

**Zielgruppensegmentierung  
für die Gesundheitskommunikation  
im Handlungsfeld Ernährung -  
ein innovativer Ansatz am Beispiel  
von Adipositas-Risikogruppen**

---

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades  
am Fachbereich 09 Agrarwissenschaften, Ökotrophologie und  
Umweltmanagement  
der JLU Gießen

**Eingereicht von**

**Dorle Grünewald-Funk, Dipl. oec. troph.**

**Berlin, Januar 2013**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades am Fachbereich Agrarwissenschaften, Ökotrophologie und Umweltmanagement der Justus-Liebig-Universität Gießen mit dem Titel „Zielgruppensegmentierung für die Gesundheitskommunikation im Handlungsfeld Ernährung - ein innovativer Ansatz am Beispiel von Adipositas-Risikogruppen“.

Disputationstermin: 06.06.2013

Vorsitz: Prof. Dr. Sven Schubert

1. Gutachter: Prof. Dr. Ingrid-Ute Leonhäuser

2. Gutachter: Prof. Dr. Hermann Boland

Prüfer: Prof. Dr. Adalbert Evers

Prüfer: Prof. Dr. Ingrid Hoffmann, MRI, Karlsruhe

**INHALTSVERZEICHNIS**

<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>IV</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>V</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>VII</b>
<b>I Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1 Problemstellung und Zielsetzung.....	1
2 Aufbau der Arbeit .....	3
<b>II Ernährungs- und Gesundheitskommunikation als Beitrag für die Prävention von Übergewicht und Adipositas .....</b>	<b>5</b>
1 Adipositasprävention: Ausgangssituation aufgrund epidemiologischer Lage .....	5
2 Ernährungskommunikation .....	7
2.1 Definition von Ernährungskommunikation .....	8
2.2 Formen der Ernährungskommunikation.....	10
2.3 Kernelemente der Kritik an Ernährungskommunikation .....	13
2.4 Fazit .....	15
3 Gesundheitskommunikation .....	16
3.1 Begriffsklärung und Verständnis.....	16
3.2 Kommunikationsebenen und Formen der Gesundheitskommunikation .....	23
3.3 Wirkungspotentiale medialer Gesundheitskommunikation – Stand der Forschung .....	27
4 Fazit .....	32
<b>III Vom Kommunizieren zum Handeln .....</b>	<b>33</b>
1 Verhaltensänderung auf intrapersonaler Ebene.....	34
1.1 Werte, Einstellungen, Verhalten .....	35
1.2 Theoretische Modelle zur Vorhersage individuellen Gesundheitsverhaltens.....	39
2 Medien und ihre Wirkung auf Verhalten.....	41
2.1 Schlüsselkonzepte der Medienwirkung.....	41
2.2 Kommunikationsschwellen und ihre Überwindung.....	49
3 Fazit .....	52

<b>IV</b>	<b>Zielgruppensegmentierung für die Gesundheitskommunikation.....</b>	<b>54</b>
1	Zielgruppensegmentierung: Stand der Forschung .....	55
2	Segmentierungskriterium Adipositasrisiko .....	58
3	Segmentierungskriterien Lebensstil und Mediennutzung.....	61
3.1	Theoretische Modelle der Lebensstilforschung.....	62
3.2	Empirische Lebensstilforschung .....	68
4	Lebensstiltypologie „Sinus-Milieus“ als Zielgruppeninstrument .....	70
5	Fazit .....	77
6	Ableitung forschungsleitender Fragestellungen .....	79
<b>V</b>	<b>Empirische Untersuchung - Methodik.....</b>	<b>80</b>
1	Auswahl der Primärerhebung .....	80
2	Markt-Media-Studie „Typologie der Wünsche“.....	82
2.1	Datengrundlage.....	82
2.2	Beschreibung der Stichprobe .....	84
2.3	Prüfung der Daten auf Eignung für eine Sekundäranalyse .....	86
2.4	Zielgruppeninstrument „Sinus-Milieus“ in der TdW .....	91
3	Durchführung der empirischen Untersuchung .....	93
3.1	Identifikation der Adipositas-Risikomilieus.....	93
3.2	Datenanalyse anhand von Risikomerkmale zur Identifikation von Adipositas-Risikomilieus (Analyseschritt 1) .....	95
3.3	Datenanalyse zur Charakterisierung der Adipositas-Risikomilieus (Analyseschritt 2) .....	102
3.4	Datenanalyse zu Mediennutzung und Themenpräferenz der Risikomilieus (Analyseschritt 3).....	104
3.5	Zusammenfassung.....	105
<b>VI</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>107</b>
1	Identifikation von Adipositas-Risikomilieus .....	107
1.1	Merkmalausprägungen in den „Sinus-Milieus“ .....	107
1.2	Adipositas-Risikotypologie.....	112
2	Charakterisierung der Adipositas-Risikomilieus.....	117
2.1	Body-Mass-Index .....	118

