auch, wenn man einlädt, dann gibt es Vorspeise und Hauptgericht, gut den Nachtisch esse ich schon gar nicht mehr, die kann ich gar nicht mehr essen, da bin ich schon satt ... also das ist dann schon erheblich mehr, als man normalerweise isst. [...] Das ist dann schon so ein bisschen eine Verpflichtung – ich meine, es ist ja nicht so, dass einem das was ausmacht, ist ja schon nett, aber es ist schon so ... ähm ... ja, wenn man dann so Gastgeber ist, dann isst man das schon mit.“ (B11f, 00:22:56-6 sowie 00:23:26-0; Stadium Aufnahme)

Beispiel 2: „[Auf Dienstreisen] trifft man sich mit Kollegen aus anderen Städten und da ist es leider – was heißt ‚leider‘, manchmal macht es ja auch Spaß – aber dann ist es eben ein bisschen anders. Dass man abends irgendwo hingeht mit mehreren und dann ist das schon mal, dass man kein Wasser trinkt, dass es später wird und, dass man natürlich auch mehr isst und dann mal nicht so darauf achtet, ob es auch gesund ist.“ (B16m, 00:58:50-0; Stadium Aufnahme)

Gesundheitsangebote

Von den meisten gesundheitsförderlichen Angeboten seitens des Arbeitgebers berichten präkontemplative und kontemplative Personen. In den folgenden Stadien gibt es kaum oder gar keine Angebote. Die genannten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sind für die Mitarbeiter kostenfrei und umfassen verschiedene Sportangebote/-kurse, einen Gesundheits-Check-Up oder ein Obst-/Gemüseangebot. Während letztgenanntes gern genutzt wird, wird das Sportangebot kaum in Anspruch genommen. Als Hinderungsgründe hierfür werden insbesondere Zeitmangel und die zusätzliche Wegstrecke zwischen Arbeitsstelle und Sportangebot genannt.

Arbeitszeiten Partner

Leben die interviewten Personen in einer Partnerschaft, so berichten beide Geschlechter übereinstimmend, dass entweder der Mann mehr bzw. die Frau weniger vom Zeitumfang her arbeitet. Teilweise geht die Partnerin keiner beruflichen Verpflichtung nach und kümmert sich verstärkt um Haushalt und ggf. Kinder. Abweichungen von der beschriebenen Arbeitszeitverteilung gibt es im ersten und zweiten Stadium: Hier berichtet je Phase eine Frau, dass sie mehr Zeit für den Job investiere als ihr Partner.

1.5 Alltagsbereich: Freizeit/Freunde

Äußerungen der Interviewpartner, die den Alltagsbereich „Freizeit/Freunde“ betreffen, hat die Autorin – wie auch in den vorangestellten Ergebniskapiteln – zu Unterkategorien gemäß dem Kodierleitfaden (Anhang 8) zusammengefasst. Im Folgenden werden die Ergebnisse unter Rücksichtnahme der fünf Stadien einer Ernährungsverhaltensumstellung dargestellt. Das zugrunde gelegte Datenmaterial mit den genauen Wortlauten der Interviewaussagen, ihre Paraphrasen und Reduktionen sind im CD-Anhang⁸⁷ ersichtlich.

Außer-Haus-Verzehr

Grundsätzlich werden vier Arten von Situationen des Außer-Haus-Verzehrs im Freizeitbereich beschrieben: Es handelt sich um einen Außer-Haus-Verzehr a) bei Freunden, b) in Restaurants/Cafés/Bars mit Personen des sozialen Umfelds (Freunde, Familie, Bekannte), c) beim Imbiss während außerhäuslichen Aktivitäten allein oder mit der Familie oder d) während eines Urlaubs. Bei den genannten situativen Anlässen ist keine Stadienspezifität festzustellen. Die Arten des Außer-Haus-Verzehrs sind so vielfältig wie sein Angebot und reichen von kleinen Snacks (z. B. Kuchen, Bratwurst, Suppe) über vollständige Gerichte

⁸⁷ CD-Ordner: „Datenauswertung“ -> „Freizeit_Freunde“

bis zu umfangreichen Wahlmöglichkeiten am Büffet. Aussagen zur Qualität des unterwegs verzehrten Essens bzw. zu gesundheitsbezogenen Auswahlkriterien werden nur von Personen in den Stadien der Aufnahme und Aufrechterhaltung genannt – und kennzeichnen ihre fettbewusste Ernährungsweise:

Beispiel 1: „Und, dann [am Wochenende] isst man ja auch häufig unterwegs was, wo ich trotzdem immer versuche, darauf zu achten, dass es nicht unbedingt der Döner ist. Ich bin ein Typ, der immer Kartoffeln essen könnte, Ofenkartoffeln und so, die machen mich auch schon glücklich, was ja vom Fett her eine leichtere Alternative zu Pommes oder so ist. Und, das bringt mir dann auch schon viel, weil ich das dann auch mal essen kann.“ (B20f, 00:07:16-4; Stadium Aufrechterhaltung)

Beispiel 2: „Und dann aber auch ein gelegentliches Sündigen [beim Außer-Haus-Verzehr], wenn man an den Cholesterinspiegel denkt, sei es Carpaccio aus rohem Rindfleisch, sei es Rindfleisch mit Bratkartoffeln und Remoulade ... das sind einfach Dinge, die ich mir gelegentlich gönne, aber eben auch, dann hinterher sag ‚Jetzt ist aber auch erstmal wieder Ruhe!‘.“ (B5m, 00:34:13-6; Stadium Aufnahme)

Hinsichtlich der Häufigkeit eines Außer-Haus-Verzehrs im Freizeitbereich schwanken die Angaben zwischen ein- bis achtmal im Monat. Durchschnittlich essen Personen des fünften Stadiums am seltensten auswärts und Personen des vierten Stadiums am häufigsten:

- Präkontemplation: 2-3x pro Monat,
- Kontemplation: 2x pro Monat,
- Präparation: 4x pro Monat,
- Aufnahme: 8x pro Monat,
- Aufrechterhaltung: 1-2x pro Monat.

Geschmacksvorlieben Freunde

Die getätigten Äußerungen hinsichtlich vorliegender Ernährungspräferenzen der Freunde halten sich im Rahmen der persönlichen Geschmacksvorlieben. Es sind nur vereinzelt Nennungen getätigt worden, die vom eigenen Essgeschmack stark abweichen. Ist dies der Fall, so wird beispielsweise beim Restaurantbesuch am eigenen Essverhalten festgehalten und die Freunde wählen ein für sich passendes Gericht. Bei gegenseitigen häuslichen Besuchen werden auf unterschiedliche Ernährungspräferenzen Rücksicht genommen und solche Speisen angeboten, die beide Seiten mögen. Zwei Personen aus dem Stadium der Aufrechterhaltung berichten, dass sich der Freundeskreis für sie Gerichte/Snacks überlegt, mit ihnen abspricht und diese entsprechend separat zubereitet.

Bedeutung „Ernährung“ im Freundeskreis

In diese Kategorie fallen sowohl Äußerungen seitens des Freundeskreis' zum Ernährungsverhalten des Interviewten und seine Reaktion darauf als auch generelle Anmerkungen zum Thema „Ernährung“ in Unterhaltungen mit Freunden. Zunächst ist festzustellen, dass in jedem Stadium einer Ernährungsverhaltensänderung über die individuelle Ernährungsweise gesprochen wird. Die Gesprächsthemen umfassen Äußerungen zu Verzehrsmengen (Stadium 1), zum Abnehmen (Stadium 2), zur bewusst „gesunden“ Ernährung (Stadium 3), zu Rezeptideen (Stadium 4) sowie zur Umsetzung einer fettbewussten Ernährungsweise (Stadium 5). Hierbei ist der Tenor der Anmerkungen durch Freunde fast ausschließlich neutral bis positiv gegenüber dem Befragten.

Eine Person aus dem Stadium der Aufrechterhaltung deutet an, dass es in der Vergangenheit auch negative Kommentare zum eigenen Ernährungsstil gegeben hat. Diese haben jedoch keinen Einfluss auf das angestrebte Ernährungsverhalten ausgeübt; die Person hielt an der gewählten Ernährungsform fest.

Regelmäßige Außer-Haus-Aktivitäten

Eine in jedem Stadium einer Ernährungsverhaltensumstellung ausgeübte regelmäßige Außer-Haus-Aktivität ist körperliche Betätigung. Mehr als die Hälfte (prä-)kontemplativer Personen betreiben ein bis zwei Mal in der Woche Sport. Eine aktivere Freizeitgestaltung zeigen Personen aus den folgenden drei Stadien: Hier geben alle Befragten an, regelmäßig Außer-Haus-Aktivitäten durchzuführen. Diese umfassen Sport und/oder ehrenamtliche und repräsentative Verpflichtungen, private Weiterbildungen oder kulturelle Veranstaltungen. Personen aus den Stadien der Präparation, Aufnahme und Aufrechterhaltung sind an zwei bis drei Abenden unter der Woche außer Haus aktiv.

In dieser Kategorie werden ebenso Nennungen bezüglich des Partners und dessen Freizeitaktivitäten erfasst. Hier ist – identisch zu den Interviewten selbst – auffällig, dass nur Personen der letzten drei Stadien von Partnern mit regelmäßigen Hobbys berichten. Erwähnenswert ist zudem, dass es sich hier stets um Männer handelt, die von ihren Partnerinnen berichten. Die genannten Hobbys sind sportlicher Art und werden an circa zwei Tagen der Woche ausgeübt.

Sonstige Freizeitgestaltung

Nach Arbeitsschluss wird die freie Zeit – abgesehen von regelmäßigen Aktivitäten, die außer Haus stattfinden (siehe vorherige Unterkategorie) – eher ruhig verbracht. Die Befragten nutzen den Feierabend unter der Woche vorrangig zum Entspannen (lesen, fernsehen, telefonieren). Manchmal verabreden sie sich mit Freunden oder unternehmen einen Spaziergang oder Stadtbummel. Sie müssen im Regelfall keinen (außerfamiliären) Verpflichtungen nachgehen.

An den Wochenenden findet eine Mischung aus aktiver und passiver Erholung statt. Im Wesentlichen ist die Freizeitgestaltung ähnlich wie werktags, wobei zeitintensivere Aktivitäten (wie Unternehmungen im Freien, Besuch von Familie/Freunden) im Vordergrund stehen.

Insgesamt ist weder von der Nutzungsart noch vom Umfang freier Zeitressourcen im Alltag ein Unterschied zwischen den einzelnen Stadien einer Ernährungsverhaltensumstellung zu beobachten.

(Sozial-)situative und emotionale Faktoren beim Fettverzehr in der Freizeit⁸⁸

Im Vergleich zu den beiden zuvor dargestellten Alltagsbereichen sind im Bereich „Freizeit/Freunde“ insgesamt weniger situative und emotionale Faktoren pro bzw. contra einer fettbewussten Ernährung geäußert worden. Um auch an dieser Stelle die genannten Faktoren nachvollziehbar zu strukturieren, sind sie in Barrieren und Ressourcen eingeteilt worden. Hierbei sind jene Aussagen, die die Umsetzung einer fettbewussten Ernährung behindern, als Barrieren bezeichnet worden.

Beispiel: „Wenn ich gefrustet oder genervt bin von irgendwas, hatte ich gerade gestern Morgen. Danach waren wir in der Stadt, hatte noch nicht gefrühstückt und habe dann ein Erdbeerstück mit Schlagsahne und dann noch so eine Walnusstorte ... so ein Schwachsinn, aus Frust heraus wollte ich mir was Gutes tun. Das gibt es schon, gerade, wenn ich genervt und gefrustet bin und so ‚jetzt ist mir alles egal‘, dann mache ich das schon.“ (B7m, 01:26:10-6; Stadium Präparation)

Als Ressource wird eine Aussage dann eingestuft, wenn der benannte Faktor als Unterstützung bei der Umsetzung einer fettbewussten Ernährung im Freizeitbereich empfunden wird.

Beispiel: „Mal über den Weihnachtsmarkt oder Dom [Kirmes] schlendern. Und da habe ich mich einfach mal schlau gemacht, wirklich: Was gibt es da, was ich gut essen kann und was ich sehr gerne mag? Aber ich überlege mir schon vorher, was gibt es auf dem Weihnachtsmarkt, was könnte ich essen und, wenn ich wirklich überhaupt keine Ahnung habe, ob es da was gibt, versuche ich mir halt etwas vorher zu machen oder zu sagen ‚Ach, hole dir mal ein Laugenbrötchen‘, packe das in die Tasche und dann kann ich sonst davon was essen.“ (B20f, 01:07:28-3; Stadium Aufrechterhaltung)

⁸⁸ Fettreiche süße oder salzige Snacks (wie Schokolade, Kartoffelchips, Flips) werden hier zum Fettverzehr hinzugezählt, da dies klassische Snacks sind und mit situativen und emotionalen Essmomenten in Verbindung stehen (GESELLSCHAFT FÜR KONSUMFORSCHUNG 2009).

Die von den Interviewpartnern formulierten (sozial-)situativen und emotionalen Barrieren und Ressourcen beim freizeitbezogenen Fettverzehr zeigt Tabelle 19.

Tabelle 19: (Sozial-)situative und emotionale Barrieren und Ressourcen einer fettbewussten Ernährung im Alltagsbereich „Freizeit/Freunde“ in Abhängigkeit zur Stadienzugehörigkeit (Quelle: Eigene Darstellung)

Verhaltensstadium	(Sozial-)situative und emotionale Barrieren einer fettbewussten Ernährung im Freizeitbereich
Präkontemplation	keine Nennungen
Kontemplation	keine Nennungen
Präparation	• Naschen aus Ärger/Frust • appetitliches Angebot fettreicher Speisen (z. B. Restaurant, bei Freunden) • sozial angenehme Situationen (z. B. Essen mit Freunden)
Aufnahme	• sozial angenehme Situationen (z. B. Essen mit Freunden) • eingeschränkte Speisenauswahl (z. B. Autobahnraststätte)
Aufrechterhaltung	• sozial angenehme Situationen (z. B. Essen mit Freunden) • appetitliches Angebot fettreicher Speisen (z. B. Restaurant, bei Freunden)
Verhaltensstadium	(Sozial-)situative und emotionale Ressourcen einer fettbewussten Ernährung im Freizeitbereich
Präkontemplation	keine Nennungen
Kontemplation	keine Nennungen
Präparation	keine Nennungen
Aufnahme	• vielfältiges Speisenangebot • Transparenz der Zutaten
Aufrechterhaltung	• vielfältiges Speisenangebot • Transparenz der Zutaten • Planung der Mahlzeiten (Lokalität, Angebot) • Planung der Außer-Haus-Aktivitäten samt Verzehrmöglichkeiten • fettbewusste Ernährungsweise der Freunde

Auffällig ist, dass in den Stadien „Präkontemplation“ und „Kontemplation“ keine situativen oder emotionalen Faktoren genannt werden, die einen Einfluss auf den Fettverzehr im Freizeitbereich haben. In den Stadien der Präparation bis Aufrechterhaltung scheinen stadienübergreifend vor allem sozial angenehme Situationen hinderlich dafür zu sein, sich beim Außer-Haus-Verzehr fettbewusst zu ernähren. Beim Essen in Gesellschaft fällt es den Befragungspersonen schwerer, auf den Fettverzehr zu achten bzw. sind sie gewillt, eher zu Speisen zu greifen, die sie üblicherweise meiden würden.

Als Ressourcen sind von Personen der Stadien der Aufnahme oder Aufrechterhaltung übereinstimmend ein „vielfältiges Speisenangebot“ sowie die „Transparenz von Zutaten“ formuliert worden. Zudem planen Interviewte aus dem Stadium der Aufrechterhaltung Außer-Haus-Verzehrmomente im Voraus und haben – im Fall eines für sie ungünstigen Speisenangebots – eine alternative (fettbewusste) Verzehrmöglichkeit dabei.

Insgesamt betrachtet, sind es vor allem situative Barrieren und Ressourcen, die beim freizeitbezogenen Außer-Haus-Verzehr eine fettbewusste Ernährungsweise beeinflussen – emotionale Faktoren spielen eine untergeordnete Rolle.

Besondere Ernährungssituationen im Freizeitbereich

Neben den zuvor genannten Situationen, die explizit im Zusammenhang mit dem Fettverzehr stehen, haben die Befragungspersonen auch Situationen angeführt, in denen sie hinsichtlich ihres allgemeinen Ernährungsverhaltens abweichend von ihrer sonst üblichen Ernährungsweise essen. Hier sind stadienübergreifend zum einen Urlaube und zum anderen Verzehrmomente in Gesellschaft (z. B. im Restaurant, bei Freunden zu Hause) angeführt worden. In diesen Situationen wird sich mehr Ruhe zum Essen genommen, es werden größere Mengen verzehrt. Vor allem bestimmt der Geschmack die Speisenauswahl. Einschränkend geben Personen der Stadien der Aufnahme und Aufrechterhaltung an, dass sie mittlerweile versuchen, diesem Verhalten entgegenzuwirken, indem sie beispielsweise bei Urlauben keinen All-Inclusive-Tarif wählen und sich auf Feiern bewusst hinsichtlich der Portionsgrößen zurückhalten.

1.6 Gesundheitsstatus und Fettstoffwechselstörung

Im Folgenden werden Gesundheitsstatus sowie Krankengeschichte und Wissen zur Fettstoffwechselstörung der Probanden vorgestellt. Hierfür haben die im CD-Anhang⁸⁹ angeführten Äußerungen sowie die daraus abgeleiteten Paraphrasen und Generalisierungen der Einzelaussagen die Grundlage gebildet. Die Ergebnisdarstellung erfolgt im Sinne der Leitfragen stadienspezifisch.

Momentaner Gesundheitszustand

Der persönliche Gesundheitszustand wird von allen Befragten als gut beschrieben, in den Stadien „Kontemplation“ und „Aufnahme“ zum Teil sogar als sehr gut. Sie fühlen sich im Vergleich zu gleichaltrigen Personen entweder genauso fit oder fitter. Bei ihnen liegen – abgesehen von der Fettstoffwechselstörung – keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen vor, die auf Dauer behandlungsbedürftig wären. Als kleine Einschränkung werden erste Alters-

⁸⁹ CD-Ordner: „Datenauswertung“ -> „Gesundheitsstatus“

erscheinungen (z. B. Gelenk- oder Rückenbeschwerden, nachlassende Fitness) empfunden. Haben die Befragungspersonen Partner/Kinder, so stufen sie deren Gesundheitszustand ebenso als gut ein. Mit Ausnahme der Stadien „Kontemplation“ und „Aufnahme“ gibt es in den anderen drei Stadien jeweils mindestens ein Familienmitglied, das gesundheitliche Probleme aufweist (Übergewicht, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Krebs).

Bei der Selbsteinschätzung des persönlichen oder familiären Gesundheitszustands scheint es keine stadienspezifischen Effekte zu geben.

Fettstoffwechselstörung

Diese Kategorie beinhaltet Äußerungen zur Krankengeschichte, Diagnose, Medikation sowie zu Cholesterinwerten und Arztbesuchen.

Um eine übersichtliche Darstellung zu erreichen, hat die Autorin die benannten Zeiträume seit der Diagnosestellung für das Vorliegen erhöhter Cholesterinwerte ex post in folgende Klassen eingeteilt:

Diagnose vor ...

- mehr als 15 Jahren,
- 10–14 Jahren,
- 5–9 Jahren oder
- 1–4 Jahren.

In jedem Stadium einer Verhaltensänderung liegt die Diagnosestellung mindestens fünf Jahre zurück. In den Anfangsstadien einer Ernährungsverhaltensmodifikation sowie im Stadium der Aufnahme besteht die Kenntnis erhöhter Blutfettwerte bereits seit mehr als zehn Jahren (Tab. 20).

Tabelle 20: Ausgewählte Charakteristika der vorliegenden Fettstoffwechselstörung in Abhängigkeit zur Stadienzugehörigkeit (n = 20) (Quelle: Eigene Darstellung)

Fettstoffwechselstörung Verhaltensstadium	Diagnose vor ... Jahren	Anzahl an Befragten mit Medi- kation	Anzahl an Befragten mit familiärer Vorbelastung	Anzahl an Befragten mit Kenntnis des Cholesterin- werts
Präkontemplation (n = 4)	mehr als 15	2	0	2
Kontemplation (n = 4)	10–14	1	2	2
Präparation (n = 4)	5–9	1	0	3
Aufnahme (n = 4)	10–14	3	2	2
Aufrechterhaltung (n = 4)	5–9	2	1	3

Des Weiteren wird in Tabelle 20 die Häufigkeit der Einnahme von Lipidsenkern angezeigt. Stadienübergreifend werden mindestens von einer Person cholesterinsenkende Medikamente eingenommen. Vor allem Personen im Stadium der Aufnahme nehmen gehäuft Lipidsenker ein.

Berichte zur Krankengeschichte beinhalten auch Aussagen zur familiären Vorbelastung. Eine genetische Veranlagung zu erhöhten Cholesterinwerten vermutet insgesamt ein Viertel der Befragten – ein Zusammenhang zur Stadieneinteilung scheint nicht zu existieren.

Entsprechend der Grundvoraussetzung für die Auswahl der Interviewpartner (Kapitel II, 4.3) sind sich alle Personen bewusst, dass sie erhöhte Cholesterinwerte (Gesamt- oder LDL-Cholesterin) haben bzw. – bei Medikamenteneinnahme – die Werte ohne Lipidsenker oberhalb des Normbereichs wären. Über Kenntnisse zur genauen Höhe der Blutfettwerte verfügt je Stadium mindestens die Hälfte der Befragten. Die Kenntnis der Werte scheint stadienunabhängig zu sein. Es kann vielmehr ein Zusammenhang zwischen dem Wissen um die Blutfettwerte und dem Zeitpunkt der Diagnosestellung vermutet werden: Umso länger die Diagnose in der Vergangenheit zurückliegt, desto weniger besteht Wissen um aktuelle Werte.

Personen aller Stadien einer Ernährungsverhaltensumstellung berichten von regelmäßigen Arztbesuchen, in denen die Cholesterinwerte kontrolliert werden.

Vorliegen weiterer kardiovaskulärer Risikofaktoren

Neben dem Bewusstsein für das Vorliegen erhöhter Cholesterinwerte hat als zusätzliches Kriterium bei der Probandenwahl die Tatsache gedient, dass bei den Interviewpartnern möglichst kein und maximal ein weiterer Herz-Kreislauf-Risikofaktor (Diabetes mellitus, Übergewicht, Hypertonie, Tabakkonsum) vorliegt. Keiner der befragten Personen ist diabetös (Unterkategorie „Vorliegen einer besonderen Ernährungsform“, Kapitel IV, 1.3) oder hat Hypertonie; eine Person aus dem Probandenkreis raucht (B18f, Stadium Kontemplation).

Die Beurteilung des Gewichtsstatus' ist seitens des Interviewers (= Autorin) durch visuelle Einschätzung vorgenommen worden (Fremdeinschätzung). Die Auswertung der Gesprächsnotizen zu den Befragungspersonen zeigt, dass in jedem Stadium einer Ernährungsverhaltensänderung ein bis zwei Personen nach ihrem äußeren Erscheinungsbild als übergewichtig einzustufen sind.

Es bleibt festzuhalten, dass die Mehrheit der Befragten keinen weiteren Herz-Kreislauf-Risikofaktor aufweist. Liegt ein zusätzlicher Risikofaktor vor, handelt es sich um ein erhöhtes Körpergewicht. Diese Beobachtungen scheinen stadienunabhängig zu sein.

Einflussnahme auf Cholesterinwerte

Mit Ausnahme einer Person (B1f, Stadium Aufrechterhaltung) benennen alle Befragten von sich heraus, dass der Cholesterinspiegel durch die Ernährung beeinflusst werden kann. Diese Aussage beruht teilweise auf Vermutungen, teilweise auf Wissen und teilweise auf persönlichen Erfahrungen. Personen, die aufgrund der Höhe ihres Cholesterinwertes medikamentös eingestellt sind, sehen die Einflussnahme durch das Ernährungsverhalten additiv und nur in gewissem Umfang effektiv wirksam. Neben der Ernährungsweise werden zudem körperliche Aktivität sowie das Körpergewicht als beeinflussende Faktoren angeführt.

Die explizit je Stadium einer Verhaltensänderung formulierten günstigen bzw. ungünstigen Einflussfaktoren auf die persönlichen Cholesterinwerte sind in Tabelle 21 dargestellt. Um eine Einschätzung hinsichtlich des Wissens um Zusammenhänge zwischen den genannten Faktoren und den Blutwerten geben zu können, werden an dieser Stelle die zu Stichworten gekürzten Originalaussagen ohne Generalisierung angeführt.

Tabelle 21: Möglichkeiten der Einflussnahme auf den Cholesterinwert in Abhängigkeit zur Stadienzugehörigkeit (Quelle: Eigene Darstellung)

Verhaltensstadium	Senkung des Cholesterinwertes durch ...	Erhöhung des Cholesterinwertes durch ...
Präkontemplation	• Obst und Gemüse • Zeit zum Essen • körperliche Aktivität	• Salami • Süßigkeiten
Kontemplation	• Gemüse • Reis • Hähnchen • fettreduzierter Belag • richtige Nahrungsfette	• tierische Fette • Kohlenhydrate
Präparation	• cholesterinsenkende Margarine • Obst und Gemüse • körperliche Aktivität	• Süßigkeiten
Aufnahme	• Vegetarismus • Gewichtsverlust	• Süßigkeiten • fettreiche Lebensmittel
Aufrechterhaltung	• Lachsölkapseln	keine Nennungen

Quantitativ betrachtet werden häufiger cholesterinsenkende Einflussgrößen genannt als cholesterinerhöhende. Die Mehrheit der genannten Faktoren bezieht sich auf die Ernährungsweise. Hierbei werden im Wesentlichen zwei Möglichkeiten der Beeinflussung genannt: entweder über die Fett- oder die Gemüse-/Obstaufnahme. Eine insgesamt fettreduzierte, an tierischen Fetten

und Süßigkeiten arme sowie obst- und gemüsereiche Ernährung wird stadienübergreifend als günstig angesehen.

Existiert Wissen über den Zusammenhang zwischen Ernährung und Fettstoffwechsel, findet nicht zwangsläufig eine Verhaltensänderung statt. Diese selbst wahrgenommene Diskrepanz zwischen Wissen und mangelnder Umsetzung in der Ernährungsweise wird als belastender empfunden im Vergleich zu der Zeit, als noch kein Ernährungswissen bestanden hat.

Beispiel: „Ich weiß recht viel und auch mit dem Wissen um meine jetzigen Cholesterinwerte, ich weiß ganz genau, was gesund ist, aber das dann auch 100 % hinzukriegen ist viel schlimmer, als es nicht zu wissen und so weiter zu leben. [...] Da wäre es mal besser gewesen, nichts zu wissen oder, dass es einem egal ist.“ (B7m, 00:52:35-9 sowie 00:54:47-1; Stadium Präparation)

Eine weitere Auffälligkeit dieser Unterkategorie ist die Tatsache, dass Personen im Stadium der Aufrechterhaltung – im Gegensatz zu den anderen Stadien – kaum konkrete Einflussfaktoren benennen. Sie betonen zwar den Einfluss der Ernährungsweise auf die Höhe des Cholesterinwerts, nennen jedoch keine Details. Hier vermutet die Autorin, dass die befragten Personen im Verlauf des Interviews bereits sehr genau ihr fettbewusstes Ernährungsverhalten beschrieben haben und sich daher nicht in ihren Aussagen wiederholen wollten. Für sie ist es zur Gewohnheit geworden, sich fettbewusst zu ernähren und daher ist aus ihrer Sicht möglicherweise keine besondere Hervorhebung vonnöten.

2 Diskussion

In der nachfolgenden Diskussion werden die Ergebnisse der Arbeit zunächst hinsichtlich der Leitfragen diskutiert und sinnvolle Verknüpfungen zwischen den identifizierten Kategorien hergestellt. Anschließend werden sie mit dem relevanten Stand des Wissens sowie Erkenntnissen publizierter empirischer Untersuchungen reflektiert (Kapitel II, 4). Um eine übersichtliche Vorgehensweise zu gewährleisten, folgt die Diskussion den einzelnen Kapiteln des Ergebnisteils.

Vorab bleibt anzumerken, dass die hier gewonnenen Erkenntnisse auf einer qualitativen Untersuchung mit ausgewählten Fällen basieren und demnach die im traditionellen Wissenschaftsverständnis geforderten repräsentativen Aussagen nicht zulassen. Dies ist jedoch nicht damit gleichzusetzen, dass Verallge-

meinerungen von Einzelaussagen nicht möglich sind (FIRESTONE 1993: 17f; KAPLAN 1964: 104ff).⁹⁰ Wie in Kapitel III, 4.5 beschrieben, sind die einzelnen Interviews mit Hilfe einer generalisierenden Analyse zusammengebracht worden. Durch argumentative Verallgemeinerung im Prozess der Datenerhebung, systematische Kodierungen des Datenmaterials (Stichwort: deduktiv-induktive Herangehensweise) und den Vergleich der gewonnen Ergebnisse mit bestehender Forschungsliteratur können – in einem gewissen Umfang – Generalisierungen interpretierend abgeleitet werden.

Darüber hinaus sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass es sich bei dem gewählten Studiendesign um eine querschnittliche Untersuchung handelt. Aufgrund der zeitgleichen Erhebung individueller Einflussfaktoren des Ernährungsalltags können keine Rückschlüsse auf intrapersonliche Kausalitäten gezogen werden (WYDLER/KOLIP/ABEL 2006: 71; SUTTON 2000). Unter der Annahme, dass sich Personen innerhalb eines Stadiums in ihren Gedanken, Gefühlen und Verhalten stark ähneln (WEINSTEIN/ROTHMAN/SUTTON 1998: 291f), erscheinen jedoch vorsichtige Schlüsse interpersoneller Art innerhalb eines Stadiums möglich (Kapitel II, 3.3).

2.1 Demografische und sozioökonomische Bedingungen einer Ernährungsverhaltensmodifikation

Im Folgenden werden die Stadien einer Ernährungsverhaltensmodifikation unter Berücksichtigung demografischer und sozioökonomischer Parameter der Studienteilnehmer diskutiert. Es ist bekannt, dass diese Variablen häufig nicht direkt auf das Ernährungsverhalten wirken. Vielmehr handelt es sich um Hintergrundvariablen, die über deren jeweilige Ausprägung (z. B. Alters- oder Einkommensgruppe) geltenden sozialen Normen oder Lebensstile das Ernährungsverhalten beeinflussen können (PIETROWSKY 2006: 183). SCHWARZER (2004: 312) warnt daher davor, derartige Klassifikationsmerkmale mit Kausalfaktoren zu verwechseln.

Lebensalter –

keine stadienspezifischen Besonderheiten

Bei der Umsetzung einer fettbewussten Ernährung scheint es hinsichtlich des Lebensalters keine unterschiedlichen Verhaltensmuster zu geben. Darüber, dass die Ernährungsweise einen Einfluss auf die bestehende Fettstoffwechsel-

⁹⁰ Methodenforscher unterscheiden verschiedene Formen von Generalisierungen, auf die jedoch an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann. Für Details wird auf weiterführende Literatur verwiesen, z. B. FIRESTONE 1993; HEINZE et al. 1975; KAPLAN 1964.

störung hat, sind sich die Befragten jeden Alters bewusst. Möglicherweise können die motivationalen Gründe für eine gesundheitsbewusste Ernährung altersbedingt variieren. Der Lebensabschnitt der 25–54-Jährigen (= erste drei Altersklassen der Untersuchung) ist oftmals durch das Eingehen einer (familiären) Bindung gekennzeichnet, bei der das auf andere Personen gerichtete Gesundheitsbewusstsein mit dem Grad an sozialer Verantwortung („Fürsorgepflicht“) steigt (FERBER 1980: 227). Hingegen sind Personen ab dem ca. 55. Lebensjahr (= letzte zwei Altersklassen der Untersuchung) – wenn die Kinder zumeist selbstständig sind – wieder verstärkt um ihre eigene Gesundheit bemüht. Mit einem höheren allgemeinen Gesundheitsinteresse treten auch eher qualitative Aspekte der Ernährung in den Vordergrund (OLTERSDORF 1995: 236), verbunden mit dem Wunsch, möglichst lange gesund und vital zu bleiben. In der vorliegenden Untersuchung sind keine altersspezifisch unterschiedlichen Motivationen für das Ernährungsverhalten auszumachen. Dies könnte damit erklärt werden, dass die Befragungspersonen und deren Fettstoffwechselstörung im Mittelpunkt der Untersuchung gestanden haben und die getätigten Antworten daher vor allem auf sich selbst fokussiert gewesen sind. Zudem sind die Probanden größtenteils kinderlos, sodass die ernährungsbezogene Motivation vorrangig auf die eigenen Bedürfnisse und Wünsche fixiert ist.

Dass es kein eindeutig unterschiedliches Verhaltensmuster für den demografischen Parameter „Alter“ gibt, haben auch LIPPKE und SNIEHOTTA (2003) in ihrer ebenso stadienspezifischen Untersuchung zum Ernährungsverhalten feststellen können.

Haushaltszusammensetzung und -nettoeinkommen –

Aktive sind kinderlos, häufiger Singles und haben geringfügig mehr Geld

Auffällig ist, dass Personen, die sich fettbewusst ernähren (Stadien der Aufnahme und Aufrechterhaltung), einerseits kinderlos sind und zum anderen häufiger in Single-Haushalten leben. Singles sind es gewohnt, ihren Alltag allein zu organisieren und können ihre Ernährungsgewohnheiten nach ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen gestalten. Dies legt die Vermutung nahe, dass Kinder bzw. der Partner die Umsetzung einer Ernährungsverhaltensänderung behindern könnten. So existieren Studien, die Haushalten mit Kindern im Vergleich zu kinderlosen Paaren eine ungesündere Ernährung bescheinigen (obst- und gemüseärmer: POLLARD et al. 2001, LAFORGE/GREENE/PROCHASKA 1994; fett- und energiereicher: GIBNEY/LEE 1993). Jedoch liegen ebenso Studien vor, die Singles/Paaren mit Kindern eine obst- und gemüsereichere Ernährung bescheinigen (DEVINE et al. 1999; WANDEL 1995). Hinsichtlich des Ernährungsverhaltens von Singles im Vergleich zu dem von Paaren gibt es ebenso widersprüchliche Erhebungen. Zum einen jene, die für Singles eine bessere Er-

nährungsqualität (geringere Gesamtfett- und Kalorienaufnahme) belegen (FRIEL et al. 2003; CASTRO DE 2000), andererseits existieren auch gegenteilige Ergebnisse, in denen Alleinlebende eine ungünstigere Verzehrweise (höhere Aufnahme gesättigter Fettsäuren, weniger Obst und Gemüse) haben als Paare (FRIEL et al. 2003; POLLARD et al. 2001). Es kann demnach nicht von einer konsistenten Studienlage hinsichtlich der Assoziation zwischen Haushaltszusammensetzung und Ernährungshandeln gesprochen werden. GISKES et al. (2006) sowie KAMPHUIS et al. (2006) fordern daher übereinstimmend in ihren systematischen Reviews zu Umwelteinflüssen und Ernährungsverhalten, dass zur Klärung des Einflusses soziodemografischer Parameter und zum Verständnis der zugrundeliegenden Mechanismen weiterer Forschungsbedarf bestehe.

Auch für die vorliegende Untersuchung wäre es ein voreiliger Schluss, anhand der Haushaltszusammensetzung Aussagen zur Umsetzung einer Ernährungsänderung zu tätigen. Bedeutender erscheint, ob der Interviewte, wenn er in Zwei- oder Mehr-Personenhaushalten lebt, familiären Rückhalt erfährt oder nicht. Beispielsweise existieren zwar zwischen Befragungsperson und Partner/Familie unterschiedliche Geschmacksvorlieben und Essenswünsche, was ein Hinderungsgrund für die Umsetzung einer fettbewussten Ernährung sein könnte. Eine genauere Analyse zeigt jedoch, dass hier keine sozioökonomische Ursache zugrunde liegt, vielmehr muss der familiäre Umgang mit dieser Tatsache differenziert betrachtet werden (Kapitel IV, 2.3).

Zwischen dem durchschnittlich zur Verfügung stehenden Haushaltsnettoeinkommen pro Monat sowie den Stadien einer Ernährungsverhaltensänderung scheint es in der vorliegenden Untersuchung keinen deutlichen Zusammenhang zu geben. Das Haushaltsnettoeinkommen liegt bei den Aktiven nur geringfügig höher als bei Non-Intendern und Intendern. Dieses Ergebnis steht scheinbar im Widerspruch mit anderen Untersuchungen, die feststellten, dass das Einkommen eindeutig positiv mit der Ernährungsqualität korreliert (MUFF/WEYERS 2010; KAMPHUIS et al. 2006; GISKES et al. 2002; LEHMKÜHLER 2002: 338; GALO BARDES/MORABIA/BERNSTEIN 2001; ROOS et al. 1996; WANDEL 1995).

Jedoch muss bei der Interpretation des Zusammenhangs im Rahmen der vorliegenden Arbeit bedacht werden, dass die Analyse auf den Bereich der fettbewussten Ernährung, und dabei auf die Lebensmittelgruppen Streichfette, Fleisch- und Wurstwaren sowie Milch und Milchprodukte, reduziert worden ist (Kapitel III, 4.3). Mit Ausnahme des Außer-Haus-Verzehrs, bei dem fettreiche Snacks häufig günstiger sind als ausgewogenere zusammengesetzte Speisen, ist eine fettarme bzw. fettmodifizierte Ernährung mit keinem erheblichen finanziellen Mehraufwand verbunden (z. B. ähnlicher Preis von Butter versus Margarine, von Käse mit 60 % Fett versus Käse mit 30 % Fett). Dass zwischen

der Höhe des Haushaltseinkommens sowie der Aufnahme an Gesamtfett und gesättigten Fettsäuren keine signifikante Assoziation besteht, belegen auch andere Untersuchungen – einflussreicher scheinen aus sozioökonomischer Sicht Bildungs- und Berufsstand zu sein (GISKES et al. 2006; STALLONE et al. 1997; MURPHY et al. 1992). Auch in einer stadienspezifischen Untersuchung von KLOEK und Kollegen (2004) hinsichtlich der Bedeutung externer und psychosozialer Faktoren für den Obst- und Gemüseverzehr sind u. a. das Einkommensniveau sowie das Vorhandensein finanzieller Probleme untersucht worden. Hier zeigte sich für beide ökonomische Parameter kein signifikanter Zusammenhang zum Ernährungsverhalten.

2.2 Allgemeine, ortsunabhängige Bedingungen einer Ernährungsverhaltensmodifikation

Nachfolgend werden Bedingungen einer fettbewussten Ernährungsumstellung diskutiert, die keiner der drei Alltagskategorien zugeordnet werden können, da sie allgemeingültiger Natur sind. Aus diesem Grund sollen sie an dieser Stelle separat angeführt werden.

Fettverzehr und Wissen um fettreiche Lebensmittel –

stadienübergreifend wurde in jungen Lebensjahren fettreicher gegessen

Interviewte jeden Stadiums berichten davon, als Kind bzw. junger Erwachsener häufiger und mehr fettreiche Lebensmittel verzehrt zu haben als heutzutage. Das bedeutet, dass im Lebensverlauf die quantitative Fettaufnahme variiert, bzw. dass aktuell versucht wird, insgesamt weniger Fett aufzunehmen. Angesichts des geschilderten alltäglichen Ernährungsverhaltens der Interviewten und der daraufhin erfolgten Stadienzuordnung durch die Forscherin gemäß den in Kapitel III, 4.3 beschriebenen Kriterien (Aufnahme von Streichfetten, Wurst-/Fleischwaren, Milchprodukten), bleibt für Non-Intender offen, ob die berichtete Veränderung tatsächlich der Wirklichkeit oder eher einem Wunschdenken entspricht. Eventuell ist der berichtete reduzierte Fettverzehr auch Folge eines sozial erwünschten Antwortverhaltens vor allem im Hinblick auf das in der Öffentlichkeit überwiegend negativ bewertete Thema „Fettkonsum und Übergewichtsentwicklung“. Personen im Stadium der Aufrechterhaltung betonen, explizit auf die Fettqualität von Lebensmitteln zu achten und bevorzugen pflanzliche Fette und Öle. Sie schränken den Verzehr fettreicher, tierischer Nahrungsmittel bewusst ein.

Die stadienübergreifend beschreibende Reduzierung des Fettkonsums ist ein Ernährungstrend, der in der Nationalen Verzehrsstudie II bestätigt wird – wenn gleich hierzulande insgesamt noch immer zu viel Nahrungsenergie in Form von

Fetten aufgenommen wird und auch die Fettsäurezusammensetzung der Ernährung nicht den Richtwerten der D-A-CH-Referenzwerte entsprechen (MAX RUBNER-INSTITUT 2008b: 100).

Allen Befragten ist bekannt, welche Lebensmittel im Sinne einer fettbewussten Ernährung geeignet sind und welche weniger. Die Aussagen werden mit konkreten Negativ-Beispielen belegt (z. B. Butter, fettreiche Fleisch-/Wurstwaren, Krustentiere/Innereien, Fertiggerichte). Eine dementsprechende praktische Umsetzung im Ernährungsverhalten vollziehen jedoch nur die Aktiven. Es ist in der Literatur bereits mehrfach belegt und stellt auch eine in der Problemstellung (Kapitel I, 1) skizzierte Grundannahme der vorliegenden Arbeit dar, dass in der Bevölkerung zwar häufig gutes Ernährungswissen vorhanden ist, dieses jedoch nicht in direktem Zusammenhang mit Gesundheitshandlungen steht. Ernährungsbezogenes Wissen kann zu einer besseren Informiertheit des Rezipienten führen – diese bewirkt wiederum nicht stringent eine tatsächliche Verhaltensänderung (Wissensklufthypothese) (GEDRICH et al. 2004: 70; BECKER 1990: 104ff). GÖLZ (1997: 178f) analysierte in ihrer Untersuchung den Einfluss von Ernährungswissen und Gesundheitskognitionen⁹¹ bei Patienten mit Fettstoffwechselstörungen zum einen auf die Intention, gesund zu essen, und zum anderen auf das tatsächliche Ernährungsverhalten. Es hat sich gezeigt, dass das ernährungsbezogene Wissen weder für die Vorhersage von Verhaltensintentionen noch für das ernährungsbezogene Handeln einen Erklärungsansatz leisten konnte. Vielmehr haben Einstellungen und subjektive Überzeugungen das individuelle Ernährungsverhalten geprägt.

Natürlich stellt Vorwissen, insbesondere um Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge, eine notwendige Bedingung dar, um einen Vorsatz zur Verhaltensänderung formulieren zu können (MEHNERT et al. 2003: 188; SCHWARZER et al. 1996: 16).⁹² Und auch ist dies vor allem für Personen, die ernährungsmitbedingt erkrankt sind und deshalb objektiv besonders auf ihr Verzehrverhalten achten

⁹¹ wie Vulnerabilität, Ergebniserwartungen, Kompetenzerwartungen, wahrgenommene Verhaltensbarrieren, subjektives Gesundheitsbewusstsein (GÖLZ 1997: 21)

⁹² In diesem Zusammenhang wird in den letzten Jahren häufiger der Terminus „Health Literacy“ verwendet. Health Literacy kann als wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung verstanden werden. Neben theoretischer Bildungsarbeit wird über praktische Interventionen der Gesundheitsförderung versucht, eine Verbesserung der Gesundheitskompetenzen zu erlangen. Menschen sollen durch kognitive und soziale Fertigkeiten motiviert und befähigt werden, ihre Lebensweise derart zu gestalten, dass sie für die Gesundheit förderlich ist (ABEL/BRUHIN 2003; WORLD HEALTH ORGANISATION 2000). „Food Literacy“ ist das Pendant für den Bereich der Ernährungsbildung: Menschen sollen befähigt werden, den Ernährungsalltag selbstbestimmt, verantwortungsbewusst und genussvoll zu gestalten. Es geht demnach nicht nur darum, Lebensmittel zu kennen, sondern auch um das Verständnis der Zusammenhänge beim Ernährungshandeln (HEINDL 2009, BÜNING-FESEL 2008). In diesem Sinne wird der Berücksichtigung der alltäglichen Lebensführung bei der Aufnahme und Umsetzung von Gesundheits- bzw. Ernährungsverhalten verstärkt Rechnung getragen und eine Abkehr von der rein kognitiven Wissensvermittlung gestärkt.

sollten, besonders wichtig – zumal sie hier oft Defizite aufweisen (HILDEBRANDT 2005: 83f). Jedoch scheint Ernährungswissen keine hinreichende Bedingung für eine Verhaltensänderung zu sein – was sich als Tendenz abermals in der vorliegenden Untersuchung abzeichnet.⁹³ Im Umkehrschluss ergibt sich daraus die Erkenntnis für die Ernährungs- und Gesundheitserziehung, dass durch allein kognitive Wissensvermittlung kaum eine Verhaltensänderung bewirkt werden kann (FRIEBE et al. 1997a; GÖLZ 1997: 181; OLTERSDORF 1995: 231). Vielmehr sollte Gesundheitsberatung klientenzentriert unter Berücksichtigung von Emotionen und Lebensumständen erfolgen. Fühlt sich der Klient verstanden, werden Handlungsempfehlungen besser angenommen (KLOTTER/TRAUTMANN 2009). Interventionsstudien im Ernährungs- (KELLER 2004) bzw. Bewegungsbereich (FLEIG et al. 2010) zeigen, dass die Vermittlung tiefergehender Informationen lediglich dann eine Verhaltensänderung initiieren kann, wenn sie an Personen gerichtet ist, die bereits eine Intention gebildet haben, künftig gesünder zu essen bzw. sich mehr zu bewegen. Eine Untersuchung zur Motivation von Rehabilitationspatienten zur Teilnahme an einer Herzgruppe lässt hingegen vermuten, dass gesundheitsbezogene Beratung nur bei Non-Intendern für die Ausbildung einer Intention effektiv ist, nicht jedoch für bereits entschlossene Patienten (DOHNKE et al. 2007).

Interessant ist darüber hinaus, dass Männer aus dem Stadium der Kontemplation zunächst ihren Fettverzehr insgesamt positiver einschätzen als sie ihn später im Detail beschreiben. Hierbei muss bedacht werden, dass Interviewteilnehmer generell versuchen, mit ihren Antworten zu gefallen bzw. zu beeindrucken oder ihre Angaben daran orientieren, was das Erhebungspersonal für richtig halten könnte (FELSER 2001: 456). Vielleicht ist es ihnen daher auch wichtig gewesen, zu betonen, dass sie sich gesund ernähren. In der genauen Beschreibung ihres üblichen Verzehrverhalten zeigt sich dann jedoch ein abweichendes Bild (Fehl- bzw. Überschätzung der eigenen Ernährungsweise).

Gründe einer fettbewussten Ernährung –

stadientypische Nennungen: gesundheitliche Aspekte (pro) vs. Geschmackseinbußen (contra)

Bei der Angabe von Argumenten, die eine fettbewusste Ernährung befürworten, fällt auf, dass sich hier nur Intender und Aktive äußern. Ein Erklärungsansatz, weshalb Non-Intender keine dafürsprechenden Gründe anführen, könnte in der Vermeidung kognitiver Dissonanzen liegen. Zudem bietet das Stadium per se eine Erklärung: Sie haben sich bisher nicht mit dem Thema auseinandergesetzt

⁹³ Aufgrund dieser Erkenntnis ist in der vorliegenden Untersuchung absichtlich auf das explizite Erfassen einer Wissenskomponente verzichtet worden.

und können daher auch keine (rationalen) Gründe für eine fettbewusste Ernährungsweise benennen. Anders sieht es bei Personen der Stadien „Präparation“ bis „Aufrechterhaltung“ aus. Sie haben sich für dieses Ernährungsverhalten entschieden und können auf Nachfragen (kognitiv geleitete) Motive äußern. Obwohl das alltägliche Ernährungshandeln durch vielfältige Handlungsgründe beeinflusst wird, werden diese in der Regel nicht zum Gegenstand bewusster Abwägungen und Entscheidungen gemacht. Vielmehr ist die Ernährungsweise, wie auch andere Handlungsbereiche im Haushalt, durch Routinen und Gewohnheiten geprägt (GIDDENS 1995: 36). Durch Reflektierung des Verhaltens ist es Befragten jedoch möglich, Motive des Handelns zu benennen („Rationalisierung“ SCHUMAN/PRESSER 1981: 28). Nur in Ausnahmefällen erfolgt eine derartige Handlungserklärung während der alltäglichen Ernährungssituation.

Als Beweggründe einer fettbewussten Ernährung schildern Intender und Aktive den damit verbundenen Wunsch, Körpergewicht zu verlieren. Darüber hinaus führen sie einheitlich gesundheitliche Aspekte (Rat des Arztes, Senkung des Cholesterinspiegels, Verbesserung des Gesundheitszustands) an. Diese Aussagen können aus gesundheitspsychologischer Perspektive als positive Handlungsergebniserwartungen verstanden werden. Sie belegen bisherige Forschungsergebnisse, nach denen der persönliche Nutzen einer gesunden Ernährung insbesondere mit günstigen Auswirkungen für die Gesundheit assoziiert wird, wie dem Vorbeugen von Krankheiten, der Kontrolle des Körpergewichts oder dem Erreichen einer insgesamt höheren Lebensqualität (LEA/CRAWFORD/WORSLEY 2006; LEA/WORSLEY 2003; FRIEBE et al. 1997b).

Argumente, die gegen eine fettbewusste Ernährung sprechen, werden von Personen aus den Stadien der Präkontemplation bis Aufnahme benannt. Die beschriebenen Contra-Begründungen umfassen vor allem negative Handlungsergebniserwartungen hinsichtlich des Geschmacks oder der eingeschränkten Lebensmittelauswahl; zudem basieren sie auf mangelnder Risikowahrnehmung (Fehlen gesundheitlicher Einschränkungen), auf Fremdzuschreibung und eingeschränkten Möglichkeiten der Einflussnahme der Fettstoffwechselstörung (genetische Disposition oder Einnahme von Lipidsenkern beeinflussen Cholesterinwerte) oder auf einem falschen Verständnis des Zusammenhangs zwischen Ernährung und Gesundheit (es müsse genügend Fett aufgenommen werden, weil der Körper es benötigt).

Auf die Bedeutung des Geschmacks als neben dem Preis und der Nahrungsqualität/-frische wichtigstes Kriterium für die Lebensmittelwahl weisen diverse Untersuchungen hin (MAX RUBNER-INSTITUT 2008a: 118; KEARNEY et al. 2000; FRIEBE et al. 1997a). Explizit betonen Personen der handelnden Stadien „Auf-

nahme“ und „Aufrechterhaltung“, dass sie bei einer fettbewussten Ernährung keine Geschmacksdefizite empfinden und bestätigen damit den motivationalen Hintergrund.

Einflussfaktoren einer fettbewussten Ernährungsumstellung – geregelter Tagesablauf, Ausführungsplanung und die Vermittlung praktischer Handlungskompetenzen erleichtern eine Verhaltensänderung

Neben den beschriebenen Pro- bzw. Contra-Gründen einer fettbewussten Ernährung benennen Personen aus dem Stadium der Aufrechterhaltung ebenso allgemeine, ortsunabhängige Bedingungen, die sie bei der Verhaltensumstellung hilfreich empfunden haben: Hierzu zählen ein sich wiederkehrender ähnlicher Tagesablauf, die Planung der Mahlzeitengestaltung im Voraus sowie der Zuwachs an theoretisch vermitteltem und praktisch eingeübtem Ernährungswissen – wobei sich die beiden erstgenannten Faktoren gegenseitig ergänzen. Die Bedeutung von Handlungsplanung ist in der Gesundheitspsychologie als wesentlicher Prädiktor einer Verhaltensänderung gut erforscht und u. a. im sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns als eigenständiges Modellkonstrukt integriert (Kapitel II, 3.3). Interessant bei der obigen freien Nennung von Anreizen ist darüber hinaus die Tatsache, dass sie sich hinsichtlich der Vermittlung neuer Informationen sowie Hilfen bei der praktischen Umsetzung (z. B. gemeinsames Kochen) exakt deckt mit Untersuchungsergebnissen zum förderlichen Zugang zu Präventionsprogrammen (WARSCHBURGER/RICHTER 2009). Die Vermittlung von Handlungskompetenzen zur Unterstützung des neu erlernten Ernährungswissens scheint ein positiver Einflussfaktor für die Aufnahme und Aufrechterhaltung einer Ernährungsverhaltensänderung zu sein.

Ernährungsumstellungen in der Vergangenheit – keine stadienspezifischen Unterschiede

In den Interviews sprechen die Befragten auch über bisherige Erfahrungen einer Ernährungsverhaltensänderung, die nicht den Fettverzehr betreffen. In Übereinstimmung zu den oben angeführten förderlichen Faktoren einer Verhaltensumstellung berichten die Interviewten auch hier, dass diese dann erfolgreich gewesen seien, wenn (kontrollierbare) Handlungs- und Bewältigungspläne vorhanden gewesen sind. Als Hinderungsgründe für das Aufrechterhalten einer Ernährungsumstellung sind stadienübergreifend geschmackliche Defizite und zusätzlicher Zeit- und Arbeitsaufwand angeführt worden. Hiermit wird abermals die Relevanz der Alltagstauglichkeit einer ernährungsbezogenen Verhaltensänderung belegt.

Im Unterschied zu den motivationalen Gründen einer fettbewussten Ernährung fällt auf, dass an dieser Stelle gesundheitliche Aspekte als Grund einer Verhaltensänderung zwar nicht so deutlich angeführt werden – diese sich aber indirekt hinter den geschilderten Auslösern verbergen können. Die im Folgenden aufgezeigten Auslöser einer Ernährungsumstellung decken sich mit Ergebnissen anderer Forschungsarbeiten (HÄUßLER 2007: 216; STIEß/HAYN 2005: 86f; BEAGAN/CHAPMAN 2004; BROMBACH 2000: 234; FALTERMAIER/KÜHNLEIN/BURDAVIERING 1998: 194f) und stellen biografische Umbruchsituationen dar, wie:

- das Eingehen oder Beenden einer Partnerschaft,
- die Geburt eines Kindes oder
- das Auftreten einer Krankheit.

Es zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung, dass einschneidende Veränderungen der individuellen (bzw. partnerschaftlichen) Lebensführung Auswirkungen auf die alltägliche Ernährungsweise haben können. Insbesondere Frauen scheinen in einer Beziehung der Impulsgeber für günstige gesundheitsbezogene Veränderungen zu sein und somit das Verhalten ihres Partners positiv beeinflussen zu können. Aus anderen Untersuchungen ist bekannt, dass Frauen eine höhere Gesundheitsorientierung im Allgemeinen sowie ein größeres Interesse an und ein besseres Wissen über ernährungsbezogene Themen im Speziellen haben als Männer (MAX-RUBNER-INSTITUT 2008a: 98-100; STIEß/HAYN 2005: 78; WIESMANN/TIMM/HANNICH 2003; FRIEBE et al. 1997a; MÖHR et al. 1992). In der Mobilisierung oder/und Aufrechterhaltung gesundheitsrelevanter Handlungen suchen und erhalten Männer soziale Unterstützung vor allem von ihren Partnerinnen. Hingegen verfügen Frauen meist über ein größeres soziales Netz und können hier verschiedene Quellen nutzen (KEINLE/KNOLL/RENNEBERG 2006: 120).

2.3 Bedingungen einer Ernährungsverhaltensmodifikation im Bereich „Haushalt/Familie“

Gemeinsame Mahlzeiten und familiäre Geschmacksvorlieben – stadienspezifische Unterschiede im Umgang mit divergierenden Ernährungswünschen

Alle Interviewteilnehmer essen täglich mindestens eine Mahlzeit (Abendbrot) gemeinsam mit ihrem Partner/Kind. An den Wochenenden versuchen sie, alle Mahlzeiten gemeinsam einzunehmen, sofern es sich zeitlich einrichten lässt. Auch wenn es sich in der vorliegenden Untersuchung nicht um eine reine Betrachtung von Familienhaushalten handelt, so ist dennoch der Wunsch und die Tendenz zur gemeinschaftlichen Mahlzeiteneinnahme sowie zu festen Mahl-

zeitenrhythmen festzustellen. Insbesondere an den Wochenenden, wenn aufgrund des Wegfalls beruflicher Arbeitszeiten verstärkt die Möglichkeit zur gemeinsamen Mahlzeiteinnahme besteht, wird diese auch genutzt. Wie STIEß und HAYN (2005: 37) sowie HÄUßLER (2007: 206) in ihren Untersuchungen konstatiert haben, ist auch im Rahmen dieser Befragung die Anzahl der gemeinsam verzehrten Mahlzeiten zu Hause am Wochenende höher ist als an den Wochentagen.

Aufgrund der hohen Bedeutung gemeinsamer Mahlzeiten als fester Bestandteil des Familienlebens (LEONHÄUSER et al. 2009: 89; HÄUßLER 2007: 72; BROMBACH 2005; MEIER 2004; OLTERSDORF 2002) wird versucht, die ernährungsbezogenen Bedürfnisse, Vorstellungen und Wünsche aller Haushaltsmitglieder untereinander abzustimmen. Der Umgang mit unterschiedlichen Geschmacksvorlieben zwischen Befragungsperson und Partner und/oder Kindern scheint je nach Stadium einer Ernährungsverhaltensänderung anders gelöst zu werden. Während Non-Intender und Intender sich beim Fettverzehr eher den Wünschen des Partners/der Familie anschließen – und damit mehr tierische Lebensmittel mit ungünstiger Fettsäurezusammensetzung und insgesamt relativ hohem Fettgehalt essen – ist bei Aktiven ein „individualisiertes“ Essverhalten zu beobachten: Unabhängig von abweichenden Vorlieben für bestimmte Lebensmittel oder Gerichte des Partners/Kindes, die den eigenen fettbewussten Vorstellungen einer Ernährung widersprechen, verzichten sie selbst entweder komplett oder aber schränken zumindest den Verzehrumfang für derartige Speisen ein. Bei der Mahlzeitenzubereitung kann es daher auch vorkommen, dass ab einem bestimmten Zubereitungszeitpunkt diese separiert fortgeführt wird, sodass die Wünsche beider Parteien berücksichtigt werden können. Die Umsetzung einer fettbewussten Ernährungsweise wird dabei mehrheitlich nicht als Mehraufwand in der Beköstigungsarbeit empfunden.⁹⁴

Es ist möglich, dass es Personen in Single-Haushalten leichter gelingt, die Ernährung umzustellen, weil sie nur auf ihre eigenen Wünsche einzugehen haben. In Zwei- oder Mehr-Personenhaushalten müssen zunächst Absprachen getroffen und Wege gefunden werden, mit denen alle Haushaltsmitglieder zufrieden und die zugleich praktikabel im Ernährungsalltag umsetzbar sind. Ist es nicht möglich, familiäre Ernährungswünsche und -gewohnheiten mit den eigenen Vorstellungen zu vereinbaren, so wird dies stadienübergreifend als Barriere einer Verhaltensänderung empfunden – ein Ergebnis, welches sich auch in anderen Untersuchungen zu Hemmnissen einer Ernährungsumstellung bestätigen lässt (FRIEBE et al. 1997b) und die hohe Relevanz erfolgreich miteinander verknüpfter Ernährungsvorstellungen zeigt.

⁹⁴ Lediglich präkontemplative Personen benennen diesen Aspekt als Grund dafür, weshalb sie bisher noch nicht ihr Ernährungsverhalten geändert haben.

Desinteresse oder Ablehnung im familiären Umfeld stellen insbesondere bei Personen mit (ernährungsmitbedingter) Erkrankung ein Hindernis bei der Einhaltung diätetischer Empfehlungen dar (Diabetes mellitus Typ 2: MEHNERT et al. 2003: 188f; Brustkrebs: BEAGAN/CHAPMAN 2004).

Im Umkehrschluss hängt die Art der Ernährung, die eine Person bevorzugt oder zumindest überwiegend aufweist, stark von den Ernährungsgewohnheiten der sozialen Gruppe ab, denen sich die Person zugehörig fühlt (PIETROWSKY 2006: 184). Demnach scheint familiärer Rückhalt⁹⁵ den Prozess einer ernährungsbezogenen Modifikation zu fördern: Je stärker das Zielverhalten durch Familienmitglieder unterstützt wird, desto leichter lässt sich dieses auch umsetzen (MUFF/WEYERS 2010; KAPUR et al. 2008; KELSEY/EARP/KIRKLEY 1997). Dies gilt sowohl bei der Entscheidungsfindung für ein gesundes Ernährungsverhalten als auch bei der Verwirklichung desselben (PIETROWSKY 2006: 192). MANNE und ZAUTRA (1989) weisen darauf hin, dass diese sozialen Faktoren einen indirekten Effekt auf das Gesundheitsverhalten ausüben, indem sie Bewältigungsprozesse beeinflussen. Zudem konnten in einigen Untersuchungen Interaktionseffekte zwischen sozialer Unterstützung und Kompetenzerwartungen gefunden werden. Eine höher wahrgenommene Selbstwirksamkeit wirkt sich wiederum positiv auf eine Ernährungsumstellung aus (SCHWARZER/KNOLL 2008).

In der vorliegenden Untersuchung kann festgestellt werden, dass Befragte im vierten und fünften Stadium hinsichtlich ihrer praktizierten fettbewussten Ernährungsweise Bekräftigung und keine negative Kritik seitens des Partners (oder bei Singles: seitens anderer Familienmitglieder) erfahren. Dies gilt auch dann, wenn in der restlichen Familie abweichende Ernährungsgewohnheiten vorherrschen. Den Bezugspersonen kommt sowohl bei der initialen Ernährungsumstellung als auch bei der Aufrechterhaltung eine wichtige Rolle des sozialen Rückhalts zu.

