

Justus-Liebig-Universität Gießen

Institut für Ernährungswissenschaft

**Evaluation eines Gruppenprogramms zur
Gesundheitsberatung mit den Schwerpunkten
Ernährung und Sport in kommerziellen
Fitness-Studios**

**Inaugural-Dissertation zur Erlangung des
Doktorgrades, Dr. oec.troph.,
Fachbereich Agrarwissenschaften, Ökotrophologie und
Umweltmanagement**

**Eingereicht von
Dipl. oec. troph. Jutta Aletter
aus Ober-Mörlen**

Disputationstermin: 18. Dezember 2002

Prüfungsvorsitzender: Prof. Dr. E. Weigand

1. Gutachterin: Prof. Dr. I.-U. Leonhäuser

2. Gutachter: Prof. Dr. H. Boland

Prüfer: Prof. Dr. C. Leitzmann

Prüferin: Prof. Dr. U. Meier

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1	Einleitung und Problemstellung	1
2	Aktuelle Situation der Adipositasforschung	5
2.1	Begriff und Definition der Adipositas	5
2.2	Bedeutung der Adipositas	11
2.2.1	Risiko der Adipositas	11
2.2.2	Kosten der Adipositas	13
2.3	Prävalenz der Adipositas.....	14
2.4	Ätiologie der Adipositas	15
2.4.1	Genetische Disposition	16
2.4.2	Grundumsatz und Thermogenese	18
2.4.3	Geschlecht und Alter.....	20
2.4.4	Klima.....	21
2.4.5	Soziale und psychologische Faktoren, Lifestyle	21
2.4.6	Körperliche Aktivität	22
2.4.7	Ernährung	23
2.4.8	Essverhalten	24
2.5	Möglichkeiten der Adipositastherapie.....	26
2.5.1	Ziele und Erfolgskriterien	26
2.5.2	Vorstellung der bekanntesten Maßnahmen und Methoden	27
2.5.2.1	Diätetische Maßnahmen.....	27
2.5.2.2	Bewegungs - Therapie.....	29
2.5.2.3	Psychologische Therapie.....	30
2.5.3	Zusammenfassung der Vor- und Nachteile einer Adipositastherapie	32
2.6	Anforderungen an ein sinnvolles Gewichtsreduktionskonzept	32
3	Überlegungen zu einem Gruppenprogramm zur Ernährungs- und Gesundheitsberatung in Fitness – Studios	36
3.1	Gesundheit und Beratung	36
3.1.1	Definition/ Begriffsbestimmung	36
3.1.2	Gesundheitsförderung	39
3.1.3	Gesundheitsberatung.....	42
3.2	Ernährung und Beratung	44
3.2.1	Beratung allgemein	44
3.2.2	Unterschied zwischen Beratung und Therapie	45
3.2.3	Ernährungsberatung	45
3.2.4	Ziele und Aufgaben der Ernährungsberatung	45
3.2.5	Kritik an der Ernährungsberatung.....	46
3.2.6	Formen der Ernährungsberatung.....	48
3.2.6.1	Gruppenberatung.....	48

3.2.6.2	Rahmenbedingungen bei der Planung und Durchführung von Gruppen.....	51
3.2.7	Ansätze und Methoden der Ernährungsberatung	53
3.2.7.1	Klientenzentrierte Beratung	54
3.2.7.2	Themenzentrierte Interaktion	56
3.2.7.3	Verhaltenstherapeutische Ansätze	60
3.2.8	Ablauf verhaltenstherapeutischer Gewichtsreduktionsprogramme	65
3.3	Sport.....	70
3.3.1	Wirkung des Sports.....	70
3.3.2	Sportliche Aktivität als Möglichkeit zur Regulation des Befindens.....	73
3.3.3	Sportliche Aktivität als Modul multidisziplinärer Gewichtsreduktionsprogramme	74
3.3.4	Empfehlenswerte Sportarten zur Gewichtsreduktion	75
3.4	Lebensstil	77
3.5	Fitness - Studios.....	80
3.5.1	Kommerzielle Fitness-Studios als Anbieter multidisziplinärer Gesundheitsprogramme	80
3.5.2	Kundenstruktur der Fitness-Studios.....	82
3.5.3	Personalstruktur.....	83
3.5.4	Ernährungsberatung und Gesundheitskonzepte in Fitness-Studios.....	84
3.6	Integration eines Gruppenprogramms zur Ernährungsberatung in ein Fitness-Studio	87
4	Evaluation eines Gruppenprogramms zur Ernährungs- und Ernährungsberatung in ausgewählten Fitness-Studios	91
4.1	Evaluation: Definition und Beschreibung.....	92
4.2	Das Evaluationsdesign, Ziele und Hypothesen	98
4.3	Methoden der empirischen Studie.....	100
4.3.1	Leitfragen und Bestimmungsfaktoren	102
4.3.2	Auswahl der Analyseinstrumente.....	103
4.3.2.1	Die Methode der Gewichts- und Körperfettanalyse	107
4.3.2.2	Methode zur Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit	109
4.3.2.3	Methode der Ernährungsprotokolle.....	112
4.3.2.4	Die Methode der schriftlichen Befragung.....	115
4.3.2.5	Die Methode der Gruppendiskussion.....	121
4.3.2.6	Methode der teilnehmenden Beobachtung	124
4.3.2.7	Weitere Erfassungsmethoden.....	129
4.3.2.8	Vergleichbare Studien.....	131
4.4	Maßnahmenplanung	132
4.5	Überlegungen zur Zielgruppe	138
5	Darstellung der Ergebnisse	140
5.1	Zielgruppenanalyse	141
5.1.1	Soziodemographische Daten.....	141

5.1.2	Anthropometrische Daten	148
5.1.3	Angaben zum Gesundheitszustand	151
5.1.4	Angaben zum Gesundheitsverhalten	154
5.1.5	Angaben zum Diätverhalten.....	163
5.1.6	Zusatzinformationen	165
5.2	Entwicklung Kursverlauf	167
5.2.1	Anthropometrische Daten	167
5.2.2	Angaben zum Gesundheits- und Ernährungsverhalten	173
5.2.3	Abschlussbewertung der Teilnehmerinnen und der Fitness- Studios.....	192
5.2.4	Kursanalyse	201
5.2.5	Zielanalyse.....	206
5.2.6	Strategieanalyse	213
5.2.7	Erfolgsanalyse	219
5.3	Entwicklung nach Kursende	227
5.3.1	Anthropometrische Daten	227
5.3.2	Angaben zum Gesundheitsverhalten	235
5.3.3	Abschließende Angaben.....	249
5.3.4	Gruppenanalyse	255
5.4	Überprüfung der Evaluationshypothesen	265
6	Ausblick	271
7	Zusammenfassung	278
8	Literaturverzeichnis.....	282
9	Anhang.....	308

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2-1	Methoden zur Bestimmung des Körperfettanteils	9
Abb. 2-2	Regionale Fettverteilung: androide „Apfelform“, gynoide „Birnenform“	10
Abb. 2-3	Multifaktorieller Einfluss auf das Körpergewicht.....	16
Abb. 2-4	Graphische Darstellung des GU und der Thermogenese (nach Danforth 1985, S. 1134)	20
Abb. 2-5	Oxidationshierarchie der Nährstoffe (aus Ellrott und Pudel 1998 „nach Prentice 1995“ S. 46)	23
Abb. 2-6	Methoden der Adipositas therapie	26
Abb. 2-7	Elemente einer erfolgversprechenden Kombinationstherapie, modifiziert nach Ellrott und Pudel (1998, S. 60).....	33
Abb. 3-1	Pathogenetische und salutogenetische Orientierung im Vergleich. Modifiziert nach Antonovsky (1977, S. 29f) und Bös et al. (1992 S. 22f)	38
Abb. 3-2	Abgrenzung zwischen bzw. Ergänzung von Gesundheitsförderung und Prävention (Dittrich 1998, S. 21).....	40
Abb. 3-3	Prävention und Gesundheitsförderung (eigene Darstellung nach Leonhäuser 2000, modifiziert nach Waller 1990; Rost 1995)	41
Abb. 3-4	Vorteile der Gruppenberatung	51
Abb. 3-5	problemlöseorientierte Gruppenberatung (nach Diedrichsen 1993, S. 62)	52
Abb. 3-6	Rahmenbedingungen bei der Planung und Durchführung von Gruppen (nach Boland 1993 und Fiedler 1996).....	53
Abb. 3-7	3 Axiome der Themenzentrierten Interaktion nach Cohn 1975 (S. 120f)	57
Abb. 3-8	Postulate und Hilfsregeln zur Erleichterung und Förderung zwischenmenschlicher Kommunikation (nach Löhmer und Standhardt 1992, S. 28f und Diedrichsen 1993, S. 29f).....	58
Abb. 3-9	Das Ich-Wir-Es Dreieck in der Themenzentrierten Interaktion (Diedrichsen 1993, S. 66)	59
Abb. 3-10	Reiz - Reaktions - Schema im Wandel der Lerntheorie (eigene Darstellung)	62
Abb. 3-11	Techniken der Verhaltenstherapie	63
Abb. 3-12	Leistungseffizienzerwartung und Ergebniserwartung (modifiziert nach Bandura 1979, S. 86)	67
Abb. 3-13	Wirkungen des Sports	71
Abb. 3-14	Zusammenhangsannahmen zu sportlicher Aktivität und aktivem Lebensstil (Hackfort 1992, S.152)	72

Abbildungsverzeichnis

Abb. 3-15	Lebensweise-/Lebensstil-Konzept (Leonhäuser 1995, S. 24).....	78
Abb. 3-16	Zusammenhangsebenen des gesundheitsrelevanten Lebensstils (Abel 1992)	79
Abb. 3-17	Vorteile der Fitness-Studios gegenüber traditionellen Sportvereinen (nach Mrazek 1988; Schulz und Allmer 1988; Höller 1991)	81
Abb. 3-18	Kriterien für ein Gesundheitsberatungskonzept (Lauch 1998, S. 98)	86
Abb. 3-19	Rangfolge der Wunschthemen in der Ernährungsberatung (in Klammern Anzahl der Nennungen) (Lauch 1998, S. 84)	86
Abb. 4-1	Mögliche positive Auswirkungen des Gesundheitsprogramms.....	92
Abb. 4-2	Empfehlungen des Arbeitskreis „Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen“ (Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. 1991, S.5)	93
Abb. 4-3	Überblick der Erhebungsmethoden und Bestimmungsfaktoren, sowie ihr zeitlicher Einsatz (KS = Kursstunde, KFA = Körperfettanteil)	104
Abb. 4-4	Ablaufmodell der Evaluation	105
Abb. 5-1	Altersverteilung bei Kursbeginn (n=30, Quelle: pF)	141
Abb. 5-2	Familienstand (n=30, Quelle: pF)	142
Abb. 5-3	Haushaltsgröße (n=30, Quelle: pF).....	143
Abb. 5-4	Ausbildungsstand (n=30, Quelle: pF).....	144
Abb. 5-5	Berufstätigkeit (n=30, Quelle: pF)	145
Abb. 5-6	Einteilung der TN in Gewichtsklassen nach BMI [kg/m ²] (n=30, Quelle: MA).....	148
Abb. 5-7	Einteilung in Körperfettanteilstufen [%] (n=30, Quelle: MA)	149
Abb. 5-8	PWC-Verteilung zu Kursbeginn (n=29, Quelle: MA)	150
Abb. 5-9	Stoffwechsel- u. chron. Erkrankungen (n=30, Mehrfachnennungen, Quelle: pF)	151
Abb. 5-10	Orthopädische Erkrankungen und Abnutzungen (n=30, Mehrfachnennungen, Quelle: pF)	152
Abb. 5-11	Beschwerden (n=30, Mehrfachnennungen, Quelle: pF)	153
Abb. 5-12	Art der zugeführten Medikamente (n=30, Mehrfachnennungen, Quelle: pF)	155
Abb. 5-13	Entspannende Beschäftigungen (Mehrfachnennungen, n=30, Quelle: pF)	156
Abb. 5-14	Interessante Entspannungsformen (Mehrfachnennungen, n=30, Quelle: pF)	157
Abb. 5-15	Ausgeübte Sportarten (Mehrfachnennungen, n=30, Quelle: F1a)	158
Abb. 5-16	Mahlzeitenfrequenz [pro Tag] (n=30, Quelle: F1a)	159

Abbildungsverzeichnis

Abb. 5-17	Ernährungsbewusstsein (n=30, Quelle: F1a).....	160
Abb. 5-18	Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle zu Kursbeginn (n=30, Quelle: EP)	161
Abb. 5-19	Subjektive Einstellung zum aktuellen Körpergewicht (n=30, Quelle: pF)	163
Abb. 5-20	Methoden bisheriger Gewichtsreduktionsversuche (Mehrfachnennungen, n=30, Quelle: pF)	164
Abb. 5-21	Anwerbung für den Kursbesuch (n=30, Quelle: GB).....	165
Abb. 5-22	Beweggründe für den Kursbesuch (Mehrfachnennungen, n=30, Quelle: AB)	166
Abb. 5-23	Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter im Kursverlauf, alle Gruppen (Quelle: MA, MB, MC).....	168
Abb. 5-24	Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter im Kursverlauf, Gruppe 1 (Quelle: MA, MB, MC).....	169
Abb. 5-25	Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter im Kursverlauf, Gruppe 2 (Quelle: MA, MB, MC).....	170
Abb. 5-26	Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter im Kursverlauf, Gruppe 3 (Quelle: MA, MB, MC).....	171
Abb. 5-27	Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten im Kursverlauf, Gruppe 4 (Quelle: MA, MB, MC).....	172
Abb. 5-28	Wöchentlicher Alkoholkonsum im Kursverlauf (Quelle: F1a, b, c).....	173
Abb. 5-29	Häufigkeit entspannender Tätigkeiten im Kursverlauf (Quelle: F1a, b, c).....	174
Abb. 5-30	Themen von Interesse bezüglich Entspannung/Wohlbefinden (Quelle: AF)	175
Abb. 5-31	Vorsätze für alltägliche Bewegung (Quelle: AB, GD).....	178
Abb. 5-32	Vorsätze für Sport (Quelle: AB, GD)	179
Abb. 5-33	Mahlzeitenfrequenz werktags im Kursverlauf (Quelle: F1a, b, c).....	182
Abb. 5-34	Mahlzeitenfrequenz samstags und sonntags im Kursverlauf (Quelle: F1a, b, c)	183
Abb. 5-35	Entwicklung des Ernährungsbewusstseins im Kursverlauf (a) (Quelle: F1a, c).....	184
Abb. 5-36	Entwicklung des Ernährungsbewusstseins im Kursverlauf (b) (Quelle: F1a, c).....	184
Abb. 5-37	Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle im Kursverlauf - alle Teilnehmerinnen (Quelle: EP).....	185

Abbildungsverzeichnis

Abb. 5-38	Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle im Kursverlauf - Gruppe 1 (Quelle: EP)	186
Abb. 5-39	Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle im Kursverlauf - Gruppe 2 (Quelle: EP)	186
Abb. 5-40	Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle im Kursverlauf - Gruppe 3 (Quelle: EP)	187
Abb. 5-41	Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle im Kursverlauf - Gruppe 4 (Quelle: EP)	187
Abb. 5-42	Vorsätze zu Essgewohnheiten und Ernährung im Kursverlauf	189
Abb. 5-43	Einfluss des Studios auf Verhalten und Erfolg (in Klammern Anzahl der jeweiligen Nennungen, Mehrfachnennung, Quelle: GD, TB)	197
Abb. 5-44	Beurteilung der Ernährungsprotokolle (in Klammer Anzahl der jeweiligen Nennungen, ohne Klammer = einfache Nennung, Quelle: GD, TB)	204
Abb. 5-45	Zielkategorien (in Klammer Anzahl der jeweiligen Nennungen, Mehrfachnennung, Quelle: AF).....	207
Abb. 5-46	Strategien zur Zielerreichung (Mehrfachnennungen, n= 25, Quelle: AF).....	214
Abb. 5-47	Motivation durch Selbstbelohnung (Mehrfachnennungen, Quelle: AB)	216
Abb. 5-48	Subjektive Faktoren für einen erfolgreichen Kursabschluss (in Klammern Anzahl der jeweiligen Nennungen, n=25, Quelle: AF).....	220
Abb. 5-49	Erfolgsgründe (in Klammern Anzahl der jeweiligen Nennungen, Mehrfachnennungen, Quelle: AF)	222
Abb. 5-50	Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter nach Kursende, alle Gruppen (Quelle: MA, MC, 1. und 2. NM)	227
Abb. 5-51	Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter nach Kursende, Gruppe 1 (Quelle: MA, MC, NM1 und NM2).....	228
Abb. 5-52	Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter nach Kursende, Gruppe 2 (Quelle: MA, MC, NM1 und NM2).....	229
Abb. 5-53	Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter nach Kursende, Gruppe 3 (Quelle: MA, MC, NM1 und NM2).....	230
Abb. 5-54	Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter nach Kursende, Gruppe 4 (Quelle: MA, MC, NM1 und NM2).....	231
Abb. 5-55	Bewertung des Teilnehmerinnen-Erfolgs im Durchschnitt (Quelle: MC, NM1 und NM2)	232

Abbildungsverzeichnis

Abb. 5-56	Wöchentlicher Alkoholkonsum im Kursverlauf und nach Kursende (Quelle: F1a, b, c, d, e).....	235
Abb. 5-57	Häufigkeit entspannender Tätigkeiten im Kursverlauf und nach Kursende (Quelle: F1a, b, c).....	236
Abb. 5-58	Schwierigkeiten bei der Zielerreichung „bewusstere Entspannung“ (Mehrfachnennungen, n=23, Quelle: Fragebogen NM2).....	237
Abb. 5-59	Stellenwert des Sports (Quelle: F1a, b, c, d, e)	239
Abb. 5-60	Schwierigkeiten bei der Zielerreichung „mehr sportliche Betätigung“ (Mehrfachnennungen, n=23, Quelle: Fragebogen NM2)	240
Abb. 5-61	Mahlzeitenfrequenz werktags nach Kursende (Quelle: F1a, b, c, d, e).....	241
Abb. 5-62	Mahlzeitenfrequenz samstags und sonntags nach Kursende (Quelle: F1a, b, c, d, e)	242
Abb. 5-63	Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle nach Kursende - alle Teilnehmerinnen (Quelle: EP).....	243
Abb. 5-64	Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle nach Kursende - Gruppe 1 (Quelle: EP)	244
Abb. 5-65	Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle nach Kursende - Gruppe 2 (Quelle: EP)	245
Abb. 5-66	Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle nach Kursende - Gruppe 3 (Quelle: EP)	246
Abb. 5-67	Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle nach Kursende - Gruppe 4 (Quelle: EP)	247
Abb. 5-68	Schwierigkeiten bei der Zielerreichung „gesundes Ernährungsverhalten“ (Mehrfachnennungen, n = 23, Quelle: Fragebogen NM2).....	248
Abb. 5-69	Retrospektive Angaben zum Wohlbefinden (n=23, Quelle: Fragebogen zur NM2).....	252
Abb. 5-70	Einfluss der Gruppe auf die Motivation	256

Tabellenverzeichnis

Tab. 2-1	Klassifikation von Übergewicht und Adipositas nach dem BMI (nach Bray 1992; Hebebrand 1994; Pudel & Westenhöfer 1998; Rabast 2000)	6
Tab. 2-2	Wünschenswerter Body Mass Index unter Berücksichtigung des Alters (National Research Council 1989)	7
Tab. 2-3	Prozentualer Körperfettanteil für Frauen und Männer nach Durnin und Womersley 1974	8
Tab. 2-4	Klassifikation des KFA für junge erwachsene Frauen und Männer bis 35 Jahre (nach Biesalski et al. 1999)	8
Tab. 2-5	Direkte Kosten der Adipositas im internationalen Vergleich (Kurscheid und Lauterbach 1998).....	14
Tab. 3-1	Elemente verhaltenstherapeutischer Ansätze.....	66
Tab. 3-2	Kundenstrukturen kommerzieller Fitness-Studios im Vergleich (Dietrich et al. 1990; Schubert 1998; Samsel 2000)	83
Tab. 3-3	personelle Qualifikationen in Fitness-Studios, nach Kamberović und Kretzschmar (2002)	84
Tab. 4-1	Vergleich quantitativer und qualitativer Evaluierungsansätze (Vogelsang 1996, S.129)	96
Tab. 4-2	Leitfrage - Bestimmungsfaktor - Erhebungsmethode in der Übersicht (TN = Teilnehmerin).....	106
Tab. 4-3	Bewertungsskala für PWC-Test 130 und 150 (Watt/ kg Körpergewicht) für Frauen. Die fettgedruckten Werte sind in der Literatur als Normwerte beschrieben (nach Buskies und Boeckh-Behrens 1996, S.17).....	112
Tab. 4-4	Formen der Beobachtung	125
Tab. 4-5	Formen der Beobachterrolle (nach Gold 1969).....	126
Tab. 4-6	Themen und Bausteine des Gesundheitsprogramms	132
Tab. 4-7	Aktivitäten und Ziele innerhalb des Kurses	134
Tab. 4-8	Übersicht der Arbeitsblätter und Protokolle.....	137
Tab. 4-9	Zusammenfassung des Gruppenprogramms.....	139
Tab. 5-1	Gruppenprofile	146
Tab. 5-2	Beurteilung der äußeren Umstände	194
Tab. 5-3	Studiodesign (Quelle: TB, AF, GD)	195
Tab. 5-4	Beurteilung durch Studioleitung (Quelle: pers. Gespräch, Telefonat).....	199
Tab. 5-5	Übersicht der TN, die den Kurs abbrechen (Quelle: TB).....	201
Tab. 5-6	Informationen und Hilfen zur Zielerreichung (in Klammern Anzahl der jeweiligen Nennungen, ohne Klammer = einfache Nennung, Quelle: AB).....	209

Tabellenverzeichnis

Tab. 5-7	Darstellung des kurzfristigen Erfolgs nach objektiven Kriterien (n=27, Quelle: MA, MC)	219
Tab. 5-8	Darstellung des mittelfristigen Erfolgs nach objektiven Kriterien (n=22, Quelle: MA, NM2)	233

Abkürzungsverzeichnis

AB	Arbeitsblatt
AF	Abschlussfragebogen
AT	Adaptive Thermogenese
BIA	Bioelektrische Impedanz Analyse
BI	Broca Index
BMI	Body Mass Index
BMR	Basal Metabolic Rate
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
E	Eiweiß
EP	Ernährungsprotokoll
F	Fett
F1 a-e	Fragebogen 1 a-e
GB	Gruppenbefragung
GD	Gruppendiskussion
GKM	Gleichgewicht-Kontroll-Mechanismus
GSB	Gesellschaft für sozialmedizinische Beratung
IFT	Institut für Therapieforchung
KFA	Körperfettanteil
KH	Kohlenhydrate
KL	Kursleitung
KS	Kurstunde
MA, MB, MC	Messung A, B und C
NM1, NM2	Nachmessung 1 und 2
PF	Persönlicher Fragebogen
PMR	Progressive Muskelrelaxation
PWC	Physical Working Capacity
RMR	Resting Metabolic Rate
RNU	Ruhe-Nüchtern-Umsatz
TB	Teilnehmende Beobachtung
TEE	Thermic Effect of Exercise
TEF	Thermic Effect of Food
TN	Teilnehmerin/nen
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WHR	Waist-to-Hip-Ratio
ZM	Zwischenmahlzeit

1 Einleitung und Problemstellung

Der raschen Wandlung der westlichen Staaten zu hochtechnisierten Industrienationen folgte nicht in gleichem Maße eine Anpassung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Bevölkerung. In Folge erreichen Übergewicht und Adipositas erschreckende Ausmaße und werden von der Weltgesundheitsorganisation bereits als „globale Epidemie“ bezeichnet (WHO 1998).

So sind, bei weiterhin steigender Tendenz, bereits über die Hälfte der deutschen Bevölkerung als übergewichtig einzustufen. 18% der westdeutschen Männer und 24% der ostdeutschen Frauen weisen bereits ein Körpergewicht auf, das mit hoher Wahrscheinlichkeit als gesundheitsgefährdend bezeichnet werden kann (Bergmann und Mensink 1999). Übergewicht gilt als ein Risikofaktor für u.a. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, koronare Herz-, Gallenblasen- und bestimmte Krebserkrankungen (Pi-Sunyer 1993; Bray 1994). Weiterhin bestätigen neuere Studienergebnisse eine Erhöhung der Mortalität durch Übergewicht. So weisen amerikanische Frauen mit einem Gewicht von 15% unter dem Durchschnittsgewicht gleichaltriger US-Frauen die niedrigste Mortalitätsrate auf (Manson et al. 1995).

Als Folge der steigenden Prävalenz des Übergewichts und der Adipositas wächst auch der Anteil der direkten Kosten und der Kosten durch Folgeerkrankungen innerhalb des Gesundheitswesens (Kurscheid und Lauterbach 1998).

Dieser Entwicklung stehen zahlreiche und vielfältige Angebote und Programme zur Gewichtsreduktion gegenüber, die jedoch bisher nur begrenzte Erfolge aufweisen. So können nur 20-30% der Übergewichtigen ihr reduziertes Körpergewicht langfristig über einen Zeitraum von 3 Jahren und mehr stabilisieren (Ayyad und Andersen 1994).

Neben einer genetischen Disposition, metabolischen Veränderungen, Alter und sozialem Umfeld wird hinter dem multifaktoriellen Phänomen der Adipositas nach wie vor ein Fehlverhalten in Bezug auf Ernährung, Bewegung und auch Stressbewältigung als Ursache vermutet (Kalkbrenner 1992; Brehm et al. 1997). Diese drei Faktoren sind sowohl Entstehungsfaktor der Adipositas, als auch Therapiebausteine gängiger Gewichtsreduktionsprogramme.

Entgegen der eher alarmierenden Tendenzen und Erkenntnisse wurden im Rahmen der Gesundheitsreform am 1. Januar 1997 mit Inkrafttreten des Beitragsentlastungsgesetzes Gesundheitsförderungsmaßnahmen wie Ernährungsberatung, Bewegungsprogramme oder Stressbewältigung aus den Leistungsangeboten der gesetzlichen Krankenversicherungen genommen.

Dieser Rückzug des bisher größten Anbieters von Prävention und Gesundheitsförderung hat aus Sicht der Autorin zwei entscheidende Auswirkungen:

- Wegfall eines kostengünstigen Angebots an sinnvollen Gesundheits- und Gewichtsreduktionsmaßnahmen
- Wegfall eines Arbeitsmarktes für Diplom-Oecotrophologen.

Erscheint dies zunächst als eine negative Entwicklung, so lassen sich auf der Suche nach neuen Wegen, den Menschen eine gesundheitsbewusstere Lebensweise zu vermitteln und sie zur Selbstverantwortung über ihre Gesundheit zu befähigen, doch neue Chancen für alle betroffenen Parteien erkennen.

Der privatwirtschaftliche Freizeitbereich beispielsweise bietet Ansatzpunkte für eine Gesundheitsförderung ohne auf öffentliche Gelder angewiesen zu sein und erreicht viele Menschen, die sowohl eine gewisse Hilfe benötigen, als auch in Eigeninitiative dazu bereit sind, Änderungen vorzunehmen.

In einer dieser Studie vorausgehenden Strukturanalyse ausgewählter Fitness-Studios in der Stadt und im Raum Gießen wurde die Frage geklärt, inwieweit sie geeignete Institutionen darstellen, um Gesundheitsberatung anzubieten. Sowohl die vorhandenen und angestrebten Angebotsstrukturen in den Bereichen Ernährung, Sport und Entspannung, als auch das Kundenpotenzial und das Interesse der Studiobesitzer scheinen alle Voraussetzungen für ein entsprechendes mehrdimensionales und interdisziplinäres Beratungskonzept zu erfüllen (Lauch 1998).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein Gruppenprogramm zur Gesundheitsberatung in Anlehnung an ein bereits bestehendes Gruppentrainingsprogramm entwickelt und den Anforderungen und Möglichkeiten der Fitness-Studios angepasst. Es beruht auf den Möglichkeiten zur Verhaltensänderung, fördert eigenverantwortliches Handeln und legt Wert auf eine gesteigerte sportliche Aktivität, ein ausgleichendes Entspannungsverhalten und insbesondere eine vielseitige und ausgewogene Ernährung.

In dieses Konzept hinein flossen Erkenntnisse aus den Erfahrungen der Autorin mit Gruppen bzw. aus ihrer Tätigkeit als selbständige Ernährungs- und Sportberaterin, Ideen der Mitarbeiter und Betreiber von Fitness-Studios sowie Anregungen „diäterfahrener“ Mitglieder in Fitness-Studios.

Eine Änderung der Trainings- und Ernährungsgewohnheiten hat in der Regel nicht nur eine Gewichtsreduktion zur Folge. Über eine Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens, oft im Einklang mit erhöhtem Aktivitätsverhalten und dem sozialen Kontakt zu Gleichgesinnten, wird auch der psychischen Komponente Rechnung getragen (Rumpel et al. 1994; Westerterp et al. 1996).

Diplom-Oecotrophologinnen und Diplom-Oecotrophologen verfügen durch eine breitgefächerte Ausbildung über die notwendigen Grundlagen zur Ausübung einer qualifizierten Ernährungsberatung und können sich mit Hilfe entsprechender Weiterbildungsmaßnahmen bzw. Begleit- und / oder Anschlussstudien die notwendigen Kenntnisse für eine Beratung in Bezug auf körperliche Aktivitäten und Stressmanagement ohne weiteres aneignen (vgl. Leonhäuser und Oberitter 1997).

Die vorliegende Evaluationsstudie hat das Ziel das Gesundheitsberatungsprogramm „**Fit und gesund mit einem trainierten Körper und entspannten Geist**“ mit den Schwerpunkten Ernährung und Sport in der Funktion eines Gewichtsreduktionsprogramms in Fitness-Studios zu bewerten, um neue Erkenntnisse zur Gestaltungsverbesserung dieser oder ähnlicher Maßnahmen zu gewinnen.

Gruppenprogramme zur Gesundheitsberatung in Fitness-Studios stellen ein neues, schnell wachsendes Angebot dar, über das noch wenig Erfahrungen und kaum wissenschaftliche Studien vorliegen.

Daher erscheint es besonders wichtig das Thema „von unten her“ aufzurollen und die Bedürfnisse, Einwände und Zustimmungen der Kundinnen und Kunden aufzuzeigen.

Die Wahrnehmung des eigentlichen Prozesses der Zielsetzung und der Strategien zur Verhaltensänderung, sowohl von Seiten der Teilnehmerinnen, als auch der Kursleitung sind

dabei von besonderem Interesse. Subjektive Bewertungskriterien zur Zielerreichung stehen gleichwertig neben den objektiv messbaren.

In dieser Studie soll ein möglichst detailliertes und vollständiges Bild der zu erschließenden Wirklichkeitsausschnitte erhalten werden, die Kursteilnehmerinnen werden daher als kompetente Interaktionspartnerinnen verstanden und ihre Perspektive aufgenommen. Sie sind damit die eigentlichen Experten für die zu untersuchende Frage (vgl. Lamnek 1989; Flick et al. 1991). Für einen tieferen Einblick in das Forschungsfeld wurden daher umfangreiche maßnahmenbegleitende qualitative und quantitative Forschungsmethoden gewählt.

Die vorliegende Arbeit ist grundsätzlich in vier Teile gegliedert.

Kapitel 2 beginnt mit der Aufarbeitung der wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema Adipositas und stellt unter anderem Methoden und aktuelle Ergebnisse bestehender Therapien vor. Es soll Einblicke in die Ursachen der möglichen und sich oft gegenseitig bedingenden Entstehungsweisen der Adipositas geben und zum Verständnis der bisher nur begrenzten Erfolge der Adipositas therapie beitragen. Dieses Kapitel schließt mit einer Darstellung von Anforderungen an ein sinnvolles Gewichtsreduktionsprogramm.

In **Kapitel 3** folgen Überlegungen zur Gesundheitsberatung mit den beiden Hauptthemen Ernährung und Sport. Eine zielgruppengerechte Auswahl von Beratungsansätzen und -methoden setzt eine Auseinandersetzung mit den vielseitigen Möglichkeiten der Gesundheits- und Ernährungsberatung voraus. In diesem Kapitel wird u.a. die Form der Gruppenberatung in Verbindung mit ihren Vorteilen in Bezug auf Verhaltensänderungen vorgestellt.

Dem folgt eine Beschreibung des Zielortes der Beratung, der Fitness-Studios, mit ihren Besonderheiten, Anforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung. Es werden die vielfältigen Variationen im Hinblick auf Angebot und direkter Umsetzung einer Ernährungs- und Gesundheitsberatung dargestellt und das große Interesse eines expandierenden Bereichs der privatwirtschaftlichen Freizeitindustrie an gesundheitsfördernden Programmen aufgezeigt.

Eine Verknüpfung dieser Angebote und Interessen mit den in Kapitel 2 dargestellten Anforderungen sinnvoller Konzepte zur Gewichtsreduktion bietet die Grundlage für die Konzeption eines eigenen Gruppenprogrammansatzes. Überlegungen zur Integration dieses Gruppenprogramms zur Ernährungs- und Gesundheitsberatung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion bzw. -stabilisation in Fitness-Studios schließen Kapitel 3 ab.

Eine detaillierte Beschreibung des Evaluationsdesigns erfolgt in **Kapitel 4**. Die Erklärung der Auswahl der umfassenden Analysemethoden und -instrumente erfolgt in Anlehnung an die vorab formulierten Leitfragen und Bestimmungsfaktoren. Im Anschluss daran wird die in 3 Fitness-Studios mit insgesamt 4 Gruppen durchgeführte Maßnahme vorgestellt. Sie wurde in Kursform mit 20 Kursstunden angeboten und erstreckte sich auf über 25 Wochen inklusive Ferien und Feiertage. In dieser Zeit wurden Daten von insgesamt 30 Teilnehmerinnen erhoben und in das laufende Kursgeschehen integriert bzw. in der Ergebnisauswertung den Evaluationszielen gegenübergestellt.

Im **5. Kapitel** erfolgt die Präsentation und Diskussion der Studienergebnisse. Mit einer Überprüfung der Evaluationshypothesen endet dieses Kapitel.

Im **Ausblick** werden abschließend Vorschläge im Hinblick auf eine Modifikation des Gruppenprogramms und Anforderungen an Ort und beteiligte Personen der Durchführung entwickelt.

Abschließende Anmerkung: Im folgenden Text wird immer wieder von verschiedenen Gruppen von Menschen gesprochen, die aus Männern und Frauen bestehen und deshalb folgerichtig als Kunden und Kundinnen, Klienten und Klientinnen, Beratern und Beraterinnen etc. benannt werden sollten. Der Einfachheit wegen wird in dieser Arbeit allerdings dem üblichen Sprachgebrauch Folge geleistet und die männliche Schreibweise verwendet. Eine Ausnahme wird bei der Beschreibung der vorliegenden Studie gemacht: hier wird die weibliche Schreibweise verwendet, da es sich bei dem Probandenkollektiv ausschließlich um Frauen handelt.

2 Aktuelle Situation der Adipositasforschung

2.1 Begriff und Definition der Adipositas

Die Begriffe Adipositas (obesity) und Übergewicht (overweight) werden umgangssprachlich häufig synonym verwendet. Übergewicht bezieht sich jedoch allgemein auf ein erhöhtes Körpergewicht, das alle Gewebe mit einbezieht (Fett und fettfreie Masse), während mit Adipositas ganz speziell ein Überschuss an Körperfett bezeichnet wird (Ellrott und Pudel 1998; McArdle et al. 1996; DGE 1992). Die früher häufiger verwendete Bezeichnung Fettsucht ist begrifflich eher unzutreffend und wird nur noch selten verwendet (Pudel und Westenhöfer 1998). Da die Bestimmung des über „Normalwert“ liegenden Fettanteils methodisch schwierig ist, beziehen sich die meisten Studien und Übersichten auf das Übergewicht (vgl. Großklaus 1990; Bray 1978).

Statistisch wird Übergewicht auch als eine Abweichung des aktuellen Körpergewichts vom Durchschnittsgewicht der Bevölkerung, abhängig von Körpergröße, Lebensalter und Geschlecht definiert (Ferstl 1978).

Indices für das relative Gewicht, d. h. unter Einbeziehung der Körpergröße, wie der Broca-Index (BI) oder der Körpermassenindex (BMI) haben sich international in wissenschaftlichen Untersuchungen und in der Beratungspraxis durchgesetzt (Hebebrand et al. 1994).

$$\text{Broca Index (BI)} = \text{Körpergewicht (kg)} / (\text{Körperlänge (cm)} - 100)$$

Ein Broca Index (BI) von 1,0 entspricht dem Normal- bzw. dem in der Literatur oft verwendeten Referenzgewicht. Die Dezimalstelle bezeichnet die prozentuale Über- bzw. Unterschreitung dieses Wertes.

Der Broca Index von 0,85 für Frauen und 0,9 für Männer, d.h. 15% bzw. 10% unter Normalgewicht, wurde als sog. „Idealgewicht“ bezeichnet (Keys 1980).

Mit dem BI wird jedoch für kleine Menschen ein zu niedriges und für große ein zu hohes Idealgewicht festgelegt (Deurenberg und Weststrate 1987; Pudel und Westenhöfer 1998; Wolfram 1990). Die Bezeichnung Normal- und Idealgewicht ist daher weitgehend durch den Körpermassenindex ersetzt worden (Müller 1998; Kraemer et al. 1990).

$$\text{Body Mass Index (BMI)} = \text{Körpergewicht (kg)} / \text{Körperlänge (m)}^2$$

Der Body Mass Index (BMI), auch Quetletindex genannt, hat den Vorteil einer guten Korrelation mit dem Körperfettanteil ($r = 0,6$ bzw. $0,7-0,8$) und einer niedrigen Korrelation ($r = -0,15$) mit der Körpergröße (Bray 1978; Garrow 1981; Hebebrand et al. 1994; Must et al. 1991).

Bis in die späten 70er wurde die Einteilung von Übergewicht und die mit ihr verbundenen gesundheitlichen Risiken in der Bundesrepublik Deutschland von den Daten der amerikanischen Lebensversicherungsgesellschaften bestimmt (Metropolitan Life Insurance Company 1983). Ein ihre Empfehlungen übersteigendes Gewicht sollte automatisch zu einer reduzierten Lebenserwartung führen.

Die Daten der Lebensversicherungsgesellschaften wurden in einer Kohortenstudie mit 4,9 Millionen Versicherten zwischen 1934 und 1954 erhoben und die Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung extrapoliert. Dieses Vorgehen wurde seitdem von vielen Autoren stark kritisiert (vgl. Berger 1995).

Eine Nachberechnung der Originaldaten konnte die steigende Mortalität in Abhängigkeit vom relativen Körpergewicht nicht bestätigen. Eine sinkende Lebenserwartung konnte erst ab einem Übergewicht von mehr als 30% festgestellt werden.

Die von Garrow (1981) vorgeschlagene Einteilung der Gewichtsklassen unabhängig von Geschlecht und Alter wird heute allgemein als Maß für Übergewicht und Adipositas empfohlen (Tab. 2-1).

Tab. 2-1 Klassifikation von Übergewicht und Adipositas nach dem BMI (nach Bray 1992; Hebebrand 1994; Pudel & Westenhöfer 1998; Rabast 2000)

BMI-Bereich kg/m ²	Klassifikation	Risiko
<p>≤ 17,5 < 20 20 bis 24,9 25 bis 29,9 30 bis 39,9 ≥ 40</p>	<p>Extremes Untergewicht Untergewicht Normalgewicht Übergewicht Adipositas Extreme Adipositas</p>	<p>Niedrig Moderat bis hoch Sehr hoch. Primäre Zielgruppe für chirurgische Interventionen</p>

Eine Neuauswertung der Daten amerikanischer Versicherungsgesellschaften zeigte, dass mit steigendem Alter ein jeweils steigender BMI die geringste Mortalitätsrate aufweist (National Research Council 1989) und führte so zu einer neuen Bewertung des BMI unter Berücksichtigung des Alters.

Die Ergebnisse, welche zu dieser Einteilung führten, zogen jedoch nicht das Rauchen bzw. konsumierende Krankheiten zu Studienbeginn in Betracht (Manson et al. 1987; Pudel 1997), so dass die Einteilung nach der höchsten Lebenserwartung wieder aufgegeben bzw., wie in Tab. 2-2 dargestellt, relativiert wurde.

Tab. 2-2 Wünschenswerter Body Mass Index unter Berücksichtigung des Alters (National Research Council 1989)

Altersgruppe	wünschenswerter BMI
19 – 24 Jahre	19 – 24
25 – 34 Jahre	20 – 25
35 – 44 Jahre	21 – 26
45 – 54 Jahre	22 – 27
55 – 64 Jahre	23 – 28
≥ 65 Jahre	24 – 29

Obwohl einige Autoren darauf hinweisen, dass die vorliegenden Definitionen von Übergewicht und Adipositas größtenteils willkürlich sind, ist der BMI die derzeit am häufigsten gebrauchte Kenngröße des Ernährungszustandes (Garner und Wooley 1996; Müller 1998).

Während davon ausgegangen werden kann, dass Personen mit einem hohen Körperfettanteil (KFA) auch übergewichtig sind, ist dies im umgekehrten Fall nicht unbedingt zutreffend. Insbesondere bei solchen mit erheblicher Muskelmasse (z.B. Bodybuilder) oder mit Ödemen kann der BMI einen verfälschten Wert darstellen (Deurenberg und Weststrate 1987; Hebebrand et al. 1994; Twisk et al. 1998).

Zur genaueren Bestimmung von Adipositas empfiehlt sich daher neben einer relativen Gewichtsmessung auch die Bestimmung weiterer Kriterien, wie des Körperfettanteils (Hebebrand et al. 1994; Biesalski 1999), dessen Verteilung (Rabast 2000; Wolfram 1990), sowie die Berücksichtigung des Alters und Geschlechts (vgl. Großklaus 1990).

Körperfettanteil (KFA)

Als Körperfettanteil oder Fettmasse wird die Menge der Triglyceride im Körper bezeichnet (Müller 1998).

In der Literatur gibt es unterschiedliche Richtwerte für einen „normalen“ KFA, sie unterscheiden zwischen Frauen und Männern und liegen nach Deurenberg bei ca. 20-35% bzw. 10-25% (Deurenberg und Weststrate 1987).

Durnin und Womersley (1974) unterscheiden des weiteren nach dem Alter. Ihre in Tab. 2-3 dargestellten Referenzwerte werden in der Literatur häufig verwendet.

Tab. 2-3 Prozentualer Körperfettanteil für Frauen und Männer nach Durnin und Womersley 1974

Alter	Frauen in %	Männer in %
17 – 19	26	15
20 – 29	29	15
30 – 39	33	23
40 – 49	35	25
50 – 72	39	28

Eine Bewertung des ermittelten Körperfettanteils findet sich bei Biesalski (1999) (Tab 2-4).

Tab 2-4 Klassifikation des KFA für junge erwachsene Frauen und Männer bis 35 Jahre (nach Biesalski et al. 1999)

Klassifikation	KFA % weiblich	KFA % männlich
Normal	20 - 29,9	10 - 19,9
Grenzwertig	30 - 34,9	20 - 24,9
Adipositas	35 - 44,9	25 - 34,9
Extreme Adipositas	≥ 45	≥ 35

Bouchard (1991) fasst in einer Übersicht Faktoren zusammen, welche den KFA beeinflussen, hierzu zählen u.a. Alter (s. auch Bray 1978), Geschlecht, Energiebilanz, Nahrungszusammensetzung und der Grad der körperlichen Aktivität.

So nimmt zum Beispiel als Folge des physiologischen Alterungsprozesses der Körperfettgehalt normalgewichtiger Frauen von ca. 26% auf 35% zu, während die fettfreie Körpermasse von durchschnittlich 74% auf 65% abnimmt. Der Körperfettgehalt von Männern liegt um durchschnittlich 10% unter dem der Frauen (Dissmann et al. 1964).

Die Bestimmung des Körperfettanteils kann über verschiedene Methoden erfolgen, die größtenteils sehr aufwändig bzw. kostenintensiv sind und eine Fehlerspannbreite von bis zu 3-15% aufweisen. Dies kann bei zwei Messungen an einer Person zu unterschiedlichen Werten von mehreren Kilo Fett führen (Großklaus 1990).

Das einfachste Verfahren, die Hautfaldendickenmessung mit Hilfe des Calipers berücksichtigt nicht das intraabdominale Fett und ist bei extrem adipösen Menschen aufgrund der Dicke des subkutanen Fettgewebes schlecht reproduzierbar und z.T auch technisch nicht machbar (Deurenberg und Weststrate 1987).

Abb. 2-1 bietet einen Überblick über die bisher gängigsten Meßmethoden.

Methode	Prinzip	Literatur
Hautfaltendickenmessung (HF)	Berechnung des KFA m.H. der ermittelten Hautfaltendicke (subkutanes Fett verändert sich proportional zum Gesamtkörperfettanteil)	Benardot 2000 Durnin und Womersly 1974 McArdle et al. 1996 Müller 1998
Unterwasserwiegen (Hydrodensitometrie) bzw. Air Displacement Plethysmographie	Bestimmung der Körperdichte mittels Wasser- bzw. Luftverdrängung. Ermittlung des spezifischen Gewichts von Fett und fettfreier Masse durch Umrechnung auf die relativen Anteile.	Benardot 2000 McArdle et al. 1996 Fogelholm et al. 1996
Bioelektrische Impedanz Analyse (BIA)	Bestimmung des Wechselstrom-Widerstandes eines Körpers: unterschiedliche Stromleitfähigkeit von Fett, Knochen und Flüssigkeit	Benardot 2000 McArdle et al. 1996 Müller 1998 Bolanowski und Nilsson 2001
Infrarotreflektionsspektrometrie (NIR = near infra red reflexion spectrometry)	Interaktion von Licht mit organischem Material: unterschiedliche Absorption der Infrarot-Strahlung von Fett und Wasser (Bizepsmessung)	McArdle et al. 1996
Dual-Energy X-Ray Absorptiometry (DEXA)	Bildgebendes Verfahren, Röntgenabsorptionsmessung	Lukaski 1993 Fogelholm et al. 1996 Bolanowski und Nilsson 2001

Abb. 2-1 Methoden zur Bestimmung des Körperfettanteils

In der Medizin und Ernährungswissenschaft hat sich aufgrund der Praktikabilität die Methode der BIA durchgesetzt (vgl. Eaton et al. 1993, Utter et al. 1999). Die Angaben verschiedener Autoren sind jedoch nur mit Einschränkungen vergleichbar, da zum einen verschiedene, noch nicht vollständig abschätzbare Faktoren den Weg des Stroms durch den Körper beeinflussen und zum anderen unterschiedliche Algorithmen den Berechnungen zugrunde liegen (Müller 2000, Fogelholm et al. 1996). Außerdem sind die Messwerte u.a. vom Grad der Adipositas und dem Ernährungsverhalten, von der Stoffwechselsituation und den Temperaturbedingungen abhängig und daher interpretationsbedürftig (s. auch Biesalski, 1999). Sie sollten aus diesen Gründen nicht als Effektivwerte, sondern zur Kontrolle eines Therapieverlaufs und/oder der Erläuterung medizinischer und ernährungswissenschaftlicher Zusammenhänge verwendet werden (Burkard et al. 1995).

Zusammen mit der Bestimmung des Fettverteilungstyps erlaubt die Messung des KFA bei Adipösen eine Einschätzung des gesundheitlichen Risikos (Wolfram 1990).

Vague (1950) unterschied bereits 1947 anhand des Fettverteilungsmusters zwei Unterformen der Adipositas, eine androide und eine gynoide Form (Abb. 2-2), die mit Hilfe der sog. „Waist-to-Hip-Ratio“ (WHR) des „Taillen-Hüftumfang-Verhältnisses“ ermittelt werden kann (vgl. auch Deurenberg und Weststrate 1987).

Die androide Form, auch als „abdominale Adipositas“, „zentral“ oder „stammbetont“ bezeichnet (Deurenberg und Weststrate 1987), stellt, unabhängig vom Gesamtkörperfettanteil, ein eigenständiges Gesundheitsrisiko dar (Simoneau und Bouchard 1995).

Es werden unterschiedliche Grenzwerte von $>0,80 - 0,85$ für Frauen und $>0,95 - 1,0$ für Männer genannt, deren Überschreitung direkt mit einem erhöhten Risiko für koronares Herzleiden und anderen Erkrankungen assoziiert ist (Deurenberg und Weststrate 1987; Larsson et al 1984; Müller 1998; Simoneau und Bouchard 1995).

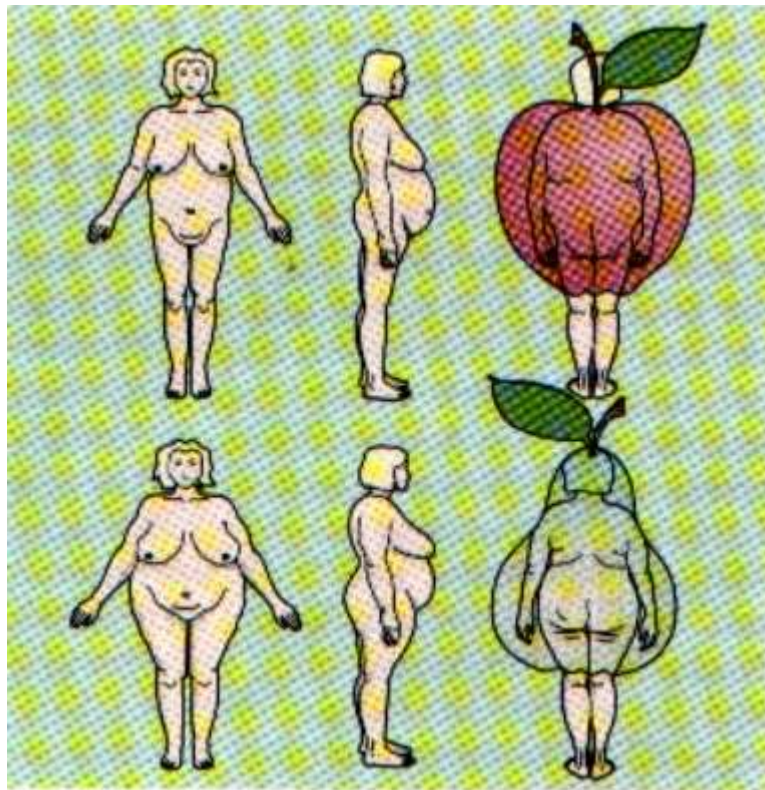


Abb. 2-2 Regionale Fettverteilung: androide „Apfelform“, gynoide „Birnenform“ (Quelle: Hauber-Schwenk und Schwenk 2000, S.132)

Johnsen (1993) sieht den Hauptkritikpunkt an o.g. Methoden zur Erfassung des Übergewichts in der mangelnden Erfassung der individuellen körperlichen Konstitution. In seiner Untersuchung mit normalproportionierten Mädchen berücksichtigte er die Unterscheidung der 3 Körperbautypen: „Pyknomorph“, „Mesomorph“ und „Leptomorph“ (Johnsen 1993, S.39).

Der pyknomorphe Typus hat ein höheres Körpergewicht, einen höheren BMI und KFA als der leptomorphe und ist groß und kräftig oder untersetzt und breit, während die leptomorphen Mädchen eher lang und schlank oder klein und zierlich waren.

Die pyknomorphen Mädchen wirkten übergewichtig, die leptomorphen eher untergewichtig, während beide Konstitutionstypen jedoch mit Körperbau und -masse im Normalgewichtsbereich lagen.

Wird dieses Phänomen bei der Beurteilung der Adipositas berücksichtigt, so würde nach Johnsen (1993) der Anteil Normalgewichtiger steigen und der der Übergewichtigen sinken.

Zusammenfassung:

Die Grenzen des „Normalgewichts“ sind nicht einheitlich und oft willkürlich definiert (Großklaus 1990; Westenhöfer 1992).

Die Adipositas ist zwar begrifflich klar definiert, jedoch gibt es kein eindeutiges objektives Maß, mit dessen Hilfe eine exakte Grenze zur Adipositas bei einem Individuum festgesetzt werden könnte (Logue 1995). Anthropometrische Indizes, die Methoden der Körperfettbestimmung und auch der Aussagewert der Konstitutionstypen werden in der Literatur kontrovers diskutiert (Grinker 1992; Müller 1998). Einigkeit herrscht jedoch darüber, möglichst viele Indizes zur Bestimmung einer Adipositas heranzuziehen und auch ein individuelles Normal- bzw. Wohlfühlgewicht zu beachten (vgl. Johnsen 1993; Schoberberger 1989).

2.2 Bedeutung der Adipositas

2.2.1 Risiko der Adipositas

Die Frage, inwieweit Übergewicht und Adipositas ein gesundheitliches Risiko darstellen - und besonders ab welchen Werten in Bezug auf BI und BMI, wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Über einen „Schwellenwert“ des BMI als Prädiktor für ein erhöhtes Risiko gibt es daher auch keine einheitlichen Angaben.

Die Untersuchungen amerikanischer Versicherungsgesellschaften, nach deren Ergebnissen eine Einteilung des BMI nach steigendem Mortalitätsrisiko stattfand, wiesen methodische Mängel auf (Keys 1980) und konnten in einer Nachberechnung der Originaldaten auch nicht bestätigt werden (Berger 1995).

Dennoch wird eine verminderte Lebenserwartung Fettsüchtiger diskutiert, da zum einen die Morbidität durch vermehrtes Auftreten unterschiedlicher Erkrankungen gesteigert und zum anderen die Letalität bestehender Erkrankungen durch die Fettsucht erhöht wird (vgl. Gromus et al. 1985).

Während einige Autoren von einem erhöhten Morbiditätsrisiko schon bei geringem Übergewicht ausgehen (Hubert et al. 1983; Hauner 1991; Kannel et al. 1996; Warsy und El-Hazmi 1999), sehen andere dies allein nicht als erwiesen (Stunkard und Wadden 1992; Larsson et al. 1984, Berger 1995).

So stellt nach den Ergebnissen der Framingham-Studie ein BMI von 24,4 bereits einen unabhängigen Risikofaktor für den Herzinfarkt dar (Hubert et al. 1983), während nach Larsson et al. (1984) ein BMI nahe 30 für viele Frauen immer noch nicht besorgniserregend ist, wenn das Fettgewebe sich hauptsächlich im Hüft- und nicht im abdominalen Bereich

verteilt. Letzteres lässt darauf schließen, dass eine erhöhte Waist-to-Hip-Ratio (WHR) die Morbidität und Mortalität bei Übergewicht erst erhöht.

Andere Autoren erachten eine erhöhte WHR sogar als eigenständiges Gesundheitsrisiko, unabhängig vom BMI (vgl. Bray 1992; Großklaus 1990; Twisk et al. 1998; Vague 1950; Wolfram 1990). Das erhöhte Morbiditäts- bzw. Mortalitätsrisiko durch eine androide Fettsucht wird mit der schnellen Freisetzung freier Fettsäuren (FFS) aus den intraabdominalen Fettzellen und ihrer Wirkung auf die Muskelzellen und β -Zellen des Pankreas mit nachfolgender Insulinresistenz und Glucoseintoleranz in Verbindung gebracht (Großklaus 1990; Garrow 1993; Grundy 1998). Im Gegensatz dazu findet in den gynoiden Fettzellen der Oberschenkel und des Gesäßes durch das hohe Vorkommen von α_2 -Rezeptoren eine Hemmung der Lipolyse statt (Großklaus 1990; Rehner und Daniel 1999).

Folgende Gesundheitsrisiken bzw. Komplikationen werden in Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas diskutiert:

- steigende Cholesterinwerte, Hypertriglyceridämie, Hyperlipoproteinämie, ungünstiges Cholesterin- : HDL-Verhältnis (Grundy und Scott 1998; Kannel et al. 1996; Twisk et al. 1998; Hauner 1991)
- erhöhter Blutdruck (Grundy und Scott 1998; Kannel et al. 1996)
- koronare Herzerkrankungen (Garrison und Castelli 1985; Hauner 1991; Hubert et al. 1983; Kannel et al. 1996; Twisk et al. 1998)
- Abnormalitäten im Koagulationssystem (Grundy und Scott 1998)
- Insulinresistenz und Glucoseintoleranz (Grundy und Scott 1998; Kannel et al. 1996)
- Diabetes mellitus Typ II (Hauner 1991; Warsy und El-Hazmi 1999)
- Gicht (Hauner 1991)
- Gallensteinbildung (Garrow 1993)
- erhöhtes Krebsrisiko (Garrow 1993; DGE 1992)

Es besteht außerdem ein statistischer Zusammenhang zwischen Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen, Alkoholmissbrauch und psychosozialen Anpassungsschwierigkeiten, also Risikofaktoren, die für sich alleine und in ihrer wechselseitigen Beeinflussung einen Beitrag zur Gesundheitsschädigung leisten (vgl. Diedrichsen 1990; Hauner 1991).

Neben der Frage der körperlichen Beeinträchtigung durch Übergewicht finden in zunehmendem Maße auch psychosoziale Faktoren in Untersuchungen Beachtung.

Schneider et al. (1996) konnten in einer für Deutschland repräsentativen Bevölkerungsstichprobe einen signifikanten Zusammenhang zwischen Übergewicht und der Lebensqualität feststellen. Hierzu zählt eine geringere körperliche Funktionsfähigkeit und Rollenfunktion, sowie ein vermehrter körperlicher Schmerz bei Frauen vor allem der mittleren Altersklassen mit einem erhöhten BMI ($>30 \text{ kg/m}^2$). Bei jüngeren übergewichtigen Frauen im Alter von 14 – 29 zeigte sich sogar eine signifikante Beeinträchtigung sozialer und psychischer Funktionsfähigkeiten, während bei den Männern gleichen Alters und erhöhtem BMI erstaunlicherweise eine (nicht signifikante) Verbesserung dieser Skalen beobachtet werden konnte.

Aber auch die Maßnahmen zur Bekämpfung der Adipositas werden als ein eigenständiger Risikofaktor für die Gesundheit diskutiert, insbesondere z.T. bizarre Ernährungsvorschläge und Schlankheitsdiäten:

„Heute weiß die Wissenschaft, dass Essstörungen gefördert werden, die neben den somatischen ernährungsabhängigen Erkrankungen den Nebenwirkungskatalog des Schlaraffenlandes erweitern: Bulimie, Magersucht und Fressattacken (Binge Eating Disorder) werden auf eine Prävalenz zwischen fünf und zwanzig Prozent geschätzt. So kommt zu dem breiten gesundheitlichen Risikospektrum durch Ernährung ein offenbar nicht minder breites Spektrum an psychischen Problemen, die mit dem Essverhalten verbunden sind, hinzu“ (Pudel 1998, S.132).

Auch wird vor einem erhöhten Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen und Veränderungen der Knochenstruktur mit der Gefahr von Hüftfrakturen bei wiederholten Diäten mit starken Gewichtsschwankungen, dem sogenannten „Weight cycling“ gewarnt (Hauner 1991, S.159; Wardlaw 1996).

2.2.2 Kosten der Adipositas

Die Kosten ernährungsabhängiger Krankheiten beliefen sich im Jahr 1990 auf rund 85 Mrd. DM, was einem Anteil von 30,28% an den Kosten aller Krankheitsursachen entspricht (Kohlmeier et al. 1993).

Ende der 90er Jahre werden sie sogar auf über 100 Mrd. DM mit steigender Tendenz geschätzt (Pudel 1998).

Als ernährungsabhängig werden dabei Erkrankungen definiert, die durch Ernährungsgewohnheiten (mit-)verursacht werden oder durch Nahrungszusatzstoffe oder -kontaminanten ausgelöst werden. Hierzu zählen u.a. Hypertonie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht, Diabetes mellitus, Fett- u.a. Stoffwechselstörungen und Osteoporose (Kohlmeier et al. 1993). Unter eine sog. „Fehlernährung“ fällt jedoch nicht nur die Überernährung, sondern auch eine Mangel- bzw. Unterernährung, die ebenfalls langfristig Gesundheitsschäden nach sich zieht. Auch in Kombination mit anderen Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und fehlangepasster Stressbewältigung kann eine dauerhafte Fehlernährung pathogene Prozesse im menschlichen Körper provozieren (Schwarzer 1992).

Schneider (1996) geht in seiner Kalkulation davon aus, dass die allein durch Adipositas und Folgeerkrankungen verursachten Kosten für das deutsche Gesundheitssystem im Jahr 1995 mit 15,5 – 27,1 Mrd. DM veranschlagt werden müssen.

Nach Kurscheid und Lauterbach (1998) betragen allein die direkten Kosten für Übergewicht in Deutschland ca. 850 Mio. DM. Unter Einbeziehung der Folgeerkrankungen (Diabetes Typ II, Hochdruck, Kniegelenksarthrose, etc.) erweitern sie sich auf ca. 8,6 – 11,5 Mrd. DM. Die indirekten Kosten (z.B. Produktivitätsverlust durch o.g. Erkrankungen) mit einbezogen, multipliziert sich diese Summe nochmals.

Deutschland liegt damit prozentual zwar noch hinter Schweden und den USA, aber insgesamt mit an der Spitze der Industrienationen (Tab. 2-5).

Tab. 2-5 Direkte Kosten der Adipositas im internationalen Vergleich (Kurscheid und Lauterbach 1998)

Land	Datum der Erhebung	Def. von Adipositas in der jeweiligen Erhebung	% Anteil an den Kosten des Gesundheitssystems
Deutschland (W)	1990	BMI > 30 kg/m	3,1 - 4,2
USA	1996	BMI > 29 kg/m	6,8
Niederlande	1995	BMI > 30 kg/m	1,5
Frankreich	1995	BMI > 30 kg/m	2,5
Schweden	1995	BMI > 30 kg/m	7,8

In die Erhebungen nicht einbezogen sind die privaten Ausgaben der Betroffenen zur Bekämpfung des Übergewichts.

So beziffern sich z.B. die Ausgaben der Amerikaner im Jahr 1988 für Schlankheitsprodukte und –dienstleistungen auf mehr als 29 Mrd. US\$, chirurgische Behandlungen nicht einbezogen (Garner und Wooley 1996). Diese Summe dürfte bis heute schon um ein Vielfaches gestiegen sein.

2.3 Prävalenz der Adipositas

Laut der Deutschen Gesellschaft für Adipositasforschung (1995) sind in Deutschland über 40% der Bevölkerung, unter Berücksichtigung der altersabhängigen Einteilung (s. Kap. 2.1), als übergewichtig einzustufen.

Nach einer zusammenfassenden Bewertung der VERA-Studie¹ durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) belief sich diese Ziffer in 1992 noch auf 30,5% der bundesdeutschen Erwachsenen (Frauen: 25,7%, Männer: 36,8%) (DGE 1992).

Die Tendenz ist nach wie vor steigend und die Prognosen für das neue Jahrzehnt erreichen 50%.

Bergmann und Mensink (1999) führen im Vergleich der west- und ostdeutschen Bevölkerung sogar eine Prävalenz von 52% (westdeutsche Frauen) und bis 67% (westdeutsche Männer) für Übergewicht (BMI \geq 25 kg/m²) an. Adipositas (BMI \geq 30 kg/m²) ist mit 18% bei den westdeutschen Männern am geringsten und mit 24% bei den ostdeutschen Frauen am höchsten (Bergmann und Mensink 1999).

Im internationalen Vergleich steht die deutsche Bevölkerung mit USA, Finnland und Südafrika an der Spitze der Prävalenz der Adipositas (BMI > 30 kg/m²) (Björntorp und Bernard 1992). Nach Pudel (1998) ist dies eine Folge des sich ausbreitenden Überflusses an Lebensmitteln in unserem „Wirtschaftswunderland“, an dessen Spitze „als Symbol für unübersehbare Körperfülle“ ein adipöser Bundeskanzler für 16 Jahre stand (Pudel 1998, S. 130).

¹ **VERA: Verbundstudie Ernährungserhebung und Risikofaktoren-Analytik**; eine für die alten Bundesländer Deutschlands repräsentative Querschnittsstudie, gefördert durch den Bundesminister für Forschung und Technologie. Näheres zur Vera-Studie siehe Kübler et al. (1992).

Der internationale Vergleich ist allerdings nur bedingt aussagekräftig, da ökonomische, kulturelle, soziologische und genetische Faktoren, welche die Prävalenz der Adipositas entscheidend prägen, wie auch die Erhebungszeiträume in den einzelnen Ländern, teilweise stark voneinander abweichen (vgl. auch Deutsche Adipositas -Gesellschaft 1998).

Neben der bereits erwähnten steigenden Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Alter, lassen sich auch statistische Zusammenhänge zu sozialem Status und demographischen Merkmalen erkennen. So liegt mehr Übergewicht bei Pensionären, Rentnern und Landwirten vor und weniger bei freiberuflich Tätigen, Angestellten und Beamten höherer Tätigkeit (Deurenberg und Weststrate 1987; Schoberberger und Kunze 1989; Garrow 1993).

2.4 Ätiologie der Adipositas

Als „klassische“ Erklärung für die Entstehung von Übergewicht und Grundlage für viele Gewichtsreduktionsmaßnahmen, gilt das Gesetz der Energiebilanz: Ist die aufgenommene Energie größer bzw. kleiner als der Energieverbrauch, so nimmt das Individuum zu bzw. ab. Dieses Gesetz als Hauptgrund der steigenden Prävalenz von Adipositas unterliegt in seiner Ausschließlichkeit in den letzten Jahren jedoch zunehmender Kritik (Pudel 1992).

Die Adipositas ist ein multifaktorielles Phänomen und kann als ein Resultat aus u.a. Lebensstil, etablierten kulturellen Modellen, sozialem und ökonomischem Umfeld, Essgewohnheiten, physischer Aktivität und genetischer Disposition bezeichnet werden (vgl. Bouchard 1996; Grundy 1998; Hendee 1988; Müller und Erbersdobler 1996).

Abb. 2-3 stellt die Einflussfaktoren für Übergewicht in ihren Abhängigkeiten dar. Sie soll verdeutlichen, wie schwierig sich eine eindeutige Zuordnung von Ursache und Auswirkung aufzeigen lässt.

Dies kann auch als eine Erklärung für den bisherigen mangelnden Erfolg vieler Gewichtsreduktionskonzepte gelten. Genauere Kenntnisse über die Ätiologie der Adipositas, welche über die Energiebilanztheorie hinausgehen, sind Voraussetzung für eine ursachenorientierte Therapie (vgl. Wardle 1996, Pudel 1992).

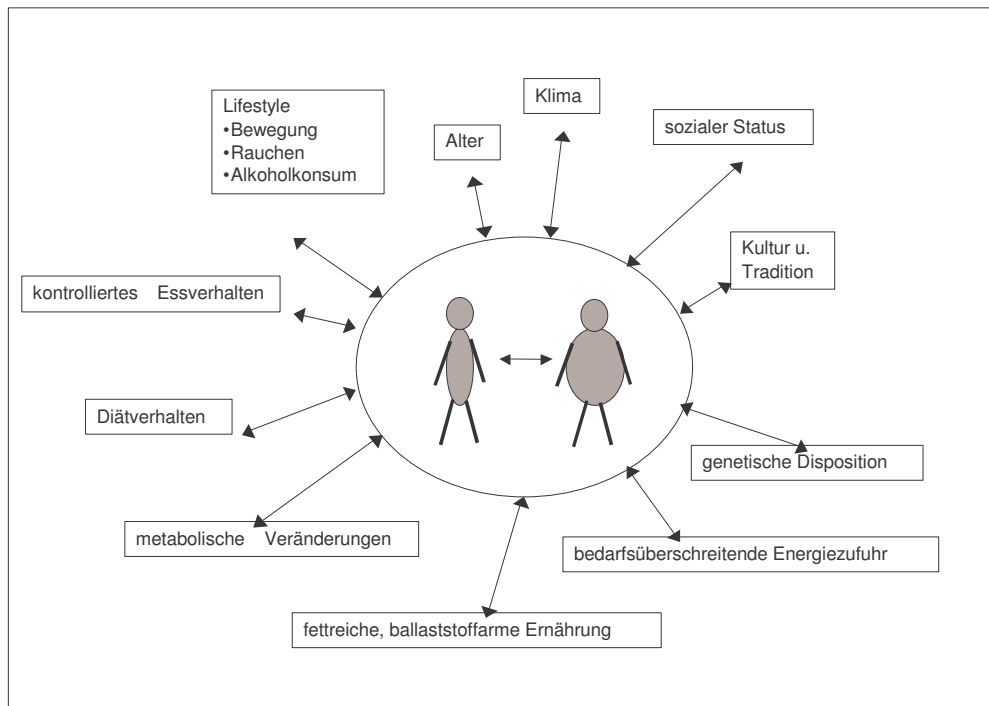


Abb. 2-3 Multifaktorieller Einfluss auf das Körpergewicht

Die Aussage, dass generell eine hohe nutritive Energiezufuhr die Ursache für Übergewicht darstellt, kann heute nicht mehr wissenschaftlich gestützt werden. So zeigen einige Studien, dass Übergewichtige zum Teil weniger essen als Normalgewichtige (vgl. George et al. 1989; Miller et al. 1990; Westenhöfer 1992). Hierbei ist jedoch das Phänomen des sog. „underreporting“ zu beachten. Übergewichtige unterschätzen häufig bewusst oder unbewusst ihre verzehrten Nahrungsmittel bzw. deren Energiegehalt (Schoeller 1990; Zarfl et al. 1997; Poppitt et al. 1998).

2.4.1 Genetische Disposition

In Untersuchungen mit Zwillingspaaren, die getrennt in unterschiedlichen sozialen Verhältnissen aufwuchsen, wurde eine Übereinstimmung in Bezug auf das Gewicht festgestellt, was die Annahme zulässt, dass eine genetische Komponente bei der Entstehung des Übergewichts vorliegt (vgl. Bouchard 1991; Grundy 1998).

Genetische Größen sind hauptsächlich für die Energieverwertung, die Verteilung des Körperfettes und in moderater bis geringer Weise für den Gesamtkörperfettanteil, nicht jedoch für die Variation von Körpermasse und Fettzunahme verantwortlich (vgl. Bouchard et al. 1990; Bouchard 1991; Wolfram 1990; Westenhöfer 1992). So kann die Anzahl einmal angelegter Fettzellen durch eine Gewichtsreduktion nicht vermindert werden, eine Abnahme des Fettgewebes ist nur über eine Reduktion der Fettzellgröße möglich (vgl. Wolfram 1990; Westenhöfer 1992).

Weiterhin liegt ein gewisser genetischer Einfluss bei der Auswahl bestimmter Lebensmittel vor (Bouchard 1996).

Bezugnehmend auf Tierversuche wird das sogenannte „ob-Gen“ (vgl. Herget und Daniel 1996) als Determinante für die Entstehung des Übergewichts diskutiert, sein Vorhandensein bzw. seine Wirkung beim Menschen muss jedoch erst noch wissenschaftlich nachgewiesen werden (vgl. Riquier 1991). In Versuchen mit Mäusen konnte ein eindeutiger Zusammenhang zwischen einem Defekt im sog. „Obesity - Gen“ (ob-Gen) mit der daraus folgenden verminderten bzw. gestoppten Leptin-Produktion und Übergewicht festgestellt werden. Leptin ist ein Polypeptid und wird wegen seines regulativen Effekts auf Hunger und Sättigung über den Hypothalamus auch als „Sättigungsfaktor“ bezeichnet. Da eine Proportionalität zwischen dem BMI eines Menschen und der im Blut zirkulierenden Leptinmenge besteht, wird dem Leptin eine zentrale Rolle bei der Regulation des Körpergewichts zugeschrieben (Rehner und Daniel 1999).

In o.g. Versuchen an Mäusen führte eine Injektion von humanem gentechnisch verändertem Leptin zur Reduktion der Futtermittelaufnahme und gesteigertem Energieverbrauch mit daraus folgendem Gewichtsverlust. Diese Zusammenhänge konnten jedoch beim Menschen nicht festgestellt werden (Herget und Daniel 1996).

In diesem Zusammenhang wird ein sog. „biologisches Gewicht“, ein Individualgewicht diskutiert, der sog. „Set Point“, welcher als Sollwert dient und auf den ein körpereigenes Thermostat, der Gleichgewicht-Kontroll-Mechanismus (GKM), eingestellt ist (Pudel 1997, S. 21).

Bei Abweichungen von diesem Gewicht, z.B. durch eine Diät, werden entsprechende Selbstregulationsvorgänge eingeleitet, um das Gesamtsystem wieder zu stabilisieren und die Fettreserven zu schützen. Dies geschieht auf zwei verschiedene Weisen:

Einerseits kann der GKM den Appetit steigern oder senken, damit man das programmierte Gewicht halten kann. Zum anderen kann der GKM Stoffwechselfvorgänge im Körper dahingehend beeinflussen, dass man Energie speichert oder z.B. in Form von Wärme „verschwendet“, falls man zu wenig oder zu viel isst.

Der Set Point kann durch mehrere externe Faktoren beeinflusst werden, häufige Diäten sollen sogar dazu beitragen, dass er sich nach oben verschiebt, um auf regelmäßige Reduktionsdiäten mit einer größeren Fettreserve eingestellt zu sein. In diesem Fall sprechen Ellrott und Pudel (1998) anstelle eines „Set Points“ von einem bestimmten Gewichtsbereich, dem „Sattelpunkt“ (S.14), welcher sich nach externen Bedingungen für jedes Individuum einpendelt.

Das Vorhandensein eines solchen „Set Points“ bzw. „Sattelpunktes“ könnte sogar bedeuten, dass Adipöse nur nach sozialen Normen übergewichtig sind und durch abnehmen im biologischen Sinne sogar untergewichtig würden (vgl. Westenhöfer 1992; Pudel 1997; Ellrott und Pudel 1998).

Neben diesen „metabolischen Dysregulationen“ (Ellrott und Pudel 1998, S. 17) wird auch eine Übergewicht erzeugende Verhaltensstörung als genetisch determiniert diskutiert. Hierzu zählt u.a. der auf das Sättigungsempfinden wirkende Serotonin-Stoffwechsel (Ellrott und Pudel 1998).

Der Hereditätsindex wird zwar auf ca. 25-40% (Bouchard 1996) geschätzt, die Kenntnis einer genetischen Komponente sagt jedoch noch nichts über die Mechanismen aus, durch die sie sich auswirkt und bedeutet auch noch keine vollständige genetische Determination (Logue 1995). Der starke Anstieg des Übergewichts in den letzten ca. 50 Jahren in den westlichen

Ländern ist zeitlich auch zu kurz, um durch genetische Veränderungen hervorgerufen worden zu sein (Bouchard 1996). Weiterhin muss kritisch bedacht werden, dass nicht nur die Erbanlagen, sondern auch die Ernährungsgewohnheiten von der älteren an die jüngere Generation weitergegeben werden (vgl. Gromus 1985).

In seiner Interaktion mit der Umwelt ist dem Genotyp in seinem Antwortverhalten auf externe Faktoren jedoch ein wichtiger Stellenwert beizumessen (Pudel 1997; Grundy 1998).

So ist es dem Menschen evolutionsbiologisch zwar gut gelungen, mit Hilfe wirkungsvoller Adaptationsmechanismen nutritive Mangelzustände zu bewältigen, eine entsprechende Anpassung an Überflussbedingungen gelingt ihm jedoch weniger (Pudel 1997).

2.4.2 Grundumsatz und Thermogenese

Neben einer überhöhten Energiezufuhr muss im Rahmen der Energiebilanz ein verringerter Energieverbrauch als weitere eventuelle Ursache für Übergewicht untersucht werden.

Nach den Grundregeln der Physik kann im geschlossenen System keine Energie verloren gehen, sie wird entweder transformiert, konvertiert oder gespeichert. Genauso verhält es sich mit dem menschlichen Organismus. Die in Form von Nahrung aufgenommene Energie steht dem metabolischen System zur Verfügung, dessen größter Verbrauch die thermische Energie darstellt.

Der Grundumsatz (GU), auch „Basal Metabolic Rate“ (**BMR**), macht mit 60-75% den größten Anteil des Gesamtenergieumsatzes aus (Danforth 1985; Devlin und Horton 1990; Männle 1996). Er stellt die Energiemenge dar, die zur Aufrechterhaltung aller wichtigen Lebensfunktionen und der Körpertemperatur in Ruhe liegend benötigt wird und ist abhängig von Alter, Geschlecht, Wachstum, Körpergewicht und –zusammensetzung, der Außentemperatur und weiteren Faktoren.

Ca. 30-50% der Varianz des Grundumsatzes sind auf genetische Unterschiede zurückzuführen (Broeder et al. 1992; Bouchard et al. 1996).

Ca. 5% höher als der Grundumsatz ist der sogenannte Ruhe-Nüchtern-Umsatz (RNU), auch „Resting Metabolic Rate“ (**RMR**). Er wird früh am Morgen, wenn die letzte Mahlzeit und die letzte sportliche Betätigung am weitesten zurückliegen, bekleidet und im Sitzen gemessen (Danforth 1985).

Bei Männern liegt der Grundumsatz höher als bei Frauen, Ursache hierfür ist der höhere Anteil an fettfreier Körpermasse, der damit verbundene Anstieg an Hämoglobin sowie eine gesteigerte aerobe Kapazität (Arciero et al. 1993; McArdle et al. 1996). Ebenso ist der GU bei Adipösen oft höher, als bei Normalgewichtigen. Dies lässt sich ebenfalls auf die zur Stützung des Übergewichts benötigten, höheren fettfreien Körpermasse vieler, aber nicht aller Adipösen zurückführen (vgl. Danforth 1985).

Mit zunehmendem Alter verringert sich der GU um ca. 2% pro Dekade, was auf die Abnahme der Muskelmasse zurückgeführt werden kann (Keys et al. 1950).

Ebenso induziert eine restriktive Energiezufuhr, wie z.B. Fasten oder Diäthalten einen Abfall des Grundumsatzes, was bereits in den fünfziger Jahren die Minnesota-Studie von Keys bewies. Obwohl die Energiezufuhr um 50% reduziert wurde, verringerte sich das Gewicht um nur 25% und der GU sank um 39% (Keys 1950; vgl. auch Brownell und Stunkard 1980).

Ähnliches wurde im Tierexperiment festgestellt: je häufiger Perioden drastischer Kalorieneinschränkung erfolgen, desto schneller tritt die Reduktion des Grundumsatzes ein und desto langsamer reversibel ist er (Brownell und Stunkard 1980). Diese sinnvolle Anpassung an Nahrungsmittelknappheit erklärt andererseits die Stagnation des Körpergewichts bei Gewichtsreduktionen. Einige Autoren vermuten, dass Adipöse eine beeinträchtigte Wärmebildungsregulation haben und sich daher nicht auf eine höhere Nahrungsaufnahme einstellen können, wie es bei Normalgewichtigen der Fall ist (vgl. Poehlman et al. 1989).

Der GU lässt sich weiterhin durch körperliche Aktivität über einen gewissen Zeitraum erhöhen. Dies kann, je nach Art und Intensität der Aktivität, über mehr als 12 Stunden andauern (vgl. Poehlman 1989; Logue 1995; Männle 1996).

Auch das sympathische Nervensystem nimmt Einfluss auf den menschlichen Energieverbrauch und damit auf das Übergewicht, so sollen Personen mit einer niedrigen Sympathikusaktivität, bedingt durch einen darauffolgenden niedrigen Energieverbrauch, ein erhöhtes Risiko für eine Gewichtszunahme haben (Spraul 1995).

Der Einfluss der Schilddrüsenhormone auf den GU wird mit einer Beschleunigung der oxydativen - also sauerstoffverbrauchenden Stoffwechselprozesse in den meisten Zellen erklärt. Auffallend ist u.a. die Erhöhung der Transkription des Wachstumshormon-Gens und der Proteinbiosynthese, darunter auch mehrere Proteine, die an der Lipolyse beteiligt sind (Rehner und Daniel 1999).

Die Thermogenese dient der gezielten Wärmeproduktion des Körpers durch z.B. Kältezittern und der Produktion von Nebenwärme durch verschiedene Stoffwechselreaktionen.

Bei letzterem wird zwischen der nahrungsinduzierten postprandialen, auch „Thermic Effect of Food“ (**TEF**) genannten und der bewegungsinduzierten, auch „Thermic Effect of Exercise“ (**TEE**), Thermogenese unterschieden (Abb. 2-4).

Die nahrungsinduzierte Thermogenese (**TEF**) ist die Energie, welche bis ca. 6 Stunden nach einer Mahlzeit über der des Ruheumsatzes liegt und durch Verdauung, Absorption, Transport- und Speichervorgänge verbraucht wird. Sie hängt von der Art und der Zusammensetzung der Mahlzeiten ab und kann theoretisch anhand der „metabolischen Kosten“ der angegebenen Prozesse vorhergesagt werden (Danforth 1985; Piers et al. 1992). Dieser Wert wird als „obligatorisch“ bezeichnet. Der tatsächlich gemessene Wert liegt gewöhnlich jedoch höher als vorhergesagt. Diese Differenz zwischen „obligatorischer“ und tatsächlicher Thermogenese der Nahrung wird als „fakultativ“ bzw. adaptive Thermogenese (**AT**) bezeichnet. Der Ursprung dieses Energieaufwands ist noch nicht erforscht. Diskutiert werden verschiedene Möglichkeiten, wie z.B. eine erhöhte, durch den Sympathikus veranlasste Thermogenese oder ein erhöhter Energieverbrauch durch „nutzlose“ metabolische Zyklen, welche zwar Wärme, aber keine Leistung produzieren (Danforth 1985). Die nahrungsinduzierte Thermogenese macht ca. 10% des täglichen Energieaufwands aus, kann aber, abhängig von der Zusammensetzung und Menge der Nahrung variieren (Danforth 1985; Männle 1996). Selbst unterschiedliche Gelegenheiten der Nahrungsaufnahme führen bei gleichen Mahlzeiten innerhalb eines Individuums zu großen Unterschieden (Piers et al. 1992). Ebenso können die Unterschiede im Ausmaß der TEF zwischen den einzelnen Individuen bis zu 20% ausmachen. Dies und die Reduktion des RU ergeben jedoch gemeinsam noch keine so große Differenz, wie oftmals von Betroffenen angegeben bzw. allgemein vermutet wird (Pudel 1997).

Der Anteil von Bewegung bzw. Training (TEE) liegt bei durchschnittlich weniger als 30%, aber die Rate des Energieaufwands kann variieren, abhängig von der Intensität und Dauer der Aktivität. Die TEE einer Person mit leichter körperlicher Arbeit liegt bei ca. 15-20% des täglichen Energieaufwands, kann sich aber bei hoher Anstrengung verdoppeln (Danforth 1985).

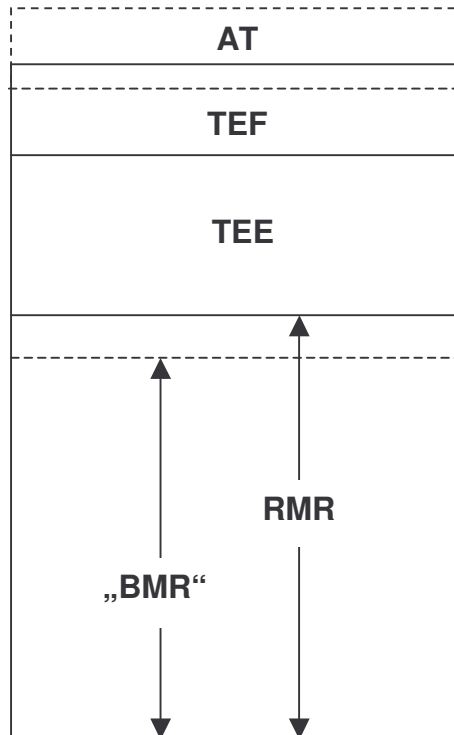


Abb. 2-4 Graphische Darstellung des GU und der Thermogenese (nach Danforth 1985, S. 1134)

2.4.3 Geschlecht und Alter

Die Vermutung, dass Übergewicht in der Kindheit schon als Prädiktor für das Erwachsenenalter nach dem Motto: "dicke Kinder – dicke Erwachsene" gilt, konnte bisher nicht bewiesen werden (Garrow 1993).

Eindeutig ist hingegen ein genereller und geschlechtsspezifischer Anstieg von Übergewicht und Adipositas im **Alter** (vgl. Schoberberger und Kunze 1989; Must et al. 1991; Garrow 1993; Grundy 1998; Kemper et al. 1998; Twisk et al. 1998; Warsy und El-Hazmi 1999).

Studien in Saudi Arabien zeigten, dass in allen untersuchten Regionen Übergewicht mehr bei den **Männern** und Adipositas mehr bei den **Frauen** vertreten war. Beides stieg signifikant mit dem Alter, wobei die Anzahl an adipösen Frauen bei einem Alter über 40 Jahren fast doppelt so hoch war als die der Männer (Warsy und El-Hazmi 1999). Andere Untersuchungen zeigen, dass das Übergewicht bei Frauen bis zum 65. und bei Männern nur bis zum 50. Lebensjahr graduell ansteigt und in der Altersgruppe der 40- bis 60jährigen mehr adipöse Frauen als Männer vertreten sind (Garrow 1993; vgl. auch Neuloh und Teuteberg 1979).

In einer Studie von Kemper et al. (1998) mit 500 weiblichen und männlichen Jugendlichen im Alter von 13 bis 20 Jahren wurde die Gewichtsentwicklung über einen Zeitraum von 13 bis

27 Jahren ermittelt. Bei den weiblichen Probanden nahm die Adipositas von 10% im Alter von 13 bis 20 auf 30% im Alter von 32 Jahren zu, bei den männlichen Studienteilnehmern von 10% auf 20% in den entsprechenden Altersstufen.

Ähnliche Anstiege der Adipositas konnten jedoch bei Naturvölkern nicht beobachtet werden, daher wird vermutet, dass es sich hierbei um ein Zivilisationsphänomen handelt (Must et al. 1991).

Als mögliche Ursachen werden neben einer genetischen Disposition der Verlust an Muskelmasse und der daraus folgende Anstieg an Fettmasse, der sinkende Ruheumsatz - wegen der geringeren Muskelmasse und eventueller, noch nicht erforschter Stoffwechselforgänge, ein ruhigerer sitzender Lebensstil, mehr und regelmäßige Nahrungszufuhr innerhalb von Partnerschaften und ein höherer Alkoholkonsum im Alter diskutiert (Grundy 1998). Als Ursachen für den starken Anstieg der Adipositas bei Frauen könnten, trotz ihres tendenziell größeren Gesundheitsbewusstseins (Prahl und Setzwein 1999), neben einer genetischen Disposition ein geschlechtspolarer Verzehrtypus (Hendrichs 1987), eine stärkere gesellschaftliche Kontrolle (Prahl und Setzwein 1999; Wolf 2000), häufige Phasen des Diäthaltens (Westenhöfer und Pudel 1989) und postnatale Gewichtszunahme gelten.

Dem Ernährungsbericht von 1992 zufolge sind 40% der Frauen nicht mit ihrer Figur zufrieden (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 1992), nach Prahl und Setzwein (1999) ein Resultat des gesellschaftlichen Idealbildes eines schlanken und jugendlich wirkenden Menschen, welches eine weitaus höhere Wirkung auf Frauen als auf Männer ausübt (Prahl und Setzwein 1999). Häufiger bzw. wiederholt auftretende Diätphasen können dann zu metabolischen Störungen sowie Schwierigkeiten mit dem Essverhalten führen, welches als weiterer Faktor für Übergewicht diskutiert wird (Westenhöfer und Pudel 1989).

2.4.4 Klima

Als weiterer Faktor zur Unterstützung von Übergewicht und Adipositas wird das Klima diskutiert. Das jeweilige Klima prägt dabei die Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten. Eine große Hitze beispielsweise kann von Outdoor-Aktivitäten abhalten und zu einer „Nachmittags-Siesta“ nach schweren Mahlzeiten verleiten (Warsy und El-Hazmi 1999).

2.4.5 Soziale und psychologische Faktoren, Lifestyle

Übergewicht steht ohne Zweifel in enger Korrelation zu den Lebensbedingungen einer Gesellschaft, ebenso wie die Verfügung über Nahrung immer auch ein sozial bestimmtes Verhältnis repräsentiert. Daher müssen auch die sozialen, demographischen und kulturellen Situationen eines Individuums berücksichtigt werden (Gromus et al. 1985; Hendee 1988; Holli 1988; Schoberberger und Kunze 1989; Somogyi 1993; Müller und Erbersdobler 1996; Grundy 1998; Barlösius 1999). Hierzu zählen z.B. Normen und bestimmte gesellschaftlich erwünschte Verhaltensmuster.

Die Einflussfaktoren in städtischen und ländlichen Gebieten stellen sich dabei unterschiedlich dar. In der städtischen Gesellschaft besteht tendenziös ein negatives Verhältnis zwischen sozialem Status und Adipositas, in der traditionell ländlichen

Gesellschaft verhält es sich dagegen eher umgekehrt (vgl. Schoberberger und Kunze 1989; Krüger et al. 1997).

Des Weiteren zeigt sich eine höhere Neigung zu Übergewicht und Adipositas bei sozial schwächeren Schichten (Neuloh und Teuteberg 1979). Sog. mittlere und obere „Gesellschaftsschichten“ weisen auch eher ein Ernährungsverhalten auf, welches den Empfehlungen für eine gesunde Ernährung entspricht (Barlösius 1999; Prah und Setzwein 1999). Eine gewisse Abhängigkeit des Ernährungsverhaltens vom Bildungsgrad konnte auch in der Giessener Vollwert-Ernährungs-Studie (Groeneveld et al. 1993) und in einer Erhebung der Ernährungssituation in Ost-Deutschland (Thiel et al. 1991) belegt werden.

Das Individuum der westlichen Industrienationen sieht sich mit einer leistungs- und konsumorientierten Gesellschaft konfrontiert, die sich nahezu alles verwirklichen kann, was das „Schlaraffenland“ darstellt. Ein reichhaltiges Angebot an Nahrungsmitteln, bequeme Transportmöglichkeiten, Arbeits- und Freizeitangebote ohne körperliche Anstrengung oder großen Bewegungsaufwand führen zu einer Lebensart bzw. Lifestyle mit den Attributen „zu viel, zu fett, zu süß, zu salzig, zu viel Alkohol und zu wenig Bewegung“. Hierzu gesellt sich noch Stress als ein typisches Merkmal der Leistungsorientierung (vgl. Garrow 1993; Müller und Erbersdobler 1996, Warsy und El-Hazmi 1999).

In einer Zwillingskohortenstudie konnten Korkeila et al. (1998) Stress, insbesondere durch negative Lebensereignisse, sog. „life-events“ und depressive Symptome als Risikofaktoren für kurz- und längerfristige Gewichtszunahme nachweisen.

In einer weiteren Studie, in welcher starker Stress ebenfalls zur Gewichtszunahme und vermindertem Wohlbefinden führte, wird ein als Antwortreaktion erhöhter Fettkonsum als Ursache diskutiert (DiPietro et al. 1992). Weiterhin soll Stress sowohl die Essgeschwindigkeit als auch die Menge und Präferenz von Saccharose beeinflussen (Logue 1995).

2.4.6 Körperliche Aktivität

Auffällig für den Lebensstil westlicher Industrienationen ist die abnehmende körperliche Aktivität. Überwiegend sitzende Tätigkeiten in Beruf und Freizeit, wie Arbeit am Computer, Fernsehen und Autofahren, erhöhen die Wahrscheinlichkeit übergewichtig zu werden und den Gesamtkörperfettanteil zu erhöhen (Brownell und Stunkard 1980; Miller et al. 1990; Wardle 1996; Twisk et al. 1998; Crawford et al. 1999).

Einige Studien zeigen, dass Übergewichtige weniger physisch aktiv als Normalgewichtige sind (Brownell und Stunkard 1980; Miller et al. 1990) andere sehen keinen Unterschied (George et al. 1989).

Als Ausgleich für die allgemeine Bewegungsarmut und Bestandteil von Gewichtsreduktionsprogrammen bietet sich der Freizeitsport an (Brownell und Stunkard 1980; Miller et al. 1990).

Sport erhöht den Energieumsatz für mehrere Stunden nach dem Training, steigert die Stimmung und verbessert, wenn regelmäßig durchgeführt, metabolische Parameter des Herz-Kreislaufsystems (Logue 1995).

Studien über den Effekt von physischer Aktivität auf die Energieaufnahme zeigten, dass moderates Training nicht begleitet wurde von steigender Energieaufnahme, sondern in eine negative Energiebilanz überging und daraus Gewichtsverlust resultierte (Brownell und Stunkard 1980; Woo et al. 1982 und 1982a).

2.4.7 Ernährung

Die Menschen der westlichen Industrienationen stehen nach Neuloh und Teuteberg einer „neuen Form der Ernährungsnot“ gegenüber (Neuloh und Teuteberg 1979). Ein generelles Überangebot an Lebens- und Genussmittel und insbesondere der steigende Fettanteil der Nahrung werden als wichtige Faktoren der steigenden Prävalenz von Übergewicht und Adipositas diskutiert (Astrup et al. 1994).

Einige Studien belegen, dass bei Personen mit höherem Körperfettanteil auch der Fettanteil der Nahrungsenergie steigt und der Kohlenhydratanteil sinkt, während die Gesamtenergieaufnahme gleich bleibt (Miller et al. 1990 und 1994; Bolton-Smith und Woodward 1994; Nelson und Tucker 1996; Pudel 1997).

Horton et al. (1995) wiesen nach, dass bei jeder Art der Überernährung, egal ob fett- oder kohlenhydratreich, der größte Teil der überschüssigen Energie gespeichert und nicht als Körperwärme verbraucht wird. Bei kohlenhydratreicher Überernährung nahmen die Kohlenhydratoxidation und der absolute Energieaufwand besonders in den ersten 7 Tagen stark zu und 75 – 85% der überschüssigen Energie wurde gespeichert. Bei fettreicher Überernährung jedoch blieben die Fettoxidationsrate und der absolute Energieaufwand in der gleichen Zeit weitgehend unbeeinflusst, was zu einer Speicherung von 90-95% der überschüssigen Energie führte. Daraus lässt sich schließen, dass überschüssiges Fett in der Ernährung in stärkerem Maße zur Fettakkumulation führt, als Kohlenhydrate und dies ganz besonders in der Anfangsphase der Überernährung (Horton et al. 1995).

Nach der Oxidationshierarchie der Nährstoffe (Abb. 2-5) werden Fette erst der Energiegewinnung zugeführt, wenn die Oxidation der übrigen Nährstoffe Kohlenhydrate, Eiweiß und Alkohol nicht zur Deckung des Energiebedarfs geführt haben. Diese schwache bzw. fehlende Beziehung zwischen Fettaufnahme und -oxidation soll bei Adipösen noch stärker ausgeprägt sein, als bei Normalgewichtigen (vgl. Ellrott et al. 1995; Ellrott und Pudel 1998).

Aufnahme -	Verbrauch =	Speicher	Autoregulation
Alkohol	Alkohol	Kein	„perfekt“
Kohlenhydrate	Kohlenhydrate	Glycogen	ausgezeichnet
Protein	Protein	Körperprotein	ausgezeichnet
Fett	Fett	Fettgewebe	sehr gering

Abb. 2-5 Oxidationshierarchie der Nährstoffe (aus Ellrott und Pudel 1998 „nach Prentice 1995“ S. 46)

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die Nährstoffrelation ein wichtiger Faktor für eine Adipositas-Entwicklung bei Männern und Frauen sein kann und es stellt sich die Frage, ob

dies an einem genetischen Defekt der Fettoxidation liegen könnte. Ein solcher Defekt würde sich besonders bei einer fettreichen Ernährung bemerkbar machen und zu einer zunehmenden Fettretention führen. Noack (1998) weist in einer Übersicht darauf hin, dass es noch keine Antworten auf die Frage darauf gibt, in welchem Maße und auf welcher biologischen Ebene genetische Faktoren für Störungen der Nahrungsfettverwertung, insbesondere der Fettoxidation, verantwortlich zu machen sind.

Die erhöhte Vorliebe Übergewichtiger für Fett könnte jedoch auch konditioniert sein, und zwar über den in Verbindung mit einem hohen Fettgehalt angenehmen Geschmack eines Lebensmittels (vgl. Mela 1996). Der hohe Konsum an Nahrungsfett der deutschen Bevölkerung ist demnach eher auf den „Fettgehalt des deutschen Lebensmittelangebotes und die Rezeptur traditioneller Gerichte, als eine millionenfach kumulierte bewusste Entscheidung von Individuen“ zurückzuführen (Ellrott und Pudel 1998, S. 28).

Eine Studie von Astrup et al. (1994) zeigte, dass die Höhe der Fettoxidation nicht dem Fettangebot (30%) entsprach, sondern von den unterschiedlich großen Fettdepots der Frauen bestimmt wurde. Die Rate der Fettoxidation nahm mit zunehmendem Körperfettgehalt zu (Astrup et al. 1994).

Es besteht mit Sicherheit ein Bezug zwischen Fettverzehr und Adipositas, dessen Ausprägung in der neueren Literatur jedoch zunehmend vorsichtig bewertet wird (Bolton-Smith und Woodward 1994).

2.4.8 Essverhalten

Nach Pudel und Westenhöfer (1998) kann bei der Nahrungsaufnahme zwischen den Termini „Ernährung“ und „Essen“ unterschieden werden. Während „Ernährung“ überwiegend ernährungsphysiologische Aspekte, wie z.B. die Nährstoffrelation impliziert, bezieht sich „Essen“ eher auf emotionale und soziale Aspekte.

In der naturwissenschaftlich orientierten Ernährungsforschung wird diese Unterscheidung selten vorgenommen und größtenteils die Bezeichnung „Ernährung“ für beide Synonyme verwendet.

Ernährungs- bzw. Essverhalten kann als eine zusammenfassende Bezeichnung für alle essensbezogenen Aktivitäten, Vorgänge und Reaktionen verstanden werden. Hierzu zählt die Nahrungsauswahl, -zubereitung und -aufnahme. Es wird von anlage- und umweltbedingten Einflussfaktoren, wie z.B. biologischen (physiologischer Nahrungsbedarf, Hunger-, Sättigungsgefühl, etc.), psycho-sozialen (soziale Normen, Erziehung, Lifestyle, etc.), ökonomischen (Nahrungsmittelangebot, -preise, Einkommen, etc.) und anderen mehr bestimmt (Leonhäuser 1995). Ernährungsfehlverhalten wird als eine von den Verhaltensnormen der Ernährungswissenschaft abweichende Ernährungsgewohnheit definiert (Pudel 1983; Diedrichsen 1996).

Hierzu zählt das sogenannte gezügelte Essverhalten oder „restrained eating“, welches 1975 von Herman und Mack beschrieben und in Zusammenhang mit Übergewicht gebracht wurde. Gezügeltes Essverhalten manifestiert sich in einer kognitiven Restriktion der Nahrungsaufnahme „entgegen physiologischer Hunger- und psychologischer

Appetenzsignale mit dem Ziel der Gewichtsabnahme oder Gewichtskonstanz“ (Ellrott und Pudel 1998, S. 28). Es unterscheidet sich insofern von Diäten, als dass es über einen längeren Zeitraum durchgeführt wird und bereits als eine „Verhaltenstendenz“ bezeichnet werden kann (Westenhöfer 1992, S. 16). Personen mit einem ungezügelmtem Essverhalten richten sich eher nach den Signalen von Hunger und Sättigung.

In ihrer „Preload“-Studie stellten Herman und Mack (1975) fest, dass gezügelte Esser nach einer ungeplanten Vormahlzeit, wie z.B. einem Milchshake, ein entgegengesetztes Verhalten aufweisen, indem sie wesentlich mehr verzehren als ohne diesen „Preload“. Pudel und Westenhöfer bezeichnen diese Form des gezügelten Essverhaltens als „rigide“ Kontrolle (Pudel und Westenhöfer 1998, Westenhöfer 1992). Sie ist stark kognitiv gesteuert und kann durch externe Störungen, wie o.g. Preload, aber auch durch Stress oder Alkohol schlagartig zusammenbrechen und in eine Gegenregulation in Form von „Fressattacken“ mit Kontrollverlust, nach dem Prinzip „jetzt ist es sowieso egal“, münden (vgl. Westenhöfer 1992; Pudel 1997; Ellrott 1999).

Diese Form der rigiden Kontrolle ist häufig Bestandteil oder Folge vieler Diäten mit genauen Ernährungsvorschriften. Eine im Gegensatz dazu flexible, mehr dem in unserer Gesellschaft vorherrschenden Überangebot an Lebensmittel angepasste Kontrolle beinhaltet keine absoluten Verbote, sondern Verhaltensspielräume. Diese bieten der Person im Falle externer Störungen Ausweichmöglichkeiten mit einer daraus folgenden geringeren Wahrscheinlichkeit der Gegenregulation (Westenhöfer 1992; Mela 1996; Ellrott 1999).

Da gezügeltes Essen jedoch kein einheitliches Konstrukt ist, gezügelte Esser kein einheitliches Verhalten aufweisen und auch nicht alle Essstörungen entwickeln, gibt es keine oder nur geringe empirische Evidenz für die Annahme, dass gezügeltes Essen in kausalem Zusammenhang zu Essanfällen steht (Westenhöfer 1992).

Vielmehr tritt bei Frauen ein gestörtes Essverhalten eher durch häufiger auftretende Diätphasen, als durch ein ständig gezügeltes Essverhalten auf (Westenhöfer und Pudel 1989; Westenhöfer 1992).

Viele Studien befassen sich mit dem Ernährungs- bzw. Essverhalten Über- und Normalgewichtiger und der Frage nach eventuellen typischen Verhaltensmustern. Übergewichtige sollen demnach im Vergleich zu Normalgewichtigen schneller essen und diese Geschwindigkeit im Laufe des Essens beibehalten, größere und mehr Portionen in den Mund nehmen, diese weniger kauen, mehr hochkalorische Nahrung wählen, eine niedrigere Mahlzeitenfrequenz mit größeren Gesamtportionen aufweisen und eher zwischen den Mahlzeiten „naschen“ (vgl. Ferster et al. 1962; Hill und McCutcheon 1975; Dodd et al. 1979). Diese Erkenntnisse unterstützten Schachters „Externalitätshypothese“, nach der Übergewichtige empfänglicher für externe Reize (Zeit, Anwesenheit von Nahrung, Geruch, situative Effekte, etc.) sind und geringere Sensitivität für interne Signale wie Hunger- und Sättigung zeigen (Schachter 1968).

Andere Autoren hingegen konnten diese Hypothese nicht bestätigen bzw. nur geringfügige Unterschiede feststellen und ziehen die Schlussfolgerung, dass nicht genügend und eindeutige Beweise für das Vorhandensein unterschiedlicher Ernährungs- bzw. Essstile Normal- und Übergewichtiger vorliegen (vgl. Ferstl 1980; Logue 1995; Garner und Wooley 1996).

2.5 Möglichkeiten der Adipositas therapie

Die Möglichkeiten der Adipositas therapie erstrecken sich von energiereduzierten Diäten in Eigenregie bis hin zu chirurgischen Eingriffen. Abb. 2-6 gibt eine Übersicht zu den bekanntesten Maßnahmen der Therapie und stellt ihre Kombinationsmöglichkeiten dar.

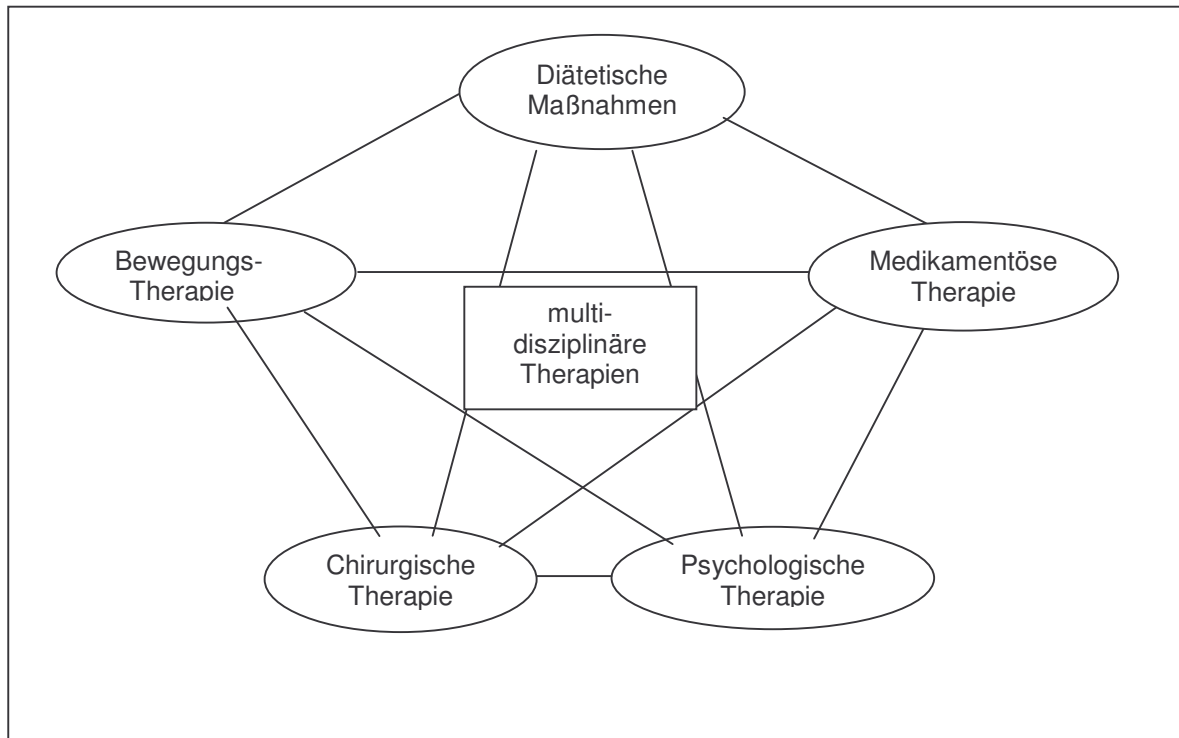


Abb. 2-6 Methoden der Adipositas therapie

Da bereits unzählige Abhandlungen und Übersichten zu diesem Thema bestehen (vgl. Gromus et al. 1985; Schoberberger 1989; Schlundt et al. 1993; Garner und Wooley 1996; Skender et al. 1996; Wardle 1996; McGuire et al. 1998; Rabast 2000), sollen hier nur die, im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit, wichtigsten und interessantesten Methoden mit ihren Zielen und bisherigen Erfolgen vorgestellt werden.

2.5.1 Ziele und Erfolgskriterien

Im Vordergrund der Mehrzahl der Therapien steht die Gewichtsreduktion, wobei es große Unterschiede im Hinblick auf Zielgewicht, relativen Gewichtsverlust, angestrebten Zeitraum zur Zielerreichung und Stabilisierung des „neuen“ Gewichts als Erfolgskriterium gibt.

Die weiteren Ziele reichen von einer Verbesserung metabolischer Parameter durch bereits leichten bis moderaten Gewichtsverlust (vgl. Tremblay et al. 1999 und 1999a), über Aufbau des Selbstbewusstseins und einer Erhöhung der kognitiven Kontrolle der eigenen Handlungen, bis zur Etablierung eines neuen Verhaltens zur längerfristigen Stabilisierung des Körpergewichts (Pudel und Westenhöfer 1989; Grundy 1998).

Die Deutsche Adipositas-Gesellschaft stellt vier Behandlungsziele in den Vordergrund:

- langfristiger Gewichtsverlust
- Reduktion von Begleiterkrankungen
- Verbesserung des Gesundheitsverhaltens
- weitestgehende Vermeidung von Nebenwirkungen

(Deutsche Adipositas-Gesellschaft 1998).

Das amerikanische National Institute of Health (NIH) definiert einen Verlust von 5-10% des Ausgangsgewichts über mindestens ein Jahr gehalten bereits als Therapieerfolg (vgl. Thomas 1995). Dieses eher bescheiden anmutende Erfolgskriterium wird aufgrund der bisher unbefriedigenden Ergebnisse von Gewichtsreduktionsmaßnahmen von vielen Autoren unterstützt (Pudel und Westenhöfer 1989a; Goldstein 1992; Robinson 1999 Tremblay et al., 1999). Eine detailliertere Übersicht der „Kriterien für erfolgreiches Gewichtsmanagement“ befindet sich bei Ellrott und Pudel (1998, S.68).

2.5.2 Vorstellung der bekanntesten Maßnahmen und Methoden

2.5.2.1 Diätetische Maßnahmen

Das Ziel der diätetischen Maßnahmen ist eine Reduktion der Energiezufuhr und daraus folgend eine negative Energiebilanz mit Gewichtsverlust.

Zu den größten Gewichtsverlusten während der Therapiedauer führen hierbei die Methoden

- Null Diät,
- modifiziertes Fasten,
- „extrem hypokalorische Kost“ (VLCD)

(vgl. Großklaus 1997). Da während des Fastens im Rahmen einer Null Diät ein relativ hoher Anteil des Körpergewichts in Form von Muskeleiweiß verloren geht, erfolgt beim modifizierten Fasten eine tägliche Zufuhr von ca. 35 Gramm hochwertigem Protein, meist mit Vitamin- und Mineralstoffzusätzen (Hauber-Schwenk und Schwenk 2000). Der Gewichtsverlust dieser Diätform besteht nach der Deutschen Adipositas -Gesellschaft (1998) zum überwiegenden Teil aus Körperfett.

Die extrem hypokalorische Kost, auch „Very-Low-Calorie-Diet“ (VLCD) erlaubt eine Kalorienzufuhr von max. 450 - 700 kcal pro Tag und sollte auf alle Fälle ärztlich verordnet und betreut werden. Hierbei handelt es sich meist um sog. „Formula-Diäten (nach einer ernährungsphysiologischen Formel komponierte Nahrungssubstrate auf der Basis von Milchprotein)“ (Ellrott und Pudel 1998, S. 41) in Form von verzehrfertigen Pulver- oder Trinknahrungen, deren Nährstoffgehalt durch die Diätverordnung § 14a und die EU-Richtlinien geregelt wird. Sie schreibt eine Mindestgrenze von u.a. 50 g Protein, 90 g Kohlenhydrate und 7 g essenzielle Fettsäuren /Tag vor und beschränkt damit die Untergrenze der Kalorienzufuhr auf mind. 610 kcal (Großklaus 1997).

Formula-Diäten werden für stark bis extrem adipöse Personen und Hochrisikopatienten zu Beginn einer Diät wegen des schnellen Erfolgserlebnisses oder in Kombination mit anderen Diätverfahren und vor allem nur unter fachlicher Betreuung empfohlen (Hauner 1996; Westerterp-Plantenga et al. 1998).

Die Erfahrungen mit durchschnittlichen Abbrecher- bzw. Drop-out-Raten von mehr als 50% und mittelfristige Erfolge von max. 3-14% können jedoch als extrem schlecht bezeichnet

werden. Ein weiterer großer Nachteil dieser stark kalorienreduzierten Diäten sind der ausbleibende Lerneffekt (vgl. Gromus et al. 1985; Hendee 1988; Rabast 2000), große Schwierigkeiten, sich an die Umstellung zu gewöhnen und daraus folgende starke Gewichtsschwankungen im Sinne eines Yoyo-Effekts (McGuire et al. 1998) und mögliche Gesundheitsrisiken wie u.a. Herzmuskelschwund, Rhythmusstörungen, Elektrolytimbalancen und Essstörungen (Großklaus 1997, S. 86).

- Mode-, Außenseiter- und Crashdiäten
- kalorienreduzierte Mischkost
- fettreduzierte Mischkost

stellen weitere diätetische Verfahren dar.

Bei Mode-, Außenseiter- und Crashdiäten handelt es sich oft um unbalancierte Kostformen mit einer Überbetonung des Fett-, Kohlenhydrat- oder Proteingehalts, während die Zufuhr der jeweils anderen Nährstoffe teilweise stark eingeschränkt wird (Rabast 2000). Da diese Diäten einer wissenschaftlichen Grundlage entbehren, zu Nährstoffmangel führen und unter Umständen gesundheitsschädlich sein können, wird von ihrem Einsatz abgeraten. Hierzu zählen die Atkinsdiät, extreme Formen der Trennkost (z.B. „Fit for life“), Schrothkur, Eier-, Ananas-, Reisdiät und viele andere mehr (vgl. Elmadfa und Schwalbe 1993; Deutsche Adipositas-Gesellschaft 1998; Ellrott und Pudel 1998).

Für eine kalorienreduzierte Mischkost wird eine Nährstoffzufuhr von 1000 - 1500 kcal (Rabast 2000) bzw. ein Energiedefizit von mind. 500 kcal pro Tag empfohlen. Sie weist eine ausgeglichene Nährstoffrelation nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung mit 50-55% Kohlenhydrate, 10-15% Eiweiß und max. 30% Fett auf (Deutsche Adipositas-Gesellschaft 1998). Sie wird meist in Form eines rigiden Diätplans angeboten und gibt in dieser Form weder Anreiz noch Hilfestellungen zu einer tatsächlichen Verhaltensänderung (Ellrott und Pudel 1998). In Kombination mit anderen Verfahren weist sie gute Erfolge während der Therapie auf und die Drop-out-Rate liegt relativ niedrig, die Berichte über Langzeiterfolge sind jedoch ebenfalls unbefriedigend (Schlundt et al. 1993; Skender et al. 1996).

Bessere Erfolge werden mit der fettkontrollierten Mischkost bzw. fettarmen kohlenhydrat-liberalen Kost erzielt. Hierbei muss die betroffene Person lediglich ihren Fettkonsum beschränken, während die Kohlenhydratzufuhr ad libitum erfolgt. Diese Diätform gründet auf den Erkenntnissen der Oxidationshierarchie der Nährstoffe (s. Kap. 2.4.7), nach welchen sich die Kohlenhydratoxidation an die Kohlenhydrataufnahme anpasst, während ein großer Teil des Nahrungsfettes in Körperfett konvertiert wird (vgl. Horton et al. 1995; Ellrott und Pudel 1998).

Als hilfreiche Unterstützung können den Betroffenen fettarme oder fettreduzierte sogenannte „Leichtprodukte“ dienen. Hierzu zählen u.a. bestimmte Fette, Fleisch- und Fleischerzeugnisse und Milch- und Milcherzeugnisse (Taschan 1992).

Die Verwendung solcher Lebensmittel ändert jedoch das falsche Ernährungsverhalten der Verbraucher nicht, und es besteht die Gefahr, dass sie wieder in ihre alten Ernährungsgewohnheiten zurückfallen und/oder im Bewusstsein der reduzierten Nährstoffdichte mehr als üblich verzehren (Taschan 1992). Einige Studien weisen jedoch gute Erfolge mit fettreduzierten Lebensmitteln, auch im Hinblick auf Mittel- bis Langzeiterfolge auf. So beobachteten Seppelt et al. (1996) eine signifikante Verminderung

der Fettaufnahme um 22g pro Tag, ohne einen kompensativen Mehrkonsum von Protein und Kohlenhydraten, was zu einem Energiedefizit und daraus folgendem moderaten Gewichtsverlust von 1,5 kg über 3 Monaten führte (vgl. auch Ellrott et al. 1998).

Die Compliance dieser Ernährung wird wegen der guten Sättigung durch große Volumina an kohlenhydratreichen Lebensmitteln, der geringen notwendigen Veränderungen im Ernährungsverhalten und der Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit stark erhöht, was u.a. in einer niedrigen Drop-out-Rate zum Ausdruck kommt (vgl. Ellrott et al. 1995; Böse et al. 1996 und 1996a; Ellrott et al. 1998 und 1998a; Noack 1998).

Ebenso konnte diese Ernährungsform von vielen Studienteilnehmern über einen längeren Zeitraum beibehalten werden (Schlundt et al. 1993; Seppelt et al. 1996; Ellrott 1998a).

Unabhängig davon, welches diätetische Verfahren zum Einsatz kommt, sollten folgende Kritikpunkte beachtet werden und gegebenenfalls präventive bzw. ausgleichende Maßnahmen getroffen werden:

- Eine hypokalorische Ernährung gefährdet die Versorgung des Körpers mit essenziellen Nährstoffen.
- Eine längerfristige extrem hypokalorische Ernährung birgt die Gefahr des „Starvation Syndrome“ mit den Symptomen Depression, Angst, Schwäche und ausschließliche Beschäftigung mit Essen (Stunkard und Wadden 1992).
- Der Grundumsatz passt sich bis zu einem gewissen Grad einer kalorischen Unterversorgung an und sinkt (Brownell und Stunkard 1980; Stunkard und Wadden 1992).
- Wiederholt durchgeführte Diäten mit zyklischem Gewichtsverlust und Wiederzunahme, sog. „Weight Cycling“ können sich negativ auf die Gesundheit auswirken (vgl. Wolfram 1990; Hauner 1996).
- Weicht die Diät stark von der alltäglichen Ernährungsform der Betroffenen ab bzw. entspricht nicht ihrem sozialem Stand, sinkt die Compliance bzw. könnte sich ein „sozialer Protest“ zur Verteidigung der eigenen kulturellen Identität regen (Barlösius 1999, S. 225; vgl. Ellrott et al. 1995).
- „Reduktionsdiäten behandeln Übergewicht lediglich als ein Symptom und haben deshalb auch kaum bleibende Behandlungserfolge“ (Diedrichsen 1990, S. 41).

Letztendlich sind die Praktikabilität und der Erfolg im Hinblick auf individuell gesetzte Ziele - häufig ein schneller und hoher Gewichtsverlust - entscheidend dafür, welche der o.g. Methoden bevorzugt wird.

2.5.2.2 Bewegungs - Therapie

Physiologische Verfahren wie Bewegungs- oder Sporttherapien werden zunehmend in multidisziplinäre Gewichtsreduktionsprogramme integriert. Nähere Ausführungen zu Art, Durchführung und Wirkungsweise sportlicher Aktivitäten sind in Kapitel 3.3 zu finden.

Die Auswirkung von Sport in Gewichtsreduktionsprogrammen wird kontrovers diskutiert. Einige Autoren konnten einen erhöhten Gewichtsverlust erkennen (Belko et al. 1987; Hill et al. 1989; Blair 1993; Shinkai et al. 1994; Skender et al 1996), andere wiederum berichten über einen geringen bis gar keinen Unterschied im Vergleich zu Programmen ohne

zusätzliche sportliche Betätigung (Van Dale et al. 1987; Ballor et al. 1988; Kempen et al. 1995). Die Diskrepanz zwischen den Studien beruht hauptsächlich auf differierenden Trainingsansätzen (Ausdauer- bzw. Krafttraining) und Kalorienrestriktionen (Hagan 1988; Hill et al. 1989; vgl. auch Ballor et al. 1988; Huang et al. 1996).

Das Hauptziel vieler Interventionsprogramme, die Gewichtsreduktion, vernachlässigt oft die Veränderungen der Körperzusammensetzung. So konnten Kaats et al. (1998) in einer Studie über die Effekte einer ausschließlich medikamentösen Therapie auf die Körperkomposition feststellen, dass zwar ein genereller Gewichtsverlust stattfindet, jedoch zu Lasten einer kontraproduktiven Erhöhung der Körperfettmasse. Die meisten Autoren sind sich darüber einig, dass zusätzliche Sporteinheiten in einem Gewichtsreduktionsprogramm zu einem geringeren Verlust an fettfreier Körpermasse und erhöhtem Verlust an Fettmasse im Vergleich zur ausschließlichen Kalorienrestriktion führen (Belko et al. 1987; Van Dale et al. 1987; Hill et al. 1989; Ballor und Poehlman 1993; Kempen et al. 1995; Kaats et al. 1998a). Ebenso lässt sich das erreichte Gewicht im Anschluss länger halten (Shinkai et al. 1994; Ewbank et al. 1995; Skender et al. 1996; Huang 1996).

Trotz der Annahme, dass eine Diät leichter durchführbar ist als sportliche Betätigungen (Wardle 1996; Wengle 1987), berichten Autoren von positiven Effekten des Trainings auf Gesundheit und Lebensqualität, auf die Stimmung innerhalb von Gewichtsreduktionsgruppen und einer erhöhten Akzeptanz des Kurses/Programms (Hirzel 1986; Garner und Wooley 1996; Skender et al. 1996). Ebenso konnte eine Kompensation des trainingsbedingten Energieverlusts durch steigenden Appetit und Nahrungsaufnahme nicht bestätigt werden (Blundell und King 1998; vgl. auch Brownell und Stunkard 1980).

Vor euphorischen Erwartungen an die Auswirkungen sportlicher Betätigung wird jedoch gewarnt, denn sie kann eine ansonsten ungünstige Lebensweise nicht kompensieren (Holden et al. 1992; Blundell und King 1998) und führt alleine zu keinem bis nur sehr geringem Gewichtsverlust, sie erleichtert jedoch eine langfristige Stabilisierung der Gewichtsabnahme (Skender et al. 1996; Rabast 2000).

Daher empfehlen sich Trainingseinheiten im Rahmen eines multidisziplinären Gewichtsreduktionsregimes (s.u.).

Über gute Erfahrungen bezüglich Langzeiterfolgen wird von der Kombination fettreduzierter, kohlenhydratliberaler bzw. leicht kalorienreduzierter Mischkost mit moderatem Training und einem Verhaltensmodifikationsprogramm berichtet (Skender et al. 1996; Willmore 1996; Ryan et al. 2000).

2.5.2.3 Psychologische Therapie

Zu den Methoden der psychologischen Adipositas therapie zählen psychoanalytische Behandlungsverfahren und verhaltenstherapeutische Techniken.

In der Psychoanalytik wird Übergewicht als das Symptom eines neurotischen Grundkonflikts interpretiert. Das Aufdecken dieses Konflikts soll die Symptombewältigung, hier die Gewichtsabnahme ermöglichen (Gromus et al. 1985). Für die Annahme einer psychischen Störung als Voraussetzung für die Manifestation einer Adipositas liegen jedoch keine ausreichenden empirischen Belege vor (Pudel und Westenhöfer 1998). Außerdem sind viele Verfahren der Psychotherapie aus ökonomischer Sicht und in Anbetracht der Vielzahl von Betroffenen nur schwer realisierbar. Daher werden die Methoden der Verhaltenstherapie als

aussichtsreicher für die Behandlung von Adipositas erachtet (Schoberberger und Kunze 1989).

Mit Hilfe der Verhaltenstherapie (näheres s. Kap. 3.2.6.3) wird eine systematische Modifikation des für die Entstehung der Adipositas verantwortlichen Verhaltens angestrebt. Es existiert keine einheitlich definierte Verhaltenstherapie als solche, sondern viele teilweise sich deutlich voneinander unterscheidende verhaltenstherapeutische Methoden und Techniken (vgl. Hoffmann 1993; Leibing und Rüter 1994; Ellrott 1999). In der Adipositasbehandlung werden überwiegend kognitive Methoden und Selbstkontrollverfahren mit dem Ziel der Gewichtsreduktion und einer gesundheitsfördernden Verhaltensweise verwendet (vgl. Gromus et al. 1985; Spies und Kröger 1996; Ellrott und Pudel 1998). Des Weiteren dienen Misserfolgsprophylaxe, Stressverarbeitungstechniken und Entspannungsübungen der Motivation und Stabilisierung der Ergebnisse (Rabast 2000).

Die vier Hauptkritikpunkte an verhaltenstherapeutischen Behandlungen in Verbindung mit diätetischen Verfahren

- sie seien sinnlos, da Übergewicht stark von genetischen Faktoren bestimmt wird,
- sie gingen von falschen Voraussetzungen aus, da Übergewicht nicht gleich Überessen bedeutet,
- sie seien schädlich
- und ineffektiv

werden von Fairburn und Cooper (1996) erörtert und größtenteils widerlegt. So beträgt der Hereditätsindex nur ca. 25 - 40%, und es lässt sich ein deutlicher Einfluss der Umwelt in Zusammenhang mit Übergewicht feststellen (s. Kap. 2.4.5). Das Phänomen des „Underreporting“ (s. Kap. 4.3.2.3) trägt zur Erklärung des teilweise fragwürdigen Essverhaltens Übergewichtiger bei. Moderne, diätetisch verhaltenstherapeutische Konzepte vermitteln eine ausgewogene, gesunde und den Bedürfnissen des Individuums angepasste Ernährung und motivieren zu einer körperlich aktiveren Lebensweise (Fairburn und Cooper 1996).

Die Abbruchquote ist gegenüber anderen Therapien deutlich niedriger und die unerwünschten Nebenwirkungen, insbesondere im Vergleich zu medizinischen Verfahren, sind gering (Stunkard 1980). Dies gilt insbesondere unter Verwendung flexibler Kontrollverfahren (Smith et al. 1999). Der Vorwurf des Anstiegs von depressiven Reaktionen bei verhaltenstherapeutischen Techniken wurde ebenfalls nicht bestätigt, sondern im Gegenteil eine Abnahme von Ängsten und Zunahme der Selbstsicherheit der Klienten beobachtet (Gromus und Koch 1981).

Die Vorteile verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungen liegen in der Förderung des Selbstverständnisses und der Selbsthilfemöglichkeiten der Individuen und der starken Einbeziehung der Umwelt. Die Klienten lernen, dass die Beziehung zwischen ihnen und der Umwelt ihr Verhalten bestimmt und welche Möglichkeiten sie selbst haben, sich und die Umwelt zu ändern (Hornstein et al. 1975).

Schoberberger und Kunze (1989) beschreiben die Verhaltenstherapie als zwar langsam wirkende, dafür aber umso dauerhaftere Methode der Gewichtsreduktion.

Andere Autoren beschreiben das typische Ergebnis einer Verhaltenstherapie in Kombination mit Diäten mit ca. 5-20% Gewichtsverlust, aber einer stetigen Gewichtszunahme zurück zum Ausgangsgewicht innerhalb von 5 Jahren (Wardle 1996). Fairburn und Cooper (1996) stellen

die Effektivität, nicht aber die Angemessenheit der Verhaltenstherapie zur Gewichtsreduktion in Frage.

2.5.3 Zusammenfassung der Vor- und Nachteile einer Adipositastherapie

Unabhängig vom eingesetzten Verfahren führt eine Reduktion des Körpergewichts bei den Betroffenen zu einem gesteigerten Selbstbewusstsein und positiveren Körperimage. Ferner berichten die Beteiligten über eine positivere Grundeinstellung und mehr „eheliche Befriedigung“ (Stunkard und Wadden 1992, S. 524S). Jedoch wird auch über Nachteile der Behandlung von Übergewicht berichtet. So führen Garner und Wooley (1996) in einer kritischen Übersicht verschiedene physische und psychische Beeinträchtigungen, wie z.B. negative Auswirkungen auf die Selbstachtung, das Selbstvertrauen und die Zufriedenheit im Falle von Fehlschlägen bzw. erneuter Gewichtszunahme an. Sie fassen zusammen, dass Diäten dicker machen und zu größerem Druck auf und verstärkten Schuldzuweisungen an die Betroffenen führen. Sie kommen zu der Schlussfolgerung, dass es noch keine effektive und langfristig erfolgreiche Behandlung gibt, vielmehr gliche das Essverhalten derer, die ihr Gewicht über Jahre hinweg niedrig halten können, eher dem von Magersüchtigen).

Zu den Faktoren, welche eine Adipositastherapie z.T. enorm erschweren, zählen die ständigen Verlockungen und die fehlende Unterstützung durch die Umwelt, eine verstärkte Empfänglichkeit durch Verzicht, physiologische Faktoren wie ein erniedrigter Grundumsatz und psychologische Faktoren wie das Gefühl des Versagens, der Motivationslosigkeit, Selbstvorwürfe, mangelnde Selbstbeherrschung, Depressionen und Angst (Fairburn und Cooper 1996; Shaw 1996; Wardle 1996).

Der Grund für das langfristige Versagen von reinen Reduktionsdiäten wird darin gesehen, dass sie „Übergewicht lediglich als ein Symptom“ behandeln (Diedrichsen 1990, S. 41).

2.6 Anforderungen an ein sinnvolles Gewichtsreduktionskonzept

Sind die Behandlungserfolge vieler eindimensionaler Therapieansätze für sich auch äußerst unbefriedigend, so können sie jedoch vielversprechend kombiniert werden (Hendee 1988; Pudel und Westenhöfer 1989a; Müller 1995; Garner und Wooley 1996; Männle 1996; Krüger et al. 1997; Robinson 1999).

Mehrdimensionale Therapieansätze sollen eine risikoarme Gewichtsreduktion mit überwiegendem Fettabbau gewährleisten, zur Langzeitbehandlung geeignet sein und bleibende Erfolge hervorrufen können (Rabast 2000).

Zu den derzeitigen „Standarddisziplinen“ einer solchen Kombinationstherapie zählen:

- Diätetik (Ernährungsberatung und -umstellung),
- Verhaltenstherapie (Essverhaltenstraining) und
- körperliche Aktivität

(Pudel und Westenhöfer 1989a; Garner und Wooley 1996; Krüger et al. 1997; Ellrott und Pudel 1998; Robinson 1999).

Ellrott und Pudel (1998) listen einige kennzeichnende Elemente als erfolgversprechende Grundlage für eine optimale Kombination von Diätetik und Verhaltenstherapie (nach Fairburn und Cooper (1996) und Ellrott und Pudel (1996)) auf. Sie werden in Abb. 2-7 durch ein weiteres Element, die körperliche Aktivität, ergänzt.

<ul style="list-style-type: none">• Neue Zieldefinition: Motivation der Klienten, auch einen moderaten Gewichtsverlust als angemessenes Ziel und Erfolg zu akzeptieren
<ul style="list-style-type: none">• Neue Prioritätendefinition: die Stabilisierung des Gewichts ist wichtiger, als eine weitere Abnahme => Vermittlung und Training von Stabilisationstechniken und Rückfallprophylaxe
<ul style="list-style-type: none">• Vermittlung eines positiven Körperbilds: mit Hilfe der Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie das Selbstwertgefühl steigern
<ul style="list-style-type: none">• Flexible Verzehrskontrolle: Handlungsspielräume im Essverhalten erkennen und zulassen
<ul style="list-style-type: none">• Qualitative Veränderung der Ernährung: weitestgehender Verzicht auf Kalorienbeschränkung, statt dessen Vermittlung und Training von Strategien zur Kontrolle des Fettkonsums. Liberale Handhabung des Kohlenhydratverzehr
<ul style="list-style-type: none">• Berücksichtigung der Bedürfnisse und positive Motivation: spielerische Auseinandersetzung mit dem Thema „Essen und Trinken“, Kombination von notwendigem Ernährungswissen mit Verhaltenstraining zur praktischen Umsetzung
<ul style="list-style-type: none">• Förderung eines aktiveren Lebensstils: Vermittlung und Training von Bewegungselementen, Motivation zur körperlich aktiven Freizeitgestaltung

Abb. 2-7 Elemente einer erfolgversprechenden Kombinationstherapie, modifiziert nach Ellrott und Pudel (1998, S. 60)

Eine realistischere **Zielsetzung** in Bezug auf den absoluten Gewichtsverlust und stärkeren Fokus auf eine Rückfallprophylaxe kann den Betroffenen schon während der Therapie größere Erfolge verschaffen und sie vor frustrierenden Rückfällen und starken Gewichtsschwankungen (Weight Cycling) schützen (Shaw 1996).

Eine Möglichkeit dies zu erreichen wäre, die Klienten dazu zu bewegen, ihren Fokus von überwiegend äußerlichen Aspekten (mehr Gewichtsverlust) stärker auf körperliche Gesundheit (Gewichtsstabilisierung) zu verlagern (vgl. Goldstein 1992; Tremblay et al. 1999 und 1999a).

Die Akzeptanz eines moderaten Gewichtsverlustes kann durch ein **positives Körperbild** unterstützt werden. Dies ist bei vielen, insbesondere weiblichen Übergewichtigen jedoch nicht vorhanden. Das in den modernen Industrienationen bevorzugte Schlankheitsideal, mit dem sich Frauen durch visuelle Medien täglich konfrontiert sehen, gleicht eher dem unerreichbaren Bild von Untergewichtigen (Klotter 1990; Gniech 1996).

Schlanke Menschen gelten als Symbol für Attraktivität, Gesundheit, Erfolg, Jugend und Lebensglück (Pudel und Westenhöfer 1998), wohingegen Adipösen weniger schmeichelhafte

Attribute wie gemütlich und passiv bis hin zu willensschwach und undiszipliniert nachgesagt werden (vgl. Pudel 1999a).

Mit Hilfe der Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie soll innerhalb eines Gewichtsreduktionsprogramms das Selbstwertgefühl gesteigert und damit eine größere Akzeptanz des eigenen Erscheinungsbildes geschaffen werden (Ellrott und Pudel 1998).

Nach Pudel und Westenhöfer (1989a) verlangen Klienten eines Gewichtsreduktionsprogramms lieber nach rigiden Maßnahmen und müssen erst von **flexibleren Kontrollstrategien** überzeugt werden (vgl. auch Pudel 1997).