2.2	Sozioökonomische Faktoren .....	121
2.3	Ernährung – Einstellungen und Verhalten .....	122
2.4	Gesundheitsvorsorge .....	127
2.5	Freizeitgewohnheiten .....	131
2.6	Mediennutzungsverhalten .....	135
2.7	Wertorientierung und Lebenswelt .....	141
3	Erreichbarkeit der Adipositas-Risikomilieus .....	144
3.1	Präventionsbedarf in den Adipositas-Risikomilieus aufgrund Problembezug .....	144
3.2	Erreichbarkeit über Massenmedien .....	145
3.3	Mediennutzungsdauer .....	146
3.4	Themenpräferenz .....	150
4	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	155
<b>VII</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>161</b>
1	Diskussion der methodischen Vorgehensweise .....	161
2	Diskussion der inhaltlichen Ergebnisse .....	163
2.1	Erreichbarkeit der Hauptzielgruppen .....	166
2.2	Aktivierbarkeit bis zur Handlung? .....	170
<b>VIII</b>	<b>Ausblick .....</b>	<b>173</b>
<b>IX</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>176</b>
<b>X</b>	<b>Summary .....</b>	<b>179</b>
<b>XI</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>181</b>
<b>XII</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>196</b>

**ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1:	Inhaltsmodell des Wertekreises mit den Standardtypen	37
Abbildung 2:	Prozess-Modell zum Ernährungsverhalten basierend auf dem „personal food system“	38
Abbildung 3:	Integriertes Modell für Einstellungs- und Verhaltensänderungen	40
Abbildung 4:	Paradigma des aktiven Rezipienten	43
Abbildung 5:	Schwellen der Kommunikation	49
Abbildung 6:	„Sinus-Milieus“ in Deutschland 2007: soziale Lage und Grundorientierung	73
Abbildung 7:	BMI-Häufigkeitsverteilung, Vergleich TdW 06/07 und NVS II	89
Abbildung 8:	Stufenmodell der empirisch begründeten Typenbildung	94
Abbildung 9:	Milieuvergleich Bewegung auf Basis der Abweichung vom Durchschnitt	100
Abbildung 10:	„Risikolandkarte“ der „Sinus-Milieus“	116
Abbildung 11:	Häufigkeitsverteilung der BMI-Kategorien im Vergleich zwischen Bevölkerung und Adipositas-Risikomilieu	120
Abbildung 12:	Gesundheitsbewusstsein der Adipositas-Risikomilieu	129
Abbildung 13:	Bereitschaft zur Diät bzw. Gewichtsabnahme der Adipositas-Risikomilieu	131
Abbildung 14:	Mediennutzung der Adipositas-Risikomilieu in Prozentangaben	136
Abbildung 15:	Erreichbarkeit der Adipositas-Risikomilieu via Medien	146
Abbildung 16:	TV-Nutzungsdauer der Adipositas-Risikomilieu an Werktagen	147
Abbildung 17:	Radionutzungsdauer der Adipositas-Risikomilieu an Werktagen	148
Abbildung 18:	Zeitungsnutzungsdauer der Adipositas-Risikomilieu an Werktagen	148
Abbildung 19:	Zeitschriftennutzungsdauer der Adipositas-Risikomilieu an Werktagen	149
Abbildung 20:	Die beliebtesten TV-Genres und Erreichbarkeit der Adipositas-Risikomilieu	151
Abbildung 21:	Beliebteste Zeitschriftenthemen und Erreichbarkeit der Adipositas-Risikomilieu	153