Arbeitsteilung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten – stadienübergreifend partnerschaftlich ausgeglichen

In Mehrpersonen-Haushalten werden Arbeiten, die mit dem Lebensmitteleinkauf oder der Beköstigung (Mahlzeiten vor-, zu- und nachbereitung) zusammenhängen, zu ähnlichen Anteilen sowohl von der Befragungsperson als auch von dem Partner bzw. gemeinsam durchgeführt. Geschlechtsunterschiede sind dabei nicht zu beobachten. Da die Mehrheit der in dieser Untersuchung befrag-

⁹⁵ Es sind drei Konzepte des sozialen Rückhalts zu unterscheiden: soziale Integration (quantitative, strukturelle Aspekte von Sozialbeziehungen), wahrgenommene (qualitativ, hypothetische Betrachtung) und erhaltene (qualitativ, retrospektive Betrachtung) Unterstützung (KIENLE/KNOLL/RENNEBERG 2006: 109; SCHWARZER 2004: 177). In der vorliegenden Untersuchung sind insbesondere Äußerungen zur erhaltenen Unterstützung, teilweise zur wahrgenommenen Unterstützung erfolgt.

ten Personen allein oder gemeinsam mit ihrem Partner – und nicht in Familienhaushalten – leben, kann das in der Literatur häufig beschriebene gesellschaftlich verankerte Rollenbild der Mutter als familiäre Haupternährungsvorsorgerin hier nicht bestätigt werden (LEONHÄUSER et al. 2009: 101; BARTSCH 2008b; BROMBACH 2005; STRATTON/BROMLEY 1999: 104; CHARLES/KERR 1988: 85). Bedacht werden muss hier der Aspekt, dass in der Befragung nur Personen – ob männlich oder weiblich – berücksichtigt worden sind, die einer Berufstätigkeit (mindestens $\frac{3}{4}$ -Stelle) nachgehen.⁹⁶ LEONHÄUSER et al. (2009: 72) konnten in ihrer Sekundäranalyse der Zeitbudgetdaten von 2001/2002 zeigen, dass der Beteiligungsgrad von Männern an Beköstigungstätigkeiten umso größer war, je höher der Umfang der Erwerbstätigkeit ihrer Partnerinnen ist: Für die Mahlzeitenzubereitung beispielsweise liegt dieser bei Männern mit in Vollzeit beschäftigten Partnerinnen bei 47 % vs. 42 % bei nicht Erwerbstätigkeit; für den Einkauf bei 36 % vs. 32 %. Ferner belegen qualitative Befragungen berufstätiger Frauen (z. T. Mütter) eine annähernde Gleichverteilung der Haus- und Ernährungsarbeit zwischen beiden Partnern, wenn diese in Vollzeit berufstätig sind (LEONHÄUSER et al. 2009: 103; RÜLING 2007: 65; SCHIER/JURCZYK 2007; KEMMER 1999). Auch wenn in der vorliegenden Untersuchung die Zeitverwendung nicht quantitativ erfasst worden ist, so lässt sich doch die Tendenz aufzeigen, dass hier stadienübergreifend eine nahezu partnerschaftliche Arbeitsteilung stattfindet: Gewohnheitsgemäß werden Einkauf, Vor-, Zu- und Nachbereitung von Mahlzeiten sowie damit verbundene planerische und organisatorische Aufgaben gemeinschaftlich abgesprochen, koordiniert und umgesetzt.

Qualitativ sind hinsichtlich der Auswahlkriterien beim Lebensmitteleinkauf erwartungsgemäß stadientypisch differenzierte Verhaltensweisen festzustellen. So achten Non-Intender und Intender (oder deren Partner) vorrangig auf Aussehen, Geschmack und Preis – dem Fettgehalt wird, wenn überhaupt, in nur seltenen Fällen sekundäre Bedeutung beigemessen. Für Aktive stellen Fett- und Cholesteringehalt von Lebensmitteln, teilweise sogar die Zusammensetzung der Nahrungsfette, entscheidende Auswahlkriterien dar. Dies gilt sowohl für die Befragungspersonen selbst als auch für dessen Partner. Damit bestätigt sich abermals die Vermutung, dass nicht das Vorhandensein eines Partners per se ein Hinderungsgrund für die Umsetzung einer fettbewussten Ernährungsweise ist. Vielmehr scheinen sie die Realisierung unterstützen zu können, wenn sich der Partner aktiv für eine solche Ernährung entschieden hat.

⁹⁶ Die Auswertung der selbst berichteten Arbeitszeiten zeigt, dass in der vorliegenden Untersuchung Männer stadienübergreifend durchschnittlich 15 Wochenstunden mehr arbeiten als Frauen.

Bei der Bewältigung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten (z. B. Wäsche waschen, Wohnung/Haus putzen, Gartenarbeiten, handwerkliche Tätigkeiten; ohne Beköstigungsarbeit) findet unabhängig vom Stadium der Verhaltensänderung eine geschlechtsspezifische Arbeitsteilung statt: Während sich Frauen vorrangig um den Haushalt kümmern, sind Männer vor allem für (kraftintensivere) handwerkliche Tätigkeiten in Wohnung/Haus/Garten zuständig. Ein Ergebnis, das durch weitere Literaturstellen bestätigt werden kann (LEONHÄUSER et al. 2009: 101; MEIER 2004).

Hinsichtlich der Organisation, Abstimmung und Durchführung von Beköstigungsarbeit und anderen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten scheint es im Sinne der Leitfragenprüfung keine stadienspezifischen Hinweise zu geben, die Rückschlüsse auf förderliche oder hinderliche Faktoren bei der Umsetzung einer fettbewussten Ernährung zuließen.

Zeitverwendung für familiäre Fürsorgen –

Non-Intender und Intender sind besonders belastet

Haushalte stehen bei der Alltagsbewältigung einer Vielzahl von Aufgaben gegenüber, die miteinander ausbalanciert werden müssen. Das Ernährungsverhalten ist ein fest eingebundener Teil des Handlungskontextes „Haushalt“ (HÄUBLER 2007: 88) – das Ziel einer gesunden, fettbewussten Ernährung konkurriert mit anderen Zielen der Haushaltsgestaltung.

Auffällig ist, dass Personen der Stadien „Präkontemplation“ und „Präparation“ besonders viel Zeit für familiäre Verpflichtungen aufwenden – vor allem Frauen. Sie haben mehr familiäre Aufgaben zu bewältigen, sodass weniger disponible Zeit zur Verfügung steht. Dieser empfundene Zeitmangel könnte wiederum ein Hinderungsgrund für die Intentionsbildung (Non-Intenter) bzw. die Aufnahme (Intender) einer Ernährungsverhaltensänderung sein. Bestätigung findet diese Vermutung durch Aussagen von Intendern, die explizit Zeitmangel und Stress durch das Organisieren und Realisieren familiärer Abläufe als Barriere bei der Umsetzung einer Verhaltensintention empfinden. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt u. a. HÄUBLER (2007: 209), die in ihrer qualitativen Befragung zur Umsetzung eines nachhaltigen Ernährungsstils in Familienhaushalten zeitliche Engpässe ebenso als Hinderungsgrund anführt. WARSCHBURGER und RICHTER (2009) konnten bestätigend knappe Zeitressourcen als wesentlichen Grund für die Nicht-Teilnahme an einem Präventionsprogramm identifizieren.

Als wichtige Einflussfaktoren auf das Zeitverwendungsmuster im privaten (familiären) Raum gelten Art und Umfang der Erwerbsbeteiligung sowie Höhe und Verteilung des Einkommens (MEIER 2004: 83). In der vorliegenden Befragung

sollen daher die beiden Faktoren an dieser Stelle näher betrachtet werden. Auffällig ist, dass alle Personen, die angeben, unter hoher familiärer Belastung zu stehen, zudem einer Tätigkeit nachgehen, die einen unregelmäßigen, unplanbaren und stressigen Tagesablauf aufweist. Sie stufen ihre Arbeitsbelastung sowie den Umfang der Arbeit als sehr hoch ein und tragen den überwiegenden Anteil zum Haushaltsnettoeinkommen bei. Ihre Partner sind entweder ebenso beruflich belastet oder arbeiten nicht mehr bzw. verkürzt – hier ist kein einheitliches Bild erkennbar. Wird von der Annahme ausgegangen, dass sich Anforderungen aus beiden Lebensbereichen (Familie und Beruf) addieren, wenn nicht sogar potenzieren, steigt mit der Gesamtbelastung die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von chronischem Stress (BECKER 2006: 243). Zur Kompensation der alltäglichen Stressbelastung werden diese Personen bestrebt sein, zusätzliche Anforderungen, wie beispielsweise die Umstellung bisheriger Ernährungsgewohnheiten, aus ihrem Lebensumfeld zu reduzieren oder gänzlich zu vermeiden. In ihrer Rolle als Hauptverdiener und Vater bzw. Mutter sind sie sich der Verantwortung bewusst, Beruf und Familie miteinander zu vereinbaren. Der Ernährungsstil wird weniger prioritär angesehen – als Schutzfaktor vor weiteren (externen) Anforderungen.

Emotionale und sozial-situative Barrieren –

Momente der Langeweile stellen stadienübergreifend ein Hindernis dar

In der aktuellen Untersuchung sind sowohl zu Beginn als auch am Ende des Prozesses einer Ernährungsverhaltensmodifikation (sozial-)situative und emotionale Barrieren des häuslichen Fettverzehrs benannt worden. Insbesondere stellen Momente der Langeweile und des Abgelenktseins (z. B. während des Fernsehens oder beim abendlichen Lesen) Situationen dar, in denen die Umsetzung einer fettbewussten Ernährung schwer fällt. In diesen Fällen berichten die Befragten stadienübergreifend vom (unkontrollierten) Naschen süßer und salziger fettreicher Snacks. Darüber hinaus beschreiben Aktive folgende Situationen, in denen sie von ihrer sonst praktizierten fettbewussten Ernährungsweise abweichen und zu Naschwerk greifen: in stressigen oder in sozial angenehmen Augenblicken sowie aus Ärger- oder Frustgefühl.

Aus der Ernährungspsychologie ist bekannt, dass eine bewusst gewählte Ernährungsweise durch „Störungen von außen“ unterbrochen werden kann. Sind diese emotional bedingt, treten sie vorwiegend abends auf (SCHWARZER 2004: 304). Darüber hinaus wird in der Literatur übereinstimmend beschrieben, dass der Verzehr eines eigentlich nicht „erlaubten“ Lebensmittels (z. B. Schokolade, Kartoffelchips) beispielsweise in gesellschaftlich angenehmen Momenten (z. B. Familienfeier), in stressigen Situationen (z. B. durch familiäre Fürsorgepflichten keine Zeit für eine fettbewusste Mahlzeit) oder in Momenten der Trauer infolge

negativer Erlebnisse (z. B. Trennung vom Partner, Krankheit oder Verlust eines Familienmitglieds) vorkommen kann. In jenen Fällen ist es möglich, dass ein Abbruch des (neu erlernten) Ernährungsstils folgt. Je nachdem, ob der Betroffene aktiv gegenreguliert oder in den Denkmechanismus „Nun ist es auch egal!“ verfällt, führt dies zu einem kurzzeitigen Rückfall oder zu einer längerfristigen Aufgabe des sonst praktizierten Ernährungshandelns (ELLROTT 2007; SCHWARZER 2004: 303). In der Konsequenz kann daher trotz hoher Motivation die bewusste Ernährungsumstellung mitunter nicht mehr aufrechterhalten werden.

Insbesondere in der Stressforschung existieren vielfach Untersuchungen, die in diesen Situationen einen höheren Verzehr fett- und zuckerreicher Snacks, die Reduktion von Hauptmahlzeiten sowie der Obst- und Gemüseaufnahme bescheinigen (O'CONNOR et al. 2008; LAITINEN/EK/SOVIO 2002; OLIVER/WARDLE/GIBSON 2000; CONNER/FITTER/FLETCHER 1999; GRUNBERG/STRAUB 1992). Eine geringer wahrgenommene Selbstwirksamkeitserwartung schwächt letztlich die Fähigkeit ab, die Ernährungsumstellung beizubehalten (SCHWARZER/KNOLL 2007).

Für Deutschland zeigt eine repräsentative Studie, dass in 60 % der Fälle, in denen abendlich geknabbert wird, nebenbei der Fernseher läuft (GESELLSCHAFT FÜR KONSUMFORSCHUNG 2009). WANSINK (2004) hat in einem umfangreichen Übersichtsartikel explizit das Verzehrverhalten in solchen Momenten des Abgelenktseins, wie z. B. beim Lesen oder Fernsehen, untersucht. Unabhängig davon, ob eine Person Hunger verspürt, wird durch Ablenkung die Nahrungsaufnahme initialisiert und Signale der Sättigung werden übergangen, sodass in der Folge mehr Nahrungsenergie zugeführt wird – häufig über die Zeitspanne, die der Film bzw. das Lesen des Artikels dauert. Zudem kann die Kombination „Fernsehen plus Naschen“ zur Gewohnheit werden: Immer, wenn eine Person fern sieht, assoziiert sie damit, nebenbei snacken zu wollen.

Einige Interviewte haben es hilfreich empfunden, emotional bedingte Essmomente zu kontrollieren, um sie mit gutem Gewissen genießen zu können. So werden beispielsweise die begrenzte Lagerung von Naschwaren zu Hause oder das Abfüllen kleiner Snack-Mengen von den Interviewten als Kontrollmaßnahmen angeführt. FALTERMAIER und Kollegen (1998: 196) bezweifeln, dass Erhaltung von Gesundheit durch eine verstärkte Selbstkontrolle erreicht werden kann. Müssen gesundheitliche Motive mit anderen Lebensinteressen in Einklang gebracht werden, könne dies dauerhaft weder durch Verzicht noch lediglich über Disziplinierung erfolgen. Ein Ausbalancieren zwischen Selbstkontrolle (Anstrengung) und emotionalem Essmoment (Entspannung) erscheint wichtig.

2.4 Bedingungen einer Ernährungsverhaltensmodifikation im Bereich „Arbeitsplatz/Kollegen“

Eine zentrale Grundannahme der vorliegenden Untersuchung ist, dass der Ernährungsalltag neben häuslichen auch von arbeitsplatzrelevanten Determinanten beeinflusst wird. In diesem Zusammenhang richtet sich das besondere Interesse dieses Kapitels auf die mit der Erwerbstätigkeit einhergehenden Rahmenbedingungen und den Umgang der Interviewten mit diesen.

Arbeitsbelastung und Arbeitszeit –

präkontemplative Personen fühlen sich stark belastet, haben keinen geregelten Arbeitsablauf und verfügen über gleitende Arbeitszeiten

Stadienspezifische Unterschiede hinsichtlich der Arbeitssituation sind zwischen präkontemplativen Personen und den restlichen Interviewten festzustellen. So üben Befragte des ersten Stadiums häufiger Tätigkeiten aus, die keinen geregelten, planbaren Arbeitsablauf umfassen und sie empfinden die Arbeitsbelastung höher verglichen mit den Interviewten der Stadien zwei bis fünf. Zugleich gehören sie zu denjenigen, die am häufigsten über flexible Arbeitszeiten verfügen. Demnach ist es möglich, dass nicht die Arbeitszeitregelung per se, sondern vielmehr der dienstliche, im Vorfeld wenig vorhersehbare Tagesablauf (und die sich daraus ableitende Arbeitssituation) die Intention zur Ernährungsverhaltensumstellung limitieren könnte.

Aus der Gesundheitspsychologie ist bekannt, dass Handlungsplanung für Motivierte die Umsetzung einer Verhaltensänderung fördern kann. Dass die Planung von Mahlzeiten sowie ein generell geregelter Tagesablauf hilfreich für die Aufnahme und Aufrechterhaltung einer Ernährungsumstellung ist, stellt einen Fakt dar, der auch von den Befragten selbst als günstig empfunden und berichtet worden ist (Kapitel IV, 2.2). Vor diesem Hintergrund könnten geregelte Arbeitszeiten im Sinne der ernährungsbezogenen Ausführungsplanung vorteilhafter sein als gleitende Arbeitszeiten, die unter Umständen zu viel Spielraum für ungünstige Abweichungen von einer fettbewussten Ernährung am Arbeitsplatz lassen. Bereits bekannt ist, dass eine zeitlich flexible und unregelmäßige Erwerbsarbeit mit höheren gesundheitlichen Belastungen verbunden sein kann (SCHIER/JURCZYK 2007; SEIFERT 2007).

Auf der anderen Seite eröffnet eine Flexibilisierung der Arbeitszeit die Möglichkeit zur freieren Zeiteinteilung und schafft damit mehr Optionen zur Gestaltung der Ernährungsversorgung am Arbeitsplatz. LEONHÄUSER et al. (2009: 136f) haben in ihrer Untersuchung zum Essalltag in Familien auch den Zusammenhang zwischen der Beschäftigungssituation von Müttern und ihrer eigenen Ernährung einerseits sowie der Realisierung der familiären Ernährungsarbeit an-

dererseits ausgewertet. Ihr Ergebnis: Eine hohe Arbeitsbelastung sowie unflexible Arbeitszeiten schränken den Umgang mit den persönlichen Zeitressourcen stark ein, was sich ungünstig auf die eigene Ernährung auswirken kann.

In der aktuellen Untersuchung scheint eine differenzierte Betrachtung nötig: Während Motivierte und Handelnde von einer flexibleren zeitlichen Einteilung der Erwerbsarbeit profitieren, stellt sie hingegen für Unmotivierte erhöhte Anforderungen an die zeitliche Koordination zu bewältigender Tätigkeiten dar. Für präkontemplative Personen, die insgesamt wenig ernährungsbezogene Handlungsplanung durchführen, kann sich ein Zuviel an Flexibilität ungünstig auf die Ernährungsweise am Arbeitsplatz auswirken. Sie brauchen möglicherweise eher Stabilität, um bei den sich täglich ändernden Arbeitsbelastungen eine Orientierung für regelmäßige Mahlzeitenrhythmen erlangen zu können. Flexibilisierungen, welche die Planbarkeit der Arbeitszeit einschränken, scheinen Unmotivierte vor zusätzliche Schwierigkeiten der Ernährungsorganisation zu stellen.

Hinsichtlich des Umfangs der Arbeitszeit ist zu konstatieren, dass Non-Intender und Intender im Durchschnitt mehr Wochenstunden arbeiten (45–60 Stunden) als Aktive (40 Stunden). Somit scheinen neben unregelmäßigen, betrieblichen Arbeitsabläufen zudem lange Arbeitszeiten die Bildung einer Intention (bei Unmotivierten) bzw. die Aufnahme einer ernährungsbezogenen Verhaltensumstellung (bei Motivierten) behindern zu können. Interessant erscheint an dieser Stelle eine Querverbindung zum Bereich „Haushalt/Familie“, um möglicherweise bereichsübergreifende Interaktionseffekte aufdecken zu können. Überraschenderweise sind hier keine Zusammenhänge zu den untersuchten zeitabhängigen Variablen hauswirtschaftlicher Tätigkeiten (Organisation und Durchführung des Lebensmitteleinkaufs oder der Beköstigung, Arbeitsteilung) sowie der Häufigkeit gemeinsamer Mahlzeiten mit dem Partner/der Familie zu beobachten. Damit übereinstimmend konstatieren STIEß und HAYN (2005: 71f), dass der Umfang der beruflichen Eingebundenheit nur einen geringen Einfluss auf die Beköstigungsarbeit sowie die Dauer der häuslichen Mahlzeiteinnahme hat. Bedeutsamer wirkt sich die Tatsache aus, ob eine Person generell einer Erwerbstätigkeit nachgeht oder nicht.

Hingegen ist zwischen der Arbeitszeit und der Zeitverwendung für familiäre Belange eine Relation auszumachen: Inaktive (Non-Intender und Intender) scheinen neben ihrer längeren Arbeitszeit zudem infolge zeitaufwändiger familiärer Fürsorgepflichten doppelt belastet zu sein. Im Vergleich zu den anderen Stadien berichtet dieser Personenkreis davon, besonders viel Zeit für

die Familie aufzuwenden – und hier: Frauen häufiger als Männer (Kapitel IV, 1.3). Unabhängig vom Geschlecht konnten DEVINE und Kollegen (2003) beobachten, dass die Erfüllung von Rollenerwartungen in Beruf und Familie bei den Interviewten Stress auslösen kann. Das Stressempfinden ist jedoch bei Frauen mit Kindern sowie bei verheirateten Frauen besonders hoch: Sie zeigen ein hohes Maß an Frustration, wenn es ihnen aufgrund ungünstiger Bedingungen am Arbeitsplatz unmöglich ist, dem Kind bzw. Partner eine Mahlzeit zuzubereiten. Es ist bekannt, dass insbesondere Frauen arbeitsbedingte Belastungen auch nach Dienstschluss weiterhin erleben. Dies wird als Barriere dafür angesehen, gesundheitsbewusstes Verhalten auszuüben (HALL 1992). Im Umgang mit der Doppelbelastung von Beruf und Familie haben HADDOCK et al. (2001) verschiedene Bewältigungsstrategien beobachtet: Neben der Prioritätensetzung (Begrenzung von Anforderungen in anderen Bereichen) und dem Streben nach einer gleichwertigen Partnerschaft lässt sich insbesondere das Bedürfnis nach Orientierung, Sicherheit und Kontrolle als übergeordnete Prinzipien ableiten. Gelingt es nicht, berufliche und familiäre Anforderungen zu koordinieren, steigt die Gefahr der persönlichen Unzufriedenheit und Überforderung (LEONHÄUSER et al. 2009: 137; DEVINE et al. 2003). Erwerbstätige befinden sich somit in dem Konflikt, Ernährungs- und Gesundheitsziele mit anderen Zielen der Alltagsorganisation (z. B. gemeinsame Zeit mit der Familie) in Einklang bringen zu müssen.

Erwerbsarbeit ist in den letzten Jahrzehnten zeitlich flexibler und unregelmäßiger geworden – dieser allgemeine Trend wird sich vermutlich auch in der Zukunft fortsetzen. Im Berufsleben können sich aufgrund dieser Entwicklung Hindernisse in der Motivation und Aufnahme einer fettbewussten Ernährung ergeben, weil es damit erschwert wird, Essmöglichkeiten regelmäßig zu planen und einzuhalten. Für den Bereich des Privatlebens von Zwei- oder Mehr-Personenhaushalten führt der oben geschilderte Trend auch zu einem Eingriff in den Familienalltag, der damit komplexer und anforderungsreicher wird. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als übergeordnetes Ziel kann nur dann erreicht werden, wenn Haushaltsmitglieder aktiv eigene Zeitordnungen entwickeln und etablieren. Verstärkt wird diese Notwendigkeit, wenn zusätzlich zur Koordination beruflicher und familiärer Bedürfnisse noch weitere Anliegen, wie die Umstellung eines Gesundheitsverhaltens, hinzukommen (hier: Non-Intender und Intender).

Mittagspausengestaltung und Verpflegungsmöglichkeiten –

Inaktive essen häufig am Schreibtisch nebenbei, Aktive planen Mahlzeiten

Da die Befragten mindestens eine $\frac{3}{4}$ -Stelle innehaben (Auswahlkriterien Interviewteilnehmer Kapitel III, 4.3), nehmen sie während ihrer Arbeitszeit eine

Hauptmahlzeit (Mittagessen) ein; zusätzlich gibt es – je nach Arbeitszeit – oftmals noch eine Zwischenmahlzeit, wie z. B. ein zweites Frühstück oder einen Nachmittagssnack. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem anderer Untersuchungen, wonach die genannten drei Mahlzeiten diejenigen sind, die am häufigsten im Betrieb verzehrt werden (zweites Frühstück von 98 %, Mittagessen von 84 % sowie eine Nachmittagsmahlzeit von 57 % der Befragten) (TAUNUS BKK 2004: 43). Erwerbstätige versuchen, den häuslichen und vorwiegend am Wochenende praktizierten Mahlzeitenrhythmus ebenso im Berufsalltag aufrechtzuhalten (RÖMHOLD 2005: 70f). Damit kommt der betrieblichen Ernährungsversorgung, nach der häuslichen Ernährungsweise, eine wesentliche Bedeutung zu.

Personen der Stadien der Präkontemplation und Präparation legen am häufigsten keine wirkliche Mittagspause ein. Die Nahrungsaufnahme findet aus Zeitmangel am Arbeitsplatz unter Fortführung der Tätigkeit statt. Ist es ihnen doch möglich, eine Mittagspause einzurichten, verbringen sie diese oft allein, ohne dem Beisein von Kollegen. Diese Tatsache könnte mit den o. g. stadienunterschiedlichen Arbeitssituationen in Zusammenhang stehen. Ist der berufliche Tagesablauf, wie bei präkontemplativen Personen, eher unregelmäßig und wenig planbar, so kann auch die Pausengestaltung vorab kaum festgelegt bzw. sich nicht mit Kollegen zum Essen verabredet werden. Bedingt durch ihre hohe Arbeitsbelastung muss die Nahrungsaufnahme neben der ausgeführten Tätigkeit erfolgen. Aktive hingegen planen die Gestaltung ihrer Mittagspause vorab und verbringen sie größtenteils gemeinsam mit Arbeitskollegen.

Im Allgemeinen wird stadienübergreifend von einer guten bis sehr guten Dichte an Versorgungsmöglichkeiten im Betrieb selbst oder in seinem Umfeld (z. B. Betriebskantine, Gaststätte, Imbiss, Bäcker, Metzger) berichtet. Die Verpflegungsangebote sind sehr heterogen. Per se scheint demnach das Speisenangebot in Arbeitsplatznähe die Umsetzung einer fettbewussten Ernährungsweise nicht maßgeblich beeinflussen zu können. Zu einer ähnlichen Erkenntnis kommt auch ein quantitativ angelegter Bericht zur Ernährungsversorgung am Arbeitsplatz, der in 36 Betrieben (n = 1.583) durchgeführt worden ist: Hier konnte, entgegen der Ausgangshypothese, die Angebotsstruktur nicht in Bezug zum Ernährungsverhalten gebracht werden (TAUNUS BKK 2004: 58f).

In der aktuellen Untersuchung fällt jedoch auf, dass mit zunehmendem Stadium einer fettbewussten Ernährung die Qualität des Angebots als ungünstig (zu fettig) bewertet wird. Da Aktive jedoch die Nahrungsqualität des Mittagessens als sehr wichtig erachten und eingesetzte Zutaten/Zubereitungsmethoden selbst beeinflussen möchten, nutzen sie externe Speisenangebote

nur in seltenen Fällen und verpflegen sich stattdessen deutlich häufiger mit selbst mitgebrachten kalten oder warmen Gerichten. Diese bereiten sie (oder ihr Partner) entweder im Vorfeld zu Hause oder – je nach gegebenen Kochmöglichkeiten – direkt in der Arbeitsstätte zu.

Die Mitnahme von selbst vorbereitetem Essen erfordert eine höhere Planungsbereitschaft. Bekanntlich ist diese mit zunehmendem Stadium einer Verhaltensänderung größer, was sich in der vorliegenden Untersuchung bestätigen lässt. Umgekehrt sind es vor allem Non-Intender, die wenig planen und vorrangig vorhandene Versorgungsangebote im betrieblichen Umfeld wahrnehmen, wenn diese geschmacklich zusagen und das Arbeitspensum eine Pause außerhalb des Arbeitsplatzes zulässt. Ihre Planungsmöglichkeiten werden – zumindest teilweise – durch den unregelmäßigen Berufsalltag limitiert (siehe oben).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen ebenso STIEß und HAYN (2005: 71, 73) in ihrer quantitativen Untersuchung des Essalltags: Je stärker Personen beruflich eingebunden sind und je flexibler die Erwerbstätigkeit ist, desto seltener verpflegen sie sich selbst und nutzen stattdessen betriebsnahe Versorgungsangebote.

Aus anderen Untersuchungen ist bekannt, dass Erwerbstätige, die sich am Arbeitsplatz selbstständig versorgen (mitgebrachtes Essen oder vor Ort zubereitet), ein günstigeres Ernährungsverhalten aufweisen als jene, die an einer Gemeinschaftsverpflegung teilnehmen. Zudem empfinden sie den gesundheitlichen Wert ihrer eigenen Speisen höher und sind mit der Verzehrsituation insgesamt zufriedener als Kantinengänger – wahrscheinlich, weil sie ihren Speiseplan eigenständig bestimmen und nicht vom betrieblichen Speisenangebot abhängig sind (OLTERSDORF 2006: 209f; TAUNUS BKK 2004: 43, 58).

Zu vermuten wäre in diesem Zusammenhang, dass die Möglichkeit einer ernährungsbezogenen Selbstversorgung am Arbeitsplatz – zumindest teilweise – den örtlichen Räumlichkeiten zur Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten unterliegt. Bei den Befragten der hier diskutierten Untersuchung reicht die küchentechnische Ausstattung von einer minimalen Variante (z. B. Wasserkocher, Spülbecken) bis zu einer komplett eingerichteten Betriebsküche mit Kochmöglichkeit und Kühlschrank. Zwischen der Küchenausstattung und dem Stadium einer Verhaltensänderung scheint es keine Beziehung zu geben. Das bedeutet, dass entgegen erster Vermutungen unabhängig von den küchentechnischen Voraussetzungen am Arbeitsplatz eine gewünschte ernährungsbezogene Verhaltensänderung umgesetzt werden kann – dies gilt auch dann, wenn ungünstige Bedingungen vorherrschen. Personen, die sich fettbewusst ernähren, passen scheinbar ihre Versorgung den Gegebenheiten des Arbeitsplatzes an und planen dementsprechend die Pausenverpflegung so, dass eine Umsetzung nach ihren Vorstellungen möglich wird.

Aus Untersuchungen mit ernährungsbedingt erkrankten Menschen, wie Diabetikern, ist bekannt, dass viele von ihnen dazu übergegangen sind, sich an der Arbeitsstelle selbst zu verpflegen. Hier nehmen sie vorwiegend kalte Speisen zu sich und holen die warme Mittagsmahlzeit am Abend zu Hause nach – so können sie am besten die Zusammensetzung der Speisen planen und einhalten (MEHNERT et al. 2003: 188).

Beim Essen in Betriebskantinen oder anderen betriebsnahen Versorgungssystemen besteht die Gefahr, die Mahlzeiten nicht angemessen auf Energie- und Fettgehalt einschätzen zu können. Hier könnte die Angabe von Nährstoffgehalten und Zutaten der Speisen eine Orientierungshilfe sein. Bislang werden Nährwertgehalte bei mindestens 45 % der Betriebsverpflegungen angezeigt (PFAU 2008: 135f). Derartige Informationen können sich insbesondere für Personen der Stadien „Präparation“ und „Aufnahme“ als hilfreich erweisen, da sie noch Schwierigkeiten bei der Realisierung einer fettbewussten Ernährung haben. In Übereinstimmung mit der Literatur (EUROPÄISCHE KOMMISSION 2006) zeigt sich in der aktuellen Untersuchung, dass Personen es leichter schaffen, eine Ernährungsverhaltensänderung anzugehen bzw. aufrecht zu halten, wenn sie ihr Essen selbst zubereiten, da sie Art und Umfang der Nahrungsbestandteile so besser kontrollieren können.

Ernährungsverhalten der Arbeitskollegen und Reaktionen –

Aktive behalten trotz kritischer Äußerungen gewählten Essstil bei

Keine der interviewten Personen haben hinsichtlich des Ernährungsverhaltens ihrer Kollegen von wesentlichen Auffälligkeiten bzw. Abweichungen vom eigenen Ernährungsstil berichtet. Außer des Geschmacks, der Portionsgröße oder der Speisenwahl aufgrund vorliegender Allergien sind den Befragten keine spezifischen Merkmale bekannt, wonach Arbeitskollegen ihre Gerichte wählen. In welchem Umfang sich jedoch die Ernährungsweise zwischen Befragungspersonen und Kollegen tatsächlich ähneln, lässt sich aus den gegebenen Antworten nicht eindeutig rückschließen, sondern nur als Vermutung formulieren. Demnach scheinen sich zum einen kollegiale Mahlzeitenpräferenzen nicht gravierend von denen der Befragungspersonen zu unterscheiden. Zum anderen entsteht der Eindruck, dass kollegiales Ernährungsverhalten das der Befragungspersonen nicht maßgeblich beeinflussen kann.

Stadienübergreifend berichten die Befragungspersonen ungefähr zu ähnlichen Anteilen von Kollegen, die sich selbst verpflegen sowie von jenen, die ein externes Speisenangebot in Anspruch nehmen.

Von Reaktionen seitens der Kollegen zum Essstil der Befragten schildern nur aktive Personen. Auf der einen Seite umfassen sie Äußerungen des Unverständnisses hinsichtlich der gewählten fettbewussten Ernährungsweise. Diese werden in unterschiedlichem Maße als belastend empfunden, sodass der Umgang damit von Anpassung bis Ignoranz reicht: Einige Personen lassen sich durch abschätzige Bemerkungen (*„Meine Chefin hat mich ständig irgendwie aufgezogen wegen meinem Essen. Das war sehr unangenehm“*; B1f, 00:21:01-4, Stadium Aufrechterhaltung) dahingehend beeinflussen, dass sie teilweise Abstriche von ihrer sonst fettbewussten Ernährungsweise machen und zur Konfliktmeidung mitunter kleine Mengen fettreicher Speisen bei gemeinsamen Mahlzeiten verzehren. Andere sehen keinen Anlass, ihr gewähltes ernährungsbezogenes Verhalten aufgrund konträrer kollegialer Äußerungen anzupassen und ignorieren derartige Reaktionen.

Auf der anderen Seite vermitteln die Kommentare von Kollegen auch deutliche Anerkennung zum fettbewussten Ernährungsverhalten (*„Mensch, dass du das jetzt isst, toll ... ich hätte jetzt lieber Lust auf ein Schnitzel“*; B20f, 00:32:35-3, Stadium Aufrechterhaltung). Derartige Äußerungen werden von den Befragten als motivierend und bestärkend empfunden.

Quantitativ betrachtet, scheinen ablehnende Kommentare zu überwiegen. Zugleich betonen die Befragten jedoch an mehreren Stellen der Interviews, dass sie ihre generelle Ernährungsweise durch negative Äußerungen der Kollegen langfristig weder rückblickend geändert haben noch künftig ändern werden. Zu temporären Abweichungen von der eigentlich präferierten Ernährungsweise hingegen kann es bei gemeinsamen Mahlzeiten (z. B. auf Dienstreisen, beim Mittagstisch oder bei Geburtstagsessen) kommen. Dieser Kompromiss wird eingegangen und als Verpflichtung gegenüber anwesenden Kollegen/Geschäftspartnern angesehen.

SORENSEN, STODDARD und MACARIO (1998) berichten davon, dass Erwerbstätige, die sich fettarm sowie obst- und gemüsereich ernähren, mehr soziale Unterstützung bei der Auswahl gesunder Speisen von ihren Kollegen erfahren haben. Das Gefühl der Gruppenzugehörigkeit kann die Bereitschaft für eine ernährungsbedingte Verhaltensänderung und deren tatsächliche Durchführung fördern. Insgesamt jedoch kann sozialer Rückhalt nicht als konsistenter Prädiktor für eine Ernährungsverhaltensänderung am Arbeitsplatz identifiziert werden (TERBORG/HIBBARD/GLASGOW 1995; ZIMMERMAN/CONNOR 1989).

Emotionale und sozial-situative Barrieren am Arbeitsplatz – stressige Situationen stellen stadienübergreifend ein Hindernis dar

Zeitmangel und/oder eine hohe Arbeitsbelastung sowie geistig anspruchsvolle Tätigkeiten begünstigen bei den in dieser Untersuchung befragten Personen stadienübergreifend das Naschen am Arbeitsplatz. Teilweise kommt es sogar zum Ersatz einer kompletten Mahlzeit. Davon, dass Berufstätige mit einem hohen betrieblichen Stresslevel vermehrt ungesunde Snacks verzehren, berichten auch O'CONNOR und Kollegen (2008) in ihrer Untersuchung zum Einfluss von Alltagsstress auf das Ernährungsverhalten. Sie zeigen zudem, dass Stress am Arbeitsplatz (Termindruck, anspruchsvolle Tätigkeiten, hohes Arbeitspensum) von den vier untersuchten Stressoren (innerpersönlich, intrapersonal, beruflich, physisch) den stärksten Einfluss auf den Verzehr von Zwischenmahlzeiten hat. Auch andere Forscherteams kommen ebenso zu dem Ergebnis, dass Personen in Perioden beruflich hoher Jobbelastung mehr Nahrungsenergie, Fett und Zucker aufnehmen verglichen mit Zeiten geringerer Belastung (KESKI-RAHKONEN et al. 2007; LAITINEN/EK/SOVIO 2002; WARDLE et al. 2000; MCCANN/WARNICK/KNOPP 1990).

Von einem negativen Effekt des Arbeitsplatzes auf die Lebensmittelwahl insgesamt berichtet ein Großteil der Befragten in einer Untersuchung von DEVINE und Kollegen (2003): Neben mangelnden Ressourcen (Zeit, Kraft) sehen sie insbesondere die von ihnen abverlangten Anforderungen bei der Bearbeitung anspruchsvoller Aufgaben als hinderlich für eine gesunde betriebliche Ernährungsweise. Es wird vermutet, dass der Konsum energiereicher Snacks als Strategie zur Bewältigung der durch den Arbeitsdruck entstandenen psychosozialen Belastungen eingesetzt wird. Jedoch wird zugleich darauf hingewiesen, dass weitere Untersuchungen vonnöten sind, um die genauen zugrundeliegenden Mechanismen verstehen zu können (auch: O'CONNOR et al. 2008; WARDLE et al. 2000).

Frei zugängliche (unausgewogene) Verzehrangebote, gewohnheitsgemäße Ernährungsrituale mit Kollegen (z. B. Kaffee und Kuchen am Nachmittag), Dienstreisen oder besondere Anlässe (z. B. Geburtstags- oder Weihnachtsfeiern) stellen darüber hinaus für Non-Intender und Aktive Situationen dar, in denen sie fettreiche süße oder salzige Snacks zu sich nehmen. Damit scheint in der vorliegenden Untersuchung keine stadienspezifische Ausprägung emotionaler oder sozial-situativer Barrieren einer Verhaltensänderung am Arbeitsplatz vorzuherrschen. Vielmehr sind die genannten Hinderungsgründe einer fettbewussten Ernährung über die Stadien hinweg ähnlich stark vertreten.

Interessant erscheint auch an dieser Stelle eine verknüpfende Betrachtung mit dem Bereich „Haushalt/Familie“. Aus anderen Erhebungen ist bekannt, dass berufliche Eingebundenheit und die Verwendung von Fertiggerichten zu Hause positiv korrelieren. Dieser beobachtete Zusammenhang ist jedoch nicht linear (STIEß/HAYN 2005: 72). In der vorliegenden Studie zeigt sich ebenso, dass sich eine hohe Belastung am Arbeitsplatz ungünstig auf die häusliche Ernährung auswirken kann – davon berichten Interviewte aus den aktiven Stadien. In Momenten der dienstlich bedingten Erschöpfung und des Zeitmangels kaufen sie zuweilen weniger fettbewusste Convenience-Produkte für das Abendbrot zu Hause ein.

Gesundheitsangebote durch den Arbeitgeber – breite Auswahl für (Non-)Intender durch Zeitmangel und Lage limitiert

Der betriebliche Kontext gewinnt zunehmend an Bedeutung als Setting für Gesundheitsförderungsmaßnahmen: Zum einen können vorhandene Informationskanäle genutzt, zum anderen weite Bevölkerungsschichten bequem erreicht werden (FLEIG et al. 2010). Jedoch sind Interventionen im Bereich Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz nicht immer erfolgreich. Der Berufsstatus, das Lebensalter sowie die Arbeitsbelastung scheinen hier einflussreiche Determinanten zu sein (CILISKA et al. 2000). Zudem müssen die Angebote mit den sich aus Job und Familie ergebenden Verantwortlichkeiten vereinbar sein (DEVINE et al. 2003).

Von kostenfreien gesundheitsförderlichen Angeboten seitens des Arbeitgebers, wie die Möglichkeit zur Teilnahme an Sportkursen, an einem Gesundheits-Check-Up oder das Bereitstellen von Obst und Gemüse, berichten insbesondere Non-Intender und Intender. In den aktiven Stadien existieren kaum derartige Gesundheitsangebote. Ihre Nutzung hängt im Wesentlichen von den Faktoren „Zeit“ sowie „örtliche Lage“ ab: Liegt das Sportangebot beispielsweise auf dem Arbeitsweg, so wird es eher in Anspruch genommen, als wenn eine zusätzliche Wegstrecke vonnöten ist. Insgesamt betrachtet, werden gesundheitsnahe Angebote des Arbeitgebers nur selten genutzt. Dies gilt selbst dann, wenn vielfältige Optionen zur Auswahl stehen (wie im Stadium der Kontemplation). Es scheinen demnach weniger der Umfang des vorhandenen Angebots, als vielmehr andere Faktoren (im Wesentlichen Zeitmangel) einen Einfluss darauf auszuüben, ob das kostenfreie Angebot tatsächlich genutzt wird.

Eine Berücksichtigung der Ergebnisse des Alltagsbereichs „Freizeit/Freunde“ zeigt, dass Intender sowie Aktive diejenigen sind, die am häufigsten regelmäßigen Außer-Haus-Aktivitäten (Sport, Kultur, Weiterbildung) nachgehen. Sie können jedoch – verglichen mit Non-Intendern – seltener von gesundheits-

förderlichen Angeboten des Arbeitgebers profitieren. Demnach scheint dieser Personenkreis von sich heraus motiviert genug zu sein, selbst nach einer passenden Freizeitbeschäftigung zu suchen und diese durchzuführen. Non-Intender hingegen scheinen per se weniger aktiv zu sein; das potentielle Angebot des Arbeitgebers ändert an dieser Tatsache nur wenig.

Arbeitszeiten des Partners –

Ernährungsumstellung von beruflicher Eingebundenheit des Partners unabhängig

Mit Ausnahme von zwei Non-Intendern berichten alle in einer Partnerschaft lebenden Interviewten, dass der Mann über längere Arbeitszeiten verfügt als die Frau. Diese Aussage ist unabhängig davon, ob die interviewte Person männlichen oder weiblichen Geschlechts ist. Befragte Männer begründen die geringere Arbeitszeit (teilweise auch freiwillig gewählte Erwerbslosigkeit) der Partnerin mit der verstärkten Zuwendung für Familie und Haushalt. Nach Auswertung der Arbeitsteilung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten kann bestätigt werden, dass mit abnehmender beruflicher Eingebundenheit der Frau diese im Vergleich zu ihrem Partner intensiver für Haus- und Ernährungsarbeit verantwortlich ist (Kapitel IV, 2.3).

Hinsichtlich der beruflichen Eingebundenheit des Partners scheint es im Sinne der Leitfragenprüfung keine stadienspezifischen Anzeichen zu geben, die Rückschlüsse auf motivationale oder aktionale Faktoren der Umsetzung einer fettbewussten Ernährung zuließen.

2.5 Bedingungen einer Ernährungsverhaltensmodifikation im Bereich „Freizeit/Freunde“

Im Sinne einer umfassenden Abbildung des Einflusses vom Alltagskontext auf den Prozess einer Ernährungsverhaltensänderung werden nach bereits getätigten Ausführungen zu häuslichen und beruflichen Bedingungen in diesem Kapitel freizeitbezogene Determinanten diskutiert.

Art und Häufigkeit des Außer-Haus-Verzehrs –

stadienübergreifend ähnliche Verzehrmomente, Personen der Stadien „Präparation“ und „Aufnahme“ essen am häufigsten außer Haus

Stadienübergreifend werden ähnliche Situationen benannt, in denen im Freizeitbereich außerhäuslich gegessen wird. Dies können zum einen Momente gemütlicher Zusammenkunft mit Personen des sozialen Umfelds sein (Freunde, Bekannte, Familienmitglieder) – entweder bei denen zu Hause oder im Restau-

rant, im Café oder einer Bar. Oder aber es handelt sich um eine weniger zeitintensive, eher zweckmäßige Mahlzeiten-/Snackaufnahme (z. B. Imbiss) im Zusammenhang mit außerhäuslichen Aktivitäten – allein oder mit anderen Personen. Der Urlaub ist darüber hinaus eine Situation, in der auswärts gegessen wird – mal gemütlich, mal zweckmäßig schnell.

Zu vermuten wäre, dass Aktive aufgrund ihrer fettbewussten Speisenpräferenz und der damit möglicherweise verbundenen Schwierigkeit, ein passendes Angebot zu finden, seltener außer Haus essen als Inaktive. Dies kann jedoch in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden: Personen des Stadiums der Aufnahme nutzen am häufigsten externe Versorgungsangebote (2x wöchentlich), gefolgt von Non-Intendern (1x wöchentlich). Inaktive essen nur gelegentlich, circa alle zwei Wochen, außer Haus. Scheinbar ist es durchaus möglich, die Intention, sich fettbewusst zu ernähren, sowie deren Umsetzung auch außerhalb häuslicher Versorgungsmöglichkeiten zu vereinbaren – ein Fakt, der bereits im Bereich der Erwerbstätigkeit zu konstatieren ist (Kapitel IV, 2.4) und an dieser Stelle abermals Bestätigung findet. Zugleich benennen aktive Personen eine eingeschränkte Speisenauswahl beim Außer-Haus-Verzehr als Barriere bei der Aufnahme der fettbewussten Ernährung. Insbesondere scheint die Verpflegungssituation in Autobahnraststätten unbefriedigend zu sein. Dennoch ist es überwiegend so, dass sie – wenn auch vielleicht verbunden mit etwas Suchen – eine wunschgemäße Ernährungsversorgung erhalten. Entsprechend ihrer Stadienzugehörigkeit wählen Aktive die Mahlzeiten gezielt fettbewusst aus. Es scheint hilfreich zu sein, dass die Interviewten verschiedene Außer-Haus-Lokalitäten und deren Angebote kennen, um diese bewusst ansteuern und das Zielverhalten ausführen zu können. Eine Person aus dem Stadium der Aufrechterhaltung berichtet davon, stets eine „Verpflegungsalternative“ dabei zu haben, wenn sie sich z. B. an Orten verabredet, deren Einkehrmöglichkeiten sie nicht (gut) kennt. In solchen Fällen kauft sie sich entweder vorher einen fettbewussten Snack oder nimmt etwas von zu Hause mit, um im Fall einer eingeschränkten bzw. unpassenden Speisenauswahl darauf zurückgreifen zu können.

Personen aus den anderen Stadien benennen keine gesundheitlichen Aspekte nach denen sie Außer-Haus-Speisen wählen. Geschmack und Verfügbarkeit scheinen die Speisenwahl zu beeinflussen.

Interessant erscheint in diesem Zusammenhang ein Blick auf die Haushaltszusammensetzung: Hier zeigt sich jedoch entgegen erster Vermutungen aufgrund vorliegender Literaturstellen, dass weder das Vorhandensein von Kindern (seltener Außer-Haus-Verzehr: LEONHÄUSER et al. 2009: 98) noch der Status „Single“ (häufiger Außer-Haus-Verzehr: MEYER 2004: 85) einen deutlichen Einfluss

auf die Häufigkeit der Nutzung ernährungsbezogener Außer-Haus-Angebote hat. Ursächlich für dieses von existierenden Befunden abweichende Ergebnis könnte sein, dass es sich bei den hier befragten Haushalten mit Kindern um jene im Schulalter handelt. Für Familien mit jüngeren Kindern, teilweise mit Kleinkindern, spielen hingegen Außer-Haus-Mahlzeiten nur eine untergeordnete Rolle im Ernährungsversorgungsarrangement, weil die oft vorzufindende kinderunfreundliche Atmosphäre dazu führt, dass das Essengehen weniger eine Arbeitsentlastung als vielmehr eine Belastung darstellt (LEONHÄUSER et al. 2009: 98f).

Hinsichtlich des hier nicht nachzuweisenden Zusammenhangs zwischen dem Familienstand und dem Außer-Haus-Verzehr muss die Tatsache berücksichtigt werden, dass existierende Untersuchungen häufig nicht zwischen dem institutionellen Außer-Haus-Verzehr (z. B. in Betriebskantine, Mensa) und dem freizeitbezogenen Außer-Haus-Verzehr unterscheiden bzw. in der Regel vorrangig die Gemeinschaftsverpflegung in Betrieben oder Ausbildungsstätten untersuchen (MAX-RUBNER-INSTITUT 2008a: 111f; STIEB/HAYN 2005: 17). So zeigen berufstätige Singles einen überdurchschnittlich hohen Anteil an einer Außer-Haus-Verpflegung (MEYER 2004: 85) – inwieweit dieses Ergebnis jedoch auch für das nicht betriebliche Umfeld gilt, lässt sich nicht ableiten.

Erwartet werden könnte an dieser Stelle auch eine Korrelation zwischen dem verfügbaren Haushaltseinkommen und der Art und/oder der Intensität des Außer-Haus-Verzehrs: Qualitativ höherwertige, im Sinne von nährstoffreiche, fettbewusste Speisen sind mit einem größeren finanziellen Aufwand verbunden als fett- und energiereiche Gerichte (JETTER/CASSADY 2006). Werden Personen der aktiven Stadien „Aufnahme“ und „Aufrechterhaltung“, die alle bei der Auswahl auswärtiger Speisen auf deren Fettzusammensetzung achten, miteinander verglichen, so lässt sich feststellen, dass diejenigen, die häufiger außer Haus essen, über ein höheres Einkommen verfügen als jene, die seltener auswärts essen. Werden darüberhinaus Intender und Personen der Aufnahme gegenübergestellt, die beide am häufigsten externe Verpflegungsangebote in Anspruch nehmen, ist zu konstatieren, dass die Fettbewussten ein ungefähr doppelt so hohes Haushaltsnettoeinkommen haben wie Intender. Diejenigen, die häufig außer Haus essen und dabei gleichzeitig auf eine fettbewusste Ernährungsweise achten, verfügen über größere finanzielle Ressourcen. Übereinstimmend belegen andere Forschungsarbeiten, dass ein gesteigertes Einkommen mit einer erhöhten Zahl an Restaurantbesuchen sowie steigenden Ausgaben für den außerhäuslichen Verzehr zu beobachten ist (MEYER 2004: 84; WEGGEMANN 1996).

Außerhäusliche Freizeitgestaltung – für Intender und Aktive von hoher Handlungspriorität

Alle interviewten Intender sowie Aktiven verwenden regelmäßig Zeit für eine außerhäusliche Freizeitbeschäftigung (Sport, Ehrenamt, Weiterbildung, kulturelle Veranstaltung). Bei den Non-Intendern sind es hingegen nur rund die Hälfte von ihnen. Zudem ist deren Intensität mit einer Häufigkeit von zwei- bis dreimal pro Woche bei Intendern und Aktiven ausgeprägter als bei Non-Intendern (ein- bis zweimal wöchentlich). Demnach scheint sich eine aktive Freizeitgestaltung durchaus mit der Aufnahme und Aufrechterhaltung eines fettbewussten Ernährungshandelns vereinbaren zu lassen.

Dieses Ergebnis widerspricht damit auf dem ersten Blick dem der Untersuchung von HÄUßLER (2007: 138) zur nachhaltigen Ernährungsweise und deren Umsetzbarkeit im Alltag: Sie kommt zu dem Schluss, dass eine hohe freizeitbezogene Handlungspriorität sowie ein hoher zeitlicher Umfang von Außer-Haus-Aktivitäten dazu führen, dass ernährungsbezogenes Verhalten eine untergeordnete Rolle spielen. Jedoch muss hier berücksichtigt werden, dass es sich bei den Befragten um Personen aus Familienhaushalten handelt, deren Zeitverwendung stark durch Familienarbeit geprägt ist. Und auch eine nähere Betrachtung der vorliegenden Untersuchung zeigt, dass zwischen dem Familienstand und der Freizeitgestaltung ein Zusammenhang besteht: Die meisten der im Freizeitbereich Aktiven leben in einem Ein-Personenhaushalt und/oder sind kinderlos. Sie wenden somit weniger Zeit für familiäre Belange auf, sodass ihnen mehr disponible Zeit für eigene Interessen zur Verfügung steht.

Zudem kann die hier festgestellte gute Vereinbarkeit von Freizeitaktivitäten und Ernährungshandeln von Intendern und Aktiven auch auf deren bessere Planungsbereitschaft und -fähigkeit des Alltagsgeschehens inklusive des Ernährungsverhaltens zurückzuführen sein: Dieser Personenkreis schafft es, neben regelmäßigen, zeitintensiven Hobbys eine fettbewusste Ernährung umzusetzen bzw. beides miteinander zu kombinieren. Unter Berücksichtigung der Häufigkeit des Außer-Haus-Verzehrs und selbst getätigter Aussagen lässt sich schlussfolgern, dass – zumindest einige – außerhäusliche Aktivitäten mit einer außerhäuslichen fettbewussten Ernährung vereint werden. Hier wird es als hilfreich empfunden, wenn die Aktivitäten sowie entsprechende Einkahrmöglichkeiten im Vorhinein geplant werden, damit das angestrebte Ernährungsverhalten auch auswärts aufrechtgehalten werden kann.

Ein weiterer Aspekt, der hier mit hineinspielen kann, ist die in der Literatur beschriebene Erkenntnis, dass verschiedene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen in enger Verbindung miteinander stehen. In diesem Zusammenhang

wird von sogenannten „Transfereffekten“ gesprochen. So können sich positive Verhaltensweisen gegenseitig beeinflussen, z. B. kann körperliche Aktivität eine gesunde Ernährung begünstigen (FLEIG et al. 2011; MATA 2010; DUNN et al. 2006; JAKICIC/WING/WINTERS-HART 2002; JOSEPH et al. 2001). Zugleich ist zu beobachten, dass ungesunde Verhaltensweisen, wie Tabakrauchen, eher mit einem ungünstigen Lebenswandel verknüpft sind (TAUNUS BKK 2004: 56f). Auch in der vorliegenden Untersuchung ist eine solche Beziehung erkennbar: Intender und Aktive treiben häufiger Sport als Non-Intender (zwei- bis dreimal wöchentlich versus einmal wöchentlich). Jedoch kann die Frage nach Ursache und Wirkung nicht beantwortet werden. Es bleibt unklar, ob sie regelmäßig körperlich aktiv sind, weil sie sich fettbewusst ernähren oder ob sie auf die Ernährung achten, weil sie sich viel bewegen.

Nahrungspräferenzen und Bedeutung von „Ernährung“ im Freundeskreis – grundlegende Ähnlichkeiten führen stadienübergreifend zu keiner wesentlichen Beeinflussung im Ernährungsverhalten der Befragten

Das individuelle Ernährungsverhalten und Nahrungsmittelvorlieben können u. a. durch Interaktionen und Verhaltensweisen von Personen des nahen sozialen Umfelds determiniert werden – neben Familienmitgliedern, insbesondere von Freunden und guten Bekannten. Diese interpersönliche Beeinflussung wird von Probanden diverser prospektiver Studien wahrgenommen (LARSON/STORY 2009; EMMONS et al. 2007; STEPTOE et al. 2004). Mit zunehmender Anzahl an sozialen Bindungen und einem als unterstützend empfundenen ähnlichen Essverhalten von Freunden werden ernährungsbezogene Verhaltensänderungen⁹⁷ erfolgreicher umgesetzt (SORENSEN et al. 2007).

Ebenso scheinen in der vorliegenden Untersuchung Befragungspersonen und deren Freunde/Bekannte im Wesentlichen ähnliche Geschmacksvorlieben zu haben. Keiner der Interviewten hat von dauerhaft stark abweichenden Präferenzen des sozialen Umfelds berichtet. Ist dies in einzelnen Situationen doch der Fall, kommt es zu keiner Anpassung, vielmehr wählt beispielsweise während eines Restaurantbesuchs jeder individuell nach seinem Geschmack und seinen Vorstellungen die Mahlzeit. Wie im Alltagsbereich „Arbeitsplatz/Kollegen“ bereits erwähnt, lässt sich auch an dieser Stelle nicht eindeutig formulieren, in welchem Umfang sich die Ernährungsweise zwischen Befragungsperson und Freunden/Bekannten tatsächlich ähneln. Zu vermuten ist, dass sich ihre Mahlzeitenpräferenzen nicht gravierend voneinander unterscheiden und geringfügige Abweichungen nicht ausreichen, um das persönliche Ernährungsverhalten maßgeblich beeinflussen zu können. Eine Erklärung für Annäherungen ernährungsbezogener Verhaltensweisen zwischen Befragungsperson und Freun-

⁹⁷ am häufigsten untersucht hinsichtlich des Obst- und Gemüseverzehrs (LARSON/STORY 2009)

den könnte in miteinander geteilten Umwelteinflüssen liegen (COHEN-COLE/FLETCHER 2008).

Das Thema „Ernährung“ ist in jedem Stadium einer Verhaltensänderung Gesprächsstoff. Während in den ersten vier Stadien die Inhalte eher allgemeiner Natur sind (z. B. Rezeptideen, gesunde Ernährung im Allgemeinen), tauschen sich Personen der Aufrechterhaltung mit Freunden speziell über eine fettbewusste Ernährungsweise aus. Derartige Gespräche werden dazu genutzt, die nicht selten widersprüchlichen ernährungsbezogenen Informationen einzuordnen und zu bewerten, um ihre Bedeutung für die eigene Lebenssituation einschätzen zu können. Andere Untersuchungen konnten zeigen, dass sich verbal über Ernährungsfragen überwiegend mit Personen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld ausgetauscht wird; Experten, wie Ärzte oder Ernährungsberater, werden deutlich seltener kontaktiert (MAX-RUBNER-INSTITUT 2008a: 104). Somit stellen Gespräche mit Freunden – neben jenen mit Familienmitgliedern – den bedeutendsten Bestandteil der alltagsnahen Ernährungskommunikation dar und dürfen nicht unberücksichtigt bleiben.

Reaktionen hinsichtlich des Ernährungsverhaltens der Interviewten durch Freunde/Bekannte sind neutralen oder positiven Tenors. Personen aus dem Stadium der Aufrechterhaltung berichten davon, dass einige ihrer Freunde sich mit ihnen hinsichtlich ihrer bevorzugten Speisen absprechen und diese dementsprechend (extra) zubereiten, wenn sie zu Besuch kommen. Sie empfinden dies als unterstützend und zugleich motivierend, ihr ernährungsbezogenes Zielverhalten bei gemeinschaftlichen Mahlzeiten aufrecht zu halten.

Erwartungsgemäß zur Literatur empfinden es Aktive gleichzeitig als ein Fördernis, wenn der Freundeskreis insgesamt verständnisvoll reagiert (LARSON/STORY 2009; WING/JEFFEREY 1999), bestenfalls sogar ebenso ein gewisses Fettbewusstsein in der Ernährung vertritt.

Vereinzelt in der Vergangenheit aufgetretene kritische Bemerkungen haben im Rückblick keinen wesentlichen Einfluss auf das ernährungsbezogene Handeln der Interviewten ausgeübt. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Beobachtungen aus dem Bereich der Erwerbstätigkeit (Kapitel IV, 2.4). Demnach scheinen nicht nur Kollegen (bei denen von einer geringeren sozialen Bindung ausgegangen werden kann, verglichen mit der zu Freunden/Bekannten), sondern zudem Personen des privaten, engeren Umfelds das Ernährungsverhalten aufgrund von ablehnenden Anmerkungen bzw. Reaktionen nicht grundlegend beeinflussen zu können.

(Sozial-)situative Einflüsse –**für Intender und Aktive stellen sozial angenehme Momente Umsetzungsbarrieren sowie ein vielfältiges Speisenangebot und -transparenz Fördernisse dar**

(Sozial-)situative Einflüsse auf den außerhäuslichen Fettverzehr benennen nur entschlossene sowie handelnde Personen. Non-Interndern scheinen hier keine Momente bewusst zu sein – möglicherweise weil sie sich bisher nicht mit der Thematik auseinandergesetzt haben.

Es gibt eine Vielzahl von Forschungsarbeiten, die zeigen, dass externe Umweltfaktoren, wie die Präsenz von Freunden oder Bekannten und deren Verhalten, oder die Umgebungsbedingungen gemeinsam eingenommener Mahlzeiten die individuelle Nahrungsaufnahme temporär beeinflussen können (LARSON/STORY 2009; WANSINK 2004; HERMAN/ROTH/POLIVY 2003). So fällt es in sozial angenehmen Situationen (wie dem Essen in gemütlicher Gesellschaft) nicht nur Intendern, sondern ebenso Aktiven schwer, sich fettbewusst zu ernähren. Die Versuchung des appetitlichen Angebots fettreicherer Speisen ist groß und kann erwartungsgemäß nicht immer widerstanden werden.

Zudem haben Mahlzeiten weitreichendere Funktionen, die über die reine Nahrungsaufnahme hinausgehen. Jene gemeinschaftlichen Mahlzeiten stellen wesentliche sozial-kommunikative Ereignisse dar, die durch vorliegende Befunde aus Zeitbudgeterhebungen unterstrichen werden (MEYER 2004: 85). Sie sind Genuss-Mahlzeiten und werden als Abwechslung zur alltäglichen Essroutine angesehen, die sonst vorrangig zeitlichen Restriktionen unterliegt (HAYN/EMPACHER/HALBES 2005: 33; MEYER 2004: 83).

SEEMÜLLER (2007: 182) konnte in seiner empirischen Studie zur Erforschung von Esssituationen im Kontext von Ambiente⁹⁸ zeigen, dass bei positiver Stimmungslage nach einer Mahlzeit diese höher bewertet wird als bei negativer Stimmung. Ob diese Bewertung tatsächlich einen Mehrverzehr nach sich zieht, lässt sich vermuten – ist jedoch in der angeführten Arbeit nicht explizit Untersuchungsgegenstand gewesen. Dass das Essen mit Freunden oder guten Bekannten in einer harmonischen Atmosphäre faktisch zu einer längeren Mahlzeitendauer und zu größeren Verzehrmenen führen kann, zeigen jedoch verschiedene Untersuchungen anderer Autoren (VARTANIAN/WANSINK/HERMAN 2008; WANSINK 2004; HERMAN/ROTH/POLIVY 2003; CASTRO DE 2000; CASTRO DE 1994; CLENDENEN/HERMAN/POLIVY 1994). Dabei scheint die Tatsache der per-

⁹⁸ SEEMÜLLER (2007: 11f) definiert den Begriff „Ambiente“ anhand folgender Merkmalsbereiche: Tischgestaltung/Dekoration, Zeit, Raum, Mahlzeit, soziokulturelle Faktoren, psychologische Faktoren, Erwartungen der Teilnehmer.

sönlichen Beziehung bedeutender als der der Gruppengröße, die per se zu einem Mehrverzehr anregt⁹⁹ (SALVY/KIEFFER/EPSTEIN 2008; SOMMER/STEELE 1997; FEUNEKES/GRAAF DE/STAVAREN VAN 1995). Dieser Befund wird damit erklärt, dass das gemeinsame Essen mit befreundeten Menschen eine entspanntere und genussvollere Atmosphäre bietet, als das Essen in einer Gruppe mit eher fremden Personen. In Übereinstimmung mit den vorliegenden Ergebnissen konnten auch andere Untersuchungen zeigen, dass eine gesellig-ausgelassene Atmosphäre mit Freunden die individuelle Fähigkeit und Motivation eines kontrollierten Essens herabsetzen kann (CHAIKEN/PLINER 1990).

Wenig überraschend ist der Befund, dass es für die Aufrechterhaltung einer fettbewussten Ernährung im freizeitbezogenen Außer-Haus-Verzehr – ähnlich zur Ernährungssituation im beruflichen Umfeld – förderlich ist, wenn zum einen ein vielfältiges Speisenangebot vorherrscht, aus dem das Gewünschte gewählt werden kann. Diese Tatsache deckt sich mit anderen Untersuchungsergebnissen, die belegen, dass eine eingeschränkte Speisenwahl außer Haus einen entscheidenden Hinderungsgrund darstellt, sich gesünder ernähren zu wollen (FRIEBE et al. 1997b). Zum anderen wirkt sich auch hier die Transparenz der Speisenzusammensetzung oder gar der verwendeten Zutaten günstig aus – eine fettbewusste Nahrungswahl wird erleichtert. Insbesondere für Personen, die krankheitsbedingt auf ihre Ernährung achten sollten, stellt der Fakt des Nichteinschätzenkönnens der Mahlzeitenzusammensetzung beim Außer-Haus-Verzehr im Restaurant oder auf Reisen eine Schwierigkeit bei der Umsetzung einer gewünschten Ernährungsweise dar (MEHNERT et al. 2003: 188). Eine Möglichkeit, damit umzugehen, ist die Selbstverpflegung, die von einigen aktiv Handelnden bereits angewandt wird (Kapitelanfang). Zudem kann die Angabe von Nährstoffgehalten angebotener Speisen eine Orientierung bieten, Außer-Haus-Mahlzeiten hinsichtlich ihres Energie- und Fettgehalts besser einschätzen und kontrollieren zu können (LARSON/STORY 2009; EUROPÄISCHE KOMMISSION 2006). Insbesondere für Personen, die sich gern auswärts gesünder ernähren möchten, führt die Bereitstellung von Nährwertinformationen in (Schnell-)Restaurants zu einer ausgewogeneren Speisenwahl (BASSETT et al. 2008; YAMAMOTO et al. 2005; SEYMOUR et al. 2004). SEYMOUR und Kollegen (2004) konnten zeigen, dass in der Folge Gerichte mit weniger Fett, Cholesterin sowie Kalorien gegessen worden sind.