Eine flexible Verzehrkontrolle soll im Falle einer „Grenzüberschreitung“ jedoch Gegenregulationen nach dem Prinzip „jetzt ist es sowieso egal“ vermeiden und den Klienten möglichst breite Handlungsspielräume und -alternativen bieten. Eine bewusste Einschränkung unerwünschter Lebensmittel kann dann schon als Erfolgserlebnis gelten und die Akzeptanz des Programms steigern (Pudel 1997, Robinson 1999). Techniken zur Stimuluskontrolle (s. Tab. 3-1) unterstützen die Klienten in ihrem Vorhaben, indem sie die Wahrscheinlichkeit bestimmter Versuchungen reduzieren (Robinson 1999).

Die **Ernährungsberatung** sollte sich auf notwendiges Ernährungswissen beschränken, praktisch orientiert, effektiv auf lange Zeit und im Umfeld des Klienten einfach umzusetzen sein und ferner zum Gewichtsverlust beitragen (Hendee 1988).

Die Ernährungsberater selbst müssen auch über unkonventionelle Behandlungsangebote und -methoden informiert sein, um ihren Rat suchenden Klienten kompetente Auskunft geben und somit das Vertrauen fördern zu können (Gromus et al. 1985).

Die Techniken der **Selbstkontrollverfahren** haben sich in der Adipositas therapie bewährt (Gromus et al. 1985; Hautzinger 1993). Die Verantwortung für das Handeln liegt bei den Klienten selbst, die Notwendigkeit einer größeren Selbstbestimmung muss bewusst gemacht und gefördert werden (Grundy 1998; McGuire et al. 1998), denn hier liegen die Grenzen für alle Gesundheits- und Ernährungsspezialisten (Evans 1999). Robinson (1999) bezeichnet die Selbstbeobachtung als essenziell, um in der Lage zu sein, sich Ziele zu setzen, Fortschritte zu bewerten, Feedback zu liefern und Erfolge zu belohnen.

So sollen die Klienten auch selbst ihre Gründe für das Abnehmen angeben, um von Anfang an praktisch an der Entscheidungsfindung beteiligt zu sein (Rollnick 1996).

Ebenso gehört die **aktive Einbeziehung der Lebensumwelt**, wie z.B. das Fragen nach sozialer Unterstützung zur individuellen Bewältigungsstrategie (Shaw 1996; Ellrott 1999).

Um psychosozialen Stress, eine der Hauptursachen von Verhaltensrückfällen und Gewichtszunahmen, besser abfangen und bewältigen zu können, empfehlen sich leicht erlernbare und in den Alltag integrierbare **Entspannungsverfahren**, wie die progressive Muskelrelaxation und verschiedene Atem- und Meditationstechniken (vgl. Ellrott 1999; Kayman et al. 1990).

Für multimodale Programme zur Gewichtsreduktion bietet sich die **Gruppe** als Organisationsform aus Kosten- und Effektivitätsgründen an (s. Kap. 3.2.6.1). Nützliche Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern, sozialer Druck, wie Erwartungshaltung und Kontrolleffekte und die Gruppenmotivation in Form von Lob und Anerkennung unterstützen hier die Zielerreichung (Männle 1996; Robinson 1999).

Die zur Zeit bekanntesten mehrdimensionalen Gewichtsreduktionsprogramme sind in einer Übersicht in Anhang 16 aufgeführt.

3 Überlegungen zu einem Gruppenprogramm zur Ernährungs- und Gesundheitsberatung in Fitness – Studios

Die vorliegende Studie dient der Evaluation eines multidisziplinären Programms zur Gesundheitsberatung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion, konzipiert für Gruppen und angeboten in Fitness-Studios.

Das Konzept (s. Kap. 4.4) basiert auf den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung. Hinzu kommen Stressbewältigungstechniken in Form von Selbstbewusstseins- und Entspannungstraining, sowie verhaltenstherapeutisch orientierte flexible Kontrollstrategien.

Die theoretische Grundlage der Schwerpunktthemen des Beratungsprogramms wird in diesem Kapitel näher erläutert.

3.1 Gesundheit und Beratung

3.1.1 Definition/ Begriffsbestimmung

Eine einheitliche Definition des Begriffs Gesundheit bereitet Schwierigkeiten, weil sie wissenschaftlich auch wenig greifbar ist. Trojan und Stumm (1992) sprechen von Gesundheit im Plural, da es mindestens ebenso viele Formen des Gesundseins wie die des Krankseins gibt. Sie kann, je nach Forschungsinteressen unter physiologischem, biologischem, psychologischem, soziologischem oder auch ganzheitlichem Blickwinkel betrachtet werden (vgl. auch Bös et al. 1992).

Gesundheit wird in verschiedenen Zusammenhängen als Metapher für Schönheit, Stärke, Lebenskraft, Lebensqualität, Wohlbefinden und vielem mehr verwendet und nicht selten auch missbraucht (Trojan und Stumm 1992).

Die unterschiedlichen Definitionsansätze reichen von der klassischen Ausklammerung objektiver Kriterien, wie Krankheit und Unwohlsein bis hin zum mittlerweile bekanntesten integrativen Modell der WHO, welche das subjektive Merkmal des Wohlbefindens integriert. Danach ist Gesundheit der „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und seelischen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.“ (Weltgesundheitsorganisation 1946, zitiert in Franzkowiak und Sabo 1993, S. 60).

Diese eher statische und auch absolute Definition kann um eine dynamische und flexible Dimension erweitert werden. Gesundheit und Krankheit sind keine dichotomen Größen, sondern auf einem sog. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum angeordnet, d.h. es gibt keine absolute, sondern eine mehr oder weniger ausgeprägte Gesundheit bzw. Krankheit.

Je nach Stärke der individuellen Widerstandsquellen oder Schutzmechanismen ist der Mensch in der Lage, Belastungen bzw. Risikofaktoren entgegenzuwirken und seine Homöostase aufrechtzuerhalten (Bös et al. 1992; Antonovsky 1997).

Nicht alle Menschen, die sich offensichtlich gesundheitsgefährdend verhalten, erkranken. Unter den Erkrankten sind auch Menschen, die sich vorbildlich verhalten. Dieses Phänomen setzte die lange vorherrschende pathogenetische Betrachtung der Entstehung von Krankheit

bzw. Erhaltung von Gesundheit nach dem Vorhandensein von Risikofaktoren immer wieder der Kritik aus (vgl. Wydra 1996).

In der **salutogenetischen Orientierung** nach dem Stressforscher Aaron Antonovsky findet eine Ausrichtung auf sog. Coping-Mechanismen statt, d.h. wie eine Person mit einer bestimmten Situation fertig wird. Nicht nur die Risikofaktoren sind von Bedeutung für eine Krankheit, sondern verschiedene andere Faktoren, wie Engagement, Kontrolle, Herausforderung u.a. mehr. Entscheidend für die Entstehung einer Krankheit ist letztendlich das Maß der Adaptation an diese Stressoren (Antonovsky 1977).

Je nach Stärke des individuellen Kohärenzsinn („die Beziehung des Ich zur Umwelt“ (Dorsch et al. 1994, S. 389)), ist das Individuum in der Lage, äußeren und inneren Belastungen entgegenzuwirken und seine Homöostase aufrechtzuerhalten. Dies geschieht mit Hilfe sog. generalisierter Widerstandsquellen oder Schutzmechanismen, die diesen Belastungen bzw. Risikofaktoren entgegenwirken (Antonovsky 1997).

Nach Antonovskys Modell können Stressoren, die in der pathogenetischen Orientierung generell schädlich sind, unter gewissen Umständen unter salutogenetischer Betrachtung sogar gesundheitsfördernd sein (Beispiel negativer und positiver Stress).

Salutogenetisch orientierte Studien suchen den von der Hypothese abweichenden Fall, zum Beispiel nach den Rauchern, die keinen Lungenkrebs bekommen. Hieran schließt sich dann die Frage, was diese Personen geschützt hat.

Da eine salutogenetische Orientierung pathogenetisch orientierte Daten und Fakten noch erweitern kann, plädiert Antonovsky (1977) für eine komplementäre Betrachtung beider Richtungen.

In Abb. 3-1 sind die wesentlichen Unterschiede einer pathogenetischen und einer salutogenetischen Orientierung gegenübergestellt.

Pathogenetische O.	Salutogenetische O.
Der Mensch wird dichotom als gesund oder krank klassifiziert	Der Mensch wird auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum lokalisiert
Es besteht die Gefahr der ausschließlichen Konzentration auf die Ätiologie einer bestimmten Krankheit	Der Mensch wird immer mit seiner gesamten Geschichte erfasst, einschließlich der Krankheiten
Konzentration auf Stressoren: „Was löste aus, dass eine Person Opfer einer gegebenen Krankheit wurde?“ bzw. bei einer präventiven Orientierung „Was <i>wird</i> eine Krankheit auslösen?“	Konzentration auf „Copingressourcen“: „Welche Faktoren haben dazu beigetragen, dass die Person ihre Position auf dem Kontinuum beibehalten bzw. sich zum positiven Pol hin bewegt hat?“
Stressoren sind immanent gefährlich und müssen reduziert werden	Stressoren sind allgegenwärtig und ihre Konsequenz nicht notwendigerweise pathologisch, sondern möglicherweise unter bestimmten Umständen sogar gesund
Es wird nach Lösungen zur Bekämpfung der Stressoren, einer Art „Wunderwaffe“ gesucht	Es wird nach allen Quellen der negativen Entropie gesucht, welche die aktive Adaptation des Organismus an seine Umgebung erleichtern können
Es werden Daten zur Bestätigung einer Hypothese ermittelt Bsp. Framingham-Studie (s. Bös et al.)	Über die Daten der pathogenetisch orientierten Forschung hinaus werden die von der Hypothese abweichenden Fälle untersucht.

Abb. 3-1 Pathogenetische und salutogenetische Orientierung im Vergleich.
Modifiziert nach Antonovsky (1977, S. 29f) und Bös et al. (1992 S. 22f)

Das Saluto-Genese-Modell (Gesundheits-Entwicklungs-Modell) von Antonovsky verdeutlicht nicht nur die Komplexität äußerer und innerer Einflussfaktoren auf die Gesundheit, sondern enthält auch eine positive Botschaft. Diese impliziert das Streben nach mehr Gesundheit und fordert dazu auf, durch aktives, eigenverantwortliches und gesundheitsorientiertes Handeln die beeinflussbaren Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel etc.) zu meiden und die Schutzfaktoren (z.B. Idealgewicht, gesunde Ernährung, regelmäßige körperliche Aktivität, etc.) zu stärken.

Wohlbefinden

Bei den pathogenetischen Ansätzen werden eine Reihe von verhaltensbedingten Risikofaktoren, wie z.B. Rauchen, fettreiche Kost und mangelnde Bewegung als letztendlich krankheitsauslösend betrachtet. In dem salutogenetischen Modell werden die Konstrukte

Kohärenzsinn und seelische Gesundheit als die entscheidenden verhaltensmodulierenden Variablen im Hinblick auf belastende Situationen angesehen (vgl. Bös et al. 1992).

Der Faktor Wohlbefinden darf nicht vernachlässigt werden, wenn man das Paradoxon verstehen möchte, dass trotz besserer Gesundheitsverhältnisse und längerer Lebenserwartung in den westlichen Industrienationen immer mehr Menschen über gesundheitliche Probleme klagen (Wydra 1996).

Wohlbefinden ist ein vieldeutiger Begriff, dessen Definition sich im Laufe der Geschichte von überwiegend theologischer bis hin zu hedonistischer Orientierung wandelte. Im alltäglichen Sprachgebrauch werden viele Begriffe mit Wohlbefinden in Verbindung gebracht, wie

- Freude, Vorfriede, Hoffnung, Heiterkeit, Zuversicht, Liebe, Dankbarkeit, Befriedigung, Stolz, Wohlbehagen, Lust, Verzückerung, Geborgenheit

u.a. mehr (Wydra 1996).

Das Wohlbefinden eines Menschen wird von seinen vielen individuellen, historischen, sozialen und kulturellen Beziehungen mitbestimmt. Es ist keine statische Größe, sondern entwickelt sich mit einer Person im Laufe ihres Lebens.

Wydra (1996) bezeichnet Wohlbefinden als eine Leistung des Menschen. Er sollte in der Lage sein, mit sich selbst in Frieden und Harmonie zu leben und gelegentliches Missbefinden zu akzeptieren, denn Phasen des Missempfindens müssen auch ertragen werden können, da sonst kein absolutes Wohlbefinden möglich ist.

Die gesundheitsfördernde Wirkung von positiven Erlebnissen im Alltag wird bis heute unterschätzt. Eine Beschreibung der Dinge, die den Menschen gut tun und das Wohlbefinden fördern, findet sich bei Ernst (1992). Zu ihnen gehören unter anderem Musik, Wärme und Licht bis hin zu Lachen und Berührung.

Ernst (1992) bedauert unsere „kapitalistische Arbeitsethik“ mit ihrer Verdrängung des Lustprinzips und fordert die Rehabilitierung einer genussvollen und gesunden Lebensweise, „die Raum lässt für die kleinen und großen Freuden des Lebens“ (Ernst 1992, S.155).

3.1.2 Gesundheitsförderung

Als Antwort auf die wachsende Kritik an dem traditionell biomedizinischen Modell der Gesundheitserziehung der Nachkriegsjahre organisierte die WHO 1986 zusammen mit dem kanadischen Gesundheitsministerium und der kanadischen Vereinigung für öffentliche Gesundheit die erste internationale Konferenz für Gesundheitsförderung (vgl. Milz 1993). Hier wurde die „Ottawa-Charta“ mit ihrem inzwischen richtungsweisenden Text für die Gesundheitspolitik verabschiedet:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ (Weltgesundheitsorganisation 1986, zitiert in Franzkowiak und Sabo 1993, S. 96)

Die Prinzipien der Gesundheitsförderung werden unter den Begriffen:

- Befähigung zur Gesundheit (enabling),
- Vertretung der Interessen von Gesundheit (advocating) und
- Vermittlung im Sinne der Gesundheit (mediating)

zusammengefasst (Milz 1993).

Gesundheitsförderung im Sinne der WHO orientiert sich an der Idee, „global zu denken und lokal zu handeln“. Sie plädiert für nur soviel übergreifende Kontrolle und Regulierung, wie im Interesse des Schutzes der allgemeinen Gesundheit notwendig ist.

Von der Gesundheitsförderung abzugrenzen ist die Prävention. Ihre Maßnahmen erstrecken sich vor allem auf die Früherkennung von Risiken und Erkrankungen und deren Vermeidung bzw. Vorbeugung (Waller 1990).

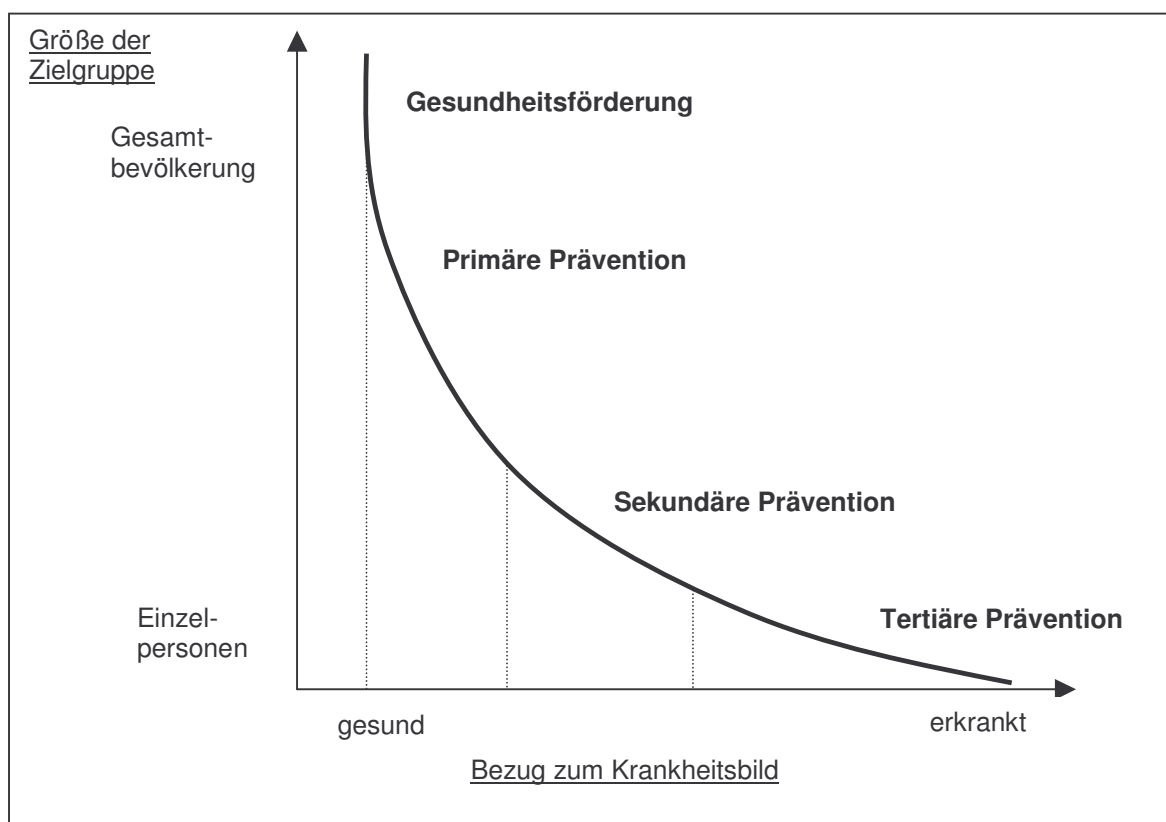


Abb. 3-2 Abgrenzung zwischen bzw. Ergänzung von Gesundheitsförderung und Prävention (Dittrich 1998, S. 21)

Die Gesundheitsförderung geht über diesen traditionell krankheitsorientierten Ansatz hinaus, ihr mehrdimensionaler Ansatz bezieht sich auf die Gesundheit (s. Abb. 3-2). Die Gesamtbevölkerung soll befähigt werden, den Wert von Gesundheitsleistungen genauer einzuschätzen und Potenziale zur Selbsthilfe und zu sozialem Engagement besser auszuschöpfen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1999). Dem Individuum soll somit ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigenen Lebensumstände und die

Umwelt ermöglicht werden, um die gesundheitlichen Kompetenzen zu stärken (Bös et al.1992).

Wie aus dem Schaubild von Dittrich (1998) (Abb. 3-2) und auch aus Abb. 3-3 hervorgeht, sind die Übergänge zwischen Prävention, vor allem der Primärprävention und Gesundheitsförderung fließend, die Begriffe werden daher in der Literatur auch häufig synonym verwendet. Die Unterschiede liegen vor allem auf der konzeptionellen Seite, im Hinblick auf die Interventionen werden sich die Zugänge immer ähnlicher (Elmadfa und Zarfl 1996).

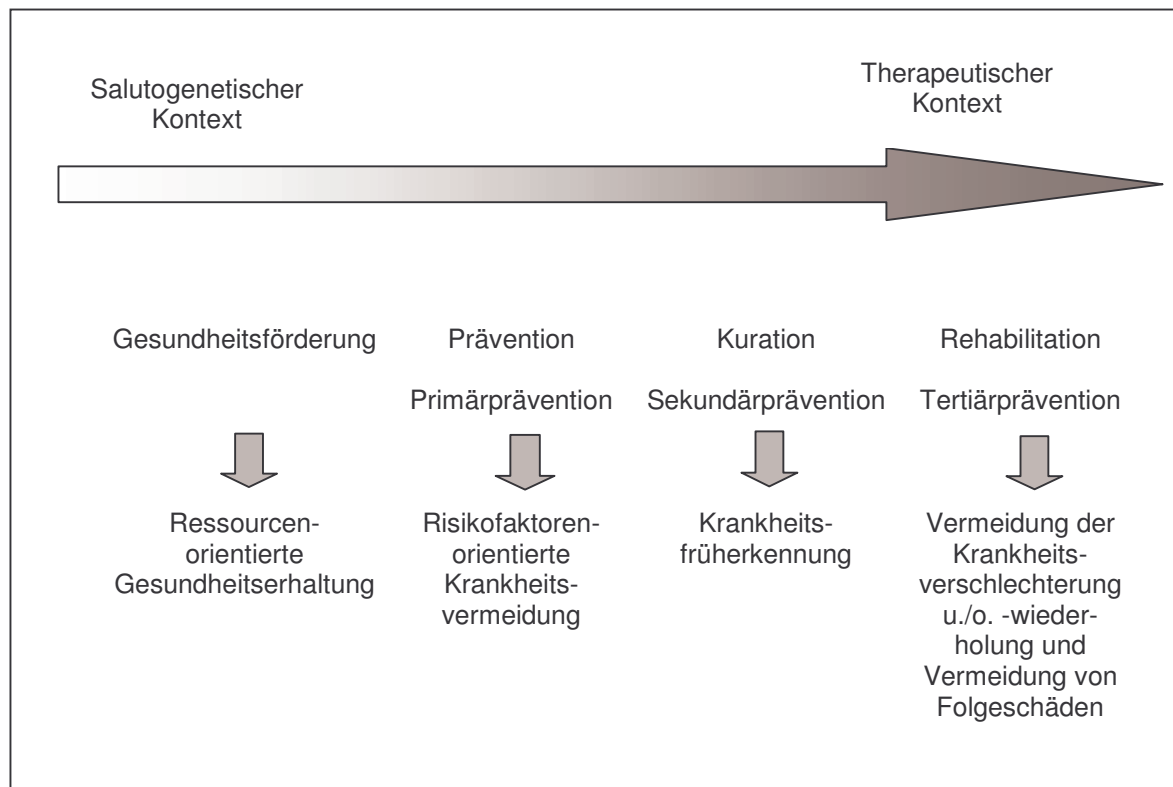


Abb. 3-3 Prävention und Gesundheitsförderung (eigene Darstellung nach Leonhäuser 2000, modifiziert nach Waller 1990; Rost 1995)

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung verfolgt also das Ziel, die Gesellschaft zu einem gesundheitsgerechten Lebensstil zu bewegen. Hierzu bedient sie sich verschiedener Wege der Informationsvermittlung als gesundheitliche Aufklärung und unterschiedlicher Angebote zur Verhaltensänderung (Bundesministerium für Gesundheit 1993).

Ihre Maßnahmen zur Verhaltensprävention durch Gesundheitsinformation, -erziehung und -beratung setzen vor allem am Individuum selbst an und zielen „auf die Entwicklung der Fähigkeiten zur Reflexion und aktiven Gestaltung eigenen Lebens, dessen Ergebnis persönliche Gesundheit ist“ (Kolb 1995, S. 340). Die Verhältnisprävention hingegen ist auf Veränderungen der Lebensbedingungen ausgerichtet. Sie setzt bei der Beeinflussung

sozialer oder Umweltbedingungen, wie z.B. Angebotsveränderung oder Umweltprojekten auf politischer Ebene an (vgl. Lohaus-Interwies 1992; Trojan und Stumm 1992).

An dieser Stelle ist eine kurze Beschreibung des Begriffs „Verhalten“ angebracht. Es wird als „jede physische Aktivität eines lebenden Organismus, die beobachtet oder gemessen werden kann“, wie z.B. Muskelbewegungen, Drüsensekretionen, vasomotorische Reaktionen, sowie Laut- und Sprachäußerungen definiert (Diedrichsen 1996, S.136). Seelische Bewusstseinsvorgänge wie Denken, Wollen und Fühlen werden als Erleben von Verhalten abgegrenzt.

3.1.3 Gesundheitsberatung

Während die Gesundheitsaufklärung bzw. -information in einer massenkommunikativen Form dazu dient, spezifische oder unspezifische Informationen zum Erwerb handlungsrelevanten Wissens bereitzustellen, geht die Gesundheitsberatung darüber hinaus. Basierend auf der Erkenntnis, dass das Wissen über Gesundheitsgefahren kein ausreichendes Handlungsmotiv darstellt, zielt sie auf die Motivierung zur Einstellungs- und Verhaltensänderung ab. Im direkten Beratungsgespräch werden gemeinsam Risikoverhalten aufgezeigt, Änderungsbereitschaft geschaffen und Möglichkeiten zum selbständigen gesundheitsfördernden Verhalten erarbeitet (Dlugosch 1994; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland (ZKV) 1988).

In Deutschland existieren keine festgelegten Standards für die Methoden und Strategien der Gesundheitsberatung, doch sollte das Konzept verhaltenstheoretisch fundiert sein, um krankheitsförderndes Verhalten bewusst zu machen und korrigieren zu können (ZKV 1988). Der Ratsuchende wird als Experte seines Gesundheitsalltags akzeptiert und zum Coworker bzw. Cotherapeuten (Bartsch 1991; vgl. auch Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1999).

Oft hat das Risikoverhalten einen starken Gewohnheitscharakter, so dass Trainingsmethoden als Ergänzung zur Beratung für eine präventive Verhaltensänderung angezeigt sind (Perrez 1991). Es sollte die Möglichkeit gegeben werden, Einstellungs- und Verhaltensmodifikationen in konkreten Übungsprogrammen zu erproben und zu stabilisieren (ZKV 1988). Deshalb ist es sinnvoll, die Beratung in Kooperation mit Instituten und Fachkräften durchzuführen, die Kurse oder andere Angebote im Gesundheitsbereich anbieten und eine professionelle Betreuung gewährleisten.

Gesundheitsberatung war bisher in den Leistungskatalogen von Ärzten und Krankenkassen zu finden. Der § 20 des fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) regelte die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung. Die Krankenkassen wurden aufgefordert, mit anderen Trägern, insbesondere auch der kassenärztlichen Vereinigung, den Gesundheitsämtern und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eng zusammenzuarbeiten (§ 20 Abs. 4, SGB V). Als Ermessensleistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, die die Krankenkassen in ihren Satzungen vorsehen konnten, kamen u.a. Ernährungsberatung für Übergewichtige und Kurse zur Raucherentwöhnung, Stressbewältigung und Bewegung zur Anwendung (vgl. Dlugosch 1994).

Seit Inkrafttreten der 3. Stufe der Gesundheitsreform mit dem Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG) am 1. Januar 1997, werden Leistungen zur Gesundheitsförderung von den gesetzlichen Krankenkassen und den Ärzten nicht mehr bzw. nur noch sehr stark begrenzt angeboten (vgl. Leonhäuser 1997).

Alternative, insbesondere kommerzielle Anbieter, müssen diese Lücke in Zukunft füllen, um das von der WHO formulierte Ziel „Gesundheit für alle“ erreichbar machen zu können.

Inhalte der Gesundheitsberatung

In der Vergangenheit wurden bei der Behandlung von Übergewicht vorrangig der pathogenetische Ansatz verfolgt, mit dem Ziel, bestimmte krankheitsauslösende Risikofaktoren, z.B. Rauchen, Hypertonie und explizit das Körpergewicht zu beeinflussen (Wydra 1996). Die mangelnden Erfolge wurden und werden noch heute gerne mit sog. Non-Compliance der Ratsuchenden erklärt (Pudel 1991).

Eine Gesundheitsberatung, welche die Persönlichkeitsmerkmale des Ratsuchenden als eine Determinante des Gesundheitsverhaltens berücksichtigen will, sollte jedoch salutogenetisch nach dem Modell Antonovskys orientiert sein (s. Kap. 3.1.1). Die gewählten Interventionen dürfen nicht einseitig auf den Abbau des Risikoverhaltens abzielen, sondern müssen die mit diesem Verhalten verbundenen psychologischen bzw. psychosozialen Aspekte mit berücksichtigen und am Aufbau von Schutzfaktoren ansetzen (vgl. Dlugosch 1994).

Antonovsky entwickelte mit seinem Salutogenesemodell eine integrative Alternative, die heute als Grundlage vieler Gesundheitsprogramme dient (Wydra 1996).

Für das der vorliegenden Studie zugrunde liegende Beratungsprogramm hat dies eine interdisziplinäre praxisorientierte Vorgehensweise zur Folge. Die Themen „**gesunde Ernährung**“, „**Bewegung**“ und „**Entspannung**“ werden nicht bloß mit dem Ziel der Krankheitsprophylaxe vermittelt, sondern mit konkreten Handlungsanweisungen im sicheren sozialen Verbund der Gruppe umgesetzt, um die positiven Konsequenzen von Gesundheitsverhalten direkt bzw. kurzfristig erleben zu können. Diese positiven Effekte können die Gruppenmitglieder nutzen, „um sich in gesunden Phasen wohler zu fühlen, die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten bestimmter Erkrankungen oder Symptome zu reduzieren oder um Krankheiten, Konflikte oder Probleme besser bewältigen zu können“ (Dlugosch 1994, S. 231).

In der konkreten Umsetzung bedeutet dies:

- eine über die Symptomreduktion hinausgehende Aufdeckung der sie verursachenden Probleme und deren Lösung
- Ermittlung der mit dem Risikoverhalten verknüpften Motive, Bedürfnisse oder Funktionen und Vermittlung gesundheitsförderlicher Alternativen bzw. unschädlicher Dosierungen

Dabei sollte bei allen Handlungen, so z.B. auch bei der Vermittlung geeigneter Sportarten, die Förderung und die Verbindung von Gesundheit und Wohlbefinden im Vordergrund

stehen. Dies ermöglicht den Interessierten die positiven Konsequenzen ihres Gesundheitsverhaltens direkt bzw. kurzfristig erleben zu können (vgl. Dlugosch 1994).

3.2 Ernährung und Beratung

3.2.1 Beratung allgemein

Definition

Unter dem Begriff „Beratung“ können unterschiedliche Aktivitäten, wie z.B. Aufklärung, Informationsvermittlung und auch Auskunft verstanden werden. Daher erscheint es sinnvoll, eine Definition den Erläuterungen zur Ernährungsberatung voranzustellen.

Eine insbesondere vor dem Hintergrund der Gesundheitsförderung durchaus treffende Definition bietet das Psychologische Wörterbuch von Dorsch et al. (1994, S.101):

„Beratung ist ein vom Berater nach methodischen Gesichtspunkten gestalteter Problemlösungsprozess, durch den die Eigenbemühungen des Ratsuchenden unterstützt/optimiert bzw. seine Kompetenzen zur Bewältigung der anstehenden Aufgabe/des Problems verbessert werden. Beratung vollzieht sich im Medium sozialer Interaktion und wird daher i.w.S. als Kommunikationsprozess zwischen zwei (Individualberatung) oder mehr (Gruppenberatung, Systemberatung) Interaktionspartnern verstanden. Beratung ist ggf. auch Ergänzung zu Einzelgesprächen durch die Teilnahme des Ratsuchenden an einem Interventionsprogramm oder einer Selbsthilfegruppe. Von Psychotherapie ist Beratung nur schwer abgrenzbar.“

Wichtige Teilaspekte dieser Definition sind:

- **Ratsuchender:** Eine Person sucht Rat, wenn die Ist-Situation nicht mit der Soll-Situation übereinstimmt (van den Ban und Wehland 1984)
- **Problemlösungsprozess:** Die Ratsuchenden befinden sich in einer konkreten Problemsituation, welche während der Beratung gelöst werden soll (van den Ban und Wehland 1984)
- **Kommunikationsprozess:** Die Anliegen und Bedürfnisse der Ratsuchenden sowie Informationen und Handlungsalternativen der Berater werden kommunikativ vermittelt
- **soziale Interaktionspartner:** Eine verstehende, kooperierende und symmetrische Interaktion zw. Berater und Ratsuchenden soll aufgebaut und/oder unterstützt werden (Mutzeck 1997)
- **Nach methodischen Gesichtspunkten:** Im Gegensatz zu einem Alltagsgespräch wird eine Beratung planvoll, fachkundig und methodisch geschult durchgeführt (Mutzeck 1997)
- **Eigenbemühungen unterstützen/Kompetenzen optimieren:** Das Ziel einer Beratung sollte die Vermittlung individueller Handlungskompetenz sein

Boland beschreibt dies kurz und treffend als „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Boland 1993, S. 5).

Die Aufgaben der Berater sind aus der o. g. Definition gut abzuleiten. Sie stellen den Klienten Kenntnisse und Fertigkeiten zur Verfügung mit dem Ziel, eigene Fähigkeiten zur Problemlösung zu entwickeln und so einzusetzen, dass sie aus eigener Kraft ihre Probleme lösen und sich in ihrer Umwelt zurechtfinden können (Schmidtchen und Hirsch 1993).

3.2.2 Unterschied zwischen Beratung und Therapie

Die Beratung ist von der Therapie nur schwer abzugrenzen. Kanfer et al. (1996), sehen die Beratung im klassischen Sinne als eine schnelle „gezielte Weitergabe von Expertenwissen („Know-how“, Informationen, Tipps, Ratschläge, Hinweise) an Personen, die ihre meist umgrenzte Fragestellung klar benennen können“ (S. 10). Im Unterschied dazu definieren sie Therapie als längerfristige systematische Anleitung zu zielgerichteten Veränderungen.

Diedrichsen (1990) hingegen sieht keine grundlegenden Unterschiede, was auch die häufige synonyme Verwendung der Begriffe erklärt, lediglich die Anzahl der Kontakte ist bei der Beratung geringer. Für Pudiel (1991) richtet sich Therapie an die Zielgruppe kranker Menschen, an Patienten. Er bezeichnet Therapie auch als Behandlung, wobei aufgrund ähnlicher Ziele und Aufgaben der Übergang von Ernährungsberatungsprogrammen in Ernährungsbehandlungsprogrammen in vielen Fällen fließend ist (vgl. auch Pudiel 1983).

Nestmann (1994) vermutet in einer Abgrenzung von Beratung als eine Art kleine Form der Therapie eher standespolitische Motive.

3.2.3 Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung stellt den Ratsuchenden Möglichkeiten vor, ein mittels Information erworbenes Wissen individuell in Konfliktsituationen umzusetzen und fördert so problemlösendes Handeln im Sinne eines gesundheitsbewussten Ernährungsverhaltens (vgl. Pudiel 1991). Sie erfolgt in Form einer verbalen Interaktion zwischen den Interessierten (im Folgenden der Einfachheit halber als Klienten bezeichnet) und der Beraterin / dem Berater und findet wiederholt statt, um ständige Rückmeldung zu erhalten (vgl. Pudiel 1983).

Diedrichsen (1990) unterscheidet noch zwischen der Ernährungsberatung, die „konkrete Ernährungsprobleme lösen und Fehlernährung sowie ernährungsbedingte Krankheiten verhüten bzw. einer Behandlung zuführen“ möchte und der Ernährungserziehung als „die absichtliche und planvolle Einwirkung auf Menschen, gesundheitsfördernde Werthaltungen zu bilden, die sie im Ernährungsverhalten realisieren“ (Diedrichsen 1990, S. 43).

3.2.4 Ziele und Aufgaben der Ernährungsberatung

Das Ziel der Ernährungsberatung besteht darin, „bei Klienten Lernprozesse in Gang zu setzen, durch die ihre Selbsthilfebereitschaft, Selbststeuerung und Handlungskompetenz im Ernährungsverhalten verbessert wird.“ (Diedrichsen 1990, S. 45). Sie soll die Klienten dazu motivieren, sich dauerhaft gesundheitsbewusst und bedarfsgerecht zu ernähren.

Diese Ziele stellen Idealzustände dar und sind in dieser Form nicht immer zu erreichen. Dennoch sollten sie als handlungsleitende Zielideen im Rahmen einer praxisnahen, handlungsorientierten und zielgruppengerechten Ernährungsberatung angestrebt werden.

Menschen besuchen eine Ernährungsberatung, wenn ein konkretes Problem im Zusammenhang mit ihrer Ernährung bzw. ihrem Ernährungsverhalten vorliegt, d.h. es besteht eine Diskrepanz zwischen dem Bedarf ihres Organismus und ihren eigenen Bedürfnissen.

Die Aufgabe der Ernährungsberatung besteht nun darin, den Klienten zu helfen, ihre Essbedürfnisse so zu modifizieren, dass sie in größtmöglichem Einklang mit einer bedarfsgerechten Ernährungsweise stehen. Sie unterstützt sie beim Aufspüren alltäglicher Probleme bei der Durchführung bzw. beim Durchhalten eines bestimmten Ernährungsverhaltens und versorgt sie mit den nötigen Informationen zur Lösungsvorbereitung und -durchführung. Während des Problemlösungsprozesses wirkt sie unterstützend und motivierend und bietet den Klienten Möglichkeiten der Erprobung bestimmter neuer Verhaltensweisen (vgl. van den Ban und Wehland 1984; Diedrichsen 1990; Pudiel 1991 und 1983).

Da die Nahrungsaufnahme in hohem Maße situationsabhängig ist, muss die Ernährungsberatung die Klienten in ihrem alltäglichen Leben ansprechen, sowie ihre individuellen Gewohnheiten und Erwartungen und die Bedingungen ihrer sozialen Umwelt berücksichtigen, um wirkungsvoll umgesetzt werden zu können (vgl. Leonhäuser 1996; Troschke 1996).

Die ermittelten Lösungen dürfen nicht mit den primären Bedürfnissen der Klienten kollidieren und müssen als einfache Botschaften verstanden werden. Troschke (1996) empfiehlt die Vorstellung von Vorbildern oder Betroffenen, welche die Erkenntnisse der Wissenschaft schon erfolgreich umgesetzt haben.

Im Falle von Übergewicht sollte die Ernährungsberatung nicht beim Normalgewicht enden, da die Verhaltensprobleme auch nach der Gewichtsreduktion fortbestehen und die Klienten weitere Unterstützung benötigen.

Die genaue Definition des obersten Ziels, also eine möglichst bedarfsgerechte Ernährung und daraus folgender Aufgaben der Ernährungsberatung zeigen schon den entscheidenden Unterschied zur Beratung im allgemeinen Sinne: das Ergebnis der Beratung sollte dort offen sein und nicht schon von vornherein festliegen (Boland 1993).

3.2.5 Kritik an der Ernährungsberatung

Eine Ernährungsberatung, die sich vornehmlich als Informationsvermittlung versteht, kann einen Risikofaktor für das Ernährungsverhalten darstellen, da mit ihr eine bereits bestehende Verunsicherung noch gefördert wird. Eine reine Aufklärung durch Gegenüberstellung von Ist- und Sollzustand bzw. -verhalten oder pauschale Empfehlungen, z.B. in Form von Diäten führen mittel- und langfristig zu keiner Verhaltensänderung, sondern eher dazu, das bisherige Verhalten mit einem schlechten Gewissen weiter zu führen und den Glauben in die Ernährungsberatung zu verlieren (vgl. Pudiel 1999).

Die häufigsten Fehler der Ernährungsberatung werden wie folgt benannt (vgl. Kappus 1988; Pudiel 1991; Pudiel und Westenhöfer 1993):

- Orientierung nur an dem ernährungsphysiologischen Bedarf ohne Beachtung der individuellen Essbedürfnisse
- mangelnde bis keine Berücksichtigung der unterschiedlichen Einflussfaktoren auf das Ernährungsverhalten
- zu viele Ziele ohne handlungsrelevante Maßnahmen
- zu viele Informationen
- Verwendung einer schwer verständlichen Fachsprache

- Methodenarmut in der Kommunikation
- rigide Verhaltenskontrolle
- Schuldzuweisung an den Klienten.

Dies führt zu Orientierungslosigkeit und Demotivation und schließlich zur Resignation der Klienten, die oft als „Non-Compliance“ - dem Nichtbefolgen von Empfehlungen, abgetan wird (Pudel und Westenhöfer 1993, S.49).

Einen weiteren Kritikpunkt stellt die Eindimensionalität der Ernährungsberatung dar. Eine Konzentration ausschließlich auf die Lebensmittelauswahl und Kalorienzählen berücksichtigt z.B. in der Beratung zur Gewichtsreduktion nicht die Komplexität der Ätiologie von Übergewicht und kann zu frustrierenden Misserfolgen führen (vgl. Kappus 1988).

Aufgaben der Berater

Die Ernährungsberater sollten sich in einer kooperativen Beziehung als Partner der Klienten verstehen. Sie müssen gut zuhören und sich in die Situation der Klienten hineinversetzen, um Problemfragen herausarbeiten zu können. Sie ermutigen und helfen Lösungen zu finden, diese anschließend zu erproben und durchzuführen. Sie bestätigen, holen Rückmeldungen ein und bieten evtl. neue Hilfe. Dabei ist es wichtig, die Vorstellungen der Klienten zur Zielerreichung zu akzeptieren und die Grenzen der Wirksamkeit der Beratung zu erkennen (Pudel 1993, Schmidtchen und Hirsch 1993).

Um diese Aufgaben erfüllen zu können, sind eine ernährungs- und gesundheitswissenschaftliche Kompetenz obligat (Leonhäuser 2000). Pudel (1983) erwartet neben der eigentlichen fachlichen Kompetenz auch eine pädagogisch-psychologische Professionalisierung. Eine zu hohe Kompetenzerwartung kann jedoch die Selbsthilfeaktivität der Klienten blockieren (Schmidtchen und Hirsch 1993).

Die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen zu den Klienten sind nach Rogers und Stevens (1984) das wichtigste Element für eine erfolgreiche Beratung. Sie schätzen diese Qualität der persönlichen Begegnungen sogar auf lange Sicht höher als das sachliche Wissen, die berufliche Ausbildung und die im Gespräch angewandte Technik der Beratungskräfte.

Unabhängig davon, wie hoch die Qualität und das Engagement der Beratungskraft ist, die letztendliche Entscheidung der Realisation bleibt immer bei den Klienten selbst (Pudel 1983).

Nachfolgend sind die Aufgaben der Berater kurz zusammengefasst (vgl. Schmidtchen und Hirsch 1993):

- kooperativ und empathisch handeln, einfühlsam und offen, ruhig zuhören
- Problemfeld einkreisen, herausarbeiten, Beratungsziele festlegen, Klienten dabei beteiligen
- Unterstützung bei der Problemlösungsfindung und Lösungsalternativen suchen lassen, Hilfe bei der Auswahl von Lösungswegen
- Ermutigung bei der Umsetzung, Belohnung der Eigenaktivität und Eigenverantwortlichkeit der Klienten
- Feedback von Fortschritten und Fehlern.

Bedingung von Seiten der Klienten

Da die Ernährungsberatung eine partnerschaftliche Kooperation darstellen soll, hängt ihr Erfolg auch von gewissen Voraussetzungen von Seiten der Klienten ab. Hierzu zählt neben der geistigen und körperlichen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, die Freiwilligkeit und Bereitschaft zur Mitarbeit und ein Mindestmaß an Flexibilität im Denken und Handeln. Ferner sollten die Ratsuchenden ihre Situation überschauen und verstehen können und für die Argumente und Anregungen der Berater zugänglich sein, um ihre Probleme aus eigener Kraft zu lösen (vgl. Rogers und Stevens 1984; Schmidtchen und Hirsch 1993; Mutzek 1997).

3.2.6 Formen der Ernährungsberatung

Es existieren verschiedene Formen der professionellen Ernährungsberatung. Sie reicht von Einzel- und Gruppenberatung über Institutions- und Selbstberatung bis hin zur mediengestützten Ernährungsberatung (Diedrichsen 1996). Für die vorliegende Studie wurde aus praktischen, ökonomischen und methodischen Gründen die Form der Gruppenberatung gewählt und wird daher im folgenden näher erläutert.

3.2.6.1 Gruppenberatung

„Unter einer Gruppe verstehen wir eine Reihe von Personen, die in einer bestimmten Zeitspanne häufig miteinander Umgang haben und deren Anzahl so gering ist, dass jede Person mit allen anderen Personen in Verbindung treten kann, und zwar nicht nur mittelbar über andere Menschen, sondern von Angesicht zu Angesicht“ (Homans 1968, S. 29).

In der Gruppenberatung wird die soziale Interaktion (Einfluss, Feedback etc.) innerhalb einer überschaubaren Anzahl von Personen, sogenannter Kleingruppen, genutzt, um Probleme zu bewältigen und Verhaltensänderungen zu erleichtern. Diese, auch als Gruppendynamik bezeichnete Interaktion definiert Brocher (1999) als „die Lehre von der Gesetzmäßigkeit vorbewusster und unbewusster Prozesse in Gruppen, unabhängig von deren Intelligenzgrad und weitgehend unabhängig von der Sozialschichtung“ (S. 45). Boland (1993) spricht vom „Funktionsprinzip in Kleingruppen“ welches „die in ihnen entstehenden Prozesse und Leistungen“ erklärt (S. 105). Gruppendynamik untersucht ferner Gruppennormen, „d.h. Vorstellungen darüber, was angemessenes Verhalten und angemessene Verfahrensweisen sind“ (Stanford 1991, S. 13) sowie Kommunikationsmuster und Formen der Offenheit und des Zusammenhalts in der Gruppe.

Eine Kleingruppe umfasst ca. 3 - 15 Personen (Dießner 1997) und zeichnet sich durch folgende typische Merkmale aus (Liebel 1992; Diedrichsen 1993):

- enger Kontakt mit gegenseitiger Wahrnehmung über eine gewisse Zeitspanne
- ein gemeinsames Ziel bzw. Motiv als Anlass der Gruppenbildung, wie z.B. Abnehmgruppen
- positive sowie negative emotionale Wechselbeziehungen, wie z.B. Sympathie und Antipathie zwischen den Gruppenmitgliedern

- „Ein gemeinsames Normen- und Wertsystem zur Regelung der zwischenmenschlichen Beziehungen und zielgerichteten Handlungen.“ (Diedrichsen 1993, S. 62)
- unterschiedliche soziale Rollen durch individuelle Eigenarten der Mitglieder.

Innerhalb der Kleingruppe kann das Individuum aus der reinen Zuhörerrolle herauswachsen und durch das gegenseitige Feedback, d.h. die Rückmeldung, wie der Einzelne auf die anderen in Wort und Handlung wirkt, seinen eigenen Standpunkt erkennen und seine persönlichen Stärken und Grenzen erfahren lernen (Dießner 1997). Die Kleingruppe bietet das soziale System, in dem die Teilnehmer ihr neues Verhalten ausprobieren können und stellt somit „ein Instrument der Selbsterfahrung, der Erprobung und Übung“ dar (Malcher 1980, zitiert aus Dießner 1997, S. 13).

Während eines Beratungsprogramms über einen mehrwöchigen Zeitraum entwickelt sich die Gruppe erst in einem komplexen Gruppenbildungs- oder Entwicklungsprozess (Boland 1993).

Nach Tuckman (1965) durchläuft sie dabei vier Stadien,

- indem sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit- und aneinander orientieren (**Forming**)
- Meinungsverschiedenheiten und Konflikte austragen (**Storming**)
- Normen bilden und Rollen differenzieren (**Norming**)
- um schließlich die zwischenmenschlichen Differenzen zu lösen und eine gegenseitige soziale Unterstützung (**Performing**) darzustellen.

In Gruppen mit klarer Zieldefinition können die ersten drei Stadien innerhalb des ersten Treffens durchlaufen werden. Nach dem Erreichen der Ziele lösen sich die Mitglieder voneinander und die Gruppe zerfällt (**Adjourning**).

Dieser Prozess kann in seinen einzelnen Phasen sehr unterschiedlich oder auch gar nicht ablaufen und hängt stark von der Persönlichkeit und Führung der Gruppenleitung ab (Tuckman und Jensen 1977).

Ähnliche Phasen unterscheidet auch Fisher (1970):

- **Orientation:** Kennenlernen der Gruppenmitglieder und des Themas
- **Conflict:** Gruppenmitglieder stimmen nicht miteinander überein und debattieren Ideen
- **Emergence:** Die soziale Struktur und das Ziel der Gruppe wird erkennbar
- **Reinforcement:** Die Gruppenmitglieder setzen ihre Entscheidungen um und unterstützen sich verbal und nonverbal

Die o.g. Prozesse stellen lineare Modelle der Kleingruppenentwicklung dar. Poole (1983) hingegen bezeichnet die tatsächliche Entwicklung als wesentlich komplizierter als hier dargestellt, da Kleingruppen dazu tendieren, zwischen Ziel, Thema und Beziehungen hin und her zu springen. Die Entwicklung hängt auch hier stark von der Persönlichkeit der Gruppenleitung ab.

Die Aufgabe der Leitung besteht vornehmlich in der Zusammenführung und Erhaltung der Gruppe, dem Aufbau von Gruppennormen und Beseitigung von Hindernissen, welche der Gruppen- und Problemlösedynamik im Weg stehen (vgl. Klebert et al. 1985; Boland 1993).

Die Leitung sollte in der Lage sein zu erkennen, wann sie sich lenkend-direktiv einbringen und auch wieder aus dieser Rolle zurückziehen muss, um eher stimulierend, überwachend oder interpretativ vorzugehen (Boland 1993). Dafür muss sie den Gefühlszustand und die Entwicklung der Teilnehmer abschätzen können (Liebermann 1977).

Für die Umgangsform gelten die gleichen Regeln wie in der Einzelberatung: Partnerschaft, Akzeptanz, Nichtwerten und Verschwiegenheit (Diedrichsen 1993).

Spezielle Postulate als Regeln für die Arbeit in und mit Gruppen hat Ruth Cohn formuliert, auf sie wird in Kapitel 3.2.6.2 ausführlicher eingegangen.

Die der Gruppenberatung zur Verfügung stehenden Medien und Methoden sind vielseitiger als in der Einzelberatung (Diedrichsen 1993). Informationen, Anregungen und Aufgaben können in Form unterschiedlichen Materials, wie Handouts, Broschüren, Lehrbücher etc. verteilt bzw. im Frontalunterricht, Dia-Vortrag, Lehrfilm oder in einer Gesprächsrunde vermittelt werden.

Die Mitglieder haben die Möglichkeit sich mit Hilfe von Übungs-, oder Hausaufgaben, in Kleingruppenarbeit oder Diskussionen mit der Thematik zu befassen bzw. sie zu verarbeiten. Erfahrene bzw. erfolgreiche ehemalige Mitglieder können ihnen dabei als Co-Berater bzw. in ihrer Vorbildfunktion als zusätzliche Motivation dienen (vgl. Fiedler 1996; s. auch Bandura 1976).

Liebermann (1977) führt Gründe auf, weshalb eine spezielle fachliche Qualifikation für die Beratung von Gruppen kaum noch gefordert wird. Zum einen liegt es am häufigen Mangel an Personal, weiterhin an der Überzeugung, dass oft nur die helfen können, die dieselbe Erfahrung gemacht haben. Dieses Prinzip findet sich in dem Gewichtsreduktionskurs der „Weight Watchers“ wieder. Die Gruppen werden überwiegend von ehemaligen erfolgreichen Teilnehmerinnen geleitet, welche nach einem standardisierten Programm theoretisch und praktisch ausgebildet werden (vgl. Hauner 1996; Leidner 1996). Diese Gruppenleiterinnen erfüllen zwar eine gute Vorbildfunktion, sind jedoch als geschulte Laien oft mit der Führung einer Gruppe überfordert (Hauner 1996). Auch Kornexl (1984) empfiehlt, zumindest für die Anfangsphase einer Gruppenberatung, professionelle Beraterinnen bzw. Berater einzusetzen, da die komplexen Zusammenhänge zwischen Übergewicht, Ernährung und Verhalten von Laien nicht erkannt und daher die Vorteile der Gruppe zur Verhaltensänderung nicht voll genutzt werden können.

Eine effektive Gruppenberatung ist zudem auch von bestimmten Voraussetzungen von Seiten der Teilnehmer abhängig. Sie müssen gruppenfähig sein und über eine gewisse soziale Reife verfügen, wie der Fähigkeit, aktiv zuzuhören, andere Meinungen gelten zu lassen und zu echter Kooperation bereit zu sein. Außerdem sollten sie dazu bereit sein, eigene wertvolle Beiträge zur Lösung des Problems beizusteuern. Insbesondere bei Gruppen, die eine persönliche Veränderung anstreben, ist eine gewisse emotionale Beteiligung der Mitglieder wichtig (Liebermann 1977).

Nachfolgend sind in Abb. 3-4 die positiven Aspekte einer Beratung innerhalb und mit Gruppen kurz zusammengefasst, wobei sich insbesondere für verhaltenstherapeutische bzw. verhaltenstherapeutisch orientierte Programme die Arbeit in und mit Gruppen als besonders

vorteilhaft erweist (Bandura 1976; Kanfer 1977; Liebermann 1977; Meichenbaum 1979; Schoberberger 1989; Boland 1993; Fiedler 1996; Hayaki und Brownell 1996).

- Verborgene Energien werden freigesetzt
- Die Hoffnungen werden neu belebt
- Die Moral wird gestärkt
- Die Gruppe leistet starken emotionalen Beistand
- Sie fördert Heiterkeit und Vertrauen
- Sie bietet Sicherheit zum Erproben neuen Verhaltens
- Sie hilft dabei, körperlichen und seelischen Belastungen zu begegnen
- Gruppenberatung ist kostengünstiger (ökonomische Gründe)
- Gruppenberatung ermöglicht die Beratung mehrerer Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch nur eine Beraterin bzw. einen Berater (praktikable Gründe)

Abb. 3-4 Vorteile der Gruppenberatung

3.2.6.2 Rahmenbedingungen bei der Planung und Durchführung von Gruppen

In der Planungsphase der Beratung ist es wichtig zu entscheiden, ob die Auswahl der Zielgruppe eher nach problem- oder teilnehmerorientierten Kriterien erfolgt.

- Für die problemorientierte Gruppenberatung wählt die Beratungskraft schon vorab ein Problem, an dem sich die Beratung orientieren wird. Sie wählt daraus ein zu verfolgendes Ziel und die Eigenschaften der Zielgruppe, um durch eine ähnliche Ausgangslage der Teilnehmer eine möglichst homogene Gruppe zu erhalten.
- Für eine teilnehmerorientierte Gruppenberatung bestimmt die Beratungskraft lediglich den Teilnehmerkreis. Die Auswahl des Problems und der darauffolgenden Ziele erfolgt durch die Teilnehmer (Boland 1993).

Eine Form schließt die andere nicht automatisch aus, so ist eine Gruppenberatung zur Gewichtsreduktion trotz der vorab definierten Problematik (Übergewicht) und der daraus logisch folgenden Zielsetzung (Gewichtsreduktion) durchaus auch teilnehmerorientiert. Abb. 3-5 stellt dies graphisch am Beispiel eines Gewichtsreduktionsprogramms dar.

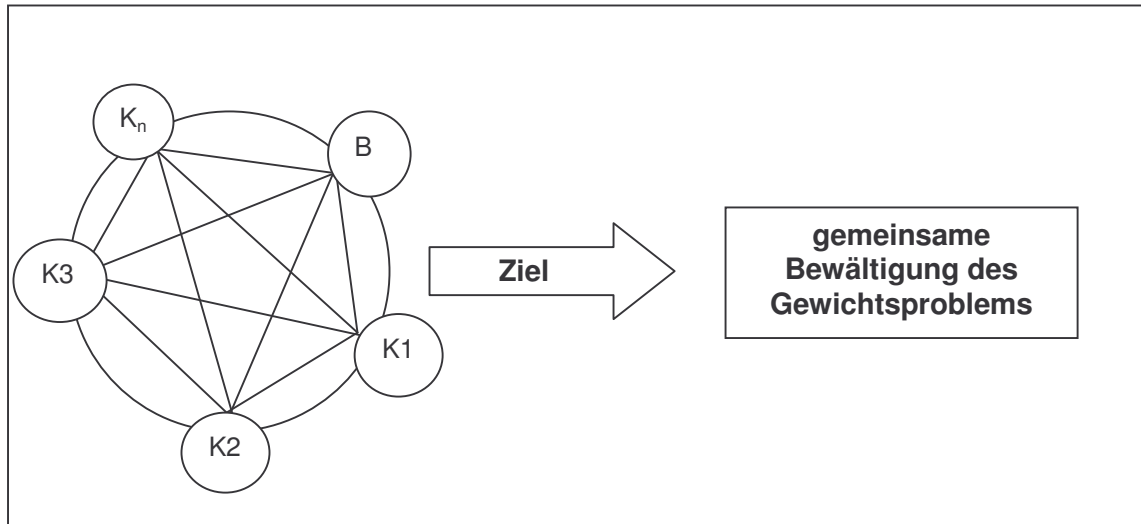


Abb. 3-5 problemlöseorientierte Gruppenberatung (nach Diedrichsen 1993, S. 62)

Weitere selektive Kriterien sind u.a. Alter, Geschlecht, Institutions- oder Organisationszugehörigkeit und demographische Faktoren oder soziale Vorstellungen, sowie die Gruppengröße (vgl. hierzu auch Fiedler 1996). Weiterhin muss die Frage geklärt werden, ob die Gruppe von einem oder mehreren Beratern betreut wird. Dies hängt von der Qualifikation der Beratungskraft, der Gruppengröße, der Auswahl der Beratungsthemen und anderem mehr ab.

Der Gruppenraum sollte die Möglichkeit einer gruppengerechten, d.h. kreisrunden oder auch quadratischen Sitzordnung bieten, um gegenseitigen Blickkontakt zu garantieren. Ausreichend Tageslicht, die Möglichkeit der Frischluftzufuhr und genügend Raum für den Einsatz von Medien, wie Overheadprojektor, Flip Chart oder Pin Board erfüllen weitere wichtige Auswahlkriterien.

Multidisziplinäre Gesundheits- bzw. Gewichtsreduktionsprogramme bieten außer der Beratung noch Bewegungs- bzw. Entspannungseinheiten, auch hierfür müssen geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

Im nächsten Planungsschritt wird ein zeitlicher Rahmen mit Dauer und Frequenz der Treffen festgelegt. Für Programme zur Gewichtsreduktion empfehlen sich 1-2 Treffen pro Woche über einen Zeitraum von mindestens 3-6 Monaten (vgl. Beliard et al. 1992; Robinson 1999). Ist diese Planung abgeschlossen, erfolgt die Zielgruppenansprache in Form von Werbung und/oder Informationsveranstaltungen.

Mit dem ersten Treffen beginnt die eigentliche **Durchführungsphase** der Gruppenarbeit (Boland 1993). Mit Hilfe unterschiedlicher Vorstellungsmethoden und -techniken lernen sich Berater und Teilnehmer kennen, ein vertrauensvolles Klima wird aufgebaut und die Beratungsinhalte in Form eines Leitfadens vorgestellt. Um auf die Bedürfnisse der individuellen Teilnehmer und der Gruppe als solche eingehen zu können, sollte die Beratungskraft kein vorab fixiertes fachliches und methodisches Konzept haben. Hier bieten

sich modulare Themen- und Handlungskomplexe an, welche je nach Bedarf und letztentlichem Ermessen des Beraters zum Einsatz kommen können.

Während und zum Ende der Gruppentreffen empfiehlt sich die Dokumentation und praxisnahe Evaluation der Beratung. Sie dient als Bewertungsgrundlage oder der Planung, Entwicklung und Optimierung des Programms (Bengel und Bührlen 1991). Näheres zum Thema Evaluation findet sich in Kapitel 4.1 .

Die Aufgaben der Beratungskraft, sowie Ansätze und Methoden der Beratung, werden in Kapitel 3.2.6.1 näher vorgestellt. O.g. Ausführungen sollen sich daher in erster Line auf organisatorische Aspekte beziehen. In Abb. 3-6 wird dies zusammenfassend dargestellt.

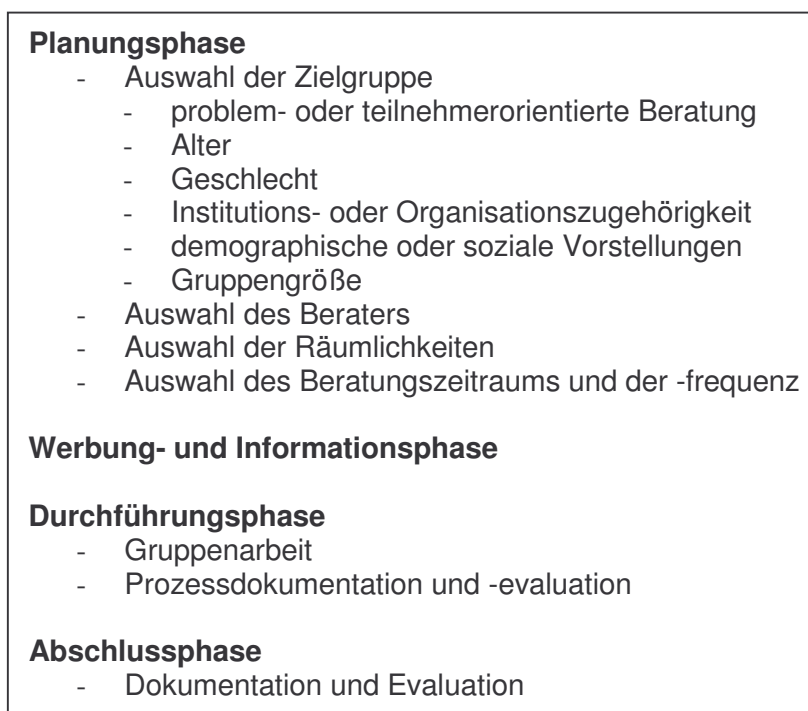


Abb. 3-6 Rahmenbedingungen bei der Planung und Durchführung von Gruppen (nach Boland 1993 und Fiedler 1996)

3.2.7 Ansätze und Methoden der Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung stützt sich auf unterschiedliche Beratungsansätze, die sich hinsichtlich ihres methodischen Vorgehens ihrer Ziele und der Beraterrolle unterscheiden. Hierzu zählen u.a. Ansätze der psychodynamischen Beratung, der klientenzentrierten Beratung nach Carl Rogers (Rogers 1992), der themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn (Cohn 1975; Langmaack 1996), der Verhaltenstherapie und der systembezogenen Beratung (Diedrichsen 1996).

Innerhalb des vorliegenden Gruppenberatungsprogramms werden Elemente der Ansätze der klientenzentrierten Beratung, der Themenzentrierten Interaktion (TZI) sowie der Verhaltenstherapie gewählt und daher im folgenden näher erläutert.

3.2.7.1 Klientenzentrierte Beratung

Der personen- bzw. klientenzentrierte Ansatz wurde von dem Psychologen Carl R. Rogers für die Gesprächspsychotherapie in den USA entwickelt, ist jedoch auch in allen anderen Bereichen zwischenmenschlicher Beziehungen anwendbar. Er ist nondirektiv und stellt das Individuum mit seinen Bedürfnissen, Gefühlen und dem Erleben in den Vordergrund der Betrachtung.

Die bei Erwachsenen immer stärker ausgeprägte Orientierung an Werten, die soziale Anerkennung, Zuwendung und Achtung bringen, verdrängt die Fähigkeit, nach eigenen spontanen Werten zu handeln. Dies führt nach Rogers nicht zu einer Bewältigung bestehender Probleme, sondern fügt eher noch neue hinzu.

Seiner Meinung nach muss die Klientin / der Klient sich erst selbst verstehen und akzeptieren lernen, um positiv handeln zu können (Rogers und Stevens 1984).

Daher stehen in Gruppen mit klientenzentrierter Beratung nicht Wissensvermittlung und Sachorientierung, sondern die Entwicklung von Selbständigkeit und Kreativität im Vordergrund.

Brem-Gräser (1993) bezeichnet die klientenzentrierte Beratung in ihrer großen Nähe zum Individuum im Vergleich zu anderen Beratungsansätzen als wesentlich weniger professionell, da sie den Klienten „theorieloser“ und vor allem „un-technischer“ begegnet (S. 2).

Wichtig ist der psychische Kontakt zwischen den in einem Zustand der Disharmonie, Verletzbarkeit und eventuell auch Angst befindlichen Klienten mit der, ihnen in der Beratungssituation flexibel, ausgeglichen und natürlich begegnenden Beratungskraft (Brem-Gräser 1993).

Nachfolgend werden die Merkmale der Beratungskraft, welche den Beratungsprozess wesentlich prägen, aufgeführt (Rogers und Stevens 1984) und mit Beispielen aus der vorliegenden Studie konkretisiert.

- **Kongruenz:** Echtheit, Übereinstimmung mit sich selbst, Gefühle und Einstellungen offen leben, ohne Fassade oder Deckung. Nur wenn die Beratungskraft sie selbst ist, kann sie sich in eine unmittelbare persönliche Begegnung mit ihren Klienten begeben. Dies gibt den Klienten wiederum die Möglichkeit und Sicherheit, auch echt und offen zu sein.

Beispiel: In Kursstunde 3 werden die 10 Regeln der DGE besprochen. Zwei Teilnehmerinnen (TN) aus Gruppe 1 wirken bedrückt und stellen fest, dass „*es sehr schwer ist, sich so konsequent gesund zu ernähren*“ (Zitat einer TN). Sie fragen, ob die Kursleitung mit ihrem Verhalten immer die Regeln erfüllt. Die Kursleitung sagt, dass sie sich Schwerpunkte setzt und versucht, täglich 5 Stück Obst und Gemüse zu essen und ausreichend zu trinken. Hin und wieder aber muss sie der Versuchung nachgeben und eine halbe oder sogar ganze Tafel Schokolade essen. Die Teilnehmerinnen freuen sich richtig darüber und es findet ein reger Erfahrungsaustausch statt.

- **Empathie:** einführendes Verstehen und feinfühliges Zuhören. „Die innere Welt der Klienten mit ihren ganz persönlichen Bedeutungen so zu verspüren, als wäre sie die

eigene (doch ohne die Qualität des „als ob“ zu verlieren)“ (Rogers und Stevens 1984, S. 107). Kein bewertendes Verstehen im Sinne von „ich sehe schon, was mit dir nicht stimmt“.

Beispiel: Eine Teilnehmerin erzählt fortwährend von ihrem „neuen Verhalten“ (Zitat einer TN), wie sie auf ihre Ernährung achtet, Brot und Brötchen selbst backt, welchen und wie viel Sport sie macht und wie sie auf ihre Bekannten und Freunde wirkt. Die anderen Teilnehmerinnen sehen sich gegenseitig an, rollen teilweise mit den Augen und wirken „entnervt“ (Zitat einer TN). Die Kursleitung spürt, dass die Gruppe die Teilnehmerin als Angeberin empfindet und sagt: „Diese Veränderungen in deinem Leben hast du dir Schritt für Schritt als Ziel gesteckt und dann auch umgesetzt. Ich kann mir vorstellen, dass du jetzt bestimmt sehr stolz auf deinen Erfolg bist und dieses Gefühl mit der ganzen Welt teilen möchtest, stimmt das?“

- **Positive Wertschätzung:** Akzeptanz, eine Achtung und Zuneigung für den Menschen als eigenständiges Individuum, ohne Besitz von ihm zu ergreifen und
- **Bedingungsfreie Wertschätzung:** ohne gewisse Einschränkungen und Bewertungen und somit auch ohne ein Urteil über die Klienten zu fällen, in dem Rahmen, in dem Eltern es für ihre Kinder tun.

Beispiel: Eine Teilnehmerin hört den Schilderungen bezüglich sportlicher Aktivitäten der anderen zu und meint dann traurig, dass sie sich nur selten aufraffen kann, raus zu gehen oder sich mit anderen zu treffen, um gemeinsam Sport zu machen und kommt zu dem Schluss, einfach ein fauler und träger Mensch zu sein. Eine andere Teilnehmerin fragt nach, ob sie nach wie vor ihren Heimtrainer nutzt und sagt ihr anschließend, wie sehr sie sie dafür bewundert, sich zuhause „aufraffen zu können“ (Zitat einer TN), trotz familiärer Probleme weiterhin zum Kurs zu kommen, immer ein offenes Ohr für andere zu haben und zwar langsam, aber Schritt für Schritt ihrem Ziel näher zu kommen. Die Gruppe stimmt ihr zu und die Kursleitung bestätigt, dass jede einzelne Teilnehmerin mit ihren Erfolgen und auch Problemen einen wertvollen Beitrag für diesen Kurs darstellt.

Die beiden letzten Punkte werden in anderen Literaturstellen auch zusammenfassend als emotionale Wärme und Wertschätzung bezeichnet (vgl. Brem-Gräser 1993).

Zu diesen persönlichen menschlichen Qualitäten kommt noch die Fähigkeit, dies den Gesprächspartnern mitzuteilen. Nehmen die Klienten auch nur ein Mindestmaß dieser Echtheit, Akzeptanz, Empathie und Wertschätzung wahr, so kann sich ein persönliches Wachstum vorhersagen lassen und der Entscheidungskonflikt am ehesten gelöst werden (Rogers und Stevens 1984; Pudel 1991).

Die Beratungssprache, das wesentliche Kommunikationselement der Kursleitung, wird sowohl kognitiv aufgenommen, als auch emotional bewertet. Um o.g. Anforderungen gerecht zu werden, sollte sie daher einfach, knapp, erklärend, fremdwordfrei, gegliedert, interessant und persönlich sein und die Kausalitätsbedürfnisse und Aufnahmekapazität der Klienten berücksichtigen (Diedrichsen 1990; Pudel und Westenhöfer 1998).

3.2.7.2 Themenzentrierte Interaktion

Die Themenzentrierte Interaktion nach Ruth C. Cohn ist ein Modell der Gruppenarbeit, das aus den Erkenntnissen der Psychoanalyse und den Einflüssen der Gruppentherapie entstand. Es dient dazu „Themen und Aufgaben, wie z.B. Ernährungsprobleme und die Modifikation des Verhaltens ins Zentrum der beteiligten Personen zu stellen (themenzentriert), um sie dann im Hin und Her zwischen allen Beteiligten zu bearbeiten (interaktionell).“ (Langmaack 1996, S. 1). Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in dem Erlernen und Einüben von Problemlösefähigkeiten (Stollberg 1982; Langmaack 1996; Cohn 1975).

Die TZI wird als „Lebendiges Lernen“ (Cohn 1975, S. 110) bezeichnet, ein Lernvorgang, der den ganzen Menschen umfasst, also ganzheitlich orientiert ist und die wachstumsfreundlichen und heilenden Tendenzen im Menschen anregen soll. Das Konzept bezieht sich daher auf Hilfe zur Selbsthilfe, mit dem Ziel, die Ratsuchenden dabei zu unterstützen, die Möglichkeiten der Veränderungen im „Hier und Jetzt“ selbständig zu finden (Löhmer und Standhardt 1992). Die Themenzentrierte Interaktion kann überall dort, wo Menschen miteinander in Kontakt stehen, angewendet werden. Sie unterstützt eine akzeptierende Atmosphäre, in der die Teilnehmer sich selbst und andere so wahr- und annehmen, wie sie sind, ohne falsche Aufmerksamkeiten vortäuschen zu müssen. Dies ermöglicht eine Auseinandersetzung mit eventuellen Blockierungen und anschließend eine intensivere Arbeit am eigentlichen Sachthema.

Um das notwendige gegenseitige Vertrauen und Verständnis für diese Form der Interaktion aufbringen zu können, müssen die Teilnehmer davon überzeugt sein, dass Berater und Gruppe ihnen ehrliche Aufmerksamkeit und Interesse entgegenbringen. Ruth Cohn formulierte zur Erleichterung einer partnerschaftlichen Kommunikation drei Axiome (Abb. 3-7). Dabei handelt es sich um unbeweisbare, existenzielle Grundannahmen, welche eine ethische Ausgangsbasis für humanes Handeln darstellen und somit die wesentlichen Voraussetzungen für eine pädagogisch-therapeutische Arbeit darstellen.

1. Existenziell-anthropologisches Axiom
Der Mensch ist eine psycho-biologische Einheit. Er ist auch Teil des Universums. Er ist darum autonom und interdependent. Autonomie (Eigenständigkeit) wächst mit dem Bewusstsein der Interdependenz (Allverbundenheit). Menschliche Erfahrung, Verhalten und Kommunikation unterliegen interaktionellen und universellen Gesetzen. Geschehnisse sind keine isolierten Begebenheiten, sondern bedingen einander in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.
2. Ethisch-soziales Axiom
Ehrfurcht gebührt allem Lebendigem und seinem Wachstum. Respekt vor dem Wachstum bedingt bewertende Entscheidungen. Das Humane ist wertvoll, Inhumanes ist wertbedrohend.
3. Pragmatisch-politisches Axiom
Freie Entscheidung geschieht innerhalb bedingender innerer und äußerer Grenzen. Erweiterung dieser Grenzen ist möglich. Unser Maß an Freiheit ist , wenn wir gesund, intelligent, materiell gesichert und geistig gereift sind, größer, als wenn wir krank, beschränkt oder arm sind und unter Gewalt und mangelnder Reife leiden. Bewusstsein unserer universellen Interdependenz ist die Grundlage humaner Verantwortung.

Abb. 3-7 3 Axiome der Themenzentrierten Interaktion nach Cohn 1975 (S. 120f)

Aus diesen Axiomen leitet Cohn Postulate und Hilfsregeln ab. Postulate formulieren, wie die Axiome im alltäglichen Miteinander umgesetzt werden können und ermutigen die Menschen, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen, um über sich selbst bestimmen zu können. Die Hilfsregeln sind als praktische Umsetzungsangebote aus den Axiomen und Postulaten zu verstehen und dienen einer ausgewogenen und partnerschaftlichen Kommunikation.

In den Gruppen der vorliegenden Studie wurden die Hilfsregeln als sogenannte „Gruppenregeln“ zu Kursbeginn mit den Teilnehmerinnen besprochen und an Beispielen erklärt.

Nachfolgend werden die Postulate und gängigsten Hilfsregeln zum besseren Verständnis aufgeführt (Abb. 3-8), für eine intensivere Auseinandersetzung mit diesem Thema empfiehlt sich weiterführende Literatur (Cohn 1975; Löhmer und Standhardt 1992; Langmaack 1996).

1. Postulat: Ermutigung zur Eigenverantwortlichkeit
Sei dein eigener Chairman/Chairwoman, sei die Chairperson deiner selbst. Mache dir deine innere und äußere Wirklichkeit bewusst. Benütze deine Sinne, Gefühle, gedanklichen Fähigkeiten und entscheide dich verantwortlich von deiner eigenen Perspektive her.
2. Postulat: Umgang mit Störungen
Störungen und Betroffenheit haben Vorrang. Beachte Hindernisse auf deinem Weg, deine eigenen und die von anderen; ohne ihre Lösung wird Wachstum verhindert oder erschwert. Hilfsregeln: <ul style="list-style-type: none">• Bestimme selbst, was und wann du es sagen willst• Achte auf deine Körpersignale und beobachte sie auch bei anderen• Sage offen, wenn du dich nicht auf Gespräche konzentrieren kannst• Vertritt dich selbst in deinen Aussagen: sprich per „ich“ statt „wir“ oder „man“• Sage dich selbst aus: formuliere eigene Meinungen statt Fragen• Sprich andere direkt an• Teile mit, wie andere auf dich wirken ohne zu interpretieren• Sei offen, wenn andere dir Reaktionen auf dich mitteilen• Es kann immer nur eine/r sprechen

Abb. 3-8 Postulate und Hilfsregeln zur Erleichterung und Förderung zwischenmenschlicher Kommunikation (nach Löhmer und Standhardt 1992, S. 28f und Diedrichsen 1993, S. 29f)

Dreh- und Angelpunkt der theoretischen Grundannahmen der TZI sind die vier Interaktionsfaktoren:

- ICH, das Individuum mit seinen eigenen Gedanken, Empfindungen und Wünschen
- WIR, die Gruppe, zusammengesetzt aus den einzelnen ICHs
- ES, das zu bewältigende Thema, der inhaltliche Bezugspunkt der Gruppeninteraktion (z.B. Ernährungsprobleme, Übergewicht, Bewegungsmangel)
- GLOBE, alle Umweltbedingungen und Menschen, die sich außerhalb der momentanen Gruppensituation befinden (z.B. Herkunft, soziales und kulturelles Umfeld, Erwartungen etc.).

Diese Faktoren werden symbolisch in einem „Ich-Wir-Es-Dreieck“ dargestellt (Abb. 3-9).

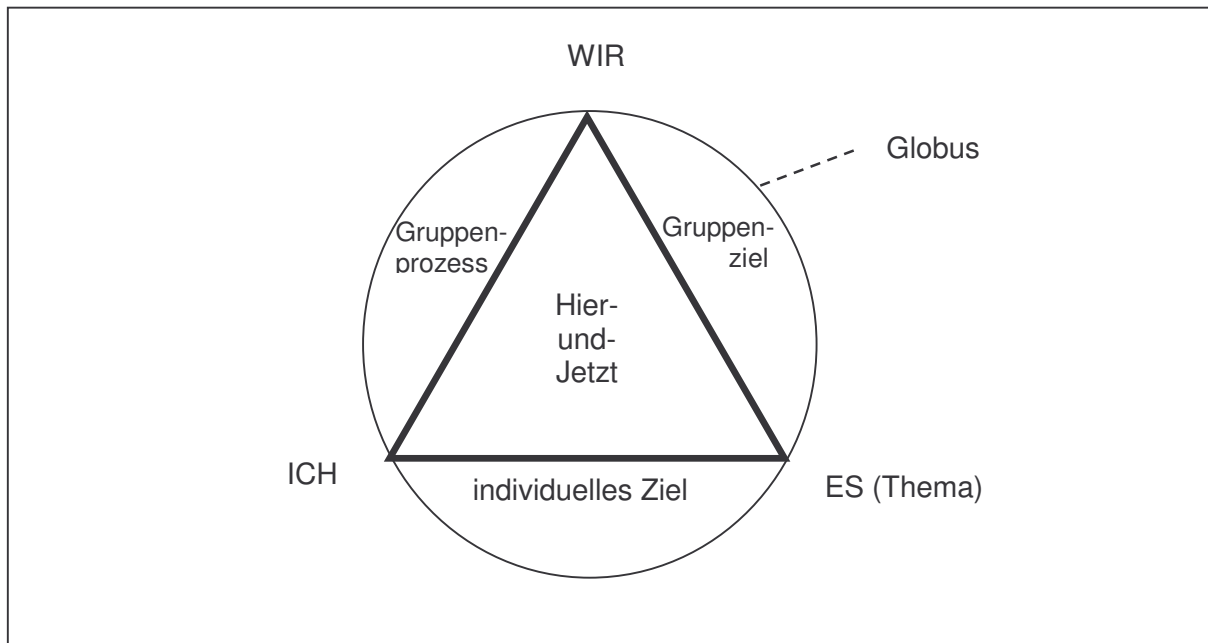


Abb. 3-9 Das Ich-Wir-Es Dreieck in der Themenzentrierten Interaktion (Diedrichsen 1993, S. 66)

Die Gruppenleitung hat eine Vermittlerfunktion zwischen den einzelnen Punkten des Dreiecks, d.h. ihre Aufgabe ist es, für ein möglichst ausgeglichenes Verhältnis zwischen Thema (ES), Teilnehmerin (ICH) und Gruppe (WIR) zu sorgen. Eine vollkommene Balance wird wohl kaum erreicht werden können, beachtet die Leitung aber o.g. Postulate, ist sie Chairperson sowohl ihrer selbst als auch der Gruppe und bedient sich der Hilfsregeln zur Handlungsorientierung, so kann eine durchaus ausgewogene Balance entstehen (vgl. Cohn 1975; Löhmer und Standhardt 1992).

Nachfolgend ein Beispiel aus den Gruppen der vorliegenden Studie, welches die Handlungsmöglichkeiten der Gruppenleitung verdeutlicht:

Während der Vorstellung des Fettgehaltes von Lebensmitteln wird ein Teil der Gruppe immer leiser, stellt keine Fragen mehr, wirkt irgendwie bedrückt und unsicher. Die Kursleitung beendet das Thema (ES) und fragt nach den Erfahrungen einzelner Teilnehmerinnen (ICH). So stellt sich heraus, dass dieser theoretische Teil einige Teilnehmerinnen frustriert, da sie eine große Einschränkung in ihren Handlungsmöglichkeiten befürchten. Anschließend bekommt die Gruppe (WIR) die Aufgabe, sinnvolle Alternativen und deren Einsatzmöglichkeiten zu sammeln.

Das im Mittelpunkt der Gruppenarbeit stehende Thema (ES) muss den Anliegen und Bedürfnissen der Teilnehmer (ICH) gerecht werden, für sie relevante GLOBEaspekte (GLOBE) aufgreifen bzw. berücksichtigen, die Gruppeninteraktion zur Bildung eines Wir-Gefühls (WIR) unterstützen und darf dabei den o.g. TZI-Axiomen nicht widersprechen (Cohn 1975; Diedrichsen 1993).

Der Titel des Themas sollte positiv formuliert sein, da er ein suggestives Element darstellt und die Teilnehmer bereits mit einer positiven Haltung an die Gruppenarbeit heranführt.

Der Titel des vorliegenden Gruppenprogramms berücksichtigt Aspekte der Themenformulierung nach TZI. „Fit und gesund mit einem trainierten Körper und entspannten Geist“ ist kurz und klar formuliert, spricht die Zielgruppe der Fitness-Studios an, lässt Raum für freie Einfälle, Gedanken und Bilder, beachtet die Sprachgewohnheiten der Teilnehmerinnen, verstößt gegen keine Wertaxiome und hat einen positiven Aufforderungscharakter (vgl. Löhmer und Standhardt 1992).

3.2.7.3 Verhaltenstherapeutische Ansätze

Die verhaltenstherapeutische Orientierung innerhalb ambulanter Gruppenprogramme hat sich als eine erfolgreiche Methode im Hinblick auf die Gewichtsreduktion erwiesen (Fiedler 1996; Liebermann 1977; Schoberberger 1989; Kornexl et al. 1983; Hayaki und Brownell 1996; Stunkard 1978).

Eine einheitliche Definition von Verhaltenstherapie liegt in der einschlägigen Literatur nicht vor, da es die Verhaltenstherapie nicht gibt, sondern viele, teilweise sich deutlich unterscheidende verhaltenstherapeutische Methoden und Techniken (Kanfer et al. 1996; Linden und Hautzinger 1993; Leibing und Rüter 1994). Ähnlich verhält es sich mit der Verhaltensmodifikation. Nach Jaeggi (1992) wird bei der Behandlung von pathologisch geltendem Verhalten von Verhaltenstherapie und bei unerwünschtem, aber nicht unbedingt pathologischem Verhalten von Verhaltensmodifikation gesprochen. An anderer Stelle wird die Verhaltensmodifikation als eine Maßnahme mit starker externer Kontrolle innerhalb der Verhaltenstherapie bezeichnet (Wadden 1993; Kanfer et al. 1996), dann wiederum als ihr Überbegriff (vgl. Hartig 1975). Oft werden beide Begriffe jedoch synonym verwendet (Hartig 1975; Hornstein et al. 1975). Im folgenden wird im Sinne einer besseren Übersichtlichkeit der Begriff der Verhaltenstherapie verwendet.

Verhalten als solches kann als „jede physische Aktivität eines lebenden Organismus, die beobachtet oder gemessen werden kann“ (Diedrichsen 1996, S. 136) definiert werden. Es wird von Erleben, als seelische Bewusstseinsvorgänge, wie Denken, Wollen und Fühlen, abgegrenzt.

Lerntheorie

Die Verhaltenstherapie basiert auf den Erkenntnissen der Lerntheorie. Sie besagt, dass jedes menschliche Verhalten erlernt wurde und somit auch wieder ver-, um- oder neugelernt werden kann.

Lernen ist ein Erfahrungserwerb, auf die Ernährung bezogen bedeutet Lernen eine „Entstehung oder Änderung von Ernährungsverhalten durch Auseinandersetzung mit der Umwelt.“ (Diedrichsen 1996, S. 136).

Ausgehend von Pawlows Entdeckung des bedingten Reflexes (ein Reiz bedingt einen nachfolgenden Reflex) entwickelten amerikanische Behavioristen das Reiz (**Stimulus** = S) - **Reaktionen** (R) - Schema, welches auf auslösende Bedingungen der Umwelt basiert und psychologische Bewusstseins-elemente ablehnte (vgl. Schorr 1984; Hendrichs 1987; Leibing und Rüter 1994).

Reiz - Reaktions - Schema: **S - R**

Für sie war das der wissenschaftlichen Untersuchung zugängliche beobachtbare Verhalten, nicht das Bewusstsein der zentrale Forschungsgegenstand der Psychologie. Abnormes Verhalten wurde als abnorme Gewohnheiten definiert, d.h. als erlernte oder verlernte Reflexe, welche in einem Prozess der Erziehung und Neuerziehung therapiert werden konnten. Dieses Verständnis ließ jedoch die Fähigkeit des Menschen zur Selbstreflektion, Lenkung des eigenen Verhaltens und Veränderung bestimmter Umwelteinflüsse außer acht.

Spätere Vertreter des Behaviorismus, die Neobehavioristen, erkannten den Menschen als reflexives und aktives Wesen, das in seinem Verhalten von sog. intervenierenden Variablen (Konstrukte) bestimmt wird. Sie gingen davon aus, dass Verhalten durch seine unmittelbare Konsequenzen kontrolliert wird, d.h. wird es belohnt, erfolgt es weiter, wird es bestraft, wird es unterlassen, erfolgt keine Wirkung, wird es nach einiger Zeit auch unterlassen (Bandura 1979). Das Reiz - Reaktions - Schema wurde infolge dessen erst um die Einheit **Organismus (O)** auf

S - O - R

und später um **Konsequenz (K)** und **Kontingenzverhältnis (KV)** auf

S - O - R - KV - K

erweitert (s. Abb. 3-10).

Konsequenzen können positiv (Belohnung) sein und damit Verhalten fördern oder negativ (Bestrafung) und damit Verhalten unterdrücken.

Es können 3 Arten von positiven und negativen Verstärkern unterschieden werden (vgl. Kanfer 1975): soziale (Lob, Zuwendung, Aufmerksamkeit, etc. und deren negatives Pendant) und materielle Verstärker (Süßigkeiten, Gutscheine etc. bekommen oder auch entziehen), sowie positiv bzw. negativ verstärkende Aktivitäten (ermöglichen bzw. verbieten einer attraktiven Tätigkeit).

Das Kontingenzverhältnis stellt eine Spezifizierung des Verhältnisses zwischen R und K, wie z.B. mit welcher Häufigkeit und in welcher zeitlichen Aufeinanderfolge eine bestimmte Reaktion eine bestimmte Konsequenz zur Folge hat, dar (vgl. Schorr 1984; Hendrichs 1987; Hartig 1975).

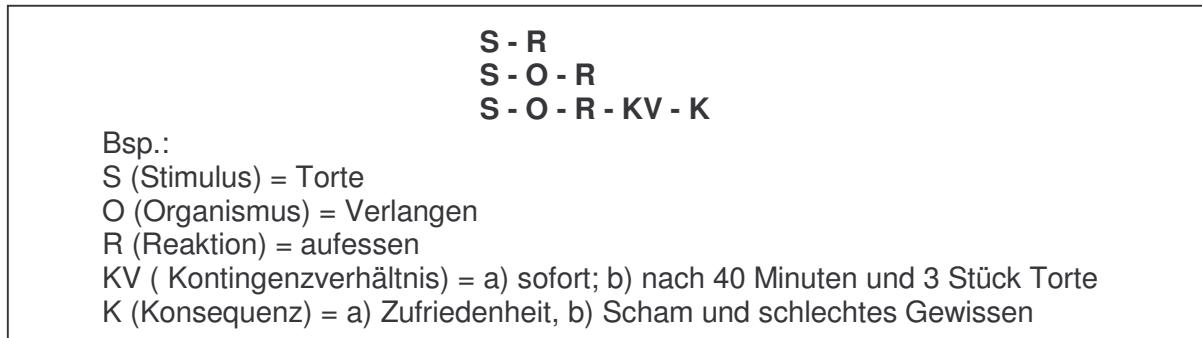


Abb. 3-10 Reiz - Reaktions - Schema im Wandel der Lerntheorie (eigene Darstellung)

Diese Gleichungen sind eine künstliche Darstellung des Verhaltens. In der Realität handelt es sich um eine Aneinanderreihung verschiedener solcher Verhaltenssequenzen, mit vielen weiteren Faktoren von Seiten des Menschen und seiner Umwelt, die sich gegenseitig determinieren (vgl. Hartig 1975; Bandura 1979).

Handlungsebenen der modernen Verhaltenstherapie

Um ihr Ziel der dauerhaften Verhaltensänderung zu erreichen, bedient sich die moderne Verhaltenstherapie einer komplexen Vorgehensweise auf drei Ebenen der sozialen Beeinflussung (vgl. Diedrichsen 1996).

Auf der **kognitiven Ebene** bedeutet dies die Informationsvermittlung. Sie ist eine Voraussetzung für die Einsicht in Zusammenhänge und die rationale Auseinandersetzung mit dem vorliegenden Problem. Liegt ein Informationsmangel vor, so kann dies als Stressor wirken. Die Klienten versuchen dieses Defizit durch andere, evtl. auch unqualifizierte Quellen auszugleichen. Ausreichende Informationsvermittlung hingegen nimmt Ängste, steigert das Vertrauen in die Behandlung und vergrößert die Wirksamkeit einer Maßnahme, indem sie die Voraussetzung einer aktiven und eigenverantwortlichen Beteiligung der Klienten an der jeweiligen Maßnahme fördert (Fiedler 1996). Die Information z.B. über Ursachen, Entstehung, Verlauf und Prognosen gewisser Probleme oder Störungen macht diese dann auch wirklich zum zentralen Thema der Therapie. Die Betroffenen werden zu Experten ihres Problems und geschult sich selbst zu managen (Fiedler 1996). Ferner erhöht sie die Wahlmöglichkeiten der Klienten und damit ihre individuelle Freiheit (Bandura 1976). Die Informationsvermittlung sollte auf wesentliche, der Therapie dienliche Themen beschränkt sein und die Klienten nicht überfordern. Für sich allein ist sie nicht wirksam, da bekanntlich eine kognitive Dissonanz zwischen dem Wissen um z.B. eine gesunde Ernährung und dem entsprechenden Verhalten besteht (vgl. Leonhäuser 1999).

Des Weiteren werden die Klienten auf der **emotionalen Ebene** angesprochen. Durch intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik, z.B. in Form von Beobachtung und Gesprächen können sie sich selbst erfahren. Bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Belastungen führen zu einer emotionalen Betroffenheit, welche am ehesten eine Einstellungsänderung bzw. gesundheitliches Handeln bewirken kann (vgl. Diedrichsen 1996; Leonhäuser 1999).

Auf der **aktionalen Ebene** setzen die Klienten die Informationen und neuen Verhaltensintentionen durch schrittweise Einübung von Alternativen innerhalb eines Verhaltenstrainings um. Zu viele Ziele ohne handlungsrelevante Maßnahmen tragen oft zum Misserfolg in der Ernährungsberatung bei (Pudel 1991; Pudel und Westenhöfer 1993). Besonders die Gruppenberatung bietet vielseitige Möglichkeiten der Umsetzung von Zielen und Vorhaben in konkrete Handlungen in einem sicheren sozialen Umfeld (s. Kap. 3.2.6.1).

Methoden der Verhaltenstherapie

Basierend auf den Erkenntnissen der Behavioristen und späteren kognitiven Lerntheorien wurden verschiedene Techniken der modernen Verhaltenstherapie entwickelt. Sie können in Techniken der Fremd- und Selbstkontrollmethoden unterschieden werden (Abb. 3-11). Bei den Selbstkontrollverfahren sollen die Betroffenen immer mehr Eigenverantwortlichkeit übernehmen, während bei der Fremdkontrolle die Hauptfunktion des therapeutischen Geschehens (beobachten, analysieren, etc.) auf andere Personen, wie z.B. die Therapeutin / den Therapeuten übertragen wird (Gromus et al. 1985; Hartig 1975).

Fremdkontrollverfahren
<ul style="list-style-type: none">• Aversionstherapie• operante Techniken• verdeckte Sensibilisierung• Koverantenkontrolle (Premack-Prinzip)• systematische Desensibilisierung
Selbstkontrollverfahren
<ul style="list-style-type: none">• Selbstbeobachtung• Selbstbewertung• Selbstverstärkung

Abb. 3-11 Techniken der Verhaltenstherapie

Der augenblickliche Forschungsstand bezüglich verhaltenstherapeutischer Behandlungsansätze der Adipositas spricht für eine Überlegenheit der Selbstkontrolltechniken, insbesondere im Rahmen der ambulanten Behandlung (Stunkard 1978).

Selbstkontrolle

Die Selbstkontrolle ist ein Spezialfall der Selbstregulation, „ein Prozess, in dessen Verlauf Menschen ihr eigenes Verhalten fördern und beibehalten“ (Bandura 1979, S. 133). Sie wird

teilweise auch als Selbstmanagement bezeichnet (vgl. Kanfer 1977; Fliegel et al. 1989) und im folgenden an einem Beispiel aus der vorliegenden Studie erläutert.

Im Falle der **Selbstkontrolle** befindet sich der Mensch in einem Konflikt zwischen unmittelbar angenehmen und auf lange Sicht negativen Konsequenzen bzw. umgekehrt (Hartig 1975; Ferstl et al. 1978).

Dieser Konflikt wird durch die erste Stufe des Selbstkontrollprozesses, der Selbstbeobachtung entdeckt. Sie allein kann oft schon zu Erfolgen führen, z.B. zu einem besseren Ernährungsverhalten durch das Führen eines Ernährungsprotokolls (Pudel und Westenhöfer 1998; Ellrott 1999). Als Grund hierfür wird zum einen die Feedback Funktion der gesammelten Informationen, welche in einen inneren Bewertungsprozess führen, genannt. Zum anderen handelt es sich auch um ein operantes Modell, in dem das Aufschreiben negativen Verhaltens einer Bestrafung und positiven Verhaltens einer Belohnung gleichkommt (Fliegel et al. 1989).

Beispiel: Eine Teilnehmerin nimmt plötzlich wieder etwas an Gewicht und Körperfettanteil zu, obwohl sie ihr „*neues Ernährungsverhalten*“ (Zitat der TN) beibehält und fast täglich Sport treibt. Im Rahmen eines 7-tägigen Ernährungs- und Bewegungsprotokolls und direkter Auswertung mit Hilfe ihrer Ernährungstabelle stellt sie mit Schrecken fest, dass sie sich nicht „*nur hin und wieder nach dem Sport mal eine Apfelweinschorle*“ (Zitat der TN) gönnt, sondern mehrere Gläser über den Tag verteilt trinkt. Dies führt addiert zu einem erheblichen Mehrkonsum an Alkohol und Kalorien.

Das Ergebnis der anschließenden **Selbstbewertung** hängt stark von den sozio-kulturellen Einflüssen des Menschen ab, was also seine Umwelt für richtig oder falsch hält. Einen starken Einfluss auf die Änderung des Verhaltens hat eine Übereinstimmung von äußeren (Umwelt) und inneren (Individuum) Wertesystemen. Auch eine vorab festgelegte genaue Definition von unerwünschtem Verhalten oder Festlegung von gewissen Verhaltenstandards kann bereits zu Veränderungen führen (vgl. Ferstl et al. 1978; Bandura 1979; Fliegel et al. 1989).

Beispiel: Die Teilnehmerin ist „*geschockt*“ über ihren Alkoholkonsum und diskutiert dies mit der Gruppe. Ihr Mann findet ihre Reaktion übertrieben, „*wenigstens das kannst du dir ja gönnen*“ (Zitat der TN). Die Gruppe hingegen bestätigt die Reaktion der Teilnehmerin, sie findet es sehr schade, dass durch den Alkoholkonsum die Wirkung ihrer sportlichen Aktivität und die bisherigen Erfolge zunichte gemacht werden und erinnert sie an den Zusammenhang von Alkohol und Fettverbrennung.

Die **Selbstverstärkung** ist die der Handlung folgende selbst geschaffene Konsequenz (Belohnung oder Bestrafung). Sie übt den größten Einfluss auf das Verhalten aus, wenn sie mit den aus der Umwelt kommenden Konsequenzen übereinstimmen (Bandura 1976). Von einer inneren Konsequenz wird z.B. bei Freude oder Schamgefühl gesprochen. Sie unterstützt eine äußere Konsequenz, nutzt sich aber schnell ab. Daher sollte der Entschluss für z.B. eine Belohnung frühzeitig und erfolgreich gefasst werden, um die emotionale Komponente bei voller Stärke zu halten (Premack 1975). Vielen Menschen bereitet die Selbstbelohnung Probleme, die eigene positive Bewertung fällt schwer und oft wird eine Aufgabe bagatellisiert, da nur das oberste Ziel als belohnungswürdig gilt (Ferstl 1980).

Beispiel: Die Teilnehmerin nimmt sich vor, direkt nach dem Sport nur noch Fruchtsaftschorle zu trinken und die Apfelweinschorle hin und wieder an geselligen Abenden in Maßen zu genießen. An späteren Treffen ist sie stolz darauf, ihre vorherigen Werte in Bezug auf Gewicht und Körperfettanteil wieder erreicht zu haben und genießt das Lob der Gruppe, sieht jedoch keinen Grund darin, sich selbst für ihr konsequentes Verhalten zu belohnen, „*dass ich abnehme und wieder meine Werte habe, ist doch Belohnung genug!*“ (Zitat der TN).

Da die Anfangsphase in jedem Selbstkontrollprogramm die größte Hürde darstellt, ist das schnelle Erlernen positiver Selbstverstärkungen besonders wichtig (Kanfer 1975).

3.2.8 Ablauf verhaltenstherapeutischer Gewichtsreduktionsprogramme

Ernährungs- und Bewegungsverhalten wird individuell gelernt und kann demzufolge auch über gezielte Prozesse und Interventionen sukzessive verändert werden. Hierbei sind physiologische, psychologische, kulturelle und soziale Belange des Einzelnen zu berücksichtigen.

Die Hauptziele verhaltenstherapeutisch orientierter Programme für Adipositas sind die Reduktion des Übergewichts und der Aufbau einer gesundheitsfördernden Verhaltensweise (Spies und Kröger 1996).

Mit Hilfe verhaltenstherapeutischer Ansätze soll eine Kontrolle und Beeinflussung der dem Essen unmittelbar vorausgehenden Stimuli, des eigentlichen Essverhaltens und des Verhaltens direkt nach dem Essen erreicht werden. Die vielseitigen Elemente der Ansätze der Selbstkontrolle und kognitiven Therapie in Verbindung mit praktischen Beispielen aus dem vorliegenden Gruppenberatungsprogramm sind in Tab. 3-1 aufgeführt (vgl. Hartig 1975; Gromus 1981; Pudiel und Westenhöfer 1989; Ferstl et al. 1978; Ellrott 1999).

Tab. 3-1 Elemente verhaltenstherapeutischer Ansätze

Elemente verhaltenstherapeutischer Ansätze	Beispiele der praktischen Umsetzung
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeobachtung • Stimuluskontrolle • Kognitives Strukturieren • Selbstverstärkungstechniken • Vermittlung von Informationen • Flexible Verhaltenskontrolle • Soziale Unterstützung • Physische Aktivität • Stressmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungs- und Bewegungsprotokolle • Beeinflussung des Vorhandenseins und der Erreichbarkeit von Speisen, Vermeidung „riskanter“ Situationen • Formulieren von realistischen Verhaltensregeln und Normen • direkte Belohnung positiven Verhaltens (z.B. Entspannungsbad) • Funktion und Vorkommen von Fett und Kohlenhydrate; Zusammenhang zwischen Sport und Fettverbrennung • Keine Speisen sind verboten, Einschränkungen nur in Bezug auf Verzehrsmenge und -häufigkeit • Partner kauft bestimmte Lebensmittel nicht mehr ein bzw. verzehrt sie nicht vor der Teilnehmerin • Gemeinsames Ausdauertraining, individuelles Muskelkräftigungstraining • Selbstbehauptung, Üben von freiem Reden, Entspannungstraining

Die Klienten sollen im Laufe der Therapie dazu in der Lage sein, ihr eigenes Essverhalten z.B. mit Ernährungsprotokollen (vgl. Benninghoven 1997) zu beobachten (Selbstbeobachtung), dieses zu analysieren (Selbstanalyse) und zu bewerten (Selbstbewertung), um anschließend eigene neue Verhaltensregeln und Ziele festlegen zu können. Sie schaffen sich selbst wirkungsvolle Belohnungen (Selbstverstärkung), suchen Unterstützung bei der Umwelt und finden flexible Handlungsalternativen, z.B. Reis statt Pommes Frites bzw. definieren Handlungsspielräume, z.B. statt 3 Tafeln nur noch 1-2 Tafeln Schokolade pro Woche (sog. flexible Verhaltenskontrolle) (vgl. Ferstl et al. 1978; Gromus 1981; Holli 1988; Ellrott und Pudiel 1998).

Die Aufgaben der Berater bestehen darin, zu motivieren, anfängliche Verstärker bzw. Belohnungsalternativen anzubieten, Verhaltenstechniken zu vermitteln und zu trainieren. Dabei sollte sie immer wieder verdeutlichen, dass die eigentliche Verantwortung bei der Einleitung und Aufrechterhaltung der Verhaltensänderung bei den Klienten selbst liegt und

sie somit deren aktive Mitarbeit erwartet (Kanfer und Goldstein 1977; Holli 1988; Rollnick 1996). Das Bewusstwerden des willentlichen Handelns ist dabei ein wichtiger und unmittelbarer Erfolg und dient der Motivation auch in den Phasen der Gewichtsstagnation. Um die Freude an der eigenen Selbstbeherrschung nicht zu gefährden, sollten nur wenige Verhaltensregeln, die sich auch als erfolgreich erwiesen haben, aufgestellt werden (Wolf 1989).

Bandura (1979), ein Vertreter der sozial-kognitiven Lerntheorie, unterscheidet in seiner Selbstwirksamkeitstheorie (self-efficacy-theory), einem Modell zum Gesundheitsverhalten, eine Ergebnis- und eine Leistungseffizienzerwartung (Abb. 3-12). Er definiert Leistungseffizienzerwartung als „die Überzeugung, dass man jenes Verhalten erfolgreich ausführen könne, das die Voraussetzung der angezielten Ergebnisse ist.“ (S. 85). Obwohl eine Person davon überzeugt sein kann, dass eine gewisse Handlung zu einem bestimmten Ergebnis führt (Ergebniserwartung), kann sie möglicherweise aber daran zweifeln, dass sie selbst in der Lage ist, diese Handlung auszuführen (Leistungseffizienzerwartung). Dies könnte auch ein Erklärungsmodell für das Phänomen der **kognitiven Dissonanz** sein. Seiner Meinung nach hängt es von der Überzeugung in die eigene Leistungsfähigkeit ab, ob Menschen überhaupt versuchen, schwierige Situationen zu bewältigen.

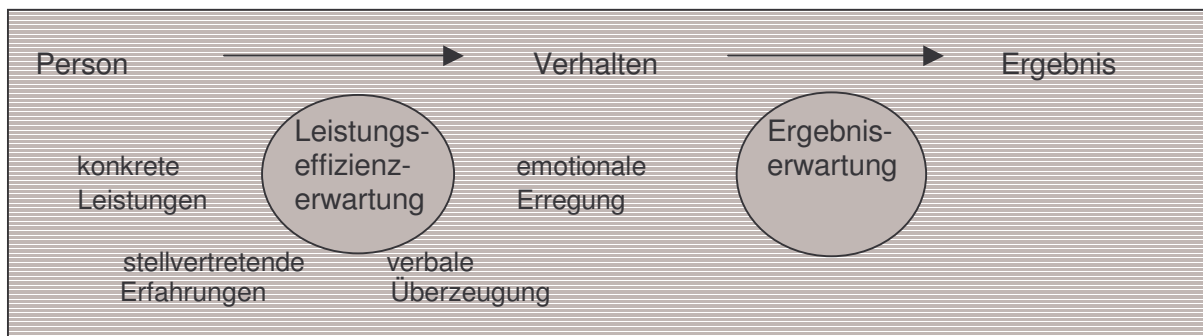


Abb. 3-12 Leistungseffizienzerwartung und Ergebnis-erwartung (modifiziert nach Bandura 1979, S. 86)

Faktoren, die einen Einfluss auf die Leistungseffizienzerwartung ausüben, sind in Abb. 3-12 dargestellt. Aus ihnen ergeben sich für die psychologische Therapie verschiedene Beeinflussungsmöglichkeiten. Aber auch für verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenprogramme zur Gewichtsreduktion lassen sich Handlungsmethoden wie folgt ableiten:

Konkrete Leistungen

Direkte Erfolge stärken den Glauben an die eigene Leistungsfähigkeit am stärksten. Konkrete Leistungen können in Form von Einzel- oder Gruppenübungen oder Rollenspielen in der vertrauten Umgebung der Gruppe umgesetzt werden, z.B. Aufstellen eines Tagesernährungsplans, sportliche Übungen, „heikle“ Gespräche etc..

Stellvertretende Erfahrungen

Positive Erfahrungen anderer Teilnehmer - je mehr, desto besser - und ihre konkreten Handlungen dienen als Modell für das eigene Verhalten, nach dem Motto: Was andere geschafft haben, kann für mich auch nicht zu schwer sein. Bereits erfolgreiche ehemalige Absolventen eines Programms können z.B. als Co-Berater in der Kursstunde oder in Form eines externen Mentors die Kursleitung unterstützen (vgl. Holli 1988; Perry 1993).

Verbale Überzeugung

Eine hohe Leistungseffizienzerwartung durch Überredung von außen kann rasch wieder gelöscht werden, wenn keine positive Erfahrung folgt. Daher können Selbstinstruierung und Suggestion eher als unterstützende Methoden eingesetzt werden.

Emotionale Erregung

Emotionale Erregungen, wie Spannung und Stressanfälligkeit können die Leistungseffizienzerwartung in bestimmten Situationen negativ beeinflussen. Entspannende Atem- und Muskelrelaxationsübungen dienen einer erhöhten Kontrolle über Erregungszustände.

Nach dem Health Belief Modell (HBM) von Irwin Rosenstock und Godfrey Hochbaum, dem ältesten Modell zum Gesundheitsverhalten, hängt eine Verhaltensänderung stark von den subjektiven Annahmen der Betroffenen über Entstehung, Verlauf und Veränderbarkeit ihres Gesundheitszustands ab. Je nachdem, wie stark der Glaube an Ihre persönlichen Einflussmöglichkeiten ist, werden sie in der Lage sein, aktiv die entsprechende Problemlösung anzugehen. Sind sie davon überzeugt, dass ihre Probleme und Situationen durch äußere Einflüsse und ohne ihr Zutun entstanden sind, so werden sie keinen Sinn darin sehen, selbst aktiv zu handeln (Becker 1974).

Das Wissen um die Anfälligkeit für eine Störung, der Glaube an die Effektivität einer Behandlung und die wahrgenommene eigene Fähigkeit der aktiven Umweltbeeinflussung sind eine wichtige Voraussetzung für den Erwerb von Selbstkontrolle (vgl. Diedrichsen 1997; Pudiel und Westenhöfer 1998).

Das Training der Selbstsicherheit ist ein Ansatz innerhalb der Verhaltenstherapie, mit dessen Hilfe die soziale Interaktion der Betroffenen verbessert werden soll (Reinecker 1986a). Soziale Ängste, wie die Angst zu verletzen oder verletzt zu werden, stehen bestimmten sozialen Fähigkeiten, wie z.B. „nein“ zu sagen oder Bitten und Wünsche zu äußern, entgegen. Fähigkeiten dieser Art sind jedoch wichtig, um den eigenen Verhaltensspielraum zu erweitern und aktiv auf die eigene Umwelt einwirken zu können (vgl. Reinecker 1986a; Meichenbaum 1979). Das Selbstsicherheitstraining dient dazu, unmittelbar die Stimmung anzuheben und zu anhaltender Stimmungsverbesserung zu führen. Indem die Betroffenen dazu angehalten werden, positiv zu berichten, ihre Stärken aufzuschreiben und darin auch Unterstützung durch Berater und Gruppe in Form von Lob, Anerkennung und Hilfestellung erhalten, wird ihre positive Selbstbewertung gesteigert (Zimmer 1993).

Zu den Techniken eines Selbstsicherheitstrainings zählen

- **Selbstinstruktion:** Selbstanalyse bestimmter Verhaltensweisen und des inneren Dialogs vor, während und nach diesem Verhalten; Erlernen eines Bewältigungsverhaltens (Meichenbaum 1979; vgl. auch Premack 1975; Hammon 1994)
- **Gedankenstop:** Negative Gedankengänge unterbrechen und durch positive ersetzen (Holli 1988; Fliegel et al. 1989; Tryon 1993)
- **Idealisierung des Selbstbildes:** Entspannen, ideales Selbstbild vorstellen, damit identifizieren (Hautzinger 1993)
- **Selbstbehauptung:** Gezielter Gebrauch des Pronomens „Ich“, Anerkennung der eigenen Leistungen und Annahme von Lob und Zustimmung durch andere, Selbstlob (Reinecker 1986a)

und andere mehr.

Die meisten Autoren empfehlen das Selbstsicherheitstraining in Form von Gruppenprogrammen (Meichenbaum 1979; Reinecker 1986a; Fliegel et al. 1989; Hammon 1994). Zum einen bietet die Erkenntnis, dass andere von gleichen Gedanken und Empfindungen betroffen sind, einen zusätzlichen Anreiz für die Selbstforschung und Selbstoffenbarung und zum anderen können die Gruppenmitglieder die Vielfalt von Situationen, in denen sie ähnliche Selbstaussagen und Vorstellungen hervorbringen, untersuchen (Meichenbaum 1979).

Die Vorteile verhaltenstherapeutisch orientierter Beratungsprogramme für Gruppen sind nachfolgend zusammengefasst (Kanfer und Karoly 1975; Bandura 1976; Meichenbaum 1979; Schoberberg 1989; Boland 1993; Diedrichsen 1993; Fiedler 1996):

- Anregungs- und Feedbackfunktion der Gruppe
- Steigerung der Kreativität durch wechselseitige Suche nach Antworten und Alternativen
- verbessertes Verständnis sozialer Probleme
- verbesserte Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Öffentlichkeits- und Verpflichtungscharakter der Gruppe
- unterschiedliche wechselseitige Modellwirkungen der Teilnehmer bei der Bewältigung persönlicher Schwierigkeiten
- Rückfallvermeidung und Transfersicherung durch die Bearbeitung zwischenmenschlicher Probleme und Konflikte
- Kräfteaddition durch z.B. Kompatibilität externer (Gruppe) und selbstgeschaffener Konsequenzen
- Erweiterung der Fähigkeiten durch Modelllernen
- Erhöhung der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit.

3.3 Sport

Ein weiteres wichtiges Element der Gesundheitsberatung und vieler Gewichtsreduktionskonzepte ist die körperliche Aktivität. Von der alltäglichen Bewegung kann die sportliche Betätigung durch ihre Strukturelemente Ziele, Motive, Sinn, Inhalte, Verlauf und Ergebnisse unterschieden werden (Brackhane 1982). Nach Brackhane ist sie ein aktives, bewusstes, organisiertes und zielgerichtetes Tun, das im Rahmen von Handlungen verwirklicht wird. Funktional ist der Sport irgendwo zwischen Spiel und Arbeit anzusiedeln (Kleine 1990).

Im Allgemeinen wird zwischen Freizeit- und Leistungssport unterschieden. Während Freizeitsport, auch Breitensport genannt, „die schönste Nebensache der Welt“ sein kann, gliedert sich Leistungssport, je nach Trainingsumfang, -intensität und -ziel nochmals in Leistungs-, Hochleistungs- und Spitzensport (Brackhane 1982, S. 21).

Die Gründe für eine sportliche Betätigung können vielschichtig sein (Brackhane 1982):

- Gemeinschaftsgefühl
- Erleben der eigenen Wichtigkeit
- Fähigkeit zu Spitzenleistungen
- Freude an Reisen und Wettkämpfen
- Gesundheit und Leistung
- Ausgleichsgesichtspunkte.

Seit ca. 1980 wird insbesondere von Sportmedizinern und Sportsoziologen die Erwartung von Gesundheit und Gesunderhaltung durch Sport verstärkt in den Vordergrund gerückt. Die im Bereich der Herz-Kreislauf-Forschung gemachten positiven Erfahrungen mit Sport in der Prävention und Rehabilitation werden verstärkt im sogenannten Gesundheitssport umgesetzt (Kleine 1990; Rost 1995). Eine einheitliche Definition, sowie ausreichende valide Forschungsergebnisse des Gesundheitssports liegen noch nicht vor (Kleine 1990).

3.3.1 Wirkung des Sports

Sport kann auf drei Ebenen ausgleichend und fördernd wirken: sozial, psychisch und physisch. Er vollzieht sich fast immer im sozialen Kontext und bietet somit Interaktionsformen, die einer sozialen Isolation entgegenwirken, ein Phänomen, welches insbesondere für ältere Menschen nicht unterschätzt werden darf (vgl. Abele et al. 1991; Baumann 1992; Bös et al. 1992). Zahlreiche Studien weisen auf einen positiven Effekt des Sports auf das psychische Wohlbefinden einer Person hin. Insbesondere die Stimmung, das Selbstkonzept und Arbeitsverhalten sollen verbessert werden (Folkins und Sime 1981; Hughes 1984; Taylor et al. 1985; Rumpel et al. 1994).

Im Rahmen der „somatopsychischen Theorie“ führen Folkins und Sime (1981) diese psychischen Veränderungen auf physiologische Anpassungserscheinungen zurück, die sowohl während als auch im Anschluss an die physische Belastung zu beobachten sind.

Zum anderen bietet Sport einen guten Ausgleich zur Arbeitswelt. Werden zum Beispiel kognitive und/oder mentale Leistungsfähigkeiten mit den an eine Person gestellten Anforderungen nicht genutzt, so führt dies u.U. zu einer Anhäufung von Energie, die am besten mit sportlichen Aktivitäten abgebaut werden kann (Allmer und Niehues 1989).

Sport wirkt ferner Bewegungsmangel entgegen und bedingt Stoffwechselreaktionen, die sich positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit auswirken können (Bös et al. 1992). Die wichtigsten Wirkungen des Sports sind in Abb. 3-13 dargestellt:

Physische Auswirkungen
<ul style="list-style-type: none">• Durch Ausdauersport (Bös et al. 1992; Rost 1995) Veränderung metabolischer Parameter wie<ul style="list-style-type: none">• Senkung des Ruhepulses und des systolischen Blutdrucks (Hirzel 1986)• Verbesserung der Blutfettwerte (Berg et al., 1996a; Ryan et al. 2000)• Senkung des Herzinfarktrisikos (Birgel und Hauner 1998)• durch Koordinationstraining Verbesserung von Körperbeherrschung und Gleichgewichtsfähigkeit (Bös et al. 1992)• positive funktionelle Veränderungen am Bewegungsapparat (Bös et al. 1992)
Psychische Auswirkungen
<ul style="list-style-type: none">• Persönlichkeits- und Stimmungsänderungen wie<ul style="list-style-type: none">• weniger psychovegetative Störungen (z.B. Kopfschmerzen) (Schneider und Bäuml 1986; Hirzel 1986)• erhöhte emotionale Stabilität und Vertrauen in die Zukunft (Schneider und Bäuml 1986)• größere Zufriedenheit und seelische Ausgeglichenheit (Deutscher Sportbund 1986)• Körpererfahrung => Entwicklung eines positiven „Selbstkonzeptes“ (Baumann 1992; Bös et al. 1992)• Verbesserung objektiver Konditionsparameter (höhere Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit) (Hirzel 1986; Deutscher Sportbund 1986)• Erhöhung der Kompetenz des Individuums in Fragen gesunder Lebensführung und somit die Emanzipation des Individuums im Sinne der Gesundheitsförderung (Bös et al. 1992)• Vermittlung von Freude und Spaß (Bös et al. 1992)• evtl. Beitrag zur Stressbewältigung (Bös et al. 1992)
soziale Auswirkungen
<ul style="list-style-type: none">• positive Interaktionen (vgl. Abele et al. 1991; Baumann 1992; Bös et al. 1992)• erhöhte soziale Unbekümmertheit (Schneider und Bäuml 1986)• Verbesserung der sozialen Situation durch Geselligkeit, Gemeinsamkeit, Kommunikation, Kooperation, sozialen Austausch, soziale Integration in eine Gruppe (Baumann 1992)• Verbesserung der Alltagskompetenz (Baumann 1992)

Abb. 3-13 Wirkungen des Sports

Den Zusammenhang der positiven Effekte sportlicher Aktivität auf die Lebensgestaltung und den Lebensstil, insbesondere auch im Alter, stellt Hackfort (1992) in Abb. 3-14 anschaulich dar.

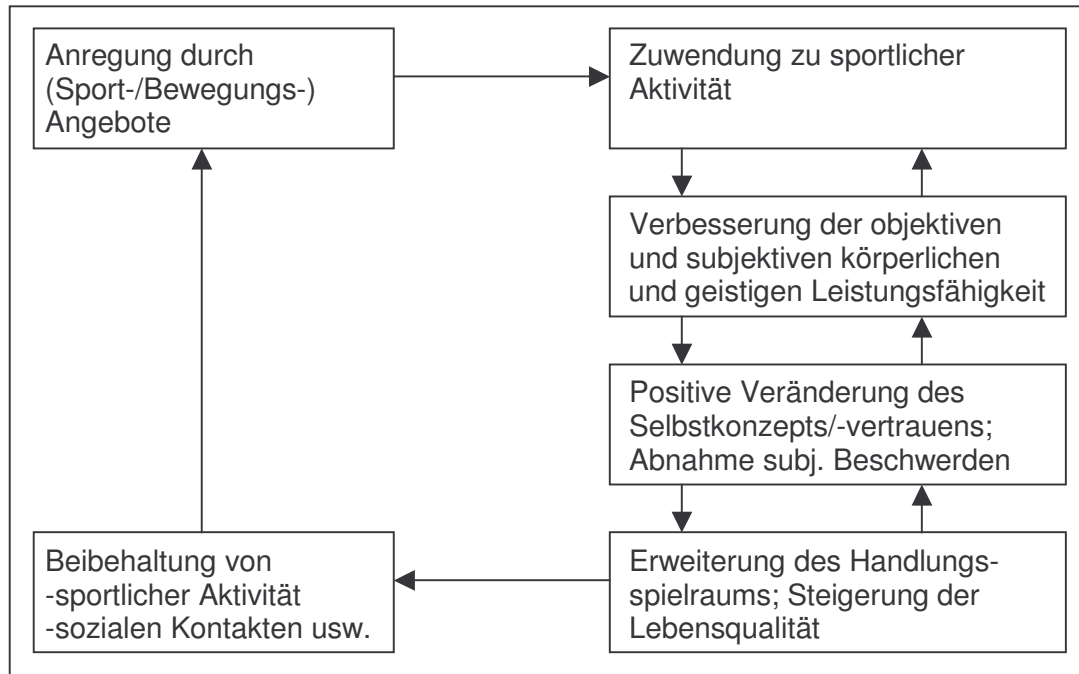


Abb. 3-14 Zusammenhangesannahmen zu sportlicher Aktivität und aktivem Lebensstil (Hackfort 1992, S.152)

Trotz der vielen Vorteile gelten einige Vorsichtsregeln für Untrainierte oder Sportler, die nach einer längeren Pause das Training wieder aufnehmen (Birgel und Hauner 1998). Die Nebenwirkungen und Risiken von zuviel körperlicher Aktivität und Sport stehen allerdings aus volksgesundheitlicher Perspektive in keinem Verhältnis zu den Gefahren des weitverbreiteten Bewegungsmangels, wie Funktions- und Leistungseinbußen der Muskulatur, Gewebeschwund der Skelettmuskulatur und inneren Organe und natürlich Gewichtszunahme (vgl. Hirzel 1986; Birgel und Hauner 1998).

Körperliche Aktivität sollte jedoch nicht als Instrument zur Beseitigung eines Risikofaktors (Übergewicht, Bewegungsmangel, etc.) angeboten, sondern als Faktor für erhöhtes individuelles und soziales Wohlbefinden in das tägliche Leben integriert werden. In einer Zusammenfassung verschiedener Untersuchungen zu Befindensveränderungen im Sport fand Brehm eine auffällige Gemeinsamkeit:

„Sporttreibende, die für ihren Sport lediglich eine einzige, im ungünstigsten Fall auch nur längerfristig erreichbare Zielsetzung, wie z.B. schlanker zu werden, verfolgen, erleben Befindensverbesserungen in geringerem Umfang als Sporttreibende, die neben längerfristigen Zielen auch Motive für das „Hier und Jetzt“ verfolgen.“ (Brehm und Abele 1992, S. 98).

Es ist wichtig, dass die Teilnehmerinnen eine Sportart finden, die ihnen Spaß macht, die sie gerne durchführen und als Wohltat, nicht als Verpflichtung empfinden.

Um das zu ermöglichen, muss ihnen ein breites Spektrum an Sportmöglichkeiten angeboten werden, so dass sie ihre Motive für die körperliche Aktivität im Sport selbst finden können. Auch Schlicht (1994) empfiehlt eine Betonung der sozial-kommunikativen Prozesse, des gemeinsamen Erlebens in einer Gruppe und der positiven Körpererfahrung als Motivator, anstelle der Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Gesundheitssport sollte dies berücksichtigen und den individuellen physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen der Menschen angepasst werden. Dann kann er zur Steigerung von Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit beitragen (vgl. Bös et al. 1992; Brehm und Abele 1992; Wydra 1996).

3.3.2 Sportliche Aktivität als Möglichkeit zur Regulation des Befindens

Im Lebensstil moderner Industriegesellschaften wird körperliche Bewegung weitestgehend durch Maschinen und Automaten überflüssig gemacht. Viele Arbeiten werden überwiegend sitzend ausgeführt und passives Erholen, z.B. Fernsehen, dient als häufigste Form des Ausgleichs für die psychischen Anforderungen des Alltags (Abele et al. 1991). Dem Sport kommt vor diesem Hintergrund eine große Bedeutung für den Erhalt der körperlichen Funktionstüchtigkeit zu, denn sportliche Aktivität ist nach Allmer und Niehues (1989) eine multivalente Maßnahme, welche auch unterschiedliche Erholungseffekte, wie „Energie tanken“, „angestaute Energie verbrauchen“, „zur Ruhe kommen“ oder „etwas Anregendes machen“ erzielen kann (S. 181; vgl. auch Bös et al. 1992). Sie wird mit dem Ziel der Entspannung jedoch seltener als zu erwarten genutzt, da sie im Vergleich zu konkurrierenden Maßnahmen einen höheren Durchführungsaufwand erfordert.

In einer Reihe von Studien wurde eine kurzfristige Befindensverbesserung, wie gehobene Stimmung und positiv empfundene Spannungsveränderungen (z.B. Ruhe, Aktiviertheit), als auch eine Verminderung negativer Stimmungen, wie Deprimiertheit, Angst und Ärger nachgewiesen (Brehm und Abele 1992).

Unterstützt wurde diese Befindensverbesserung, wenn

- das eigene Sporttreiben mehrfach motiviert ist (vgl. Schlicht 1994)
- eine bestimmte Belastungsschwelle überschritten (vgl. Bös et al. 1992; Wydra 1996) oder durch eine andere Form sportlicher Aktivierung kompensiert wurde
- die Person mit ihrer eigenen Leistung zufrieden ist
- das Bewegungsprogramm animierend gestaltet wird, z.B. mit unterstützender Musik.

Es ist jedoch unklar, ob diese positiven Auswirkungen speziell durch den Sport oder aber auch durch andere Formen der Aktivierungen ermöglicht werden (Brehm und Abele 1992).

Bezüglich der Belastung sollte eine gewisse Leistungsschwelle überschritten werden, um diese Befindensverbesserung zu erreichen. Ist dies jedoch, wie bei vielen älteren Menschen mit geringer Belastbarkeit nicht möglich, so kann dies auch durch z.B. eine hohe Rhythmisierung der Bewegung, z.B. beim Einsatz von Musik, kompensiert werden. (Brehm und Abele 1992).

Günstig für solche Befindensveränderungen sind vermutlich alle ausdauernd realisierten dynamischen Belastungen möglichst großer Muskelgruppen - also etwa Wandern, Laufen, Radfahren, Schwimmen, Skilanglauf - aber auch alle Formen der Gymnastik, d.h. alle Formen sportlicher Aktivität, die sich einem generellen Situationstyp Fitness zuordnen lassen (vgl. Alfermann und Stoll 1996; Huang et al. 1996).

Die vielfältigen Erfahrungsmöglichkeiten während der sportlichen Aktivität können zusätzlich zur Förderung des aktuellen Wohlbefindens beitragen: soziale Erfahrungen, Naturerleben, Leistungserfahrungen, Körpererfahrungen, sowie Erfahrungen im Rahmen des Spielcharakters Breitensportlicher Aktivität (Abele et al. 1991).

3.3.3 Sportliche Aktivität als Modul multidisziplinärer Gewichtsreduktionsprogramme

Die Auswirkung von Sport in Gewichtsreduktionsprogrammen wird kontrovers diskutiert. Einige Autoren konnten einen erhöhten Gewichtsverlust erkennen (Belko et al. 1987; Hill et al. 1989; Blair 1993; Shinkai et al. 1994), andere wiederum berichten über einen geringen bis gar keinen Unterschied im Vergleich zu Programmen ohne zusätzliche sportliche Betätigung (Van Dale et al. 1987; Ballor et al. 1988; Kempen et al. 1995). Die Diskrepanz zwischen den Studien beruht hauptsächlich auf differierenden Trainingsansätzen (Ausdauer- bzw. Krafttraining) und Kalorienrestriktionen (Hagan 1998; Hill et al. 1989; vgl. auch Ballor et al. 1988).

Einig sind sich die meisten Autoren jedoch darüber, dass zusätzliche Sparteinheiten in einem Gewichtsreduktionsprogramm zu einem geringeren Verlust an fettfreier Körpermasse und stärkerem Verlust an Fettmasse im Vergleich zur ausschließlichen Kalorienrestriktion führen (Belko et al. 1987; Van Dale et al. 1987; Hill et al. 1989; Ballor und Poehlman 1993; Kempen et al. 1995). Ebenso lässt sich das erreichte Gewicht im Anschluss länger halten (Blair 1993; Shinkai et al. 1994; Ewbank et al. 1995).

Als Ursachen für diesen positiven Effekt werden ein

- akuter motorischer Kalorienverbrauch während des Trainings
- erhöhter Ruheumsatz (RU) und
- erhöhter Energieumsatz für alle Aktivitäten außerhalb der Trainingseinheiten

diskutiert.

Die Rolle des Ruheumsatzes als größte Komponente des täglichen Gesamtenergieumsatzes ist dabei von besonderem Interesse und wird kontrovers diskutiert. Während er in einigen Studien in Folge eines Trainingsprogramms erhöht wurde (Poehlman 1989; Bullough et al. 1995; Toth und Poehlman 1996), blieb er in anderen Untersuchungen unbeeinflusst (Bingham et al. 1989; Broeder et al. 1992; Horton et al. 1995). Diese widersprüchlichen Ergebnisse führen Tremblay et al. (1986) auf Unterschiede in der genetischen Prädispositionen zurück.

Die Erhöhung des RU wird mit Regenerationsvorgängen, wie einem erhöhten Proteinturnover und der Glycogendepotauffüllung nach dem Training (Poehlman 1989; King und Tribble 1991) und als Folge eines Anstiegs an fettfreier Masse, insbesondere nach Krafttraining (Ballor et al. 1988; Hunter et al. 1998) erklärt.

Für die vorliegende Studie ist von Interesse, dass der Gesamtenergieumsatz nach Ausdauerbelastung bei Frauen nicht in gleichem Maße ansteigt wie bei Männern, jedoch in Kombination mit einer kalorienreduzierten Diät den Energieverbrauch zumindest aufrecht erhält (Toth und Poehlman 1996).

Nach Toth und Poehlman ist die Erhöhung des RU nach niedriger bis moderater Trainingsintensität, wie sie für Gewichtsreduktionsprogramme empfohlen wird, vernachlässigbar gering (Poehlman et al. 1991; Toth und Poehlman 1996).

Um die o.g. positiven Effekte des Sports auf den Ruheumsatz im Rahmen eines Gewichtsreduktionsprogramms optimal zu nutzen, empfehlen Hunter et al. (1998) eine Mischung aus intensivem und moderatem Training. Auch McGuire et al. (1998) konnten einen höheren Gewichtsverlust in Verbindung mit intensiverem Training feststellen.

In Anbetracht der Tatsache, dass Übergewicht bereits eine erhöhte Belastung des passiven Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke, Bänder etc.) darstellt und als Vorsichtsmaßnahme für Untrainierte oder Sportler, die das Training nach längerer Pause wieder aufnehmen (vgl. Mann-Luoma 1990; Birgel und Hauner 1998), sollten Trainingsangebote mit moderater Intensität in Gewichtsreduktionsprogrammen, insbesondere in der Anfangsphase, bevorzugt werden. Neuere Empfehlungen gehen in Richtung moderat intensiven Trainings, wie zügigem Walking (Biddle und Fox 1998).

Der kalorienverbrauchende Effekt des Trainings ist nach McArdle et al. (1996) kumulativ. Dies bedeutet, dass z.B. ein Defizit von 3500 kcal ca. 0,45 kg Körperfett entsprechen, egal ob es plötzlich oder systematisch über einen längeren Zeitraum hervorgerufen wurde.

Zu beachten ist allerdings, dass die Angaben bezüglich Kalorienverbrauch pro Zeiteinheit bestimmter Sportarten durchschnittliche Werte sind, welche auf einigen wenigen Messungen basieren und eine große Spannweite haben können. Sie sind außerdem abhängig vom individuellen Bewegungsstil, Technik, Intensität der Anstrengung und Umweltfaktoren wie Terrain, Temperatur und Windstärke und sollten daher nicht als Konstante verstanden werden (McArdle et al. 1996).

Als weitere positive Auswirkungen des Sports für Übergewichtige wird die appetitregelnde Wirkung genannt (Wengle 1987; Blundell und King 1998).

Bachl und Baron (1989) betonen außerdem die Änderung der Lebensgewohnheiten und des Gesundheitsverhaltens Übergewichtiger durch Sport. Hierzu gehören:

- das Essverhalten
- Nikotin-, Alkohol-, Medikamentenabusus
- Schlaf und Stressbewältigung.

3.3.4 Empfehlenswerte Sportarten zur Gewichtsreduktion

In vielen Studien liegt keine Übereinstimmung zu den Empfehlungen für ein in Bezug auf anthropometrische Daten effektives Trainingsprogramm vor. Sie reichen von 3-5 Einheiten pro Woche mit einer Dauer von ca. 20- 30 Minuten, über eine Kombination von Ausdauer- und Krafttraining bis hin zu Angaben von Trainingsintensitäten von mind. 60% bis 75% der maximalen Herzfrequenz (Hagan 1988; Hill et al. 1989; Kempen et al. 1995).

Eine optimale Sportart, welche für alle Übergewichtigen gleichermaßen geeignet ist, gibt es wohl nicht, jedoch einige Kriterien, die bei der Auswahl oder Empfehlung einer Sportart bzw. dem Angebot eines Kurses für die Zielgruppe „Übergewichtige“ bedacht werden sollten (vgl. Mann-Luoma 1990):

- Die Neigungen der Übergewichtigen müssen berücksichtigt werden.
- Die Sportart darf keine hohen motorischen Vorerfahrungen voraussetzen.

- Die Sportart darf sowohl Herz- und Kreislauf als auch den aktiven und passiven Bewegungsapparat nicht zu stark beanspruchen (insbesondere die Gelenke der unteren Extremitäten und die Wirbelsäule).
- Die Sportart muss auch bei geringer Leistungsfähigkeit Erfolgserlebnisse vermitteln.
- Die Sportart sollte dazu dienen können, in Kombination mit einer adäquaten Ernährung eine Gewichtsreduktion flankierend zu unterstützen.
- Übergewicht darf nicht in starkem Maße als Handicap erlebt werden.

Sog. gewichtsneutrale Sportarten sind, wegen der geringen Gelenkbelastung, Schwimmen und Radfahren, aber auch „Walking“ – ein intensives Gehen unter Einsatz der Arme – wird für Übergewichtige empfohlen (vgl. Skinner 1989). Weitere Ausdauer- und auch Kräftigungsübungen werden in entsprechend konzipierten Kursen in kommerziellen und nicht-kommerziellen Sporteinrichtungen angeboten.

Die Trainings-Empfehlungen im vorliegenden Gesundheitsprogramm orientieren sich nach den Angaben für ein je nach Individuum leichtes bis moderates Ausdauer- und Kraftausdauertraining.

DiPietro et al. (1993) ermittelten in einer repräsentativen Studie von Frauen und Männern über 18 Jahren mittels telefonischer Befragung zum Bewegungsverhalten und Körpergewicht Walking als vorherrschende körperliche Aktivität (48%), gefolgt von Aerobics (8%), Gartenarbeit (5%) und Radfahren (5%). Insbesondere in der Altersgruppe 40 und älter konnte eine Verbindung zwischen Walking und niedrigerem Gewicht festgestellt werden. Wegen der guten Durchführbarkeit, niedrigem Risiko und geringen Kosten wird dieser Sport auch von anderen Autoren empfohlen (Leon et al. 1979; King und Tribble 1991; Holden et al. 1992; Wood 1996; Biddle und Fox 1998; Ryan et al. 2000).

Wengle (1987) rät zu einem 30-minütigen Spaziergang täglich. Der jeweilige Energieverbrauch ist zwar sehr gering, summiert sich jedoch bei konsequenter Durchführung über ein Jahr und kann so zum Verlust von mehreren Kilogramm Körperfettmasse führen (vgl. auch Bouchard et al. 1990). Auch Dunn et al. (1999) empfehlen einen insgesamt aktiveren Lebensstil, da die positiven Auswirkungen eines größeren Bewegungsumfangs im Alltag auf lange Sicht den Vorteilen eines gezielten Bewegungsprogramms entsprechen.