**TABELLENVERZEICHNIS**

Tabelle 1:	Ebenen medialer Gesundheitskommunikation .....	25
Tabelle 2:	Synopse Erfolgsfaktoren für die mediale Gesundheitskommunikation.....	30
Tabelle 3:	Involvement als Schlüsseldimension .....	47
Tabelle 4:	Modell der Verknüpfung von Lebensstilen, sozialstrukturellen Bedingungen und gesundheitlichen Verhaltensweisen .....	66
Tabelle 5:	Die Milieubausteine .....	71
Tabelle 6:	Kurzcharakteristika der „Sinus-Milieus“ .....	74
Tabelle 7:	Repräsentative Markt-Media-Analysen in Deutschland und untersuchungsrelevante Items .....	81
Tabelle 8:	Charakterisierung der Studie Typologie der Wünsche .....	83
Tabelle 9:	Soziodemographische Daten (TdW 06/07) bezogen auf die Stichprobe .....	84
Tabelle 10:	Daten zur Berufstätigkeit und Einkommenssituation aus der TdW 06/07 bezogen auf die Stichprobe .....	85
Tabelle 11:	BMI-Bewertung altersabhängig: Vergleich der BMI Referenzwerte und der BMI Klassifikation TdW 06/07 .....	87
Tabelle 12:	BMI-Einteilung im Vergleich mit WHO-Referenzwerten und TdW 06/07 .....	88
Tabelle 13:	Prozentuale BMI-Verteilung: Vergleich zwischen TdW 06/07 und NVS II .....	89
Tabelle 14:	Selbstangaben zur Häufigkeit (in Prozent) von Freizeitbeschäftigungen, die mit körperlicher Aktivität verbunden sind .....	99
Tabelle 15:	Items zum Gesundheitsbewusstsein und Diätverhalten in der TdW 06/07 .....	103
Tabelle 16:	Variablen zur Nutzungsdauer und -häufigkeit im Modul Medien der TdW-Studie .....	105
Tabelle 17:	Adipositasrelevante Risikokonstellation der „Sinus-Milieus“ .....	108
Tabelle 18:	Moderate Bewegung (regelmäßig und gelegentlich) bezogen auf die Bevölkerung und die „Sinus-Milieus“ .....	110
Tabelle 19:	Merkmalkategorien und ihre Risikobeurteilung .....	112
Tabelle 20:	Kreuztabelle mit Risikomerkmale und milieutypischem Risikoprofil...	113
Tabelle 21:	BMI-Verteilung in den Adipositas-Risikomilieus der TdW-Studie.....	119
Tabelle 22:	Einstellungen und Verhalten der Adipositas-Risikomilieus hinsichtlich Gesundheitsvorsorge .....	128
Tabelle 23:	Mediennutzung der Adipositas-Risikomilieus in der Freizeit.....	137
Tabelle 24:	Medienrezeption zu den Themen Gesundheit und Ernährung durch die Adipositas-Risikomilieus.....	139
Tabelle 25:	Von Übergewicht Betroffene (Mio.) in den Adipositas-Risikomilieus ...	144

Tabelle 26:	TV-Genrepräferenzmuster, Konsum-Materialisten .....	152
Tabelle 27:	Themenpräferenzen der Konsum-Materialisten in Zeitschriften .....	154

**ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

ACTA	Allensbacher Computer- und Telekommunikations-Analyse
ADM	Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute
ARD	Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland
AWA	Allensbacher Markt- und Werbeträger-Analyse
BCN	Burda Community Network GmbH
Bev.	Bevölkerung
BM	Bürgerliche Mitte (Sinus B2)
BMELV	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CD	Compact Disc
CDC	Centers of Disease Control and Prevention
CN	Communication Networks
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGPH	Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V.
DVD	Digital Video Disc
ET	Etablierte (Sinus B1)
EXP	Experimentalisten (Sinus C2)
etc.	et cetera
GfK	Gesellschaft für Konsumforschung
HED	Hedonisten (Sinus BC3)
ICA	International Communication Association
IVV	Fraunhofer-Institut für Verfahrenstechnik und Verpackung
KA	KommunikationsAnalyse
KiGGS	Kinder und Jugendgesundheitssurvey
KON	Konservative (Sinus A12)