⁹⁹ Diese Aussage gilt für Normalgewichtige. Übergewichtige essen in Anwesenheit normalgewichtiger Personen weniger, jedoch in Anwesenheit anderer übergewichtiger Personen größere Verzehrsmengen (SALVY/KIEFFER/EPSTEIN 2008).

Ist das Speisenangebot zwar vielfältig, jedoch (kosten-)frei zugänglich, fällt es wiederum den Befragten schwer, den Verzehrumfang einzuschränken bzw. sind sie gewillt, eher zu Speisen zu greifen, die sie üblicherweise meiden würden. Aktive benennen hier eine Bewältigungsstrategie: Sie sind bestrebt, diese Situationen im Vorhinein zu meiden (z. B. kein Buchen von All-Inclusive-Reisen) bzw. sich selbst bewusst bei den Portionsgrößen einzuschränken (z. B. bei Büfets auf Feierlichkeiten).

Negative Emotionen, wie Ärger oder Frust, scheinen im Freizeitbereich – ähnlich wie im beruflichen Umfeld – keine bedeutende Relevanz für die Speisewahl zu haben. Somit scheinen Stimmungslagen¹⁰⁰ insbesondere für den familiären bzw. häuslichen Alltagskontext eine beeinflussende Größe darzustellen.

2.6 Einfluss von Gesundheitsstatus und Krankengeschichte auf eine Ernährungsverhaltensmodifikation

Neben Determinanten des Alltagskontexts sollen im Sinne der Leitfragenprüfung darüber hinaus Einflüsse des wahrgenommenen Gesundheitsstatus¹⁰⁰ sowie zu Diagnose und Hintergründen der Fettstoffwechselstörung auf den Prozess einer Ernährungsverhaltensänderung diskutiert werden.

Gesundheitsstatus und Fettstoffwechselstörung – stadienunabhängig gutes Gesundheitsempfinden und langjährige Kenntnis um Diagnose der erhöhten Cholesterinwerte

Der Gesamtgesundheitsstatus wird von allen Befragten subjektiv als gut eingestuft. Das heißt, sie fühlen sich mindestens genauso gesund und fit wie Vergleichspersonen ähnlichen Alters. Dies gilt sowohl für jene, die sich bereits fettbewusst ernähren, als auch für Non-Intender. Es hätte vermutet werden können, dass sich Aktive subjektiv gesünder fühlen als Inaktive (HOFMEISTER 2010; LIPPKE/SNIEHOTTA 2003) – dies kann in der aktuellen Untersuchung nicht bestätigt werden. Abgesehen von der Fettstoffwechselstörung liegen bei den Befragten keine weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen vor, die dauerhaft behandelt werden müssten. Zudem weist die Mehrheit der Befragten keinen zusätzlichen koronaren Risikofaktor (Diabetes mellitus, Hypertonie, Rauchen oder Übergewicht) auf. Bei denjenigen mit einem weiteren Risikofaktor liegt ein erhöhtes Körpergewicht vor.¹⁰¹ Das gesundheitliche Befinden des Partners/Kindes wird ebenso als gut bewertet, sodass hier von keiner

¹⁰⁰ hier als Synonym für Emotionen verwendet

¹⁰¹ Die Probandenwahl ist u. a. nach dem Kriterium erfolgt, dass neben der Fettstoffwechselstörung maximal ein weiterer Herz-Kreislauf-Risikofaktor vorliegen darf (Kapitel III, 4.3).

zusätzlichen Belastung (zeitliche und finanzielle Ressource) auszugehen ist. Damit scheint das persönliche bzw. familiäre Gesundheitsempfinden stadienübergreifend ähnlich und weder eine Barriere noch ein Fördernis einer Ernährungsverhaltensumstellung zu sein.

Die Tendenz zur Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand überrascht einerseits nicht, werden andere Studienergebnisse hinzugezogen (EUROPÄISCHE KOMMISSION 2006; WIESMANN/TIMM/HANNICH 2003; SIEVERDING 1998). So schätzt beispielsweise die Mehrheit der in der Nationalen Verzehrstudie II Befragten (59 %) ihre Gesundheit als gut ein (MAX RUBNER-INSTITUT 2008a: 50). Auf der anderen Seite wäre es auch möglich, dass ernährungsmitbedingt erkrankte Personen ihren Gesundheitszustand schlechter einstufen als die Gesamtbevölkerung. Scheinbar ist es jedoch so, dass die hier Befragten ihre Fettstoffwechselstörung nicht als wesentliche Beeinträchtigung ihrer körperlichen Gesundheit ansehen und daher eine ähnliche Bewertung geben. Auch in anderen Untersuchungen mit Herzinfarktpatienten oder mit körperlich erkrankten Menschen ist festzustellen, dass sie sich selbst als gesund einschätzen und damit auch gesunde Anteile ihres Befindens wahrnehmen (FRANK 2000).

Ein weiterer Erklärungsansatz könnte in der Vermeidung kognitiver Dissonanzen liegen: Würden sich Non-Intender als gesundheitlich schlechter bewerten als Vergleichspersonen, empfänden sie vermutlich auch eine höhere Vulnerabilität. Im Zusammenhang mit der Kenntnis um erhöhte Cholesterinwerte und dem Nichtumsetzen der Erkenntnis in eine Verhaltensmodifikation könnten sie diesen Zustand als dissonant wahrnehmen. Ein subjektiv wahrgenommener guter Gesundheitszustand verringert möglicherweise die Gesundheitsorientierung im Verhalten, weil er den Schluss einer gesundheitlichen Widerstandsfähigkeit nahe legt. Nach Annahme vieler gesundheitspsychologischer Modelle muss jedoch eine hohe wahrgenommene Anfälligkeit vorliegen, um eine Intention zur Verhaltensänderung ausbilden zu können (Kapitel II, 3.1).

Die Fettstoffwechselstörung selbst ist bei den Interviewten seit mindestens fünf Jahren bekannt. Auffällig ist, dass Non-Intender im Durchschnitt fünf Jahre länger ihre Diagnose kennen, verglichen zu Intendern und Aktiven. Möglich wäre, dass Non-Intender zeitnah zur Diagnosestellung ihre Ernährung hinsichtlich Fettbewusstsein umstellten; im Laufe der Jahre jedoch wieder in alte (nicht fettbewusste) Ernährungsmuster zurückgefallen sind und in diesen auch aktuell verharren. Daher sind an dieser Stelle die Aussagen der Unterkategorie „Fettverzehr früher und heute“ einbezogen worden: Unter Berücksichtigung dieser zeigt sich allerdings, dass die Vermutung nicht aufrecht gehalten werden

kann, da sich Non-Intender auch in der Vergangenheit nach Selbstauskunft nicht fettbewusst ernährt haben.

Im Gegensatz dazu ist die Diagnose „erhöhte Blutfettwerte“ für intendierte und handelnde Personen ein Auslöser für ihr fettbewusstes Ernährungshandeln gewesen (Gründe fettbewusste Ernährung Kapitel IV, 2.2). Zudem lässt sich vermuten, dass Personen entweder relativ zeitnah zum Bekanntwerden ihrer erhöhten Cholesterinwerte ihr bisheriges Ernährungsverhalten modifizieren, oder aber sich dafür nicht motivieren können und in gewohnten Ernährungsmustern verharren. Wie bereits aus anderen Studien bekannt und in der Problemstellung als Grundannahme der vorliegenden Arbeit formuliert, reicht die Kenntnis über erhöhte Cholesterinwerte allein nicht aus, um eine Verhaltensänderung bewirken zu können. Umso mehr Zeit verstreicht, desto schwieriger scheint es Menschen zu gelingen, eine Verhaltensintention auszubilden. Diese Erkenntnis könnte auch mit dem Abschwächen der Vulnerabilität im zeitlichen Verlauf korrelieren.

Rund die Hälfte der hier Interviewten muss aufgrund der erhöhten Cholesterinwerte Lipidsenker einnehmen. Am häufigsten ist dies bei den Aktiven festzustellen. Dieser Befund ist überraschend, da anzunehmen wäre, dass eine Medikation die Notwendigkeit zur Lebensstiländerung abschwächen könnte. So wird von ihnen zwar ernährungsbezogenes Handeln als ergänzende Maßnahme zur Medikation verstanden, deren Wirkintensität wird jedoch als geringer eingestuft. Vielleicht lässt sich aber auch ausgehend von der Arzneimittelverordnung ein entgegengesetzter Impuls ableiten: Mit der Verschreibung cholesterinsenkender Medikamente erhöht sich die individuelle Gesundheitsbedrohung, sodass in der Folge Menschen verstärkt zum Handeln motiviert werden. Einige Personen aus dem Stadium der Aufrechterhaltung erhoffen sich von der Ernährungsumstellung langfristig, die medikamentöse Therapie wieder einstellen zu können. Im Umkehrschluss könnte eine (noch) nicht ärztlich verordnete Gabe von Lipidsenkern bei Non-Intendern bzw. Intendern dazu führen, dass sie ihr Risiko nur abgeschwächt wahrnehmen. Die Handlungsnotwendigkeit fehlt bzw. individuell empfundene Barrieren einer Verhaltensänderung überwiegen mögliche Ressourcen.

Möglichkeiten der Beeinflussung des Cholesterinspiegels – Ernährungsweise gilt stadienübergreifend als Einflussfaktor

Dass die Ernährung die Höhe des Cholesterinspiegels beeinflussen kann, dessen sind sich die Befragten stadienübergreifend bewusst. Als günstig im Sinne einer cholesterinsenkenden Kost wird von ihnen eine fettreduzierte, an

tierischen Fetten arme sowie obst- und gemüsereiche Ernährung angesehen. Damit scheinen gewisse Grundlagenkenntnisse vorhanden zu sein. Wie in Kapitel II, 5.3 beschrieben, haben die Gesamtfettaufnahme sowie das Fettsäurenmuster in der Ernährung den wesentlichsten Einfluss auf Blutlipidparameter; die z. B. in Obst und Gemüse vorhandenen Ballaststoffe¹⁰² können sich zudem günstig auswirken. Andere cholesterinspiegelbeeinflussende Nahrungsmittel oder -bestandteile, wie Nahrungscholesterin, Sojaproteine oder Alkohol (der mit Ausnahme von Personen des Stadiums der Aufrechterhaltung regelmäßig in unterschiedlichem Umfang konsumiert wird; Kapitel IV, 1.2), werden nicht von den Interviewten benannt. Hingegen beurteilen einige von ihnen Süßigkeiten und Kohlenhydrate als Faktoren, die das Cholesterin erhöhen können. Wird davon ausgegangen, dass Süßwaren oft fettreich sind und zudem ein ungünstiges Fettsäurenprofil aufweisen, so kann dieser Aussage zugestimmt werden. Für den separaten Nährstoff „Kohlenhydrate“ liegen jedoch keine Befunde vor, die einen Einfluss auf den Cholesterinspiegel¹⁰³ bestätigen würden (WINDLER/ZYRIAX 2010; WOLFRAM 2002).

Interessant bei der Nennung der Einflussgrößen ist der Fakt, dass insbesondere in den ersten beiden Stadien einzelne Lebensmittelbeispiele herausgegriffen und angeführt werden (z. B. Salami, Reis, Hähnchen, richtige Nahrungsfette). Es kann vermutet werden, dass diese Personen schon einmal von „guten“ und „schlechten“ Lebensmitteln hinsichtlich ihrer Wirkung auf den Cholesterinspiegel gehört haben, sich im Interview daran erinnern und die im Gedächtnis verankerten Beispiele wiedergeben. Möglicherweise offenbart es auch das Unvermögen, einen Zusammenhang zwischen der übergeordneten Lebensmittelgruppe und dem Cholesterinwert herzustellen. Mangelnde Fähigkeiten, ernährungsbezogene Einzelinformationen miteinander verknüpfen zu können, konnten bereits in anderen Untersuchungen beobachtet werden (HILDEBRANDT 2005: 83; FRIEBE et al. 1997a).

Die Bedeutung der über die Ernährung hinausgehenden Lebensweise wird nur von wenigen Befragten als beeinflussend für den Cholesterinspiegel angesehen. Hierbei ist keine Stadienspezifität feststellbar. Von den in der Literatur (Kapitel II, 5.1) als wesentliche Einflussgrößen beschriebenen Faktoren „Übergewicht“ (erhöhter Bauchumfang), körperliche Aktivität, Tabakrauchen und Stress finden nur die ersten beiden Erwähnung. Hier scheint es noch Bildungs-

¹⁰² Hier ist anzumerken, dass die Befragten zwar Obst und Gemüse als cholesterinbeeinflussend benennen, jedoch nicht den Bestandteil „Ballaststoffe“ als ursächlich dafür kennen.

¹⁰³ Vielmehr erhöhen sehr große Mengen Saccharose den Triglyceridspiegel (WINDLER/ZYRIAX 2010; WOLFRAM 2002).

bedarf zu geben. Zwar sind mit nur einer Ausnahme die Befragten Nichtraucher. Jedoch leiden viele von ihnen unter Stress, insbesondere unter beruflich bedingtem. Eine repräsentative Umfrage zum Thema Cholesterin in der deutschen Bevölkerung zeigt bestätigend, dass die mit Abstand am häufigsten genannte Ursache für einen zu hohen Cholesterinwert in einer falschen Ernährung gesehen wird (91 %). Die Bedeutung von Lebensgewohnheiten wird verglichen damit als weit weniger ursächlich eingestuft: Bewegungsarmut (21 %), Übergewicht (10 %), Alkohol (7 %), Rauchen (3 %) und Stress (2 %) (WISSENSCHAFTSJAHRE 2011). Auch wenn Wissen nicht zwingend in Handlungen umgesetzt wird, so sind Grundlagenkenntnisse dennoch eine notwendige Voraussetzung, eine Intention zur Verhaltensänderungen bilden zu können.

Die von den Interviewten beschriebenen Verknüpfungen zwischen Ernährungs- bzw. Lebensstil und ihrem beeinflussenden Potential auf den Cholesterinwert basieren nach Selbstauskunft entweder auf vorhandenem Wissen, auf Vermutungen oder auf persönlichen Erfahrungen. Liegt Ernährungswissen vor, folgt jedoch nicht die entsprechende Anpassung im Gesundheitsverhalten, wird diese Diskrepanz als kognitive Dissonanz wahrgenommen und von den Befragten als belastend empfunden. Das gesundheitsbezogene Bewusstsein zeigt, dass prinzipiell die Notwendigkeit für eine fettbewusste Ernährungsweise gesehen wird und die Bereitschaft grundsätzlich gegeben ist, allerdings erfolgt die Realisierung (noch) nicht in dem gewünschten Maße. Auch an dieser Stelle wird abermals die Grundannahme bestätigt, dass Ernährungswissen nicht stringend in Handeln umgesetzt wird. In Kapitel IV, 2.2 ist bereits ausführlicher auf den Zusammenhang zwischen Ernährungswissen und -handeln eingegangen worden; um Doppelungen zu meiden, erfolgt daher hier nur ein Querverweis.

3 Fazit sowie kritische Würdigung der Ergebnisse in inhaltlicher und methodischer Hinsicht

Um die formulierten Leitfragen (Kapitel III, 1) übersichtlich beantworten zu können, sollen im Folgenden die wesentlichen Erkenntnisse in einer stadienspezifischen Zusammenschau dargestellt werden. Zugleich sollen sie inhaltlich und modelltheoretisch diskutiert werden. Am Ende des Kapitels wird die Arbeit hinsichtlich ihrer methodischen Vorgehensweise kritisch gewürdigt.

Abbildung 13 stellt je Untersuchungskategorie und Stadium einer Verhaltensänderung die identifizierten Faktoren dar, die eine Ernährungsumstellung positiv, negativ oder neutral zu beeinflussen scheinen.

	Präkontemplation	Kontemplation	Präparation	Aufnahme	Aufrechterhaltung
Demografische und sozioökonomische Bedingungen	Lebensalter; Haushaltsnettoeinkommen*; Frauen sind Impulsgeber für Ernährungsverhaltensmodifikation				Single-Haushalte kinderlos
Allgemeine, orts-unabhängige Bedingungen	Fehl-/Überschätzung des eigenen Ernährungsverhaltens (Mann)	wiederkehrend ähnlicher Tagesablauf			
	mangelndes Wissen zum Zusammenhang Ernährung ↔ Gesundheit	theoret./praktisches Wissen Ernährung ↔ Gesundheit			
	mangelnde Risikowahrnehmung	Planung der Mahlzeiten			
	negative HEE fettbewusste Ernährung (z. B. Geschmacksverlust)	positive HEE fettbewusste Ernährung			
	allgemeine Kenntnisse über (un-)günstige Lebensmittel hinsichtlichlich Fettstoffwechselstörung				
Haushalt/ Familie	Anpassung an familiäres, nicht-fettbewusstes Ernährungsverhalten	individualisiertes Ernährungsverhalten			
	Zeitmangel durch Bewältigung diverser familiärer Aufgaben (v. a. Frau)	Unterstützung/Befürwortung durch Familie			
		emotionale Essmomente (Ärger, Frust, Freude)			
	Unvermögen, familiäre Ernährungswünsche und -gewohnheiten mit den eigenen Vorstellungen zu vereinbaren	situative Essmomente (Langeweile, Stress, vor dem TV/beim Lesen)			
		partnerschaftliche Arbeitsteilung			
Arbeitsplatz/ Kollegen	ungeregelter Arbeitsablauf	keine Mahlzeitenplanung			
	Zeitmangel/Stress	Zeitmangel/Stress			
	hohe Arbeitsbelastung	gemeinsame Mahlzeiten mit Kollegen bei eingeschränkter Speisenauswahl			
	flexible Arbeitszeitregelung				
		frei zugängliche (nicht fettbewusste) Verzehrangebote; lange Arbeitszeiten			
	situative Essmomente (z. B. Dienstreisen, Geburtstage); ritualisierte emotionale Essmomente (z. B. Kuchen am Nachmittag)				
	Versorgungsmöglichkeiten in Arbeitsplatznähe; küchenteknische Ausstattung am Arbeitsplatz				
	Mahlzeitenpräferenzen der Kollegen; berufliche Eingebundenheit des Partners				

*Ausnahme Außer-Haus-Verzehr: Aktive verfügen über höheres Einkommen
HEE = Handlungsergebniserwartung

(Fortsetzung Abbildung 13 auf nächster Seite)

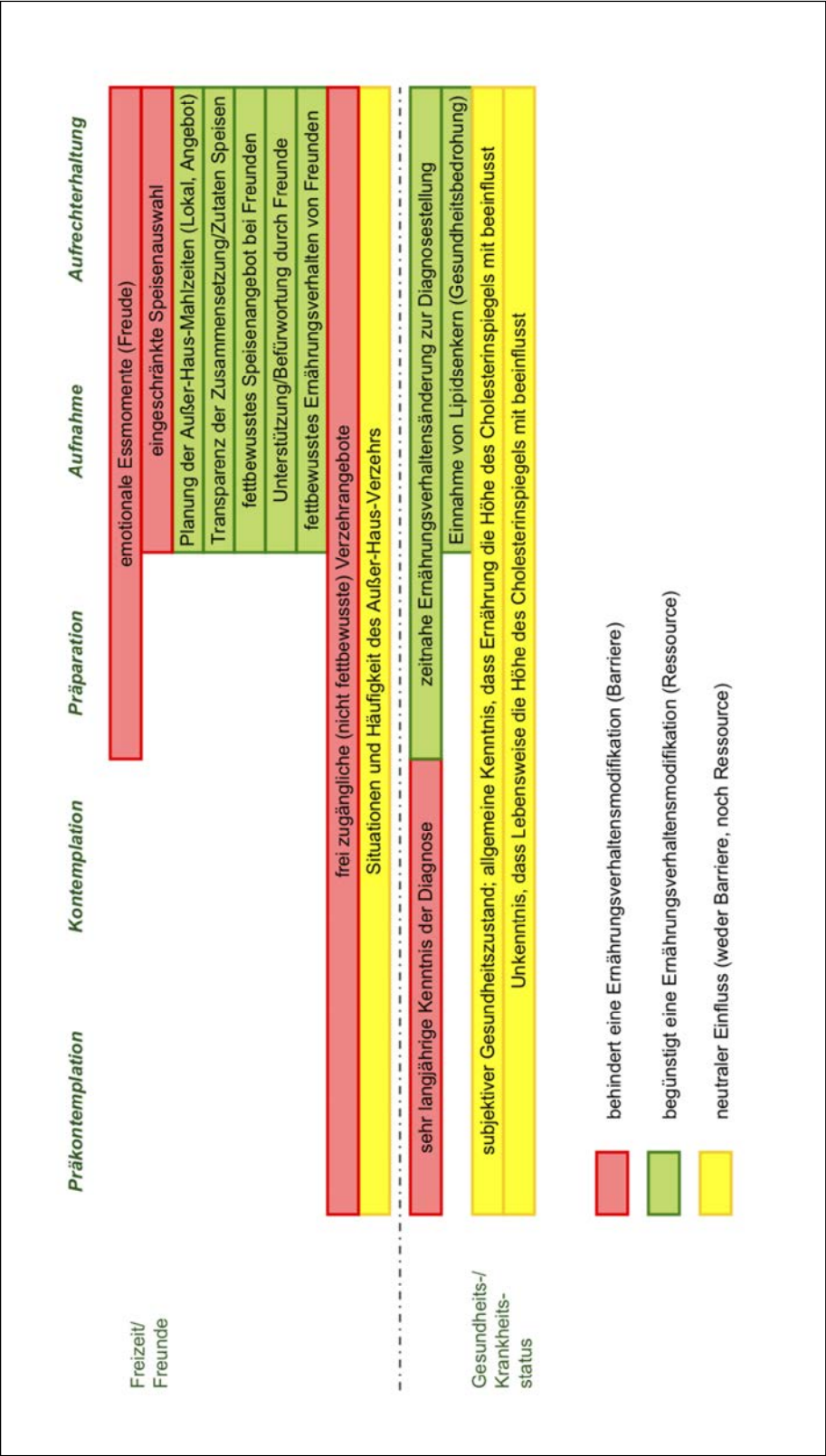


Abbildung 13: Übersicht zu Einflüssen von Soziodemografie, Alltagsgegebenheiten und Gesundheitsstatus auf den Prozess einer Ernährungsverhaltensmodifikation (Quelle: Eigene Darstellung)

Um inhaltliche Dopplungen zu meiden, sei für ausführliche Erklärungen zum Zustandekommen der nachstehend angeführten Befunde auf das entsprechende Unterkapitel im Diskussionsteil (Kapitel IV, 2) verwiesen. Aus der Übersicht (Abb. 13) lassen sich drei wesentliche inhaltliche Erkenntnisse der aktuellen Arbeit ableiten:

- Die in problemzentrierten Einzelinterviews identifizierten Einflussfaktoren decken sich zum großen Teil mit den in der Literatur beschriebenen Einflussgrößen (Kapitel II, 4). Werden die angeführten Barrieren und Ressourcen je Untersuchungskategorie (Soziodemografie, Haushalt/Familie, Arbeitsplatz/Kollegen, Freizeit/Freunde, Gesundheitsstatus) einzeln betrachtet, so stützen sie auch hinsichtlich der Einflussrichtung im Wesentlichen bisherige Erkenntnisse. Die Besonderheit der vorliegenden Arbeit liegt jedoch nicht in einer separaten Betrachtung der Alltagsbereiche, sondern vielmehr in einer alltagsumfassenden und verflechtenden Analyse des Ernährungshandelns. So können an mehreren Stellen sowohl Wechselwirkungen zwischen den untersuchten Alltagsbereichen „Haushalt“, „Beruf“ und „Freizeit“ – einschließlich ihrer sozialen Interaktionen – als auch hinsichtlich sozioökonomischer Bedingungen und dem Gesundheitszustand festgestellt werden, die Einfluss auf eine Ernährungsumstellung nehmen. Ernährungshandeln kann demnach nicht losgelöst von Alltagsgegebenheiten und sozialen Verbindungen, sozioökonomischen Bedingungen und Gesundheitsstatus betrachtet werden. Vielmehr muss es in die Lebensweise eines Individuums und dessen Gesamtkontext alltäglicher Handlungen integriert werden. Solche lebenspraktischen Probleme sind in der bisherigen Forschung vielfach vernachlässigt worden oder auf einer rein kognitiven Ebene abgehandelt (FALTERMAIER/KÜHNLEIN/BURDA-VIERING 1998: 197). Gesundheitliche Motive und allgemeine Lebensinteressen (wie Erhalt des Arbeitsplatzes oder soziale Beziehungen) müssen in Balance gebracht werden. Daher dürfen sich Maßnahmen der Ernährungsberatung nicht allein darauf beschränken, Personen zu einem gesundheitsförderlichen Ernährungshandeln zu motivieren. Vielmehr müssen sie gleichzeitig berücksichtigen, dass sich das angestrebte Zielverhalten in die Struktur des Alltagshandelns einpassen lässt (Kapitel V).
- Nicht die Gegebenheiten des Alltags bestimmen per se das Verhalten, sondern der individuelle, stadienspezifische Umgang damit. An mehreren Stellen der Ergebnisdarstellung konnte gezeigt werden, dass bei ähnlichen Ausgangsbedingungen (z. B. hinsichtlich Haushaltszusammensetzung oder Versorgungssituation und küchentechnische Aus-

stattung am Arbeitsplatz) je nach Stadienzugehörigkeit unterschiedliches Ernährungshandeln folgt. Ein prägnantes Beispiel ist der Umgang mit divergierenden familiären Geschmacksvorlieben: Während Personen der präaktionalen Phase sich den Essenswünschen des Partners oder der Familie anschließen – und damit eher zu Lebensmitteln greifen, die nicht fettbewusst sind – ist bei Personen der aktionalen Phase ein individualisiertes Ernährungshandeln zu beobachten, um das angestrebte Zielverhalten aufrechterhalten zu können (Kapitel IV, 2.3). Für die Aufnahme eines gesundheitsbewussten Ernährungshandelns ist es demnach entscheidend, individuell wahrgenommene Handlungsbarrieren aufzudecken, um phasenpassende Bewältigungsstrategien entwickeln zu können. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sind phasenpassende Empfehlungen für die Ernährungsberatung auf Grundlage dieser erstmalig stadienspezifischen Betrachtung des Lebenskontextes und den dadurch identifizierten Fördernissen und Hemmnissen einer Ernährungsverhaltensänderung abgeleitet worden (Kapitel V).

- Bei den identifizierten Handlungsbarrieren und -ressourcen muss zwischen stadienübergreifend geltenden Faktoren und stadienspezifischen Faktoren differenziert werden. Es zeigt sich, dass die ermittelten Einflussgrößen mehrheitlich stadienspezifisch sind.

In der aktuellen Erhebung sind individuelle und strukturelle Bedingungen des Alltagskontextes für das Ernährungsverhalten von Fettstoffwechselpatienten näher betrachtet worden, die sich in verschiedenen Stadien einer Verhaltensänderung befinden. Mit den dargestellten Ergebnissen vermag die Arbeit den aktuellen Stand des Wissens über Ernährungshandlungen im alltäglichen Kontext erweitern und damit einen Beitrag zum Schließen der Forschungslücke (Kapitel II, 6) leisten. Es konnten bisherige Erkenntnisse der Ernährungsforschung aus Einzelbetrachtungen der Alltagsbereiche bestätigt und zugleich neue Zusammenhänge identifiziert werden, die sich auf der einen Seite aus der integrierten Alltagsbetrachtung und auf der anderen Seite auf Basis der stadienspezifischen Betrachtung ergeben. Weder den multifaktoriellen Bestimmungsgründen des Essverhaltens, noch ernährungs- oder gesundheitspsychologischen Erklärungsmodellen kann damit in Gänze Rechnung getragen werden. Vielmehr können die hier gewonnenen Erkenntnisse nur einen kleinen Puzzlestein für das Verständnis dieses komplexen Zusammenspiels darstellen und wiederum neue Forschungsfragen aufwerfen (Kapitel V).

Im Sinne eines interdisziplinären Erklärungsansatzes ist es unabdingbar, Theorien und Forschungsergebnisse verschiedener Fachdisziplinen zu berücksichtigen.

sichtigen. Nach Ansicht der Autorin kann die Ernährungsforschung durch die Integration gesundheitspsychologischer Perspektiven bereichert werden. Es wäre daher erstrebenswert, wenn diese verstärkt in der Ernährungsforschung Eingang finden würden.

Modelltheoretische Anmerkungen

Das dieser Arbeit zugrunde gelegte sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA) postuliert, dass mit Eintritt in die aktionale Phase Barrieren und Ressourcen eine Verhaltensänderung beeinflussen können – dies jedoch nicht für den Prozess der Intensionsbildung in der präaktionalen Phase gelte (Kapitel II, 3.4). Gemäß dem hypothetischen Untersuchungsmodell der vorliegenden Arbeit (Kapitel III, 1) galt daher zu prüfen, ob förderliche oder/und hemmende Einflussfaktoren des Alltagskontextes auf bestimmte Stadien reduziert werden können oder vielmehr über den gesamten Prozess einer Ernährungsverhaltensänderung hinweg wirken. Wie oben konstatiert, scheinen Barrieren und Ressourcen das gesundheitsbezogene Verhalten stadienübergreifend beeinflussen zu können. Hierbei können zudem qualitativ unterschiedliche Faktoren für präaktionale und aktionale Personen ausgemacht werden, was die Vermutung stadienspezifischer Fördernisse und Hemmnisse zulässt. Das im Rahmen dieser Arbeit aufgestellte hypothetische Modell kann daher in seiner Grundannahme bestätigt werden, dass Bedingungen des Alltagskontextes stadienübergreifend wirken. Darüberhinaus ergeben sich interessante Anknüpfungspunkte für weiterführende Untersuchungen, in der die Stadienspezifik von Handlungspotentialen und -barrieren verstärkt analysiert werden sollte. Es bleibt offen, ob künftige Studien zu ähnlichen Ergebnissen gelangen werden und zeigt zugleich, wie groß der Forschungsbedarf ist, verhaltensmodellierende Barrieren und Ressourcen (stadienspezifisch) näher zu beleuchten (Kapitel V).

Stadientheoretische Anmerkungen

Wie in der Ergebnisübersicht (Abb. 13) prägnant verdeutlicht, scheinen individuell empfundene Handlungsbarrieren und -ressourcen einer Verhaltensänderung zum Großteil stadienspezifisch zu sein. Hierbei erscheint es möglich und zweckmäßig, die in der Arbeit untersuchten fünf Stadien zu mindestens zwei – möglicherweise auch zu drei – übergeordneten Phasen zusammenzufassen; eine Überlegung, die sich mit Erkenntnissen anderer stadientheoretischer Analysen deckt: Aufgrund der Ergebnisverteilung lässt sich deutlich eine Einteilung in eine präaktionale Phase (beinhaltet die Stadien „Präkontemplation“, „Kontemplation“ und „Präparation“) sowie in eine aktionale Phase (beinhaltet die Stadien „Aufnahme“ und „Aufrechterhaltung“) ableiten. In welcher Form die

präaktionale Phase darüber hinaus differenziert betrachtet werden sollte, ist nicht eindeutig festzustellen. So erscheint die Zusammenfassung von präkontemplativen und kontemplativen Personen möglich und lässt sich auch in einigen untersuchten Bereichen bestätigen (Freizeit/Freunde; Gesundheits-/ Krankheitsstatus). Dies entspräche den in der Literatur beschriebenen und durch andere empirische Untersuchungen belegten stadientheoretischen Befunden, die von einer prädeziSIONalen Phase (Präkontemplation, Kontemplation), einer postdeziSIONalen-präaktionalen Phase (Präparation) und einer postdeziSIONal-aktionalen Phase (Aufnahme, Aufrechterhaltung) ausgehen, wie beispielsweise im sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns. Für den Alltagsbereich „Arbeitsplatz/Kollegen“ lässt sich diese Einteilung nicht bestätigen. Hier ist zwar erkennbar, dass Differenzen innerhalb der präaktionalen Phase vorherrschen – eine Zusammenfassung einzelner Stadien lässt sich daraus jedoch nicht ableiten.

Gegenüberstellung ausgewählter Ergebnisse aus der Gruppendiskussion mit Ernährungsberatern (Vorstudie) und den Einzelinterviews

Der Einteilung des Prozesses einer Ernährungsverhaltensänderung in eine präaktionale und eine aktionale Phase folgend, sehen Personen der aktionalen Phase in allen drei untersuchten Alltagsbereichen Faktoren, die diese beeinflussen. Die individuellen Lebensumstände in den Bereichen „Haushalt“, „Arbeitsplatz“ und „Freizeit“ sollten daher bei der Formulierung von Empfehlungen zur Umsetzung einer Verhaltensintention stets in ihrer Gesamtheit berücksichtigt werden. Hingegen sind für Personen der präaktionalen Phase insbesondere der familiäre und berufliche Kontext von beeinflussender Bedeutung, sodass hier der Beratungsfokus zur Herausbildung einer Intention liegen sollte.

Werden diese Erkenntnisse den Ergebnissen der Vorstudie – einer Gruppendiskussion mit Fachkräften aus der Ernährungsberatung (Kapitel III, 3.5) – gegenübergestellt, so zeigt sich zum einen, dass den Beratern bislang stadien- bzw. phasenspezifische Interventionen unbekannt gewesen sind. Sie selbst differenzieren in Klientengesprächen nicht zwischen verschiedenen Stadien einer Verhaltensänderung. Darüberhinaus setzen sie den primären Fokus ihrer Beratung auf den Bereich „Haushalt/Familie“. Inhaltlich decken sich größtenteils die für diesen Alltagsbereich angeführten Einflussfaktoren mit den in Abbildung 13 angeführten Nennungen. Der Arbeitsplatz scheint ihnen weniger relevant zu sein und wird daher vermutlich weniger intensiv in Beratungsgesprächen berücksichtigt. Rund die Hälfte der für diesen Alltagsbereich angeführten Einflussfaktoren seitens der Ernährungsfachkräfte stimmt mit den Ergebnissen der Einzelinterviews überein. Der Freizeitbereich ist in den Augen

der Ernährungsberater der Alltagsbereich mit dem geringsten Einfluss auf eine Verhaltensänderung. Hier finden sich zudem die wenigsten Überschneidungen mit den Ergebnissen der Einzelinterviews. Es zeigt sich somit, dass zwischen den erlebten Barrieren und Ressourcen einer Verhaltensänderung seitens der Klienten sowie den Vorstellungen hierüber und der daraus resultierenden Beratungsleistung seitens der Ernährungsfachkraft mitunter Differenzen vorherrschen können. Daher gilt es, die individuelle Kontextbezogenheit geplanter Maßnahmen als wichtige Voraussetzung für die Formulierung ernährungsbezogener Handlungsempfehlungen zu beachten. Nur wenn es gelingt, die für das Individuum wesentlichen Strukturen der Alltagsorganisation bei der Formulierung von Handlungsempfehlungen einzubeziehen, können erlebte Widerstände ausbalanciert und Anreize gestärkt werden, sodass in der Folge auch eine bessere Compliance des Klienten möglich ist. Die in der vorliegenden Untersuchung identifizierten Erkenntnisse und die implizierten phasenspezifischen Ansatzpunkte für die Ernährungsberatung (Kapitel V) sollen dazu anregen, die bisher nur wenig berücksichtigte gesundheitspsychologische Perspektive als einflussreich für das Ernährungsverhalten wahrzunehmen und dementsprechend in Klientengesprächen anzuwenden. Bislang kommen gesundheitspsychologische Ansätze, wie die der Stadienspezifität von Interventionen, nur wenig zum Tragen.

Kritische Würdigung der methodischen Vorgehensweise

Wie in Kapitel III, 2 argumentiert, basiert die vorliegende Arbeit auf einem qualitativen Forschungsansatz, der es ermöglicht hat, die komplexen Zusammenhänge alltäglicher Ernährungshandlungen zwar theoriegeleitet, jedoch offen und unverzerrt empirisch zu erfassen und zu beschreiben. Aus der Perspektive der aufgezeigten Forschungslücke (Kapitel II, 6) hat es sich bewährt, als ersten Erhebungsschritt eine Gruppendiskussion mit Ernährungsberatern durchzuführen, da so realitätsnahe Barrieren und Ressourcen einer ernährungsbezogenen Verhaltensänderung identifiziert werden konnten, die es dann wiederum galt, durch problemzentrierte Einzelinterviews zu überprüfen. Wie oben aufgezeigt, hat diese schrittweise Datenerhebung (1. Gruppendiskussion, 2. Einzelinterviews) zum Teil bestätigende, zum Teil ergänzende Befunde liefern können. Ferner hat der erste Erhebungsschritt dazu beigetragen, eine mögliche Verzerrung bei der Erstellung des Leitfadens für die Einzelinterviews durch selektive Fragensauswahl seitens der Forscherin zu minimieren.

Im Folgenden werden zunächst Datenerhebung und Datenauswertung kritisch diskutiert, am Kapitelende das gewählte Studiendesign.

Neben der mit dem Prinzip der Offenheit verbundenen Stärke, zu neuen Erkenntnissen im Forschungsprozess gelangen zu können, bergen qualitative Herangehensweisen auch methodentypische Schwächen. Interviewsituationen stellen stets einen sozialen Interaktionsprozess dar, bei dem von beiden Partnern gesprächsbeeinflussende Wirkungen ausgehen können (HAMMANN/ERICHSON 1990: 107). Am Anfang der Felderhebung hat die Forscherin über keine soliden Erfahrungen in der Durchführung von Interviews verfügt. Um Störeffekte zu minimieren, haben vor dem ersten Einzelinterview Pretests stattgefunden. Diese haben zum einen die Forscherin in der Durchführung von Interviews geschult, zum anderen konnte der eingesetzte Leitfaden auf Verständlichkeit getestet werden. Zudem muss bedacht werden, dass Interviewte (unbewusst) versuchen, mit ihren Antworten zu gefallen oder ihre Angaben daran orientieren, was in den Augen der Forscherin sozial erwünscht sein könnte (FELSER 2001: 456). Um diese Effekte zu reduzieren, ist während der Feldphase die Anonymität der Datenerhebung betont und Fragen zum Untersuchungsziel sind erst am Ende der Befragung beantwortet worden. Hier wirkt sich auch die Tatsache begünstigend aus, dass der Erzählanreiz die Beschreibung alltäglicher Ernährungshandlungen beinhaltet hat und heikle oder kritische Themen (z. B. Beziehungsprobleme mit dem Partner, gesundheitliche Schwierigkeiten) nur in seltenen Fällen zur Sprache gekommen sind.

Eine weitere Verzerrung könnte in der Erkenntnis begründet sein, dass frei und unbeeinflusst assoziierte Motive für ein Verhalten nur dann vom Befragten angegeben werden können, wenn sie mit relativ hoher Aufmerksamkeit einhergehen. Insbesondere die Tiefenpsychologie geht jedoch davon aus, dass das Verhalten in vielen Fällen von unbewussten Bedürfnissen geleitet wird. Kognitive und emotionale Prozesse, die ohne Aufmerksamkeit ablaufen, sind der betreffenden Person unzulänglich und verändern sich, wenn Aufmerksamkeit – z. B. durch Nachfragen – auf sie gelenkt wird. Daher sind mögliche Gründe, die die Befragungsperson für ein Verhalten angibt, nicht immer solche, die tatsächlich zu dem Verhalten motiviert haben. Dies gilt auch, wenn Personen ganz aufrichtig und ohne Beschönigung eine Auskunft geben wollen (NISBETT/WILSON 1997). Interviewte ordnen ihrem Verhalten auf Nachfragen vernünftige, logisch stringente Motive zu, obwohl diese mitunter nicht maßgebend für ihr Verhalten sind (STARCK 1994: 55f).

GLÄSER und LAUDEL (2004: 143) weisen in diesem Zusammenhang ferner darauf hin, dass die interviewte Person stets darum bemüht ist, eine konsistente Darstellung zu geben, um sich im weiteren Gesprächsverlauf nicht selbst zu widersprechen. Dieser Prozess schließt die retrospektive Rationalisierung mit ein, d. h. es werden aus heutiger Perspektive rationale Motive für früh-

eres Handeln benannt, die der Befragte zum damaligen Zeitpunkt vielleicht aus spontanen oder ungewöhnlichen Gründen tat. Dies ist ein unterbewusster Vorgang, auf den das Erhebungspersonal kaum Einfluss nehmen kann. Die Forscherin hat versucht, durch Rückfragen zum Gesagten, Widersprüchlichkeiten verstehend zu klären und dadurch realitätsnahe Antworten zu erhalten.

Auch wenn die gewählte Datenerhebungsmethode methodische Nachteile nach sich ziehen kann, ist die Forscherin – wie oben beschrieben – bestrebt gewesen, diese so minimal wie möglich zu halten. Das beinhaltet auch, dass die zentralen Prinzipien eines qualitativen Forschungsansatzes (GLÄSER/LAUDEL 2004: 27-33) berücksichtigt und wie in Kapitel III, 2 erläutert, in der aktuellen Arbeit umgesetzt worden sind.

Um zu gültigen und verlässlichen Interpretationen bei der inhaltsanalytischen Datenauswertung zu gelangen, ist – wie in Kapitel III, 4.5 beschrieben – vorgegangen worden. Durch eine transparente Darstellung des Prozesses der Datenanalyse und -interpretation sollten die gewonnenen Befunde nachvollziehbar gemacht werden. Trotz der sorgfältigen, nach Objektivität bemühten inhaltsanalytischen Vorgehensweise seitens der Forscherin, sind subjektive Einflüsse kaum auszuschließen. Um methodische Analyse- und Interpretationsfehlerquellen zu minimieren, sind allgemeine (klassische/konventionelle) sowie spezifische Gütekriterien und Qualitätssicherungsmaßnahmen qualitativer Inhaltsanalysen erstellt worden (MAYRING 2008: 111ff; LAMNEK 2005: 146ff).

Den klassischen Gütekriterien „Reliabilität“ (Zuverlässigkeit: Stabilität und Genauigkeit) und „Validität“ (Gültigkeit: Vertrauenswürdigkeit der Ergebniserzeugung)¹⁰⁴ einer Inhaltsanalyse ist in der vorliegenden Arbeit wie folgt Rechnung getragen worden¹⁰⁵: Eine hohe Reliabilität kann erreicht werden, wenn Stabilität, Reproduzierbarkeit und Exaktheit der Datenauswertung sichergestellt werden können (MAYER 2008: 56; MAYRING 2008: 112, 115). Im Sinne einer soliden Stabilität hat die Forscherin das Analyseinstrument (Kodierleitfaden) nach einem ersten Durchlauf mit einem Abstand von einigen Wochen noch einmal auf das Material überprüft. Im Vergleich konnte eine hohe inhaltliche Übereinstimmung festgestellt werden. Differenzen sind erneut kritisch analysiert worden und schließlich in eine optimierte Version der Kategorienkonstruktion eingeflossen. Zudem hat die Forscherin darauf geachtet, dass bei

¹⁰⁴ Reliabilität ist die Voraussetzung für Validität (MAYRING 2008: 110).

¹⁰⁵ Das dritte konventionelle Gütekriterium der Objektivität fokussiert sich in der qualitativen Forschung auf die Auswertungs- und Interpretationsobjektivität (Intersubjektivität) und wird als ein schwächeres Kriterium wahrgenommen als Reliabilität und Validität. Demnach wird Objektivität nicht als ein separates Gütekriterium qualitativer Inhaltsanalysen herangezogen (BORTZ/DÖRING 2006: 302; LAMNEK 2005: 175; DIEKMANN 2004: 217).

dem sich anschließenden Kodierungsprozess vor der Durchführung eines jeden Analyseschritts stets der vorherige kritisch hinterfragt und ggf. korrigiert worden ist: Prüfung der vorgenommenen Kodierung vor dem Paraphrasieren, aufmerksame Kontrolle der gebildeten Paraphrase vor dem Generalisieren und Reduzieren. Durch diese mehrfach geprüfte Vorgehensweise konnten Unstimmigkeiten behoben und schließlich das Kriterium der Exaktheit erhöht werden.

Um eine angemessene Validität der inhaltsanalytischen Ergebnisse zu erzielen, empfiehlt MAYRING (2008: 111f.) in Anlehnung an KRIPPENDORFF (1980: 158) eine material-, ergebnis- sowie prozessorientierte Gültigkeitsprüfung. Materialorientierung bezieht sich dabei auf die Forderung nach der Richtigkeit der Bedeutungskonstruktion des analysierten Materials. Diese spiegelt sich wiederum in einer inhaltlich korrekten Definition der gebildeten Kategorien (Definitionen, Ankerbeispiele, Kodierregeln) wider. Wie beschrieben, ist die Forscherin dieser semantischen Validität durch mehrfache „Gegenchecks“ nachgegangen: Sammlung aller Fundstellen, Vergleich der Textstellen mit der Kategorie, Überprüfung der Homogenität innerhalb einer Kategorie. Der Forderung nach Ergebnisorientierung ist mit der korrelativen Gültigkeit Rechnung getragen worden: So sind in der Arbeit gewonnene Forschungsergebnisse ausführlich mit Resultaten anderer Untersuchungen diskutiert worden. Hierbei sind einerseits externe Ergebnisse mit ähnlicher Fragestellung oder ähnlichem Untersuchungsgegenstand sowie andererseits externe Ergebnisse, die durch eine andere Methodenwahl entstanden sind, herangezogen worden (Kapitel IV, 2).

Darüber hinaus sind im Rahmen der vorliegenden Arbeit folgende spezifische Instrumente der Qualitätssicherung inhaltsanalytischer Verfahren angewandt worden (MAYRING 2009; LAMNEK 2005: 145ff; FLICK 1995: 244, 252):

- Transparenz durch Verfahrensdokumentation (Offenlegung der Erhebungs- und Auswertungsschritte, methodische Kontrollierbarkeit, Nachvollziehbarkeit von Durchführung und Auswertung der Datenerhebung),
- argumentative Begründung der Interpretation (schlüssige Ergebnisdiskussion, bei der auch nach Alternativdeutungen gesucht worden ist),
- Flexibilität (Kombination deduktiver und induktiver Vorgehensweise),
- Regelgeleitetheit (trotz Offenheit der Forscherin systematisches Vorgehen bei der Bearbeitung des Datenmaterials, z. B. Kategoriensystem),
- Nähe zum Gegenstand (Befragung knüpft an Alltagswelt der Interviewten an, angemessene Interessenübereinstimmung zwischen Interviewer und Befragten durch offenes, gleichberechtigtes Gesprächsverhältnis).

Für nähere Ausführungen zu den an dieser Stelle nur aufgezählt angewandten Qualitätssicherungsmaßnahmen sei auch auf die entsprechenden Darstellun-

gen bei der Begründung des qualitativen Methodenansatzes (Kapitel III, 2), in den Methodenteilen der Vor- und Hauptstudie (Kapitel III, 3.1 sowie Kapitel III, 4.1) sowie in der Ergebnisdiskussion (Kapitel IV, 2) verwiesen.

Abschließend soll das gewählte querschnittliche Studiendesign kritisch gewürdigt werden. Bei der Entscheidung für eine Querschnitt-Analyse hat sich die Forscherin an LIPPKE und RENNEBERG (2006b: 53) orientiert, die sich aufgrund vorliegender Studienergebnisse für die Möglichkeit eines solchen Untersuchungsdesigns aussprechen. Hierbei vertreten sie die Annahme, dass erstens eine Person über die Zeit von einem Stadium in das nächste wechselt und zweitens diese Person in jedem Stadium typische Merkmale dieser Stadien aufweist. Eine Betrachtung von Personen in den einzelnen Stadien entspricht damit der Betrachtung von Personen an unterschiedlichen Punkten im Prozess einer Gesundheitsverhaltensänderung.

Einschränkend bei der Datenauswertung eines querschnittlichen Studiendesigns bleibt anzumerken, dass es sich um eine zeitgleiche Erhebung individueller Einflussfaktoren des Ernährungsalltags handelt, sodass keine Rückschlüsse auf intraindividuelle Veränderungen und Kausalitäten zugelassen werden können (WYDLER/KOLIP/ABEL 2006: 71; SUTTON 2000). Derartige Aussagen hätten nur mit einer Längsschnitt-Untersuchung getroffen werden können. Es erscheint jedoch möglich, typisches Ernährungshandeln innerhalb eines Stadiums abzubilden, wird die Grundannahme von Stadienmodellen berücksichtigt. Diese besagt, dass sich Personen desselben Stadiums in ihren Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen stark ähneln, während sich Personen aus unterschiedlichen Stadien wiederum in diesen unterscheiden (WEINSTEIN/ROTHMAN/SUTTON 1998: 291f). Aus ressourcenabwägender Sicht hat sich nach Auffassung der Forscherin die gewählte querschnittliche Betrachtung im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten der vorliegenden Arbeit bewährt. Eine Längsschnittstudie hätte bedeutet:

- sehr hoher Zeitaufwand,
- höherer Stichprobenumfang aufgrund zu erwartender Drop-Out-Rate im Zeitverlauf bei zugleich noch schwierigerer Probandenrekrutierung, da neben den Auswahlkriterien „erhöhte Cholesterinwerte“ und „Berufstätigkeit“ sich ein höherer Befragungsaufwand für den Einzelnen ergibt,
- Notwendigkeit einer stadienspezifischen Intervention und
- höherer finanzieller Aufwand.

Trotzdem regt die Autorin u. a. an, in einer quantitativ, idealerweise längsschnittlich angelegten Folgeuntersuchung die identifizierten Befunde zu überprüfen (Kapitel V).

V EMPFEHLUNGEN FÜR EINE PHASENSPEZIFISCHE ERNÄHRUNGSBERATUNG UND FORSCHUNGSPERSPEKTIVEN

Stadienmodelle gehen von der Annahme aus, dass sich Personen einer Phase in Gedanken, Gefühlen und Verhalten stark ähneln und sich wiederum Personen unterschiedlicher Phasen in diesen stark unterscheiden (Kapitel II, 3.3). Wird diese Grundannahme als hinreichend bewiesen angenommen, sollten in der Konsequenz Empfehlungen zur ernährungsbezogenen Verhaltensmodifikation ebenso phasenpassend formuliert werden, um Personen auf ihrem Weg zum Zielverhalten optimal unterstützen zu können. Aus den ausführlich diskutierten Ergebnissen (Kapitel IV, 2) sind im vorangestellten Kapitel phasenspezifische sowie phasenübergreifende Handlungspotentiale und -barrieren einer Ernährungsverhaltensänderung zusammenfassend dargestellt worden (Abb. 13). Auf Basis dieser sind die unten angeführten Empfehlungen entwickelt worden.

Drei übergreifende Aspekte sollen einleitend dargestellt werden:

- Es wäre ein falscher Rückschluss, die von Aktiven genannten Ressourcen automatisch in ihrer Umkehrung als Barrieren von Nicht-Aktiven anzusehen. Vielmehr erscheint es nötig, die je nach Phasenzugehörigkeit als fördernd oder hemmend wahrgenommenen Einflussfaktoren einer ernährungsbezogenen Verhaltensumstellung zu erfassen und explizit in die individuelle Beratung einzubeziehen, um schlussendlich eine Verhaltensintention, -aufnahme oder -aufrechterhaltung erzielen zu können. Aufgrund der gewonnenen Befunde sollte daher in der Ernährungsberatung festgestellt werden, in welcher Phase sich der Klient befindet, d. h., ob er schon eine fettbewusste Ernährungsweise intendiert (oder noch nicht) oder, ob er bereits dabei ist, eine solche umzusetzen. Im Sinne einer ressourcensparenden, effizienten Ernährungsförderung sollten daraufhin je nach Phasenzugehörigkeit des Klienten nur die Verhaltensmaßnahmen angesprochen werden, von denen angenommen wird, dass sie in der jeweils aktuell befindlichen Phase relevant sind.
- Unter der Annahme, dass sich Personen in unterschiedlichen Phasen ihres Wegs zum Zielverhalten befinden, können (und sollten) Erfolge von Gesundheitsförderungsmaßnahmen auch dann verzeichnet werden, wenn Menschen einen Stadienwechsel bewältigen, sich z. B. ihres ungünstigen Ernährungsverhaltens bewusst werden oder sich vornehmen, dieses zu ändern. Die Beratung sollte daher auf dynamische, qualitativ unterschiedliche Entwicklungsschritte abzielen und weniger auf das Alles-oder-Nichts-Prinzip gerichtet sein (LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 55; KRISTAL et al. 1999). Klienten sollte vermittelt werden, dass auch die

Wiederaufnahme des gewünschten Verhaltens nach „Ausrutschen“ ein wichtiges Ziel ist, für das es sich lohnt, spezifische Kompetenzen aufzubauen.

- Interventionen für Personen der präaktionalen Phase sollten generell auf Motivation und Planung, für aktionale Personen auf die Realisierung und Aufrechterhaltung des Zielverhaltens fokussiert sein. Diese allgemeine Forderung dynamischer Stadienmodelle wurde in bisherigen stadienspezifischen Interventionsstudien hinsichtlich Änderungen in der Ausprägung sozial-kognitiver Variablen sowie der Ausübung des Zielverhaltens untersucht und bestätigt. Stadienpassende Interventionen sind demnach effektiver als stadienunspezifische Standardmaßnahmen (z. B. FLEIG et al. 2010; DOHNKE et al. 2007; LIPPKE/KALUSCHE 2007: 187; NOAR/BENAC/HARRIS 2007; VERHEIJDEN et al. 2004; VEEN VAN DER et al. 2002).

Wie kann eine Stadienklassifikation in der Ernährungsberatung erfolgen?

Auf Grundlage der allgemeinen Stadienbeschreibungen aus Kapitel II, 3.4 und dem daraus in Anlehnung an andere empirische Befunde zur Stadiendiagnostik (LIPPKE/SNIEHOTTA 2003; FUCHS 2001) abgeleiteten spezifischen Stadienalgorithmus der vorliegenden Arbeit (Abb. 12), könnten Ansatzpunkte für eine stadienspezifische Klassifizierung in Form eines standardisierten Fragebogens erforscht werden. Der Fragebogen könnte in der Ernährungsberatung dem Klienten vorgelegt werden, sodass er sich selbst dem Stadium zuordnet, welches sein Verhalten am besten beschreibt.

Nach Ansicht der Autorin ist jedoch eine unverzerrtere, realistischere Kategorisierung zu erwarten, wenn eine Stadienklassifikation durch die Beratungsfachkraft auf Grundlage einer vorherigen detaillierten Beschreibung der Ernährungssituation durch den Klienten erfolgt. Bei der Stadienerfassung in Form eines Fragebogens könnte eine – wie auch in der vorliegenden Erhebung häufig konstatierte – Über- bzw. Fehleinschätzung hinsichtlich der eigenen Ernährungsweise dazu führen, dass ein vermeintlich höheres Stadium diagnostiziert wird. Andere empirische Befunde legen nahe, dass Selbstberichte stets mit Validitätsproblemen verbunden sind (FLEIG et al. 2010; PRINCE et al. 2008). Möglicherweise ist die methodische Herangehensweise (mündlich vs. schriftlich) darüber hinaus vom angestrebten Zielverhalten und davon, wie gut sich dieses operationalisieren lässt, abhängig.

Nachfolgend werden aus den phasengeleiteten Befunden der aktuellen Arbeit (Abb. 13) abgeleitete Empfehlungen für die Beratungspraxis ausgesprochen, die zunächst für die präaktionale Phase, danach für die aktionale Phase über-

sichtlich dargestellt sind. Im Anschluss werden Empfehlungen zur Förderung einer Ernährungsverhaltensänderung formuliert, die phasenübergreifend gültig sind.

Empfehlungen zur Förderung einer Ernährungsverhaltensumstellung für Personen mit Fettstoffwechselstörung in der präaktionalen Phase:

- Ausgangsbasis der Beratung sollte eine sehr detaillierte retrospektive Beschreibung der momentanen Ernährungssituation sein, bei der generalisierte Aussagen oder Unstimmigkeiten hinterfragt und konkrete Verzehrsmomente beschrieben werden. Diese Herangehensweise stellt kein Novum dar – vielmehr erscheint die Kenntnis wichtig, dass (insbesondere männliche) Personen der präaktionalen Phase ihre eigene Ernährungsweise mitunter überschätzen und ihren Fettkonsum zu positiv einstufen. Die verzerrte, zu optimistische Wahrnehmung der individuellen Esssituation kann wiederum die Ausbildung einer Intention zur Verhaltensänderung behindern.
- Aufbauend auf dem bisherigen Wissensstand des Klienten sollten Erklärungen über Wechselwirkungen zwischen der vorhandenen Fettstoffwechselstörung und den individuellen Möglichkeiten der Einflussnahme durch Ernährungsmaßnahmen erfolgen, um damit den persönlichen Nutzen einer Verhaltensänderung hervorzuheben. Mit zunehmender Fähigkeit, Zusammenhänge herstellen zu können, verstärken sich Selbstwirksamkeits- und positive Handlungsergebniserwartung, sodass die Wahrscheinlichkeit zur Bildung einer Verhaltensintention erhöht wird. Auch wenn die Bereitstellung von Informationen als eine Voraussetzung für den Aufbau eines gesundheitsförderlichen Verhaltens gilt, müssen die vermittelten Botschaften spezifische Handlungsstrategien beinhalten, da kognitive Inhalte alleine keine hinreichende Bedingung für Verhaltensänderungen sind.
- Inaktiven Klienten sollte die Erwartung vermittelt werden, dass eine Ernährungsverhaltensänderung nicht mit einem Geschmacksverlust verbunden ist. Anknüpfend an die Funktionen des Essens, die für die Ernährungsversorgung handlungsleitend sind, sollten fettbewusste Speisen zu Wohlbefinden und Genuss beitragen. Die Verdeutlichung, dass auf beliebte Lebensmittel oder bisherige Ernährungsgewohnheiten nicht komplett verzichtet werden muss, hilft, erlebte Barrieren einer Ernährungsumstellung abzubauen und die Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen.
- Für die Beratung ist es unabdingbar, die im Haushalt lebenden Familienmitglieder und deren Geschmacksvorlieben und Ernährungsgewohn-

heiten mit einzubeziehen. Wird festgestellt, dass diese im Widerspruch zum gewünschten Zielverhalten des Klienten stehen, ist es von Bedeutung, den Umgang mit dieser Dissonanz zu thematisieren und den Klienten trotz abweichender Lebensmittel- und Speisenwünsche des Partners und/oder des Kindes darin zu bestärken, die eigenen ernährungsbezogenen Wünsche und Vorstellungen aufrechtzuerhalten. Hier müssen innerfamiliäre Absprachen getroffen und Wege diskutiert werden, wie die voneinander abweichenden Lebensmittel- und/oder Speisenwünsche so berücksichtigt werden können, dass alle Haushaltsmitglieder mit der Ernährungssituation zufrieden sind und diese alltagspraktikabel ist. Gelingt dies, so kann eine größere Motivation zur Ernährungsverhaltensänderung erzielt werden.

- Das Erfassen familiärer Verpflichtungen scheint vor dem Hintergrund der nur begrenzt zur Verfügung stehenden disponiblen Zeit bedeutsam zu sein: Das Organisieren und Realisieren familiärer Abläufe steht in Konkurrenz mit der Intention(-sbildung), bisherige Ernährungsgewohnheiten umzustellen. Das Setzen von Prioritäten zur Nutzung der knappen Ressource „Zeit“ erscheint für präaktionale Personen, insbesondere für Frauen, zur Koordination vorhandener sowie zur Begrenzung weiterer Anforderungen enorm wichtig. Das gemeinsame Entwickeln von Bewältigungsstrategien verbunden mit dem Aufstellen konkreter Handlungspläne ist für Klienten hilfreich, die bereits eine Intention gebildet haben, um die Aufnahme des Zielverhaltens zu unterstützen.
- Ernährungsziele müssen nicht nur mit familiären Zielen der Alltagsorganisation, sondern zugleich mit beruflichen Zielen in Einklang gebracht werden. Daher sollte die Arbeitssituation (Arbeitsablauf, Arbeitsbelastung) des Klienten berücksichtigt werden. Insbesondere präkontemplative Personen fühlen sich dienstlich stark belastet und haben ungeregelte Arbeitsabläufe. Für die Beratungspraxis bedeutet dies, dass zunächst berufliche Belange koordiniert werden müssen, ehe die zusätzliche Anforderung einer Ernährungsumstellung angegangen werden kann. Es sollten zudem wahrgenommene Konflikte bei der Ausbalancierung familiärer und beruflicher Wunschvorstellungen einerseits und den gegebenen Möglichkeiten andererseits erfragt werden, um daraus Kompetenzen zur Belastungsbewältigung entwickeln zu können. Gelingt es dem präkontemplativen Klienten, berufliche und familiäre Anforderungen erfolgreich zu koordinieren, wird er eher darüber nachdenken bzw. sich eher in der Lage sehen, eine gesundheitsbezogene Verhaltensänderung initiieren zu können; Selbstwirksamkeits- und positive Handlungsergebniserwartung sind gesteigert. Für bereits intendierte Klienten sollte

die betriebliche Mahlzeitenplanung (was, wo, mit wem) im Fokus stehen. Hierbei sollten Wege aufgezeigt werden, wie sie die Verpflegung einerseits individuell nach ihren Wünschen und andererseits entsprechend den Versorgungsgegebenheiten am Arbeitsplatz gestalten können.