Ein in der Beratungs- und Trainingspraxis häufig geäußelter Wunsch übergewichtiger Frauen ist der partielle Gewichts- und Fettverlust in „Problemzonen“, insbesondere sog. Reiterhosen (äußere Oberschenkel). Die meisten kommerziellen Anbieter berücksichtigen diesen Wunsch und bieten spezielle Trainingsstunden, wie „Fatburner“ und „Problemzonentraining“ an. Die tatsächlichen Trainingseffekte bezüglich der Reduktion des Körperfettanteils sind jedoch stark abhängig von der individuellen Fettverteilung: infolge physischer Belastung werden Fettreserven der abdominalen Körperregion eher angegriffen, als im Bereich der Oberschenkel (Hill et al. 1987). Die Körpersegmente nehmen im Allgemeinen in dieser Reihenfolge ab: Oberkörper einschließlich Bauch, Oberarme, Unterarme, Oberschenkel (Frauen stärker als Männer und nur hier signifikant höher bei Gruppen mit Sport, als bei Gruppen ohne Sport), Unterschenkel (Schneider und Bäumler 1986).

Hendee (1988) nennt vier Faktoren, die eine Trainingskomponente in Gewichtsreduktionsprogrammen erfüllen sollte:

1. den Energieaufwand erhöhen,
2. Fettverlust und Aufbau der fettfreien Masse fördern,
3. für alle teilnehmenden Individuen sicher sein,
4. den Aktivitätslevel innerhalb des individuellen Lebensstils fördern

(vgl. auch Frey 1991; Bös et al. 1992; Wydra 1996). Dabei sollten die Teilnehmerinnen individuell entscheiden, welche Sportart ihren Bedürfnissen am ehesten entspricht (vgl. Holden et al. 1992).

“Immer dann, wenn die Leistungsbemühungen an den eigenen Möglichkeiten orientiert sind, wenn Handlungsziele selbst gesetzt sind und mit Anstrengung erreicht werden können, ist man auf einem guten Weg.“ (Hecker 1987, S. 75).

An dieser Stelle ist der Begriff „Lebensstil“ zu erläutern, da er im Verlauf dieser Arbeit verwendet wird:

3.4 Lebensstil

Lebensstile können als „sichtbare, alltagskulturelle Verhaltensweisen, als Ausdruck von Lebensgeschichte, Chancen und Orientierungen“ (Spellerberg 1996a, S. 53) verstanden werden. Sie zeigen eine Zuordnung der Individuen zu bestimmten Gruppen, je nach der individuellen Lebensweise und finden auf den Ebenen des kulturellen Geschmacks und der Freizeitaktivitäten ihren symbolischen Ausdruck. Subjektive Lebenszufriedenheit variiert mit dem Lebensstil: nach Spellerberg (1996) weisen Gruppen, die sich intensiv für bestimmte Dinge interessieren, z.B. „expressiv Vielseitige“ und „freizeitaktive Familien- und Ortsverbundene“ (S. 205) die höchsten Zufriedenheitswerte auf. Ein Lebensstil wird im Laufe des Lebens geändert, er symbolisiert Identität und signalisiert Zugehörigkeit und gilt als eine Erklärungsgröße für eine gesunde bzw. ungesunde Lebensweise bestimmter Bevölkerungsgruppen (Leonhäuser 1999).

Nach Johnson und Matross (1977) lässt sich eine Änderung des Lebensstils erst durch eine Änderung der Einstellung bewirken. Sie definieren Einstellungen als Verbindungen „von Gefühlsinhalten und Überzeugungen, die dazu führen, bestimmten Personen, Gruppen, Ideen, Ereignissen oder Dingen positiv oder negativ zu begegnen“ (Johnson und Matross 1977, S. 57).

Im Hinblick auf die Ernährung würde dies bedeuten, dass die häufig vertretene Einstellung „Gesundes Essen ist fade und schmeckt nicht“ oder „Fettarme Produkte haben keinen Eigengeschmack“ erst durch z.B. Information über geeignete Alternativen und praktisches Ausprobieren geändert werden muss, um eine Veränderung des Lebensstils bewirken zu können. Aber selbst dann können neue Barrieren auftreten, da der Lebensstil sehr stark sozial determiniert ist (Müller et al. 2001).

Ein deskriptives Lebensweise-/Lebensstil-Konzept stammt von Leonhäuser (1999) und wird in Abb. 3-15 dargestellt.

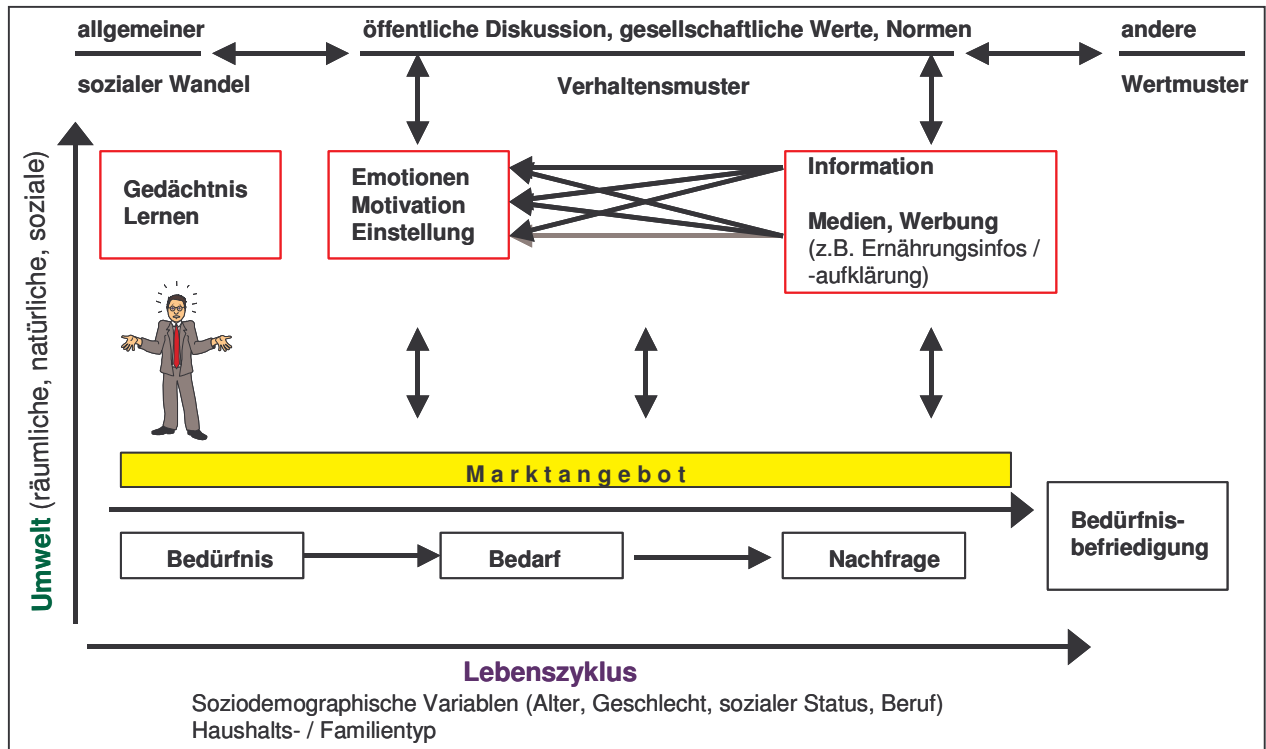


Abb. 3-15 Lebensweise-/Lebensstil-Konzept (Leonhäuser 1995, S. 24)

Nachfolgend hierzu ein Beispiel aus der Praxis der vorliegenden Studie:

Einige Teilnehmerinnen (TN) erzählen im Kursverlauf von den Änderungen in ihrem jeweiligen Ernährungsverhalten, die sie alle als sehr positiv empfinden. Sie freuen sich darüber, wie lecker gesundes Essen doch sein kann: „*Ich glaubte immer, diese „Gesunden“ leben so fade*“ (Zitat einer TN) und beziehen weitestgehend ihre Familien in die Ernährungsumstellung mit ein. Als das Thema „Einladungen“ besprochen wurde, wehrte sich eine TN jedoch vehement, diese Umstellung auch auf „offizielle“ Anlässe auszuweiten. Sie empfindet es unpassend, fettarme Varianten anzubieten: „*wir sind doch keine armen Leute*“ und als „*hochtrabend und albern*“ (Zitate der TN) in diesen Kreisen von einer Ernährungsumstellung zu reden. In der darauf folgenden Diskussion, in dessen Verlauf alle Beteiligten unterschiedliche Meinungen äußern, meint eine TN, dass diese Einstellung wahrscheinlich ein Generationenproblem darstellt.

Dieses Beispiel legt die Vermutung nahe, dass eine Veränderung des Lebensstils hin zu einer gesünderen Lebensweise einer Art „kollektiver Einstellungsänderung“ bedarf. Hier müssen die Strategien der Gesundheitsförderung ansetzen. Mit ihrer Hilfe soll ein gesunder Lebensstil zur sozialen Norm und Umweltbarrieren, wie z.B. eine soziale Stigmatisierung abgebaut werden. Ähnlich wie das Anlegen von Sicherheitsgurten könnte z. B. „gesundes Essen“ oder ein tägliches Bewegungsprogramm dann zur akzeptierten Norm werden, für dessen Einhaltung das Individuum nicht überzeugt werden und auch nicht kämpfen muss. Beispiele für geeignete Maßnahmen in diesem Bereich sind Gesundheitsförderung in Schulen (z.B. „Bewegungsfreundliche Schule“ (HELP)), gesunde Ernährung in Großküchen und Kantinen, Kennzeichnung von Lebensmitteln und vieles mehr (Müller et al. 2001).

In Anlehnung an soziologische Modelle werden drei Dimensionen des Lebensstils unterschieden: die Voraussetzungen (Human-Ressourcen), die Einstellungen und das Verhalten. Bezogen auf den Bereich Gesundheit und Fitness ergeben sich daraus die Zusammenhangsebenen des gesundheitsrelevanten Lebensstils, verdeutlicht durch das Strukturmodell von Abel (1992) (Abb. 3-16).

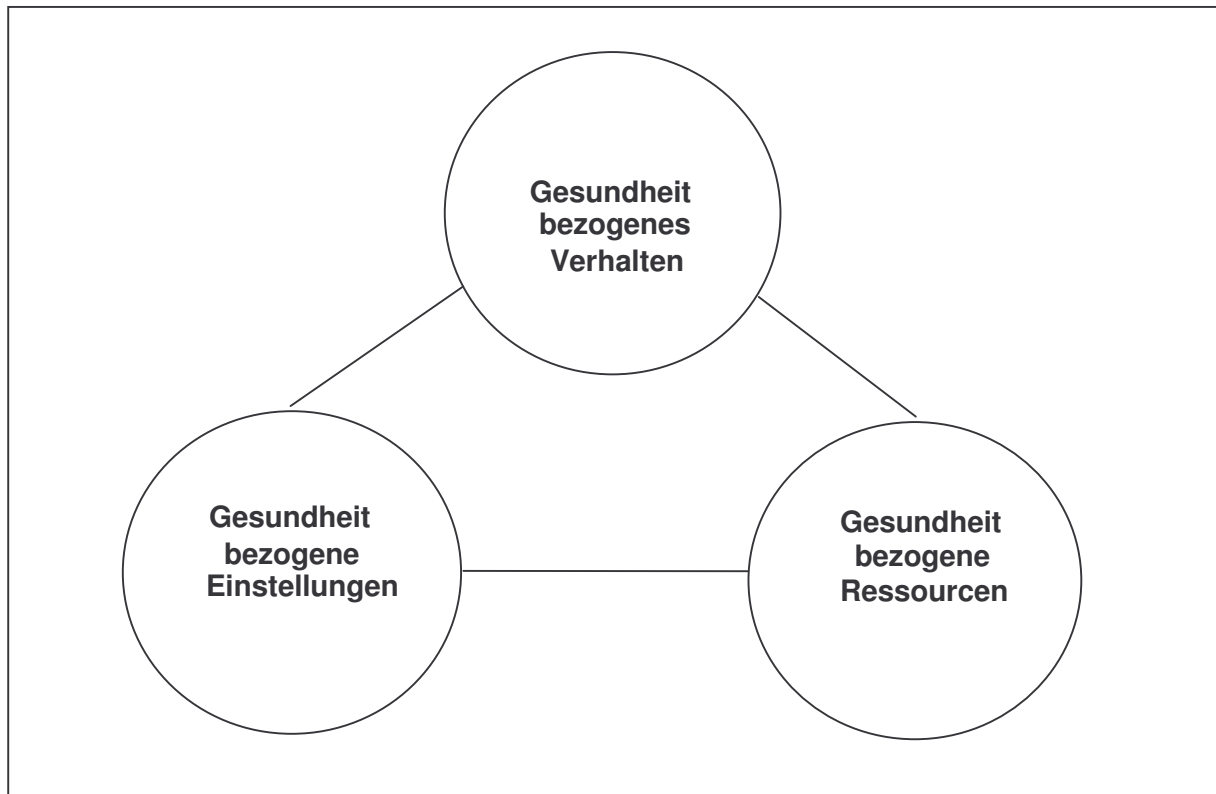


Abb. 3-16 Zusammenhangsebenen des gesundheitsrelevanten Lebensstils (Abel 1992)

In Bezug auf personenbezogene gesundheitsfördernde Maßnahmen stellt sich die Frage nach den Ansatzmöglichkeiten innerhalb dieses Modells. Zu den, von den Individuen nicht bzw. nur schwer beeinflussbaren gesundheitsbezogenen Ressourcen zählen z.B. die genetische Disposition, soziodemographische Faktoren, wie Alter und Geschlecht, familiäre Situation oder Schichtzugehörigkeit, sozioökonomische Faktoren, wie Beruf, Einkommen oder zur Verfügung stehende Freizeit und nicht zuletzt soziopolitische Faktoren, wie z.B. Krankenversicherungssystem, Angebote der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Einige dieser Faktoren, insbesondere letztgenannte können jedoch bewusst genutzt werden (Abel 1992).

Die gesundheitsbezogenen Einstellungen werden stark von den Erfahrungen und Empfindungen beeinflusst. Insbesondere gesundheitsorientierte sportliche Aktivitäten können, wie oben beschrieben zu einem positiven Lebensgefühl und Denken beitragen (vgl. Alfermann und Stoll 1996; Huang et al. 1996) und helfen somit interne Kontrollüberzeugungen (health beliefs) aufzubauen, welche die Identifikation mit dem eigenen Handeln fördern (s. Kap. 3.2.7.3).

Erst durch das aktive Handeln jedoch können gesundheitsbezogene Einstellungen und Ressourcen genutzt und realisiert werden. Ansätze an der Dimension „gesundheitsbezogenes Verhalten“ zielen daher darauf ab, Risikofaktoren (Bewegungsmangel, Fehlernährung, Stress, etc.) zu vermeiden und gesundheitsförderndes Verhalten (regelmäßige körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung, Entspannungsfähigkeit, Selbstvertrauen, etc.) auszuprägen.

3.5 Fitness - Studios

3.5.1 Kommerzielle Fitness-Studios als Anbieter multidisziplinärer Gesundheitsprogramme

Seit den neunziger Jahren findet ein Struktur- und Wertewandel in den gesellschaftlichen Bereichen von Arbeit und Freizeit statt, und zwar hin zu einer mehr freizeit- und familienorientierten Lebensweise. Die Freizeit erfüllt nicht mehr den Zweck der Regeneration nach Arbeitsbelastungen, sondern der Realisierung selbst gesteckter Ziele und dem Zugewinn an Spaß und Freude. Nach Opaschowski (1990) bedeutet Spaß zu haben hauptsächlich: ohne Zeitdruck sein, keine Sorgen haben, nicht unter Geldnot leiden und etwas gerne und freiwillig tun. Auch das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung im eigengestalteten Alltag steigt stetig. Werte wie Anerkennung, Erfolg oder Erlebnisbefriedigung werden nicht mehr in der Arbeit, sondern vermehrt im Freizeitbereich gesucht (vgl. Freyer 1991; Wopp 1995). Individuelle und differenzierte Lebensstile lösen traditionelle soziokulturell geprägte Verhaltensmuster wie Schicht- oder Gruppenzugehörigkeit, Bindung an Religion und Traditionen ab (Dietrich et al. 1990).

Die Arbeitszeitverkürzungen bei gleichzeitigem Anstieg des verfügbaren Einkommens und damit auch des Wohlstands ermöglichten eine Verschiebung der privaten Konsumstruktur von den Grundbedarfsgütern hin zu Luxusgütern und Freizeitbedarf (Freyer 1991). Das Wachstum der Ausgaben für Grundbedarfsgüter wird bereits von dem Wachstum der Freizeitausgaben übertroffen. Noch stärker jedoch ist der Anstieg der Ausgaben für Sport, was o.g. Phänomen des Wertewandels in Bezug auf Selbstwahrnehmung und eine neue Einstellung zum eigenen Körper unterstützt (Dietrich et al. 1990).

Ein Wandel ähnlicher Art ist auch auf dem Markt der Sportanbieter zu verzeichnen. Während in den 60er Jahren noch Vereine ein Angebotsmonopol für Sporttreibende hatten, begannen in den 70ern private Anbieter langsam in den Markt einzudringen (Mrazek 1988; Schulz und Allmer 1988). Zu Anfang noch reine Bodybuilding Betriebe vorwiegend für leistungsorientierte Männer im Alter bis maximal 30 Jahre, revolutionierte die Aerobic-Welle 1983 die Kundenstruktur der Fitness-Studios. Frauen und nachfolgend überwiegend Freizeitsportler (ca. 85%) nahmen das sich stark wandelnde Angebot wahr und sorgten für weitere Veränderungen dieser, im Vergleich zu den konkurrierenden Sportvereinen, flexiblen Einrichtungen (Höller 1991, S. 14; vgl. Stollenwerk 1986). Neben Geräten für Muskelkraft- und Muskelausdauertraining bieten die meisten Fitness-Studios mittlerweile ein vielfältiges Aerobic- und Gymnastikprogramm zur Verbesserung der Ausdauer, Koordination und Flexibilität. Die Unterstützung des Trainings mit Musik und die vielfältigen Möglichkeiten der Kommunikation und Entspannung wie Sauna, Getränkebar oder Bistro tragen zunehmend zum Wohlbefinden der Kunden bei (vgl. Dietrich et al. 1990).

In einer repräsentativen Untersuchung des Instituts für empirische Psychologie, Frankfurt/Main fiel sportlich Aktiven zum Begriff „Freizeitsport“ folgendes ein:

- sportliche Ereignisse
- prägende Begleiterscheinungen, wie Entspannung, Abwechslung, Vergnügen, Spiel, Natur, Sonne, frische Luft, Gemeinsamkeit, Freunde, Familie, Gesundheit, Ausgleich
- Ein Drittel der Befragten möchte die Musik beim Sport nicht missen, für ein weiteres Drittel gehört Sauna zum Abschluss einer sportlichen Betätigung

(Deutscher Sportbund 1986).

Kommerzielle Fitness-Studios setzten als erste Vorstellungen dieser Art um und unterstützten mit ihrem Angebot die neuen dominierenden Leitbilder Fitness, Wohlbefinden und Gesundheit (vgl. Schulz und Allmer 1988; Dietrich et al. 1990; Höller 1991; Wopp 1995). Die Vorteile der Fitness-Studios gegenüber traditionellen Sportvereinen lassen sich wie folgt darstellen (Abb. 3-17).

Berücksichtigung individueller Kundenwünsche
<ul style="list-style-type: none"> • flexible Trainingszeiten • lange Öffnungszeiten • Gruppen- und /oder individuelles Trainingsangebot • spezielle Frauenstudios • Kinderbetreuung
Angebotsvielfalt
<ul style="list-style-type: none"> • breites Trainingsangebot (Geräte und Kurse) • teilweise integrierte Squash-Courts oder Badminton-Plätze • Gesundheitssport (Wirbelsäulengymnastik, Beckenbodentraining, etc.) • aktive und passive Entspannungsangebote (z.B. Stretchkurse, Sauna, Dampfbad etc.)
Erweiterte Kommunikationsmöglichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> • Getränkebar oder Bistro

Abb. 3-17 Vorteile der Fitness-Studios gegenüber traditionellen Sportvereinen (nach Mrazek 1988; Schulz und Allmer 1988; Höller 1991)

Inzwischen kann die deutsche Fitnessbranche auf erfolgreiche ca. 25 Jahre zurückblicken, in deren Verlauf sie die Sportentwicklung vor allem im Bereich des Gesundheits- und Freizeitsports mitgeprägt hat (Schubert 1998).

Entsprechend beeindruckend stellen sich ihre Steigerungsraten dar. Die Anzahl der Fitness- und Racket-Anlagen (Fitness- Studios mit integrierten Squash-Courts) stieg in den letzten

zwölf Jahren um 60% auf 6.550 bundesweit, die der Mitglieder um 217% auf 5,39 Mio. und die Umsatzentwicklung um 263% auf 3,2 Mrd. € (Kamberović und Kretzschmar 2002).

Nach Kamberović und Kretzschmar (2002) versprechen die Segmente

- „Wellness“
- „Frauenfitness“
- „Cardio-Training“
- „Best Age“ (50+)
- „Thai Yoga“, „Yoga“, „Chi Gong“
- „Gesunder Rücken“
- „Familien Fitness“
- „Präventive Fitness“

gleich bleibende Zuwächse in diesem Jahrtausend (S. 7). Die Sparzwänge im Gesundheitswesen neben einer immer breiteren Akzeptanz von Fitness als gesundheitsbewusste Betätigung und die steigende Nachfrage auch älterer Menschen nach Fitness- und Wellness-Angeboten unterstützen diese positiv eingeschätzte Zukunftsentwicklung (Kamberović und Kretzschmar 2002).

3.5.2 Kundenstruktur der Fitness-Studios

Nachfolgende Daten bezüglich der Kundenstrukturen von Fitness-Studios stammen aus einer Untersuchung der Nachfragestruktur kommerzieller Fitness-Anlagen in Hamburg (Schubert 1998), einer analytischen sozialwissenschaftlichen Studie der Mitglieder eines großen Fitness-Studios in Bremen (Samsel 2000), sowie einer vergleichenden Studie von Sportvereinen mit kommerziellen Anbietern in Hamburg (Dietrich et al. 1990). Wenngleich die einzelnen Studien keinen Anspruch auf Repräsentativität im engeren Sinne erheben können, so zeigen sie in ihrer Gegenüberstellung doch eindeutige Tendenzen (Tab. 3-2).

Tab. 3-2 Kundenstrukturen kommerzieller Fitness-Studios im Vergleich (Dietrich et al. 1990; Schubert 1998; Samsel 2000)

	Kommerzielle Sportanbieter in Hamburg (n=15) (Dietrich et al. 1990)	Kommerzielle Fitness-Anlagen in Hamburg (n=12) (Schubert 1998)	Kommerzielles Fitness-Studio in Bremen (n=1) (Samsel 2000)
Verhältnis Frauen : Männer	71,3% : 28,7%	60,8% : 39,2%	50,5% : 49,5%
Altersstruktur (Jahre)	unter 20: 13,5% 20-29: 48,4% 30-39: 21,9% 40-49: 10,2% über 50: 6,0%	bis 30: 32% 31-45: 38% über 45: 30%	bis 25: 10% unter 40: 55% 55-65: 20%
Bildungsniveau	Abitur bzw. Akademiker: 53,2%	Hauptschule: 10,7% Realschule: 36,3% Abitur: 23,3% Akademiker: 28,2%	Volks- oder Hauptschule: 26% Abitur: 25% Akademiker: 8%
Familienstand	bei den 20- bis 30jährigen 91% ledig, darüber überdurchschn. viele Verheiratete	Ledig: 46,5% Verheiratet: 43,5%	k.A.

Im Rahmen einer Strukturanalyse ausgewählter Fitness-Studios in der Stadt und im Raum Gießen konnten ähnliche Strukturen erkannt werden (Lauch 1998). Der von den Studio-betreibern eingeschätzte Frauenanteil der Kunden lag in 6 von 7 Studios über 50% (55-70%) und das Alter der Mehrzahl der Sporttreibenden zwischen 21 und 50 Jahren.

3.5.3 Personalstruktur

Bezüglich der Personalstruktur von Fitness-Studios liegen nur wenige Angaben vor. Dietrich et al. (1990) hebt die grundlegende Besonderheit in der formalen Struktur der Beschäftigung von Arbeitskräften auf dem sportlichen Dienstleistungsmarkt hervor: Um den hohen Flexibilitätsansprüchen der kommerziellen Anbieter gerecht zu werden und, um den damit verbundenen unregelmäßigen Arbeitsanfall bewältigen zu können, werden überwiegend selbständig erwerbstätige Personen eingesetzt. Wobei es sich in den meisten Fällen nicht um freiberuflich Selbständige im eigentlichen Sinne, d.h. mit einer existenzsichernden Vollzeitarbeit handelt, sondern überwiegend um Nebenerwerbstätigkeiten mit einem Zusatzeinkommen (Dietrich et al. 1990).

Die arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen der Bundesregierung zur Bekämpfung der Scheinselbständigkeit in 2000 haben auch in der Fitness Branche Wirkung gezeigt und die Anzahl der nebenerwerblich tätigen „Selbständigen“ reduziert (Kamberović und Kretzschmar 2002).

Die Ausbildungen bzw. Qualifikationen der Mitarbeiter in Fitness-Studios sind in der Regel breit gefächert, d.h. sie verfügen oft über mehrere Lizenzen bzw. Aus- und/oder Fortbildungen, was ihren Einsatzbereich entsprechend erweitert (vgl. Lauch 1998). Hierzu zählen

- lizenzierte Fitness- und/ oder Aerobictrainer
- Sportlehrer oder -wissenschaftler bzw. Studenten dieser Disziplinen
- Krankengymnasten/Physiotherapeuten/Masseure
- Gymnastiklehrer/Sporttherapeut
- Rückenschultrainer
- sonstige Lizenzen (z.B. Spinningtrainer).

In Lauchs Strukturanalyse wird in 6 von 7 befragten Studios erstmals auch der Einsatz einer Diplom-Oecotrophologin erwähnt. 4 der genannten Ernährungswissenschaftlerinnen verfügen über eine zusätzliche sportliche Qualifikation, wie Studium, Weiterbildung oder Trainerlizenzen (Lauch 1998).

Kamberović und Kretzschmar (2002) können einen eindeutigen Anstieg des Anteils an fachlich qualifiziertem Personal im Zeitraum von 1999 bis 2001 feststellen. Insbesondere der Anstieg des medizinischen Personals ist eine Reaktion auf die steigende Bedeutung der gesundheitlichen Aspekte des Fitness-Trainings. Tab. 3-3 verdeutlicht diesen Verlauf, ohne jedoch Auskunft über die konkreten Qualifikationen des medizinischen Personals (ob z.B. Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Masseure, etc.) oder sonstiger Lizenzen geben zu können.

Tab. 3-3 personelle Qualifikationen in Fitness-Studios, nach Kamberović und Kretzschmar (2002)

Qualifikation	1999	2000	2001
Fitness-Trainer	37,7%	46,7%	46,3%
Dipl. Sportlehrer/Gymnastiklehrer	32,0%	44,0%	41,3%
Medizinisches Personal	14,3%	27,7%	39,3%
sonstige Lizenzen	16,0%	17,0%	21,0%
Aerobic Trainer		61,0%	75,7%

3.5.4 Ernährungsberatung und Gesundheitskonzepte in Fitness-Studios

Der Situation und dem Bedarf an Ernährungsberatung und Gesundheitskonzepten in Fitness-Studios ist im Rahmen wissenschaftlicher Studien bislang wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Die Ernährungsberatung steht oft im Zusammenhang mit dem Verkauf spezieller Nahrungsergänzungsmittel oder Aufbaupräparate, die bestimmte Effekte des Trainings, wie z.B. Muskelaufbau steigern sollen (Dietrich et al. 1990). Samsel (2000) ermittelte in einem Bremer Fitness-Studio ein großes Interesse in der Gruppe der Rentner zum Thema „Ernährungsweise“ (S. 416). 70% aller befragten Mitglieder dieses Studios waren sich in ihrer Ernährungsgestaltung unsicher, während 13% der Frauen und 15% der Männer einen BMI von >30 aufwiesen. Nahezu 50% der Mitglieder gaben für ihre Mitgliedschaft überwiegend oder ausschließlich ein gesundheitliches Motiv an und über 90% sahen einen Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit.

In der Strukturanalyse der Fitness-Studios im Raum Gießen fiel auf, dass lediglich drei der sieben untersuchten Studios Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen durchführen, obgleich alle Studioleiter sie als wichtig und auch notwendig erachten (Lauch 1998).

Auf die Frage nach dem Inhalt eines geeigneten Gesundheitsberatungskonzepts betonen alle die Notwendigkeit einer zielgruppen- und handlungsorientierten Beratung. Die Beziehung Sport und Ernährung, das Erreichen persönlich gesteckter Ziele, wie z.B. Gewichtsreduktion, sowie die Aufklärung und Information zu gesunder und bewusster Ernährung mit flexiblen Handlungsstrategien stellen wichtige Themenbausteine dar (Lauch 1998).

Das Gesundheitsberatungskonzept der vorliegenden Studie wurde in Anlehnung an die Vorschläge der Befragten dieser Strukturanalyse für die speziellen Bedürfnisse von Fitness-Studios modifiziert. Folgende Daten dienen der Orientierung:

- a) Kriterien für ein Gesundheitsberatungskonzept (Abb. 3-18);
- b) Wunschthemen der Ernährungsberatung (Abb. 3-19)

Zu a)

Alle Befragten erachteten die Kriterien „gut im Studio integrierbar“, „Mitglieder binden“, „Wissen vermitteln“ und „Verhaltensänderung bewirken“ für wichtig bis sehr wichtig. Diesen Anforderungen wird mit der Modifikation eines bereits bestehenden verhaltenstherapeutisch orientierten Programms „Abnehmen - aber mit Vernunft“ weitestgehend entsprochen. Ob das Konzept allerdings Mitglieder bindet, hängt nicht zuletzt auch von der Zusammenarbeit von Studiopersonal und -leitung miteinander bzw. mit der Leiterin des Programms ab.

Die Umsetzbarkeit ohne weiteren Personalaufwand und der Spaßfaktor sind weitere wichtige Faktoren, die ebenfalls mit Hilfe der Modifikation berücksichtigt wurden. So setzten bereits 6 der 7 Studios Oecotrophologinnen ein, welche den Themenschwerpunkt „Ernährung“ und die Beratungsleistung aufgrund ihrer Ausbildung bewältigen können. Die Wissensvermittlung bezüglich Sport und Entspannung wäre in Kooperation mit den entsprechenden Trainern möglich, die direkte handlungsbezogene Umsetzung dieses Wissens erfolgt dann in entsprechenden bestehenden Kursen bzw. mit Hilfe des weiteren Angebotes an Trainings- und Entspannungsmöglichkeiten.

Die Kriterien „kostengünstig“ und „werbewirksam einsetzbar“ waren nur für ca. 50% der Befragten wichtig, sollten aber, nicht zuletzt auch im Hinblick auf die stark wachsende Anzahl an Fitness-Studios und dem daraus folgenden zunehmenden Konkurrenzdruck (vgl. Kamberović und Kretzschmar 2002), berücksichtigt werden.

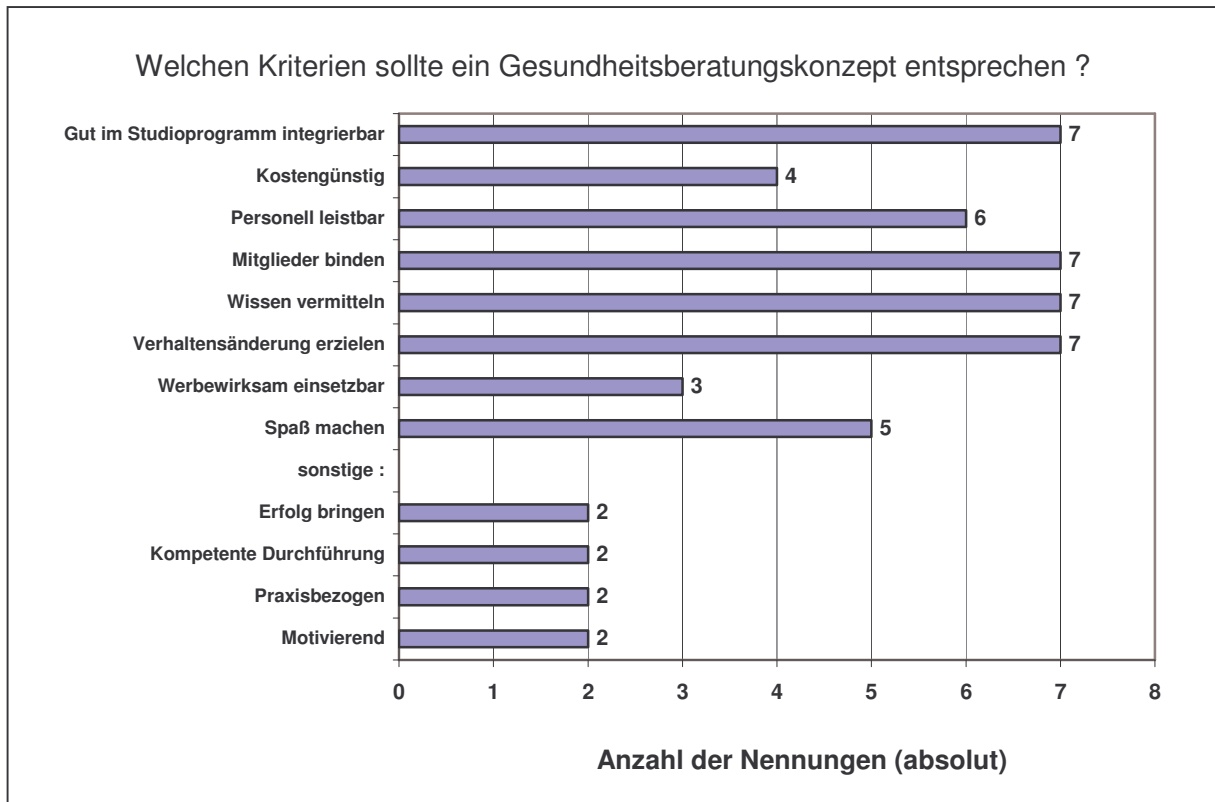


Abb. 3-18 Kriterien für ein Gesundheitsberatungskonzept (Lauch 1998, S. 98)

Zu b)

Basierend auf den Wünschen der Mitglieder, welche an Studiopersonal und -leitung herangetragen werden, nannten die befragten Teilnehmer der Strukturanalyse wichtige Themen einer Ernährungsberatung für Fitness-Studios, welche in der nachfolgenden Rangfolge der „Wunschthemen in der Ernährungsberatung“ dargestellt werden.

1. Gewichtsreduktion (5)
2. Muskelaufbau (3)
3. Gesunde Ernährung (2)
4. Umsetzung im Alltag (1)
5. Unterstützende Wirkung der Ernährung im Training (1)

Abb. 3-19 Rangfolge der Wunschthemen in der Ernährungsberatung (in Klammern Anzahl der Nennungen) (Lauch 1998, S. 84)

Die fünffache Nennung des Themas „Gewichtsreduktion“ und die Angaben der Studioleiter bezüglich der Anteile an übergewichtigen Mitgliedern bzw. solcher, die sich für übergewichtig halten, bestätigten das Vorhaben der Autorin, ein Gesundheitsberatungsprogramm mit dem dem Ziel einer sinnvollen Gewichtsreduktion anzubieten.

3.6 Integration eines Gruppenprogramms zur Gesundheitsberatung in ein Fitness-Studio

Im Folgenden wird, vor dem Hintergrund der vorangegangenen theoretischen Überlegungen, die Integration des Gruppenprogramms „**Fit und gesund mit einem trainierten Körper und entspannten Geist**“ in ausgewählte Fitness-Studios vorgestellt.

Projektidee

Nach dem Wegfall des bisher größten Anbieters von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung - den gesetzlichen Krankenkassen, werden Alternativen gesucht, interessierten Menschen eine gesundheitsbewusste Lebensweise zu vermitteln und sie zur Selbstverantwortung für ihre Gesundheit zu befähigen.

In Kapitel 2 wurde deutlich, dass eine ausgewogene vollwertige Ernährung, regelmäßige sportliche Aktivität und Entspannungsfähigkeit günstige Voraussetzungen für den Erhalt der Gesundheit darstellen. Es werden zum einen Risikofaktoren verringert (z.B. Übergewicht, Hypertonie) und zum anderen Schutzfaktoren aufgebaut (körperliche Mobilität, Wohlbefinden, Stressbewältigung).

Ernährung, Bewegung und Entspannung sind die Tätigkeitsbereiche, in denen jeder einzelne am ehesten und am wirksamsten unmittelbaren Einfluss auf die Gestaltung der eigenen Gesundheit nehmen kann (Schulke-Vandre 1990).

Die meisten Gewichtsreduktionsprogramme beinhalten im Rahmen mehrdimensionaler Konzepte die Grundelemente „Ernährung“, „Verhaltenstherapie“ und „körperliche Aktivität“ (Pudel und Westenhöfer 1998). Es steht jedoch fast ausschließlich die Bekämpfung der Adipositas und ihrer Risikofaktoren im Mittelpunkt dieser Programme, sie beschränken sich somit auf eine in Abb. 3-2 (Kap. 3.1.2) dargestellte Primär- bzw. Sekundärprävention. Dies berücksichtigt nicht den steigenden Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten (Dlugosch 1994; Dittrich 1998).

In Anlehnung an das in Kapitel 3.1.1 erläuterte Saluto-Genese-Modell von Antonovsky (1977) soll mit Hilfe des vorliegenden Konzepts das Streben nach mehr Gesundheit unterstützt werden.

Das Konzept entspricht einem ganzheitlichen Ansatz und damit den Empfehlungen im Sinne einer Gesundheitsförderung, die auf die Verantwortung des einzelnen für seine Gesundheit zielen (s. Kap. 3.1.2). Daher wird auch bewusst auf die problembezogene Bezeichnung Gewichtsreduktionsprogramm verzichtet und statt dessen die eher ressourcenorientierte Bezeichnung „Gesundheitsprogramm“ gewählt. Sie wird dem ganzheitlichen Ansatz des Programms gerechter.

Die im Rahmen dieses Gesundheitsprogramms bereitgestellten Informationen und Handlungsalternativen fordern zu einem aktiven, eigenverantwortlichen und gesundheitsorientierten Handeln auf, um o.g. Ressourcen zu fördern und das Auftreten von Risikofaktoren, insbesondere Übergewicht, zu minimieren.

Diesem Anspruch gerecht zu werden setzt eine interdisziplinäre praxisorientierte Vorgehensweise voraus. Die Inhalte der Programmschwerpunkte „**Ernährung**“, „**Bewegung**“ und „**Entspannung**“ werden hier nicht nur mit dem Ziel der Krankheitsprophylaxe vermittelt, sondern mit konkreten Handlungsanweisungen im sicheren sozialen Verbund der Gruppe umgesetzt, um die positiven Konsequenzen des eigenen

Gesundheitsverhaltens direkt bzw. kurzfristig erleben zu können. Näheres zu den Zielen des Gesundheitsprogramms sind Kapitel 4 zu entnehmen.

Für die inhaltliche Gestaltung hat sich, unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der Adipositasforschung (s. Kap. 2.4 und Kap. 2.5) und der Anforderungen an eine erfolgversprechende Kombinationstherapie (s. Kap. 2.6) das Gruppenprogramm „Abnehmen - aber mit Vernunft“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1990) als Orientierungshilfe angeboten. Es beruht auf den Möglichkeiten zur Verhaltensänderung, legt Wert auf eine vielseitige und ausgewogene Ernährung und erklärt als eines ihrer Hauptziele die Förderung eigenverantwortlichen Handelns. In diesem und allen anderen bekannten Gewichtsreduktionsprogrammen (s. Anh. 16) wird zwar in entsprechender Theorie und/oder Praxis die Notwendigkeit sportlicher Aktivitäten berücksichtigt, es existieren jedoch insoweit keine ausführlichen wissenschaftlich untermauerten Informationen bzw. Empfehlungen, wie beispielsweise für das Thema „gesunde Ernährung“.

Wie in Kapitel 3.3 ausgeführt, erleichtert ein gezieltes Bewegungs- bzw. Sportprogramm jedoch die praktische Umsetzung des geplanten Gesundheitskonzepts in dreierlei Hinsicht. Es unterstützt die Gewichtsreduktion durch einen erhöhten Energieumsatz und die Stabilisierung des Grundumsatzes und führt zusätzlich zu einem stärkerem Verlust an Körperfett bei gleichzeitigem Erhalt der Muskelmasse (vgl. Hill et al. 1989; Ballor und Poehlman 1993; Kempen et al. 1995). Weiterhin trägt der Sport zu einem erhöhten Bewusstsein des eigenen Körpers mit dem Ziel eines positiveren Körperbildes bei (vgl. Baumann 1992; Bös et al. 1992) und nicht zuletzt führen positiv empfundene Spannungsveränderungen, wie Aktiviertheit und Ruhe zu einer allgemeinen Befindensverbesserung (s. Kap. 3.3.3). Innerhalb des vorliegenden Programms kommt daher der Komponente „Sport und Bewegung“ die gleiche Bedeutung zu wie dem Ernährungsbereich.

Um psychosozialen Stress, einem der Hauptgründe für Rückfälle in eine Gewichtszunahme (Kayman et al. 1990), begegnen zu können, wird ferner ein Stressmanagement angeboten. Hierzu zählen, neben dem Sport mit seinen o.g. positiven Auswirkungen auf das Wohlbefinden, gezielte Entspannungsübungen, wie Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Autogenes Training, Phantasie Reisen und Atemübungen (vgl. Ohm 1992; Kruse et al. 1997). Diese Übungen sind leicht erlernbar und können von den Teilnehmerinnen problemlos in den Alltag integriert werden (vgl. Linden 1993). Darüber hinaus bieten viele Fitness-Studios Möglichkeiten der passiven Entspannung, wie Sauna, Dampfbad und Solarium. Eine detaillierte Beschreibung der Inhalt des Gesundheitsprogramms findet sich in Kapitel 4.4.

Methodische Umsetzung

Die Implementierung des Programms in Form einer Beratung, an Stelle standardisierter Handlungsanweisungen, wie beispielsweise kaloriendefinierte Rezepte und Trainingspläne, ermöglicht die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Ressourcen und Barrieren (vgl. Kap. 3.2.1). Im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe unterstützt die Beratung die Eigenbemühungen der Ratsuchenden.

Aus den in Kapitel 3.2.6.1 ausführlich beschriebenen ökonomischen, praktischen und sozialen Gründen und der sich daraus ergebenden Vorteile für Anbieter und Interessierte wurde für das dieser Studie zugrunde liegende Programm die Form der Gruppenberatung

gewählt. Bei einer Verhaltensänderung spielt die soziale Unterstützung eine wichtige Rolle. Diese kann durch eine Bezugsgruppe, einem oder mehreren Familienangehörigen oder durch Freunde und Bekannte gegeben werden. Der Einfluss dieser Bezugspersonen wirkt sowohl in der Phase der Motivation als auch in der späteren Stabilisierung des veränderten Verhaltens (vgl. Schwarzer 1992; Biddle und Fox 1998).

Die Autorin bedient sich für das vorliegende Programm ausgewählter Methoden aus drei Beratungsansätzen:

- Der **verhaltenstherapeutische Ansatz** (Kap. 3.2.6.3) berücksichtigt neben der aktionalen und emotionalen auch eine kognitive Ebene. Die Vermittlung problem- und handlungsrelevanter Informationen soll die Beseitigung eventueller Barrieren und eigenverantwortliches ressourcenorientiertes Handeln unterstützen (vgl. Fiedler 1996). Eine Übersicht der eingesetzten verhaltenstherapeutisch orientierten Methoden verschafft Tab.4-9.
- Ein **klientenzentrierter Ansatz** fördert die Entwicklung von Selbständigkeit und Kreativität (Rogers und Stevens 1984, s. Kap. 3.2.6.1). Dies erfordert von Seiten der Kursleitung eine verstehende, akzeptierende und wertschätzende Annäherung an die Teilnehmerinnen ohne Einschränkungen und Bewertungen (Brehm-Gräser 1993).
- Um die Ziele und Aufgaben der Betroffenen, die ja letztendlich den Grund der Gruppentreffen darstellen, immer wieder in das Zentrum der Teilnehmerinnen zu stellen, kommen auch Methoden der **themenzentrierten Interaktion** zum Einsatz (s. Kap. 3.2.7.2).

Die genannten Beratungsansätze schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern können sich sinnvoll ergänzen. So gilt als Voraussetzung jedes Ansatzes ein respektvoller partnerschaftlicher Umgang, die Ermutigung zur Eigenverantwortlichkeit unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und die Einbeziehung aller, die Gruppe und das Individuum betreffenden Umweltbedingungen.

Das Programm wird in Kursform mit 20 Kursstunden über 25 Wochen angeboten (s. Abb.4-4) und daher im Folgenden an passender Stelle auch als „Kurs“ bezeichnet. Die Aufgaben der Autorin, respektive Kursleiterin, gestalten sich vielseitig. Sie muss sich in der Funktion der Beraterin sowohl in das Gruppengeschehen einbinden, als auch daraus herausnehmen können, um beispielsweise die stattfindenden Gruppenprozesse wahrnehmen zu können (s. Kap. 3.2.6.1). Als Kursleitung nimmt sie eher formelle organisatorische Aufgaben gegenüber den Teilnehmerinnen und der Studioleitung wahr bzw. bringt sich bei Bedarf lenkend-direktiv in die Gruppe ein. Innerhalb des Gruppenprozesses versteht sie sich jedoch überwiegend als Moderatorin, deren Aufgaben vornehmlich stimulierender, überwachender und interpretativer Art sind (Boland 1993).

Ort der Maßnahme

Fitness-Studios scheinen nach neuesten Untersuchungen ein geeignetes Umfeld für eine Gesundheitsberatung mit den Schwerpunktthemen Ernährung, Bewegung und Entspannung darzustellen.

Eine Strukturanalyse ausgewählter Fitness-Studios in der Stadt und im Raum Gießen (Lauch 1998) verdeutlicht, dass die Voraussetzungen für das Angebot eines multidisziplinären

Gesundheitsberatungskonzepts im Hinblick auf Zielgruppe, Nachfrage, Angebot und Räumlichkeiten durchaus erfüllt werden (s. Kap. 3.5).

Die Anforderungen der befragten Studioleiter, als potenzielle Auftraggeber selbständiger Diplom-Oecotrophologen, entsprechen weitgehend den Prinzipien der Gesundheitsförderung (Lauch 1998; s. auch Kap. 3.1.2) im Sinne von Vermittlung und Befähigung hin zu gesundheitsorientiertem Verhalten (vgl. Milz 1993). Sie wünschen ferner eine Berücksichtigung der Persönlichkeitsmerkmale und des Wohlbefindens der Kundinnen (vgl. Dlugosch 1994). Nachfolgend werden die Anforderungen zusammengefasst:

- Eine professionelle **Ernährungsberatung** insbesondere zu dem Thema Gewichtsreduktion, mit handlungsorientierten Informationen und der Vermittlung flexibler Verhaltensregeln. Sie sollte sich an den Prinzipien der vollwertigen Ernährung orientieren und die Bedürfnisse der Teilnehmer berücksichtigen.
- Eine **Beratung im Bewegungsbereich**, insbesondere zur Wissensvermittlung und Aufklärung bezüglich gesundheitsorientiertem Fitness-Training. Praktische Trainingseinheiten sollten abwechslungsreich gestaltet sein und den Teilnehmerinnen die Wirkungen von Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit auf den Organismus verdeutlichen.
- Erklärung und Umsetzung von **Entspannungstechniken**, wie Autogenes Training und Atemübungen.

Die Beratung muss sich am Alltag der Teilnehmerinnen orientieren. Alle im Rahmen des Programms stattfindenden Maßnahmen sollen auch daraufhin ausgerichtet sein. Einige Studiobetreiber weisen in diesem Zusammenhang auch auf die Berücksichtigung sozialer Aspekte, wie Förderung der Kommunikation und des sozialen Verhaltens hin.

Der Forderung vieler Autoren nach der Unterstützung eines aktiveren Lebensstils (vgl. Pudal und Westenhöfer 1989a; Garner und Wooley 1996; Krüger et al. 1997; Ellrott und Pudal 1998; Robinson 1999) wird durch das vielseitige Bewegungsangebot der untersuchten Fitness-Studios entsprochen. Die Mitgliedschaft in einem Fitness-Studio birgt einen Aufforderungscharakter zur körperlich aktiven Freizeitgestaltung. Hier können Bewegungselemente des Gesundheits- und Freizeitsports, wie Wirbelsäulengymnastik, Ausdauertraining u.v.m. vermittelt und trainiert werden.

Neben dem unmittelbaren Sport- und Entspannungsangebot versprechen Fitness-Studios einen weiteren Vorteil für Gesundheitsprogramme. Als junger Dienstleistungssektor verstehen sie sich als sehr kundenorientiert (Höller 1990) und könnten daher, neben der Arbeitsgruppe selbst, eine geeignete Umwelt mit starkem sozialem Unterstützungs- und Motivationscharakter für Mitglieder mit dem Ziel der Gewichtsreduktion bzw. -stabilisation darstellen.

4 Evaluation eines Gruppenprogramms zur Ernährungs- und Gesundheitsberatung in ausgewählten Fitness-Studios

Einen Überblick über die aktuelle Situation der Adipositasforschung, die Möglichkeiten und Formen der Gesundheitsberatung und die beobachtbaren Änderungen des Lebensstils der westlichen Gesellschaft mit den daraus resultierenden Anforderungen an zukünftige Behandlungs- bzw. Beratungskonzepte bieten Kapitel 2 und 3.

Zusammenfassend lässt sich daraus folgende Problemstellung ableiten:

- Die zunehmende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas stellt ein stetig wachsendes gesundheitliches und daraus folgend auch gesundheitspolitisches Problem mit sozialen Kosten der Gesellschaft dar.
- Die Erfolge bisheriger Gewichtsreduktionsmaßnahmen sind, besonders längerfristig gesehen, bisher kaum nachweisbar.
- Auch die Maßnahmen zur Bekämpfung der Adipositas selbst werden als ein eigenständiger Risikofaktor sowohl für das körperliche, als auch seelische Wohlergehen des Einzelnen diskutiert und in Zusammenhang mit Essstörungen gebracht.
- Als Erfolgskriterium gängiger Gewichtsreduktionsprogramme zählen überwiegend objektive Parameter wie Verlust des Gewichts und Körperfettanteils oder eine messbare Umstellung des Ernährungsverhaltens. Diese einseitige Darstellung der Ergebnisse sagt nichts über subjektive Parameter wie Motivation, Einstellung, Bedürfnisse und Probleme der Betroffenen aus.
- Der Wegfall von Prävention und Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen, führt sowohl zu einer Lücke in dem Versorgungsprogramm Interessierter, als auch auf dem potenziellen Arbeitgebermarkt der Diplom-Oecotrophologen.
- Das breite Angebot vieler kommerzieller Fitness-Studios an gesundheitsorientierten Maßnahmen wird trotz Interesse seitens der Inhaber nicht in Form ganzheitlicher Gesundheitsprogramme bzw. Gewichtsreduktionsprogramme genutzt.

Basierend auf diesen Erkenntnissen wurde von der Autorin das Gesundheitsberatungsprogramm „**Fit und gesund mit einem trainierten Körper und entspannten Geist**“ für den speziellen Einsatz in Fitness-Studios konzipiert. Hierzu orientierte sie sich an dem Gruppentrainingsprogramm „Abnehmen - aber mit Vernunft“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 1990) und modifizierte es für den Einsatz in Fitness-Studios unter Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse. Eine Übersicht zum Inhalt des Programms bietet Kapitel 4.4.

Die Ziele des Programms bestehen darin, die Teilnehmerinnen durch Informationen, handlungsbezogene Empfehlungen und Erfahrungsaustausch dazu zu befähigen, mit selbstinitiierten Maßnahmen eine positive Veränderung in ihrem Gesundheitsverhalten einzuleiten. Diese Veränderungen sollen dazu beitragen, das Körpergewicht und den Körperfettanteil zu reduzieren bzw. zu stabilisieren und das körperliche Leistungsvermögen, sowie das subjektive Wohlbefinden zu verbessern.

Ferner soll es den Fitness-Studios eine Möglichkeit bieten, ihr vorhandenes Angebot sinnvoll in eine Maßnahme zur Gesundheitsförderung zu integrieren, zum einen zur Werbung von Neukunden und zum anderen zur längerfristigen Kundenbindung.

Und nicht zuletzt soll es Diplom-Oecotrophologinnen und -Oecotrophologen als Instrument dienen, in einem innovativen und aufstrebenden Dienstleistungszweig „Fuß zu fassen“. Abb. 4-1 fasst die erwarteten Vorteile eines Gesundheitsberatungsprogramms in Fitness-Studios für die beteiligten Interessengruppen zusammen.

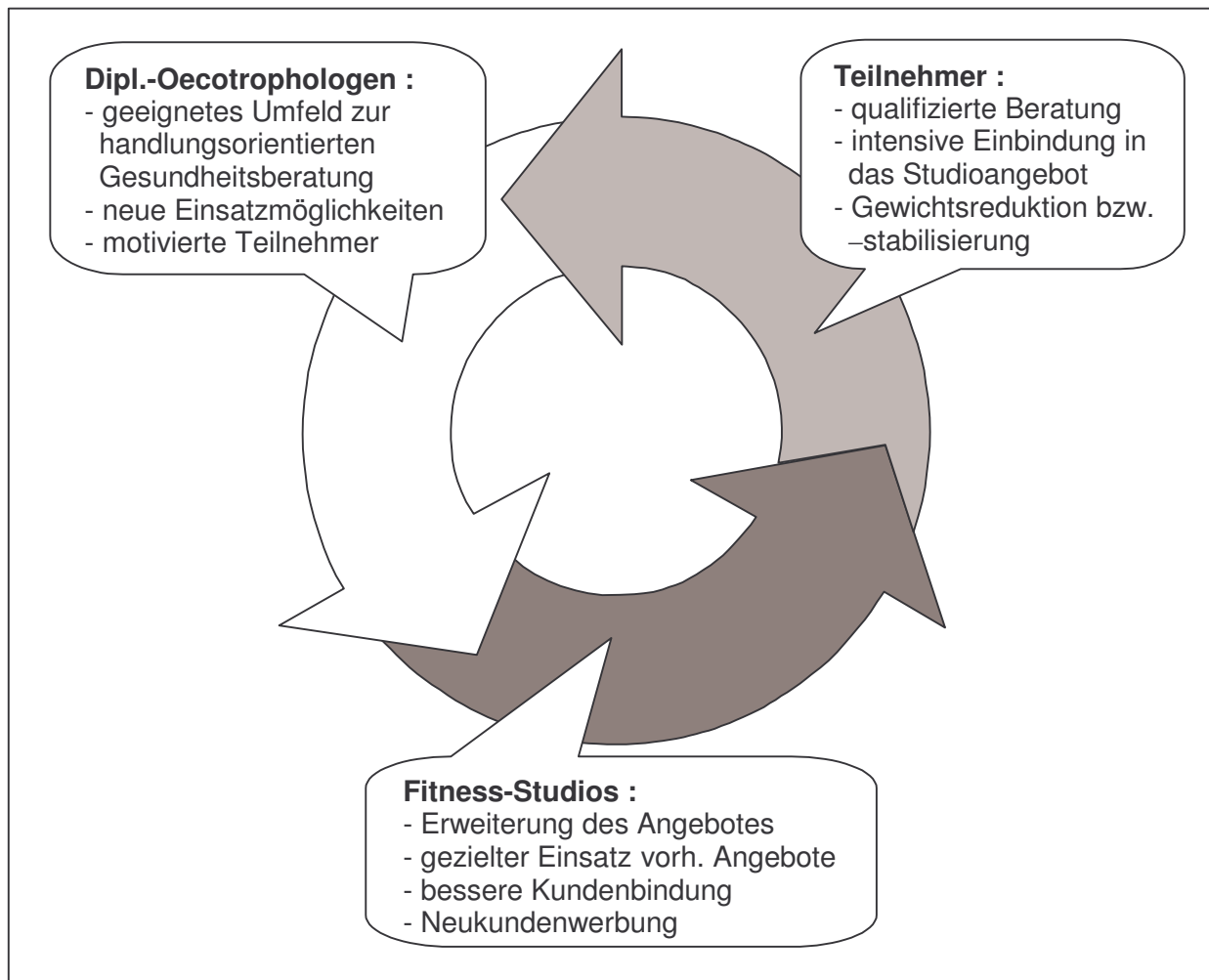


Abb. 4-1 Mögliche positive Auswirkungen des Gesundheitsprogramms

4.1 Evaluation: Definition und Beschreibung

Unter Evaluation und Evaluationsforschung werden in der sozialwissenschaftlichen Literatur zwei unterschiedliche Begriffe verstanden. Suchmann (1967) definiert Evaluation als einen nicht notwendigerweise systematischen oder beweisbaren Prozess der Beurteilung des Wertes eines Produkts, Prozesses oder Programms. Evaluationsforschung hingegen verlangt den gezielten Einsatz wissenschaftlicher Forschungsmethoden und -techniken für eine Bewertung (vgl. auch Rossi et al. 1988).

Wottawa und Thierau (1990) heben folgende Merkmale einer wissenschaftlichen Evaluation hervor:

- sie ist ziel- und zweckorientiert,
- dient als Planungs- und Entscheidungshilfe
- und sollte dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Techniken und Forschungsmethoden entsprechen.

In vielen Studien wie auch in der vorliegenden Arbeit wird der Einfachheit halber auf die Vokabel „Forschung“ verzichtet und der Begriff „Evaluation“, jedoch im wissenschaftlichen Sinne, verwendet.

Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass Evaluationsforschung oft auch als Programmevaluation bezeichnet wird, da sie Programme im Hinblick auf Entwicklung, Durchführung, Wirkung und Nutzen beurteilt (Rossi et al. 1988).

Da Evaluation als Planungs- und Entscheidungshilfe dient und durch die Überprüfung praktischer Maßnahmen einen Einfluss auf deren Verbesserung und weiteren Einsatz hat (vgl. Wottawa und Thierau 1990), ist sie auch für die Maßnahmen innerhalb der Gesundheitsförderung wichtig und erforderlich (vgl. Riemann 1991). Die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (1991) verdeutlicht dies in ihren Empfehlungen (Abb. 4-2):

1. Evaluation sollte integrierter Bestandteil jeder gesundheitsfördernden Maßnahme werden.
2. Überlegungen, die anlässlich einer Evaluation angestellt werden müssen, sind von großem Nutzen für die Maßnahme selbst. Evaluation kann dazu beitragen, dass Planung, Durchführung und Weiterentwicklung von Maßnahmen optimiert und ihre Bezüge zu Konzepten der Gesundheitsförderung verbessert werden.
3. Evaluation sollte daher schon bei den ersten Planungen begonnen und an allen Arbeitsschritten beteiligt werden.
4. Praxisnahe Evaluation muss nicht aufwändig sein und kann durchaus von den an der Maßnahme beteiligten Mitarbeitern selbst durchgeführt werden.
5. Ergebnisse von Evaluationen müssen veröffentlicht werden. Das gilt in besonderem Maße für Schwierigkeiten und Misserfolge, aus denen andere lernen können.
6. Auch Evaluation hat Probleme und Grenzen. Mit realistischen Erwartungen durchgeführt stellt sie aber ein unverzichtbares Instrument zur Weiterentwicklung der gesundheitsfördernden Praxis dar.
7. Evaluation muss und kann gelernt werden. Die Bundesvereinigung ermutigt ausdrücklich alle in der Gesundheitsförderung aktiven Institutionen und Einzelpersonen, sich dieser Aufgabe zu stellen und vermittelt bei Bedarf Beratungsleistungen durch Fachleute.

Abb. 4-2 Empfehlungen des Arbeitskreis „Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen“ (Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. 1991, S.5)

Die praxisnahe Evaluation innerhalb der Gesundheitsförderung legt zwar ihren Schwerpunkt auf eine Ziel- und Bedarfsanalyse, zusätzlich spielen aber noch die Akzeptanz und Inanspruchnahme eines Angebots eine zentrale Rolle (Bengel und Bührlen 1991).

Evaluationsergebnisse können zur fundierten Korrektur laufender Maßnahmen und auch der aufgestellten Ziele beitragen. Dabei kann es sich um einfache Beobachtungen handeln oder auch um Zwischenauswertungen, die kurzfristig vorgenommen werden (Riemann 1991).

Sie dienen ferner als Basis für Lernprozesse und ob vorher definierte Ziele erreicht wurden oder nicht. "Erfolge können aber auch darin gesehen werden, dass die Nichterreichung von Zielen begründet nachvollzogen werden kann. Dabei können auch Randergebnisse der Evaluation von großer Bedeutung sein" (Riemann 1991, S.25).

Evaluationsformen

In der Literatur werden u.a. folgende Formen der Evaluation unterschieden (vgl. Bengel und Bührlen 1991; Dlugosch und Wottawa 1994):

- **summative Evaluation:** untersucht eine gesamte Maßnahme in seiner Wirkung und Effektivität (auch: Wirkungs- oder Produktevaluation) ;
- **formative Evaluation:** dient der Planung, Entwicklung und Optimierung einer Maßnahme, um eingreifen zu können, wenn Fehlentwicklungen auftreten und gestaltet somit aktiv die Projektarbeit (auch Prozessevaluation);
- **Planungsevaluation** (Bedarf und Gestaltung); **Wirkungsevaluation, Ergebnisevaluation, Produktevaluation** (Ziele und Effektivität); **Nutzenevaluation, Prozessevaluation** (Effizienz und Angemessenheit): lassen sich im Hinblick auf die Zielsetzung der Evaluationsstudie unterscheiden;
- **Teil- und umfassende Evaluation:** umfasst einzelne Elemente bzw. die komplette Maßnahme;
- **interne Evaluation:** die Evaluation wird mit eigenem Personal und Mitteln durchgeführt;
- **externe Evaluation:** die Evaluation wird durch externe Evaluatoren durchgeführt.

Wie o.g. Auflistung zeigt, sind einige Evaluationsformen kaum voneinander zu unterscheiden und werden in der Literatur auch teilweise synonym verwendet.

Die notwendige Ausrichtung eines Evaluationsdesigns an das jeweilige Anwendungsgebiet erklärt die Vielzahl an Evaluationsformen, die infolge dessen auch kaum vergleichbar sind. Hinsichtlich ihrer Struktur und daraus abzuleitenden Entwicklungs- bzw. Arbeitsphasen sind jedoch Gemeinsamkeiten zwischen den Evaluationsstudien erkennbar (Rossi et al. 1988; Wottawa und Thierau 1990).

Um Einsicht in die Veränderungsprozesse zu gewinnen, genügt es nicht allein die Ausgangs- und Endzustände zu erfassen. Dabei sollte auch analysiert werden, wie der Veränderungsprozess bei den Teilnehmerinnen verlaufen ist und für welche Aktivitäten sie sich zur Zielerreichung entschieden haben. Es ist ferner wichtig, Informationen über die jeweiligen Zwischenstadien zu erhalten und die Teilnehmerinnen zu fragen, warum sie sich verändert oder nicht verändert haben. Diese Informationen können dann unmittelbar für den

weiteren Prozess der Intervention zur Unterstützung der Zielerreichung verwendet werden (vgl. Riemann 1991).

Da sowohl das Gruppenprogramm in seiner Konstellation, als auch der Ort der Veranstaltung erstmalig untersucht werden, bietet sich für die vorliegende Studie neben der **summativen** auch eine **formative** Evaluation an, um prozessbegleitende Änderungen oder Modifikationen vornehmen zu können.

Der Forderung der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (1991) nach einer stärkeren Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen und ihre intensivere Beteiligung an gesundheitsfördernden Maßnahmen wird durch die Einbindung der Evaluationsergebnisse in den laufenden Prozess und in die Vorschläge zur Gestaltung zukünftiger Maßnahmen Rechnung getragen.

Evaluationsansätze

Um den Evaluationszielen gerecht zu werden, muss für die Untersuchung einer Maßnahme ein geeigneter Evaluationsansatz festgelegt werden.

Quantitative Evaluationsansätze eignen sich besonders zur Evaluation klar beschriebener oder abgegrenzter Programme und Maßnahmen, welche im Laufe ihrer Anwendung konstant bleiben. Sie werden bevorzugt im Rahmen einer Produktevaluation, d.h. zur abschließenden Bewertung eines Programms oder wenn verschiedene Maßnahmen verglichen werden sollen, eingesetzt (Vogelsang 1996a).

Qualitative Forschungsansätze hingegen werden empfohlen, wenn der Forschungsgegenstand oder das Thema sich komplex, differenziert, wenig überschaubar oder auch widersprüchlich darstellen (Flick 1991). Sie erfassen den Ablauf einer Maßnahme und stellen ihre Stärken und Schwächen fest, um sie gegebenenfalls zu verbessern. Ferner geben sie Informationen über Interaktionen der an einer Maßnahme beteiligten Personen und liefern Erklärungshilfen für die Wirkungsweise und Eigenheiten eines Programms (Vogelsang 1996a).

In Tab. 4-1 werden die beiden grundsätzlichen Evaluierungsansätze in ihren unterschiedlichen Ausprägungen gegenüber gestellt.

Tab. 4-1 Vergleich quantitativer und qualitativer Evaluierungsansätze (Vogelsang 1996, S.129)

	quantitativ	qualitativ
Forschungsparadigma	logischer Positivismus; Beschreibung mit numerischen Daten; Analyse von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen; Modelle, Bestimmung von Variablen, Testen von Hypothesen	Phänomenologie; menschliche Erfahrungen ganzheitlich und im Kontext verstehen
Design	Strukturiertes, vor Beginn der Forschung feststehendes Design; Pretest/Posttest; Kontrollgruppe/Interventionsgruppe	flexibles, sich im Laufe der Forschung entwickelndes Design
Methoden der Datenerhebung	vor allem quantitativ (strukturierte Befragung); vorgegebene Kategorien	vor allem qualitativ (Tiefeninterviews, Gruppendiskussionen) keine vorgegebenen Kategorien
Auswahl der Befragten	falls möglich nach Zufallsverfahren	nach inhaltlichen Kriterien (z.B. „informationrich cases“)
Umfang der Fragen	wenige	viele
Anzahl der Befragten	viele	wenige
Analyse der Daten	statistische Auswertung: Häufigkeiten, Kreuztabellen, multivariate statistische Analysen	qual. Inhaltsanalyse: Bildung von Kategorien, Dimensionen; Beschreibung, Zitate
Gütekriterien	Objektivität, Reliabilität, Validität	Inhaltliche Vollständigkeit, Angemessenheit, Transparenz, Nachvollziehbarkeit, multipersonaler Diskurs
Verallgemeinerung (im statistischen Sinne)	Bei repräsentativer Stichprobe	Nur selten möglich, da Stichprobe selten repräsentativ

In der Literatur wird eine Kombination quantitativer und qualitativer Ansätze empfohlen, um Schwächen der einen Methode mit Stärken der anderen auszugleichen (vgl. Lamnek 1988; Rossi et al. 1988; Faltermaier 1996). Nach Faltermaier (1996) sind beide empirischen Orientierungen legitim und können sich sinnvoll ergänzen. Letztendlich bestimmen die Gegenstände und die Fragestellungen die Angemessenheit eines methodischen Zugangs (vgl. Bengel und Bühlren 1991). Eine induktive Vorgehensweise, d.h. der Schluss vom Einzelfall auf die Allgemeinheit ist ein Bestandteil der quantitativen Forschung und sollte auch in qualitativen Studien sinnvoll ermöglicht werden (Mayring 1990).

Da in der Gesundheitsforschung der subjektiven Bewertung und Bedeutung von Belastungs- und Risikofaktoren in ätiologischen Prozessen heute eine viel größere Rolle zuerkannt wird, beziehen die Evaluationsdesigns auch verstärkt „subjektive Maße“ mit ein (Faltermaier 1996, S.110). Eine Kombination von Interview- und Beobachtungsmethoden lassen sich dabei gut

in der Praxisforschung einsetzen. Mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse wird die Quantifizierung der Ergebnisse in allgemeine Kategorien ermöglicht. Diese Ergebnisse sind aufgrund ihrer Alltagsnähe und Fallbezogenheit in der Regel gut in die Praxis übertragbar (Faltermaier 1996).

Die vorliegende Studie dient sowohl der Überprüfung der Effektivität des Gesundheitsprogramms, als auch dem Entdecken von u.a. Chancen und Risiken (s. Kap. 4.2). Aus diesen Zielen resultiert die Notwendigkeit, unterschiedliche Methoden einzusetzen und sowohl **quantitative** als auch **qualitative** Ansätze zu berücksichtigen.

Rossi et al. (1988) schlagen in ihren 3 Arbeitsphasen der Programmevaluation folgende Strukturen vor (vgl. Wottawa und Thierau 1990; Riemann 1991; Dlugosch und Wottawa 1994):

1. Phase der **Konzeptionalisierung**

Basierend auf den Erkenntnissen der verfügbaren Literatur und Erfahrungen zur Problematik findet eine **Situationsanalyse** und **Problembeschreibung** statt. Hieran schließt sich die Programmentwicklung und Ausarbeitung einer Maßnahme an. Dazu wird ein **Evaluationsobjekt** (die zu beurteilende Handlungsalternative bzw. Maßnahme, z.B. ein Gruppenberatungsprogramm) und der **Ort der Evaluation** (z.B. Labor- oder Felduntersuchung) festgelegt und ein **Evaluationsziel** expliziert. Die Art des Evaluationsobjektes, das definierte Ziel, die Überlegungen zur **Zielgruppe** und nicht zuletzt finanzielle und zeitliche Möglichkeiten bestimmen die Wahl eines geeigneten **Evaluationsdesigns** (Bestimmung der Evaluationsformen und -ansätze) und der Untersuchungsmethoden.

2. Phase der **Umsetzung**

Die Phase der Umsetzung umfasst die eigentliche Programmdurchführung (z.B. Durchführung eines Gruppenberatungsprogramms), sowie ihre Überwachung und Überprüfung im Falle einer formativen Evaluation. Im Rahmen dieser Prozessevaluation können handlungsbegleitende bzw. -korrigierende Maßnahmen stattfinden.

3. Phase der **Prüfung**

Hier setzen die Methoden der summativen Evaluation zur Abschätzung des Programmnutzens und der Programmwirkungen an. Eine Wirkungsmessung im Hinblick auf Ziele und Effektivität ist insbesondere zur Prüfung innovativer und auch zur Modifikation bereits bestehender Produkte und Maßnahmen unerlässlich.

Während der gesamten Planung, Durchführung und Erhebung sollten alle Betroffenen repräsentativ beteiligt sein. Ferner müssen Stör- und Beeinflussungsversuche von außen während der Dauer der Datenerhebung und in der Phase der Realisierung der Entscheidung ausgeschaltet werden (Wottawa und Thierau 1990).

Diese Vorgehensweise ist als Orientierungshilfe zu verstehen und nicht auf alle Anwendungsgebiete in dieser eher idealen Form zu übertragen. Doch zeigen die meisten Studien trotz ihrer Heterogenität gewisse Gemeinsamkeiten im Hinblick auf o.g. Strukturen wie Problembeschreibung, Festlegung von Evaluationsobjekt-, ort und -ziele, der

Bestimmung des Evaluationskonzepts und der Untersuchungsmethoden und schließlich der Dokumentation der ermittelten Ergebnisse auf (Wottawa und Thierau 1990).

Die bisherigen Ausführungen berücksichtigend wurde für die vorliegende Studie eine sowohl **summative**, wie auch **formative umfassende interne** Evaluationsform mit einer Kombination **qualitativer** und **quantitativer** Methoden gewählt.

4.2 Das Evaluationsdesign, Ziele und Hypothesen

Unter einem Evaluationsdesign wird eine Beschreibung aller inhaltlichen und methodischen Schritte, die für die Umsetzung des Forschungsprojektes notwendig sind, verstanden. Im folgenden wird vor dem Hintergrund der vorangegangenen theoretischen Überlegungen das Kernstück der vorliegenden Arbeit - die von der Autorin durchgeführte empirische Studie über ein Gruppenprogramm zur Gesundheitsberatung in Fitness- Studios - beschrieben. Es wurde ein Evaluationsdesign konzipiert, das den Zielen der Interventionsmaßnahme dient, sich in einem vertretbaren zeitlichen und finanziellen Rahmen befindet und den Interessen aller Beteiligten entspricht.

Die Schritte

- Zielexplication,
- Operationalisierung der Ziele der Maßnahme,
- Aufstellen und Operationalisieren von Bewertungskriterien und
- abschließende Bewertung der Maßnahme

werden in den folgenden Kapiteln näher erläutert (vgl. Wottawa und Thierau 1990; Mayring 1996).

Ziele und Hypothesen

Das ursprüngliche Vorhaben dieser Studie bestand in einer rein summativen Evaluation eines Gruppenprogramms zur Ernährungs- und Gesundheitsberatung, angeboten und durchgeführt in 6 Fitness-Studios mit einer geschätzten Teilnehmerinnenzahl von mindestens 100 und einer Kontrollgruppe.

Wie unter Kapitel 4.5 eingehender ausgeführt, standen für die Studie schließlich 30 Teilnehmerinnen ohne Kontrollgruppe zur Verfügung, was ein Umdenken in Bezug auf Evaluationsziele und -methoden nach sich zog. Mayring (1990) weist bereits auf nicht vorhersehbare Änderungen im Forschungsalltag hin, die neue interessante Aspekte hervorbringen, welche eine Revision der Forschungsmaßnahmen erfordern. Dies setzt von Anfang an mehr Offenheit dem Forschungsgegenstand gegenüber voraus.

Die vorliegende sowohl summative, als auch formative Evaluationsstudie hat das Ziel

- das Gruppenprogramm „**Fit und gesund mit einem trainierten Körper und entspannten Geist**“ in der Funktion eines Gewichtsreduktionsprogramms in Fitness-Studios zu bewerten und
- neue Erkenntnisse zur eventuellen Gestaltungsverbesserung dieser oder ähnlicher Maßnahmen zu gewinnen.

Von besonderem Interesse sind dabei die von den Teilnehmerinnen während der Maßnahme gesteckten Ziele, ihre gewählten Strategien zur Zielerreichung und die eigene subjektive Bewertung des Zielerreichungsgrads über messbare objektive Parameter hinaus. Ebenso sind subjektiv wahrgenommene eigene Ressourcen und Barrieren und die Funktion bzw. der Einfluss der Gruppe bzw. anderer Faktoren der sozialen Umwelt (Veranstalter, Veranstaltungsort, etc.) von großem Interesse.

Dies bedeutet, dass die Evaluation zwar auch zur Prüfung der Effektivität durchgeführt wird, vielmehr jedoch um Chancen, Risiken und weitere Handlungsmöglichkeiten zu erkennen. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen dem besseren Verständnis des Erfolgs bzw. Nichterfolgs von Gruppenprogrammen zur Gewichtsreduktion dienen und Ansätze für eine Modifikation nach den Zielen und Bedürfnissen der Zielgruppe des vorliegenden Programms liefern.

Da das Entdecken ein großes Anliegen dieser Studie ist, sollte eine offene und weite Fragestellung am Beginn des Forschungsprozesses stehen (Lamnek 1988; Mayring 1990), „allerdings auch nicht so offen, daß sie das ganze Universum von Möglichkeiten einbezieht; und andererseits nicht so eingegrenzt und fokussiert, dass Entdeckungen und neue Erkenntnisse ausgeschlossen werden“ (Strauss und Corbin 1996, S.23). Nachfolgende Teilhypothesen und Leitfragen wurden aus diesen Gründen vor, während und nach dem Gruppenprogramm erstellt, um so die im Forschungsprozess erhobenen Daten im Sinne einer formativen Vorgehensweise mit einfließen zu lassen.

Im einzelnen stellen sich die zu untersuchenden Fragen wie folgt dar:

- a) Wie stellt sich das Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsverhalten der Teilnehmerinnen kurzfristig (während und nach Kursverlauf) und mittelfristig (nach 3 und nach 8 Monaten) dar?
- b) Welchen Einfluss haben diese Veränderungen auf das Gewicht, die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden?
- c) Welche Lösungsansätze haben die Teilnehmerinnen gewählt?
- d) Sind hieraus Erfolgsstrategien abzuleiten?
- e) Welche der eingesetzten und angebotenen Hilfen und Methoden werden genutzt?
- f) Ist die Handlungsänderung individual- oder gruppenspezifisch?
- g) Welche konkreten Probleme treten auf?
- h) Wie wirkt sich das Gruppenprogramm auf das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen aus?
- i) Welchen Einfluss hat die Gruppe auf die Verhaltensänderung?

Dabei wird folgendes angenommen:

- Das Gesundheitsverhalten der Teilnehmerinnen verändert sich im Laufe und nach dem Gruppenprogramm positiv. Wobei das Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsverhalten als Parameter des Gesundheitsverhaltens gelten (Dlugosch 1994).
 - Die körperliche Aktivität steigt.
 - Das Ernährungs- und Entspannungsverhalten verbessert sich.
- Ein moderater Gewichts- und Körperfettverlust findet statt.
- Die physische Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen verbessern sich.
- Die Teilnehmerinnen halten einen moderaten Gewichts- und Körperfettverlust mittelfristig (nach 3 und nach 8 Monaten) aufrecht.

Der Studie liegen nur begrenzt Hypothesen zugrunde. Zum einen, da aufgrund der geringen Fallzahlen die Repräsentativität der Ergebnisse eingeschränkt wird. Und zum anderen, da gerade diese geringe Fallzahlen ein offenes hypothesengenerierendes Vorgehen ermöglichen (Lamnek 1989; Girtler 1992).

4.3 Methoden der empirischen Studie

In der vorliegenden empirischen Studie sind neben der Überprüfung der Effektivität des Gruppenberatungsprogramms die Werte und Wertsysteme der befragten Teilnehmerinnen von Interesse. Für einen tieferen Einblick in das Forschungsfeld wurde daher auch u.a. eine maßnahmenbegleitende und offene teilnehmende Beobachtung als Methode der qualitativen Forschung gewählt.

Quantitative und qualitative Sozialforschung schließen sich trotz unterschiedlicher Denkansätze nicht grundsätzlich aus „Jedoch, wenn ich wissen will, welche Strategien der Mensch bei seinem Handeln einsetzt, wie er diese plant, welche „Wirklichkeiten“ hinter seinem Handeln stehen, welche Bedeutung in den Symbolen und Ritualen des Alltagshandelns stecken u.ä., so komme ich mit den quantifizierenden Verfahren nicht weiter. Hier haben die qualitativen Verfahren und vor allem die teilnehmende Beobachtung einzusetzen“ (Girtler 1989, S. 103).

Es ist unrealistisch anzunehmen, dass eine eventuelle Gewichtsreduktion allein darauf zurück zu führen ist, dass die Teilnehmerinnen die im Kursverlauf empfohlenen Handlungsanweisungen richtig und exakt ausgeführt haben (Boland 1987). Daher richtet sich das weitere Augenmerk der vorliegenden Studie über die quantitative Überprüfung der vorab festgelegten Effizienzkriterien hinaus auf den qualitativen Ansatz des Forschungsdesigns. Neben der Überprüfung der Effektivität der Interventionsmaßnahme sind persönliche Motivationen bzw. Hintergründe der befragten Teilnehmerinnen und Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme der Aktionen von Interesse.

Um zu genaueren und tiefgreifenderen Ergebnissen zu gelangen, als dies mit der klassischen quantitativen Forschung allein möglich wäre, empfiehlt Mayring (1996) die Methode der qualitativ orientierten Fallanalyse. Sie stellt eine intensivere, einzelfallbezogene Prozessbeschreibung dar und ermöglicht bei der Interpretation von Ergebnissen eine Plausibilitätsprüfung anhand des Falls.

Am einzelnen Fall sind komplexe Variablenzusammenhänge leichter zu erkennen und zu diskutieren als bei größeren Stichproben.

Mit Hilfe der Fallanalyse kann „ein Problembereich gesellschaftlicher Realität von verschiedenen Seiten, d.h. mit Hilfe verschiedener Methoden, betrachtet und analysiert“ werden (Lamnek 1989, S.74). Sie soll damit zur Verfeinerung oder Erweiterung vorhandener Hypothesen und Theorien beitragen bzw. helfen, sie zu korrigieren (Flick 1991).

Gegenstand einer Fallanalyse kann eine Einzelperson oder auch ein komplexeres soziales System wie eine Familie oder gesellschaftliche Subgruppe sein. In der Regel sollten Fallanalysen mehrere Einzelfälle (2-4) zugrunde liegen (Mayring 1990).

Die systematische Vorgehensweise innerhalb der Fallanalyse umfasst folgende Schritte (Mayring 1997):

- Formulierung der Fragestellung
- Definition des Falls
- Bestimmung der Methoden und Sammeln des Materials
- Aufbereiten des Materials
- Einordnung des einzelnen Falls in einen größeren Zusammenhang
- Vergleich mit anderen Fällen

In der vorliegenden Studie bestehen Ziel und Einsatzmöglichkeit der Fallanalyse in der Überprüfung der Adäquatheit der eingesetzten Methoden vor dem Hintergrund eines individuellen Falls, hier einer Gruppe. Sie dient der Interpretation quantitativ gewonnener Ergebnisse und soll tiefergehende Einsichten in schwer zugängliche Gegenstandsfelder ermöglichen.

Daraus ließ sich folgende Frage ableiten:

- Sind die ermittelten Ergebnisse des Gesamtkollektivs zu verallgemeinern oder stellen sich gruppenspezifische bzw. individualspezifische Verläufe dar?

In der vorliegenden Studie wird aus dem Gesamtkollektiv jede der 4 Gruppen als ein Fall betrachtet. Durch den Vergleich der Fälle miteinander sollen eventuelle Regelmäßigkeiten im Hinblick auf eine mögliche Typisierung festgestellt werden.

Die weitere Fragestellung ergibt sich aus den quantitativ ermittelten Ergebnissen des Gesamtkollektivs. Im Vergleich mit den Fallanalysen können Besonderheiten, Unstimmigkeiten oder Lücken herausgestrichen und teilweise erklärt werden.

Hier dienen die Fallanalysen als Erklärungsmodell.

Zur Erhebung der der Analyse zugrunde liegenden Daten können alle Methoden und Techniken der empirischen Sozialforschung herangezogen werden (Lamnek 1989). Die Autorin bediente sich sowohl klassischer sozialwissenschaftlicher Instrumente, wie Fragebogen und Beobachtung, als auch anderer Erhebungsmöglichkeiten, wie Gespräche und Diskussionen.

Fallstudien sind durch ihre begrenzte Validität nicht ohne weiteres auf die Grundgesamtheit zu verallgemeinern. Die geringen Fallzahlen schränken die Repräsentativität der Ergebnisse ein, dies „sind die „Kosten“ für die größere Intensität der empirischen Analyse und Repräsentanz des Einzelfalls“ (Faltermaier 1996, S.124). Das Ziel der vorliegenden nichtrepräsentativen Studie ist auch vielmehr, ihre Ergebnisse zur Erkenntnisgewinnung und Weiterentwicklung von Konzepten und Hypothesen heranzuziehen. Trotzdem sollten „sinnvolle Quantifizierungen“ auch in qualitativen Studien vorgenommen werden, um Verbindungslinien aufzuzeigen, Ergebnisse abzusichern und bis zu einem gewissen Grad zu verallgemeinern (Mayring 1990, S.24).

Die Qualität der ermittelten Daten sollte ferner, im Sinne einer Methoden-Triangulation, durch die Verbindung bzw. den Vergleich mehrerer Analysegänge vergrößert werden. Hierzu dienen nach Mayring (1990) verschiedene Datenquellen, unterschiedliche Theorieansätze oder Methoden, insbesondere qualitative und quantitative, um einen Vergleich durch unterschiedliche Lösungswege zu ermöglichen.

Da es im Gegensatz zur quantitativen Forschung in der qualitativen Sozialforschung keine einheitlichen Methoden und Techniken gibt, muss das methodische Vorgehen genau dokumentiert werden, um den Forschungsprozess nachprüfbar zu gestalten (Mayring 1990).

4.3.1 Leitfragen und Bestimmungsfaktoren

Ausgehend von dem in Kapitel 4.2 erläuterten Evaluationsziel lassen sich folgende **Leitfragen** als Grundlage für die Wahl der Untersuchungsmethoden formulieren (TN = TeilnehmerInnen):

1. Wie verändert sich das Körpergewicht während und nach dem Kurs?
2. Wie verändert sich die Körperkomposition während und nach dem Kurs?
3. Wie verändert sich die körperliche Leistungsfähigkeit während und nach dem Kurs?
4. Wie verändern sich
 - a) die Nahrungszufuhr und
 - b) die Ernährungsgewohnheit während und nach dem Kurs?
5. Wie verändert sich das Bewegungs- bzw. Sportverhalten?
6. Wie verändern sich das Entspannungsverhalten und das Wohlbefinden?
7. Wie sind die eingesetzten Methoden von den TN aufgenommen worden?
8. Welchen Lösungsansatz haben die TN gewählt?
9. Mit welchen Problemen sehen sich die TN konfrontiert?
10. Welchen Einfluss hat die Gruppe auf die Verhaltensänderung?
11. Wie beurteilen die TN den Standort Fitness - Studio?
12. Wie wirkt sich das Gruppenprogramm auf die Fitness - Studios aus?

Zu diesen Leitfragen lassen sich **Bestimmungsfaktoren** benennen, welche das Verhalten der TeilnehmerInnen beeinflussen:

1. Körpergewichtsentwicklung Entwicklung des Körperfettanteils (KFA)
3. Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit
4. a) Der ernährungsphysiologische Wert der aufgenommenen Speisen und Getränke
b) Der Zeitpunkt und die Frequenz der Nahrungsaufnahme und die Präferenz bei der Lebensmittelauswahl
5. Der tägliche / wöchentliche Sportumfang (was, wie oft?)
6. Der Entspannungsumfang, das persönliche Wohlbefinden und die Zufriedenheit
7. Die Beteiligung der TN an dem Gruppenprogramm und den Gruppendiskussionen
8. Die Wahl der Abnehmstrategie (aus den angebotenen Möglichkeiten / sonstige)
9. Probleme und Fragen bei der Umsetzung der Ziele
10. Gruppen- oder individualspezifische Verläufe
11. Nutzung des Studioangebots, Zufriedenheit mit Ambiente, Personal und Leitung
12. Neue Mitgliedschaften, Mitgliederbindung, Interesse am Angebot weiterer Gesundheitsprogramme

4.3.2 Auswahl der Analyseinstrumente

Erhebungsmethoden und -zeitpunkte

Die Erhebungsmethoden dienen der Materialsammlung im Laufe der Untersuchung. Hierzu zählen z.B. Interviews, Gruppendiskussionen, schriftliche Befragung, etc. (vgl. Lamnek 1989; Riemann 1991; Mayring 1997).

Die Auswahl der Forschungsmethodik wird in einem nicht unerheblichen Maß von institutionellen, organisatorischen und zeitlichen Rahmenbedingungen, den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln und ethischen Aspekten bestimmt (Bengel und Bührlen 1991). Um alle aufgeführten Aspekte der Studie möglichst umfassend untersuchen zu können, wurden verschiedene, nachfolgend näher beschriebene Erhebungsmethoden eingesetzt (s. Abb. 4-3).

An dieser Stelle sei erwähnt, dass viele der nachfolgenden Erhebungsmethoden auch einen kursmethodischen Zweck erfüllen. Ihr Einsatz dient also nicht nur der Datengenerierung, sondern stellt auch ein Instrumentarium für die Teilnehmerinnen dar. So wird beispielsweise das Ernährungsprotokoll als Erhebungsinstrument für die tägliche Nahrungszufuhr im Sinne des Evaluationsziels eingesetzt. Innerhalb des Gruppenprogramms dient es jedoch unter anderem als wichtige Grundlage für die Eigenanalyse im Sinne der Selbstkontrolle (vgl. Benninghoven 1997). Auch der Einsatz bestimmter Fragen und Arbeitsblätter dient in erster Linie den Teilnehmerinnen im Hinblick auf ihre Zielerreichung.

Erhebungsmethoden	Bestimmungsfaktoren
Wiegen Vor jeder KS und zu allen Messungen	Digitale Körperfett-Analysewaage zur Erhebung der Gewichtsentwicklung
Körperfettanalyse Vor jeder KS und zu allen Messungen	Digitale Körperfett-Analysewaage (BIA) zur Erhebung der Entwicklung des KFA
Fahrradergometrie Zu allen Messungen	PWC 150 zur Erhebung der Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit
Stimmungsbarometer Vor und nach jeder KS	120 x 50 cm große, 3-spaltige Tabelle mit Klebepunkten, Notizzettel und „Black Box“. Zur Erhebung der individuellen und kollektiven Stimmung
Ernährungsprotokoll Zu allen Messungen	offenes Wiege-/ Schätzprotokoll zur Erhebung der Energiezufuhr und Nährstoffverteilung
Schriftliche Fragebögen Zu Messung A	a) halbstandardisierter „Persönlicher Fragebogen“ zur Erhebung u.a. soziodemographischer, -ökonomischer und physiologischer Daten
Zu allen Messungen	b) standardisierter Fragebogen (a - e) mit überwiegend geschlossenen Fragen zur Erhebung psychographischer Merkmale
Zu allen Messungen außer Messung A	c) halbstandardisierte Fragebögen zur Erhebung weiterer psychographischer Merkmale, wie Ziele, persönliche Strategie, Verhaltensänderung und Zufriedenheit
Arbeitsblätter Kursbegleitend	Formlose, teilweise halbstandardisierte Arbeitsblätter zur Erhebung der Ziele, Strategien, Probleme und benötigten Hilfen
Gruppendiskussion Kursbegleitend	Mit z.T. Arbeitsblättern als offenem Leitfaden. Zur Erhebung individual- und gruppenspezifischer Ziele und Strategien
Teilnehmende Beobachtung Kursbegleitend	Teilnehmende, offene teilstrukturierte Feldbeobachtung mit dem Ziel der Innenperspektive

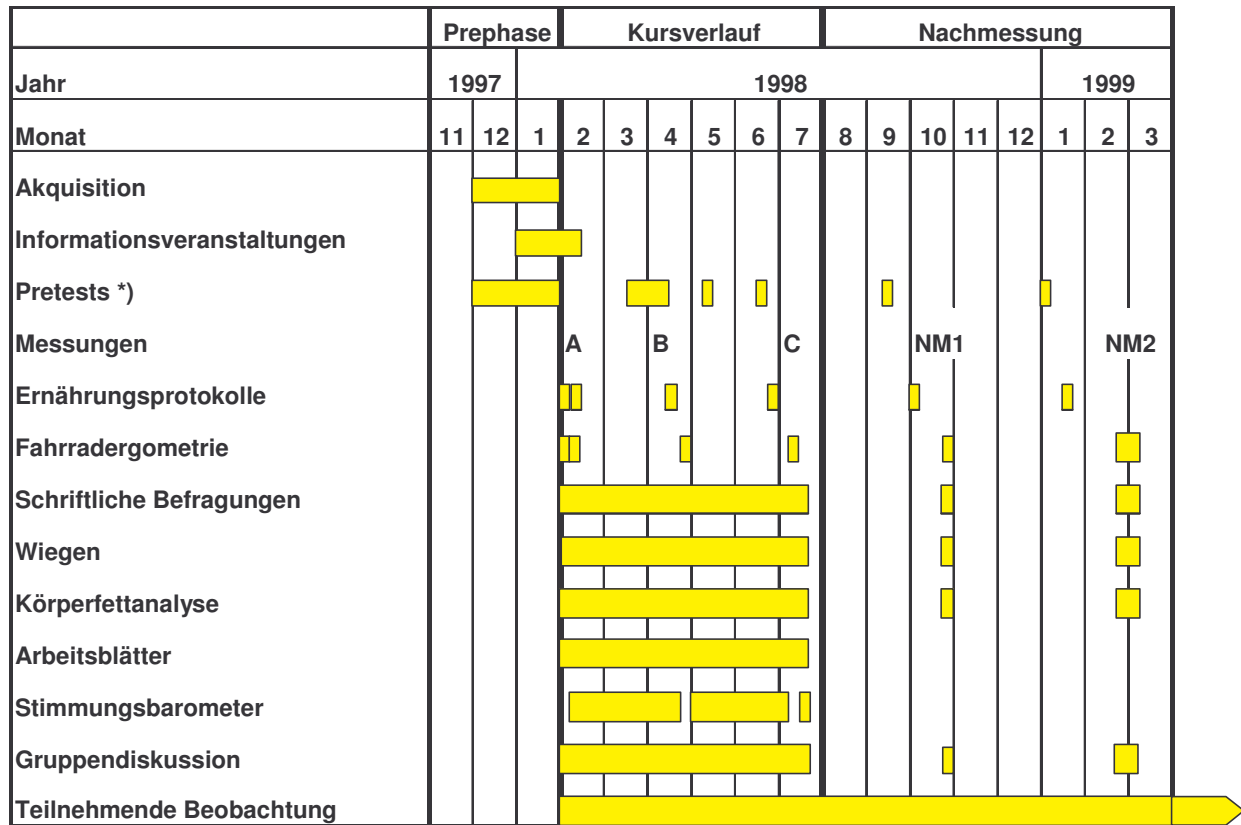
Abb. 4-3 Überblick der Erhebungsmethoden und Bestimmungsfaktoren, sowie ihr zeitlicher Einsatz (KS = Kursstunde, KFA = Körperfettanteil)

Die Zeitpunkte der Messungen wurden hier wie folgt gewählt:

- **Messung A** zu Beginn des Kurses
- **Messung B** nach der Hälfte des Kursverlaufs
- **Messung C** zum Kursende
- **1. Nachmessung** 3 Monate nach Kursende
- **2. Nachmessung** 8 Monate nach Kursende

Sie hängen u.a. von der Art der Maßnahme und von den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln ab. Nachmessungen sind je nach Maßnahme nach einigen Monaten bzw.

nach einigen Jahren sinnvoll und dienen der abschließenden Bewertung eines Programms. In diesem Pretest-Posttest-Design (Vogelsang 1996a) werden die Daten der Teilnehmerinnen zu Kursbeginn und -ende, sowie nach 3 und nach 8 Monaten erfasst und anschließend zur Ermittlung der Veränderungen verglichen. Einen Überblick des Zeitplans bietet das Ablaufmodell der Evaluation in Abbildung Abb. 4-4.



*) Pretests Protokolle, schriftliche Befragung, Arbeitsblätter

Abb. 4-4 Ablaufmodell der Evaluation

Eine Interpretation von Kausalketten ist nicht möglich, wenn keine Kontrollgruppe eingerichtet wurde, zu viele Störeffekte können das Ergebnis der Maßnahme mitbedingt haben und manche Wirkungen können erst nach einer gewissen Latenzzeit eintreten. Die Wirksamkeit der einzelnen Techniken des Gruppenprogramms ist daher nur schwer zu beurteilen, da die beobachteten Veränderungen sowohl auf das Programm als auch auf viele nicht erfassbare andere Einflüsse zurückzuführen ist (Rossi et al. 1988; Logue 1995). Rossi et al. (1988) bezeichnen die Ergebnisse einer solchen nicht-experimentellen Wirkungsmessung daher als Bruttowirkungen einer Maßnahme.

Nachfolgende Tabellen verschaffen einen Überblick über die Leitfrage - Bestimmungsfaktor - Erhebungsmethode - Beziehung (Tab. 4-2)

Tab. 4-2 Leitfrage - Bestimmungsfaktor - Erhebungsmethode in der Übersicht (TN = Teilnehmerin)

Leitfragen	Bestimmungsfaktor	Erhebungsmethode
Wie verändert /verändern sich:		
a) das Gewicht	Gewicht in kg	Körperfettanalyse - Waage
b) die Körperkomposition	Körperfettanteil (KFA) in %	Körperfettanalyse - Waage (Prinzip der BIA)
c) die Leistungsfähigkeit	Pulsfrequenz im Verhältnis zur Leistung	Fahrradergometrie PWC 150 bzw. 130
d) die Nahrungszufuhr	aufgenommene Energie; Nährstoffe: E, F, KH Ballaststoffe, Flüssigkeit	d) - f) Ernährungsprotokoll, schriftliche Befragung, Gruppendiskussion, Arbeitsblätter
e) die Ernährungsgewohnheiten	Mahlzeitenfrequenz	
f) das Ernährungs-bewusstsein	Lebensmittelpräferenzen	
g) das Bewegungs- bzw. Sportverhalten	alltäglicher Bewegungs- und Sportumfang (was, wie oft)	g) und h) schriftliche Befragung, Gruppendiskussion, Arbeitsblätter
h) das Entspannungs-verhalten und Wohlbefinden	Entspannungsumfang, subjektive Empfindung, Zufriedenheit	
während und nach dem Kurs?		
i) Aufnahme der eingesetzten Methoden?	Beteiligung an Gruppenprogramm und -diskussionen, Nutzung der Arbeitsblätter und Hilfsmaterialien	i) - m) Schriftliche Befragung, Gruppendiskussion, Arbeitsblätter, Stimmungsbarometer, teilnehmende Beobachtung
j) Lösungsansatz der TN?	Gewählte Abnehmstrategien	
k) Probleme der TN?	Probleme, Hindernisse, Fragen	
l) Einfluss der Gruppe auf die Verhaltensänderung?	Stellenwert und Einfluss der Gruppe	
m) Beurteilung des Standorts Fitness - Studio?	Nutzung des Studioangebots, Zufriedenheit	
n) Wirkung der Maßnahme auf das Fitness - Studio?	Neue Mitgliedschaften, Mitgliederbindung, Interesse an weiteren Kursen	n) Teilnehmende Beobachtung, Gespräch mit Studioleitung

Aufbereitungstechnik

Von der Erhebungsmethode zu unterscheiden ist die Aufbereitungstechnik. Sie dient der Sicherung und Strukturierung des im Laufe der Untersuchung erhobenen Materials. Hierzu

zählt die Wahl der Darstellungsmittel, wie graphische Darstellungen (Tabellen, Prozessmodell, etc.) oder audiovisuelle Darstellungen (Bild-, Film- und Tonbandmaterial) (Mayring 1997).

Für die vorliegende Studie wird z.B. zur Dokumentation der Daten im Laufe der teilnehmenden Beobachtung die Methode des „Stop and memo“ gewählt. Die Beobachterin nutzt Zeiträume, in denen sie nicht in das aktive Gruppengeschehen involviert ist, um unstrukturierte Aufzeichnungen (Stichworte, Zitate, etc.) zu machen (vgl. Girtler 1992; Strauss und Corbin 1996). Direkt nach dem Ende der Kursstunde werden diese Aufzeichnungen nach einem offenen Beobachtungsleitfaden kombiniert mit Daten aus der Erinnerung in ein Protokoll transkribiert (näheres s. unter Kap. 4.3.2.6).

4.3.2.1 Die Methode der Gewichts- und Körperfettanalyse

Auswahlkriterium

Die Wahl der richtigen Methode der Körperfettanalyse richtet sich nach der der Untersuchung zugrunde liegenden Fragestellung ebenso wie nach ihrer Praktikabilität im Alltag.

Erfahrungsgemäß reduzieren Sportanfänger oder -neubeginner schon nach kurzer Dauer regelmäßiger und moderater sportlicher Betätigung ihren Körperfettanteil. Die Messung dient damit sowohl der Erfolgskontrolle, als auch der Motivation.

Dazu wird für die vorliegende Studie das „Tanita - Körperfett-Analysegerät/Waage TBF-531“ gewählt. Der Vorteil liegt in dem einfachen Messvorgang und der relativ guten Reproduzierbarkeit bei mehreren Messungen an derselben Person und unter vergleichbaren Bedingungen, wie Tageszeit, Temperatur und Abstand zur letzten Mahlzeit.

Beschreibung der Methode

Die Messung des Widerstandes von Bein zu Bein mit Hilfe einer „Leg-to-leg BIA“ ist zur Bestimmung der fettfreien Masse bei normal- und übergewichtigen Frauen, sowie zur Erfassung von Veränderungen der Fettmasse durch eine Diät und oder körperliche Aktivität geeignet (Utter et al. 1999). Vor- und Nachteile der Bio-Impedanz-Analyse (BIA) wurden bereits in Kapitel 2.1 beschrieben.

Das Körperfett-Analysegerät von „Tanita“ ist den Kompartimentmethoden der Messung des Körperfettgehalts zuzuordnen. Die physikalische Hypothese geht davon aus, dass der Wechselstromwiderstand des Körpers mit dem Körperwassergehalt abnimmt und mit dem Körperfettgehalt zunimmt. So kann, unter der Annahme, dass der Wasseranteil der fettfreien Masse konstant ist, aus dem Wechselstromwiderstand sowie dem von der Waage ermittelten Gewicht über Körpergröße und Geschlecht nach einem zugrundeliegenden Algorithmus der prozentualen Körperfettanteil (KFA) errechnet werden (vgl. Rabast 2000). Bei dem dem Gerät „Tanita TBF-531“ zugrunde liegenden Messverfahren handelt es sich um eine neuere Variante dieser Methode, die den Wechselstromwiderstand vom rechten zum linken Fuß nutzt. Wie bei den anderen Methoden der BIA (Messung vom Hand- zum Fußgelenk) auch, liegt eine Abhängigkeit des Messwertes von körperlicher Aktivität, Verteilung des Gesamtkörperwassers und Füllzustand der Blase bzw. des Magen-Darmtrakts vor, die eine

breitere Streuung der inter- und intraindividuellen Ergebnisse bewirken können. Ein interindividueller Vergleich ist für die vorliegende Studie jedoch nicht von vorrangiger Bedeutung, sondern vorwiegend die individuelle Entwicklung des KFA im zeitlichen Verlauf des Programms.

Durchführung der Erhebung

Das „Tanita - Körperfett-Analysegerät/Waage TBF-531“, im folgenden kurz Waage genannt, besteht aus einer mit vier Elektroden bestückten Wägeplattform, einer Steuereinheit mit Display und numerischer Tastatur sowie einer Auswertungssoftware. Unmittelbar vor der Messung werden Körperlänge und Geschlecht manuell eingegeben. Die Probandinnen stellen sich barfuß auf die Wägeplattform, die Messung dauert ca. 5 Sekunden. Anschließend werden Körpergewicht und KFA unmittelbar auf dem Display der Steuereinheit angezeigt. Die Waage wurde für jede Teilnehmerin von der Kursleitung eingestellt. Die Teilnehmerinnen ziehen vor Kursstundenbeginn ihre Gewichts- und KFA-Verlaufstabelle mit Angaben zur Körpergröße aus ihrem persönlichen Hängeordner und übergeben sie der Kursleitung zum Einstellen der Waage. Die Kursleitung nimmt die Messung vor und trägt die ermittelten Werte in die Tabelle ein.

Anmerkung der Autorin: Diese Vorgehensweise erscheint unter „Nicht-Forschungs-Bedingungen“ nicht sinnvoll, da die Teilnehmerinnen durchaus in der Lage sind, sich selbst zu wiegen. Um alle Messungen jedoch weitgehend zu vereinheitlichen und die Reaktionen und Bemerkungen der Teilnehmerinnen während der Messungen zu beobachten, wurde dieser Weg gewählt.

Datenauswertung

Die gemessenen Gewichts- und KFA-Werte werden protokolliert und dienen als Bestimmungsfaktor der Verlaufskontrolle während des Kurses und im Rahmen einer Pretest/Posttest-Analyse der Erfolgskontrolle nach Kursende. Mit Hilfe des Gewichts können die Teilnehmerinnen ihren aktuellen BMI ermitteln.

Der Frage nach der Zielerreichung liegen unterschiedliche Bewertungskriterien vor. So setzen sich zum einen die Teilnehmerinnen ihr individuelles Ziel, welches von einer konkreten Gewichts- und/oder Körperfettgehaltangabe „Ich möchte auf 60 Kilo kommen“, über einen gewissen Bereich „4-5 Kilo weniger“, bis hin zu „Ich habe kein Zielgewicht, sondern möchte Körperfettanteil reduzieren“ reicht. Der Erreichungsgrad dieser individuellen Ziele dient während des Kursverlaufs mit als Entscheidungsgrundlage für Diskussionsthemen oder dafür, welcher Kursbaustein eingesetzt werden soll.

Als Erfolgskriterium für die vorliegende Evaluation gilt bereits ein in der Literatur empfohlener moderater Gewichtsverlust von 5% oder eine Reduktion des BMI um 1 Punkt unter den Ausgangswert (Pudel und Westenhöfer 1989a; Goldstein 1992; Thomas 1995; Robinson 1999; Tremblay et al. 1999). Da für den Verlust von Körperfettanteil keine Referenzen in der Literatur vorliegen, wird auch hier eine Reduktion von 5% KFA bezogen auf den Ausgangswert (Messung A) von der Autorin als erfolgreich bewertet. Eine Bewertung der Reduktion des BMI nach den vorhandenen Klassifikationen erfolgt nicht, da sinnvolle

Erfolgskriterien wie beispielsweise eine Reduktion „von extrem adipös auf adipös“ oder „von adipös auf übergewichtig“ trotz einer erfolgreichen moderaten Gewichtsreduktion unter Umständen nicht erfüllt werden können.

In der Zielgruppenanalyse (Kap. 5.1) werden sowohl die Gewichts- als auch die Körperfettwerte nach einer, in der Literatur üblichen, Einteilung dargestellt (Abb. 5-6 und Abb. 5-7). Da die Klassifikation des Körperfettanteils nach Biesalski et al. (1999) jedoch nur für Frauen und Männer bis 35 Jahre gilt und das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen bei 39 Jahren liegt, wurde auf sie in dieser Darstellung verzichtet. Statt dessen wird unter Berücksichtigung des individuellen Alters nach Durnin und Womersley (1974) lediglich eine Einteilung in

- a) „entspricht den Empfehlungen“ bzw.
- b) „entspricht den Empfehlungen nicht“

vorgenommen.

Die Teilnehmerinnen erhalten nach den Hauptmessungen eine Bewertung durch das Lebensmittelanalyse-Programm CMG (s. Kap. 4.3.2.3). Es berücksichtigt bei der Berechnung und Analyse des BMI und absoluten Körperfettanteils das jeweilige Alter der Teilnehmerin nach den Vorgaben der DGE (1992).

4.3.2.2 Methode zur Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Auswahlkriterium

Eine kursbegleitende Leistungskontrolle der Teilnehmerinnen bietet sich aus verschiedenen Gründen an: Zur Beurteilung der allgemeinen Leistungsfähigkeit, z.B. als Grundlage für Trainingsempfehlungen; zur Überprüfung von Trainingseffekten und zur Motivationssteigerung (Hollmann und Hettinger 1980; Rost et al. 1991; Buskies und Boeckh-Behrens 1996). Als Testgerät bietet sich ein in allen Fitness-Studios vorhandenes Fahrradergometer an. Die Belastung ist exakt dosierbar und damit reproduzierbar und dies auch in niedrigen Bereichen. Dies ist ein wichtiger Faktor für ältere bzw. untrainierte Teilnehmerinnen. Weiterhin ist die Gefahr der Fehlbelastung gering, da Radfahren eine gelenkschonende Aktivität darstellt - ein wichtiger Aspekt bei der Arbeit mit Übergewichtigen (Buskies und Boeckh-Behrens 1996).

Beschreibung der Methode

Die körperliche Leistungsfähigkeit wird als PWC (physical working capacity) bezeichnet und gelegentlich auch mit dem Buchstaben W symbolisiert. Die gewählte, im Laufe des Tests zu erreichende Herzfrequenz wird als Index hinzugefügt. Der PWC-Test ist ein submaximaler Stufentest, d.h. er wird vor einer möglichen maximalen Ausbelastung bei einer Herzfrequenz von 130, 150 bzw. 170 Schlägen pro Minute abgebrochen (PWC 130, PWC 150, PWC 170). Die Empfehlungen für eine altersgerechte Belastungsstufe variieren, einig sind jedoch alle Autoren darüber, das subjektive Belastungsempfinden während des Tests als Kriterium für eine niedrige bzw. höhere PWC-Stufe zu verwenden (Rost et al. 1991; Buskies und Boeckh-Behrens 1996).

Sowohl Rost et al. (1991), als auch Hollmann und Hettinger (1980) empfehlen bei hohen Belastungsstufen bzw. maximaler Ausbelastung eine ärztliche Kontrolle des Leistungstests. Dies entspricht jedoch nicht den alltäglichen Gegebenheiten von Fitness- Studios. In der vorliegenden Studie wird die mittlere Stufe PWC 150 verwendet und im Bedarfsfall auf PWC 130 reduziert, um einer eventuellen maximalen Ausbelastung von Untrainierten vorzubeugen.

Der PWC-Test bietet folgende Bewertungsmöglichkeiten:

- Einschätzung der allgemeinen Ausdauerleistungsfähigkeit nach Normwerten
- Überprüfung der Leistungsentwicklung durch Vergleich der Ergebnisse von Eingangs- und Wiederholungstest
- Watt- bzw. Belastungsstufe bei einer vorgegebenen Pulsfrequenz
- subjektive Belastungseinschätzung auf jeder Belastungsstufe
- Veränderung der Pulsfrequenz auf den jeweiligen Belastungsstufen

Um eine Vergleichbarkeit der einzelnen Tests eines Individuums zu gewährleisten, sollten das verwendete Ergometer, als auch das Testverfahren (Eingangsstufe, Stufendauer, Stufensteigerung und Drehzahl) identisch sein und zu möglichst gleichen Tageszeiten und Temperaturen stattfinden (Buskies und Boeckh-Behrens 1996). Diesem Prinzip wurde während der 1. und 2. Nachmessung der Teilnehmerinnen von Gruppe 2 nicht entsprochen. Aufgrund der großen Unzufriedenheit mit dem „eigenen“ Fitness-Studio wurden auf Wunsch der Teilnehmerinnen diese Messungen in einem anderen Studio vorgenommen.

Der Vorteil der Bestimmung der PWC liegt darin, dass die Leistungsbewertung auch ohne eine maximale Ausbelastung möglich ist. Dies ist sicherer und der psychologische Faktor, die Bereitschaft sich möglichst nahe an die maximale Leistungsgrenze heranzuwagen, fällt weg. Der Nachteil einer geringeren Ausbelastung liegt in der größeren Ungenauigkeit, da die breite individuelle Streuung der Herzfrequenz unter Belastung mit in die Leistungsbewertung eingeht. Sie wird nur durch einen höheren Ausbelastungsgrad reduziert.

Die PWC sagt nichts über den relativen Ausbelastungsgrad aus. Da die angegebenen Werte altersunabhängig sind, leistet eine 20-jährige bei einem Puls von 130 also genauso viel, wie eine 60-jährige (vgl. Kindermann 1987). Hierbei wird jedoch nicht berücksichtigt, dass besagte 60-jährige dabei eventuell schon ihre maximale Leistungsfähigkeit erreicht hat, während die 20-jährige etwa erst zur Hälfte ausbelastet ist.

Für die vorliegende Arbeit ist dies jedoch nicht relevant. Hier ist entscheidend, ob und in welchem Ausmaß die Teilnehmerinnen ihre individuelle Leistungsfähigkeit im Laufe und nach Beendigung des Kurses verbessert haben.

Den Teilnehmerinnen wird der Zusammenhang zwischen dem Gewicht und der Leistungsbewertung erklärt. Ferner wird darauf hingewiesen, dass Vergleiche untereinander, wenn überhaupt, dann nur mit Teilnehmerinnen der gleichen Altersdekade und Gewichtsstufe zulässig sind.

Durchführung der Erhebung

Für den PWC 150- bzw. 130 Test bedient sich die Autorin aus zeitlichen Gründen zu den Messungen A, B und C einer, in der Methodik erfahrenen, Assistentin.

Die Teilnehmerinnen werden dazu angehalten am Tag der Messung keinen Sport zu treiben und bis ca. 2-3 Stunden vorher ihre letzte größere Mahlzeit einzunehmen. Vor dem Test wird der Blutdruck mit einem elektronischen Blutdruckmessgerät ermittelt und nach dem persönlichen Wohlbefinden und der Bereitschaft zur körperlichen Belastung gefragt. Die Teilnehmerinnen stellen sich unter Anleitung ihre optimale Sitzhöhe am Fahrradergometer ein und überprüfen die Funktionsfähigkeit des Pulsmessgeräts.

Die Belastung beginnt mit einer Eingangsstufe von 25 Watt und wird alle 2 Minuten um 25 Watt bis zum Erreichen der gewünschten Pulsfrequenz von 130 oder 150 erhöht. In dieser Zeit versuchen die Teilnehmerinnen eine Drehzahl von 50-60/min je nach Fahrradtyp (den Herstellerdaten zu entnehmen) einzuhalten (Rost et al. 1991; Buskies und Boeckh-Behrens 1996). Die Prüferin liest die Pulsfrequenz ohne Belastung und nach jeweils 2 Minuten, ca. 5 Sekunden vor der nächsten Leistungsstufe ab und notiert sie auf der persönlichen Messkarte der Teilnehmerin (s. Anh. 2).

Die Entscheidung, welche Zielfrequenz (PWC 130 oder 150) für die jeweilige Teilnehmerin gilt, fällt im Verlauf der ersten Messung. Fühlt die Teilnehmerin sich physisch oder psychisch ausgelastet bzw. leidet unter Atemnot, so wird der Test, notfalls auch vor Erreichen der niedrigsten Leistungsstufe, beendet. Hat die Teilnehmerin ihre Zielfrequenz erreicht und die letzten 2 Minuten beendet, wird die Belastung wieder auf 25 Watt und die Drehzahl auf ca. 30/min reduziert, bis sich die Herzfrequenz auf ca. 110 Schläge/min erholt.

Eine Teilnehmerin aus Gruppe 4 leidet zum Zeitpunkt der Messung A unter einer leichten Knieverletzung und nimmt daher nicht an diesem Test teil.

Datenauswertung

Nach Abschluss der Erhebungsphase liegen aus

- Messung A: 29
- Messung B: 27
- Messung C: 27
- 1. Nachmessung: 24
- 2. Nachmessung: 22

Messergebnisse zur Auswertung vor.

Da im allgemeinen der angestrebte Sollwert (130, 150 oder 170) nicht exakt auf einer Belastungsstufe erreicht wird, muss er mit Hilfe der nächstniedrigeren und nächsthöheren Werte interpoliert werden. Hierfür dient folgende Gleichung:

$$PWC = W1 + (W2 - W1) \cdot \frac{(P - P1)}{(P2 - P1)}$$

Für eine PWC von beispielsweise 130 gilt hier: P ist die angestrebte Herzfrequenz (130), W1 die Wattstufe, auf der die Herzfrequenz P1 erreicht wird, die gerade unterhalb von 130 liegt. W2 und P2 die Werte, die gerade oberhalb von 130 liegen (Rost und Hollmann 1982).

Für die vorliegende Studie werden zwei Bewertungsmöglichkeiten gewählt:

1. Einschätzung der allgemeinen Ausdauerleistungsfähigkeit nach Normwerten (s. Tab. 4-3).

Tab. 4-3 Bewertungsskala für PWC-Test 130 und 150 (Watt/ kg Körpergewicht) für Frauen. Die fettgedruckten Werte sind in der Literatur als Normwerte beschrieben (nach Buskies und Boeckh-Behrens 1996, S.17)

Bewertung	PWC 130
sehr gut	über 2,0
gut	1,6 – 2,0
befriedigend	1,25 – 1,59
unbefriedigend	1,0 – 1,24
ungenügend	unter 1,0
Bewertung	PWC 150
sehr gut	über 2,5
gut	2,0 – 2,5
befriedigend	1,6 – 1,99
unbefriedigend	1,25 – 1,59
ungenügend	unter 1,25

In der Ergebnisdarstellung werden die Bewertungen für PWC 150 und PWC 130 zusammengefasst.

2. Überprüfung der Leistungsentwicklung durch Vergleich der Ergebnisse von Eingangs- und Wiederholungstest

Als Ziel der Maßnahme und Erfolgskriterium für die Ergebnisbewertung wird folgendes definiert:

- Die Stufe „befriedigend“ erreichen bzw. halten oder
- eine nächsthöhere Stufe (ausgehend vom Ausgangswert) erreichen.

4.3.2.3 Methode der Ernährungsprotokolle

Auswahlkriterium

Ernährungsprotokolle werden mit dem Ziel der Erfassung des ernährungsphysiologischen Wertes der aufgenommenen Speisen eingesetzt. Eine wiederholte Analyse der Protokolle in Form von Verzehranamnesen soll die Entwicklung im Kursverlauf aufzeigen. Kursmethodisch dienen die Ernährungsprotokolle als Grundlage für die Beobachtung des Ernährungsverhaltens und der Analyse der Nahrungsaufnahme, sowie als Kontrollorgan und Motivationshilfe zur Umsetzung der selbst gesteckten Ziele im Rahmen der Selbstkontrolle (s. Kap. 3.2.7.3).

Beschreibung der Methode

Eine Erhebung der Nahrungsaufnahme kann mit retrospektiven Methoden, wie der Ernährungsanamnese (diet history), 24-Stunden-Befragung (24-hour-recall) oder Verzehrhäufigkeits-Methode (food frequency) bzw. durch eine Mitschrift der gegenwärtigen Nahrungsaufnahme, sog. Ernährungsprotokolle erfolgen.

Im Falle der retrospektiven Methoden wird aus der Erinnerung notiert, ein Verfahren, welches nur geringe Anforderungen an die Schreibenden stellt und die Nahrungsaufnahme nicht direkt beeinflusst. Ein Nachteil liegt in den Gedächtnislücken, die durch die zeitliche Verschiebung auftreten können bzw. in den begrenzten Möglichkeiten der Auswertung dieser Daten, da genauere Mengenangaben oft nicht mehr möglich sind (Müller 1998). Das Ernährungsprotokoll hingegen wird begleitend zur Nahrungsaufnahme geführt. Dies ermöglicht genauere Mengenangaben zu den aufgenommenen Lebensmitteln, von vorgefertigten Formularen mit Strichlisten, standardisierten Haushaltsmaßen, wie z.B. „ein Esslöffel“ bis hin zu genauen Gewichtsangaben, sog. offenen „Wiegeprotokollen“. Diese Daten, meistens über 7 Tage erhoben, können mit Hilfe von Nährwerttabellen oder einer speziellen Computer-Software quantitativ ausgewertet werden. Üblicherweise wird die Aufnahme der Makronährstoffe (Kohlenhydrate, Eiweiß und Fett) und Mikronährstoffe (Mineralstoffe, Vitamine, Spurenelemente) erfasst und mit den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) verglichen.

Weiterhin können mit Hilfe der Ernährungsprotokolle auch äußere Umstände, wie Zeitpunkt, Ort und begleitende Tätigkeiten der Nahrungsaufnahme protokolliert und qualitativ ausgewertet werden. Dies dient der Erfassung eventueller gesundheitsbeeinträchtigender Lebensstile der Teilnehmerinnen und als Grundlage für individuelle Interventionsmaßnahmen (Dlugosch 1994).

Grenzen und Probleme der Ernährungsprotokolle

Als Nachteil wird in der Literatur der direkte Einfluss des Protokollierens auf die Nahrungsaufnahme, das sogenannte „undereating“ (Schneider 1997, S. 109) diskutiert. Dieses Phänomen wird im Verlauf des vorliegenden Programms eher als Vorteil gesehen und zum Teil kursmethodisch genutzt. Zufallsbedingte Fehlerquellen der Ernährungsprotokolle, z.B. durch unterschiedliche Essgewohnheiten an Wochentagen und Wochenenden bzw. durch saisonale Schwankungen können durch eine Erhöhung der Anzahl der Messungen gut minimiert werden (Zarfl et al. 1997).

Weiterhin gilt als Nachteil aller Erhebungsmethoden der Nahrungsaufnahme die Unterschätzung der verzehrten Nahrungsmittel bzw. deren Energiegehalt, das sog. „underreporting“. Dieses Phänomen taucht insbesondere bei Zwischenmahlzeiten bzw. sog. „Snacks“, kohlenhydrathaltigen Lebensmitteln und Alkohol auf (Poppitt et al. 1998). Es wird vermutet, dass Übergewichtige dazu neigen, ihren Verzehr eher gemäß sozial akzeptierten Normen zu beschreiben (Schoeller 1990).

Auch die Ergebnisse der Auswertungen unterscheiden sich bei der Analyse durch verschiedene Personen bzw. unterschiedlicher Computer-Software.

Durch ergänzende Fragebögen zum Essverhalten oder diesbezügliche Interviews und Diskussionen kann sich die Forscherin ein besseres Bild vom Essen und Ernährungsverhalten der Betroffenen verschaffen.

Durchführung der Erhebung

Der Erfassungszeitraum der Nahrungszufuhr erstreckt sich über dreimal 7 Tage innerhalb der Kurszeit und zweimal 7 Tage in der Phase der Nachmessung. Das ergibt insgesamt 35 Protokolltage pro Teilnehmerin.

Die Ernährungsprotokolle werden nach einer mündlichen Einweisung und schriftlichen Anleitung mit Beispielen am Tag des ersten Messtermins an die Teilnehmerinnen verteilt. Wegen der besseren Verständlichkeit werden die Ernährungsprotokolle für die Teilnehmerinnen sinngemäß „Ernährungstagebuch“ genannt (s. Anh. 10). Sie werden bewusst offen gehalten, um Beeinflussungen durch Vorgaben weitgehend zu vermeiden. Die im Erfassungszeitraum aufgenommenen Lebensmittel sollen sehr genau spezifiziert werden, Wenn möglich sollen sie gewogen, ansonsten in handels- bzw. haushaltsüblicher Menge und Beschaffenheit notiert werden. Für die erste Erfassung bittet die Kursleitung die Teilnehmerinnen, sich möglichst „normal“ zu ernähren, um eine realistische Ausgangslage für eine Analyse zu erhalten. Für eventuelle Rückfragen steht die Kursleitung telefonisch zur Verfügung.

Der Rücklauf der Protokolle erfolgt unterschiedlich. In der ersten Auswertungsphase treffen alle Protokolle pünktlich ein, in den nachfolgenden Phasen wird das Protokoll von einigen Teilnehmerinnen zu einem späteren Zeitpunkt (bis zu 7 Tage) ausgefüllt abgegeben. Die Kursleitung erinnert jeweils nur einmal nach dem offiziellen Abgabetermin an die noch fehlenden Protokolle. Die Teilnehmerinnen haben jedoch, trotz des Aufwands, ein großes Interesse an der Auswertung ihrer Protokolle und dem Vergleich mit der Gruppe, so dass bis auf Nachmessung 1 und 2 und einem Protokoll zu Messung B die Protokolle vollständig vorliegen.

Datenauswertung

Die Auswertung der Ernährungsprotokolle erfolgt mittels des Nährwertberechnungsprogramms „CMG-Ernährungsberater“ Version 1.5 der Firma CMG Mensch und Gesundheit, Pielenhofen. Das Programm wurde in Zusammenarbeit der AOK des Landes Baden-Württemberg, des Landes Bayern und einer Ernährungs- und Gesundheitsberaterin der GGB entwickelt. Als Datenbankgrundlage dient der Bundeslebensmittelschlüssel (BLS) II,1. Eine nähere Beschreibung des BLS II findet sich unter Winkler et al. (1991).

Die Aufzeichnungen der Teilnehmerinnen sind unterschiedlich zuverlässig, was die Eingabe der Daten in Einzelfällen erschwert. Hierzu zählen:

- Keine oder nur sehr ungenaue Mengen- und Portionsangaben: hier muss auf Mengenschätzwerte und übergeordnete Lebensmitteldurchschnitte, über die der BLS verfügt zurückgegriffen werden.
- Ungenaue Spezifizierung der Lebensmittel, z.B. roh oder gegart: hier werden sinngemäße Rückschlüsse gezogen. Bei z.B. 300 g Spaghetti mit Tomatensoße kann von gegarten Nudeln ausgegangen werden. Im Zweifelsfall wird das rohe Lebensmittel erfasst.
- Keine Angaben über Zusammensetzung von Fertig- bzw. Außer-Haus-Gerichten, etc.: Hier wird, wenn möglich, nachgefragt bzw. auf vergleichbare Lebensmittel zurückgegriffen. Einige wiederholt genannte Lebensmittel oder Menüs, welche im BLS nicht vorhanden sind, werden manuell in die Datenbank integriert.

- Unvollständige Protokolle: Zwei Teilnehmerinnen geben zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten unvollständige Protokolle, mit jeweils einem fehlenden Tag ab. Da beide Teilnehmerinnen eine ziemlich regelmäßige Nahrungsaufnahme protokollieren, wird in beiden Fällen der fehlende Tag aus den übrigen 6 Tagen gemittelt.

Die Auswertung der Protokolle erfolgt im Soll-Ist-Vergleich der Hauptnährstoffe (Kohlenhydrate, Eiweiß, Fett), der Ballaststoffe, des Cholesterins und der Flüssigkeitszufuhr. Der Soll-Wert richtet sich im „CMG-Ernährungsberater“ nach den Referenzwerten der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE 1991) plus des Zusatzbedarfs für den in diesem Zeitraum angegebenen Sport (CMG 1994). Der Vergleich erfolgt in Prozent pro Tag (Blockdiagramm) und für eine Woche (Liniendiagramm) in der Übersicht. Die Teilnehmerinnen sehen in der Wochenübersicht, dass gelegentliche, von ihnen selbst bezeichnete „Ausrutscher“ in der Gesamtauswertung nicht oder nur sehr gering zu Buche schlagen. Dies unterstützt die Aussage der Kursleitung, dass die Nährstoffempfehlungen nicht jeden Tag genau erfüllt werden müssen, was auch im Alltag vieler Teilnehmerinnen kaum möglich ist. Auf der anderen Seite soll die Darstellung der täglichen Nährstoffaufnahme einem eventuell verfälschten Bild bezüglich bestimmter Nahrungsmittel und ihrem Energiewert vorbeugen (Bsp.: „Ich habe den ganzen Tag extra kaum etwas gegessen, wie kann das Grillen am Abend da soviel ausmachen?“ Zitat einer Teilnehmerin). Auf eine Auswertung der zugeführten Vitamine und Mineralstoffe wird aus zeitlichen und kursmethodischen Gründen verzichtet.

In der Ergebnisdarstellung werden die Ergebnisse der Protokolle im Gesamtkollektiv und in den einzelnen Gruppen in ihrer Sollerreichung der Übersichtlichkeit und besseren Vergleichbarkeit halber relativiert und zusammengefasst.

4.3.2.4 Die Methode der schriftlichen Befragung

Auswahlkriterium

Mit Hilfe schriftlicher Befragungen zu Beginn, während und zum Ende der Interventions- bzw. Beratungsmaßnahme sollen u.a. Rückschlüsse auf die Effektivität des Programms durch Datenvergleich im Pretest-Posttest-Design gezogen werden (Vogelsang 1996). Weiterhin dient die Bearbeitung einiger Fragen der Auseinandersetzung der Teilnehmerinnen mit ihrer jeweiligen Situation, dem Zielerreichungsgrad, den eigenen Aktivitäten, etc. Hierfür werden auch die weiter unten näher erläuterten Arbeitsblätter eingesetzt (s. Kap. 4.3.2.7).

Aufbau der Fragebögen

Generell gelten folgende Überlegungen für den Aufbau der eingesetzten Fragebögen (Wellenreuther 1982; Schnell et al. 1993):

- Die Fragen sollen kurz, klar und verständlich sein
- sie sollen den Kursablauf nicht stören bzw. die Teilnehmerinnen nicht überfordern oder verärgern
- sie sollen genügend quantifizierbare Antworten liefern und
- keine doppelten Negierungen enthalten.

Um vergleichbare und vollständige Aussagen zu gewinnen, werden überwiegend geschlossene und dichotome (Ja/Nein) Fragen und Ausprägungen (Ratingfragen) verwendet. Bei den meisten geschlossenen und einigen dichotomen Fragen werden, sofern sinnvoll, Alternativantworten angeboten, welche die Teilnehmerinnen ankreuzen können bzw. eine offene Anschlussfrage für spontane Antworten direkt nachgestellt (Hybridfragen) (Atteslander et al. 1991; Schnell et al. 1993). Sofern bei geschlossenen Verhaltens- bzw. Einstellungsfragen mit Alternativantworten mehrere Vorgaben gleichzeitig sinnvoll erscheinen, wird auf mögliche Mehrfachnennungen hingewiesen.

Durch diese Art der Befragung wird die Spontaneität der Befragten zwar mitunter stark eingeschränkt, andererseits kostet das Ausfüllen weniger Zeit und verlangt nicht zu viel Überlegungen.

Die Erfassung eines Merkmals zu verschiedenen Zeitpunkten dient der Erfassung von Entwicklungen, sowohl im Sinne der Evaluation, als auch aus kursmethodischen Gründen.

Im Laufe der Studie werden 5 Fragebögen eingesetzt. In einem Pretest (Friedrichs 1990) füllten 6 Frauen, die nicht zum Untersuchungskollektiv zählten, die ursprüngliche Fassung aus und nannten eventuelle Unverständlichkeiten. Die entsprechenden Fragen wurden modifiziert und in der in Anhang 5 - 9 vorliegenden Fassung den Kursteilnehmerinnen präsentiert. Trotz des Pretests erweisen sich einige Fragen als missverständlich bzw. im Laufe der Studie als wenig ergebnisreich. Auf sie wird, sofern für die vorliegende Studie relevant, in der folgenden Beschreibung bzw. in der Ergebnisdarstellung eingegangen.

a) Persönlicher Fragebogen

Der persönliche Fragebogen (s. Anh. 5) enthält insgesamt 41 Fragen. Diese beziehen sich auf

- soziodemographische Merkmale
- auf den Gesundheitszustand in Bezug auf Stoffwechsel- und/oder orthopädische Erkrankungen etc.
- das Gesundheitsverhalten in Bezug auf Ernährung, Bewegung, Entspannung, Medikamentenkonsum, etc.
- die berufliche und familiäre Belastung
- das subjektiv empfundene Körpergewicht und
- bisherige Diäterfahrungen

Kursmethodisch dient er im Zwiegespräch dem Aufbau von Vertrauen und dem besseren Kennenlernen auf beiden Seiten. Die Angaben zu bisherigen Diäten, sportlichen Betätigungen und Entspannungsmethoden (Fragen Nr. 17, 22, 39-41) können gegebenenfalls in die Kursgestaltung mit einfließen (z.B. Besprechung von Diäten oder Durchführung einer gemeinsamen Sportstunde), während Angaben zum Gesundheitszustand (Fragen Nr. 12-15, 23, 38) wichtige Anhaltspunkte für eventuelle Empfehlungen sind. Die Fragen bezüglich körperlicher und seelischer Belastung (Fragen 25-38) dienen unterstützend der Selbstbeobachtung und -analyse.

b) Fragebogen 1a - e

Der Fragebogen 1a - e (s. Anh. 6) sollte ursprünglich zu ausschließlich kursmethodischen Zwecken eingesetzt werden, enthält 26 Fragen und wurde in Anlehnung an die Fragen der Nationalen Verzehrstudie (DLR 1991) entwickelt.

Die Fragen 1-15 (ausgenommen Frage 10) dienen der Ernährungsanamnese, der Analyse des Ernährungsverhaltens, der Ermittlung der Einstellung zu bestimmten Lebensmitteln und, in geringem Umfang, des Ernährungswissens. Die Fragen 17-20 befassen sich mit dem Einkaufsverhalten, 16 und 23-26 mit Wohlbefinden, Entspannung und Motivation und die Fragen 10, 21 und 22 mit Bewegung bzw. sportlicher Aktivität.

Es handelt sich bis auf eine Ausnahme (Frage 15) um geschlossene Fragen, größtenteils mit Antwortalternativen zum Ankreuzen und Ausprägungen. Frage 4 stellt eine „food frequency list“ zur retrospektiven Erhebung des Lebensmittelkonsums dar. In den Fragen 6 und 10 werden die Teilnehmerinnen dazu angehalten, eine Rangfolge zu erstellen (Kalorienverbrauch ausgesuchter Tätigkeiten bzw. Prioritäten bei der Wahl der Mahlzeiten).