KORA	Kooperative Gesundheitsforschung
LAC	LeserAnalyse Computerpresse
LAE	LeserAnalyseEntscheidungsträger
MA	Media-Analyse
MAT	Konsum-Materialisten (Sinus B3)
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey-Studie
MDR	Mitteldeutscher Rundfunk
Mio	Millionen
MOP	Moderne Performer (Sinus C12)
MP3	Moving Picture Experts Group Audio Layer III
MRI	Max Rubner Institut
MW	Mittelwert
NOS	DDR-Nostalgische (Sinus AB2)
NVS	Nationale Verzehrstudie
PM	Postmaterielle (Sinus B12)
Pro7	Pro Sieben
RKI	Robert-Koch-Institut
RTL	Radio Télévision Luxembourg
SES	sozioökonomischer Status
Std.	Stunde
TdW	Typologie der Wünsche
TRAD	Traditionsverwurzelte (Sinus A23)
TV	Television
VA	Verbraucher Analyse
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WZW	Wissenschaftszentrum Weihenstephan
ZDF	Zweites Deutsches Fernsehen

# I EINLEITUNG

## 1 PROBLEMSTELLUNG UND ZIELSETZUNG

Die Bevölkerung in Deutschland ist in hohem Maß übergewichtig oder adipös. Das zeigen die Daten der deutschen Gesundheitsberichterstattung wiederholt, zuletzt in der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DGES) (KURTH B 2012). Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas können eine Bürde sein. Begleit- oder Folgeerkrankungen betreffen das Herz-Kreislauf-System, die Lunge, den Gastrointestinaltrakt, das Bindegewebe, das Skelettsystem bzw. den gesamten Körper (maligne Erkrankungen). Adipositas-assoziierte Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Metabolisches Syndrom, Rücken- und Gelenkbeschwerden können die Lebensqualität des Einzelnen vermindern und das Mortalitätsrisiko steigen lassen (LOBSTEIN L ET AL. 2004; WANG G ET AL. 2002). Präventive Maßnahmen zu gesundheitsförderlicher Ernährung, Bewegung und Entspannung sind zur Vorbeugung von zentraler Bedeutung (JORDAN S ET AL. 2012).

Dem hohen Bedarf stehen enttäuschende Resultate bisheriger Präventionsbemühungen gegenüber. Wiederholt wurde festgestellt, dass Ernährungskommunikation, Ernährungs- und Gesundheitsaufklärung scheitern (ROSENBROCK R 2006; SPIEKERMANN U 2006a; GÖPFERT W 2001) und dass verhaltenspräventive Maßnahmen, die die Präventionslandschaft dominieren, nur selektiv von ohnehin gesundheitsbewussten Zielgruppen angenommen werden (JORDAN S ET AL. 2012). Die Nationale Adipositas-Allianz konstatiert in ihrer aktuellen Roadmap, dass trotz bereits unternommener Anstrengungen nach wie vor wirksame Präventions- und Behandlungsprogramme, die unter Alltagsbedingungen funktionieren und auch bevölkerungsweit erfolgreich sind, fehlen (HAUNER H ET AL. 2012).

Gefordert werden deshalb systematische und zielgerichtete Kommunikations- und Ernährungsaufklärungsaktivitäten für Zielgruppen, deren Ernährungs- und Gesundheitsverhalten als risikobehaftet angesehen werden kann. Zielgruppenorientierte Prävention und Gesundheitsförderung sind in Deutschland noch nicht verbreitet, obwohl sie in wissenschaftlichen Publikationen wiederholt thematisiert und gefordert werden (BAUER U ET AL. 2012; ROSKI R 2009a:V; LEPPIN A 2004). In der Praxis der nordamerikanischen Public Health und Health Communication ist eine Zielgruppenorientierung dagegen ein Schlüsselement der Maßnahmenplanung. Health-Communication-Maßnahmen gehen konsequent von den Bedürfnissen und Wünschen der intendierten Zielgruppe aus: *„In health communication, the audience is not merely a target (even if the terminology is very well established and used by practitioners around the world) but an active participant in the process of analyzing the health issue and finding culturally appropriate and cost-effective solutions“* (SCHIAVO R 2007:12).