- Zeitmangel und Stress am Arbeitsplatz können das betriebliche Ernährungsverhalten – jedoch auch die häusliche Verpflegung nach Dienstschluss – ungünstig beeinflussen. Präaktionale Personen empfinden sowohl am Arbeitsplatz als auch im Haushalt einen Mangel an der Resource „Zeit“. In der Beratung ist es daher wichtig, neben familiären Stressoren ebenso betriebliche Stressoren explizit zu erfassen, um gemeinsam Bewältigungsstrategien zum Stressabbau entwickeln zu können. Ziel sollte es sein, derartige Situationen am Arbeitsplatz bewusst wahrzunehmen und Möglichkeiten der Kompensation anzuwenden, bei denen keine unkontrollierte, nicht-fettbewusste Nahrungsaufnahme erfolgt. Für Intender kann das Formulieren konkreter Wenn-Dann-Pläne hilfreiche Orientierung bieten, um das neu aufgenommene Zielverhalten gegen mögliche situative „Ausreißer“ stabilisieren zu können.
- Eine flexible Arbeitszeitregelung scheint die Intentionsbildung zur Ernährungsverhaltensumstellung insbesondere dann limitieren zu können, wenn gleichzeitig ein wenig vorhersehbarer Arbeitsablauf gegeben ist. Sie stellt erhöhte Anforderungen an die zeitliche Koordination zu bewältigender Tätigkeiten dar. Möglicherweise brauchen präkontemplative Klienten mehr Stabilität, um bei den sich täglich ändernden Arbeitsbelastungen eine Orientierung für die Ernährungsorganisation erlangen zu können. In der Beratung sollte daher zunächst versucht werden, trotz ungünstiger Rahmenbedingungen regelmäßige und von externen Einflüssen weitgehend unabhängige Arbeits- und Mahlzeitenrhythmen einzuführen. Im Nachgang können gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen thematisiert werden.
- Bei Intendern erscheint es sinnvoll, sozial angenehme Momente der gemeinsamen Mahlzeitaufnahme mit Freunden oder Bekannten aktiv zu reflektieren, um individuelle Barrieren (z. B. zu große Portionen, unkontrolliertes Essen fettreicher Speisen) bei der Umsetzung des ernährungsbezogenen Zielverhaltens identifizieren und mit Hilfe konkreter Wenn-Dann-Pläne abbauen zu können. Hierbei ist selbstverständlich zu berücksichtigen, dass Mahlzeiten weitreichendere Funktionen haben, die über die reine Nahrungsaufnahme hinausgehen. Jene gemeinschaftlichen Mahlzeiten stellen wesentliche sozial-kommunikative Ereignisse dar, in denen emotionale Aspekte vordergründig und nicht zu vernachlässigen sind.

- Es lässt sich vermuten, dass Personen entweder relativ zeitnah zur Diagnosestellung „gestörter Fettstoffwechsel“ ihr bisheriges Ernährungsverhalten modifizieren, oder aber sich dafür nicht motivieren können und in gewohnten Ernährungsmustern verharren. Daher sollten Klienten möglichst zeitnah zum Bekanntwerden ihrer erhöhten Cholesterinwerte zu einer ernährungsbezogenen Verhaltensumstellung motivierend unterstützt werden. Umso mehr inaktive Zeit verstreicht, desto stärker sinkt die persönliche Vulnerabilität, sodass die Wahrscheinlichkeit zur Ausbildung einer Verhaltensintention ebenso im Zeitverlauf sinkt.

Empfehlungen zur Förderung einer Ernährungsverhaltensumstellung für Personen mit Fettstoffwechselstörung in der aktionalen Phase:

- Auch wenn die Haushaltsgröße allein eine Ernährungsverhaltensänderung nicht beeinflussen vermag, so gelingt es doch Singles und kinderlosen Personen leichter, ihre Ernährung umzustellen, weil sie nur auf ihre eigenen Wünsche einzugehen haben. In Zwei- oder Mehr-Personenhaushalten müssen zunächst Absprachen getroffen und die Ernährungswünsche und -vorstellungen aller Haushaltsmitglieder berücksichtigt werden. Bedeutender als die Haushaltsgröße scheint das Potential des familiären Umgangs mit divergierenden Ernährungswünschen und das des sozialen Rückhalts für eine Verhaltensänderung zu sein (siehe weiter unten).
- Für Personen der aktionalen Phase stellen ein wiederkehrend ähnlicher Tagesablauf sowie die Planung der Mahlzeitengestaltung wichtige Ressourcen bei der Umsetzung einer Ernährungsverhaltensänderung dar. Hat sich ein Klient dazu entschlossen, ungünstige Ernährungsweisen zu modifizieren, sollte zunächst die tägliche Alltagsorganisation erfasst werden. Ist diese überwiegend unregelmäßig und wenig planbar, sollte diskutiert werden, in welchen Punkten sie besser routiniert werden kann. Im zweiten Schritt sollte die Mahlzeitenplanung (was, wie zubereitet, mit wem) im Fokus stehen. Konkrete Handlungs- und Bewältigungspläne zur Koordination alltäglicher Routinen einschließlich der Ernährungsversorgung können bei der Initiative und Aufrechterhaltung des Zielverhaltens helfen.
- Aktive Personen sind wissbegierig. Sie empfinden die Vermittlung neuer Kenntnisse zum Zusammenhang zwischen Ernährung und deren Einfluss auf den individuellen Gesundheits-/Krankheitszustand förderlich für die Umsetzung einer intendierten Ernährungsverhaltens. Hierbei ist es jedoch wichtig, zum einen an bereits vorhandenes Wissen anzuknüpfen und zum anderen theoretische Ernährungsempfehlungen stets

mit praktischen Handlungskompetenzen zu kombinieren. In der Folge erhöhen sich Selbstwirksamkeits- sowie positive Handlungsergebniserwartung¹⁰⁶, sodass die Wahrscheinlichkeit zur Durchführung des Zielverhaltens steigt. Bei aller Notwendigkeit eines aufgeklärten Klienten sollte berücksichtigt bleiben, dass ein erzieltes verbessertes Wissen beim Rezipienten das tatsächliche Verhalten nur geringfügig zu beeinflussen scheint.

- Klienten der aktionalen Phase sollten darin bestärkt werden, auch bei familiär divergierenden Speisenvorlieben das angestrebte, fettbewusste Ernährungsverhalten anzugehen und beizubehalten. Es sollte verdeutlicht werden, dass für Partner und/oder Kind(er) keine ernährungsbezogene Verhaltensmodifikation nötig ist, wenn diese das nicht möchten. So kann die Mahlzeitenzubereitung beispielsweise ab einem bestimmten Zeitpunkt separat fortgeführt werden, sodass die Ernährungswünsche aller Haushaltsmitglieder berücksichtigt werden können. Wird das Zielverhalten durch die Familie unterstützt und erfährt der Klient Befürwortung und Anerkennung, wird es ihm infolge größerer Selbstwirksamkeitserwartung leichter fallen, die Verhaltensänderung zu beginnen und zu stabilisieren.
- Trotz hoher Motivation können emotionale Situationen im privaten Bereich (z. B. Freude, Ärger, Frust) Abweichungen vom ernährungsbezogenen Zielverhalten bewirken. Daher erscheint es bedeutsam, während eines Beratungsgesprächs derartige Momente gezielt zu erfragen und intensiv zu berücksichtigen. Wichtig ist, dass der Klient zum Zeitpunkt der emotionalen Situation diese aktiv wahrnimmt und mit Hilfe vermittelter Handlungskompetenzen bewusst (kontrolliert) reagieren kann (z. B. begrenzte Lagerung von Naschwaren zu Hause oder das Abfüllen kleiner Snack-Mengen). Ferner kann das Erlernen von Strategien zur Emotionsregulation hilfreich sein, um so in der entsprechenden Situation reflexartige oder impulsive Ernährungsreaktion umgehen zu können. Anzu merken bleibt, dass Disziplinierung nur bis zu einem gewissen Grad dazu beitragen kann, sich gesundheitsbewusst zu verhalten.
- Die betriebliche Mahlzeitenplanung scheint eine Ressource für die Aufnahme und Stabilisierung einer Ernährungsänderung am Arbeitsplatz zu sein. Im Beratungsgespräch sollte diskutiert werden, wie die Verpflegung entsprechend des intendierten Zielverhaltens sowie den Versorgungs-

¹⁰⁶ Der Autorin ist bewusst, dass sich laut dem sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns Handlungsergebniserwartung nur auf die Intentionsbildung auswirkt. In der vorliegenden Untersuchung haben jedoch Personen aus der aktionalen Phase von der Ressource „positive Handlungsergebniserwartung“ berichtet, sodass dies an dieser Stelle angeführt werden soll.

gegebenheiten am Arbeitsplatz gestaltet werden können (Verzehrangebote; küchentechnische Ausstattung; Zusammenstellen von Mahlzeiten in Betriebskantinen nach Auswahl einzelner Komponenten anstelle fertiger, mitunter fettreicher Menüs).

- Gemeinsame Mahlzeiten mit Arbeitskollegen oder Geschäftspartnern können die Umsetzung einer fettbewussten Ernährung behindern, wenn die Speisenauswahl nur eingeschränkt möglich ist. Aus verpflichtenden Gründen oder zur Konfliktmeidung kann es in solchen Fällen zu Abweichungen des Zielverhaltens kommen. Es erscheint daher sinnvoll, im Beratungsgespräch explizit nach derartigen beruflichen Verzehrmomenten sowie kollegialen Äußerungen zur Ernährungsweise des Klienten zu fragen. Wenn nötig, kann dieser durch entsprechende Reaktions- und Argumentationsmöglichkeiten auf kritische Äußerungen vorbereitet werden.
- Nicht nur im familiären Bereich, auch im Freundes- und Bekanntenkreis erscheint es sinnvoll, gemeinsame, emotional angenehme Verzehr-momente bewusst wahrzunehmen, um individuelle Barrieren (z. B. zu große Portionen, unkontrolliertes Essen fettreicher Speisen) bei der Umsetzung des ernährungsbezogenen Zielverhaltens identifizieren und ggf. durch das Erlernen spezifischer Bewältigungskompetenzen abbauen zu können. Auch an dieser Stelle sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Funktion von Mahlzeiten über die der Nahrungsaufnahme hinausgeht und selbstverständlich nicht alle emotionalen Verzehr-momente kontrolliert werden sollen und können. Vielmehr geht es darum, unbewusste Essmomente aktiv zu reflektieren, um gewünscht reagieren zu können.
- Neben Familienmitgliedern stellen auch Freunde wichtige Bezugspersonen dar, mit denen Ernährungsthemen und -ratschläge diskutiert werden. Deshalb empfiehlt es sich, deren Meinungen, Sichtweisen und Speisenvorlieben zu erfassen sowie in der Beratung zu berücksichtigen. Personen der aktionalen Phase empfinden es unterstützend und zugleich motivierend für ihr ernährungsbezogenes Zielverhalten, wenn Freunde bei gemeinschaftlichen Mahlzeiten auch fettbewusste Speisen anbieten. Im Idealfall ernähren sich Freunde/Bekannte bereits ebenso fettbewusst bzw. können durch den Klienten dafür gewonnen werden. Sozialer Rückhalt von Freunden scheint eine wichtige externale Ressource für eine erfolgreiche Umsetzung einer Ernährungsumstellung zu sein.
- In der Beratung sollte der Außer-Haus-Verzehr (Verzehrsituation, nebenbei ausgeübte Aktivität, Lokalität, Speisenangebot, Häufigkeit der Nut-

zung) nicht unberücksichtigt bleiben. Erlebte Barrieren und Ressourcen einer fettbewussten Ernährungsversorgung im Freizeitbereich (z. B. eingeschränkte Speisenauswahl) sollten explizit erfragt und Handlungsalternativen diskutiert werden. So kann es hilfreich sein, eine wunschgemäße „Verpflegungsalternative“ bei sich zu haben, um im Fall eines unpassenden Angebots darauf zurückgreifen zu können. Es zeigt sich abermals, dass die ernährungsbezogene Planungsbereitschaft in der aktionalen Phase eine Ressource für die Umsetzung des Zielverhaltens darstellt.

- Die Angabe von Nährstoffgehalten und/oder verwendeter Zutaten angebotener Speisen des Außer-Haus-Verzehrs bietet eine hilfreiche Orientierung für intendierte Personen, die noch Schwierigkeiten beim korrekten Einschätzen von Fettquantität und -qualität zubereiteter Mahlzeiten haben. Ernährungsschulungen unter Einbezug der seitens des Klienten häufig genutzten Außer-Haus-Verzehrangebote können eine wesentliche Grundlage bilden, die Zusammensetzung fertiger Speisen besser beurteilen und damit das Zielverhalten sicherer ausführen zu können.
- Die Einnahme cholesterinsenkender Medikamente scheint die Wahrnehmung der Schwere erhöhter Cholesterinwerte und das gesundheitliche Ausmaß der Fettstoffwechselstörung zu verdeutlichen. Für Personen der aktionalen Phase ist deshalb die Verordnung von Lipidsenkern ein Anlass, die angestrebte Ernährungsverhaltensänderung auch tatsächlich aufzunehmen und beizubehalten. Demnach stellt – neben dem Bekanntwerden der Diagnose – auch der Zeitpunkt der Medikationsverschreibung ein Moment des Handlungsanreizes dar, der als solcher aktiv in der Beratung berücksichtigt werden sollte.

Phasenübergreifende Empfehlungen zur Förderung einer Ernährungsverhaltensumstellung für Personen mit Fettstoffwechselstörung

- Gelingt es im familiären Haushalt nicht, ernährungsbezogene Bedürfnisse, Vorstellungen und Wünsche aller Haushaltsmitglieder miteinander zu vereinbaren, wird dies als Barriere einer Verhaltensänderung empfunden. Deshalb sollten familiäre Ernährungswünsche und -gewohnheiten in der Beratung thematisiert werden, sodass bei ggf. divergierenden Geschmacksvorlieben zwischen Klient und Partner und/oder Kind alltagspraktikable Wege erarbeitet werden können, wie es dennoch möglich ist, den familiären Ansprüchen gerecht zu werden. Erfolgreich miteinander verknüpfte Ernährungswünsche der Familie scheinen somit von der Intentionsbildung bis zur Aufrechterhaltung des Zielverhaltens von Relevanz zu sein.

- Situative Essmomente im privaten Haushalt (z. B. Essen aus Langlei- weile, unter Zeitdruck oder neben einer Tätigkeit, wie Fernsehen oder Lesen), im betrieblichen Umfeld (Geschäftssessen, Essen auf Dienst- reisen, Geburtstage, frei zugängliche Verzehrangebote, wie Nasch- schrank) sowie jene im Freizeitbereich (frei zugängliche Verzehr- angebote, All-you-can-eat-Büfett) behindern sowohl die Intentionsbildung als auch die Aufrechterhaltung einer fettbewussten Ernährungsweise. Hier fällt es Personen stadienübergreifend schwer, den Verzehrumfang einzuschränken bzw. sind sie eher gewillt, zu Speisen zu greifen, die sie üblicherweise meiden würden. Derartige besondere Verzehrsituationen (Anlass, Häufigkeit, Art des Verzehrs) sollten daher im Beratungs- gespräch individuell berücksichtigt werden, um daraus Bewältigungs- strategien (Situationen im Vorhinein meiden, z. B. kein Buchen von All- Inclusive-Reisen; Einschränken der Portionsgrößen) ableiten zu können.
- Neben o. g. situativen Essmomenten sollten Klienten zudem emotionale Essmomente am Arbeitsplatz aktiv reflektieren. Es zeigt sich, dass rituali- sierte Verzehrsituationen mit Kollegen (z. B. Kaffee und Kuchen am Nachmittag) stadienunabhängig als Hemmnis empfunden werden, einen fettbewussten Ernährungsstil zu initialisieren oder beizubehalten. Des- halb sollten sich Klienten emotional verknüpften Esssituationen zunächst bewusst werden, um dann gemeinsam im Beratungsgespräch – je nach Häufigkeit derartiger Situationen – ggf. alternative Handlungsmöglich- keiten zu erarbeiten. Die formulierten Strategien sollten dabei keine rigiden Maßnahmen darstellen. Vielmehr ist es wichtig, ein Gleichgewicht zwischen Selbstkontrolle und Entspannung herzustellen.
- Im Berufsleben werden Leistungssteigerung sowie das Arbeiten unter Zeitdruck immer häufiger gefordert. Lange Arbeitszeiten sowie chro- nischer Stress am Arbeitsplatz behindern bei Unmotivierten die Ausbil- dung einer Intention bzw. bei Motivierten die Aufnahme und Aufrechter- haltung einer ernährungsbezogenen Verhaltensmodifikation. Zudem be- steht eine negative Rückkopplung auf die Ernährungssituation im priva- ten Haushalt, da nach Dienstschluss eher auf nicht-fettbewusste Con- venience-Produkte zurückgegriffen wird. Dieser Fakt sollte der Bera- tungsfachkraft bewusst sein, auch wenn hier nur wenig unterstützende Einflussnahme möglich ist.
- Nahrungspräferenzen, Meinungen und Sichtweisen von Freunden ver- mögen die persönliche Ernährungsweise nicht wesentlich beeinflussen zu können. Dennoch sollte in der Beratung das Ernährungshandeln der Freunde erfragt werden, um hier vermutlich vorliegende Parallelen zur Ernährung des Klienten sichtbar machen zu können. Ist es möglich,

neben dem Klienten auch Freunde zu positiven ernährungsbezogenen Änderungen zu bewegen, erscheint dies förderlich für eine erfolgreiche Verhaltensmodifikation.

Abschließend ist zu bedenken, dass Selbstwirksamkeitserwartungen während des gesamten Prozesses einer Ernährungsumstellung von Relevanz sind. Daher sollte in der Beratung – unabhängig von der individuell empfundenen Barriere – dem Klienten die Erwartung vermittelt (präaktional) bzw. er darin bestärkt werden (aktional), in der Lage zu sein, das gewünschte ernährungsbezogene Zielverhalten ausführen zu können. Es sollte verdeutlicht werden, dass es sich lohnt, spezifische Handlungskompetenzen aufzubauen und das Formulieren konkreter Wenn-Dann-Pläne dabei helfen kann, mögliche Verhaltensbarrieren abzubauen und Verhaltensressourcen zu stärken, um das intendierte Verhalten umzusetzen.

Forschungsperspektiven

Anknüpfend an die Ergebnisse der aktuellen Arbeit sind weitererg gehende Forschungsarbeiten nötig, um die Komplexität alltäglichen Ernährungshandelns besser verstehen zu können. Es gilt, die hier gewonnenen Erkenntnisse zu prüfen, zu differenzieren und weiter zu entwickeln. Interessant und aufschlussreich erscheinen der Autorin dabei folgende Fragestellungen bzw. Ansatzpunkte:

- *Sind die gefundenen Erkenntnisse über verschiedene Personengruppen generalisierbar?*

Die Befunde dieser Arbeit gelten für Patienten mit einer Fettstoffwechselstörung. Vertiefend könnten beispielsweise gesunde Menschen oder jene, die eine andere ernährungsmitbedingte Erkrankung (z. B. Diabetes mellitus, Übergewicht, Adipositas) aufweisen, untersucht und miteinander verglichen werden. Möglich wäre darüber hinaus, Personengruppen in verschiedenen gesellschaftlichen und kulturellen Milieus (LEONHÄUSER 2003; LEHMKÜHLER 2002) vergleichend zu den hier gewonnenen Ergebnissen förderlicher und hinderlicher Einflüsse des Ernährungsalltags zu analysieren.

- *Lassen sich die ermittelten stadienspezifischen Befunde zu Barrieren und Ressourcen im Ernährungsalltag auch durch andere (qualitativen oder quantitativen) Erhebungen absichern?*

Die grundsätzliche Abfolge im Forschungsprozess geht von der Qualität zur Quantität (MAYRING 2008: 19). Da individuell als förderlich oder hemmend empfundene Lebens- und Handlungsbedingungen einer Gesund-

heitsverhaltensänderung noch wenig erforscht zu sein scheinen, bietet es sich an, auf Grundlage der hier abgeschlossenen qualitativen Befragung weitere anzuknüpfen und/oder eine quantitative (längsschnittliche) Studie durchzuführen. Diese könnten durch den Einsatz zusätzlicher Erhebungsinstrumente (wie Ernährungsfragebogen, Fragebogen zum Stadienalgorithmus) ergänzt werden und sollten spezifische Auswertungsmethoden beachten (insbesondere die spezifische Prüfung getesteter Einflussfaktoren des Alltags auf Diskontinuitätsmuster; LIPPKE/RENNEBERG 2006b: 53f).

➤ *Existieren stadienspezifische Interventionseffekte von Handlungsbarrieren und -potentialen des Alltags?*

Bislang liegen Interventionsstudien vor, die die Stadienspezifität von sozial-kognitiven Variablen und von Verhaltensänderungen geprüft haben (z. B. FLEIG et al. 2010; DOHNKE et al. 2007; LIPPKE/KALUSCHE 2007: 187; NOAR/BENAC/HARRIS 2007; VERHEIJDEN et al. 2004; VEEN VAN DER et al. 2002). Denkbar wäre eine – bestenfalls längsschnittlich angelegte – Interventionsstudie zum stadienspezifischen Einfluss von Handlungsempfehlungen zur Förderung einer fettbewussten Ernährungsweise, die auf den identifizierten Barrieren und Ressourcen einer alltäglichen Ernährungsversorgung basieren. Zeigt sich hier eine stadienpassende Intervention als effizienter als eine stadienunpassende Standardmaßnahme, könnten klientenzentrierte und ressourcensparende (Zeit, Aufwand, Geld) Gesundheitsförderungsmaßnahmen entwickelt werden.

➤ *Bestehen zwischen Ernährungs- und Bewegungsverhalten Transfer-effekte und – wenn ja – wie können diese im Sinne einer Effektivitätssteigerung gesundheitsbezogener Interventionsmaßnahmen genutzt werden?*

Es konnte gezeigt werden, dass Menschen das Gelernte einer gesundheitsbezogenen Verhaltensweise auch auf andere Gesundheitsverhaltensweisen übertragen und sich diese gegenseitig beeinflussen. Für den Bereich der Gewichtskontrolle liegen Befunde vor, dass eine Intervention, die auf die Ausübung körperlicher Aktivität abzielt, auch positiv auf die Regulation von Aspekten des Essverhaltens wirken kann (FLEIG et al. 2011; JOSEPH et al. 2011; MATA 2010; DUNN et al. 2006; JAKICIC/WING/WINTERS-HART 2002). Da Bewegung generell eine zentrale Rolle bei ernährungsbezogenen Handlungsempfehlungen spielen sollte, wäre interessant zu prüfen, ob die Umsetzung einer Ernährungsverhaltensänderung ebenso positive Effekte auf die körperliche Aktivität ausüben kann. So könnte ein insgesamt verbessertes Wohlbefinden günstig auf

Handlungs- und Selbstwirksamkeitserwartung wirken, was wiederum dazu beiträgt, das angestrebte ernährungsbezogene Zielverhalten (dauerhaft) umzusetzen. Darüberhinaus könnte erforscht werden, ob ggf. ermittelte Zusammenhänge stadienspezifisch ausgeprägt sind.

- *Inwieweit decken sich Vorstellungen von Ernährungsberatern zu Barrieren und Ressourcen im Alltag mit denen von Klienten?*

Die Gesundheitspsychologie bietet Befunde und Modelle, wie eine bessere Erreichbarkeit des Klienten erzielt werden kann. Um diese effizienter ausschöpfen zu können, sollte die Beziehung zwischen Berater und Klient näher analysiert werden. Bislang hat die Evaluation der Ernährungsberatung nicht die ihr angemessene Aufmerksamkeit gefunden (KLOTTER/TRAUTMANN 2009). Daher sollte die Schnittstelle zwischen Ernährungsfachkraft und Klient umfassender als es im Rahmen dieser Arbeit möglich war, beleuchtet werden – insbesondere hinsichtlich vermuteter und tatsächlich erlebter Barrieren und Ressourcen der alltäglichen Ernährungsorganisation, da es hier Differenzen zu geben scheint. Die Ergebnisse könnten als Impuls für die Entwicklung von Handlungsstrategien genutzt werden.

VI ZUSAMMENFASSUNG

Das erkenntnisleitende Forschungsinteresse der vorliegenden Untersuchung gilt einer umfassenden Betrachtung ernährungsbezogenen Handelns im Alltagskontext mit dem Ziel, individuell erlebte fördernde und hemmende Faktoren einer Ernährungsverhaltensmodifikation herauszuarbeiten. Daraus wiederum können Handlungsstrategien zur Förderung einer Verhaltensmodifikation abgeleitet werden. Der Fokus ist dabei einerseits auf eine integrierte Betrachtungsweise von Haushalt, Arbeitsplatz und Freizeit einschließlich ihrer sozialen Interaktionen gerichtet und überwindet damit die bisher überwiegend isolierte Betrachtung einzelner Aspekte zu diesem Thema. Andererseits liegt die Besonderheit dieser Arbeit darin, die Untersuchung des Ernährungshandelns um die gesundheitspsychologische Perspektive zu erweitern, indem Erkenntnisse aus der Erforschung von Stadienmodellen zur Abbildung einer Verhaltensänderung integriert werden. Die vorliegende Arbeit geht von der theoretischen Annahme aus, dass der Prozess einer Gesundheitsverhaltensmodifikation vom Unentschlossenen (Non-Intender) bis zum Aktiven über fünf Stadien verläuft. Die explorative Untersuchung dieses interdisziplinären Forschungsanliegens wird durch die gewählte qualitative Herangehensweise ermöglicht.

Um ein umfassendes Verständnis über relevante Einflussgrößen des Alltags auf eine Ernährungsumstellung identifizieren zu können, hat als Vorstudie eine auf theoretischen Grundlagen gestützte sowie gleichzeitig impulsgebende Gruppendiskussion mit Ernährungsberatern stattgefunden. Für alle drei diskutierten Alltagsbereiche (Haushalt, Arbeitsplatz, Freizeit) konnten folgende Einflussfaktoren einer Ernährungsverhaltensmodifikation identifiziert werden: (1) Essgeschmack und Essgewohnheiten des sozialen Umfelds, (2) Akzeptanz der Ernährungsweise durch das soziale Umfeld, (3) disponible Zeit, (4) emotionale und situative Barrieren (z. B. Ärger, Stress, Feierlichkeiten). Darüber hinaus sind bereichsspezifische Größen genannt worden, zum Beispiel Arbeitsteilung, Haushaltszusammensetzung und -einkommen für den familiären Kontext sowie Arbeitszeiten und Versorgungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz für den beruflichen Kontext. Den Ernährungsberatern ist es nicht möglich gewesen, die identifizierten Einflussgrößen einzelnen Stadien einer Gesundheitsverhaltensänderung zuzuteilen.

Basierend auf den praxisgeleiteten Ergebnissen der Expertendiskussion hat die Forscherin einen halbstrukturierten Gesprächsleitfaden für die sich anschließenden problemzentrierten, face-to-face Einzelinterviews entwickelt. Die Auswahl der Teilnehmer ist nach dem Konzept des Theoretical Samplings erfolgt, wobei die Fälle aufgrund (1) des Bewusstseins erhöhter Cholesterinwerte sowie

(2) der Ausübung einer Erwerbstätigkeit selektiert worden sind. Darüber hinaus ist definiert worden, dass aus jedem der fünf Stadien einer Verhaltensänderung zwei Männer und zwei Frauen befragt werden sollen, sodass insgesamt 20 Interviews in die Untersuchung eingeflossen sind. Die Stadienklassifikation ist durch die Forscherin ex post aufgrund der getätigten Aussagen zum derzeitigen sowie künftigen Fettverzehr erfolgt. Im Sinne der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit ist die Auswertung des transkribierten Materials offen dokumentiert.

Ausgehend vom Alltag der Befragten legen die diskutierten Ergebnisse nahe, dass Handlungsbarrieren und -ressourcen über den gesamten Prozess einer Ernährungsverhaltensänderung wirken und sich diese stadienspezifisch unterscheiden können. Im Sinne einer problemadäquaten, effektiven Gesundheitsförderung kann demnach eine Ernährungsmodifikation gefördert werden, wenn je nach Phasenzugehörigkeit des Individuums passende Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden. So erscheint es z. B. für präaktionale Personen hilfreich, sie in ihren Planungskompetenzen familiärer und beruflicher Tagesabläufe zu unterstützen. Sehen sie sich in der Lage, diese optimal koordinieren zu können, scheint dies förderlich für die Ausbildung einer Intention zur Ernährungsänderung zu sein. Darauf aufbauend können Strategien zur Organisation des Ernährungsalltags aufgezeigt werden, die an die bestehenden strukturellen Handlungsspielräume angepasst sein sollten. Gleichzeitig müssen dabei eigene Ansprüche mit denen der Familienmitglieder bzw. des Partners in Einklang gebracht werden. Aktionale Personen sollten darin bestärkt werden, auch in besonderen Situationen des privaten oder beruflichen (Außer-Haus-)Verzehrs das angestrebte Zielverhalten aufrechtzuerhalten. In der Arbeit werden phasenpassende sowie phasenübergreifende Empfehlungen zur Förderung einer alltagsadäquaten Ernährungsverhaltensumstellung formuliert.

Insgesamt betrachtet implizieren die gewonnenen Erkenntnisse die Forderung, ernährungsbezogene Interventionen stärker als bisher geschehen auf ihre Akteure und deren persönliche Lebens- und Alltagsumstände zu fokussieren und dabei zugleich gesundheitspsychologische Befunde einfließen zu lassen. Aus modelltheoretischer Sicht weisen die Ergebnisse auf den Bedarf hin, verhaltensmodellierende Barrieren und Ressourcen im Hinblick auf ihre Stadienspezifik künftig intensiver zu erforschen.

Um die Komplexität alltäglicher Einflussfaktoren auf den Prozess einer Ernährungsverhaltensmodifikation noch besser verstehen zu können, werden am Ende der Arbeit Empfehlungen für perspektivische Forschungsfragestellungen aufgezeigt.

VII SUMMARY

The research interests of the study at hand are focused on a comprehensive review of nutritional activities in the day-to-day life context, with the objective to determine promoting and inhibiting factors of a change in nutritional behaviour that are experienced individually. From this, action strategies for promoting a behaviour modification can be derived. On the one hand, the focus in this is directed towards an integrated review of household, work place and leisure time, including their social interactions. It thereby conquers the to date primarily isolated review of individual aspects regarding this topic. On the other hand, this work is special in that the inspection of the nutritional activities is expanded by the health psychology perspective by integrating insights from the research of phase models for mapping a behavioural change. The following work is based on the theoretical assumption that the process of health behaviour modification from a non-intender to becoming an active one transitions through five phases. The explorative investigation of this interdisciplinary research is made possible by select qualitative approaches.

To be able to identify a comprehensive understanding regarding relevant day-to-day impacts on a change in nutrition, a group discussion with practicing nutritionists took place, in a first step, which was based on theoretical basics as well as providing impulses. For all of the three areas of day-to-day life discussed (household, work place, leisure time), the following factors influencing a change in nutrition were identified: (1) taste of food and eating habits in the social environment, (2) acceptance of eating habits by the social environment, (3) available time, (4) emotional and situational barriers (e. g. anger, stress, festivities). Furthermore, area-specific factors are identified, for instance division of labour, household composition and income for the family context, as well as working hours and supply options at the workplace for the work context. It was not possible for the nutritionists to assign the influence factors identified to individual phases of a change in nutritional behaviour.

Based on the practice-guided results of the expert discussion, the researcher developed a semi-structured discussion guide for the following problem-centred face-to-face individual interviews. The selection of the participants took place based on the concept of theoretical sampling, wherein cases were selected due to (1) their awareness of elevated cholesterol levels as well as (2) being gainfully employed. It was furthermore defined that two men and two women should be interviewed from each of the five phases of a change in behaviour so that a total of 20 interviews were included in the study. The phase classification

was performed by the researcher ex post based on the statements made regarding current as well as future fat consumption. In the spirit of intersubjective comprehensibility, the analysis of the transcribed material is openly documented.

Based on the day-to-day life of the interviewees, the results discussed suggest that barriers to and resources for action are in effect throughout the whole process of a change in nutritional behaviour, and these may differ from phase to phase. Therefore, in the spirit of a problem-adequate, effective promotion of health, a nutritional modification can be promoted by providing recommendations for action based on the phase the individual is currently in. As such, it seems e.g. helpful to pre-actional people to support them in their planning skills for family and work life schedules. Once they see that they are able to optimally coordinate them, this seems to promote the formation of an intent for nutritional change. Based on that, strategies for organising day-to-day nutrition can be pointed out which should be adapted to the existing structural leeway. At the same time, the individual's own needs have to be aligned with those of the family members and/or partner. Actional people should be encouraged to maintain the desired target behaviour also in special situations. The work formulates phase-conformant as well as cross-phase recommendations for promoting a change a nutritional behaviour adequate for day-to-day life.

Reviewed all-in-all, the insights that were won imply the demand that nutrition-related interventions should be applied to their acting parties more strongly than has been done to date, and should focus on their overall and day-to-day life circumstances, and at the same time should include health psychology findings. From a model-theory point of view, the results point toward a future need for a more in-depth research of behaviour-modelling barriers and resources with respect to their phase specifics.

For a comprehensive understanding of day-to-day influence factors on the process of a change in nutritional behaviour, recommendations for perspective research questions are provided at the end of the thesis.

VIII LITERATURVERZEICHNIS

- ABEL T, BRUHIN E (2003): Health Literacy/Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erw. und überarb. Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, S. 128-131.
- ABT HG (1993): Ernährungsverhalten in Familienhaushalten. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Weggemann S, Ziche J (Hrsg.): Soziologische und human-ethnologische Aspekte des Ernährungsverhaltens. Strategien und Maßnahmen. Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsverhalten e. V., Bd. 9, Beiheft der Zeitschrift Ernährungs-Umschau 40: 95-104.
- AJZEN I (1991): The theory of planned behavior. *Organisational Behavior and Human Decision Processes* 50: 179-211.
- ANDERSON ES, WINETT RA, WOJCIK JR (2000): Social-cognitive determinants of nutrition behavior among supermarket food shoppers: A structural equation analysis. *Health Psychol* 19: 479-486.
- ANDERSON ES, WINETT RA, WICIK JR, WINETT SG, BOWDEN T (2001): A computerized social cognitive intervention for nutrition behavior: direct and mediated effects on fat, fiber, fruits and vegetables, self-efficacy and outcome expectations among food shoppers. *Ann Behav Med* 23: 88-100.
- ANDERSON JW, JOHNSTONE BM, COOK-NEWELL ME (1995): Meta-analysis of the effects of soy protein intake on serum lipids. *N Engl J Med* 333: 276-282.
- ANTONOVSKY A (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke A, Broda M (Hrsg.): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept I*. Tübingen: DGVt-Verlag: S. 3-14.
- ARMITAGE CJ, CONNER M (2001): Efficacy of the theory of planned behavior: A meta-analytic review. *Br J Soc Psychol* 40: 471-499.

ASSMANN G (Hrsg.) (1988): Fettstoffwechselstörungen und koronare Herzkrankheit. München: MMV.

ASSMANN G, SCHULTE H (1993): Results and conclusions of the prospective cardiovascular Münster (PROCAM) Study. In: Assmann G (Hrsg.): Lipid metabolism disorder and coronary heart disease. 2. Auflage. München: MMV, S. 19-67.

BAIGENT C, KEECH A, KEARNEY PM, BLACKWELL L, BUCK G, POLLICINO C, KIRBY A, SOURJINA T, PETO R, SOLLINS R, SIMES R (2005): Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90.056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 366: 1267-1278.

BALL K, MISHRA GD, THANE CW, HODGE A (2004): How well do Australian women comply with dietary guidelines? *Public Health Nutr* 7: 443-452.

BANDURA A (2000): Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions of Psychological Science* 9: 75-78.

BANDURA A (2004): Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav* 31: 143-164.

BARANOWSKI T, CULLEN KW, NICKLAS T, THOMPSON D, BARANOWSKI J (2003): Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts? *Obes Res* 11 (Suppl): S23-S43.

BARLÖSIUS E (1999): Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung. *Grundlagentexte Soziologie*. München, Weinheim: Juventa.

BARTH J, BENDEL J (1998): Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung. (Schriftenreihe der BZgA: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 4.) Köln [Druckort].

BARTSCH S (2008a): Subjektorientierung in der Ernährungs- und Gesundheitsbildung. *Ernährung* 2: 100-106.

- BARTSCH S (2008b): Essstile von Männern und Frauen. Der Genderaspekt in der Gesundheitsprävention und -beratung. *Ernährungs-Umschau* 55: 672-680.
- BASSETT MT, DUMANOVSKY T, HUANG C, SILVER LD, YOUNG C, NONAS C, MATTE TD, CHIDEYA S, FRIEDEN TR (2008): Purchasing behavior and calorie information at fast-food chains in New York City, 2007. *Am J Public Health* 98: 1457-1459.
- BAYER O, KUTSCH T, OHLY HP (1999): Ernährung und Gesellschaft. Forschungsstand und Problembereiche. Opladen: Leske Budrich.
- BEAGAN BL, CHAPMAN GE (2004): Family influences on food choice: Context of surviving breast cancer. *J Nutr Educ Behav* 36: 320-326.
- BECKER P (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Göttingen: Hogrefe.
- BECKER P, BÖS K, OPPER E, WOLL A, WUSTMANS A (1996): Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 4: 55-76.
- BECKER W (1990): Zur Problematik der Weitervermittlung von Ernährungswissen. Kommunikationstheoretische Analyse, empirische Befunde und konzeptionelle Schlussfolgerungen. In: Europäische Hochschulschriften, Kommunikationswissenschaften und Publizistik. Reihe 40, Band 21. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- BEHRENS M (2003): Quantitative und qualitative Methoden in der Politikfeldanalyse. In: Schubert K, Bandelow N (Hrsg.): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*. München, Wien: Oldenbourg, S. 201-235.
- BENGEL J (1993): Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten. Reihe Gesundheitspsychologie, 3. Göttingen: Hogrefe.
- BELLO N, MOSCA L (2004): Epidemiology of coronary heart disease in women. *Prog Cardiovasc Dis* 46: 287-295.

- BERG A, BAUER S, KEUL J (1995): Fehlernährung in unserer Gesellschaft – Welche Hilfe bietet die betriebliche Gemeinschaftsverpflegung. Akt Ernähr Med 20, Sonderheft: 31-35.
- BERG A, HALLE M (1999): Körperliche Aktivität und kardiovaskuläre Mortalität: von der Epidemiologie zur medizinischen Praxis. Med Welt 50: 359-362.
- BEYDOUN MA, WANG Y (2007): Do nutrition knowledge and beliefs modify the association of socio-economic factors and diet quality among US adults? Prev Med 46: 145-153.
- BIESALSKI HK (2004): Fette. In: Biesalski HK, Fürst P, Kasper H, Kluthe R, Pöler W, Puchstein C, Stähelin HB (Hrsg.): Ernährungsmedizin. 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme, S. 376-390.
- BISOONI CA, FALK LW, MADORE E, BLAKE CE, JASTRAN M, SOBAL J, DEVINE CM (2007): Dimensions of everyday eating and drinking episodes. Appetite 48: 218-231.
- BLÄTTNER B (2007): Lösungsstrategien von Public Health Nutrition. Sozioökonomischer Ansatz und systematisches Vorgehen. Ernährung 8: 352-359.
- BLÄTTNER B, KOHLENBERG-MÜLLER K, GREWE A (2006): Adipositasprogramme für Kinder und Jugendliche. Weshalb sind sie nur bei manchen Kindern erfolgreich? Präz Gesundheitsf 2: 121-127.
- BLUMER H (1973): Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.): Alltagswissen, Interaktionen und gesellschaftliche Wirklichkeit. Reinbek: Rowohlt, S. 80- 146.
- BODENSTEDT AA (1983): Ernährungsverhalten und Ernährungsberatung. In: Cremer HD (Hrsg.): Handbuch der Landwirtschaft und Ernährung in den Entwicklungsländern, Bd. 2: Nahrung und Ernährung. 2. Auflage. Stuttgart: Ulmer, S. 239-267.
- BODENSTEDT AA, OLTERSDORF U (1983): Erfassung und Deutung des menschlichen Ernährungsverhaltens: „Ernährungs-Modell-Studie in Gießen“ (EMSIG). Forschungsbericht. Gießen [Druckort].

- BOHNSACK R, MAROTZKI W, MEUSER M (Hrsg.) (2006): Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. 2. Auflage. Opladen, Farmington Hills: Budrich.
- BORTZ J, DÖRING N (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. überarb. Auflage. München: Springer Medizin.
- BOURCIER E, BOWEN DJ, MEISCHKE H, MOINPOUR C (2003): Evaluation of strategies used by family food preparers to influence healthy eating. *Appetite* 41: 265-272.
- BOUTELLE KN, BIRNBAUM AS, LYTLE LA, MURRAY DM, STORY M (2003): Associations between perceived family meal environment and parent intake of fruit, vegetables and fat. *J Nutr Educ Behav* 35: 24-29.
- BOVE CF, SOBAL J, RAUSCHENBACH BS (2003): Food choices among newly married couples: convergence, conflict, individualism and projects. *Appetite* 40: 25-41.
- BROMBACH C (2000): Ernährungsverhalten im Lebensverlauf von Frauen über 65 Jahren. Eine qualitativ biographische Untersuchung. Gießen: Fachverlag Köhler.
- BROMBACH C (2003): Das Mahlzeitenverhalten von Familien im Verlauf von drei Generationen. *Ernährung im Fokus* 3: 130-134.
- BROMBACH C (2005): Der „lange Arm“ der Familie – am Beispiel des Kochens. *Ernährung im Fokus* 5: 201-207.
- BROWN JL, MILLER D (2002): Couples gender role preferences and management of family food preferences. *J Nutr Educ Behav* 34: 215-223.
- BRUG J (2008): Determinants of healthy eating: motivation, abilities and environmental opportunities. *Fam Pract* 25 (Suppl): i50-i55.
- BRUG J, CONNER M, HARRÉ N, KREMERS S, MCKELLAR S, WHITELAW S (2005): The Transtheoretical Model and stages of change: a critique observations by five commentators on the paper by Adams J and White M (2004): Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Educ Res* 20: 244-258.

- BRUG J, LENTHE VAN FJ (Hrsg.) (2005): Environmental determinants and interventions for physical activity, nutrition and smoking: A review. Rotterdam [Druckort].
- BÜNING-FESEL M (2008): Food Literacy. Ein Gespräch mit Margret Büning-Fesel. Ernährung 2: 107-109.
- BUNDESFORSCHUNGSANSTALT FÜR ERNÄHRUNG UND LEBENSMITTEL (Hrsg.) (2004): Jahresbericht 2003. Erlangen [Druckort].
- BUNDSCHUH I (1995): Ernährungssoziologie. In: Dietrichsen I (Hrsg.): Humanernährung – Ein interdisziplinäres Lehrbuch. Darmstadt: Steinkopf, S. 80- 121.
- CASTRO JM DE (1994): Family and friends produce greater social facilitation of food intake than other companions. Physiol Behav 56: 445-455.
- CASTRO JM DE (2000): Eating behavior: lessons from the real world of humans. Ingestive Behav Obes 16: 800-813.
- CHAIKEN S, PLINER P (1990): Eating, social motives and self-presentation in women and men. J Exp Soc Psychol 26: 240-254.
- CHAN YM, VARADY KA, LIN Y, TRAUTWEIN E, MENSINK RP, PLAT J, JONES PJ (2006): Plasma concentrations of plant sterols: physiology and relationship with coronary heart disease. Nutr Reviews 64: 385-402.
- CHARLES N, KERR M (1988): Women, food and families. Manchester: Manchester University Press.
- CHEN SC, JUDD JT, KRAMER M, MEIJER GW, CLEVIDENCE BA, BAER DJ (2009): Phytosterol intake and dietary fat reduction are independent and additive in their ability to reduce plasma LDL cholesterol. Lipids 44: 273-281.
- CILISKA D, MILES E, O'BRIEN M, TURL C, TOMASIK H, DONOVAN U, BEYERS J (2000): Effectiveness of community-based interventions to increase fruit and vegetable consumption. J Nutr Educ 32: 341-352.
- CLENDENEN VI, HERMAN CP, POLIVY J (1994): Social facilitation of eating among friends and strangers. Appetite 23: 1-13.

- COHEN-COLE E, FLETCHER J (2008): Is obesity contagious? Social networks vs. environmental factors in the obesity epidemic. *J Health Econ* 27: 1382-1387.
- CONNER M, FITTER M, FLETCHER W (1999): Stress and snacking: A diary study of daily hassles and between meal snacking. *Psychol Health* 14: 51-63.
- CREMER P, ELSTER H, LABROT B, KRUSE B, MUCHE R, SEIDEL D (1988): Incidence rates of fatal and nonfatal myocardial infarction in relation to the lipoprotein profile: first prospective results from the Göttinger Risk, Incidence and Prevalence Study (GRIPS). *Klin Wochenschr* 66 (Suppl 11): S42-S49.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG E. V. (Hrsg.) (2006): Evidenzbasierte Leitlinie. Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten. Bonn, Version 2006. Im Internet unter: <http://www.dge.de/leitlinie/>, Stand 09.04.2012.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG E. V. (Hrsg.) (2008): Ernährungsbericht 2008. Meckenheim [Druckort].
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG E. V. (Hrsg.) (2011): Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. 8. Auflage. Im Internet unter: <http://www.dge.de/pdf/10-Regeln-der-DGE.pdf>, Stand 09.04.2012.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG E. V., ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG, SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNGSFORSCHUNG, SCHWEIZERISCHE VEREINIGUNG FÜR ERNÄHRUNG (Hrsg.) (2008): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 1. Auflage, 3. vollst. durchgesehener und korrigierter Nachdruck. Neustadt a. d. Weinstraße: Neuer Umschau Buchverlag.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR FETTWISSENSCHAFT E. V. (Hrsg.) (2003): Praktische Hinweise zu Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen für den Arzt. Im Internet unter: <http://www.dgfett.de/fginfo/fettstoffw.pdf>, Stand: 09.04.2012.
- DEVINE CM, CONNORS MM, SOBAL J, BISOGNI CA (2003): Sandwiching it in: spill-over of work onto food choices and family roles in low- and moderate-income urban households. *Soc Sci Med* 56: 617-630.

- DEVINE CM, WOLFE WS, FRONGILLO EA JR, BISOGNI CA (1999): Life-course events and experiences: association with fruit and vegetable consumption in 3 ethnic groups. *J Am Diet Assoc* 99: 309-314.
- DIEDRICHSEN I (Hrsg.) (1995): *Humanernährung – Ein interdisziplinäres Lehrbuch*. Darmstadt: Steinkopf.
- DIEHL JM (1986): *Ernährungspsychologie*. 3. Auflage. Eschborn: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- DIEHL JM (1993): *Ernährungspsychologie*. In: Kutsch T (Hrsg): *Ernährungsforschung interdisziplinär*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 69-97.
- DIEKMANN A (2004): *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. 11. Auflage. Reinbek: Rowohlt.
- DIETSCHY JM (1998): Dietary fatty acids and the regulation of plasma low density lipoprotein cholesterol concentrations. *J Nutr* 128 (Suppl): S444-S448.
- DOHNKE B, NOWOSSADECK E, HELD K, KAROFF M, MÜLLER-FAHRNOW W (2007): Motivation von Rehabilitationspatienten zur Teilnahme einer Herzgruppe. Eine stadientheoretische Analyse. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 15: 14-22.
- DUNN CL, HANNAN PJ, JEFFERY RW, SHERWOOD NE, PRONK NP, BOYLE R (2006): The comparative and cumulative effects of a dietary restriction and exercise on weight loss. *International Journal of Obesity* 30: 112-121.
- DUYN MA VAN, KRISTAL AR, DODD K, CAMPBELL M, SUBAR AF, STABLES G, NEBELING L, GLANZ K (2001): Association of awareness, intrapersonal and interpersonal factors and stage of dietary change with fruit and vegetable consumption: A national survey. *Am J Health Promot* 16: 69-78.
- ECKARDSTEIN A VON, NOFER JR, ASSMANN G (2001): High density lipoproteins and arteriosclerosis. Role of cholesterol efflux and reverse cholesterol transport. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 21: 13-27.
- ELLROTT T (2007): Wie Kinder essen lernen. *Ernährung* 4: 167-173.

- EMMONS K, BARBEAU E, GUTHEIL C, STRYKER J, STODDARD A (2007): Social influences, social context and health behaviors among working-class, multi-ethnic adults. *Health Educ Behav* 34: 315- 334.
- ENGEL E (1857): Die Productions- und Consumptionsverhältnisse des Königreichs Sachsen. *Zeitschrift des Statistischen Büros des Königlich Sächsischen Ministeriums des Innern*, 8/9 (22.11.1857). Reprinted as appendix to: Engel E (1895): *Die Lebenskosten belgischer Arbeiter-Familien früher und jetzt*. Dresden: Heinrich.
- EUROPÄISCHE KOMMISSION (HRSG.) (2006): Gesundheit und Ernährung. Eurobarometer Spezial 246. Im Internet: http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_food_de.pdf, Stand: 09.04.2012.
- EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC) AND EUROPEAN ATHEROSCLEROSIS SOCIETY (EAS) (2011): ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J* 32: 1769-1818.
- FALTERMAIER T (2005): *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- FALTERMAIER T, BENDEL J (2000): Subjektive Konzepte und Vorstellungen von Gesundheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 8: 133-136.
- FALTERMAIER T, KÜHNLEIN I, BURDA-VIERING M (1998): *Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz im Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim, München: Juventa.
- FAULLANT R (2007): *Psychologische Determinanten der Kundenzufriedenheit. Der Einfluss von Emotionen und Persönlichkeit*. Wiesbaden: Gabler Edition Wissenschaft.
- FEICHTINGER E (1998): Armut und Ernährung – Eine Literaturübersicht. In: Köhler BM, Feichtinger E, Reimann OW (Hrsg.): *Annotierte Bibliographie Armut und Ernährung*. Berlin: edition sigma, S. 21-60.
- FELSER G (2001): *Werbe- und Konsumentenpsychologie*. 2. Auflage. Heidelberg, Berlin: Akademischer Verlag, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- FENNER A (2008): Die Framingham Heart Study. *Herz-Forschung über drei Generationen. Ernährung im Fokus* 8: 390-393.

FERBER C VON (1980): Ernährungsgewohnheiten: Zur Soziologie der Ernährung. Zeitschrift für Soziologie 9: 221-235.

FEUNEKES GL, GRAAF DE C, STAVEREN VAN WA (1995): Social facilitation of food intake is mediated by meal duration. *Physiol Behav* 58: 551-558.

FIELDING CJ, HAVEL RJ, TODD KM, YEO KE, SCHLOETTER MC, WEINBERG V, FROST PH (1995): Effects of dietary cholesterol and fat saturation on plasma lipoproteins in an ethnically diverse population of healthy young men. *J Clin Invest* 95: 611-618.

FIRESTONE WA (1993): Alternative arguments for generalizing from data as applied to qualitative research. *Educational Researcher* 22: 16-23.

FISHBEIN M (2008): A reasoned action approach to health promotion. *Medical Decision Making* 28: 834-844.

FLEIG L, LIPPKE S, WIEDEMANN AU, ZIEGELMANN JP, REUTER T, GRAVERT C (2010): Förderung körperlicher Aktivität im betrieblichen Kontext. Ein randomisiertes Kontrollgruppen-Design zur Untersuchung von stadienspezifischen Interventionseffekten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 18: 69-78.

FLEIG L, LIPPKE S, POMP S, SCHWARZER R (2011): Intervention effects of exercise self-regulation on physical exercise and eating fruits and vegetables: a longitudinal study in orthopedic and cardiac rehabilitation. *Prev Med* 53: 182-187.

FLICK U (1995): *Qualitative Forschung – Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*, Reinbek: Rowohlt.

FLICK U (2007a): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt.

FLICK U (2007b): Qualitative Evaluation – Methoden, Qualitätsstandards und Bewertung. In: Kuckartz U (Hrsg.): *Computergestützte Analyse qualitativer Daten. MAXQDA Anwendungskonferenz, Philipps-Universität Marburg vom 7.-9. März 2007. Tagungsband*, S. 9-16.

- FLICK U, KARDORFF E VON, STEINKE I (Hrsg.) (2003): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 2. Auflage, Reinbek: Rowohlt.
- FLICK U, WALTER U, FISCHER C, NEUBER A, SCHWARTZ FW (2004): Gesundheit als Leididee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften. Bern: Hans Huber.
- FLOYD DL, PRENTICE DUNN S, ROGERS RW (2000): A meta-analysis of research on protection motivation theory. J Appl Soc Psychol 30: 407-429.
- FOREYT JP, SCOTT LW, MITCHELL RE, GOTTO AM (1979): Plasma lipid changes in the normal population following behavioral treatment. J Consult Clin Psychol 47: 440-452.
- FRANK U (2000): Subjektive Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsförderlicher Lebensstil von Herzinfarktpatienten und -patientinnen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 8: 155-167.
- FRANKE A (2006): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. 1. Auflage. Bern: Huber.
- FRIEBE D, ZUNFT HJ, SEPPELT B, GIBNEY M (1997a): Einstellungen der deutschen Bevölkerung zu Lebensmitteln, Ernährung und Gesundheit. Ergebnisse aus einem EU-Survey, Teil 1. Ernährungs-Umschau 44: 206-213.
- FRIEBE D, ZUNFT HJ, SEPPELT B, GIBNEY M (1997b): Einstellungen der deutschen Bevölkerung zu Lebensmitteln, Ernährung und Gesundheit. Ergebnisse aus einem EU-Survey, Teil 2. Ernährungs-Umschau 44: 260-264.
- FRIEL S, KELLEHER CC, NOLAN G, HARRINGTON J (2003): Social diversity of Irish adults nutritional intake. Eur J Clin Nutr 57: 865-875.
- FUCHS R (2001): Entwicklungsstadien des Sporttreibens. Sportwissenschaft 31: 255-281.
- FUCHS-HEINRITZ W, LAUTMANN R, RAMMSTEDT O, WIENDEL H (Hrsg.) (1994): Lexikon zur Soziologie. 3. völlig neu bearb. und erw. Auflage. Opladen: Leske Budrich.

- GALOBARDES B, MORABIA A, BERNSTEIN MS (2001): Diet and socio- economic position: does the use of different indicators matter? *Int J Epidemiol* 30: 334-340.
- GEDRICH K (2003): Determinants of nutritional behavior: a multitude of levers for successful intervention? Research Report 25th Anniversary Symposium of AGEV. *Appetite* 41: 231-238.
- GEDRICH K (2004): Zusammenhang zwischen Ernährungswissen und -verhalten. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg): Ernährungsbericht 2004. Bonn [Druckort], S. 68-72.
- GESELLSCHAFT FÜR KONSUMFORSCHUNG (2009): Salziges vor dem Fernseher – Süßes vorm PC. Pressemitteilung zur Studie „Essen und Trinken in Deutschland“. Im Internet unter: www.gfk.com/group/press_information/press_releases/004973/index.de, Stand: 09.04.2012.
- GIBNEY M, LEE P (1993): Patterns of food and nutrient intake in a suburb of Dublin with high unemployment. *J Hum Nutr Diet* 6: 13-22.
- GIDDENS A (1995): Die Konstruktion der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- GIDDING SS, LICHENSTEIN AH, FAITH MS, KARPYN A, MENNELLA JA, POPKIN B, ROWE J, VAN HORN L, WHITSEL L (2009): Implementing American Heart Association pediatric and adult nutrition guidelines: A scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee of the council on nutrition, physical activity and metabolism, council on cardiovascular disease in the young, council on arteriosclerosis, thrombosis and vascular biology, council on cardiovascular nursing, council on epidemiology and prevention, and council for high blood pressure research. *Circulation* 119: 1161-1175.
- GILLESPIE AMH, JOHNSON-ASKEW WL (2009): Changing family food and eating practices: The family food decision-making system. *Ann behav med* 38 (Suppl): S31-S36.
- GISKES K, TURRELL G, PATTERSON C, NEWMAN B (2002): Socio-economic differ-

rences in fruit and vegetable consumption among Australian adolescents and adults. *Public Health Nutr* 5: 663-669.

GISKES K, TURRELL G, LENTHE VAN FJ, BRUG J, MACKENBACH JP (2006): A multi-level study of socio-economic inequalities in food choice behavior and dietary intake among the Dutch population: the GLOBE study. *Public Health Nutr* 9: 75-83.

GLASER BG, STRAUSS AL (1967): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.

GLÄSER J, LAUDEL G (2004): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.

GÖLZ C (1997): *Gesundheitspsychologische Aspekte des Ernährungsverhaltens. Neue Ansätze für die Ernährungsberatung*. Lage: Hans Jacobs.

GRAUMANN C-F (Hrsg.) (1982): *Kurt-Lewin-Werkausgabe. Band 4, Feldtheorie*. Bern: Huber, Stuttgart: Klett-Cotta.

GRUNBERG NE, STRAUB RO (1992): The role of gender and taste class in the effects of stress on eating. *Health Psychol* 11: 97-100.

GRUNERT SC (1993): *Essen und Emotionen: Die Selbstregulierung von Emotionen durch das Essverhalten*. Weinheim: Psychologie-Verlag.

HADDOCK SA, SCHINDLER-ZIMMERMAN T, ZIEMBA SJ, CURRENT LR (2001): Ten adaptive strategies for family and work balance: advice from successful families. *Journal of Marial and Family Therapy* 27: 445-458.

HAGGER MS, CHATZISARANTIS NLD, BIDDLE SJH (2002): A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *J Sport Exerc Psychol* 24: 3-32.

HAHN S (2009): Das Metabolische Syndrom. *Ernährungs-Umschau* 56: 230-238.

HALL E (1992): Double exposure: The combined impact of the home and work

- environments on psychosomatic strain in swedish women and men. *Int J Health Serv* 22: 239-260.
- HALLE M, KÖNIG D, BAUMSTARK MW, FREY I, BERG A (2006): Körperliche Aktivität. In: Schwandt P, Parhofer KG (Hrsg): *Handbuch der Fettstoffwechselstörungen. Dyslipoproteinämien und Atherosklerose: Diagnostik, Therapie und Prävention*. 3. vollst. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Schattauer, S. 716-726.
- HARRISON JA, MULLEN PD, GREEN W (1992): A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Educ Res* 7: 107-116.
- HAUNER H (2009): Das Metabolische Syndrom – eine Herausforderung für die Ernährungsmedizin. *Ernährungs-Umschau* 56: 216-221.
- HÄUßLER A (2007): Nachhaltige Ernährungsweisen in Familienhaushalten. Eine qualitative Studie über die Umsetzbarkeit des Ernährungsleitbilds in die Alltagspraxis. Gießen: VVB Lauferweiler.
- HAMMANN P, ERICHSON B (1990): *Marktforschung*. 2., neubearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, New York: Fischer.
- HAYN D (2008): Ernährungshandeln im Alltag. Der Ernährungsalltag als komplexer, sich stetig wandelnder Handlungszusammenhang. *Ernährungs-Umschau* 55: 346-351.
- HAYN D, EBERLE U, REHAAG G, SIMSHÄUSER U, SCHOLL G (2005): KonsumentInnenperspektive. Ein integrativer Forschungsansatz für sozial-ökologische Ernährungsforschung. Diskussionspapier Nr. 8. Frankfurt, Hamburg, Köln, Heidelberg, Berlin [Druckorte].
- HAYN D, EMPACHER C, HALBES S (2005): Trends und Entwicklungen von Ernährung im Alltag. Ergebnisse einer Literaturrecherche. Materialband Nr. 2. Frankfurt/Main [Druckort].
- HECKHAUSEN J, HECKHAUSEN H (2006): *Motivation und Handeln*. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin.
- HEGE M (1974): *Engagierter Dialog. Ein Beitrag zur sozialen Einzelhilfe*. München, Basel: Ernst Reinhardt.

- HEGSTED DM, AUSMAN LM, JOHNSON JA, DALLAL GE (1993): Dietary fat and serum lipids: an evaluation of the experimental data. *Am J Clin Nutr* 57: 875-883.
- HEINDL I (2004): Ernährung, Gesundheit und institutionelle Verantwortung – eine Bildungsoffensive. *Ernährungs-Umschau* 51: 224-230.
- HEINDL I (2009): Ernährungsbildung – curriculare Entwicklung und institutionelle Verantwortung. *Ernährungs-Umschau* 56: 568-573.
- HEINZE T, MÜLLER E, STICKELMANN B, ZINNECKER J (1975): Handlungsforschung im pädagogischen Feld. München: Juventa.
- HERMAN CP, ROTH DA, POLIVY J (2003): Effects of the presence of others on food intake: a normative interpretation. *Psychol Bull* 129: 873-886.
- HILDEBRANDT K (2005): Auswirkungen ernährungs- und gesundheitsbezogener Angaben auf das Konsumentenverhalten – konkretisiert am Beispiel des Joghurtangebots. Diplomarbeit an der Hochschule Anhalt, Abteilung Bernburg.
- HOFMANN L (2009): Fettstoffwechselstörungen. Teil 1: Hypercholesterinämien. *Ernährung im Fokus* 9: 160-163.
- HOFMEISTER M (2010): Der subjektive Gesundheitszustand. Aktuelle Datenlage zu einem Screening-Instrument. *Ernährung im Fokus* 10: 8-13.
- HOOPER L, SUMMERBELL CD, HIGGINS JP, THOMPSON RL, CAPPS NE, SMITH GD, RIEMERSMA RA, EBRAHIM S (2001): Dietary fat intake and prevention of cardiovascular disease: systematic review. *BMJ* 322: 757-763.
- HOPF C (1978): Die Pseudo-Exploration - Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. *Zeitschrift für Soziologie* 7: 97-115.
- HU FB, STAMPFER MJ, MANSON JE, RIMM E, COLDITZ GA, ROSNER BA, HENNEKENS CH, WILLET WC (1997): Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 337: 1491-1499.
- HU FB, WILLET WC (2002): Optimal diets for prevention of coronary heart disease. *JAMA* 288: 2569-2578.

- HULSHOF KF, BRUSSAARD JH, KRUIZINGA AG, TELMAN J, LÖWIK MR (2003): Socio-economic status, dietary intake and 10 y trends: the Dutch National Food Consumption Survey. *Eur J Clin Nutr* 57: 128-137.
- IRALA-ESTEVEZ JD, GROTH M, JOHANSSON L, OLTERSDORF U, PRÄTTÄLÄ R, MARTINEZ-GONZALEZ MA (2000): A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *Eur J Clin Nutr* 54: 706-714.
- JAKICIC JM, WING RR, WINTERS-HART C (2002): Relationship of physical activity to eating behaviors and weight loss in women. *Med Sci Sports Exerc* 34: 1653-1659.
- JAKOBSEN MU, O'REILLY EJ, HEITMANN BL, PEREIRA MA, BÄLTER K, FRASER GE, GOLDBOURT U, HALLMANS G, KNEKT P, LIUS S, PIETINEN P, SPIEGELMAN D, STEVENS J, VIRTAMO J, WILLETT WC, ASCHERIO A (2009): Major types of dietary fat and risk of coronary heart disease: a pooled analyses of 11 cohort studies. *Am J Clin Nutr* 89: 1425-1432.
- JEFFERY RW, PIRIE PL, ROSENTHAL BS, GERBER WM, MURAY DM (1982): Nutritional education in supermarkets: An unsuccessful attempt to influence knowledge and produce sales. *J Behav Med* 5: 189-200.
- JETTER K, CASSADY D (2006): The availability and cost of healthier food alternatives. *Am J Prev Med* 30: 38-44.
- JOHNSON DB, EATON DL, WAHL PW, GELASON C (2001): Public health nutrition practice in the United States. *J Am Diet Assoc* 101: 529-534.
- JOSEPH RJ, ALONSO-ALONSO M, BOND DS, PASCUALE-LEONE A, BLACKBURN GL (2011): The neurocognitive connection between physical activity and eating behaviour. *Obes Rev* 12: 800-812.
- JURCZYK K, RERRICH MS (1993): Einführung: Alltägliche Lebensführung: Der Ort, wo „alles zusammen kommt.“ In: JURCZYK K, RERRICH MS (Hrsg.): Die Arbeit des Alltags. Beiträge zu einer Soziologie der alltäglichen Lebensführung. Freiburg/Breisgau: Lambertus, S. 11-45.
- KAISER A, HOFMANN C (2010): Mit PubMed in Medline recherchieren. Schulungsunterlagen. Universität Leipzig, Zentralbibliothek Medizin.