Der wiederholte Einsatz des Fragebogens 1b zur Messung B (nach Ablauf der Hälfte der Kurszeit) und Vergleich mit Fragebogen 1a (Messung A) dient sowohl der Kursleitung als auch den Teilnehmerinnen zur Analyse erfolgter Änderungen in Bezug auf Verhalten bzw. Einstellungen und Wissen.

c) Abschlussfragebogen

Am Ende des Kurses erhalten die Teilnehmerinnen einen Abschlussfragebogen (s. Anh. 7) mit 15 überwiegend offenen Fragen bzw. dichotomen mit offener Anschlussfrage zur Erhebung:

- der Veränderungen im Hinblick auf das Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsverhalten bzw. Wohlbefinden (Frage 1)
- der Zufriedenheit mit den Kursinhalten (Fragen 2 und 3)
- der individuell gesteckten Ziele und Strategie zur Erreichung (Frage 4)
- des subjektiv empfundenen Erfolgs (Fragen 5 und 6)
- der Motivation und der Rolle der Gruppe (Frage 7-10)
- der Zufriedenheit mit der Kursleitung (Frage 13)
- der Zufriedenheit mit dem Fitness-Studio (Frage 14)
- ob die Teilnehmerinnen diesen Kurs noch einmal belegen bzw. was sie anders machen würden (Fragen 15 und 11)

Diese Daten dienen als weitere Informationsquelle zur Absicherung der im Laufe der teilnehmenden Beobachtung und Gruppendiskussion erhobenen Daten im Sinne der Methoden-Triangulation und der abschließenden Kursbewertung.

d) Fragebogen zur 1. Nachmessung

Der Fragebogen zur 1. Nachmessung (s. Anh. 8) dient der Ermittlung kurz- bis mittelfristiger Veränderungen. Die Teilnehmerinnen erhalten 14 überwiegend dichotome Fragen mit offener Anschlussfrage zur Erhebung:

- der Veränderungen im Hinblick auf das Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsverhalten bzw. Wohlbefinden (Frage 1)
- der Rolle, die Ernährung, Bewegung bzw. Wohlbefinden im Leben der Teilnehmerin spielen (Fragen 9-11)
- der Gewichtsentwicklung (Fragen 2)
- der weiteren Zielverfolgung bzw. Zielerreichung und Zufriedenheit (Fragen 3 und 4)
- des Kontakts und der Einstellung zur Gruppe (Fragen 5 und 6)
- der Fragen der Teilnehmerinnen (Fragen 7 und 12)
- der eventuellen Wirkung des Gesundheitskurses auf bestimmte Veränderungen im Leben der Teilnehmerin (Frage 8)

e) Fragebogen zur 2. Nachmessung

Der Fragebogen zur 2. Nachmessung (s. Anh. 9) wurde zur Erhebung mittelfristiger Veränderungen (8 Monate nach Kursende), des derzeitigen Wohlbefindens und der Schwierigkeiten bei der Umsetzung der individuellen Ziele entwickelt. In 21 teilweise geschlossenen und offenen Fragen werden die Teilnehmerinnen aufgefordert, sich abschließend mit

- Änderungen der persönlichen Lebensumstände (Frage 1)
- der Gewichtsentwicklung und diesbezüglichen Zufriedenheit (Fragen 2-5)
- zwischenzeitlichen Gewichtsreduktionsversuchen (Frage 6)
- Veränderungen im Hinblick auf das Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsverhalten bzw. Wohlbefinden (Frage 7)
- der weiteren Zielverfolgung bzw. Zielerreichung und Zufriedenheit (Fragen 8-10)
- den subjektiv empfundenen Schwierigkeiten bei der Zielumsetzung (Fragen 11-13)
- dem derzeitigen und vergangenen Wohlbefinden (Fragen 14-16)
- der Gruppe (Fragen 17 und 18) und
- eventuellen Fragen bzw. Anregungen oder Ideen (Fragen 19 - 21)

auseinander zu setzen.

Der Abschlussfragebogen und die Fragebögen zur 1. und 2. Nachmessung dienen, im Gegensatz zum persönlichen Fragebogen und Fragebogen 1a-f, ausschließlich der Datengewinnung für die Evaluationsstudie.

Durchführung der Erhebung

a) Persönlicher Fragebogen

Der Sinn des persönlichen Fragebogens (s. oben) wird den Teilnehmerinnen während des ersten Messtermins erklärt und ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Antwort auf jede Frage freiwillig erfolgt. Die Kursleitung geht den Fragebogen Punkt für Punkt mit den

einzelnen Teilnehmerinnen durch und füllt ihn selbst aus. Eine Kopie liegt der Teilnehmerin zum besseren Verständnis und um auf Antwortalternativen eingehen zu können vor. In Gruppe 1 werden auf jeweiligen Wunsch 3 mal 2 Teilnehmerinnen und in Gruppe 3 1 mal 2 Teilnehmerinnen gemeinsam befragt.

Die Fragen werden in der Regel zügig beantwortet, Verständnisschwierigkeiten liegen, außer bei 2 Teilnehmerinnen mit nicht-deutscher Muttersprache in geringer Form, keine vor. Eine Teilnehmerin gibt zu Frage 17 „Haben Sie schon Diäten durchgeführt“ zwar „nein“ an, nennt anschließend jedoch „FDH“ und „kontrolliertes Essen“ als Methoden gelegentlicher Gewichtsregulationen „wenn das Gewicht mal wieder an der Grenze war“. In diesem Fall ging die Frage mit „ja“ in die Auswertung ein.

b) Fragebogen 1a - e

Der Fragebogen wird zu den Messterminen A, B und C direkt im Anschluss an den Leistungstest den Teilnehmerinnen mit der Bitte um sofortiges Ausfüllen ausgehändigt. Vor der 1. und 2. Nachmessung wird der Fragebogen 1d und e den Teilnehmerinnen zusammen mit den Formularen des Ernährungsprotokolls und einem Anschreiben mit der Bitte, beides zu einem bestimmten Termin zurückzuschicken bzw. zur nächsten Messung mitzubringen, per Post zugesendet. Zur 1. Nachmessung wird auch der entsprechende Fragebogen „1. Nachmessung“ beigefügt. Während die Teilnehmerinnen den Fragebogen 1a, b und c im Fitness-Studio ausfüllen, befindet sich die Kursleitung in unmittelbarer Nähe, so dass sie auf eventuelle Fragen eingehen kann. Von der ersten Messung (A) liegen alle Fragebögen ausgefüllt vor. In Messung B bitten insgesamt 4 Teilnehmerinnen darum, den Fragebogen entweder zur nächsten Stunde oder zu Hause ausfüllen zu dürfen. 2 der 4 Teilnehmerinnen geben den Fragebogen zur nächsten Stunde ab, eine Teilnehmerin gibt an, ihn vergessen zu haben, eine weitere hatte keine Zeit zum Ausfüllen. Da es sich hierbei um eine Art „passive Verweigerungen“ handeln könnte, wird nach einer weiteren Bitte um Rückgabe des ausgefüllten Bogens nicht weiter nachgefragt, sondern die Verweigerung stillschweigend akzeptiert.

Zur Abschlussmessung (Messung C) lagen alle (27) Fragebögen vollständig vor, zur 1. und 2. Nachmessung jeweils 21 von 24 bzw. 22 zur Messung erschienenen Teilnehmerinnen.

Nachfolgende Probleme treten nur zur ersten Befragung auf:

Die Fragen 10 und 6 werden von 3 Teilnehmerinnen aus Gruppe 1 nur schwer verstanden und trotz intensiver Einzelerklärung teilweise doch falsch beantwortet. Diese Unstimmigkeiten werden im Verlauf der weiteren Kursstunden besprochen. Ein weiteres Problem soll mit Hilfe des nachfolgenden Ausschnitts aus dem kursbegleitenden Protokoll dargestellt werden:

- Frage 7 rief bei einer TN Unbehagen hervor. Sie wollte nur das als gesund ansehen, was sie auch wirklich verzehrt (Bsp: Milch). Da sie keine Probleme ohne Milch hat, muss Milch auch nicht unbedingt zur gesunden Ernährung gehören. Ich sagte ihr, dass sie ja tatsächlich nur ihre Meinung angeben soll. Sie meinte daraufhin, dass aber überall gesagt wird, wie gesund Milch ist und dann ihre Antwort als falsch angesehen wird. Ich versicherte ihr, dass es hier nicht um richtig oder falsch geht, sondern um ihre Einstellung und Meinung und wenn sie für sich davon überzeugt ist,

dass Milch nicht dazu gehört, dann ist das eben so. Mit dieser Erklärung war sie einigermaßen zufrieden „*Na gut*“.

In Gruppe 2 bereiten Frage 1-3 einer Teilnehmerin Probleme, sie fragt nach dem Unterschied zwischen erstem und zweitem Frühstück (Frage 1) und meint zu Frage 2 und 3 „Wir gehen nie aus“.

In Gruppe 3 und 4 werden aus sprachlichen Gründen von jeweils einer Teilnehmerin kurze Fragen gestellt, ansonsten werden die Fragebögen ohne besondere Vorkommnisse ausgefüllt.

Besonders die älteren Teilnehmerinnen weisen auf eine teilweise zu kleine Schrift hin (Frage 4).

c) Abschlussfragebogen

Der Abschlussfragebogen wird den Teilnehmerinnen nach Messung C zum Ende des Gruppenprogramms ausgehändigt. Es bleibt ihnen frei gestellt, ob sie ihn sofort oder zu Hause ausfüllen möchten. Die Teilnehmerinnen der Gruppe 1 füllen ihn alle sofort aus, eine Teilnehmerin aus Gruppe 2 nimmt ihn mit nach Hause und schickt ihn 6 Wochen später nach einmaligem Nachfragen unausgefüllt mit einem Begleitschreiben an die Kursleitung zurück. In der Auswertung wird dieser Fragebogen jeweils mit „keine Angabe“ bewertet und das Schreiben an entsprechender Stelle zitiert.

Aus Gruppe 3 nehmen ihn 4 Teilnehmerinnen mit nach Hause, 2 schicken ihn per Post an die Kursleitung, 1 gibt ihn im Studio ab und eine weitere Teilnehmerin verspricht ihn zwar zweimal zurück zu schicken, tut dies jedoch nicht. 2 Teilnehmerinnen der Gruppe 4 bitten darum, den Fragebogen in der darauffolgenden Kursstunde ausfüllen zu dürfen, da sie in der Zwischenzeit nicht dazu kommen würden.

Nach dem Pretest wurde das Format des Fragebogens zum besseren Verständnis teilweise modifiziert (z.B. Frage 1: Teilfragen voneinander abgesetzt und mit Pfeilen markiert). Während der Befragung gab es keine Fragen bzw. besonderen Vorkommnisse.

d und e) Fragebogen zur 1. und Fragebogen zur 2. Nachmessung

Der Fragebogen zur 1. Nachmessung wird an die Teilnehmerinnen vor der Messung zusammen mit dem Fragebogen 1d und dem Ernährungsprotokoll und der Bitte, ihn zum nächsten Messtermin mitzubringen, versendet. Er soll dann als Leitfaden für die Diskussionsrunde dienen. Der Fragebogen zur 2. Nachmessung wird den Teilnehmerinnen am entsprechenden Messtermin direkt ausgehändigt und gemeinsam, im Sinne einer Gruppenbefragung ausgefüllt.

Nach Flick (1991) besteht der einzige Unterschied zwischen einer Gruppenbefragung und einer schriftlichen Befragung im klassischen Sinn in der Befragungssituation. Bei der Gruppenbefragung füllen mehrere Teilnehmerinnen in Anwesenheit der Kursleitung zur gleichen Zeit, im selben Raum den Fragebogen aus, während bei der schriftlichen Befragung die Kursleitung für Rückfragen nicht zur Verfügung steht und nicht in einer Gruppensituation gefragt wird.

Datenauswertung

Nach Abschluss der Erhebungsphase liegen folgende Fragebögen zur Auswertung vor:

- Persönlicher Fragebogen: 30
- Fragebogen 1a: 30
- Fragebogen 1b: 25
- Fragebogen 1c: 27
- Fragebogen 1d: 21
- Fragebogen 1e: 21
- Abschlussfragebogen: 26
- Fragebogen zur 1. Nachmessung: 25
- Fragebogen zur 2. Nachmessung: 23

Aufgrund der geringen Anzahl der Teilnehmerinnen, wird die Auswertung aller Fragebögen manuell vorgenommen und mit dem Standardprogramm „Microsoft® Excel 2000“ graphisch dargestellt.

Aus Fragebogen 1a - e stellen sich während der programmbegleitenden Analyse einige Fragen als interessant im Hinblick auf die Evaluationsziele dar, so dass er auch zu den Nachmessungen 1 und 2 verteilt wird, um die weitere mittelfristige Entwicklung dieser Punkte verfolgen zu können.

Im Verlauf der Auswertung erweist sich in Fragebogen 1a - e Frage Nr. 22 zur Erfassung des Sportumfangs mit den Antwortvorgaben „ein- oder mehrmals wöchentlich“, „1 - 3 mal monatlich“ und „seltener“ als zu allgemein. Die Ergebnisse sind nicht aussagekräftig, da sich der Sportumfang vieler Teilnehmerinnen insbesondere innerhalb einer Woche veränderte, was mit der vorliegenden Einteilung nicht berücksichtigt wird. Auch hier geben die kursbegleitenden Arbeitsblätter, die teilnehmende Beobachtung und die offenen Fragen zum Kursende und den Nachmessungen konkretere Auskünfte.

Frage Nr.8 „Worauf achten Sie bei Ihrer Ernährung im allgemeinen?“ erweist sich nachträglich mit den Antwortvorgaben „wenig Kohlenhydrate“ und „viel Eiweiß“ als verwirrend. Diese beiden Items werden daher im Ergebnisteil zwar dargestellt, jedoch nicht zur Bewertung des Ernährungsverhaltens mit berücksichtigt.

Auf Probleme bezüglich der Auswertbarkeit bzw. Sinnhaftigkeit weiterer Fragen wird der besseren Übersichtlichkeit halber im Ergebnisteil an entsprechender Stelle eingegangen.

4.3.2.5 Die Methode der Gruppendiskussion

Auswahlkriterium

Die Gruppendiskussion bietet sich für die vorliegende Studie sowohl aus kursmethodischen Gründen als auch als Erhebungsinstrument an. Der ökonomische Vorteil liegt darin, mit einem geringeren Zeitaufwand mehr Personen zu Wort kommen zu lassen als beispielsweise mittels Einzelinterviews.

Durch diese Methode ist es möglich, einen Einblick in die Vielfalt von Erfahrungen, Meinungen und Einstellungen der Gruppenmitglieder über Hindernisse bzw. Hilfen beim Abnehmen zu gewinnen. Durch die vielseitigen Impulse der Teilnehmerinnen ergibt sich darüber hinaus oft ein breitgefächertes Themenspektrum und besonders offenerherzige

Diskussions-beiträge können dazu beitragen, stärker gehemmte Personen zu „offenen“ Äußerungen zu ermutigen (Mangold 1967).

Beschreibung der Gruppendiskussion

Die sozialwissenschaftliche Methode der Gruppendiskussion wurde vom Frankfurter Institut für Sozialforschung entwickelt (Pollock 1955) und wird besonders in den letzten Jahren wieder verstärkt als eine sinnvolle Methode der qualitativen Forschung von Gruppenprozessen sowie inhaltlicher Aspekte der dort gemachten Äußerungen eingesetzt (Lamnek 1989; Mayring 1990).

Sie ist nach Mayring (1990) ein geeignetes Instrument, psychische Sperren zu durchbrechen und kollektive Einstellungen, öffentliche Meinungen und alltägliche, durch das soziale Umfeld hervorgerufene Handlungsweisen zu erfassen. Darüber hinaus kann sie dem Einblick in den persönlichen Erfahrungshorizont der Teilnehmerinnen mit ihren das Handeln beeinflussenden Einstellungen dienen. Die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (1991) empfiehlt sie als explorative Evaluationsmethode zur Vorbereitung und Ergänzung anderer Untersuchungsverfahren.

Um eine möglichst effektive Gruppendiskussion zu erreichen, sollten folgende Voraussetzungen erfüllt sein (Lamnek 1989; Mayring 1990):

- Die Gruppe sollte real existieren oder homogen sein (z.B. in Bezug auf soziale Herkunft, thematische Betroffenheit und/oder Bildungsgrad) bzw. die Mitglieder sich bereits kennen.
- Die angesprochene Thematik sollte auch für den Alltag der Diskussions- teilnehmerinnen von Relevanz sein, um die Möglichkeit zu bieten, die in der Diskussion geäußerten Meinungen auch direkt umzusetzen.
- Die Gruppengröße sollte 5-15 Personen nicht übersteigen.

Bezüglich der thematischen Betroffenheit gelten die in der vorliegenden Studie vorgestellten Gruppen in der Größe von 6-11 Teilnehmerinnen als homogen. Die Thematik ist für alle Teilnehmerinnen relevant und die geäußerten Meinungen dienen u.a. dem Erfahrungsaustausch und als Entscheidungshilfe innerhalb des Selbstkontrollverfahrens.

Um das Forschungsthema nicht aus den Augen zu verlieren, sollte die Diskussionsleitung je nach Situation nondirektiv, aber gegebenenfalls auch direktiv vorgehen. Sie übernimmt eine eher moderierende Funktion, ermutigt zu Wortmeldungen, fragt nach, fasst zusammen und paraphrasiert (vgl. Mangold 1960).

Es ist jedoch zu beachten, dass die geäußerten Meinungen durchaus eine Gruppenmeinung repräsentieren können und nicht die tatsächliche Einstellung der Sprecherin widerspiegeln. Die Abwesenheit einiger Teilnehmerinnen zu bestimmten Kursstunden bzw. eine mangelnde Beteiligung während der Diskussion hat zur Folge, dass bei der Auswertung der Diskussion der in Frage kommende Aspekt immer nur auf einen Teil der Teilnehmerinnen bezogen werden kann (Mangold 1967).

Da die Kursleitung der vorliegenden Studie alle 20 Kursstunden betreut, als teilnehmende Beobachterin in das Gruppengeschehen größtenteils involviert ist und sich dadurch ein eher freundschaftliches Verhältnis zu den Teilnehmerinnen entwickelt, kann sie nach einiger Zeit den Sinnzusammenhang bestimmter Aussagen bzw. Reaktionen verstehen. Trotzdem ist es

nicht möglich, über Gruppendiskussionen zu repräsentativen Aussagen zu kommen, da das Verhalten der Gruppe Veränderungen unterliegt, welche sich wiederum auf die Meinung der Gruppe in Gruppendiskussionen auswirken können, weshalb Ergebnisse aus der Gruppendiskussion nicht ohne weiteres auf die Realität zu übertragen sind (Mangold 1960).

Diskussionsverlauf

In der Regel stellt die Kursleitung die Gruppe mit einem diffusen Grundreiz, wie z.B. einem Kurzvortrag oder durch einen Film auf das zu behandelnde Thema ein (vgl. Mayring 1990). Im vorliegenden Fall ist dies aufgrund der gemeinsamen Betroffenheit jedoch nicht notwendig. Die Diskussion wird einfach mit einer Frage, z.B. nach den Erfahrungen mit den Ernährungsprotokollen oder den Arbeitsblättern eingeleitet. Kleine „Eingriffe“ in die Diskussion bestehen dann lediglich darin, hin und wieder auf das Ausgangsthema zurückzuführen und eventuell die Stilleren dazu aufzufordern, ihre Meinung kund zu tun.

Aus den Diskussionen lassen sich dann Themen herauskristallisieren, welche für die Teilnehmerinnen von großer Bedeutung sind. Im Sinne des offenen Forschungsansatzes werden diese Themen in die laufende Kursgestaltung aufgenommen, z.B. als Informationsmaterial oder für weitere zukünftige Diskussionen.

Ferner erhält die Forscherin auf diese Weise, wie bei der teilnehmenden Beobachtung auch, tiefere Einblicke in Persönlichkeitsmerkmale der Teilnehmerinnen, die der Forschungsfrage dienen bzw. diese erweitern, wie die kognitive Bewertung des eigenen Verhaltens, den subjektiv eingeschätzten Ressourcen und den Änderungsintentionen

Durchführung der Erhebung

Während der Diskussion notiert die Kursleitung die Essenz der Beiträge der Teilnehmerinnen in Stichworten. Dies ist manchmal, insbesondere bei „emotionaleren“ Diskussionen, etwas schwierig, da die Teilnehmerinnen sich immer wieder gegenseitig ins Wort fallen und durcheinander reden. In diesen Fällen verweist die Kursleitung auf die „Regeln der Gruppenarbeit“, welche dazu auffordern, jede Person ausreden zu lassen und ihre Meinung zu akzeptieren. Ferner versucht sie im Sinne der Themenzentrierten Interaktion (TZI) die Gespräche bei ausschweifenden Beiträgen, wie z.B. Anekdoten aus dem Schulleben der Kinder, auf das Thema zurückzuführen. Die Notizen werden nach Kursende mit den ausgefüllten Arbeitsblättern der Teilnehmerinnen verglichen und die Abweichungen bzw. Ergänzungen in ein offenes Protokoll transkribiert.

Datenauswertung

Die Auswertung der Gruppendiskussion erfolgt in Anlehnung an die Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse. Mayring (1997) empfiehlt eine Konkretisierung der Ziele einer Analyse in Form von Kategorien, welche dann ihrerseits das eigentliche Ergebnis der Analyse darstellen.

Dies wird in der folgenden Auswertung mit den von Lamnek (1989) vorgeschlagenen Phasen

- **Transkription:** Übertragen der im Feld gesammelten Notizen in ein kursbegleitendes Protokoll
- **Einzelanalyse:** Paraphrasieren des Materials einer Gruppe, Zusammenfassung und Strukturierung der Kernaussagen nach sich aus dem Material ableitenden oder durch die Fragestellung vorab festgelegten Kategorien
- **Generalisierende Analyse:** Zusammenfassung der Gruppenanalysen, Vergleich dieses Gesamtbildes mit den Gruppenanalysen zur Feststellung von Gemeinsamkeiten und Differenzen

berücksichtigt.

Dabei erfolgt eine alle Phasen begleitende Kontrolle in Form der Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial (Lamnek 1989; Mayring 1997). Zur Hervorhebung bzw. besseren Veranschaulichung bestimmter Ergebnisse werden ihrer Darstellung wörtliche Formulierungen der Teilnehmerinnen in Form eines Zitats nachgestellt (Girtler 1992).

4.3.2.6 Methode der teilnehmenden Beobachtung

Auswahlkriterium

Die Methode der teilnehmenden Beobachtung bietet sich als Unterstützung zur Beschreibung und Erklärung bestimmter Verhaltensweisen und Phänomene während des Gruppenprogramms an. Da sich die Wirkung des Programms bzw. der Beratung auf das Verhalten der Teilnehmerinnen nicht ohne weiteres bestimmen lässt, wird versucht, den inneren Beweggründen zu vollzogenen bzw. nicht vollzogenen Veränderungen auch mit Hilfe der teilnehmenden Beobachtung näher zu kommen, als dies beispielsweise mit Fragebögen möglich wäre (Wottawa und Thierau 1990). Dabei ist der Forscherin durchaus bewusst, dass in vielen Fällen nicht zu ermitteln ist, welchen Sinn die Akteure mit einer Handlung verbinden bzw. dass unterschiedliche Interpretationen einer Handlung möglich sind (Friedrichs 1990). Diese Methode soll ferner der Erfassung und Dokumentation des Kursverlaufs und somit als Instrument zur Modifikation im Rahmen der formativen Evaluation dienen.

Beschreibung der Methode

Friedrichs (1990) definiert die teilnehmende Beobachtung als „die geplante Wahrnehmung des Verhaltens von Personen in ihrer natürlichen Umgebung durch einen Beobachter, der an den Interaktionen teilnimmt und von den anderen Personen als Teil ihres Handlungsfeldes angesehen wird“ (S. 288).

Voraussetzungen hierfür sind, dass das Beobachtungsfeld der Beobachterin zugänglich ist und sie im natürlichen Feld eine Rolle einnehmen kann, in der sie keine Probleme erzeugt oder Interaktionen stört. In der qualitativen Beobachtung übernimmt die Forscherin in der Regel auch die Funktion der Beobachterin in Personalunion, was nach Lamnek (1989) „wegen der Einmaligkeit der Beobachtungssituationen und wegen des fehlenden Beobachtungsschemas zwingend“ (S. 303) ist (vgl. auch Girtler 1989 und 1992; Strauss und Corbin 1996).

Innerhalb der Methode der Beobachtung werden verschiedene Formen, wie in Tab. 4-4 dargestellt, unterschieden (Friedrichs 1990; Lamnek 1989; Mayring 1990):

Tab. 4-4 Formen der Beobachtung

Beobachtungsform	Charakteristika
verdeckt	die Beobachterin ist für das Forschungsfeld unsichtbar (z.B. verdeckte Kamera, hinter einer Glasscheibe) oder sie ist sichtbar, gibt sich jedoch nicht als solche zu erkennen, sondern beobachtet „verdeckt“
offen	die Absichten der Beobachterin werden offen dargelegt
nicht-teilnehmend	die Beobachterin befindet sich außerhalb des Forschungsfeldes
teilnehmend	die Beobachterin nimmt mit dem Ziel einer besseren Innenperspektive an der „natürlichen Lebenssituation“ der Beobachteten teil
unsystematisch	ohne vorab festgelegtes Schema frei beobachten und protokollieren
systematisch	mit einem vollständig standardisierten Schema

Die Formen schließen sich nicht gegenseitig aus und können ineinander übergehen. So kann sich beispielsweise eine Beobachterin zu Beginn der Studie verdeckt halten, während sie sich später immer mehr in das Geschehen mit einbringt.

In der qualitativen Forschung wird die Form der nicht standardisierten Beobachtung empfohlen, um offen und flexibel in das Feld zu gehen und keine Prädetermination durch die Forscherin zu verursachen. Die Kategorien- und Hypothesenbildung wird somit in den Prozess der Datenerhebung verlegt, was den Verzicht auf ein ausführliches Beobachtungsschema mit Beobachtungskategorien voraussetzt (Lamnek 1989). Gerade in der qualitativen Forschung mit der Forderung nach Offenheit und Flexibilität zur Generierung von Hypothesen ist es entscheidend, keine Dimensionen und Kategorien vorab zu formulieren, sondern die sozialen Situationen als Beobachtungseinheit anzuerkennen. Erst wenn das soziale Feld zu Wort gekommen ist, werden die Kategorien entwickelt. Eine große Offenheit und Flexibilität gegenüber dem zu beobachtenden Feld ist Voraussetzung für die Erfahrung bzw. Erfassung unvorhergesehener Ereignisse und Verhaltensweisen, welche die Forscherin über gewisse Hypothesen hinaus zu tiefergehenden Erkenntnissen führen kann (vgl. Girtler 1992).

Dies bedeutet jedoch keine konzeptionslose und willkürliche Annäherung an das Feld. Ein Forschungsprogramm mit spezifischer Forschungsfrage, welche im Laufe der Feldarbeit durchaus ergänzt werden kann, muss vorab feststehen. Daher wird die Forscherin sich auf bestimmte Sachverhalte konzentrieren müssen und ihren Blick vornehmlich auf die Dinge und Ereignisse richten, die im Rahmen ihrer Forschungsfrage von Interesse sind.

Die Rolle der Beobachterin sollte gut überlegt sein, ihre „strategische Position“ innerhalb des Feldes ist von großer Bedeutung, um möglichst viele wichtige und ebenso richtige Informationen zu erhalten.

Gold (1969) unterscheidet vier Formen der Beobachterrolle (Tab. 4-5):

Tab. 4-5 Formen der Beobachterrolle (nach Gold 1969)

Beobachterrolle	Charakteristika
Beobachter	Ausschließlich Beobachtung, keine soziale Interaktion mit dem zu untersuchenden Feld
Beobachter als Teilnehmer	Integration in das soziale Geschehen, jedoch primär Beobachter.
Teilnehmer als Beobachter	Primär Teilnehmer, sekundär Beobachter
Teilnehmer	Völlige Identifikation mit dem zu untersuchenden Feld, verdeckte Beobachtung

Diese strikte Trennung der Rollen kann im sozialen Feld aufgehoben werden und die Beobachterin sich - je nach der Situation im Feld, der einzelnen Forschungsphase und nach der Notwendigkeit, die gewünschten Informationen zu erhalten - auf dem Kontinuum zwischen Teilnehmerin und Beobachterin bewegen (Lamnek 1989).

Rollenkonflikte können hier aus unterschiedlichen Gründen entstehen. Sie reichen von ethischen Konflikten über die Frage nach der Neutralität und Objektivität zum Feld bis hin zu Verzerrungen durch Wünsche und Vorstellungen der Beobachterin. Die Beobachterin bzw. Forscherin befindet sich in einem Balanceakt zwischen Eintauchen in das Feld bzw. Perspektivenübernahme und der Herstellung bzw. Wahrung von Distanz. Von der richtigen Wahl ihrer sozialen Position kann die Qualität der erhaltenen Informationen abhängen. Es sei jedoch zu beachten, dass sich möglicherweise erst im Laufe der Feldarbeit die geeignete Rolle ergibt bzw. sich zu verändern hat (Lamnek 1989; Friedrichs 1990).

Weidmann et al. (1974) bezeichnen die sozialen Verhaltensweisen im Forschungsfeld bzw. die des forschenden Wissenschaftlers als „Spielregeln“. Je mehr sich diese Spielregeln voneinander unterscheiden, „umso mehr Kompromisse müssen eingegangen werden und umso mehr unterscheiden sich möglicherweise die Forschungsergebnisse von dem Selbstbild der Untersuchten“ (Weidmann et al. 1974, S.11).

In der vorliegenden offenen, teilstrukturierten Beobachtung ist die Rolle der Autorin eher die der Teilnehmerin als Beobachterin, d.h. mit enger Einbeziehung in das Gruppengeschehen, wie z.B. bei Vorträgen, Feiern, Sport und bei allen Handlungen unter intensiverer Anleitung. Zeitweise konnte sie jedoch auch die Rolle der Beobachterin als Teilnehmerin, mit einer größeren Distanz zur Gruppe, wie z.B. bei Gruppendiskussionen sowie Kleingruppen- und Einzelarbeiten, übernehmen.

Grenzen und Probleme der teilnehmenden Beobachtung

Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung können nur bestimmte Ausschnitte einer sozialen Realität und nicht alle Verhaltensweisen erfasst werden, während andere interessante Tatbestände verborgen bleiben und evtl. mit Hilfe unterstützender Methoden (Befragung, Protokoll, etc.) erschlossen werden müssen (Lamnek 1989). Die beobachteten Verhaltensabläufe sind außerdem immer schon durch Faktoren bestimmt, die in der betreffenden Situation selbst nicht erzeugt wurden, sondern vielmehr das Resultat vorhergehender Prozesse und Ereignisse sind (Mayntz et al. 1974).

Die Beobachterin kann nur ihre eigene Wirklichkeit darstellen. Sie geht mit bestimmten Strukturen wie Vorwissen, Zielen, Vorlieben und Vorstellungen in den Beobachtungsvorgang. Diese Strukturen können im Verlauf der Beobachtung verändert werden, was aber nicht heißt, dass dadurch nun die Wirklichkeit dargestellt wird, sondern lediglich neue Strukturen der Beobachterin (Aster et al. 1989).

Im vorliegenden Fall können z.B. frühere Erfahrungen mit ähnlichen Programmen bzw. eine vorab erfolgte Aufarbeitung entsprechender Literatur den Blick der Beobachterin unbewusst lenken.

Die Einbindung der Beobachterin in das Geschehen kann ihre Wahrnehmung mit beeinflussen und so auch zu verzerrten Ergebnissen führen. Lamnek (1989) macht darauf aufmerksam, durch eine zu große Vertrautheit mit dem Beobachtungsgegenstand leicht Gefahr zu laufen, Selbstverständlichkeiten zu übersehen.

Auf die Probleme und Fehlerquellen durch Rollenkonflikte wurde bereits weiter oben eingegangen.

All diese Faktoren lassen sich natürlich auch in der vorliegenden Studie nicht ausklammern. Da die Forscherin gleichzeitig auch Beobachterin aller Gruppen ist und jede Erhebung und auch Datenauswertung in eigener Person vornimmt, ist die Verzerrung über alle Gruppen hinweg einheitlich und die Vergleichbarkeit der Daten innerhalb der Studie gewährleistet.

Zur Prüfung der Daten kann aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht auf die in der quantitativen Forschung üblichen statistischen Verfahren zurückgegriffen werden. Dies liegt auch nicht im Sinne dieser nichtrepräsentativen Studie. Vielmehr dient sie dem beschreibenden Zugang zum Forschungsfeld, der Erfassung von Hinweisen und Ansatzpunkten für Erklärungen bestimmter Phänomene.

Durchführung der Erhebung

Die Autorin richtet sich in ihrem Verhalten zum Forschungsgegenstand weitgehend nach den Empfehlungen von Lamnek (1989):

- Respekt vor den zu Beobachteten demonstrieren und damit das Vertrauen gewinnen
- die Forschungsfrage offen legen, sofern nicht kontraproduktiv
- mit dem Feld vertraut machen
- Toleranz und Achtung, keine Kritik und Sanktionen üben
- für Informationen von allen Seiten offen sein
- Genehmigung der übergeordneten Stellen und des zu beobachtenden sozialen Feldes einholen

Die Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie werden bereits während der Informationsveranstaltung darüber informiert, dass das Programm zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet wird. Dies soll in Form einer Erfolgsmessung und einer kursbegleitenden Erfassung der Zufriedenheit aller Beteiligten erfolgen.

Die Forschungsfrage wird somit bereits zur Informationsveranstaltung offen gelegt, nicht zuletzt, um das gelegentliche Protokollieren und zeitweise Einbehalten der Arbeitsblätter im Kursverlauf zu erklären.

Der Einsatz technischer Aufzeichnungsmethoden, wie Videogerät oder Tonbandaufnahme wäre zwar im Sinne einer vollständigen Datenerhebung ideal, wird von den Teilnehmerinnen jedoch als störend empfunden und führt zu sozial unerwünschtem Verhalten (Girtler 1992). In der vorliegenden Studie wird daher auf die Methode des Protokollierens zurückgegriffen, um die Beobachtungssituation nicht unnötig zu entfremden (vgl. Weidmann et al. 1974). Die Kursleiterin macht sich während der Kursstunde stichwortartige Notizen und Zeichen, welche sie anschließend in ein Gedächtnisprotokoll überträgt. Folgender, nicht-standardisierter Beobachtungseleitfaden dient dabei als Orientierungshilfe:

- **Situation der Kursstunde**
wo findet sie statt, wer ist anwesend, Besucher anderer Kurse, Störfälle, etc.
- **Räumliche Gegebenheiten**
Zustand des Raums, Auffälligkeiten wie z.B. zu kalt, etc.
- **Gruppen - Merkmale**
Grundstimmung, Verhalten zueinander / zu mir, etc.
- **Teilnehmerinnen - Merkmale**
Stimmung, Anteilnahme an den Gesprächen, konstruktiv, aggressiv, etc.
- **Kursleiterin – Merkmale**
Stimmung, Motivation, Verhalten, etc.
- **Sonstiges / Auffälligkeiten**

Um eventuelle Sinnzusammenhänge nicht zu verzerren, werden der thematische Kursablauf, beobachtete Verhaltensweisen, Aussagen der Teilnehmerinnen und evtl. Auffälligkeiten in der tatsächlich erfolgten Reihenfolge notiert.

Die Grundstimmung innerhalb der Gruppe wird nicht anhand einer genauen Zergliederung einzelner Indikatoren erfasst und protokolliert, sondern vielmehr als Ganzheit wahrgenommen und in ihrem Zusammenhang interpretiert. Eine plötzlich eintretende Stille auf die Frage „Welche Erfahrungen habt ihr mit der Aufgabe der letzten Woche gemacht?“ bedeutet beispielsweise meist, dass die Aufgabe nicht erledigt wurde.

Gespräche mit Teilnehmerinnen außerhalb der Kursstunden bzw. Geschehnisse, welche das Programm, eine Gruppe oder eine Teilnehmerin betreffen, werden in den jeweiligen zeitlichen bzw. sinngemäßen Kontext eingeordnet und notiert.

Datenauswertung

Für die Auswertung der qualitativen teilnehmenden Beobachtung gibt es keine einheitlichen Regeln. „Einen Ausweg, eine problemimmanente Lösung auf methodologischer und damit generalistischer Ebene halten wir für ausgeschlossen. Mit diesem Dilemma muss der Forscher leben und er muss jeweils für sich eine mehr oder weniger begründete und

begründbare Entscheidung treffen“ (Lamnek 1989, S.311; vgl. auch Girtler 1989). Allen gemeinsam ist allenfalls folgendes Vorgehen (Lamnek 1989):

- Regeln und Regelmäßigkeiten entdecken und beschreiben
- Frage überprüfen, ob es für bestimmte Personen und/ oder Gruppen bestimmte Regelmäßigkeiten gibt, typisch / untypisch?
- Hypothesen und Theorien über den Objektbereich aufstellen

Die Aufbereitung der Daten setzt z.B. bereits in der Feldphase ein, wenn sie zur Modifizierung des Untersuchungsplans oder, wie im vorliegenden Fall, zur Modifikation der zu untersuchenden Maßnahme genutzt werden (vgl. Girtler 1992).

So trägt beispielsweise die positive Resonanz der Teilnehmerinnen aus Gruppe 1 auf eine gemeinsame Sportstunde sowie entsprechende Äußerungen im Laufe der Gruppendiskussion zur Implementierung einer zusätzlichen Kursstunde in diesem Fitness-Studio bei.

In Anlehnung an die Empfehlungen von Girtler (1992) werden in der vorliegenden Studie die Beobachtungsprotokolle nach den für die Forschungsfrage relevanten Schwerpunkten durchgearbeitet und mit entsprechenden Notizen und Anmerkungen am Rand versehen. Danach werden diese Informationen mit den Daten der anderen Erhebungsmethoden verglichen und auf Stimmigkeit überprüft bzw. als eventuelle Erklärungsansätze herangezogen. Abschließend werden die gesammelten Daten und Hypothesen miteinander verknüpft, als Gesamtbild dargestellt und theoretisch diskutiert (vgl. Weidmann et al. 1974; Lamnek 1992).

Zur Veranschaulichung des dargestellten Verhaltens und als eine Art Beweis, dass es sich nicht um „abstraktes Reflektieren“ (Girtler 1992, S.146) der Forscherin handelt, vervollständigen Zitate aus den Beobachtungsprotokollen dieses Gesamtbild.

4.3.2.7 Weitere Erfassungsmethoden

Telefonische Kontakte und Einzelgespräche

Weitere Hinweise zu den persönlichen Strategien zur Zielerreichung, sowie Schwierigkeiten und Probleme beim Abnehmen bzw. mit der sozialen Umwelt, können gelegentlichen Telefonaten und Einzelgesprächen außerhalb der Kursstunden entnommen werden. Die Inhalte der Gespräche wurden kurz protokollarisch festgehalten und dienen als zusätzliche Information im Rahmen der Fallanalyse.

Dabei erfolgt keine spezielle Auswertung der Gesprächsinhalte, die Informationen fließen vielmehr an geeigneter Stelle in die Analyse mit ein.

Die Bewertung des Gruppenprogramms durch die Studioleiter bzw. eine -leiterin erfolgt ebenfalls, außer in Studio 2, im Rahmen von Einzelgesprächen. Hier informieren sich Studio- und Kursleitung gegenseitig über die jeweiligen Eindrücke und Beurteilungen. Die Kursleitung achtet dabei darauf, dass sie ihre Meinung zu einem bestimmten Thema erst kundtut, nachdem die Studioleitung zu Wort kommt, um diese nicht zu beeinflussen. In Studio 2 findet ein Abschlussgespräch dieser Art aus Zeitgründen nicht statt, hier muss die Kursleitung auf eine kurze telefonische Befragung zurückgreifen.

Folgende Fragen sind während der Gespräche von Interesse:

- Wie beurteilen Sie den Kurs allgemein?
- Welche Vorteile bzw. Nachteile hat der Kurs Ihrem Studio gebracht?
- Welche Wünsche bzw. Anregungen haben Sie für zukünftige Kurse?

In Studio 1 und 3 müssen diese Fragen jedoch nicht explizit gestellt werden, da sie unmittelbar zu Beginn der Gespräche von der Studioleitung selbst angesprochen werden.

Die Fragen dienen in der Auswertung als Kategorien zur Erstellung eines Studiovergleichs in tabellarischer Form.

Stimmungsbarometer

Eine weitere Methode zur Erfassung des Wohlbefindens der Teilnehmerinnen zu Beginn und zu Ende jeder Kursstunde ist neben der obligatorischen Frage „Wie geht es euch heute Morgen/Abend?“ der Einsatz eines sog. „Stimmungsbarometers“.

Es wird ursprünglich aus kursmethodischen Gründen eingesetzt, um die Teilnehmerinnen zu Beginn der Stunde über ihr Befinden reflektieren zu lassen und damit auf sich selbst und die bevorstehende Kursstunde einzustimmen (Sheely 1999). Nach der Kursstunde können sie sich darüber klar werden, in welche Stimmung sie die Aktionen bzw. Themen dieser Stunde versetzte. Unterstützt wird dies durch eine kurze Ausformulierung („gut“, „sehr gut“, „es geht so“, etc.) dieser Stimmungslage auf einen Notizzettel, was eine Dokumentation ermöglicht.

Im Laufe des Beratungsprogramms dient das Stimmungsbarometer der Kursleiterin als Indikator für die Akzeptanz bzw. Auswirkungen der jeweiligen Kursstunde. Die Notizen dienen als Anhaltspunkt, um sich bei der Gruppe oder einzelnen Teilnehmerinnen nach diesen Auswirkungen zu erkundigen. So kann beispielsweise geklärt werden, dass mit einer Verschlechterung der Stimmung nach einer praktischen Sportstunde eigentlich die körperliche Erschöpfung gemeint ist und nicht das psychische Wohlbefinden.

Arbeitsblätter

Die Arbeitsblätter stellen eine Arbeitsgrundlage im Sinne einer Hausaufgabe dar, auf die in Gruppendiskussionen bzw. -besprechungen näher eingegangen werden kann (s. Anh. 13). Sie dienen der Auseinandersetzung mit bestimmten Themen und Ereignissen und unterstützen die Teilnehmerinnen im Prozess der Selbstkontrolle.

Auf bestimmte Wünsche der Gruppe kann auch mit Hilfe der individuell gestalteten Arbeitsblätter direkt reagiert werden. Verschiedene Teilnehmerinnen beispielsweise befürchteten vor Ostern, dass die anstehenden Feierlichkeiten und Süßigkeiten eine Gefahr für ihre bereits erzielten Erfolge darstellen und bitten die Kursleitung um konkrete Handlungsanweisungen. Hier soll der Einsatz des Arbeitsblatts „Ostern steht vor der Tür“ mit den Fragen „Was kommt auf mich zu?“, „Was könnte mein Ziel/meine Ziele gefährden?“ und „Wie kann ich mir helfen?“ die Teilnehmerinnen im Sinne der Selbstkontrolle dazu anregen, mit Hilfe einer eigenständigen Analyse ihrer Probleme bzw. Ängste selbständig Lösungen zu finden, die anschließend in der Gruppe besprochen werden. Direkt nach Ostern findet mit dem Arbeitsblatt „Ostern ist vorbei - 2 Wochen ohne Kurs!“ und den Fragen „Welche Ziele hatte ich - wurden sie eingehalten?“ „Hat mir die Gruppe gefehlt?“ und „Möchte ich irgendetwas an dieser Stelle loswerden (Anregung/Fragen/Ideen ...)?“ eine nachträgliche

Auseinandersetzung mit dem Thema in Form von Reflexion und Feed-back statt. Die Teilnehmerinnen sollen sich damit selbst befähigen, zukünftige Handlungsbedarfe in „kritischen“ Situationen vorab zu erkennen und Lösungen zu finden.

Neben diesem kursmethodischen Einsatz werden die Arbeitsblätter, ebenso wie die Fragebögen, von der Forscherin als weitere Informationsquelle bezüglich Strategiewahl, Wünsche und Probleme genutzt.

Die Auswertung der Daten erfolgt in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse, ein Vorgehen, welches unter Kapitel 4.3.2.5 bereits näher beschrieben wurde.

4.3.2.8 Vergleichbare Studien

Es existiert bereits eine Vielzahl an Studien zur Überprüfung der Effektivität von Gewichtsreduktionskonzepten, die jedoch große Unterschiede hinsichtlich des Untersuchungsziels, des Evaluationsdesigns, der Zielgruppe u.v.m. aufweisen und daher jeweils nur in bestimmten Punkten miteinander verglichen werden können. Bezüglich des mehrdimensionalen Ansatzes und der Form der Gruppenberatung sind die Programme „Abnehmen - aber mit Vernunft“ (BZgA 1990), „Pfund um Pfund“ (AOK Schleswig-Holstein 1991), „Esslust statt Diätfrust“ (Kramuschke-Jüttner 1999), „Sich annehmen - abnehmen“ (Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes 1993) und „Schritt für Schritt zum Wohlfühlgewicht“ bedingt vergleichbar. Während für „Pfund um Pfund“ und das weniger bekannte Programm „Esslust statt Diätfrust“ bereits jeweils eine Evaluationsstudie vorliegt (vgl. GSB 1995; Kramuschke-Jüttner 1999), existiert für „Schritt für Schritt zum Wohlfühlgewicht“ nur eine Studie zur Entwicklung bestimmter anthropometrischer und metabolischer Messgrößen (vgl. Purschwitz et al. 2000) und für „Abnehmen - aber mit Vernunft“ einige Daten zu Kurs- und Teilnehmer- bzw. Teilnehmerinnenstrukturen im Rahmen eines Jahresberichts (vgl. IFT 1995).

Obwohl bereits einige Gewichtsreduktionsprogramme in Fitness-Studios angeboten werden, existieren diesbezüglich weder Studien noch sonstige Veröffentlichungen aus dem deutschsprachigen Raum. Aus den USA liegt ein Erfahrungsbericht einer kommerziellen „Diet and Fitness Club“-Kette (Conley 1998) und eine Evaluationsstudie zur Untersuchung von Sicherheit und Effizienz eines mehrdimensionalen Abnehmprogramms in „Fitness-Clubs“ (Kaats 1998) vor. Das von Kaats (1998) evaluierte Programm beinhaltet einen nicht näher beschriebenen „Verhaltensmodifikationsplan“, ein definiertes Sportprogramm und den Einsatz bestimmter Nahrungsergänzungsmittel, wie ein Protein-Kohlenhydrat-Getränk, Energieriegel und Vitamin- und Mineralstoffsupplemente. Untersucht werden der Gewichtsverlust, die Veränderung der Körperkomposition und der Cholesterol- und Triglyzeridgehalt des Blutes zu Beginn der Intervention und nach 60 Tagen. Eine Vergleichbarkeit mit der vorliegenden Studie ist daher ebenfalls nicht gegeben.

4.4 Maßnahmenplanung

Struktur und Inhalte

Das vorliegende Gesundheitsprogramm zur Gewichtsreduktion berücksichtigt neben der eher klassischen **Ernährungs-** und **Bewegungsberatung** auch die Themen **Entspannung** und **Stressmanagement**. Sie sollen sich motivierend auf die Teilnehmerinnen auswirken und die subjektive Einschätzung der eigenen Ressourcen, ein Persönlichkeitsmerkmal, welches sich auf das Gesundheitsverhalten auswirkt, positiv beeinflussen (vgl. Dlugosch 1994) (s. auch Kap. 3.2.7.3).

Die Bausteine¹¹ der einzelnen Themenbereiche sind in Tab. 4-6 dargestellt. Sog. obligate Angebote werden als Basisbausteine in jeder Gruppe durchgeführt, alle weiteren Themen stellen flexible Module dar, welche, abhängig von den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen bzw. der Entwicklung der Gruppe, eingesetzt werden können.

Tab. 4-6 Themen und Bausteine des Gesundheitsprogramms

Thema	Bausteine * = obligates Angebot
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Vollwertige Ernährung nach den Regeln der DGE* • Fettarme Ernährung, „Fettdetektive“* • Diäten: Sinn und Unsinn • Alternative Wege in der Ernährung • Convenience Food, Restaurants, Imbiss, Kantine
Bewegung und Sport	<ul style="list-style-type: none"> • Ausdauertraining / Krafttraining / Beweglichkeit (allgemeine Grundlagen)* • Gymnastik mit und ohne Geräte • Aerobic, Step-Aerobic, etc. (Studioangebote)* • Outdoortraining: Walken, Joggen, Radfahren, etc.* • Zielgruppentraining: Rücken, Knie, Osteoporose, Beckenboden, etc.
Entspannung	<ul style="list-style-type: none"> • aktive / passive Entspannungsformen: PMR nach Jacobson, Eigen-, Partnermassage, Phantasiereisen, Autogenes Training, etc.* • Angebote des Studios / Entspannung zu Hause / unterwegs • Entspannungsmusik
Stressmanagement und Motivation	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstkontrolle* • freies Reden • Zieldefinition* • Selbstbewusstseinstaining (Selbstbehauptung)*

¹ Ein Kursleiterhandbuch mit Beschreibung der Kursbausteine, Stundenplanung, Methoden- und Materialempfehlungen ist bei der Autorin erhältlich.

Das Gesundheitsprogramm wird in Kursform mit 20 Kursstunden (Dauer ca. 1,5 bis 2 Stunden) angeboten und erstreckt sich inklusive Ferien und Feiertage über 25 Wochen (s. Abb.4-4). Um den vielfältigen Aufgaben der Autorin während des Gruppenprogramms gerecht zu werden (s. Kap.3.2.6.1 u. Kap. 3.6) wird im Folgenden als übergreifender Begriff „Kursleiterin“ gewählt. Die Nennung einer einzigen Funktion, z.B. Gruppenleiterin, schränkt die Position der Autorin innerhalb der Gruppe und auch gegenüber den Fitness-Studios teilweise zu sehr ein und berücksichtigt nicht die sich verändernden Rollen innerhalb einer interaktiven Gruppenberatung. Sinngemäß wird das Gruppenprogramm als „Kurs“ bezeichnet. Tab. 4-7 gibt einen Überblick über die im Kursverlauf stattfindenden Aktivitäten und deren Ziele.

Tab. 4-7 Aktivitäten und Ziele innerhalb des Kurses

Aktivitäten	Ziele
<p>Informationsveranstaltung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kursdauer, -aufbau, -verlauf • Ziele <p>Betreuung</p>	<p>Vorstellung und Bewerbung der Maßnahme</p>
<p>Messungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gewicht • KFA • PWC 150 <p>Persönlicher Fragebogen Ernährungsprotokoll Fragebögen zum Ernährungs-, Bewegungs-, Sport- und Entspannungsverhalten</p>	<p>Erfassen und wiederholtes Überprüfen der Bestimmungsfaktoren der angestrebten Veränderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anthropometrische Daten • Ernährungs-, Bewegungs-, Sport- und Entspannungsverhalten.
<p>Begrüßung und Vorstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahmeerklärung • Beweggründe für die Kursteilnahme 	<p>Kennenlernen der Kursleitung und der TN untereinander</p>
<p>Einheiten mit Kursleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung: z.B. „Vollwertige Ernährung nach den Regeln der DGE“, Diäten: Sinn und Unsinn, etc. • Gruppendiskussion: nach Bedarf der TN, nach Arbeitsblättern (Leitfaden) • Arbeitsblätter, Hausaufgaben • Gruppenarbeiten, z.B. „Fettdetektiv“ • Rollenspiel, z. B.: „Ich werde eingeladen“, etc. • Gruppensport • Entspannungsübungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensvermittlung • Erfahrungsaustausch • Selbstbeobachtung, -analyse und Entscheidungsfindung • Praktische Anwendung des Erlernten • Sicherheit im Umgang mit neuen oder unangenehmen Situationen, Erfahrungsgewinn • Direktes Erleben positiver Konsequenzen von gesundem Verhalten, Spaß in der Gruppe • Stressbewältigung, Besinnung auf eigene Bedürfnisse, Stärkung eines Körperbewusstseins
<p>Einheiten ohne Kursleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiegen (in Anwesenheit der Kursleitung) • Informationsmaterial • frei gewählte Gruppenaktion 	<p>Vorbereitung und Anregung für eigeninitiierte Treffen, Anregungen für Gesprächsthemen</p>
<p>Abschlussfeier</p> <ul style="list-style-type: none"> • frei gewählte Gruppenaktion • Zertifikate 	<ul style="list-style-type: none"> • Letztes „offizielles“ Treffen • Belohnung für Durchhaltevermögen • Stärken des Gruppengefühls

Die relativ umfangreiche **Informationsvermittlung**, zum Teil in Form von Broschüren und Handouts, soll es den Teilnehmerinnen ermöglichen, eigenverantwortlich und kompetent das Verhalten in Bezug auf Ernährung, Essen, Bewegung und Entspannung in Alltag und Freizeit zu analysieren und Veränderungen einzuleiten. Nach Reich und Cierpka (1997) tragen u.a. edukative Elemente dazu bei, gestörtes Essverhalten, welches bei Übergewichtigen häufig beobachtet wird (s. Kap. 2.4.8) zu bekämpfen. Sie geben den Betroffenen das Gefühl der Kompetenz und Fähigkeit und stärken somit das Selbstwertgefühl.

Die Zusammenhänge von Ernährung, körperlicher Aktivität und Entspannung werden im Laufe des Kurses in vielfältigen Situationen erfahren und erlebt. Um die Ernährungs- Bewegungs- und Entspannungsgewohnheiten kennen zu lernen, wird zuerst das eigene Verhalten beobachtet. Über die Schritte „Beobachten“, „Informieren“, „Analysieren“, „Probieren“ und „Stabilisieren“ wird sukzessive das Verhalten verändert.

Die **Ernährungsempfehlungen** richten sich nach den „10 Regeln der DGE“, einschließlich der Empfehlung für mehrere Mahlzeiten pro Tag.

Diese Empfehlung ist nicht allgemeingültig und wird insbesondere in den letzten Jahren kontrovers diskutiert. Einige Autoren fanden einen Zusammenhang zwischen einer erhöhten Mahlzeitenfrequenz bzw. einem sog. „Snacking“ zwischen den Hauptmahlzeiten und Übergewicht (vgl. Basdevant et al. 1993), insbesondere, wenn die Zwischenmahlzeiten in einem gesättigten Zustand eingenommen werden (Marmonier et al. 1999). Andere wiederum konnten keinen negativen Effekt feststellen (Verboeket - van de Venne und Westerterp, 1993; Leahy et al. 1999 und 2000) bzw. sogar ein niedrigeres Körpergewicht in Zusammenhang mit einer erhöhten Mahlzeitenfrequenz bei Männern, nicht jedoch bei Frauen (vgl. Drummond et al. 1998), vorausgesetzt, dass dies nicht zu einer Erhöhung der Gesamtenergieaufnahme führt (Drummond et al. 1996).

Nach Geliebter et al. (1996) können mehrere kleine Mahlzeiten über einen längeren Zeitraum eine Reduktion der Magenkapazität bewirken, was zu einer schnelleren Sättigung mit weniger Nahrung führt. Insbesondere die regelmäßige Einnahme eines Frühstücks führte in einer Studie von Schlundt et al. (1992) zu einem signifikant größeren Gewichtsverlust bei Übergewichtigen.

Einig sind sich viele Autoren über den positiven Effekt einer erhöhten Mahlzeitenfrequenz auf die metabolischen Risikofaktoren, wie ein niedrigerer postprandialer Anstieg der Plasmaglucoese, des Insulins, freier Fettsäuren, sowie Gesamt- und LDL-Cholesterin (vgl. Edelstein et al. 1992; Jenkins et al. 1995; Jones 1997; Leahy et al. 1999; Titan et al. 2001).

Bezüglich der Nahrungsqualität werden mehr natürlich belassene, ballaststoffreiche Nahrungsmittel empfohlen. Viele dieser Nahrungsmittel haben eine niedrigere Kaloriendichte und verringern daher, trotz einer höheren Mahlzeitenfrequenz, die tägliche Energiezufuhr. Auch eine Reduktion des Verzehrs tierischer Produkte, wie vor allem Fleisch und Wurst wird vor dem Hintergrund der positiven Effekte auf die Blutdruckregulation angesprochen (vgl. Beilin 1994; Appel et al. 1997).

Im Rahmen einer Ernährungs- und Gesundheitsberatung erscheint es daher aus o.g. Gründen angebracht, eine Empfehlung für mehrere kleinere Mahlzeiten, im vorliegenden Programm 4-5, mit einem hohen Anteil an natürlich belassenen, ballaststoffreichen Lebensmitteln zu geben. Sie fördern ein Ernährungsverhalten, das sich positiv auf einige

metabolische Parameter auswirkt, welche auf längere Sicht das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen reduzieren.

Den Empfehlungen bezüglich **körperlicher Aktivitäten** geht eine Befragung zum Gesundheitszustand („persönlicher Fragebogen“, Anh. 5) und eine Empfehlung zur ärztlichen Untersuchung bzw. um ärztliche Bestätigung voraus. Die Teilnehmerinnen werden generell dazu ermuntert, 20-30 min. Ausdauersporteinheiten mind. 2 - 3 mal pro Woche durchzuführen. Individuell bevorzugte Sportarten stehen im Vordergrund und werden mit Empfehlungen geeigneter Kurse bzw. Angebote der jeweiligen Fitness-Studios ergänzt.

Die vermittelten **Entspannungsübungen** richten sich, soweit möglich, nach den zu Kursbeginn erfragten Wünschen der Teilnehmerinnen. Durch den gezielten Einsatz verschiedener Entspannungstechniken und Körperbewusstseinsübungen sollen die Teilnehmerinnen darin unterstützt werden, bestimmte Signale ihres Körpers zu erkennen und, im Sinne einer positiven Stressbewältigung, darauf reagieren zu können. Die Entspannungstechniken können aus zeitlichen und personellen Gründen nur ansatzweise vorgestellt bzw. vermittelt werden. Durch die Präsentation mehrerer Methoden erhält die Teilnehmerin die Möglichkeit, eine für sie geeignete Methode auszuwählen und ggf. durch andere Anbieter genauer zu erlernen.

Nach dem Vorbild des Programms „Abnehmen - aber mit Vernunft“ dienen ab der zweiten Kurshälfte 3 Kursstunden ohne die Kursleiterin in jeweils 14-tägigen Abständen einer Vorbereitung auf weitere selbstinitiierte Gruppentreffen nach Kursende.

Folgende Programmelemente und Vorgehensweisen sollen diese Vorbereitung unterstützen:

- gemeinsames Wiegen
- Gruppenarbeit und Gruppendiskussion mit Erfahrungsaustausch
- eigene Organisation der „freien Treffen“: Themen und Sprecherin der Gruppe werden selbst bestimmt => hohes Maß an Eigenaktivität und Eigenverantwortlichkeit
- Verantwortlichkeit für die Teilnahme und den Anschluss an die Gruppe und deren Wissensstand wird auf die TN übertragen. Beispiel: die TN informieren sich gegenseitig, nicht die Kursleitung, wenn sie an einer Kursstunde fehlen und informieren sich selbständig über Kursstundeninhalte und -materialien.

Im Idealfall sollten die Teilnehmerinnen also aus einem geführten Gruppenprogramm in autonome selbstinitiierte Interessensgruppen übergehen.

Während des Kursverlaufs werden individuelle Ziele, Strategien, Zwischenergebnisse, Probleme und Motivationshilfen in Form von Arbeits- und Vertiefungsblättern dokumentiert und innerhalb der Gruppe diskutiert.

Tab. 4-8 gibt einen Überblick über die Arbeitsblätter und Protokolle, sowie die Ziele ihres Einsatzes.

Tab. 4-8 Übersicht der Arbeitsblätter und Protokolle

Arbeitsblätter, Protokolle	Ziele
<p>Meine Beweggründe Ich besuche den Kurs, weil:</p>	<p>Verdeutlichung und Dokumentation der Beweggründe (Selbstanalyse)</p>
<p>Ernährungs- und Bewegungsprotokolle</p>	<p>Kennenlernen des eigenen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens (Selbstbeobachtung)</p>
<p>Meine Motivation</p>	<p>Erkennen der eigenen Motivationshilfen (Selbstverstärkung, -belohnung)</p>
<p>Meine Vorsätze</p>	<p>Teilziele fassen, formulieren und dokumentieren. Die Einhaltung selbständig überprüfen und sich belohnen (kognitive Strukturierung)</p>
<p>Was habe ich bisher erreicht ?</p>	<p>Veränderungen im eigenen Verhalten beobachten, Fortschritte kontrollieren (Selbstbeobachtung, -kontrolle)</p>
<p>Um meine Ziele erreichen zu können, benötige ich noch folgende Informationen / Hilfen</p>	<p>Intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Erwartungen (Stabilisierung)</p>
<p>Ostern steht vor der Tür!</p>	<p>Vorbereitung auf Situationen, welche die Zielerreichung gefährden könnten. Erarbeiten eigener Lösungsvorschläge (Vorbereitung, z.B. Stimuluskontrolle)</p>
<p>Ostern ist vorbei - 2 Wochen ohne Kurs!</p>	<p>Reflexion einer evtl. „kritischen“ Situation, Erkennen zukünftiger Handlungsbedarfe und/oder Lösungen (Feedback und Vorbereitung)</p>
<p>Arbeitsblatt für Kursstunde 14 Fragen zu meinen Zielen und den Weg sie zu erreichen</p>	<p>Ziele vor Augen halten, evtl. neu definieren oder erweitern Weitere Lösungen erkennen und definieren (Überprüfen, Modifizieren, Verändern, Stabilisieren).</p>
<p>Ich lasse den Kursverlauf an mir vorüberziehen und beobachte mein Verhalten vor, während des Kurses und jetzt. Was hat sich verändert ?</p>	<p>Vorbereitung auf die kursfreie Zeit, Überlegungen zu eigeninitiitierten Treffen Realisierung der Veränderungen, der eigenen Rolle dabei, Reflexion</p>

4.5 Überlegungen zur Zielgruppe

Gruppengröße

Hier spielen räumliche und methodische Gründe eine Rolle. Da das Gruppenprogramm den Schwerpunkt auf das Gespräch und die Interaktion der Teilnehmerinnen legt, sollte ihre Anzahl 6 bis maximal 12 Personen nicht überschreiten. Eine größere Gruppe hätte auch die räumliche Kapazität der Studios überschritten.

Gruppenanzahl

Da zur Zeit der Maßnahmenplanung noch nicht abzusehen ist, wie viele Teilnehmer Interesse an dem Programm haben werden, wird generell nur ein Kurs pro Studio eingeplant. Für den Fall, dass sich mehr als o.g. 12 Interessierte anmelden, einigen sich Kursleitung und Studioleitungen auf eine flexible Regelung (z.B. ein weiterer, parallel verlaufender oder nachfolgender Kurs)

Geschlecht und Alter der Teilnehmer

Bezüglich Geschlecht und Alter wird keine Auswahl getroffen. Alle an der Maßnahmenplanung beteiligten sind sich aus der Erfahrung heraus einig, dass sich größtenteils Frauen für das Programm interessieren werden. Da sich die Werbung zu Beginn ausschließlich an Studio-Mitglieder richtet, wird eine Altersspanne von ca. 18 - 50 Jahren erwartet, was jedoch kein Auswahlkriterium für das Programm darstellt.

Gewicht der Teilnehmerinnen

Das Gruppenprogramm „**Fit und gesund mit einem trainierten Körper und entspannten Geist**“ wurde in erster Linie als eine gesundheitsfördernde Maßnahme konzipiert. Hierbei verfolgt es das Ziel über eine Einflussnahme auf das Gesundheitsverhalten der Teilnehmerinnen zu einer Gewichtsreduktion bzw. -stabilisierung zu verhelfen. In diesem Sinne werden sowohl Interessierte mit einem objektiven Übergewicht ($BMI \geq 25$), als auch Frauen mit einem subjektiven Übergewicht, die nach BMI-Klassifikation jedoch im Bereich des Normalgewichts liegen, erwartet.

Mitgliedschaft im Fitness-Studio

Ursprünglich lag das Interesse der Studioleitungen an dem Angebot des vorliegenden Programms im Sinne eines Zusatzservices mit dem Effekt einer stärkeren Kundenbindung. Daher fand die Werbung innerhalb des Studios statt und richtete sich ausschließlich an Studio-Mitglieder (Mailing-Aktion in einem Studio). Aufgrund der unerwartet schwachen Resonanz wird die Werbung von 2 Studios kurzfristig über die Studioräumlichkeiten hinaus ausgeweitet (Aktion „Mitglieder werben Mitglieder“, Aushänge in benachbarten Geschäften).

Zielgruppenansprache

Die Kontaktaufnahme zu den potenziellen Teilnehmerinnen geschieht auf unterschiedliche Weise. Alle 7 an dem Gruppenprogramm interessierten Studios setzen schriftliche Aushänge in unterschiedlichen Formaten, sowie Flyer zum Mitnehmen ein. Ein Studio bewirbt den Kurs noch zusätzlich in einem Weihnachtsschreiben an alle Mitglieder. Insgesamt 4 Studiobetreiber geben außerdem an, den Kurs auch in Gesprächen an der Theke oder während des Trainings den Kunden persönlich zu empfehlen.

In den Studios liegen unverbindliche Anmelde Listen zu den jeweiligen Informationsveranstaltungen aus, in die sich die Interessierten selbst eintragen können. Die erste direkte Kontaktaufnahme geschieht während der (je nach Studio 1-2) Informationsabende. Nach dieser Veranstaltung haben die Interessierten nochmals 1 bis 2 Wochen Zeit, sich verbindlich anzumelden. Nach dieser Zeit erfolgt die telefonische Information, ob und wann der Kurs stattfindet.

Von den 7 am Anfang interessierten Studios nutzen 2 Studioleitungen diese Werbezeit für die Bewerbung eines eigenen, kurzfristig eingeplanten „Abnehmkurses“, so dass sie für das Gruppenprogramm nicht mehr zur Verfügung stehen. Von den anderen 5 Studios können in 2 keine Kurse wegen mangelnder Teilnehmerzahl (unter 6) zustande kommen.

In den restlichen 3 Studios (Studio 1, 2 und 3) werden insgesamt vier Gruppen gebildet.

Folgende Probleme werden während der Organisation der Kurse festgestellt:

- eine klare Zieldefinition der Studiobetreiber fehlt
- die Suche nach geeigneten Räumlichkeiten gestaltet sich schwieriger, als zu Beginn vermutet
- die Mitglieder werden von Seiten einiger Studios nicht zielgruppengerecht informiert
- die (unterschiedlich hohe) Kursgebühr (200,- bis 350,- DM, letzteres mit Option auf 100,- DM Gutschein nach Kursende) wird von einigen Mitgliedern nicht akzeptiert.

Tab. 4-9 stellt eine Zusammenfassung des Gruppenprogramms dar.

Tab. 4-9 Zusammenfassung des Gruppenprogramms

Merkmal	Ausprägung
Bezeichnung des Programms	„Fit und gesund mit einem trainierten Körper und entspannten Geist“
Form des Angebots	Kurs
Beratungsform	Gruppenberatung
Beratungsansatz	klienten- und themenzentriert unter Einbeziehung verhaltenstherapeutisch orientierter Techniken
Dauer des Kurses	6 Monate, mit wöchentlich einem Treffen à 1,5 bis 2 Stunden
Ort	3 Fitness-Studios in Mittelhessen
Zielgruppe	vorwiegend Mitglieder der Fitness-Studios mit objektivem oder subjektiv empfundenem Übergewicht
Anzahl der Teilnehmerinnen	30
Dauer der Erhebung der Evaluationsdaten	13 Monate (kursbegleitend; nach 3 und nach 8 Monaten)

5 Darstellung der Ergebnisse

Erklärungen zur Darstellung

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie werden in nachfolgende Stufen eingeteilt und dargestellt:

- Die Daten der **„Zielgruppenanalyse“** (soziodemographische und anthropometrische Merkmale, Gesundheitszustand und -verhalten, Diätverhalten und Zusatzinformationen zu Programmbeginn) (Kap. 5.1) stützen sich auf
 - den „persönlichen Fragebogen“ (pF) und den Fragebogen 1a (F1a)
 - den Ergebnissen der Messung A (MA)
 - dem Ernährungsprotokoll (EP)
 - dem Arbeitsblatt (AB) „Meine Beweggründe“ und
 - der Gruppenbefragung (GB).
- In **„Entwicklung Kursverlauf“** (Kap. 5.2) werden
 - die Ergebnisse aus den Messungen B und C
 - die Ergebnisse der Nährwertanalyse
 - die Analyse der Fragebögen b und c (F1b, F1c) und des Abschlussfragebogens (AF)
 - die Analyse der Arbeitsblätter und Hilfsmaterialien
 - die Analyse der Gruppendiskussionen (GD)
 - der Vergleich der Ergebnisse aller Teilnehmerinnen (Gesamtkollektiv) mit den Ergebnissen der einzelnen Gruppen (Fallanalysen) mit Gemeinsamkeiten und Abweichungendargestellt und mit den Daten der Zielgruppenanalyse verglichen und diskutiert. Auf Besonderheiten im Kursverlauf bzw. in der Ergebnisdarstellung wird mit Hilfe der Daten aus der teilnehmenden Beobachtung (TB) eingegangen. Am Beispiel einer Teilnehmerin (TN) wird etwas intensiver ein in der Literatur häufig diskutiertes Problem von Gewichtsreduktionsprogrammen vorgestellt.
- In **„Entwicklung nach Kursende“** (Kap. 5.3) erfolgt schließlich die Darstellung der Ergebnisse der 1. und 2. Nachmessung (NM1 und NM2) im Vergleich mit den Ergebnissen der vorangegangenen Messungen. Eine Gruppenanalyse schließt den Ergebnisteil ab. Eine Übersicht zu dieser Ergebnisdarstellung bietet Anhang 15.

Eine **„Überprüfung der Evaluationshypothesen“** (Kap. 5.4) an Hand der Ergebnisse schließt dieses Kapitel ab.

Zitate

Die Autorin zitiert mehrfach aus den Protokollen der teilnehmenden Beobachtung, der Gruppendiskussionen und auch aus dem schriftlichen Material der Teilnehmerinnen (TN), wie Fragebögen und Arbeitsblätter. Direkte Zitate aus dem schriftlichen Material der Teilnehmerinnen, sowie schriftlich fixierte wörtliche Aussagen aus den Kursstunden, den

Treffen zur Nachmessung und den telefonischen und persönlichen Kontakten werden im Folgenden kursiv dargestellt. Zusammenfassungen und Notizen der Autorin hingegen werden, der besseren Abgrenzung halber, nicht kursiv geschrieben.

5.1 Zielgruppenanalyse

Das untersuchte Kollektiv umfasst 30 Frauen, im Alter von 18 bis 61 Jahren aus 4 Gruppen in insgesamt 3 ausgewählten Fitness – Studios. Die Studios befinden sich im Großraum Gießen, Wetterau und Bad Homburg.

5.1.1 Soziodemographische Daten

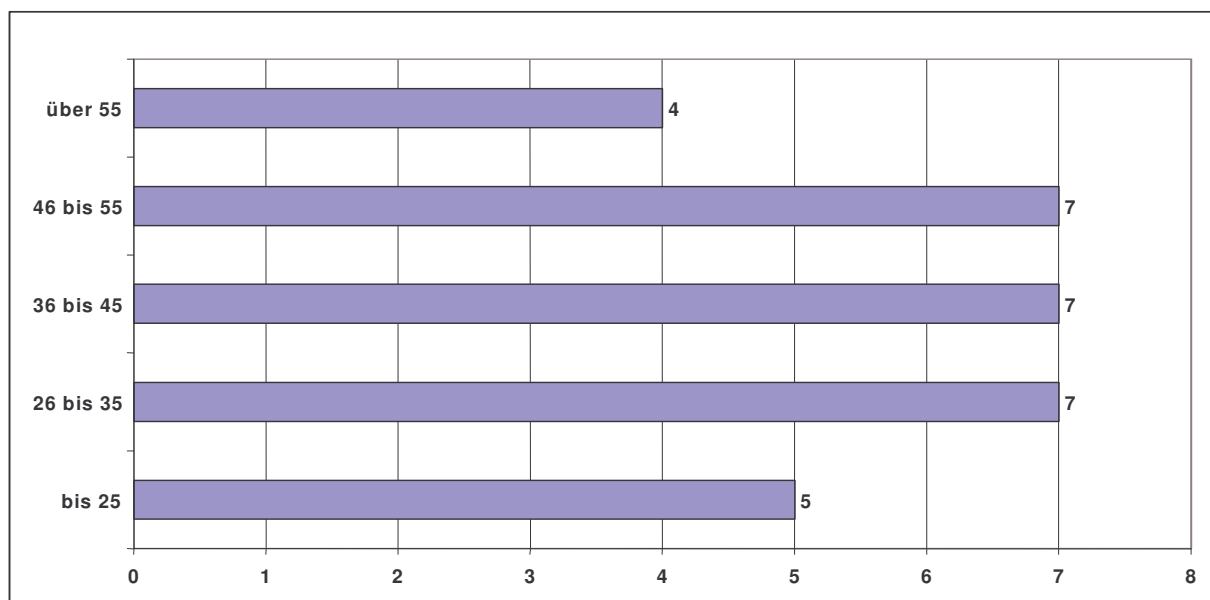


Abb. 5-1 Altersverteilung bei Kursbeginn (n=30, Quelle: pF)

Alter

Die in Abb. 5-1 dargestellte Altersverteilung mit 70% der TN zwischen 25 und 55 Jahren, entspricht weitgehend der Kundenstruktur der untersuchten Fitness-Studios in Giessen und Umgebung mit einer Mehrzahl der Kunden im Bereich zwischen 21 bis 50 Jahren (s. Kap. 3.5.2).

Das Durchschnittsalter des vorliegenden Gesamtkollektivs beträgt 39 Jahre. Hiervon weicht Gruppe 1 mit einem Durchschnitt von 47 Jahren am stärksten ab, während alle anderen Gruppen mit 34 - 39 Jahren durchschnittlich diesem Alter entsprechen (Tab. 5-1).

Familienstand

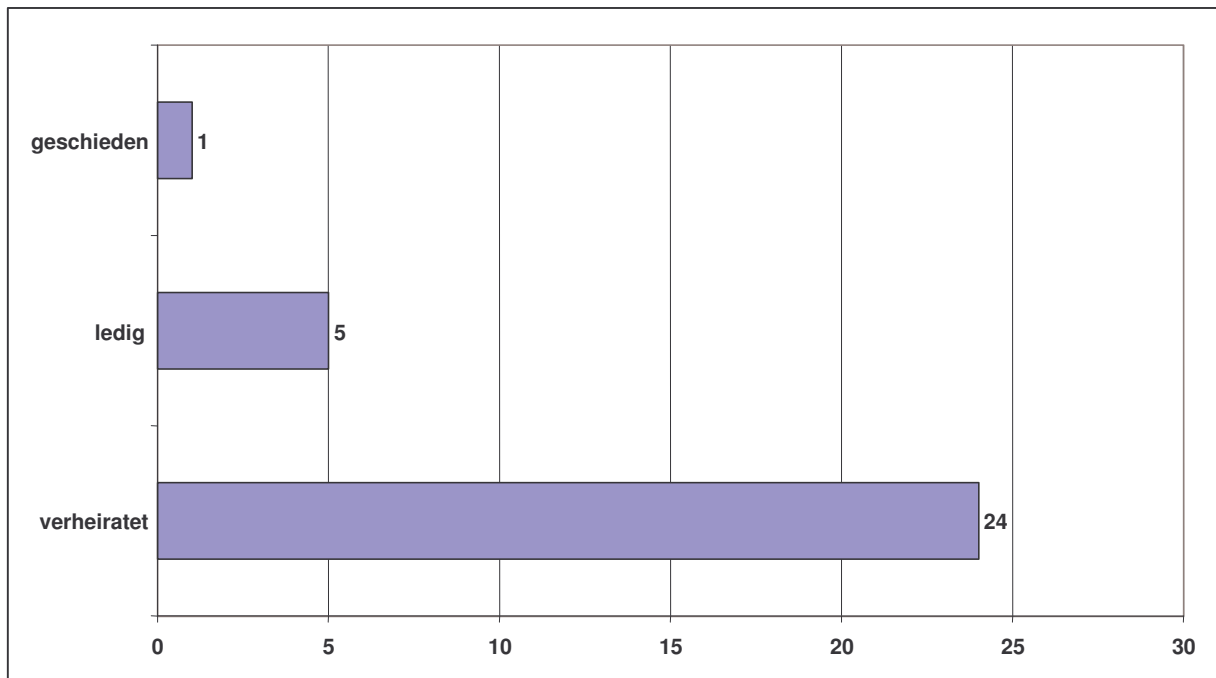


Abb. 5-2 Familienstand (n=30, Quelle: pF)

80% der TN sind zu Kursbeginn verheiratet, ein Ergebnis welches den Erfahrungen der meisten Gewichtsreduktionsprogrammen entspricht. Der Familienstand ist für den Kursverlauf insofern von Interesse, als dass die TN ihre Verhaltensänderungen eventuell mit ihren Partnern abstimmen müssen bzw. von diesen in der Umsetzung ihrer Strategien behindert oder auch motiviert werden können.

Haushaltsgröße

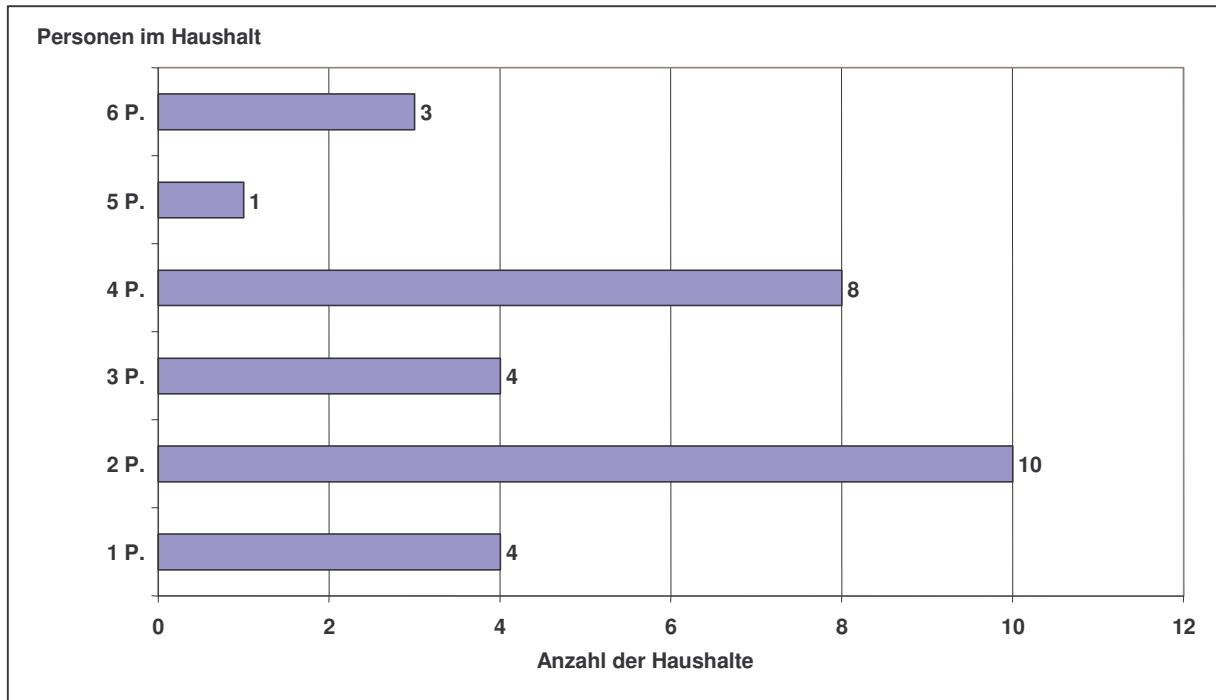


Abb. 5-3 Haushaltsgröße (n=30, Quelle: pF)

Ein Drittel der TN leben in einem Zwei-Personen-, 12 TN (40%) in einem Drei- bzw. Vier-Personen-Haushalt und lediglich 4 TN (13%) allein.

Ausbildungsstand

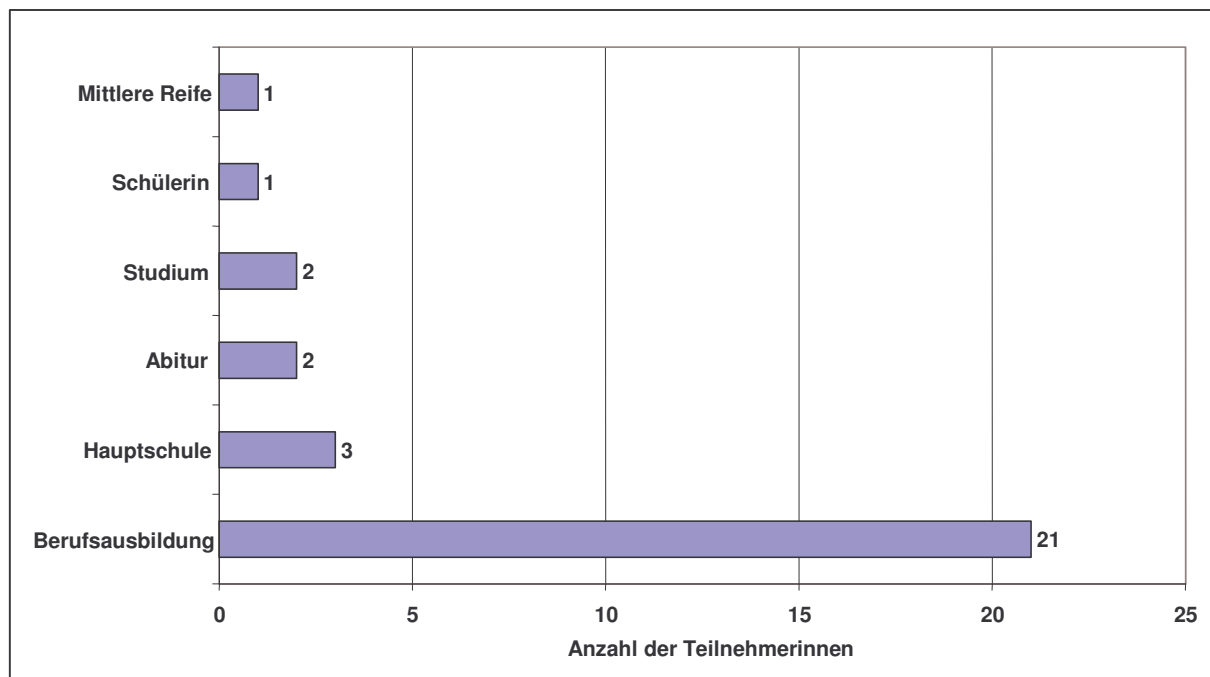


Abb. 5-4 Ausbildungsstand (n=30, Quelle: pF)

21 der 30 TN (70%) verfügen über eine Berufsausbildung, eine davon noch nicht abgeschlossen, zwei weitere über ein abgeschlossenes Studium. Aus der Fragestellung geht jedoch nicht der Schulabschluss aller Frauen hervor, so dass das Item „Berufsausbildung“ nicht mit den übrigen Items zu vergleichen ist. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass TN mit Berufsausbildung einen Hauptschulabschluss absolvierten und damit zumindest über ein durchschnittliches Bildungsniveau verfügen. Die Kursinhalte und -methoden müssen diesen Faktor in Betracht ziehen, um die Anforderungen an eine klientenzentrierte Beratung zu erfüllen.

Der aktuelle Stand der Schul- bzw. Berufsausbildung ist, ähnlich der Berufstätigkeit, aufgrund der für den Kurs zur Verfügung stehenden Zeit von Interesse. So nimmt beispielsweise die Vorbereitung auf eine Prüfung unter Umständen die meiste Zeit einer TN in Anspruch und verhindert damit die Konzentration auf Kursinhalte und -arbeiten.

Beruf

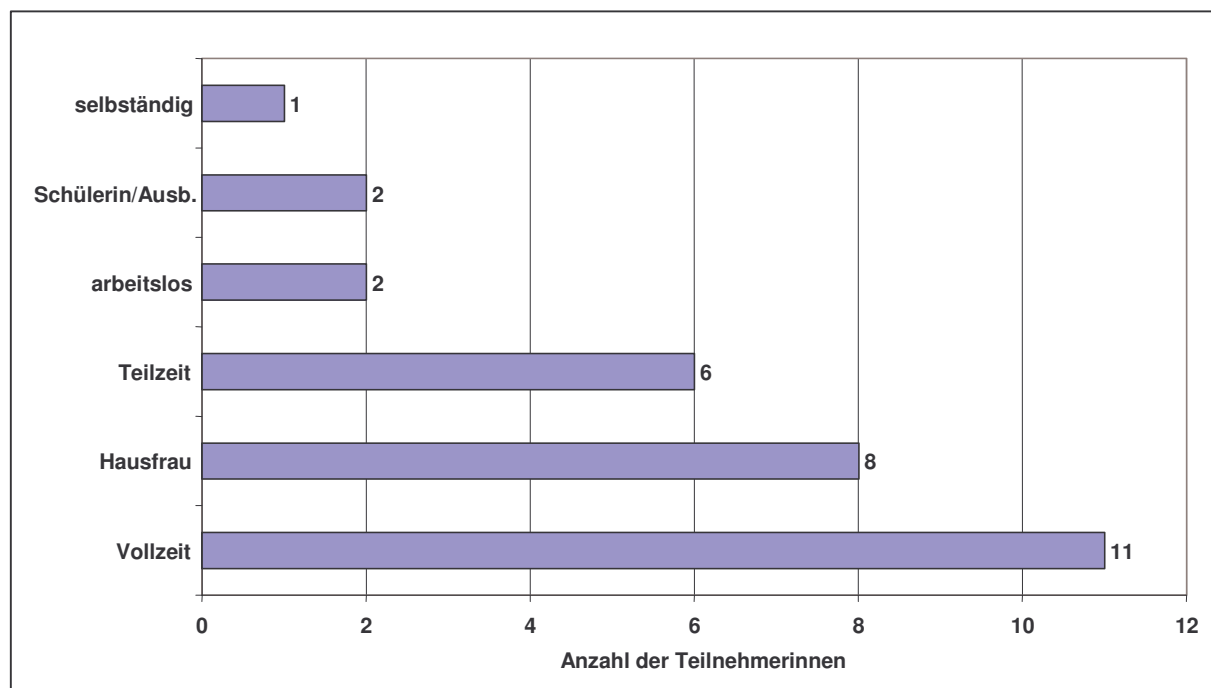


Abb. 5-5 Berufstätigkeit (n=30, Quelle: pF)

Über ein Drittel der TN sind Vollzeit-, 17% Teilzeitbeschäftigt und etwas weniger als ein Drittel als Hausfrau tätig. Die Mehrfachbelastung durch Familie, Beruf und Haushalt und die daraus folgende mangelnde Zeit sind wichtige Faktoren zur Beurteilung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens im Rahmen der Selbstanalyse und dienen als Grundlage für die Empfehlungen zur Verhaltensänderung.

Studiemitgliedschaft

17 TN (57%) sind zu Kursbeginn Mitglied des jeweiligen Fitness-Studios, eine TN trainiert in einem Studio aus der näheren Umgebung. Diese Verteilung ist jedoch nicht repräsentativ für alle Gruppen. Insbesondere Gruppe 1 weist einen hohen Anteil von 8 Nichtmitgliedern (aus 11 TN) auf. In Gruppe 3 hingegen sind alle 7 TN auch Mitglieder des Studios.

Dass 40% des Gesamtkollektivs keine Mitgliedschaft besitzen ist zu Beginn der Studie insbesondere in der Phase der Organisation weder gewollt noch vorhersehbar. Es zieht eine flexiblere und breiter gefächerte Gestaltung der Sportempfehlungen nach sich und macht es ferner notwendig, für zukünftige Kurse geeignete Strategien zur Integration der Nichtmitglieder in studiointerne Bewegungsprogramme zu konzipieren.

Gruppenprofile

Tab. 5-1 Gruppenprofile

Merkmal	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Anzahl der TN	11	6	7	6
Alter	Ø 47 Jahre (30 – 61)	Ø 39 Jahre (32 – 53)	Ø 34 Jahre (18 – 53)	Ø 35 Jahre (21 – 51)
Familienstand	alle verheiratet	verheiratet (4) ledig (2)	verheiratet (4) ledig (2) geschieden (1)	verheiratet (5) ledig (1)
Personen im Haushalt	Ø 3,4 (2 – 6)	Ø 2,8 (1 – 4)	Ø 3,7 (1 – 6)	Ø 1,8 (1 – 2)
Verwandtschaftsverhältnis	Nichte und Tante (1)	-	Mutter und Tochter (1)	Schwiegermutter u. Schwiegertochter (1)
Muttersprache	deutschsprachig (10) europ. Ausland (1)	alle deutschsprachig	deutschsprachig (6) außereurop. Ausland (1)	deutschsprachig (5) europ. Ausland (1)
Ausbildung	Berufsausbildung (10) Abitur (1)	Berufsausbildung (4) Studium (1) Abitur (1)	Berufsausbildung (4) Abiturientin (1) Auszubildende (1) Hauptschule (1)	Berufsausbildung (4) Hauptschule (2)
derzeit ausgeübte Tätigkeit	Hausfrau (6) Teilzeitbeschäftigte (4) Arbeitslose (1)	Hausfrau (1) Teilzeitbeschäftigte (1) Vollzeitbeschäftigte (4)	Teilzeitbeschäftigte (1) Vollzeitbeschäftigte (3) Selbständige (1) Auszubildende (1) Schülerin (1)	Hausfrau (1) Vollzeitbeschäftigte (4) Arbeitslose (1)
Studienmitglied	Mitglied (3) Nichtmitglied (8)	Mitglied (3) Nichtmitglied (3)	Mitglied (7)	Mitglied (5) Nichtmitglied (1)
BMI	Normalgewicht (2) Übergewicht (8) Adipositas (1)	Übergewicht (3) Adipositas (2) extreme Adipositas (1)	Normalgewicht (2) Übergewicht (3) Adipositas (2)	Normalgewicht (3) Übergewicht (1) Adipositas (1) extreme Adipositas (1)
Abbrecher	zur Kurshälfte (2)	zu Kursbeginn (1)	-	-

Tab. 5-1 stellt die Profile der 4 einzelnen Gruppen im Vergleich dar. Die größten Unterschiede bestehen zum einen in der Altersstruktur, so liegt das Durchschnittsalter von Gruppe 1 mit 47 Jahren weit über dem der übrigen Gruppen, und zum anderen in der Beschäftigungssituation der TN. In Gruppe 1 sind die Hälfte der TN Hausfrauen, was bei den meisten auf eine Generationszugehörigkeit mit traditioneller Rollenverteilung zurückgeführt werden könnte. Ein weiterer Unterschied liegt in der Mitgliedschaft der TN zum Fitness-Studio. In Gruppe 1 haben lediglich 3 TN (27%) und in Gruppe 2 etwas weniger als die Hälfte der TN eine Mitgliedschaft, während in Gruppe 4 nahezu alle (5 von 6 TN) und in Gruppe 3 alle TN in ihrem Studio unter Vertrag stehen.

Fazit: Zu den Kursen haben sich ausschließlich Frauen angemeldet, auch zu den Informationsterminen erschienen keine Männer. Dies entspricht den Prognosen der Studiobetreiber, die eine Beratung bezüglich Ernährung und Gesundheit als überwiegend interessant für ihre weiblichen Kunden einschätzten (vgl. Lauch 1998). Die Autorin erfuhr von lediglich 3 Männern aus 2 Studios, die Fragen zum Kursprogramm während der Werbungsphase stellten. Diese bezogen sich auf die Beratungsform (Gruppe oder Einzel) und auf den Beratungsinhalt (Sporternährung, Muskelaufbau).

Das Durchschnittsalter der TN beträgt 39 Jahre, 70% sind zwischen 25 und 55 Jahre alt, 80% der TN sind verheiratet und 53% leben in Haushalten mit mehr als 2 Personen. Alle TN verfügen über mindestens ein durchschnittliches Bildungsniveau, 57% sind vollzeit- bzw. teilzeitbeschäftigt, 27% Hausfrauen und der Rest arbeitslos bzw. eine Schülerin. Das Gesamtkollektiv ist damit etwas jünger, lebt in kleineren Haushalten und ist zu einem größeren Anteil berufstätig, als in vergleichbaren Gruppenprogrammen (BZgA 1990, GSB 1995). In 2 Gruppen (beide aus Studio 1) sind die TN jedoch etwas älter und zu einem größeren Anteil verheiratet, als das durchschnittliche Klientel der Fitness-Studios (s. Kap. 3.5.2).

5.1.2 Anthropometrische Daten

BMI

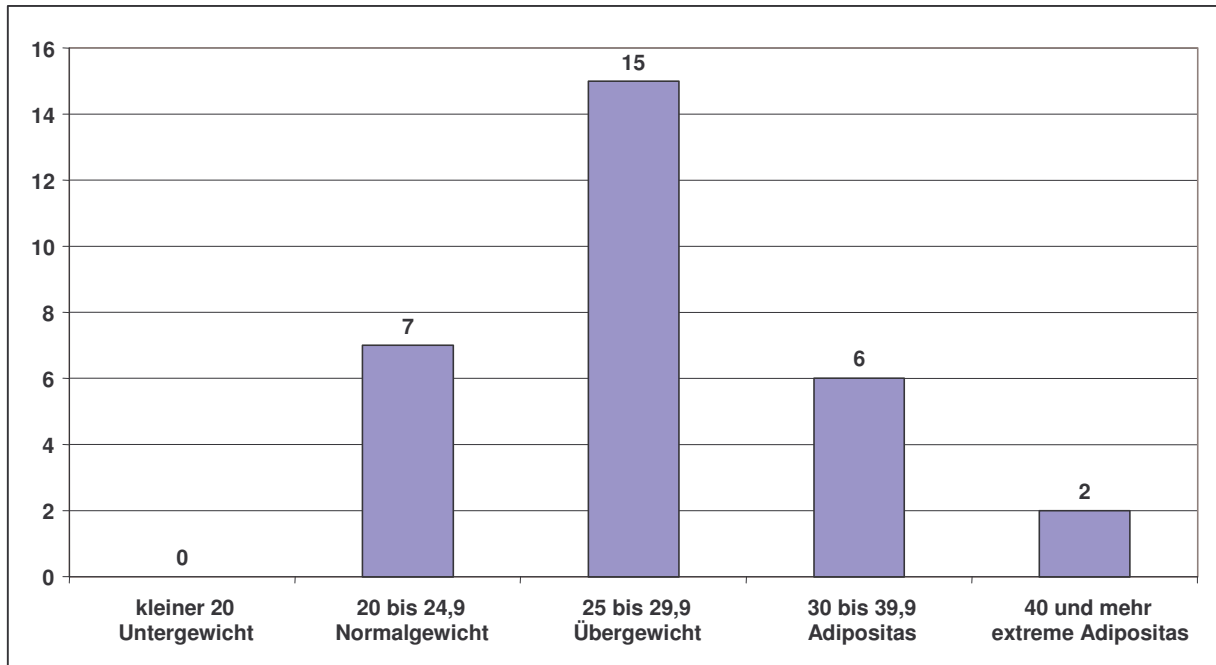


Abb. 5-6 Einteilung der TN in Gewichtsklassen nach BMI [kg/m²] (n=30, Quelle: MA)

15 TN (50%) sind zu Kursbeginn nach der allgemein üblichen Klassifikation von Übergewicht und Adipositas (s. Kap. 2.1) übergewichtig, 7 TN (23%) normalgewichtig. Die Empfehlungen und Motivation für diese beiden Gewichtsklassen konzentriert sich im Laufe des Kurses auf einen moderaten Gewichtsverlust bzw. eine Gewichtstabilisierung mit evtl. Reduktion des Körperfettanteils. 6 TN (20%) sind adipös und 2 TN (7%) extrem adipös. Sie werden ebenfalls zu einem moderaten Gewichtsverlust mit gelegentlichen Phasen der Stagnation und Stabilisierung motiviert.

Körperfettanteil

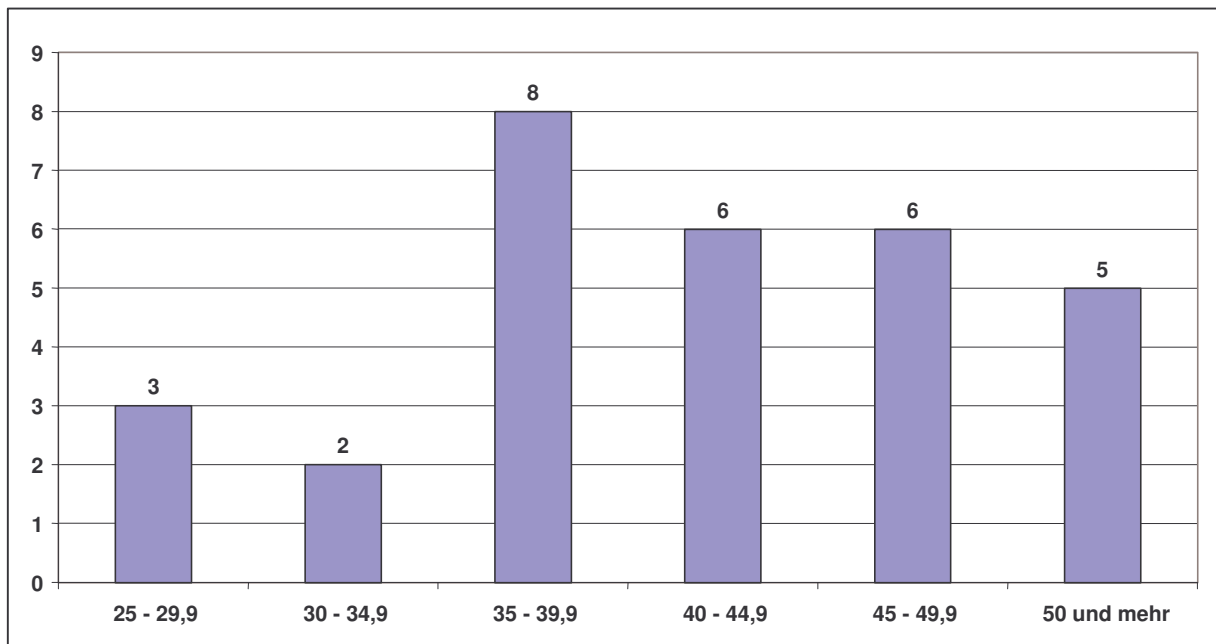


Abb. 5-7 Einteilung in Körperfettanteilstufen [%] (n=30, Quelle: MA)

Der Körperfettanteil der Teilnehmerinnen liegt zwischen 25 bis über 50% mit einer Verteilung wie in Abb. 5-7 dargestellt.

Eine Klassifikation unter der Berücksichtigung des Faktors Alter lässt lediglich eine Einteilung in

- a) „entspricht den Empfehlungen“ ($KFA \leq$ empfohlener Wert) bzw.
- b) „entspricht den Empfehlungen nicht“ ($KFA >$ empfohlener Wert)

zu (s. Kap. 2.1). Danach zählen 9 TN zu Kategorie a (30%) und 21 TN zu Kategorie b (70%).

Körperliche Leistungsfähigkeit

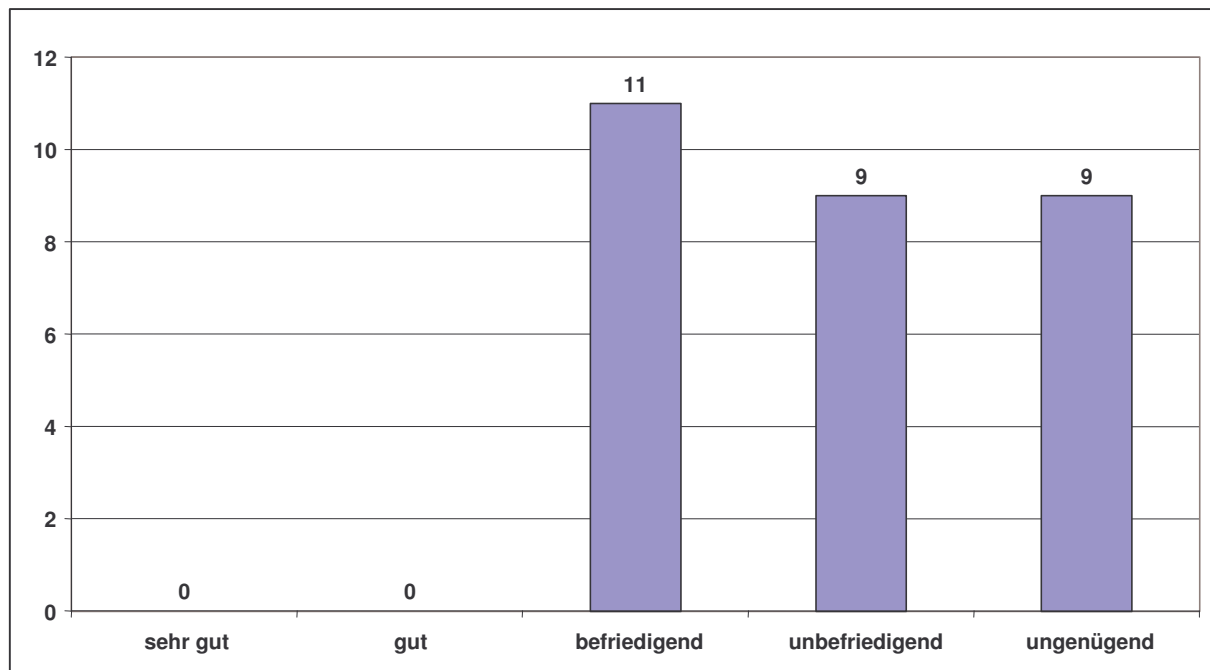


Abb. 5-8 PWC-Verteilung zu Kursbeginn (n=29, Quelle: MA)

Über ein Drittel der TN weisen eine befriedigende Leistungsfähigkeit auf, während jeweils 9 TN (31%) unbefriedigende bzw. sogar ungenügende Ergebnisse erzielen.

Während des Tests fühlen sich alle TN gut und danach teilweise erschöpft bzw. geben ein „Ziehen“ oder „Stechen“ in der Beinmuskulatur an. Letztere erhalten direkt spezifische Empfehlungen für Gymnastik- bzw. Dehn- und Lockerungsübungen.

Fazit: Die Hälfte der TN sind mäßig übergewichtig, nahezu ein Viertel weist Normalgewicht auf. 27% der TN sind adipös, davon 7% mit einem BMI von über 40 kg/m² sogar extrem und tragen damit ein erhöhtes Morbiditätsrisiko (s. Kap. 2.2.1). Ein dem Kursziel entsprechender moderater Gewichtsverlust kann für Adipöse schon zu positiven Auswirkungen auf einige Stoffwechselfparameter führen (vgl. Tremblay 1999 und 1999a), wirkt sich jedoch auf das Absolutgewicht und damit eventuell auf die Motivation der TN nur gering aus. Es muss daher im Kursverlauf auch auf Möglichkeiten der Aufrechterhaltung erfolgreicher Strategien nach Kursende eingegangen werden. Bezüglich des Körperfettanteils entspricht nur knapp ein Drittel der TN den Empfehlungen nach Durnin und Womersley (1974) (s. Tab. 2-3).

Ebenso weisen lediglich 38% der TN eine befriedigende Leistungsfähigkeit auf.

Erfahrungsgemäß verändern sich KFA und PWC von Adipösen schon bei einem geringem Gewichtsverlust in Verbindung mit einer leichten Erhöhung des täglichen Aktivitätslevels positiv, so dass eine Verbesserung dieser Parameter schon innerhalb kürzerer Zeit eine zusätzliche Motivation darstellen könnten.

5.1.3 Angaben zum Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der TN ist insbesondere für die Empfehlungen zur sportlichen Betätigung von großem Interesse. So verbietet beispielsweise eine Kniearthrose sprungintensives Training wie Joggen und Aerobic. Gleichzeitig muss die TN jedoch auf die Notwendigkeit zur Bewegung, auch gegen einen anfänglichen Schmerz, zur weitgehenden Erhaltung der Mobilität aufmerksam gemacht werden. Im Falle vorhandener orthopädischer Erkrankungen und Abnutzungen wird darauf hingewiesen, einen entsprechenden Facharzt aufzusuchen.

Angaben zu evtl. Nahrungsmittelallergien dienen der Vorbereitung auf spezielle Fragen und Handlungsalternativen.

Stoffwechsel- und / oder chronische Erkrankungen

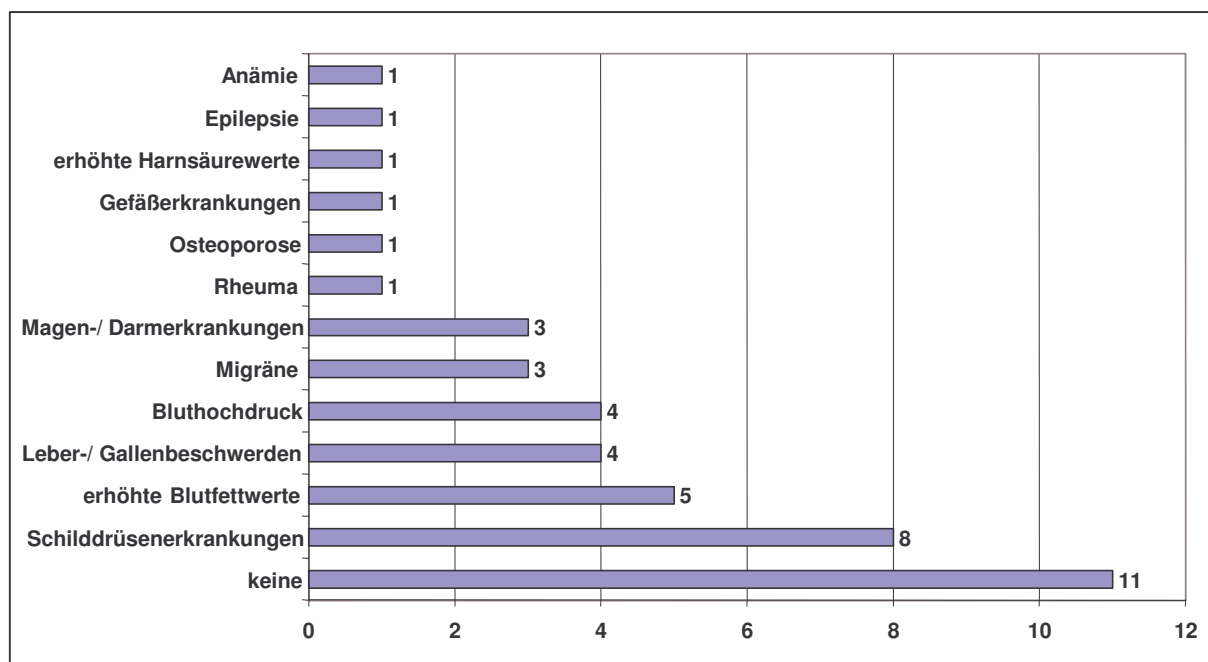


Abb. 5-9 Stoffwechsel- u. chron. Erkrankungen (n=30, Mehrfachnennungen, Quelle: pF)

19 TN (63%) klagten über Stoffwechsel- und / oder chronische Erkrankungen bzw. Beschwerden. Was genau sie im einzelnen darunter verstehen, wird in Abb. 5-9 dargestellt. Interessant ist der hohe Anteil an Erkrankungen der Schilddrüse (27%), ein Einflussfaktor auf den Grundumsatz und damit das Übergewicht (s. Kap. 2.4.2). Insbesondere in Gruppe 1 leiden 5 TN (45%), alle im Alter zwischen 38 bis 56 Jahren, an einer Schilddrüsenunterfunktion. Unter den TN im Gesamtkollektiv im Alter unter 30 Jahren tritt diese Erkrankung nicht auf.

Orthopädische Erkrankungen und Abnutzungen

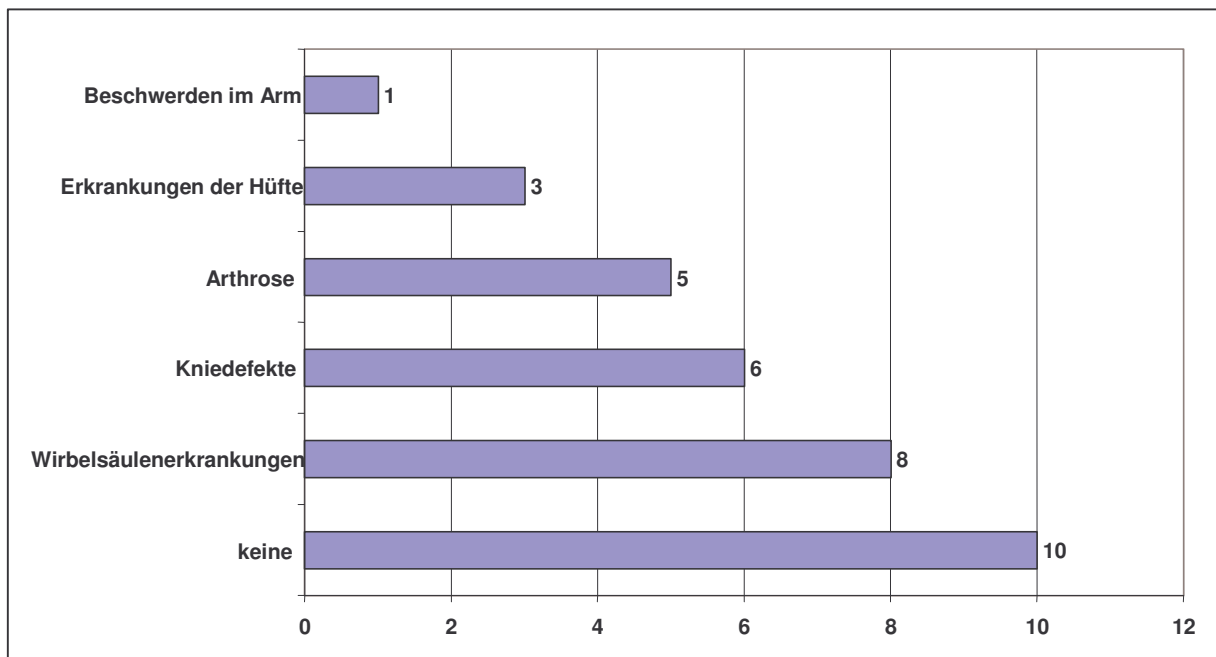


Abb. 5-10 Orthopädische Erkrankungen und Abnutzungen (n=30, Mehrfachnennungen, Quelle: pF)

Zwei Drittel der Kursteilnehmerinnen leiden unter Erkrankungen oder Beschwerden des Bewegungsapparates, knapp die Hälfte davon an Wirbelsäulen- bzw. Kniefehlern. Beschwerden am Bewegungsapparat können zu Bewegungsmangel, um Schmerzen zu vermeiden, und auch zu sog. „Frustessen“ in Form einer Ersatzbefriedigung führen, beides Themen, die im Verlauf des Kurses angesprochen werden müssen.

Beschwerden innerhalb der letzten Monate

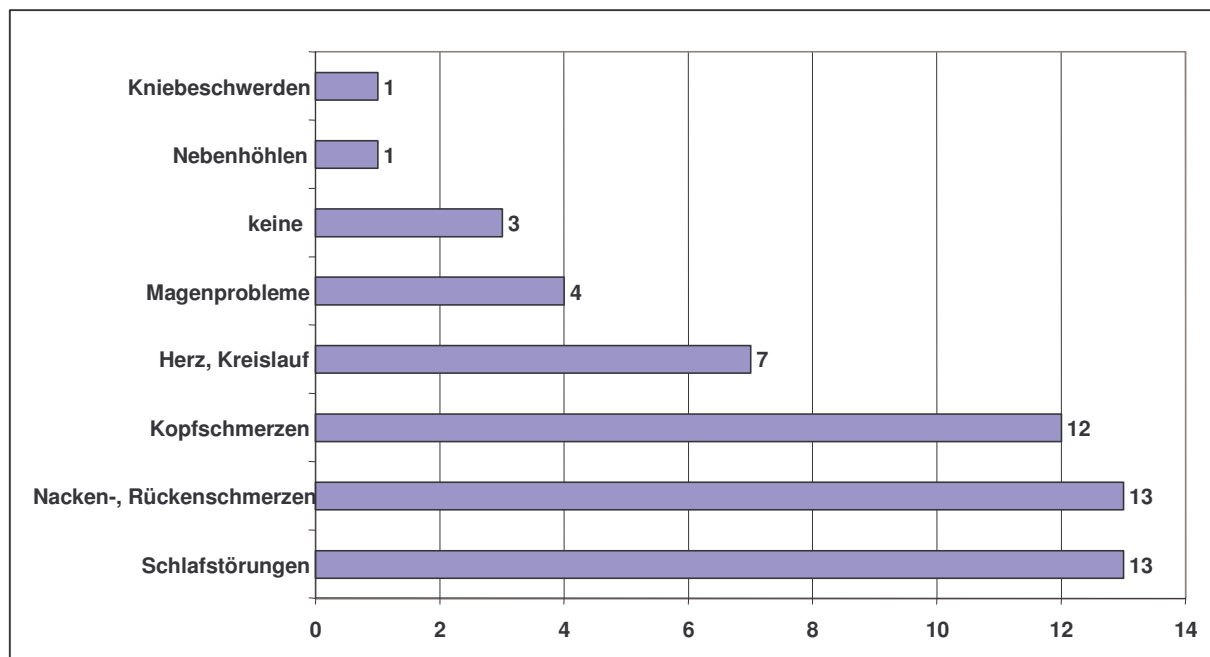


Abb. 5-11 Beschwerden (n=30, Mehrfachnennungen, Quelle: pF)

Über ein Drittel der TN klagen über Beschwerden, die innerhalb der letzten Monate auftraten. Hierzu zählen hauptsächlich Schlafstörungen, Nacken-, Rücken- und Kopfschmerzen. Die Schlafstörungen werden überwiegend in Zusammenhang mit Wechseljahrsbeschwerden bzw. Stress genannt, die Nacken- und Rückenbeschwerden in Zusammenhang mit Bewegungsmangel und Stress.

Nahrungsmittelallergien

6 TN (20%) leiden an Nahrungsmittelallergien, wobei eine TN als Auslöser Obst- und Gemüsesorten, Milch und Getreide nennt, was eine Beratung zur Ernährungsumstellung unter Umständen etwas erschweren kann.

Fazit: Jeweils ein Drittel der TN geben Beschwerden oder Erkrankung des Stoffwechsels und, insbesondere innerhalb der letzten Monate vor Kursbeginn, des Bewegungsapparates an. Beschwerden der Wirbelsäule sind nach Berichten der Krankenkassen und Gesundheitsorganisationen zu einem großen Anteil auf Bewegungsmangel und Übergewicht zurückzuführen. Regelmäßiger Sport und eine Erhöhung der alltäglichen Aktivitäten, sowie gezielte Mobilisations-, Dehn- und Entspannungsübungen können sich sowohl auf den Bewegungsapparat, als auch auf Blutdruck und Blutfettwerte positiv auswirken (Hirzel 1986; Ryan et al. 2000). Auch der relativ hohe Anteil an TN mit Kopfschmerzen und Schlafstörungen (40-43%) unterstützt das Bestreben des vorliegenden Gruppenprogramms

nach der Aufnahme eines sinnvollen Bewegungs- und Entspannungskonzeptes in das alltägliche Leben.

5.1.4 Angaben zum Gesundheitsverhalten

Die Angaben der TN zum Gesundheitsverhalten liefern Anhaltspunkte für die Auswahl der speziellen Beratungsthemen und vermitteln einen Eindruck über den Ist-Zustand der TN in Bezug auf Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsverhalten.

Rauchen

7 der TN (23%) geben an zu rauchen. Zu diesem Kollektiv gehören 2 der 3 TN, die den Kurs vorzeitig abbrechen und deren Verhalten daher nicht weiter dokumentiert werden konnte. 2 weitere TN bezeichnen sich als Gelegenheitsraucherinnen mit max. 1-2 Zigaretten pro Woche. Die übrigen 3 TN gaben gleich zu Beginn an, nichts an diesem Verhalten ändern zu wollen, so dass dieses Item nicht weiter verfolgt wurde.

Alkoholkonsum

7 TN (23%) geben an, keinen Alkohol zu trinken, 14 (47%) trinken ihn einmal bzw. weniger als einmal pro Woche und knapp ein Drittel mehr als einmal pro Woche. Der Kaloriengehalt von Alkohol, sowie seine Wirkung auf die Fettverbrennung sind ein Thema im Rahmen der Vermittlung von Ernährungswissen.

Medikamentenkonsum

Nahezu zwei Drittel der TN nehmen mindestens ein Medikament regelmäßig ein. 7 TN (23%) nehmen Hormonpräparate, incl. orale Kontrazeptiva und vermuten einen direkten oder zumindest indirekten Zusammenhang zwischen ihrer Gewichtszunahme und der Wirkung des Medikaments. Die adipogene Wirkung gewisser Medikamente wird im Kursverlauf kurz thematisiert, sie kann eine Gewichtsabnahme trotz positivem Ernährungs- und Bewegungsverhalten erschweren. Eine Übersicht der regelmäßig konsumierten Medikamente bietet Abb. 5-12.

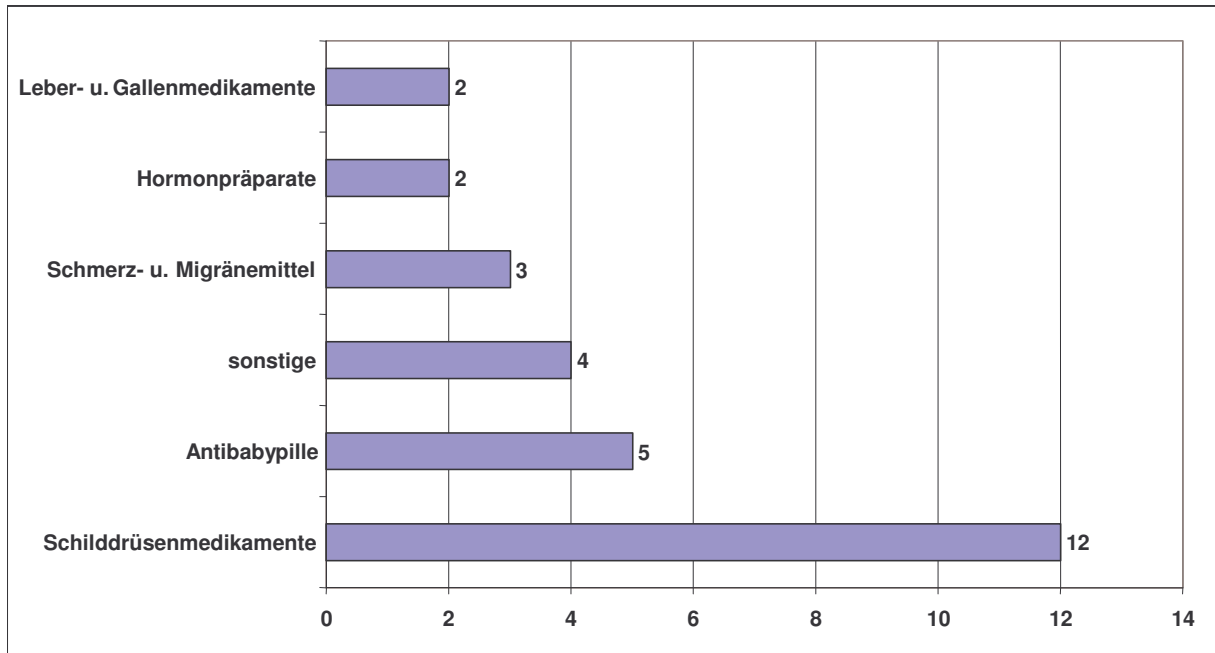


Abb. 5-12 Art der zugeführten Medikamente (n=30, Mehrfachnennungen, Quelle: pF)

Entspannungsverhalten

Nahezu zwei Drittel der TN unternehmen täglich (37%) bzw. mehrmals pro Woche (26%) etwas zu ihrer Entspannung. Diese Tatsache ist, angesichts des häufig erwähnten Zeitmangels, erstaunlich. Weitere 26% geben an, mehrmals pro Monat und 3 TN (11%) nie etwas Entspannendes zu unternehmen. Was genau die TN unter entspannenden Beschäftigungen verstehen, verdeutlicht Abb. 5-13.

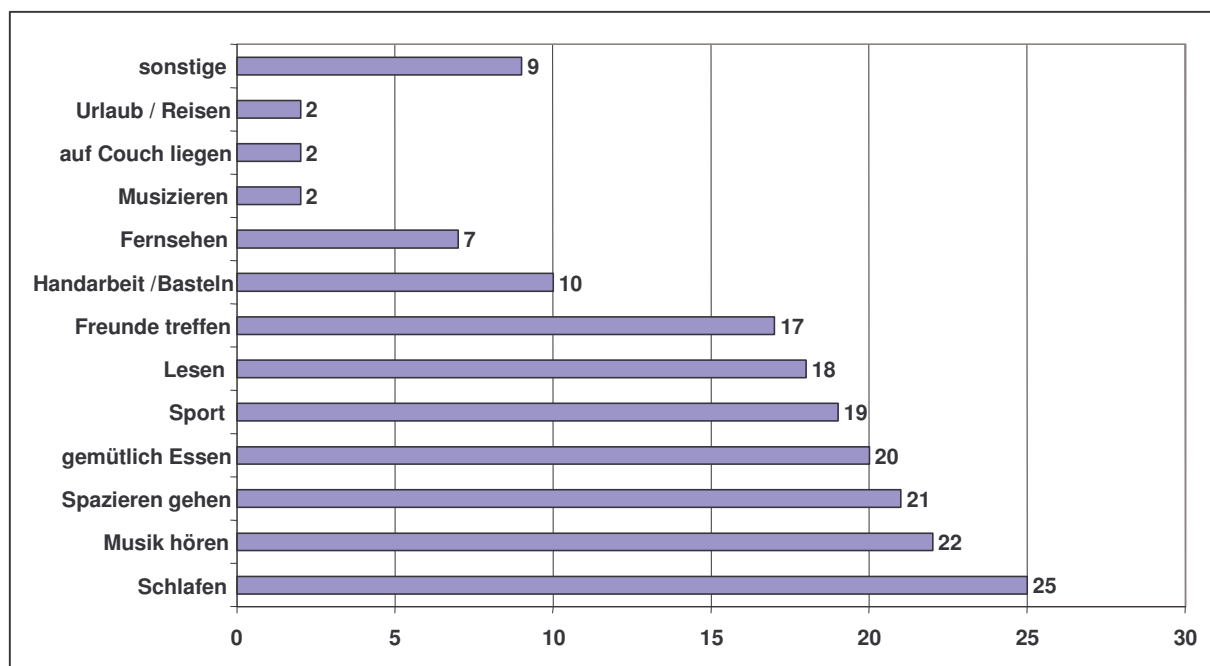


Abb. 5-13 Entspannende Beschäftigungen (Mehrfachnennungen, n=30, Quelle: pF)

Die Items „Freunde treffen“ bis „schlafen“ standen u.a. als Beispiele für entspannende Beschäftigungen auf dem Fragebogen. Unter „sonstige“ werden u.a. „naschen“, „Sauna“, „singen“ und „Spiele“ genannt. Die 19fache Nennung „Sport“ (63%) ist für das Kursprogramm von großem Interesse. Ferner können die häufigen Nennungen „Spazieren gehen“ (70%) und „Musik hören“ (73%) konzeptionell genutzt werden.

Auf die Frage „Welche Entspannungsform würde Sie interessieren?“ haben 11 TN (37%) keine eigenen Ideen, während 8 (27%) Autogenes Training und 7 (23%) Yoga nennen (Abb. 5-14).

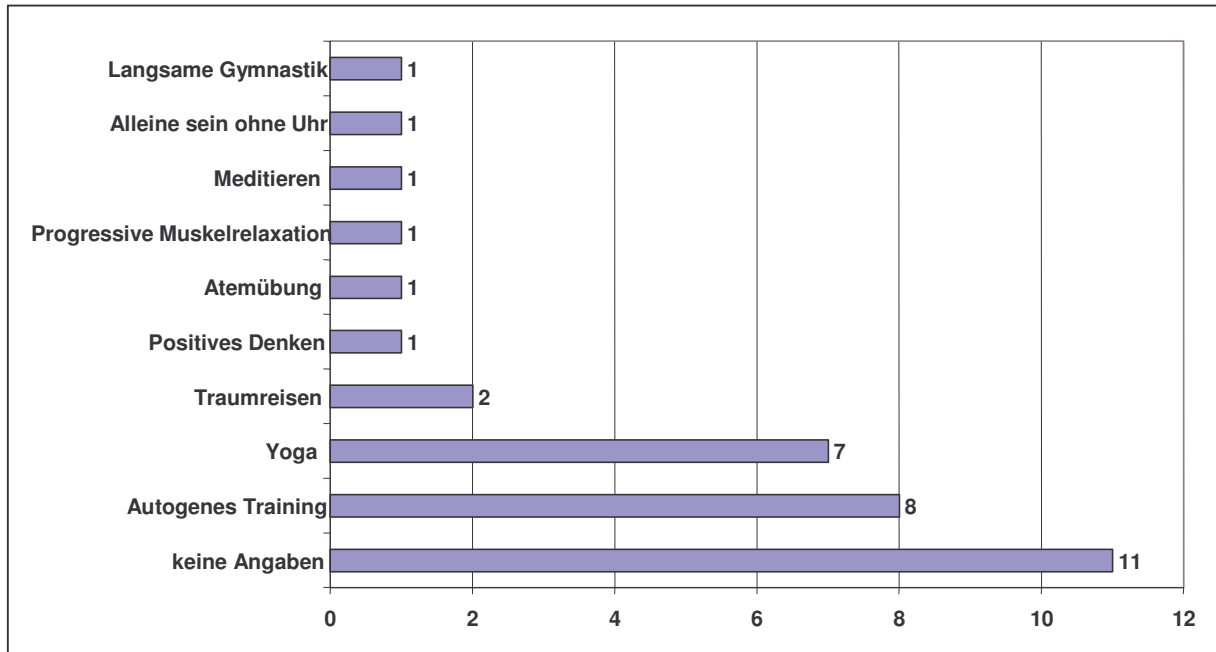


Abb. 5-14 Interessante Entspannungsformen (Mehrfachnennungen, n=30, Quelle: pF)

Sport- / Bewegungsverhalten

Nahezu 90% der TN geben einen Sportumfang von ein- bis mehrmals pro Woche an, wobei TN, die keine Studiemitgliedschaft besitzen, sich häufiger vage ausdrücken („so ein bis drei mal die Woche etwas“), während Studiemitglieder oft Art und Umfang des Sports genau benennen können („zweimal die Woche einen Aerobic-Kurs und einmal anschließend an die Geräte für den Rücken und die Beine“). Insbesondere die TN aus Gruppe 3 (alle Studiemitglied) geben einen regelmäßigen Sportumfang von durchschnittlich 2-4 mal pro Woche an.

Auf die Frage nach der ausgeführten Sportart erhalten Radfahren (63%), Gerätetraining (53%), Schwimmen (50%), Gymnastik (47%), Aerobic (43%) und Walking (33%) die meisten Nennungen (Abb. 5-15). Im Kursverlauf werden diese Sportarten in ihrer sinnvollen Ausführung und Wirkungsweise thematisiert und auf vergleichbare Angebote durch das jeweilige Studio hingewiesen.

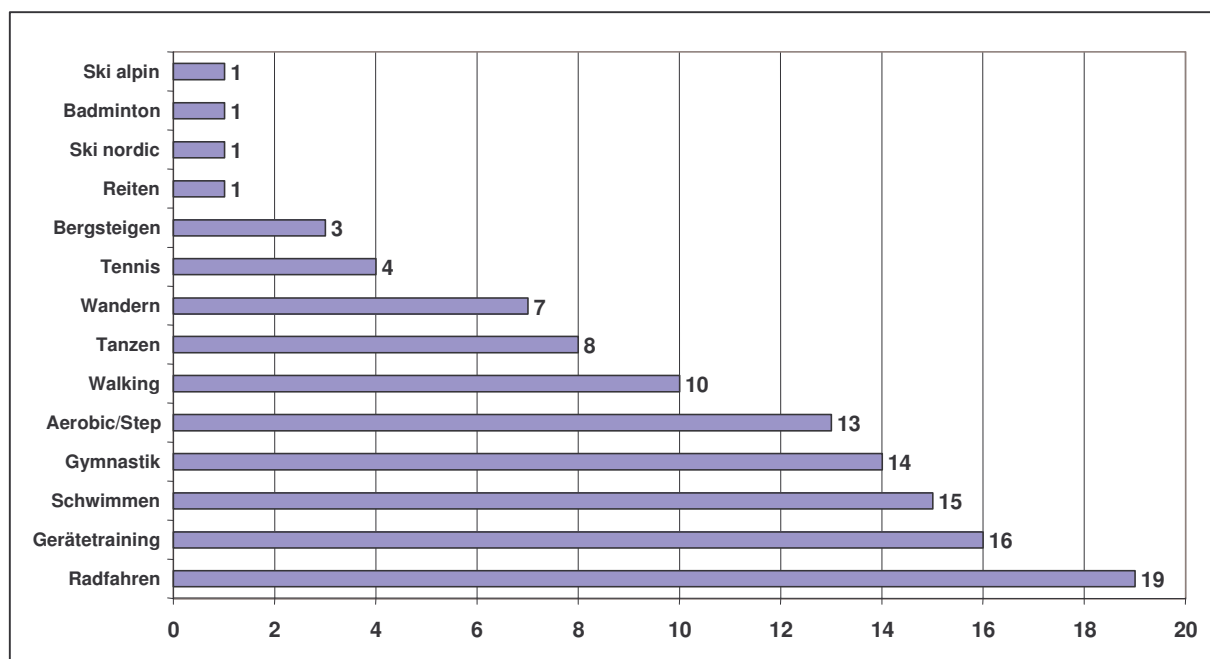


Abb. 5-15 Ausgeübte Sportarten (Mehrfachnennungen, n=30, Quelle: F1a)

Auf die Frage nach dem Stellenwert des Sports in ihrem Leben antworten 17 TN (57%) mit „wichtig“, 10 TN (33%) sogar mit „sehr wichtig“. Lediglich 3 TN (10%), alle aus dem Kollektiv der Nichtmitglieder, empfanden ihn als weniger bzw. nicht wichtig. Es ist anzunehmen, dass die Bereitschaft zur körperlichen Aktivität steigt, wenn der Sport einen höheren Stellenwert im Leben einnimmt.