- KAMPHUIS CBM, GISKES K, BRUIJN DE GJ, WENDEL-VOS W, BRUG J, LENTHE VAN FJ (2006): Environmental determinants of fruit and vegetable consumption among adults: a systematic review. *Br J Nutr* 96: 620-635.
- KANNING M, SCHLICHT W (2008): A bio-psycho-social model of successful aging as shown through the variable „physical activity“. *Eur Rev Aging Phys Act* 5: 7987.
- KAPLAN A (1964): *The conduct of inquiry*. San Francisco: Chandler.
- KAPUR K, KAPUR A, RAMACHANDRAN S, MOHAN V, ARAVIND SR, BADGANDI M, SRI SHYLA MV (2008): Barriers to changing dietary behavior. *J Assoc Physicans India* 56: 27-32.
- KASPER H (2009): *Ernährungsmedizin und Diätetik*. 11. überarb. Auflage. München: Elsevier.
- KATAN MB, ZOCK PL, MENSINK RP (1994): Effects of fats and fatty acids on blood lipids in humans: an overview. *Am J Clin Nutr* 60 (Suppl): S1017-S1022.
- KEARNEY M, KEARNEY J, DUNNE A, GIBNEY M (2000): Sociodemographic determinants of perceived influences on food choice in a nationally representative sample of Irish adults. *Public Health Nutr* 3: 219-226.
- KEIL U (2005): Das weltweite WHO-MONICA-Projekt: Ergebnisse und Ausblick. *Gesundheitswesen* 67, Sonderheft 1: 38-45.
- KELLER S (2004): Motivation zur Verhaltensänderung – Aktuelle deutschsprachige Forschung zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 12: 35-38.
- KELSEY K, EARP JA, KIRKLEY B (1997): Is social support beneficial for dietary change? A review of the literature. *Fam Community Health* 20: 70-82.
- KEMMER D (1999): Food preparation and division of domestic labor among newly married and cohabiting couples. *Br Food J* 101 (8): 570-579.
- KESKI-RAHKONEN A, BULIK CM, PIETILÄINEN KH, ROSE RJ, KAPRIO J, RISSANEN A (2007): Eating styles, overweight and obesity in young adult twins. *Eur J Clin Nutr* 61: 822-829.

- KEYS AJ, ANDERSON JT, GRANDE F (1965a): Serum cholesterol responses to changes in the diet. II. The effect of cholesterol in the diet. *Metabolism* 14: 759-765.
- KEYS AJ, ANDERSON JT, GRANDE F (1965b): Serum cholesterol responses to changes in the diet. IV. Particular saturated fatty acids in the diet. *Metabolism* 14: 776-786.
- KHOT UN, KHOT MB, BAJZER CT, SAPP SK, OHMAN EM, BRENER SJ, ELLIS SG, LINCOFF AM, TOPOL EJ (2003): Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. *JAMA* 290: 898-904.
- KIENLE R, KNOLL N, RENNEBERG B (2006): Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dydadisches Bewältigen. In: Renneberg B, Hammelstein P (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Berlin: Springer, S. 107-122.
- KJOLLESDAL MKR, HOLMBOE-OTTESEN G, WANDEL M (2010): Associations between food patterns, socioeconomic position and working situation among adult, working women and men in Oslo. *Eur Journal Clin Nutr*: 1150-1157.
- KLEIN A (2007): Gesundheitsverhalten. Ein Vergleich zwischen öffentlicher und fachlicher Meinung. Dissertationsschrift an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Im Internet unter: <http://d-nb.info/987327135/34>, Stand: 09.04.2012.
- KLOEK GC, LENTHE VAN FJ, NIEROP VAN PWM, MACKENBACH JP (2004): Stages of change for fruit and vegetable consumption in deprived neighborhoods. *Health Educ Behav* 31: 223-241.
- KLOTTER C, TRAUTMANN W (2009): Warum Ernährungspsychologie in der Ernährungsberatung gebraucht wird. *Ernährungs-Umschau* 56: 565-567.
- KOCH K (2000): MONICA-Projekt: Eine Todesursache ändert ihren Charakter. *Dtsch Ärztebl* 97: 583-584.
- KOHL HW (2001): Physical activity and cardiovascular disease: Evidence for a dose response. *Med Sci Sports Exerc* 33: 472-483.

- KOLENDA KD (2005): Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit: Effizienz nachweisbar. Dtsch Arztebl 102: A 1889-1895.
- KRÄMER L, FUCHS R (2010): Barrieren und Barrierenmanagement im Prozess der Sportteilnahme: Zwei neue Messinstrumente. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 18: 170-182.
- KRATZ M, CULLEN P, WAHRBURG U (2002): The impact of dietary mono- and polyunsaturated fatty acids on risk factors for atherosclerosis in humans. Eur J Lipid Sci Technol 104: 300-311.
- KREMERS SPJ, DE BRUIJN GJ, VISSCHER TLS, VAN MECHELEN W, DE VRIES NK, BRUG J (2006): Environmental influences on energy balance-related behaviors: A dual-process view. Int J Behav Nutr Phys Act 3: 9.
- KRIPPENDORFF K (1980): Content Analysis. An introduction to its methodology. Beverly Hills, London: Sage.
- KRIS-ETHERTON PM, YU S (1997): Individual fatty acid effects on plasma lipids and lipoproteins: human studies. Am J Clin Nutr 65 (Suppl): S1628-S1644.
- KRISTAL AR, GLANZ K, CURRY SJ, PATTERSON RE (1999): How can stages of change be best used in dietary interventions? J Am Diet Assoc 99: 679-684.
- KROKE A, WALZ A (2004): Mortalität an ernährungsmitbedingten chronischen Krankheiten. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2004): Ernährungsbericht 2004. Rheinbreitbach [Druckort], S. 94-116.
- KRUSE L (1986): Drehbücher für Verhaltensschauplätze oder: Scripts für Settings. In: Kaminski G (Hrsg.): Ordnung und Variabilität im Alltagsgeschehen. Göttingen: Hogrefe, S. 135-153.
- KUCKARTZ U, DRESING T, RÄDIKER S, STEFER C (2008): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. 2. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- KUDERA W (1995): Anlage und Durchführung der empirischen Untersuchung. In:

- Projektgruppe „Alltägliche Lebensführung“ (Hrsg.): Alltägliche Lebensführung. Arrangements zwischen Traditionalität und Modernisierung, Opladen: Leske Budrich, S. 45-66.
- KUHN J (2005): Gesundheit, Krankheit und Public health. Prävention 1: 27-30.
- KUTSCH T (1993): Ernährungssoziologie. In: Kutsch T (Hrsg): Ernährungsfor-
schung interdisziplinär. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft,
S. 98-136.
- LACKNER KJ, SCHMITZ G (2006): Labordiagnostik. In: Schwandt P, Parhofer KG
(Hrsg): Handbuch der Fettstoffwechselstörungen. Dyslipoproteinämien
und Atherosklerose: Diagnostik, Therapie und Prävention. 3. vollst.
überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Schattauer, S. 377-409.
- LAFORGE RG, GREENE GW, PROCHASKA JO (1994): Psychosocial factors influen-
cing low fruit and vegetable consumption. J Behav Med 17: 361–374.
- LAITINEN J, EK E, SOVIO U (2002): Stress-related eating and drinking behavior
and body mass index and predictors of this behavior. Prev Med 34:
29-39.
- LAMNEK S (2002): Qualitative Interviews. In: König E, Zedler P (Hrsg.): Qualita-
tive Forschung: Grundlagen und Methoden. 2. völlig überarb.
Auflage Weinheim: Beltz, S. 157-193.
- LAMNEK S (2005): Qualitative Sozialforschung, Lehrbuch. 4., vollst. überarbei-
tete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- LARSON N, STORY M (2009): A review of environmental influences on food choi-
ces. Ann behav Med 28 (Suppl): S56-S73.
- LEA EJ, CRAWFORD D, WORSLEY A (2006): Public views of the benefits and bar-
riers to the consumption of a plant-based diet. Eur J Clin Nutr 60: 828-
837.
- LEA EJ, WORSLEY A (2003): BEnefits and barriers to consumption of a vegeta-
rian diet in Australia. Public Health Nutr 6: 505-511.
- LEHMKÜHLER SH (2002): Die Giessener Ernährungsstudie über das Ernährungs-

verhalten von Armutshaushalten (GESA) – qualitative Fallstudien. Gießen. Im Internet unter:
<http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2002/825/>, Stand: 09.04.2012.

LENGFELDER W (2001): Körperliche Inaktivität: zu beeinflussender Risikofaktor in der primären Prävention? Medizinische Klinik 96: 661-669.

LENTHE VAN FJ, BRUG J, KREMERS SPJ (2008): Exploring environmental determinants of physical activity – the road to the future is always under construction. Letter to the editors. Public Health 122: 329-330.

LEONHÄUSER I-U (1995): Ernährungswissenschaft. In: Diedrichsen I (Hrsg.): Humanernährung – Ein interdisziplinäres Lehrbuch. Darmstadt: Steinkopf, S. 4-36.

LEONHÄUSER I-U (2003): Women's role in the context of coping with everyday life: Challenges for public and privacy in germany. International Journal of Human Ecology 4: 55-70.

LEONHÄUSER I-U, MEIER-GRÄWE U, MÖSER A, ZANDER U, KÖHLER J (2009): Essalltag in Familien. Ernährungsversorgung zwischen privatem und öffentlichem Raum. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

LEPPIN A (1994): Bedingungen des Gesundheitsverhaltens. Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen. Weinheim: Juventa.

LEWIN K (1946): Verhalten und Entwicklung als eine Funktion der Gesamtsituation. In: Lewin K (1963): Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern, Stuttgart: Hans Huber, S. 271-329.

LEWIN K (1963): Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern, Stuttgart: Hans Huber.

LEWIN K (1969): Grundzüge der topologischen Psychologie. Bern, Stuttgart: Hans Huber.

LIPID-LIGA (Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen e. V.) (Hrsg.) (2009): Empfehlungen

zur Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen in der Ärztlichen Praxis. Im Internet unter: <http://www.lipid-liga.de/pdf/llidiagn.pdf>, Stand: 09.04.2012.

LIPID-LIGA (Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen e. V.) (Hrsg.) (o. J.): Medikamentöse Therapie von Fettstoffwechselstörungen. Die Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Im Internet unter: <http://www.lipid-liga.de/pdf/llmedik.pdf>, Stand: 09.04.2012.

LIPPKE S (2004): Changing health behavior: Stage models and an intervention for adopting and maintaining a healthy lifestyle. Doctoral dissertation. Berlin, Freie Universität Berlin.

LIPPKE S, KALUSCHE A (2007): Stadienmodelle der körperlichen Aktivität. In: Fuchs R, Göhner W, Seelig H (Hrsg.): Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie, Empirie und Praxis. Göttingen: Hogrefe, S. 170-194.

LIPPKE S, RENNEBERG B (2006a): Inhalte der Gesundheitspsychologie, Definitionen und Abgrenzung von Nachbarfächern. In: Renneberg B, Hammelstein P (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Berlin: Springer, S. 3-5.

LIPPKE S, RENNEBERG B (2006b): Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In: Renneberg B, Hammelstein P (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Berlin: Springer, S. 35-60.

LIPPKE S, RENNEBERG B (2006c): Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Renneberg B, Hammelstein P (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Berlin: Springer, S. 7-12.

LIPPKE S, SCHWARZER R (2009): Effekte einer volitionalen Intervention: Stadienspezifische Mechanismen und multiple Mediationsanalysen. Fachvortrag am 26.08.09 auf dem Kongress für Gesundheitspsychologie, Zürich.

LIPPKE S, SNIEHOTTA FF (2003): Ernährungsverhalten aus handlungsorientierter Sicht. Das Multistadienmodell der Gesundheitsverhaltensänderung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 11: 143-152.

- LIPPKE S, SNIEHOTTA FF, LUSZCZYNSKA A (2005): Social cognitions across the stages of behavior change. A comparison of two stages models. *Polish Psychological Bulletin* 36: 43-50.
- LIPPKE S, ZIEGELMANN JP (2006): Understanding and modeling health behavior. The Multi-Stage Model of health behavior change. *J Health Psychol* 11: 37-50.
- LIPPKE S, ZIEGELMANN JP, SCHWARZER R, VELICER WF (2009): Validity of stage assessment in the adoption and maintenance of physical activity and fruit and vegetable consumption. *Health Psychol* 28: 183-193.
- LÖLLGEN H, DICKHUTH HH, DIRSCHEDL P (1998): Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung: Vorbeugung durch körperliche Bewegung. *Dtsch Arztebl* 95: 1228-1234.
- LÖSER C (2007): Ernährung – Herausforderung und Geißel des 21. Jahrhunderts. *Ernährungs-Umschau* 54: 248-252.
- LÜCK HE (2001): Kurt Lewin – Eine Einführung in sein Werk. Weinheim, Basel: Beltz.
- MANGOLD W (1973): Gruppendiskussionen. In: König R (Hrsg.): *Handbuch der empirischen Sozialforschung*. Stuttgart: Ferdinand Enke, S. 228-259.
- MANNE SL, ZAUTRA AJ (1989): Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *J Pers Soc Psychol* 56: 608-617.
- MARCUS B, FORSYTH LA (2003): Using the stages model in community programs. In: Marcus B, Forsyth LA (Hrsg.): *Motivating people to be physically active*. Champaign: Human Kinetics, S. 183-207.
- MARSHALL DW, ANDERSON AS (2002): Proper meals in transition: young married couples on the nature of eating together. *Appetite* 39: 193-206.
- MARTIN MJ, HULLEY SB, BROWNER WS, KULLER LH, WENTWORTH D (1986): Serum cholesterol, blood pressure and mortality: implications from a cohort of 361.662 men. *Lancet* 2: 933-936.

- MARTIN-DIENER E, THÜRING N (2004): Überprüfung der Stadienspezifität der Processes of Change bei Besuchern eines internetbasierten Expertensystems zur Bewegungsförderung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 12: 48-55.
- MATA J (2010): Gewichtskontrolle – Gesteigerte Motivation für körperliche Aktivität scheint auch die Essensregulation zu verbessern. Adipositas 4: 43-48.
- MAX RUBNER-INSTITUT, BUNDESFORSCHUNGSINSTITUT FÜR ERNÄHRUNG UND LEBENSMITTEL (Hrsg.) (2008a): Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht, Teil 1. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen. Karlsruhe [Druckort].
- MAX RUBNER-INSTITUT, BUNDESFORSCHUNGSINSTITUT FÜR ERNÄHRUNG UND LEBENSMITTEL (Hrsg.) (2008b): Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht, Teil 2. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen. Karlsruhe [Druckort].
- MAYER H (2008): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung. München Wien: Oldenbourg.
- MAYRING P (2007): Generalisierung in qualitativer Forschung. 23 Absätze. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 8 (3), Art. 26. Im Internet unter: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-07/07-3-26-d.htm>, Stand: 09.04.2012.
- MAYRING P (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. neu ausgestattete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.
- MAYRING P (2009): Qualitative Methoden. Grundlagen: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Im Internet unter: http://www.uni-koeln.de/phil-fak/fs-psych/serv_pro/mayring.html#_Toc393431473, Stand: 09.04.2012.
- MAYRING P, GLÄSER-ZIKUDA M (Hrsg.): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz. 2. Auflage. 2008.
- MCCANN BS, WARNICK GR, KNOPP RH (1990): Changes in plasma lipids and dietary intake accompanying shifts in perceived workload and stress. Psychosom Med 52: 97-108.

- MEHNERT H, STANDL E, USADEL KH, HÄRING HU (Hrsg.) (2003): Diabetologie in Klinik und Praxis. 5. vollst. überarb. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- MEIER U (2004): Zeitbudget, Mahlzeitenmuster und Ernährungsstile. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg): Ernährungsbericht 2004. Bonn [Druckort], S. 72-94.
- MEINHOLD C (2009): Betreuung von Fettstoffwechselpatienten. Teil 1: Hypercholesterinämien. Ernährung im Fokus 9: 164-169.
- MENSINK RP, KATAN MB (1992): Effect of dietary fatty acids on serum lipids and lipoproteins. A meta-analysis of 27 trials. Arterioscler Thromb 12: 911-919.
- MENSINK RP, ZOCK PL, KESTER AD, KATAN MB (2003): Effects of dietary fatty acids and carbohydrates on the ratio of serum total to HDL cholesterol and on serum lipids and apolipoproteins: a meta-analysis of 60 controlled trials. Am J Clin Nutr 77: 1146-1155.
- METHFESSEL B (2009): Ernährungsprävention – ein Thema unserer Gesellschaft? Ernährungs-Umschau 56: 474-475.
- MEUSER M, NAGEL U (2005a): Vom Nutzen der Expertise – ExpertInneninterviews in der Sozialberichterstattung. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 257-272.
- MEUSER M, NAGEL U (2005b): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 71-94.
- MILNE S, SHEERAN P, ORBELL S (2000): Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of protection motivation theory. J Appl Soc Psychol 30: 106-143.
- MISTRY P, MILLER NE, LAKER M, TURNER PR, LEWIS B (1981): Individual variation in the effects of dietary cholesterol on plasma lipoproteins and cellular cholesterol homeostasis in man. J Clin Invest 67: 493-499.

- MÖHR M, SCHOBER C, FRIEBE D, SEPPELT B (1992): Zur Rolle der Geschlechter im Ernährungsverhalten. Ernährung 16: 663-667.
- MÖSER A, ZANDER U, KÖHLER J, LEONHÄUSER IU, MEIER-GRÄWE U (2008): Generierung von Ernährungsversorgungstypen in Familienhaushalten mit erwerbstätigen Müttern unter Einsatz einer computergestützten Datenanalyse. Anwenderbeitrag auf der CAQD 2008. In: Kuckartz U (Hrsg.): Tagungsband zur 10. MAXQDA-Anwendertagung zur Computerunterstützten Analyse Qualitativer Daten. 06.-08.03.2008, Marburg, S. 73-82. Im Internet unter: http://www.caqd.de/attachments/029_band2008.pdf, Stand: 09.04.2012.
- MOSCA L, MANSON JE, SUTHERLAND SE, LANGER RD, MANOLIO T, BARRETT-CONNOR E (1997): Cardiovascular disease in women: A statement for health-care professionals from the American Heart Association. Writing Group. Circulation 96: 2468-2482.
- MRFIT RESEARCH GROUP (1996): Mortality after 16 years for participants randomized to the multiple risk factor intervention trial. Circulation 94: 946-951.
- MÜLLER MJ (2007): Ernährungsmedizinische Praxis. Methoden, Prävention, Behandlung. 2. vollst. neu bearbeitete Auflage. Heidelberg: Springer.
- MÜLLER MJ (2009): Behandlung und Prävention von Adipositas. Gegenwart und Zukunft. Med Welt 9: 257-261.
- MÜLLER MJ, DANIELZIK S, PUST S, LANDSBERG B (2006): Sozioökonomische Einflüsse auf die Gesundheit und Übergewicht. Ernährungs-Umschau 53: 212-216.
- MÜLLER MJ, MAST M (2001): Projekte der Ernährungsverhaltensintervention: Bereich „Public Health“. In: Oltersdorf U, Gedrich K (Hrsg.): Ernährungsziele unserer Gesellschaft: die Beiträge der Ernährungsverhaltenswissenschaft. 22. Wissenschaftliche Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsverhalten e. V. 12.-13. Oktober 2000, Bonn, S. 67-75.
- MÜNKEL N, METZ M, HUMMEL E (2010): Ernährungsverhalten in Deutschland: Einflussfaktoren in ihrer Vernetzung. Arbeitsgruppe Ernährungsökologie, Institut für Ernährungswissenschaft, Justus-Liebig-Universität Gießen.

- Poster auf dem Kongress „Ernährung. Mitten in der Medizin“, Leipzig, 17.-19. Juni 2010.
- MUFF C, WEYERS S (2010): Sozialer Status und Ernährungsqualität. Evidenz, Ursachen und Interventionen. *Ernährungs-Umschau* 57: 84-89.
- MULLEN PD, HERSEY JC, IVERSON DC (1987): Health behavior models compared. *Soc Sci Med* 24: 973-981.
- MURPHY S, ROSE D, HUDES M, VITERI F (1992): Demographic and economic factors associated with dietary quality for adults in the 1987–1988 Nationwide Food Consumption Survey. *J Am Diet Assoc* 92: 1352-1357.
- NEULOH O, TEUTEBERG HJ (1979): Ernährungsfehlverhalten im Wohlstand. Ergebnisse einer empirisch-soziologischen Untersuchung in heutigen Familienhaushalten. Paderborn: Schöningh.
- NIEßEN M (1977): Gruppendiskussion. Interpretative Methodologie, Methodengründung, Anwendung. München: Fink.
- NIGG CR (2005): There is more to stages of exercise than just exercise. *Am J Sports Med* 33: 32-35.
- NISBETT R, WILSON TD (1997): Telling more than we know: Verbal reports and mental processes. *Psychol Rev* 84: 231-259.
- NOAR SM, BENAC CN, HARRIS MS (2007): Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behaviour change interventions. *Psychol Bull* 133: 673-693.
- NORMAN P, EDWARDS M, FITTER M, GRAY W (1992): „Healthy eating“ clinics in primary care: Program intensity and patients health beliefs. *Couns Psychol Q* 5: 135-148.
- O’CONNOR DB, JONES F, CONNER M, McMILLAN B, FERGUSON E (2008): Effects of daily hassles and eating style on eating behavior. *Health Psychol* 27 (Suppl): S20-S31.
- OLIVER G, WARDLE J, GIBSON EL (2000): Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosom Med* 62: 853–865.

- OLTERSDORF US (1995): Ernährungsepidemiologie. Mensch. Ernährung. Umwelt. Stuttgart: Ulmer.
- OLTERSDORF US (2002): Zeit für's Essen – Zeit zum Essen. Mahlzeitenstrukturen in Deutschland: Neue Perspektiven der Ernährungsforschung. Moderne Ernährung heute 5: 1-14.
- OLTERSDORF US (2006): Vital am Arbeitsplatz – Gesunde Ernährung im Betrieb. In: Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel (Hrsg.): Jahresbericht 2005. Erlangen [Druckort], S. 208-210.
- ORBELL S, SHEERAN P (1998): 'Inclined abstainers': a problem for predicting health-related behavior. Br J Soc Psychol 37: 151-165.
- ORNISH D, BROWN SE, SCHWERWITZ LW, BILLINGS JH, ARMSTRONG WT, PORTS TA, McLANAHAN SM, KIRKEEIDE RL, BRAND RJ, GOULD KL (1990): Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. Lancet 336: 129-133.
- OWEN N, JAMES R, HENRIKSON D, VAN BEURDEN E (1990): Community cholesterol screenings: The impact of follow-up letters and incentives on retest rates and biometric changes in follow-up screenings. Am J Health Promot 5: 58-61.
- PARHOFER KG (2006): Klassifikation von Dyslipoproteinämien. In: Schwandt P, Parhofer KG (Hrsg): Handbuch der Fettstoffwechselstörungen. Dyslipoproteinämien und Atherosklerose: Diagnostik, Therapie und Prävention. 3. vollst. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Schattauer, S. 74-79.
- PEDERSEN TR, OLSSON AG, FAERGEMAN O, KJEKSHUS J, WEDEL H, BERG K, WILHELMSEN L, HAGHFELT T, THORGEIRSSON G, PYÖRÄLÄ K, MIETTINEN T, CHRISTOPHERSEN B, TOBERT JA, MUSLINER TA, COOK TJ (1998): Lipoprotein changes and reduction in the incidence of major coronary heart disease events in the Scandinavian Survival Study (4S). Circulation 97: 1453-1460.
- PFAU C (2008): Betriebsverpflegung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2008): Ernährungsbericht 2008. Meckenheim [Druckort], S. 121-156.

- PIETROWSKY R (2006): Ernährung. In: Renneberg B, Hammelstein P (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Berlin: Springer, S. 173-194.
- PLATTFORM ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG E. V. (2009): Ausgewählte Ergebnisse der Befragung zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten in jungen Familien. Vortrag auf der peb-Mitgliederversammlung, April 2009. Im Internet unter: http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/fileadmin/media/Junge_Eltern/Junge_Eltern_rheingold_MV.pdf, Stand: 09.04.2012.
- POLLARD J, GREENWOOD D, KIRK SFL, CADE JE (2002): Lifestyle factors affecting fruit and vegetable consumption in the UK Women's Cohort Study. *Appetite* 37: 71-79.
- PRINCE S, ADAMO K, HAMEL M, HARDT J, GORBER S, TREMBLAY M (2008): A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 5: 56.
- PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC, NORCROSS JC (1992): In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 47: 1102-1114.
- PRZYBORSKI A, WOHRAB-SAHR M (2008): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg.
- PUDEL V (2003): 50 Jahre Ernährungsaufklärung – Kritische Bewertung und Zukunftsperspektiven. Arbeitstagung und Jubiläumsveranstaltung der DGE am 9.- 10. Oktober 2003, Hotel Maritim, Bonn.
- PUDEL V (2007a): Was Menschen motiviert, richtig zu essen. Wie verbessert Ernährungsberatung ihren Erfolg? Teil 1: Prinzipien der Ernährungsberatung. *Ernährungs-Umschau* 54: 308-313.
- PUDEL V (2007b): Was Menschen motiviert, richtig zu essen. Wie verbessert Ernährungsberatung ihren Erfolg? Teil 2: Marketing in der Ernährungsberatung und Grenzen der Beratung. *Ernährungs-Umschau* 54: 373-377.
- REIMANN S, POHL J (2006): Stressbewältigung. In: Renneberg B, Hammelstein P (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Berlin: Springer, S. 217-227.
- RENNER B, HAHN A (1996): Stereotype Vorstellungen über eine gefährdete Per-

- son und unrealistisch optimistische Risikoeinschätzungen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 3: 220-240.
- RENNER B, KNOLL N, SCHWARZER R (2000): Age and body weight make a difference in optimistic health beliefs and nutrition behaviors. Int J Behav Med 7: 143-159.
- RICHMAN RM, LOUGHNAN GT, DROULERS AM, STEINBECK K, CATERON ID (2001): Self-efficacy in relation to eating behavior among obese and non obese women. Int J Obes 25: 907-1003.
- RICHTER WO (2005): Taschenbuch der Fettstoffwechselstörungen. Praktische Diagnostik und Therapie. 2. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- ROBERT KOCH-INSTITUT (2002): Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin [Druckort].
- ROBERT KOCH-INSTITUT (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin [Druckort].
- ROBERT KOCH-INSTITUT (2010): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin [Druckort].
- RÖDER C (1996): Zum Zusammenhang von Wissen und Ernährung – eine empirische Analyse. Agrarökonomische Diskussionsbeiträge. Universität Gießen.
- RÖMHOLD A (2005): Auswirkungen ausgewählter Arbeitsbedingungen auf die Ernährungsgewohnheiten. Diplomarbeit an der Hochschule Anhalt, Fachbereich Ökotrophologie. Bernburg.
- ROGERS RW (1983): Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Caciopoop JR, Petty RE (Hrsg.): Social psychology: A sourcebook. New York: Guilford, S. 153-176.
- ROOS E, PRATTALA R, LAHELMA E, KLEEMOLA P, PIETINEN P (1996): Modern and

- healthy? Socioeconomic differences in the quality of diet. Eur J Clin Nutr 50: 753-760.
- ROSENBERG L, PALMER JR, SHAPIRO S (1990): Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. N Engl J Med 322: 213-217.
- RUBINS HB, ROBINS SJ, COLLINS D, FYE CL, ANDERSON JW, ELAM MB, FAAS FH, LINARES E, SCHAEFER EJ, SCHECTMAN G, WILT TJ, WITTES J (1999): Gemfibrozil for the secondary prevention of coronary heart disease in men with low levels of high-density lipoprotein cholesterol. Veterans Affairs High-Density Lipoprotein Cholesterol Intervention Trial Study Group. N Engl J Med 341: 410-418.
- RÜLING A (2007): Jenseits der Traditionalisierungsfallen: Wie Eltern sich Familien- und Erwerbsarbeit teilen. Frankfurt am Main: Campus.
- RÜTZLER H (2009): Fachbeiträge vom 51. VDD Bundeskongress in Wolfsburg. Essalltag heute – Chancen für die Beratung. Ernährungs-Umschau 56: 646.
- SALVY S, KIEFFER E, EPSTEIN L (2008): Effects of social context on overweight and normal-weight children's food selection. Eat Behav 9: 190-196.
- SAPP SG, JENSEN HH (1998): An evaluation of the health belief model for predicting perceived and actual dietary quality. J Appl Soc Psychol 28: 235-248.
- SCHACK PS (2005): Nachhaltige Ernährungsstile im Alltag. Eine qualitative Studie zur Praktikierbarkeit der Vollwert-Ernährung in Familien. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- SCHIER M, JURCZYK K (2007): Familie als Herstellungsleistung in Zeiten der Entgrenzung. Aus Politik und Zeitgeschichte 34: 10-17.
- SCHLEGEL-MATTHIES K (2002): Die Tischgemeinschaft vor dem Aus? „Liebe geht durch den Magen“. Mahlzeit und Familienglück im Wandel der Zeit. In: Der Bürger im Staat. Nahrungskultur, Essen und Trinken im Wandel 52 (4): 208-211. Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg.

- SCHLICHT W (2000): Gesundheitsverhalten im Alltag: Auf der Suche nach einem Paradigma. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 8: 49-60.
- SCHNOLL R, ZIMMERMAN BJ (2001): Self-regulation training enhances dietary self-efficacy and dietary fiber consumption. J Am Diet Assoc 101: 1006-1011.
- SCHÜTZ A (1993): Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie. Berlin: Suhrkamp.
- SCHÜTZ A, LUCKMANN T (2003): Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: Universitätsverlag.
- SCHÜTZ B (2006): Emotion und Volition bei regelmäßigem Gesundheitsverhalten. Angst und Planung bei Dentalhygiene mittels Zahnseide. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 14: 64-72.
- SCHUMAN H, PRESSER S (1981): Questions and answers in attitude surveys. Experimental on question form, wording and context. New York: Academic Press.
- SCHWANDT P, PARHOFER KG (Hrsg) (2006): Handbuch der Fettstoffwechselstörungen. Dyslipoproteinämien und Atherosklerose: Diagnostik, Therapie und Prävention. 3. vollst. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- SCHWARZER R (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3. überarb. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- SCHWARZER R (2008): Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. Appl Psychol 57: 1-29.
- SCHWARZER R, HAHN A, VON LENGERKE T, RENNER B (1996): Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben Risikoinformation und Gesundheitskognition „Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS). Freie Universität Berlin. Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie. Im Internet unter: http://www.andre-hahn.de/downloads/pub/1996/1996_BRAHMS_Abschlussbericht.pdf, Stand: 09.04.2012.

- SCHWARZER R, KNOLL N (2007): Functional roles of social support within the stress and coping process: a theoretical and empirical overview. *Int J Psychol* 42: 243-252.
- SCHWARZER R, SCHÜTZ B, ZIEGELMANN JP, LIPPKE S (2007): Adoption and maintenance of four health behaviors: Theory-guided longitudinal studies on dental flossing, seat belt use, dietary behavior and physical activity. *Ann Behav Med* 33: 156-166.
- SCHWEITZER R VON (1991): Einführung in die Wirtschaftslehre des privaten Haushalts. UTB für Wissenschaft: Uni-Taschenbücher, Bd. 1595. Stuttgart: Ulmer.
- SEEMÜLLER T (2007): Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ambiente und der Wahrnehmung und Bewertung von Mahlzeiten? Empirische Studie zur Erforschung von Esssituationen im Kontext von Ambiente. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. oec. troph.) am Fachbereich Agrarwissenschaften, Ökotrophologie und Umweltmanagement Institut für Ernährungswissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen.
- SEIFERT H (2007): Arbeitszeit – Entwicklungen und Konflikte. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 33: 17-24.
- SETZWEIN M (2004): Ernährung – Körper – Geschlecht. Zur sozialen Konstruktion von Geschlecht im kulinarischen Kontext. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- SEYMOUR J, YAROCH A, SERDULA M, BLANCK H, KHAN L (2004): Impact of nutrition environmental interventions on point-of-purchase behavior in adults: A review. *Prev Med* 39 (Suppl 2): S108-S136.
- SHAHAR D, SHAI I, VARDI H, SHAHAR A, FRASER D (2005): Diet and eating habits in high and low socioeconomic groups. *Nutrition* 21: 559-566.
- SHANNON B, BAGBY R, WANG MQ, TRENKER L (1990): Self-efficacy: A contributor to the explanation of eating behavior. *Health Educ Res* 5: 395-407.
- SHEPHERD R (1999): Social determinants of food choice. *Proc Nutr Soc* 58: 807-812.

- SHEPHERD R (2002): Resistance to changes in diet. *Proc Nutr Soc* 61: 267-272.
- SHEPHERD R (2005): Influences on food choice and dietary behavior. *Forum Nutr* 57: 36-43.
- SINGH IM, SHISHEHBOR MH, ANSELL BJ (2007): High-density lipoprotein as a therapeutic target: a systematic review. *JAMA* 298: 786-798.
- SIEGRIST J (2006): Stress und Dyslipoproteinämien. In: Schwandt P, Parhofer KG (Hrsg): *Handbuch der Fettstoffwechselstörungen. Dyslipoproteinämien und Atherosklerose: Diagnostik, Therapie und Prävention*. 3. vollst. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Schattauer, S. 322-331.
- SIEVERDING M (1998): Sind Frauen weniger gesund als Männer? Überprüfung einer verbreiteten Annahme anhand neuerer Befunde. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 50: 471-489.
- SIEWERT E (2009): Psychosoziale Risikofaktoren bei Adipositas und Metabolischem Syndrom. *Ernährung und Medizin* 24: 98-104.
- SKEAFF SM, MILLER J (2009): Dietary fat and coronary heart disease: summary of evidence from prospective cohort and randomised controlled trials. *Ann Nutr Metab* 55: 173-201.
- SNIEHOTTA FF, SCHOLZ U, SCHWARZER R (2005): Bridging the intention-behavior gap: Planning, self-efficacy and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychol Health* 20: 143-160.
- SOMMER R, STEELE J (1997): Social effects on duration in restaurants. *Appetite* 29: 25-30.
- SORENSEN G, STODDARD AM, DUBOWITZ T, BARBEAU EM, BIGBY J, EMMONS KM, BERKMAN LF, PETERSON KE (2007): The influence of social context on changes in fruit and vegetable consumption: Results of the healthy directions studies. *Am J Public Health* 97: 1216-1227.
- SORENSEN G, STODDARD AM, MACARIO E (1998): Social support and readiness to make dietary changes. *Health Educ Behav* 25: 586-598.
- STALLONE D, BRUNNER E, BINGHAM S, MARMOT M (1997): Dietary assessment in

- Whitehall II: the influence of reporting bias on apparent socioeconomic variation in nutrient intakes. *Eur J Clin Nutr* 51: 815-825.
- STAMLER J, SHEKELLE R (1988): Dietary cholesterol and human coronary heart disease. The epidemiologic evidence. *Arch Pathol Lab Med* 112: 1032-1040.
- STARCK F (1994): Zur Psychologie der standardisierten Befragung. Kognitive und kommunikative Prozesse. Berlin: Springer.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (2011): Statistisches Jahrbuch 2011 für die Bundesrepublik Deutschland mit „Internationalen Übersichten“. Kusterdingen. Im Internet unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/SharedContent/Oeffentlich/B3/Publikation/Jahrbuch/StatistischesJahrbuch,property=file.pdf>, Stand: 09.04.2012.
- STEPTOE A, PERKINS-PORRAS L, RINK E, HILTON S, CAPPuccio F (2004): Psychological and social predictors of changes in fruit and vegetable consumption over 12 months following behavioral and nutrition education counseling. *Health Psychol* 23: 574-581.
- STIEß I, HAYN D (2005): Ernährungsstile im Alltag. Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung. Diskussionspapier Nr. 5. Frankfurt/Main [Druckort].
- STIEß I, HAYN D (2006): Alltag. In: Becker E, Jahn T (Hrsg.): Soziale Ökologie. Grundzüge einer Wissenschaft von den gesellschaftlichen Naturverhältnissen. Frankfurt/Main: Campus, S. 211-223.
- STOCK M, STOCK WG (2003): Wissenschaftliche Artikel, Patente und deren Zitationen: Der Wissenschaftsmarkt im Fokus. *Password* 10: 30-37.
- STOTLAND S, ZUROFF DC (1991): Relations between multiple measures of dieting self-efficacy and weight change in a behavioral weight control program. *Behav Ther* 22: 47-59.
- STRATTON P, BROMLEY K (1999): Families' Accounts of the Causal Processes in Food Choice. *Appetite* 33: 89-108.
- STRETCHER VL, CHAMPION VL, ROSENSTOCK IM (1997): The health belief model

- and health behavior. In: Gochman DS (Hrsg.): Handbook of health behavior Research I. Personal and social determinants. London: Plenum Press, S. 71-91.
- STROEBE W, JONAS K (2003): Gesundheitspsychologie - eine sozialpsychologische Perspektive. In: Stroebe W, Jonas K, Hewstone M (Hrsg.): Sozialpsychologie: Eine Einführung. 4. Auflage. Berlin: Springer, S. 579-622.
- SUTER PM (2008): Checkliste Ernährung. 3. aktualisierte Auflage. Stuttgart: Thieme.
- SUTTON S (2005): Stage theories of health behavior. In: Conner M, Norman P (Hrsg.): Predicting Health Behavior. Research and practice with social cognition models. 2. Auflage. Buckingham: Open University Press, S. 223-275.
- TAUNUS BKK (Hrsg.) (2004): Vital am Arbeitsplatz – Gesunde Ernährung im Betrieb. Ein Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung unter wissenschaftlicher Leitung der Universität Karlsruhe sowie der Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel. Im Internet unter: http://www.healthatwork-online.de/fileadmin/downloads/Projektbericht_Vital_am_Arbeitsplatz.pdf, Stand: 09.04.2012.
- TERBORG J, HIBBARD J, GLASGOW R (1995): Behavior change at the worksite: Does social support make a difference? Am J Health Promot 10: 125-131.
- TEUTEBERG HJ, WIEGELMANN G (1986): Unsere tägliche Kost: Studien zur Geschichte des Alltags. Münster: Copenrath.
- TONSTAD S, SUNDFOR T, SELJEFLØT I (2005): Effect of lifestyle changes on atherogenic lipids and endothelial cell adhesion molecules in young adults with familial premature coronary heart disease. Am J Cardiol 95: 1187-1191.
- TRIMMEL M, STANEK C (1998): Motivationsfaktoren der Gesundheitsförderung: Grundlagen, experimentelle Analysen und eine Interventionsstudie zur Wirkung des Modelllernens. In: Dür W, Pelikan JM (Hrsg.): Qualität in der Gesundheitsförderung. Wien: Facultas Universitätsverlag, S. 77-91.

- VARTANIAN LR, WANSINK B, HERMAN CP (2008): Are we aware of the external factors that influence our food intake? *Health Psychol* 27: 533-538.
- VEEN J VAN DER, BAKX C, HOOGEN H VAN DEN, VERHEIJDEN M, BOSCH W VAN DEN, WEEL C VAN, STAVEREN W VAN (2002): Stage-matched nutrition guidance for patients at elevated risk for cardiovascular disease: a randomized Intervention study in family practice. *J Fam Pract* 51: 751-758.
- VEREECKEN CA, KEUKELIER E, MAES L (2004): Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite* 43: 93-103.
- VERHEIJDEN M, VEEN J VAN DER, BAKX C, AKKERMANS RP, HOOGEN H VAN DEN, STAVEREN W VAN, WEEL C VAN (2004): Stage-matched nutrition guidance: stages of change and fat consumption in Dutch patients at elevated cardiovascular risk. *J Nutr Educ Behav* 36: 228-237.
- VOLK-UHLMANN C (2006): Bestimmungsfaktoren der Lebensmittelnachfrage. Eine Regressionsanalyse. *Ernährung im Fokus* 6: 348-354.
- VOß G (1991): Lebensführung als Arbeit. Über die Autonomie der Person im Alltag der Gesellschaft. Stuttgart: Enke.
- VOß G (1995): Entwicklung und Eckpunkte des theoretischen Konzepts. In: Projektgruppe „Alltägliche Lebensführung“ (Hrsg.): Alltägliche Lebensführung. Arrangements zwischen Traditionalität und Modernisierung, Opladen: Leske Budrich, S. 23-43.
- WAHRBURG U, ASSMANN G (2004a): Hyperlipoproteinämien. In: Biesalski HK, Fürst P, Kasper H, Kluthe R, Pöler W, Puchstein C, Stähelin HB (Hrsg.): Ernährungsmedizin. 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme, S. 376-390.
- WAHRBURG U, ASSMANN G (2004b): Herz- und Gefäßkrankheiten. In: Biesalski HK, Fürst P, Kasper H, Kluthe R, Pöler W, Puchstein C, Stähelin HB (Hrsg.): Ernährungsmedizin. 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme, S. 391-413.
- WANDEL M (1995): Dietary intake of fruit and vegetables in Norway: influence of life phase and socio-economic factors. *Int J Food Sci Nutr* 46: 291-301.

- WANSINK B (2004): Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers. *Annu Rev Nutr* 24: 455-479.
- WARDLE J, STEPTOE A, OLIVER G, LIPSEY Z (2000): Stress, dietary restraint and food intake. *J Psychosom Res* 48: 195-202.
- WARSCHBURGER P, RICHTER M (2009): Gesunde Ernährung und Bewegung: Was verhindert und erleichtert Müttern den Zugang zu Präventionsprogrammen? *Aktuel Ernaehr Med* 4: 88-94.
- WEBB TL, SHEERAN P (2006): Does Changing Behavioral Intentions Engender Behavior Change? A Meta-Analysis of the Experimental Evidence. *Psychol Bull* 132: 249-268.
- WEBER M (1976): *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriß der verstehenden Soziologie*. 5. korr. Auflage. Tübingen: Mohr.
- WEGGEMANN S (1996): Entwicklung des Ernährungsverhaltens der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland von 1950 bis 1990. In: Kutsch T, Weggemann S (Hrsg.): *Ernährung in Deutschland nach der Wende: Veränderungen in Haushalt, Beruf und Gemeinschaftsverpflegung*. 14. und 15. Wissenschaftliche Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsverhalten e.V. Bonner Studien zur Wirtschaftssoziologie Band 3. Witterschlick, Bonn: M. Wehle, S. 21-47.
- WEINBERG RS, HUGHES HH, CRITELLI JW, ENGLAND R, JACKSON A (1984): Effects of preexisting and manipulated self-efficacy on weight-loss in a self-control program. *J Res Pers* 18: 352-358.
- WEINER B, PERRY RP, MAGNUSSON J (1988): An attributional analysis of reactions to stigmas. *J Pers Soc Psychol* 55: 738-748.
- WEINSTEIN ND, ROTHMAN AJ, SUTTON SR (1998): Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychol* 17: 290-299.
- WEITKUNAT R (2004): *New Public Health*. Prävention 4: 99-104.
- WIEDEMANN AU, LIPPKE S, REUTER T, SCHÜTZ B, ZIEGELMANN JP, SCHWARZER R (2009): Prediction of stage transitions in fruit and vegetable intake. *Health Educ Res* 24: 596-607.

- WILSON K, GIBSON N, WILLAN A, COOK D (2000): Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. Arch Intern Med 160: 939-944.
- WINDLER E, ZYRIAX BC (2010): Fettstoffwechselstörungen und Prävention der koronaren Herzkrankheit. Ernährungs-Umschau 57: 656-666.
- WING R, JEFFERY R (1999): Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. J Consult Clin Psychol 67: 132-138.
- WINKLER K, MÄRZ W, WIELAND H (2007): Handbuch der Fettstoffwechselstörungen. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- WISSENSCHAFTSJAHR 2011 – FORSCHUNG FÜR UNSERE GESUNDHEIT. EINE INITIATIVE DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (Auftraggeber): Umfrage zum Thema Cholesterin; Berlin, 17.06.2011. Umfrage-Institut: forsa. Im Internet unter: <http://www.forschung-fuer-unsere-gesundheit.de/zielgruppen-navigation/presse/pressemitteilungen.html>, Stand: 09.04.2012.
- WOLFRAM G (2002): Ernährungstherapie bei Dyslipoproteinämien. Aktuel Ernaehr Med 27: 172-181.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (Hrsg.) (1948): Präambel zur Satzung. Genf.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (Hrsg.) (2000): Glossar Gesundheitsförderung. Gamburg.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (Hrsg.) (2002a): Der europäische Gesundheitsbericht 2002. Europäische Schriftenreihe, Nr. 97. Kopenhagen.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (Hrsg.) (2002b): The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Genf.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (Hrsg.) (2003a): Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Technical Report Series, Nr. 916. Genf.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (Hrsg.) (2003b): Social determinants of health.

The solid facts. Genf: WHO. Im Internet unter: <http://www.euro.who.int/doc-ument/e81384.pdf>, Stand: 09.04.2012.

WORLD HEALTH ORGANISATION (Hrsg.) (2004): The atlas of heart disease and stroke. Genf.

WORLD HEALTH ORGANISATION (Hrsg.) (2005): Preventing chronic diseases. A vital investment. Genf. Im Internet unter: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf, Stand: 09.04.2012.

WYDLER H, KOLIP P, ABEL T (Hrsg.) (2006): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim: Juventa.

YAMAMOTO JA, YAMAMOTO JB, YAMAMOTO BE, YAMAMOTO LG (2005): Adolescent and adult fast food and restaurant ordering behavior with and without calorie and fat content menu information. J Adolesc Health 37: 297-402.

YU-POTH S, ZHAO G, ETHERTON T, NAGLAK M, JONNALAGADDA S, KRIS-ETHERTON PM (1999): Effects of the National Cholesterol Education Program's Step I and Step II dietary intervention programs on cardiovascular disease risk factors: a meta-analysis. Am J Clin Nutr 69: 632-646.

YUSUF S, HAWKEN S, OUNPUU S, DANS T, AVEZUM A, LANAS F, MCQUEEN M, BUDAJ A, PAIS P, VARIGOS J, LISHENG L (2004): Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 364: 937-952.

ZIEGELMANN JP (2002): Gesundheits- und Risikoverhalten. In: Schwarzer R, Jerusalem M, Weber H (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A-Z. Göttingen: Hogrefe, S. 152-155.

ZIMMERMAN R, CONNOR C (1989): Health promotion in context: The effects of significant others on health behavior change. Health Educ Quarterly 16: 57-75.

IX ANHANG

Anhang 1: Leitfaden Gruppendiskussion _____	A
Anhang 2: Transkript Gruppendiskussion _____	B
Anhang 3: Probandengesuch Einzelinterview _____	C
Anhang 4: Leitfaden Einzelinterview _____	D
Anhang 5: Einstufung Haushaltsnettoeinkommen und Lebensalter _____	E
Anhang 6: Beispiel Gesprächsprotokoll _____	F
Anhang 7: Beispiel Transkript Einzelinterview _____	G
Anhang 8: Kodierleitfaden _____	H
Anhang 9: Klassifizierung der Stadienzugehörigkeit _____	I
Anhang 10: Beispiel Datenauswertung _____	J
Anhang 11: Studienliste zu Kapitel II, 4.2 _____	K
Anhang 12: Studienliste zu Kapitel II, 4.3 _____	L
Anhang 13: Studienliste zu Kapitel II, 4.4 _____	M

Ehrenwörtliche Erklärung

Anhang 1: Leitfaden Gruppendiskussion

Hinweis: Der Leitfaden ist detailliert ausformuliert worden. Dies soll der besseren Anschaulichkeit der Gesprächssituation dienen. Während der Diskussionsrunde diene der Leitfaden zur inhaltlichen Orientierung, ohne ihn jedoch wortwörtlich wiederzugeben.

Vorbemerkungen:

- a) **Mich als Diskussionsleiter sowie meine Assistenz vorstellen:** Karen Hildebrandt, Studium der Ökotrophologie an der FH Anhalt, derzeit externe Promotion an Justus-Liebig-Universität Gießen bei Frau Prof. Leonhäuser, Professur Ernährungsberatung und Verbraucherverhalten; Frau S. ist zudem zur technischen Unterstützung anwesend.
- b) **Untersuchungsziel darstellen:** Ziel der Untersuchung besteht darin, herauszufinden, welche Bedingungen des Alltagsgeschehens auf den Prozess einer Ernährungsverhaltensumstellung wirken.
- c) **Ziel der Gruppendiskussion (GD) erläutern:** Ziel dieser GD ist es, die aus der praktischen Erfahrung heraus relevanten Einflussfaktoren aus den drei Lebensbereichen „Haushalt/Familie“, „Arbeitsplatz/Kollegen“ und „Freizeit/Freunde“ (drei Bereiche sind visualisiert auf einzelnen Notizblättern) zu erfassen, die sich positiv oder negativ auf den Prozess einer Ernährungsverhaltensänderung auswirken können. Die Berater haben das praktische Expertenwissen, mit welchem das aus der Literatur erarbeitete theoretische Wissen abgeglichen werden soll. Die GD dient als Auftakt der Untersuchung: Basierend auf den heutigen Ergebnissen möchte ich Einzelinterviews durchführen mit Personen, die sich momentan auf dem Weg einer Ernährungsverhaltensänderung befinden.
- d) Für Datenauswertung ist **Aufzeichnung der Diskussion** notwendig (wie schon vorab in der Einladungs-E-Mail angekündigt) -> Einverständnis aller einholen!
- e) **Anonymisierte Datenauswertung** (Namen, Orte werden verschlüsselt).
- f) Bitten, **offen über praktische Erfahrungen zu berichten:** Sagen Sie, was Sie denken; es gibt kein Richtig oder Falsch. Ihre Meinungen interessieren mich.
- g) Assistenz ein Zeichen geben, dass **Zeit- und Tonmitschnitt gestartet** werden.

Gegenseitiges Kennenlernen

Lassen Sie uns die Diskussion mit einer kurzen Vorstellungsrunde starten (was für Klienten beraten Sie vorrangig, wo sind Ihre Tätigkeitsschwerpunkte? 2-3 Sätze).

In Beratungsgesprächen mit Ihren Klienten sprechen Sie ja auch über Dinge, die gut und weniger gut laufen bei der Ernährungsumstellung. Notieren Sie mir doch bitte einmal die Faktoren, die Ihnen genannt werden, die eine Ernährungsumstellung behindern sowie jene, die eine Ernährungsumstellung fördern. Hiermit meine ich weniger die innerpersönlichen Strukturen (Motivation, empfundene Bedrohlichkeit, Stellenwert von Gesundheit), vielmehr geht es mir um äußere Umstände/die Rahmenbedingungen (Zeit-, Geldfaktor, Unterstützung durch Familie ...). Was fällt Ihnen spontan dazu ein?

Zettel und Stifte geben

10 min. (danach: 25 min vergangen)

Wenn ich Sie richtig verstanden habe, würde das bezogen auf die drei Bereiche Haushalt/Familie, Beruf/Kollegen, Freizeit/Freunde bedeuten, dass der Bereich xy am einflussreichsten ist. Können Sie vielleicht sogar eine Rangfolge innerhalb der drei Bereiche vergeben?

5 min. (danach: 30 min vergangen)

Gehen wir nun die drei Bereiche detailliert durch. Kommen wir als erstes zum Bereich Familie und Haushalt. Welche Faktoren kennen Sie aus der Beratungspraxis, die sich förderlich bzw. hemmend darauf auswirken, „gesund“ zu essen?

- Decken sich familiäre Geschmacksvorlieben mit dem umgestellten Ernährungsverhalten der Person?
- Wie sehr zieht Familie mit? Welche Reaktionen werden zurückgespielt?
- Wie relevant ist es aus Ihrer Erfahrung heraus, wer bestimmt, was gegessen wird? (Partner, Kinder, gemeinsam? -> Zufriedenheit mit angebotenen Essen)
- Welchen Einfluss hat es, wer sich vorrangig um Einkaufen, Kochen, Mahlzeiten- und -zubereitung, Mahlzeiteneinnahme kümmert?
- Wie schätzen Sie Bedeutung der Arbeitsteilung (Rollenverteilung) ein sowie die Nutzung von Dienstleistern zur Haushalts-Unterstützung?
- Wie schätzen Sie die Frage nach bestehenden Fertigkeiten in der Küche ein?

15 min. (danach: 45 min vergangen)

Kommen wir nun zu den Bedingungen am Arbeitsplatz und zum kollegialen Umfeld. Welche Faktoren fallen Ihnen hier aus Ihrer praktischen Erfahrung heraus ein, die eine Ernährungsumstellung fördern oder hemmen können?

- Versorgungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz? Zufriedenheit mit Lebensmittelangebot am Arbeitsplatz?
- Welchen Einfluss hat es, ob das, was die Person isst, von dem abweicht, was Kollegen essen? Oder auch die Tatsache, ob sie die Mittagspause gemeinsam verbringen?
- Welchen Einfluss könnten Arbeitszeit, -zeitregelung haben?
- Wie relevant ist es aus Ihrer Erfahrung heraus, wie lange und wie flexibel jemand seine Pausen nehmen kann?
- Wie bedeutend halten Sie den Einfluss von Arbeitsablauf (vorgegeben vs. flexibel) und beruflicher Belastung?

15 min. (danach: 1 h vergangen)

Als dritten Bereich wollen wir den Komplex Freizeit / Freunde und Bekannte besprechen. Welche Faktoren können hier den Vorsatz, sich gesund ernähren zu wollen, fördern bzw. ihm schaden?

- Akzeptanz alter/neuer Ernährung durch Freunde und Bekannte?
- Wie relevant ist es aus Ihrer Erfahrung heraus, wie stark das, was Person isst, von dem, was Freunde essen, abweicht?
- Welchen Einfluss hat es, wie zufrieden die Person mit dem Speisenangebot außer Haus ist (wird Einschränkung empfunden, wenn gesunde Ernährung gewollt, aber Angebot unpassend)?
- Welchen Einfluss hat die Erwartungshaltung von Freunden/Bekannten auf das Ernährungsverhalten der Person?
- Welche abweichenden Verzehrsituationen von der sonst üblichen Ernährung (und damit verbundene Schwierigkeiten) werden Ihnen benannt?
- Ist der unterschiedliche zeitliche Umfang von Freizeitaktivitäten für Änderungen im Ernährungsverhalten beeinflussend?

15 min. (danach: 1h 15 min vergangen)

Abschließend möchte ich gern einen Versuch mit Ihnen machen. Die Literatur beschreibt eine Änderung im Gesundheitsverhalten (wozu auch das Ernährungs-

verhalten zählt) als einen **Prozess, der über fünf Stadien abläuft (s. Flipchart)**. Vielleicht haben Sie schon einmal von dem sozial-kognitiven Prozessmodell von Ralf Schwarzer gehört. Hier wird der Einfluss von **verschiedenen psychologischen Komponenten (wie Risikowahrnehmung; Erwartung, das eigenen Verhalten ändern zu können; Erwartungen, was Verhaltensänderung bringt)** diskutiert. Einflüsse von außen, wie die soeben zusammengetragenen Alltagsbedingungen, finden kaum Beachtung bzw. wenn, dann wird ihnen **nur in der letzten Phase einen Platz eingeräumt. Wie sehen Sie das?** Gehen wir die einzelnen Bereiche nochmals durch und äußern Sie bitte zu jedem ermittelten Faktor, in welcher Phase er Ihrer Meinung nach den meisten Einfluss hat.

Am Ende jedes Flipcharts fragen: **Sind damit alle einverstanden?**

Gibt es noch einen wichtigen Aspekt zum Thema, der aus Ihrer Sicht bislang zu wenig berücksichtigt wurde?

Dann kann ich mit Freude und Dank an Sie zurückspielen, dass mir diese Diskussionsrunde sehr gut gefallen hat **und sie mir, insbesondere was mein Forschungsprojekt angeht, sehr hilfreich war!** Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben (kleines Dankesgeschenk übergeben).

Abschließende Bitte:

Ich möchte Personen in den einzelnen Stadien einer Verhaltensänderung interviewen. Hier sollen die Alltagsbedingungen, die in der Diskussionsrunde als Einflussfaktoren identifiziert wurden, mit angesprochen werden. Klienten nennen, die aus Ihrer Sicht für ein Einzelinterview offen wären. Die **Befragten der Einzelinterviews:**

- haben erhöhte Cholesterinwerte und
- sind berufstätig (mind. ¾-Stelle).

Anhang 2: Transkript Gruppendiskussion

I – Interviewer

B – Befragter

f – feminin (z. B.: B1f – Befragter Nr. 1, feminin)

m – maskulin (z. B.: B6m – Befragter Nr. 6, maskulin)

I: Lassen Sie uns mit einer kurzen Vorstellungsrunde beginnen, weil sich ja nicht alle am Tisch hier kennen. Vielleicht einfach in zwei, drei Sätze, was die Schwerpunkte Ihrer Arbeit sind, was für Klienten Sie haben ... Möchten Sie beginnen, Frau B1f?
00:00:36-9

B1f: Meine Schwerpunkte sind Essstörungenberatungen bei Anorexie und Bulimie im Wesentlichen, auch manchmal Binge Eating. Und viele Intoleranzen, Fruchtzucker, Histamin, Gluten. Relativ selten ganz normale Übergewichtsberatungen, aber ich habe viele Erfahrungen von früheren Beratungen. 00:00:56-6

B2f: Ich bin hauptsächlich tätig im Bereich Übergewicht, Adipositas mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Sowohl in der Einzelberatung als auch in Gruppen, über viele Jahre. 00:01:10-6

B3f: Ich habe hauptsächlich mit Übergewichtigen zu tun, die zu motivieren, ihr Verhalten zu ändern. Ja, was ich auch gerne mache, ist so Prävention, Kinderernährung, nicht oft, aber ab und an. Hinzu kommen dann auch noch mal Fruktoseintoleranzen, Einzelberatungen und Kurse. 00:01:41-2

B4f: Ich mache Adipositas-Ernährung, ich mache im Moment nur Einzelberatungen und habe auch schon in Betrieben Sachen gemacht. Mache auch Intoleranzen, auch Allergien, eigentlich alles, was so kommt. Mache auch mit Kindern eine ganze Menge. 00:01:56-8

B5f: Ich arbeite mit B2f zusammen und habe auch vorrangig übergewichtige Klienten, von jung bis alt, mit den verschiedensten sozialen Hintergründen. 00:02:01-8

B6m: Ich mache Ernährungsberatung bei Übergewicht hauptsächlich, bei verschiedenen Nahrungsmittel-Intoleranzen, Gruppenberatungen ebenfalls, bei Sportvereinen und im Mobilis-Programm und viele betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen. 00:02:24-0

B7f: Ich mache auch ähnliches wie B6m. Ansonsten ist Schwerpunkt Diabetes und alles rundum, was dazu gehört. 00:02:37-9

I: Dankeschön soweit. Es ist ja vermutlich so, dass Sie in Beratungsgesprächen mit Ihren Klienten auch sicherlich darüber sprechen, was gut läuft, was weniger gut bei der Umsetzung der Ernährungsziele. Und ich möchte Sie bitten, zunächst mal auf den Karten zu notieren, welche Faktoren Ihnen bei der praktischen Arbeit mit Klienten genannt werden, die eine Ernährungsumstellung behindern oder fördern - beides ist mir wichtig. Mir geht es dabei weniger darum, innerpersönliche Strukturen, wie Motivation oder gesundheitliche Bedrohung, zu erfassen, sondern eher um die Rahmenbedingungen, also die äußeren Umstände, wie Zeit- oder Geldfaktor. Was fällt Ihnen spontan dazu ein? [leere Moderationskarten sowie Filzstifte werden verteilt]

[Aus technischen Gründen ist ein Stoppen der Aufnahme nötig, sodass nun Zeitzählung wieder von vorn beginnt.] 00:00:00-0

[Diskussionsteilnehmer beschreiben Karten mit Stichpunkten]

I: Während einige noch schreiben, fange ich mal an zu sortieren, was Sie mir so zurückgespielt haben. Ich sortiere die Karten den drei Bereiche zu: Hier habe ich Familie/Haushalt, hier Arbeitssituation, hier Freunde und hier sind Punkte, die doch eher innerpersönlich sind. Das sind generell durchaus wichtige Faktoren, aber im Moment sind diese Dinge nicht so relevant für mich. 00:09:25-4

[Karten werden weiterhin beschrieben bzw. I sortiert fertige Karten]

I: Von der Menge der Karten her zu urteilen, sieht es so aus, dass der Bereich Familie/Haushalt den einflussreichsten Bereich darstellt, dann Arbeitsfeld und als letztes Freizeitbereich. Würden Sie die Rangfolge so sehen? 00:09:53-5

B6m: Ja, kommt natürlich darauf an. Wenn jetzt jemand alleine ist, dann ist bei dem Familie nicht so wichtig. Ansonsten stimme ich Ihnen aber zu. 00:09:57-5

[Zustimmung aller Beteiligten durch Kopfnicken und mündliche Zustimmung mit "Ja"]
00:10:01-1

I: Dann würde ich jetzt die einzelnen Bereiche nochmal detailliert durchgehen wollen. Fangen wir mit Haushalt an. 'Familie zieht mit' [Verlesen der ersten Karte]. Wenn Sie damit einverstanden sind, würde ich es gern so handhaben wollen, dass der, der die Karte geschrieben hat, kurz erklärt, was er darunter verstanden hat und die anderen können es ergänzen gegebenenfalls. 00:10:22-9

B3f: Oft sind es dann die Männer, die sagen 'Och nee, jetzt hier, ich möchte gern mein Fleisch und meine Soße und dann will ich hier nichts ändern. Ich will nicht zum Kaninchen werden, sonst wachsen mir noch Hasenzähne, wenn ich nur Karotten futter.' So das ist gerade in den Handwerkerkreisen oft zu hören, dass die Frauen ganz gerne wollen würden, aber der Mann, spätestens dann die pubertierenden Kinder, die dann nur Pizza und Pommes wollen. 00:10:48-4

I: Also, dass die Geschmacksvorlieben so ein bisschen auseinander gehen, dass andere aus der Familie was anderes gerne wünschen [B3f: Ja] als die Person, die die Ernährung umstellen wollen. 00:10:56-5

B2f: Und irgendwie auch nicht so die Kompromissbereitschaft haben und sagen 'Okay, koch du mal so, ich esse mein Stück Fleisch dann extra und du mehr Gemüse, geht schon klar.' Sondern, die dann eher an der grundsätzlichen Zusammensetzung rumnörgeln. 00:11:08-3

B2f: 'Familie zieht nicht mit' - dazu passt aber auch, wenn die Großmutter immer kocht [B3f, B6m, B7f: Ja, Hmm.] und dann die Enkelin dann kommt und die verwöhnt wird. Bei langjährigen Beziehungen gibt es Großmutter, die Kinder, Jugendliche und später auch die Erwachsenen permanent überversorgt werden und sich gar nicht zur Wehr setzen können, weil die Oma dann beleidigt ist. 00:11:29-9

B3f: Nicht nur der, der das jetzt kocht, sondern auch eben, wenn man bekocht wird. 00:11:44-2

I: also wechselseitig... 00:11:44-7

B3f: Ja, genau. 00:11:45-8

I: [liest neue Karte vor] Alltagsrituale. 00:11:51-7

B5f: Ja, das kommt von mir. Es gibt ja so liebgewonnene Alltagsrituale, die man eben hat. Nach dem Mittag eine Tasse Kaffee mit Keksen oder Abends vor dem Fernseher

geht es nicht ohne was zu knabbern. Das ist um so schwerer, wenn noch andere mit beteiligt sind. Wenn die Freundin, mit der man immer jeden Mittwoch essen geht, so was halt. 00:12:27-8

B2f: Ja, oder irgendwie das Glas Wein. Der eine würde gern weiter trinken. Der andere sagt 'Ich brauch das nicht.' - dann ist das angenehme, das positive eines Rituals hinüber. An der Stelle steht dann nichts und immer die Versuchung 'trink doch eins'. 00:12:53-1

B7f: Ritual ist auch Aufessen. Ich hatte neulich jemanden, der sagte, er muss immer aufessen, was übrig bleibt als Vater. Obwohl er selbst es gar nicht wollte. War ganz spannend. 00:13:07-4

B1f: Ist ja auch ein Ernährungserziehungsanteil. Also bei ihm anscheinend auch ein Thema gewesen, dass kenne ich nämlich auch. Dass er dann das mit in die Familie trägt. [B7f: Ja] 00:13:18-0

I: [liest neue Karte vor] Kinder, Stress. 00:13:21-1

B6m: Was den weiblichen Anteil der Bevölkerung betrifft, sind sie hauptsächlich verantwortlich für die Kindererziehung. Und es wird sehr viel Energie darin gelegt und das eigene Leben wird sehr stark nach hinten genommen. Das heißt, es wird alles für die Kinder getan. Die Frau achtet gar nicht mehr so richtig auf sich, sondern versucht nur noch allen anderen gerecht zu werden und kümmert sich überhaupt nicht mehr um sich selbst. Und das ist meines Erachtens ein ganz großes Problem. 00:13:52-6

B7f: Sie versucht ja auf allen Ebenen zu agieren [B6m: Ja, genau]. Und wenn sie jetzt selber Patientin ist und selber abnehmen will, was verändern will, funktioniert das weniger. 00:14:03-3

B6m: Gerade in der Beratung ist auch ganz oft das Thema 'Ich muss gucken, das mein Kind pünktlich in den Kindergarten kommt, oder in die Schule kommt, dann muss ich gucken, dass mein Kind zum Sportunterricht kommt und das und das und das'. Selbst wird gar nicht darauf geachtet, es wird irgendwas gegessen, wie auch immer, Hauptsache es geht schnell. Oder es wird gar nichts gegessen, was noch schlimmer ist. 00:14:19-8

I: Also auch der Zeitfaktor letztendlich, der das Essen mit bestimmt. [B6m: Ja, genau] 00:14:22-8

B4f: Und auch, dass die Kinder zu unterschiedlichen Zeiten aus der Schule kommen. Man will/ soll gemeinsam essen und die Mutter dann immer noch mal mitisst, weil man ja nicht will, dass das Kind sonst alleine isst. [B2f, B3f: Ja, Hmm]. 00:14:35-2

I: Und wie schätzen Sie das ein umgedreht: Dass letztendlich auch die Kinder bestimmen, was gegessen werden soll. Oder hat das überhaupt einen Einfluss, wer bestimmt, was gegessen wird, wer kauft was ein? 00:14:46-6

B6m: Ich denke, es gibt viele Kinder, die wirklich Druck machen. Die wirklich implizit die Mutter unter Druck setzen, was gegessen wird. Es wird manchmal die Verantwortung von der Mutter weggenommen und um für sich Ruhe zu gewinnen, wird dann gerne mal in der Ernährungsschiene gesagt 'Okay dann gebe ich dem Kind ein Stück Schokolade, dann ist es ruhig' - mal ganz banal gesagt. Und das schleicht sich dann letztendlich irgendwann in Alltagsrituale ein. Und die Kinder merken das dann sehr, sehr schnell. Wenn es Nachmittags zwei mal hintereinander Schokolade gab, dann wird am nächsten Tag geschrien bis es dann das auch gibt. 00:15:29-5

B7f: Das kann dann auch ein Alltagsritual bei den Großeltern sein, dass sie den Kindern ein Stück Schokolade anbieten, wenn sie schreien. 00:15:36-1

B4f: Obwohl ich durchaus auch das andere Extrem habe. Die wirklich ganz bewusst überhaupt nicht Naschen und im Grunde genommen gar kein normalen Umgang mit Naschen gelernt wird [B6m: Hmm]; nur Obst und Gemüse gegessen wird. 00:15:52-5

I: Also diese Verbote letztendlich... 00:15:53-3 [B7f: Ja, genau.]