Ernährungsverhalten

a) Mahlzeitenfrequenz

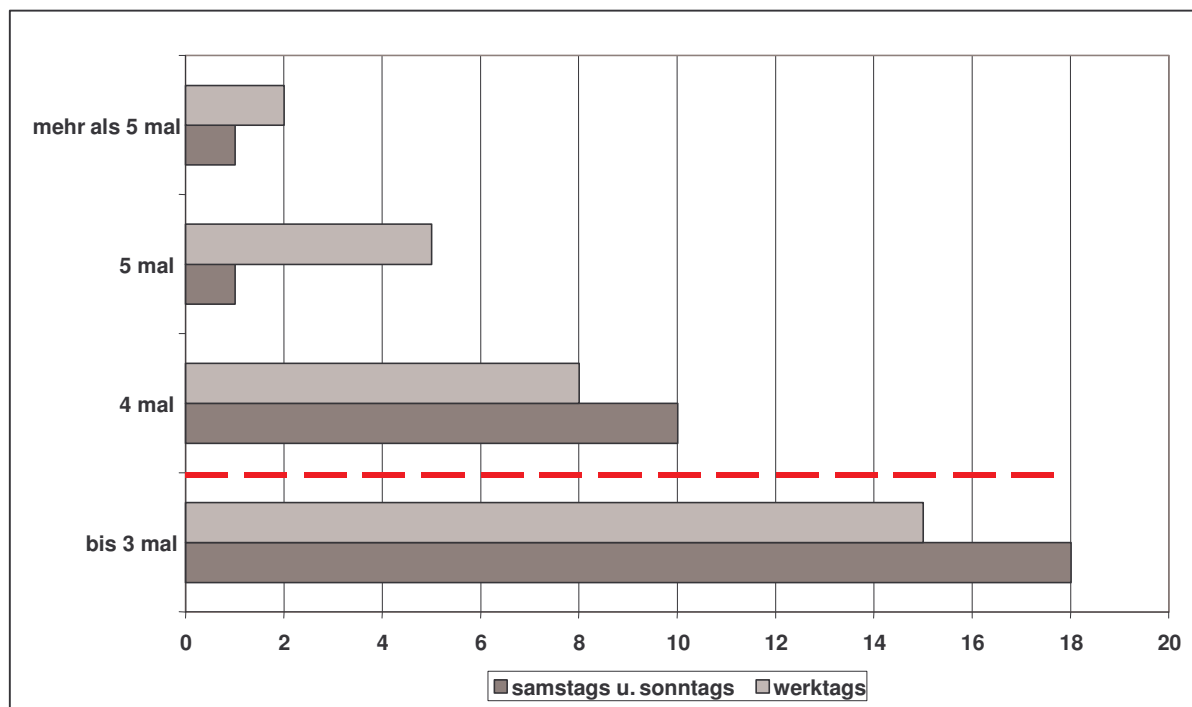


Abb. 5-16 Mahlzeitenfrequenz [pro Tag] (n=30, Quelle: F1a)

Die Mahlzeitenfrequenz, ein wichtiges Thema der Ernährungsberatung innerhalb des vorliegenden Gesundheitsprogramms, gestaltet sich erfahrungsgemäß unterschiedlich werktags bzw. samstags und sonntags. Abb. 5-16 stellt dies deutlich dar. Interessant ist, dass die Hälfte der TN nur bis zu 3 Mahlzeiten an Werktagen zu sich nehmen, samstags und sonntags tun dies sogar 60% der TN. Ein Ziel der Ernährungsberatung ist die Erhöhung der Mahlzeitenfrequenz auf 4-5 mal pro Tag (Kap. 4.3)

b) Ernährungsbewusstsein

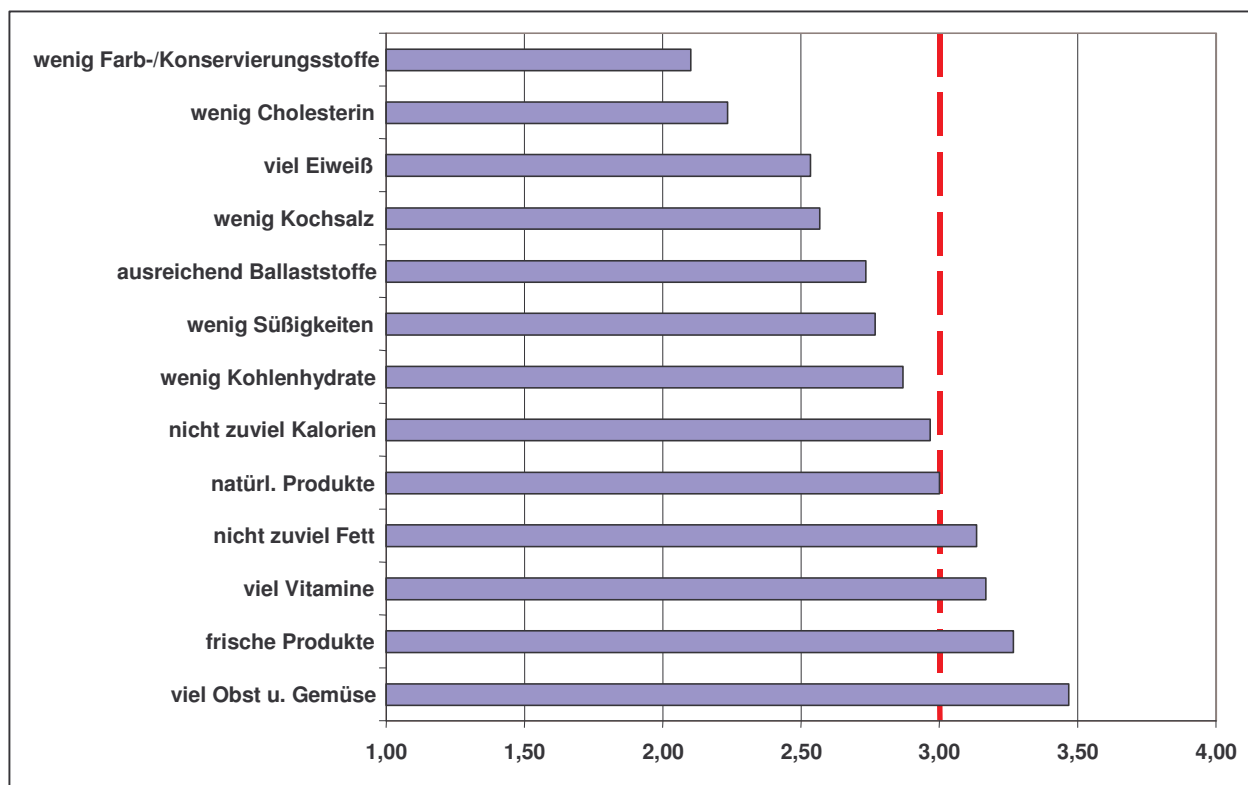


Abb. 5-17 Ernährungsbewusstsein (n=30, Quelle: F1a)

Mit der Frage "Worauf achten Sie bei Ihrer Ernährung im allgemeinen?" möchte die Autorin einen Einblick in das Ernährungsbewusstsein der Teilnehmerinnen erhalten. Von den Bewertungskriterien 1 - 4 (ein Bewertungscode aus den Antwortvorgaben „nie“ bis „sehr stark“) gilt 3 als mindestens zu erreichender Wert (in Abb. 5-17 durch die gestrichelte Linie dargestellt). Im vorliegenden Fall bedeutet dies, dass ausreichend auf Obst, Gemüse, frische natürliche Produkte, nicht zu viel Fett und viel Vitamine geachtet wird, jedoch weniger Wert auf Farb- und Konservierungsstoffe, Cholesterin- und Kochsalzgehalt, etc. gelegt wird. Im Laufe des Kurses wird dieses Thema im Rahmen der „10 Regeln der DGE“ angesprochen.

c) Energiezufuhr und Nährstoffverteilung

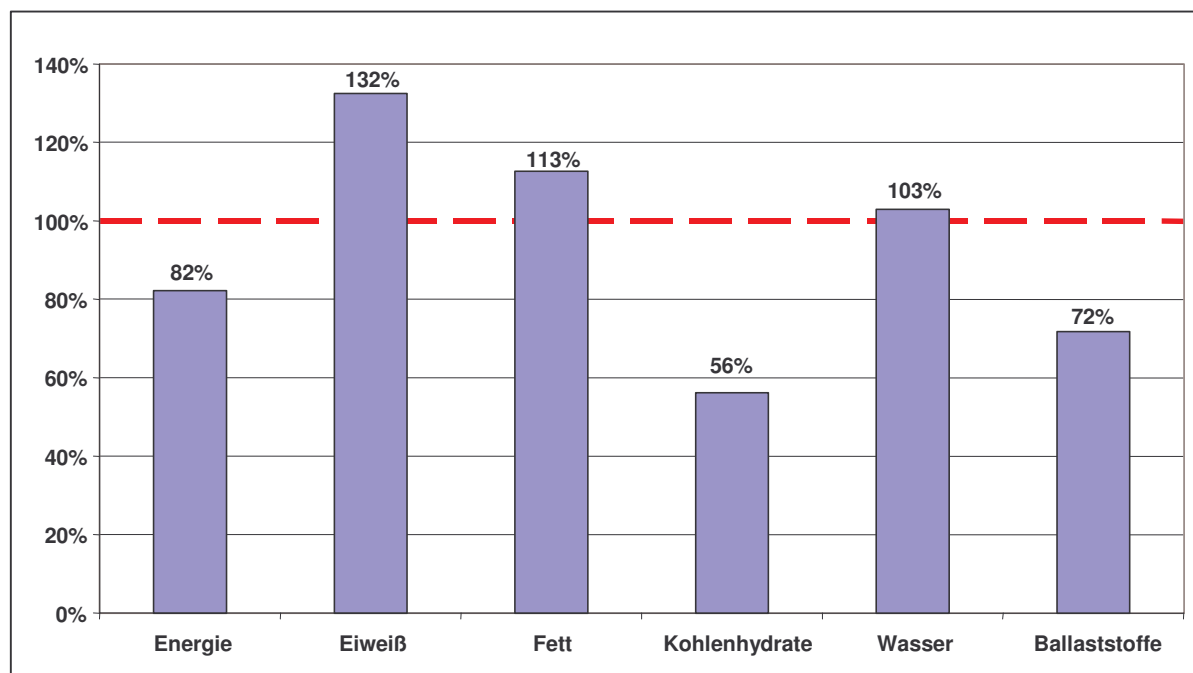


Abb. 5-18 Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle zu Kursbeginn (n=30, Quelle: EP)

Die Auswertung der 7-Tage Ernährungsprotokolle ergibt im Ist-/Soll-Vergleich das in Abb. 5-18 dargestellte durchschnittliche Ergebnis. Werte über der gestrichelten Soll-Linie bedeuten, dass die Zufuhr im Durchschnitt über den Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr liegt. Umgekehrt ergeben sich Werte unter 100%, wenn die mittlere Zufuhr niedriger ist als die Referenzwerte. So nehmen die TN durchschnittlich nur 82% der für sie ermittelten Nahrungsenergie zu sich, eine Besonderheit die auf den Einfluss des Protokolls an sich (undereating) oder auf die Möglichkeit des Underreporting zurückgeführt werden kann (s. Kap. 4.3.2.3). Die Verteilung der Nahrungsenergie auf die Hauptnährstoffe Eiweiß, Fett und Kohlenhydrate entspricht den im Ernährungsbericht 2000 dargestellten Werten. Danach wird durchschnittlich zu viel Eiweiß und Fett auf Kosten der Kohlenhydrate verzehrt, wobei die durchschnittliche Kohlenhydratzufuhr von 56% extrem niedrig ist. Als positiv kann die durchschnittliche Flüssigkeitszufuhr von mind. zwei Liter pro Tag bewertet werden. Auch der Konsum an Ballaststoffen liegt mit durchschnittlich 72% über den Werten des Ernährungsberichts von 2000. Auf eine ausgewogene Verteilung der Hauptnährstoffe, insbesondere eine Reduktion des Fettverzehrs zu Gunsten der Kohlenhydrate und die ausreichende Zufuhr von Wasser muss im Rahmen des Gesundheitsprogramms mit Sportempfehlungen besonders geachtet werden.

Fazit: In Anbetracht der Daten aus dem Gesundheitssurvey des statistischen Bundesamtes (1998), die belegen, dass immer mehr Frauen in Deutschland regelmäßig rauchen, ist der Anteil an Raucherinnen (mehr als 1-2 Zigaretten pro Woche) mit 16% eher als gering zu bezeichnen. Auf Rauchen bzw. das Beenden des Rauchens wird daher auch nur im

Zusammenhang mit Faktoren die zur Gewichtszunahme beitragen können eingegangen. Ein wichtigeres Thema im Sinne einer gesunden, figurbewussten Verhaltensweise hingegen ist der Alkohol, zumal auch nahezu ein Drittel der TN mehr als einmal pro Woche alkoholische Getränke konsumiert. Da Alkohol oft zu geselligen Anlässen getrunken wird und auch eine entspannende Wirkung hat, wird er von einigen TN als ein „Wohlfühlfaktor“ bezeichnet und sein Genuss als eher gesundheitsfördernd betrachtet. Hierzu tragen auch die überwiegend positiven Berichte über den Stellenwert des Alkohols im Rahmen einer mediterranen Ernährung bei. Daher ist es wichtig, auf das Thema Alkohol vor allem vor dem Hintergrund seiner direkten und indirekten Wirkung auf den Fettstoffwechsel und die Gewichtsreduktion einzugehen und entsprechende Alternativen für das Wohlbefinden zu diskutieren.

Die häufig zur Entspannung genutzten Tätigkeiten „Sport“, „Spazieren gehen“ und „Musik hören“ können leicht im Rahmen der Bewegungsangebote in das Kurskonzept integriert werden. Ferner ist anzunehmen, dass durch bereits bestehende bzw. sich entwickelnde Freundschaften innerhalb der Gruppe auch die Nennung „Freunde treffen“ durch den Kurs erfüllt wird.

Der relativ hohe Umfang und Stellenwert des Sports entspricht nicht den Angaben anderer Studien (Skender et al. 1996; Ryan et al. 2000), was mit Sicherheit an der Institution Fitness-Studio als Anbieter des Gruppenprogramms liegt. TN dieses Kurses können davon ausgehen, dass eine direkte Umsetzung des Programmbausteins „Bewegung“ stattfindet oder zumindest vor Ort angeboten wird.

Die geringe Mahlzeitenfrequenz vieler TN und die Angaben darüber, auf was in der Ernährung im allgemeinen geachtet wird, bietet direkte Anhaltspunkte für die handlungsbezogene Ernährungsberatung. Ebenso die Auswertungsergebnisse der Ernährungsprotokolle mit den erwartungsgemäß hohen Eiweiß- und Fettanteilen und der extrem niedrigen Kohlenhydratzufuhr. Die Verteilung der Mahlzeiten im Tagesverlauf ist in diesen und den nachfolgenden Ernährungsprotokollen bei den meisten TN regelmäßig. Starke Unregelmäßigkeiten treten bei TN mit einem hohen Süßigkeitenverzehr und bei zwei Müttern durch das Verzehren der Reste ihrer Kleinkinder auf. Die Diskussionen im Laufe der Ernährungsberatung sollen den TN helfen, ihre Situation zu analysieren und im Austausch mit den anderen TN Handlungsalternativen zu finden.

5.1.5 Angaben zum Diätverhalten

Subjektive Einstellung zum aktuellen Körpergewicht

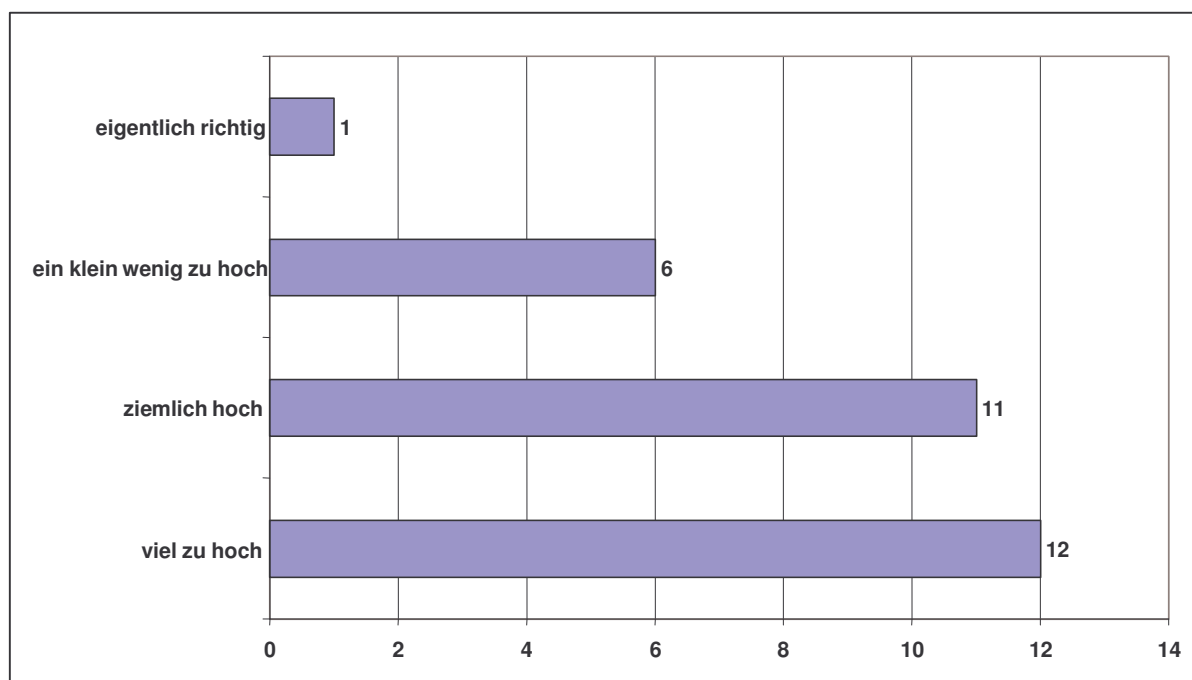


Abb. 5-19 Subjektive Einstellung zum aktuellen Körpergewicht (n=30, Quelle: pF)

12 TN (40%) empfinden ihr aktuelles Körpergewicht als viel zu hoch, weitere 11 TN (37%) als ziemlich hoch und 6 TN (20%) ein klein wenig zu hoch. Wird von jeder einzelnen TN der BMI im Vergleich zum subjektiven Empfinden betrachtet, so ist zu erkennen, dass 3 TN (10%) „viel zu hoch“ angeben, obwohl sie nur leicht übergewichtig (BMI 25 - 27 kg/m²) und 3 TN (10%) „ziemlich hoch“, obwohl sie normal- bzw. idealgewichtig (BMI 22 kg/m²) sind. Sie geben im Gespräch eine ungünstige Fettverteilung bzw. Körperform als Grund ihrer Unzufriedenheit an (Zitate der TN):

- „Die Reiterhosen sehen ekelhaft aus, an der Taille geht es ja, aber der Hintern passt in keine schöne Hose rein.“
- „Mein Busen ist viel zu groß, das ist doch schrecklich.“
- „Ich finde das Geschwabbel an den Armen furchtbar.“ „Mein Bauch hat so komische Fettrollen bekommen.“

Die Möglichkeiten und Grenzen der Beeinflussung von Körperformen und die Zufriedenheit und Akzeptanz des eigenen Körpers werden im Laufe des Kurses thematisiert.

Bisherige Gewichtsreduktionsversuche

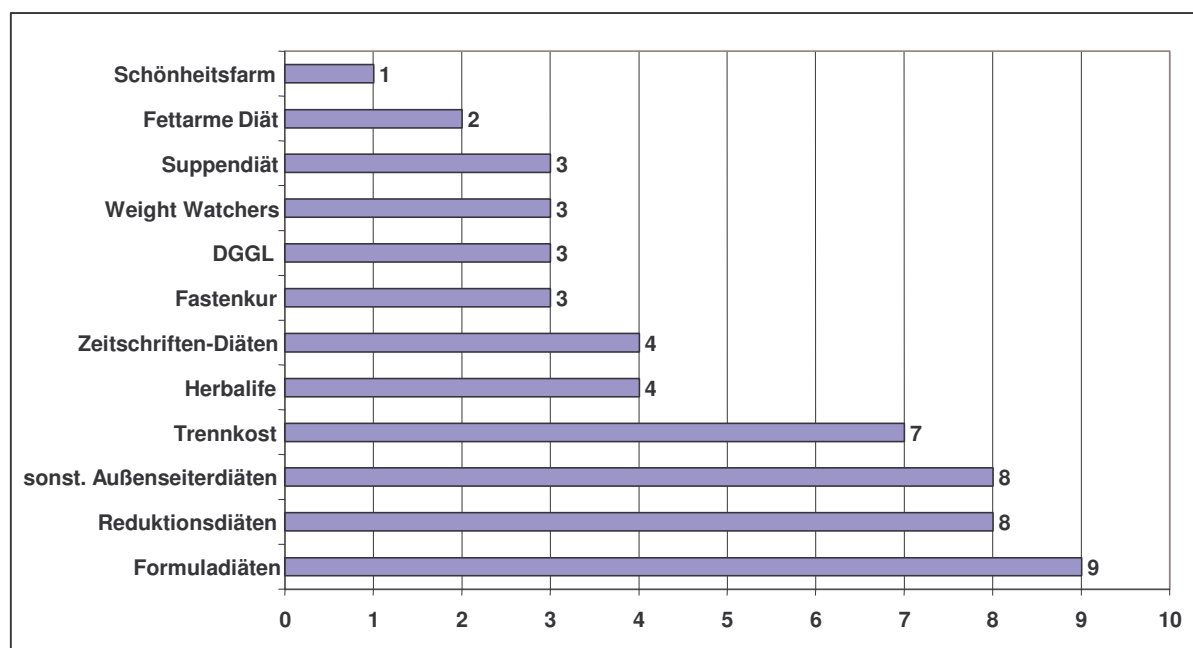


Abb. 5-20 Methoden bisheriger Gewichtsreduktionsversuche (Mehrfachnennungen, n=30, Quelle: pF)

13% TN haben noch keine Diäten ausprobiert, während 87% mindestens einen, in den meisten Fällen jedoch bereits mehrere Versuche unternahmen, ihr Gewicht zu reduzieren. Unter „sonst. Außenseiterdiäten“ werden Gemüse-, Molke-, Reis-, Brot-, Hollywood- und Atkinsdiät, sowie Medicost und Maggi-Kochstudio genannt. Einige TN fragen bereits während des ersten Messtermins nach der Sinnhaftigkeit einiger Diäten. Dieses Thema ist, insbesondere im Hinblick auf eine Abgrenzung des vorliegenden Programms, wichtig und wird in der Kursstunde „Diäten: Sinn und Unsinn“ behandelt.

Fazit: Das überwiegend kritische und häufig auch verzerrte Bild des eigenen Körpers und der Wunsch nach bestimmten Idealen beeinflusst die Zufriedenheit und letztendlich das Wohlbefinden vieler TN und führt wiederholten Gewichtsreduktionsversuchen (DGE 1992; Gniech 1996; Pudiel und Westenhöfer 1998). Je häufiger solche Versuche unternommen werden, desto höher ist der Anteil an extremen und Außenseiterdiäten.

5.1.6 Zusatzinformationen

Art der Anwerbung für den Kursbesuch

<p>Werbung im Studio (20)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sah die Werbung im Studio und fand es eine gute Gelegenheit im Rahmen ihrer Ernährungsumstellung. Außerdem sprach sie die Kombination Ernährung, Sport und Wohlbefinden an. <i>„Ernährungsumstellung war mir wichtig- keine Diät. Wollte auch etwas in bezug auf meine Allergien wissen.“</i> • Wurde durch Werbung im Studio auf Kurs aufmerksam und fand die Idee, einen Kurs hier anzubieten klasse • Nachdem sie dann auch noch die Infoveranstaltung besuchte, wusste sie <i>„das ich hier genau richtig bin!“</i> • Sah die Werbung zufällig beim Bäcker und fand die Kombination Fitness-Studio, Abnehmen und Wohlbefinden neu und <i>„total interessant“</i>: <i>„Vielleicht ist das mal was anderes.“</i>
<p>Mit Freundin/Bekannten/Verwandten hingehen (7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Freundin wollte sie auch aus ihrem <i>„Trott“</i> reißen und sie zu mehr Bewegung animieren • Fing damals an, weil ihre Mutter unbedingt abnehmen und den Kurs besuchen wollte und sie dachte sich, dass Gesundheitskurs irgendwie gut ist und nicht so nach Diäten klingt.
<p>Hinweis einer Bekannten (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • von der Oecotrophologin ihres Studios angesprochen, dieser Kurs sei eher für sie geeignet als der „Slim fast“-Kurs, den „ihr“ Studio anbietet.
<p>Wurde vorgeschickt (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie wurde damals „vorgeschickt“ in den Kurs zu gehen (Mann, Studiopersonal riet ihr dazu <i>„sich das mal anzusehen“</i>) und wollte auch von sich aus, sie sah sich also nicht gezwungen ... und da sie auf der Informationsveranstaltung erfuhr, dass sie nicht irgendwelche Diäten machen muss oder bestimmte Dinge zu bestimmten Zeiten essen soll, dachte sie sich <i>„das kann ja nicht so schwer sein, das probiere ich aus.“</i>
<p>Keine Angaben (1)</p>

Abb. 5-21 Anwerbung für den Kursbesuch (n=30, Quelle: GB)

Zwei Drittel der TN wurden durch studiointerne Werbung auf den Kurs aufmerksam. 7 TN (23%) wollten eine Freundin, Bekannte oder Verwandte begleiten bzw. wurden von ihr *„mit gezogen“*. Die Art und Weise, wie die TN auf den Kurs aufmerksam werden ist ein wichtiger Hinweis für zukünftige Werbemaßnahmen, so können beispielsweise spezielle Aktionen, wie *„Mitglieder werben Freunde“* als relativ günstige Alternative genutzt werden.

Beweggründe für den Kursbesuch

Abnehmen (24)
Ernährung (21) <ul style="list-style-type: none"> • <i>besser ernähren lernen</i> • <i>neues über die Ernährung zu erfahren</i> • <i>Ernährung in den Griff bekommen</i> • <i>lernen gesund zu Essen und trotzdem nicht auf alles verzichten</i>
Sport/Bewegung (17) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Etwas mehr Sport</i> • <i>gezieltere Bewegung</i> • <i>Sport zu treiben, etwas für Gelenke tun, wieder beweglicher werden</i> • <i>Problemzonen trainieren</i>
Wissen (11) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wissenschaftliche Hintergründe und Zusammenhänge interessieren mich</i>
Wohlbefinden/Entspannung (10) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Unzufrieden + für meine Gesundheit und Wohlbefinden etwas tun</i> • <i>Familienfrieden hängt von meinem „Wohlergehen“ ab</i>
Gemeinschaft/Gruppe (9) <ul style="list-style-type: none"> • <i>in Gruppe (...) austauschen (...) gibt mir Kraft und Freude</i> • <i>wieder etwas in der Gemeinschaft tun</i> • <i>Brauche: Beratung, Unterstützung, Motivation – kann es aber auch anderen geben.</i>
Gesundheit (7) <ul style="list-style-type: none"> • <i>besserer Gesundheitszustand und Lebensgefühl</i> • <i>lernen gesund zu Essen</i>
Keine Diäten mehr (4) <ul style="list-style-type: none"> • <i>keine Crash-Diäten mehr anfangen</i> • <i>möchte, dass Jojo-Effekt aufhört</i> • <i>habe von Diäten die Schnauze voll, das ewige auf und ab</i>
Einfluss von Außen (3) <ul style="list-style-type: none"> • <i>andere Teilnehmerin überredete mich und weil Mann meint, ich solle es tun</i> • <i>mein Hausarzt sagt, ich soll das mal machen</i>
Sonstiges (13) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kursleitung gefällt mir</i> • <i>das oder nie, Anzeige des Kurses ansprechend</i> • <i>auch im Alter fit zu sein</i> • <i>weil ich neugierig bin</i>

Abb. 5-22 Beweggründe für den Kursbesuch (Mehrfachnennungen, n=30, Quelle: AB)

Trotz vielseitiger Gründe für den Besuch des Kurses überwiegt der Wunsch bzw. die Erwartung abzunehmen (80%) und etwas über Ernährung (70%) und Sport bzw. sinnvolle Bewegung (57%) zu lernen und beides zu ändern. Ein Drittel der TN glauben auch mit Hilfe des Kurses bzw. der erhofften Auswirkungen ihr Wohlbefinden zu steigern. Der häufig (30%) geäußerte Wunsch und die Erwartung nach Austausch und Zusammenarbeit in der Gruppe unterstützt die Wahl gruppenspezifischer Beratungsmethoden (s. Kap. 3.2.6.1). So schätzen auch 83% der TN den Einfluss einer Gruppe mit gleichen Zielen auf die Motivation als groß (37%) bis sehr groß (47%) ein, während 10% ihn als mittel und nur 7% als gering erachten (Quelle: F1).

Im Gruppenvergleich stellen sich die Beweggründe für den Kursbesuch unterschiedlich dar: „Ernährung“ wurde von Gruppe 4 mehrfach genannt, „Sport“ dagegen nur einmal. Bei Gruppe 2 verhält es sich fast umgekehrt. „Abnehmen“ war mit 10 bzw. 5 Nennungen in Gruppe 1 und 2 sehr wichtig, das „Wissen“ zu erweitern war für Gruppe 1 mit 8 Nennungen wichtig, Gruppe 3 nannte es gar nicht. Ebenso war „Wohlbefinden/Entspannung“ mit 6 Nennungen ein wichtiges Thema für Gruppe 1.

Insgesamt waren die Nennungen von Gruppe 1 am breitesten gestreut, von Gruppe 3 am engsten.

5.2 Entwicklung Kursverlauf

Im Sinne einer objektiven Bewertung der Entwicklung der Messdaten der Teilnehmerinnen werden die zu vergleichenden Messdaten aus Messung A in einem Gesamtkollektiv von $n=27$, d.h. ohne die 3 TN, welche den Kurs vor Messung B abbrachen, dargestellt.

5.2.1 Anthropometrische Daten

Entwicklung

Der Vergleich der anthropometrischen Daten aus Messung A, B und C erfolgt zuerst im Gesamtkollektiv für Gewicht, BMI, KFA und PWC 150 bzw. 130. Anschließend werden die Gruppenschnitte dieser Parameter dargestellt. Mit Hilfe dieses Vorgehens werden gruppenspezifische Verläufe klarer hervorgehoben.

Die 100%-Linie der Abbildungen (gestrichelt) stellt den Ausgangswert aus Messung A dar. Für Gewicht, BMI und KFA wird eine Reduktion, für PWC 150 bzw. 130 eine entsprechende Erhöhung der Werte erwartet.

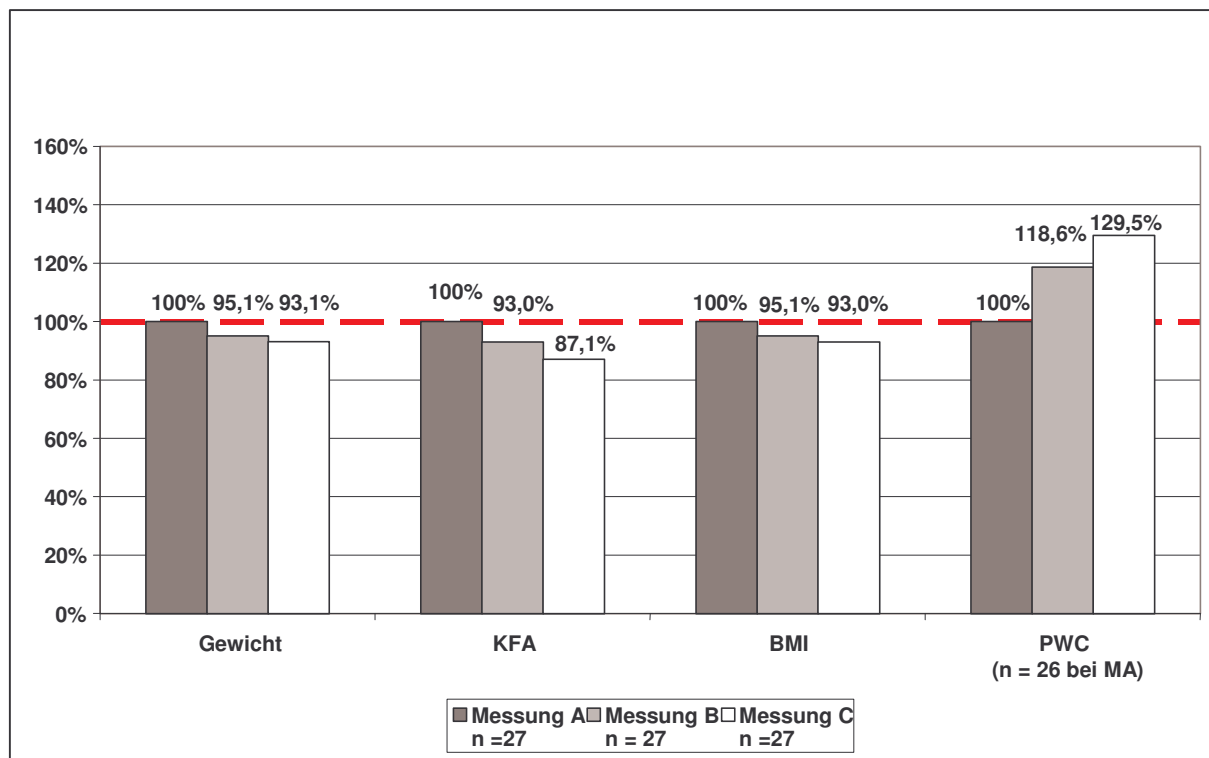


Abb. 5-23 Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter im Kursverlauf, alle Gruppen (Quelle: MA, MB, MC)

Der relative **Gewichtsverlust** aller TN im Kollektiv beträgt moderate 6,9% (5,5 kg) und ist, ebenso wie der **Verlust des KFA** von durchschnittlich 12,9% vom Ausgangswert, als erfolgreich zu bezeichnen. Der **BMI** sinkt um 7% bzw. 2,1 Punkte vom Ausgangswert, während die **körperliche Leistungsfähigkeit** um 29,5% steigt. Die Reduktion des Gewichts bzw. KFA und Steigerung des PWC 150 bzw. 130 erfolgt in stärkerem Maße zur ersten Erfolgskontrolle in Messung B als im Vergleich zur nachfolgenden Messung C. Hierbei ist zu beachten, dass der zeitliche Abstand von Messung A (MA) zu Messung B (MB) für die Gruppen 1 und 4 12 Wochen und für die Gruppen 2 und 3 11 Wochen und von Messung B zu Messung C (MC) für alle Gruppen 10 Wochen beträgt.

Wird nochmals in moderates (5-10%) und starkes Abnehmen (>10%) unterteilt, so haben insgesamt 9 TN (33%) einen moderaten, 7 TN (26%) einen starken und 11 TN (41%) einen geringen (< 5%) Gewichtsverlust zu verzeichnen.

Nach den Bewertungskriterien, die der Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit zugrunde liegen (die Stufe „befriedigend“ erreichen bzw. halten oder eine nächsthöhere Stufe - ausgehend vom Ausgangswert, erreichen), beenden 20 TN (74%) den Kurs erfolgreich, davon 6 TN (22%) sogar mit der Stufe „gut“.

In den einzelnen Gruppen stellt sich die relative Entwicklung der anthropometrischen Daten wie folgt dar:

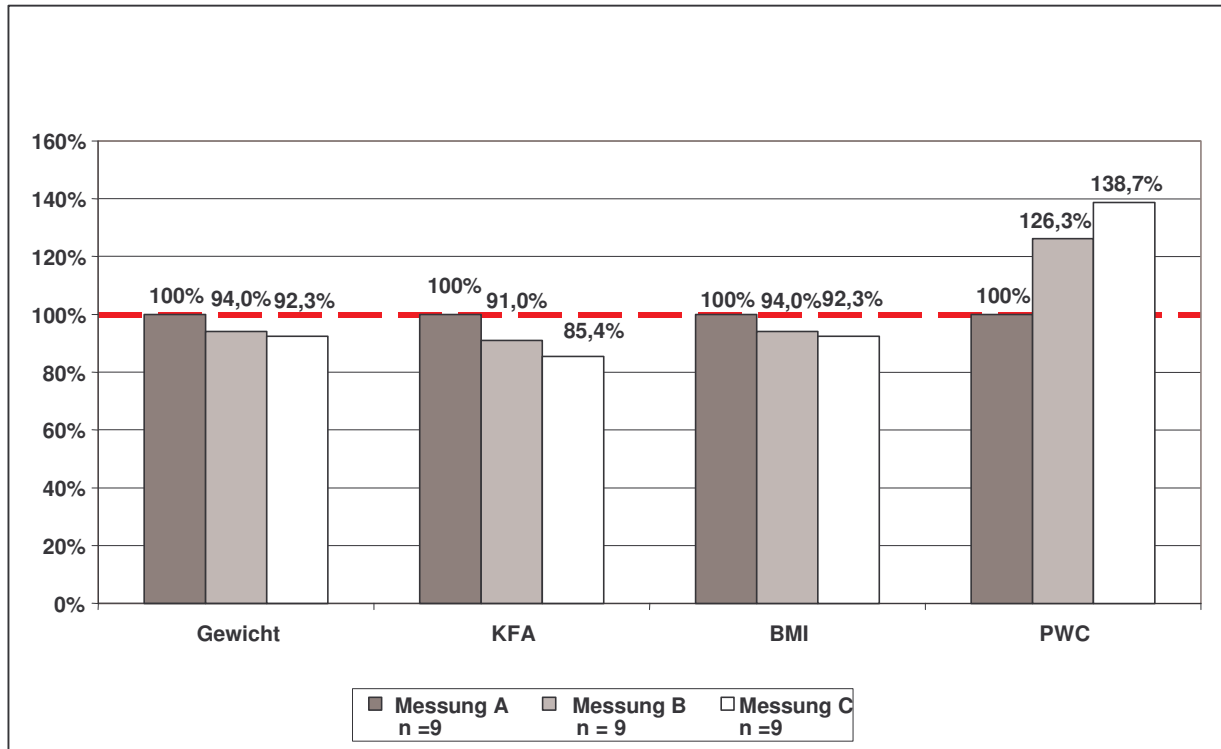


Abb. 5-24 Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter im Kursverlauf, Gruppe 1 (Quelle: MA, MB, MC)

Gruppe 1 nimmt bis Kursende (MC) durchschnittlich 7,7% Gewicht (5,6 kg, min. 1,6 kg; max. 10,4 kg), 2,1 BMI-Punkte und 14,6% des ursprünglichen KFA ab und steigert das körperliche Leistungsvermögen um durchschnittlich 38,7%. Dabei nehmen bei einer Gruppengröße von 9 TN 6 moderat, 1 stark und 2 nur geringfügig ab. 7 TN erfüllen ein Zielkriterium für eine als erfolgreich zu bewertende Leistungsfähigkeit, wovon 3 TN sogar die Stufe „gut“ erreichen.

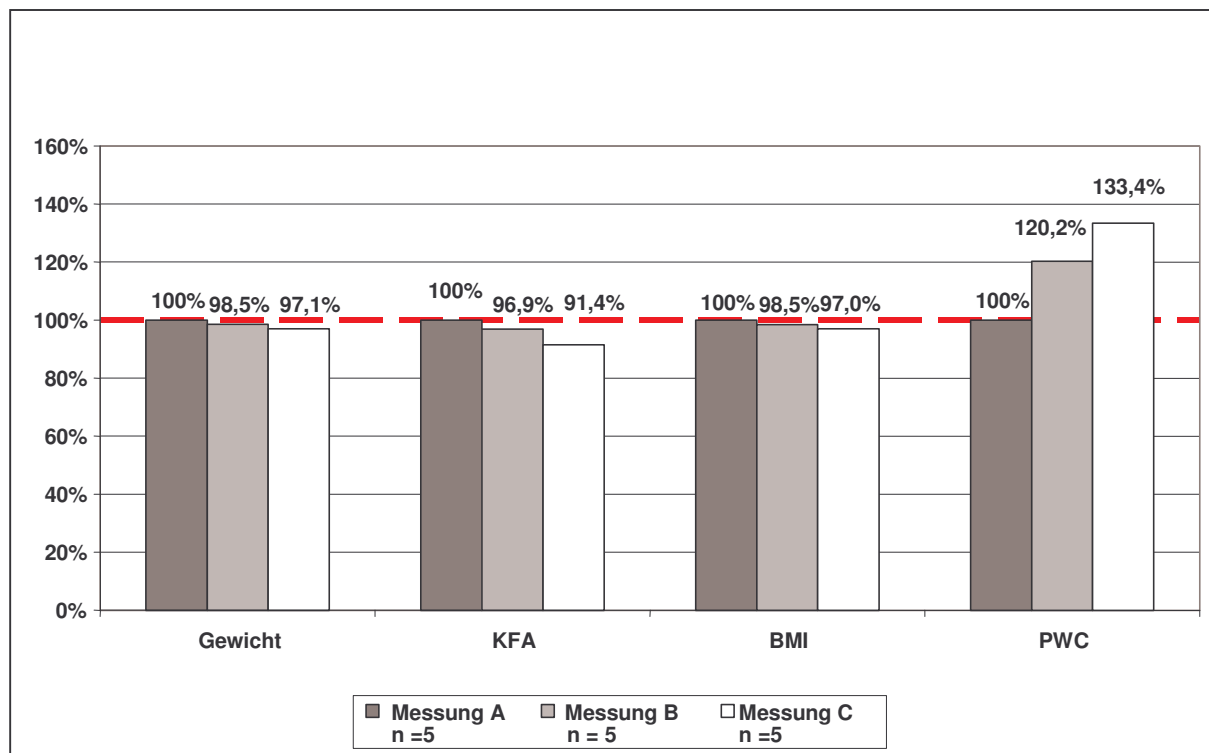


Abb. 5-25 Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter im Kursverlauf, Gruppe 2 (Quelle: MA, MB, MC)

Gruppe 2 nimmt durchschnittlich nur 2,9% Gewicht (2,9 kg, min. 2 kg; max. 4,2 kg), 1,1 BMI-Punkte und 8,6% des ursprünglichen KFA ab, steigert das körperliche Leistungsvermögen jedoch um durchschnittlich 33,4%. Dabei verlieren bei einer Gruppengröße von 5 TN alle nur geringfügig an Gewicht, während 4 TN 5% und mehr ihres ursprünglichen KFA reduzieren. 3 TN befinden sich in einer befriedigenden Leistungsstufe bzw. steigern ihre Leistungsfähigkeit in eine dem Ausgangswert nächsthöhere Stufe und sind damit für diese Kategorie als erfolgreich zu bezeichnen.

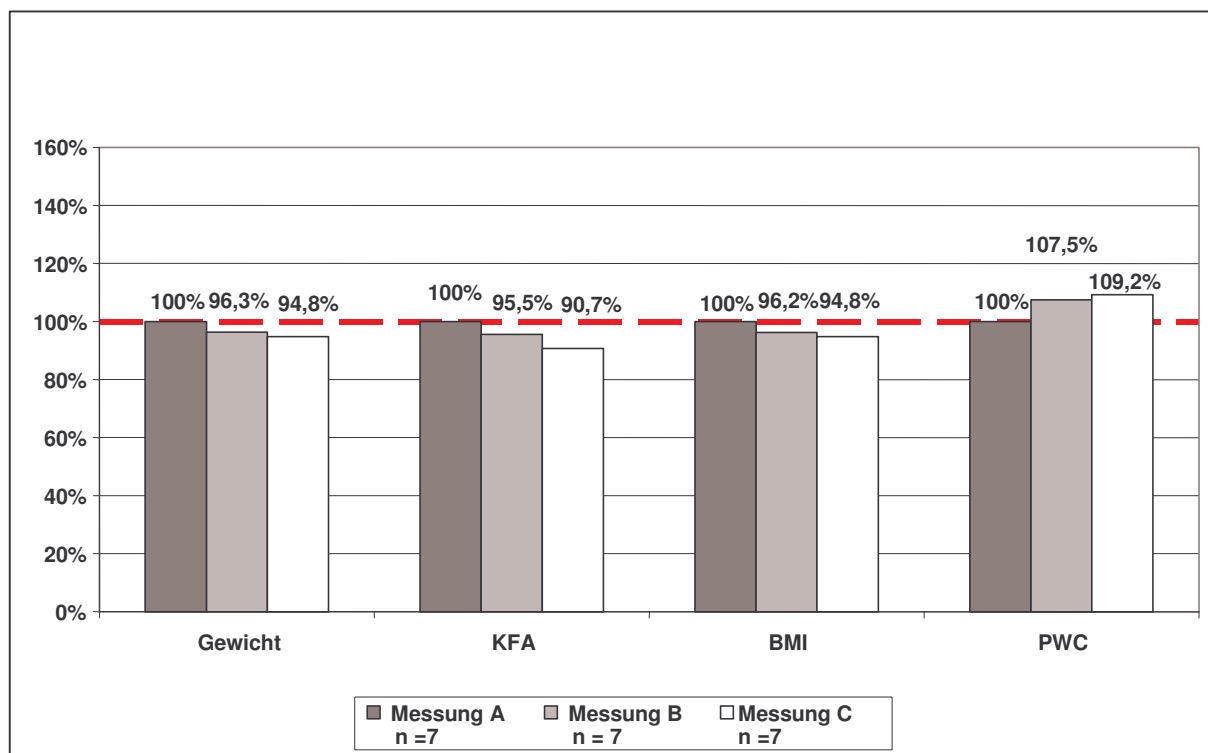


Abb. 5-26 Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter im Kursverlauf, Gruppe 3 (Quelle: MA, MB, MC)

Gruppe 3 nimmt durchschnittlich 5,2% Gewicht (4,1 kg, min. 1,2 kg; max. 14kg), 1 BMI-Punkt und 9,3% des ursprünglichen KFA ab, steigert das körperliche Leistungsvermögen jedoch nur um durchschnittlich 9,2%. Dabei nehmen bei einer Gruppengröße von 7 TN 2 moderat, 1 stark und 4 nur geringfügig ab. 4 TN erfüllen das Erfolgskriterium für die körperliche Leistungsfähigkeit.

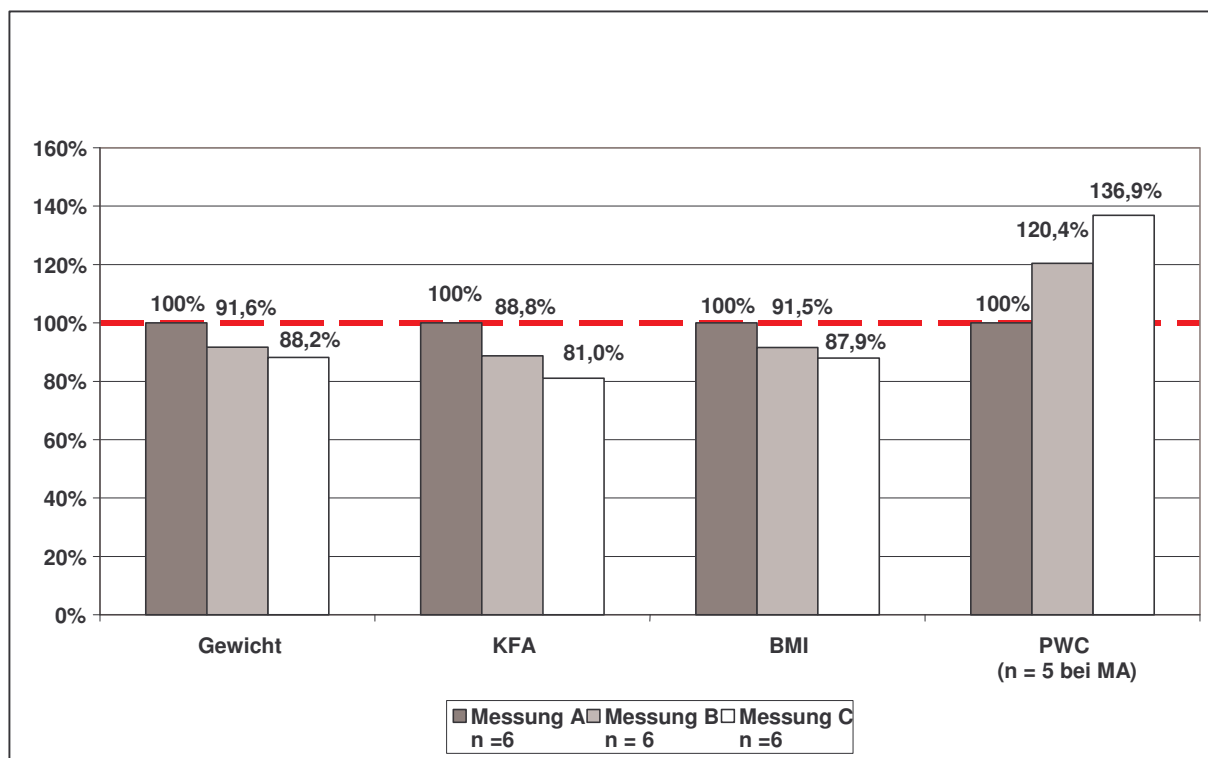


Abb. 5-27 Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten im Kursverlauf, Gruppe 4 (Quelle: MA, MB, MC)

Gruppe 4 nimmt mit durchschnittlich 11,8% Gewicht (9,3 kg, min. 4,8 kg; max. 12 kg), 3,5 BMI-Punkten und 19% des ursprünglichen KFA am stärksten ab und steigert das körperliche Leistungsvermögen um durchschnittlich 36,9%. Dabei nehmen bei einer Gruppengröße von 6 TN 1 moderat und 5 stark ab. 2 TN steigern ihre Leistungsfähigkeit in die Stufe „befriedigend“, 3 TN in „gut“.

Fazit: Bezogen auf das Gesamtkollektiv ist im Verlauf des Gruppenprogramms ein durchschnittlicher Verlust von 6,9% Gewicht und 12,9% Körperfett bezogen auf die Ausgangswerte von Messung A zu verzeichnen. Insgesamt nehmen dabei 59% der TN moderat bis stark und 41% nur geringfügig an Gewicht und 89% moderat bis stark an Körperfett ab, womit die Maßnahme als kurzfristig erfolgreich im Sinne der Zieldefinition (s. Kap. 4.2) bezeichnet werden kann.

Nach einem sechsmonatigen Gewichtsreduktionsprogramm mit 24 übergewichtigen Frauen im Alter zwischen 51 und 66 Jahren konnten Ryan et al. (2000) einen moderaten Verlust des Gewichts von 8% und KFA von 15%, sowie eine Verbesserung ausgewählter Laborparameter (Glukose-Toleranz, Lipoproteine) verzeichnen. Zu den Programminhalten zählten eine leicht kalorienreduzierte Mischkost (minus 250-350 kcal/Tag) und ein Walking-(3x/Wo) und Verhaltensmodifikationsprogramm während der wöchentlichen Treffen (Ryan et al. 2000). Vergleichbare multidisziplinäre Programme weisen ähnliche Ergebnisse auf (Adams et al. 1983; Schlundt et al. 1993). Diese Programme unterscheiden sich jedoch alle im wesentlichen durch ihre rigiden Ernährungs- und Bewegungsvorgaben von dem Gruppenprogramm der vorliegenden Studie.

Die methodisch eher vergleichbaren Studien „Pfund um Pfund“ (GSB 1995), „Esslust statt Diätfrust“ (Kramuschke-Jüttner 1999), und „Schritt für Schritt zum Wohlfühlgewicht“ (Purschwitz et al. 2000) verzeichnen nach 6 Monaten Kursdauer mit flexiblen Ernährungs- und Bewegungsvorgaben bzw. -empfehlungen ebenfalls durchschnittlich moderate Gewichtsverluste. Eine Überprüfung der körperlichen Leistungsfähigkeit erfolgte in keiner der o.g. Studien.

Gruppenspezifisch stellt sich das Ergebnis der vorliegenden Studie unterschiedlich dar. So verzeichnen die Gruppen 3, 1 und 4 in aufsteigender Reihenfolge moderate bis starke Abnahmen an Gewicht und Körperfett, während Gruppe 2 nur einen moderaten Körperfettverlust aufweist. Die Entwicklung bzw. der Erhalt der PWC ist für 74% der TN ebenfalls als erfolgreich zu bezeichnen. Alle 4 Gruppen steigern ihre durchschnittliche körperliche Leistungsfähigkeit, wobei in den Gruppen 1 und 4 jeweils 3 TN die Leistungsstufe „gut“ erreichen.

5.2.2 Angaben zum Gesundheits- und Ernährungsverhalten

Alkoholkonsum

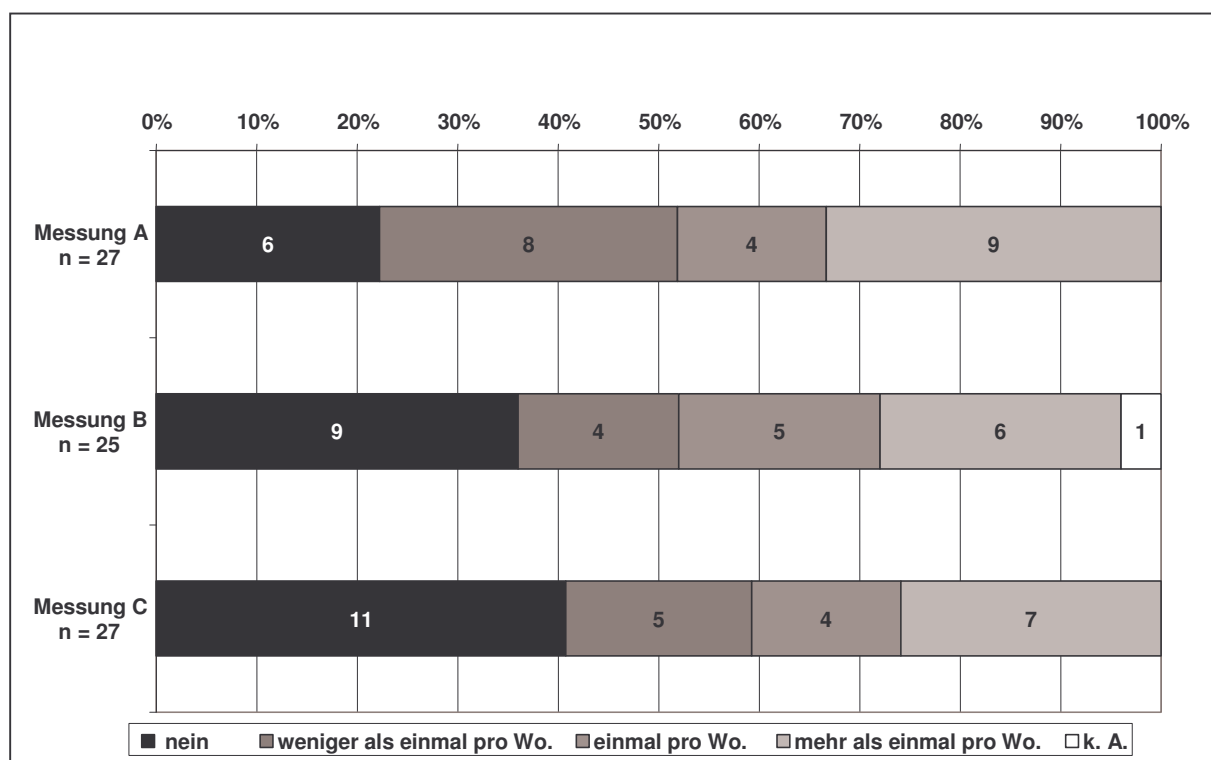


Abb. 5-28 Wöchentlicher Alkoholkonsum im Kursverlauf (Quelle: F1a, b, c)

Der wöchentliche Alkoholkonsum der TN nimmt im Verlauf des Kurses etwas ab. So geben zu Beginn 22% und zum Ende 41% der TN an, keinen Alkohol mehr zu trinken, wobei hauptsächlich TN, die ohnehin weniger als einmal bis max. einmal pro Woche etwas tranken, dies ganz aufgaben. 3 TN sehen, unabhängig voneinander, in einer Aufgabe und auch

Reduktion ihres Alkoholkonsums einen beträchtlichen Einschnitt in ihr gesellschaftliches Leben und auch Wohlbefinden. Sie lehnen dies daher, trotz der Erkenntnis, dass der Alkohol mit zu ihrem Übergewicht beiträgt, ab (Zitat einer TN):

- „Man muss es nicht gleich umsetzen“

Als erschwerender Faktor zur Reduktion des Alkoholkonsums werden gesellschaftliche Anlässe und insbesondere gegen Kursende Sommer- und Grillfeste genannt. Bezüglich der konsumierten Alkoholmenge haben die meisten TN Schwierigkeiten dies einzuschätzen. So schwanken die Angaben von „ein Glas“, meist ohne Volumennennung (in einem Fall ein Schnapsglas) bis zu „1 l (Wein)“

Fazit: Im Kursverlauf wird der Alkoholkonsum reduziert bzw. ganz auf ihn verzichtet, wobei es TN, die ohnehin schon wenig trinken leichter fällt, als TN, die mehr als einmal pro Woche Alkohol zu sich nehmen.

Entspannungsverhalten

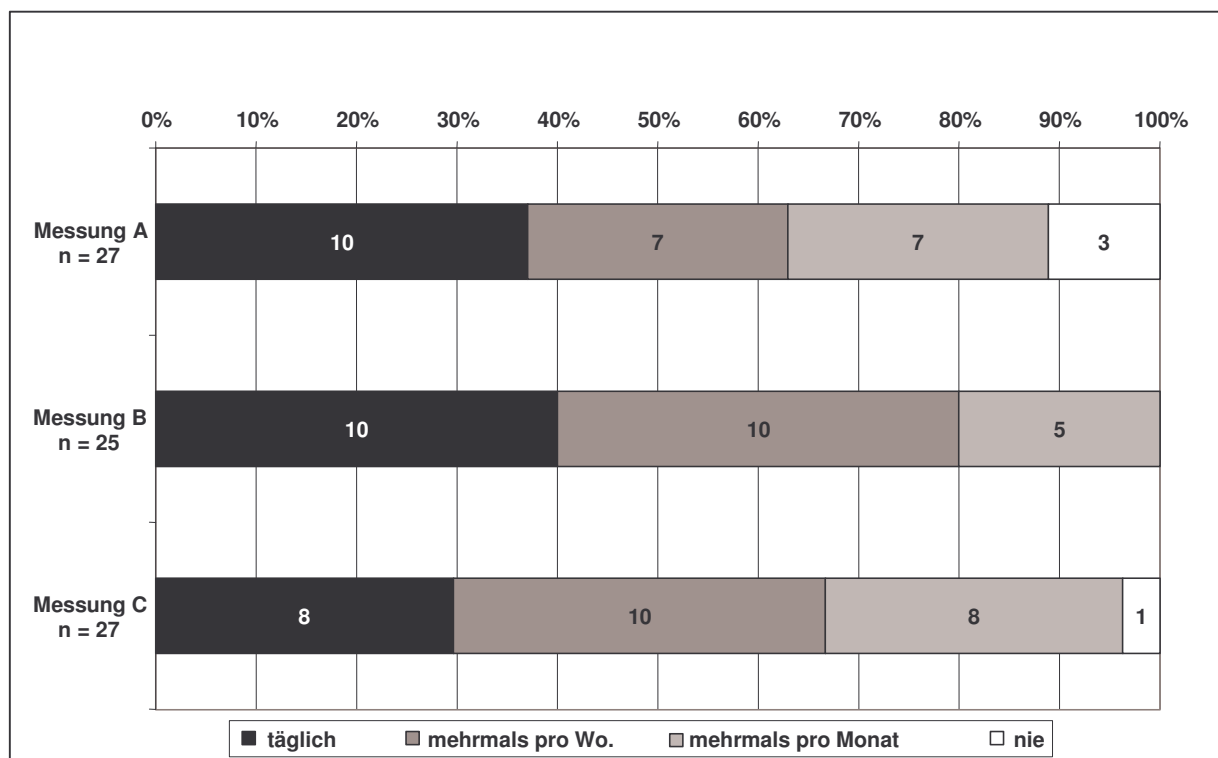


Abb. 5-29 Häufigkeit entspannender Tätigkeiten im Kursverlauf (Quelle: F1a, b, c)

Bezüglich des Entspannungsverhaltens ist keine eindeutige Entwicklung feststellbar. Nach Ablauf der Hälfte des Kurses (MB), nehmen die Nennungen „nie“ und „mehrmals pro Monat“ zugunsten der Nennung „mehrmals pro Woche“ ab, was sich am Ende des Kurses in dieser Form nicht mehr feststellen lässt. Es wird im Verlauf des Kurses jedoch häufiger geäußert,

dass durch das gesteigerte Sportvolumen weniger Zeit für die Entspannung zur Verfügung steht, wobei der Sport und dessen direkte Wirkung als entspannend bzw. als das Wohlbefinden steigernd bezeichnet wird.

Zu den im Kursverlauf angebotenen **Entspannungstechniken** äußern sich nur wenige TN spontan, dann aber sehr positiv. An den nonverbalen Reaktionen und den anerkennenden Gesten und Gesprächen der TN untereinander ist zu erkennen, dass sie Gefallen daran finden bzw. sie genießen. In Gruppe 3 beginnen die TN untereinander Entspannungsmethoden, wie Sauna und Fußreflexzonenmassage anzusprechen und Adressen auszutauschen. Liegende Entspannungsformen, wie Phantasiereisen und Progressive Muskelrelaxationsübungen empfinden 2 TN aus unterschiedlichen Gruppen aufgrund starker Rückenbeschwerden als unangenehm. In Gruppe 2 konnten diese Formen aus räumlichen Gründen überhaupt nicht angeboten werden und in Gruppe 3 waren in der entsprechenden Kursstunde nur 2 von 7 TN anwesend, ohne jedoch vorher das Kursthema zu kennen.

Eine TN aus Gruppe 4 äußert sich im Rahmen der schriftlichen Befragung zu Messung C positiv zu den autosuggestiven Entspannungsübungen (Zitat einer TN, Quelle: AF):

- *„Die Stressübungen haben mir gut gefallen (Frühstück, Autofahrt usw.).“*

Auf die Frage am Kursende „Gibt es Themen, die Sie noch interessiert hätten, die in diesem Kurs aber nicht angesprochen wurden?“ (AF) antworteten „in bezug auf Entspannung/Wohlbefinden“ rund 70% mit „nein“: *„Ich brauche Bewegung zum Wohlfühlen“* (Zitat einer TN). Die übrigen Antworten stellen sich wie folgt dar (Abb. 5-30).

Entspannung

- *Yoga oder Autogenes Training (Gruppe 1)*
- *Yoga, nur wenn die anderen auch daran interessiert gewesen wären (Gruppe 3)*
- *1. ab und zu Entspannungsübung wiederholen, um nicht zu vergessen, 2. auch Massage und Gymnastik (Gruppe 1)*
- *mehr Massage (Gruppe 4)*
- *Entspannungsübungen sind allgemein zu kurz gekommen (Gruppe 3)*

Wohlfühlen

- *Wie Frust, Ärger usw. durch welche Techniken (außer Essen) verringern (Gruppe 2)*
- *Vertiefung des Themas: grundsätzlicher Ersatz für Essen in Bezug auf Wohlbefinden (Gruppe 2)*

Abb. 5-30 Themen von Interesse bezüglich Entspannung/Wohlbefinden (Quelle: AF)

Nach ca. 3 Monaten Kursverlauf werden die TN mit dem Arbeitsblatt *„Die Hälfte ist vorbei!“* dazu aufgefordert u.a. die bisherigen **Veränderungen ihres Wohlbefindens** zu analysieren. Über die Hälfte der TN sprechen ein verbessertes Wohlbefinden durch Anstrengung und/oder Erfolg an (Quelle: AB):

- *„Ich habe sehr viel neue Energien in mir geweckt, mich für Ausdauer belohnt und das Schönste sind die vielen Komplimente, die ich in letzter Zeit kriege (nur Positive!!) von wildfremden, Bekannten, Freunden und meinem Mann. Ich werde durchhalten“*

und nie wieder extrem zunehmen! Außerdem will ich den Sport ausbauen und endlich wieder Volleyball spielen!“

- *„bin zufrieden, denn ich habe mein Idealgewicht, mir geht es gut. Hoffe, es auch halten zu können. Mit richtiger Ernährung und ein bisschen Sport müsste es klappen.“*
- *„Ich fühle mich sehr wohl, nach körperlicher Anstrengung bin ich richtig glücklich“*
- *„körperlich geht es mir besser bin viel aktiver geworden und bin nicht mehr so müde (schlapp) wie sonst.“*
- *„vor Kurs Teufelskreis: essen – Frust – essen usw. Während Kurs ging es auf und ab, aber ein besseres schlechtes Gewissen, wenn ich über die Stränge schlug. Jetzt geht es mir gut. Ich fühle, wie ich konditionell besser werde, fühle mich leichter + elastischer (vorher wirklich stocksteif). Merke, dass ich nicht mehr so viel auf einmal essen kann. Bin schneller satt und kann bis auf ganz seltene Ausnahmen auch die Schokolade besser einteilen und genießen.“*

Weitere, erfolgsunabhängige positive Aussagen zum Wohlbefinden lauten beispielsweise (Quelle: AB):

- *„ausgeglichener, weniger hektisch, kann auch mal Arbeit liegen lassen.“*
- *„viel neue Energien in mir geweckt“*
- *„100% besser“*
- *„Spaß an neuem Verhalten „*
- *„versuche durch bessere Zeiteinteilung und Entspannungssachen (Musik hören, lesen, einfach abschalten) keinen Stress mehr zu haben. Bin dadurch entspannter und lasse alles langsamer angehen.“*

3 TN sprechen explizit ein verbessertes Wohlbefinden als Folge ihres gesteigerten Selbstbewusstseins durch die Gewichtsreduktion an (Quelle: AB):

- *„Bis auf kleine „Downs“ und Krankheiten letzte Woche geht’s mir ziemlich gut, ich fühle mich beweglicher und merke an den Klamotten die körperliche Veränderung: das macht selbstbewusst und bewirkt die positive Ausstrahlung. Ich „infiziere“ meine Umgebung mit „Walking-Virus“ - mittlerweile habe ich schon die 4. Person in Bewegung gebracht!“*
- *„Wie man bis hierhin vielleicht schon erkennen konnte, geht es mir sehr, sehr gut. Vor Kurs habe ich einfach keinen Ausweg mehr gesehen! (...) Ich hatte kein Selbstvertrauen und somit auch kein Selbstbewusstsein. Ein Schwimmbadbesuch wäre gar nicht denkbar gewesen und gehört nun wieder zu einer meiner liebsten Beschäftigungen. (...) Jetzt weiß ich wieder, dass ich wirklich ein tolles Mädchen bin und dass ich alles schaffen kann, wenn ich es nur will. (...) Ich habe gelernt, dass man auch mit kleinen Rückschlägen leben muss und dass ich deshalb noch lange nicht so hart mit mir ins Gericht gehen muss. Vorher habe ich mich immer selbst total unter Druck gesetzt, weil immer nur neue Erfolge meine Motivation waren. Mittlerweile kann ich mich auch an den Dingen freuen, die ich bis heute geschafft habe (...)"*
- *„Seitdem ich abgenommen habe, ist mein Selbstbewusstsein gestiegen. Immer wenn ich mich bei einem Gespräch „einklinken“ wollte, habe ich einen Rückzieher gemacht, denn ich hatte das Gefühl die gaffen mich alle nur an und denken, was will die Dicke bloß dazu beitragen? Es mach auch viel mehr Spaß, durch die Stadt zu gehen und*

bei den schönen modischen Klamotten stehen zu bleiben, ohne ständig dieses Gefühl des Angaffens zu haben, z.B. „Die“ will so was anziehen!“

2 TN äußern sich auch kritisch (Quelle: AB):

- *„(vor dem Kurs) war optimistisch, voller Hoffnung (während des Kurses) Optimismus und Hoffnung auf der Talfahrt (jetzt) habe ein geruhsames Wochenende vor mir und werde einige Strategien entwickeln“*
- *„Fühle mich putzmunter, nicht mehr so müde. Aber in letzter Zeit habe ich wieder mehr Kopfschmerzen. Hatte ich am Anfang nicht, was mache ich falsch“*

In Gruppe 1 äußern sich alle TN positiv, in Gruppe 2 machen 2 TN zu diesem Punkt keine Aussage. In Gruppe 3 und 4 erfolgt von jeweils 1 TN o.g. kritische Aussage, ansonsten auch hier alle anderen positiv. 2 TN aus Gruppe 4 geben, unabhängig voneinander, maschinengeschriebene Antwortblätter ab, deren Umfang und Inhalt auf eine sehr intensive Auseinandersetzung mit dieser „Hausaufgabe“ schließen lässt.

Fazit: Eine Änderung des Entspannungsverhaltens ist zur Kursmitte, jedoch nicht mehr am Ende feststellbar. Die erhöhte sportliche Betätigung - und damit zeitliche Einbindung - wird zum einen als Grund dafür, zum anderen aber auch als ausreichende Entspannung bezeichnet. Die TN begrüßen angeleitete Entspannungsübungen im Kursverlauf und sind zum größten Teil mit den angebotenen Formen Phantasiereisen, progressive Muskelrelaxation und Atemübungen zufrieden. Vereinzelt werden noch Yoga, Autogenes Training, mehr Massage- und insgesamt mehr Entspannungsübungen gewünscht. Ferner ist die Frage nach einem Ersatz für Essen als Wohlfühlfaktor von Interesse.

Das Wohlbefinden der TN stellt sich zur Kursmitte sehr positiv dar und wird von vielen in direkter Verbindung mit Erfolg in Form einer Gewichtsreduktion genannt. Mehr Energie und ein gesteigertes Selbstbewusstsein werden außerdem häufiger in diesem Zusammenhang erwähnt. Dlugosch (1994) weist darauf hin, *„dass die Widerstände gegenüber dem Abbau von Risikoverhalten (hier: ungesunde Ernährung bzw. ungünstiges Ernährungsverhalten und wenig Bewegung) um so größer werden, je mehr Funktionen von diesem erfüllt werden und je weniger diese Funktionen von anderen Verhaltensweisen (hier: gesunde Ernährung und Sport) übernommen werden können“* (S. 229). Es ist daher wichtig, heraus zu finden, ob die TN ihr Wohlbefinden halten bzw. steigern. Weiterhin müssen geeignete Verhaltensalternativen erarbeitet werden, um demotivierende Phasen, wie eine Gewichtsstagnation bzw. mangelnde Kondition und Koordination zu Beginn eines Sportprogramms, auffangen zu können. Lassen sich bestimmte Bedürfnisse nur mit einem ungünstigen Verhalten befriedigen, wie beispielsweise der Heißhunger vieler Frauen auf Schokolade, so ist es gegebenenfalls sinnvoller, dieses Verhalten so zu dosieren, dass es nach wie vor zum Wohlbefinden beiträgt, auf der anderen Seite jedoch das Ziel nicht gefährdet oder zu unerwünschten Kompensationen führt (s. Kap. 2.6).

Sport- / Bewegungsverhalten

Wie unter Kapitel 4.3.2.4 bereits erwähnt, ist die Frage zum wöchentlichen Sportaufkommen aus Fragebogen 1a bis c zu allgemein gestellt und lässt keine Rückschlüsse auf eine Entwicklung zu. Mit Hilfe des Arbeitsblatts „Die Hälfte ist vorbei! Ich lasse den Kursverlauf an mir vorüberziehen und beobachte mein Verhalten vor, während des Kurses und jetzt. Was hat sich verändert?“ kann jedoch festgestellt werden, dass die meisten TN unter dem Punkt „...in Bezug auf meine Bewegung“ eine generelle Steigerung ihrer sportlichen Aktivitäten angeben.

Im Kursverlauf sollen die TN Vorsätze zur Veränderung des Sport- und Bewegungsverhaltens fassen und auf einem entsprechenden Arbeitsblatt notieren (s. Anh. 13). Abb. 5-31 und Abb. 5-32 fassen diese Vorsätze zusammen.

Im Haus

- mehr Treppen laufen (7), Bsp.:
 - *Nicht sammeln, sondern alles einzeln Treppe hoch oder runter tragen*
 - *nicht mehr den Fahrstuhl benutzen*
- *Fernseher von Hand bedienen (1)*

Außer Haus

- so viel wie möglich laufen (6) und Rad fahren (4), Bsp.:
 - *alle Einkäufe und zur Massage zu Fuß*
 - *Auto stehen lassen*
- spazieren gehen (11), Bsp.:
 - *Einen großen Spaziergang machen, wenn das Wetter gut ist*
 - *abends spazieren gehen*

Abb. 5-31 Vorsätze für alltägliche Bewegung (Quelle: AB, GD)

<p>Generell</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Meine Trainingstage fest einzuhalten</i> (1) • mehr Sport (2) • Gymnastik und Übungen (6)
<p>Im Fitness – Studio /Verein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ins Fitnessstudio gehen (4) • Ausdauertraining (8), Bsp.: <ul style="list-style-type: none"> • Fahrrad fahren (5) • <i>Stepper im Studio</i> • <i>Aerobic machen</i> • Krafttraining / Gymnastik (5), Bsp.: <ul style="list-style-type: none"> • Problemzonengymnastik (2) • Muskeltraining (3)
<p>Zuhause</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heimtrainer benutzen (8), Bsp.: <ul style="list-style-type: none"> • Heimtrainer ins Wohnzimmer stellen, bei den Nachrichten radeln • Gymnastik / Übungen für „Problemzonen“ (10), Bsp.: <ul style="list-style-type: none"> • jeden Abend 5-10 min. Gymnastik im Bett • 2x Gymnastik in der Woche Trainingsprogramm für zuhause • <i>„3x Training mit Sohn“</i> (1) • <i>„mind. 2x/Wo unser Programm machen“</i> (1)
<p>Im Freien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radfahren (4) • Walking (3) und joggen (1) • 1 Wanderung am WE (1) • Schwimmen gehen (1)

Abb. 5-32 Vorsätze für Sport (Quelle: AB, GD)

Während der Gruppendiskussionen in der 4. und 5. Kursstunde reden die TN über ihre Vorsätze der letzten Wochen, die erfolgte bzw. nicht erfolgte Umsetzung und die entsprechende Begründung. Bezüglich der Einhaltung der Vorsätze gibt es gemischte Reaktionen. Ca. die Hälfte aller TN kann diese Frage bejahen, der Rest schüttelt den Kopf oder schweigt, was in diesem Fall auch als ein „nein“ gewertet wird. Der Grund liegt dabei weniger an der Art der Bewegung bzw. des Sports, sondern vielmehr am angestrebten Umfang. Insbesondere Vorhaben, die täglich oder 5 mal pro Woche angestrebt werden, können oft nicht eingehalten werden, während zeitlich etwas flexiblere Aussagen, wie „Auto stehen lassen“, „mit Rad ins Studio fahren“ und „2-3 mal pro Woche einen Spaziergang“ eher eingehalten werden und infolgedessen wieder motivierender wirken.

Die TN der **Gruppe 1** geben zur 4. Kursstunde (KS) zu ca. 2 Drittel an, ihre Vorhaben nicht einzuhalten bzw. äußern sich nicht, während zur KS 5 sich keine TN mehr konkret etwas vorgenommen hat. 4 von 11 TN geben an, generell mehr zu machen, 2 reagieren ausweichend und 3 nennen Zeitmangel (Enkel geboren, Umzug) als Grund.

In **Gruppe 2** sind zur KS 4 nur 2 TN anwesend, von denen nur eine sich etwas vornimmt, was sie jedoch nicht einhält. Die 3 zur KS 5 anwesenden TN setzen ihre Vorsätze jeweils zum Teil um.

Gruppe 3 stellt sich zur KS 4 ähnlich wie Gruppe 1 dar, zur KS 5 setzen jedoch fast alle TN ihre Vorsätze um.

Gruppe 4 unterscheidet sich auffällig von den anderen Gruppen. 5 von 6 TN nehmen sich sowohl zur 4. als auch 5. KS etwas vor, wovon 4 es auch umsetzen. Die Vorsätze dieser Gruppe sind meist realistisch in Bezug auf Zeit und Volumen und werden genauer spezifiziert, wie beispielsweise *„3 mal in der Woche ½ Std. Rad“* (Zitat einer TN).

Jede Gruppe bekommt im Kursverlauf von der Kursleitung das Angebot zu einer **gemeinsamen Sportstunde**. Die Gruppen 1, 2 und 4 entscheiden sich zum Walking, Gruppe 3 zieht eine Diskussionsrunde vor. Gruppe 1 und 4 wünschen nach dieser noch eine gemeinsame Sportstunde, wobei insbesondere die TN der Gruppe 1 begeistert reagieren und nach einer fest etablierten Vormittagsstunde im Fitness-Studio fragen. Sie sehen den gemeinsamen Sport als eine *„Art Anker“*, um sich weiterhin zu treffen und auch weiter zu trainieren.

Auch 4 TN aus Gruppe 2 äußern den Wunsch nach weiteren Treffen zum gemeinsamen Walken, wobei 2 sofort ihre zur Verfügung stehende Zeit als limitierenden Faktor sehen.

In den von den TN selbst gestalteten KS ohne Kursleitung, unternehmen die Gruppen 1, 2 und 4 wieder gemeinsam Sport. Dabei beteiligen sich aus Gruppe 1 nur 4 von 9 TN, aus Gruppe 2 nur 2 von 5 TN und aus Gruppe 4 alle 6 TN.

Die im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung erfassten **Äußerungen zum Thema Sport** erstrecken sich von (Zitate der TN):

- *„Ich mache es (gelegentlichen Sport) eigentlich nur, weil ich weiß, dass es gut für mich ist“* über
- *„Sport gehört halt zum Leben, wie Essen und Trinken“* und
- *„Ich merke schon jetzt, wie sich durch den Sport meine Figur ändert“* bis zu
- *„Sport ist für mich ein Lebenselixier“*

Aus jeder Gruppe äußert mindestens eine TN den Wunsch nach einer Sportpartnerin, *„um jemanden zu haben der mich auch mal motiviert, wenn ich nicht so gut drauf bin“* (Zitat einer TN aus kursbegleitender Mitschrift).

Am Kursende sind über Dreiviertel der TN mit der **Themenwahl im Bereich Bewegung und Sport** zufrieden. Die Anregungen und Kommentare der übrigen TN stellen sich wie folgt dar (Quelle: AF, TB):

Aus Gruppe 1

- Sie sagt, dass sie und (TN1) sich am Anfang des Kurses viel mehr Sport gewünscht hätten. Jetzt wissen sie, dass *„das ständige Reinhämmern, was gegessen werden soll oder darf und die Diskussionen darüber mit den anderen, das ständige Nachfragen“* den Erfolg ausmache. Sie sei oft mit schlechtem Gewissen nach Hause gegangen und musste an sich arbeiten.

Aus Gruppe 2

- *„wie trainiere ich mir Ausdauer u. Kondition an und mache mich süchtig nach dem Kick durch Sport?“*

Aus Gruppe 3

- *„öfter gemeinsames Training und individuellere Tipps zur Bewegung“*
- *„vielleicht genaueres Programm für mich“*
- *„welche Übungen zuhause?“*
- *„Training mit der Gruppe oder Walking im Park ausprobieren“*

Aus Gruppe 4

- *„weniger Gespräche, gemeinsames Ausdauertraining“*

Fazit: Nahezu 90% der TN gehen ein- bis mehrmals pro Woche einer sportlichen Betätigung nach, wobei der tatsächliche Umfang stark variiert und im Verlauf des Kurses bei den meisten noch gesteigert wird. Je rigider die Vorsätze für mehr Sport und Bewegung, desto häufiger werden sie nicht umgesetzt, umgekehrt ermöglichen flexiblere Vorsätze leichter zu erzielende Erfolgserlebnisse. Pudel und Westenhöfer (1998) heben die Verhaltensspielräume mit der Möglichkeit der Kompensation bzw. Korrektur als wesentliche Vorteile flexibler Strategien hervor. So können die TN den Vorsatz *„2x Gymnastik in der Woche“* auch nach 2 *„faulen“* Tagen ohne Sport noch einhalten, während der Vorsatz *„jeden Abend 5-10 min. Gymnastik im Bett“* trotz des geringen Zeitaufwands bereits nach einem gymnastikfreien Abend als nicht erfüllt gilt.

Generell besteht der Wunsch der TN, mehrmals in der Woche Sport zu machen, wobei die Disziplinen „Gymnastik“, „Im Freien gehen und laufen“ und „Rad fahren“ bevorzugt werden. Auch im Verlauf des Gewichtsreduktionsprogramms „Schritt für Schritt zum Wohlfühlgewicht“ waren „Rad fahren“ und „Gymnastik“ die beliebtesten und am häufigsten ausgeführten Sportarten (Purschwitz et al. 2000). Eine Steigerung des alltäglichen Bewegungsumfangs bezieht sich hauptsächlich auf „mehr Treppen steigen“, „Spazieren gehen“ und statt dem Auto das Rad nehmen oder zu Fuß gehen. Im Fitness-Studio überwiegt das Ausdauertraining mit überwiegend „Fahrrad fahren“ leicht vor Krafttraining bzw. Gymnastik. TN vergleichbarer Studien berichten ebenfalls über eine generelle Erhöhung der körperlichen Aktivität, wobei hier das Thema Bewegung nicht in Form eines praktischen Anteils in die Programme integriert bzw. konkrete Empfehlungen gemacht wurden (GSB 1995; Kramuschke-Jüttner 1999).

Trotz mehrfach geäußertem Wunsch nach gemeinsamem Sport ist die Beteiligung geringer sobald die Kursleitung dabei nicht anwesend ist. Die Veranlassung für das Sporttreiben reicht von (wenigen) rein praktischen, über kosmetische bis hin zu überwiegend motivationalen Gründen.

Im Gruppenvergleich unterscheidet sich Gruppe 3 mit wenig Ambitionen während des Kursverlaufs sehr von Gruppe 1 mit einem starken Wunsch zum gemeinsamen Sport. Am Kursende wünschen sich jedoch 2 TN aus Gruppe 3 nachträglich mehr Sport.

Bezüglich der im Kursverlauf gefassten und dokumentierten Vorsätze zur Veränderung des Sport- bzw. Bewegungsverhaltens verhalten sich die TN der Gruppe 4 homogen ambitioniert und setzen ihre Vorhaben direkt um, während alle anderen Gruppen, mit Ausnahme einzelner TN zum einen weniger Vorsätze planen und diese zum anderen kaum umsetzen.

Das positive Feed-back nach einer gemeinsamen Sparteinheit in der Gruppe - mit oder ohne Kursleitung - bestätigt ihren Einsatz innerhalb des Kursprogramms. Von positiven Befindensveränderungen durch vielfältig motiviertes Sporttreiben, insbesondere bei älteren Menschen, berichtet auch Brehm (1992) in einem Überblick von Arbeiten, die sich mit kurzfristigen Effekten sportlicher Aktivitäten befassen. Eine solche vielfältige Motivation stellt

nach o.g. Beobachtungen der Effekt des Sports auf das Gewicht bzw. die Figur, die Gemeinschaft in der Gruppe und die Anwesenheit der Kursleitung bzw. einer Trainerin dar. Daher erscheint es sinnvoll, eine fest etablierte Sportstunde in das Kursprogramm zu integrieren. Dies wird durch eine weitere Beobachtung unterstützt: TN, die sich selbst zu Programmbeginn als eher unsportlich bezeichneten und daher oder aus Zeitgründen bisher keiner organisierten sportlichen Betätigung (Sportverein, Fitness-Studio) nachgingen, finden großen Gefallen an den von der Kursleitung organisierten und angebotenen Sportstunden. Die vorab genannten Gründe halten sie nun nicht mehr von einem Besuch ab. Hillsdon und Thorogood (1996) betonen in einer Übersicht sportbewerbender Strategien in England die Notwendigkeit einer Aufklärung über den gesundheitlichen Nutzen des Sports in Verbindung mit qualifizierten Empfehlung für zielgruppengerechte Sportarten. Im Rahmen dieser Studie kann davon ausgegangen werden, dass die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema „Sport und Bewegung“ in Theorie und Praxis dazu beitrug, die ursprünglichen Vorbehalte und Barrieren der TN zu beseitigen.

Ernährungsverhalten

a) Mahlzeitenfrequenz

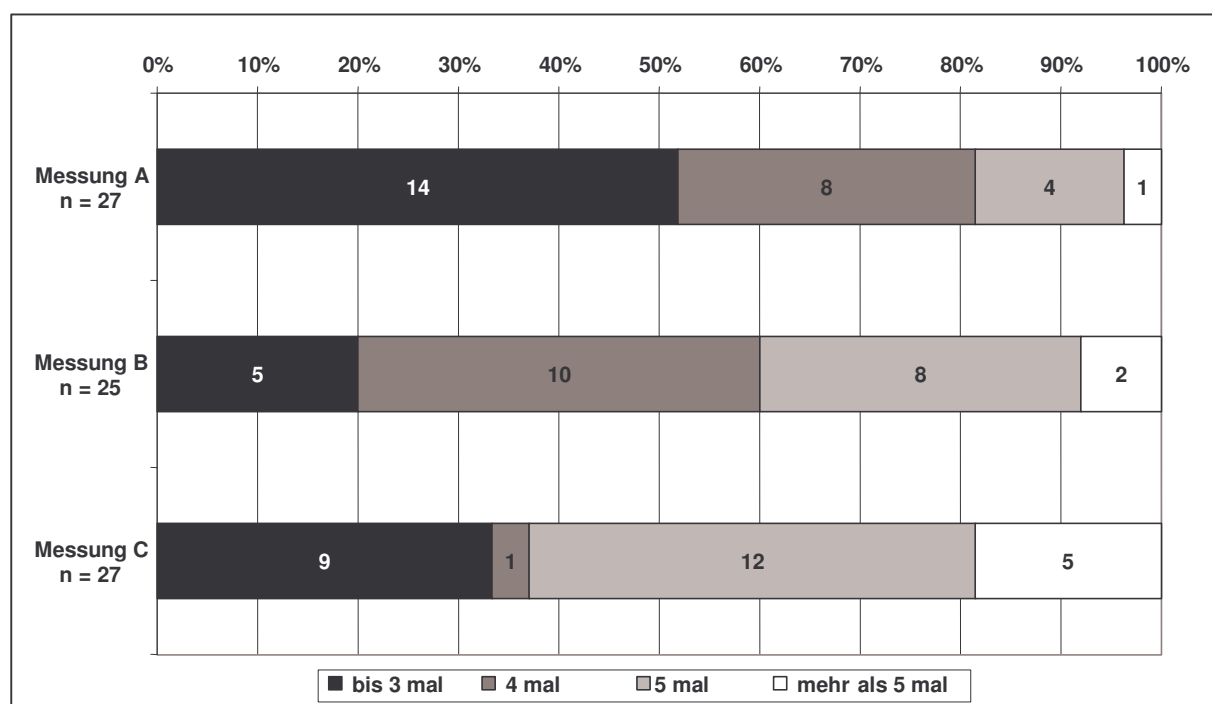


Abb. 5-33 Mahlzeitenfrequenz werktags im Kursverlauf (Quelle: F1a, b, c)

Während der Werkstage nimmt die Mahlzeitenfrequenz eindeutig auf überwiegend 4-5 pro Tag zu (MB). Am Kursende reduzieren einige TN ihre Mahlzeitenfrequenz wieder auf bis zu 3 mal, genauso viele erhöhen sie allerdings auch auf 5 mal und einige sogar auf mehr als 5 mal pro Tag (MC). Im Vergleich von Messung A zu Messung B ist eine eindeutige Tendenz von „bis 3 mal“ auf „5 mal“ täglich und mehr festzustellen (Abb. 5-33).

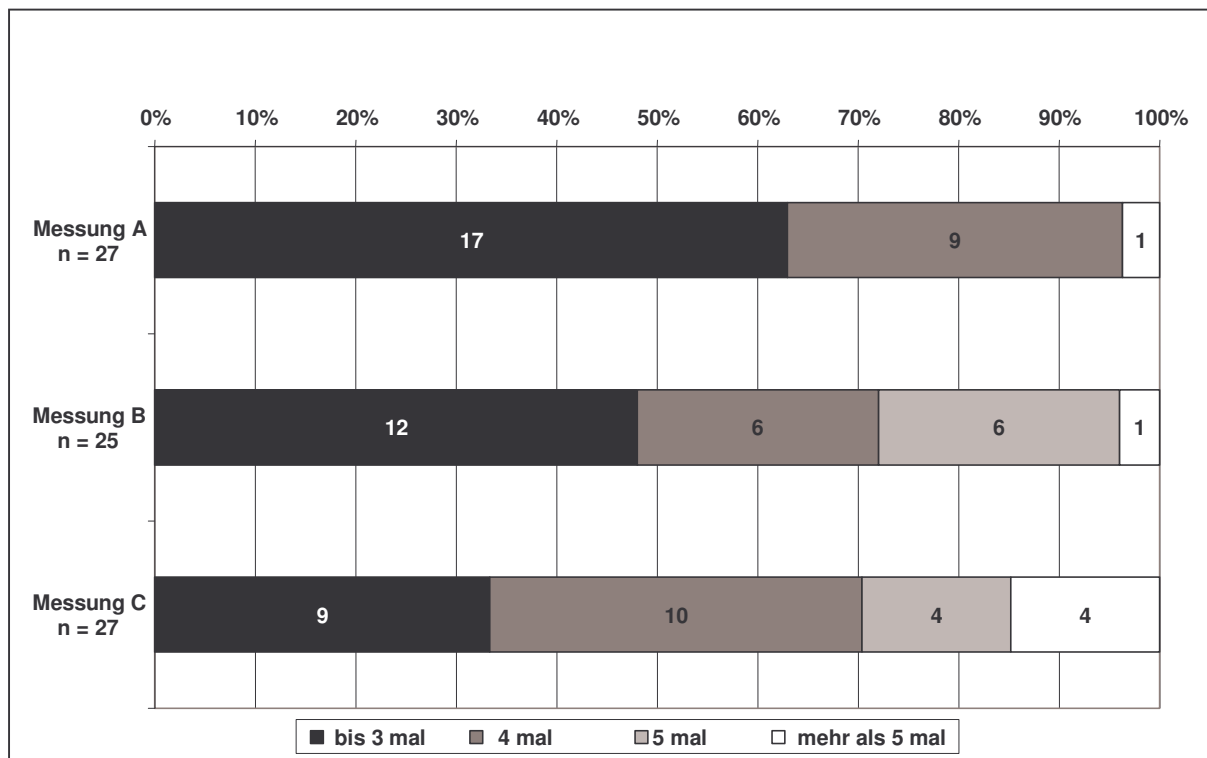


Abb. 5-34 Mahlzeitenfrequenz samstags und sonntags im Kursverlauf
(Quelle: F1a, b, c)

Eine ähnliche, jedoch gleichmäßigere Entwicklung im Kursverlauf ist in der Mahlzeitenfrequenz an Samstagen und Sonntagen zu erkennen. So nimmt die Nennung „bis 3 mal“ eindeutig zu Gunsten der Nennungen „4 mal“, „5 mal“ und mehr ab. Dies bedeutet, dass die TN im Verlauf des Kurses gelernt haben, ihre Nahrung mit mehreren über den Tag verteilten Mahlzeiten einzunehmen (Abb. 5-34).

b) Ernährungsbewusstsein

Das Ernährungsbewusstsein der TN entwickelt sich bis zum Kursende durchaus positiv, wie aus Abb. 5-35 und Abb. 5-36 deutlich hervorgeht. So wird viel stärker auf „wenig Fett“, „wenig Süßigkeiten“, „ausreichend Ballaststoffe“ und „wenig Cholesterin“ und stärker als zu Kursbeginn auf „wenig Kochsalz“, „natürliche Produkte“ und „nicht zuviel Kalorien“ geachtet. Diese Entwicklung weist keine gruppenspezifischen Besonderheiten auf.

Darstellung der Ergebnisse

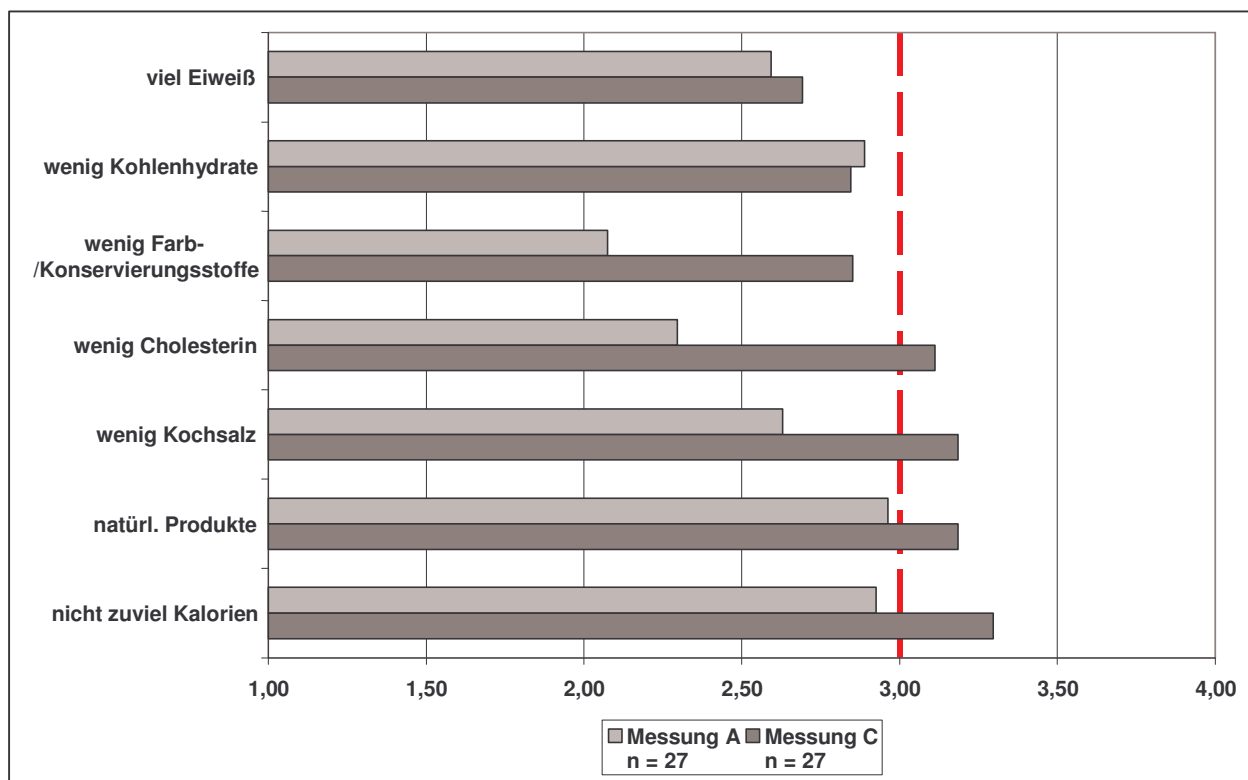


Abb. 5-35 Entwicklung des Ernährungsbewusstseins im Kursverlauf (a)
(Quelle: F1a, c)

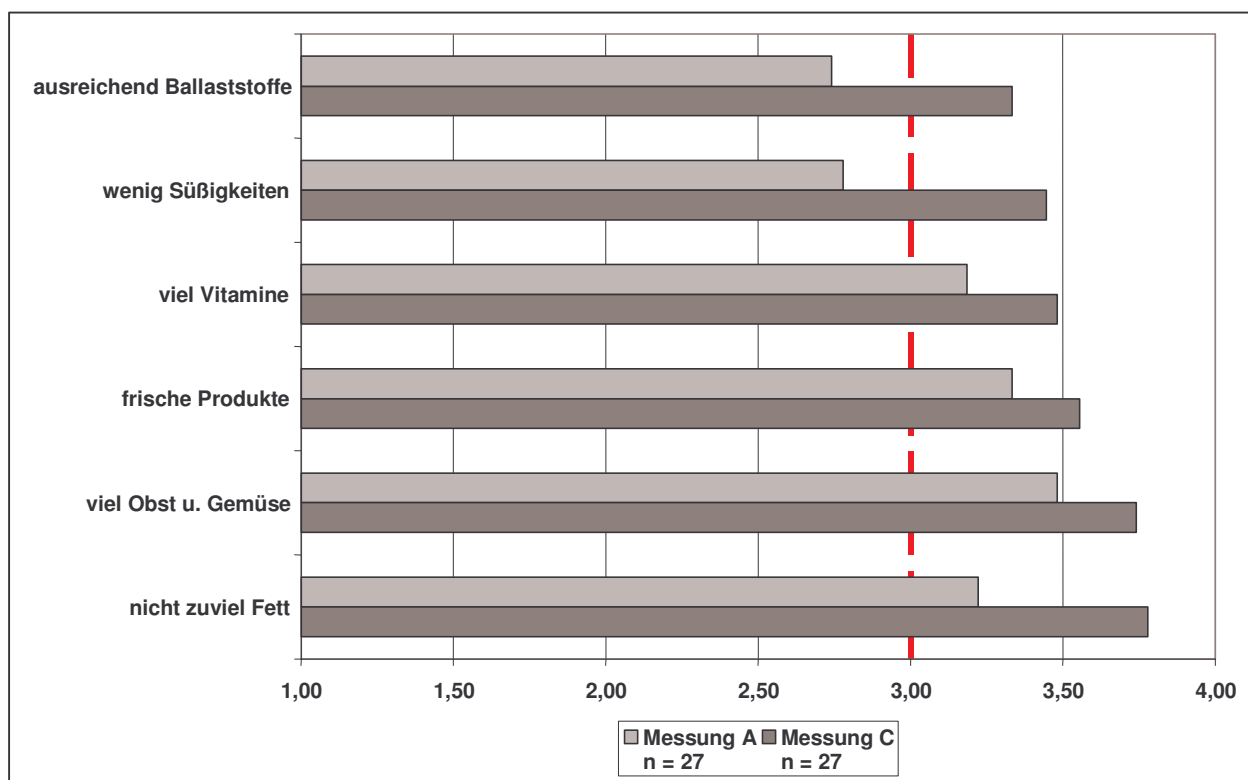


Abb. 5-36 Entwicklung des Ernährungsbewusstseins im Kursverlauf (b)
(Quelle: F1a, c)

c) Energiezufuhr und Nährstoffverteilung

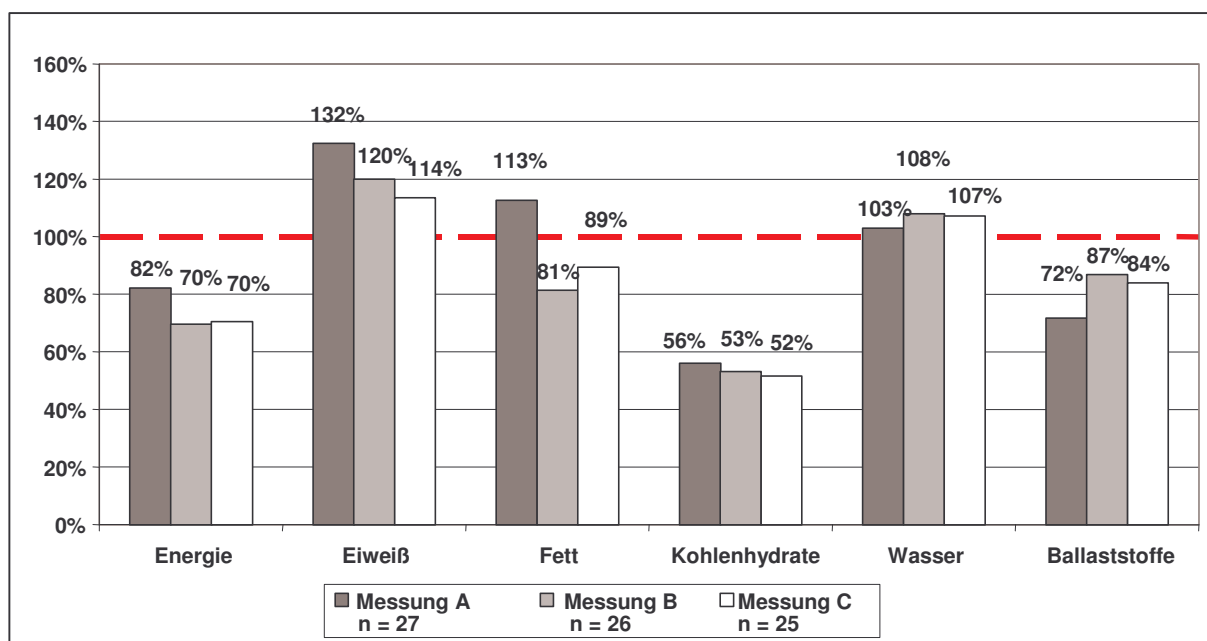


Abb. 5-37 Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle im Kursverlauf - alle Teilnehmerinnen (Quelle: EP)

Aus Abb. 5-37 wird deutlich, dass im Verlauf des Kurses die TN ihren durchschnittlichen Energieverzehr von 82% (MA) ihres Sollwertes auf 70% (MB und C) reduzieren. Diese Entwicklung war im Rahmen eines Programms mit dem Ziel der Gewichtsreduktion vorherzusehen. Der Eiweißkonsum wird von durchschnittlich 132% (MA) über 120% (MB) auf 114% (MC) reduziert. Ebenso verringert sich der Fettkonsum von 113% (MA) auf 81% (MB) und nimmt zur Messung C wieder geringfügig auf 89% zu. Während die tägliche Wasserzufuhr im Sollbereich liegt und die Ballaststoffe zunehmen, verringert sich die Kohlenhydratzufuhr entgegen dem Kursziel von ohnehin nur 56% (MA) über 53% (MB) auf 52% (MC) der Sollmenge.

Die gruppenspezifischen Verläufe stellen sich dabei wie folgt dar (Abb. 5-38 bis Abb. 5-41).

Darstellung der Ergebnisse

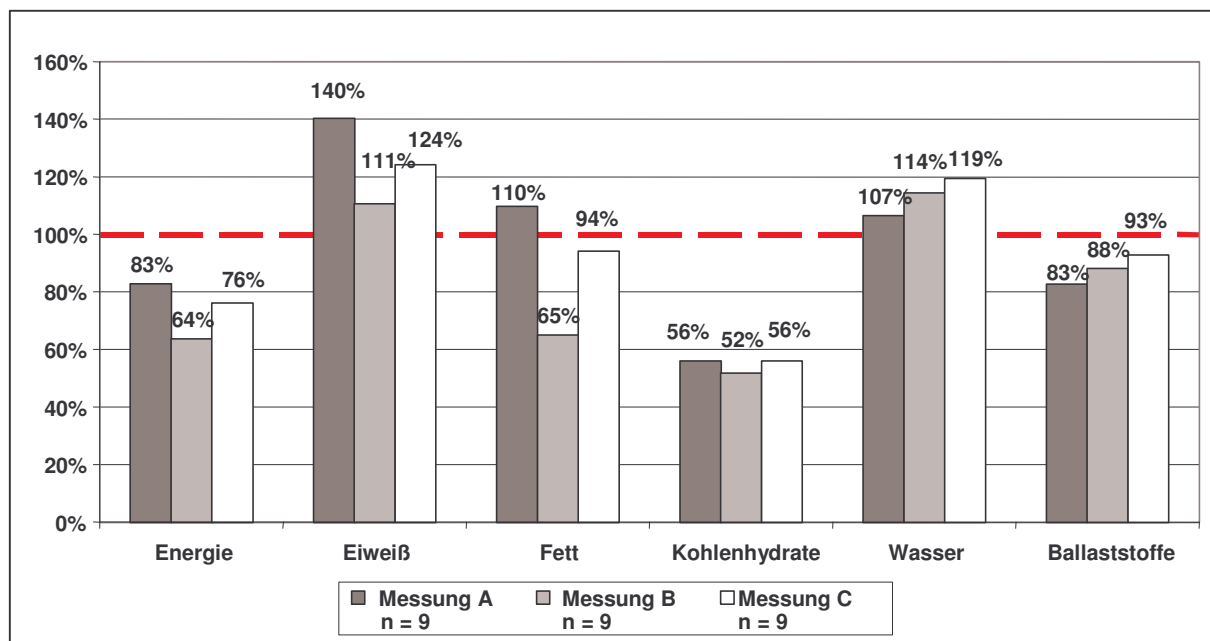


Abb. 5-38 Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle im Kursverlauf - Gruppe 1
(Quelle: EP)

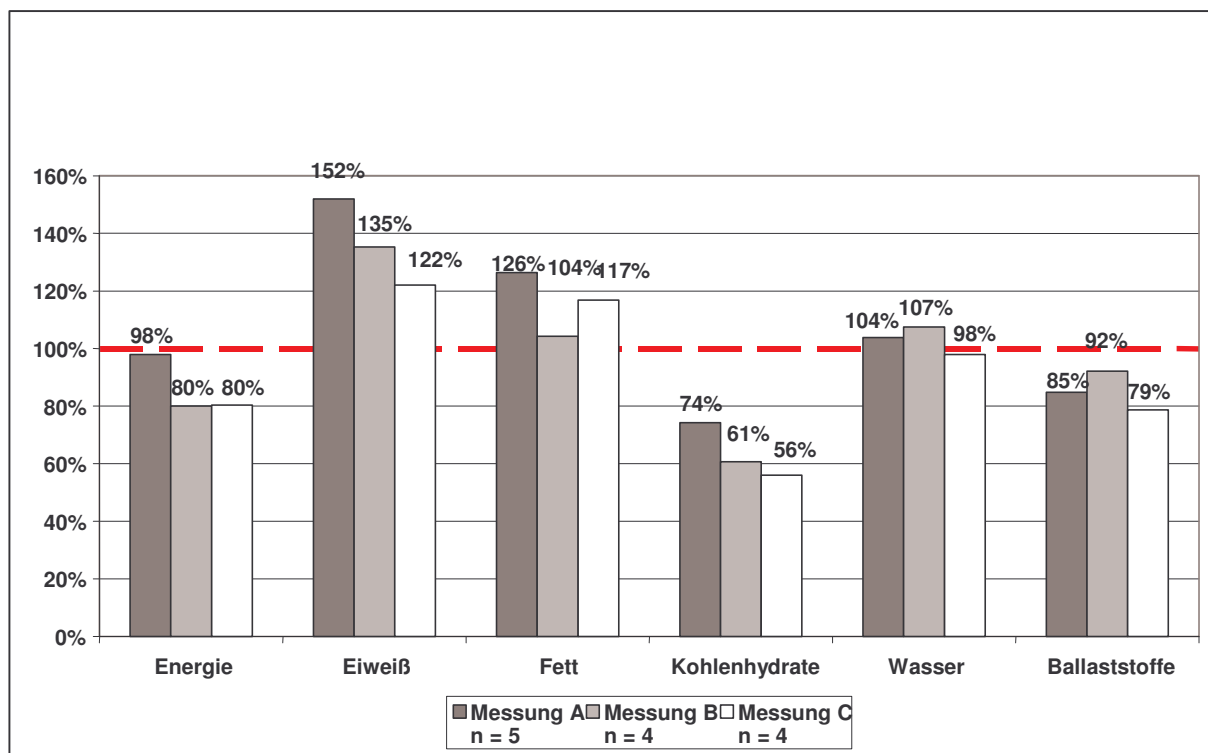


Abb. 5-39 Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle im Kursverlauf - Gruppe 2
(Quelle: EP)

Darstellung der Ergebnisse

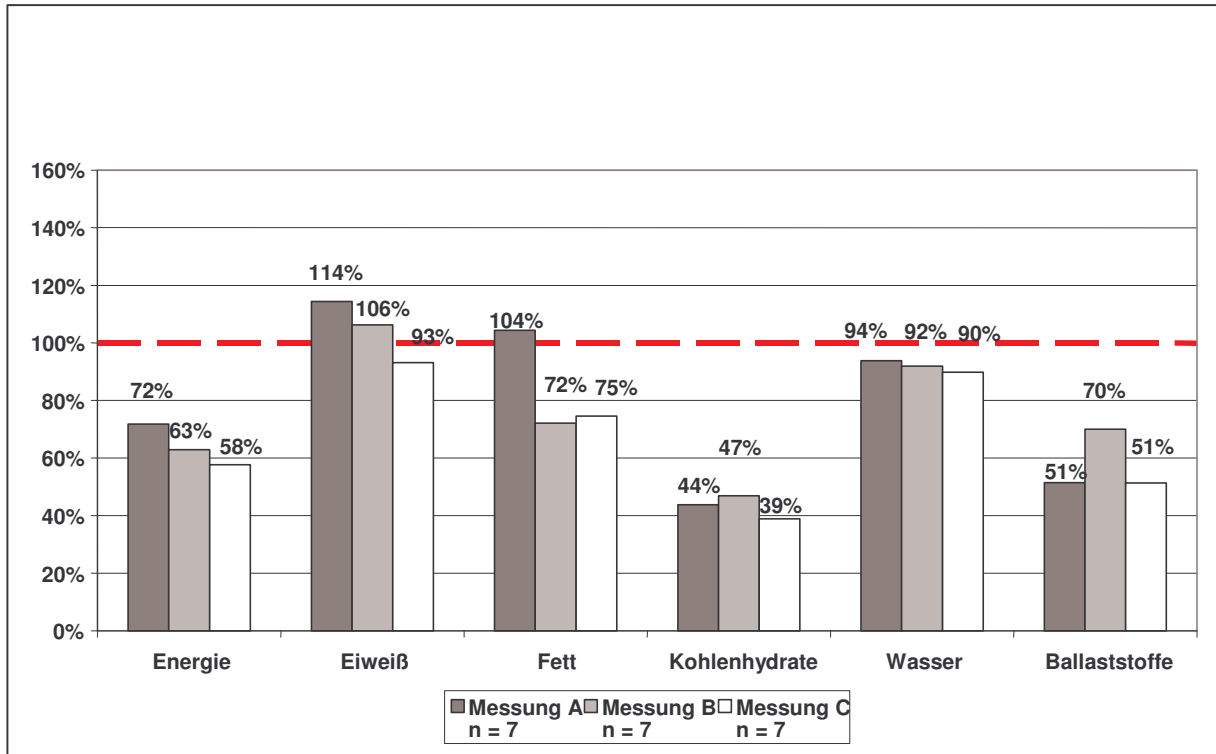


Abb. 5-40 Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle im Kursverlauf - Gruppe 3 (Quelle: EP)

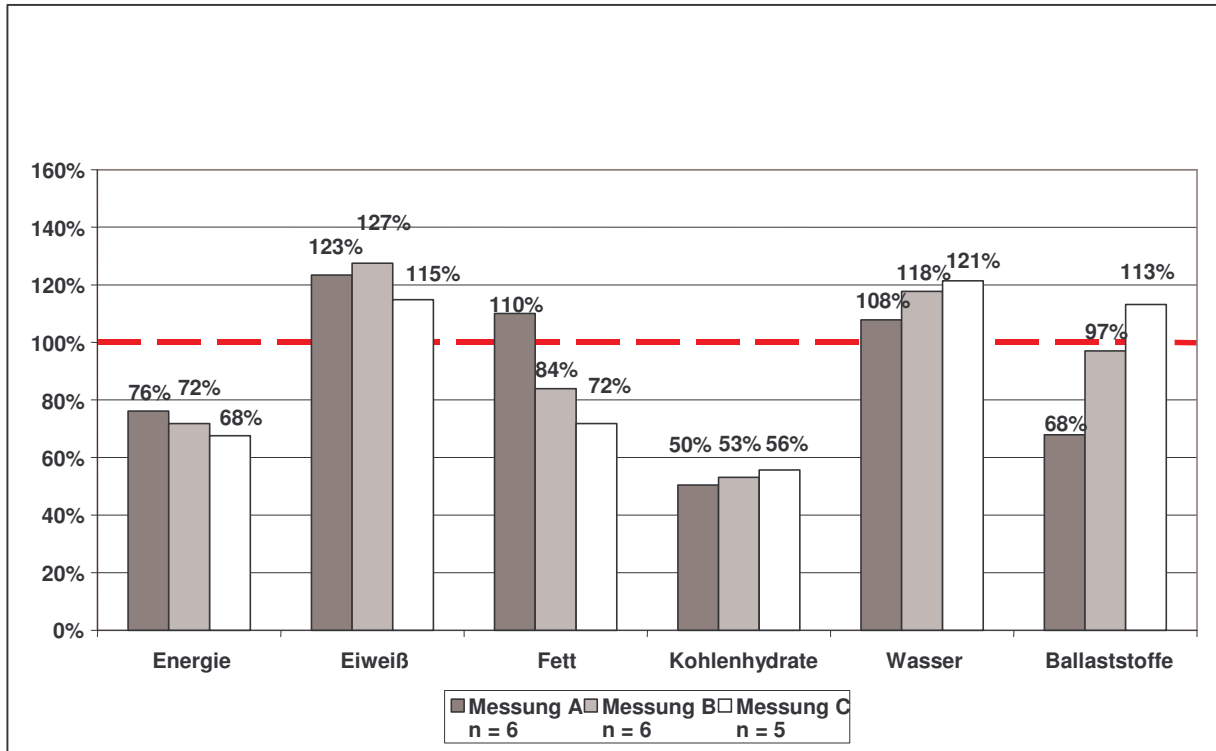


Abb. 5-41 Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle im Kursverlauf - Gruppe 4 (Quelle: EP)

In allen Gruppen liegt die durchschnittliche **Energiezufuhr** unter dem Soll-Wert, wobei sie in den Gruppen 2 bis 4 graduell abnimmt, während sie in Gruppe 1 erst auf 64% sinkt (MB), um dann auf 76% zu steigen (MC). Die empfohlene **Eiweißzufuhr** bewegt sich lediglich bei Gruppe 3 nahe des Sollwerts, alle anderen Gruppen übersteigen sie zwischen 111% bis 127% zu Messung B und 115% bis 125% zu Messung C. Die tägliche **Fettzufuhr** nimmt in den Gruppen 3 und 4 bis zu Messung C auf 75% bzw. 72% ab, in Gruppe 1 beträgt sie 94% während sie in Gruppe 2 mit 117% nicht unter den Sollwert kommt. Die tägliche **Flüssigkeitszufuhr** liegt für alle, außer Gruppe 3 mit Werten um 90%, über dem Sollwert, was in diesem Fall als durchaus positiv gewertet werden kann. Die tägliche Zufuhr an **Ballaststoffen** entwickelt sich in den Gruppen 1 und 4, insbesondere in Verbindung mit der ausreichenden Flüssigkeitszufuhr, sehr positiv auf Werte von 93% bzw. 113% zu Messung C. Gruppe 2 nimmt insgesamt bis zur Messung C mit 79% des Sollwertes etwas weniger Ballaststoffe zu sich, als zur Ausgangsmessung A, während Gruppe 3 nach einem Anstieg auf 70% zu Messung B am Kursende wieder auf 51% zurückfällt.

d) Themenwahl aus dem Bereich „Ernährung“

88% der TN sind mit der Themenwahl aus dem Bereich „Ernährung“ zufrieden. Zwei ergänzende Anmerkungen hierzu lauten (Quelle: AF):

- *„aber 10 Regeln oder Lebensmittelkreis öfter wiederholen“*
- *„(Interesse an weiteren Themen) evtl. später, wenn ich noch mehr auf mich gestellt“*

Themen von Interesse für die restlichen TN lauten:

- *„Was tun bei Heißhungerattacken, wenn Hunger auf Süßes, Alternativen?“*
- *„Essstörungen, Magersucht, Bulimie“*
- *„Essen und Psyche, Suchtverhalten „Essen““*

Diese Themen, außer *„Essstörungen, Magersucht, Bulimie“* wurden im Laufe des Kurses, insbesondere im Rahmen von Gruppengesprächen, behandelt. Sie werden ausschließlich aus Gruppe 2 gewünscht, was sich eventuell mit der hohen Abwesenheitsquote (s. Kap. 5.2.3) dieser TN erklären lässt.

Die im Kursverlauf gefassten Vorsätze zur Veränderung der Essgewohnheiten und Ernährung werden strukturiert in Abb. 5-42 dargestellt.

Mahlzeitenfrequenz und –umfang

- mehr Zwischenmahlzeiten (8)
- kleinere Mahlzeiten einnehmen (3)

Verteilung des Mahlzeitenumfangs über den Tag

- vormittags und mittags ordentlich essen (3)
- tagsüber die Zwischenmahlzeiten bewusst einhalten
- abends weniger essen

Essgewohnheiten

- nicht hungrig zum Einkaufen gehen (2)
- Mahlzeiten mit Überlegung zubereiten (2)
- Zeit nehmen beim Essen, Mahlzeiten bewusster essen (7)
- nicht mehr im Stehen in der Küche essen
- feste Essenszeiten
- den Teller nur 1x füllen
- auch mal Reste auf dem Teller lassen
- nicht von anderen zum Essen überreden lassen
- viel Trinken (4)
- bewusster trinken (3)

Verhalten bei Außer-Haus-Verzehr

- beim essen gehen auf Fett achten
- im Urlaub nicht zuviel essen
- *bei Einladungen richtig wählen*

Ernährung / Nahrungsmittelauswahl

- mehr Vollkornprodukte (7)

- keine/weniger tierische Produkte (6)
- kein Joghurt mehr u. kein Käse zum überbacken
- wenig Fleisch, Wurst
- keine Eier

- mehr Obst und Gemüse (13)

- mehr Kohlenhydrate (5)
- mehr Brot
- mehr Getreide
- öfter Salat und Müsli (selbstgemacht)

- *jeden Tag 1 Joghurt oder 1 Obst essen*
- *keine Pizza und ähnliche Sachen mehr*
- fast nur noch Mineralwasser und Tee trinken (3)

Abb. 5-42

Vorsätze zu Essgewohnheiten und Ernährung im Kursverlauf
(in Klammern Anzahl der jeweiligen Nennungen, ohne Klammer = einfache
Nennung, Quelle: AB)

Fettkonsum <ul style="list-style-type: none">• weniger Fett (9)• ganz wenig Käse, wenn nur mager• auf Sahne, Crème fraîche u.ä. verzichten• Salat (oder Gemüse) mit Kartoffeln oder ähnlichem (statt Kroketteen oder Pommes frites)
Verzicht auf Süßigkeiten <ul style="list-style-type: none">• wenig bis keine Schokolade (3)• wenig bis keine Süßigkeiten (6)• <i>falls beim Einkauf etwas in den Wagen hüpft salzig nicht Schoko oder süß</i>• <i>1 mal pro Woche Kuchen</i>
Alkohol <ul style="list-style-type: none">• Keinen bis weniger Alkohol (3)
Sonstiges <ul style="list-style-type: none">• <i>mich mit Soja/Tofu endlich näher beschäftigen und ausprobieren</i>• auf Fett, Eiweiß, Kohlenhydrate, kcal und Ballaststoffe besonders zu achten und aufzuschreiben• weiterhin nach den 10 Regeln leben

Abb. 5-42 (Fortsetzung) Vorsätze zu Essgewohnheiten und Ernährung im Kursverlauf (in Klammern Anzahl der jeweiligen Nennungen, ohne Klammer = einfache Nennung, Quelle: AB)

In der Gruppendiskussion während KS 4 und KS 5 reden die TN auch über diese Vorsätze, die erfolgte bzw. nicht erfolgte Umsetzung und die entsprechende Begründung. Im Bereich „Essgewohnheiten und Ernährung“ werden, im Vergleich zu „Sport und Bewegung“ flexiblere Vorsätze angegeben und diese auch überwiegend eingehalten.

Hier fällt in KS 5 Gruppe 1 auf, indem sie - außer dem Vorsatz 1 TN bezüglich Ernährung - keine Vorsätze gefasst und dementsprechend auch nichts zur Verhaltensänderung unternommen hat. Von den 10 anwesenden TN geben 3 gleich zu Beginn der Stunde an, nichts getan zu haben, 1 TN äußert sich gar nicht. In KS 4 dagegen halten über die Hälfte der TN aller Gruppen ihre Vorsätze ein. Die Vorsätze, die am meisten Schwierigkeiten bereiteten sind (Quelle: AB)

- „ruhig am Tisch sitzen bleiben“
- „mehr Flüssigkeit trinken“
- „nicht so viel auf einmal essen“
- „weniger Kuchen essen“

Gruppenspezifische Unterschiede, wie für den Bereich „Sport und Bewegung“ sind hier nicht festzustellen.

Während des Kurses fällt der engagierte Einsatz einiger TN im Themenbereich „Ernährung“ auf. So bringt eine TN aus Gruppe 1 zu zwei verschiedenen Kursstunden Selbstgebackenes mit und fordert zu einer gemeinsamen Zwischenmahlzeit auf. Diese Aktion ruft eine sehr positive Resonanz hervor. Eine weitere TN stellt eine Ernährungswaage vor (Quelle: TB):

- Pause mit Zwischenmahlzeit: (...) brachte frische selbstgebackene Brötchen mit (+Magerquark und eine selbstgemachte, eine gekaufte (Reformhaus) Marmelade) Kam sehr gut an. Großer Applaus. Rezept wurde ausgetauscht. Alle waren erfreut. Dabei reger Austausch von „leckeren“ Rezepten und Ideen für kleine Snacks.
- (...) hat ihre Ernährungswaage mitgebracht und demonstriert, wie sie ihre selbstgebackenen Brötchen abmisst.

Eine TN aus Gruppe 3 versorgt ihre Mitstreiterinnen regelmäßig mit Literatur zu aktuellen Ernährungsthemen. Sie werden größtenteils interessiert aufgenommen, können auf der anderen Seite aber auch zu einer Informationsüberflutung führen (Quelle: TB):

- (...) brachte Kopien aus Öko - Test mit: „Verschluckt - ZDF Test Vitaminpillen“. Ziehe Kopien für die anderen Kurse.
- Sie brachte ein Öko - Test Sonderheft über bestimmte Lebensmittel und Wasser, etc. „Essen, Trinken und genießen“ und ein Buch von Hamm „Schlank und Gesund ohne Diät“ mit, ließ mich (KL) vorher darüber sehen und fragte, ob ich damit einverstanden sei, dass sie es den anderen zeigt.
- (sie) teilte einen Artikel aus dem Öko-Test Sonderheft „Stille Wasser sind tief - Mineralwasser im Test“ aus. Die TN freuen sich auf der einen Seite immer über Informationen, fühlen sich aber manchmal auch überflutet „*wieder was zum Lesen ...*“, ich (KL) überlasse es der Einzelnen das Angebot abzulehnen oder wahrzunehmen.

Auch in Gruppe 4 informiert sich eine TN über den Kurs hinausgehend über das Thema „Ernährung“ und lässt die anderen TN daran teilhaben (Quelle: TB):

- (...) brachte Kopien aus aid-online für jede TN mit „Fit für den Sport - durch richtige Ernährung“. Die TN freuten sich sehr über diese nette Geste.

Fazit: Die TN aller Gruppen erhöhen bis zum Kursende ihre **Mahlzeitenfrequenz** sowohl werktags als auch samstags und sonntags auf wünschenswerte 4 und mehr Mahlzeiten pro Tag. Die durchschnittliche tägliche Energie-, Eiweiß-, Fett- und auch Kohlenhydratzufuhr nimmt bis Kursende ab, während die Flüssigkeits- und Ballaststoffzufuhr im Vergleich zu Kursbeginn steigen. Die gruppenspezifischen Verläufe unterscheiden sich zwar leicht, es kann jedoch bei keiner Gruppe eine durchweg positive oder auch negative Entwicklung festgestellt werden. Insgesamt, wenn auch nur schwach, stellen sich die **Nährstoffrelationen** der Gruppen 1 und 4 etwas mehr nach den im Kursverlauf vermittelten Referenzwerten dar, als die der übrigen Gruppen.

Das **Ernährungsbewusstsein** der TN steigt eindeutig zu Gunsten weniger Süßigkeiten, einer ausreichenden Ballaststoffzufuhr und weniger Kochsalz und Cholesterin. Auf nicht zuviel Fett, viel Obst und Gemüse, sowie frische Produkte und viele Vitamine wird noch stärker als zu Kursbeginn geachtet.

Die meisten TN sind mit der Themenwahl der Ernährungsberatung zufrieden und nehmen viele der in diesem Rahmen erwähnten Empfehlungen, wie beispielsweise mehr Vollwertprodukte und weniger Fett, Süßigkeiten und Alkohol in ihre **Vorsätze zur Verhaltensänderung** auf. Dabei fällt auf, dass die, im Vergleich zum Bereich „Sport und Bewegung“, flexibleren Vorsätze auch eher eingehalten werden.

5.2.3 Abschlussbewertung der Teilnehmerinnen und der Fitness-Studios

Abschlussbewertung der Teilnehmerinnen

Unter den 26 abgegebenen Abschlussfragebögen befindet sich ein unausgefüllter. Die TN legt jedoch ein Begleitschreiben bei, in dem sie sich auf die Beantwortung einer Frage beschränkt. Es wird an entsprechender Stelle weiter unten zitiert. Alle anderen im folgenden dargestellten Ergebnisse dieses Abschlussfragebogens (AF) beziehen sich auf n=26 mit einer Enthaltung bzw. „keine Angaben“.

a) Kursleitung

21 TN (81%) der Abschlussbefragung zu Kursende bewerten die Vortragsweise der Kursleitung mit „sehr gut“, 4 TN (15%) mit gut, bei einer Enthaltung.

Der fachliche Inhalt der Beiträge der Kursleitung wird von 20 TN (77%) als „sehr gut“ und von 5 TN (19%) als „gut“ bewertet, die im Laufe des Kurses verteilten Unterlagen finden bei 19 TN (73%) eine sehr gute und 6 TN (23%) eine gute Bewertung.

Aus dem Begleitschreiben einer TN, die nicht auf die einzelnen Fragen des Abschlussfragebogens eingehen möchte, geht folgende Beurteilung hervor (Zitat):

- *„(...) Ich möchte aber sagen, dass Du Dir sehr viel Arbeit und Mühe gemacht hast, um uns zum Erfolg zu führen. Das Konzept finde ich sehr gut, (...)“*

Einige TN heben die qualifizierte Informationsvermittlung besonders hervor (Zitate der TN, AF):

- *„Die KL hat alles gut erklärt und alle Fragen beantwortet, man konnte gut alles verstehen und es war nie langweilig, ich habe mich immer auf den Kurstag gefreut.“*
- *„Der fachliche Inhalt kann von mir eigentlich nicht beurteilt werden, da mir das Fachwissen fehlt. Da aber Fragen immer sehr souverän beantwortet wurden, schätze ich ihn als sehr gut ein.“*
- *„Ich fand die KL sehr gut, man konnte sich mit einbringen, hat viel über Ernährung und Bewegung erfahren. Wenn jemand ein Anliegen hatte, konnte man sich an die Leitung wenden und wurde sehr gut beraten.“*

Die direkte Umsetzung der Prinzipien der klientenzentrierten Beratung: Kongruenz, Empathie, positive und bedingungsfreie Wertschätzung (s. Kap. 3.2.7.1) wird durchaus wahrgenommen und als hilfreich empfunden (Zitate der TN, Quelle: AF):

- *„Die KL (...) hat angeborene psychologische und pädagogische Fähigkeiten im Umgang mit Menschen verschiedener Herkünfte, hat viel Liebe, Takt und Geduld, zieht aber die Fäden im richtigen Moment an“*
- *„Ich fand es gut, dass die KL sich auch immer unsere Probleme angehört hat und sie in den Kurs mit eingebracht hat. Du warst immer freundlich! Und hilfsbereit, Danke. Auch das wir länger machen konnten!“*
- *„Du wusstest immer ganz genau, wie du mich aufbauen konntest. Dein psychologisches Einfühlungsvermögen ist super! (...)“*
- *„Die KL hat einen Hauptanteil an dem Erfolg, es war ein sehr angenehmes, positives und zwischenmenschliches „Arbeitsklima“.“*

- *„Ein großes Lob an die KL, es hat jeden Freitag Spaß gemacht, dorthin zu gehen. Sie hat immer die richtigen Worte gefunden und war immer sehr nett, auch wenn man etwas „schwer kapiert“ hat und man mehrmals nachgefragt hat. Es war auch sehr gut dass sie von Anfang an angeboten hat, bei Fragen o.a. bei ihr zuhause anzurufen.“*

Das kursbegleitende Angebot der Leitung, sie in „Notfällen“ anzurufen wird zwar, je nach Gruppe, gar nicht bis sehr selten wahrgenommen, aber sowohl im Kursverlauf, als auch in der Abschlussbefragung positiv aufgenommen (Zitat einer TN, Quelle: AF):

- *„Am meisten hat mir geholfen, dass ich dich immer anrufen konnte. Bei jedem Durchhänger, egal ob abends oder am Wochenende. So konnte ich echt jede Krise überstehen!“*

Während der Messung C wird insbesondere in den Gruppen 1 und 3 der unterstützende Einsatz der Kursleitung als eine zusätzliche Motivation zum Erhalt des Erfolgs erwähnt (Zitate der TN, Quelle: TB, AF)

- Sie war sehr stolz auf ihren Erfolg und ermunterte sich und die anderen dran zu bleiben *„damit net alles für die Katz´ war, was wir hier gelernt haben“*. Außerdem hätte ich (KL) mir so viel Mühe gemacht, das allein ist schon ein Grund, sich nicht wieder gehen zu lassen: *„Wäre doch peinlich!“*
- *„Hätte nicht erwartet, dass KL soviel Auswertungen macht (Ernährungsprotokolle) und uns viele Unterlagen zur Verbesserung unserer Ernährungsgewohnheiten ausstellt. Sie hat viele Stunden damit verbracht und da habe ich mir auch mehr Mühe beim Ausfüllen gemacht.“*

Die eher kritischen Anmerkungen beziehen sich auf das Lerntempo, den Anteil des gemeinsamen Sports, die Fülle der Unterlagen und die fehlende bzw. sehr geringe Fremdbestimmung (Zitate der TN, Quelle: AF):

- *„Ich habe manche technischen Dinge nicht verstanden, für mich wurde es etwas zu schnell erklärt aber ich war zu faul, mich hinein zu knien und zu hinterfragen. Es war mir egal.“*
- *„Ich hätte gerne mehr Sport in der Gruppe gemacht, vielleicht halbe-halbe“*
- *„Sehr sehr viele Unterlagen, viel zu schreiben“*
- *„Du warst mir persönlich zu sympathisch, als dass ich dich hätte nur als KL betrachten können. Deswegen konnte das auch wahrscheinlich mit dem „mehr Druck“ nicht klappen.“*
- *„Ab und zu hat mir der erhobene Zeigefinger - vor allem auf meine Person - gefehlt.“*

b) Fitness - Studio

Die zur Verfügung gestellten **Räumlichkeiten** der Fitness-Studios wurden von Gruppe 1 überwiegend mit „gut“ und von Gruppe 4, aus dem selben Studio mit überwiegend „sehr gut“ bewertet. In Gruppe 2 überwog „schlecht“, in Gruppe 3 „normal“.

Zu **„technische Ausstattung und Geräte“** lagen die Bewertungen von Gruppe 1 und 4 zwischen „gut“ und „sehr gut“ und von Gruppe 3 zwischen „gut“ und „normal“, während sich Gruppe 2 sehr indifferent mit jeweils einmal „sehr gut“ und „schlecht“ und 3 Enthaltungen zeigt.

Studiopersonal und -leitung erschienen Gruppe 1 zwischen „sehr angenehm“ und „angenehm“, Gruppe 4 überwiegend sehr angenehm. Auch Gruppe 3 war mit „angenehm“ größtenteils zufrieden, während Gruppe 2 mit „unangenehm“ ihre überwiegende Unzufriedenheit äußerte.

Tab. 5-2 Beurteilung der äußeren Umstände

Räumlichkeiten	Gruppe 1 n = 9	Gruppe 2 n = 5	Gruppe 3 n = 6	Gruppe 4 n = 6
sehr gut	1		1	4
gut	7		1	2
normal	1		3	
schlecht		3	1	
sehr schlecht		1		
k.A.		1		
Summe	9	5	6	6
technische Ausstattung und Geräte	Gruppe 1 n = 9	Gruppe 2 n = 5	Gruppe 3 n = 6	Gruppe 4 n = 6
sehr gut	3	1	1	3
gut	5		2	3
normal	1		2	
schlecht		1		
sehr schlecht				
k.A.		3	1	
Summe	9	5	6	6
Studiopersonal/-leitung	Gruppe 1 n = 9	Gruppe 2 n = 5	Gruppe 3 n = 6	Gruppe 4 n = 6
sehr angenehm	4		1	5
angenehm	4		5	1
normal		1		
unangenehm	1	2		
sehr unangenehm		1		
k.A.		1		
Summe	9	5	6	6

Eine zusammenfassende Darstellung der Studios in ihrer Beschreibung und Bewertung bietet das „Studiodesign“ in Tab. 5-3. In der Gegenüberstellung der Fitness-Studios können die Vorzüge der Studios 1 und 3 in Bezug auf Atmosphäre und Unterstützung von Seiten der Studioleitung, des Personals und den Mitgliedern entnommen werden. Studio 1 verfügt darüber hinaus noch über die besseren Räumlichkeiten in Bezug auf Größe und Sitzmöglichkeiten.

Tab. 5-3 Studiodesign (Quelle: TB, AF, GD)

	Studio 1 (Gruppen 1 und 4)	Studio 2 (Gruppe 2)	Studio 3 (Gruppe 3)
Studiogröße	Klein (180 Mitglieder)	Groß (> 1000 Mitglieder)	Mittelgroß (520 Mitglieder)
Kursraum	Abgeschlossener Aerobicraum relativ sauber, ordentlich, hell, gut temperiert Viel Platz, freie Wahl der Sitzmöglichkeit: Steps, Sitzbälle, Bistrostühle aus Nebenraum Keine Tische	Abgeschlossener Kellerraum unsauber ² , unordentlich, wenig Licht, kühl Wenig Platz, Stühle in Reihen oder kleinem Kreis Keine Tische	Abgeschlossener sehr kleiner Kinderbetreuungsraum Saubere, ordentlich, hell, gut temperiert Wenig Platz, Sitzbälle oder Hocker aus separatem Raum in kleinem Kreis Keine Tische
Messungen	Leistungsmessung auf der Trainingsfläche: hell, gut belüftet, angenehm temperiert, ruhig und ungestört, Umfangmessungen und Befragungen im Aerobicraum	Büro der Geschäftsführung dient als Messraum des Studios: hell, angenehm temperiert, sehr unruhig, Studiopersonal und -leitung gehen aus und ein.	Abgeschlossener Raum im Trainingsbereich, hell, gut belüftet und temperiert, ein etwas abgetrennter Bereich gestattet Privatsphäre bei den Umfangmessungen, ruhig und ungestört
Studioleitung	Interessiert, freundlich, hilfsbereit, sehr motivierend. Unterstützung für reibungslosen Ablauf und Nutzung der Trainingsgeräte ¹	Steht der KL für Fragen zur Verfügung Kein Interesse an Kurskonzept und -durchführung ² Keine Unterstützung des Kurses, dies fällt TN und KL unangenehm auf	sehr interessiert, freundlich und hilfsbereit. Sagt jede im Bereich des Studioalltags mögliche Unterstützung zu. Motiviert TN durch Fragen und Lob. Integriert Kursthema in Sonderaktion „Tag der offenen Tür“
Studio-personal	freundlich, teilweise interessiert, motiviert TN, unterstützt KL, steht für Fragen der TN nur bedingt zur Verfügung, da fachlich überfordert	größtenteils sehr freundlich, wenig informiert von Seiten der Studioleitung, hohe Fluktuation, daher keine große Motivation	größtenteils sehr freundlich und interessiert, unterstützt TN durch Lob und Anteilnahme, steht auf Nachfrage helfend zur Verfügung.