B4f: Naja, ich meine, sie werden gar nicht als Verbot gesehen. Wenn ich ein Kind habe, dann gibt es das einfach nicht. Also ich verbiete dann ja nichts, ich biete es einfach nicht an. Also sie sehen das nicht deutlich als Verbot. 00:16:08-8

I: [liest neue Karte vor] Lebenspartner hinderlich. 00:16:45-7

B6m: Das ist letztlich dasselbe wie oben. Partner, Kinder ... andere Wünsche. Gerade männliche Partner sind da wirklich sehr hart. 00:16:55-5

I: Wie ist es denn überhaupt in der Beratung. Sind dort vorrangig Frauen oder vorrangig Männer bei Ihnen? 00:17:01-8

B4f: Frauen. 00:17:01-9

B6m: Männer. Wirklich sehr gemischt und auch Familien, also kombiniert. Wobei das faszinierende ist ja auch bei Männern, wird es ähnlich gesehen was jetzt zum Beispiel das Thema Essen betrifft. Männer würden sehr gerne gesunde Kost zu sich nehmen. Da kann man den Spieß tatsächlich teilweise umdrehen. Nur das ist so letztlich eine Wechselwirkung. Weil die Frau denkt, sie tut dem Mann was Gutes und gibt ihm sein Stück Fleisch mit Soße. Männer müssen eine ganz klare Ansage kriegen. 'So, das gibt es jetzt nicht mehr und jetzt wird das so und so gemacht' ... würde jeder Mann mitmachen. Aber es wird nicht gemacht. Das sind einfach Erfahrungswerte mittlerweile von mir. 00:17:44-7

B7f: Ja, das ist richtig. Ich habe neulich einen Patienten gehabt, da war dieses Alltagsritual. Da hat die Frau immer, wenn Kartoffeln übrig geblieben sind, daraus Bratkartoffeln gemacht. Das war ein Ritual, also weil es regelmäßig Bratkartoffeln gab. Und immer, wenn der Mann nach Hause gekommen ist, musste er die Bratkartoffeln aufessen, die übrig geblieben sind vom Kind. Das war ein Ritual plus die Frau hat bestimmt, was der Mann Abends isst - obwohl er dies gar nicht wollte. 00:18:04-9

B1f: Aber der Mann hat doch einen eigenen Willen ... 00:18:18-2

B7f: Ja, ja, aber den eigenen Willen gegenüber dem Frieden zu Hause dagegen zu setzen. Das ist unterschiedlich wie sie damit umgehen. Der Mann will den Stress nicht haben, sich mit der Frau auseinander setzen zu müssen. 00:18:40-3

I: Im Prinzip ist es dann auch entscheidend, wer letztlich den Einkauf tätigt, wer plant, was gegessen wird überhaupt? 00:19:04-6

B6m: Hmm. 00:19:04-4

B7f: Ja, wenn derjenige nicht fragt. Also wenn ich die Mitglieder in der Familie frage 'Was wollt ihr essen und was wollt ihr haben?'. Und der, der einkaufen geht, auch das kauft, was gesagt wird, dann funktioniert es. Aber, wenn diejenige Person alleine einkaufen geht und meint, sie macht es richtig, dann haben wir ein Problem. 00:19:22-2

I: Und können Sie abschätzen, was bei Ihnen eher der Fall ist, dass die Leute zu Ihnen in die Beratung kommen, die selbst kochen und das selber in der Hand haben oder die, die bekocht werden? 00:19:39-8

B1f: Eher selten. Vor allem die, die kochen. [B4f: Hmm] 00:19:45-5

B7f: Kommt auf die Altersstruktur drauf an. Und, ob die alleine leben oder nicht. Also beziehungsweise, wer dann noch um die rum ist. Also in der jüngeren Generation wird ja fast gar nicht mehr gekocht. Jünger heißt für mich, alles unter 30. Darüber ist ja manchmal eine Partnerschaft da, da wird dann mehr essen gegangen. Und die Älteren, wenn es noch einen Lebenspartner gibt, da kocht die Frau eher. Aber es gibt auch viele Männer, die selber kochen. 00:20:19-0

B3f: Selbst, wenn jetzt der Mann irgendwelche Gichtprobleme hat, dann machen wir auch Termine, wo sie dann auch dabei ist. Also das der Partner, dann auch dabei ist. 00:20:34-3

I: Also, dass die Person, die es letztlich zubereitet, dann auch dabei ist. 00:20:39-6

I: [liest neue Karte vor] Geld ist knapp. 00:20:42-1

B1f: Dieses Thema alleine 'Essen Sie mehr Obst und Gemüse oder auch mal Fisch.' Und da ist von sozial schwachen Familien ganz oft der Einwand 'Ja, wissen Sie, das kann ich mir heute nicht mehr leisten.' Also regelmäßig für eine vier- oder fünfköpfige Familie fünf Portionen am Tag Obst oder Gemüse zu präsentieren, das ist ganz häufig ein Argument in der Beratung. 00:21:13-5

B7f: Das kann ich nur bestätigen. [B6m: Dito] 00:21:18-7

I: [liest neue Karte vor] Familienprobleme, Sorgen. 00:21:27-9

B6m: Familienprobleme sind reine Partnerprobleme in dem Fall, Kinder hatten wir ja schon. Aber Partnerprobleme tatsächlich bezogen auf die ganz normale Beziehung, ganz weg von der Ernährung. Dass sich wirklich ganz massiv Gedanken gemacht werden über eine Trennung beispielsweise, das wirkt sich sehr häufig und sehr intensiv auf das Ernährungsverhalten aus. Weil da eben die Problematiken kommen eine Alternative zur Problembewältigung zu suchen und dann wird gegessen und getrunken. Bei Frauen wird sehr gern gegessen, bei Männern wird sehr, sehr, sehr gern getrunken. 00:22:05-7

B2f: Das ist auch das, was ich meinte mit Problemen und Sorgen. Also die Sorgen in der Familie, egal ob es jetzt die Kinder oder auch die Erwachsenen in der Beziehung sind, ist ein riesen Thema. Sie sind immer vorrangig bevor man dann auf die Ernährung kommt. 00:22:18-9

I: Können das die anderen auch bestätigen? 00:22:21-3

B7f: Ja, auf jeden Fall. Es kann ja auch Mobbing und so weiter sein, Arbeitsgeschichten. 00:22:34-6

I: [liest neue Karte vor] finanzielle Not. Deckt sich ja mit 'Geld ist knapp' oder? 00:22:40-3

B2f: Wobei ich eben auch finde, das ist absolut auch das Image. [B6m: Ja, gut das du das sagst] Man denkt, man kriegt nicht so viel Gemüse, aber es gibt ganz viel Gemüse, was theoretisch billig ist, was man auch zubereiten kann. [B1f: absolut]. Aber das Denken, was fünf am Tag will, ist nicht zu leisten, nicht zu finanzieren. 00:22:57-3

B7f: Ich glaube auch, dass diese Geldknappheit immer vorgeschoben wird. Also in der Beratung kommt sie ja schon im Ersttelefonat hoch: 'Ich kann aber eigentlich gar nicht.' Und beim Einkaufen kann ich das auch nur bestätigen, dass es oft so ist, dass gesagt wird, es geht nicht - in den Discounter geht es aber. Und für wenig Geld und für eine ganze Woche. Da gibt es einen Plan für eine fünfköpfige Familie, das haben wir ausprobiert. Und von daher, das Argument ist eher eine Sache der Planung denke ich, und man muss natürlich auch immer gucken, was eine gesunde Ernährung an sich beinhaltet zudem, was wir alles an Fertigprodukten kaufen. Also da ist die Priorität wahrzunehmen, was esse ich überhaupt für mein Geld. [B6m: Hmm, genau.]

00:23:45-6

B4f: Und Priorität 'Wo steht Essen überhaupt?'. Zigaretten, Alkohol ist auch nicht billig und für so eine Flasche Rum, da kriegt man aber schon ein paar Karotten für. [B6m: Ganz genau] 00:23:57-6

B6m: Was denke ich auch eine Rolle spielt: Wenn Klienten das Wort 'gesunde Ernährung' hören, dann kommt sofort Bio. Bio, Körner und erst mal das komplette Programm und das ist teuer. Und deswegen wird häufig gesagt 'Kann ich nicht.' Das es natürlich auch anders geht, das ist in den Köpfen nicht drin. Und dann wird auch gern auf die Möglichkeit zurückgegriffen 'ja dann ist es aber auch nicht gesund, wenn es konventionell angebaut wurde'. Man wendet sich dann auch ganz gerne mal raus aus der ganzen Geschichte. 00:24:33-6

B4f: Und dazu passt dann auch der Punkt, den ich hatte: Kenntnisse der Essenzubereitung. Das vielen eben auch das Saisongemüse gerade im Winter auch nicht so bekannt ist. Und wie es zubereitet wird schon gar nicht. 00:24:45-6

I: Das wollte ich fragen. Also nicht nur, das Lebensmittelangebot oder saisonale Lebensmittelprodukte, sondern auch küchentechnische Fertigkeiten. 00:24:53-5

B1f: Richtig, auch Ideenreichtum. Wenn man so ein Kürbis hat, was kann man damit machen? 00:25:05-1

I: ... Also, dass die Leute nicht wissen, wie sie es zubereiten sollen. 00:25:09-1

B2f: Die Ideen reichen schon bald nicht mehr. Kreativität ist schon gar nicht mehr da. Und auch die Fertigkeiten. Und auch die Geschmacksakzeptanz. Der Geschmack eines Eintopfes ist ein anderer als der einer Pizza. 00:25:20-6

B7f: Die Fertigkeit, die Rezeptidee, aber auch die Umsetzung. Das alles gehört ja in die Situation des Kochens. Und vielen Leuten fehlt es hier. 00:25:59-9

B3f: Und auch der Punkt, was Kinder kennen, was sie mögen und sie sagen 'nee das mag ich nicht' - das ist ja dann auch Okay. Aber dass sie es überhaupt kennen, dass sie überhaupt einen normalen Joghurt mit Früchten kennen oder die kennen nur Monsterbacke und Co. 00:27:18-6

B2f: Da sind wir ja wieder bei der Geschmacksprägung. Das geht ja schon mit Gläschen Geschmacksprägung los. Wenn die lange mit Gläschen aufwachsen, dann sind die Mütter enttäuscht, wenn der selbst gekochte Brei nun überhaupt nicht läuft. So viel Mühe gegeben und ... dann wieder auf das zurückgreifen, was vom Geschmack her gewohnt ist. 00:27:46-6

B7f: Bei der Geschmacksprägung gehört ja auch immer wieder die Familie mit rein. Also immer, wer für wen kocht. Kommt die Großmutter, würde sie wieder Fett darein hauen, während die jüngere Mutter gesundheitsbewusst eher vorsichtiger ist und das Kind will was ganz anderes. Die sind ja in der Geschmacksprägung auch alle völlig

unterschiedlich. Ganz oft erlebt man ja auch, wenn man Kinder und Mütter in der Beratung hat, dass beide ganz andere Ziele verfolgen. Also Kinder können eher gesundheitsbewusster werden, wenn die Eltern es zulassen. Man muss beide schulen, auch getrennt. Die Kinder kochen ja selber sehr gerne, nur geben ihnen die Eltern mitunter nicht die Möglichkeiten. 00:29:05-8

B6m: Das Nein-Sagen muss auch gelernt werden. Was bei Eltern häufig das Problem ist, dass viele nicht 'Nein' sagen können ohne zu diskutieren. Und auch, dass die Eltern etwas verbieten und dann selber holen sie es hinter dem Tisch vor. Und wenn die Kinder das mitkriegen, ist natürlich keine gute Lage mehr da. 00:29:36-1

B4f: Also ich denke, gerade bei Kindern ist das Vorleben das Non Plus Ultra. Wir sind die Spiegelbilder unserer Kinder, da können wir machen, was wir wollen. Ob es beim Essen ist oder bei allen anderen Regeln. Da muss man auch gemeinsam dran arbeiten. 00:29:55-2

I: [liest neue Karte vor] Einkaufs- und Kochverhalten. 00:30:04-6

B3f: Das hatten wir eigentlich auch schon. Also, dass die Fertigkeiten in der Küche eine große Rolle spielen. Genau, also entweder, weil man so traditionell isst und das muss so sein oder eben, weil man es gar nicht kann. 00:30:14-8

I: Und das ist bei Ihnen dann auch in der Tat so, dass die Leute, die zu Ihnen kommen, gar nicht die Kenntnisse haben. Also weder die kreativen Rezeptideen, wie Sie vorhin sagten, und auch gar nicht wissen, wie sie diese umsetzen können. 00:30:26-2

B7f: Na, ich glaub die Rezeptideen sind schon ganz oft da. Da muss man ja nur ein Buch aufschlagen oder eine Zeitschrift, das ist ja nicht das Problem. Aber sie setzen es ja nicht um. Also das Angebot ist ja da, aber es wird nicht gemacht. 00:30:37-5

I: ... warum könnte das so sein? 00:30:37-8

B7f: Also Zeitfaktor wird immer angegeben. Aufwändig und es ist auch einfacher einen Crepe an der Bude zu essen oder eine Pommes - gerade bei den Jüngeren, die auch zudem noch alleine leben. Vielleicht spielt auch die Gefühlswelt mit rein. Und Lust ... oft haben sie keine Lust mehr, da sie nach der Arbeit zu kaputt sind. 00:31:21-4

B3f: Viele sagen ja Zeit. Aber Zeit zum Fernsehgucken oder sonst etwas haben sie dann doch. Das ist einfach eine Frage der Prioritätensetzung. Und es muss ja nicht immer das 10-Gänge-Menü sein, aber mal so ein Kürbissüppchen da irgendwie kochen, wenn man das erst mal macht, ist das super einfach. 00:31:41-3

B2f: Auch so ne Image-Frage. Das eben Kochen eher als etwas überflüssiges zählt und gar nicht als was, was ein fester Zeitfaktor, feste Alltagsgegebenheit auch ist. 00:31:55-4

B1f: Das bedarf ja auch alles einer gewissen Vorplanung. Wenn ich nichts im Haus habe, dann kann ich mir auch keine Kürbissuppe kochen. Aber wenn ich mir jetzt irgendwie ein bisschen Gedanken mache 'Also, das und das könnt ich kochen', ich meine, Kürbis und Karotten sind ja alles lagerbar. Ich muss es ja dann nicht gleich morgen machen. Aber es ist doch oft der Fall, dass die Leute kommen, die sagen 'Ich will mir das nicht überlegen. Ich will jetzt entscheiden, wo ich jetzt gerade Hunger drauf hab.' Und wenn es dann eben der Coffee to go ist, dann will ich den jetzt gerade haben. Und auch den Geschmack, den ich in diesem Moment habe, dem will ich nachgehen. 00:33:01-1

B2f: Gekoppelt damit, dass ja, wenn ich was kaufe und dann koche ich es nicht, dann muss ich es ja wegwerfen. Die Sachen werden welk. 00:33:15-2

B3f: Unfähigkeit zu Planen - das ist, denke ich gerade bei Klienten oft so. Trend ist Spontanität. 00:34:29-8

B2f: Ja, Planungsbereitschaft - ja also die Bereitschaft dazu und dass dann auch noch hinzukriegen. Also auch noch die Fähigkeit dazu. Meistens denken die Leute eher, sie sind nicht fähig dazu. 00:34:39-2

B7f: Da spielt ja dann eine Rolle, was sie alles im Kopf haben. Also Planungsbereitschaft kommt in dem Moment, wenn ich wirklich etwas ändern will in der Ernährung. Es ist immer abhängig, was die Leute noch für Sorgen haben. Und wenn sie Sorgen haben, die größer sind, dann kommen sie nicht zur Planung. 00:34:55-5

B4f: Es kommt auch immer wieder die Gewohnheit dazu. Sie kennen es so, dass wenn sie Lust auf eine Pizza haben, dann gehen sie los und kaufen sich eine. Und dann kommt noch hinzu, dass ja die Küche beim Kochen auch ein bisschen dreckig wird. Man muss ja dann auch noch abwaschen. Das ist für manche auch schon nicht so ganz einfach. 00:35:28-2

B7f: Ja, der Arbeitsaufwand und zudem diese Reinheit. Wie nennt man das denn? Es darf bei manchen einfach nicht jeden Tag dreckig werden. Es darf nicht nach Essen riechen und es muss auch in der Küche aussehen als ob die aus dem Katalog ist. 00:35:50-2

B6m: Stimmt, kommt häufig vor. Man könnte es 'schöner-wohnen-phänomen' nennen. 00:36:11-0

I: Also, das es letztendlich nur schön aussehen muss, aber gar nicht genutzt wird? 00:36:16-3

B7f: Ja, als Statussymbol. Damit zeigen sie dann, dass sie ganz teure Küchen haben, aber keinen Koch. 00:36:45-2

I: Okay, dann sind wir mit der Familie durch. Kommen wir nun zum Arbeitsplatz. Die erste Karte hier 'Kantine'. 00:37:19-2

B3f: Wenn Kantine da ist, das Angebot, was da ist. Wenn keine Kantine da ist, was ist dann da für ein Lebensmittelangebot? Was für Geschäfte sind in der Nähe? Was muss ich zu Hause eventuell vorbereiten und früher aufstehen oder kann ich es bei der Arbeit machen. Habe ich überhaupt irgendeine Pause, in der ich das überhaupt machen kann. [B6m, B7f: Ja.]. Oder wird irgendwie nur alles nebenbei gefuttert. 00:37:44-2

B7f: Darf ich überhaupt essen am Arbeitsplatz? Gibt ja auch viele, die nicht essen dürfen aus verschiedensten Gründen. Der eine geht in die Kantine, weil das Angebot da ist und er sich nichts mitnimmt. Also muss er ja irgendwo hin, in die Kantine oder zum Bäcker oder sonst wo. Und dann gibt es die Fraktion, die sich was mitnehmen, und dann essen sie am Arbeitsplatz, wenn sie dürfen. 00:38:41-0

B2f: Hängt wieder mit der Planungsbereitschaft zusammen. 00:38:47-5

B6m: Genau. Oder mit der Gruppendynamik, wenn jetzt die ganze Abteilung in die Kantine geht und dann gibt es nur Currywurst mit Pommes oder andere kräftige Gerichte, dann wird mitgezogen. Ob das nun Männer sind oder Frauen. Obwohl bei Frauen denke ich mal, ist es eher noch so, dass sie dann schon auf den Salat

zugreifen, wenn auch nicht gerne, aber sie machen es halt. Und bei den Männer ist es so, die gucken dann, wenn es ein Komponenten-Essen ist, dann wird immer die stärkste Linie genommen, nämlich die Linie, die einfach nur satt macht. Da ist, denke ich mal, der Gruppendruck sehr, sehr hoch. Und wenn eine Einzelperson ausscheren möchte und sagt 'Ja, ich möchte jetzt aber was anderes essen', dann kommt 'Äh, wieso das denn?'. 00:39:29-0

I: Und was ist Ihre Erfahrung: 'Wehren' sie sich dann oder unterliegen sie dem Druck? 00:39:38-0

B7f: Ja, das kommt auch darauf an, was sie selber wirklich vorhaben, ihre Zielsetzung. Wo will ich hin? Es gibt einige, die schaffen es nicht, weil es ihnen noch nicht klar ist. Also die brauchen dann noch länger Zeit.

B1f: Na neben den vorhin angesprochenen Pausenzeiten spielen ja auch die Räumlichkeiten eine Rolle, also die Gegebenheiten. Ob mit Küche oder eben Erwärmungsmöglichkeit, Kühlschrank, das hat einen großen Einfluss. 00:40:55-6

B6m: Oder gibt es die Möglichkeit, sich auch tatsächlich hinzusetzen zum Essen. Oder gibt es nur Hochbänke, die nicht so entspannt sind zum Essen. Oder gibt es einen Pausenraum, wie ist der ausgestattet? 00:41:40-1

B3f: Da passt dann auch dazu, wenn dann Geburtstag ist. Ja, dann bringt jeder Kekse, Kuchen und Torte mit und wenn dann einer mal vielleicht einen Obstsalat mitbringt, dann, ja vielleicht würden es alle toll finden, aber die Angst, jeder denkt, die anderen finden das doof und dann ist da so ne Art Ritual, Gewohnheit, soziale Druck irgendwie. Einer hat es dann mal gemacht und der ging super weg. Von ein paar Kollegen gab es blöde Sprüche, aber im Prinzip dachten die anderen 'Ja, das mache ich auch mal.' Aber da muss sich erstmal jemand trauen, das zu machen entgegen den Gewohnheiten. 00:42:29-2

B6m: Das ist wirklich unabhängig von der Hierarchie. Also das ist ja faszinierend. Ich hatte mal einen Geschäftsführer, der sagte auch 'Meine Sekretärin, die hat immer eine Schüssel Süßigkeiten.' Ich sag 'Sie sind doch der Chef, dann tun sie was anderes rein.' Darauf er 'Ach so. Ja' Und dann hat er was gesagt und es wurde umgeändert und am nächsten Tag waren dann Möhren drin und seither wird das gemacht. Wirklich eingefahrene Rituale manchmal. 00:43:00-8

B5f: Irgendeiner hat ja auch immer Geburtstag. Das ist gar nicht so eine ungewöhnliche Situation in einer großen Firma eigentlich, oder? [B3f/B6m: Ja.] 00:43:17-8

B2f: Ich habe auch mal eine spannende Geschäftsstelle erlebt, die einen Schrank hatte, das war echt ein Suchtschrank für alle. Alle sagten 'Ohne diesen Schrank könnten wir hier gar nicht überleben.' Die hatten immer Vorräte, die sie auch selber bestücken. 00:43:45-1

I: [liest neue Karte vor] Arbeitslosigkeit. 00:43:49-0

B6m: Ja, wenn man eben gar keinen Arbeitsplatz mehr hat und das zieht natürlich entsprechende Probleme nach sich. 00:43:56-4

B3f: Da sind wir dann wieder bei Geldknappheit, Verlust-, Existenzängste, Perspektivlosigkeit. 00:44:01-3

B7f: Das ist auch alterstechnisch egal. Ich hatte heute so einen ganz jungen Mann, der war zwei Jahre nach Schulausbildung arbeitssuchend. Das war ein junger Mann,

21 Jahre, und der war völlig am Boden zerstört. Also, die wissen dann auch gar nicht, was sie überhaupt machen sollen. 00:44:23-5

B5f: Probleme und Sorgen haben dann letztendlich eine höhere Priorität als was ich nun essen soll. [B6m/ B7f: Ja, genau.] Ich habe Probleme, wo ich überhaupt mein Geld her kriege, wie es überhaupt weiter gehen soll. 00:44:33-9

B3f: Da fällt mir auch ein: Sonst, von denen, die arbeiten, wird gesagt 'Ja, ich habe ja keine Zeit für gesunden Einkauf und mich zu bewegen ja schon mal gar nicht.' So, aber die, die dann arbeitslos sind, die haben ja mehr Zeit, aber was machen die? 'Ja, nee, ich bin so antriebslos und eigentlich habe ich doch die ganze Zeit fernsehen geguckt.' Oder einer war krankheitsbedingt 6 Wochen krank geschrieben. Da haben sie die Zeit. Alles das, wo sie sonst immer sagen, dass sie keine Zeit zu haben, haben sie. Und machen dennoch nichts. 00:45:19-9

B1f: Der Punkt ist, das kaum jemand daran denkt, sich selber zu versorgen. Also, immer die Versorgung für andere, so wird man groß. Jemand anders sorgt für einen und sich selbst gut zu versorgen, ist eine ganz große Schwierigkeit. Und wenn dann das Umfeld wegbricht, sie kommen gar nicht auf die Idee, das es wichtig ist, für sich selbst zu sorgen. Sprich mit adäquater Ernährung oder wie sie sie stabilisieren. 00:45:43-2

B2f: Und dann auch irgendwie eigene Ziele zu setzen, wenn man kein Pflichtprogramm hat. Sich aufzuraffen, sich zu motivieren. 00:45:49-1

B1f: Richtig, dann sind sie es nicht Wert, sich Gedanken darum zu machen, sich gut zu versorgen. Na gut, es gibt ja auch einen Teil Arbeitsloser oder Menschen, die gerade keine Beschäftigung haben, die dann sagen 'Okay, jetzt mache ich Sport' und so, das habe ich auch schon erlebt. Also auch im Positiven. 00:46:07-2

I: [liest neue Karte vor] Hohe Arbeitsbelastung, Stress im Beruf. 00:46:11-5

B6m: Wenn eben wieder Arbeiten ausgelagert werden, wenn wieder Stellen gestrichen werden, dann wird einfach die Belastung im Beruf dermaßen groß und es ist häufig im Bürojob auch ziel- bzw. terminorientiertes Arbeiten. Hier haben die Leute überhaupt keine Chance, großartig in der Kantine essen zu gehen, überhaupt groß was zu essen. Viele in der Beratung, gerade Berufstätige, die frühstücken Morgens nicht, dann gibt es Mittags vielleicht eine Kleinigkeit und wenn es gut läuft, dann gibt es Abends noch was, aber was... 00:46:49-1

B4f: ... oder ganz viel. Das liegt an dem Arbeitspensum, was sie erledigen müssen oder sich selbst setzen. 00:47:11-2

B5f: Und essen entspannt. [B6m: Genau.] Ganz entspannt dann am Abend noch die Schokolade oder einfach auch riesigen Portionen. 00:47:28-3

B7f: Also die Arbeitszeit oder auch Arbeitszeitbelastung ist ja auch sehr unterschiedlich. Die Leute, die im Nachtdienst sind, haben ja einen ganz anderen Arbeitsablauf schon mal, also im Schichtdienst an sich. Aber mir fällt so jemand ein, der hat immer zu einer gewissen Uhrzeit von den acht Arbeitsstunden so viel zu tun, das ballt sich dann, die Arbeitsbelastung. 00:47:55-5

B5f: Was mir noch zur Arbeitszeit einfällt: Es gibt ja immer mehr die Regelung gibt 'Sie können gehen, wann sie wollen.' Die Kollegen bleiben dann. Alle machen noch irgendwas, nur weil keiner der Erste sein möchte, der geht. Dieses Modell ist ja auch immer häufiger zu finden. 00:48:25-0

B2f: Oder Öffnungszeiten. Einkaufsgeschäfte, Supermärkte bis 22.00 Uhr. Da wird doch jede Esskultur mit familiärem Bezug erleichtert. 00:48:41-0

B3f: Genau, zum einen die Arbeitsbelastung, dann wieder die Planung und auf der anderen Seite auch wieder die Leute, die nicht planen, das spontane, was wir vorhin gesagt hatten. Ja, aber wenn ich Abends um Zehn oder um Elf noch los kann, um mir was zu holen, warum soll ich mir denn dann schon Morgens einen Kopf machen. Ich kann doch jederzeit. Also das begünstigt das. Früher hatten am Samstag die Läden bis Zwölf auf, da hat man das ja auch irgendwie hinbekommen. Heute kannst du bis Acht, ja gehst du eben zehn vor Acht. Dieses Planen ist auch gar nicht mehr so nötig. 00:49:13-0

B2f: Ja, gut, das Angebot ist ja schon über die Tankstellen 24 Stunden lang da. 00:49:16-9

B7f: Was mir noch einfällt zu allen Themen, ist ja auch, dass es keine Ruhephasen mehr gibt. Also keine Ruhephasen mehr generell, ob es nun zu Hause, auf der Arbeit oder in der Freizeit ist. Wenn ich dann irgendwann diesen 10-Stunden-Job durchhabe, dann muss ich noch zu Hause was tun und dann mache ich noch irgendwas und dann falle ich nur noch ins Bett. Also es wird ja auch keine acht Stunden mehr geschlafen. [Kopfnicken in der Runde] 00:49:50-6

I: [liest neue Karte vor] Interesse von Kollegen, Freunden - gleiches Ziel? 00:50:13-7

B1f: Ja, das habe ich aufgeschrieben. Ich habe da eine Klientin in Erinnerung gehabt, die sagte 'Ja und dann habe ich Ihre Empfehlungen umgesetzt, habe mir ne Möhre, nen Kohlrabi mit zum Brot genommen. Meine Kollegin fand das so toll, jetzt haben wir gleich eine Einkaufsplanung abgesprochen. Jetzt bringt jeder an einem bestimmten Tag was mit für alle.' Also ganz positiv. 00:50:34-3

I: Gut, fällt Ihnen sonst noch was hierzu ein, was wir vergessen haben? Sonst komme ich jetzt zu dem Bereich Freizeit, Freunde. Ich habe schon mal notiert: Ladenöffnungszeiten. 00:51:13-4

B5f: Hier fällt mir gleich ein 'Was essen letztlich die Freunde?'. Verhalten der Peer-Group ... oder wie nennt man das? Image. 00:51:27-6

B7f: Was schwierig ist, finde ich, wenn die Menschen krank werden. Also in den jüngeren Bereichen und sich dann gegenüber den Freunden zum Beispiel nicht outen wollen oder bzw. zwar sagen, dass sie krank sind. Mir fällt dies selber beim Diabetes sehr stark auf. In den jüngeren Jahren ist es unheimlich schwierig, sich da durchzusetzen. Also, das Thema gesunde Ernährung bei den Menschen, die krank sind. 00:51:56-0

B3f: Aber so eine Krankheit ist eher noch so 'Ich darf das nicht, weil ich krank bin.' [B7f: Machen die nicht.] Die eine junge Klientin, die ich hatte, die wollte auch abnehmen, also das war ihr eigentliches Ziel. Ihre Mutter hatte Diabetes und sie möchte das ja nicht auch haben. Also, offiziell lief das dann unter Diabetes und bei ihren Freunden 'Nee Kaffeeklatsch, ich muss ja auf meinen Zucker achten.' Sie wollte aber eigentlich abnehmen und es nur nicht zugeben. Weil dann hätte man sie ja auch daran messen können 'So, na wieso du isst ja hier keinen Kuchen, wieso nimmst du denn nicht ab.' Das war dann eher andersherum. Ich habe eine Krankheit, also darf ich dann nicht. 00:52:31-4

I: Und vielleicht auch, was die Freunde in solch einem Fall von einem erwarten, was man essen sollte, wenn man übergewichtig ist? Kriegen Sie das mit in der Praxis? 00:52:49-6

B6m: Ja, häufig wird in dem Zusammenhang, wenn dann ein Abnahme-Wunsch besteht, es ist ja erstmal immer nur ein Wunsch, dann werden im Freundeskreis gerne mal Tipps und Tricks gegeben, die wirklich völlig absurd sind teilweise. Dann kommen eben so Geschichten, wie kohlenhydratarm essen am Abend. Da gibt es so viele Möglichkeiten mittlerweile wie es Menschen auf der Erde gibt. Und das empfinde ich eher als hinderlich. Und die Menschen wissen dann auch nicht mehr, was sie tun sollen. Das Problem ist dann, dass sie teilweise mehr auf die Freunde hören als auf den Berater. Weil die Freunde, die haben sie immer um sich herum. 00:53:28-0

B7f: Die soziale Bindung ist dann ganz eng. Dass die das glauben, was die dann sagen bzw. diesem Druck unterliegen. Genau. 00:53:52-6

B3f: Typisch wird hier auch immer genannt: Geburtstage. Mittagessen, da geht es dann immer noch, 'Nein, ich bin satt.'. Aber so beim Kuchen oder so und dass dann jemand sagt 'Ja, ich will mal nur probieren. Nur ein kleines Stück, oder ein halbes.' - das ist schwierig. 00:54:32-4

B2f: Ich denke im Bereich Freizeit/Freunde besonders an den Zwiespalt zwischen Genuss und Lebensfreude auf der einen Seite und irgendeiner Kontrolle auf der anderen Seite. Auch wenn es eine flexible Kontrolle ist, aber irgendwie muss man ja auf was achten. 00:54:54-1

B1f: Ja, Restriktion ist da das richtige Wort. Wir sind nicht mehr ganz frei. 00:55:00-8

B3f: Auf der anderen Seite sind aber auch gerade Übergewichtige auch nicht frei, weil sie sich dann auch beobachtet fühlen. Dann würden sie vielleicht gerne, aber oh Gott, was denken jetzt die anderen. Meist ist es eher umgekehrt: 'Die erwarten jetzt von mir, dass ich das esse, also muss ich das essen.' Aber umgekehrt gibt es das auch 'Ich würde ja gern essen, aber dann denken die wieder, ich bin zu dick.' 00:55:21-2

B7f: Das ist das, was ich meinte mit dem Beispiel vorhin. Der Umgang mit der Krankheit und das Resultat, was muss ich dann tun. 00:55:34-4

B5f: Ich finde auch, das hat was mit Verpflichtungen zu tun. Klar verstehen Freunde, wenn ich 'Nein' sage, aber die haben doch extra den Kuchen für die Gäste gebacken. Es ist noch mal eine Hürde. Auch, wenn die das nicht erwarten, trotzdem ist das blöd. 00:56:15-9

I: [liest neue Karte vor] Verhalten bei Einladungen, besonderen Situationen ... Das war das ja, was wir gerade besprochen haben. [liest neue Karte vor] Lob Freunde. 00:56:42-7

B1f: Ja, auch positiv, kam von mir jetzt. Einfach die Unterstützung 'Mensch, toll, dass du durchhältst.' Dass du das schaffst, toll. Oder so ähnlich. 00:56:54-7

B3f: Geht aber auch in die andere Richtung, habe ich gerade neulich gehört. Dann hatte die eine abgenommen, aber ihr Selbstbewusstsein hatte nicht dementsprechend zugenommen. Also, die ist dann umgepustet worden, weil irgendwie Schwiegermutter dann gesagt hat 'Na, so viel ist das nun aber auch nicht. Hast zwar abgenommen, aber muss noch ein bisschen mehr sein.' Und Zack, ist das Gewicht wieder rauf gegangen. Oder angeblich irgendwelche Freundinnen hätten jetzt Angst um ihre Männer, weil sie ja jetzt schlank ist. Dann hat sie sich ihren Schutzmantel wieder angefressen. 00:58:01-1

I: Okay. ... Eine Sache, die zwar hier nicht steht, die ich aber gerne ansprechen möchte, ist der Außer-Haus-Verzehr. Was für Angebote sind es, die Ihre Klienten hier gern essen. Haben Sie da Erfahrungen? 00:58:23-7

B6m: Also die meisten Berufstätigen jetzt gerade in der Stadt, da spielt das Geld nicht die ganz große Rolle. Da wird einfach das genommen, was schnell geht. Egal, was es ist. Das ist meistens der Bäcker um die Ecke, weil man eigentlich davon ausgeht 'OK, das ist so ein dunkles Brötchen. Dann ist da noch so ein bisschen Käse oben drauf, ein Salatblättchen grinst einen an und vielleicht spickt noch eine Tomate raus.' Das hier noch Remoulade drunter ist, das realisieren die Menschen gar nicht. Aber der Preis spielt da gar keine Rolle. 00:59:15-4

B7f: Sehr viel wird auch außerhalb gegessen, auch in den sozial ärmeren Bereichen. Egal, da ist der Imbiss drin oder auch der Coffee to go. 00:59:30-6

B5f: Obwohl ich auch finde, in der Stadt ist es so, dass es auch richtig hip ist unter den Geschäftsleuten in Läden zu gehen, in denen man sehr gesund und sehr fettarm essen kann. Ist mir aufgefallen, diese Restaurants werden immer beliebter. Alles, was auch ein bisschen teurer ist. In den Gebieten, wo das nicht so ist, in Industriegebieten, wo sowieso die sozial Schwächeren arbeiten, da ist wirklich gar nichts. Da ist nur der Mini-Imbiss und dann gibt es die klassische Currywurst. Die haben gar nicht die Möglichkeiten außer Haus irgendwie gut zu essen. 01:00:05-7

I: Auch schon, dass häufig außer Haus verzehrt wird [B6m: Ja.], und dass sie dann auch mit dem Angebot zufrieden sind? 01:00:20-3

B7f: Aber der Außer-Haus-Verzehr ist auch bei den Kindern. Da muss man ja wirklich sagen, das fängt ja schon in der Schule an. Also meine Tochter geht jetzt in die Fünfte und die haben schon ab der ersten Klasse den Kiosk. Und von daher ist die Frage, was liefert der Kiosk und was werden die kaufen? Das Geld spielt da überhaupt gar keine Rolle, egal, ob sozial benachteiligt oder nicht. 01:00:40-4

B6m: Bloß der Außer-Haus-Verzehr bestimmt den Geschmackswunsch für zu Hause. 01:00:48-5

I: Also das Angebot beeinflusst das, was gegessen wird [B6m: Ja.] und es wird nicht geschaut, was möchte ich gern essen und suche mir dann den Laden aus. [B7f/B2f/B4f: Ja, genau. Hmm.] 01:00:59-1

B2f: Ich finde aber auch, dass bei Freizeit und Freunden der Außer-Haus-Verzehr nicht so stark ist wie bei dem ganzen Beruf. [B6m/B3f: Ja.] Also, da ist es schon noch enger gekoppelt finde ich mit Außer-Haus-Verzehr. Bei Freizeit geht es entweder in Richtung feiern, was trinken gehen, Popcorn im Kino - Essen gehen, hört man auch, aber es ist nicht die Mehrheit, die essen geht. Man geht eher was trinken als was essen. 01:01:36-9

B7f: Aber wenn es das nicht ist, dann ist es die Vereinstingelei. Irgendwelche Gründe gibt es immer, außer Haus zu essen, beim Nachbarn, bei Freunden. Dadurch, dass ja die Single-Haushalte immer mehr werden, ist der Außer-Haus-Verzehr gestiegen. 01:02:24-8

I: Gut, wir sind auch bald am Ende der Diskussionsrunde angekommen, nachdem wir gerade ausführlich die drei Alltagsbereiche besprochen haben. Ein Anliegen habe ich noch. Die Literatur beschreibt diesen Prozess einer Ernährungsumstellung als einen Prozess, der sich über fünf Phasen zieht. [Flip Chart mit Phasenerklärungen sichtbar.] Phase 1 bedeutet, das Zielverhalten, z. B. 2 Liter Flüssigkeit am Tag zu trinken, wird noch nicht ausgeführt und man will es auch gar nicht. Phase 2 wäre dann, 'nein, ich ändere noch nichts, aber mal sehen, ich ziehe es in Erwägung, etwas zu ändern.' Phase 3 ist 'Ich mache es noch nicht, aber es ist schon eine feste Absichtsbildung dabei.' Phase 4: es wird umgesetzt, aber es holpert noch. Es ist noch nicht zur Gewohnheit geworden. Und Phase 5 dann, 'OK, ich setze es um und ich habe es

integriert in meinen Alltag.' Und jetzt würde ich mit Ihnen gemeinsam versuchen wollen, ob wir zu diesen Faktoren, die wir gerade herausgefunden haben, die Phasen so ein bisschen zuordnen können. Zumindest, ob dieser Faktor, z. B. Stress auf Arbeit, eher am Anfang von Bedeutung ist oder eher in der Endphase. Und dazu hänge ich noch einmal alle Blätter auf. [es gibt je Bereich ein Flip Chart, an dem die jeweils ermittelten Faktoren auf einen Blick zu sehen sind.] 01:04:32-3

B2f: Ich finde es schwer gefragt. Ich finde man muss erst gucken, in welcher Phase befindet sich der Mensch und wie geht er dann mit seinem Umfeld (Partner, Job, Freunde) um, aber es muss für jede Phase eine Idee da sein. 01:05:05-8

I: Vielleicht noch einmal anders erklärt, was ich meine. Wenn Sie die Faktoren anschauen und dann überlegen, welcher Klient das geäußert hat, können Sie dann einstufen, wie weit der schon war in seiner Ernährungsumstellung. Also, ob er das geäußert hat am Anfang oder eher am Ende? 01:05:23-3

B1f: Kann man nicht pauschal sagen. Es ist schwierig finde ich, weil ja jeder das individuell lösen muss. In der Beratung muss ich gucken, wo steht der jetzt. Und wenn der jetzt ein Arbeitsproblem hat, dann kann ich über Haushalt gar nicht diskutieren. Ich kann es in die Gruppen fassen, OK, wenn er ein Arbeitsproblem hat, dann ist es für ihn zunächst das vorrangige Problem. Und daraus resultiert dann das und das und das. Wenn der aber im Haushalt ein Problem mit seiner Familie hat, dann ist das die erste Priorität. 01:06:08-4

B6m: Das zeigt sich auch immer schlecht in der ersten Beratungsstunde, weil da ist erst mal warmwerden angesagt. Erst einmal die Leute so weit geöffnet kriegen, dass sie überhaupt was sagen. Und dann arbeitet man zunächst relativ oberflächlich. Erst gegen Ende der ersten Beratungsstunde oder mit der zweiten Beratungsstunde kann man tiefer gehen und gucken, dass man dann das, was man meinte, herausgehört zu haben, dingfest zu machen. Zum Beispiel im Haushalt oder am Arbeitsplatz näher nachzufragen. 01:07:12-4

B3f: Ich glaube, Ernährungsberatung, wie wir sie machen, findet nur in Phase 3 und 4 statt. Bei 5 kommen sie nicht mehr, weil es ist ja alles gut. Und bei 2, da ist mal so ein Gedanke da, aber sie melden sich noch nicht an. Ich glaube, 3 und 4 sind unsere Arbeitsfelder. 01:07:37-9

B7f: Und auch nicht in den einzelnen Faktoren, die wir haben, sondern nur in den groben Unterpunkten. Weil die paar Termine, die wir haben, meist fünf, dann auch zu kurz sind. Selbst in anderen Bereichen, wo mal 12 oder 18 Termine sind, selbst da wird die Ernährungsberatung nicht so intensiv. 01:08:11-3

B4f: Und wir haben jetzt ja auch die Faktoren rausgeschrieben, die ja praktisch auf das Verhalten Einfluss haben. Und die haben das auch, egal, ob ich jetzt abgenommen habe oder nicht. Deswegen sind die Sachen trotzdem alle noch da. Ich würde einmal durchblättern wollen, ob wir hier irgendwo doch einen Faktor haben, wo wir sagen da ist es so. Beim Blatt Haushalt, Familie würde ich sagen, ist dies bei keinem Punkt der Fall. 01:08:46-4

B3f: Das Angebot in der Kantine wäre so ein Punkt. Hier denke ich mal, kann schon die Person, die gefestigter ist, sich auch mal einen Salat holen, auch wenn die Kollegen etwas anderes essen. 01:09:25-7

I: Sonst noch was? 01:09:27-4

B4f: Also ich denke auch, außergewöhnliche Situationen könnten auch sein, dass es am Anfang noch schwieriger ist und nachher hat die Person es gelernt und kann damit umgehen. Also das könnte ich mir vorstellen. 01:09:48-9

B2f: Ich finde es auch deshalb schwierig, weil viele der Punkte sowohl positiv als auch negativ sein können. Und eigentlich gibt es für jede Situation einen Weg, man muss ihn nur finden. Egal, in welcher Phase. 01:10:40-0

B3f: Fünf Beratungstermine werden bezuschusst und wenn wir da in Phase 5 ankommen, dann hat man viel gewonnen. [Lachen aller Beteiligten] 01:10:59-5

B7f: Und wie lange die dann anhält, weiß ja keiner, weil danach passiert ja meistens nichts mehr. 01:11:08-3

I: Habe ich Sie also richtig verstanden, dass letztlich die Lebenssituation entscheidend ist, wie stark die einzelnen Faktoren dann wirken? 01:11:17-0

B7f: Ja, genau. [Kopfnicken der anderen Teilnehmer] 01:11:33-4

B2f: Dass es diese Phasen gibt, okay, aber den Abgleich mit den Faktoren finde ich schwer im Moment. 01:12:31-7

B7f: Es ist auch schwierig. Ich denke, diese Obergruppen können eher in die Phasen eingeteilt werden, also Haushalt, Beruf oder Freizeit. 01:12:58-3

I: Das habe ich jetzt nicht verstanden. [B6m: Ich auch nicht.] Könnten Sie das bitte noch einmal erklären? 01:13:00-5

B7f: Na die Obergruppe, zum Beispiel Freizeit, finde ich einfacher einzuteilen. Ich würde immer sagen, als erstes steht Familie oder die Arbeit. Dies ist immer im Wechsel und würde ich halbe-halbe sagen. Und dann geht es rüber in den Freizeitbereich, zu Freunden. 01:13:41-1

I: Also hat Familie die höchste Priorität oder die Arbeit, dann erst die Freizeit. [B7f/B6m: Hmm.] 01:14:03-7

B3f: Ich find, es passt dazu, welchen Zeitfaktor im Leben die Bereiche haben. Familie ist irgendwie immer und rund um die Uhr, ob nun direkte Familie oder entfernte Verwandte. Und Freizeit ist dann das, was übrig bleibt, nach Arbeitszeit und Schlafen. Ist der kleinste Raum im Leben und dann eher der geringere Einfluss. 01:14:23-5

B7f: Also es ist ja diese Existenzbedrohung. Wenn ich keine Arbeit habe, dann rutsche ich auch in den anderen Kategorien heraus. Das ist einfach so. Also dann geht die Familie flöten und dann geht der Rest dann auch flöten oder auch nicht, je nachdem, was da passiert. 01:14:53-3

I: Ja, prima. Haben Sie denn noch Dinge, die sie gern ansprechen möchten, weil die bislang noch zu wenig berücksichtigt wurden? Irgendwelche Ergänzung oder ähnliches? [Schweigen] ... Wenn nicht, dann möchte ich an dieser Stelle die Diskussionsrunde beenden und Ihnen sehr herzlich danken, dass Sie sich die Zeit genommen haben – Sie haben mir sehr weitergeholfen! 01:15:58-6

Anhang 3: Probandengesuch Einzelinterviews

JUSTUS-LIEBIG-

UNIVERSITÄT
GIESSEN

FACHBEREICH 09

Agrarwissenschaften,
Ökotropologie und
Umweltmanagement

✉ Institut für Ernährungswissenschaft • Senckenbergstr. 3 •
D-35390 Gießen

Institut für Ernährungswissenschaft

Prof. Dr. I.-U. Leonhäuser

Interviewteilnehmer gesucht

400 Jahre
UNIVERSITÄT GIESSEN
1607–2007

Liebe Interessentin, lieber Interessent,

ich arbeite derzeit an einer **Untersuchung zum Thema Ernährung im Alltag**. Die Untersuchung wird am Institut für Ernährungswissenschaft der Universität Gießen betreut. Im Rahmen dieser Arbeit möchte ich gern **mit Personen sprechen, die zu hohe Cholesterinwerte** haben. Zudem sollte der oder die Befragte **berufstätig** sein (also nicht in Rente, arbeitslos o. ä.) und er/sie sollte nicht von zu Hause aus arbeiten.

Geplant ist die Durchführung eines Interviews (ca. 1 h). Inhaltlich geht es darum, den Ernährungsalltag zu erfassen. Hierbei ist kein besonderes Vorwissen nötig, vielmehr ist mir die Meinung der Befragten wichtig. Selbstverständlich ist die **Teilnahme anonym**, dass heißt, die Ergebnisse werden nicht in Verbindung mit dem Namen der befragten Person, Wohnort oder anderen persönlichen Details gebracht.

Wenn Sie Lust haben und Zeit finden, an der Befragung teilzunehmen, dann hinterlassen Sie mir doch bitte Ihre Kontaktdaten per E-Mail (karen.hildebrandt@xxxx.de) oder per Telefon (040 / xxx xxx xx). Ich setze mich dann in den nächsten Tagen mit Ihnen telefonisch in Verbindung, um einen für Sie passenden Termin und Ort für das Interview zu vereinbaren.

Ich würde mich wirklich sehr freuen, wenn Sie sich die Zeit für ein solches Gespräch nehmen würden. Sie würden damit zum Gelingen meiner Arbeit erheblich beitragen.

Für Ihr Entgegenkommen danke ich im Voraus sehr herzlich!

Karen Hildebrandt, Dipl. oec. troph.

Anhang 4: Leitfaden Einzelinterview**Screening-Fragen:**

1. Vorliegen erhöhter Cholesterinwerte
2. Nachgehen einer Erwerbstätigkeit (mind. $\frac{3}{4}$ -Stelle), Arbeitsplatz ist räumlich getrennt von Haushalt

Ernährung im Alltag

Eingangs-Erzählimpuls: *„Beschreiben Sie zunächst einmal, wie ein typischer Wochentag bei Ihnen abläuft. Und zwar interessiert mich dieser im Hinblick auf den Part des Essens und Trinkens mit allem, was dazu gehört. Fangen Sie erst einmal an zu erzählen, ich habe später nach, wenn ich etwas genauer wissen möchte.“*

.....(Antwort Interviewpartner -> hierauf bei nachfolgenden Themenkomplexen stets Bezug nehmen; Gesagtes als Erzählanreiz nutzen) ...

„Und nun ein typisches Wochenende: Wie sieht dies aus?“

Haushalt/Familie

Speziellen Erzählanreiz geben mit Bezug zu eingangs Gesagtem, z. B.: *„Wenn ich es richtig verstanden habe, dann essen Sie zu Hause zum Frühstück gern xy. Woraus genau besteht das dann?“*

Ernährungshandeln zu Hause

Eigene Präferenzen

Kalte Mahlzeit

Streichfett

Belag (Wurst/Käse)

Milchprodukte

Warme Mahlzeit

Fleisch

Sättigungsbeilage

Gemüse

Zwischensnack/Nachtsch

Getränke

Unterschiede Woche <-> Wochenende

Geschmacksvorlieben Familienmitglieder (Partner, Kinder)

Berücksichtigung besonderer Ernährungsform

Gemeinsame Mahlzeiten

Welche

Wer anwesend

Unterschiede Woche <-> Wochenende

Lieb gewonnene „Essrituale“

allein/mit Familie

Wichtigkeit/Aufgeben möglich

Zusammensetzung Haushalt

Partner, Kind(er), weitere

Organisation Lebensmitteleinkauf und Beköstigung

Verantwortung und Durchführung

Essensplanung (Einkaufszettel, Überblick Vorratshaltung)

Einkauf

Auswahlkriterien Lebensmittel

Auswahlkriterien von ggf. Partner

Vor-, Zu-, Nachbereitung Mahlzeiten

Aufteilung

- Partner
- Kinder
- fremde Dienstleister

Mitsprache in der Familie

- Was gegessen wird
- Wer, welche Arbeiten

Ablauf Kochen

- Theoretisches Wissen
- Praktische Umsetzung
- Zubereitung (Saucen, Gemüse, Fleisch)
- Unterschiede Woche <-> Wochenende

Unterstützung Ernährungsverhalten(sumstellung) durch Familie

- Akzeptanz, Lob
- Boykott, Kritik
- Erwartungen der Familie
- Wunsch, Erwartungen zu erfüllen

Arbeitsplatz/Kollegen

Speziellen Erzählanreiz geben mit Bezug zu eingangs Gesagtem, z. B.: „*Kommen wir jetzt zum Bereich Arbeitsplatz/Kollegen. Sie sagten ja, dass Sie die Mittagspause gern in xy verbringen. Was für Gerichte wählen Sie da so typischerweise? ... Sind Sie dort allein?*“

Ernährungsverhalten am Arbeitsplatz

- Was und warum
- Wo und warum
- Haupt-/Zwischenmahlzeiten
- Getränke

Kollegen

- Ernährungspräferenzen
- Gemeinsame „Essrituale“ (z. B. Kuchentreff, süßer Schrank)
- Unterstützung Ernährungsverhalten(sumstellung)
 - Lob, Kritik
 - Erwartungshaltung

Gestaltung Mittagspause

- allein/mit Kollegen
- Essen neben der Arbeit/Zeit nehmen

Versorgungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz

- Angebot
 - Welches (z. B. Kantine, Schnellimbiss, Supermarkt)
 - Zufriedenheit
- Ausstattung
 - Welche (z. B. Teeküche, Küche, Pausenraum, Geschirr)
 - Häufigkeit der Nutzung

Arbeitsablauf

- Regelmäßigkeit der Aufgaben
- Arbeitsbelastung

Arbeitszeitregelung

- Fest
- Gleitzeit
- Schicht
- Wegezeit zur Arbeitsstelle
- Pausenregelung, -zeit

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung seitens des Arbeitgebers

Angebot

Nutzung

Freizeit/Freunde

Erzählanreiz geben, z. B.: *„Kommen wir jetzt zum Bereich Freizeit und Freunde – Essen und Trinken außer Haus. Damit meine ich alles, was Sie essen und trinken, wenn es nicht zu Hause stattfindet, aber auch nicht am Arbeitsplatz – das haben wir ja gerade besprochen. Hiermit meine ich, wenn Sie entweder unterwegs sind, weil Sie z. B. Dinge in der Stadt erledigen oder weil Sie bei Freunden eingeladen sind oder ins Restaurant essen gehen. Wie oft kommt das vor und was essen oder trinken Sie dann gern?“*

Ernährungsverhalten außer Haus

Was und warum

Wo und warum

Haupt-/Zwischenmahlzeiten

Getränke (u. a. Alkohol)

Zufriedenheit

Häufigkeit

Unterschiede Woche <-> Wochenende

Freunde

Ernährungspräferenzen

Gemeinsame „Essrituale“ (z. B. Kino und Pizza 1x pro Woche)

Unterstützung Ernährungsverhalten(sumstellung)

Lob, Kritik

Erwartungshaltung

Wunsch, Erwartungen zu erfüllen?

Außer-Haus-Aktivitäten

Welche

Regelmäßigkeit, Häufigkeit

Unterschiede Woche <-> Wochenende

Zeitverwendung

Erzählanreiz geben, z. B.: *„Wenn Sie die letzte Woche einmal Revue passieren lassen: Wofür ging da am meisten Zeit drauf – abgesehen von Schlafen und Arbeiten gehen? ... Wofür verwenden Sie viel oder auch wenig Zeit?“*

werktags

Eigene Zeitverwendung

Arbeiten für Beköstigung

Essenszeit

Arbeiten in Wohnung/Garten (z. B. Wäsche, Reinigung)

Andere Verpflichtungen

Familie

Freizeit

ggf. Zeitverwendung Partner

Arbeiten für Beköstigung

Essenszeit

Arbeiten in Wohnung/Garten (z. B. Wäsche, Reinigung)

Andere Verpflichtungen

Familie

Freizeit

Zufriedenheit mit Verteilung

Unterschiede am Wochenende

Essen und Trinken in besonderen Situationen

Erzählanreiz geben, z. B.: „Was fällt Ihnen hierzu spontan ein? Was sind für Sie besondere Situationen, in denen Sie anders essen und trinken als sonst üblich?“

Besondere Situationen

- Urlaub
- Feste, Geburtstage
- Restaurant, Büfett
- Zeitmangel

Unterschiede zu sonst üblicher Ernährung

- Qualitativ / quantitativ
- Dauer: Kurz-/ langfristig

*In privaten und beruflichen Situationen?**Häufigkeit***Essen und Trinken in emotionalen Situationen**

Erzählanreiz geben, z. B.: „Und nun noch einmal zu eher emotionalen Situationen. Haben Sie bei sich schon einmal beobachtet, dass Sie anders essen und trinken, wenn Sie sich z. B. ärgern? ... Gibt es noch andere Situationen?“

Emotionale Situationen

- Schlecht fühlen
- Besorgnis
- Langeweile, Einsamkeit
- Enttäuschung

Unterschiede zu sonst üblicher Ernährung

- Qualitativ / quantitativ
- Dauer: Kurz-/ langfristig

*In privaten und beruflichen Situationen?**Häufigkeit***Gewohnheit/Routine**

Erzählanreiz geben, z. B.: „So, wie Sie jetzt essen, war das schon immer so?“

Derzeitige Ernährung

- Seit wann
- Gewohnheit
- Zufriedenheit
- Künftige Änderungswünsche
- konkrete Pläne

Frühere Ernährungsumstellung

- Schon einmal versucht?
- Auslöser
- Ergebnis

Gesundheitsstatus

Erzählanreiz geben, z. B.: „Wie fühlen Sie sich selbst zur Zeit, wie würden Sie Ihren momentanen Gesundheitszustand beschreiben?“

Subjektive Beurteilung allgemein

- persönliches Gesundheitsempfinden
- Gesundheitszustand Familie

Fettstoffwechselstörung

Manifestation

Wann

Wodurch

Einnahme Medikamente

Gesundheit im Alltag

Stellenwert

individuelle Einflussmöglichkeiten

durch Ernährung (speziell Fettstoffwechsel)?

durch Bewegung

Regelmäßige Bewegung

Was

Häufigkeit

Zusammenfassender Abschluss

„Können Sie am Ende bitte noch einmal kurz aus Ihrer Sicht schildern, was für Sie wichtig ist beim Essen?“

Lebensalter (s. Vorlage)

Vorlage von Dokument mit festgelegten Kategorien mit der Bitte um Einstufung (s. Anhang 5)

*Persönliches Alter**ggf. Alter Partner/weitere Haushaltsmitglieder***Haushaltsnettoeinkommen**

Vorlage von Dokument mit festgelegten Kategorien mit der Bitte um Einstufung (s. Anhang 5)

*Höhe**Wer trägt dazu bei?**Aufteilung***Offene Punkte/Ergänzungen**

„Haben Sie noch Ergänzungen? Sind Ihrer Meinung nach vielleicht bislang Dinge bzw. Alltagsgegebenheiten unberücksichtigt geblieben, die jedoch mit beeinflussen, was Sie essen und trinken?“

Anhang 5: Einstufung monatliches Haushaltsnettoeinkommen und Lebensalter

Gruppe	Monatliches Haushaltsnettoeinkommen (= Einkommen nach Abzüge der Steuern und Sozialabgaben)
Gruppe A	bis 1.000 EUR
Gruppe B	1.001–1.500 EUR
Gruppe C	1.501–2.000 EUR
Gruppe D	2.001–2.500 EUR
Gruppe E	2.501–3.000 EUR
Gruppe F	3.001–3.500 EUR
Gruppe G	3.501– 4.000 EUR
Gruppe H	mehr als 4.000 EUR

Gruppe	Eigenes Lebensalter	Lebensalter Partner	Alter weiterer Hh-Mitglieder
Gruppe A	jünger als 25 Jahre	jünger als 25 Jahre	<i>Nennung als Zahl</i>
Gruppe B	25–34 Jahre	25–34 Jahre	
Gruppe C	35–44 Jahre	35–44 Jahre	
Gruppe D	45–54 Jahre	45–54 Jahre	
Gruppe E	55–64 Jahre	55–64 Jahre	
Gruppe F	älter als/= 65 Jahre	älter als/= 65 Jahre	

Anhang 6: Beispiel Gesprächsprotokoll für Interview B4m

Merkmale der Gesprächssituation

- Partnerin war teilweise anwesend
- Telefonklingeln unterbricht Gesprächssituation kurzzeitig
- entspannte und gleichzeitig konzentrierte Gesprächssituation

Befragtenmerkmale

- sehr freundlich und auskunftswillig
- ruhige Ausstrahlung, keine Nervosität
- sehr ehrliche, unverblünte Antworten

Räumliche Gegebenheiten

- Interview fand im Wohnzimmer des Befragten statt
- kein Einblick in die Küche
- das Haus wirkt zugestellt mit allen möglichen Dingen

Zeitlicher Rahmen

- ungewöhnlich langes Interview, da der Befragte oft ausschweifend antwortet und nicht immer thematisch passend

Sonstige Beobachtungen

- Naturwissenschaftler durch und durch
- kleiner Bauchansatz, aber normalgewichtig
- Nichtraucher

Kontaktmöglichkeiten

- Telefon: 040/xxxxxxx
- abends ab 19.00 Uhr erreichbar oder am Wochenende

Anhang 7: Beispiel Transkript Einzelinterview¹⁰⁷

I – Interviewer

B18f – Befragter Nr. 18, feminin

I: Zunächst möchte ich noch einmal zwei Dinge abklären, die ich ja bereits am Telefon ansprach: Zum Einen, bei Ihnen liegen erhöhte Cholesterinwerte vor? #00:00:03.3#

B18f: Ja, also ich habe hier die letzte Untersuchung vorliegen. Die war am 4.12.2008, also exakt vor einem Jahr. Und der LDL-Cholesterinwert ist 168 und der andere Cholesterinwert, der HDL-Wert, der ist bei 40. #00:00:52.8#

I: Hmm, darauf komme ich später noch einmal zurück. Prima, dass Sie sogar die Werte mitgebracht haben. ... Zum Zweiten noch einmal nachgefragt, Sie sind berufstätig ... nicht in Teilzeit? #00:01:15.6#

B18f: Nein, ich arbeite in Vollzeit. #00:01:17.3#

I: Gut. Dann können wir nun direkt loslegen. Würden Sie mir bitte als Erstes einen relativ typischen Wochentag von sich beschreiben, wie der so bei Ihnen abläuft. Insbesondere interessiert mich der Part des Essens und Trinkens mit allem, was dazu gehört. ... Genau, fangen Sie erst einmal an, ich werde später nachfragen, wenn ich etwas genauer wissen möchte. #00:02:05.0#

B18f: Ja, also mein Wochentag, der geht morgens um 6.15 los. Ich fahre 6.15 mit Bus und Bahn los, also von zu Hause nach Worms. Ich arbeite bei der Bank in Worms und muss dort 8.00 Uhr da sein. Ich habe morgens mein erstes Frühstück 5.30 Uhr mit einer Scheibe Brot und einer Tasse Kaffee. Kaffee ohne Zucker, ohne Milch. Und eine ganz normale Scheibe Körnerbrot oder Roggenmischbrot oder so was, was gerade da ist. Entweder mit Käse oder einer Scheibe Schinken. Und da ich ja schon so früh frühstücke, geht es 9.00-9.30 Uhr zum zweiten Frühstück und wie das dann so ist ... wir haben direkt bei uns eine schöne Bäckerei. Da gibt es halt eben alles mögliche an Brötchen oder auch mal ein Kaffeestückchen, also ein Croissant mit Schokolade, ein Hörnchen oder mal ein Puddingteilchen. Und trinken tue ich zwischendurch meistens einen Früchtetee, ein Mineralwasser oder eine Apfelsaftschorle. Das stelle ich mir parat in den Kühlschrank und zwischendurch esse ich auch gern noch mal einen Joghurt. #00:03:34.5#

I: Bevor es Mittag gibt. #00:03:36.0#

B18f: Ja, genau. Und dann, ja, die Mittagszeit, da bin ich entweder in unserer Kantine. Die Kantine, die hat ein ganz gutes Angebot mit Salatbuffet und eben verschiedene Gerichte im Wechsel. Auch mal Pommes frites, auch mal Nudeln, auch mal Kartoffeln, auch mal Bratkartoffeln, was eben so alles in einer regulären Kantine an Möglichkeiten da ist. Mal Gemüse, mal eine Vorsuppe, Nachtschje nachdem. Meistens nachmittags esse ich nichts mehr und zwischen 16.30 und manchmal auch ab 18.00 Uhr habe ich Feierabend. Dann geht es wieder Retourkutsche zurück zu mir nach Hause. Ja, und Abends, wenn ich dann zu Hause bin, je nach Jahreszeit. Im Sommer essen wir öfter mal Salate und Gebrilltes. Ansonsten halt normal Brot mit Belag. ... Ja, mal ein bisschen mehr, mal ein bisschen weniger. Aber so im Groben. #00:05:08.6#

I: Hmm. ... Und, sagen Sie, im Vergleich dazu ein Wochenend-Tag? #00:05:13.6#

¹⁰⁷ Die Transkripte aller Einzelinterviews befinden sich in digitaler Form im CD-Anhang.