Tab. 5-3 (Fortsetzung) Studiodesign (Quelle: TB, AF, GD)

	Studio 1 (Gruppen 1 und 4)	Studio 2 (Gruppe 2)	Studio 3 (Gruppe 3)
Studiomitglieder / Studio-geschehen	„Wohlvollende“ Teilnahme, viel Lob für Kursteilnehmerinnen, sehr motivierend	Kein Kontakt, da separater Eingang zum Kursraum. „Konkurrenz-Atmosphäre“ durch parallel verlaufenden Kurs	Angenehmer, eher zurückhaltender Umgang, wenig direkter Kontakt zu den übrigen Studiomitgliedern
Aussagen von Seiten der Kursteilnehmerinnen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Kenne keinen anderen Raum, finde ihn aber ordentlich und gut</i> • <i>Die Leute die das Studio leiten liegen mir nicht</i> 	<p>Zwei Kursteilnehmerinnen kündigten Mitgliedschaft (vor Kursbeginn) wegen unprofessioneller Betreuung.</p> <p>Einige Teilnehmerinnen ärgerten sich im Verlauf des Kurses über Studioleitung und Verhältnisse der Räumlichkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie wieder soll ich einen Kurs im Studio 2 unter solchen Bedingungen.</i> • <i>(Studioleiters) eigene Konkurrenzveranstaltung war keine günstige Konstellation. Ich war dennoch absolut froh, bei (KL) und nicht in einem der nachfolgenden Studio-Kurse gewesen zu sein.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Raum hätte größer sein müssen und bessere Stühle aufweisen müssen. War teilweise sehr unangenehm so lange auf ihnen zu sitzen.</i> • <i>Der Kurs hätte mehr unterstützt werden können, Raum bisschen klein, unbequeme Stühle.</i> • <i>Manchmal hätte ich mir einen Tisch gewünscht, damit man besser mit schreiben kann. Auch die Stühle waren unbequem.</i>

¹ Nichtmitglieder des Kurses dürfen jederzeit bestimmte Sportgeräte nutzen, Messbereich ist während der Messungen für andere Mitglieder nicht zugänglich, sofortige Zustimmung zur Erweiterung des Fitnesskursangebotes nach Ende des Ernährungskurses

² zu Beginn des Kurses relativ sauber, verschlechterte sich im Laufe des Kurses, zur letzten Kursstunde in „ekelerregendem Zustand“: (Quelle: TB):

- Der Raum war in einem ekelerregenden Zustand. Festzeltische standen herum, auf denen halbleere Bierflaschen und Teller mit Essensresten standen. Es roch schlecht und muffig, (...) TN ärgerten sich am Anfang, mussten dann aber immer mehr über die gesamte Studioorganisation lachen.

³ Führt parallel zum Kurs eine „Konkurrenz-Veranstaltung“ (eigene Worte) durch und verärgert einige TN durch „unqualifizierte“ Bemerkungen (Aussage der TN).

c) Einfluss des Studios

Während der letzten Kursstunden diskutieren die TN über den Einfluss des jeweiligen Fitness-Studios auf ihre Verhaltensänderung bzw. ihren Erfolg.

<p>Studio ist eher unangenehm (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> das Verhalten der Studioleitung während des Kurses war eher abschreckend und unangenehm. findet das Studio im Moment eher als etwas stressig. Sie hetzt von der Arbeit nachhause und dann in die Kurse. Das macht ihr eher Stress, als das es ihr hilft
<p>Studio hat keinen Einfluss (sondern die Gruppe) (8)</p> <ul style="list-style-type: none"> macht Training komplett zuhause die Gruppe hat Einfluß, nicht das Studio geht gerne in ihr Studio, „<i>hat aber nichts mit alldem hier zu tun</i>“
<p>Keinen großen Einfluss auf das Verhalten (6)</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Keinen allzu großen Einfluss, da der Hauptwille ja von mir kam</i>
<p>Einen großen Einfluss (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> eine große, da sie mit Hilfe des Studios ihren Sport machen kann. Hier trifft sie auch immer Freundinnen und Gleichgesinnte, so dass ihr nie langweilig wird für sie war und ist das Studio sehr wichtig, Ohne das Studio wäre sie ja sonst gar nicht an den Kurs gekommen.
<p>Studio half, eine Sportpartnerin zu finden (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> eigentlich, sagt sie dann, hat das Studio dann doch eine bestimmte Rolle gespielt. Sie macht zwar schon immer ihren Sport, fand hier aber auch leichter eine Partnerin die ja die gleichen Ziele hatte
<p>Positiv für Sport und Entspannung/Wohlbefinden (15)</p> <ul style="list-style-type: none"> gut für die Entspannung (Sauna) und die Gymnastik wichtig für den gemeinsamen Sport ja, der sportliche Anreiz war dadurch gegeben/verstärkt z.B. gleich nach oder vor dem Kurs zu trainieren der Gang ins Studio bedeutet für sie, etwas für sich und ihr Wohlbefinden zu tun, sie bei ihrem Ziel zu halten, es macht ihr Spaß in Gesellschaft zu trainieren das Studio war und ist lediglich Treffpunkt und Ort für Sport. eigentlich nur als Treffpunkt zum Badminton spielen wichtig und um in die Sauna zu gehen sie kann hier genau das Training machen, das für sie wichtig ist
<p>Motivationalen Charakter (15)</p> <ul style="list-style-type: none"> die Bemerkungen und teilweise Bewunderung anderer Leute spornen an <i>Aber die Erfolge im Studio haben mich natürlich angespornt weiter zu machen und mein Gewicht zu halten.</i> <i>Immer wieder der Tritt in den Hintern: du zahlst dafür.</i> von der Musik, den Trainerinnen angespornt zu werden den Ansporn der anderen Mitglieder empfindet sie auch als positiv

Abb. 5-43 Einfluss des Studios auf Verhalten und Erfolg (in Klammern Anzahl der jeweiligen Nennungen, Mehrfachnennung, Quelle: GD, TB)

Die meisten TN der **Gruppe 1** schätzen den gemeinsamen Sport und die Motivation durch das Studio, sei es in Form von Bewunderung durch andere Mitglieder oder durch das regelmäßige Treffen der anderen Kursteilnehmerinnen. Auf ihr Verhalten insgesamt hat das Studio jedoch nur einen geringen bis gar keinen Einfluss. Zwei TN trainieren gar nicht mehr im Studio und zwei weitere hauptsächlich im Freien.

Die beiden Studiomitglieder der **Gruppe 2** äußern sich lediglich positiv zu dem sportlichen Angebot des Studios und der Motivation, die es auf die sportliche Betätigung ausübt, zu dem Einfluss auf ihr Verhalten sagen sie jedoch nichts.

Alle anderen TN sehen keinen Einfluss des Studios auf ihr Verhalten. Die Äußerungen aller TN während des Kurses über dieses Studio sind eher negativer Art. Eine TN schlägt zur Kursstunde 7 sogar vor, die zukünftigen Treffen in ihrer Wohnung stattfinden zu lassen.

Auch in **Gruppe 3** wird das sportliche Angebot und der Wohlfühlfaktor des Studios als positiv erwähnt, jedoch nicht der Einfluss auf das Verhalten bzw. den Erfolg. Die Motivation durch das Studio und sein Personal bzw. die anderen Mitglieder erwähnen alle positiv.

Gruppe 4 setzt sich am intensivsten mit der Frage nach dem Einfluss des Studios auseinander. Die TN überlegen lange, ob und inwiefern das Studio einen Einfluss auf sie bzw. ihr Verhalten hat und kommen größtenteils zu dem Entschluss, dass es ihre Ziele und deren Umsetzung zwar positiv unterstützt, jedoch nur einen geringen bis keinen Einfluss auf ihr Verhalten hat. Auch hier wird das sportliche Angebot und die Motivation geschätzt, eine TN empfindet diesen Ansporn zur Zeit jedoch als Stress.

Fazit: Die Beurteilungen der KL durch die TN ist überwiegend gut bis sehr gut.

Die Beurteilung der Studios differenziert: für Studio 1 und 4 fällt sie überwiegend sehr gut, für Studio 3 überwiegend gut aus. Gruppe 2 zeigt sich sowohl unzufrieden mit den Räumlichkeiten, als auch mit Studioleitung und -personal. Die Räumlichkeiten in Studio 3 sind etwas beengend und limitieren den Einsatz der zur Verfügung stehenden Themenbausteine, wie beispielsweise freies Bewegen im Raum und Übungen auf der Matte. In Studio 2 findet auf Wunsch der TN nach Messung C kein Treffen mehr statt, Nachmessung 1 und 2 erfolgt in Studio 1.

Die Kursleitung teilt die Beurteilung der TN in Bezug auf Studioatmosphäre und Räumlichkeiten. In Studio 2 stellen die unangenehmen äußeren Umstände, insbesondere zum Ende des Kurses, ein konkretes Problem dar. Die Mehrzahl der TN fühlt sich dort nicht mehr wohl und wünscht für die Nachmessungen ein anderes Studio.

Ein Einfluss der Studios auf die TN zeichnet sich in erster Linie durch eine positive Motivation und ein breites Angebot an Sport- und Entspannungsmöglichkeiten aus. Einen direkten Einfluss auf ihr Verhalten können die TN jedoch nur in geringem Maße feststellen. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass der Studiobesuch in Verbindung mit einer sportlichen Betätigung an sich schon eine Form der Verhaltensbeeinflussung darstellt.

Für zukünftige Kurse empfiehlt es sich die zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten genauer auf ihre Eignung für bestimmte Kursbausteine (z.B. Gymnastikübungen) zu überprüfen und gegebenenfalls die TN-Zahl bei kleineren Räumen stärker zu limitieren, wobei die in dieser Studie beobachtete positive Gruppendynamik durch eine zu kleine Gruppe nicht gefährdet werden darf und auch ökonomische Aspekte berücksichtigt werden müssen. Andererseits könnte der Kurs wie in Studio 1 in einem der meist größeren Trainingsräume stattfinden. Dies bedeutet einen erhöhten Planungsaufwand für die Kursleitung, da Sitzgelegenheiten dort meist nicht vorhanden sind und erst organisiert werden müssen.

Abschlussbewertung der Fitness-Studios

Tab. 5-4 Beurteilung durch Studioleitung (Quelle: pers. Gespräch, Telefonat)

Bewertungsmerkmal	1 (Gr. 1 und 4)	2 (Gr. 2)	3 (Gr.3)
Beurteilung des Kurses	Ist wichtig, gehört und passt in ein Fitness-Studio, ergänzt gesundheitsfördernde Angebote wie Massage und Sauna. Qualifikation der dort arbeitenden Oecotrophologin wird genutzt und gewürdigt. Von Seiten der TN nur positives gehört und selbst auch als sehr angenehm empfunden	Kann nicht viel dazu sagen. Sieht keinen Erfolg bei den TN	Sehr angenehm, TN, Mitglieder und Studiopersonal hatten Spaß dabei. Erfolge machen andere Mitglieder aufmerksam, die Nachfrage ist groß, aber preisabhängig. Studio würde einen Teil der Kosten in Form von Gutscheinen übernehmen. Gesundheitskurs ist besonders wichtig für ein Frauenstudio. Fragt sofort nach Terminen für eine neue Informationsveranstaltung
Vor-/Nachteile	1 neue Mitgliedschaft (aus 9 Nichtmitgliedern), 6 10-er Karten. Durch TN initiiertes neuer Sportkurs zog einige ältere und auch Übergewichtige Interessierte ins Studio. Nachfrage nach weiteren Kursen ist groß und lässt auf neue Mitglieder hoffen. Bekanntheitsgrad des Studios steigt, insbesondere durch Mundpropaganda, eine kostenlose Werbung. Auf alle Fälle eine geeignete Methode der Mitgliederbindung. Sieht keine Nachteile	Wurde nicht gefragt, da eigener Kurs angeboten wird	Direkt keine neuen Mitglieder, da alle TN bereits zum Kundenstamm gehörten Indirekt 1 neues Mitglied durch TN-Werbung. Kurs ist sicher auch ein Mittel der Kundenbindung, insbesondere da dieses Studio räumlich etwas beengt ist und daher nicht alle neuen Sporttrends anbieten kann. Nachteil wird nur in starker Limitierung der TN-Zahl durch räumliche Voraussetzungen gesehen

Tab. 5-4 (Fortsetzung) Beurteilung durch Studioleitung (Quelle: pers. Gespräch, Telefonat)

Bewertungsmerkmal	1 (Gr. 1 und 4)	2 (Gr. 2)	3 (Gr.3)
Wünsche/ Anregungen für zukünftige Kurse	Gesundheitskurs als feste Einrichtung in Kursform jeweils zum Frühjahr und auch Herbst. Evtl. Angebot eines „fester“ Sportkurses nur für Kursteilnehmerinnen aus vergangenen und laufenden Kursen, zum gegenseitigen Austausch	Kursdauer insgesamt zu lange gedauert „die Leute wollen schneller ans Ziel“. Ohne regelmäßige, fest vorgeschriebene Sporteinheiten und auch „Diätpläne“ ist es kaum möglich mehr als ein bis zwei Kilo längerfristig abzunehmen. Kurs muss für das Studio einen finanziellen Erfolg bringen Kein Gespräch zustande gekommen, 2 Terminvorschläge auf zeitlichen Gründen abgelehnt. Anschließend kein Kontakt, da Nachmessungen in Studio 1 stattfanden. Am Telefon nur kurz auf Fragen eingegangen	Wenn zeitlich und räumlich möglich, eine spezielle Sportstunde für Kursteilnehmerinnen anbieten. Evtl. kurze Schulung für Studiopersonal mit konkreten Anweisungen, wie auf Fragen der Kursteilnehmerinnen geantwortet werden soll. Der größte Wunsch ist ein neuer Kurs möglichst bald
Sonstiges			

Insgesamt fassen sich alle 3 Studioleiter bzw. -leiterin auf die Fragen zur Beurteilung recht kurz. Die Studios 1 und 3, da sie rundum mit Programm und Ergebnis zufrieden sind, Studio 2 da hier ein neu eingeführter eigener Kurs stattfindet, dem Gruppenprogramm im Kursverlauf nur wenig Achtung geschenkt wurde und nur 2 TN Mitglied des Studios sind. Daher ist die Studioleitung nur sehr wenig über den tatsächlich erfolgten Ablauf des Programms und die Erfolge informiert. Wie schon während Messung C festgestellt, zählt hier ausschließlich eine sichtbare Gewichtsreduktion als Erfolgsindikator. Aus zeitlichen Gründen findet jedoch kein direktes Gespräch mit der Kursleitung statt, so dass auf die Fragen nur kurz telefonisch eingegangen wird.

Die Leitungen der Studios 1 und 3 erwähnen sowohl die Erfolge im Hinblick auf die Gewichtsreduktion, als auch den Werbeeffect und die Bindung der Mitglieder durch ein neues und wichtiges Angebot. Sie haben beide Interesse an direkt nachfolgenden Programmen, wobei sie keine eigenen finanziellen Forderungen stellen. Studioleitung 2 hingegen erwartet von einem Programm dieser Art auch einen finanziellen Gewinn.

Fazit: 2 von 3 Studios (mit 3 von 4 Kursen) sind zufrieden mit dem Gesundheitsprogramm und seinen in Bezug auf TN, Studiomitglieder und Ansehen des Studios erzielten Erfolgen. Diese Zufriedenheit äußert sich u.a. in dem Wunsch nach direkt anschließenden neuen Kursen.

Änderungswünsche bzw. Anregungen beziehen sich ausschließlich auf studiorelevante Aspekte, wie die Implementierung einer zusätzlichen Sportstunde für ehemalige und aktuelle TN, sowie eine ausführlichere Information des Studiopersonals mit konkreten Handlungsanweisungen für eventuelle Fragen der TN.

5.2.4 Kursanalyse

Abbrecher-Analyse

Tab. 5-5 Übersicht der TN, die den Kurs abbrechen (Quelle: TB)

	Im Kursverlauf	Nach Kursende	Nach 1. Nachmessung
Gruppe 1	2	1	+1
Gruppe 2	1	0	2
Gruppe 3	0	2	1
Gruppe 4	0	0	0
Summe	3 = 10%	3 = 11%	2 = 8%
Noch verbleibende TN	n=27 (90%)	n=24 (80%)	n=22 (73%)

10% der TN (3) beenden das Gruppenprogramm vor Kursende. Zur 1. Nachmessung erscheinen noch 80% (24) und zur 2. Nachmessung 73% (22) des ursprünglichen Gesamtkollektivs.

Die **Gründe** der 3 TN für den vorzeitigen Abbruch des Kurses stellen sich unterschiedlich dar (Quelle: TB):

- (TN) sah sich aufgrund ihrer stark pflegebedürftigen Tochter zeitlich überfordert.
- (TN) kam mit der Gruppe, insbesondere mit einer anderen TN nicht zurecht, fühlte sich beobachtet und beklagte sich darüber, dass Bemerkungen zum Kurs im gemeinsamen Verwandtschaftskreis fallen würden.
- (TN) wechselte in eine führende Position und konnte demzufolge keine Zeit mehr für den Kurs aufbringen.

Als Gründe gegen das Erscheinen zur 1. Nachmessung wird folgendes genannt (Quelle: TB):

- (TN) zog in ein anderes Bundesland.
- (TN) hatte einen Bandscheibenvorfall und konnte an den Messungen nicht teilnehmen.
- (TN) konnte wegen Geschäftseröffnung an diesem Tag nicht frei nehmen (diese TN erschien wieder zur 2. Nachmessung).

Die Gründe für ein Fernbleiben zur 2. Nachmessung stellen sich schließlich wie folgt dar (Quelle: TB):

- (TN) hat Abneigungen gegen ein anderes Gruppenmitglied
- (TN) hat den Messtermin vergessen
- (TN) leidet an einer Magen-Darm-Erkrankung

Fazit: Die Abbrecherinnen-Quote von 10% im Kursverlauf ist geringer als die des Programms „Abnehmen - aber mit Vernunft“ mit 16,4% (IFT 1995) oder des Programms des Vereins „DICK & DÜNN Niedersachsen e.V.“ mit 24% (Günther und Beyer 1996). 27% der TN scheiden bis zur letzten Nachmessung ein Jahr nach Kursbeginn aus, wobei die Nachmessungen nicht mehr zum eigentlichen Gruppenprogramm zu zählen sind. Die Gründe für den Abbruch sind überwiegend objektiver Natur, wie Umzug, Arbeitswechsel, etc., wobei subjektive Gründe, wie beispielsweise eine Unzufriedenheit mit Kursinhalten bzw. -erfolgen nie ausgeschlossen werden können.

Kurstundenbeteiligung

Insgesamt beträgt die durchschnittliche Kursstundenfehlquote aller TN 15,4%, hierzu trägt auch eine TN aus Gruppe 4 bei, welche zu zwei Kursstunden lediglich zum Wiegen erscheint, um sie gleich darauf wieder zu verlassen. In diese Betrachtung nicht einbezogen sind die TN, die den Kurs vorzeitig abbrechen.

Gruppe 2 weist mit 23,2% die höchste Fehlquote auf, gefolgt von Gruppe 3 mit 20,3%, deutlich niedriger liegen die Gruppen 1 und 4 mit 9,9% bzw. 11,4%.

Da bei einer hohen Fehlquote auch mit einer Unzufriedenheit der TN gerechnet werden muss, ging die Kursleitung dieser Frage individuell nach. Als Gründe für das häufige Fernbleiben einzelner TN wurde folgendes genannt (Quelle: TB, Stimmungsbarometer):

- ein parallel laufender Englischkurs. Sie würde gerne beides machen, um nicht aus dem bereits gelernten (im Englischkurs) heraus zu kommen. Manchmal ist es auch frustrierend, sich mit sich selbst auseinander zu setzen
- zu viel Arbeit, nach einem Tag mit „*nervenden Gören und mobbenden Kollegen einfach zu fertig*“. Krank und Arbeitsreise
- schafft es nicht nach der Arbeit und ist manchmal auch einfach zu faul sich noch aufzuraffen. Urlaubsreise
- krankes Kind, viel Arbeit und immer das schlechte Gewissen dazu, schon wieder fort zu gehen, die Zeit für den Kurs liegt gerade einfach ungünstig, war aber nicht vorauszusehen
- „*manchmal einfach zu faul*“, oft auch gestresst von der Arbeit und manchmal starke Migräneanfälle, die sich mit Tabletten nicht bessern lassen. Urlaubsreise

Fazit: Die meisten Fehltageweisen die Gruppen 2 und 3 auf, wobei in Gruppe 2 3 von 5 TN und in Gruppe 3 2 von 7 Tn zwischen 5 und 8 Kursstunden ausfallen lassen. Als Grund werden keine kursspezifischen Gründe, sondern überwiegend Stress in Beruf und Familie mit anschließender Müdigkeit und Lustlosigkeit, sowie Urlaubsreise und Krankheit genannt.

Nutzung und Beurteilung der angebotenen Hilfsmittel und Arbeitsblätter

a) Ernährungsprotokolle

Zu Messung B füllen 26 TN (96%) und zu Messung C 25 TN (93%) ihre Ernährungsprotokolle komplett über 7 Tage aus.

Des weiteren bearbeiten nahezu alle TN die zur 2. und 3. Kursstunde ausgeteilten, weniger aufwändigen Protokolle zur Unterstützung u.a. der Selbstanalyse und der Lerneffekte vorangegangener Stunden (s. Anh. 11 u. 12).

Die Protokolle werden allgemein wie nachfolgend zusammengefasst beurteilt (in Klammer Anzahl der jeweiligen Nennungen, Quelle: GD, TB):

- Führen der Protokolle ist aufwändig (5)
- Protokollieren führt zu Veränderungen des Ess- und Ernährungsverhaltens (5)
- Bewusstseinsweiterung durch das Protokollieren wird als positiv empfunden, motiviert (5)
- Auseinandersetzung mit dem eigenen Wohlbefinden fällt schwer (2)
- Protokolle und deren Auswertung werden gut verstanden (4)

Freiwillig führen nur 3 TN ein Protokoll unregelmäßig weiter.
Die Beurteilung der einzelnen Protokolle stellt sich wie folgt dar:

Protokoll 1 (Grundlage zur Nährwertanalyse)

- Protokoll 1 ist gut zu verstehen und zu führen (5)
- der Aufwand für Protokoll 1 ist groß (3)
- Protokoll 1 zeigt Ernährungsfehler auf (4)
- hatte auch Nr. 1 schon eine Woche länger geführt
- sie würde das 1. weiterführen, da es für sie am aussagekräftigsten ist
- Sonstiges (2)

Protokoll 2 (Der Ernährungskreis)

- Protokoll 2 ist einfach und am hilfreichsten im Vergleich zum Aufwand (11)
- Protokoll 2 zeigt Ernährungsfehler auf (2)
- wenn es sein müsste, würde Protokoll 2 weitergeführt werden (3)
- den Ernährungskreis könne sie sich nicht behalten
- Sonstiges

Protokoll 3 (Die 10 Regeln der DGE)

- Protokoll 3 ist schwieriger zu verstehen und aufwändiger (15)
- Protokoll 3 ist einfach (3)
- Protokoll 3 wird eventuell weitergeführt (2)
- Vorteile von Protokoll 3 (3)
- wenn es sein müsste, würde Protokoll 3 weitergeführt werden (4)

Abb. 5-44 Beurteilung der Ernährungsprotokolle (in Klammer Anzahl der jeweiligen Nennungen, ohne Klammer = einfache Nennung, Quelle: GD, TB)

b) Kalorientabelle

Ein Drittel der TN arbeiten regelmäßig mit der Kalorientabelle „Kalorien mundgerecht“ des Umschau Verlags (10. Auflage 1996/1997) und loben ihre Praktikabilität und einfache Handhabung (Quelle: TB):

- „Kalorien mundgerecht klappt prima“
- „Habe Kalorien mundgerecht immer dabei“

5 TN (19%) nutzen sie ab und zu:

- Nicht mit Km gearbeitet, sondern hin und wieder bei Mahlzeiten nachgesehen, ob sie in etwa in ihrem Bereich liegt.
- Arbeitet noch nicht so richtig mit der Kalorientabelle, sie gibt ihr lediglich eine Übersicht, „wo was drin ist, man täuscht sich oft!“ und denkt es sei nicht so kalorienreich
- „Wird nachträglich zur Kontrolle genutzt, dann kommt der Schock!“

22% der TN arbeiten nicht damit und 30% machen keine Angaben.

Während die meisten TN aus Gruppe 4 regelmäßig mit der Kalorientabelle arbeiten, wird sie in Gruppe 1 und 3 von durchschnittlich einem Drittel und in Gruppe 2 so gut wie gar nicht genutzt.

c) Arbeitsblätter

Generell werden solche Arbeitsblätter, die als Vorlage für Gruppengespräche und -diskussionen dienen und als solche vorab angekündigt werden, eher und nahezu zu 100% ausgefüllt (z.B. „Meine Beweggründe“).

Unterlagen, die entweder gar nicht oder nur sporadisch von der KL nachgefragt werden, füllen die TN oft nur teilweise oder gar nicht aus (z.B. „Meine Motivation“, „Meine Vorsätze“, „Mein Gewichtsverlauf“).

Gruppe 1 arbeitet als einzige nahezu komplett (8 von 9) mit der Gewichtsverlauftabelle. In Gruppe 3 tut dies die Hälfte und in den anderen Gruppen jeweils nur eine Teilnehmerin (s. Anh. 4).

d) Informationsmaterial

Im Laufe des Kurses erhalten die TN zu den einzelnen Themengebieten begleitendes und/oder vertiefendes Informationsmaterial von der KL. Darüber hinaus bringen einige TN noch eigenes Material mit ein. Generell werden Broschüren, Hefte oder Kopien mit konkreten Tipps und Ideen (z.B. Broschüren der AID, Ideen und Tipps vorangegangener bzw. parallel laufender Kurs) sehr gut aufgenommen, reines Informationsmaterial wird von einigen TN ab ca. der Mitte des Kurses weniger positiv aufgenommen: „*schon wieder was zu lesen*“ (Zitat einer TN).

Fazit: Die TN beurteilen die **Ernährungsprotokolle** als recht aufwändig, aber informations- und lehrreich. Insbesondere Ernährungsprotokoll 2 (mit Lebensmittelkreis der DGE) wird im Verhältnis von Aufwand zu Hilfe am besten bewertet. Mit einer **Kalorientabelle** arbeitet ein Drittel der TN regelmäßig, wobei hier eindeutig Gruppenunterschiede festzustellen sind. Die TN bearbeiten die in Form einer Hausaufgabe bzw. zur Vertiefung angebotenen **Arbeitsblätter** regelmäßiger, wenn sie anschließend in der Gruppe besprochen bzw. von der KL überprüft werden. Materialien mit einem hohen Anteil an handlungsbezogenen **Informationen** werden generell sehr gut akzeptiert.

Stimmungsbarometer

Das in Anhang 14 dargestellte Stimmungsbarometer dient bereits u.a. der Analyse der Fehltag und wird nachfolgend in seinen Auffälligkeiten und Besonderheiten dargestellt.

Bezüglich der Notizen fällt der durchweg kurze Schreibstil der TN aus Gruppe 4 und ähnlich auch aus Gruppe 1 auf, wohingegen die Gruppen 2 und 3 ausführlich und teilweise sehr emotional formulieren. So lassen beispielsweise die Angaben der TN aus Gruppe 2 teilweise Rückschlüsse auf familiäre und berufliche Belastungen, sowie auf die emotionale Wirkung der Kursstunde zu. Nachfolgende Beispiele aus der kursbegleitenden Dokumentation der „Black Box“ verdeutlichen dies (a = vor, b = nach der Kursstunde):

- Beispiel 1
 - a: „überarbeitet, hatte keine Zeit für mich voll mit Frustfraß + sauer über mich selbst“
 - b: „fühle mich motivierter. Ich hoffe, dass ich endlich die Kurve kriege“

- Beispiel 2
a: *„beruflich genervt, keine Zeit für mich. Aber...versuche mich berufl. zu verändern => ausgeglichenes Leben, positive Tendenz“*
b: *„motiviert und hungrig“*
- Beispiel 3
a: *„schlechtes Gewissen, Frust wegen Umzug usw. usw.“*
b: *„Stunde hat mich bestärkt“*

Allen 4 Stimmungsbarometern ist ein fehlender Stimmungsanstieg bzw. ein leichter Stimmungsabfall zu Kursstunde 3 gemeinsam. In dieser Stunde wurde die „Vollwertige Ernährung nach den 10 Regeln der DGE“ vorgetragen und erklärt. Die Notizen der „Black-Box“ lassen jedoch auf überwiegend zufriedene TN schließen. In der darauf folgenden Gruppendiskussion erklären 3 TN aus Gruppe 3 und 1 TN aus Gruppe 4, dass Fett- und Zuckergehalt bestimmter Nahrungsmittel und bestimmte Empfehlungen, wie z.B. zum Obst- und Gemüseverzehr und zur Flüssigkeitszufuhr sie etwas schockiert bzw. nachdenklich gestimmt haben.

Ansonsten ist zu den meisten Stunden ein Anstieg der Stimmung der TN zu erkennen. Kursstunden mit Motivationsübungen, wie Autosuggestion, Selbstsicherheitstraining und Partner- und Eigenmassage führen überwiegend zu positiven Notizen, wie *„neu motiviert“*, *„besser, motiviert für den neuen Start“*, *„habe gute Vorsätze für die nächsten 2 Wochen“*, *„entspannt, mir geht es gut“* und *„Motivation wie bisher gelernt: Ich kann alles wenn ich nur will“*.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse der kursbegleitenden Analyse der Stimmungsbarometer gut für den kursmethodischen Einsatz (s. Kap. 4.3.2.7) und als Indikator für einen generellen Stimmungsanstieg bzw. -abfall, jedoch weniger als zuverlässiges Erhebungsinstrument für die Kurszufriedenheit geeignet sind.

5.2.5 Zielanalyse

Während Messung C zum Kursende werden die TN im Abschlussfragebogen u.a. nach ihren Zielvorstellungen im Verlauf der ersten Kursstunden (Kursanfang), evtl. Änderungen während des Kurses und der Zielerreichung befragt. Die Ergebnisse werden nachfolgend in Kombination mit den analysierten Daten aus den Arbeitsblättern „Um meine Ziele erreichen zu können ...“ und „Arbeitsblatt zur Kursstunde 14“ dargestellt.

Ziele zu Kursanfang

21 von 25 TN nennen mehrere Ziele, 4 TN jeweils nur ein Ziel.

- *„1.Essgewohnheiten umstellen, 2. viele Kilos abnehmen u. halten, 3. sportlich aktiver“*
- *„z.B. 1x/Wo Aerobic zu machen, 4 kg abnehmen bzw. unter 6 0kg kommen“*
- *„Fett abbauen, abnehmen, mehr über Ernährung erfahren“*

Die Ziele lassen sich, wie in Abb. 5-45 dargestellt, kategorisieren.

KFA reduzieren und/oder Abnehmen (25)

- 9 TN (5 davon aus Gruppe 1) nennen dabei ein spezifisches Zielgewicht bzw. machen genaue Angaben zum gewünschten Gewichtsverlust in Kilogramm, Bsp.:
 - *4kg abnehmen bzw. unter 60kg kommen*

Ernährung

- mehr wissen/erfahren (3), Bsp.:
 - *mehr über gesunde Ern. erfahren*
 - *viel über „gesunde“ Ernährung erfahren*
- Richtig/gesund ernähren (3), Bsp.:
 - *mich richtig ernähren*
 - *allgemein gesündere Ernährung*
- Ernährung u./o. Essgewohnheiten umstellen (9), Bsp.:
 - *gute Ernährungsum-/einstellung*
 - *Essgewohnheiten umstellen*
davon 3 spezifische Angaben, Bsp.:
 - *weniger Fett u. Süßes, öfter kleine Mahlzeiten*
 - *5 Mahlzeiten, Vollwertprodukte*

Sport und Bewegung (14)

- mehr bzw. regelmäßiger Sport (12), Bsp.:
 - *mehr Sport (auch mal nur 15 Min. Heimtrainer)*
 - *mehr Muskeltraining*
- mehr bzw. regelmäßiger bewegen (2), Bsp.:
 - *regelmäßig mit Freude bewegen*

Gesundheit und Wohlbefinden (4)

- *etwas für Gesundheit tun*
- *insgesamt mehr für mich tun, besser abgrenzen*
- *mir nicht mehr so viel Stress bereiten*

Abb. 5-45 Zielkategorien (in Klammer Anzahl der jeweiligen Nennungen, Mehrfachnennung, Quelle: AF)

Es sind, außer den spezifischeren Angaben zum Gewichtsverlust, keine gruppenspezifischen Nennungen festzustellen.

Da retrospektive Nennungen der Ziele zum Kursanfang durchaus von den Ereignissen im Kursverlauf beeinflusst sein können, werden sie mit den „Beweggründen für den Kursbesuch“ (s. Kap. 5.1.6) verglichen. Hierbei lässt sich feststellen, dass Art und Anzahl der Nennungen durchaus vergleichbar sind.

Änderungen der Ziele im Kursverlauf

18 TN (72%) haben ihre Ziele im Verlauf des Kurses nicht verändert (Quelle: AF)

- *„war großer Erfolg“*
- *„... aber beinahe erreicht“*
- *„immer versucht sie umzusetzen“*

7 TN ändern ihre Ziele von vorrangig Abnehmen bzw. hohen Abnehmerwartungen auf (Quelle AF):

- *„Umstellung auf „richtige“ Lebensmittel ist wichtiger, wegen Haut, will 60 kg halten“*
- *„Fettgehalt senken, 100% Fitness (Leistungssteigerung)“*
- *„Umstellung der Ess- u. Lebensgewohnheiten, mehr Bewegung, eigenes Leben wahr und wichtig zu nehmen“*
- *„Ziel-Gewichtsabnahme stark reduziert auf Kursziel: dauerhaft 3-5 kg“*
- *„Bewegung reicht nicht – mache Sport, Abnehmen ist gut – Fettwert verringern besser“*
- *„teils teils, anfangs wieder illusorische Ziele (1x/Wo Essen planen), bin davon abgekommen“*

Zielerreichung

12 TN (48%) sehen ihre Ziele erreicht (Quelle: AF):

- *„bin glücklich, fühle mich sehr wohl“*
- *„das und noch mehr und auch gehalten“*
- *„denke ja, weniger Gewicht, bessere Leberwerte, mehr Bewegung“*
- *„lieber noch mehr erreicht (Gewicht, KFA), trotzdem o.k. Falsche Gewohnheiten legt man nicht so schnell ab“*
- *„das geänderte Ziel: 3-5 kg und auch mehr Wissen“*
- *„muss nur noch weiter abnehmen“*
- *„abgenommen, jedoch nicht unter 60 kg, Aerobic: nein, dafür joggen“*
- *„habe neue Erkenntnis über „Essen und Bewegung“ erhalten und versucht, dies umzusetzen“*

2 TN (8%), beide aus Gruppe 2, haben ihre Ziele nicht erreicht, während sie für 9 TN (36%) teilweise erfüllt sind (Quelle: AF):

- *„Ernährung z.T. nein durch Umzug, vollkommen sicher, es zu schaffen“*
- *„fast, ab und zu in Frustessen, besonders im Kino oder bei Freunden“*
- *„Umstellung der Essgewohnheiten noch nicht genug, mehr Bewegung ja, noch zu wenig Sport“*
- *„1. Sport – sehr viel, noch ausbaufähig, 2. nur teilweise, 1. Fette nicht genau messbar, aber fühle Veränderung des Körpers = sehr schön! Gewicht – ich bin zufrieden“*

Sonstige Bemerkungen:

- *„es geht langsam“*
- *„bin auf dem besten Weg“*

Benötigte Informationen und Hilfen zur Zielerreichung

Zur 7. und 14. Kursstunde befassen sich die TN mit ihren bisherigen Erfolgen und machen sich nach Anleitung des Arbeitsblattes „Um meine Ziele erreichen zu können ...“ bzw. „Arbeitsblatt zur Kursstunde 14“ Gedanken darüber, welche Unterstützung sie noch benötigen. Tab. 5-6 fasst die Ergebnisse zusammen.

Darstellung der Ergebnisse

Tab. 5-6 Informationen und Hilfen zur Zielerreichung (in Klammern Anzahl der jeweiligen Nennungen, ohne Klammer = einfache Nennung, Quelle: AB)

Information und Hilfe von:	„Um meine Ziele erreichen zu können ...“ (Kursstunde 7)	„Arbeitsblatt zur Kursstunde 14“
Kursleitung	Ernährungsplan bzw. Rezepte (4) Sport in der Gruppe (4) Tipps und „Psychotricks“ für alltägliche Situationen (5) neue Kalorienvorgabe individuelles Fitnessprogramm	nichts, zufrieden mit Kursleitung (4) etwas mehr Sport (2) weitere Tipps (6) Motivation (2) Wiederholung <i>Um Ziele erreichen zu können benötige ich die Kursleitung</i> Rezepte Kontakt halten, Beratung <i>Mich würde einmal so ein Wochenessensplan von Dir (KL) interessieren</i>
Gruppe	Austausch von Erfahrungen (5) mehr Sport in der Gruppe Abnehmerfolge der anderen als Motivation	weiterhin Austausch (6) Motivation (2) ab und zu treffen (3) gemeinsamen Sport (2) ein paar Rezepte gibt bereits bestmögliche Unterstützung Gruppenzwang allein reicht
Umwelt	mehr Unterstützung und Motivation (4) keine Versuchungen (2) mehr Verständnis (2) mehr Zeit von der Familie für Sport Hilfe	<i>Keine Wochenendbeziehung mehr, Partner dauerhaft an meiner Seite</i>
Ich selbst	mehr Selbstdisziplin (6) mehr Motivation (2) mehr Sport (2) <i>Bessere Organisation um mehr Zeit zu haben</i> <i>eigene Bedürfnisse ernst nehmen</i>	Durchhaltevermögen (2) mehr Sport machen (3) mehr Selbstdisziplin (4) mehr Zeit und/oder Kraft (4) mehr Willen
Sonstiges	keine Informationen nötig (4) <i>Kein richtiger Einstieg</i> <i>Mit den Informationen, die ich bis jetzt bekommen habe, kann ich gut umgehen und auch in die Tat umsetzen</i> <i>Brauche auch Sonne zur Hilfe, mit Sonnenlicht geht alles leichter</i> <i>Am allerliebsten 3 Wochen raus aus Alltag</i> <i>Mehr Geld, um gesunde Produkte (Obst) kaufen zu können – nicht möglich</i>	

Die einzelnen Gruppen stellen sich dabei wie folgt dar:

Gruppe 1 wünscht zur Kurstunde 7 mehr Sport und weiterhin Erfahrungsaustausch in der Gruppe. Konkrete Informationen bzw. Hilfen von der Kursleitung bzw. Gruppe benötigt sie nicht, was auf eine gewisse Sicherheit mit und in dem neuen Verhalten schließen lässt. Eine TN findet keinen Einstieg in ihre Verhaltensänderung und benötigt positiven Zuspruch jeglicher Art.

Die Umwelt sollte die Gruppe in ihren Tätigkeiten mehr unterstützen und nicht in Versuchung führen. Drei TN erfahren eine solche Unterstützung bereits (Quelle: AB):

- *„Mein Mann, meine Familie unterstützen mich bzw. beteiligt sich an der Ernährungsumstellung“*
- *„Meine Familie beteiligt sich auch rege an der „Ernährungsumstellung“ und sorgt dafür, dass ich mich mehr mit Spaziergängen bewege.“*
- *„Mann spornt mich zu Sport an, keine Schokolade zu essen und immer aufzuschreiben, was ich esse.“*

Zur Kurstunde 14 drücken die TN der Gruppe 1 ihre Zufriedenheit mit der Kursleitung in unterschiedlicher Art und Weise aus (Quelle: AB):

- *„hat alles dazu getan, nun liegt es an mir selbst“*
- *„um Ziele erreichen zu können, benötige ich die Kursleitung.“*

und wünschen sich Motivation, etwas mehr Sport in der Kurszeit und Tipps zur fettarmen Ernährung. Die Gruppe sollte sich auch weiterhin austauschen und gemeinsam Sport machen. Von sich selbst erwarten sie Durchhaltevermögen (Quelle: AF):

- *„weiterhin positives Denken und Durchhaltevermögen“*

mehr sportliche Betätigung und bewusstes Handeln:

- *„von mir selbst – noch mehr Sport!“*
- *„Beschäftigung mit alten Unterlagen, bei Besuch nicht gehen lassen, im Urlaub vorsichtig sein“*
- *„bewusster essen, nicht nur etwas in den Mund stecken.“*

Die TN der **Gruppe 2** wünschen sich zur Kurstunde 7 konkretere Angaben zur Verhaltensänderung (Quelle: AB):

- *„Ein fertiges Essensgerüst zum individuellen Ausfüllen“*
- *„Tipps und „Psychotricks“ “*

sowie Erfolge der anderen zum eigenen Ansporn. Die Umwelt sollte ihnen genügend Freiraum lassen und Verständnis zeigen. Teilweise scheinen die benötigten Hilfen in ihrer konkreten Situation etwas unrealistisch:

- *„Psychotricks“*
- *„Am allerliebsten 3 Wochen raus aus Alltag“*
- *„Mehr Geld, um gesunde Produkte (Obst) kaufen zu können – nicht möglich“*

Trotz der Forderung nach mehr Fremdbestimmung wird auch an die eigene Disziplin appelliert:

- *„Mehr Selbstdisziplin“*
- *„Bessere Organisation, um mehr Zeit zu haben“*
- *„eigene Bedürfnisse ernst nehmen“*

Zur Kurstunde 14 äußert auch Gruppe 2 ihre Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Kursleitung und wünscht sich weiterhin Kontakt, Motivation, Rezepte und Beratung. Das Gleiche richtet sich auch an die Gruppe. Von sich selbst erwarten sie mehr Selbstdisziplin, Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen (Quelle: AB):

- *„klarere Visualisierung meines Ziels (Foto, Kleidergröße, Glauben an ein Gewicht unter 85 kg)“*
- *„Es ist mein Verschulden, mir gegenüber so gleichgültig zu sein. Kann mich anderen gegenüber nie durchsetzen, bin mir selbst ziemlich gleichgültig, wenig Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen. Wird durch Figur nicht gerade gestärkt. Vielleicht geht es anderen ähnlich. In der Gruppe mal darauf eingehen.“*
- *„Selbstannahme, Selbstfindung, ja zu mir und meiner Art, zur „Nur-Hausfrau“, der beste Beruf den es gibt.“*

Einige TN der **Gruppe 3** benötigen zur Kurstunde 7 sowohl von der KL, als auch von der Gruppe spezifischere Anleitungen zum Essen und Tipps für alltägliche Situationen mit denen sie in ihrem neuen Verhalten konfrontiert werden. Motivation in unterschiedlicher Form wird gewünscht, von der Umwelt und von sich selbst, ebenso wird an die Selbstdisziplin appelliert (Quelle: AB):

- *„Darf nicht vergessen, an meine Ziele zu denken, wenn ich ins Restaurant gehe und nicht durcheinander zu essen“*
- *„Muss meinen Alltag in den Griff bekommen, z.B. regelmäßig Essen, ausgeglichen sein, innere Ruhe.“*

Zur Kurstunde 14 wünschen sich die TN von der Kursleiterin Tipps zur Gewichtsstabilisation. Von der Gruppe wünschen manche ein gelegentliches Treffen und Motivation. Die Appelle an sich selbst beziehen sich auf Selbstdisziplin, Willen, Kraft und Zeit.

In **Gruppe 4**: haben nur 2 von 6 TN das Arbeitsblatt zur Kurstunde 7 ausgefüllt, daher ist hierfür kein Kommentar zur Gruppe möglich.

In Kurstunde 14 wünschen auch zwei TN aus Gruppe 4 mehr Sport während der Kursstunden, sowie Tipps und Wiederholung einiger Themen aus der Ernährungsberatung (Quelle: AB):

- *„nochmals ungesättigte etc. Fettsäuren durchgehen, Käse Fett i.Tr. und Fett absolut“*

Die Gruppe sollte sich weiterhin einmal im Monat treffen und z.B. Kochrezepte austauschen. Von sich selbst wünscht eine TN mehr Selbstdisziplin.

Zielerhaltungsstrategien

Rund 80% der TN glauben, ihre erreichten Ziele nach Kursende stabilisieren zu können, indem sie ihr neues Verhalten beibehalten (Quelle: AB):

- *„bin so motiviert auch nach Kursende gut / leicht durchzuhalten, fühle mich sehr wohl mit neuer Figur, bekomme wieder Komplimente, werde es nicht leichtfertig aufs Spiel setzen.“*
- *„In die Unterlagen schauen, Verhalten beibehalten“*
- *„vor Augen führen, was ich bisher erreicht habe und vornehmen weiterhin Fett zu reduzieren und vernünftig zu essen. Auch fettarmes Essen ist lecker“*

Eine TN benötigt viel Motivation

- *„Der gute Wille, nach Kursende weiterhin eine positive Einstellung zu haben, ist im Moment sehr groß, aber“*

3 weitere TN stellen sich Stabilisation ihrer erreichten Ziele wie folgt vor:

- *„Denke es halten zu können, vom Kopf muss es gehen, und ich muss es ernsthaft wollen“*
- *„Weniger essen, 1 mal in der Woche mit der Gruppe sich treffen.“*
- *„Selbstdisziplin“*

Zielverfolgungsintention

Der überwiegende Teil der TN (88%) ist überzeugt, sein Ziel nach Kursende weiter zu verfolgen, sofern er es bis dahin nicht erreicht hat (Quelle: AB):

1. *„werde ich sie weiter verfolgen, meine Gesundheit und Wohlbefinden sind mir wichtig. Möchte durch die Ernährung die Leberwerte im normalen Bereich halten“*
2. *„Auf jeden Fall!!! Denn das ist der richtige Weg für mich“*
3. *„Selbstverständlich. Da ich über 30 kg in den letzten 5 Jahren zugenommen habe und nun 12 kg davon weg sind werde ich mein altes Gewicht wieder erreichen wollen. Ich fühle mich dann viel wohler“*

Fazit: Die zu Kursanfang gefassten Ziele der meisten TN beziehen sich, retrospektiv betrachtet, außer dem Wunsch nach Gewicht- und Körperfettverlust auch auf eine Umstellung der Ernährung und der Essgewohnheiten, eine regelmäßige sportliche Betätigung und eine Unterstützung der Gesundheit. Während des Kursverlaufs ändern rund 30% der TN ihre Ziele. Ihr angestrebtes Gewicht wird realistischer eingeschätzt bzw. steht nicht mehr im Vordergrund der Zielsetzung. Da hierzu sowohl mehr als auch weniger erfolgreiche TN zählen, kann davon ausgegangen werden, dass die gesundheitsbezogenen Aspekte und Themen des Gruppenprogramms mit zu dieser Änderung beigetragen haben.

84% der TN bezeichnen ihre Ziele als komplett (48%) bzw. zum Teil (36%) erfüllt. Zu ersteren zählen sowohl alle TN aus Gruppe 2 als auch alle TN aus Gruppe 4, diese Angaben sind daher nicht ausschließlich an einen Erfolg in der Gewichtsreduktion gebunden.

Bezüglich des Bestrebens der Maßnahme nach einer möglichst großen Selbständigkeit in Bezug auf Zielplanung und -erreicherungsstrategie lassen sich Unterschiede in den Reaktionen zwischen den Gruppen feststellen. Während des Kursverlaufs kommen die TN aus Gruppe 1 größtenteils mit ihren Handlungen zur Zielerreichung zurecht und fühlen sich überwiegend wohl dabei. Wichtig für sie ist die Unterstützung durch die Umwelt, möglichst oft gemeinsamer Sport und eine positive Grundhaltung.

Die TN aus Gruppe 2 hingegen benötigen mehr Fremdbestimmung in Form konkreter Handlungsanweisungen und wünschen sich zum Teil kaum realisierbare äußere Umstände, wie mehr Urlaub und Geld, um ihre Ziele erreichen zu können.

In dem Gruppenprogramm für übergewichtige Frauen des Vereins „DICK & DÜNN Niedersachsen e.V.“, in dem nach anfänglichen regelmäßigen Treffen mit einer „Anleiterin“ die TN in eine Selbsthilfegruppe übergehen, führte der verstärkte Wunsch nach klaren Anweisungen durch die „Anleiterin“ zum vorzeitigen Abbruch des Kurses bei 14% der Frauen (Günther und Beyer 1996). Andererseits brachten sich einige Frauen bei der späteren Arbeit

in Selbsthilfegruppen stärker in die Gruppe ein und handelten selbständiger, als in der Zeit mit der „Anleiterin“ (Beyer und Günther 1997). Dieser Aspekt könnte in der Modifikation des vorliegenden Programms in Form von mehr „selbständigen Gruppenarbeiten“ berücksichtigt werden.

Auch Gruppe 3 wünscht mehr spezifische Anleitungen zum Essen, situationsbezogene Verhaltenstipps und mehr Motivation durch die Gruppe. Letzteres lässt im Laufe des Kurses bei einigen TN zu Gunsten einer Art „Gruppenresignation“ nach.

Die Wünsche der TN aus Gruppe 4 beschränken sich auf mehr gemeinsamen Sport während der Kursstunden und die Wiederholung einiger Themen aus der Ernährungsberatung. In ihren alltäglichen Handlungen fühlen sie sich wohl und relativ sicher. Spezielle Ziele erfolgreicher bzw. nicht-erfolgreicher TN lassen sich nicht erkennen. In Bezug auf die Hilfen zur Zielerreichung stellen nicht-erfolgreiche TN mehr Forderungen an ihre Umwelt bzw. nennen kaum zu realisierende Wünsche (mehr Geld, mehr Zeit, „Psychotricks“), während die erfolgreichen TN sich eher auf Themen des Kurses beziehen und an ihre Selbstdisziplin appellieren.

Von sich selbst wünschen viele TN mehr Selbstdisziplin und -bewusstsein sowie Durchhaltevermögen.

Die meisten TN glauben, ihre erreichten Ziele durch Beibehalten der Verhaltensänderung zu stabilisieren bzw. noch nicht erreichte Ziele nach Kursende weiter zu verfolgen.

5.2.6 Strategieanalyse

Darstellung der Strategien

Im Laufe der Abschlussbefragung geben die TN ihre persönlichen Strategien zur Zielerreichung an. Eine Einteilung in Strategien erfolgreicher und nichterfolgreicher TN ist aufgrund vieler ähnlicher, bis teilweise nahezu identischer Angaben nicht sinnvoll. Abb. 5-46 fasst vereinzelte Angaben zur Ernährungsumstellung, Änderung der Essgewohnheiten und des Sport- und Bewegungsverhaltens in einer sinnvollen Reihenfolge zusammen und zitiert darüber hinausgehende Angaben, sowie komplexere Strategien.

Ernährung umstellen

- morgens etwas die Ernährung planen
- über Einkaufen nachdenken
- Kochen umstellen
- mehr Kohlenhydrate, Obst, Gemüse, Kartoffeln, Brot, Salat, Vollkornprodukte
- fettarme Milch- und Fleischprodukte
- weniger Fett, Fleisch und Wurst
- mehr trinken, viel Mineralwasser, Getreidekaffee
- weniger Alkohol und Süßigkeiten

Essgewohnheiten ändern

- kontrollierter essen
- öfter kleine Mahlzeiten
- Kalorien zählen
- bestimmte Zeiten und Mengen einhalten
- mehr Zeit zum Essen nehmen

Bewegung und Sport

- mehr Sport
- konstantes „mehr“ an Bewegung in festen Tagesablauf einplanen
- Training im Studio
- anfangs 3x/Wo Sport
- walke jetzt mit Mann
- wöchentliches Turnen

Spezielle Strategien

- *regelmäßige Teilnahme am Kurs, Motivation in der Gruppe, festen Willen*
- *von Anfang an mitgearbeitet, alle Aufgaben gewissenhaft erledigt, inneren Schweinehund immer wieder überwunden, hartnäckig an Rückschlägen gearbeitet. Wichtigstes: habe verstanden, dass nur ich alleine die Verantwortung für mich habe und etwas ändern kann – war schwer, aber wenn verstanden, ist man großen Schritt weiter*
- *weitere Fachliteratur gekauft und durchgearbeitet*
- *mehr Zeit für mich und zum Essen, denke über Einkaufen nach, Kochen umgestellt*
- *Ernährung umgestellt, ein anderes Denken an den Tag gelegt, keine Diät mehr probiert, versucht, Stress zu meiden.*
- *Freundin im Studio angemeldet, fühlte mich in meiner Haut nicht mehr wohl = guter Zeitpunkt für Umstellung*
- *verstärkte Auseinandersetzung mit mir, brauche meinen „Schutzpanzer“ nicht mehr so nötig. Verbringe Zeit mit anderen Dingen als essen, z.B. Sport.*
- *jede Woche an Ziel, mein Projekt, meinen „Lebenswunsch“ erinnert*
- *nach katastrophalen Wochen immer wieder einen Neuanfang versucht, mich an gewisse Regeln zu halten (weniger Fett, mehr Gemüse, etc.)*
- *Im Kurs Erlerntes in tägl. Ablauf eingebaut,*
- *Tipps von Kursleitung zu Herzen nehmen und befolgen.*
- *die Tipps sind hilfreich! Morgens etwas die Ernährung geplant, früheres Aussehen vorgestellt – so annähernd will ich wieder sein*
- *die meisten Tipps aus Kurs berücksichtigt, v.a. Heft der DGE war sehr hilfreich*

Sonstiges

- *Mit Stress kein Abnehmen möglich und z.Zt. sehr viel davon*
- *zu wenig getan*
- *zu inkonsequent, Situationen nicht im Griff*

Abb. 5-46 Strategien zur Zielerreichung (Mehrfachnennungen, n= 25, Quelle: AF)

Gruppe 2 macht nur allgemeine Angaben hinsichtlich der Ernährungsumstellung, wie „weniger Fett, mehr Gemüse“ und „Auf Kaloriengehalt der Mahlzeiten achten“. Die anderen 3 Gruppen gehen hier detaillierter auf ihre Strategien ein:

- *„Ernährung umgestellt, mehr Obst, Kartoffeln, Gemüse, Salat, fettarme Milch- und Fleischprodukte, Fett gespart, mehr getrunken (Wasser, Caro), geht mir gut dabei“*
- *„Essverhalten geändert, selten Süßigkeiten, mehr Vollkornprodukte, Obst, Salat, viel Mineralwasser, sehr selten Alkohol, achte auf Kohlenhydrate, mehrere Mahlzeiten, esse vernünftiger“*

Das Einführen von Zwischenmahlzeiten (ZM) wird auch von anderen TN im Laufe des Kurses positiv hervorgehoben (Quelle: GD):

- Sie nahm sich ZM vor und hielt sie auch ein, hatte daraufhin insgesamt weniger Hunger und Wohlbefinden steigt. Bei Nichteinhalten fehlen sie ihr richtig.
- (...) sie darf ihre ZM nicht vergessen. Wenn das geschieht, und zwar bei Hektik, dann bekommt sie „Fressanfälle“

Alle 4 Gruppen nennen „mehr Sport / mehr Bewegung“ als eine weitere und wichtige Strategie.

Gruppe 1 und 4 erwähnen die regelmäßige Teilnahme am Kurs und die Erledigung der Aufgaben, Gruppe 3 die Beachtung der Tipps und Regeln aus den Kursstunden als eine Erfolgsstrategie. Hierauf geht Gruppe 2 gar nicht ein.

Eine intensive Auseinandersetzung mit sich selbst, den individuellen Zielen, Gedanken und Wohlbefinden geben Gruppe 2 und 3 an.

Insgesamt 5 TN erwähnen während des Kurses, sich auch auf Essenseinladungen, zu gesellschaftlichen Anlässen und Urlaube vorzubereiten, indem sie beispielsweise selbst zubereitete Salate mitbringen, sich vorab an „ihren“ Lebensmitteln satt essen, im Falle einer Skatrunde Rohkost zum Knabbern mitnehmen. Diese TN sind nach nahezu allen objektiven Kriterien als erfolgreich zu bezeichnen (s. Tab. 5-7). Eine dieser TN gibt während des Abschlusstreffens noch zusätzlich an, durch das Einführen der ZM auf ein Abendessen verzichten zu können, dadurch gehe es ihr auch gesundheitlich besser.

Motivation zur Strategieumsetzung

Mit Hilfe des Arbeitsblatts „Meine Motivation“ werden die TN dazu aufgefordert, sich mit selbstgewählten und -initiierten Belohnungen auseinanderzusetzen. Diese sollen - neben der eigentlichen Zielerreichung - der zusätzlichen Motivation zur Umsetzung ihrer Strategien dienen.

Etwas (mit Freunden) unternehmen <ul style="list-style-type: none">• mit Freunden treffen, telefonieren• Kinobesuch, Theater, Konzert, Disco, Tanzen• Sport machen• Einen Spaziergang machen• Urlaub mit Sport und Ernährung
Passive Körperpflege /Entspannung <ul style="list-style-type: none">• Duftbad, Sauna, Thermalbad• Sonnenbank• Friseur, Kosmetikerin• <i>Einfach mal ganz für mich</i>, ausruhen• intensive Körperpflege, Körpermassage• Musik hören, Lieblingsserie sehen
Aktive Entspannung <ul style="list-style-type: none">• Lesen• Kreuzworträtsel, sticken
Konsumieren <ul style="list-style-type: none">• Blumen• Einkaufsbummel• neue CD, neue Hose kaufen (eine Größe kleiner), Servietten kaufen, Augen-Gel gegen Falten
Motivation im Erfolg <ul style="list-style-type: none">• <i>10 kg das wäre schön</i>• <i>zu meinem 50. Geburtstag mein Gewicht erreicht haben und halten können</i>

Abb. 5-47 Motivation durch Selbstbelohnung (Mehrfachnennungen, Quelle: AB)

Bewertung der Strategie im Rückblick

Rund 70% der Teilnehmerinnen würde bei einem Neubeginn des Kurses nichts anders machen als bisher. Die anderen TN würden früher bzw. konsequenter das Erlernete umsetzen und mit der Verhaltensänderung beginnen und sich bewusster und intensiver mit den Kursunterlagen beschäftigen. Weitere einzelne Nennungen beziehen sich auf mehr Zeit zur Umsetzung der Kursinhalte, mehr Selbstdisziplin und mehr Ansporn zwischen den Teilnehmerinnen bzw. Druck von Seiten der Kursleitung (Zitate der TN, Quelle: AF):

- *bewusster umsetzen, jetzt ist die „Anfangsstunde“ zum Erfolg da.*
- *mehr mit angebotenen Denkanstößen beschäftigen, wie „meine Vorsätze“, in Aufgaben steckte mehr drin, als ich herausholte*
- *eine oder andere mehr helfen, anspornen, damit Erfolge größer werden*
- *mehr visualisieren -> Gewichtsverlauf vor der Gruppe. Wünsche mehr Druck von KL*

Eine Teilnehmerin aus Gruppe 3 mit Änderungswünschen gehört zu den erfolgreichsten Frauen aller 4 Gruppen in Bezug auf die objektiven Kriterien Gewicht und KFA. Sie würde die Teilnehmerinnen ihrer Gruppe noch mehr unterstützen, um auch deren Erfolge zu steigern und somit selbst wieder mehr Ansporn zu bekommen.

Fast alle Änderungswünsche kommen aus Gruppe 2 (alle Antworten „ja“) und Gruppe 3 (3 von 6 Antworten). Eine Teilnehmerin aus Gruppe 1 würde früher mit dem Abnehmen beginnen, ansonsten würden keine Teilnehmerinnen aus dieser und aus Gruppe 4 etwas ändern wollen.

Diese Angaben lassen sich durch die teilnehmende Beobachtung größtenteils bestätigen. Die Teilnehmerinnen aus den Gruppen 1 und 4 setzen sich intensiv mit den Kursinhalten auseinander und berichten von Anfang an über ihre Strategien und den damit gemachten Erfahrungen, dies ermöglicht eine intensive Auseinandersetzung mit den daraus resultierenden Problemen und Fragen.

Die Teilnehmerinnen der Gruppen 2 und 3, die etwas ändern würden, berichten im Kursverlauf des öfteren den richtigen Zeitpunkt bzw. die richtige Strategie noch nicht gefunden zu haben, sich nicht mit den Unterlagen / Kursinhalten auseinanderzusetzen oder sich einfach nicht aufraffen zu können, die gesteckten Ziele umzusetzen (Quelle: TB):

- viel Stress, hielt sich nur teilweise an Vorsätze. Weiß, dass sie immer ein gewisses Level an Stress haben wird und lernen muss, trotzdem ihre Ziele zu verfolgen
- es muss noch einen Schritt zwischen dem Ziel und dem veränderten Handeln geben, sie hat noch nicht erkannt was
- Teilnehmerinnen fragten sich gegenseitig, wie sie sich den Kick zum „*richtigen Anfangen*“ geben könnten, alles bisher waren immer „*faule Ausreden*“
- frustriert, dass sich noch nichts getan hat, aber sie sagt, sie „*habe letztes Mal kapiert*“, dass sie selbst für sich und ihr Gewicht verantwortlich ist. „*Immer diese Ausflüchte,... ich möchte mich nicht länger anlügen ... das* (Beispiel einer anderen Teilnehmerin) *hat mich geschockt*“
- keine hat sich auf Ostern vorbereitet oder ihren Zettel dabei
- arbeitet nicht mit den Hilfsmitteln und setzt, nach eigenen Angaben, auch nicht das bereits Erlernte um
- sie setzte sich keine Ziele in der letzten Woche, da „*volles Programm*“
- ihr „*fehlt immer noch der rote Faden zur Ernährungsumstellung*“

Fazit: Wie eingangs erwähnt lassen sich keine auffälligen Unterschiede in den gewählten Lösungsansätzen erfolgreicher bzw. nicht-erfolgreicher (nach objektiven Kriterien) TN feststellen. Einzig die Vorbereitung auf Essenseinladungen und zu gesellschaftlichen Anlässen trifft ausschließlich für erfolgreiche TN zu.

Alle TN wählen Änderungen in ihrer Ernährung bzw. ihrem Ernährungsverhalten. Generell wird der Fettanteil der Nahrung durch einen geringeren Fleisch- und Wurstverzehr und die Wahl fettarmer Milchprodukte reduziert, der Kohlenhydrat- und Ballaststoffanteil durch Obst, Gemüse und Vollkornprodukte erhöht und mehr Wert auf zucker- und koffeinfreie Getränke und deren regelmäßige Zufuhr gelegt. Die Mahlzeiten werden inklusive Einkauf und Zubereitung mehr geplant, sowie kontrollierter, d.h. öfters und in kleineren Mengen eingenommen. Diesen Angaben der TN zufolge kann davon ausgegangen werden, dass die konsequente Erläuterung ernährungsphysiologischer Zusammenhänge, sowie die gemeinsam erarbeiteten Handlungsalternativen zum Thema „Ernährung“ Akzeptanz fanden.

Die meisten TN beziehen auch ihre alltägliche Bewegung bzw. Sport in ihren Lösungsansatz mit ein. Neben der allgemeinen Angabe, generell mehr zu tun, werden nur selten konkrete Angaben zum Umfang gemacht.

Tipps und Handlungsalternativen der KL direkt umzusetzen dient einigen TN als Strategie, ebenso wie ein ständiger Neuanfang nach Rückschlägen oder „Durchhängern“.

Eine intensive Auseinandersetzung mit sich selbst wird überwiegend von weniger erfolgreichen TN hervorgehoben, von diesen jedoch als wichtiger und wertvoller Prozess innerhalb des Programms gewertet. Ähnliche Erfahrungen machen Beyer und Günther (1997) mit einigen TN eines Gruppenprogramms für übergewichtige Frauen. Die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen, familiären und persönlichen Bedingungen ermöglichte diesen Frauen eine größere Akzeptanz ihres Übergewichts und besseren Umgang mit diskriminierenden Äußerungen zu ihrem Körper.

Als Motivation zur bzw. Belohnung für die Strategieumsetzung nennen die TN sowohl passive Pflege- und Entspannungsmöglichkeiten, als auch Aktivitäten in Gesellschaft mit Freunden und auffälligerweise auch einige Punkte ihrer Strategie selbst, wie mehr Bewegung und Sport. Dies weist darauf hin, dass diese Strategie auch gleichzeitig ein Bedürfnis erfüllt und zum Wohlbefinden beiträgt, was nach Dlugosch (1994) eine optimale Voraussetzung für ihre Umsetzung ist.

Von den erfolgreichen TN würde keine etwas an ihrer Strategie ändern, nur 1 TN denkt über eine intensivere Motivation ihrer „Mitreiterinnen“ nach, um durch deren Erfolg selbst weiter motiviert zu werden. Die Änderungswünsche der weniger erfolgreichen TN beziehen sich oft auf einen früheren Einstieg in die Strategieumsetzung und darauf, die Informationen und Hilfen der KL eher und stärker in ihre Strategien einzubeziehen.

5.2.7 Erfolgsanalyse

Der Kurserfolg wird zuerst unter objektiven, d.h. zu Beginn der Maßnahme festgelegten und dann unter subjektiven, d.h. von den Teilnehmerinnen individuell bestimmten Kriterien analysiert.

Objektive Kriterien

Die objektiven Erfolgskriterien sowie ihr Grad der Erfüllung sind in Tab. 5-7. dargestellt.

Tab. 5-7 Darstellung des kurzfristigen Erfolgs nach objektiven Kriterien (n=27, Quelle: MA, MC)

	erfolgreich	nicht erfolgreich
	Körpergewicht	
Kriterium	≥ 5% des Ausgangsgewichts verloren	< 5% des Ausgangsgewichts verloren
Anzahl der TN	16 TN = 59%	11 TN = 41%
	KFA	
Kriterium	≥ 5% des Ausgangs-KFA verloren	< 5% des Ausgangs-KFA verloren
Anzahl der TN	24 TN = 89%	3 TN = 11%
	BMI	
Kriterium	≥ 1 Punkt unter den Ausgangswert	< 1 Punkt unter den Ausgangswert
Anzahl der TN	20 TN = 74%	7 TN = 26%
	Körperliche Leistungsfähigkeit (PWC)	
Kriterium	eine Leistungsstufe höher bzw. im Bereich „befriedigend“	in gleicher Leistungsstufe und schlechter als „befriedigend“
Anzahl der TN	20 TN = 74%	7 TN = 26%
in allen vier Bereichen erfolgreich/nicht erfolgreich	14 TN = 52%	1 TN = 4%

Subjektive Kriterien

25 TN (96%) beantworten die Frage, „Betrachten Sie diesen Kurs für sich persönlich als erfolgreich?“, mit „ja“, während eine TN ihren Fragebogen unausgefüllt zurück gibt, auf diese Frage jedoch mit folgenden Zeilen einget:

- *„(...)Der Kurs war für mich nur teilweise erfolgreich. Das Gewichtsproblem besteht nach wie vor. Ich möchte das aber auf gar keinen Fall einem fehlgeschlagenen Kurs*

zuschieben, sondern meiner persönlichen Labilität. Ich hatte mich schon vor dem Kurs mit Ernährungs- und Bewegungsverhalten befasst. Das allein reicht aber nicht aus und die Durchführung bedeutet aber immer Verzicht. In Deinem Kurs sind mir die Zusammenhänge wieder mal sehr deutlich geworden. Der Weg vom Kopf bis zum Bauch ist aber sehr lang. Dieses nicht „Nein“-Sagen, was ich anderen gegenüber so schlecht kann, fällt offensichtlich auf mich selbst zurück. Ich weiß allerdings nicht, wie ich aus diesem Teufelskreis herauskomme. Ob ich das ganze Problem einfach mit Charakterschwäche abtun kann? Auf der anderen Seite fühle ich mich auch nicht wohl in meiner Haut. (...)

Auf die Frage, warum sie den Kurs als erfolgreich bezeichnen, nennen die TN Zielerreichung, Wohlbefinden, erfolgte Verhaltensänderungen und Erweiterung ihres Wissens bzw. ihrer Erkenntnisse.

In Bezug auf Zielerreichung (8)

- *Ziele erreicht und bleibe dran*
- *Ziel erreicht, immer da gewesen, versucht die gelernten Dinge zuhause umzusetzen und Ernährungsgewohnheiten zu ändern*
- *Meine realistischen Ziele erreicht, durch besseres Aussehen auch wieder „ein Quäntchen mehr Selbstbewusstsein“*

In Bezug auf Befinden (3)

- *Wohlbefinden und Gesundheit verbessert*
- *enge Verbundenheit von Ernährung, Sport und Wohlbefinden wurde wieder bewusst gehört zum Wohlbefinden dazu*

In Bezug auf Veränderungen (4)

- *Esse und lebe bewusster*
- *Einige Verhaltensänderungen umgesetzt bzw. in Gang gebracht, bin tierisch stolz, 34 Jahre Fehlernährung schrittweise in den Griff zu bekommen*

In Bezug auf Wissen, Erkenntnisse (9)

- *Viel über Ernährung + Bewegung gelernt => besser ernähren, konsequenter sein, Spaß am Sport haben, früher nicht. Werde auf jeden Fall weiter machen*
- *abgenommen, Erkenntnis das alles Wissen nichts nützt, wenn „Suchtmuster“ nicht überwunden werden, dies ist sehr schwer*
- *Habe mich in einem anderen Bild gesehen, hat viel Spaß gemacht, über Essgewohnheiten einiges gelernt*
- *Endlich abgenommen ohne gleich wieder zunehmen. Bin im Bewusstsein „vernünftig zu essen“ gestärkt worden*
- *viel über mich und meine Gewohnheiten herausgefunden und gelernt und wie ich damit umgehen muss.*
- *Habe gelernt, mich richtig zu ernähren, bewegen, mehr Sport, etwas selbstbewusster zu werden*

Abb. 5-48 Subjektive Faktoren für einen erfolgreichen Kursabschluss (in Klammern Anzahl der jeweiligen Nennungen, n=25, Quelle: AF)

Zwei TN beantworten zusätzlich die Frage „Wenn nein (der Kurs nicht erfolgreich ist), warum nicht?“:

- *„Wohlfühlgewicht trat vorher ein, sollte nicht mehr abnehmen, sehe eingefallen u.a. i. Gesicht aus, vielleicht nur Einbildung“*
- *„Was ich nicht erreicht habe und womit insoweit auch der Kurs bei mir nicht erfolgreich war, ist die Tatsache, dass ich auch weiterhin nicht sehr willensstark bin bei dem Verzicht auf Essen (z.B. kurz noch beim Bäcker eine Laugenbrezel geholt usw.)“*

Die Antworten auf die Frage, „Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe für diesen Erfolg / Misserfolg?“, zeigen sich vielschichtig. In Abb. 5-49 werden sie zusammengefasst dargestellt.

<p>Ernährung umstellen (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bewusst ernähren</i> • <i>Fettarm kochen</i> • <i>Mehrere kleine Mahlzeiten</i>
<p>Bewegung/Sport (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mehr Bewegung und Sport</i>
<p>Qualität des Kurses (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gut gegliederter Kurs</i> • <i>Aufbau des Kurses</i>
<p>Kursleiterin (11)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>gut geführt</i> • <i>Motivation der Kursleitung!</i> • <i>gute Infos der Kursleitung => ermöglichen es, selbständig weiter zu machen, Zusammenhänge zu verstehen und für mich auszuwerten</i> • <i>sehr nette Kursleiterin</i>
<p>Gruppe (8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gruppe / Teilnehmerinnen</i> • <i>Teamgeist! Diskutieren mit anderen, deren Einstellung zu den einzelnen Themen hat geholfen alles etwas anders zu sehen</i> • <i>eine Gruppe, die Spaß macht</i> • <i>Bestätigung durch Gruppe u. Verantwortung vor anderen, die dasselbe Ziel anstreben</i>
<p>Eigene persönliche Merkmale (10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mein Wille, Durchhaltevermögen. Alles bewusster machen, nicht ablenken lassen - auch wenn ausgelacht = Neid, fühle mich gut dabei</i> • <i>Ich konnte mich in Ruhe mit mir selbst konfrontieren, bekam im Kurs Infos, aber nicht zuviel Druck (sonst hätte ich den Absprung gemacht). Ich habe einige Verhaltensänderungen umgesetzt bzw. in Gang gebracht und bin tierisch stolz, 34 Jahre Fehlernährung schrittweise in den Griff zu bekommen.</i> • <i>Eigenmotivation</i> • <i>Von Anfang an voll in Kurs eingestiegen, obwohl „Aha“-Effekt erst viel später kam (...)</i> • <i>Ehrgeiz</i>
<p>Regelmäßiges Wiegen (2)</p>
<p>Schriftliche Fixierung der Lebensmittel / der Kursinhalte (3)</p>
<p>Sonstige (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Unterstützung durch Mann, Familie, Freunde</i>
<p>Grund für Teil-Misserfolg (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mein Fehlverhalten wurde mir sehr deutlich gemacht, leider klappt in 1. Linie aus Zeitgründen nicht die Umstellung (hoffe, dass das keine Ausrede ist), arbeite aber weiter daran</i> • <i>Mangel an Selbstdisziplin</i>

Abb. 5-49 Erfolgsgründe (in Klammern Anzahl der jeweiligen Nennungen, Mehrfachnennungen, Quelle: AF)

Die meisten Nennungen als Grund für den Erfolg des Kurses erhalten folgende Kategorien

- Kursleitung: hier werden besonders gute Erklärungen und Informationen, sowie eine ansprechende Persönlichkeit hervorgehoben
- persönliche Merkmale der TN: Ehrgeiz, Wille, Durchsetzungsvermögen und die direkte Auseinandersetzung mit den Kursinhalten
- Die Gruppe: als Forum für Diskussionen, Austausch und Bestätigung
- Umstellung in der Ernährung: bewusste Auseinandersetzung mit diesem Thema und Umstellung auf fettarme Kost und mehrere kleine Mahlzeiten
- Mehr Bewegung und Sport

Des Weiteren helfen regelmäßiges Wiegen, Ernährungsprotokolle und Unterstützung durch das soziale Umfeld.

Zwei Teilnehmerinnen nennen als Grund für die Bereiche, die sie nicht als erfolgreich erachten, Zeitmangel bzw. Mangel an Selbstdisziplin.

Fazit: Unter Berücksichtigung aller objektiven Erfolgskriterien können 14 TN (52%) als in allen vier Punkten erfolgreich und 1 TN als in allen Punkten nicht erfolgreich bezeichnet werden. Die restlichen 12 TN (44%) erfüllen eins bis drei der Erfolgskriterien, sind also als teilweise erfolgreich zu bezeichnen.

Die subjektive Beurteilung der TN unterscheidet sich von der objektiven stark. 25 TN (96%) bezeichnen den Kurs als erfolgreich, ein Ergebnis, das durch die Nennung der subjektiven Erfolgskriterien und -gründe unterstützt wird. Die nach objektiven Kriterien als weniger bzw. 1 als nicht-erfolgreich zu bezeichnenden TN zählen sich selbst durchaus als erfolgreich, wohingegen 1 TN der „komplett Erfolgreichen“ ihren persönlichen Erfolg noch kritisch beurteilt.

Diese subjektive Beurteilung der TN bestätigt den Einsatz kursbegleitender offener Diskussionen über Wunschvorstellungen und Grenzen einer Gewichtsreduktion und den Auswirkungen sportlicher Betätigung, sowie der Übungen zur Anerkennung und Wertschätzung eigener Leistungen im Rahmen der Stressbewältigungsmaßnahmen. Diese Ergebnisse werden von Autoren vergleichbarer Programme mit dem Ziel der moderaten und langfristigen Gewichtsreduktion bestätigt (Beyer und Günther 1997; Kramuschke-Jüttner 1999).

Negative Folgen des Kurses

Negative Folgen des Kurses wurden von keiner TN berichtet. Eine TN verlor jedoch bis zu Kursende zu viel Gewicht und erreichte mit einem BMI von 19,1 bereits Untergewicht. Mit Hilfe der Daten der teilnehmenden Beobachtung kann die Entwicklung hierzu aufgezeigt und ein besseres Verständnis ermöglicht werden:

Bereits in Kursstunde 7 gab die TN an, nach ihren Berechnungen lediglich 800 - 900 kcal pro Tag zu konsumieren, mehr könne sie von der Menge her nicht essen. Nach der Auswertung des Ernährungsprotokolls zur Messung B ist zu erkennen, dass ihre Gesamtenergieaufnahme für 7 Tage tatsächlich nur 61% des empfohlenen Wertes beträgt.

Sie beteiligt sich stark bei allen ernährungswissenschaftlichen Themen, besorgt sich diesbezüglich Literatur und Informationen auch außerhalb des Kurses und versucht, alle handlungsbezogenen Tipps direkt umzusetzen (Quelle: TB):

- TN 5 erzählte von der letzten Woche „*Ich habe mal das gemacht, was Du (KL) uns geraten hast: keinen Stress aufladen lassen. Und es hat geklappt. Ich habe in Ruhe meine Pausen wahrgenommen und wenn ich merkte, etwas ging nicht mehr, dann ging es eben nicht mehr (...)* Die Kollegen guckten zwar erst ziemlich blöde, aber es ging! (...)“ ... Sie hat außerdem auf einer Feier Prioritäten gesetzt: Kein Lachs, dafür ... (?) und Obst. Abschließend erzählte sie noch von den „Hinweisschildchen“: Sie hat sie im Büro angebracht „*Trinken! Mind. 2 Liter*“ und es hat ihr geholfen.
- Es macht ihr sehr viel Spaß, sich auch mit der Theorie ihrer Ernährung auseinander zu setzen und auch wenn die anderen das schon als Besessenheit abtun, will sie weitermachen, da es sie fasziniert.

Zusätzlich zu den Belastungen durch Beruf, Hausbau und Vereinstätigkeiten betreibt sie als zeitaufwändiges Hobby Töpfern einschließlich dem Verkauf der Produkte auf Ostermärkten. Zur Messung B beträgt ihr BMI bereits 20,3 und die KL rät ihr im Beisein der Gruppe nicht weiter abzunehmen und an ihr ursprüngliches Ziel „*Etwas abnehmen und mein Gewicht danach halten*“ zu denken. Sie äußert den Wunsch, ihren Körperfettanteil etwas mehr zu reduzieren und lässt sich ihren Trainingsplan von der KL bestätigen. Im weiteren Verlauf des Kurses erzählt sie schließlich häufiger von unangenehmen Bemerkungen aus ihrem direkten Umfeld:

- Die männlichen Kollegen jedoch sagen, sie sei fast magersüchtig und solle mal wieder zunehmen.

und betont ihre täglich aufgenommene Nahrungsmenge:

- TN 5 hat 200 Gramm zugenommen und dies allen „lautstark kundgetan“. Sie sagt, sie mache viel Training. Sie erzählt ständig, wieviel sie essen würde und hat heute auch ein Rosinenbrötchen dabei. Das macht mich (KL) etwas hellhörig. Ich sage ihr während des Wiegens noch einmal, dass sie kein Gramm mehr abnehmen soll. Sie beteuert, dass das auch nicht ihre Absicht sei.

Die Gruppe unterstützt die Hinweise der KL und redet der TN ins Gewissen:

- TN 5 ist „*gefrustet*“, da sie nur noch negative Äußerungen in Bezug auf ihr Gewicht hört. Die Kollegen sagen ihr, dass sie vorher besser ausgesehen habe.

Ich (KL) frage sie, wie sie sich selbst sieht.

Sie sagt, dass sie „*eigentlich schon*“ stolz auf ihr jetziges Gewicht sei und sich selbst gar nicht so dünn findet. Sie habe sich zum Ziel gemacht, ihren „*Bauch weg zu bekommen*“ und das will sie auch schaffen. Mit ihrer gesunden Ernährung und der Gymnastik, die sie dazu macht.

Die Gruppe fragt, wo dieser Bauch denn jetzt noch sei.

Sie antwortet, dass es sie sehr „*nervt*“, wenn sie immer diese Bauchrolle sieht, wenn sie an sich herunter schaut.

TN 3 lacht und sagt, dass sie diese Rolle auch ganz gerne hätte.

TN 2 sagt ihr, dass sie es nicht übertreiben soll, da sie ab einem bestimmten Gewicht wirklich nicht mehr gut aussehen würde, was aber im Moment noch nicht der Fall sei, die Grenze ist allerdings schon erreicht.

Eine TN der Gruppe spricht die KL nach der 1. Nachmessung an und macht sie darauf aufmerksam, dass die Angaben nicht der Realität entsprechen, besagte TN esse kaum etwas und beteilige sich auch nicht mehr an gemeinsamen Essen innerhalb der Familie. Sie

sei auffallend aggressiv, zöge sich zurück und würde ihre Bekannten vor den Kopf stoßen. Als sich auch noch der Ehemann der TN in das Geschehen einbringt, werden die Hintergründe ihres Verhaltens etwas klarer. Er versucht ihr jeden weiteren Kontakt zur Gruppe und KL zu verbieten, sieht in diesem Kurs die Ursache „ihres Problems“ und glaubt, sie in ärztliche Behandlung bringen zu müssen:

- Er fragt mich (KL), ob ich nicht bemerkt habe, dass seine Frau durch den Kurs magersüchtig geworden sei, er müsse sie jetzt zum Arzt bringen. Ich sage, dass ich keine Diagnosen dieser Art stellen würde, erkläre ihm, dass uns allen auffiel, wie stark sie abgenommen habe und dies auch durchaus ein Thema des Kurses sei. Er untersagt mir daraufhin jeglichen Kontakt mit ihr und will dafür sorgen, dass sie auch nicht mehr kommt.

Um das Vertrauensverhältnis zur TN nicht zu gefährden, wird sie von Seiten der KL über dieses Gespräch und auch die Bedenken von Seiten einiger TN der Gruppe informiert und bekommt Hilfe für den Bedarfsfall angeboten. Die TN spricht bei dieser Gelegenheit erstmals Probleme in ihrer Beziehung an und betont ihre psychische und physische Belastung durch den Hausbau. Er symbolisiere etwas Bindendes, Endgültiges zu dem sie eventuell noch nicht bereit sei.

Zur ersten Nachmessung verliert sie weiter Gewicht (BMI 18,2), weicht jedoch allen Fragen hierzu aus.

Im Zeitraum zwischen der ersten und 2. Nachmessung trennt sie sich von ihrem Ehemann, zieht in eine andere Stadt, erleidet einen Autounfall, geht eine neue Beziehung ein und nimmt wieder 9 kg zu (BMI 21,5). Trotzdem ist sie zufrieden und fühlt sich gut (Quelle: AF):

- *ich fühle mich im Moment richtig ausgeglichen, einfach viel Freude am Leben, „raste“ nicht mehr bei jeder Kleinigkeit aus*
 - *harmonische Partnerschaft*
 - *Spaß am Beruf*
 - *Gute Freunde*
 - *Akzeptiert werden, wie ich bin*

Sie hält auch nach der letzten Nachmessung einen losen Kontakt zur KL per Telefon und E-mail und berichtet, ihr Gewicht der 2. Nachmessung weitgehend zu halten. Sie setzt sich wieder intensiver mit der Ernährung und den Kursinhalten auseinander, dieses mal jedoch gemeinsam mit ihrem neuen Lebensgefährten, für den sie auch eine Protokollauswertung anfertigen lässt. Ihre Fragen bezüglich Ernährung beziehen sich nicht mehr auf Energiewerte einzelner Lebensmittel und auf entsprechende Substitutionsmöglichkeiten, sondern überwiegend auf Lebensmittelqualitäten und -skandale.

Fazit: Die auf den ersten Blick als negative Folge des Gruppenprogramms erscheinende viel zu starke Gewichtsreduktion einer TN kann bei einer näheren Beschreibung der Vorgänge allerdings nicht dem Kurs als solchen angelastet werden.

Krebs (1995) macht in der Beschreibung ihrer 8-jährigen Arbeit mit Essgestörten überwiegend weiblichen Patienten Diäten für den Einstieg in eine bzw. Manifestierung einer bereits bestehenden Essstörung verantwortlich.

Weiterhin bezeichnet sie Essstörungen als eine typische „Frauenkrankheit“. Die Hauptbeschäftigungen, „Kinder, Küche, Kirche“, der älteren Generationen seien durch „Kinder, Karriere und Kosmetik“ ersetzt worden und eine Essstörung scheint den Ausbruch aus dieser traditionellen weiblichen Rollenzuweisung zu garantieren. Wolf (1991) bezeichnet

dies treffend als „Die endlose Sisyphusarbeit an der eigenen Schönheit ersetzt die endlose Sisyphusarbeit im Haushalt.“ (S. 65). Bezogen auf o.g. TN kann angenommen werden, dass die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Ernährung und die übertriebenen Anstrengungen, den Körper nach gewissen Idealmaßen zu formen, als eine Möglichkeit zur Kompensation der mehrfachen Belastung durch Beruf, Hobby, dem Gefühl nicht akzeptiert zu werden und vor allem einer nicht intakten Partnerschaft genutzt wurde. Bereits 1973 berichtete Bruch (Pudel und Westenhöfer 1998) im Rahmen der Beschreibung einer Anorexia nervosa über eine Kompensation des Gefühls der Passivität und Kontrolle von außen durch eine extreme Kontrolle der eigenen Nahrungsaufnahme. Es liegt nicht im Rahmen der Möglichkeiten der Autorin festzustellen, ob tatsächlich eine Essstörung vorlag bzw. nach wie vor vorliegt. Der Erklärungsansatz von Krebs (1995), dass ein „Esssymptom“ für das Verständnis von ungelösten Alltagskonflikten genutzt wird, scheint sich nach den geschilderten Vorgängen durchaus auch auf diese TN anwenden zu lassen.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass durch den Kurs keine negativen Folgen auftreten. Die Problematik der Kompensation von Konflikten unterschiedlicher Art durch eine übertriebene Fokussierung auf Ernährung bzw. bestimmte idealisierte Körperformen könnte jedoch bei Bedarf noch intensiver, eventuell auch in Form einer Gruppenarbeit, in den Kurs integriert werden.

5.3 Entwicklung nach Kursende

5.3.1 Anthropometrische Daten

Entwicklung

Der Vergleich der anthropometrischen Daten des Gesamtkollektivs aus Messung A und C und der 1. und 2. Nachmessung zeigt einen leichten graduellen Anstieg von **Gewicht**, **KFA** und **BMI** nach Kursende. Alle durchschnittlichen Ergebnisse liegen noch unter dem Ausgangswert. Die **körperliche Leistungsfähigkeit** fällt zur 1. Nachmessung um nahezu 10% ab und bleibt zur 2. Nachmessung konstant.

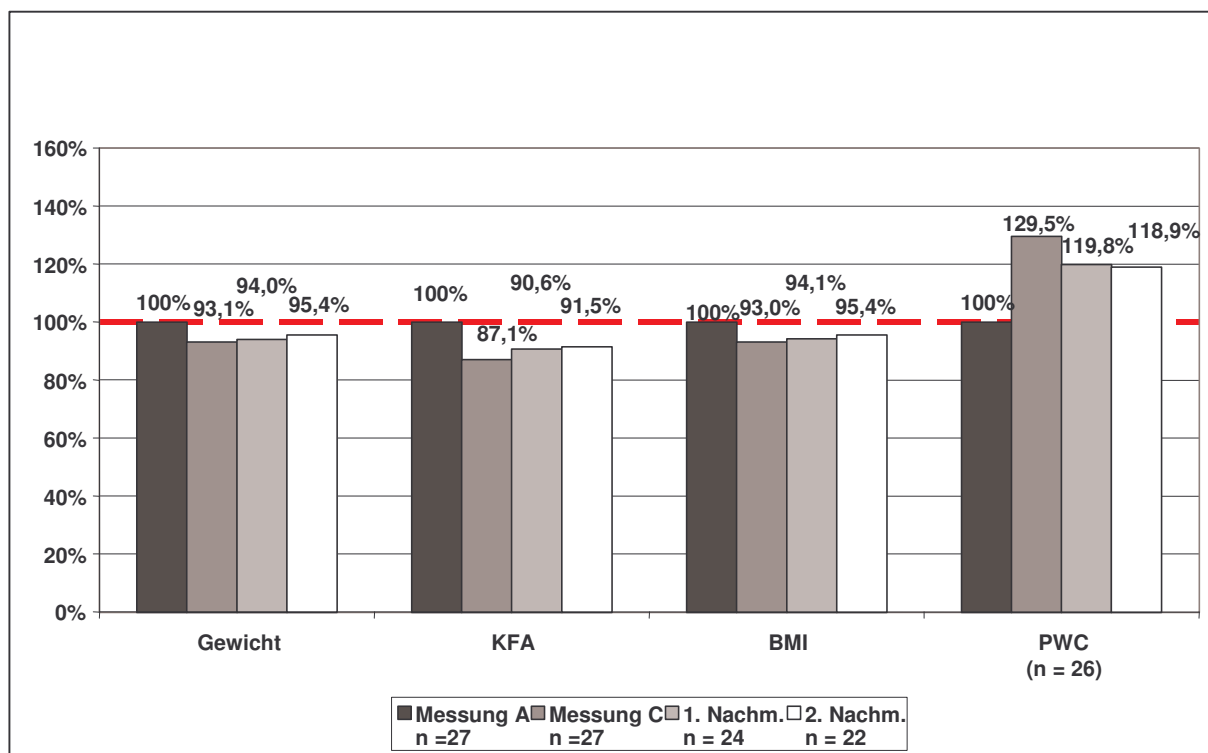


Abb. 5-50 Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter nach Kursende, alle Gruppen (Quelle: MA, MC, 1. und 2. NM)

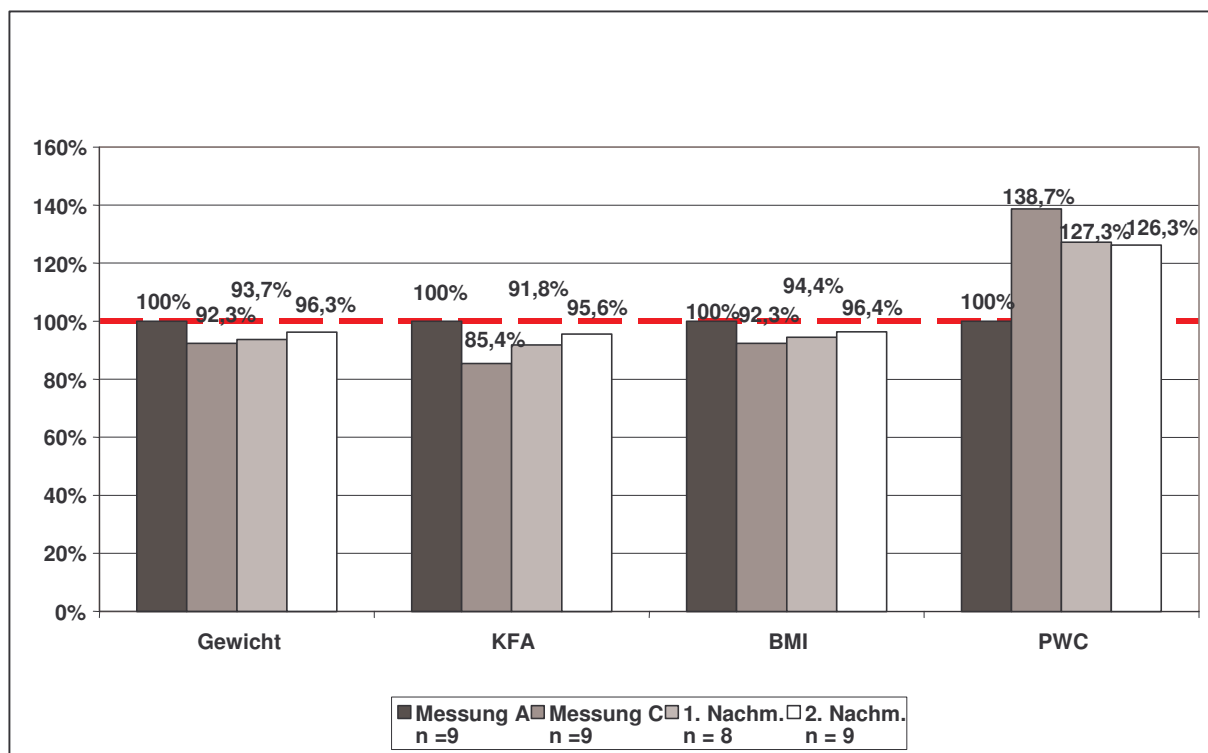


Abb. 5-51 Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter nach Kursende, Gruppe 1 (Quelle: MA, MC, NM1 und NM2)

Der zu Kursende moderate Gewichts- (5-10%) und starke Körperfettverlust (>10%) der **Gruppe 1** lässt bis zur 2. Nachmessung auf geringfügige Werte unter 5% nach, wobei die körperliche Leistungsfähigkeit noch 26,3% über dem Ausgangswert zu Kursbeginn liegt. Insgesamt sind noch 2 von 9 TN nach allen objektiven Kriterien erfolgreich (zu Messung C waren dies 5 von 9 TN).

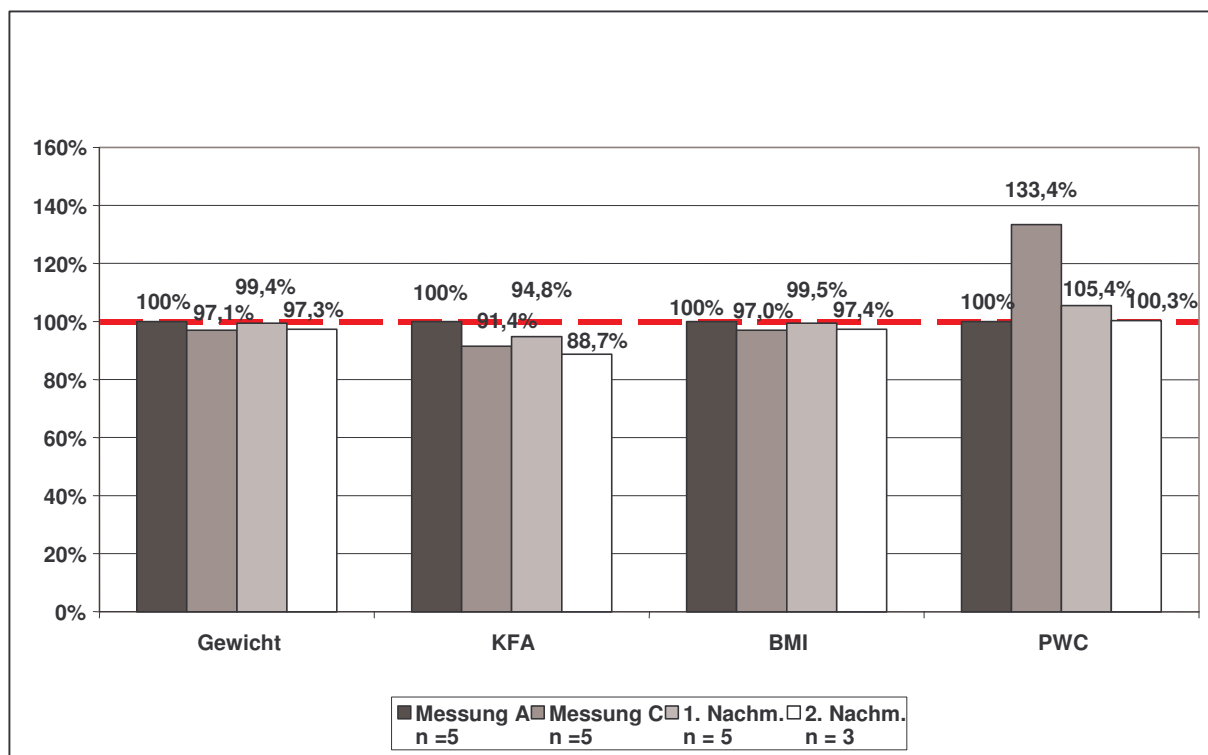


Abb. 5-52 Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter nach Kursende, Gruppe 2 (Quelle: MA, MC, NM1 und NM2)

In **Gruppe 2** entwickelt sich zur 1. Nachmessung der ohnehin geringe Gewichts- und Körperfettverlust fast auf das Ausgangsgewicht zurück und fällt zur 2. Nachmessung wieder nahezu auf die Werte zum Kursende. Die körperliche Leistungsfähigkeit liegt im Gruppendurchschnitt jedoch wieder beim Ausgangswert zu Kursbeginn.

Eine TN erfüllt erst zur 2. Nachmessung die objektiven Erfolgskriterien für Gewichts- und Körperfettverlust, eine weitere reduziert zwar stark ihren KFA, verliert aber nahezu kein Gewicht.

Hierbei ist zu bemerken, dass von den ursprünglich 5 TN (Kursende und 1. Nachmessung) nur 3 TN zur 2. Nachmessung erscheinen. Eine der abwesenden TN liegt zur 1. Nachmessung mit +2,1% wieder über ihrem Ausgangsgewicht zu Kursbeginn, und kann ihren zu Kursende beachtlichen Körperfettverlust von 20,3% nur geringfügig halten.

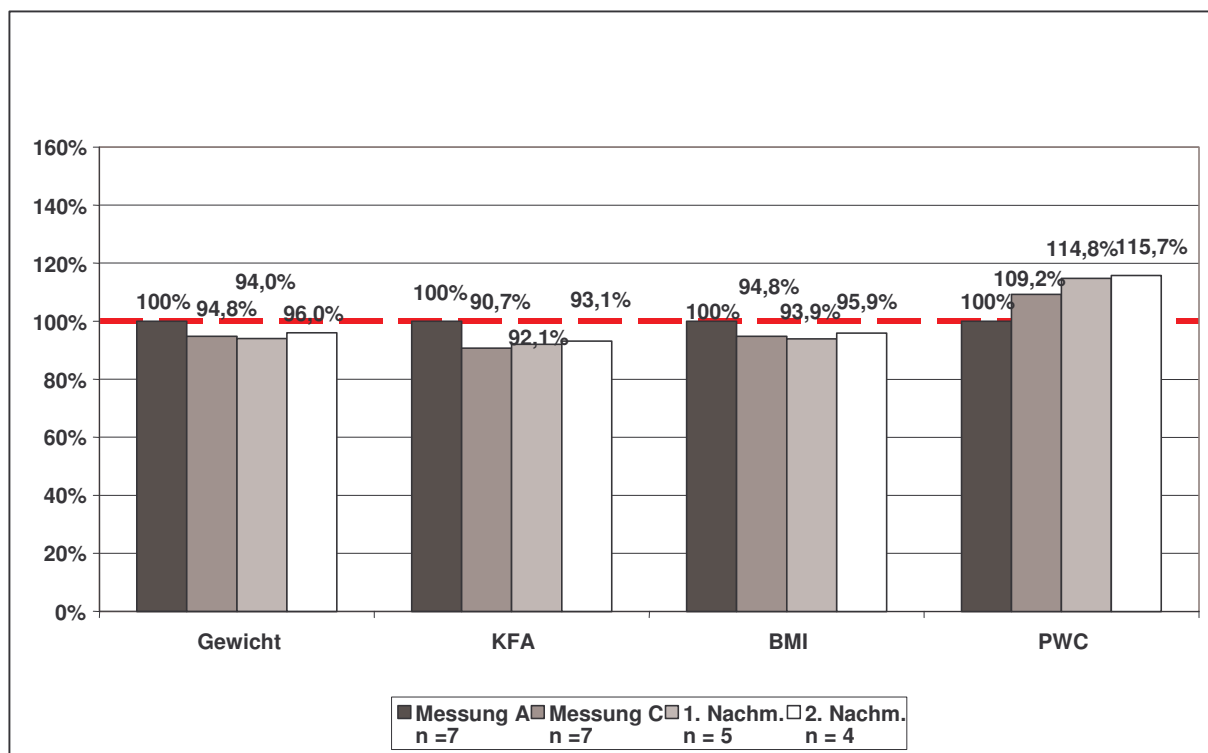


Abb. 5-53 Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter nach Kursende, Gruppe 3 (Quelle: MA, MC, NM1 und NM2)

Gruppe 3 weist zur 2. Nachmessung moderate mittelfristige Erfolge auf, wobei hier die individuellen Verläufe voneinander zu unterscheiden sind. Eine der 4 zum Messtermin erscheinenden TN nimmt sowohl an Gewicht- als auch an Körperfett über ihre Ausgangswerte zu Kursbeginn zu, befindet sich dabei aber mit einem BMI von 22,7 noch im Idealbereich, während der KFA etwas zu hoch liegt. Zwei weitere TN halten ihr Gewicht noch geringfügig und den KFA moderat reduziert. Das dennoch eher positive Gruppenergebnis wird von einer TN mit 14,5% Gewicht- und 17,9 % Körperfettverlust im Vergleich zur Ausgangsmessung bestimmt. Ihre körperliche Leistungsfähigkeit sinkt jedoch aufgrund einer leichten Kreislaufschwäche zum Messtermin ab, während alle anderen TN einen Leistungszuwachs verzeichnen.

Eine weitere, zu Kursende erfolgreiche TN rief die Kursleitung zwei Tage nach der Messung an und erklärte, ein weiteres Kilo auf ihrer Waage abgenommen zu haben (Quelle: Mitschrift Telefonat):

- Sie hatte soviel im Geschäft zu tun, dass sie den Messtermin „total vergaß“. Dabei habe sie sich so darauf gefreut, den anderen ihren Erfolg - ein weiteres „festes“ Kilo - und eine durchtrainierte Taille präsentieren zu können.

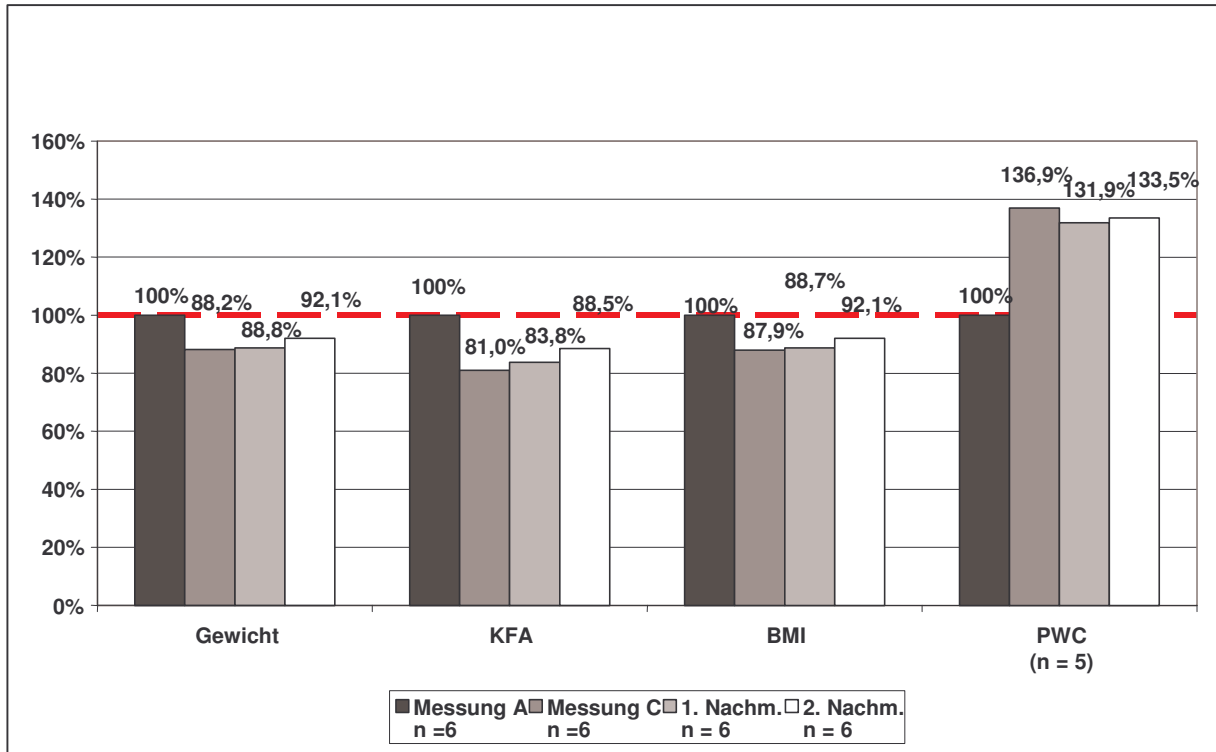


Abb. 5-54 Relative Entwicklung der anthropometrischen Daten und Leistungsparameter nach Kursende, Gruppe 4 (Quelle: MA, MC, NM1 und NM2)

Auch in **Gruppe 4** steigt sowohl das Durchschnittsgewicht als auch der KFA. Während 2 TN weiterhin ihr Gewicht und KFA reduzieren, nehmen 2 weitere in diesen Bereichen wieder stärker zu, eine erreicht sogar ihren KFA zu Kursbeginn. Die anderen 2 TN liegen noch in einem geringfügig bis moderat reduzierten Gewichtsreich.

Beurteilung

In Abb. 5-55 ist die Entwicklung des Erfolgs in Bezug auf Gewichts- und Körperfettreduktion, sowie Leistungssteigerung bzw. -erhalt dargestellt.

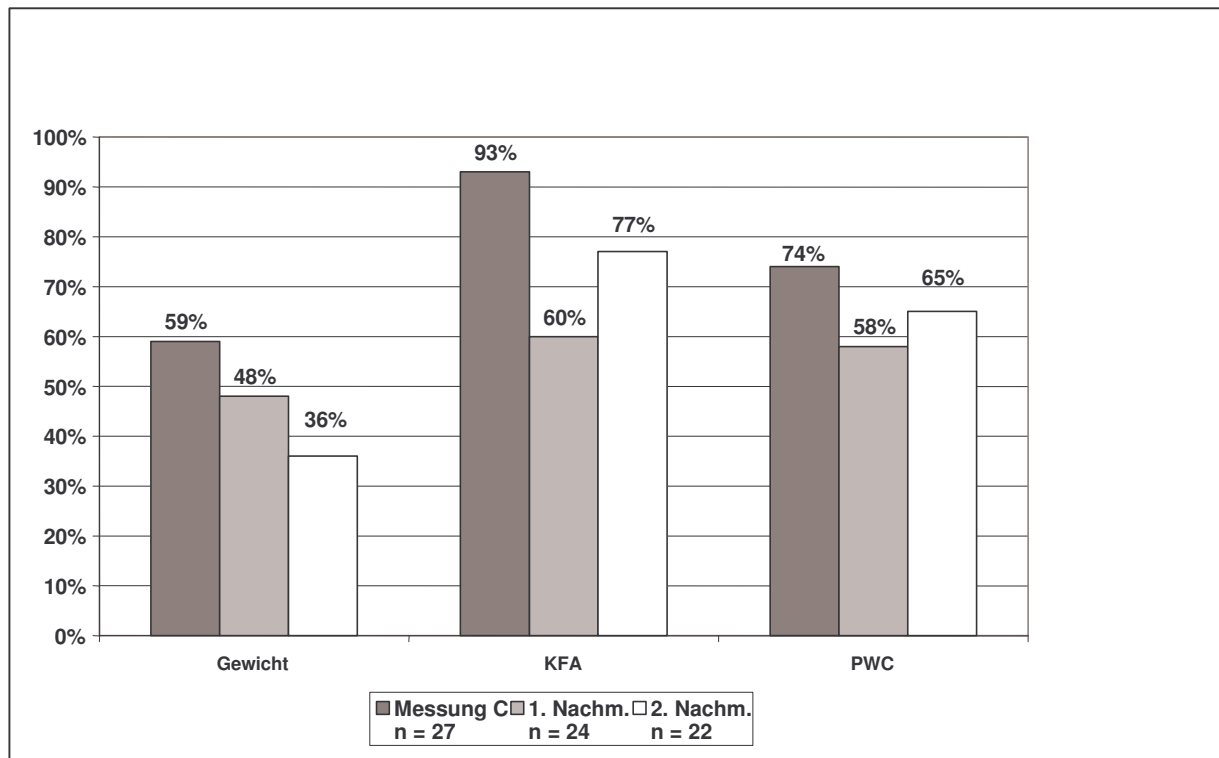


Abb. 5-55 Bewertung des Teilnehmerinnen-Erfolgs im Durchschnitt (Quelle: MC, NM1 und NM2)

Tab. 5-8 Darstellung des mittelfristigen Erfolgs nach objektiven Kriterien (n=22, Quelle: MA, NM2)

	erfolgreich	nicht erfolgreich
	Körpergewicht	
Kriterium	≥ 5% des Ausgangsgewichts verloren	< 5% des Ausgangsgewichts verloren
Anzahl zu NM2 (Messung C)	8 TN = 36% (59%)	14 TN = 64% (41%)
	KFA	
Kriterium	≥ 5% des Ausgangs-KFA verloren	< 5% des Ausgangs-KFA verloren
Anzahl zu NM2 (Messung C)	17 TN = 77% (93%)	5 TN = 23% (7%)
	BMI	
Kriterium	≥ 1 Punkt unter den Ausgangswert	< 1 Punkt unter den Ausgangswert
Anzahl zu NM2 (Messung C)	9 TN = 41% (74%)	13 TN = 59% (26%)
	Körperliche Leistungsfähigkeit (PWC)	
Kriterium	eine Leistungsstufe höher bzw. im Bereich „befriedigend“	in gleicher Leistungsstufe und schlechter als „befriedigend“
Anzahl zu NM2 (Messung C)	14 TN = 64% (63%)	8 TN = 36% (37%)
in allen vier Bereichen erfolgreich/nicht erfolgreich (Messung C)	5 TN = 23% (44%)	1 TN = 5% (7%)

Fazit: In einer als mittelfristig zu bezeichnenden Zeit von 8 Monaten nach Kursende halten noch 36% der TN ihr moderat (5-10%, s. Kap. 4.3.2.1) bis stark reduziertes Gewicht. Die Hälfte davon nimmt sogar noch weiter ab. 41% der TN haben ihren BMI nach wie vor um mindestens einen Punkt im Vergleich zum Ausgangsgewicht reduziert. Einen moderat bis stark reduzierten KFA können noch 77% der TN vorweisen, zwei Drittel der TN zeigen nach wie vor eine mindestens befriedigende körperliche Leistungsfähigkeit.

In einer Nachbefragung 6 Monate nach Ende der Gewichtsreduktionsmaßnahme „Esslust statt Diätfrust“ geben die Hälfte von 108 befragten TN an, ihr Gewicht stabilisiert, 14,8% weiter abgenommen und 34,2% wieder zugenommen zu haben (Kramuschke-Jüttner 1999). Der mittelfristige Erfolg dieser Maßnahme stellt sich zwar positiver als in der vorliegenden Studie dar, ist jedoch nur bedingt vergleichbar, da die Daten nicht mittels Messung, sondern telefonisch erhoben wurden. Vergleichbar hiermit sind die Erhebungsmethoden und Daten der Evaluation des Gruppenprogramms „Pfund um Pfund“ (GSB 1995).

Die Überprüfung mittelfristiger Wirkungen weiterer Studien erfolgen überwiegend erst 1 Jahr nach dem jeweiligen Maßnahmenende und können teilweise nur noch wenig mehr als die

Hälfte der ursprünglichen Probanden mit einbeziehen (Adams et al. 1983; Schlundt et al. 1993; Skender et al. 1996).

Während in Gruppe 1 zu Kursende 5 von 9 TN in allen objektiven Bereichen erfolgreich sind, gilt dies zur 2. Nachmessung nur noch für 2. In Gruppe 4 sind von zuvor 5 noch 3 TN (aus 6) in allen Bereichen erfolgreich.

Die körperliche Leistungsfähigkeit nimmt nach Kursende besonders für die Gruppen 1 und 2 auffällig ab, Gruppe 4 hält ihr Niveau nahezu ein, während Gruppe 3 die Leistung geringfügig verbessert.

Aus den Gruppen 1 und 4 erscheinen fast alle TN zu den Nachmessungen, während aus den Gruppen 2 und 3 bis zur 2. Nachmessung jeweils nur noch ca. 60% erscheinen (s. Kap. 5.2.4).

Zufriedenheit

Die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Gewicht zur 2. Nachmessung beantworten 11 TN (48%) mit „ja“ und geben unterschiedliche Gründe hierfür an (Quelle: Fragebogen NM2):

- *„fühle mich einfach gut“*
- *„ist mein Idealgewicht“*
- *„bin zufrieden, möchte noch 2-3 kg weniger“*

Für jeweils eine Teilnehmerin ist diese Zufriedenheit abhängig von Stimmung, Jahreszeit bzw. passender Kleidung.

Ebenfalls 11 TN verneinen die Frage:

- *„Für die Länge der Zeit gerne mehr abgenommen“*
- *„Weil ich zugenommen habe“*
- *„Hose kneift noch, gerne 3 kg weniger“*
- *„Gewicht heute höher als bei Abschlussmessung, ursprüngliches Ziel nicht erreicht“*

1 TN reagiert mit „teils, teils“:

- *„vom Gefühl her lieber 60 kg, aber gesundheitlich und nervlich besser bei 64“*

Während die Anzahl der zufriedenen und unzufriedenen TN in den Gruppen 1 und 3 ausgewogen ist, zeigen sich alle TN aus Gruppe 2 unzufrieden. In Gruppe 4 sind 5 von 6 TN zufrieden, obwohl das Ergebnis der Messung noch teilweise vom Wunschgewicht abweicht.

Erfolgs- / Misserfolgsbegründung

Die Frage nach dem Grund für den Erfolg bzw. Misserfolg ruft sehr unterschiedliche Antworten hervor. TN, die mit ihrem Gewicht zufrieden sind, geben eher negative Antworten und umgekehrt, so dass eine sinnvolle Kategorisierung bzw. Strukturierung nicht möglich ist. Die meistgenannten Gründe für eine Zunahme des Gewichts, unabhängig davon, ob die Teilnehmerinnen damit zufrieden sind oder nicht, lauten (Quelle: Fragebogen NM2):

- weniger Bewegung bzw. Sport
- zuviel gegessen, genascht
- Stress, keine Zeit

- weniger Motivation
- mangelndes Durchhaltevermögen

weiterhin wird „denke, es liegt am Östrogengehalt, lagere mehr Wasser ein“, „weiß nicht, halte mich an alles“ und „Ernährungsumstellung auf „vitalstoffreichere Vollwertkost“ ohne tierisches Eiweiß, daher nicht so extrem auf Fett geachtet“

genannt.

Positivere Aussagen beinhalten

- „Mache Sport, viel Bewegung“
- bewusster Essen
- an Gelerntes halten

sowie „Stress, nicht viel gegessen, Übelkeit danach, Kummer“, „bewusstere Ernährung, ständige Erkältung => kein Hungergefühl“.

Fazit: Nahezu die Hälfte der TN sind 8 Monate nach Kursende zufrieden mit ihrem Gewicht. Die anderen TN begründen ihre Unzufriedenheit mit der Tatsache, wieder zugenommen zu haben bzw. dem Wunsch, mehr abzunehmen. Die Hauptgründe für eine Gewichtszunahme werden in Veränderungen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens (weniger Bewegung, zuviel und falsch essen), mangelnder Zeit, Motivation und Durchhaltevermögen vermutet.

5.3.2 Angaben zum Gesundheitsverhalten

Alkohol

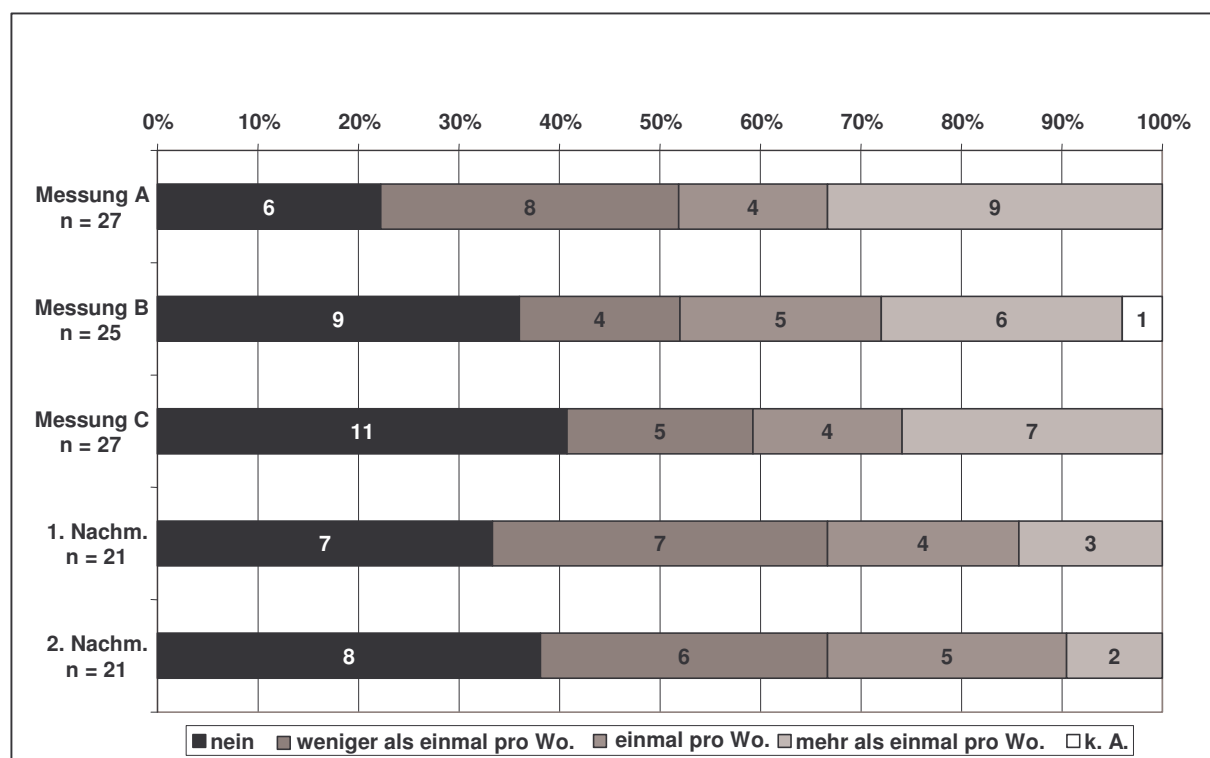


Abb. 5-56 Wöchentlicher Alkoholkonsum im Kursverlauf und nach Kursende (Quelle: F1a, b, c, d, e)

Auch 8 Monate nach Kursende kann eine Entwicklung des Alkoholkonsums von einmal pro Woche und mehr zu weniger als einmal pro Woche bis gar nicht festgestellt werden. Die TN behalten also auch mittelfristig dieses verbesserte Gesundheitsverhalten bei.

Entspannungsverhalten

a) Häufigkeit entspannender Tätigkeiten

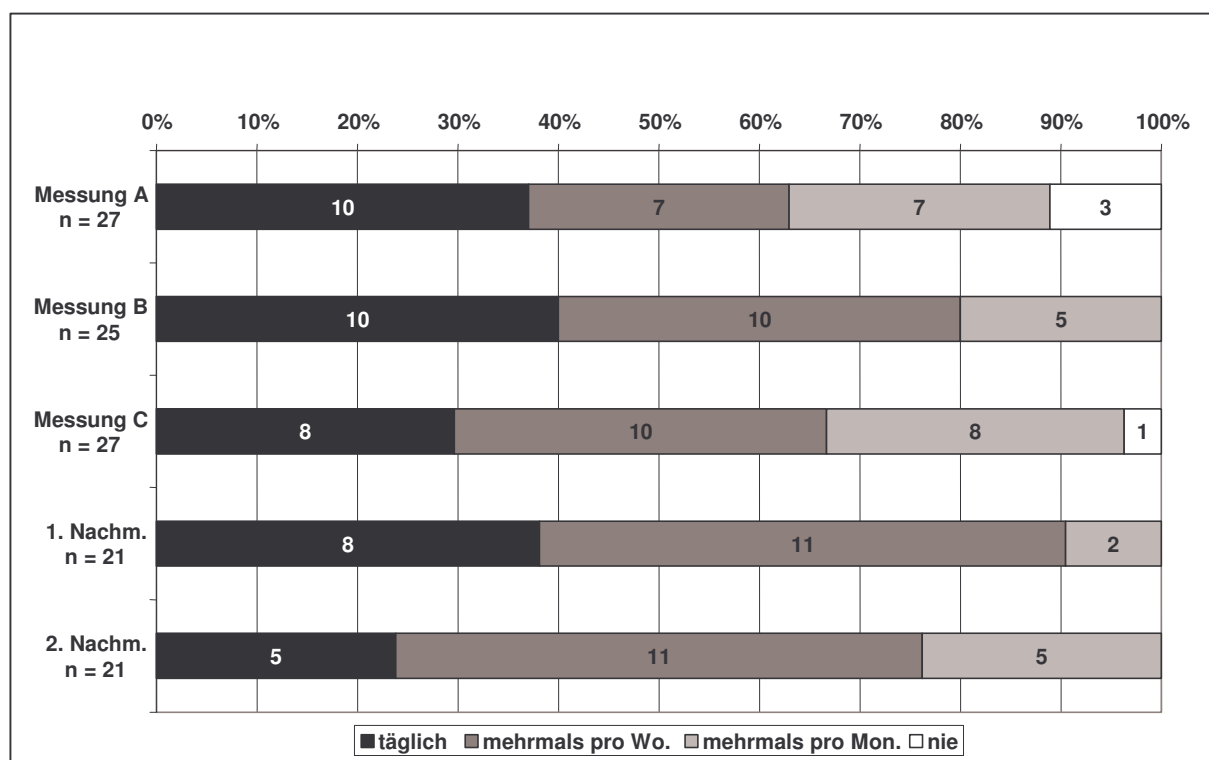


Abb. 5-57 Häufigkeit entspannender Tätigkeiten im Kursverlauf und nach Kursende (Quelle: F1a, b, c)

Die Häufigkeit, in der die TN entspannenden Tätigkeiten nachgehen zeigt nach Abb. 5-57 keine deutlichen Verschiebungen nach Kursende. Erst die Angaben der TN in der schriftlichen Befragung und anschließenden Diskussion lassen erkennen, dass Umfang und Art der aktiven Entspannung sich verändern.

Während der **1. Nachmessung** geben 11 TN (44%) an, etwas geändert zu haben. Die Hälfte davon macht insgesamt weniger (Quelle: Fragebogen NM1):

- „wegen äußerer Umstände, wird sich irgendwann wieder ändern“
- „wenig Zeit => unzufrieden und gereizt“
- „Wohlfühlgefühl ist wieder dahin, Gefühl von gehetzt, fett und nicht leistungsfähig, nur am WE besser“

1 TN empfindet ihr gesundheitliches Befinden schon als entspannend

- „nicht mehr so oft müde, weniger Kopfschmerzen“

und 5 TN machen etwas anderes bzw. mehr als vorher:

- „auch mal lesen ohne schlechtes Gewissen“

Darstellung der Ergebnisse

- „schminke öfter, mehr Wert auf Äußeres, das spornt an, abzunehmen, Cremes und Schaumbäder, abends ½ Std. mindestens nur für mich“
- „da jetzt Kleidergröße 42 gehe ich gerne einkaufen, tut gut“

Zur 2. **Nachmessung** haben wieder 11 TN (48%) etwas in ihrem Entspannungs-verhalten geändert. Nur 3 TN unternehmen weniger (Quelle: Fragebogen NM2):

- „habe mich vernachlässigt: keine neuen Schuhe, Kleidung, Friseur“
- „nur noch selten bewusste Entspannung“

während 8 TN mehr bzw. etwas anderes machen

- „regelmäßig Kosmetik, neue Klamotten, Kurzurlaub allein, Zeit zum Lesen/entspannendes Bad“
- „Einstellung zum Leben ist anders geworden, keine Ruhe sondern Bewegung zum Entspannen“
- „abends kurze Zeit für mich zum Lesen, mehr Beachtung meines Äußeren „was steht mir?“, mich mehr annehmen“
- „habe mehr vom Leben, regelmäßig mit Freunden ausgehen, mehr Spaß, anders“

Während der Diskussionen zur 1. und 2. Nachmessung geben jeweils insgesamt ein Viertel der TN an, nicht mit ihrem Entspannungsverhalten zufrieden zu sein. Sie würden gerne mehr bzw. regelmäßiger aktiv entspannen.

b) Schwierigkeiten im Entspannungsverhalten

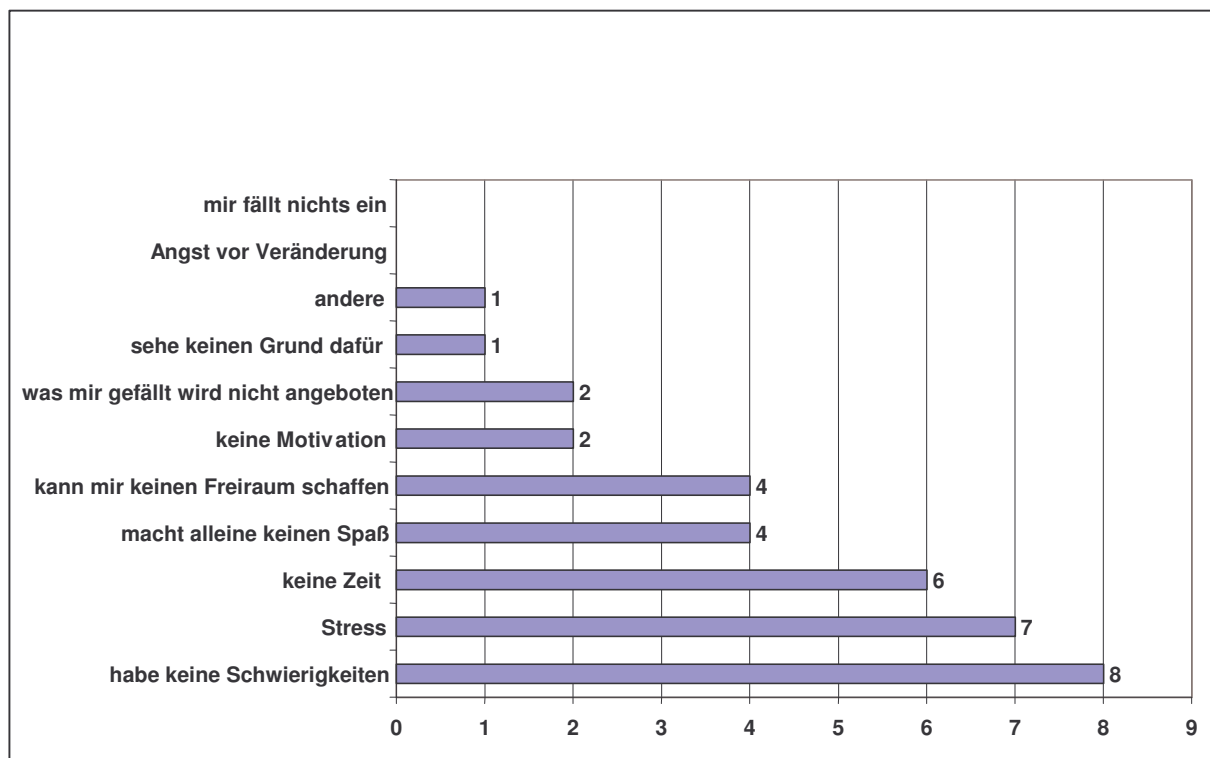


Abb. 5-58 Schwierigkeiten bei der Zielerreichung „bewusstere Entspannung“ (Mehrfachnennungen, n=23, Quelle: Fragebogen NM2)

Ein Drittel der TN haben keine Schwierigkeiten ihre Ziele bezüglich „bewusstere Entspannung“ umzusetzen. Zu den Hauptgründen der anderen TN zählen Stress bzw. mangelnde Zeit und keine Möglichkeit, sich einen Freiraum zu schaffen. Außerdem macht es einigen TN keinen Spaß, dieses Ziel allein umzusetzen.

Fazit: Acht Monate nach Kursende sind ca. ein Viertel der TN nicht zufrieden mit ihrem Entspannungsverhalten. Zu entspannenden Tätigkeiten zählt nach Aussage der TN, mehr für sich selbst zu tun, auch in Form von Bewegung. Die am häufigsten genannten Ursachen für die fehlende Umsetzung einer bewussten Entspannung sind Stress, keine Zeit und mangelnder Freiraum.

Sport- und Bewegungsverhalten

a) Sport- und Bewegungsumfang

Aus den Antworten der schriftlichen Befragung zur 1. und 2. Nachmessung geht hervor, dass die TN sukzessive ihr Sport- und Bewegungspensum im Laufe der zurückliegenden 8 Monate seit Kursende reduzieren, einige TN machen mal mehr, mal weniger Sport (Quelle: Fragebogen NM1 und NM2):

- *„durch 2 starke Erkältungen und 4 Wo Urlaub leider weniger insgesamt“*
- *„Rückfall zu zu wenig Bewegung => Sport fällt wieder schwer, da nicht regelmäßig“*
- *„musste reduzieren (Fehlgeburt), jetzt wieder aufgeholt“*
- *„seelische Probleme, daher keine Kraft mich zu bewegen (höchstens Spazieren und Radfahren), lasse mich oft total gehen“*
- *„witterungsbedingt weniger Tennis, dafür Rad fahren“*

b) Stellenwert von Sport und Bewegung

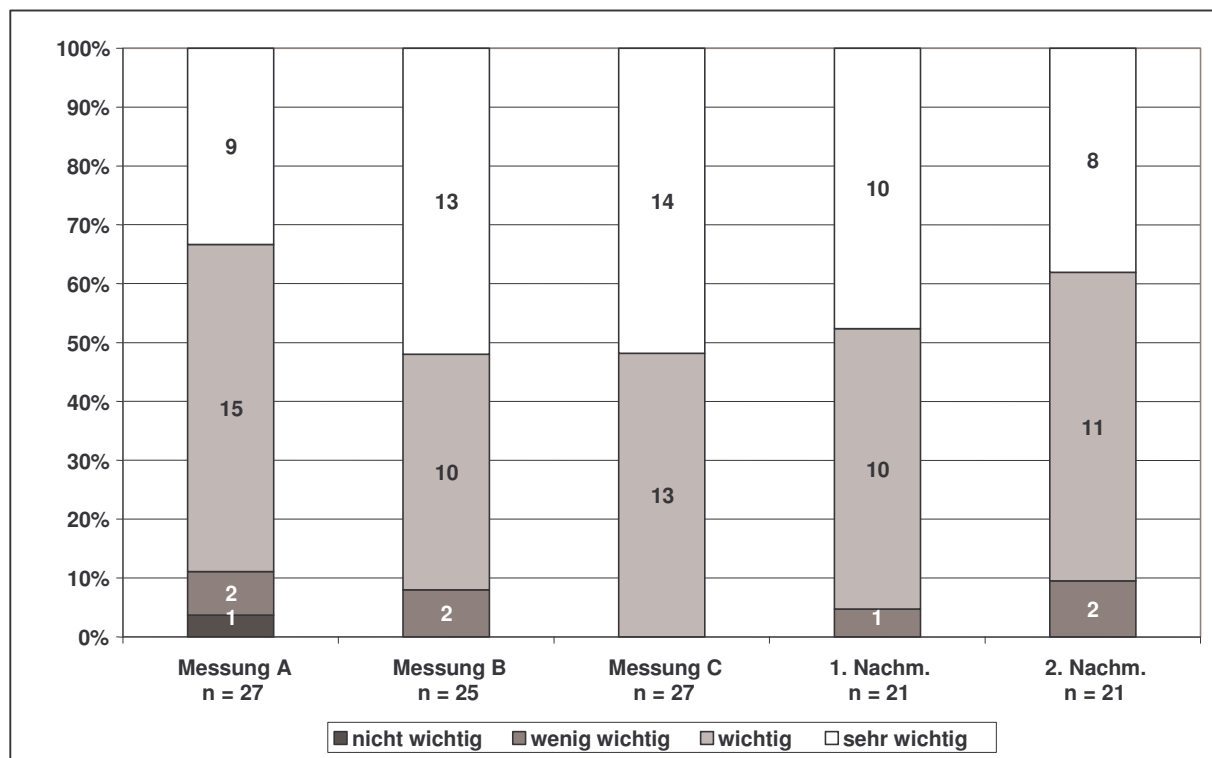


Abb. 5-59 Stellenwert des Sports (Quelle: F1a, b, c, d, e)

Der Stellenwert des Sports nimmt nach Kursende wieder leicht ab und erreicht die Ausgangswerte zu Kursbeginn. Dies könnte auch in Zusammenhang mit den jahreszeitlich bedingten Witterungsverhältnissen gesehen werden, da sich viele TN, insbesondere aus Gruppe 1, während des Kurses im Freien sportlich betätigten (Quelle: Fragebogen NM1):

- „Motivation fehlt für Heimtrainer, zu schlechtes Wetter für draußen“

Insgesamt ist die Stellung des Sports bei den TN als positiv zu bewerten (Quelle: Fragebogen NM1):

- „Wichtig, weil danach immer locker und entspannt fühle“
- „Jetzt viel höheren Stellenwert als früher“
- „schon immer viel Bewegung, jetzt öfters Sport“

c) Schwierigkeiten

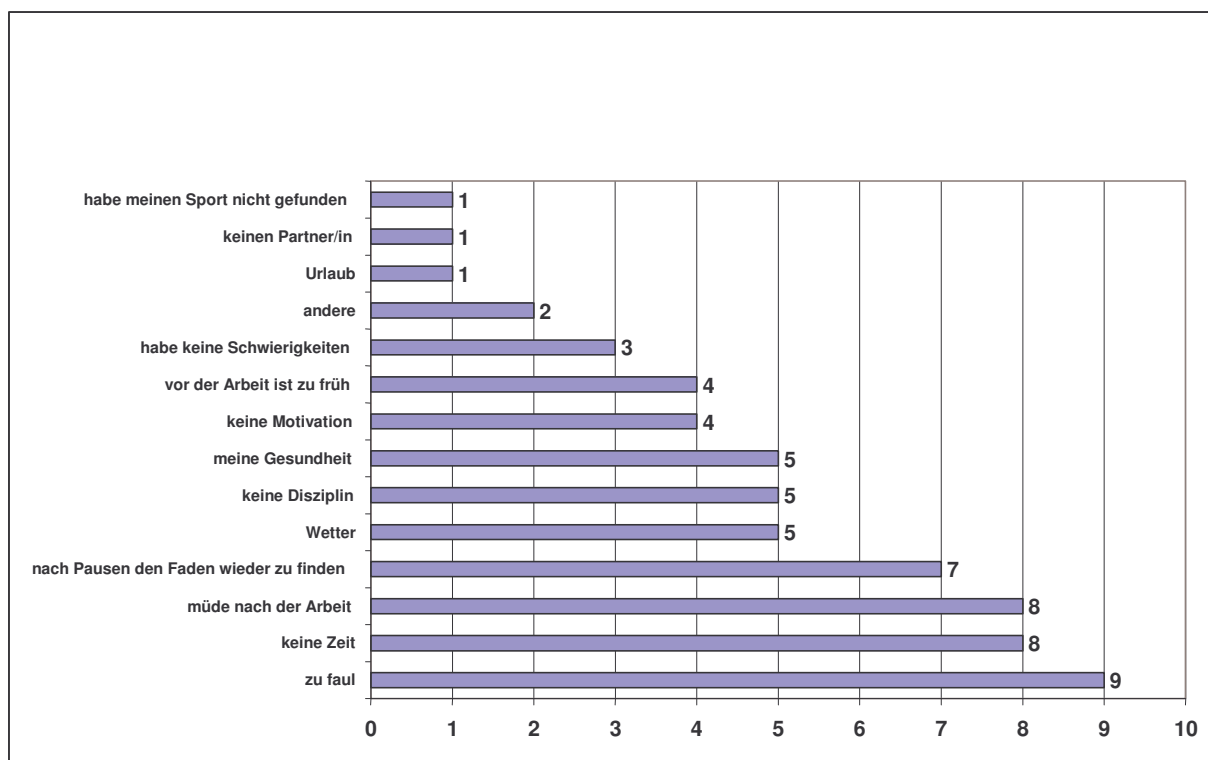


Abb. 5-60 Schwierigkeiten bei der Zielerreichung „mehr sportliche Betätigung“ (Mehrfachnennungen, n=23, Quelle: Fragebogen NM2)

Nahezu 40% der TN haben keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung ihrer Ziele in Bezug auf Sport. Die häufigsten Gründe für zu wenig Sport sind „Faulheit“, Zeitmangel, Müdigkeit nach der Arbeit und die Schwierigkeit nach Pausen wieder den Faden zu finden. 2 TN geben im Verlauf der Messung an, bei unverändertem Ernährungsverhalten mehr Sport zu machen und trotzdem wieder zugenommen zu haben.