B18f: Ähm, am Wochenende ist es im Prinzip dasselbe, nur, dass wir zwei bis drei Mahlzeiten zu Hause einnehmen. Es gibt ein reichhaltiges Frühstück, auch mit Rührei oder mit einem gekochten Ei, einem Brötchen, also 1 Brötchen und 1 Tasse Kaffee. Und dann ein ganz normales Mittagessen mit irgendwelchen Beilagen, mal Reis, mal Nudeln, mal Kartoffeln und Gemüse oder Salat und irgendwas Geflügel oder mal ein Fisch oder auch mal ein Braten oder auch Kurzgebratenes. Im Sommer grillen wir mehr, in der Winterzeit essen wir eher so was. #00:05:59.9#

I: OK, und dann, Kaffeetrinken und Kuchenessen? #00:06:04.9#

B18f: Also ich trinke am Tag höchstens 1 Tasse Kaffee, ganz selten noch ein Cappuccino. Und Kuchen? Nein, das gar nicht. #00:06:25.6#

I: Und dann gibt es noch das Abendbrot. #00:06:28.1#

B18f: Ja, aber ... mal mehr, mal weniger halt eben. Im Sommer war es oft so, dass wir ein bisschen später gefrühstückt haben und dann nur gegrillt, so um 15./16.00 Uhr und dann haben wir abends nichts mehr gegessen. Aber das sind so die Ausnahmen. Normalerweise ist immer ein geregeltes Essen mit drei Mahlzeiten am Tag. #00:06:48.5#

I: Und sagen Sie, Nachspeisen, Nachtsch? #00:06:51.5#

B18f: Ähmm, ... eher weniger. Gehört nicht zum Standard-Programm, sage ich mal. Wir sind nicht so ein Süßspeisen-Esser. Es kann mal passieren, dass ich 2-3x im Jahr so eine Schokoladen-Gier entfalte, dass ich mal eine halbe bis drei Viertel Tafel Schokolade esse, aber das kommt äußerst selten vor. #00:07:20.3#

I: Also generell gar nicht so auf süße Sachen aus. #00:07:21.8#

B18f: Nicht so unbedingt. #00:07:23.2#

I: Hmm. Gut, ich würde noch gern ein paar Sachen nachfragen wollen. Fangen wir mal mit den Dingen an, die Sie zu Hause essen, mit den kalten Mahlzeiten - da haben Sie ja erzählt, dass Sie früh eine Scheibe Brot essen mit Schinken oder Käse drauf. Kommt da zwischen Belag und Brot noch was dazwischen? #00:07:45.6#

B18f: Ja, da kommt Butter dazwischen. #00:07:52.0#

I: Hmm, also Butter, dann Käse oder Schinken. Was für Sorten bevorzugen Sie da? #00:07:56.7#

B18f: Ich esse diese ganz normalen Sorten, die im Handel erhältlich sind: Gouda, Leerdamer oder Grünländer oder oder ... mal ein Bergkäse, oder Mont Piet, also weniger Camembert. #00:08:16.7#

I: Und beim Wurstaufschnitt? #00:08:20.4#

B18f: Da esse ich überwiegend rohen oder gekochten Schinken und auch ab und zu mal eine ganz normale Aufschnittwurst. #00:08:28.0#

I: Okay, und, wenn Sie diese aussuchen im Supermarkt, wonach gehen Sie da? #00:08:35.6#

B18f: Auf mein Auge, was mir gerade gefällt. #00:08:40.5#

I: Hmm, worauf Sie gerade Lust haben. #00:08:42.0#

B18f: Ja, genau. #00:08:43.0#

I: Gut, und abends dann essen Sie ja auch eher kalt in der Woche. #00:08:51.7#

B18f: Also eher kalt, ja. Mal ein Salat gemacht oder es kann auch mal sein, dass ich eine Suppe gemacht habe. Eine Brühe, in die ich ein bisschen Gemüse reingerieben habe, also eine Möhre z. B. oder ein paar Erbsen. Eher im Herbst, wenn es abends kalt und ungemütlich ist. Ist aber auch nicht oft. #00:09:25.2#

I: Und, an den Wochenenden, wenn das Frühstück etwas reichhaltiger ist, dann ist es vom Belag her ähnlich wie unter der Woche? #00:09:35.6#

B18f: Ja, ja, genau. Ich esse grundsätzlich kein Brot ohne Butter. Ich mache die Butter nicht sehr fett drauf, sondern ganz normal, dass das Brot ein bisschen zugestrichen ist. Manche machen das ja ein bisschen dicker, aber bei mir ist das im ganz normalen Bereich. #00:10:04.1#

I: Okay, und von den warmen Mahlzeiten her. Da sagten Sie, da gibt es eine Sättigungsbeilage, also Nudeln, Kartoffeln oder so, und Gemüse und noch was dazu, Fisch, Fleisch. #00:10:17.7#

B18f: Genau, je nachdem, was für ein Stück Fleisch ich da habe ... und dann auch mit Soße. Was ich mir nicht so abgewöhnen konnte, war ein bisschen fettfreier zu kochen. Ich habe es halt auch gerne mit Sahne und Creme fraiche. #00:10:35.1#

I: Aber das würden Sie gerne? #00:10:36.4#

B18f: Na sagen wir mal so, ich probiere es oft, aber letztlich hat dann doch wieder jede Soße Creme fraiche oder so was. #00:10:54.8#

I: Hmm, hat Ihnen denn jemand mal gesagt, Sie sollten davon weniger nehmen oder wie sind Sie darauf gekommen? #00:11:00.6#

B18f: Och, ich habe mir das immer wieder selbst gesagt, weil ich so zugenommen habe. Ein bisschen weniger wäre halt auch gut, vom Gewicht her. Aber als ich dann halt eben beim Kochen war, da bin ich immer wieder ins alte Essmuster reingefallen. #00:11:19.5#

I: Ähm, wieso meinen Sie, warum fällt Ihnen das schwer? #00:11:27.7#

B18f: Ach ja, das ist halt eben auch ein bisschen Geschmacksträger. #00:11:35.5#

I: Schmeckt einfach besser. #00:11:35.7#

B18f: Ja, genau. Ich esse sehr gerne und gut. #00:11:42.8#

I: Hmm. Noch einmal zu dem Fleisch zurück. Was für Sorten nehmen Sie da gerne? #00:11:45.7#

B18f: Ach das ist immer so ein bisschen im Wechsel. Mal Rindfleisch, mal Schweinefleisch, mal Geflügel, mal Fisch. #00:11:54.2#

I: Und, wenn Sie das Fleisch auswählen, gucken Sie da auf etwas besonders beim Einkaufen? #00:12:00.6#

B18f: Ich achte darauf, dass es mageres Fleisch ist. Ich esse nicht gern am Fleisch Fett, deswegen. Naja und ansonsten versuche ich schon, dass wir oft mal

Abwechslung auf dem Teller haben. Also nicht immer nur eine Fleischsorte, sondern alles im Mix. Mal Geflügel, mal Schwein, mal Rind - ja das so meistens. #00:12:15.0#

I: Hmm, verstehe. Sagen Sie, wer lebt eigentlich mit in Ihrem Haushalt? #00:12:22.3#

B18f: Also mein Mann und mein Mann sein Sohn. #00:12:30.8#

I: Und, darf ich fragen, wie alt der Sohn ist? #00:12:35.5#

B18f: Der Sohn, der ist 31 Jahre. Der hat zwar seinen eigenen Bereich, aber ich bringe ihm manchmal ein bisschen was mit. Also ich sage ihm, dass ich einkaufen gehe und dann sagt er mir, was ich ihm mitbringen kann. So ist das; nicht immer, aber manchmal nutzt er die "Mit-Kaufmöglichkeit" schon. #00:12:52.1#

I: Und wie ist das dann. Deckt sich das, was Sie gerne mögen, mit dem, was a) Ihr Mann gerne isst und b) der Sohn gerne isst? #00:13:04.7#

B18f: Also mit meinem Mann deckt sich das auf jeden Fall, aber mit dem Sohn gibt es immer so bestimmte Absprachen. Wenn das dann halt eben für ihn nicht so der Fall ist, dann sagt er "Koche für mich heute nicht mit" und dann lasse ich das auch für ihn. Aber öfter, er isst sehr häufig auch mit. #00:13:24.7#

I: Also er sagt dann, wenn er es nicht mag und Sie kochen es dann nicht. Oder gibt es auch mal einen Extra-Topf für ihn? #00:13:31.2#

B18f: Nein, nein. Entweder das, was gekocht wird, und wenn dies nicht seiner Vorstellung entspricht, dann holt er sich entweder selbst was oder er geht essen oder so. #00:13:47.2#

I: Und müssen Sie eigentlich - für sich selbst oder Ihren Mann oder Sohn - auf bestimmte Dinge Rücksicht nehmen vom Essen her. Manche haben ja eine Lebensmittelallergie oder sind Diabetiker oder so etwas. #00:14:01.2#

B18f: Also, bis jetzt war das nicht der Fall. Was jetzt eben bei mir rausgekommen ist, das ist so ein bisschen eine Apfelallergie. Aber das auch nur, wenn die Äpfel roh sind, wenn sie gekocht sind, dann vertrage ich sie gut. #00:14:13.5#

I: Okay, das ist das einzige? #00:14:14.7#

B18f: Ja, bei mir das. Mein Mann und der Sohn haben keine Allergie oder so etwas. #00:14:19.9#

I: Hmm. Wie kann ich mir das eigentlich vorstellen, nehmen Sie das Frühstück unter der Woche allein ein? #00:14:28.4#

B18f: Ja, wochentags ja. Am Wochenende frühstücken wir natürlich gemeinsam. #00:14:34.9#

I: Und, in der Woche das Abendbrot? #00:14:38.7#

B18f: Ja, das kommt eben darauf an. Ich habe ja montags und donnerstags längere Arbeitszeiten bis 18.00 Uhr. Bis ich zu Hause bin, ist es 19.00 Uhr. Wir versuchen immer, unser Essen bis spätestens 18.00 Uhr einzunehmen. Wenn ich so spät nach Hause komme, dann hat mein Mann schon was gegessen. Ich esse dann nur eine Kleinigkeit. Wenn ich normal nach Hause komme, dann essen wir auch zusammen Abendbrot. #00:15:09.2#

I: Und am Wochenende, da nehmen Sie dann alle Mahlzeiten gemeinsam ein?

#00:15:12.9#

B18f: Ja, genau. #00:15:14.6#

I: Sie sagten gerade, dass Sie nach 18.00 Uhr nichts mehr essen - gibt es hierfür einen Grund? #00:15:20.9#

B18f: Ja, ich habe mal gelesen, dass ab 18.00 Uhr der Körper seine Aktivität etwas zurückschraubt. Das heißt auch, dass die Nahrung vielleicht auch ein bisschen anders verdaut wird und da ich so zugenommen habe, möchte ich halt eben versuchen, nach 18.00 Uhr nicht mehr zu essen, weil das schlägt sich bei mir kolossal auf der Waage nieder. #00:15:47.8#

I: Ah okay, das haben Sie direkt bei sich selbst so beobachtet. #00:15:49.9#

B18f: Ja, genau. Also, wenn ich abends so gut wie keine Nahrung zu mir nehme, sondern mehr Flüssigkeit trinke, dann ist mein Gewicht am anderen Tag um einiges herunter reduziert. Wenn ich abends esse, normales Essen esse, wenn wir eingeladen sind oder es sind irgendwelche Feierlichkeiten, Geburtstage, dann habe ich am anderen Tag 1-1,5 kg an Gewicht zugenommen. #00:16:19.1#

I: Und das pendelt sich dann über mehrere Tage auch nicht wieder ein? #00:16:20.9#

B18f: Ähm ... nicht unbedingt. Wenn ich abends wieder weniger esse, dann ja. Aber, wenn ich abends normales Essen zu mir nehme, das schlägt bei mir unheimlich aufs Gewicht. #00:16:33.5#

I: Und war das schon immer so? #00:16:34.9#

B18f: Ja. #00:16:37.7#

I: Das heißt, Sie gucken da auch schon relativ lange drauf, dass ... #00:16:44.3#

B18f: Ja, da schaue ich schon lange drauf. Ich esse mal eine Scheibe Brot und vielleicht auch mal ein bisschen Obst oder so was. Aber ich versuche, bis 18.00 Uhr zu essen und danach nichts mehr. #00:16:54.1#

I: Hmm, okay. Ähm, gibt es für Sie alleine oder auch mit Ihrem Mann zusammen, so lieb gewonnene Essrituale - wie ich sie einmal nenne. Also Dinge, die Sie gerne tun, weil Sie Ihnen einfach wichtig sind - bezüglich Essen. ... Fällt Ihnen da irgendwas zu ein ... #00:17:15.2#

B18f: ... Jetzt konkret kann ich dazu gar nichts sagen. Nein, kann ich jetzt nichts sagen. Wir versuchen, morgens und abends zusammen zu essen - also sofern es von der Arbeit her geht. Aber direkt so Rituale kann man das nicht nennen, nein. #00:17:58.5#

I: Wenn es jetzt darum geht, nehmen wir mal am Wochenende, eine gemeinsame Mahlzeit einzunehmen - wie läuft das dann bei Ihnen ab. Können Sie das mal bitte beschreiben? Also zum einen, wer plant, was es geben soll, wer schreibt den Einkaufszettel, er kauft letztlich ein? #00:18:19.2#

B18f: Also mein Mann erledigt grundsätzlich alle Einkäufe und wir sprechen uns ab, was gegessen werden soll und mein Mann kauft das dann ein. #00:18:50.8#

I: Hmm, Sie überlegen also gemeinsam, was es geben soll und schreiben dann den Einkaufszettel zusammen. #00:19:03.7#

B18f: Ja, genau. Und mein Mann setzt das dann um und kauft ein. #00:19:07.7#

I: Achtet er denn beim Einkaufen auf etwas Besonderes, wissen Sie das?

#00:19:11.0#

B18f: Ja, er achtet immer darauf, dass er günstig einkauft. Ich bin da ein bisschen anders. Ich kaufe das, was mir gefällt. Ich gehe auch nicht auf alle Preise hin, aber ich versuche, ein bisschen hochwertiger einzukaufen. #00:19:25.0#

I: Hmm, da unterscheiden Sie sich ein bisschen. ... Wie oft kommt das denn überhaupt vor, dass Sie einkaufen. Es hörte sich vorher so an, als wenn Ihr Mann alle Einkäufe erledigt? #00:19:32.2#

B18f: Na ich kaufe schon selten ein, das stimmt. Aber ab und zu gehe ich natürlich auch los und kaufe Lebensmittel ein. Im Alltag ist aber eher er der Einkäufer.

#00:19:40.5#

I: Gut, dann sind die Lebensmittel also eingekauft. Und - um jetzt noch einmal auf die imaginäre Mahlzeit zurückzukommen - wer macht dann den ersten Handschlag, wenn es ums Essen zubereiten geht? #00:19:46.3#

B18f: Ja, das mache ich. #00:19:48.8#

I: Komplette Sie alleine? #00:19:49.7#

B18f: Ich würde sagen 90 % ja. #00:19:52.3#

I: Die 10 %? #00:19:53.0#

B18f: Da wird mal probiert, mal abgeschmeckt, da gehört hier noch was und da noch was und ... (lacht) ... so in der Richtung. #00:19:58.8#

I: Also das Hauptkochen ist bei Ihnen. #00:19:59.8#

B18f: Ja, das stimmt. #00:20:01.7#

I: Und der Sohn, macht der denn mal was mit? #00:20:05.3#

B18f: Wenn überhaupt, dann für sich alleine. #00:20:09.0#

I: Aber bei den gemeinsamen Essen, wo er mit dabei ist ... #00:20:11.5#

B18f: Habe ich das alleine gemacht, ja. #00:20:19.7#

I: Und dann hinterher, wenn es darum geht, Geschirr und Töpfe wieder wegzuräumen, abzuwaschen und so weiter - #00:20:30.7#

B18f: Das ist dann ... mal, sagen wir 60 % gemeinsam, und mal 40 % ich allein.

#00:20:42.8#

I: Hmm, gut. Und, das, was Sie so beschrieben haben, was Sie essen, war das schon immer so oder gab es da mal eine Änderung? #00:20:59.5#

B18f: Tja, ich habe mal Phasen gehabt, wo ich überwiegend vegetarisch gegessen habe. Das liegt aber schon 15-20 Jahre zurück. #00:21:15.9#

I: Aus welchen Gründen damals heraus, wissen Sie das noch? #00:21:18.2#

B18f: Ich habe mal einen Tiertransport gesehen. #00:21:23.2#

I: Und dann aber doch wieder zum Fleisch gegriffen, später. #00:21:25.5#

B18f: Ja, also zu dieser Zeit habe ich alleine gewohnt. Und als ich meinen Mann dann kennengelernt habe und wir zusammen Familie hatten später, dann habe ich auch wieder anders gekocht, da mein Mann doch gerne Fleisch isst und das auch mal braucht. #00:21:47.6#

I: Gut, und gab es sonst noch andere Veränderungen? #00:21:51.8#

B18f: Nein, nein. Der Rest ist eigentlich so geblieben. #00:21:54.4#

I: Kommen wir noch einmal zu Ihrem Arbeitsplatz. Sie sagten ja, dass Sie in die Kantine gehen und soweit auch mit dem Angebot zufrieden sind. #00:22:04.0#

B18f: Ja, kann man so sagen. #00:22:05.6#

I: Und, Sie essen dort warme Gerichte [B18f: Ja]. Können Sie bitte einmal beschreiben, was das so ist? #00:22:17.7#

B18f: Ja, was gibt es? Standardessen in der Kantine: Gulasch, Nudeln, Gemüse oder Salat. Wir haben dort Salatbüffet, wir haben auch ein Gemüsebüffet und da gibt es immer so drei verschiedene Sorten Gemüse und sechs verschiedene Sorten Salat. Und es gibt öfter Reis, Nudelgerichte, es gibt Kartoffeln, Pommes, Bratkartoffeln oder Quetschkartoffeln und es gibt mal Gulasch, mal Schnitzel, mal Hähnchenbrust, mal Fisch ... also immer Querbeet, was so eine Kantine halt im Angebot hat. #00:23:03.1#

I: Und, Sie wählen für sich dann gerne welche Gerichte ... ? #00:23:09.0#

B18f: Ich versuche so zu essen, dass ich nicht zu schwer belastet bin. Weil, ich habe festgestellt, wenn ich so ein etwas schwereres Essen esse, ich werde dann anschließend total träge, müde und träge. Daher esse ich gerne Geflügel oder Fisch mit Salat, da ist das dann ein bisschen besser als wenn ich die normale Palette mit Pommes oder so essen würde. #00:23:46.5#

I: Hmm, darauf schauen Sie also. #00:23:47.6#

B18f: Ja, genau. #00:23:48.2#

I: Und, sagen Sie, Sie gehen jeden Tag essen in der Kantine unter der Woche? #00:23:51.5#

B18f: Nein, nein. Ich bin vielleicht pro Woche drei mal essen in der Kantine. #00:23:57.1#

I: Okay, und die anderen beiden Tage? #00:23:59.2#

B18f: Hole ich mir entweder was, ein Brötchen mit Belag, oder ich nehme mir was von zu Hause mit, wie z. B. Joghurt und Obst. So was zum Beispiel. #00:24:14.8#

I: Und das Brötchen, das kaufen Sie dann fertig belegt irgendwo. #00:24:19.3#

B18f: Genau, entweder kaufe ich es fertig oder ich mache es mir zu Hause, wenn ich noch irgendwas habe, was gegessen werden soll, dann nehme ich mir das auch mit. Ach, was ich dann auch noch mache - das muss ich noch erwähnen - wir haben ja

auch eine kleine Küche in unserer Abteilung, und dort mache ich mir auch öfter mal diese asiatischen Fertiggerichte, diese Nudelgerichte, die esse ich leidenschaftlich gern. #00:24:51.0#

I: Was sind das noch einmal, sind das so fertige Suppen gleich oder ... #00:24:54.5#

B18f: Ja, die werden einfach nur mit heißem Wasser übergossen, das sind solche Instandnudeln. Die esse ich bestimmt auch einmal pro Woche. So mit asiatischen Nudeln, die so eingepresst sind und da ist dann so ein Päckchen Chilli und andere Gewürze, mit dem Wasser vermischt, saugt sich das dann voll und ist halt eine Nudelsuppe. #00:25:24.1#

I: Ja, genau, doch, jetzt weiß ich, was Sie meinen. #00:25:30.6#

B18f: Ja, die esse ich sehr gerne. #00:25:36.2#

I: An den zwei Tagen, an denen Sie nicht in der Kantine sind. #00:25:37.0#

B18f: Genau. #00:25:40.2#

I: Und wie machen das eigentlich die Kollegen? Gehen Sie zusammen essen oder alleine? #00:25:47.2#

B18f: Wir können nicht zusammen gehen, weil wir verschiedene Arbeitsbereiche haben und von jedem Arbeitsbereich muss jemand da sein, falls jemand anruft oder Kundengespräche sind. #00:26:06.5#

I: Dann verbringen Sie Ihre Mittagspause also alleine. #00:26:08.4#

B18f: Ja, es kommt darauf an. Mal gehe ich auch mit einer anderen Kollegin los. Das ist jetzt nicht so im Pulk, dass wir alle zusammen los gehen, es verschiebt sich halt. #00:26:25.9#

I: Aber die Kollegen gehen dann auch Richtung Kantine oder machen die was anderes? Wissen Sie das? #00:26:30.3#

B18f: Das ist total unterschiedlich. Manche sind ständige Kantinenesser, die montags bis freitags ihre Ritualmahlzeit dort einnehmen, manche die machen es genauso wie ich. Die machen dann auch mal sich selbst was zu essen. Wir haben so einen Aufenthaltsraum mit Küchenzeile und dort gibt es eine Kaffeemaschine und Wasserkocher und Geschirr und so, da können wir auch essen. #00:27:02.9#

I: Genau, das wollte ich auch noch fragen. Also gibt es einen Aufenthaltsraum, wo Sie was essen können und wo auch so Kleingeräte sind. #00:27:12.0#

B18f: Ja, richtig. Kühlschrank und Herd, Mikrowelle und Geschirrsachen und wir können Kaffee und Tee kochen. #00:27:25.6#

I: Und Sie für sich persönlich nutzen das inwiefern? #00:27:29.8#

B18f: Ja, wenn ich mir mal einen Cappuccino mache oder für die Suppen den Wasserkocher, klar. #00:27:37.1#

I: Und ansonsten, nutzen Sie auch die Mikrowelle, kochen Sie mal was dort? #00:27:43.7#

B18f: Also die Mikrowelle nutze ich nur, wenn ich mal so ein Fertiggericht habe oder, wenn ich von zu Hause eine Kleinigkeit habe, die ich gern warm machen möchte. Es kann mal sein, dass das eine Scheibe Fleischkäse ist, die ich dann zwischen ein Brötchen klemme oder so. #00:28:09.7#

I: Und, ähm, was ich vorhin privat fragte, jetzt im Arbeitsbereich: Haben Sie so bestimmte Essrituale zusammen mit den Kollegen, z. B., dass Sie sich nachmittags treffen zum Kaffee oder so was? #00:28:23.4#

B18f: Hmm, das ist immer unterschiedlich, es ist mal der da, mal der. Also als Ritual würde ich das nicht bezeichnen, nein. #00:28:34.4#

I: Hmm und, neben der Kantine, was gäbe es noch für Versorgungsmöglichkeiten in Arbeitsplatznähe? #00:28:42.6#

B18f: Ja, wir haben zwei Etagen unter uns eine riesige Bäckerei. #00:28:52.6#

I: ... Wo Sie sich dann auch was zum 2. Frühstück holen können ... #00:28:54.8#

B18f: Ja, genau. Ansonsten im Umfeld von unserer Bank ist noch ... alles mögliche, wie das eben in so einer Stadt ist. Da gibt es Bistros, Cafeterien, Restaurants, Bäckereien, Coffee to Go, wo es Kaffee mit Deckel drauf gibt und Brötchen - also ganz vielfältiges Angebot in der Nähe. #00:29:31.0#

I: Aber Sie nehmen vorrangig Kantine oder mal die Bäckerei. #00:29:36.9#

B18f: Genau, ja. #00:29:38.0#

I: Und die anderen Angebote sind irgendwie nicht so Ihre Sache? #00:29:41.0#

B18f: Ja, es ist auch manchmal so ein bisschen eine Zeitfrage. Wir haben 45 Minuten Mittagspause und, wenn man ... wir haben ja gleitende Arbeitszeiten so ein bisschen, und wenn man die Zeit ständig überschreitet, dann kommt man auch mit dem Zeitkonto ein bisschen ins Schwimmen. #00:30:08.1#

I: Verstehe, die Kantine ist auch einfach recht dicht, höre ich da raus. #00:30:11.3#

B18f: Genau, genau. #00:30:13.2#

I: Und deshalb gehen Sie dort auch gerne hin. #00:30:14.8#

B18f: Ja, unsere Kantine, man hat ein Essen komplett parat, wir haben unsere Karte, die ziehen wir durch und das Geld wird abgebucht. Das ist einfach sehr praktisch alles. #00:30:32.8#

I: Hmm, verstehe, gut. Ach ja, von der Bäckerei, sagten Sie ja, holen Sie sich mal so ein Brötchen zum 2. Frühstück oder ein Kaffeestückchen. Was meinen Sie eigentlich mit "Kaffeestückchen" - ich kenne den Begriff gar nicht? #00:30:44.5#

B18f: [lacht] ... ja, das sind halt eben solche Puddingteilchen oder Croissants mit Schokolade drin oder so was. #00:30:57.4#

I: Und da holen Sie sich manchmal was Herzhaftes und manchmal was Süßes eher. #00:31:01.1#

B18f: Öfters was Herzhaftes, seltener was Süßes. #00:31:05.7#

I: Okay, dann weiß ich Bescheid. Und den Joghurt, den Sie manchmal zwischendrin

essen, was für Sorten mögen Sie da? #00:31:11.7#

B18f: Ganz normalen Früchtejoghurt, Erdbeere oder irgend eine gemischte Frucht, was so auf dem Markt ist. #00:31:21.5#

I: Die ganz normalen ... was haben die, so 3,5 % Fett. #00:31:23.2#

B18f: Ja, so was oder mal von Zott, egal. #00:31:27.2#

I: Gut. Sie sprachen selber an, dass Sie Gleitzeit haben. Die Pausen sind aber anscheinend schon vorgegeben bei Ihnen, Sie können die nicht ganz frei wählen, oder? #00:31:38.6#

B18f: Also, die 45 Minuten, die sind vorgegeben. Wir müssen uns halt untereinander abstimmen, wer Mittag von wann bis wann macht. Ja, und daraufhin, der eine, der hat noch was zu erledigen und möchte gern von dann bis dann gehen und dann bleibt der andere da ... wir sprechen uns da immer so ein bisschen ab. #00:32:03.9#

I: Also im Team haben Sie das besprochen und das ist dann auch nicht ganz so starr, man kann das auch mal wechseln, wenn was ansteht aktuell. #00:32:10.5#

B18f: Genau, das ist also keine feste Zeit. #00:32:13.1#

I: Und mit wie vielen Kollegen müssen Sie sich da abstimmen? #00:32:14.9#

B18f: Vier Kollegen. #00:32:16.7#

I: Okay, das geht ja dann noch [B18f: Ja, ja]. Gleitzeit, und wie viele Wochenstunden sind das dann insgesamt? #00:32:25.6#

B18f: Das sind 38,5 Wochenstunden. #00:32:30.0#

I: Und wie würden Sie selber so einen Arbeitstag beschreiben. Wie ist das von der Arbeitsbelastung her für Sie? #00:32:37.0#

B18f: Also es ist zeitweise sehr, sehr stressig und es ist häufig auch eine Kollegin krank, die mit vertreten werden muss. Von dieser Sache her kommt es auch ab und zu vor, dass ich nur eine halbe Stunde Mittagspause mache und abends auch öfter mal Überstunden arbeiten muss und ..., wenn das nicht ist, dann ist es halt ein normaler Arbeitstag. Ich erfasse Betreuungsstände, Kundenänderungen und Umschreibungen und so Sachen. Und da kommt eben mal mehr und mal weniger zusammen, Nachlassbearbeitungen, wenn jemand verstorben ist. #00:33:29.6#

I: Also, ähm, viel am Rechner arbeiten. #00:33:38.3#

B18f: Überwiegend ja. Ich muss auch viel telefonieren mit Nachlassgerichten und mit Vormundschaftsgerichten und so weiter, um irgendwelche Sachen zu klären, ja. Bevor ich das gemacht habe, war ich früher am Schalter. #00:33:59.0#

I: Aha, Sie sind also momentan eher im Hinterzimmer, sage ich mal. #00:34:03.1#

B18f: Ja, die letzten drei Jahre, habe ich mich durch einen Unfall bedingt versetzen lassen, weil ich das viele Stehen am Schalter durch meinen Bruch am Bein nicht mehr machen konnte. Der Fuß wurde immer dick und geschwollen und da habe ich also, ja, um eine Versetzung gebeten in den Innenbereich, in die Sachbearbeitung und das hat dann Gott sei Dank auch geklappt, nach langem Kampf. #00:34:31.2#

I: Okay, hat das denn mit dem Bein noch andere Auswirkungen für Sie? #00:34:33.5#

B18f: Mittlerweile, wenn ich nicht mehr so lange stehen muss, dann nicht.
#00:34:38.1#

I: Hmm, also so im Alltag, haben Sie da nicht solche Probleme? #00:34:40.3#

B18f: Nein. Eben nur, wenn ich sehr, sehr lange - manchmal ist es ja so, dass von morgens 8.00 bis abends 20.00 Uhr permanent Kundschaft da ist und da kann ich eben nicht mit dem Fuß ... das geht halt eben nicht, dass ich dann zu den Kunden sage "Moment, ich muss mich mal setzen, mein Fuß tut weh" ... das geht nicht. Daher war ich auch so froh, als dann endlich meine Versetzung bewilligt wurde. #00:35:03.3#

I: Und eine Frage noch kurz zum Arbeitgeber: Gibt es hier irgendwelche Gesundheitsangebote für die Mitarbeiter? #00:35:10.7#

B18f: Ja, es gibt dieses Powertraining, mit diesem ... diesem ... da muss man auf einer Scheibe stehen und dann hat man so einen Stab in der Hand, der in Schwingungen versetzt wird. Ja, also so verschiedene Angebot haben wir dann doch schon. Wir können auch vergünstigt in Worms ein Fitnesscenter in Anspruch nehmen.
#00:35:39.2#

I: Und, haben Sie diese Angebote bisher auch genutzt? #00:35:40.9#

B18f: Also dieses Powertraining, das nutze ich schon. Wir hatten so einen Gesundheitstag bei uns im Angebot und da wurde dieses Gerät vorgestellt. Und da ja auch bei der Bank sehr viele sitzende Tätigkeiten sind, wenn man jetzt nicht gerade am Schalter ist, und da haben unsere Arbeitgeber gesagt, sie richten einen Raum ein, wo wir diese Geräte nutzen können. Das ist dann im letzten Jahr passiert, ja.
#00:36:25.3#

I: Aha, verstehe, es gibt also einen separaten Raum und da kann man rein wie man möchte? #00:36:28.8#

B18f: Genau, ja, man muss sich ein bisschen eintragen. Wir haben da vier Geräte und hierfür muss man sich halt eintragen, als wenn man Tennis spielen gehen möchte oder so was. #00:36:45.4#

I: Also gar nicht unter Anleitung, sondern ... #00:36:47.6#

B18f: Anleitung war am Anfang durch einen Fitnesstrainer. Der hat es mehrmals gezeigt und war auch mehrmals dabei und als wir das dann beherrscht haben, die Einstellungen der Geräte auch und die Körperhaltung und was der Körper als Kraftaufwand bringen kann, dann haben wir das seitdem auch alleine gemacht. Aber am Anfang war jemand dabei. #00:37:16.8#

I: Gut, das ist ja toll. Und Sie nutzen das ... gibt es noch was anderes? #00:37:21.9#

B18f: Ja gut, ich meine, es gibt dann immer noch diese internen Sportgruppen. Wir haben eine Skilanglauf-Gruppe, wir haben Lauffreize, eine Fußballabteilung, also da gibt es schon intern viel, viel sportliche Angebote. Ich nutze sie weniger, weil ich ja nicht in Worms wohne, sondern ich muss ja mit öffentlichen Verkehrsmitteln - wir wohnen nicht direkt in der Stadt, mein Mann braucht das Auto - und bedingt dadurch fahre ich halt mit den öffentlichen Verkehrsmitteln und bin immer ein bisschen an Zeiten gebunden. #00:38:05.1#

I: Wie lange brauchen Sie zur Arbeit? #00:38:08.5#

B18f: Also das ist mit Sicherheit jeden Tag eine Stunde Richtung Worms und eine Stunde zurück. #00:38:13.8#

I: Ui, pro Strecke eine Stunde. #00:38:15.1#

B18f: Na 1,5 Stunden ... Entschuldigung. Ich starte ja von hier mit dem Bus ... ja, also 1,5 Stunden pro Strecke. #00:38:26.6#

I: Gut, dann ist man nach der Arbeit nicht unbedingt noch bereit, so viel länger außer Haus zu bleiben. Man will ja irgendwann auch wieder zurück. #00:38:35.1#

B18f: Ich muss ja auch vom Bahnhof aus immer noch zur Arbeit laufen und Abends dann wieder zurück und die Kantine ist auch nicht unbedingt am Arbeitsbereich angebunden, also hier laufe ich auch. Wir haben ja auch innerhalb von Worms verschiedene Zweigstellen und die Kantine ist bei uns im Haupthaus und seitdem ich im Innendienst bin, muss ich eben auch zur Kantine laufen. #00:39:14.3#

I: Sie meinen, dass Sie dadurch bereits ein wenig Bewegung am Tag haben.
#00:39:16.0#

B18f: Genau. #00:39:18.5#

I: Gut. Ich möchte jetzt noch einmal zu einem Bereich kommen "Freizeit und Freunde - Essen und Trinken außer Haus". Damit meine ich - wie der Name sagt - alles, was Sie essen und trinken, das nicht zu Hause stattfindet, aber auch nicht am Arbeitsplatz, das hatten wir ja gerade besprochen, sondern wenn Sie unterwegs sind [B18f: Ja] ... entweder unterwegs, weil Sie z. B. in der Stadt unterwegs sind oder weil Sie bei Freunden eingeladen sind. Wie oft kommt das so vor und was essen oder trinken Sie dann gerne? #00:39:50.1#

B18f: Das kommt eher nicht so oft vor. Also, wenn wir uns mit Freunden und Bekannten treffen, außerhalb von festlichen Aktivitäten, wie Geburtstagen oder sonstige Feierlichkeiten, essen wir meistens entweder zu Hause und wir treffen uns dann noch auf einen Drink oder ..., ja, ... oder wir gehen mal gezielt essen.
#00:40:23.6#

I: Sie beide jetzt? #00:40:24.7#

B18f: Oder auch mit Freunden. #00:40:29.0#

I: Ist das häufiger, dieses gemeinsame Essen gehen? #00:40:31.8#

B18f: Also im Sommer häufiger und im Winter weniger häufig. #00:40:36.2#

I: Ja ... häufig, so einmal im Monat? #00:40:39.8#

B18f: Ein- bis zweimal im Monat, ja. #00:40:44.9#

I: Und wo gehen Sie dann gerne hin? #00:40:48.3#

B18f: Ähm, im Sommer gehen wir gerne mal in den Biergarten oder halt eben, wir haben da so eine Brauerei bei uns in der Nähe und da gehen wir ganz gerne hin. Das ist wunderschön zum Sitzen oder wir machen irgendwelche Spaziergänge und kehren da irgendwo ein. Aber das ist spontan, das ist nie gezielt. Es ist äußerst selten, dass wir so etwas von langer Hand planen. #00:41:38.9#

I: Und ansonsten sagten Sie ja auch, dass Sie oft zu Hause essen und sich dann nur auf einen Drink mit Freunden treffen. ... Welche Rolle spielt da Alkohol? #00:41:48.6#

B18f: Mit unseren Freunden muss ich sagen, wenn wir gut drauf sind, auch ganz gut [lacht]. Nicht zum Betrunkensein, sondern einfach mal ein paar Gläschen, sagen wir zwei Weizenbier und vielleicht auch mal ein guter Rotwein, so in der Richtung. Da ich aber der auserkorene Autofahrer bin, hält sich das bei mir persönlich immer in Grenzen, es sei denn, wir nehmen uns mal ein Taxi. #00:42:22.1#

I: Hmm, stillschweigendes Abkommen. #00:42:25.2#

B18f: So ist es. #00:42:26.4#

I: Und sonst, unter der Woche, für sich zu Hause? #00:42:31.6#

B18f: Wie man mal Lust hat. Mal, dass man sagt, okay, wir machen mal ein Fläschchen Rotwein auf, aber das ist auch nicht täglich. Und dann auch zu zweit eine Flasche. #00:42:50.1#

I: Hmm. Und, wenn Sie sich mit den Freunden treffen zum Essen. Wie ist das dann da mit den Geschmacksvorlieben zwischen Ihnen und Ihren Freunden? Also, wollen die was ganz anders als Sie essen ... Ist es schwierig, sich zu einigen, wohin es gehen soll? #00:43:07.1#

B18f: Nee, da finden wir immer was, da gibt es keine Probleme. #00:43:11.2#

I: Haben so ähnliche Wünsche. #00:43:12.3#

B18f: Ja, genau ... wir gehen gerne mal italienisch essen, wir gehen auch gerne mal asiatisch essen und im wenigsten Fall, dass wir so diese, diese Essen, die hier in unserer Region gekocht werden, weil das koche ich dann zu Hause. Wenn überhaupt, dann gehen wir auch mal griechisch essen oder auch asiatisch. #00:43:39.7#

I: Also eher was "Fremdes" und nicht so das Heimische. #00:43:42.2#

B18f: Wenn wir nach außen gehen, ja. #00:43:44.6#

I: Ah, gut. Und haben Sie - weil wir jetzt im Freizeitbereich sind - noch irgendwelche Hobbys oder ich sage mal Außer-Haus-Aktivitäten, denen Sie nachgehen? #00:43:56.2#

B18f: Nein, nein, Sie wissen ja, dass ich Abends so spät nach Hause komme - ich habe einen großen Garten. Im Sommer bin ich viel draußen im Garten. #00:44:37.2#

I: Auch dann unter der Woche? #00:44:39.3#

B18f: Ja, auch unter der Woche. #00:44:46.0#

I: So, dass Sie dann hier noch ein wenig draußen sind, aber jetzt nichts regelmäßig anderes noch machen. #00:44:53.9#

B18f: Nein. #00:44:54.8#

I: Okay. Wenn Sie jetzt noch einmal bitte an Ihre letzte Arbeitswoche zurückdenken ... Womit ist dann so ein Tag bei Ihnen gefüllt? Wofür verwenden Sie viel oder auch weniger Zeit? #00:45:11.6#

B18f: Da ist der Tag vorrangig gefüllt mit Arbeitsweg und Arbeitszeit und dann das bisschen Freizeit, was da noch übrig bleibt. #00:46:06.8#

I: Und wie sieht das aus mit Arbeiten, die in der Wohnung oder im Garten anfallen? #00:46:12.2#

B18f: Also die Sachen, die wochentags sind, sind nur die notwendigen Dinge, wie abwaschen, was nicht in die Spülmaschine rein passt, aufräumen oder auch mal saugen oder mal Kleidung weghängen oder Lüften. Und am Wochenende eher putzen. #00:46:50.4#

I: Und von der Aufteilung her ... sind Sie damit so zufrieden? #00:46:57.2#

B18f: Nein [lacht] ... #00:47:04.7#

I: Bei Ihrem Mann habe ich ja herausgehört, dass er immer einkaufen geht. Und, ja, ansonsten ... den Rest machen Sie? #00:47:11.6#

B18f: Ja, genau. #00:47:15.9#

I: Und Sie können Ihren Mann nicht dazu bewegen, dass er auch ein bisschen mit Hand anlegt. #00:47:22.2#

B18f: Schwierig. #00:47:26.0#

I: Wie sieht es eigentlich bei ihm aus, ist Ihr Mann auch berufstätig? #00:47:34.6#

B18f: Ja, aber viel näher hier an unserem Wohnort und die Arbeitszeiten sind auch flexibler gestaltet. #00:47:53.5#

I: Gut. Ich möchte jetzt zu einem Bereich kommen: Essen und Trinken in besonderen Situationen. Fällt Ihnen hierzu was ein, was für Sie vielleicht besondere Situationen sind, in denen Sie anders essen oder trinken als sonst üblich? #00:48:14.2#

B18f: Würde ich nicht sagen. Das einzige, was bei mir manchmal etwas ausgeprägt ist, ist, dass ich - ich versuche relativ wenig Schokolade oder Pralinen oder eben so süße Sachen zu essen und es kommt ab und zu auch vor, dass ich so eine Lust darauf kriege, dass ich richtig zuschlage. Das kommt aber wirklich im Jahr drei, vier, fünf mal vor, dass ich so eine richtige unbändige Lust auf was Süßes habe, dass ich dann auch nicht mehr bremsen kann. #00:49:00.1#

I: Und haben Sie schon einmal beobachtet, womit das vielleicht zusammenhängt? Z. B., dass Sie sagen, dass es immer in einer bestimmten Situation auftritt, wenn Sie sich z. B. ärgern? Dass es dann ist oder würden Sie sagen, dass es unabhängig ist von den äußeren Umständen? #00:49:19.0#

B18f: Das ist unabhängig von äußeren Umständen. Ich ärgere mich dann immer darüber, weil ich sage "Mensch, hätte ich das jetzt mal auf zwei Tage verteilt, dann hätte ich vielleicht mehr Genuss gehabt, als wenn ich es jetzt auf einmal ..." Aber ich kriege dann so einen Heißhunger auf Süßes, ja, man sagt ja, Schokolade, das schüttet so ein Hormon aus, vielleicht hängt das damit zusammen. #00:49:54.5#

I: Okay, und ansonsten, wenn Restaurantbesuch ist, Urlaube oder Geburtstage, da ist es letztlich auch ähnlich, was Sie so essen, wie das, was Sie bereits beschrieben haben. #00:50:07.5#

B18f: Genau, ja. #00:50:11.8#

I: Und, noch einmal eher zu emotionalen Situationen, wenn Sie sich vielleicht schlecht fühlen oder einsam sind oder besorgt sind ... merken Sie da, dass Sie besondere Lust auf etwas haben? #00:50:23.9#

B18f: Kann ich nicht sagen. Wenn mal so eine Situation da ist, dann reagiere ich nicht

besonders aufs Essen - nö, das ist unabhängig. Dass ich mich nach einem großen Ärger vielleicht mal keinen Appetit habe, aber im Grunde genommen spielt das bei mir keine große Rolle. #00:50:53.9#

I: Gut, dann sind wir auch schon fast am Ende. Ich möchte Sie noch einmal kurz zu Ihrem eigenen Wohlbefinden etwas fragen. Wie würden Sie selbst Ihren Gesundheitszustand beschreiben im Moment ... vergleichbar mit dem von Gleichaltrigen? #00:51:08.1#

B18f: Im Moment würde ich sagen, ja, es geht gut. Ich versuche, mein Immunsystem ein bisschen hoch zu halten, hatte allerdings jetzt zweimal Bronchitis hintereinander. Das war jetzt ganz außergewöhnlich. Im Grunde genommen würde ich aber sagen, es könnte schlechter sein. #00:51:37.3#

I: Also so recht zufrieden. #00:51:38.6#

B18f: Ja, doch. #00:51:40.5#

I: Und bei Ihrem Mann? #00:51:42.6#

B18f: Och, dem geht es gut [lacht]. #00:51:44.9#

I: Dem geht es gut, hmm. ... Und die erhöhten Cholesterinwerte, die Sie mir ja vorhin nannten, wie lange wissen Sie schon davon? Also wurde das vor einem Jahr das erste Mal festgestellt oder davor schon einmal? #00:51:59.6#

B18f: Das ist erst seitdem ich zugenommen habe. Ich muss dazu sagen, dass ich bis zu meinem 40. Lebensjahr so bei 58-60 kg war und dann, ab dem 40. Lebensjahr hat sich das ... ja, ich hatte eine ziemliche berufliche Umstellung, also ich habe noch einmal eine schwierige Prüfung machen müssen, also Berufsänderung gehabt und nachdem ich diese ganze Geschichte abgewickelt hatte, bin ich zum Sport zurück. Also während dieser Umschulungszeit habe ich fast keinen Sport gemacht aus Angst mir eine Verletzung zuzuziehen, ich habe aufgehört, Tennis zu spielen, bin auch kein Ski mehr gelaufen und das war einfach von der Zeit her nicht mehr möglich und auf einmal habe ich zugenommen. Als die Schule fertig war, die Prüfungen beendet waren, da war ich ein bisschen ausgepowert, habe also nicht den sofortigen Schritt gemacht in Richtung Sport und dann auf einmal fing ich an, zuzunehmen ab 40 und da habe ich 30 kg zugenommen. #00:53:21.5#

I: Plötzlich mehr oder weniger. #00:53:24.9#

B18f: Ja, schleichend. #00:53:27.2#

I: Und jetzt ist es auf einem Level eingependelt? #00:53:29.8#

B18f: Ja genau. Der Level ist da und ich tue mich um jedes Kilo schwer. Ich habe jetzt versucht, 3 kg mal wieder ein bisschen runterzuspecken. Das heißt bei mir, das geht nur durch mehr Bewegung und etwas kalorienärmer essen. Da muss ich halt eben immer wieder sagen, dass ich immer wieder auf die alten Essgewohnheiten, auf die alten Kochgewohnheiten zurückfalle und das ist dann doch manchmal ein bisschen zu reichhaltig. #00:54:00.4#

I: Was Sie noch so gewöhnt sind, zu essen. #00:54:01.8#

B18f: Genau. #00:54:03.7#

I: Und, wenn Sie sagen "kalorienärmer", was meinen Sie damit? Was versuchen Sie

dann? #00:54:08.4#

B18f: Halt eben ein bisschen weniger mit Soße zu kochen, sondern halt eben auch ein bisschen weniger mit Sahne zu kochen. #00:54:24.4#

I: Und das versuchen Sie jetzt schon oder haben sich vorgenommen eher für die Zukunft? #00:54:30.3#

B18f: Ja, das kann man so nicht sagen. Ich versuche das immer mal wieder, das geht dann drei-, viermal, aber dann ver falle ich immer wieder in die alten Essbereiche rein. #00:54:40.7#

I: Wie lange hält das dann so an, dass Sie das durchhalten? #00:54:43.4#

B18f: Och das kann ruhig mal 2-3 Tage ohne Weiteres funktionieren und dann wurde wieder was gekauft, und das muss gegessen werden, sonst muss ich es wegwerfen. #00:54:53.2#

I: Und wer hat das dann gekauft? Sie oder Ihr Mann? #00:54:55.7#

B18f: Manchmal kauft man ein bisschen zu viel, ob ich oder er. #00:55:03.1#

I: Also von den Mengen, dass es dann so viel war und es deshalb dann noch gegessen werden muss. #00:55:05.5#

B18f: Sollte ... bevor es weggeworfen wird. Ich esse nichts, was nicht mehr okay ist, nur, damit es gegessen wird. Aber, wenn es halt eben noch ... kurz bevor es dann doch soweit hinkommt, dann sage ich "Komm, jetzt isst du die Scheibe dann doch noch und die nächste vielleicht auch noch" - aber, das sollte ich halt eben nicht tun. Lieber soll ich es dann doch einpacken und doch wegwerfen, anstatt ich es esse ... nur, damit es gut aufgehoben ist. Das ist so ein bisschen die alte Denkweise, die man immer noch hat. #00:55:40.6#

I: Hmm ... Kennen Sie von sich denn noch andere Gründe oder können Sie sich selber erklären, wieso es dann doch wieder in die alten Gewohnheiten reinrutscht? Also zum einen, wenn Dinge am Mindesthaltbarkeitsdatum sind, dass Sie sich sagen „es ist jetzt schade drum“ sonst noch etwas? #00:56:02.8#

B18f: Ich sage Ihnen mal, diese Sachen haben Geld gekostet und manches auch nicht wenig und bevor ich das jetzt in den Mülleimer reinklatsche und es sieht noch gut aus, dann esse ich das. Ist halt noch eine alte Denkweise, die man eben halt noch von Kind an ein bisschen in sich drin hat. #00:56:28.4#

I: Klar. Nein, ich meine jetzt auch darüber hinaus ... #00:56:34.4#

B18f: Nein. Ist einfach nur, damit es nicht ... hört sich jetzt ein bisschen doof an, aber, wenn es um Wurst oder Käse geht, dann, ja es ist ein tierisches Produkt und das Tier hat sich für uns opfern müssen, damit wir uns ernähren können - so ungefähr denke ich da. #00:57:01.0#

I: Und, das heißt, so wie Sie im Moment essen, ... ja, wie zufrieden sind Sie damit? #00:57:08.1#

B18f: Also, zufrieden bin ich schon, denn ich versuche, gute Produkte zu kaufen und ich bin auch der Meinung, dass ich eine gute Mischkost koche. Ich denke, ich bin im Grunde genommen zufrieden, denke aber auch, dass ich manchmal ein wenig - wie ich ja beschrieben habe, meine gesünderen Phasen - diese öfter und länger durchhalten sollte. #00:57:34.9#

I: Das heißt, wenn, dann würden Sie in dieser Richtung künftig noch ein bisschen was ändern wollen? #00:57:40.8#

B18f: Ja, genau. Ich habe das alles total im Kopf, ich weiß das ganz genau ... das ist die Problematik. ... Ich weiß genau, woran das alles hängt und liegt und wie es sich so zusammensetzt, nur eben das Umsetzen ist halt die Problematik. Es ist einfach, das, was man kann, kann man und das andere muss man wieder ein bisschen lernen oder beständig dran bleiben. Und das andere ist schön zubereitet, weil man es weiß und das Neue, das muss dann halt wieder berechnet werden und geguckt werden und so, ja. Auch ein bisschen die Bequemlichkeit. #00:58:23.7#

I: Hmm. Und meinen Sie denn, mit dem, was Sie essen, einen Einfluss zu haben auf Ihre Cholesterinwerte, z. B. auch? #00:58:33.0#

B18f: Auf jeden Fall. #00:58:35.9#

I: Inwieweit glauben Sie, also was glauben Sie, ist da vielleicht förderlich und was weniger? #00:58:41.1#

B18f: Ich müsste einfach ein bisschen fettärmer essen. #00:58:45.2#

I: Ja. ... Insgesamt fettärmer, meinen Sie. #00:58:49.0#

B18f: Ja, genau. Also ... irgendwie halt Fett einsparen. Wo genau, hmm, keine Ahnung. Also, wenn man so fettreduzierte Sachen kauft, also Wurst oder Käse ... dann hat man auch immer wieder das gleiche, das ist halt der Nachteil. #00:59:02.5#

I: Also, Sie meinen, dass es für Sie nicht so eine geschmackliche Abwechslung wäre. #00:59:05.6#

B18f: Ja, genau. #00:59:08.1#

I: Hmm ... Glauben Sie oder haben Sie es mal probiert? #00:59:13.0#

B18f: Ähm, ich glaube das. Probiert habe ich das nicht auf Dauer, äh, ja, dann kann ich nur "Du darfst" kaufen, wo angeblich etwas Fett reduziert ist. Ich kann nur Lebensmittel kaufen, wo drauf steht "fettreduziert" und das ist immer wieder das gleiche Zeug, neee. Da hat man einfach immer das gleiche, immer den gleichen Geschmack auf dem Teller und meistens ist der nicht besonders gut und von der Seite her gehe ich dann doch eher auf die Sachen, die mir ins Auge fallen "ach, da hätte ich mal wieder Lust drauf, ach, da könntest mal" und ... ich weiß, dass das andere vielleicht etwas besser wäre für oder gegen Cholesterin. #00:59:59.9#

I: Gut. Dann würde ich jetzt zum Abschluss nur noch zwei Einstufungsfragen machen wollen und Sie zunächst bitten, sich selbst in diese Altersgruppen einzuordnen und ebenso mir die Gruppe von Ihrem Mann zu nennen. #01:00:31.3#

B18f: Ja. Also wir sind beide Gruppe E. #01:00:37.8#

I: Wunderbar. Und nun wüsste ich noch gern - ebenso in Gruppen eingeteilt - wie hoch Ihr Haushaltsnettoeinkommen ist. Also vom gesamten Haushalt gerechnet, was da im Monat zur Verfügung steht abzüglich Steuern und sonstiger Abgaben. Also, Ihr Mann, Sie und ich weiß nicht, ob der Sohn auch etwas verdient? #01:01:12.7#

B18f: Also der Sohn, nein, den können wir hier ausklammern. Der wohnt zwar hier, wir haben aber doch getrennte Kassen, ja. Also dann nur mein Mann und ich? #01:01:19.9#

I: Ja, genau. In welche dieser Gruppe können Sie sich zuordnen? #01:01:24.4#

B18f: Da sind wir in der Gruppe E. #01:01:45.7#

I: Gut, und von der Verteilung her ... können Sie ungefähr sagen, ob das so 50:50 ist oder trägt da einer mehr zu bei? #01:02:02.2#

B18f: Das ist 60:40. #01:02:05.8#

I: Und 60 Sie oder Ihr Mann? #01:02:08.0#

B18f: Das bin ich. Also ich 60, mein Mann 40. #01:02:12.3#

I: Okay, wunderbar. So, dann sind wir auch schon am Ende des Interviews angelangt. Oder möchten Sie noch gern etwas loswerden. Habe ich vielleicht noch etwas unberücksichtigt gelassen, wenn Sie daran denken, was Ihre Ernährung im Alltag so beeinflusst. #01:02:34.1#

B18f: Na so im Grunde genommen muss ich da nichts nachfragen. Ich weiß meine Ernährungsfehler eindeutig, es ist nur eine Umsetzungsfrage, auch ein bisschen eine Bequemlichkeitsfrage. Und wie ich das schon erklärt habe, man geht immer so ein bisschen auf die Sachen, die man am besten kennt, die einem am besten schmecken. Grundsätzlich weiß ich ganz genau, wo es hakt, es ist nur eine Umsetzungsfrage bei mir. #01:03:05.9#

I: Hmm, gut, also keine weiteren Ergänzungen Ihrerseits. #01:03:07.1#

B18f: Nein. #01:03:08.6#

I: Dann herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. #01:03:19.3#

Anhang 8: Kodierleitfaden mit Kategoriebeschreibung und Ankerbeispielen

Kategorie	Kategoriebeschreibung	Ankerbeispiel
Oberkategorie: Ernährung allgemein/ortsunabhängig		
Fettverzehr früher und heute	Äußerungen zur Ernährungshistorie/-gegenwart mit Bezug zu fettbewusster Ernährung	„Also wir essen halt nicht so fett wie ich das von zu Hause aus kenne. Wir haben zu Hause früher relativ herzhaft gegessen, recht fett - das gibt es bei uns nicht.“
Gründe Fettverzehr	Nennung von Gründen für oder gegen eine fettbewusste Ernährung	„Weil ich mir eben denke, ein bisschen Fett muss ja trotzdem sein, esse ich auch gerne die Butter. Ja, also wenn ich jetzt früh eine ganze Scheibe bloß mit diesem mageren Brunch essen würde, das würde mir - glaube ich - nicht gut tun. [...] Also ein bisschen Fett braucht man ja auch.“
Gründe Ernährungs-verhaltensumstellung	Nennung von Auslösern und Gründen für oder gegen eine Ernährungsstellung; allgemeine Nennungen, die auf Erfahrungen bei anderen (nicht Fettverzehr betreffenden) allgemeinen Ernährungsverhaltensänderungen beruhen	„Also bei mir ist es so, dass ich ... ich brauche immer einfache Regeln, die ich relativ unspektakulär umsetzen kann. Und das ist es eigentlich auch schon. [...] ich weiß auch, dass das [Ernährungsumstellung] bei mir ein langfristiger Prozess ist und ich nur Dinge umsetze, die einfach sind. Ich darf maximal fünf Regeln haben, von denen ich weiß, dass ich sie auch im Prinzip durchhalten kann.“
Besondere Ernährungssituationen	(Sozial-)situative und emotionale Momente, die zu Abweichungen von sonst üblicher Ernährung führen; allgemeine Nennungen (ohne Ortsbezug, ohne Bezug zu Fettverzehr)	„Nein, also ein Frustesser bin ich gar nicht. Da bin ich eher das Gegenteil. Wenn ich frustriert bin, dann esse ich nicht und dann trinke ich auch nicht.“
Alkohol	Äußerungen zur Menge, Art und Häufigkeit des Alkoholkonsums	„Und zum Abendbrot trinke ich auch gern mal ein Glas Wein oder Sekt dazu, was gerade da ist.“
Oberkategorie: Haushalt/Familie		
Besondere Ernährungsform	Hinweise, dass aus besonderem Grund auf die Ernährung oder bestimmte Nahrungsbestandteile geachtet wird, z. B. aufgrund von Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten oder Vegetarismus (inkl. andere Familienmitglieder)	„Aber frische Milch vertrage ich überhaupt nicht. Da habe ich so eine Laktoseintoleranz.“

... Fortsetzung (2/5) ...