Fazit: Der Bewegungs- bzw. Sportumfang der TN lässt nach Kursende mittelfristig wieder etwas nach, wobei der Stellenwert des Sports im Leben der TN sich im Verlauf des Kurses und danach nur geringfügig verändert hat und überwiegend als „wichtig“ bis „sehr wichtig“ gesehen wird. Eine Verringerung der sportlichen Betätigung 6 bzw. 12 Monate nach Abschluss eines Gewichtsreduktionsprogramms konnten auch Purschwitz et al. (2000) feststellen.

Faulheit, Zeitmangel, Müdigkeit nach der Arbeit und die Schwierigkeit, nach einer Pause wieder anzufangen, sind die Hauptgründe für die Reduktion der sportlichen Aktivitäten. Anderson und Fox (1998) betonen in diesem Zusammenhang ein über den Kursverlauf hinausgehendes Angebot an professionell betreuten Sportstunden als essenzielle Strategie zur Gewichtsstabilisation. Die von qualifizierten Trainern und einer Gruppe Gleichgesinnter ausgehende Motivation hilft den Betroffenen, vorhandene Barrieren zu einem sportlicheren Lebensstil abzubauen.

In Verlauf eines 20-wöchigen Gewichtsreduktionskurses mit 50 übergewichtigen Frauen konnten Jakicic et al. (1998) feststellen, dass 45% der Frauen, die ihren Sportaufwand überschätzten, signifikant weniger Gewicht verloren, als Frauen, die genaue Angaben machten bzw. ihre Aktivitäten unterschätzten. Dies mag eine Erklärung für 2 TN sein, die trotz der Angabe „mehr Sport“ bei unverändertem Ernährungsverhalten wieder zunehmen.

Ernährungsverhalten

a) Mahlzeitenfrequenz

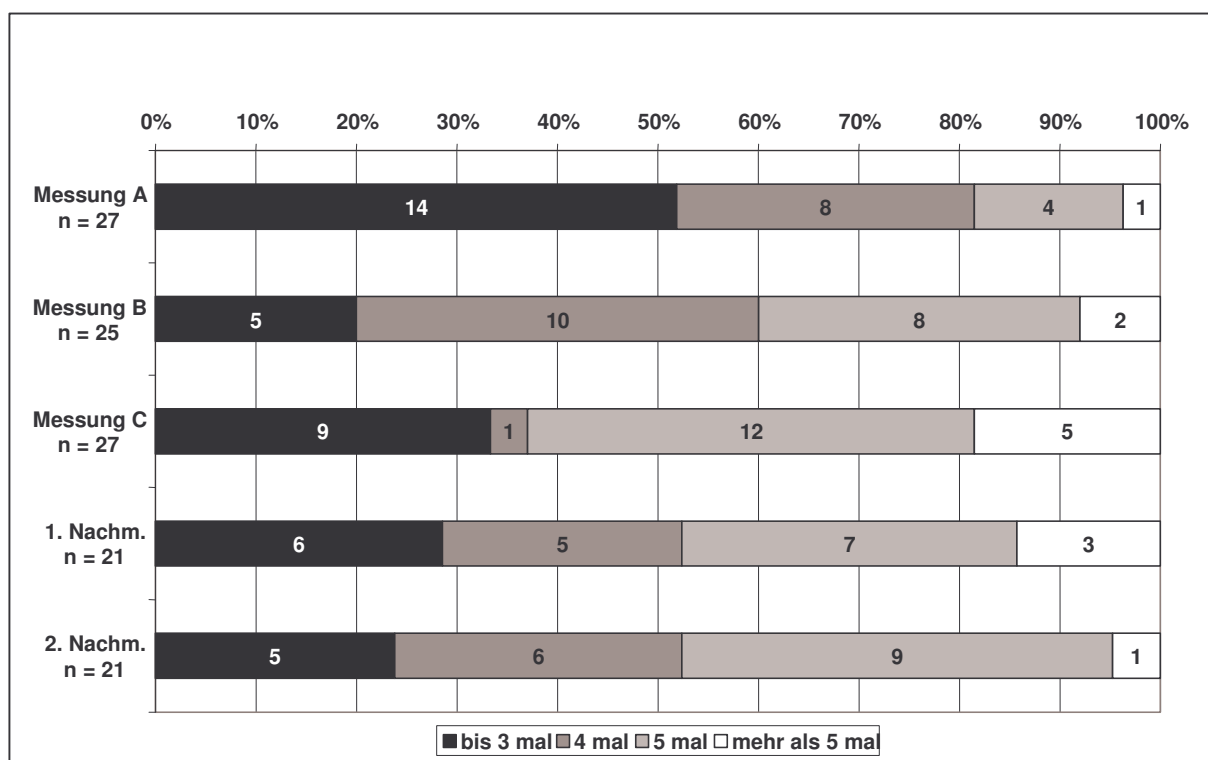


Abb. 5-61 Mahlzeitenfrequenz werktags nach Kursende (Quelle: F1a, b, c, d, e)

Die Mahlzeitenfrequenzen stellen sich mittelfristig nach Kursende mit überwiegend 4 und mehr Mahlzeiten pro Werktag noch immer positiv dar (Abb. 5-61). Samstags und sonntags jedoch hat sich das durchschnittliche Verhalten wieder den Werten zu Kursbeginn genähert. So geben 52% der TN zur 2. Nachmessung an, nur bis zu 3 Mahlzeiten an Wochenendtagen zu sich zu nehmen (63% zu Kursbeginn), (Abb. 5-62)

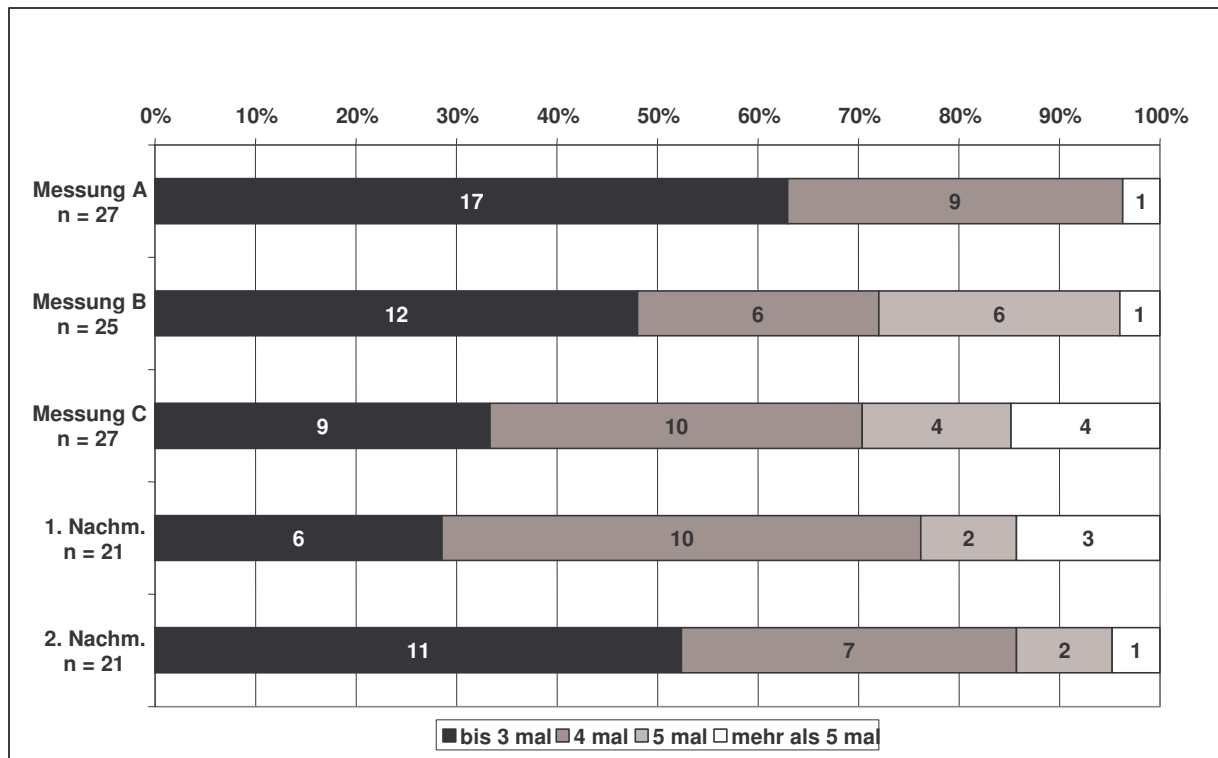


Abb. 5-62 Mahlzeitenfrequenz samstags und sonntags nach Kursende (Quelle: F1a, b, c, d, e)

b) Ernährungsbewusstsein

Bis zu 8 Monaten nach Kursende verändert sich kaum etwas im ermittelten Ernährungsbewusstsein der TN. Sie achten nach wie vor stark auf natürliche und frische Produkte, eine ausreichende Vitamin- und Ballaststoffzufuhr, insbesondere durch viel Obst und Gemüse und auf eine nicht zu hohe Kalorienzufuhr in Form von Süßigkeiten und Fett.

c) Energiezufuhr und Nährstoffverteilung

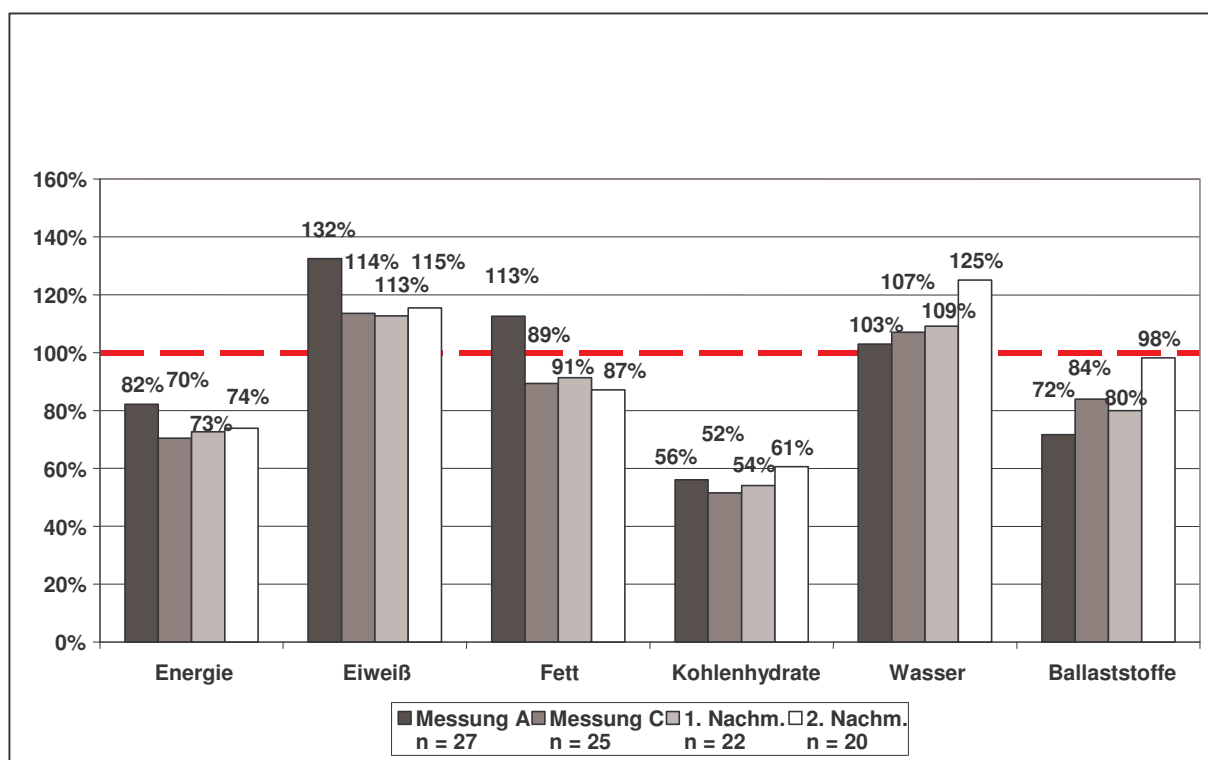


Abb. 5-63 Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle nach Kursende - alle Teilnehmerinnen (Quelle: EP)

Aus Abb. 5-63 geht hervor, dass sich die durchschnittliche Energieaufnahme während der Erfassungszeiträume 3 bzw. 8 Monate nach Kursende kaum ändert. Der durchschnittliche Eiweiß- und Fettverzehr verhält sich ähnlich, während der Kohlenhydratverzehr graduell ansteigt. Die aufgenommene Flüssigkeitsmenge liegt nach wie vor im positiven Bereich, während der Ballaststoffverzehr den Sollwert zwar noch nicht erreicht, aber im Vergleich zum Kursbeginn insgesamt deutlich angestiegen ist.

Im Vergleich der Ernährungsprotokolle sind deutliche gruppenspezifische Unterschiede feststellbar, welche im Folgenden näher beschrieben werden. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass lediglich alle TN der Gruppen 1 und 4 die Protokolle ausfüllen und abgeben, während aus den anderen Gruppen eher ein schwacher Rücklauf zu verzeichnen ist.

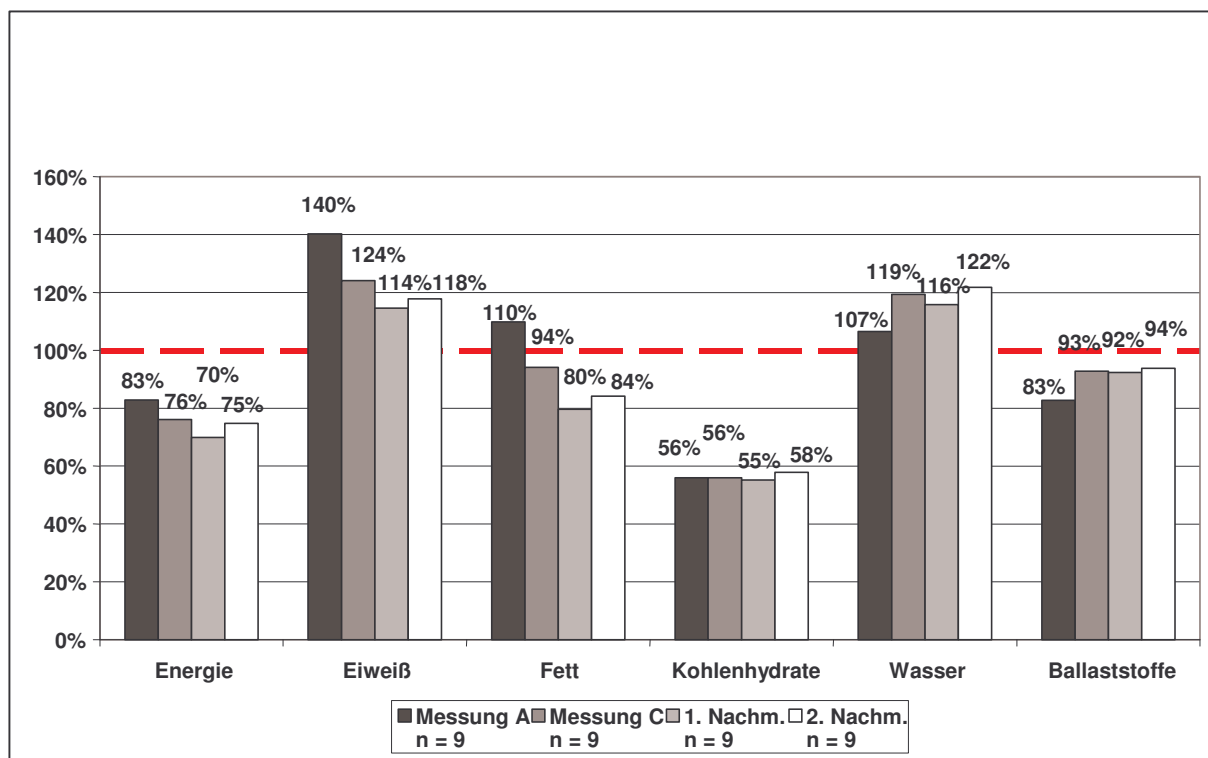


Abb. 5-64 Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle nach Kursende - Gruppe 1
(Quelle: EP)

Nach einer Reduktion aller ermittelten Zufuhrwerte zur 1. Nachmessung, erfolgt für die TN der **Gruppe 1** zur 2. Nachmessung wieder ein leichter Anstieg der aufgenommenen Nahrungsenergie und der Hauptnährstoffe, wobei außer dem Eiweißgehalt alle Werte noch unter dem Soll-Bereich liegen. Die Flüssigkeits- und Ballaststoffzufuhr verhält sich nach wie vor sehr positiv.

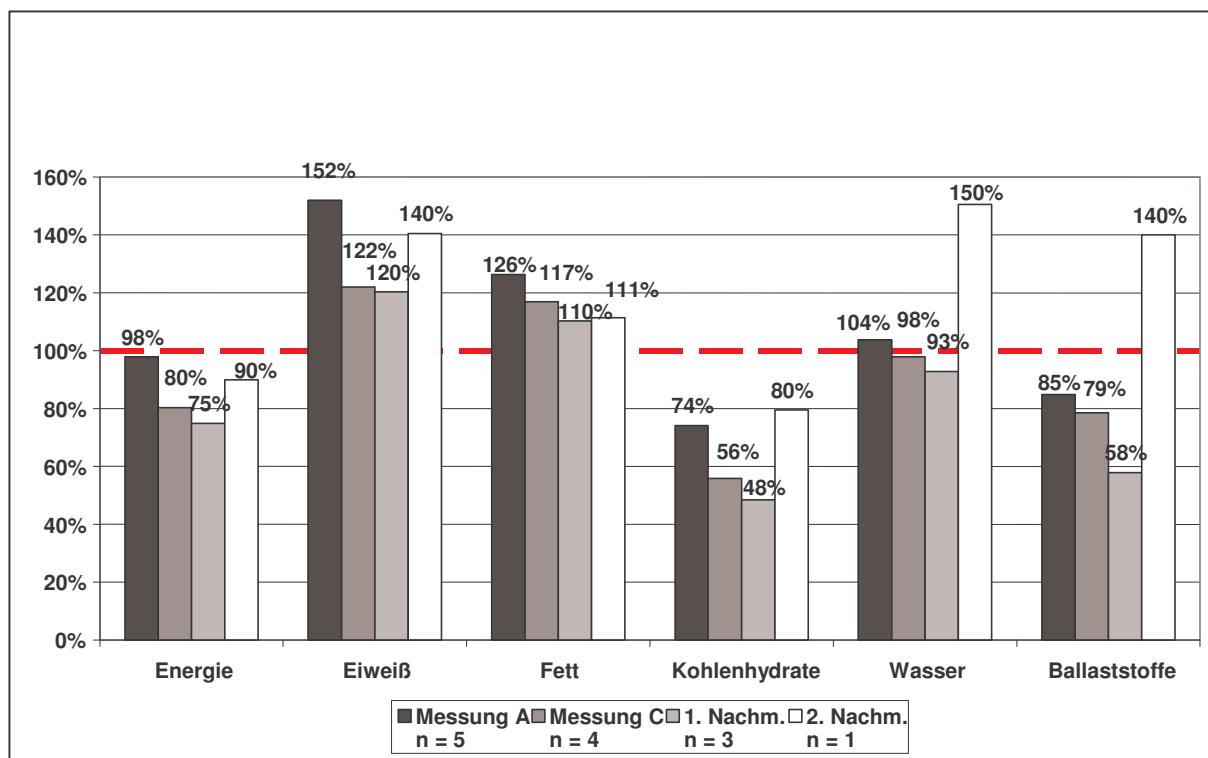


Abb. 5-65 Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle nach Kursende - Gruppe 2
(Quelle: EP)

Da nur wenige TN der **Gruppe 2** zur 1. und 2. Nachmessung ihre Ernährungsprotokolle ausfüllen, kann hier von keiner Gruppenentwicklung im eigentlichen Sinne gesprochen werden. Die Werte der 2. Nachmessung stammen von einer einzigen TN und lassen so auch keinen Vergleich mit den übrigen Daten zu.

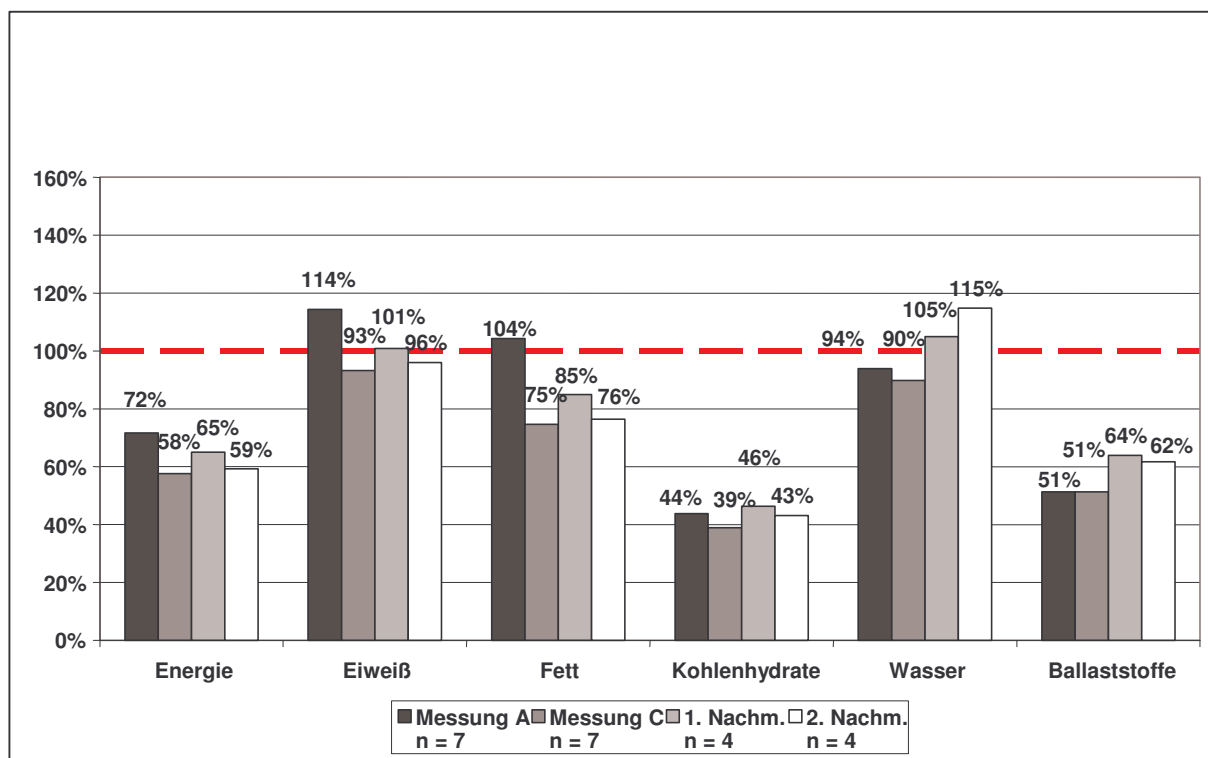


Abb. 5-66 Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle nach Kursende - Gruppe 3
(Quelle: EP)

Noch etwas mehr als die Hälfte der TN der **Gruppe 3** geben die ausgefüllten Ernährungsprotokolle 3 bzw. 8 Monate nach Kursende zurück. Nach einem leichten Anstieg aller Werte zur 1. Nachmessung, fallen sie zur 2., außer der durchschnittlichen Flüssigkeits- und Ballaststoffzufuhr, wieder nahezu auf das Niveau der Abschlussmessung ab. Dabei bewegen sie sich, auch hier wieder die Flüssigkeitszufuhr ausgenommen, im kompletten Erhebungsverlauf unterhalb der jeweiligen Empfehlungen.

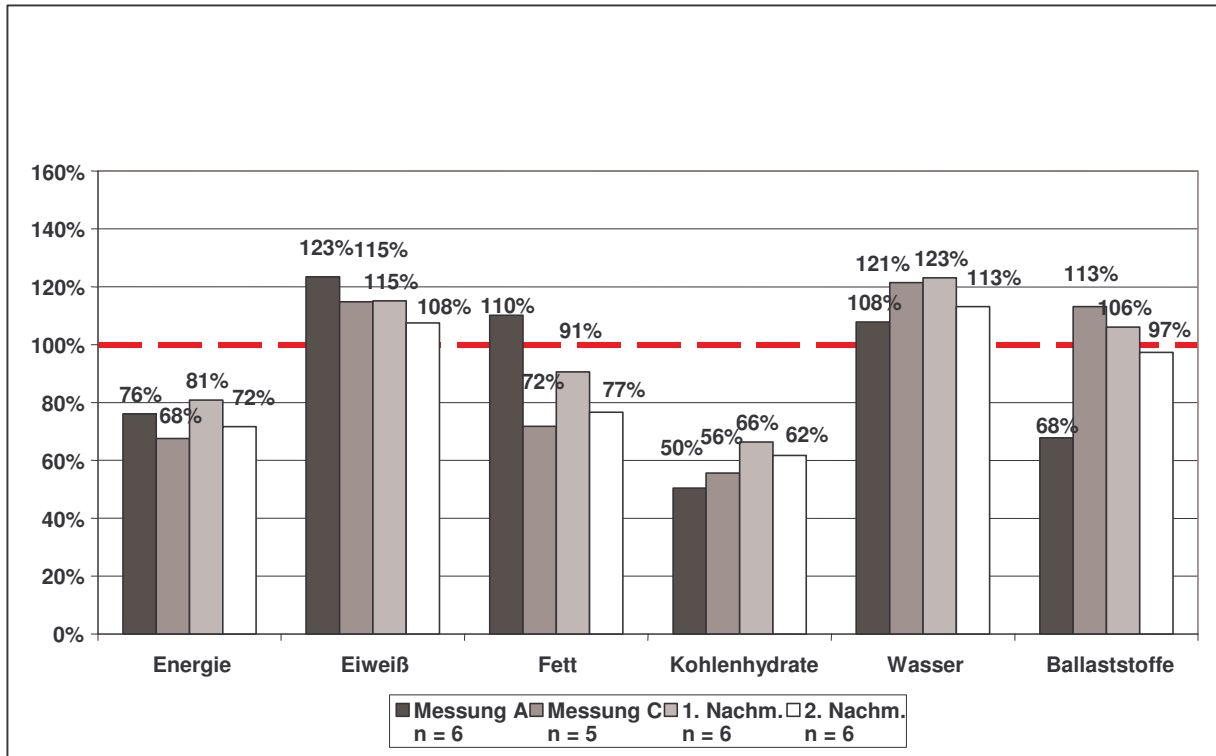


Abb. 5-67 Ist- /Soll-Vergleich Ernährungsprotokolle nach Kursende - Gruppe 4 (Quelle: EP)

Die Entwicklung der Energie- und Nährstoffzufuhr der **Gruppe 4** zeigt sich zur 1. Nachmessung eher positiv. So nähern sich die Werte der Soll-Linie und die durchschnittliche Kohlenhydratzufuhr liegt mit 66% in dieser Zeit am höchsten, ohne jedoch annähernd den empfohlenen Soll-Wert zu erreichen. Nach 8 Monaten sinken die Werte wieder etwas ab und liegen für die Eiweiß, Flüssigkeits- und Ballaststoffzufuhr im Bereich der Soll-Werte.

d) Schwierigkeiten

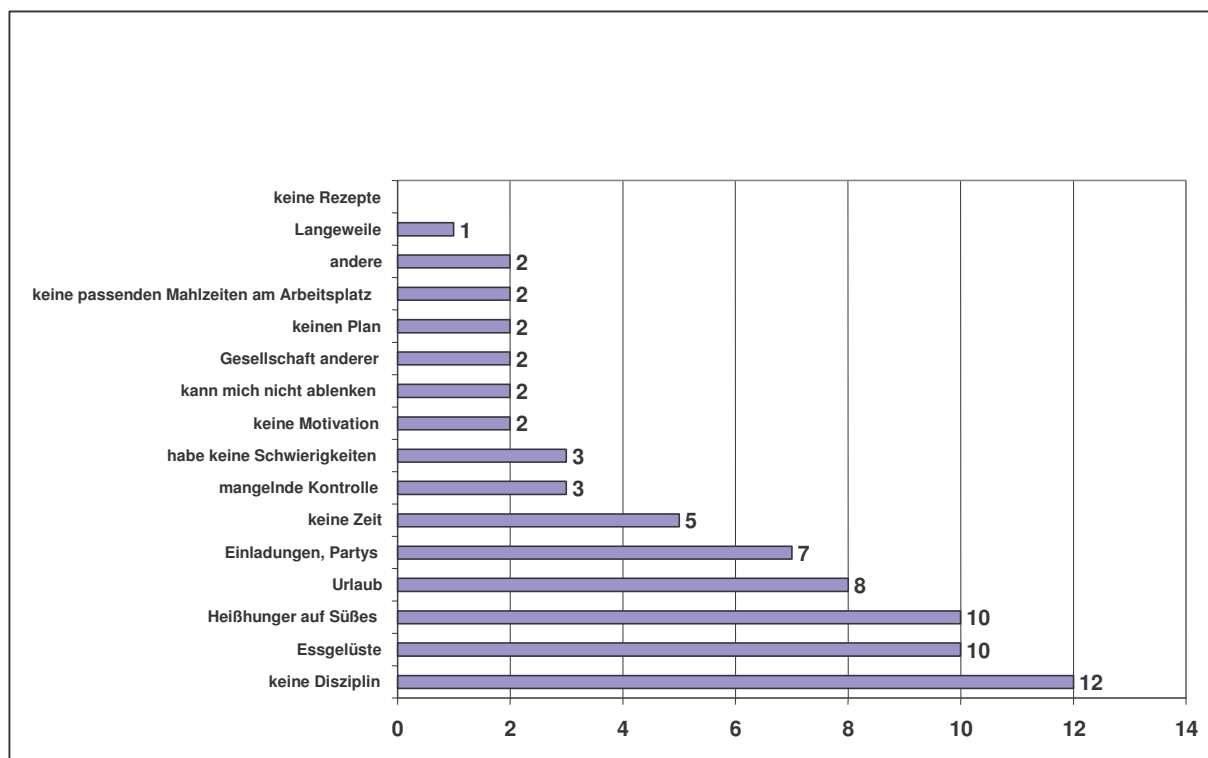


Abb. 5-68 Schwierigkeiten bei der Zielerreichung „gesundes Ernährungsverhalten“ (Mehrfachnennungen, n = 23, Quelle: Fragebogen NM2)

Bei der Umsetzung ihrer Ziele in Bezug auf ein gesundes Ernährungsverhalten haben nur 3 TN (13%) keine Schwierigkeiten. Der Rest gibt „Essgelüste“, „Heißhunger auf Süßes“, eine fremde Umgebung wie im „Urlaub“ und bei „Einladungen und Partys“, sowie wenig Zeit als Hauptschwierigkeiten an.

Fazit: Die Mahlzeitenfrequenz lässt 8 Monate nach Kursende, insbesondere samstags und sonntags wieder etwas nach, ohne jedoch die Ausgangswerte zu Kursbeginn zu erreichen. Die Veränderungen in der Energie- und Nährstoffzufuhr sind eher gering, der Fett- und Ballaststoffverzehr entwickelt sich insgesamt positiv, ebenso die Flüssigkeitszufuhr. Die Zufuhr an Kohlenhydraten ist jedoch durchschnittlich noch zu gering. Das Essbewusstsein bleibt ähnlich positiv wie zu Kursende, während die Disziplin, dieses Bewusstsein auch im Sinne der eigenen Ziele umzusetzen, ebenso Schwierigkeiten bereitet, wie Essgelüste, Heißhunger auf Süßes und eine fremde Umgebung.

Interessant sind im Vergleich hierzu hier die Ergebnisse von Stelfeldt et al. (1997), Stelfeldt et al. (2000) und in der „Lean Habits Studie“ von Westenhöfer et al. (2000). In allen Studien werden erfolgreiche und nicht-erfolgreiche Absolventen bzw. Absolventinnen unterschiedlicher Gewichtsreduktionsprogramme mindestens 1 bzw. 2 (Stelfeldt et al. 1997) Jahre nach der Interventionsmaßnahme nach ihren Strategien und Problemen zur Gewichtsstabilisation befragt. Danach treten Schwierigkeiten im Essverhalten vor allem in Stress-Situationen, beim Alleinsein und im Falle von Süß- und Heißhunger auf. Positiv hingegen wirken sich eine flexible Selbstkontrolle über das Essverhalten, regelmäßige

vorausgeplante Mahlzeiten, wenig dazwischen und spät abends nichts mehr zu essen, sowie regelmäßige sportliche Aktivitäten auf die Gewichtsstabilisation aus.

5.3.3 Abschließende Angaben

Persönliche Lebensumstände

12 der zur 2. Nachmessung erscheinenden 22 TN geben eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände innerhalb der letzten Monate an (Quelle: Fragebogen NM2):

- „Umzug ins neue Haus und mein Mann ist zuhause (Rente)“
- „War ziemlich oft krank, Umzug, Eheprobleme überstanden, selbstbewusster geworden“
- „Nehme seit Dezember Östrogen, Leberwerte waren im Normalbereich bis Februar, habe neuerdings Neurodermitis“
- „Sohn wieder krank“
- „Ungewissheit, wo es hingehet, Schilddrüse vergrößert - Hormone nehmen“
- „andere Arbeitsstelle“
- „Abivorbereitung, mehr Stress“
- „Beruf: gehe jeden Tag arbeiten und bin so mehr unterwegs“
- „Mutter und Bruder ausgezogen (in eine andere Stadt), Freund verlassen, Ausbildung so gut wie zu Ende“
- „1.) seit der Fehlgeburt habe ich zugenommen + habe Probleme, mich von Naschsachen fernzuhalten. 2.) Meinem Mann ging es zwischenzeitlich schlecht wegen Werten (Nierentransplantat)“
- „zwischenzeitlich große psychische Belastungen“
- „Familienstand (Scheidung), Umzug“

Die Angaben verteilen sich gleichmäßig über alle 4 Gruppen und können zum größten Teil als ein wichtiger Einflussfaktor auf das bisherige Verhalten der TN gelten.

Die psychische Erkrankung je eines Familienmitglieds zweier TN wirkt sich beispielsweise sowohl direkt, als auch indirekt durch weniger Zeit und die Gefahr eines Rückfalls in alte Gewohnheiten durch Frustration, auf das Wohlbefinden aus. Hormonstörungen durch eine Fehlgeburt, Wechseljahre und Schilddrüsenunterfunktion erschweren die Bemühungen, das Gewicht zu reduzieren bzw. zu halten.

Zielverfolgung

18 TN (72%) verfolgen nach eigenen Angaben bis zu 3 Monate nach Kursende noch ihr Ziel bzw. ihre Ziele.

8 Monate nach Kursende tun dies nur noch 15 TN (65%), 4 TN (17%) verneinen die Frage nach der Zielverfolgung und weitere 4 antworten mit „ja und nein“.

a) Strategien

Nach Kursende nennen alle 4 Gruppen ähnliche Strategien zur Beibehaltung bzw. Erreichung ihrer Ziele wie zur Kurszeit. Daher werden nachfolgend nur neue noch nicht erwähnte Strategien aufgeführt (Quelle: Fragebogen NM 1 und NM2):

- *„vor allem auch mal jeden Tag aufs neue planen was und wie viel Mahlzeiten ich esse“*
- *„weiterhin über gesunde Ern. informiert (Bücher)“*
- *„guter Kochkurs für Ernährungsumstellung“*
- *„regelmäßig wiegen und von Zeit zu Zeit Notbremse ziehen“*

Zwei TN probieren eine weitere Methode zur Gewichtsreduktion innerhalb der letzten 8 Monate nach Kursende aus. Eine der beiden TN berichtet von einer „*Fettpille*“, an deren Namen sie sich nicht mehr erinnert und die sie nach Aussagen ihres Arztes nach besonders fettreichen Mahlzeiten nehmen sollte. Die daraus resultierenden Fettstühle ließen sie diese „*Therapie*“ nach einer Woche abbrechen. Die zweite Teilnehmerin wiederholt ein proteinsubstituiertes Fasten, die sog. „*Markert-Diät*“. Hierbei verliert sie zwar Gewicht, nimmt es jedoch innerhalb kurzer Zeit wieder zu.

Eine weitere TN wiederholt das vorliegende Gruppenprogramm und unterstützt als „*Co-Beraterin*“ die KL. Trotz ihrer großen Erfolge im Hinblick auf Gewicht und KFA während des ersten Kurses und der erfolgreichen Vorbildfunktion für die Teilnehmerinnen des 2. Kurses, nimmt sie wieder über 70% ihrer verlorenen Gewichts zu. Starke Probleme in Familie und Partnerschaft, sowie eine eventuelle Essstörung, die sie mit Hilfe des Kurses erkennen kann, sind nach ihren Angaben der Grund für diesen „*Rückfall*“.

b) Befinden

Von den 17 TN, die ihr Ziel bis zur **1. Nachmessung** auch weiterhin verfolgen, geben 13 TN ein positives Wohlbefinden an (Quelle: Fragebogen NM2):

- *„phantastisch“*
- *„Sehr gut! Habe das Gefühl, mehr beachtet zu werden“*
- *„gut, nur nicht so viel Zeit für mich“*

3 TN haben ein schwankendes Befinden

- *„Schwankend zw. aufgeben u. weitermachen“*
- *„Bin auf halbem Weg, noch nicht so zufrieden, fühle mich aber schon ausgeglichener und fitter“*
- *„Nicht so ganz gut, keine Lust auf Bewegung, da viel zu tun und froh bin wenn ich mal nichts tun muss“*

und 1 TN fühlt sich schlecht

- *„Mies, bin aber froh so viel zu arbeiten und ins Training zu gehen“*

erzählt jedoch in der anschließenden Diskussion, dass dieses Befinden auf die Trennung von ihrem langjährigen Partner zurückzuführen ist und in keiner Verbindung zu ihren Zielen steht.

6 TN, die ihr Ziel bisher nicht weiter verfolgen geben durchweg ein schlechteres Wohlbefinden an:

- *„Leicht unwohl (2 kg zuviel, Haut rebelliert)“*

- *„Wie ganz am Anfang. Einen Berg von Veränderungen hätte ich neu anzugehen, dafür aber z.Zt. keine Kraft und Begeisterung“*
- *„Nach wie vor mies, wenn ich schlanke schöne Frauen sehe habe ich immer den Willen neu anzufangen. Diese Motivation ist leider immer schnell weg, macht mich unglücklich“*
- *„Ausgelaugt, ausgebrannt“*
- *„Beschissen“*

Als Hauptgründe dafür, die Ziele nicht weiter zu verfolgen wird Zeitmangel und fehlende Motivation genannt:

- *„Keine Motivation, Kurs fehlte um dranzubleiben, private Dinge lenkten ab -> keine Ausrede“*

Zur **2. Nachmessung** fühlt sich von allen 23 TN die Hälfte gut bis sehr gut, unabhängig davon, ob die Ziele weiter verfolgt wurden (Quelle: Fragebogen NM2)

- *„super“*
- *„sehr gut, möchte mich auch weiterhin so fühlen“*
- *„mehr an mich gedacht, fühle mich schlank viel besser, viel wohler, wenn beweglich und Sport mache“*
- *„hoffe, im Sommer wieder Gewicht zu reduzieren, um im nächsten Winter auf niedrigerem Level zu sein. Von Kleidung und Wohlbefinden her o.k.“*
- *„gut, viel Freude am Leben, raste nicht mehr bei jeder Kleinigkeit aus“*

5 TN geben ein negatives Befinden an

- *„Deprimiert über Disziplinlosigkeit“*
- *„nicht gut, da nicht geschafft Ziel zu erreichen“*
- *„Zu viel Gewicht, zu hoher KFA => schlechtes Gefühl, Ziele intensiver verfolgen!“*
- *„Nicht so gut! Würde gerne weiter abnehmen, hatte aber „Knackpunkt“ noch nicht gehabt“*
- *„gar nicht gut, traurig und deprimiert“*

während 3 TN zwischen gut und schlecht schwanken

- *„körperlich und seelisch am Ende, aber gebe nicht auf, denn manchmal - so wie heute - fühle ich mich gut“*
- *„fast gut, d.h. wenn wieder gesund und in Zukunft alles geregelt bekomme mit Kindern, Mann, Haushalt und Job fühle ich mich super“*
- *„Besser, durch gesundheitliches Tief jedoch irgendwie eingeschränkt“*

Keine Motivation bzw. Unlust und Bequemlichkeit halten die TN nach eigenen -Angaben davon ab, ihre Ziele weiter zu verfolgen.

c) Glaube an Zielerreichung

Während der 2. Nachmessung werden die TN gefragt, ob sie daran glauben, ihre Ziele noch zu erreichen. Jeweils 10 TN (43%) antworten mit „ja, sicher“ und „wahrscheinlich ja“, 3 TN (13%) mit „wahrscheinlich nicht“ (Quelle: Fragebogen NM2):

- *„ja, sicher, weil ich es so will“*
- *„wahrscheinlich ja, da ich es auch will. Sehe es eher in der Ferne, d.h. über mehrere Jahre hinweg und da kann ich es erreichen“*
- *„wahrscheinlich ja, bin Optimist und hoffe ja, sicher bin ich mir nicht“*

Fazit: 65% der TN verfolgen 8 Monate nach Kursende noch ihre selbstgesetzten Ziele, die zur Zielerreichung eingesetzten Strategien unterscheiden sich dabei nahezu gar nicht von denen zur Kurszeit. 2 TN probierten zwischenzeitlich eine neue Methode der Gewichtsreduktion, wie „Fettpille“ und „Markert-Diät“, beides erfolglos, aus. Eine TN wiederholt das Gruppenprogramm als „Co-Beraterin“.

Das zurückhaltende Verhalten gegenüber weiteren und insbesondere radikalen Methoden der Gewichtsreduktion könnte auf die intensive Aufklärung bezüglich Diäten und ihren Sinn bzw. Nutzen während des Gruppenprogramms zurück zu führen sein. Diese Annahme wird durch die Ergebnisse des Programms „Esslust statt Diätfrust“ bestätigt. Hier geben 4 von 94 TN (4,3%) 12 Monate nach Kursende an, drastische Maßnahmen zur Reduzierung ihres Körpergewichts, wie z.B. Fasten, Nulldiät und Formula-Diät durchgeführt zu haben (Kramuschke-Jüttner 1999). Von den TN des Programms der AOK Schleswig-Holstein versuchten 40% ein Jahr nach Kursende „auf irgendeine Art und Weise“ abzunehmen. 2 Jahre nach Kursende taten dies 52% der TN, wobei 31% mehrere Versuche unternahmen (GSB 1995).

Über die Hälfte der TN der vorliegenden Studie gibt zur 2. Nachmessung an, sich gut zu fühlen, unabhängig davon, ob die Ziele weiter verfolgt wurden oder nicht, während 4 Monate vorher nach diesem Faktor noch unterschieden werden konnte. Fast die Hälfte der TN glaubt ihr Ziel noch erreichen zu können. Einige, weil sie es so wollen, andere, weil sie sich keine zeitlichen Grenzen setzen.

Wohlbefinden

a) Angaben zum Wohlbefinden

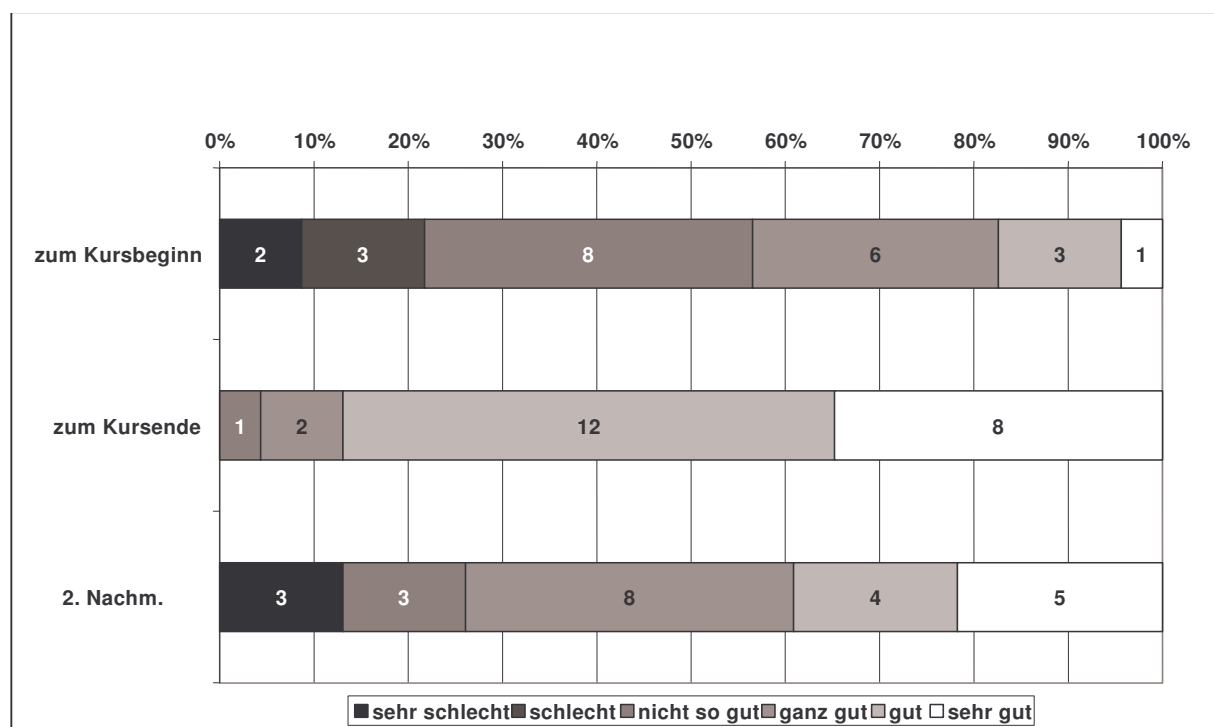


Abb. 5-69 Retrospektive Angaben zum Wohlbefinden (n=23, Quelle: Fragebogen zur NM2)

Zwischen dem - retrospektiv ermittelten - Wohlbefinden zu Kursbeginn und 8 Monate nach Kursende ist eine eindeutige Entwicklung zu erkennen. So sind die Angaben von „sehr schlecht“, „schlecht“ und „nicht so gut“ zu Kursbeginn zu Gunsten der Angaben „gut“ und „sehr gut“ zum Kursende verschwunden. Bis zur 2. Nachmessung fühlen die TN sich durchschnittlich wieder etwas schlechter, insgesamt jedoch eindeutig besser, als zu Kursbeginn.

Die meisten TN von **Gruppe 1** befinden sich im Bereich „gut“ bis „nicht so gut“ zu Kursbeginn und im Bereich „sehr gut“ bis „gut“ nach Kursende. Das Wohlbefinden zur 2. Nachmessung lässt zwar nach, ist insgesamt aber noch besser als zu Kursbeginn.

Gruppe 2 fühlt sich zu Kursbeginn eher „nicht so gut“ bis „schlecht“, dies verbessert sich nach Kursende auf „gut“ bis „nicht so gut“. Zum Zeitpunkt der 2. Nachmessung sinkt das Wohlbefinden einer TN auf „sehr schlecht“ ab.

Die Angaben der TN von **Gruppe 3** verteilen sich zu Kursbeginn gleichmäßig auf alle Kategorien von „gut“ bis „sehr schlecht“ („*frustriert wegen Jojo-Effekt bisheriger Diäten*“). Sie steigern sich nach Kursende auf überwiegend „gut“ und „sehr gut“ und fallen bis zum Zeitpunkt der 2. Nachmessung auf 3 „ganz gut“ und 1 „sehr schlecht“, 1 „sehr gut“ bleibt bestehen („*Eßgewohnheiten in Griff bekommen*“). Insgesamt ist auch hier das Wohlbefinden zur 2. Nachmessung immer noch deutlich besser, als zu Kursbeginn.

Das Wohlbefinden der TN von **Gruppe 4** verhält sich sehr ähnlich wie bei Gruppe 3, mit einer eindeutigen Verbesserung von Kursbeginn bis zur 2. Nachmessung.

b) Rolle des Wohlbefindens

Die Rolle des Wohlbefindens in ihrem Leben erachten 10 TN (40%) als groß bis sehr groß bzw. wichtig bis sehr wichtig (Quelle: Fragebogen NM1):

- „*war mir immer schon sehr wichtig, allerdings immer mal Hoch und Tiefs*“
- „*Groß, weil ich dann viel unternehmen kann und viel mehr Lust habe etwas zu tun, z.B. spazieren gehen, Sport*“
- „*möchte mich wohl fühlen, tue es weitgehend und arbeite daran*“
- „*mir geht es gut, ist im Moment das wichtigste*“
- „*sehr groß, verändert mich und macht mich selbstsicherer*“

Eine TN wünscht sich eine größere Unabhängigkeit von ihrem persönlichen Wohlbefinden, da sie sich zu sehr davon leiten lässt.

Einige TN beschreiben ihr momentanes Wohlbefinden bzw. was dazu gehört:

- „*kann auch ohne viel Geld genießen: Sonnenaufgang, etc. Körperlich wohler als am Kursanfang*“
- „*z.Zt. leider weit weg von persönlichem Wohlbefinden, sehr unzufrieden mit mir und Gewicht*“
- „*fühle mich, von Ernährung und Figur abgesehen, wohl. Wechseljahre machen zu schaffen, 20kg weniger und ich wäre glücklichster Mensch der Welt*“
- „*hängt z.Zt. etwas hinterher, Grund nicht richtig bekannt, noch kein geeigneter Rhythmus im neuen Umfeld*“
- „*etwas Zeit für mich und tun, was mir Spaß macht => geht mir gut und fühle mich gut*“

Fazit: Die TN fühlen sich zum Kursende am wohlsten, wobei dieses Wohlbefinden stark mit dem subjektiv empfundenen Erfolg bzw. Zielerreichungsgrad zusammenhängen kann. Die relativ schlechten Angaben zu Kursbeginn könnten evtl. mit dem „Leidensdruck“ erklärt werden, der die TN letztendlich dazu bewog an dem Programm teilzunehmen. 8 Monate nach Kursende lässt das Wohlbefinden zwar wieder etwas nach, liegt aber noch eindeutig über den Werten zu Kursbeginn.

Das Wohlbefinden spielt für die meisten TN eine große bis sehr große Rolle, für einige ist es Voraussetzung, für andere Folge eines aktiveren Lebensstils.

Anregungen und Ideen für die Kursleitung

Zur **1. Nachmessung** haben 5 TN (22%) im Rahmen der schriftlichen Befragung noch folgende Anregungen für die Kursleitung (Quelle: Fragebogen NM1)

- *„1 mal monatlich Wiegetermin für alle!“*
- *„Gemeinsam in Supermarkt, kochen, mehr Rollenspiele (Party, Essenseinladungen)“*
- *„Mehr Ernährungsprotokolle schreiben zu lassen, dadurch wird das Essen bewusster und man kann immer wiederkehrende Fehler besser aufzeigen + verbessern. Auch seelische + körperliche Zusammenhänge besser + schneller sehen.“*
- *„Glaub´ dennoch an dein Gesundheitskonzept, bei weniger tiefgreifenden Essstörungen als bei mir würde es funktionieren.“*
- *„Mach weiter so!“*

Zur **2. Nachmessung** erfolgen nur noch 2 Anregungen (Quelle: Fragebogen NM2):

- *„In einem Jahr wieder treffen“*
- *„Kontakt zu Kursteilnehmerinnen ab und zu aufrechterhalten“*

Fazit: Die Anregungen und Ideen der Teilnehmerinnen beziehen sich entweder auf gelegentliche Treffen oder sind unterstützender und aufmunternder Art, z.B. den Kurs so weiter zu führen, wie bisher. Die Aufforderung mehr Ernährungsprotokolle zu schreiben, widerspricht den im Kursverlauf gemachten Erfahrungen (s. Kap. 5.2.4), da der Aufwand für die TN doch recht groß ist.

Die Anregung eines gemeinsamen Supermarktbesuches kann einfach in das Kurskonzept integriert werden, während gemeinsames Kochen ein räumliches Problem darstellt und in Fitness-Studios kaum zu integrieren ist. Der Wunsch einer TN nach mehr Rollenspielen steht ebenfalls im Widerspruch zu den im Kursverlauf gemachten Erfahrungen. So waren lediglich die TN in Gruppe 4 dazu bereit, Rollenspiele für die Vorbereitung auf Ostern einzusetzen, während die übrigen Gruppen bevorzugt auf Gruppendiskussionen bzw. Fragen an die Kursleitung zurück griffen und auf den wiederholten Vorschlag zu Rollenspielen eher verhalten reagierten bzw. sie nicht konsequent zu Ende führten.

5.3.4 Gruppenanalyse

Erwartung an die Gruppe

Über die Hälfte der Teilnehmerinnen hatte keine Erwartungen an die Gruppe, einige äußern dennoch positive Erfahrungen. Die Erwartungen der übrigen TN waren überwiegend positiver und unterstützender Natur, wie Hilfe, Austausch, Motivation und Zusammenhalt. Ein gewisser Druck sollte auch von der Gruppengemeinschaft ausgehen. Der größte Teil der Erwartungen wurde erfüllt (Quelle: AF):

- *„wollte es auf mich zukommen lassen. Wurde erfüllt, war toll“*
- *„positiv überrascht von Offenheit der Teilnehmerinnen“*
- *„Vorhandensein allein ist maßgebend“*

2 Teilnehmerinnen (Gruppe 2) zeigten sich enttäuscht, sie erwarteten Druck durch Erfolge der Gruppe und mehr Motivation. 2 TN sahen ihre Erwartungen nur teilweise erfüllt:

- *„Nur teilweise, einige sehr motiviert, andere kaum“*

Eine Teilnehmerin hatte negative Erwartungen:

- *„Vor dem Kurs hatte ich mehr negative Erwartungen: Unsicherheit - soviel Leute, die über deine Schwächen Bescheid wissen, Angst vor Kontrolle (...).“* Diese Erwartungen haben sich *„zum Glück nicht erfüllt.“*

Einfluss der Gruppe auf die Motivation

Kursbegleitend und zu den Nachmessungen wurden die TN nach dem Einfluss der Gruppe auf die Motivation befragt (Abb. 5-70). Zu Kursbeginn glauben rund 90% der TN die den Kurs beenden an einen großen bis sehr großen Einfluss, während 2 TN (7%) ihn gering einschätzen und 1 TN ihn vollständig negiert. Im Verlauf des Kurses und der Nachtreffen ändert sich an dieser Einschätzung nicht viel. Einige TN aus **Gruppe 3** äußern während des Kursverlaufs ihre Enttäuschung, sie sehen keinen echten Zusammenhalt der Gruppe und kritisieren das mangelnde Interesse an „freiwilligen“ Treffen außerhalb der Kursstunden, wie z.B. in der kursfreien Zeit um Ostern. Die TN der **Gruppe 2** sind zwar sehr zufrieden mit dem Gruppenzusammenhalt, ihnen fehlt jedoch die erhoffte Motivation durch den Erfolg der Mitstreiterinnen.

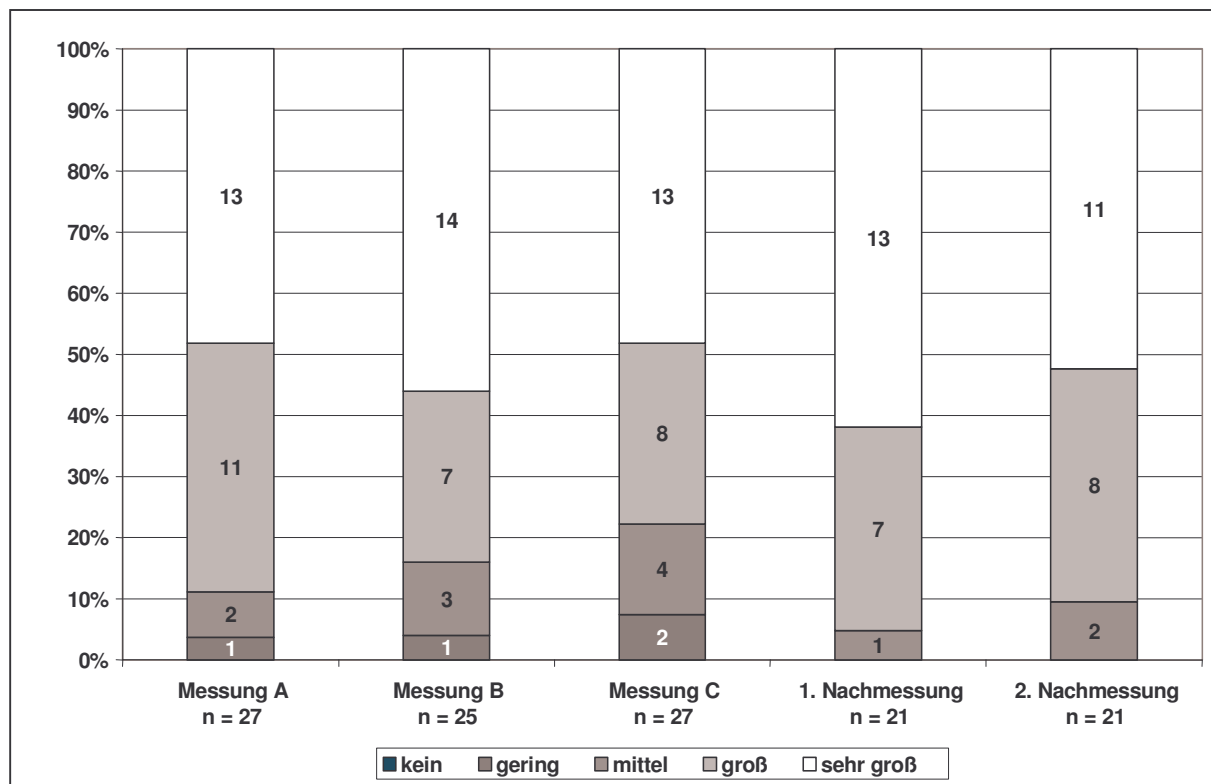


Abb. 5-70 Einfluss der Gruppe auf die Motivation

Kontakt zur Gruppe

Bis zur **1. Nachmessung** treffen sich noch 80% der TN, überwiegend in kleineren Gruppen bzw. zu zweit zum gemeinsamen Sport bzw. im Studio, **Gruppe 1** beginnt bereits eine Reihe von regelmäßigen Treffen bei jeweils einer anderen TN. (Quelle: Fragebogen NM1, GD):

- gemeinsamer Sport
- Treffen bei einer anderen Teilnehmerin
- zufällige Treffen
- Treffen im Studio

Gruppe 4 trifft sich 2-3 mal zum gemeinsamen Sport. 2 TN der **Gruppe 2** vereinbaren einige Termine zum gemeinsamen Walking, sagen die meisten jedoch aus unterschiedlichen Gründen wieder ab.

Bis zur **2. Nachmessung** treffen sich immer noch über die Hälfte der TN, jedoch mehr zufällig, im Studio oder aus freundschaftlichen Gründen. Die Treffen von **Gruppe 1** finden nun regelmäßig alle 4-6 Wochen statt (Quelle: Fragebogen NM2):

- „Regelmäßige Treffen alle 4-6 Wochen zum Frühstück“
- „Treffen einzelne befreundete Teilnehmerinnen“
- „Im Studio gesehen, kein bewusster Kontakt“
- „Im Moment keine Zeit, werde ihn wieder aufnehmen“

Stellenwert der Gruppe

Mit Hilfe der Frage „Hat euch die Gruppe gefehlt?“ sollte kursbegleitend und nach Kursende der Stellenwert der Gruppe ermittelt werden.

Den meisten TN fehlt die Gruppe während der zweiwöchigen **Osterpause**. Als Gründe wurden die Gruppenkontrolle, die Motivation und die netten TN genannt. Die TN, denen die Gruppe nicht fehlte, gaben an, auch allein ganz gut zurecht zu kommen (Quelle: AB, GD):

- „In der Gruppe ist es gut, aber ich denke ich schaffe es auch gut allein.“

Eine TN nennt private Probleme mit einer anderen TN ihrer Gruppe.

- *„Gruppe hat mir nicht gefehlt, habe mit bestimmten Personen Probleme. werde im privaten Bereichen beobachtet und belehrt, am liebsten möchte ich aufhören (Gruppenwechsel?) (Bitte nicht im Kurs ansprechen!!) „*

In **Gruppe 1** fehlt 7 von 9 TN der Gruppenkontakt (Quelle: AB, GD):

- *„Gruppe hat mir gefehlt“*
- *„sie inspiriert mich.“*
- *„man gibt sich mehr Mühe durchzuhalten und nicht rückfällig zu werden“*
- *„weil es mit der Gruppe immer schön ist“*

Allen TN der **Gruppe 2** fehlt der Kontakt

- *„Durch Gruppe kann ich meine Woche besser durchplanen „*
- *„wegen der netten Kontakte, als Erinnerung, Motivation an das Ziel“*

In **Gruppe 3** fehlt lediglich 3 TN, davon 2 nur etwas der Kontakt zu den anderen TN

- *„Gruppe fehlte nur etwas“*
- *„Gruppe fehlte nicht sehr“*
- *„Gruppe: kein Kommentar“*

3 der 6 TN aus **Gruppe 4** vermissen den Kontakt zum Rest der Gruppe

- *„wusste gar nicht, was ich machen sollte (habe anstelle des Kurses im Ordner gelesen)“*

Zur **1. Nachmessung** fehlt über einem Drittel der TN die Gruppe u.a. wegen des gemeinsamen Austauschs, der Motivation, Kontrolle und dem gemeinsamen Ziel, 40% sind sich nicht schlüssig ob die Gruppe fehlt (Quelle: Fragebogen NM2):

- *„Zeit ohne Gruppe war auch gut, andere Arbeitseinteilung tat gut“*
- *„Eher nein, wegen Zeit“*
- *„vermisste Gruppenzwang nicht die Person, Treffen geplant, aus Zeitgründen nicht realisiert“*

Den meisten TN der **Gruppe 1** genügt das regelmäßige Treffen alle 4-6 Wochen, dort fehlt jedoch der richtige Ansporn die Ziele weiterhin zu verfolgen (Quelle: GD)

- Die Gruppe hat sich wieder getroffen: einmal im Monat immer bei einer anderen TN. Das ist sehr schön, ich (die KL) soll doch auch mal kommen (musste zwei Treffen wegen Terminen bereits absagen), es wird viel gelacht und „nur Gesundes“ gegessen, sagt sie zwinkernd. Das regelmäßige Treffen einmal in der Woche mit Wiegen fehlt ihr schon, es war eine andere Art von Druck und auch Motivation. Sie

fordert die anderen deshalb, nachdem alle *„ihre Ausreden vorgebracht haben, weshalb sie wieder zulegten“*, zur Selbsthilfe auf. Sie sollen sich nichts vormachen und wenigsten bei dem einen Treffen im Monat sich alle wiegen.

1 TN kann wegen einer Berufsausbildung nicht an den Treffen teilnehmen, eine weitere gibt zuerst mangelnde Zeit und schließlich eher persönliche Gründe dafür an, nicht zu den Treffen zu kommen:

- Ihr fehle die Zeit für die Treffen. Die Motivation von Seiten der Gruppe selbst sei schon toll und auch die Motivation, sich nicht gehen zu lassen, schon allein wegen der nächsten Messung, aber sie könne nicht noch diesen zusätzlichen Zeitdruck gebrauchen (...) ich (die KL) fordere sie auf, etwas anderes für die Gruppentreffen zu opfern, denn diese helfen ihr doch auch zum Ziel, dann ginge es ihr auch insgesamt besser und sie würde nicht immer an sich zweifeln. Sie wehrt immer wieder leicht ab, sagt, dass sie befürchtet, der Gruppe dann auch etwas *„auftischen“* zu müssen, da die anderen etwas zum Essen vorbereiten wenn sie einladen (Frühstück mit Brot, Brötchen, Käse, Obst, Eiern, etwas Wurst, Gemüse). Sie könne das nicht und ginge dann lieber auch nicht zu den anderen, um nicht wie ein Schmarotzer da zu stehen.

Die TN der **Gruppe 2** stellen fest, dass die Personen und Diskussionen der Gruppe zwar fehlen, ein richtiger Ansporn zur Umsetzung der Ziele jedoch nie richtig vorhanden war (Quelle: GD):

- die Gruppe fehlte ihr schon und wieder nicht. Der Ansporn durch das Lob und die Diskussion und der Tapetenwechsel waren gut. Aber ihr fehlte während der Kurszeit auch der Ansporn durch die Erfolge der anderen. Das bestätigen auch die anderen! Aus Bequemlichkeit und auch wegen mangelnder Zeit kam ihr nicht der Gedanke, die anderen zu treffen, sie wollte es auch eigentlich nicht. Außerdem trifft sie ja ihre Freundin aus dem Kurs regelmäßig und das reicht ihr.
- Sie sagt, dass sie gerne Sport mit einzelnen oder der Gruppe machen würde, das wäre ein großer Ansporn. Als ich (die KL) sie frage, ob sie das auch praktisch umsetzt, meint sie, dass sie durch ihren Schichtdienst in ihrer Zeitplanung und Flexibilität eingeschränkt sei und keine festen Termine machen könne. Später gestehen sich alle ein, dass - wenn sie wirklich wollten - immer ein Termin frei wäre, irgendwie würde es schon klappen, wenn da nicht auch eine *„gehörige Portion Bequemlichkeit“* wäre.
- Ihr hat die Gruppe stark gefehlt, der intensive Austausch. Sie würde nur in Zukunft mehr Wert darauf legen, dass nicht so viel darüber, weshalb dies und jenes nicht eingehalten wurde, sondern mehr über tatsächlich erfolgte Aktionen, Alternativen, Hilfs- und Motivationsmittel diskutiert wird, so wie sie es auch von einer TN aus Gruppe 4 gehört hat.

Außer 1 kommen die restlichen TN der **Gruppe 3** ganz gut ohne die anderen zurecht (Quelle: GD):

- die Gruppe fehlte ihr weniger, sie hatte auch keine Zeit sie zu vermissen, besuchte einen Französischkurs, macht andere Dinge in ihrer Freizeit und ist auch weniger zuhause. Nachdem die anderen von der Motivation durch die Gruppe erzählen, sagt sie, dass sei wirklich ein Punkt, der etwas fehlt, aber das übernehmen auch oft Bekannte und Freunde oder Leute aus dem Studio.

- (...) dass die Gruppe ihr gut tat, das Lob und die Anerkennung durch die Gruppe fehlt ihr. Zuhause wird sie nicht mehr so gelobt, das hat sich gelegt, da es jetzt selbstverständlich ist. Im Studio fühlt sie sich irgendwie unter Druck, da ständig gefragt wird, ob sie wieder abgenommen hat. Das ist zwar auch eine Motivation, aber irgendwie unangenehm, da negativ
- Warum nicht getroffen? Alter Trott, keine von der KL festgelegten Zeiten, zu denen auch die KL erschien. Die Gruppe war sehr unterschiedlich, sowohl vom Alter, als auch von der Motivation bzw. der Durchsetzung her. Sie würde Prioritäten setzen, wen sie anruft, wer von der Chemie her passt

In **Gruppe 4** vermissen 2 TN die Gruppe ganz besonders, den übrigen fehlt zwar die Motivation und der Druck, aber weniger die Personen selbst (Quelle: GD):

- die erste Zeit ohne Gruppe war sehr schwer. Sie hat sich fast jeden Tag gewogen, damit sie nicht zunimmt. Sie ist fast verzweifelt, da *„sich nichts mehr tat, das Gewicht einfach nicht weiter nach unten ging“*. Da brauchte sie den Zuspruch und die Unterstützung der Gruppe. Jetzt geht es wieder, sie hat gelernt, damit fertig zu werden, außerdem sieht sie die meisten ja sowieso im Training, da können sie dann über ihre Erfolge und Misserfolge reden. *„Aber es ist halt doch nicht so wie in der Gruppe, wo die Kursleitung noch als Chef und Kontrolle dabei ist.“*
- Die Gruppe fehlte ihr sehr. Sie braucht gleichgesinnte Leute, die sie mitreißen, die sie durch Lob und Anerkennung *„oben halten“*. Deshalb hat sie sich jetzt auch für den neuen Kurs angemeldet. *„Mein Ziel ist ja etwas höher als das der anderen hier im Kurs. Ich brauche diese „Gruppenabhängigkeit“, setze mich damit unter Druck, denn diese Kontrolle hat mir gefehlt.“* Ohne eine Gruppe fehlt auch der Austausch und so stellt sich schnell ein Trott ein, z.B. immer das gleiche Essen, *„das was gewirkt hat“* und das wird dann irgendwann einmal monoton. In der Gruppendiskussion bekommt sie immer mal neue Ideen oder Anregungen.

Zur **2. Nachmessung** vermisste schon über ein Drittel der TN die Gruppe nicht mehr. 26% vermissten sie zwar, organisierten aber keine Treffen wegen z.B. Zeitmangel oder der Annahme, dass die TN zu verschieden sind (Quelle: Fragebogen zur NM2):

- *„gewartet, was noch kommt“*
- *„denke, die Teilnehmerinnen sind zu verschieden“*

20% machen keine Angaben, diese TN kommen fast ausschließlich aus Gruppe 1, die sich zu diesem Zeitpunkt schon regelmäßig alle 4-6 Wochen zu einem gemeinsamen Frühstück trifft.

Gruppenentwicklungsprozess im Kursverlauf

Während des Vergleichs des für die Kursleitung erkennbaren Entwicklungsprozesses innerhalb der einzelnen Gruppen mit den von Tuckman (1965) und Fisher (1979) beschriebenen Stadien, bestätigt sich der Einwand Pooles (1983). Die in den Gruppen stattfindenden Prozesse stellen sich zu kompliziert dar, um eindeutig in aufeinander aufbauende und sich gegenseitig ablösende Entwicklungsstadien unterschieden werden zu können. Daher wird im Folgenden auf die auffälligsten Merkmale der einzelnen Gruppen wie

Homogenität, Zusammenhalt, Unterstützung, Konfliktverarbeitung und Lösungsorientierung eingegangen. Eine kategorisierte Darstellung der Merkmale, wie beispielsweise mit Hilfe einer Tabelle ist nicht sinnvoll, da ihre Ausprägung von zu vielen Aspekten abhängt. So kann z.B. ein Zusammenhalt innerhalb der Gruppen generell, phasenweise oder nur in bestimmten Situationen festgestellt werden. Er kann sich außerdem durch gemeinsam durchgeführte Aktivitäten, Unterstützung unterschiedlichster Art oder Fortbestehen der Gruppe nach Kursende darstellen. Die folgende gruppenfeine Analyse erscheint daher am sinnvollsten.

a) Gruppe 1

Innerhalb Gruppe 1 wurde bereits während der Informationsveranstaltung festgestellt, dass sich die Gruppe in 2 Teile untergliederte. Ca. die Hälfte der TN kannte sich durch gemeinsame Saunabesuche und teilweise bestehender langjähriger Freundschaften bereits sehr gut, während die übrigen TN sich größtenteils nur flüchtig kannten.

Die TN nehmen bereits im Laufe des 1. Messtermins und der Vorstellungsrunde ihre Rollen (überwiegend ZuhörerIn, GruppensprecherIn, MotivatorIn) innerhalb der Gruppe ein. Die bereits befreundeten TN unterhalten sich besonders in den ersten Kursstunden auffallend oft untereinander und stören durch wiederholtes Nachfragen den Stundenfluss (Quelle: TB):

- Die TN sind ziemlich anstrengend, da sie sich untereinander oft ablenken („Schwätzchen“) aber auch alles verstehen möchten und darum wieder nachfragen. Auf meine (KL) Aufforderung, doch die ganze Gruppe an ihrem Gespräch teilhaben zu lassen, lacht sie (eine TN) *„Wir haben uns doch so lange nicht gesehen ... aber jetzt passen wir auf.“*

Die eher geringfügigen Meinungsverschiedenheiten und Konflikte werden während des Kursverlaufs ausgetragen und zum größten Teil direkt gelöst. Eine Abneigung von 2 TN gegen eine weitere wird lediglich nonverbal verdeutlicht und lässt gegen Kursende ohne eine Auseinandersetzung nach (Quelle: TB):

- 2 TN wechseln Blicke und rollen die Augen, sie (3. TN) geht ihnen auf die Nerven. Es stört die beiden ein wenig, wie perfekt und vollkommen die 3. TN sich ab und zu darstellt, sie selbst scheint das jedoch nicht zu merken.

Eine TN wählt als Lösung ihres Konflikts mit einer mit ihr verwandten TN den Ausstieg aus dem Kurs, ohne ihr Problem der Betroffenen bzw. der Gruppe mitgeteilt zu haben (s. Kap. 5.2.4 und Kap. 5.3.4).

Die TN der Gruppe 1 zeigen eine starke Kohärenz, unterstützen sich kursbegleitend verbal und nonverbal und treffen sich in Eigenregie auch ohne die Anwesenheit der Kursleitung (Quelle: TB):

- Die Gruppe hat sich angeregt ausgetauscht, ist selbst auf interessante Themen gestoßen und betont, dass der Kursverlauf ihnen hilft. Ich (KL) kann mich bei den Diskussionen immer mehr als „Mitglied“ einbringen und leite Fragen an mich immer öfter an die TN weiter.
- Eine TN brachte selbstgebackenen Kuchen (wie Apfelstrudel) mit. Die TN freuen sich jedes Mal und tauschen angeregt Rezepte aus. Dieser schöne Zusammenhalt wirkt sich auf alle Beteiligten sehr motivierend aus.

- Die Gruppe hält sehr schön zusammen, die TN motivieren sich gegenseitig und „ziehen“ einmal unmotivierte TN mit.

Die TN bleiben zum größten Teil (7 von 9) auch nach Kursende noch durch ihre regelmäßigen Treffen als Gruppe erhalten. Das während des Kursverlaufs gemeinsam verfolgte Ziel der Gewichtsreduktion steht nun jedoch nicht mehr im vordergründigen Interesse (Quelle: Zitat einer TN):

- *„Wir reden kaum noch über unser Gewicht, auch nicht über die Ernährung. Das (die Umstellung des Ernährungsverhaltens) sitzt bei uns allen ganz gut. Außer ein paar Sünden hier und da, aber das ist ja normal. Wir haben einfach Spaß und freuen uns, wenn wir uns wieder sehen.“*

b) Gruppe 2

4 TN der Gruppe 2 entwickeln schon während der Informationsveranstaltung große Sympathie füreinander und bilden sofort eine in Freundschaft verbundene Teilgruppe. Von den beiden TN, die dieser Teilgruppe nicht angehören, beendet eine bereits nach der 3. KS aus beruflichen Gründen das Programm (s. Kap. 5.2.4).

Die KL wird von der o.g. Teilgruppe der „Freundinnen“ von Anfang an eher als Mitglied, denn als Gruppenleitung gesehen und entsprechend behandelt (Quelle: TB):

- Die TN wenden sich sofort einander zu, so dass ich (KL) eine teilnehmende Rolle einnehmen kann. Auch einige meiner Aussagen werden in Frage gestellt und diskutiert und nicht einfach als gegeben hingenommen.

Die Diskussionen der TN sind zu Beginn des Kurses jedoch nicht in gleichem Maße lösungsorientiert, wie bei den anderen Gruppen (Quelle: TB):

- In den anderen Gruppen gibt es immer wieder Kommentare, wie das Gehörte im eigenen Alltag umgesetzt werden kann, was die TN als nächstes angehen wollen/werden. Das ist hier nicht der Fall. Die verschiedenen „Probleme“ oder „Gefahren“ werden zwar diskutiert und im eigenen Alltag bzw. Handeln festgestellt, es fehlt jedoch die konsequente Suche nach Lösungen.

Differenzen und Meinungsverschiedenheiten werden in Gruppe 2 direkt und offen angesprochen. Die TN analysieren gegenseitig ihr Verhalten und kommentieren es zwar rückhaltlos, jedoch konstruktiv, so dass es die freundschaftliche Beziehung nicht beeinflusst (Quelle: TB):

- Die Bemerkung, dass Kinder kein Grund für eine Selbstaufgabe sind, wirkte erst etwas hart, aber die Reaktion der beiden Mütter war sehr positiv.
- Sie (TN) wirkte manchmal etwas ungeduldig, wenn die TN nach „Ausreden“ suchten. Bsp: *„Aber wenn doch soviel Wurst im Kühlschrank ist“* *„Das liegt doch nur an dir, warum kaufst du dann nicht erst mal die Hälfte, wenn du denkst, dass diese Wurst dein Zuviel an Fett ist. Wenn du aber nach wie vor so viel essen willst, dann stehe auch dazu, ohne schlechtes Gewissen und Ausreden!“*

O.g. Teilgruppe reagiert gegen Ende des Kurses mit Resignation und teilweise auch Abneigung auf die „Ausflüchte“ und „Uneinsichtigkeit“ der 5. TN (Quelle: TB):

- Sie (TN) stöhnt laut auf und sagt leise „dann kann dir auch nichts mehr helfen“. Später schimpft sie: „Die nervt, ... weiß überhaupt nicht, weshalb sie hier ist, ... wirkt wie ein verzogener Balg ...“

Ein echtes gemeinsames Ziel wird in dieser Gruppe jedoch nicht erkennbar. Die TN möchten zwar alle ihr Gewicht reduzieren, jede nennt jedoch ein eigenes individuelles „Hauptproblem“, dessen Lösung sie anstrebt (Quelle: TB):

- Sie muss im Moment unbedingt die Familiensituation umstellen (einiges in der Familie geriet aus den Fugen; was, sagt sie nicht) und hat daher viel Stress. Diese Erkenntnis ist durch den Kurs ausgelöst worden, sie möchte vieles grundlegend ändern.

Ein von den TN gemeinsam gefasster Lösungsansatz ist die Einladung einer erfolgreichen TN aus einer anderen Gruppe. Die Diskussionen mit ihr sind zwar sehr informativ, die neuen Anregungen und Beispiele werden jedoch auch nicht umgesetzt.

Nach Kursende treffen sich einzelne TN noch, die Gruppe als solche zerfällt jedoch direkt, ohne ihr Ziel der Gewichtsreduktion erreicht zu haben.

c) Gruppe 3

Die TN der Gruppe 3 sind in jeder Hinsicht am wenigsten homogen. So reicht die Altersspanne von 18 bis 53, die Ausbildung bzw. Tätigkeit von Schülerin bis Selbständige und das Temperament von sehr ruhig bis stark extrovertiert. Die TN kannten sich zwar „vom Sehen her“, unterhielten bisher jedoch keine freundschaftlichen Beziehungen und bauen sie auch im Laufe des Kurses nicht in dem Maße, wie in den anderen Gruppen auf. Trotzdem ist der Umgang miteinander sehr freundlich und rücksichtsvoll.

Die von Tuckman (1965) beschriebenen Stadien des Forming, Storming, Norming und Performing (Kap. 3.2.5.1) sind in dieser Gruppe sehr gut zu erkennen. Bereits zu Kursbeginn werden generationsbedingte Unterschiede deutlich, die sich jedoch nicht negativ auswirken (Quelle: TB):

- Die Erzählung, dass sie (jüngste TN) noch „bekocht“ wird und durch den Kurs auch erfahren möchte, wie und ob sie sich richtig ernährt, fand auch die älteste TN interessant „So wird das Fundament für spätere Essgewohnheiten gelegt“. Die jüngste TN stellte wiederum fest, dass die berufstätigen Frauen auch Probleme damit haben, während des Tages eine „vernünftige“ Mahlzeit oder Snacks zu bekommen, dies also kein typisches Schülerproblem darstellt.

Die TN reden zwar auch sehr offen über ihre Belange und Probleme, nehmen jedoch teilweise auch konstruktive Anmerkungen und Kommentare der Gruppe nicht ohne weiteres hin, sondern verteidigen ihre Position bzw. Ansicht.

Die Rollen innerhalb der Gruppe werden sehr schnell differenziert. So ergreifen die älteren TN zuerst das Wort, während die jüngsten sich eher passiv verhalten. Eine TN motiviert durch ihr offenes und ansteckendes Lachen und positives Zureden, eine weitere versucht durch entsprechende Äußerungen oder Gesten alle TN in Diskussionen zu integrieren bzw. zu Meinungsäußerungen aufzufordern (Quelle: TB):

- (TN) ist temperamentvoll und macht ironische Bemerkungen, die die anderen TN immer wieder zum Lachen bringen und zu eigenen Kommentaren auffordern.

Die TN sehen in der Teilnahme am Kurs eine wichtige Gemeinsamkeit, trotz der unterschiedlichen Ziele im Hinblick auf die Gewichtsreduktion (2 TN wollen ihr Gewicht halten und nur den KFA reduzieren) und unterstützen sich gegenseitig mit vielen Lösungsansätzen aus eigener Erfahrung und aus externen Quellen wie Fachbücher, Zeitschriften und Internet.

Auch die Kursleitung wird oft mit Rat und Tat unterstützt (Quelle: TB):

- Die Beteiligung mit Tipps und Ratschlägen bei der Massage ist sehr konstruktiv. Ich (KL) muss nicht die „Vorturnerin“ spielen, kann dadurch auch wieder mehr ein Teil der Gruppe sein.

Eigeninitiierte Treffen während der Osterferien schlagen zwar fehl, die Kursstunden ohne Kursleitung werden jedoch von den meisten TN wahrgenommen und als hilfreich empfunden. Dies führt zu dem Wunsch, sich auch nach dem Kursende weiter zu treffen (Quelle: TB):

- (...) alle waren sich einig, dass selbst ein kurzes Treffen von nur einer Stunde nach dem Kurs schon sinnvoll sein kann. Hauptsache, sie werden dabei gewogen, die anderen sehen das Ergebnis, und sie können darüber sprechen, was gemacht wurde.

Die Gruppe zerfällt ebenfalls nach Kursende, die TN treffen sich noch ohne Verabredung im Fitness-Studio. Nur 2 TN vermissen den Austausch und die Motivation in der Gruppe.

d) Gruppe 4

Die TN der Gruppe 4 sind wenig homogen und kannten sich, bis auf eine, auch schon durch ihre Mitgliedschaft im Studio. Auch sie differenzieren sofort ihre Rollen und beginnen bereits die erste gemeinsame Kursstunde mit sehr offenen Diskussionen. In einem, dem Studio angegliederten Lokal, werden manchmal besonders interessante Diskussionen nach der Kursstunde fortgeführt.

Ähnlich, jedoch noch deutlicher als in Gruppe 1 wird das Ziel der Gruppe sofort erkennbar, und die TN arbeiten intensiv an Lösungsstrategien. Erfolge und Misserfolge werden gleichsam wahr- und ernstgenommen und innerhalb der Kursstunden, sowie bei den Treffen zum Sport im Studio gelobt bzw. analysiert.

In Gruppe 4 kommen kaum Meinungsverschiedenheiten und keine Konflikte auf. Jede Äußerung oder Frage wird als solche angenommen und direkt geklärt bzw. innerhalb der nächsten Gruppendiskussion aufgegriffen.

Das im Kursverlauf auftauchende Problem einer TN wird von der Gruppe vorsichtig aufgegriffen, jedoch nicht in Anwesenheit der Betroffenen thematisiert (Quelle: TB):

- Alle bestätigen ihr (TN), dass sie genug abgenommen habe und erzählen von Bekannten, die schon zu dünn sind. Keine spricht jedoch an, was sie tatsächlich denkt und was sie mich schon vorher fragten: „Ist sie magersüchtig?“

Die Gruppe nutzt alle im Kursverlauf angebotenen Hilfsmittel und Methoden, auch Rollenspiele zur Vorbereitung auf Ostern und einige TN besorgen zusätzliches Informationsmaterial aus Zeitschriften und Internet.

Die Kursstunden ohne Kursleitung werden für gemeinsamen Sport und den Austausch von Rezepten genutzt.

Die TN motivieren sich gegenseitig durch ihren Erfolg und vergleichen sich gerne mit den anderen Gruppen, was gleichsam motivierend wirkt (Quelle: TB):

- Sie (TN) fragt nach dem Verlauf der anderen Gruppen, wie erfolgreich diese sind. Die TN von Gruppe 1 wären auch alle begeistert, würden aber nicht so viele Rezepte und andere Ideen austauschen, wie ihre Gruppe.
- Sie (alle TN) können nicht verstehen, dass in Gruppe 2 noch keine TN eine richtige Strategie gefunden hat. *„Der Kurs gibt doch so viele Ideen“, ... „Auf was warten die denn noch?“*

Nach Kursende treffen sich die meisten TN noch einige Wochen regelmäßig zum gemeinsamen Sport, danach nur noch unregelmäßig oder zufällig im Studio.

Fazit: Weniger als die Hälfte der TN hat zu Kursbeginn bestimmte Erwartungen, überwiegend unterstützender Art, an ihre Gruppe. Trotzdem glauben die meisten zu Kursbeginn an einen „großen“ bzw. „sehr großen“ Einfluss der Gruppe auf die Motivation und bestätigen dies im Kursverlauf und zu den Nachmessungen. Faktoren, die sich negativ auf diese Erwartungen auswirken, sind ausbleibende Erfolge der Gruppenmitglieder und mangelndes Interesse an Gruppenaktivitäten ohne KL.

Die TN der Gruppen 3 und 4 zeigten die geringste **Homogenität** in Bezug auf Alter, Ausbildung, derzeitiger Tätigkeit und Interessen.

Im Kursverlauf entwickelt sich trotz der unterschiedlichen Homogenität bei allen Gruppen ein mehr oder weniger stark ausgeprägtes freundschaftliches Verhältnis zwischen den TN. Unabhängig von der Tiefe dieser freundschaftlichen Beziehungen diskutieren die TN schon zu Kursbeginn sehr offen über ihre Erfahrungen, Ängste und Probleme und sprechen die eher selten auftretenden **Konflikte** bzw. Meinungsverschiedenheiten direkt an.

Bis zu 3 Monate nach Kursende halten noch 80% der TN Kontakt zueinander, 8 Monate nach Kursende behält dies immer noch über die Hälfte bei, wobei hier auch das Fitness-Studio als zufälliger Treffpunkt genannt wird.

Die TN der Gruppe 1 weisen den stärksten **Zusammenhalt** auf und treffen sich auch langfristig nach Kursende in regelmäßigen Abständen von 4-6 Wochen. Alle TN der Gruppe 2 vermissen zwar den Kontakt in kursfreien Zeiten, niemand organisiert jedoch weitere Treffen. Die TN der Gruppe 3 sind zu unterschiedlich, um sich selbstorganisiert zu treffen, trotzdem vermissen 2 den Gruppenkontakt. Einigen TN aus Gruppe 4 fehlt die Gruppe als Motivator, anderen wiederum als Partner für Kommunikation und Austausch. TN, die eine starke Beziehung zu ihrer Gruppe aufbauen, bedauern deren Zerfall bzw. Auflösung zum Teil sehr stark. Nach Stanford (1991) ist das der Preis für eine gute Gruppenentwicklung.

Gruppe 4 arbeitet sehr ziel- und **lösungsorientiert** und erreicht somit nach Stanford (1991) das Ziel der Gruppendynamik, eine effektive bzw. produktive Arbeitsgruppe zu werden. In dieser Phase, von Tuckman (1965) als „Performing“ bezeichnet, können die TN zusammen arbeiten, um ihre Ziele zu erreichen und dabei mit Meinungsverschiedenheiten und interpersonellen Konflikten in konstruktiver Weise umgehen (Stanford 1991). In Gruppe 1 ist

diese Phase zwar etwas weniger ausgeprägt, jedoch ebenfalls gut erkennbar. In Gruppe 3 unterscheiden sich die individuellen Ziele stärker voneinander als in Gruppe 1 und 4. Trotzdem wird auch hier lösungsorientiert vorgegangen, es beteiligen sich jedoch nicht alle TN gleichwertig an der Gruppenarbeit. In Gruppe 2 fehlt die Lösungsorientierung, um von einem effektiven Arbeiten sprechen zu können.

Mitglieder einer Gruppe müssen einen Teil ihrer Vorschläge in der erarbeiteten Entscheidung wiederfinden und mit dem Verlauf der Gruppenaktivität zufrieden sein, um diese Entscheidung zu akzeptieren und sich mit ihr zu identifizieren (Boos 1996). Übertragen auf Gruppe 2 könnte das fehlende gemeinsame Ziel und der mangelnde Erfolg der TN dazu führen, dass keine der Entscheidungen, hier Lösungsstrategien, von der Gruppe als solche akzeptiert und von den einzelnen TN eingesetzt werden. Auch die Vorschläge der erfolgreichen TN einer anderen Gruppe werden zwar diskutiert und für wertvoll erachtet, aber es erfolgt keine Identifikation mit den von der TN dargestellten Problemen und auch keine Annahme ihrer Strategien.

Welche Faktoren innerhalb der oben geschilderten Gruppenentwicklungsprozesse letztendlich einen Einfluss auf die Lösungsstrategien und die Zielerreichung der TN nehmen und in welchem Ausmaß dies geschieht, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Das Gruppengeschehen selbst könnte dafür verantwortlich sein, wenn die TN nicht den maximalen Nutzen aus ihren Ressourcen ziehen. Andererseits könnten produktive Lösungen der TN darauf zurückgeführt werden, dass durch die Gruppeninteraktion individuelles Lernen gefördert wird und eine kognitive Stimulation erfolgt (O'Connor 1980).

5.4 Überprüfung der Evaluationshypothesen

Auf der Grundlage der oben dargestellten Ergebnisse werden im folgenden die Evaluationshypothesen überprüft.

1) Das Gesundheitsverhalten der Teilnehmerinnen verändert sich im Laufe und nach dem Gruppenprogramm positiv.

Als Parameter des Gesundheitsverhaltens gilt hierbei in Anlehnung an Dlugosch (1994) das Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsverhalten der TN.

In Bezug auf die Ernährung, einschließlich des Alkoholkonsums, hat sich das Verhalten der TN im Verlauf des Kurses eindeutig verbessert (s. Kap. 5.2.2).

Der Alkoholkonsum wird reduziert bzw. ganz eingestellt, die Mahlzeitenfrequenz erhöht sich insgesamt auf wünschenswerte 4 und mehr Mahlzeiten pro Tag, die Fettzufuhr sinkt, die Flüssigkeits- und Ballaststoffzufuhr steigt und ebenso das Ernährungsbewusstsein der TN. Die Hälfte der TN gibt an, sich bewusster mit dem Thema Ernährung auseinanderzusetzen (s. Kap. 5.2.7). Die Gesamtenergiezufuhr kann im Rahmen eines Programms zur Gewichtsreduktion kaum bewertet werden, da die TN ihr Ziel natürlich in erster Linie durch eine Verringerung der Energiezufuhr erreichen wollen. Als nicht erfolgreich ist die durchschnittlich geringe Kohlenhydratzufuhr zu beurteilen (s. Kap. 5.2.2). Mittelfristig nach Kursende lässt die Mahlzeitenfrequenz wieder etwas nach, insbesondere samstags und sonntags, die Auswertung der Ernährungsprotokolle zeigt eine eher positive durch-

schnittliche Entwicklung der Nährstoffzufuhr, während das Ernährungsbewusstsein unverändert gut bleibt (s. Kap. 5.3.2).

Die TN steigern im Verlauf des Kurses ihren alltäglichen Bewegungsumfang, wobei eher selten konkrete Angaben zu Art und Umfang gemacht werden. Innerhalb der Angaben zu den Lösungsansätzen wird „vermehrtes Treppensteigen“, „Rad statt Auto“ und „mehr zu Fuß gehen“ genannt. 3 bis 8 Monate nach Kursende nehmen die sportlichen Aktivitäten wieder etwas ab, befinden sich jedoch immer noch über dem Ausgangswert. Der Stellenwert des Sports ist nach wie vor noch hoch.

Eine Änderung des ohnehin positiven Entspannungsverhaltens der TN ist insgesamt ebenfalls feststellbar, wobei die Steigerung der sportlichen Aktivitäten von einigen TN schon als entspannend bezeichnet wird. Neben dem Sport zählen einige TN auch die intensivere Auseinandersetzung mit sich selbst zum Entspannungsverhalten hinzu (s. Kap. 5.2.7). Auch an diesem Verhalten ändert sich nach Kursende nur wenig.

2) Ein moderater Gewichts- und Körperfettverlust findet statt.

Diese Hypothese trifft bei 89% der TN für den KFA und bei 74% (BMI) bzw. 59% der TN überwiegend auch für das Gewicht zu (s. Kap. 5.2.7).

3) Die physische Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen verbessern sich.

74% der TN verbessern ihre physische Leistungsfähigkeit, 22% erreichen sogar die Leistungsstufe „gut“ (s. Kap. 5.2.1). Das Wohlbefinden der TN stellt sich zur Kursmitte sehr positiv dar und erreicht am Kursende im Vergleich zum Kursanfang und zu den Nachmessungen einen Höhepunkt (Kap. 5.3.3). 87% bezeichnen es als „gut“ bzw. „sehr gut“. Diese Hypothese ist somit ebenfalls zutreffend.

4) Die Teilnehmerinnen halten einen moderaten Gewichts- und Körperfettverlust mittelfristig (nach 3 und nach 8 Monaten) aufrecht.

36% der 22 bis zur Nachmessung 2 erscheinenden TN können ihr moderat bis stark reduziertes Gewicht halten, die Hälfte davon nimmt noch weiter ab. 41% erfüllen das Erfolgskriterium bezüglich des BMI, 77% halten einen moderat bis stark reduzierten KFA im Vergleich zur Ausgangsmessung (s. Kap. 5.3.1). 2 TN die nicht zur Nachmessung erscheinen, halten nach eigenen Angaben ebenfalls ihr Gewicht vom Kursende, die restlichen 3 TN melden sich nicht mehr. Hier muss davon ausgegangen werden, dass der Gewichtsverlust mittelfristig nicht gehalten wurde. Diese Hypothese wird somit nur teilweise erfüllt.

Die, im Sinne einer formativen Vorgehensweise, dem Forschungsprozess zugrunde liegenden Fragen (s. Kap. 4.2) wurden größtenteils bereits in der Darstellung der Ergebnisse bzw. Hypothesen beantwortet bzw. diskutiert. Auf sie wird daher im Folgenden nur noch kurz, mit Verweis auf das entsprechende Kapitel eingegangen.

a) Wie stellt sich das Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsverhalten der Teilnehmerinnen kurzfristig (während und nach Kursverlauf) und mittelfristig (nach 3 und nach 8 Monaten) dar?

Diese Frage wird bereits in Hypothese 1 beantwortet (s. Kap. 5.2.2).

b) Welchen Einfluss haben diese Veränderungen auf das Gewicht, die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden?

Diese Fragen werden in Hypothese 2 bzw. 3 beantwortet (s. Kap. 5.2.1 und Kap. 5.3.3).

c) Welche Lösungsansätze haben die Teilnehmerinnen gewählt?

Die Lösungsansätze der TN stellen sich vielschichtig dar. Alle TN wählen **Änderungen in ihrer Ernährung bzw. ihrem Ernährungsverhalten**. Generell wird der Fettanteil der Nahrung durch einen **geringeren Fleisch- und Wurstverzehr** und die Wahl **fettarmer Milchprodukte** reduziert, der Kohlenhydrat- und Ballaststoffanteil durch **Obst, Gemüse und Vollkornprodukte erhöht** und mehr Wert auf **zucker- und koffeinfreie Getränke** und deren regelmäßige Zufuhr gelegt. Die **Mahlzeiten** werden inklusive Einkauf und Zubereitung bewusster geplant, sowie kontrollierter, des öfteren und in kleineren Mengen eingenommen. Die meisten TN erhöhen auch allgemein ihren alltäglichen **Bewegungs- bzw. Sportumfang** (s. Kap. 5.2.6).

Methoden zur **Entspannung** werden überwiegend in Form von Belohnungen bzw. als Motivation zur Zielerreichung eingesetzt (Kap. 5.2.6).

d) Sind hieraus Erfolgsstrategien abzuleiten?

Eindeutigen Strategien erfolgreicher bzw. nicht-erfolgreicher Teilnehmerinnen (nach objektiven Kriterien) sind nicht erkennbar. Einzig die Vorbereitung auf Essenseinladungen und zu gesellschaftlichen Anlässen trifft ausschließlich für erfolgreiche TN zu. Weniger bzw. nicht-erfolgreiche TN setzen sich im Kursverlauf mehr mit sich und ihren Problemen bzw. Barrieren und Hindernissen zur Verhaltensänderung auseinander, während erfolgreiche TN neu erworbenes Wissen, Handlungsalternativen und Vorschläge direkt umzusetzen versuchen.

So sehen auch die erfolgreichen TN rückblickend keinen Grund, etwas an ihren Strategien zu ändern. Die Änderungswünsche der weniger erfolgreichen TN beziehen sich oft auf einen früheren Einstieg in die Strategieumsetzung und darauf, die Informationen und Hilfen der KL eher und stärker in ihre Strategien einzubeziehen. Unterstützend wünschen sie sich dazu

mehr Fremdbestimmung in Form konkreter Handlungsanweisungen bzw. „Druck“ durch die KL (s. Kap. 5.2.6).

e) Welche der eingesetzten und angebotenen Hilfen und Methoden werden genutzt?

Die sowohl als Erhebungsinstrument, als auch kursmethodisch eingesetzten **Ernährungsprotokolle** werden zu Kursbeginn nahezu vollständig genutzt und von den TN als recht aufwändig, aber informations- und lehrreich beurteilt. Insbesondere Ernährungsprotokoll 2 (mit Lebensmittelkreis der DGE) wird im Verhältnis von Aufwand zu Hilfe am besten bewertet. Mit einer **Kalorientabelle** arbeitet ein Drittel der TN regelmäßig, wobei hier eindeutig Gruppenunterschiede festzustellen sind. Die TN bearbeiten die in Form einer Hausaufgabe bzw. zur Vertiefung angebotenen **Arbeitsblätter** regelmäßiger, wenn sie anschließend in der Gruppe besprochen bzw. von der KL überprüft werden. Materialien mit einem hohen Anteil an handlungsbezogenen **Informationen**, wie beispielsweise praktische Tipps zum Einsparen von Fett oder konkrete Beispiele für rückengerechte Gymnastikübungen, werden generell sehr gut akzeptiert (Kap. 5.2.4). Ebenso werden die neuen Erkenntnisse aus der **Informationsvermittlung** von dem überwiegenden Teil der TN in die individuelle Strategiegestaltung integriert (Kap. 5.2.6).

Die Methode der **Gruppendiskussion** wird sofort von allen TN positiv aufgenommen und zum Gedankenaustausch, sowie zur intensiven Aufarbeitung von neuen Kursthemen, Handlungsalternativen, Erfolgen und Problemen bzw. Barrieren genutzt. **Rollenspiele** werden überwiegend ungern eingesetzt bzw. nicht zu Ende geführt, während **Kleingruppenarbeiten** (2-3 TN/Gruppe) eine gute Akzeptanz finden (Kap. 5.3.3). Von der Kursleitung bzw. dem Fitness-Studio angebotener **Gruppensport** wird von allen TN genutzt, ebenso **Entspannungsübungen** (s. Kap. 5.2.2).

f) Ist die Handlungsänderung individual- oder gruppenspezifisch?

Die Handlungsänderungen sind allgemein weder als individual- noch als gruppenspezifisch zu erkennen. Einige Handlungen sind durchaus gruppentypisch, wie z.B. das konsequente Aufstellen und Durchführen von Handlungsalternativen in Gruppe 4. Gruppe 2 setzt sich intensiv mit Problemen, Barrieren und Lösungen zur Verhaltensänderung auseinander, ohne jedoch konkrete Handlungsalternativen zu erarbeiten bzw. auch durchzuführen. Die konsequente Forderung nach und Teilnahme an organisiertem Sport ließ sich dagegen ausschließlich in Gruppe 1 feststellen, während die TN der Gruppe 4 individuell ihre sportlichen Betätigungen auswählten (s. Kap. 5.2.2). Trotz dieser gemeinsamen Merkmale gibt es in jeder Gruppe mindestens 1 TN, die nicht dem geschilderten Gruppenverhalten entspricht.

Die Änderungen der Mahlzeitenfrequenzen und des Ernährungsbewusstseins erfolgen individuell unterschiedlich. Die Qualität der aufgenommenen Nahrungsmittel zeigt jedoch zum Teil wieder gruppenspezifische Tendenzen. So konsumieren die TN der Gruppe 2 durchweg zuviel Fett, Gruppe 1 und 4 erhöhen bis auf 2 (von 9) bzw. 1 (von 6) TN stark ihre Flüssigkeits- und Ballaststoffaufnahme.

Diese „Gruppenmerkmale“ sind jedoch auch in unterschiedlicher Kombination bei einzelnen TN zu beobachten. Eine TN aus Gruppe 3 beispielsweise setzt konsequent ihre gefassten

Verhaltensänderungen um: sie erhöht ihre Mahlzeitenfrequenz, Flüssigkeits- und Ballaststoffaufnahme, fordert die TN zwar zu mehr gemeinsamem Sport auf, führt jedoch selbständig ihr individuell aufgestelltes Ausdauerprogramm durch.

Im Entspannungsverhalten lassen sich keine gemeinsamen Gruppenmerkmale erkennen. Die TN holen sich lediglich Ideen und Anregungen aus den Gruppendiskussionen, wählen dann jedoch individuell die für sie geeignete Form der Entspannung (s. Kap. 5.2.2).

g) Welche konkreten Probleme treten auf?

Aus organisatorischer Sicht lassen sich die mangelnde Kooperation, Kundeninformation und bei 3 von ursprünglich 5 Studioleitern bzw. -besitzern als problematisch bezeichnen (S. Kap. 4.4).

Die in 2 Studios zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten stellten, je nach Kursstundeninhalt, ebenfalls ein Problem dar (s. Tab. 5-3). So können beispielsweise aufgrund der Größe des Seminarraums in Studio 3 keine Entspannungs- und Gymnastikformen im Liegen angeboten werden. Der Seminarraum in Studio 2 wird eher als Abstellraum genutzt und - ohne wiederholtes Bitten - nicht vorgeheizt.

Inwieweit o.g. Verhältnisse in Studio 2 ein Problem darstellten, ist nicht eindeutig zu bestimmen. Die TN versichern wiederholt, dass die Räumlichkeiten sie nicht stören und lachen über unangebrachte Äußerungen der Studioleitung. Eine TN bietet jedoch wiederholt ihre Wohnung für die Kursstunden an und nach der Abschlussmessung bitten die meisten TN um einen anderen Messort für die zukünftigen Treffen. Entsprechend stellt sich ihre Bewertung der Räumlichkeiten in der Abschlussbefragung dar.

Während des Kursverlaufs erweist sich die computergestützte Auswertung der offenen Ernährungsprotokolle als zu aufwändig.

h) Wie wirkt sich das Gruppenprogramm auf das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen aus?

Die meisten TN nennen das Wohlbefinden in direkter Verbindung mit den durchgeführten Verhaltensänderungen und/ oder dem Erfolg in Form einer Gewichtsreduktion. Mehr Energie und ein gesteigertes Selbstbewusstsein werden außerdem häufig in diesem Zusammenhang erwähnt (Kap. 5.2.2).

Der im Rahmen des Programms empfohlene bzw. angebotene Sport und dessen direkte Wirkung trägt zu einem großen Anteil zum positiven Wohlbefinden bei und dient einigen TN gleichzeitig als Entspannungsform.

Die meisten Kursstunden wirken sich positiv auf die Stimmungslage der TN aus. Insbesondere Motivationsübungen wie Autosuggestion, Selbstsicherheitstraining sowie Partner- und Eigenmassage führen zur Verbesserung der Stimmung (Kap. 5.2.2), wohingegen die Kursstunde „Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE“ die Stimmung gar nicht änderte bzw. etwas verschlechterte.

i) Welchen Einfluss hat die Gruppe auf die Verhaltensänderung?

Die Gruppe hat einen großen Einfluss auf die Motivation der TN, ihre Strategien umzusetzen bzw. ihre Ziele zu erreichen. Zu den motivierenden Eigenschaften der Gruppe zählen Erfolgsdruck, Lob, Anerkennung und Austausch.

In einer Gruppe sind sich die TN darüber einig, dass die Gruppe durch ihr zum Teil großes Verständnis für einander sie eher über ihr unerwünschtes Verhalten hinweg tröstet, als zu Veränderungen animiert (Kap.5.2.4).

Nach Ende des Kursprogramms führen die regelmäßigen Treffen einer Gruppe nicht zu dem erwarteten besseren Ergebnis im Hinblick auf Einhaltung der Verhaltensänderungen bzw. des Erfolgs im Vergleich zu den übrigen Gruppen.

6 Ausblick

Dieses Kapitel dient der abschließenden Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der vorliegenden Evaluationsstudie, sowie der Darstellung der daraus abgeleiteten Modifikationen bzw. Empfehlungen.

Ausgehend von den der Studie zugrunde liegenden Zielen und Hypothesen kann das vorliegende Gesundheitsprogramm durchaus als kurzfristig erfolgreich bezeichnet werden. Das Gesundheitsverhalten verändert sich positiv in Bezug auf das Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsverhalten, die TN reduzieren ihr Körpergewicht und den Körperfettanteil und verbessern ihre physische Leistungsfähigkeit. Inwieweit dieser Erfolg jedoch auf die Maßnahme direkt zurückgeführt werden kann, muss offen bleiben, da im Sinne eines nicht-experimentellen Ansatzes ohne Kontrollgruppe gearbeitet wurde (s. Kap. 4.3.2).

8 Monate nach Kursende halten die meisten TN nach eigenen Angaben ihr positives Gesundheitsverhalten bei. 36% weisen nach wie vor ein moderat (5-10%) bis stark reduziertes Gewicht auf bzw. reduzieren es weiter und 41% der TN erfüllen die Erfolgskriterien bezüglich des BMI. Mehr als zwei Drittel der TN halten einen mindestens moderaten Verlust ihres ursprünglichen Körperfettanteils und der größte Teil der TN zeigt nach wie vor eine mindestens befriedigende körperliche Leistungsfähigkeit. Mittelfristig ist die Maßnahme daher teilweise erfolgreich.

Dieser Betrachtung liegen jedoch ausschließlich objektive Erfolgsparameter zugrunde, die sich durchaus von der subjektiven Bewertung der Betroffenen selbst unterscheiden. So beurteilen nahezu alle TN, unabhängig von o. g. objektiven Kriterien, den Kurs als erfolgreich und 8 Monate nach Kursende zeigen sich über die Hälfte der TN trotz teilweiser Gewichtszunahme immer noch zufrieden.

Um die Meinungen, Einstellungen und Intentionen der TN in möglichst großem Umfang zu erfassen, wurde ein Mix qualitativer und quantitativer Evaluationsmethoden eingesetzt. Die Quantifizierung der erhobenen Daten soll eine bessere Übersicht und Vergleichbarkeit, sowie die direkte Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse in diese oder eine ähnliche Maßnahme ermöglichen.

Die vorliegende Studie erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität. Dem könnte sie aufgrund der geringen Fallzahl auch nicht gerecht werden. Vielmehr soll erstmalig, aus der Sicht der beobachtenden Teilnehmerin, das Untersuchungskollektiv ausführlich beschrieben werden.

Es sollte hierbei bedacht werden, dass durch den Evaluationsort Fitness-Studio Personen angesprochen werden, die ohnehin schon eine positive Einstellung zum Sport haben, und es kann davon ausgegangen werden, dass sie auch eher bereit sind, sich an gesundheitsfördernden Maßnahmen zu beteiligen. Die der Studie zugrunde liegende Stichprobe ist daher nicht repräsentativ für alle Besucherinnen eines Gesundheitsprogramms.

Für die TN des vorliegenden Programms existieren keine Auswahlkriterien, auch nicht in Bezug auf das Ausgangsgewicht der Interessierten. So ist nahezu ein Viertel der TN

normalgewichtig, ein weiteres Viertel eher mäßig übergewichtig und sollte daher nach Auffassung einiger Autoren gar nicht an Gewichtsreduktionsprogrammen teilnehmen (Biesalski et al. 1992). Zuber et al. (1992) sehen eine starke Fremdmotivation bzw. falsche Erwartungen an das Programm als Ausschlusskriterium, sofern eine Änderung dieser Faktoren nicht absehbar ist. Für Günther und Beyer (1996) sind u.a. die Bereitschaft, sich auf neue Methoden einzulassen und Verantwortung für die Konsequenzen des eigenen Verhaltens zu übernehmen, entscheidende Kriterien für eine gezielte Auswahl.

Vor dem Hintergrund des präventiven Charakters einer Maßnahme der vorliegenden Art sollten solche Einschränkungen jedoch nicht vorgenommen werden. Der Besuch eines Gesundheitsprogramms mit dem Ziel der Gewichtsreduktion lässt darauf schließen, dass die Person mit sich bzw. ihrer Figur unzufrieden ist und früher oder später eine Diät durchführen wird, sofern dies nicht bereits geschah. Es sollte daher eher als weiteres Ziel einer Gesundheitsberatung darauf hin gearbeitet werden, unrealistische Vorstellungen abzubauen, Alternativen für Diäten zu finden und ein Normal- bzw. mäßiges Übergewicht langfristig zu halten.

Prägender Bestandteil dieser Studie ist die Einbindung der TN als wichtiger Faktor des Programms. Ihre Ziele und Bedürfnisse dürfen in der Planung und Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen nicht unbeachtet bleiben.

Mit Hilfe der vorliegenden Arbeit wurde der Versuch unternommen, einen tieferen Einblick in die Bedürfnisse und Intentionen der TN an mehrdimensionalen Gesundheitsprogrammen zur Gewichtsreduktion zu erhalten. Dies wurde in bereits bestehenden Studien zum gleichen Untersuchungsthema noch nicht realisiert.

Riemann (1991) betont die Orientierung am Bedarf als ein wesentliches Element der Planung von Gesundheitsförderung. Nur so kann der Forderung nach einer intensiven Einbindung aller an der Maßnahme Beteiligten nachgekommen werden.

Da Fitness-Studios mit ihren Möglichkeiten in Bezug auf Zielgruppenansprache und Angebote der Gesundheitsförderung erst seit relativ kurzer Zeit für Konzepte dieser Art zur Verfügung stehen, bot sich die angewendete offene und hypothesengenerierende Vorgehensweise der Datenerhebung an.

Die Verbesserungsvorschläge und Anregungen aller Beteiligten dieser Studie werden nachfolgend dargestellt:

Sicht der TN

Bezüglich Kursthemen

Aus dem Bereich „**Ernährung**“ besteht der Wunsch einige Themen aus der Informationsvermittlung, wie z.B. „Die 10 Regeln der DGE“ zu wiederholen und mehr über Essstörungen zu erfahren.

Die praktische Umsetzung von neu Erlerntem innerhalb der Gruppe, wie beispielsweise die von den TN selbst initiierte Zubereitung fettarmer Zwischenmahlzeiten stößt auf sehr positive Resonanz.

Wiederholt fragen die TN nach einer fest etablierten **Sportstunde** im Fitness-Studio, um sich weiterhin treffen und auch trainieren zu können. Die Disziplinen „Gymnastik“, „Im Freien gehen und laufen“ und „Rad fahren“ werden hierbei bevorzugt genannt.

Die TN begrüßen angeleitete **Entspannungsübungen** während des Kursverlaufs und sind mit den angebotenen Formen: Phantasiereisen, progressive Muskelrelaxation und Atemübungen zufrieden. Vereinzelt werden noch Yoga, Autogenes Training, mehr Massage- und insgesamt mehr Entspannungsübungen gewünscht. Ferner ist die Frage nach einem Ersatz für Essen als Wohlfühlfaktor von Interesse.

Bezüglich der eingesetzten Methoden

Die TN beurteilen die **Ernährungsprotokolle** als recht aufwändig, aber informations- und hilfreich. Die in Form einer Hausaufgabe bzw. zur Vertiefung angebotenen **Arbeitsblätter** werden regelmäßiger bearbeitet, wenn sie anschließend in der Gruppe besprochen bzw. von der KL überprüft werden.

Materialien mit einem hohen Anteil an handlungsbezogenen **Informationen** werden generell sehr gut akzeptiert. Einige TN empfinden den Lese- bzw. Schreibaufwand durch die Arbeits- und Informationsblätter als sehr groß.

Gruppendiskussionen werden zur Lösung bestimmter Probleme bzw. Fragen gerne genutzt, ebenso Arbeiten in **Kleingruppen**.

Die **Stimmungsbarometer** werden von einigen TN zur Einstimmung auf die Kursstunde und zur Reflexion nach ihrem Ende genutzt.

Eine stärkere Auseinandersetzung mit bestimmten Stimuli, wie Heißhunger, Essenseinladungen und Urlaub wird vereinzelt angesprochen, ebenso der Wunsch nach mehr **Rollenspielen** und ein gemeinsamer Besuch im Supermarkt.

Informationen und Übungen zu freiem Reden, Selbstbewusstseinstaining und **Selbstkontrolle** stoßen nach anfänglicher Skepsis auf großes Interesse.

Bezüglich Kursleitung

Von der Kursleitung wird teilweise eine stärkere Fremdbestimmung, z.B. in Form von Kalorienvorgaben, konkreten Handlungsanweisungen und Erfolgsdruck gewünscht. Die qualifizierte Informationsvermittlung und direkte Umsetzung der Prinzipien der klientenzentrierten Beratung wird als angenehm und hilfreich empfunden.

Ein von der Kursleitung organisiertes monatliches Wiegen nach Kursende, und die Aufrechterhaltung des Kontakts zu den TN auch über einen längeren Zeitraum hinweg ist wünschenswert.

Bezüglich Fitness-Studio

Die Raumgröße bzw. -ausstattung ist nicht in allen Studios der Gruppengröße und den eingesetzten Arbeitsmethoden angepasst. Einige TN wünschen eine stärkere Unterstützung

des Kurses von Seiten des Studiopersonals. Ein parallel stattfindender Kurs ähnlicher Inhalte bzw. Thematik wirkt sehr störend.

Bezüglich der Gruppe

Von ihrer jeweiligen Gruppe wünschen sich einige TN mehr gemeinsamen Sport, viel Motivation und den Austausch von Rezepten und Erfahrungen. Eine TN würde ihre Mitstreiterinnen gerne mehr unterstützen und motivieren. Die Diskussionen innerhalb der Gruppe werden sehr geschätzt, Erfolge und Erfahrungen anderer Gruppen dienen z.T. der eigenen Motivation.

Von sich selbst wünschen die TN mehr Selbstdisziplin und eine bessere Organisation. An ihre Umwelt appellieren sie nach mehr Verständnis und Unterstützung.

Sicht der Fitness-Studios

Zwei Studios weisen einander ähnliche Vorstellungen und Wünsche auf:

Der Kurs wird als ein Mittel der Kundenbindung geschätzt. Eine Integration als feste Einrichtung in Kursform jeweils zum Frühjahr und zum Herbst ist wünschenswert. Eine Erweiterung des Kursangebotes in Form einer speziellen Sportstunde, auch über das Kursende hinaus wäre eine zusätzliche Werbemaßnahme innerhalb des Studios. Für zukünftige Kurse sollte das Studiopersonal ausführlicher informiert und mit konkreten Handlungsanweisungen in die Maßnahme integriert werden.

Das dritte Studio wünscht eine geringere Kursdauer, standardisierte Handlungsanweisungen für schnellere Erfolge und einen über eine evtl. Kundenbindung bzw. -neuerung hinausgehenden finanziellen Erfolg des Kurses.

Sicht der Kursleitung / Moderatorin

Die Sicht der Kursleitung stimmt bezüglich der räumlichen und personellen Ausstattung der Fitness-Studios mit der Sicht der TN überein. Mangelndes Interesse an Kurs und TN, ein konkurrierender Vergleich mit parallel verlaufenden Gewichtsreduktionskursen, beengte Räumlichkeiten bzw. Sitzmöglichkeiten erschweren die Bewältigung der vielfältigen Aufgaben. Eine teilweise nur halbherzig durchgeführte Werbung und mangelnde studiointerne Information zögern den Kursbeginn unnötig hinaus.

Die im Kursverlauf eingesetzten Arbeits- und Informationsmaterialien unterstützen die beratende Funktion der Kursleitung. Ihre Auswertung außerhalb der Kursstunden gestaltet sich jedoch bei mehreren parallel verlaufenden Gruppen als äußerst zeit- und arbeitsaufwändig. Insbesondere die wiederholte Analyse der 7 Tage Ernährungsprotokolle übersteigt die Kapazitäten einer Person.

Modifikations- und Erweiterungsvorschläge

Mit dem Ziel des größtmöglichen Nutzens sowohl für die TN, als auch die Anbieter der Maßnahme, fließen die Ergebnisse und Erkenntnisse der vorliegenden Studie in folgende Überlegungen und Modifikations- bzw. Erweiterungsvorschläge eines Gruppenprogramms zur Gesundheitsberatung in Fitness-Studios ein:

Die Maßnahme betreffend

- **Sportkurse:** die Integration einer regelmäßigen gemeinsamen Sportstunde in das Programm erhöht die Bereitschaft der TN, ihre sportlichen Aktivitäten zu erhöhen. Die Einführung einer solchen Stunde kann auch als Motivationsmöglichkeit in Phasen der Stagnation dienen. Darüber hinaus bietet sie TN vorangegangener und laufender Kurse eine Möglichkeit des Austauschs.
- **Entspannung:** kurze Entspannungseinheiten zum Ende der Kursstunden tragen zu einem verbesserten Wohlbefinden bei und können gezielt zur abschließenden Reflexion der jeweiligen Kursthemen genutzt werden.
- **Nachbetreuung:** eine Nachbetreuung über mindestens 6 Monate nach Kursende innerhalb des Studios erleichtert die mittelfristige Gewichtsstabilisation bzw. -reduktion. Hierzu bieten sich beispielsweise wöchentliche oder 14-tägige offene Gruppentreffen oder von vornherein festgelegte Messtermine mit anschließender Diskussion im Abstand von etwa 4 Wochen an. Eine weitere Möglichkeit ist die Einbeziehung „Ehemaliger“ in die kursbegleitenden Sportstunden.

Die methodische Umsetzung betreffend

- **Informationsmaterial:** Informationsmaterial muss sparsamer und gezielter eingesetzt werden. Es könnte beispielsweise nach der Kursstunde ausgelegt werden, so dass die TN selbst entscheiden, ob sie es annehmen.
- **Arbeitsblätter:** die gemeinsame Aufarbeitung der Arbeitsblätter führt zu einer intensiveren Nutzung. Sie sollten daher überwiegend in Kombination mit Gruppendiskussionen oder Kleingruppenarbeiten eingesetzt werden.
- **Ernährungsprotokolle:** der wiederholte Einsatz von einfachen Schätzprotokollen über ca. 3 Tage im Kursverlauf erleichtert die Ernährungsumstellung. Ein zu Kursbeginn geführtes ausführlicheres Ernährungsprotokoll als Grundlage einer computergestützten Auswertung sollte jedoch aus Arbeits- und Zeitgründen nicht mehr als 4-5 Tage (incl. Wochenende) umfassen. Ein benutzerfreundlicheres als das in dieser Studie verwendete Nährwertberechnungsprogramm kann zusätzlich zur Arbeitserleichterung beitragen.

- **Hausaufgaben:** Zu überlegen wäre weiterhin eine Erleichterung des Einstiegs in die Verhaltensänderung durch entsprechende Hausaufgaben zu Kursbeginn. Hierbei darf jedoch das Ziel der Selbstbestimmung nicht vernachlässigt werden.
- **Gruppenarbeit:** mehr selbständiges Arbeiten innerhalb der Gruppen fördert den Zusammenhalt und die Eigenständigkeit. Dazu zählt z.B. auch der gemeinsame Besuch eines Supermarktes mit vorab formulierten Aufgaben und Zielen.
Die Problematik der Kompensation von Konflikten unterschiedlicher Art durch eine übertriebene Fokussierung auf Ernährung bzw. bestimmte idealisierte Körperformen könnte bei Bedarf intensiver, eventuell auch in Form einer Kleingruppenarbeit, in den Kurs integriert werden.

Den Ort der Maßnahme betreffend

- **Kursräume:** die zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten müssen genauer auf ihre Eignung für bestimmte Kursbausteine (z.B. Gymnastikübungen) überprüft werden. Gegebenenfalls ist die Zahl der TN bei kleineren Räumen stärker zu limitieren, wobei die in dieser Studie beobachtete positive Gruppendynamik durch eine zu kleine Gruppe nicht gefährdet werden darf und auch ökonomische Aspekte berücksichtigt werden müssen. Die Kurse sollten auf alle Fälle im unmittelbaren Bereich des Studios stattfinden, um die Möglichkeit sportlicher bzw. entspannender Tätigkeiten direkt vor oder nach dem Kurs zu bieten.
- **Studiopersonal- und -leitung:** eine stärkere Einbindung des Studiopersonals bzw. der -leitung in den Kursablauf fördert die Kommunikation mit den TN und damit deren Integration in das Studiogeschehen. Hierzu bietet sich eine kurze Intensivschulung durch die Kursleitung und eine Einbeziehung von Studiopersonal und -leitung in die Vorstellungsrunde an.
- **Werbung:** die Nutzung aller Möglichkeiten der Zielgruppenansprache der Fitness-Studios kann die Effektivität der Werbemaßnahmen erhöhen. Dies umfasst eine Einbeziehung der Kurswerbung in öffentliche Auftritte (Artikel, Vorführungen, „Tag der offenen Tür“, etc.), studiointerne Werbemaßnahmen („Mitglieder werben Mitglieder“, Frühjahrs- und Sommeraktionen, etc.), sowie Informationsveranstaltungen und eine direkte Mitgliederansprache.
- **Nichtmitglieder:** eine intensivere Einbeziehung der Nichtmitglieder in das Studiogeschehen erhöht deren Möglichkeiten und damit auch Umfang an sportlichen Aktivitäten. Dies kann beispielsweise in Form von „Schnupperangeboten“ erfolgen. Dabei ist zu beachten, dass kein Druck zum Abschluss einer Mitgliedschaft ausgeübt wird.

Die Anforderung an die Kursleitung eines mehrdimensionalen Gesundheitsprogramms entsprechen den von Bartsch (1991) aufgestellten Kriterien für Gesundheitstrainer. So sollte sie neben der formalen Grundlagenqualifikation einer akademischen Ausbildung auch über fachliche, didaktische, diagnostische, kommunikative und soziale Kompetenz verfügen (s.

auch Kap. 2.3.4). Diplom-Oecotrophologen erfüllen dank ihrer interdisziplinären Ausbildung einen großen Bereich dieser Qualifikationsanforderungen und sind aus diesem Grund auch in der Lage, sich schnell in fachfremde Disziplinen einzuarbeiten. Hierzu zählt u.a. die Bewegungslehre, Entspannungstraining und Grundlagen der Psychologie, inklusive diagnostischer Kompetenz in Bezug auf z.B. Wahrnehmung von Gesundheitsbeeinträchtigungen.

Aus den Erfahrungen der vorliegenden Studie muss die kommunikative Kompetenz besonders hervorgehoben werden. Die Kursleitung sollte sowohl über eine große Eigenmotivation, als auch über vielseitige Techniken zur Motivation der TN verfügen und darüber hinaus nicht vergessen, dass Spaß und Freude innerhalb des Kurses schon zur Gesundheitsförderung beiträgt (Ernst 1992).

Diese Überlegungen basieren zwar auf den Erfahrungen mit den Gruppen der vorliegenden Studie, sie stellen jedoch neue Hypothesen dar, die erst mit Hilfe weiterer Studien nachzuweisen sind.

Auf die Gefahren in der Doppelfunktion von Beobachterin und Forscherin in einer Person wurde bereits in Kapitel 4.3.2.6 näher eingegangen. Bestimmte Ergebniserwartungen können im Sinne einer „Betriebsblindheit“ (Riemann 1991, S. 32) die Wahrnehmung der Beobachterin beeinflussen, was zur Folge hat, dass andere Beobachter eventuell zu einem anderen Ergebnis kommen. Zusätzlich können durch die mangelnde Anonymität der Datenerhebung auch die Angaben der TN selbst verzerrt sein (Atteslander et al. 1991). Eine regelmäßige Supervision wäre eine Möglichkeit, die Prozesswahrnehmung zu relativieren, war jedoch aus ökonomischen und auch zeitlichen Gründen in der vorliegenden Studie nicht möglich. Eine gewisse befangene Betrachtungsweise muss daher bei der Betrachtung der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit gelten nur für Gruppenprogramme in den beschriebenen Fitness-Studios und können nicht ohne weiteres auf andere Institutionen bzw. alle Fitness-Studios übertragen werden. Sie liefern jedoch auch Hinweise für die Planung und Durchführung ähnlicher Maßnahmen und geben Anregungen für weiterführende Untersuchungen mehrdimensionaler Gesundheits- oder Gewichtsreduktionsprogramme bzw. Möglichkeiten ihrer Umsetzung in Institutionen der Freizeitindustrie. Zur Vermeidung o.g. Beurteilungsfehler sollte in weiterführenden Studien eine externe Evaluation bevorzugt werden (Kap. 4.1), wobei sich eine Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden empfiehlt, um der Komplexität des Forschungsobjektes gerecht zu werden.

7 Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, ein speziell für Fitness-Studios konzipiertes Gruppenprogramm zur Gesundheitsberatung in seiner Wirkung in Bezug auf Gesundheitsverhalten, anthropometrische Indizes, körperliche Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden zu bewerten und darüber hinaus neue Erkenntnisse zur eventuellen Gestaltungsverbesserung zu gewinnen.

Im theoretischen Teil der Arbeit werden zunächst die aktuelle Situation der Adipositasforschung, die Möglichkeiten ihrer Therapie und die Anforderungen an ein sinnvolles Gewichtsreduktionskonzept vorgestellt. Danach erfolgt eine Darstellung der Möglichkeiten und Formen der Gesundheitsberatung und der Vorteile der Gruppenberatung im Besonderen. Die anschließend vorgestellte Wirkung sportlicher Aktivitäten auf die Regulation von Gewicht und Wohlbefinden und nicht zuletzt auf einen gesundheitsorientierten Lebensstil verdeutlicht die Notwendigkeit der Integration von Sport in mehrdimensionalen Gesundheits- und Gewichtsreduktionsprogrammen. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen werden kommerzielle Fitness-Studios als potenzielle Anbieter dieser Programme vorgestellt und diskutiert. Überlegungen zur Integration eines speziell entwickelten Gruppenprogramms zur Gesundheitsberatung mit den Schwerpunkten Ernährung und Sport in Fitness-Studios schließen diesen Teil der Dissertation ab.

Im empirischen Teil und Kernstück der vorliegenden Arbeit erfolgt die Durchführung und Evaluation des vorgestellten Gruppenprogramms in Kursform.

Über einen Zeitraum von 25 Wochen wurden 4 Kurse mit insgesamt 30 Teilnehmerinnen in 3 Fitness-Studios im Großraum Gießen, Wetterau und Bad Homburg durchgeführt. Die qualitative und quantitative Erhebung der Daten erfolgte im Pretest - Posttest - Verfahren, kursbegleitend und als Follow up - Befragung 3 und 8 Monate nach Kursende. Als Erhebungsmethoden wurden Gewichts- und Körperfettanalysen, Fahrradergometrietests, schriftliche Befragungen, Ernährungsprotokolle, Gruppendiskussionen und teilnehmende Beobachtungen eingesetzt.

Die wichtigsten Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Das Gesundheitsverhalten der Teilnehmerinnen verändert sich kurz- und mittelfristig positiv.
- 74% der Teilnehmerinnen reduzieren ihren BMI um mindestens einen Punkt und 59% bzw. 89% weisen einen mindestens moderaten Gewichts- bzw. Körperfettverlust auf, während sich die physische Leistungsfähigkeit bei 74% der Teilnehmerinnen verbessert.
- Die subjektiven Erfolgskriterien der Teilnehmerinnen weichen z.T. stark von den objektiven Kriterien der Studie ab. 96% beurteilen den Kurs als erfolgreich und 87% geben ein verbessertes Wohlbefinden an.
- Mittelfristig weist nur noch weniger als die Hälfte der Teilnehmerinnen einen moderaten bis starken Gewichtsverlust auf, der Verlust des Körperfettanteils hingegen bleibt bei 77% erhalten.

- Eindeutige Erfolgsstrategien sind nicht erkennbar. Erfolgreiche Teilnehmerinnen arbeiten überwiegend stark lösungsorientiert und setzen sich bewusst mit zielgefährdenden Situationen auseinander, während sich weniger erfolgreiche Teilnehmerinnen eher mit ihren Problemen und Barrieren zur Zielerreichung befassen.
- Die im Kursverlauf eingesetzten Informations- und Arbeitsmethoden werden überwiegend positiv aufgenommen und genutzt. Insbesondere Ernährungsprotokolle, Materialien mit einem hohen Anteil an handlungsbezogenen Informationen, Gruppendiskussionen und gemeinsame sportliche Aktivitäten finden eine große Akzeptanz. Motivationsübungen und Entspannungstraining wirken sich positiv auf das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen aus.
- Die Gruppe dient als Motivator in Form von Erfolgsdruck, Lob, Anerkennung und Austausch. Großes Verständnis für Misserfolge und mangelnder Erfolg der Teilnehmerinnen wirken eher motivationshemmend.
- Neben einer stärkeren Fremdbestimmung in Form von konkreten Vorgaben und Handlungsanweisungen wünschen einige Teilnehmerinnen mehr gemeinsame sportliche Aktivitäten im Kursverlauf, organisierte Treffen in regelmäßigen Abständen nach Kursende, verbesserte äußere Umstände in den Fitness-Studios und eine stärkere Unterstützung von Seiten des Studiopersonals und der Studioleitung.

Diese Ergebnisse zeigen, dass ein Gruppenprogramm zur Gesundheitsberatung als eine Maßnahme zur Gewichtsreduktion geeignet ist und als solche von den Teilnehmerinnen positiv bewertet wurde. Die Orientierung an den Bedürfnissen und Ressourcen der Teilnehmerinnen, die flexible Handhabung der modularen Themenbausteine und der große Anteil motivationaler Elemente unterscheidet sich von den bisher bekannten Gewichtsreduktionsprogrammen und fordert ein Umdenken sowohl von den Beraterinnen und Beratern, als auch den Auftraggebern zukünftiger Maßnahmen dieser Art.