Kategorie	Kategoriebeschreibung	Ankerbeispiel
Geschmacksvorlieben Haushaltsmitglieder	Äußerungen zu Ernährungspräferenzen Partner/Kind(er)/andere Haushaltsmitglieder	„In meiner Familie ist es z. B. auch so, dass diese besonders gerne sehr viel Fleisch essen und dann auch so Schweinefleisch, was ich ja nicht so gerne esse, und auch so mal Sachen, die ein wenig fetter sind von ihrer Art.“
Bedeutung „Ernährung“ in der Familie	Eigene Äußerungen und Reaktionen seitens der Familie zum Ernährungsverhalten des Befragten sowie generelle Anmerkungen zum Thema „Ernährung“ durch Familienmitglieder	„Das darfst du nicht, das ist zu fett!“ oder „Nicht zu viel davon!“ bei Fleischsalat, Krabbensalat, Salate. Alles, was mit Salat zu tun hat. „Den Käse nicht zu dick“, das kommt auch, dieser Spruch von meiner Frau. Die Kinder achten da nicht drauf.“
Gemeinsame Mahlzeiten	Äußerungen zu Häufigkeit und Art der Mahlzeiten, die gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern eingenommen werden	„Morgens, da geht das dann ruckzuck, meine Frau und ich sitzen da gerade mal eine halbe oder drei Viertel Stunde zusammen ... da blättern wir die Zeitung durch und schon ist Frühstück vorbei. Und abends dann essen wir zusammen ... die richtigen Mahlzeiten, wo wir uns mehr Zeit nehmen, sind eher am Wochenende.“
Organisation und Durchführung Lebensmitteleinkauf	Äußerungen zur Lebensmittelversorgung, wie Planung Lebensmitteleinkauf, Schreiben einer Einkaufsliste, Lebensmittelvorräte im Blick haben, Lebensmitteleinkauf (inkl. Auswahlkriterien)	„Einkauf von Lebensmitteln mache ich relativ selten. Das macht meine Frau. Sie achtet mittlerweile viel auf Bio-Produkte.“
Organisation und Durchführung Beköstigung	Äußerungen zur Vor-, Zu- und Nachbereitung von Mahlzeiten und zur Essensplanung	„Meine Frau bemängelt, dass ich das zu sehr entscheide, weiß ich nicht. Ich habe schon bestimmte Wünsche und Vorstellungen, aber das wird schon besprochen. Was die Kinder wollen, das wird schon berücksichtigt. Es ist schon so, dass wir das besprechen. Und beim Kochen wechseln wir uns schon auch ab. Ich bin zu 20 % vielleicht auch in der Pflicht und mache das dann auch.“
Zeitverwendung und Aufgabenteilung Familie/hauswirtschaftliche Arbeiten	Äußerungen zur aufgewandten Zeit mit der Familie und für Arbeiten im Haushalt/im Haus (z. B. Wäschepflege, Haus-/Wohnungsreinigung)	„Unter der Woche habe ich für Arbeiten, die draußen nötig sind, keine Zeit, das mache ich am Wochenende halt. [...] Hier in der Wohnung das macht alles meine Frau.“
(Sozial-)situative und emotionale Faktoren Fettverzehr, zu Hause	(Sozial-)situative und emotionale Barrieren und Fördernisse einer fettbewussten Ernährung zu Hause	„Und Abends sitze ich dann auch manchmal vor dem Fernseher und muss dann naschen. Manchmal ein bisschen mehr, manchmal eher weniger. Also irgendwas Süßes.“

... Fortsetzung (3/5) ...

Kategorie	Kategoriebeschreibung	Ankerbeispiel
Oberkategorie: Arbeitsplatz/Kollegen		
Gestaltung Mittagspause	Äußerungen zur Gestaltung der Mittagspause (Anzahl beteiligter Personen, Ort)	„Wir gehen in einer Gruppe essen, es ist relativ fest gefügt, mit wem man in die Kantine geht“
Ernährung Kollegen	Äußerungen hinsichtlich Mahlzeitenpräferenzen der Kollegen und deren Gestaltung der Mittagspause	„Na eine andere Kollegin, die bringt sich immer Stullen mit zur Arbeit und isst dann zu Hause was Warmes. Und die andere Kollegin, die isst mal eine mitgebrachte Stulle oder geht raus und holt sich da was.“
Aktionen und Reaktionen Ernährungsverhalten	Eigene Äußerungen (Aktion) und Reaktionen seitens der Kollegen zum Ernährungsverhalten des Befragten am Arbeitsplatz	„Ja, klar kommen Reaktionen. Einige wundern sich schon, warum man denn heute wieder so gesund lebt. Oder, wenn mal gerade das Gemüse dabei ist, das der andere gar nicht mag, dann ‚Ahhh‘ - irgendwelche wilden Reaktionen, aber sonst eigentlich weniger.“
küchentechnische Ausstattung	Beschreibungen von Möglichkeiten am Arbeitsplatz hinsichtlich Mahlzeitenzubereitung und -einnahme	„Wir haben keine Mikrowelle, aber einen Herd. Aber wir haben keinen Topf. Dann haben wir so einen Kaffeeautomaten, wo man sich dann Cappuccino machen kann oder Espresso. Den nutzen wir auch. Also eine ganz kleine Teeküche, ohne Aufenthaltsraum.“
Versorgungs- möglichkeiten	Äußerungen zur eigenen Versorgung (inkl. Zufriedenheit) und generellen Versorgungs- möglichkeiten in Arbeitsplatznähe	„Ich hatte eine Zeit, wo ich in der Kantine mit den Schülern gegessen habe, aber das Essen war sowieso unter aller Kanone. Ich habe es auf jeden Fall dann eingestellt und im Regelfall esse ich kein Mittag, nur halt dieses Müsli.“
Arbeits-/Pausenzeiten, Arbeitsweg	Äußerungen zur Regelung der Arbeits- und Pausenzeiten, Einteilung der Pausenverwendung sowie zum Arbeitsweg	„Kurz nach 7.00 Uhr fahre ich los und bin kurz vor 8.00 Uhr auf Arbeit. [...] Na feste Arbeitszeiten habe ich nicht, ich bin da flexibel. Wenn ich im Büro bin, dann mache ich gegen 18.30-19.00 Uhr Schluss und fahre nach Hause.“
Arbeitszeiten Partner	Äußerungen zu Arbeits- und Wegezeiten des Partners (inkl. Arbeitssituation)	„Er arbeitet viel näher hier an unserem Wohnort und die Arbeitszeiten sind auch flexibler gestaltet.“
Arbeitssituation	Äußerungen zur Arbeitssituation, zum Arbeitsablauf und zur Arbeitsbelastung	„Ich bin Geschäftsführer eines kabelproduzierenden Unternehmens und das in einer sehr kleinen Mannschaft und habe damit den Tagesablauf relativ klar gegliedert. [...] Ich könnte eine deutlich höhere Arbeitsbelastung ab, das wäre gar nicht das Problem.“

... Fortsetzung (4/5) ...

Kategorie	Kategoriebeschreibung	Ankerbeispiel
(Sozial-)situative und emotionale Faktoren Fettverzehr, Arbeitsplatz	(Sozial-)situative und emotionale Barrieren und Fördernisse einer fettbewussten Ernährung am Arbeitsplatz	„Wir haben also eine Art Naschschrank auf Arbeit. Es gibt da schon häufiger Situationen, wo ich aus dem Stress heraus ein Stück Schokolade essen muss. Und dann greift man so unkontrolliert in den Schrank rein und nascht einfach ... ich habe neulich eine halbe Schachtel Konfekt gegessen so aus der Situation heraus.“
Gründe für allgemeines Ernährungsverhalten am Arbeitsplatz	Nennung von Gründen für das Ernährungsverhalten am Arbeitsplatz und für mögliche Abweichungen davon; allgemeine Nennungen, die nicht den Fettverzehr betreffenden	„Wenn ich Zeitmangel habe, dann versuche ich trotzdem irgendeine Kleinigkeit zu essen. Es ist ganz selten, dass ich dann überhaupt nichts esse. Eine Kleinigkeit esse ich eigentlich immer.“
Gesundheitsangebote	Maßnahmen zur Gesundheitsförderung seitens des Arbeitgebers (inkl. Nutzung durch Befragten)	„Ja, es gibt die Möglichkeit, alle zwei Jahre eine Vorsorgeuntersuchung auf Kosten der Firma durchführen zu lassen. Und dann gibt es so Working-Life-Programme ... aber da habe ich mich jetzt noch nicht weiter drum gekümmert.“
Oberkategorie: Freizeit/Freunde		
Außer-Haus-Verzehr	Äußerungen zu Art, Anlass und Häufigkeit eines Außer-Haus-Verzehrs	„Am Freitagabend gehen wir gerne Essen. Dass wir dann zum Griechen gehen oder Freunde treffen und mit ihnen Essen gehen. Als Einstimmung aufs Wochenende, machen wir das recht gerne. Weil das ja auch mit dem Kochen unter der Woche die Lust irgendwie begrenzt ist, und da machen wir das.“
Geschmacksvorlieben Freunde	Äußerungen zu Ernährungspräferenzen der Freunde	„Viele meiner Freunde essen auch gerne Aufläufe und so was gern, wo ich ja gar nicht drauf stehe. Das ist dann schon ein bisschen unterschiedlich.“
Bedeutung „Ernährung“ im Freundeskreis	Eigene Äußerungen und Reaktionen seitens der Freunde zum Ernährungsverhalten des Befragten sowie generelle Anmerkungen zum Thema „Ernährung“ im Freundeskreis	„Manche fragen schon, wie ich das so mache. Aber da ich ja selber nicht sage ‚Ich esse immer ein Salat und ein kleines Süppchen‘ falle ich da auch nicht sofort auf. Es gibt aber schon einige Freunde, die das toll finden, dass ich z. B. kein Mousse au Chocolat mehr als Nachtisch esse.“

... Fortsetzung (5/5) ...

Kategorie	Kategoriebeschreibung	Ankerbeispiel
Regelmäßige Äußer-Haus-Aktivitäten	Äußerungen zur Art und Häufigkeit regelmäßiger Äußer-Haus-Aktivitäten (inkl. Partner)	„Ich gehe einmal die Woche zum Schwedisch und zweimal die Woche machen wir Nordic Walking mit Freunden und dann noch einmal die Woche Aqua-Fit.“
Sonstige Freizeitgestaltung	Äußerungen zu Nutzung und Umfang freier Zeitressourcen im Alltag	„Eigene Freizeit besteht zur Zeit daraus, dass wenn ich Abends nach Hause komme mich auf die Couch lege und die Kiste anmache. Also vor 19.00 Uhr gar nicht. Ich sitze dann da und falle gleich um. Ich blättere in Zeitungen rum. Aber da passiert nicht mehr viel.“
(Sozial-)situative und emotionale Faktoren Fettverzehr, Freizeit	(Sozial-)situative und emotionale Barrieren und Fördernisse einer fettbewussten Ernährung im Freizeitbereich	„Wenn ich gefrustet bin oder genervt von irgendwas. Dann fahre ich in die Stadt, hatte noch nicht gefrühstückt und habe ein Erdbeerstück mit Schlagsahne und dann noch so eine Walnusstorte ... so ein Schwachsinn, aus Frust heraus wollte ich mir was Gutes tun. Das gibt es schon, gerade, wenn ich genervt und gefrustet bin und so, jetzt ist mir alles egal“, dann mache ich das schon.“
Besondere Ernährungssituationen im Freizeitbereich	Nennung von Situationen im Freizeitbereich, die zu Abweichungen von sonst üblicher Ernährung führen; allgemeine Nennungen, die nicht den Fettverzehr betreffenden	„Im Urlaub ertappe ich mich auch gern dabei, dass ich viel mehr esse. Besonders schlimm ist so ein All-Inklusive-Urlaub, so dass ich so etwas schon gar nicht mehr nehme.“
Oberkategorie: Gesundheitsstatus/Fettstoffwechselstörung		
Momentaner Gesundheitszustand	Allgemeine Aussagen zum eigenen Gesundheitszustand/Fitness sowie zu Gesundheit anderer Familienmitglieder	„Ich fühle mich gut. [...] Meiner Familie geht es, glaube ich, gut. Der eine von den Jungs kämpft mit dem Gewicht.“
Fettstoffwechselstörung	Äußerungen zur Krankengeschichte, Diagnose, Cholesterinwerten, Arztbesuchen, Medikamenten	„Erhöhte Cholesterinwerte wurden 2002 festgestellt. [...] seitdem nehme ich Medikamente. Dadurch liege ich ganz gut mit den Blutwerten. [...] Ich bin einmal im Jahr bei so einem Gesundheitsstatus und da wird das kontrolliert, ja.“
Einflussnahme auf Cholesterinwerte	Äußerungen zu Möglichkeiten der Einflussnahme auf das Blutcholesterin durch das Ernährungsverhalten (inkl. Wissen über Zusammenhang)	„So viel ich weiß, zum Teil zumindest. Das hängt ja irgendwie wohl mit den Fetten zusammen. Aber ... es gibt ja auch verschiedene Cholesterinsorten, aber so bin ich jetzt auch nicht informiert.“

Anhang 9: Klassifizierung der Stadienzugehörigkeit

B3f = Befragter Nr. 3, feminin; B12m = Befragter Nr. 12, maskulin

Stadium	Interview-part-ner	Streich-fett	Wurst-/Fleischwaren	Käse/Milchprodukte (und daraus hergestellte Speisen)	fettbewusste Ernährung	Änderungswunsch hinsichtlich Fettverzehr (Intention)	konkrete Änderungspläne (Planung)	Gewohnheit/Konsequenz einer fettbewussten Ernährung (Habituation)
1	B3f	Butter und Rahmaufstrich (am Wochenende: nur Butter)	Schinken, Bratensülze, Jagdwurst; manchmal: Zunge, Salami, Leberwurst; Kotelett, Schweinefilet, Gulasch	Schinkenröllchen mit Frischkäse, herkömmlicher Käse; Aufläufe	nein (3x nein)	nein ("Ja, also eigentlich bin ich recht zufrieden [...] Wissen Sie und man merkt ja die Cholesterinwerte nicht, ich fühle mich ja nicht akut beeinträchtigt dadurch. Wenn das wäre, dann würde ich bestimmt auch eher was ändern, aber so ... nein, ich denke, dass ist schon insgesamt so ganz okay, wie ich esse.")		
1	B6f	Margarine	selten Wurst: Truthahnsalami; eher Feinkostsalate: Fisch-, Krabben-, Schinkensalat ("weil es mir schmeckt ... wie viel Fett darin ist, ist mir egal")	herkömmlicher Käse; Sahne; Quiche, Aufläufe	nein (2x nein)	nein ("wenn ich wirklich gesundheitliche Probleme hätte, würde ich es vielleicht versuchen. Jetzt sehe ich nicht so die Notwendigkeit.")		
1	B12m	cholesterinsenkende Margarine	Bierschinken, Jagdwurst, Salami, Fleischsalat ("ich gucke einfach nur, ob ich die Wurst mag oder nicht"); Rind-, Schweinefleisch, manchmal Geflügel	herkömmlicher Käse	nein (2x nein)	nein ("Wichtig ist mir eigentlich, dass ich nicht zu viel esse, dass ich Obst esse, und, dass ich trinke. [...] Ich bin zufrieden damit. Ich werde das auch so weitermachen.")		
1	B14m	Butter	Salami, Fleischwurst, Mortadella, Bierwurst, Leberwurst	herkömmlicher Käse	nein (3x nein)	nein ("Wichtig ist mir, dass es schmeckt - was noch? Und, dass es schnell geht und, dass es einmal am Tag was Warmes ist. Und irgendwann muss ich auch mal dazu kommen, mehr zu trinken. Manchmal klappt das mit den 2 Litern Wasser, aber nicht immer.")		

... Fortsetzung (2/8) ...

Stadium	Inter-view-part-ner	Streich-fett	Wurst-/Fleischwaren	Käse/Milchprodukte (und daraus hergestellte Speisen)	fettbewusste Ernährung	Änderungswunsch hinsichtlich Fettverzehr (Intention)	konkrete Änderungspläne (Planung)	Gewohnheit/Konsequenz einer fettbewussten Ernährung (Habituat)
2	B18f	Butter	Schinken; Braten, Kurzgebratenes, Rind-, Schweine-, Geflügelfleisch ("ich esse nicht gern am Fleisch Fett")	Gouda, Leerdamer, Grünländer, Bergkäse, Mont Piet; Sahne, Creme fraiche	nein (2x nein)	ja ("Ich denke, ich bin im Grunde genommen zufrieden, denke aber auch, dass ich manchmal ein wenig - wie ich ja beschrieben habe, meine gesünderen Phasen - diese öfter und länger durchhalten sollte. [...] Ich müsste einfach ein bisschen fettärmer essen.")	nein ("Also ... irgendwie halt Fett einsparen. Wo genau, hmm, keine Ahnung.")	
2	B19f	Margarine	fast immer: Salami, Leberwurst, Jagdwurst; Kassler, Roulade	Hartkäse, herkömmlicher Käse; Aufläufe	nein (2x nein)	ja ("Nichts Grundlegendes verändern in Zukunft ... Aber vielleicht nehme ich unser Gespräch auch zum Anlass, etwas genauer hinzusehen. Bei den süßen Sachen, vielleicht auch bei den Mahlzeiten insgesamt ... also, dass die nicht zu fettig sind.")	nein ("Na mal sehen. ... Wie das genau funktionieren kann, weiß ich noch nicht.")	
2	B10m	kein Streichfett	Salami, Teewurst, Fleischsalat; Wiener Würstchen; Schweine-, Rind-, Hähnchenfleisch, selten: Lamm ("unsere warmen Mahlzeiten sind sehr fleischlastig")	Frischkäse, Brie, herkömmlicher Käse ("achte ich überhaupt nicht darauf, wie hoch irgendein Anteil ist"); Sahne, Schmand	nein (2x nein)	ja ("Also, da muss ich auch ein bisschen was tun. [...] Es ist schon so, dass ich sehe, dass mein Essverhalten sich verändern muss, dass ich vielleicht auch neben den Kohlenhydraten mal mehr aufs Fett schauen sollte.")	nein ("Wenn das lachten auf Kohlenhydrate] soweit passt, vielleicht gucke ich dann auch mal mehr auf andere Inhaltsstoffe, also Fette. Ich denke, das ist doch auch wichtig ... aber das ist Zukunftsmusik.")	
2	B15m	Margarine	Wurstsalat, Weißwurst, Salami, Leberwurst, Leberkäse, Fleischsalat; Schnitzel, Kotelett, Friede, Curry Wurst, Rindsroulade ("klar kaufen wir auch mal Putenwurst ein, die nicht	Camembert, herkömmlicher Käse; Sahne, Creme fraiche ("das gehört schon dazu, schmeckt	nein (2x nein)	ja ("Ja, ehrlich gesagt, vielleicht werde ich dies noch mal in Angriff nehmen [mehr aufs Fett zu schauen] ...")	nein ("... im Moment, passt das so ganz gut. Aber für die Zukunft kann ich mir dies schon generell vorstellen. [...] Vielleicht könnte ich bei einigen Dingen noch konsequenter sein, was	

... Fortsetzung (3/8) ...

Stadium	Interview-partner	Streichfett	Wurst-/Fleischwaren	Käse/Milchprodukte (und daraus hergestellte Speisen)	fettbewusste Ernährung	Änderungswunsch hinsichtlich Fettverzehr (Intention)	konkrete Änderungspläne (Planung)	Gewohnheit/Konsequenz einer fettbewussten Ernährung (Habituation)
			so fett ist, aber ... wenig muss ich sagen. Da wird wenig drauf geguckt")	einfach besser")			das Essen angeht.")	
							ja ("Ja, es ist mir einfach schon wichtig, dass es eine gesunde Ernährung ist, dass ich versuche und mich bemühe, auch beim Kochen darauf zu achten, dass das gesund ist, dass ich künftig auch noch mehr beim Fleisch darauf achten möchte, dass es nicht das fettige Schweinefleisch unbedingt ist, sondern lieber Geflügel [...] Ich habe mir schon vorgenommen, dass ich mal einen Kochkurs mitmache, wo ich gesündere Mahlzeiten kochen lernen kann.")	
3	B13f	Butter	Zervelatwurst, Kalbsleberwurst, Teewurst, roher Schinken; Würstchen; Geflügel-, Schwein-, Rindfleisch, Steak, Frikadelle, Bratwurst	herkömmlicher Käse für verschiedene überbackene Speisen	nein (3x nein)	ja ("Wie ich es im Moment mache, bin ich zufrieden, von den Gegebenheiten her. Aber ich will noch mehr in die Richtung gehen [...] gesünder zu essen, mehr auf Zucker zu gucken und auch aufs Fett")	ja ("Na, dass ich doch noch mehr darauf gucke, auf fettreduzierten Käse [...] das [aufs Etikett schauen beim Fettgehalt] ist ja auch gar nicht so schwer eigentlich. Ich denke, dass ich das schon mache und auch bei noch mehr Lebensmitteln machen werde.")	
3	B17f	Butter	selten Wurst: gekochter Schinken, Hähnchenbrust, Putenbrust, Salami; Gyros, Frikadelle, Roulade, Schnitzel, Steak, Bratwurst	viel Käse: Mozzarella, Camembert, Bergkäse, Couda	nein (3x nein)	ja ("Naja, ich will schon noch was ändern. Ich muss sagen, dass ich das Fett noch mehr reduzieren will, das habe ich mir schon vorgenommen, dass ich das reduzieren will.")		

... Fortsetzung (4/8) ...

Stadium	Interview-partner	Streichfett	Wurst-/Fleischwaren	Käse/Milchprodukte (und daraus hergestellte Speisen)	fettbewusste Ernährung	Änderungswunsch hinsichtlich Fettverzehr (Intention)	konkrete Änderungspläne (Planung)	Gewohnheit/Konsequenz einer fettbewussten Ernährung (Habituation)
3	B7m						ja ("na, z. B., dass ich öfter auf die Lebensmittel gucke. Was da so drin ist. Und dann eher mal solche einkaufen, die weniger Fett haben. [...] Ja, das kann ich mir vorstellen, das geht. [...] Na ich könnte mir auch gut vorstellen, dass ich sage, ich gehe nur noch einmal im Monat, also z. B., nur noch einmal im Monat zu Burger King. So ganz drauf verzichten, schaffe ich nicht. Aber weniger, das ginge schon ... ja doch.")	
		Margarine	Mettwurst, Salami, Leberwurst; Hackfleisch, Würstchen	Gouda, herkömmlicher Käse; Aufläufe	nein (2x nein)	ja ("Ich würde schon gern was verändern. Auf jeden Fall! Ich möchte schon insgesamt mehr darauf achten, weniger Fett zu essen. [...] ich will das auch wirklich ändern")	ja ("Na ich möchte schon noch mehr dahin kommen, weniger Fleisch und Wurst zu essen. ... vielleicht sage ich mir mal, dass ich nur so drei Mal in der Woche Fleisch esse und die restlichen Tage quasi vegetarisch, also vom Mittag her oder mal Fisch. Das wäre zumindest ein Versuch. [...] Vermutlich sollte ich auch eher Geflügel essen, also als Wurst meine ich.")	
3	B8m	cholesterinsenkende Margarine	Mettwurst, Mortadella; oft Schwein, weniger Geflügel	Gouda, herkömmlicher Käse; verschiedene überbackene Speisen	nein (2x nein)	ja ("mehr pflanzliches Fett. Man weiß ja mittlerweile, wo was drin ist. [...] da müsste ich schon noch mehr machen. Ich denke, da achte ich jetzt schon ganz gut drauf. Aber ich sollte auch noch mehr dafür tun, denke ich. [...] Stimmt, das werde ich mal machen, ja.")		

... Fortsetzung (5/8) ...

Stadium	Interview-partner	Streichfett	Wurst-/Fleischwaren	Käse/Milchprodukte (und daraus hergestellte Speisen)	fettbewusste Ernährung	Änderungswunsch hinsichtlich Fettverzehr (Intention)	konkrete Änderungspläne (Planung)	Gewohnheit/Konsequenz einer fettbewussten Ernährung (Habituation)
4	B9f	Margarine	Putenwurst, mageren Bierschinken ("diese fetten Sachen habe ich schon weggelassen, die esse ich schon gar nicht mehr"); Kassler ("bei Fleisch gucke ich einfach, dass es nicht nach Fett rieft, dass keine Fettaugen drin sind")	nur selten Käse; fetter Camembert	ja (3x ja)			nein ("Ich habe jetzt zu fettarmen Sachen gefunden und solche Geschichten, aber die Menge dann auch zu regulieren, den Appetit zu bremsen. ... irgendwann, da bin ich derzeit immer dermaßen schwach, was das betrifft. [...] Es ist schon schwer, diese Gewohnheiten, die jetzt drin stecken und auch noch nicht so optimal sind, diese wieder zu ändern.")
4	B11f	Margarine	Putenaufschnitt, Hähnchenbrust; selten Fleisch, wenn dann Lammfilet, Steak, Putensteak o. a. Geflügelfleisch	fettreduzierter Käse, Hüttenkäse; selten im Restaurant; Sahnesauce	ja (3x ja)			nein ("Also ich benutze auch mal Hackfleisch oder esse auch mal ein Schnitzel - nicht so oft, aber so ganz konsequent bin ich da nicht.")
4	B5m	Halbfettbutter	selten Wurst; magerer Bierschinken, geräucherter Schinken ("nichts, was zu heftig nach Cholesterin aussieht"); Schweinefilet, Rindfleisch, Wild; gelegentliches, bewusstes Genießen cholesterinreicherer Lebensmittel ("das sind einfache Dinge, die ich mir gelegentlich gönne, aber eben auch, dann	selten Käse: Hüttenkäse, kein vollfetter Käse, 30 %-iger Gouda; möglichst wenig tierischen Fette zum Kochen	ja (2x ja)			nein ("als ich damals damit konfrontiert wurde, dass ich deutlich zu hohe Cholesterinwerte habe, habe ich gelernt, zu jedem Lebensmittel zu sagen, wie viel Cholesterin darin ist. [...] und dennoch schaue ich, was mir schmeckt. Und, dass eine Imbissbude mehr mit tierischen

... Fortsetzung (6/8) ...

Stadium	Interview-part-ner	Streich-fett	Wurst-/Fleischwaren	Käse/Milch-produkte (und daraus hergestellte Speisen)	fettbe-wusst-ge Er-näh-rung	Änderungswunsch hinsichtlich Fettverzehr (Intention)	konkrete Änderungspläne (Planung)	Gewohnheit/Konsequenz einer fettbewussten Ernährung (Habituation)
4	B16m	kein Streich-fett	hinterher sag 'Jetzt ist aber auch erstmal wieder Ruhe''')					Fetten operiert als mit pflanzlichen, weil es preiswerter ist, das kann ich halt nicht ändern, da muss ich durch."
			gekochter Schinken, verschiedene Geflügelwurstsorten, selten: Putensalami; oft: Lamm-, Rind-, Geflügelfleisch, Sauerbraten	fettreduzierter Käse	ja (3x ja)			nein ("Ich bin der Meinung, dass ich über die Ernährungsschiene noch mehr machen muss. Das ist alles noch nicht so eingespielt. Vielleicht ist doch mein Tagesablauf nicht so gut.")
5	B1f	Margarine						ja ("Ich brauche da meinen Fahrplan. [...] Ich habe einen Rahmen, der ist bei mir relativ konstant. Und wenn dann mal ein Würstchen reinkommt, dann sterbe ich nicht gleich. [...] Eigentlich eine permanente Kontrolle, wo praktisch der Ausraster auffällt. [...] Ich habe mich so daran gewöhnt. Ich finde schon, dass ich gut darauf achte und das soll auch so bleiben.")
			Lachsschinken ("nicht so fettig ist wichtig bei Wurst"); Pute, Hühnerchen	fettreduzierter Käse	ja (3x ja)			

... Fortsetzung (7/8) ...

Stadium	Interview-part- ner	Streich- fett	Wurst-/ Fleischwaren	Käse/Milch- produkte (und daraus hergestellte Speisen)	fettbe- wusst- e Er- näh- rung	Änderungswunsch hinsichtlich Fettverzehr (Intention)	konkrete Änderungspläne (Planung)	Gewohnheit/Konse- quenz einer fettbe- wussten Ernährung (Habituation)
5	B20f	Marga- rine (wenn tagsüber kein Pflanzen- öl ver- wendet; sonst kein Streich- fett)	Putenaufschnitt, Pou- lardenbrust; Geflügel- fleisch ("Frikadelle oder so Würstchen, gab es noch nie, würde ich aber auch nicht essen. Die sind extrem fettig.")	fettreduzier- ter Käse, fettreduzier- ter Quark/ Frischkäse	ja (3x ja)			ja ("Also das ist jetzt fast 2 Jahre her, seit- dem versuche ich es. Gut, am Anfang noch nicht sofort alles, was ich jetzt so mache, aber so Stück für Stück kam das. Und jetzt ist es schon normal für mich, also ich überlege da gar nicht mehr groß. [...] es ist vollkommen normal für mich, aufs Fett bei den Lebens-mittel zu schauen." [...] Im Moment habe ich die Lösung, dass ich mir was zum Essen koche [auf Ar beit] und fahre auch gut damit. Ich habe mich so daran gewöhnt, das macht auch keine große Mühe.")
5	B2m	kein Streich- fett; selten: Marga- rine	keine Wurst, sondern vegetarischer Aufstrich; alle 2-3 Wochen: Geflü- gel-, Rind-, Strauss- fleisch	fettreduzier- ter Käse	ja (3x ja)			ja ("Ja, das [Ernährung im Alltag] läuft bei mir relativ konstant ab. [...] Es [fettbewusst zu essen] ist für mich so normal geworden. [...] Da bin ich auch ein bisschen stolz drauf")

... Fortsetzung (8/8) ...

Stadium	Interview-partner	Streichfett	Wurst-/Fleischwaren	Käse/Milchprodukte (und daraus hergestellte Speisen)	fettbewusste Ernährung	Änderungswunsch hinsichtlich Fettverzehr (Intention)	konkrete Änderungspläne (Planung)	Gewohnheit/Konsequenz einer fettbewussten Ernährung (Habituation)
5	B4m	cholesterin-senkende Margarine	Wurstbelag sehr selten; Kalbschnitzel, Geflügelfleisch	fettreduzierter Käse ("Ich kaufe keinen vollfetten Käse [...] und schneide die Scheiben absichtlich dünn. Was nützt Magerkäse, wenn er fett belegt wird?")	ja (3x ja)			ja ("Ja, dass man bestimmte Sorten Fleisch oder Käse nicht isst, dass man Innereien weg lässt – das ist einfach weg und da muss ich auch nicht mehr nachdenken. Das belastet mich gar nicht. [...] Also, wenn man sich so ein Programm erst einmal zurecht gelegt hat, dann klappt das immer wieder. [...] und dann bleibe ich dabei.")

Anhang 10: Beispiel Datenauswertung der Oberkategorie „Familie/Haushalt“ präkon- templativer Personen¹⁰⁸

I-Nr.	Aussage	Paraphrase	Generalisierung, Reduktion
Unterkategorie: Besondere Ernährungsform			
3w	Aber frische Milch vertrage ich überhaupt nicht. Da habe ich so eine Laktoseintoleranz.	hat Laktoseintoleranz	es liegen Lebensmittelallergien und -unverträglichkeiten vor; 1x Partner hat Diabetes mellitus
12m	Ja, unser jüngster ist hochallergisch. Er reagiert sehr empfindlich auf Lebensmittel. Wir gehen z. B. nicht beim Chinesen essen, weil da relativ viel Glutamat im Essen ist. Was ist sonst noch? Es gibt noch ein paar Sachen, die verträgt er nicht und die essen wir dann alle nicht. Ich glaube, es ist Haselnuss oder Walnuss ... weiß ich jetzt nicht, aber es ist eine Nussart. Da reagiert er relativ stark drauf. Da richten wir uns alle nach.	jüngster Sohn hat Lebensmittelallergien (Glutamat, Nuss), da richtet sich gesamte Familie nach	1 Sohn hat Lebensmittelallergie
6w	Ich habe im Teeni-Alter bis so 25, 26 auf Milchprodukte verzichtet, weil ich eine leichte Laktoseintoleranz habe. Da habe ich mich aber langsam wieder so drangewöhnt und das geht auch. Ich darf bloß keine Mengen essen. Also zwei Joghurts zum Beispiel oder regelmäßig Joghurt, dann würde ich merken, dass ich wieder Darmprobleme habe. Aber so geht das gut.	hatte im Jugendalter Laktoseintoleranz, heute verträgt sie Milchprodukte, wenn Mengen nicht zu groß sind	s. o.
3w	Und mein Mann, der ist Diabetiker, der müsste eigentlich, macht aber nicht. Es schmeckt ihm einfach nicht. Ja und vielleicht wäre es ihm auch zu nervig, immer aufzupassen, was er isst. [...] wenn er dann von seinen Ärzten irgendwelche Ratschläge kriegt oder zu solcher Ernährungsberatung soll, nee. Das macht er nicht. [...] Er spritzt sich jetzt seit einem Monat auch. Vorher hat er mit Tabletten versucht, das zu halten. Aber es hat nicht mehr funktioniert.	ihr Partner ist Diabetiker, der zwar auf Ernährung achten sollte, es aber nicht tut, weil es ihm sonst nicht schmeckt bzw. zu nervig wäre; muss sich mittlerweile wegen Diabetes spritzen, da Tabletten mit der Zeit unwirksam	s. o.
Unterkategorie: Geschmacksvorlieben Haushaltsmitglieder			
12m	I: Und ist es da schwierig, auf einen Nenner zu kommen? Eigentlich nein, da findet sich was.	keine Schwierigkeiten auf einen geschmacklichen Nenner zu kommen	ähnliche Geschmacksvorlieben in der Familie
3w	Nein, nicht wirklich. Also mein Mann isst viel Käse zum Beispiel. Der isst gerne fettige Wurst, wie Teewurst oder Jagdwurst. I: Das heißt, es stehen dann auf dem Tisch verschiedene Sachen und jeder greift zu dem, was er gerne möchte. Ja, jeder nimmt sich dann das, was er mag. I: Und bei den warmen Mahlzeiten? Ist das dann auch getrennt? Nee, also hier nicht. Nudeln essen wir auch gerne mal, habe ich vorhin vergessen. Die gehen schön schnell und sind auch mal lecker. Manchmal mit Pilzen, manchmal mit gebratener Jagdwurst und Tomatensauce.	Partner isst viel Käse und fettreiche Wurst (z. B. Teewurst, Jagdwurst); verschiedener Belag steht auf dem Tisch und jeder greift zu dem, was er gerne mag; bei warmen Mahlzeiten gleiche Geschmäcker/gleiches Essen	1x Partner sowie 1x Kinder mögen gern fettreichere Brotbeläge bzw. warmes Essen; bei kaltem Essen greift jeder zu dem, was er gern mag; bei warmen Speisen ein gemeinsames Essen für Familie; 1x Partner ähnliche Geschmacksvorliebe
6w	Brötchen gibt es wohl einmal. Und wenn die Kinder von meinem Freund hier sind, dann muss ich Berge von Toastbrot hier haben, weil die dann immer Sandwich essen. [...] Gerne, wie es bei Kinder ist, mehr so Fast-Food, wie Pizza oder Wrap. Aber da gucke ich auch, dass da so frische Sachen rein kommen. [...] Doch das deckt sich größtenteils [mit dem Partner], würde ich sagen. [...] Ich denke schon, dass wir uns angepasst haben aneinander. Ich weiß schon, dass ich bestimmte Sachen sehr gerne mag, die er aber nicht so gern isst. Und dann koche ich dir mir mal alleine.	Kinder mögen gern Toastbrot zum Sandwichmachen, das kauft sie dann extra ein; Kinder mögen mehr Fast-Food (Pizza, Wrap); achtet darauf, dass auch frische Sachen mit dabei sind; mit Partner ähnliche Geschmacksvorlieben; weiß, was Partner gerne isst bzw. was nicht und kocht dementsprechend	s. o.
Unterkategorie: Gemeinsame Mahlzeiten			
12m	In der Woche regelmäßig eigentlich nur Abendbrot. Das Frühstück essen wir z. T. zusammen, wenn ich im Büro bin. Wenn ich unterwegs bin, dann frühstücke ich alleine, klar. Und mittags sehen wir uns auch nicht. Also essen wir abends zusammen, wenn ich zu Hause bin. [...] Alle Mahlzeiten eigentlich, wenn nicht einer unterwegs ist. Zumindest Frühstück und Abendbrot essen wir immer zusammen, da gucken wir schon, dass dann alle da sind - am Wochenende. [...] Wichtig ist mir, dass wir am Wochenende zusammen essen soweit es geht. Und die Woche über, wenn ich zu Hause bin, zusammen essen. Dass wir in Ruhe zusammensitzen und nicht jemand rumspringt, sondern in Ruhe zusammensitzen und essen.	wochentags gemeinsames Abendbrot; gemeinsames Frühstück, wenn er geschäftlich nicht unterwegs ist; am Wochenende jede Mahlzeit, außer jemand ist über die Mittagszeit unterwegs; gemeinsame Mahlzeiten in Ruhe sind ihm wichtig	wochentags: früh + abends; Wochenende: alle Mahlzeiten gemeinsam mit Partnerin, sofern zeitlich möglich
3w	Abendbrot. Frühstück macht jeder selbst, ich gehe ja früh aus dem Hause. Da steht er nicht mit auf. Da mache ich das, was ich esse und er ist später alleine. [...] [Am Wochenende] essen wir alle drei oder vier Mahlzeiten gemeinsam.	wochentags gemeinsames Abendbrot, Frühstück macht jeder selbst, da unterschiedliche Aufstehzeiten; am Wochenende jede Mahlzeit gemeinsam	wochentags: abends, Wochenende: alle Mahlzeiten gemeinsam mit Partner
6w	In der Woche Abends. Am Wochenende ist es auch eher Abends, ja. Mein Freund ist Samstags bis Mittag mindestens noch unterwegs und, wenn er dann nach Hause kommt, dann isst er vielleicht auch mal ein Brötchen. Aber wie kochen dann Abends zusammen. [...] Also ich stehe morgens auf und trinke eine Tasse Kaffee und esse aber nichts. [...] Also in der Regel ist es so, dass ich [am Wochenende] bis Mittags nichts esse und nur meine Tasse Kaffee trinke. Es ist dann eher so, dass ich mir gegen 12.00 Uhr ein Brötchen schmiere oder einen Toast mache. Heute war es mal anders. Heute habe ich mal um 9.00 Uhr zwei Toast zum Frühstück gegessen. Dann ist es am Wochenende so, dass wir am Abend essen gehen oder kochen.	wochentags und am Wochenende gemeinsames Abendbrot; sie frühstückt nicht	s. o.
14m	Nein, so gut wie gar nicht [Kontakt zu anderen Familienmitgliedern]. Wir sehen uns vielleicht 2-3x im Jahr, wenn Familienfeiern anstehen. Mit meinem Vater telefoniere ich bestimmt alle zwei Wochen, meine Mutter ist schon tot. Er lebt in einem Pflegeheim, nicht unbedingt dicht von mir.	Kontakt zu anderen Familienmitgliedern 2-3x im Jahr zu Familienfeiern; Mutter bereits verstorben; Vater lebt in einem entfernten Pflegeheim	mit Familie gemeinsame Essen nur zu feierlichen Anlässen, wenige Mal im Jahr
Unterkategorie: Organisation und Durchführung Lebensmitteleinkauf			
3w	Mein Mann, der ist zu Hause und der geht jeden Tag einkaufen. Und dadurch ist der Kühlschrank immer voll. [...] Es wird gesprochen, aber meistens geht er einkaufen und guckt, was es gibt und kauft dann alles, was er denkt, was man essen könnte. [...] Er fragt schon vorher, was ist einzukaufen. Aber da der Kühlschrank eigentlich immer voll ist, sage ich immer "Brauchst nichts einkaufen, ist ja alles da. Für mich nicht.". Und dann geht er los und dann ist der Kühlschrank noch voller. Gut finde ich das überhaupt nicht, aber es ja auch nicht zu ändern. Er muss sich ja auch beschäftigen, das kann ich ja auch verstehen. So hat er noch seine Aufgabe - das ist schon okay so. [...] Das [Vorräte im Blick haben] mache ich dann eher. Da kümmert er sich nicht drum.	Mann ist nicht berufstätig und geht täglich einkaufen; sie sprechen ab, was gekauft werden soll; er entscheidet jedoch oft spontan am Regal und kauft auch andere Dinge ein; Kühlschrank ist stets gefüllt, was sie nicht gut findet, aber auch nicht ändern kann; Einkaufen ist seine einzige Tagesbeschäftigung; sie hat Lebensmittel-Vorräte im Blick	Partner sind die Haupt-Einkäufer; Lebensmittelauswahl erfolgt in gemeinsamer Absprache, wobei auch oft spontan - je nach Appetit - noch weitere Dinge gekauft werden; vorrangige solche Lebensmittel ausgewählt, von denen aus Erfahrung bekannt, dass sie schmecken; sie hat Lebensmittel-Vorräte im Blick

¹⁰⁸ Die kompletten Auswertungstabellen aller untersuchten Kategorien separiert für jedes einzelne Stadium einer Verhaltensänderung befinden sich in digitaler Form im CD-Anhang.

... Fortsetzung (2/3) ...

12m	Überwiegend macht das meine Frau [...] das sind überwiegend biologisch angebaute Lebensmittel, und dann in der Regel auch nicht ganz so fett. Ja, bei Fleisch - wenn wir Fleisch essen, dann schaut sie, dass das nicht so fett ist. [...] I: Und, ist es dann auch Ihre Frau, die die Vorräte im Blick hat, die Einkaufsliste schreibt und so was? Genau.	macht überwiegend seine Partnerin; sie achtet auf biologischen Anbau und auf Fettgehalt beim Fleisch; Partnerin hat Vorräte im Blick	wenn Partnerin, dann kauft sie ein und hat Vorräte im Blick; Partnerin achtet auf Bioqualität und Fettgehalt beim Fleisch; er: Lebensmittelauswahl, wo aus Erfahrung bekannt, dass sie schmecken
14m	Ja, ich kaufe die Sachen selber ein. Eigentlich das, wo ich weiß, dass sie schmecken, weil ich sie schon einmal gegessen habe. [...] das ist meistens viel zu viel. Also ich habe eine ganz schöne Vorratshaltung für einen Ein-Personen-Haushalt. ... Ja, ja, Konserven, Fertiggerichte - das kommt eben daher, dass man hungrig einkaufen geht und dann meist mehr kauft als nötig wäre. Aber es wird ja nicht schlecht.	kauft für sich selbst solche Lebensmittel ein, von denen er aus Erfahrung weiß, dass sie schmecken; kauft oft hungrig ein und dann zu viel, so dass viele unverderbliche Vorräte da sind	s. o.
6w	Weil es auch eben eher verfügbar ist. Ich bin nicht die klassische Einkäuferin, die jetzt ständig einkaufen geht. Schon auch, aber meist bringt mein Freund was vom Fischwagen mit oder so. [...] Also das, ich plane da nicht großartig, ich kaufe einfach ein. Ich bin nicht die Person, die groß aufschreibt. Es sei denn, so etwas wie Toilettenpapier fehlt, das dann schon, damit ich es nicht vergesse. Aber ansonsten gehe ich einfach los und gucke, worauf ich Appetit habe oder ich habe herausgehört, dass die Jungs kommen und die essen total gern Melone und dann kaufe ich das natürlich ein. Danach orientiere ich mich so ein bisschen. Also eher so nach Lust und Gefühl. [...] Ich kaufe vorrangig ein. Nichtsdestotrotz fragt mein Freund auch fast täglich, ob er etwas mitbringen soll und macht es dann auch. Das ist selbstverständlich. [...] Also, was er ja unheimlich gern macht, ist. Er hat auch bei Real einen Stand und da sind auch noch andere Händler, wie z. B. Erdbeer- oder Kartoffelstand, und die dealen so miteinander. Und manchmal kommt er dann mit vier Paketen Erdbeeren an und dann mache ich mal Marmelade extra. Es geht oft so, dass	geht nicht täglich einkaufen, da meist Partner vom eigenen Fischwagen Dinge mitbringt; kauft spontan ein und plant nicht, es sei denn, bestimmte Sachen fehlen; kauft nach Appetit ein oder wenn sie weiß, dass seine Kinder vorbei kommen; Partner kauft manchmal auch ein, gern tauscht er auch Lebensmittel mit anderen Händlern je nach Saison; wählt Wurst-/Käsebelag aus Erfahrung, wo sie weiß, dass sie schmecken	s. o.
Unterkategorie: Organisation und Durchführung Beköstigung			
3w	also das [was gekocht wird] besprechen wir schon gemeinsam vorher. Wir gucken, was wir für Sachen zu Haus haben und dann überlegen wir uns etwas, meistens kocht man das, was man schon mal gemacht hat. [...] Auch in der Woche, wenn er alleine ist, dann macht er sich ja auch was zum Essen. Unterwegs ist er vielleicht auch mal was am Stand. Das weiß ich gar nicht. Aber wenn wir hier zusammen sind, dann schält er auch die Kartoffeln, bereitet das Gemüse vor. [...] Das [Aufräumen nach dem Kochen] mache dann meistens ich. [...] Also, zur Zeit muss ich sagen, ist mein Mann der Koch, weil er zu Hause ist.	sprechen sich ab, was gekocht werden soll unter Berücksichtigung vorrätiger Lebensmittel; kochen oft bekannte Speisen; Partner kocht für sich wochentags zum Mittag allein; Partner kocht, weil er nicht berufstätig ist; sie räumt nach dem Kochen auf	gemeinsame Absprachen zur Essensplanung unter Berücksichtigung vorrätiger Lebensmittel; beide Partner bereiten Speisen zu (muss nicht gemeinsam sein), gemeinsame Vor-/Nachbereitung
12m	Also entscheiden, ... in der Regel meine Frau und sie fragt natürlich auch, wer auf etwas Lust hat oder eines der Kinder sagt, dass der mal Lust auf was bestimmtes hat. Und Handschlag ... überwiegend meine Frau. Wenn wir da sind, dann helfen wir auch, aber überwiegend macht das meine Frau.	Partnerin überlegt sich, was gegessen wird, erfragt vorher Essenswünsche in der Familie; Durchführung Beköstigung macht in der Regel Partnerin; Familie hilft mit, wenn zu Hause	wenn Partnerin, gemeinsame Absprachen zur Essensplanung; keine Kochfertigkeiten; Mithilfe bei Vor-/Nachbereitung je nach Zeit
14m	Es muss schnell gehen, dass man es nebenbei essen kann. Nichts mit stundenlang hinsetzen oder kochen. Ich mache auch nur selten mal einen Salat, das kommt nicht so häufig vor. [...] Ja, und kochen, backen oder so was mache ich für mich selbst fast gar nicht. Das könnte man schon sich anders einteilen, dass man öfter kocht. Aber das klappt bei mir so nicht. [...] Tja, für eine paar Kleinigkeiten [reichen Kochfertigkeiten] ... Ich sage mal, was ich machen kann, Nudeln, Spaghetti so was, das kann ich schon, Kartoffeln. Zwar kein Entenbraten, aber eine Suppe kochen, das geht dann schon.	Essen wird so ausgewählt, dass es schnell zubereitet und gegessen werden kann; kocht oder bäckt für sich allein fast gar nicht, klappt nicht; Kochfertigkeiten reichen für einfache Gerichte (Nudeln, Kartoffeln kochen)	s. o.
6w	Meist sagt mein Freund mittags schon "Was gibt es denn heute Abend zu essen?". Und dann bin ich schon meist genervt, dass ich denke "Ja, was könnte es denn mal geben?". Und meistens überlege ich dann, was im Kühlschrank ist und ich bin immer sehr darauf bedacht zu gucken, dass die Reste weg kommen. Und mein Freund liebt es meistens, wenn ich die Reste koche, aus denen wird meistens was Gutes. Wenn ich mir was vornehme, dann ist das nicht so lecker als wenn ich die Reste verarbeite. Und ja, dann sagt er meist "Ich habe hier noch Seezunge" und ich gucke dann, was es für Salat dazu geben könnte. [...] Also ich bereite schon so alles vor, aber er, wenn er am Grillen ist, das macht er alles, überhaupt den Fisch zuzubereiten macht er. Ich mache diese Nebensachen, weil ich schon zu Hause bin. [...] Dann, ja meistens sitzen wir dann noch lange zusammen und erzählen. Es ist nicht so, dass wir gleich aufspringen und alles wegräumen. Aber wir räumen gemeinsam ab und er hilft mir auch. Das schon.	macht Vorschläge, was es zum Essen geben kann unter Berücksichtigung vorrätiger Lebensmittel (reste), die verbraucht werden müssen; beim Grillen/Fisch zubereiten: sie macht Vorarbeit, da schon zu Hause, das eigentliche Grillen/Fisch zubereiten übernimmt Partner; gemeinsame Nachbereitung von Mahlzeiten	s. o.
Unterkategorie: Zeitverwendung und Aufgabenteilung Familie/ hauswirtschaftliche Arbeiten			
3w	und ich dann meistens am Wochenende den Haushalt mache - also die Feinheiten, die ein Mann nicht sieht. Ich meine, er macht sauber und saugt am Freitag - aber wie das so ist, ein wenig mache ich noch so Kleinkram. ... und er kocht dafür. [...] Früh geht es [Essen] flott. Ansonsten kocht mein Mann ja recht viel. Also da geht kaum Zeit für drauf. [...] Ja, zur Zeit bin ich ein bisschen faul. Zur Zeit lastet das alles mehr auf meinem Mann. Aber ich denke mal, dadurch, dass er ja auch zu Hause ist, ist das auch Okay. Wäsche machen und die Feinheiten mache ich, den Rest macht er. [...] Außer, dass ich hin und wieder auf meinen Enkel aufpassen muss. Na und zur Zeit sind wir also eigentlich täglich bei meiner Mutter, die ist schwer krank. Da gehen wir wirklich täglich hin, ob Wochenende oder in der Woche. [...] Also, erstens hatte ich meinen Enkel für zwei Tage. Da geht die Zeit weg und da schaffe ich auch nichts weiter nebenher. Und sehr viel Zeit geht momentan mit meiner Mutter drauf. Also, da sind wir ja mit Fahrzeit 3,5 Stunden beschäftigt. Und den Rest der Zeit, mache ich sauber oder wusele in der Wohnung rum.	Partner macht Wohnung freitags sauber; sie erledigt am Wochenende die Wäsche und kümmert sich um die Feinheiten im Haushalt; macht weniger im Haushalt als Partner, aber da er zu Hause ist, findet sie es OK; passt manchmal auf Enkel auf; täglicher Besuch der kranken Mutter nimmt ca. 3,5 h in Anspruch (inkl. Fahrzeit)	Aufgabenteilung (vorrangig: er Garten, sie Haushalt); bringen täglich sehr viel Zeit für Familie auf (pflegebedürftige Mutter täglich, Enkel aufpassen manchmal)
12m	Unter der Woche habe ich für Arbeiten, die draußen nötig sind, keine Zeit, das mache ich am Wochenende halt. [...] Hier in der Wohnung das macht alles meine Frau.	erledigt am Wochenende Arbeiten im Garten; Arbeiten im Haushalt macht Partnerin	s. o.

... Fortsetzung (3/3) ...

14m	Das [der Haushalt] ist relativ pflegeleicht. Das klappt so wunderbar, wenn keiner da ist, dann macht ja auch keiner Dreck. Das funktioniert ganz gut, ein bisschen Wäsche waschen, Abwaschen. Das mache ich in der Woche, das fällt nebenbei mit ab, wenn der Fernseher läuft oder, wenn mal eine Stunde Zeit bleibt. Das kann man auch noch machen, wenn man 21.00-22.00 Uhr nach Hause kommt und ehe man ins Bett geht. [...] Ja, da ist eigentlich fast immer was zu tun. Rasen mähen, Unkraut, Pflegearbeit, Hecke ... aber es ist ja nur stundenweise. In der Woche hat man keine Zeit, also muss man nachholen, das heißt also, man arbeitet am Wochenende immer so, dass man auf den Stand von vorheriger Woche kommt sozusagen. Das man es immer auf demselben Level hält.	im Haushalt fällt nur wenig Arbeit an, da er alleine lebt; erledigt Arbeiten im Haushalt wochentags am Abend; erledigt jedes Wochenende Gartenarbeiten, da unter der Woche keine Zeit dafür	wenn Partnerin, dann Aufgabenteilung (vorrangig: Garten er, Haushalt sie)
6w	Na ich fühle mich schon ein- bis zweimal die Woche, fahre ich zu meiner Mutter. Sie ist an das Haus gebunden, hat stark Rheuma und sie freut sich einfach, dass ich vorbei komme und ein bisschen Abwechslung bringe. Mein Vater ist da eher so, dass er sich selbst beschäftigt und uns hier hilft. Und ich habe das Gefühl, dass ... letzte Woche waren wir shoppen gewesen, ich versuche, mit ihr viel zu machen. [...] Freitags nachmittags mache ich sauber und dann hält das für die Woche. Was natürlich jetzt mehr Zeit in Anspruch nimmt, ist oftmals der Garten. Dann war mein Vater z. B. zweimal in der Woche hier. Er hat Holz gesägt und ich habe es gestapelt. Den anderen Tag hat er Steine weg genommen. Das sind solche Geschichten. [...] Also, mein Freund ist viel für draußen zuständig. Dadurch, dass wir ja vieles neu gemacht haben, tut er mir manchmal auch leid. Was er dann am Dach z. B. macht oder anderes, hier hat er wirklich mehr Anteil als ich. Aber was so den Haushalt an sich so anbelangt, da habe ich den größeren Anteil. Finde das aber nicht als ungerecht. [...] Ja, das geht nach Fähigkeiten oder Neigungen. Ich kann das al	besucht 1-2x pro Woche ihre pflegebedürftige Mutter, teilweise gemeinsame Ausflüge; ihr Vater hilft in Haus und Garten; säubert freitags die Wohnung, ist vorrangig für Haushalt verantwortlich, Partner hilft teilweise; Partner kümmert sich dafür vorrangig um Garten, sie hilft manchmal; gerechte Aufgabenverteilung	s. o.
Unterkategorie: Bedeutung „Ernährung“ in der Familie			
6w	wenn mal etwas nicht so schmeckt, dann sagt er das schon. Aber, er ist wirklich jemand, der gern auch lobt oder sich auch richtig auf das Essen freut.	Partner lobt oder übt Kritik, wenn es um geschmackliche Belange geht	Reaktionen seitens des Partners nur hinsichtlich Geschmack des Essens
3w	Nee, also das nee.	keine Reaktionen durch Partner	
Unterkategorie: (Sozial-)situative und emotionale Faktoren Fettverzehr, zu Hause			
12m	Ich nasche relativ viel, also abends. Süßes, Schokolade oder Gummibären oder so etwas, wenn ich lese oder Fernsehen schaue.	nascht häufig abends Süßigkeiten beim Lesen oder Fernsehen	Naschen am Abend beim Lesen oder vor dem TV
3w	Und Abends sitze ich dann auch manchmal hier vor dem Fernseher und muss dann naschen. Manchmal ein bisschen mehr, manchmal eher weniger. [...] Schokolade, was da ist. Also irgendwas Süßes. Manchmal hole ich mir auch Salzstangen, weil ich denke, die haben nicht so viele Kalorien, nicht so viel Zucker. Ist besser, isste mal nur 10 Stück. Aber es bleibt nicht bei den 10 Stück. Und dann kriege ich Sodbrennen, wenn ich da so eine halbe Tüte aufgegessen habe. Na und dann kann ich auch Schokolade essen von den Kalorien her. Das ist ja dann auch egal. Ich esse sowieso gerne Süßes, ob das jetzt die Schokolade ist oder der Kuchen. Man weiß, dass man es nicht darf oder nicht in den Mengen darf, aber man macht es trotzdem so. So einfach ist das. [...] eher aus Langeweile	nascht häufig abends Süßigkeiten oder Salzstangen beim Fernsehen aus Langeweile; kann sich oft nicht bremsen, auch wenn bewusst, dass man es nicht sollte	Naschen am Abend vor TV aus Langeweile (Zurückhaltung fällt schwer; schlechtes Gewissen)
14m	I: Und kennen Sie das, dass man zu was Essbarem greift, aus reiner Gefühlslage heraus? Eher weniger. Wenn ich mal Appetit habe, dann esse ich mal Nüsse, Erdnüsse oder man isst mal eine Tafel Schokolade und man trinkt auch mal Wein, wenn man in so einer Situation ist. Aber mehr dann auch nicht. [...] Ja, ja, nur zu Hause. [...] Alle 14 Tage vielleicht, meistens muss eine Tafel Schokolade dran glauben.	isst aus emotionalen Gründen nur selten anders als sonst üblich; isst aus Appetit mal Nüsse oder Schokolade (kommt ca. alle 2 Wochen vor)	kein anderes Essverhalten aus emotionalen Gründen
6w	Ich bin eher kein Stressesser. Ich bin eher, wenn ich Stress habe, dass ich weniger esse. Da kann ich dann auch einmal das Essen ganz vergessen. Das ist dann nicht so notwendig für mich. Ich habe dann auch einfach nicht so viel Appetit. Das ich jetzt denke "ich sollte mal essen", nein, das bleibt dann aus. Es kann dann auch gar nichts sein. [...] Das kommt häufiger im privaten Bereich vor. [...] ich esse auch gerne mal Salami oder ein Sandwich, weil das auch die Kinder gerne essen	isst in Stresssituationen eher weniger oder vergisst das Essen komplett, da Appetit fehlt; isst gern mal Salami oder Sandwich, weil das auch die Kinder gern mögen	isst in Stresssituationen weniger, da Appetit fehlt; isst der Kinder wegen Salami oder Sandwich
12m	[heutzutage nicht mehr so fettes Essen] I: Was die warmen Mahlzeiten angeht. Genau, richtig. I: Und da guckt Ihre Frau auch ein bisschen mit drauf, wenn sie kocht. Ja, ja, sie achtet da besonders drauf.	warme Mahlzeiten sind nicht so fettreich, da Partnerin darauf achtet	Partnerin achtet bei warmen Mahlzeiten auf Fettgehalt

Anhang 11: Studienliste zu Kapitel II, 4.2: Ausgewählte Forschungsarbeiten mit Untersuchungsvariablen im Bereich „Ernährungshandeln in Haushalt und Familie“

Autor/Hrsg.	Jahr	Titel
BISOONI/FALK/MADORE/ BLAKE/JASTRAN/SOBAL/ DEVINE	2007	Dimensions of everyday eating and drinking episodes
BOURCIER/BOWEN/ MEISCHKE/MOINPOUR	2003	Evaluation of strategies used by family food preparers to influence healthy eating
BOUTELLE/BIRNBAUM/ LYTLE/MURRAY/STORY	2003	Associations between perceived family meal environment and parent intake of fruit, vegetables and fat
BOVE/SOBAL/RAUSCHEN- BACH	2003	Food choices among newly married couples: convergence, conflict, individualism and projects
BROMBACH	2000	Ernährungsverhalten im Lebensverlauf von Frauen über 65 Jahren – Eine qualitativ biographische Untersuchung
BROMBACH	2003	Das Mahlzeitenverhalten von Familien im Verlauf von drei Generationen (DELI-Studie)
BROWN/MILLER	2002	Couples gender role preferences and management of family food preferences
DEVINE/CONNORS/SOBAL/ BISOONI	2003	Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low- and moderate-income urban households
GILLESPIE/ JOHNSON- ASKEW	2009	Changing family food and eating practices: The family food decision-making system
HÄUBLER	2007	Nachhaltige Ernährungsweisen in Familienhaushalten – Eine qualitative Studie über die Umsetzbarkeit des Ernährungsleitbilds in die Alltagspraxis
KAPUR/KAPUR/RAMACHAN DRAN/MOHAN/ARAVIND/ BADGANDI/ SRISHYLA	2008	Barriers to changing dietary behavior
LEONHÄUSER/MEIER- GRÄWE/MÖSER/ZANDER/ KÖHLER	2009	Essalltag in Familien – Ernährungsversorgung zwischen privatem und öffentlichem Raum
MARSHALL/ANDERSON	2002	Proper meals in transition: young married couples on the nature of eating together
MAX RUBNER-INSTITUT	2008	Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht
MEIER	2004	Zeitbudget, Mahlzeitenmuster und Ernährungsstil
PLATTFORM ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG E. V.	2009	Ausgewählte Ergebnisse der Befragung zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten in jungen Familien
SCHACK	2005	Nachhaltige Ernährungsstile im Alltag – Eine qualitative Studie zur Praktikierbarkeit der Vollwert-Ernährung in Familien
STIEB/HAYN	2005	Ernährungsstile im Alltag – Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung
VEREECKEN/KEUKELIER/ MAES	2004	Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children

Anhang 12: Studienliste zu Kapitel II, 4.3: Ausgewählte Forschungsarbeiten mit Untersuchungsvariablen im Bereich „Ernährungshandeln am Arbeitsplatz“

Autor/Hrsg.	Jahr	Titel
BISO GNI/FALK/MADORE/ BLAKE/JASTRAN/SOBAL/ DEVINE	2007	Dimensions of everyday eating and drinking episodes
DEVINE/CONNORS/SOBAL/ BISO GNI	2003	Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low- and moderate-income urban households
HÄUßLER	2007	Nachhaltige Ernährungsweisen in Familienhaushalten – Eine qualitative Studie über die Umsetzbarkeit des Ernährungsleitbilds in die Alltagspraxis
KAPUR/KAPUR/RAMACHAN DRAN/MOHAN/ARAVIND/ BADGANDI/ SRISHYLA	2008	Barriers to changing dietary behavior
KJOLLESDAL/HOLMBOE- OTTESEN/WANDEL	2010	Associations between food patterns, socio-economic position and working situation among adult, working women and men in Oslo
LEONHÄUSER/MEIER- GRÄWE/MÖSER/ZANDER/ KÖHLER	2009	Essalltag in Familien – Ernährungsversorgung zwischen privatem und öffentlichem Raum
MAX RUBNER-INSTITUT	2008	Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht
MEIER	2004	Zeitbudget, Mahlzeitenmuster und Ernährungsstile
OLTERSDORF	2006	Vital am Arbeitsplatz – Gesunde Ernährung im Betrieb
PFAU	2008	Betriebsverpflegung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme
PLATTFORM ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG E. V.	2009	Ausgewählte Ergebnisse der Befragung zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten in jungen Familien
RÖMHOLD	2005	Auswirkungen ausgewählter Arbeitsbedingungen auf die Ernährungsgewohnheiten
SCHACK	2005	Nachhaltige Ernährungsstile im Alltag – Eine qualitative Studie zur Praktikierbarkeit der Vollwert-Ernährung in Familien
STIEß/HAYN	2005	Ernährungsstile im Alltag – Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung

Anhang 13: Studienliste zu Kapitel II, 4.4: Ausgewählte Forschungsarbeiten mit Untersuchungsvariablen im Bereich „Ernährungshandeln in der Freizeit“

Autor/Hrsg.	Jahr	Titel
BISOGLI/FALK/MADORE/ BLAKE/JASTRAN/SOBAL/ DEVINE	2007	Dimensions of everyday eating and drinking episodes
HÄUßLER	2007	Nachhaltige Ernährungsweisen in Familienhaushalten – Eine qualitative Studie über die Umsetzbarkeit des Ernährungsleitbilds in die Alltagspraxis
LEONHÄUSER/MEIER- GRÄWE/MÖSER/ZANDER/ KÖHLER	2009	Essalltag in Familien – Ernährungsversorgung zwischen privatem und öffentlichem Raum
MEIER	2004	Zeitbudget, Mahlzeitenmuster und Ernährungsstile
SCHACK	2005	Nachhaltige Ernährungsstile im Alltag – Eine qualitative Studie zur Praktikierbarkeit der Vollwert-Ernährung in Familien
STIEß/HAYN	2005	Ernährungsstile im Alltag – Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich habe die vorgelegte Dissertation selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

Hamburg, 24. April 2012

Ort, Datum

Unterschrift (Karen Hildebrandt)