Unter Berücksichtigung der Grenzen der vorliegenden Studie bietet sie eine hilfreiche Basis für die Planung und Durchführung von Gruppenprogrammen zur Gesundheitsberatung bzw. zur Gewichtsreduktion. Entsprechend fließen die Ergebnisse abschließend in Vorschläge zur Modifikation bzw. Erweiterung des vorliegenden Programms ein.

Summary

“Evaluation of a group program for health consulting focussing on nutrition and sports in commercial fitness studios”

The goal of this thesis is to evaluate a group program for health consulting, specifically conceptualized for fitness studios, in its effect in reference to health behavior, anthropometric indices, physical capacity and wellness in order to gain new understanding for possible design improvement.

Presented first in the theoretical portion of this work is the actual state of obesity research, the potentiality of therapy and the requirements of a sensible weight loss concept. This is followed by a presentation of the possibilities and forms of health consulting and specifically the advantages of group therapy. The subsequently presented effect of exercise activities on the regulation of weight and wellness and especially on a health oriented lifestyle, clarifies the necessity of the integration of exercise in a multidimensional health and weight reduction program. Building on this concept, commercial fitness studios are then presented and discussed as potential providers of these programs. Deliberation on the integration of a specially developed group program for health counseling with a main focus on nutrition and exercise in fitness studios conclude this part of the dissertation.

The implementation and evaluation of the presented group program is shown in the empiric portion and core of the presented work.

Four programs with 30 participants in three fitness centers in greater Giessen, Wetterau and Bad Homburg were put into practice over the course of a 25 week time period. The qualitative and quantitative collection of the data was carried out with a pretest - posttest technique, during the course and as follow-up where inquiries were made three and eight months after course completion. The method of evaluation consisted of weight and body fat analysis, bicycle ergonomics tests, written questionnaires, food diaries, group discussions and participative observation.

The most important results can be summarized as follows:

- The health behavior of the participants changes positively in the short and medium term.
- 74% of the participants reduced their BMI by at least one point, 59% and 89% showed an at least moderate weight and body fat reduction, respectively, while the physical capability of 74% of the participants improved.
- The subjective success criteria of the participants deviate in part strongly from the objective criteria of the study. 96% evaluated the course as successful and 87% indicate an improved wellbeing.
- In the medium term, only less than half of the participants show a moderate to strong weight loss, the loss of body fat however, is retained by 77% of the participants.

- Clear success strategies are not discernible. Successful participants are predominantly solution oriented and consciously engage situations that might pose a risk to their goals, while less successful participants rather deal with the problems and barriers to reaching their goals.
- The information and work methods used during the course are accepted and used mostly in a positive manner. Particularly well accepted were food diaries, materials with a large portion of action-oriented information, group discussions and joint exercise activities. Motivational exercises and relaxation training have a positive effect on the wellbeing of the participants.
- The group serves as a motivator in the form of pressure to succeed, praise, recognition and exchange. Deep understanding for failure and lack of success of the participants has more of a motivation-inhibiting effect.
- Besides a stronger outside (external) influence in form of concrete instructions and action directives, some of the participants also wish for more joint exercise activities, organized meetings scheduled at regular intervals after completion of the course, improved external circumstances in the fitness studios and stronger support from the fitness studio employees and management.

The results show that a group program is well suited for a measure of weight reduction in health counseling and as such is evaluated positively by the participants. The orientation towards the needs and resources of the participants, the flexible handling of the modular theme building blocks and the large portion of motivational elements distinguishes this program from the known weight reduction programs and demands a re-thinking from the advisors, as well as from the requestors of future programs of this type. Even taking into account limitations of this study, it offers a helpful basis for the planning and implementing of group programs for health consultation and weight reduction. Accordingly, the results enter into the study as suggestions for the modification or rather extension of the presented program.

8 Literaturverzeichnis

Abel, T.: Konzepte und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile. *Prävention* 15: 123-128, 1992

Abele-Brehm, A.; Brehm, W.: „Gesundheit“ als Anreiz für freizeitsportliche Aktivitäten im Erwachsenenalter? In: Körndle, H.; Lutter, T.A. (Hrsg.): Der Beitrag der Sportpsychologie zur Zielbestimmung einer modernen Erziehung und Ausbildung im Sport. Köln: bps-Verlag, S. 193-208, 1990

Abele, A.; Brehm, W.: Sportliche Aktivität als gesundheitsbezogenes Handeln. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 131-150, 1990

Abele, A.; Brehm, W.; Gall, T.: Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In: Abele, A.; Becker, P. (Hrsg.): Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim: Juventa-Verlag, S. 279-296, 1991

Alfermann, D.; Stoll, O.: Befindlichkeitsveränderungen nach sportlicher Aktivität. *Sportwissenschaft* 26: 406-424, 1996

Allmer, H.; Niehues, C.: Individuelle Erholungsmaßnahmen nach mentalen Arbeitsanforderungen unter Berücksichtigung der sportlichen Aktivität. In: Allmer, H.; Appell, H.-J.: Regeneration im Sport – Sport als Regeneration. Band 2. Sankt Augustin: H. Richarz, 164-183, 1989

Anderson, J.P.; Fox, K.R.: A social support scale for exercise in a clinical setting: Preliminary evidence of construct validity. *Journal of Sports Science* 16: 71, 1998

Antonovsky, A.: Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen: Dgvt-Verlag, 1997

AOK-Landesverband Schleswig-Holstein: Pfund um Pfund - Ein Gruppentraining zum Schlankwerden (2. Auflage). Pinneberg, 1991

Appel, L.J.; Moore, T.J.; Obarzanek, E.; Vollmer, W.M.; Svetkey, L.P.; Sacks, F.M.; Bray, G.A.; Vogt, T.M.; Cuttler, J.S.; Windhauser, M.M.; Lin, Karanja N.: A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *New England Journal of Medicine* 336: 1117-1124, 1997

Arciero, P.G.; Goran, M.I.; Poehlman, E.T.: Resting metabolic rate is lower in women than in men. *Journal of Applied Physiology* 75: 2514-2530, 1993

Aster, R.; Merkens, H.; Repp, M. (Hrsg.): Teilnehmende Beobachtung. Werkstattberichte und methodologische Reflexionen. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag, 1989

Astrup, A.; Buemann, B.; Western, P.; Toubro, S.; Raben, A.; Christensen, N.J.: Obesity as an adaptation to a high-fat diet: evidence from a cross-sectional study. *American Journal of Clinical Nutrition* 59: 350-355, 1994

Atteslander, P.; Bender, C.; Cromm, J.; Grabow, B.; Zipp, G.: Methoden der empirischen Sozialforschung. 6. neu überarb. u. erw. Aufl. Berlin, New York: de Gruyter, 1991

Ayyad, C.; Andersen, T.: A comprehensive literature study of long-term efficacy of dietary treatment of obesity (abstract). *International Journal of Obesity* 18 (Suppl.2): 303, 1994

- Bachl, N.; Baron, R.:** Sport als präventiver Faktor der Adipositas. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 14: 131-136, 1989
- Badura, B.; Elkeles, T.; Grieger, B.; Huber, E.; Kammerer, W. (Hrsg.):** Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung: Dokumentation des Kongresses vom 28.-30. April 1989 in Berlin. Frankfurt: Mabuse, 1993
- Ballor, D.L.; Katch, V.L.; Becque, M.D.; Marks, C.R.:** Resistance weight training during caloric restriction enhances lean body weight maintenance. *American Journal of Clinical Nutrition* 47: 19-25, 1988
- Ballor, D.L.; Poehlmann, E.T.:** Exercise-training enhances fat-free mass preservation during diet-induced weight loss: a meta-analytical finding. *International Journal of Obesity* 18: 35-40, 1993
- Ban, A. W. van den; Wehland, W.H.:** Einführung in die Beratung – Für Agraringenieure, Entwicklungshelfer und Oecotrophologen sowie für alle in der Erwachsenenbildung und Öffentlichkeitsarbeit Tätigen. Hamburg, Berlin: Parey, 1984
- Bandura, A.:** Lernen am Modell: Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie. Stuttgart: Klett, 1976
- Bandura, A.:** Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta, 1979
- Basdevant, A.; Craplet, C.; Guy-Grand, B.:** Snacking patterns in obese French women. *Appetite* 21: 17-23, 1993
- Barlösius, E.:** Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung. München: Juventa Verlag, 1999
- Bartsch, N.:** Der Gesundheitstrainer in Kur und Rehabilitation: Mitarbeiterfortbildung der Akademie für Gesundheitsförderung in der Rehabilitation. *Prävention* 4: 146-147, 1991
- Baumann, H. (Hrsg.):** Altern und körperliches Training. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber, 1992
- Becker, H.M.:** The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs* 2: 324-508, 1974
- Beilin, L.J.:** Vegetarian and other complex diets, fats, fiber and hypertension. *American Journal of Clinical Nutrition* 59: 11305-11355, 1994
- Beliard, D.; Kirschenbaum, D.S.; Fitzgibbon, M.L.:** Evaluation of an intensive weight control program using *a priori* criteria to determine outcome. *International Journal of Obesity* 16: 505-517, 1992
- Belko, A.Z.; Van Loan, M.; Barbieri, T.F.; Mayclin, P.:** Diet, exercise, weight loss and energy expenditure in moderately overweight women. *International Journal of Obesity* 11: 93-104, 1987
- Benardot, D.:** Nutrition for serious athletes. Champaign, IL: Human Kinetics, 2000
- Bengel, J.; Bührlen, B.:** Aufgaben und Fragestellungen der Evaluation. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (Hrsg.): Praxisnahe Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen. Aus: Reihe „Forum Gesundheitsförderung“. Bonn, S. 6-13, 1991

- Benninghoven, D.:** Tagebuchtechniken in der Therapie der Essstörungen. In Reich, G.; Cierpka, M. (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart, New York: Thieme, S. 151-169, 1997
- Berg, A. et al.:** Cholesterinsenkung in der kardiovaskulären Prävention – Bewegung versus Medikament. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, Sonderheft 1: 177-182, 1996a
- Berger, M.:** Disease risk of obesity. In: Cottrell, R. (ed): Weight Control. The current perspective. London: Chapman&Hall, S. 1-5, 1995
- Bergmann, K.E.; Menzel, R.; Bergmann, E.; Tietze, K.; Stolzenberg, H.; Hofmeister, H.:** Verbreitung von Übergewicht in der erwachsenen Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 14: 205-208, 1989
- Bergmann, K.E.; Mensink, G.B.M.:** Körpermaße und Übergewicht. *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2: 115-S120, 1999
- Beyer, K. Günther, U.:** Das rechte Maß ist immer das individuell richtige. Erfahrungen aus der Arbeit mit übergewichtigen Frauen. Ernährungslehre und Praxis. *Ernährungs-Umschau* 44: B21-B23, 1997
- Biddle, S.J.H.; Fox, K.R.:** Motivation für physical activity and weight management. *International Journal of Obesity* 22 (Suppl. 2): 39-47, 1998
- Biesalski, H.K.; Liebermeister, H.; Remke, H.; Lehnert, H.:** Langzeittherapie des Übergewichtes – Effiziente therapeutische Ansätze und Prognosen. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 17: 1-6, 1992
- Biesalski, H.K.; Fürst, P.; Kasper, H.; Kluthe, R.; Pöler, W.; Puchstein, C.; Stähelin, H.B. (Hrsg.):** Ernährungsmedizin. 2. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart, New York: Thieme, 1999
- Bingham, S.A.; Goldberg, G.R., Coward, W.A.; Prentice, A.M.; Cummings, J.H.:** The effect of exercise and improved physical fitness on basal metabolic rate. *British Journal of Nutrition* 61: 155-173, 1989
- Birgel, M. Hauner, H.:** Moderne Therapie der Adipositas. *Kliniker* 11: 289-294, 1998
- Björntorp, P.; Bernard, N.B. (eds):** Obesity. Philadelphia u.a.: J.B.Lippincott Company, 1992
- Blair, S.N.:** Evidence for success of exercise in weight loss and control. *Annals of Internal Medicine* 119: 702-706, 1993
- Blundell, J.E.; King, N.A.:** Effects of exercise on appetite control: loose coupling between energy expenditure and energy intake. *International Journal of Obesity* 22 (Suppl.2): 22-29, 1998
- Bös, K.; Wydra, G.; Karisch, G.:** Gesundheitsförderung durch Bewegung, Spiele und Sport. Ziele und Methoden des Gesundheitssports in der Klinik. Erlangen: Perimed, 1992
- Böse, J.; Seppelt, B.; Zunft, H.-J.F.:** Einfluß des Fettgehalts einer Testmahlzeit auf Sättigung und Sättigkeit normal- und übergewichtiger Frauen. *Ernährungs-Umschau* 43: 8-13, 1996

- Böse, J.; Seppelt, B.; Zunft, H.-J.F.:** Die sättigende Wirkung von Nahrungsfett – Überblick und eigene Ergebnisse. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 21: 151-155, 1996a
- Boland, H.:** Methode der Prozessevaluierung in der Beratung. *Ernährungs-Umschau* 34 (Beiheft): 94-98, 1987
- Boland, H.:** Grundlagen der Kommunikation in der Beratung. Gießen: Wissenschaftlicher Fachverlag, 1993
- Bolanowski, M.; Nilsson, B.E.:** Assessment of human body composition using dual-energy x-ray absorptiometry and bioelectrical impedance analysis. *Medical Science Monitor* 7: 1029-1033, 2001
- Bolton-Smith, C. Woodward, M.:** Dietary composition and fat to sugar ratios in relation to obesity. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders* 18: 820-828, 1994
- Boos, M.:** Entscheidungsfindung in Gruppen: eine Prozeßanalyse. 1. Aufl., Bern, Göttingen u.a.: Huber, 1996
- Bouchard, C.:** Current understanding of the etiology of obesity: genetic and nongenetic factors. *American Journal of Clinical Nutrition* 53: 1561S-1565S, 1991
- Bouchard, C.:** Can obesity be prevented ? *Nutrition Reviews* 54: 125-130, 1996
- Bouchard, C.; Tremblay A.; Despres J.P.; et al.:** The response to long-term overfeeding in identical twins. *New England Journal of Medicine* 322: 1477-1482, 1990
- Brackhane, R.:** Psychologie der sportlichen Betätigung. In Thomas, A. (Hrsg.): Sportpsychologie: Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München: Urban & Schwarzenberg, S.13-25, 1982
- Bray, G.A.:** Definition, measurement, and classification of the syndromes of obesity. *International Journal of Obesity* 2: 99-112, 1978
- Bray, G.A.:** Pathophysiology of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition* 55: 488S-492S, 1992
- Brehm, W.; Abele, A.:** Auswirkungen sportlicher Aktivität. In: Baumann, H. (Hrsg.): Altern und körperliches Training. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber, S. 93-113, 1992
- Brem-Gräser, L.:** Handbuch der Beratung für helfende Berufe, Band 3. München, Basel: E. Reinhardt, 1993
- Brocher, T.:** Gruppenberatung und Gruppendynamik. Mit einer Einf. Von W. Rosenberger. Leonberg: Rosenberger Fachverlag, 1999
- Broeder, C.E.; Burrhus, K.A.; Svancvik, L.S.; Wilmore, J.H.:** The effects of aerobic fitness on resting metabolic rate. *American Journal of Clinical Nutrition* 55: 795-801, 1992
- Brownell, K.D.; Stunkard, A.J.:** Physical activity in the development and control of obesity. In: Stunkard, A.J. (ed.): Obesity. Philadelphia, S. 300-324, 1980
- Bruch, H.:** Eating Disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York: Basic Books, 1973

Bullough, R.C.; Gillette, C.A.; Harris, M.A.; melby, C.L.: Interaction of acute changes in exercise energy expenditure and energy intake on resting metabolic rate. *American Journal of Clinical Nutrition* 61: 473-481, 1995

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge – Kongressbericht. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 1993

Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (Hrsg.): Praxisnahe Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen. Aus: Reihe „Forum Gesundheitsförderung“. Bonn, 1991

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): „Abnehmen - aber mit Vernunft“ Ein Trainingsprogramm für Gruppen zur Reduktion von Übergewicht. Handanweisung für Kursleiter. Köln, 1990

Burkard, M.; Huth, K.; Metz-Müller, K.; Wiese, ST.: Kontrollierte Adipositas therapie und Änderung des Ernährungsverhaltens mittels Nahrungsergänzungsprodukten und Bioelektrischer Impedanzmessung (BIA). 14. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE). Kurzfassung der Vorträge und Poster. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 20: 53-54, 1995

Buskies, W.; Boeckh-Behrens, W.-U.: Gesundheitsorientiertes Fitnessstraining, Band 2, 2. Aufl. Lüneburg: Wehdemeier Pusch, 1996

CMG - Computer Mensch und Gesundheit: CMG-Ernährungsberater, Anwenderhandbuch. Pielenhofen, 1994

Cohn, R.C.: Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion. 12. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 1975

Conley, R.: The commercial sector: marketing diet and fitness responsibly. *International Journal of Obesity* 22 (Suppl. 2): 55-58, 1998

Crawford. D.A.; Jeffery, R.W.; French, S.A.: Television viewing, physical inactivity and obesity. *International Journal of Obesity* 23: 437-440, 1999

Dale van, D.; Saris, W.H.M.; Schoffelen, P.F.M.; Ten Hoor, F.: Does exercise give an additional effect in weight reduction regimens. *International Journal of Obesity* 11: 367-375, 1987

Danforth, E.: Diet and Obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition* 41: 1132-1145, 1985

Deurenberg, P.; Weststrate, I.J.: Überernährung und Adipositas: Epidemiologie und Gesundheitsrisiken von Fettsucht und Körperfettverteilung. In: Wolfram, G; Schlierf, , G.: Ernährung und Gesundheit: Beiträge der Ernährungsepidemiologie in Europa; Internat. Wiss. Symposium der DGE, 22./23. Oktober 1987. Stuttgart: Wiss. Verl. Ges., S. 47-64, 1987

Deutsche Adipositas-Gesellschaft: Leitlinien zur Therapie der Adipositas. In: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/Leitlinien/allgemein.html> (Stand: 23.02.2002), 1998

Deutsche Gesellschaft für Adipositasforschung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Adipositasforschung – Richtlinien zur Therapie der Adipositas. *Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Adipositasforschung* 5 Heft 9: 7-10, 1995

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 5. überarb. Aufl. - Frankfurt: Umschau, 1991

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrsg.): Ernährungsbericht 1992. Frankfurt/M: Druckerei Henrich, 1992

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrsg.): Stellungnahme der DGE: Drei oder mehr Mahlzeiten pro Tag? DGE-info 10/99. Frankfurt: Umschau Zeitschriftenverlag, 1999

Deutscher Sportbund (Hrsg.): Sport, Gesundheit, Lebensstil. Repräsentative Untersuchung des Instituts für empirische Psychologie. Frankfurt, 1986

Diedrichsen, I.: Ernährungspsychologie. Berlin, Heidelberg u.a.: Springer, 1990

Diedrichsen, I.: Ernährungsberatung. Psychologische Basiskonzepte. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1993

Diedrichsen, I.: Möglichkeiten der Beeinflussung des Ernährungsverhaltens. In: Ernährungs-Umschau 43, 4: S. 136-139, 1996

Diedrichsen, I.: Zur Verhaltensmodifikation in der ernährungsmedizinischen Beratung. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 22: 202-205, 1997

Dießner, H.: Gruppendynamische Übungen und Spiele. Ein Praxishandbuch für Aus- und Weiterbildung sowie Supervision. Paderborn: Junfermann, 1997

Dietrich, K.; Heinemann, K.; Schubert, M.: Kommerzielle Sportanbieter: eine empirische Studie zu Nachfrage, Angebot und Beschäftigungschancen im privaten Sportmarkt. Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport. Schondorf: Hofmann-Verlag, 1990

Dietz, W.H.: The role of lifestyle in health: the epidemiology and consequences of inactivity. *Proceedings of the Nutrition Society* 55: 829-840, 1996

DiPietro, L.; Anda, R.F.; Williamson, D.F.; Stunkard, A.J.: Depressive symptoms and weight change in a national cohort of adults. *International Journal of Obesity* 16: 745-753, 1992

DiPietro, L.; Williamson, D.F.; Caspersen, C.J.; Eaker, E.: The descriptive epidemiology of selected physical activities and body weight among adults trying to loose weight: the Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey, 1989. *International Journal of Obesity* 17: 69-76, 1993

Dissmann, W.; Dissmann, T.; Schwab, M.: Die Körperzusammensetzung des Menschen und ihre Beeinflussung durch das Alter. *Klinische Wochenschrift* 42: 301-309, 1964 Zitiert in: Großklaus, R.: Definition, Klassifikation und Prävalenz des Übergewichtes. *Ernährungs-Umschau* 37: 275-282, 1990

Dittrich, A.: Gesundheitsförderung von Übergewichtigen. Überlegungen zu einem kooperativen Ernährungsberatungsmodell. Lage: Hans Jacobs, 1998

DLR (Projektträgerschaft Forschung im Dienste der Gesundheit in der Deutschen Forschungsanstalt für Luft- und Raumfahrt e.V.) (Hrsg.): Die Nationale Verzehrsstudie - Ergebnisse der Basisauswertung. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 1991

Dlugosch, G.E. : Gesundheitsberatung. In Schwenkmetzger, P.; Schmidt, L. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke-Verlag: S. 222-231, 1994

- Dlugosch, G.E.; Wottawa, H.:** Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In: Schwenkmetzger, P.; Schmidt, L. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke-Verlag: S. 149-168, 1994
- Dorsch, F.; Häcker, H.; Stapf, K.H.:** Psychologisches Wörterbuch. 12. überarb. Und erw. Aufl. Bern u.a.: Huber, 1994
- Dodd, D.K.; Birky, H.J.; Stalling, R.B.:** Eating behavior of obese and normal weight females in a natural setting. *Addictive Behaviors* 1: 321-325, 1979
- Drummond, S.E.; Crombie, N.E.; Kirk, T.:** A critique of the effects of snacking on body weight status. *European Journal of Clinical Nutrition* 50: 779-783, 1996
- Drummond, S.E.; Crombie, N.E.; Cursiter, M.C.; Kirk, I.R.:** Evidence that eating frequency is inversely related to body weight status in male, but not female, nonobese adults reporting valid dietary intakes. *International Journal of Obesity* 22: 105-112, 1998
- Dunn, A.; Marcus, B.; Kampert, J.; Garcia, M.; Kohl, H.W.; Blair, S.:** Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association* 281: 327-334, 1999
- Durnin, J.V.G.A.; Womersley, J.:** Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. *British Journal of Nutrition* 32: 77-97, 1974
- Eaton, A.W.; Israel, R.G.; O'Brian, K.F.; Hortobagyi, T.; McCammon, M.R.:** Comparison of four methods to assess body composition in women. *European Journal of Clinical Nutrition* 47: 353-360, 1993
- Edelstein, S.L.; Barrett-Connor, E.L.; Wingard, D.L.; Cohn, B.A.:** Increased meal frequency associated with decreased cholesterol concentrations: Rancho Bernardo, CA 1984-1987. *American Journal of Clinical Nutrition* 55: 664-669, 1992
- Ellrott, T.:** Verhaltensmodifikation in der Adipositas therapie. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 24: 91-96, 1999
- Ellrott, T.; Pudel, V.:** Adipositas therapie. Aktuelle Perspektiven. Stuttgart, New York: Thieme, 1998
- Ellrott, T.; Pudel, V.; Westenhöfer, J.:** Fettreduzierte Lebensmittel ad libitum, eine geeignete Strategie zur Gewichtsabnahme? *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 20: 293-303, 1995
- Ellrott, T.; Beilschmidt, S., Spirik, J.; Lichtenstein, S.; Neuhäuser-Berthold, M.; Pudel, V.:** Der 1:1-Austausch normaler Lebensmittel durch vergleichbar fettärmere Lebensmittel bei Kohlenhydratverzehr ad libitum. Eine 8wöchige Praxisstudie. *Ernährungs-Umschau* 45: 44-49, 1998
- Ellrott, T.; Kreuter, P.; Hutchinson, F.:** 18-Monate-Nachuntersuchung von Teilnehmerinnen einer Studie zum Austausch normaler Lebensmittel durch vergleichbare fettärmere Lebensmittel. *Ernährungs-Umschau* 45: 314-317, 1998a
- Elmadfa, I.; Schwalbe, P.:** Außenseiterdiäten und ihre Risiken. In: Erbersdobler, Helmut F.; Wolfram, Günther (Hrsg.): Echte und vermeintliche Risiken der Ernährung. Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges., S. 55-62, 1993

- Elmadfa, I.; Zarfl, A.:** Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen: eine Aufgabe für den Ernährungswissenschaftler. In: Müller, M.J.; Erbersdobler, H.F. (Hrsg); Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen. Was ist gesichert? Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges., S. 55-62, 1996
- Ernst, H.:** Gesund ist, was Spaß macht. In Trojan, A.; Stumm, B.: Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. Frankfurt am Main: Fischer, S.152-166, 1992
- Evans, E.:** Why should obesity be managed? The obese individual's perspective. *International Journal of Obesity* 23 (Suppl. 4): S3-S6, 1999
- Ewbank, P.P.; Darga, L.L.; Lucas, C.P.:** Physical activity as a predictor of weight maintainance in previously obese subjects. *Obesity Research* 3: 257-263, 1995
- Fairburn, C. G.; Cooper, Z.:** New perspectives on dietary and behavioural treatments for obesity. *International Journal of Obesity* 20 (Suppl. 1): 9-13, 1996
- Faltermaier, T.:** Qualitative Forschungsmethoden in der Gesundheitsforschung: Gegenstände, Ansätze, Probleme. In: Brähler, E., Corinne, A. (Hrsg.): Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 105-128, 1996
- Ferster, C.B.; Nurnberger, J.I.; Lewit, E.E.:** The control of eating. *Journal of Methetics* 1: 87-109, 1962
- Ferstl, R.:** Determinanten und Therapie des Essverhaltens. Theorie der Sättigung, Verhaltensdeterminanten des Essens und Therapien des Essverhaltens. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1980
- Ferstl, R.; De Jong, Renate; Brengelmann, J.C.:** Verhaltenstherapie des Übergewichts – ein Modellversuch zur Selbstkontrolle des Essverhaltens. Stuttgart: Kohlhammer, 1978
- Fiedler, P.:** Verhaltenstherapie in und mit Gruppen – Psychologische Psychotherapie in der Praxis. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union, 1996
- Fischer, B.A.:** Decision emergence: phases in group decision making. *Speech Monographs* 37: 53-66, 1970
- Flick, U.:** Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Psychologie-Verl.-Union, 1991
- Fliegel, S.; Groeger, W.M.; Künzel, R.; Schulte, D.; Sorgatz, H.:** Verhaltenstherapeutische Methoden – Ein Übungsbuch. München: Psychologie-Verl.-Union, 1989
- Fogelholm, G.M.; Kukkonen-Harjula, T.K.; Sievänen, H.T.; Oja, P.; Vuori, I.M.:** Body composition assessment in lean and normal-weight young women. *British Journal of Nutrition* 75: 793-802, 1996
- Folkins, C.H.; Sime W.E.:** Physical fitness and mental health. *American Psychologist* 36: 373-389, 1981
- Franzkowiak, P.; Sabo, P. (Hrsg.):** Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“. Mainz: Peter Sabo, 1993

Frey, G.: Sport und Gesundheit. Eine Herausforderung für die Trainingswissenschaft. In: Küpper, D.; Kottmann, L. (Hrsg.): Sport und Gesundheit. Schorndorf: Hofmann, S. 91-107, 1991

Freyer, W.: Handbuch des Sport-Marketing, Wiesbaden: Folkel-Verlag, 1991

Friedrichs, J.: Methoden empirischer Sozialforschung. 14. Auflage, Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990

Garner, D.M.; Wooley, S.C.: Verhaltenstherapie und Diät bei der Behandlung von Übergewicht: eine kritische Auseinandersetzung. In Spies, Gabriele; Kröger, Christoph (Hrsg.): Verhaltenstherapie und Übergewicht – Themen der 1. und 2. interdisziplinären Fachtagung zum Thema „Essverhalten“ 1994 und 1995 in Freiburg. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren, S. 8-96, 1996

Garrison, R.J.; Castelli, W.P.: Weight and thirty-year mortality of men in the Framingham Study. *Ann Intern Med.* 103: 1006-1009, 1985

Garrow, J.S.: Obesity. In Garrow, J.S.; James, W.P.T.; Ralph, Ann (Hrsg.): Human Nutrition and Dietetics. London: Churchill Livingstone, S. 465-478, 1993

Garrow, J.S.: Treat obesity seriously. London: Churchill Livingstone, 1981

Geliebter, A.; Schachter, S.; Lohmann-Walter, C. et al.: Reduced stomach capacity in obese subjects after dieting. *American Journal of Clinical Nutrition* 63: 170-173, 1996

George, V.; Tremblay, A.; Despres, J.P.; Leblanc, C.; Perusse, L.; Bouchard, C.: Evidence for the existence of small eaters and large eaters of similar fat-free mass and activity level. *International Journal of Obesity* 13: 43-53, 1989

(GSB) Gesellschaft für sozialmedizinische Beratung: Das Gruppenberatungstraining „Pfund um Pfund“ der AOK Schleswig-Holstein - Längsschnittliche Evaluation der Wirksamkeit. Freiburg, 1995

Girtler, R.: Die „teilnehmende unstrukturierte Beobachtung“ – ihr Vorteil bei der Erforschung des sozialen Handelns und des in ihm enthaltenen Sinns. In: Aster, Reiner; Merckens, Hans; Repp, Michael (Hrsg.): Teilnehmende Beobachtung. Werkstattberichte und methodologische Reflexionen. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag: 103-113, 1989

Girtler, R.: Methoden der qualitativen Sozialforschung. Anleitung zur Feldarbeit. 3. unveränd. Auflage. Wien, Köln, Weimar: Böhlau, 1992

Gniech, G.: Essen und Psyche. Über Hunger und Sättigkeit, Genuß und Kultur. 1. korr. Nachdruck. Heidelberg: Springer Verlag, 1996

Gold, R.L.: Roles in Sociological Field Observations. McCall & Simons, 1969

Goldstein, D.J.: Beneficial health effects of modest weight loss. *International Journal of Obesity* 16: 397-415, 1992

Grinker, J.A.: Body Composition Measurement: Accuracy, Validity, and Comparability. In The National Academy of Sciences (ed.): Body Composition and Physical Performance: Applications for the Military Services. Washington, D.C.: National Academy Press, S. 223-235, 1992

- Groeneveld M, Hoffmann I, Etzrodt C, Leitzmann C:** Die Gießener Vollwert-Ernährungs-Studie - erste Ergebnisse einer Fragebogenerhebung. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 18: 143-148, 1993
- Gromus, B.; Koch U.:** Indikation zur Verhaltenstherapie Übergewichtiger. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 6: 17-19, 1981
- Gromus, B.; Kahlke, W.; Koch, U.:** Interdisziplinäre Therapie der Adipositas – Forschungsbericht – Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 1985
- Großklaus, R.:** Formula-Diäten: Mittel zum erfolgreichen Abnehmen? *Ernährungs-Umschau* 44: 84-88, 1997
- Großklaus, R.:** Definition, Klassifikation und Prävalenz des Übergewichtes. *Ernährungs-Umschau* 37: 275-282, 1990
- Grundy, S.M.:** Multifactorial causation of obesity: implications for prevention. *American Journal of Clinical Nutrition* 67 (Suppl.): 563-572, 1998
- Günther, U. Beyer, K. :** Ein Kursprogramm für übergewichtige Frauen – erste Erfahrungen. Ernährungslehre und Praxis. *Ernährungs-Umschau* 43: B17-B20, 1996
- Hackfort, D.:** Sportliche Aktivität. Ihre Bedeutung für die Lebensgestaltung und den Lebensstil im Alter. In Baumann, H. (Hrsg.): Altern und körperliches Training. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber, S. 149-164, 1992
- Hagan, R.D.:** Benefits of aerobic conditioning and diet for overweight adults. *British Journal of Sports med* 5: 144-155, 1988
- Hammon, A.V.:** Abnehmen mit mentalem Training und Diät. Freier Vortrag. *Ernährungs-Umschau* 41 (Sonderheft): S90-S92, 1994
- Hartig, Monika (Hrsg.):** Selbstkontrolle – Ein kritischer Überblick über lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze. München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg, 1975
- Hauber-Schwenk, G.; Schwenk, M.:** dtv-Atlas Ernährung. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2000
- Hauner, H.:** Wie hoch ist die gesundheitliche Gefährdung durch Übergewicht? *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 16: 158-161, 1991
- Hauner, H.:** Sind Gewichtsreduktionsprogramme sinnvoll? Ernährungslehre und –Praxis. *Ernährungs-Umschau* 40: B35-B36, 1996
- Hautzinger, M.:** Idealisiertes Selbstbild. In: Linden, M.; Hautzinger, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie – Techniken und Einzelverfahren. Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer, S. 171-174, 1993
- Hayaki, J.; Brownell, K. D.:** Behaviour change in practice: group approaches. *International Journal of Obesity* 20 (Suppl.1): 27-30, 1996
- Hebebrand, J.; Hesecker, H.; Himmelmann, W.; Schäfer, H.; Remschmidt, H.:** Altersperzentilen für den Body-Mass-Index aus Daten der Nationalen Verzehrstudie einschließlich einer Übersicht zu relevanten Einflussfaktoren. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 19: 259-265, 1994

- Hecker, G.:** Sport und Gesundheit - Reflexionen zu gesundem Sporttreiben. In: Deutsche Sporthochschule Köln (Hrsg.): Brennpunkte der Sportwissenschaft 1987/1. Sankt Augustin: Hans Richarz, S. 67-83, 1987
- Hendee, W.R. (Council on Scientific Affairs):** Treatment of obesity in adults. *Journal of the American Medical Association (USA)* 17: 2547-2551, 1988
- Hendrichs, A.:** Ernährung als Gesundheitsrisiko. Eine Fallstudie psychosozialer Bestimmungsgründe des Verzehrs „gesunder“ Nahrungsmittel. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag, 1987
- Herget, M.; Daniel, H.:** Von fettsüchtigen Menschen und Mäusen. *Ernährungsumschau* 43 (1): 4-7, 1996
- Herman, C.P.; Mack, D.:** Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality* 43: 647-660, 1975
- Hill, J.O.; Schlundt, D.G.; Sbroco, T.; Sharp, T.; Pope-Cordle, J.; Stetson, B.; Kaler, M.; Heim, C.:** Evaluation of an alternating-calorie diet with and without exercise in the treatment of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition* 50: 248-54, 1989
- Hill, S.W.; McCutcheon, N.B.:** Eating responses of obese and nonobese humans during dinner meals. *Psychosomatic Medicine* 37: 395-401, 1975
- Hillsdon, M.; Thorogood, M.:** A systematic review of physical activity promotion strategies. *British Journal of Sports Medicine* 30: 84-89, 1996
- Hirzel, G.:** Bericht über ein Interventionsprogramm gegen den koronaren Risikofaktor "Bewegungsmangel". In Bäumlner, G.; Bregelmann, J.C. (Hrsg.): Verhalten und Verhaltensmodifikation im Sport. München: Gerhard Röttger Verlag, S. 45-64, 1986
- Höller, J.:** Fitness erfolgreich vermarkten. Das Managementfachbuch für Sportstudios und Fitnessanlagen. Mannheim: Trend Verlag, 1991
- Hoffmann, N.:** Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Therapietechniken. In Linden, M.; Hautzinger, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie – Techniken und Einzelverfahren. Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer, S. 117-124, 1993
- Holden, J.H.; Darga, L.L.; Olson, S.M.; Stettner, D.C.; Ardito, E.A.; Lucas, C.P.:** Long-term follow-up of patients attending a combination very-low calorie diet and behaviour therapy weight loss programme. *International Journal of Obesity* 16: 605-613, 1992
- Hollmann, W.; Hettinger, T.:** Sportmedizin, Arbeits- und Trainingsgrundlagen. Stuttgart: Schattauer, 1980
- Holli, B.B.:** Using behaviour modification in nutrition counseling. Review. *Journal of the American Dietetic Association* 88: 1530-1536, 1988
- Homans, C.:** Theorie der sozialen Gruppe. Köln: Opladen, 1968
- Hornstein, W.; Bastine, R.; Junker, H.; Wulff, C.; Salzmann, W.:** Theorien I: Verhaltensmodifikation – Gesprächspsychotherapie. In: Funkkolleg - Beratung in der Erziehung. Studienbegleitbrief 7. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 1975

Horton T.J.; Drougas, H.; Brachey, A.; George, W.R.; Peters, J.C.; Hill, J.O.: Fat and carbohydrate overfeeding in humans: different effects on energy storage. *American Journal of Clinical Nutrition* 62: 19-29, 1995

Huang, M.-H., Yang, R.-C., Hu,S.-H.: Preliminary results of triple therapy for obesity. *International Journal of Obesity* 20: 830-836, 1996

Hubert, H.B.; Feinleib, M.; McNamara, P.M.; Castelli, W.P.: Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26- year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation* 67: 968-977, 1983

Hughes, J.R.: Psychological effects of habitual aerobic exercise: A critical review. *Preventive Medicine* 13: 66-78, 1984

Hunter, G.R.; Weinsier, R.L.; Baumann, M.M.; Larson, D.E.: A role for high intensity exercise on energy balance and weight control. *International Journal of Obesity* 22: 489-493, 1998

Institut für Therapieforschung (IFT): Jahresbericht des IFT über die Betreuung der Kurssysteme „Abnehmen - aber mit Vernunft“ und „Eine Chance für Raucher - Nichtraucher in 10 Wochen“. IFT-Berichte Bd. 82. München, 1995

Jaeggi, E.: Verhaltenstherapie. In Asanger, R.; Wenninger, G. (Hrsg.): Handwörterbuch Psychologie. 4. Auflage, Weinheim, S. 818-822, 1992

Jakicic, J.; John, M.; Polley, B.A.; Wing, R.R.: Accuracy of self-reported exercise and the relationship with weight loss in overweight women. *Medical Science of Sport & Exercise* 30: 634-638, 1998

Jenkins, D.J.; Wolever, T.M.; Vuskan, V. et al.: Effect of nibbling versus gorging on cardiovascular risk factors: serum uric acid and blood lipids. *Metabolism* 44: 549-555, 1995

Johnsen, D.: Körperbau, Ernährung und Ernährungszustand – Fakten und Konsequenzen. In: Erbersdobler, H.; Wolfram, G (Hrsg.): Echte und vermeintliche Risiken der Ernährung. Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges., S. 39-46, 1993

Johnson, D.W.; Matross, R.P.: Methoden der Einstellungsänderung. In: Kanfer, Frederick H.; Goldstein, Arnold P.: Möglichkeiten der Verhaltensänderung. Helping People Change. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, S. 56-102, 1977

Jones, P.H.J.: Regulation of cholesterol biosynthesis by diet in humans. *American Journal of Clinical Nutrition* 66: 438-446, 1997

Kaats, G.R.;Keith, S.C.; Croft, H.A.; Pullin, D.; Squires Jr.W.; Wise, J.A.: Dietary supplements and behavior modification plan improve the safety and efficacy of pharmacotherapy. *Advances in Therapy* 15: 165-177, 1998

Kaats, G.R.; Pullin, D.; Squires, W.G.; Wise, J.A.; Hesslink, R.; Morin, R.J.: Safety and Efficacy Evaluation of a Fitness Club Weight-Loss Program. *Advances in Therapy* 15: 345-361, 1998a

Kamberović, R.; Kretzschmar, Y.: Eckdaten 2001 der Fitness- und Racket-Anlagen in Deutschland. Herausgegeben vom Bildungsinstitut des Deutschen Sportstudio Verbands e.V. Hamburg, 2002

- Kanfer, F.H.:** Die Aufrechterhaltung des Verhaltens durch selbsterzeugte Stimuli und Verstärkung. In Hartig, M. (Hrsg.): Selbstkontrolle – Ein kritischer Überblick über lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze. München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg, S. 83-104, 1975
- Kanfer, F.H.:** Selbstmanagement – Methoden. In Kanfer, F.H.; Goldstein, Arnold P.: Möglichkeiten der Verhaltensänderung. Helping People Change. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1977
- Kanfer, F.H.; Karoly, P.:** Selbstregulation und ihre klinische Anwendung: Einige ergänzende Betrachtungen. In Hartig, M. (Hrsg.): Selbstkontrolle – Ein kritischer Überblick über lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze. München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg, S. 190-202, 1975
- Kanfer, F.H.; Goldstein, A.P.:** Möglichkeiten der Verhaltensänderung. Helping People Change. München – Wien – Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1977
- Kanfer, F.H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D.:** Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 2. überarb. Aufl. Berlin u.a.: Springer, 1996
- Kannel, W.B.; D'Agostino R.B.; Cobb, J.L.:** Effect of weight on cardiovascular disease. *American Journal of Clinical Nutrition* 63 (Suppl.): 419S-422S, 1996
- Kappus, W.:** Strukturanalyse der Ernährungsberatung in der Bundesrepublik Deutschland. Gefördert durch die Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. ASG-Materialsammlung. Göttingen, 1988
- Kayman, S., Bruvold, W., Stern, J.S.:** Maintenance and relapse after weight loss in women. Behavioral Aspects. *American Journal of Clinical Nutrition* 52: 800-807, 1990
- Kempen, K; Saris, W.; Westerterp, KR.:** Energy balance during an 8-week energy-restricted diet with and without exercise in obese women. *American Journal of Clinical Nutrition* 62: 722-729, 1995
- Kemper, HCG; Post, GB; Twisk, JWR, Mechelen van, W.:** Lifestyle and obesity in adolescence and young adulthood: results from the Amsterdam Growth And Health Longitudinal Study (AGAHLS). *International Journal of Obesity* 22: 949-957, 1998
- Keys, A.; Brozek, J.; Henschel, A.; Mickelsen, O.; Taylor, H.L.:** The biology of human starvation Vol.1:575-587, Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950
- Keys, A.:** Overweight, obesity, coronary heart disease and mortality. *Nutrition Reviews* 38: 297-307, 1980
- Kindermann, W.:** Ergometrie - Empfehlungen für die ärztliche Praxis. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 38: 244-268, 1987
- King, A.C.; Tribble, D.L.:** The role of exercise in weight regulation in nonathletes. *Sports Med* 11: 331-349, 1991
- Klebert, K.; Schrader, E.; Straub, W.:** Moderationsmethode: Gestaltung der Meinungs- und Willensbildung in Gruppen, die miteinander lernen und leben, arbeiten und spielen. Hamburg: Windmühle GmbH, 1985

- Kleine, W.:** Problemfelder des Gesundheitssports – Eine Einführung in die Thematik unter besonderer Berücksichtigung psychischer Prozesse. In: Kleine, W.; Hautzinger, M. (Hrsg.): Sport und psychisches Wohlbefinden. Beiträge zum Lehren und Lernen im Gesundheitssport. Aachen: Meyer & Meyer, S. 7-25, 1990
- Klotter, C.:** Adipositas als wissenschaftliches und politisches Problem. Zur Geschichtlichkeit des Übergewichts. Heidelberg: Asanger, 1990
- Kolb, M.:** Gesundheitsförderung und Sport. Sportwissenschaft 25 (4), S. 335-359, 1995
- Kohlmeier, L.; Kroke, A.; Pötsch, J.; Kohlmeier, M.; Martin, K.:** Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 27. Baden-Baden: Nomos, 1993
- Korkeila, M.; Kaprio, J.; Rissanen, A.; Koskenvuo, M.; Sörensen, T.I.A.:** Predictors of major weight gain in adult Finns: Stress, life satisfaction and personality traits. *International Journal of Obesity* 22: 949-957, 1998
- Kornexl, R.:** Unterschiedliche Konzeptionen von Selbsthilfegruppen zur Gewichtsreduktion und ihre Effizienz. Dissertation. München, 1984
- Kramuschke-Jüttner, J.:** Evaluation eines Programmes zur Gewichtsreduktion unter besonderer Berücksichtigung des gesundheitsfördernden Aspekts. Innovative Ansätze zur Prävention von gestörtem Essverhalten. Dissertation der Universität Bremen. Aachen: Shaker, 1999
- Kraemer, H.; Berkowitz, R.I.; Hammer, L.D.:** Methodological difficulties in studies of obesity. I: Measurement issues. *Annals of Behavioral Medicine* 12: 112-118, 1990
- Krebs, B.:** Das Anti-Diät-Konzept. In Ernährungs-Umschau 42, Sonderheft S63-S68, 1995
- Krüger, C.; Reich, G.; Buchheim, M.; Cierpka, M.:** Essstörungen: Diagnostik – Epidemiologie – Verläufe. In Reich, G.; Cierpka, M. (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart, New York: Thieme, S. 26-43, 1997
- Kruse, P.; Pavleković, B.; Haak, K.:** Autogenes Training. Niedernhausen: Falken, 1997
- Kübler, W.; Anders, H.-J.; Heeschen, W.; Kohlmeier, M. (Hrsg.):** VERA-Schriftenreihe. Niederkleen: Wissenschaftlicher Fachverlag Dr. Fleck, 1992
- Kurscheid, T.; Lauterbach, K.:** The cost implications of obesity for health care and society. *International Journal of Obesity* 22 (Suppl. 1): 3-5, 1998
- Lamneck, S.:** Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie. München: Psychologie-Verl.-Union, 1988
- Lamneck, S.:** Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. München: Psychologie-Verl.-Union, 1989
- Langmaack, B.:** Themenzentrierte Interaktion. Einführende Texte rund ums Dreieck. 3. korr. Aufl. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union, 1996

- Larsson, B.; Svärsudd, K.; Welin, L.; Wilhelmsen, L.; Björntorp, P. Tibblin, G.:** Abdominal adipose tissue distribution, obesity, and risk of cardiovascular disease and death: 13 year follow up of participants in the study of men born in 1913. *British Medical Journal* 288: 1401-1404, 1984
- Lauch, S.:** Strukturanalyse ausgewählter Fitness-Studios in der Stadt und im Raum Gießen unter besonderer Betrachtung einer möglichen Institutionalisierung von Gesundheitsberatung mit dem Schwerpunkt Ernährung. Unveröffentlichte Diplomarbeit des Instituts für Ernährungswissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen, 1998
- Leahy, F.E.; Jebb, Murgatroyd, P.R.; Prentice, A.M.:** Effect of antecedent meal frequency on metabolic handling of a large meal in lean and obese subjects. *Proceedings of the Nutrition Society* 59: 10A, 1999
- Leahy, F.E.; Jebb, S.A.; Moore, M.S.; Prentice, A.M.:** Effects of meal frequency and exercise on subsequent energy intake in lean men. *International Journal of Obesity* 24 (Suppl. 1): 15, 2000
- Leibing, E.; Rüger, U.:** Verhaltenstherapie / Verhaltensmodifikation. In: Heigl-Evers, Anneliese; Heil, Franz; Ott, Jürgen (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. Stuttgart, Jena: G. Fischer, S. 313-326, 1994
- Leidner, A.:** Gewichtsreduktionsprogramme unter der Lupe. Ernährungslehre und –Praxis. In: Ernährungs-Umschau 40 (9): B33-B35, 1996
- Leon, A.S.; Conrad, J.; Hunninghake, D.B.; Serfass, R.:** Effects of a vigorous walking program on body composition, and carbohydrate and lipid metabolism of obese young men. *Journal of Clinical Nutrition* 33: 1176-1187, 1979
- Leonhäuser, I.-U.:** Perspektivenwechsel in der Ernährungsberatung. *Spiegel der Forschung* 13, Sonderheft:10-11, 1996
- Leonhäuser, I.-U.:** Ernährungsberatung im Wandel - Wie stellt sich die Situation heute dar? „Is the job done?“. *Verbraucherdienst* 42: 275-279, 1997
- Leonhäuser, I.-U.:** Ernährungswissenschaft. In: Diedrichsen, I. (Hrsg.): Humanernährung. Ein interdisziplinäres Lehrbuch. Darmstadt: Steinkopff, S. 4-36, 1995
- Leonhäuser, I.-U.:** Lifestyle und Gesundheit – Wie sieht es mit der Gesundheit in der Alltagswirklichkeit aus? *Ernährungs-Umschau* 46: 342-327, 1999
- Leonhäuser, I.-U.:** Public Health Nutrition und Ernährungsberatung. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 25: 29-32, 2000
- Leonhäuser, I.-U.; Oberritter, H.:** Weiterbildungs-Curriculum Ernährungsberatung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. Ein Beitrag zur Sicherung und Verbesserung der Berufsausübung Ernährungsberatung in Deutschland. *Ernährungs-Umschau* 44: 188-190, 1997
- Liebel, Hermann J.:** Einführung in die Verhaltensmodifikation – Eine Anleitung zum Verhaltenstraining. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union, 1992
- Liebermann, M.A.:** Gruppenmethoden. In: Kanfer, Frederick H.; Goldstein, Arnold P.: Möglichkeiten der Verhaltensänderung. Helping People Change. München – Wien – Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1977

- Linden, M.:** Entspannungstraining. In Linden, M.; Hautzinger, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie – Techniken und Einzelverfahren. Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer, S. 135-138, 1993
- Linden, M.; Hautzinger, M. (Hrsg.):** Verhaltenstherapie – Techniken und Einzelverfahren. Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer, 1993
- Löhmer, C.; Standhart, R.:** Themenzentrierte Interaktion (TZI). Die Kunst, sich selbst und eine Gruppe zu leiten. Mannheim: PAL, 1992
- Logue, A.W.:** Die Psychologie des Essens und Trinkens. Heidelberg, Berlin, Oxford: Spektrum, Akad. Verlag, 1995
- Lohaus-Interwies, G.:** Gesundheit in aller Munde. UGB-Forum 2, S. 68-70, 1992
- Lukaski, H.C.:** Soft tissue composition and bone mineral status: evaluation of dual-energy X-ray absorptiometry. *Journal of Nutrition* 123: 438-443, 1993
- Mann-Luoma, R.:** Grundlegende Strategien für eine Verbindung von Ernährungs- und Bewegungskampagnen. In: Dt. Leichtathletik Verband; Dt. Tennis Bund; Dt. Turner Bund (Hrsg.): Sport - Ernährung - Gesundheit, Symposiumsbericht Bremen 1989, Edition Sport und Wissenschaft Band 5. Aachen: Meyer & Meyer: S.201-204, 1990
- Männle, T.:** Übergewicht aus ernährungswissenschaftlicher Sicht – Auswirkungen einer verstärkt genetischen Betrachtung. In Spies, G.; Kröger, C. (Hrsg.): Verhaltenstherapie und Übergewicht – Themen der 1. und 2. interdisziplinären Fachtagung zum Thema „Essverhalten“ 1994 und 1995 in Freiburg. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren, 1996
- Mangold, W.:** Gegenstand und Methode des Gruppendiskussionsverfahrens. Frankfurt: Europäische Verlagsanstalt, 1960
- Mangold, W.:** Gruppendiskussion. In: Koenig, R. (Hrsg.): Handbuch der Empirischen Sozialforschung. Band I, 2. veränd. und erw. Auflage. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 209-225, 1967
- Manson, J.E.; Stampfer, M.J.; Hennekens, C.H.; Willet, W.C.:** Body weight and longevity. A reassessment. *Journal of the American Medical Association* 257: 353-358, 1987
- Manson, J.E.; Willett, W.C.; Stampfer, M.J.; Colditz, G.A., Hunter, D.J.; Hankinson, S.E.; Hennekens, C.H.; Speizer, F.E.:** Body weight and mortality among women. *New English Journal of Medicine* 333: 677-685, 1995
- Marmonier, C.; Chapelot, D.; Louis-Sylvestre, J.:** Metabolic and behavioural consequences of a snack consumed in a satiety state. *American Journal of Clinical Nutrition* 70: 854-866, 1999
- Mayntz, R.; Holm, K.; Hübner, P.:** Einführung in die Methoden der empirischen Soziologie. Köln, Opladen 1974
- Mayring, P.:** Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. München: Psychologie-Verl.-Union, 1990
- Mayring, P.:** Exemplarische qualitative Ansätze und ihre Bedeutung für die Gesundheitsforschung. In: Brähler, E., Corinne, A. (Hrsg.): Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren. Gießen: Psychosozial-Verlag, S.129-146, 1996

- Mayring, P.:** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 6. Aufl. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1997
- McArdle, W.D.; Katch, F.I.; Katch, V.L.:** Exercise physiology: energy, nutrition and human performance - 4th ed. Baltimore, ML: Williams & Wilkins, 1996
- McGuire, M.T.; Wing, R.R.; Klem, M.L.; Seagle, H.M.; Hill, J.O.:** Long-term maintenance of weight loss: do people who lose weight through various weight loss methods use different behaviours to maintain their weight? *International Journal of Obesity* 22: 572-577, 1998
- Meichenbaum, D.:** Kognitive Verhaltensmodifikation. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 1979
- Mela, D.J.:** Eating behaviour, food preferences and dietary intake in relation to obesity and body-weight status. *Proceedings of the Nutrition Society* 55: 803-816, 1996
- Metropolitan Life Insurance Company:** Metropolitan height and weight tables. *Statute Bulletin of Metropolitan Life Insurance Company* 64: 2, 1983
- Miller, W.C.; Lindeman, A.K.; Wallace, J.; Niederpruem, M.:** Diet composition, energy intake, and exercise in relation to body fat in men and women. *American Journal of Clinical Nutrition* 52: 426-430, 1990
- Miller, W.C.; Niederpruem, M.G.; Wallace, J.P.; Lindeman, A.K.:** Dietary fat, sugar, and fiber predict body fat content. *Journal of American Dietetic Association* 94: 612-615, 1994
- Milz, H.:** Gesundheitsförderung – von der Vision zum Handeln. In Badura, B.; Elkeles, T.; Grieger, B.; Huber, E.; Kammerer, W. (Hrsg.): Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung: Dokumentation des Kongresses vom 28.-30. April 1989 in Berlin. Frankfurt: Mabuse, S. 27-43, 1993
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales:** Bürgerorientierung des Gesundheitswesens: Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden: Nomos Verlag, 1999
- Mrazek, J.:** Fitness-Studio und Sportverein als konkurrierende Modelle. In: Deutsche Sporthochschule Köln (Hrsg.): Brennpunkte der Sportwissenschaft 1988/2, St. Augustin: Academia Verlag, S. 189-203, 1988
- Müller, M.J.:** Konzepte des Energiestoffwechsels. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 20: 138-145, 1995
- Müller, M.J.:** Ernährungsmedizinische Praxis: Methoden – Prävention – Behandlung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 1998
- Müller, M.J.:** Bioelektrische Impedanzanalyse. Auf dem Weg zu einer standardisierten Methode zur Charakterisierung der Körperzusammensetzung. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 25: 167-169, 2000
- Müller, M.J.; Erbersdobler, H.F. (Hrsg.):** Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen. Was ist gesichert? Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges., 1996
- Müller, J.M.; Mast, M.; Langnäse, K.:** Die „Adipositasepidemie“ - Gesundheitsförderung und Prävention sind notwendige Schritte zu ihrer Eingrenzung. *Ernährungs-Umschau* 48: 398-402, 2001

- Must, A.; Dallal, G.E.; Dietz, W.H.:** Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness 1-4. *American Journal of Clinical Nutrition* 53: 839-846, 1991
- Mutzeck, W.:** Kooperative Beratung. Grundlagen und Methoden der Beratung und Supervision im Berufsalltag, 2. Auflage. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1997
- National Research Council:** Diet and Health. Implications for reducing chronic disease risk. In: National Academy Press, Washington D.C., S. 563-592, 1989
- Nelson, L.H.; Tucker, L.A.:** Diet composition related to body fat in a multivariate study of 203 men. *Journal of American Dietetic Association* 96: 771-777, 1996
- Nestmann, F.:** Beratung. In: Asanger R., Wenninger, G. (Hrsg.): Handwörterbuch Psychologie (S. 78-84). Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, 1994
- Neuloh, O.; Teuteberg, H-J.:** Ernährungsfehlverhalten im Wohlstand: Ergebnisse einer empirisch-soziologischen Untersuchung in heutigen Familienhaushalten. Paderborn: Schöningh, 1979
- Noack, R.:** Nahrungsfett und Adipositas. Teil 1: Fett- und Kohlenhydrataufnahme und Nährstoffbilanzen. Übersicht. *Ernährungs-Umschau* 45: 8-13, 1998
- O'Connor, G.:** Small groups - a general system model. *Small Group Behaviour* 11: 145-174
- Ohm, P.:** Progressive Relaxation: Tiefenmuskelentspannung nach Jacobson; Einführung und Übungen; Kombinationsmöglichkeiten mit dem autogenen Training. Stuttgart: TRIAS-Thieme Hippokrates Enke, 1992
- Opaschowski, H.W.:** Herausforderung Freizeit. Perspektiven für die 90er Jahre. Hamburg: BAT – Freizeit-Forschungsinstitut, 1990
- Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes (Hrsg.):** Sich annehmen - abnehmen. Ein Kurskonzept der Volkshochschulen. Frankfurt, 1993
- Perrez, M.:** Prävention, Gesundheits- und Entfaltungsförderung: Systematik und allgemeine Aspekte. In: Baumann, U.; Perrez, M. (Hrsg.): Lehrbuch Klinische Psychologie, Band 2: Intervention. Bern: Hans-Huber-Verlag, S. 80-89, 1991
- Perry, M.:** Modelldarbietung. In: Linden, M.; Hautzinger, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie – Techniken und Einzelverfahren. Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer, S. 225-230, 1993
- Piers, L.S.; Soares, M.J.; Makan, T.; Shetty, P.S.:** Thermic effect of a meal 1. Methodology and variation in normal young adults. *British Journal of Nutrition* 67: 165-175, 1992
- Poehlman, E.T.:** A review: exercise and its influence on resting energy metabolism in man. *Medical Science of Sports Exercise* 2: 515-525, 1989
- Pollock, F.:** Gruppenexperiment. Ein Studienbericht. Frankfurt/M: Europ. Verlagsanstalt, 1955
- Poole, M.S.:** Decisions development in small groups II: A study of multiple sequences in decision making. *Communication Monographs* 50: 206-232, 1983

Poppitt, SD; Swann, D; Black, AE; Prentice, AM: Assessment of selective under-reporting of food intake by both obese and non-obese women in a metabolic facility. *International Journal of Obesity* 22: 303-311, 1998

Prahl, H-W; Setzwein, M.: Soziologie der Ernährung. Opladen: Leske + Budrich, 1999

Premack, D.: Selbstkontrollmechanismen. In Hartig, Monika (Hrsg.): Selbstkontrolle – Ein kritischer Überblick über lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze. München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg, S. 144-162, 1975

Pudel, V.: Verhaltenstheoretische Grundlagen von Ernährungsberatungsprogrammen. In: H.J. Teuteberg (Hrsg.): Ernährungserziehung und Ernährungsberatung. Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsverhalten e.V., Bd., Beiheft der Ernährungs-Umschau, Frankfurt: Umschau, 63-66, 1983

Pudel, V.: Praxis in der Ernährungsberatung. Berlin, Heidelberg, New York, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona: Springer, 1991

Pudel, V.: Psychologische Aspekte der Adipositasentstehung und Behandlung. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 17: 196, 1992

Pudel, V.: Ernährung – Gewicht – Diät. Die Mythen und die Fakten. In Reich, G.; Cierpka, M. (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart, New York: Thieme, S. 1-25, 1997

Pudel, V.: Falsches Essen macht krank. Gesundheitsprophylaxe durch Ernährungsberatung? In: Roeßiger, S.; Merk, H. (Hrsg.): Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Marburg: Jonas Verlag, S. 130-141, 1998

Pudel, V.: Risikofaktor Ernährungsberatung? „Diätetische und psychologische Aspekte in der Ernährung“ Ein Symposium der Stadt Wien im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Wien ist Wellness“, 21. Oktober 1999. MA 38 – Lebensmitteluntersuchungsanstalt Wien, 1999

Pudel, V.; Westenhöfer, J.: Beeinflussung des Essverhaltens im Hinblick auf Prävention der Adipositas. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 14: 125-130, 1989

Pudel, V.; Westenhöfer, J.: Ernährungsberatung als Risikofaktor für Ernährungsverhalten? In Erbersdobler, Helmut F.; Wolfram, Günther (Hrsg.): Echte und vermeintliche Risiken der Ernährung. Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges., S. 47-54, 1993

Pudel, V.; Westenhöfer, J.: Ernährungspsychologie, eine Einführung. 2. überarb. und erw. Aufl. Göttingen u.a.: Hogrefe, 1998

Purschwitz, K.; Straka, D.; Kießling, I.; Scholz, G.H.; Kellner, K.; Rassoul, F.; Richter, V.: Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Leptin im Verlauf der Ernährungsumstellung innerhalb eines Gruppenberatungsprogramms auf der Basis einer vollwertigen Ernährung. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 25: 139-146, 2000

Rabast, U.: Möglichkeiten der Adipositas therapie. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 25: 170-175, 2000

Rehner, G.; Daniel, H.: Biochemie der Ernährung. Heidelberg, Berlin: Spektrum, Akadem. Verl., 1999

- Reich, G.; Cierpka, M. (Hrsg.):** Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart, New York: Thieme, 1997
- Reinecker, H.:** Methoden der Verhaltenstherapie. In: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.): Verhaltenstherapie – Theorien und Methoden. Tübingen: DGVT: S. 64-177, 1986a
- Riemann, K.:** Nutzen der Evaluation. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (Hrsg.): Praxisnahe Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen. Aus: Reihe „Forum Gesundheitsförderung“. Bonn, S.14-26, 1991
- Riquier, D.; Fettsucht:** Gibt es ein „Ökonomie-Gen“? *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 16: 168-169, 1991
- Robinson, T.N.:** Behavioural treatment of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity* 23 (Suppl. 2): S52-S57, 1999
- Rogers, C.R.:** Die nicht-direktive Beratung. Counseling and Psychotherapy. Frankfurt am Main: Fischer, 1992
- Rogers, C.R.; Stevens, B.:** Von Mensch zu Mensch: Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen. Paderborn: Junfermann, 1984
- Rollnick, S.:** Behaviour change in practice: targeting individuals. *International Journal of Obesity* 20 (Suppl.1): 22-26, 1996
- Rossi, P.H.; Freeman, H.E.; Hofmann, H.E.:** Programm-Evaluation. Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung. Stuttgart: Enke-Verlag, 1988
- Rost, R.:** Sport- und Bewegungstherapie bei inneren Krankheiten: Lehrbuch für Sportlehrer, Übungsleiter, Krankengymnasten und Sportärzte. 2. erw. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verlag, 1995
- Rost, R., Hollmann, W.:** Belastungsuntersuchungen in der Praxis. Stuttgart: Thieme, 1982
- Rost, R., Lagerström, D.; Völker, K.:** Fahrradergometrische Belastungsuntersuchungen bei Herz-Kreislauf-Patienten: Voraussetzung, Durchführung und Interpretation. Köln: Echo-Verlags-GmbH, 1991
- Rumpel, C.; Ingram, D.D.; Harris, T.B.; Madans, J.:** The association between weight change and psychological well-being in women. *International Journal of Obesity* 18: 179-183, 1994
- Ryan, A.S.; Nicklas, B.J.; Berman, D.M.; Dennis, K.E.:** Dietary restriction and walking reduce fat deposition in the mid-thigh in obese older women. *American Journal of Clinical Nutrition* 27: 708-713, 2000
- Samsel, W.:** Fitness-Center: Kunden, Gesundheit und Ernährung. *Verbraucherdienst* 45: 414-417, 2000
- Schachter, S.:** Obesity and eating: internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science* 161: 751-756, 1968
- Schlicht, W.:** Sport und Primärprävention. Reihe Gesundheitspsychologie, Band 4, Göttingen: Hogrefe, 1994

Schlundt, D.G.; Hill, J.O.; Sbrocco, T. et al.: The role of breakfast in the treatment of obesity: a randomized clinical trial. *American Journal of Clinical Nutrition* 55: 645-651, 1992

Schlundt, D.G.; Hill, J.O.; Pope-Cordle, J.; Arnold, D.; Virts, K.L.; Kathan, M.: Randomized evaluation of a low fat ad libitum carbohydrate diet for weight reduction. *International Journal of Obesity* 17: 623-629, 1993

Schmidtchen, S.; Hirsch, A.: Beratung. In Linden, M.; Hautzinger, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie – Techniken und Einzelverfahren. Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer, S. 65-68, 1993

Schneider, K.; Bäumlner, G.: Sport als unterstützende Maßnahme bei der Behandlung von Adipositas: Anthropometrische und Psychische Parameter. In Bäumlner, G.; Brengelmann, J.C. (Hrsg.): Verhalten und Verhaltensmodifikation im Sport. München: Gerhard Röttger Verlag, 1986

Schneider, R.: Relevanz und Kosten der Adipositas in Deutschland. *Ernährungs-Umschau* 43: 369-374, 1996

Schneider, R.: Vom Umgang mit Zahlen und Daten: Eine praxisnahe Einführung in die Statistik und Ernährungsepidemiologie. Frankfurt am Main: Umschau-Zeitschr.-Verlag, 1997

Schneider, R.; Potthoff, P.; Brüggjenjürgen, B.; Bullinger, M.: Adipositas und Lebensqualität. Eine Untersuchung mit dem Untersuchungsinstrument „SF-36“ zur Beschreibung und Evaluation des Gesundheitszustandes. *Ernährungs-Umschau* 43: 328-332, 1996

Schnell, R.; Hill, P.B.; Esser E.: Methoden der empirischen Sozialforschung. 4. überarb. Aufl. München u.a., 1993

Schoberberger, R.: Therapeutische Strategien und deren Erfolg aus Sicht des Psychologen. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 14: 137-142, 1989

Schoberberger, R.; Kunze, M.: Epidemiologie der Adipositas und präventive Strategien. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 14: 209-213, 1989

Schoeller, D.A.: How accurate is self-reported dietary energy intake? *Nutrition Reviews* 48: 373-379, 1990

Schorr, A.: Die Verhaltenstherapie – Ihre Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart. Weinheim, Basel: Beltz, 1984

Schubert, M.: Zur Nachfragestruktur in kommerziellen Fitness-Anlagen. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Herausgegeben vom Deutschen Sportstudio Verband e.V. in Zusammenarbeit mit der Universität Hamburg, Fachbereich für Sportwissenschaft, 1998

Schulke-Vandre, J.: Lernkonzept für kombinierte Sport- und Ernährungsangebote in verschiedenen Praxisfeldern. In: Schulke, H.J.; Fietze, U. (Red.)/Dt. Leichtathletik-Verband, Dt. Tennis Bund, Dt. Turner Bund (Hrsg.): Sport - Ernährung - Gesundheit, Symposiumsbericht Bremen 1989, Edition Sport und Wissenschaft Band 5, Aachen: Meyer & Meyer Verlag: S. 67-79, 1990

Schwarzer, R.: Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Reihe Gesundheitspsychologie, Band1. Göttingen: Hogrefe, 1992

Seppelt, B.; Westrate, J.S.; Reinert, A.; Johnson, D.; Linder, W.; Zunft, H.J.F.: Langzeiteffekte einer Ernährung mit fettreduzierten Lebensmitteln auf die Energieaufnahme und das Körpergewicht. *Zeitschrift für Ernährungswissenschaft*, 35: 369-377, 1996

Shaw, R.: Aufrechterhaltung der Therapieerfolge nach einer Übergewichtsbehandlung. In Spies, G.; Kröger, C. (Hrsg.): Verhaltenstherapie und Übergewicht – Themen der 1. und 2. interdisziplinären Fachtagung zum Thema „Essverhalten“ 1994 und 1995 in Freiburg. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren, S. 122-129, 1996

Sheely, S.: Guter Start & sanfte Landung: Bausteine für lebendige Gespräche in Kleingruppen, Impulse für Einstieg und Austausch. Gießen: Brunnen-Verlag, 1999

Shinkai, S.; Watanabe, S. Kurokawa, Y.; Torii, J.; Asai, H.; Shephard, R.J.: Effects of 12 weeks of aerobic exercise plus dietary restriction on body composition, resting energy expenditure and aerobic fitness in mildly obese middle-aged women. *European Journal of Applied Physiology* 68: 258-265, 1994

Simoneau, J-A. ; Bouchard, C. : Skeletal muscle metabolism and body fat content in men and women. *Obesity Research* 3: 23-27, 1995

Skender, M. L.; Goodrick, G.K.; Del Junco, D.; Reeves, R.S.; Darnell, L.; Gotto, A.M.; Foreyt, J. P.: Comparison of 2-year weight loss trends in behavioural treatments of obesity: Diet, exercise, and combination interventions. *Journal of the American Dietetic Association* 96: 342-346, 1996

Skinner, J.S. (Hrsg.): Rezepte für Sport und Bewegungstherapie. Köln: Dt. Ärzteverlag, 1989

Smith, C.F.; O'Neil, P.M.; Rhodes, S.K.: Cognitive appraisals of dietary transgressions by obese women: Associations with self-reported eating behavior, depression, and actual weight loss. *International Journal of Obesity* 23: 231-237, 1999

Somogyi, J.C.: Wandlungen der Lebensweise und Ernährungsgewohnheiten. Soziale und psychologische Aspekte der Ernährung. In: Weggemann, Sigrid; Ziche, Joachim (Hrsg.): Soziologische und humanethologische Aspekte des Ernährungsverhaltens. Strategien und Maßnahmen. Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsverhalten e.V. Band 9, 40: S. 89-94, 1993

Spellerberg, A.: Lebensstile, soziale Lage und Wohlbefinden. In: Zapf, W.; Habich, R. (Hrsg.): Wohlfahrtsentwicklung im vereinten Deutschland: Sozialstruktur, sozialer Wandel und Lebensqualität. Berlin: Ed. Sigma, S. 205, 1996

Spellerberg, A.: Soziale Differenzierung durch Lebensstile: eine empirische Untersuchung zur Lebensqualität in West- und Ostdeutschland. Berlin: Ed. Sigma, 1996a

Spies, G.; Kröger, C. (Hrsg.): Verhaltenstherapie und Übergewicht – Themen der 1. und 2. interdisziplinären Fachtagung zum Thema „Essverhalten“ 1994 und 1995 in Freiburg. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren, 1996

Spraul, M.: Einfluß des Sympathischen Nervensystems auf den menschlichen Energieverbrauch. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 20: 157-161, 1995

Stanford, G.: Gruppenentwicklung im Klassenraum und anderswo: praktische Anleitung für Lehrer und Erzieher. Hrsg., überarbeitet und kommentiert von G. Schreiner. 2. Aufl., Aachen-Hahn: Hahner Verl.-Ges., 1991

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart: Metzler-Pöschel, S. 81f, 1998

Stellfeldt, A.: Einflussfaktoren des Essverhaltens auf eine langfristig erfolgreiche Gewichtsabnahme. Band 1 Ökotrophologische Forschungsberichte. Schwarzenbek: Verlag Dr. Rüdiger Martienß, 1997

Stellfeldt, A.; Müller, M.J.; Bode, V.; Westenhöfer J.: Verhaltensfaktoren und Stabilisierung des reduzierten Körpergewichts über ein Jahr. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 25: 281-288, 2000

Stollberg, D.: Lernen, weil es Freude macht. Eine Einführung in die Themenzentrierte Interaktion. München: Kösel, 1982

Stollenwerk, H.-J.: Aerobic-Phänomen zwischen Mode, Medien, Sport, Gesundheit und Kommerz, Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Franke, E. (Hrsg.): Sport und Gesundheit. Hamburg: Rowohlt, S. 129-142, 1986

Strauss, A.; Corbin, J.: Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, 1996

Stunkard, A.J.: Behavioral treatment of obesity: the current status. *International Journal of Obesity* 2: 237-248, 1978

Stunkard, A.J.: Obesity. Philadelphia, London a.o.: W.B.Saunders Company, 1980

Stunkard, A.J.; Wadden, T.A.: Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition* 55: 524S – 532S, 1992

Taschan, H.; Muskat, E.: Leichtprodukte. Ernährungslehre und Praxis. *Ernährungs-Umschau* 5: B21-B23, 1992

Taylor, C.B.; Sallis, J.F.; Needle, R.: The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Report* 100: 195-202, 1985

Thiel, Ch.; Do Minh Thai; Heinemann, L.; Johnsen, D.; Müller, W.: Ernährungssituation der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland-Ost. *Ernährungs-Umschau* 38: 180-185, 1991

Thomas, P.R. (ed.): Weighing the options: Criteria for evaluating weight-management programs. Committee to develop criteria for evaluating the outcomes of approaches to prevent and treat obesity. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, Washington D.C.: National Academy Press, 1995

Titan, S.M.O.; Bingham, S.; Welch, A., et al.: Frequency of eating and concentrations of serum cholesterol in the Norfolk population of the European prospective investigation into cancer (EPIC-Norfolk): Cross sectional study. *British Medical Journal* 323: 1286-1291, 2001

Toth, M.J., Poehlman, E.T.: Effects of exercise on daily energy expenditure. *Nutrition Reviews* 54: 140-148, 1996

Tremblay, A.; Fontaine, E.; Poehlman, E.T. ; Mitchell, D. ; Perron, L.; Bouchard, C.: The effect of exercise training on resting metabolic rate in lean and moderately obese individuals. *International Journal of Obesity* 10: 511-517, 1986

Tremblay, A.; Doucet, E.; Imbeault, P.: Physical activity and weight maintenance. *International Journal of Obesity* 23 (Suppl. 3): S50-S54, 1999

Tremblay, A. ; Doucet, E. ; Imbeault, P. ; Mauriege, P. ; Despres, J.-P. ; Richard, D.: Metabolic fitness in active reduced-obese individuals. *Obesity Research* 7: 556-563, 1999a

Trojan, A.; Stumm, B. (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag, 1992

Troschke von, J.: Warum werden Ernährungsempfehlungen nicht befolgt und was folgt daraus? In: Müller, M.J.; Erbersdobler, H.F. (Hrsg.): Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen. Was ist gesichert? Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges., S. 178 - 183, 1996

Tryon, G.S.: Gedankenstop. In: Linden, M.; Hautzinger, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie – Techniken und Einzelverfahren. Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer, S. 151-154, 1993

Tuckman, B.W.: Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin* 63: 384-399, 1965

Tuckman, B.W.; Jensen, M.A.C.: Stages of small group development revisited. *Group and Organizational Studies* 2: 419-427, 1977

Twisk, J.W.R., Kemper, H.C.G.; van Mechelen, W.; Post, G.B.; van Lenthe, F.J.: Body fatness: longitudinal relationship of body mass index and the sum of skinfolds with other risk factors for coronary heart disease. *International Journal of Obesity* 22: 915-922, 1998

Utter, A.C.; Nieman, D.C.; Ward, A.N.; Butterworth, D.E.: Use of the leg-tole bioelectrical impedance method in assessing body-composition change in obese women. *American Journal of Clinical Nutrition* 69: 603-607, 1999

Vague, J.: The degree of masculine differentiation of obesities. A factor determining predisposition to diabetes, atherosclerosis, gout, and uric calculous disease. *American Journal of Clinical Nutrition* 4: 20-34, 1950

Verboeket – van de Venne, W.P.; Westerterp, K.R.: Frequency of feeding, weight reduction and energy metabolism. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders* 17: 31-36, 1993

Vogelsang, R.: Einführung in das Thema „Evaluation“ unter Verwendung von Beispielen aus der Ernährungsaufklärung. Teil 2: Evaluierungsansätze. *Ernährungsumschau* 43: 129-135, 1996

Vogelsang, R.: Einführung in das Thema „Evaluation“ unter Verwendung von Beispielen aus der Ernährungsaufklärung. Teil 3: Vergleich von Evaluierungsansätzen im Hinblick auf ihre Anwendung. *Ernährungsumschau* 43: 178-181, 1996a

Wadden, T.A.: The treatment of obesity: an overview. In Stunkard A.J., Wadden T.A. (eds.): *Obesity Theory and Therapy*. New York: Raven Press, S. 197-217, 1993

Waller, H.: Gesundheitsförderung – Prävention heute, Einführung und Definition des Begriffs „Prävention“. *Ernährungs-Umschau* 37 Sonderheft: 523-S526, 1990

Wardlaw G.M.: Putting body weight and osteoporosis into perspective. *American Journal of Clinical Nutrition*: 63 (Suppl.): 433S-436S, 1996

Wardle, J.: Obesity and behaviour change: matching problems to practice. *International Journal of Obesity* 20 (Suppl.1): 1-8, 1996

- Warsy, A.S.; El-Hazmi, M.A.F.:** Diabetes mellitus, hypertension and obesity – common multifactorial disorders in Saudis. *Eastern Mediterranean Health Journal* 5: 1236-1242, 1999
- Wegener, B.:** Brauchen wir neue Strategien zur Gewichtsreduktion? Ergebnisse der 12. Ernährungsfachtagung der DGE-Sektion Sachsen. *Ernährungs-Umschau* 46: 51-51, 1999
- Weidmann, A.; Manz, W.; Scherer, K.R.; Herkner, W.; Mochmann, E.:** Techniken der empirischen Sozialforschung. 3. Band: Erhebungsmethoden: Beobachtung und Analyse von Kommunikation. München: Oldenbourg Verlag, 1974
- Weinbuch-Pfeifer, T.:** Auswirkungen variierter Gruppenkursprogramme zur Ernährungsumstellung und Gewichtsreduktion auf den kurz- und langfristigen Erfolg. Dissertation der Universität Hohenheim, 1988
- Wellenreuther, M.:** Grundkurs: Empirische Forschungsmethoden. Für Pädagogen, Psychologen, Soziologen. Königstein/T.: Athenäum, 1982
- Wengle, E.:** Ernährungsberatung und Sport im Rahmen der Gesundheitsvorsorge: Die Einbeziehung von Bewegung in die Arbeit mit Übergewichtigen. In: Besch, M.; Bodenstedt, A.A.; Kibler, R.; Teuteberg, H.J. (Hrsg.): Ernährung heute und morgen. Entwicklung-Beratung-Bewertung. Frankfurt: Umschau, S. 69-73, 1987
- Westenhöfer, J.:** Gezügeltes Essen und Störbarkeit des Essverhaltens. Göttingen: Hogrefe, 1992
- Westenhöfer, J.; Pudel, V.:** Verhaltensmedizinische Überlegungen zur Entstehung und Behandlung von Essstörungen. In Wahl, R., Hautzinger, M. (Hrsg.): Verhaltensmedizin: Konzepte, Anwendungsgebiete, Perspektiven. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 149-162, 1989
- Westenhofer, J.; Pudel, V.:** Einstellungen der deutschen Bevölkerung zum Essen. *Ernährungs-Umschau* 37: 311-316, 1990
- Westenhöfer, J.; Stellfeldt, A.; Strassner, C.; Schoberberger, R.; Ludvik, B.:** Die Lean Habits Study - Studiendesign und erste 1-Jahres-Follow-up-Ergebnisse. *Ernährungs-Umschau* 47: 333-339, 2000
- Westerterp, K.R.; Verboeket-van-de-Venne, W.; Bouten, C.:** Energy expenditure and physical activity in subjects consuming full- or reduced-fat products as part of their normal diet. *British Journal of Nutrition* 76: 785-795, 1996
- Westerterp-Plantenga, MS; Kempen, KPG; Saris, WHM:** Determinants of weight maintenance in women after diet-induced weight reduction. *International Journal of Obesity* 22: 1-6, 1998
- Wilmore, JH.:** Increasing physical activity as “predictors” of weight gain in observational prospective studies of adults. *Nutrition Reviews* 54: 101-109, 1996
- Winkler, G.; Winter, A.; Döring, A.:** Erfahrungen bei der Kodierung einer Ernährungserhebung mit dem BLS2. *Ernährungs-Umschau* 38: 12-17, 1991
- Wolf, E.:** Adipositas therapie durch Förderung der Subjektfunktion der Persönlichkeit. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 14: 149-153, 1989
- Wolf, N.:** Der Mythos Schönheit. Reinbeck b. Hamburg: Rowohlt, 2000

- Wolfram, G.:** Fettsucht: Neubewertung des Risikos. Abhängigkeit von relativem Körpergewicht, Lebensalter und Fettgewebsverteilung. *Ernährungs-Umschau* 37: 347-354, 1990
- Woo, R.; Garrow, J.S.; Pi-Sunyer, F.X.:** Effect of exercise on spontaneous caloric intake in obesity. *American Journal of Clinical Nutrition* 36: 470-477, 1982
- Woo, R.; Garrow, J.S.; Pi-Sunyer, F.X.:** Voluntary food intake during prolonged exercise in obese women. *American Journal of Clinical Nutrition* 36: 478-484, 1982a
- Wood, P.D.:** Clinical applications of diet and physical activity in weight loss. *Nutrition Reviews* 54: 1311-135, 1996
- Wopp, C.:** Entwicklungen und Perspektiven des Freizeitsports. Edition Sport und Wissenschaft, Band 20. Aachen: Meyer & Meyer, 1995
- Wottawa, H.; Thierau, H.:** Lehrbuch Evaluation. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 1990
- Wydra, G.:** Gesundheitsförderung durch sportliches Handeln: sportpädagogische Analysen einer modernen Facette des Sports. Schorndorf: Hofmann, 1996
- Zarfl, B.; König, J.; Elmadfa, I.:** „Under-recording“ in 7-Tage-Wiegeprotokollen bei 6- bis 18jährigen. *Ernährungs-Umschau* 44: 255-260, 1997
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland (ZKV):** Gesundheitsberatung durch Ärzte, Ergebnisse eines Modellversuchs in Hamburg und in der Pfalz. Wissenschaftliche Reihe, Band 32. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 1988
- Zimmer, F.T.:** Kontrolle verdeckter Prozesse: Aufbau eines positiven Selbstkonzepts. In: Linden, M.; Hautzinger, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie – Techniken und Einzelverfahren. Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer, S. 201-206, 1993

9 Anhang

Anhang 1	Teilnahmeerklärung	*)
Anhang 2	Messkarte	*)
Anhang 3	Kursbegleitende Messung.....	*)
Anhang 4	Gewichtsverlaufskurve	*)
Anhang 5	Fragebogen (Persönlicher Fragebogen)	1
Anhang 6	Fragebogen (Fragebogen 1a - e).....	5
Anhang 7	Fragebogen (Abschlussfragebogen).....	15
Anhang 8	Fragebogen (Fragebogen zur Nachmessung 1)	24
Anhang 9	Fragebogen (Fragebogen zur Nachmessung 2)	31
Anhang 10	Ernährungsprotokoll (Das Ernährungstagebuch 1)	*)
Anhang 11	Ernährungsprotokoll (Das Ernährungstagebuch 2)	*)
Anhang 12	Ernährungsprotokoll (Das Ernährungstagebuch 3)	*)
Anhang 13	Arbeitsblätter	*)
Anhang 14	Stimmungsbarometer.....	40
Anhang 15	Übersicht der Ergebnisse.....	41
Anhang 16	Mehrdimensionale Gewichtsreduktionsprogramme in der Übersicht	43

*) Diese Anhänge sind auf Anfrage bei der Autorin erhältlich.

Darüberhinaus ist bei der Autorin ein Kursleiterhandbuch mit Beschreibung der Kursbausteine, Stundenplanung, Methoden- und Materialempfehlungen erhältlich.

Anhang 5 Fragebogen (Persönlicher Fragebogen)

Persönliche Daten

1. Name: 2. Alter in Jahren:
3. Geburtsdatum: 4. Fam.stand:
5. Körpergröße: 6. Schulabschluß:
7. Gewicht in kg: 8. Beruf:
9. Rauchen Sie?
10. Sind Sie schwanger? 11. Stillen Sie?
12. Sind Sie Diabetikerin?
13. Haben Sie andere Stoffwechsel- und/oder chronische Erkrankungen?
- Osteoporose
- Bluthochdruck
- Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin)
- erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)
- Sonstige
14. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
- nein
- ja,
welche? _____

Hier einige Fragen zum Thema Ernährung:

15. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Nahrungsmittel?
- Getreide
- Milch
- Obstsorten
- Gemüsesorten
- andere:

16. Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungspräparate (Vitamine, Mineralstoffe, etc.)?
- nein
- ja, welche?

17. Haben Sie schon Diäten durchgeführt?
- nein
- ja, wie viele, welche?

18. Essen Sie tierische Produkte?

- Fleisch
- Fisch
- Milch und Milchprodukte
- Eier

19. Bereiten Sie sich Ihre Mahlzeiten selbst zu?

- ja, immer - meistens - mal so, mal so - selten
- nie

20. Kaufen Sie Ihre Lebensmittel selbst ein?

- ja, immer - meistens - mal so, mal so - selten
- nie

21. Wo nehmen Sie Ihre Mahlzeiten meistens zu sich?

- Frühstück
- Mittag
- Abend

21. Essen Sie oft außer Haus Kantine/Restaurant? Wenn ja, wie oft pro Woche?

22. Treiben Sie regelmäßig Sport?

a) Wenn ja, wie oft pro Woche?

23. Leiden Sie an einer orthopädischen Erkrankung (Abnutzungserscheinung)?

- Arthrose
- WS - Erkrankung
-

sonstige

24. Wie empfinden Sie im Moment Ihr Körpergewicht?

- viel zu hoch - ziemlich hoch - ein klein wenig zu hoch - eigentlich richtig

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf Familie und Beruf:

25. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

26. Ihre körperliche Beanspruchung im Beruf ist

- sehr stark - stark - normal - weniger stark -
schwach

27. Fühlen Sie sich beruflich belastet?

- ja, sehr - ziemlich - normal - weniger -
nicht

28. Fühlen Sie sich familiär belastet?

- ja, sehr - ziemlich - normal - weniger -
nicht

40. Haben Sie schon einmal an Entspannungskursen teilgenommen? Wenn ja, an welchen?

a) Haben Sie Ihnen genutzt?

b) Wenden Sie diese Entspannungstechniken noch an?

41. Welche Entspannungsform würde Sie interessieren?

Anhang 6 Fragebogen (Fragebogen 1a - e)

Fragebogen

1. Welche Mahlzeiten nehmen Sie im allgemeinen zu sich?

Unterscheiden Sie zwischen werktags und samstags/sonntags.

	<u>werktags</u>	<u>samstags/sonntags</u>
- erstes Frühstück	()	()
- zweites Frühstück /Zwischenmahlzeit zw. Frühstück und Mittagessen	()	()
- Mittagessen	()	()
- Kaffeetrinken / Nachmittagsmahlzeit	()	()
- Abendessen	()	()
- Spätmahlzeit	()	()
- sonstige, und zwar	()	()

2. Wo nehmen Sie werktags Ihre Mahlzeiten im allgemeinen ein?

	Zu Hause	am Arbeitsplatz/ im Büro	Kantine/ Mensa	Restaurant / Gasthaus	Kiosk / Imbiß	sonstiger Ort
- erstes Frühstück	()	()	()	()	()	()
- zweites Frühstück /Zwischenmahlzeit zw. Frühstück und Mittagessen	()	()	()	()	()	()
- Mittagessen	()	()	()	()	()	()
- Kaffeetrinken / Nachmittagsmahlzeit	()	()	()	()	()	()
- Abendessen	()	()	()	()	()	()
- Spätmahlzeit	()	()	()	()	()	()
- sonstige, und zwar	()	()	()	()	()	()

3. Wie oft essen Sie in einer normalen Woche durchschnittlich außer Haus ?

	()	keinmal
.....		mal
davon wie oft an folgenden Orten :	.....	mal am Arbeitsplatz / im Büro
	.....	mal in der Kantine / Mensa
	.....	mal im Restaurant / Gasthaus
	.....	mal im Kiosk / Imbiß
	.....	mal sonstiger Ort

Anhang

4. Wie häufig essen Sie gewöhnlich jedes einzelne dieser aufgeführten Lebensmittel ?

Lebensmittel	mehrmals täglich	täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	selten/ nie
Fleisch	()	()	()	()	()
Geflügel	()	()	()	()	()
Innereien	()	()	()	()	()

Wurstwaren (Aufschnitt, Dosenwurst, etc...)	()	()	()	()	()
Schinken u.ä.	()	()	()	()	()

Fisch (frisch)	()	()	()	()	()
Fischkonserven	()	()	()	()	()

Eier	()	()	()	()	()
Milch	()	()	()	()	()
Butter	()	()	()	()	()
Margarine	()	()	()	()	()
Quark	()	()	()	()	()
Käse	()	()	()	()	()
Joghurt	()	()	()	()	()

Gemüse (frisch)	()	()	()	()	()
Gemüsekonserven	()	()	()	()	()
Gemüse (Tiefkühlkost)	()	()	()	()	()
Salat	()	()	()	()	()
Kartoffeln	()	()	()	()	()

frisches Obst/ Früchte	()	()	()	()	()
Obstkonserven	()	()	()	()	()

Brötchen / Weißbrot	()	()	()	()	()
Vollkornbrötchen	()	()	()	()	()
Mischbrot	()	()	()	()	()
Vollkorn-/Schwarzbrot	()	()	()	()	()
Knäckebrot	()	()	()	()	()

Haferflocken	()	()	()	()	()
Müsli	()	()	()	()	()

Reis	()	()	()	()	()
Nudeln	()	()	()	()	()
Kuchen/ Gebäck	()	()	()	()	()
Süßwaren/ Schokolade	()	()	()	()	()
Zucker	()	()	()	()	()

Salz	()	()	()	()	()
Fertiggerichte (Suppen, Pizza, Fisch-, Nudelgerichte etc...)	()	()	()	()	()
Tiefkühlgerichte	()	()	()	()	()

Kaffee/ Tee	()	()	()	()	()
Obstsäfte	()	()	()	()	()
Mineralwasser	()	()	()	()	()
Erfrischungsgetränke (Cola, Limonade)	()	()	()	()	()

Vitaminpräparate (Brause, Tabletten etc...)	()	()	()	()	()

5. Nun zu alkoholischen Getränken. Sagen Sie mir bitte, ob, wie häufig und in welcher Menge Sie alkoholische Getränke konsumieren.

Trinken Sie alkoholische Getränke ? () ja () nein
an Tagen pro Woche
..... Liter (pro Woche)

6. Sagen Sie mir nun bitte, welcher Punkt bei der täglichen Speisenzubereitung bzw. bei den Mahlzeiten für Sie der wichtigste, der zweitwichtigste etc. ist.

Rangplätze 1 bis 7 eintragen

Geben Sie dies

a) für den Verzehr zu Hause

b) für den Verzehr außer Haus getrennt an

a) zu Hause b) außer Haus

.....	.....	Geschmack
.....	.....	Gesundheit
.....	.....	Preis
.....	.....	Arbeits- bzw. Zeitaufwand/ Schnelligkeit
.....	.....	Natürlichkeit/ Naturprodukte
.....	.....	Bekömmlichkeit
.....	.....	Gewohnheit

Bilden Sie eine Rangfolge; indem Sie dem wichtigsten Punkt Rangplatz 1, dem zweitwichtigsten Rangplatz 2 usw. zuordnen

Anhang

7. Welches dieser Lebensmittel ist - Ihrer Meinung nach - für eine gesunde Ernährung...

	sehr wichtig ?	wichtig ?	weniger wichtig ?	unwichtig ?
- Milch	()	()	()	()
- Käse	()	()	()	()
- Quark / Joghurt	()	()	()	()
- Butter	()	()	()	()
-----	-----	-----	-----	-----
- Eier	()	()	()	()
- Fleisch	()	()	()	()
- Wurst	()	()	()	()
- Fisch	()	()	()	()
-----	-----	-----	-----	-----
- Brot	()	()	()	()
- Nudeln	()	()	()	()
- Reis	()	()	()	()
- Kartoffeln	()	()	()	()
- Getreide / Müsli	()	()	()	()
-----	-----	-----	-----	-----
- frisches Gemüse	()	()	()	()
- Salat	()	()	()	()
- frisches Obst	()	()	()	()
- Honig	()	()	()	()
-----	-----	-----	-----	-----
- Bier	()	()	()	()
- Wein	()	()	()	()

8. Worauf achten Sie bei Ihrer Ernährung im allgemeinen?

	sehr stark	stark	weniger	nie
nicht zu viel Fett	()	()	()	()
viele Vitamine	()	()	()	()
viel Eiweiß	()	()	()	()
wenig Kohlenhydrate	()	()	()	()
-----	-----	-----	-----	-----
wenig Kochsalz	()	()	()	()
wenig Cholesterin	()	()	()	()
wenig Farb- / Konservierungsstoffe	()	()	()	()
ausreichend Ballaststoffe	()	()	()	()
-----	-----	-----	-----	-----
nicht zuviel Kalorien	()	()	()	()
wenig Süßigkeiten	()	()	()	()
frische Produkte	()	()	()	()
viel Obst und Gemüse	()	()	()	()
natürliche Produkte	()	()	()	()

9. Dieser Kurs beschäftigt sich auch mit gesunder Ernährung. Geben Sie mir bitte einmal an, welchen Risikofaktor - Ihrer Meinung nach - die aufgeführten Punkte für eine gesunde Ernährung darstellen.

	sehr großer Risikofaktor	großer Risikofaktor	geringer Risikofaktor	kaum ein Risikofaktor	kein Risikofaktor
häufiges Essen	()	()	()	()	()
viel Fett	()	()	()	()	()
viel Kohlenhydrate	()	()	()	()	()
Hormongehalt im Fleisch	()	()	()	()	()
-----	-----	-----	-----	-----	-----
Alkohol	()	()	()	()	()
einseitiges Essen	()	()	()	()	()
Farbzusätze	()	()	()	()	()
Süßigkeiten	()	()	()	()	()
-----	-----	-----	-----	-----	-----
wenig Frischgemüse / Obst essen	()	()	()	()	()
Konservierungsstoffe	()	()	()	()	()
viel essen	()	()	()	()	()
Zucker	()	()	()	()	()
-----	-----	-----	-----	-----	-----
genmanipulierte Lebensmittel	()	()	()	()	()
viel Eiweiß	()	()	()	()	()

10. Ein weiteres Thema diese Kurses ist die Bewegung und der damit verbundene Kalorienverbrauch. Welche der folgenden Tätigkeiten hat - Ihrer Meinung nach - den höchsten (Rang 1), zweithöchsten (Rang 2) usw. im Kalorienverbrauch?

	Rangfolge des Kalorienverbrauchs von 1 bis 9
- Spazierengehen	()
- Waldlauf / Joggen	()
- Radfahren	()
- Autofahren	()
- konzentrierte geistige Arbeit	()
- Aerobic	()
- Krafraining	()
- Gymnastik	()
- Schwimmen	()

11. Was meinen Sie : Wieviele Kalorien brauchen Sie täglich ?

Ich brauche täglich Kalorien

**12. Glauben Sie, dass Ihr täglicher Verzehr an
Lebensmitteln diesen Kalorienbedarf trifft?
Ich esse täglich:**

- viel mehr
 - etwas mehr
 - in etwa diese Menge
 - weniger
 - viel weniger
-

13. Haben Sie schon von Rohfasern bzw. Ballaststoffen in Nahrungsmitteln gehört ?

- ja
 - nein
-

**14. Sind Ihrer Meinung nach Rohfasern bzw.
Ballaststoffe gut oder schlecht für die
Gesundheit ?**

- sehr gut
 - gut
 - weniger gut
 - schlecht
 - weiß nicht
-

15. In welcher Weise wirken sich Ballaststoffe auf die Gesundheit aus ? (Kurze Angabe)

16. Welche Bedeutung haben die aufgeführten Punkte für Ihr Wohlbefinden?

	sehr große Bedeutung	große Bedeutung	mittlere Bedeutung	geringe Bedeutung	keine Bedeutung
- Gesundheit	()	()	()	()	()
- richtige Zusammensetzung der Ernährung	()	()	()	()	()
- beruflicher Erfolg	()	()	()	()	()
- nicht / wenig Rauchen	()	()	()	()	()

- ausgeglichenes Ehe- / Familienleben	()	()	()	()	()
- Sicherheit des Arbeitsplatzes	()	()	()	()	()
- nicht / wenig Alkohol trinken	()	()	()	()	()
- seelische Ausgeglichenheit	()	()	()	()	()

- kein Stress	()	()	()	()	()
- viele kleinere Mahlzeiten pro Tag zu sich nehmen	()	()	()	()	()
- sportliche Aktivitäten	()	()	()	()	()

- soziale Kontakte	()	()	()	()	()
- Anerkennung	()	()	()	()	()

17. Lesen Sie bei Lebensmitteln im allgemeinen:

- a) die Angaben der Bestandteile / Zusammensetzung
- () ja, immer
() gelegentlich
() nein, nie
-
- b) die Angaben des Energie - / Kaloriengehalts?
- () ja, immer
() gelegentlich
() nein, nie
-

18. Wir haben hier einige Punkte zusammengestellt, auf die man beim Einkaufen von Lebensmitteln besonders achten kann. Geben Sie mir bitte an, auf welche dieser Punkte Sie besonders achten.

	Wurst / Fleisch- waren	Molkerei- produkte	Süß- waren	Frisch- obst / Gemüse	Brot / Backwaren
- Fett	()	()	()	()	()
- Kalorien	()	()	()	()	()
- Farbzusätze	()	()	()	()	()
- Haltbarkeits- /Frischedatum	()	()	()	()	()
- Vitamine	()	()	()	()	()
- Spurenelemente	()	()	()	()	()
- Konservierungsstoffe	()	()	()	()	()
- Naturbelassenheit	()	()	()	()	()

19. Wenn Sie Lebensmittel einkaufen, was ist da Ihre Haupteinkaufsstätte ?

- () Lebensmittelgeschäft (z.B. Metzger, Bäcker)
 - () Supermarkt (z.B. TOOM)
 - () Verbrauchermarkt (z.B. HL, Rewe)
 - () Discounter (z.B. ALDI)
 - () Lebensmittelabteilung von Kaufhäusern
 - () Reformhaus
 - () Bioladen

 - ()

 - ()
-

20. Angenommen, Sie hätten in Zukunft weniger Haushaltsgeld zur Verfügung; Bei welchen dieser Lebensmittel würden Sie am ehesten Versuchen, Geld zu sparen ?

- () Kuchen / Gebäck
 - () alkoholische Getränke
 - () Wurst
 - () Fertiggerichte
 - () Süßwaren
 - () Käse
 - () Fleisch
 - () Butter
 - () Brot / Brötchen
 - () Gemüse
 - () alkoholfreie Getränke
-

21. Welchen Stellenwert hat Bewegung / sportliche Betätigung in Ihrem Leben ?

- () sehr wichtig
 () wichtig
 () weniger wichtig
 () nicht wichtig

22. Ich habe hier eine Liste, auf der verschiedene Sportarten stehen. Sagen Sie mir bitte,

a) welche davon Sie ausüben und b) wie oft dies normalerweise geschieht.

	a) wird ausgeübt	b) und zwar		
		ein- oder mehrmals wöchentlich	1 - 3 mal monatlich	seltener
- Walking (schnelles Gehen)	()	()	()	()
- Tennis	()	()	()	()
- Reiten	()	()	()	()
- Bergsteigen	()	()	()	()
- Wandern	()	()	()	()
- Schwimmen	()	()	()	()
- Gymnastik	()	()	()	()
- Aerobic / Step	()	()	()	()
- Gerätetraining	()	()	()	()
- Radfahren	()	()	()	()
- Mannschaftssport	()	()	()	()
- Tanzen	()	()	()	()
- andere, und zwar	()	()	()	()
.....	()	()	()	()
.....	()	()	()	()

23. Bei welcher der nachfolgenden Tätigkeiten können Sie sich entspannen?

	sehr gut	gut	weniger	nicht
- Schlafen	()	()	()	()
- Lesen	()	()	()	()
- Musik hören	()	()	()	()
- Sport treiben	()	()	()	()
- Spazieren gehen	()	()	()	()
- Freunde treffen	()	()	()	()
- Rauchen	()	()	()	()
- Ausgehen	()	()	()	()
- Essen	()	()	()	()
- Fernsehen	()	()	()	()
- Handarbeiten/Basteln	()	()	()	()
- Sonstiges	()	()	()	()

24. Wie häufig unternehmen Sie etwas zu Ihrer Entspannung?

- täglich
 - mehrmals in der Woche
 - mehrmals im Monat
 - nie
-

25. Stellen Sie sich vor, Sie möchten ein selbstgewähltes Ziel (z.B. 4 kg abnehmen) erreichen. Welche Bedeutung hat eine Motivation (außer dem Ziel selbst) für Sie?

- sehr groß
 - groß
 - mittlere
 - geringe
 - keine
-

26. Wie groß - denken Sie - ist der Einfluß einer Gruppe mit gleichen Zielen auf Ihre Motivation?

- sehr groß
 - groß
 - mittlere
 - geringe
 - nicht/keine
-

Anhang 7 Fragebogen (Abschlussfragebogen)

Liebe

unser Gesundheitskurs geht dem Ende zu, heute stehen die letzten Messungen an. Welche Erfolge bzw. welchen Gewinn oder Bereicherung er Dir gebracht hat, möchte ich mit Hilfe dieses Fragebogens gerne noch einmal ermitteln. Ich lege hierbei den Schwerpunkt auf die drei großen Themengebiete Ernährung, Bewegung und Entspannung. Abschließend bitte ich Dich noch um die Beantwortung einiger Fragen zur Beurteilung des Kurses.

Ich möchte Dich auch im Interesse aller nachfolgenden Kurse darum bitten, so ausführlich wie möglich zu antworten und Deine Kritik, Anregungen und Wünsche offen zu äußern. Bei Bedarf nutze bitte auch das beiliegende leere Blatt Papier.

Vielen Dank vorab und auch weiterhin viel Erfolg bei allen Deinen zukünftigen Vorhaben

Jutta

1 - Vor kurzem haben Sie sich im Kurs darüber Gedanken gemacht, inwiefern sich Ihr Verhalten in bezug auf Ernährung und Bewegung, sowie Ihr Wohlbefinden verändert hat.

Welche Veränderung betrachten Sie als die für Sie wichtigste ?

In Ihrem Ernährungsverhalten

.....

.....

.....

.....

.....

.....

In Ihrem Bewegungsverhalten

.....

.....

.....

.....

.....

.....

In Ihrem Entspannungsverhalten und /oder Wohlbefinden

.....

.....

.....

.....

.....

2 - Gibt es Themen, die Sie noch interessiert hätten, die in diesem Kurs aber nicht angesprochen wurden in bezug auf Ernährung?

.....

.....

.....

⊗ in bezug auf Bewegung?

.....

.....

.....

⊗ in bezug auf Entspannung/Wohlbefinden?

.....

.....

.....

3 - Wurde Ihrer Meinung nach für ein Thema zuviel Zeit verwendet ?
() ja () nein

Wenn ja, für welches ?

.....

.....

.....

4 - Zu Beginn dieses Kurses haben Sie sich ein oder mehrere Ziele gesetzt. Welche Ziele waren das?

.....

.....

.....

5 - Betrachten Sie diesen Kurs für sich persönlich als erfolgreich?

() ja () nein

⌘ Wenn ja, warum?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⌘ wenn nein, warum nicht?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6 - Was sind, Ihrer Meinung nach, die Gründe für diesen Erfolg/ Misserfolg?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7 - Was hat Sie am meisten motiviert, Ihre Ziele anzugehen?

.....

.....

.....

.....

.....

8 - Hat Ihnen eine bestimmte Form der Motivation gefehlt?

() ja () nein

⌘ Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

9 - Welche Rolle spielt die Gruppe für Sie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10 - Hatten Sie bestimmte Erwartungen an die Gruppe?

() ja () nein

⌚ Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....

⌚ Haben sich diese Erwartungen erfüllt?

.....

.....

.....

.....

11 - Wenn der Kurs jetzt noch einmal beginnen würde, würden Sie etwas anders machen?

() ja () nein

⌚ Wenn ja, was?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12 - Stellen Sie sich vor, Ihre beste Freundin fragt Sie nach Ihrem „Geheimtipp“ für Ihren Erfolg, was würden Sie ihr ganz spontan sagen?

.....

.....

.....

.....

.....

13 - Wie beurteilen Sie die Leistung der Kursleitung?

Vortragsweise

sehr gut verständlich	gut	normal	schwer	sehr schwer verständlich
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fachlicher Inhalt

sehr gut	gut	normal	schlecht	sehr schlecht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Unterlagen

sehr gut	gut	normal	schlecht	sehr schlecht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eigene Anmerkungen:

.....

.....

.....

.....

14 - Wie beurteilen Sie die äußeren Umstände des Kurses?

Räumlichkeiten

sehr gut	gut	normal	schlecht	sehr schlecht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Technische Ausstattung/Geräte

sehr gut	gut	normal	schlecht	sehr schlecht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Studiopersonal/-leitung

sehr angenehm	angenehm	normal	unangenehm	sehr unangenehm
------------------	----------	--------	------------	--------------------

Eigene Anmerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

Und jetzt die letzte Frage:

15 - Würden Sie diesen Kurs, ausgehend von Ihrer Situation vor sechs Monaten noch einmal belegen?

() ja () nein

Vielen Dank für Ihre Mühe

Anhang 8 Fragebogen (Fragebogen zur Nachmessung 1)

Oktober 1998

Liebe

seit dem Ende unseres Gesundheitskurses sind schon wieder 12 Wochen vergangen und das erste Nachtreffen mit den Messungen steht vor der Tür.

Mit Hilfe des beiliegenden Fragebogens möchte ich erfahren, wie es Dir in der Zwischenzeit erging und wie Du Dich fühlst. Er soll auch ein Leitfaden für unsere anschließende Diskussionsrunde sein.

Bitte antworte auch diesmal wieder so ausführlich wie möglich und äußere offen Deine Kritik, Anregungen und Wünsche. Bei Bedarf kannst du das beiliegende leere Blatt Papier nutzen. Bringe den Fragebogen bitte vollständig ausgefüllt zum

Messtermin am

mit.

Vielen Dank vorab und Auf Wiedersehen

PS :

Das beiliegende Ernährungstagebuch schicke bitte bis spätestens

an mich zurück.

1 - Am Ende des Gesundheitskurses hatten Sie ausführlich beschrieben, wie sich Ihr Verhalten in bezug auf Ernährung, Bewegung und Ihr Wohlbefinden verändert hat (siehe beiliegende Kopie).

Gab es wieder Veränderungen während der letzten 12 Wochen ?

⌘ In Ihrem Ernährungsverhalten () ja () nein

Falls ja, welche:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⌘ In Ihrem Bewegungsverhalten () ja () nein

Falls ja, welche:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⌘ In Ihrem Entspannungsverhalten oder Wohlbefinden () ja () nein

Falls ja, welche:

.....

.....

.....

.....

.....

2 - Haben Sie Ihr Gewicht gehalten ?

() ja

() sogar weiter abgenommen und zwar kg

() nein

3 - In der beiliegenden Kopie des letzten Fragebogens können sie Ihre zuletzt gesteckten Ziele nachlesen.

Haben Sie dieses Ziel / diese Ziele weiterhin verfolgt ?

() ja, bitte weiter zu Punkt 3a

() nein, bitte weiter zu Punkt 3b

3a **Wenn ja :**

wie haben Sie Ihr Ziel / Ihre Ziele verfolgt ?

.....

.....

.....

.....

.....

was hat sie motiviert, Ihr Ziel / Ihre Ziele weiterhin zu verfolgen ?

.....

.....

.....

.....

.....

wie fühlen Sie sich jetzt ?

.....

.....

.....

.....

.....

3b Ǝ **Wenn nein :**

warum haben Sie Ihr Ziel / Ihre Ziele nicht weiter verfolgt ?

() keine Zeit

() keine Lust

() keine Motivation

weitere Angaben:

.....

.....

.....

.....

.....

wie fühlen Sie sich jetzt ?

.....

.....

.....

.....

.....

4 - Haben Sie Ihr Ziel / Ihre Ziele bereits erreicht ?

() ja () nein

.....

.....

5 - Hatten Sie innerhalb der letzten 12 Wochen noch Kontakt zur Gruppe oder einzelnen Gruppenmitgliedern ?

Ǝ () ja und zwar :

.....

.....

.....

Ǝ () nein

6 - Hat Ihnen die Gruppe gefehlt ?

☒ () ja () nein () ich weiß nicht

☒ Wenn ja, warum ?

.....

.....

.....

7 - Haben Sie nach dieser Zeit das Gefühl, dass Ihnen noch bestimmte Themen fehlen, die **in den Kurs** aufgenommen werden sollten, um nachfolgenden Teilnehmerinnen weiter zu helfen ?

☒ () ja () nein () ich weiß nicht

☒ Wenn ja, welche ?

.....

.....

.....

.....

8 - Wenn Sie auf die letzten 12 Wochen zurückblicken, gab es bestimmte Veränderungen in Ihrem Leben, die sich auf den Gesundheitskurs zurückführen lassen, zum Beispiel Dinge, die Sie vor dem Kurs nicht getan hätten oder Interessen, die durch den Kurs geweckt wurden ?

☒ () ja () nein

☒ Wenn ja, welche ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9 - Welche Rolle spielt die Ernährung im Moment in Ihrem Leben ?

.....

.....

.....

.....

10 - Welche Rolle spielt die Bewegung / der Sport im Moment in Ihrem Leben ?

.....

.....

.....

.....

11 - Welche Rolle spielt Ihr persönliches Wohlbefinden im Moment in Ihrem Leben ?

.....

.....

.....

.....

12 - Haben Sie noch bestimmte Fragen an die Kursleitung, die sich Ihnen in der letzten Zeit stellten ?

☒ () ja () nein

☒ Wenn ja, welche ?

.....

.....

.....

.....

13 - Haben Sie bestimmte Anregungen oder Ideen, die Sie der Kursleitung noch mitteilen wollen ?

⊕ () ja () nein

⊕ Wenn ja, welche ?

.....
.....
.....
.....

Hier die letzte Frage:

14 - Stellen Sie sich vor, eine Freundin hat heute Ihr letztes Treffen in einem nachfolgenden Gesundheitskurs. Welchen Tip würden Sie ihr geben, um ihre Erfolge zu halten, bzw. zu steigern ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vielen Dank für Ihre Mühe

Anhang 9 Fragebogen (Fragebogen zur Nachmessung 2)

Liebe,

Schon wieder sind 18 Wochen vergangen, über ein Jahr seit Kursbeginn! Und wir treffen uns schon zur 2. Nachmessung.

Bevor wir auch heute wieder die Ereignisse der letzten Monate austauschen, bitte ich Dich, diesen Fragebogen mit mir gemeinsam auszufüllen. Deine Meinung, Ansichten und Erfahrungen sind mir wichtig und werden natürlich wieder vertraulich behandelt.

Bitte antworte auch diesmal wieder so ausführlich wie möglich und äußere offen Deine Kritik, Anregungen und Wünsche.

Vielen Dank vorab und weiterhin viel Erfolg

1 - Hat sich seit unserem letzten Treffen etwas an Ihren persönlichen Lebensumständen geändert (Familienstand, Kinder, Beruf, Krankheiten, etc.)?

() nein

() ja und zwar

.....
.....
.....

2 - Haben Sie Ihr Gewicht im Vergleich zur letzten Messung gehalten?

() ja, bitte weiter zu Punkt 3

() sogar weiter abgenommen und zwar kg

() nein, bitte weiter zu Punkt 2a

2a ➔ Wenn nein:

Haben Sie wieder Ihr Ausgangsgewicht (Kursbeginn)?

() ja

() sogar noch kg mehr

() nein, ich liege noch kg darunter

3 - sind Sie mit diesem Gewicht zufrieden?

() ja

() nein

Warum?

.....

.....

4 - Worin liegt Ihrer Meinung nach der Grund dafür, daß Sie Ihr Gewicht gehalten, bzw. reduziert, bzw. gesteigert haben?

.....

.....

.....

5 - Was ist Ihr Zielgewicht?

⊗ kg

⊗ () weiß ich nicht

⊗ () ich habe kein Zielgewicht

6 - Haben Sie innerhalb der letzten sieben Monate (seit Kursende) eine Diät durchgeführt oder mit anderen Methoden versucht Ihr Gewicht zu reduzieren?

⊗ () nein, bitte weiter zu Punkt 7

⊗ () ja und zwar

.....

.....

.....

6b - Wie lange führten Sie dies durch?

.....

.....

6c - Haben Sie dabei Gewicht verloren?

⊗ () nein, bitte weiter zu Punkt 7

⊗ () ja

6d - Haben Sie dieses Gewicht gehalten?

⊗ () nein

⊗ () ja

7- Am Ende des Gesundheitskurses und bei unserem letzten Treffen hatten Sie ausführlich beschrieben, ob und wie sich Ihr Verhalten in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Ihr Wohlbefinden verändert hat.

Gab es wieder Veränderungen während der letzten 18 Wochen?

⌘ In Ihrem Ernährungsverhalten (z.B. Häufigkeiten und Regelmäßigkeiten der Mahlzeiten, Einkaufsverhalten, Menge und Zusammensetzung der Mahlzeiten, kleine oder große „Sünden“, Dauer einer Mahlzeit, Restaurantbesuche, etc.)

() ja () nein

Falls ja, welche:

.....

.....

.....

.....

.....

⌘ In Ihrem Bewegungsverhalten (Arbeit und Alltag: z.B. Rad statt Auto, Treppen steigen, kleine Wegstrecken, lieber auf der Couch, etc.)

() ja () nein

Falls ja, welche:

.....

.....

.....

.....

.....

⌘ In Ihrem Entspannungsverhalten oder Wohlbefinden (z.B. bewusster gewisse Dinge tun, Zeit für mich, kleine Belohnungen, Einstellung zum Äußeren, etc.)

() ja () nein

Falls ja, welche:

.....

.....

.....

8 - Haben Sie Ihr Ziel / Ihre Ziele bereits erreicht, bzw. gehalten?

() ja () nein

9 - Haben Sie Ihr Ziel / Ihre Ziele weiterhin verfolgt?

⊗ () ja, bitte weiter zu Punkt 9a

⊗ () nein, bitte weiter zu Punkt 9b

9a ➔ **Wenn ja:**

wie haben Sie Ihr Ziel / Ihre Ziele verfolgt?

.....

.....

.....

.....

.....

was hat sie motiviert, Ihr Ziel / Ihre Ziele weiterhin zu verfolgen?

.....

.....

.....

.....

.....

wie fühlen Sie sich jetzt?

.....

.....

.....

.....

.....

9b ☒ **Wenn nein:**

warum haben Sie Ihr Ziel / Ihre Ziele nicht weiter verfolgt?

- () keine Zeit
- () keine Lust
- () keine Motivation
- () neues Ziel / neue Ziele und zwar:

.....

- () andere Gründe:

.....

.....

wie fühlen Sie sich jetzt?

.....

.....

.....

10 - Glauben Sie Ihr Ziel / Ihre Ziele noch zu erreichen?

- ☒ () ja, sicher
- ☒ () wahrscheinlich ja
- ☒ () wahrscheinlich nicht
- ☒ () nein, bestimmt nicht

11 - Eines der Ziele aller Kursteilnehmerinnen war ein gesundes Ernährungsverhalten. Was bereitet Ihnen die größten Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieses Ziels?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|------------------------------|--|
| () „Eßgelüste“ | () mangelnde Kontrolle (z.B. durch Kurs) |
| () Heißhunger auf Süßes | () Gesellschaft anderer |
| () keine Zeit | () Einladungen, Parties |
| () keine Motivation | () keine Rezepte |
| () keine Disziplin | () keinen Plan |
| () Langeweile | () keine passenden Mahlzeiten am Arbeitsplatz |
| () Urlaub | |
| () kann mich nicht ablenken | () habe keine Schwierigkeiten |
| () andere und zwar: | |

.....

.....

12 - Ein weiteres Ziel vieler Teilnehmerinnen war, sich mehr zu bewegen oder mehr Sport zu treiben, bzw. das einmal erreichte Pensum auch zu halten.

Was bereitet Ihnen die größten Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieses Ziels?
(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> das Wetter | <input type="checkbox"/> müde nach Arbeit |
| <input type="checkbox"/> einfach nur faul | <input type="checkbox"/> vor der Arbeit ist zu früh |
| <input type="checkbox"/> keine Zeit | <input type="checkbox"/> keine Partnerin / Partner dafür |
| <input type="checkbox"/> keine Motivation | <input type="checkbox"/> habe meinen Sport noch nicht gefunden |
| <input type="checkbox"/> keine Disziplin | <input type="checkbox"/> nach Pausen den Faden wieder finden |
| <input type="checkbox"/> Urlaub | <input type="checkbox"/> habe keine Schwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> meine Gesundheit | |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar: | |

.....

.....

.....

13 - Auch die bewusste Entspannung spielt eine große Rolle für viele Teilnehmerinnen.

Was bereitet Ihnen die größten Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieses Ziels?
(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> was mir gefällt wird nicht angeboten |
| <input type="checkbox"/> Angst vor Veränderungen | <input type="checkbox"/> kann mir keinen Freiraum schaffen |
| <input type="checkbox"/> keine Zeit | <input type="checkbox"/> mir fällt nichts ein, mit dem ich mich entspannen könnte |
| <input type="checkbox"/> keine Motivation | <input type="checkbox"/> habe keine Schwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> macht alleine keinen Spaß | |
| <input type="checkbox"/> sehe keinen Grund dafür | |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar: | |

.....

.....

.....

14 - Wie definieren Sie Ihr persönliches Wohlbefinden?

.....

.....

.....

.....

15 - Wo befindet sich **zur Zeit** Ihr Wohlbefinden auf der unten abgebildeten Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“?

sehr gut ()	gut ()	ganz gut ()	nicht so gut ()	schlecht ()	sehr schlecht ()
--------------------	------------	--------------------	------------------------	-----------------	-------------------------

16 - Wo befand sich Ihr Wohlbefinden

a ☒ **zu Kursbeginn:**

sehr gut ()	gut ()	ganz gut ()	nicht so gut ()	schlecht ()	sehr schlecht ()
--------------------	------------	--------------------	------------------------	-----------------	-------------------------

b ☒ **zu Kursende:**

sehr gut ()	gut ()	ganz gut ()	nicht so gut ()	schlecht ()	sehr schlecht ()
--------------------	------------	--------------------	------------------------	-----------------	-------------------------

17 - Hatten Sie innerhalb der letzten 18 Wochen noch Kontakt zur Gruppe oder einzelnen Gruppenmitgliedern?

☒ () ja und zwar:

.....

.....

.....

☒ () nein

18 - Hat Ihnen die Gruppe gefehlt?

☒ () ja () nein () ich weiß nicht

☒ Wenn ja, warum haben Sie kein Treffen vereinbart?

.....

.....

.....

19 – An wen richteten Sie seit Kursende Ihre Fragen bezüglich Ernährung, Bewegung / Sport und Entspannung?

☒ () hatte keine Fragen

☒ an (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| () Kursleitung | () ebenfalls Betroffene |
| () meine Trainerin / Trainer | () ich las Bücher / Zeitschriften |
| () die Studioleitung | () Arzt |
| () Freunde / Bekannte | () andere Kursteilnehmerinnen |
| () Partner | |
| () andere und zwar: | |

.....

.....

.....

20 - Haben Sie noch bestimmte Fragen an die Kursleitung, die sich Ihnen in der letzten Zeit stellten?

☒ () ja () nein

☒ Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

21 - Haben Sie bestimmte Anregungen oder Ideen, die Sie der Kursleitung noch mitteilen wollen?

☒ () ja () nein

☒ Wenn ja, welche?

.....

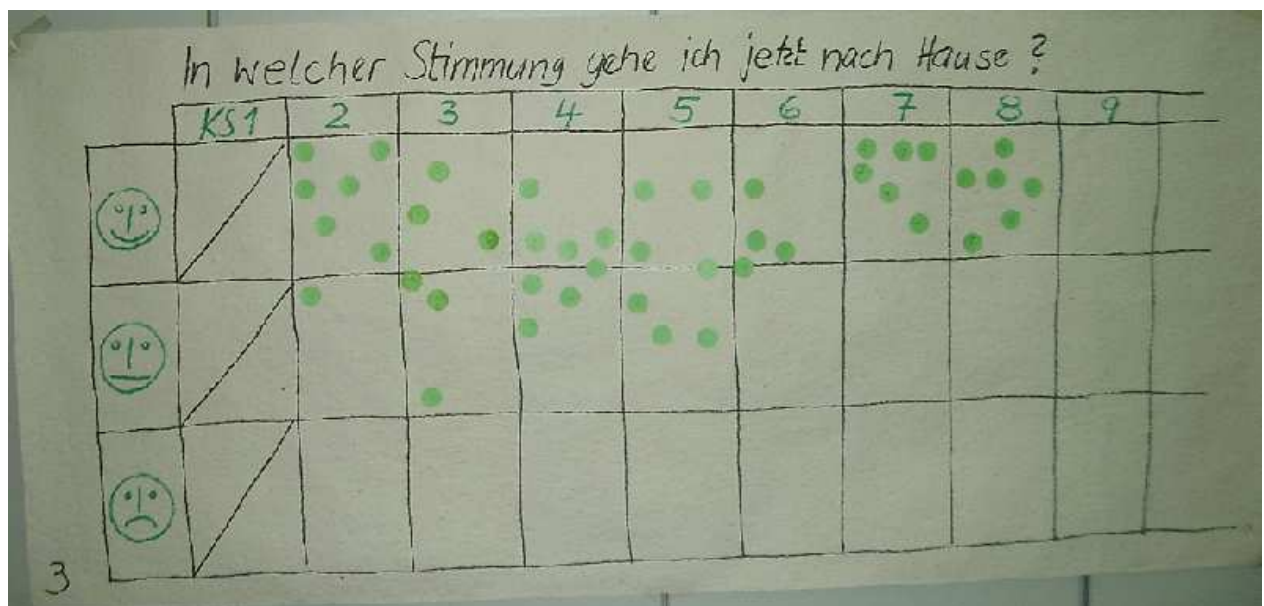
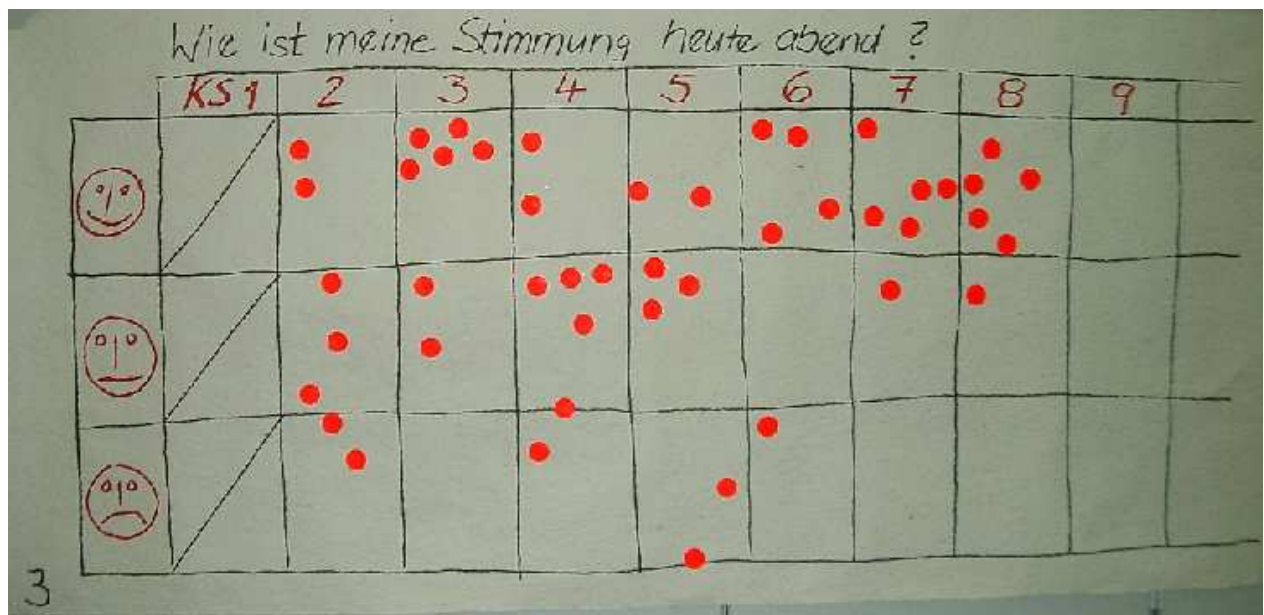
.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mühe

Anhang 14 Stimmungsbarometer



Anhang 15 Übersicht der Ergebnisse

I Zielgruppenanalyse	II Entwicklung Kursverlauf	III Entwicklung nach Kursende
1 Soziodemographische Daten <ul style="list-style-type: none"> • Alter • Familienstand • Haushaltsgröße • Ausbildungsstand • Beruf • Studiomitgliedschaft • Gruppenprofile 		
2 Anthropometrische Daten <ul style="list-style-type: none"> • BMI • KFA • Körperliche Leistungsfähigkeit 	1 Anthropometrische Daten <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung: Gewicht, KFA, BMI, körperliche Leistungsfähigkeit 	1 Anthropometrische Daten <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung: Gewicht, KFA, BMI, körperliche Leistungsfähigkeit • Objektive Beurteilung • Subjektive Zufriedenheit • Erfolgs- / Misserfolgsbegründung
3 Angaben zum Gesundheitszustand <ul style="list-style-type: none"> • Stoffwechsel- u./o. chron. Erkrankungen • Orthopäd. Erkrankungen / Abnutzungen • Beschwerden innerhalb der letzten Monate • Nahrungsmittelallergien 		
4 Angaben zum Gesundheitsverhalten <ul style="list-style-type: none"> • Rauchen • Alkoholkonsum • Medikamentenkonsum • Entspannungsverhalten • Sport- / Bewegungsverhalten • Ernährungsverhalten a) Mahlzeitenfrequenz werktags / sa., so. b) Ernährungsbewusstsein c) Energiezufuhr und Nährstoffverteilung 	2 Angaben zum Gesundheits- und Ernährungsverhalten <ul style="list-style-type: none"> • Alkoholkonsum • Entspannungsverhalten • Sport- / Bewegungsverhalten • Ernährungsverhalten a) Mahlzeitenfrequenz werktags / sa., so. b) Ernährungsbewusstsein c) Energiezufuhr und Nährstoffverteilung d) Themenwahl aus dem Bereich „Ernährung“ 	2 Angaben zum Gesundheitsverhalten <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol • Entspannungsverhalten a) Häufigkeit entspannender Tätigkeiten b) Schwierigkeiten • Sport- / Bewegungsverhalten a) Sport- und Bewegungsumfang b) Stellenwert von Sport und Bewegung c) Schwierigkeiten • Ernährungsverhalten a) Mahlzeitenfrequenz werktags / sa., so. b) Ernährungsbewusstsein c) Energiezufuhr und Nährstoffverteilung d) Schwierigkeiten

I Zielgruppenanalyse	II Entwicklung Kursverlauf	III Entwicklung nach Kursende
<p>5 Angaben zum Diätverhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subjektive Einstellung zum aktuellen Körpergewicht • Bisherige Gewichtsreduktionsversuche 	<p>3 Abschlussbewertung der Teilnehmerinnen und der Fitness - Studios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abschlussbewertung der Teilnehmerinnen a) Kursleitung b) Fitness - Studio - Studiodesign c) Einfluss des Studios • Abschlussbewertung der Fitness - Studios 	<p>3 Abschließende Angaben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Lebensumstände • Zielverfolgung d) Strategien e) Befinden f) Glaube an Zielerreichung • Wohlbefinden a) Angaben zum Wohlbefinden b) Rolle des Wohlbefindens • Anregungen und Ideen für die Kursleitung
<p>6 Zusatzinformationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art der Anwerbung für den Kursbesuch • Beweggründe für den Kursbesuch 	<p>4 Kursanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abbrecher-Analyse • Kursstundenbeteiligung • Nutzung und Beurteilung angebotener Hilfsmittel und Arbeitsblätter • Stimmungsbarometer <p>5 Zielanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziele zu Kursanfang • Änderung der Ziele im Kursverlauf • Zielerreichung • Benötigte Informationen und Hilfen zur Zielerreichung • Zielerhaltungsstrategien • Zielverfolgungsintention <p>6 Strategienanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darstellung der Strategien • Motivation zur Strategieumsetzung • Bewertung der Strategie im Rückblick <p>7 Erfolgsanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objektive Kriterien • Subjektive Kriterien • Negative Folgen des Kurses 	<p>4 Gruppenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erwartung an die Gruppe • Einfluss der Gruppe auf die Motivation • Kontakt zur Gruppe • Stellenwert der Gruppe • Gruppenentwicklung im Kursverlauf

Anhang 16

Mehrdimensionale Gewichtsreduktionsprogramme in der Übersicht

Programm	Anbieter	Therapiedimensionen	Organisationsform
„Abnehmen - aber mit Vernunft“	BZgA, Köln	<u>Ernährungs</u> information und -schulung: energiereduzierte fettkontrollierte (25-30%) Mischkost (5000 - 10000 KJ) <u>Verhaltenstherapeutischer</u> Ansatz: Selbstkontrolle, flexible Verzehrskontrolle	Ambulantes Gruppenprogramm
„Bewegtes Abnehmen“	IFT, München AOK, VHS	<u>Ernährungss</u> chulung: fettarme Mischkost <u>Bewegungs</u> anleitung	Ambulantes Gruppenprogramm
„Pfund um Pfund“	AOK, Schlesw.- Holstein	<u>Ernährungs</u> information und -schulung <u>Bewegungs</u> programm <u>Verhaltenstherapeutischer</u> Ansatz: Selbstkontrolle	Ambulantes Gruppenprogramm
„Ich nehme ab“	DGE	<u>Ernährungs</u> information, <u>Bewegungs</u> anleitung	Ambulantes Einzel- und Gr.programm
„Optifast-Programm“	Optifast-Zentren	Mehrstufiges Programm: Modifiziertes Fasten, <u>Ernährungs</u> information und -schulung: <u>Bewegungs</u> programm <u>Verhaltenstr</u> aining	Ambulantes Gruppenprogramm
„Schritt für Schritt zum Wohlfühlgewicht“	Sächs. Landesanstalt für Landwirtschaft	<u>Ernährungs</u> information und -schulung: kohlenhydratbetonte, ballaststoffreiche, fettkontrollierte Mischkost <u>Verhaltenstherapeutischer</u> Ansatz: Selbstkontrolle	Ambulantes Gruppenprogramm (auf Grundlage des Programms der BZgA)
„Sich annehmen – abnehmen“	VHS	<u>Ernährungs</u> information und -schulung, <u>Körperwahrnehmungs</u> programm <u>Verhaltenstherapeutischer</u> Ansatz: Selbstkontrolle	Ambulantes Gruppenprogramm
„Weight Watchers“	Weight Watchers GmbH	3-Phasen-Konzept, <u>Ernährungs</u> programm: energiered. Mischkost <u>Verhaltens</u> programm <u>Bewegungs</u> programm	Ambulantes offenes Gruppenprogramm
„Treffpunkt-Diät“	G.f.G.u.E. *, Burbach	VLCD mit Formulaprodukten, <u>Ernährungs</u> programm, <u>Verhaltens</u> schulung, <u>Bewegungs</u> programm	Ambulantes Einzel- und/oder offenes Gruppenprogramm

* Gesellschaft für Gewichtsreduktionsschulung und Ernährungsberatung mbH

Danksagung

Ich möchte all denjenigen herzlich danken, die durch ihre tatkräftige Unterstützung zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Allen voran danke ich Frau Professor Dr. Ingrid-Ute Leonhäuser für die Überlassung des Themas, ihr Interesse und die engagierte Betreuung.

Weiterhin danke ich Herrn Professor Dr. Hermann Boland für die freundliche Bereitschaft zur Übernahme des Zweitgutachtens und seinen konstruktiven Anregungen.

Für die hilfreiche Unterstützung, Aufmunterungen und die fachlichen Diskussionen in der konzeptionellen Phase und bei der Fertigstellung der Arbeit bedanke ich mich bei Dr. Sabine Schulz, Susanne Lauch, Dr. Sabine Schmitt, Dr. Alexandra Heyer, Dr. Stephanie Lehmkuhler, der Arbeitsgruppe und dem Sekretariat Ernährungsberatung und Verbraucherverhalten und vor allem bei Stephanie Dorandt.

Ich danke von ganzem Herzen meinen Eltern, meiner Schwester Sonja und meinen Freundinnen und Freunden, insbesondere Uli, Ulla, Julia, Ulrike und Dani M. für ihre tatkräftige Unterstützung und Motivation.

Meine besondere Wertschätzung und tiefe Dankbarkeit gilt „meinen Mädels“, den Probandinnen der vorliegenden Studie. Ihre engagierte Teilnahme und vertrauensvolle Offenheit gewährten mir Einblicke in Zusammenhänge und Hintergründe ihres Verhaltens, die die Tiefe dieser Studie erst ermöglichten.

Last but not least danke ich meinem Mann Bardo Racky, der unermüdlich mit gesundem Essen, gemeinsamem Sport und ausreichender Entspannung in Form von herzhaftem Lachen dafür sorgte, dass meine eigene Gesundheit und Motivation stets erhalten blieb.