Zielgruppendefinitionen auf Basis der deutschen Gesundheitsberichterstattung orientieren sich an medizinischen Indikationen verknüpft mit soziodemographischen Daten. Psychografische und soziale Aspekte des Lebensstils, Werthaltungen der Zielgruppen und das Mediennutzungsverhalten auf Basis empirischer Befunde fehlen bislang in Zielgruppensegmentierungen für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Somit sind die zu erreichenden Zielgruppen nicht trennscharf genug beschrieben (ROSKI R 2009b; BONFADELLI H ET AL. 2006:34), um bevölkerungsweite Präventionsmaßnahmen effizient und effektiv durchführen zu können. Hohe Streuverluste entstehen, weil die Informationen die Zielgruppen nicht erreichen. Das schmälert die Wirksamkeit der Maßnahmen der Gesundheitskommunikation, und sie können nicht zu den gewünschten Verhaltensänderungen führen (ROSKI R 2009a:V).

Bevölkerungsweite Maßnahmen werden aufgrund ihrer Reichweite, Realisierbarkeit und Kosteneffizienz weltweit zur Prävention von Übergewicht und Adipositas als am besten geeignet angesehen. Unter den am dringendsten empfohlenen Maßnahmen finden sich die Förderung der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit für die Bedeutung einer gesundheitsförderlichen Ernährung, Bewegung und Sport sowie gesetzgeberische Maßnahmen (z.B. Werbeverbote und Besteuerungen von Alkohol) (WHO 2011:4,56). Derartige Maßnahmen müssen massenmediale Strategien beinhalten, da nur über die Medien Botschaften mit der notwendigen Reichweite transportiert werden können. Die Medienlandschaft ist inzwischen jedoch stark geprägt von individuellem Nutzerverhalten und selektiver Medienauswahl (HAAS A 2007:22; SCHENK M 2007:679). Immer mehr Fernsehkanäle, -programme und -formate, Zeitschriften, Radiosendungen oder Online-Angebote konkurrieren um das „Publikum“ bzw. die „Leserschaft“, so dass pro Sendung oder pro Publikation nur eine kleine Nutzergruppe als „Publikum“ in Frage kommt (HAAS A 2007:22ff). Die „Massenmedien“ richten sich nur noch bei tagesaktuellen Themen oder bei bestimmten herausragenden Fernsehangeboten (z.B. Sport, Spielfilm, Unterhaltungsshows) an ein Massenpublikum<sup>1</sup>. Andere Medienangebote werden häufig von homogenen Gruppen, die sich in bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen gleichen („Geschmackspublika“, „Mediennutzertypen“), rezipiert (SCHENK M 2007:765ff; MEYEN M 2004:130ff). Dies macht eine zielgruppenorientierte Vorgehensweise bei der Auswahl der genutzten Medien für die bevölkerungsweite Prävention von Übergewicht und Adipositas erforderlich.

Ein weiterer Grund für eine zielgruppenorientierte Ansprache liegt im Risiko von negativen, unintendierten Wirkungen. Stigmatisierung und Diskriminierung Adipöser, unnötige Diätversuche bei Normalgewichtigen, Essstörungen oder Körperunzufriedenheit bei vulnerablen Gruppen sind bei bevölkerungsweiten medialen Strategien nicht auszuschließen. Diese Risiken sind vermeidbar, wenn Teilzielgruppen in der Bevölkerung mit be-

---

<sup>1</sup> Deshalb wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff „Medien“ anstelle von „Massenmedien“ bevorzugt.

sonderem Präventionsbedarf identifiziert (Segmentation) und ausgewählt (Targeting) werden. Darauf aufbauend können die zu verwendenden Medien und Botschaft zielgruppengenaue geplant und ausgewählt werden.

Die vorliegende empirische Untersuchung soll einen Beitrag dazu leisten, die Forschungslücke hinsichtlich einer Zielgruppensegmentierung für die bevölkerungsweite Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland zu füllen. Das Ziel ist eine Zielgruppensegmentierung zur Identifikation von Zielgruppen für die Gesundheitskommunikation im Handlungsfeld Ernährung. Besonderes Augenmerk liegt auf einer möglichst umfassenden Zielgruppenbeschreibung auf Basis aller Good-Practice-Kriterien zur Zielgruppensegmentierung: Problembezug, Soziodemographie, Lebensstil und Mediennutzung. Die Untersuchung wird als Sekundäranalyse der repräsentativen Markt-Media-Studie „Typologie der Wünsche Intermedia“ (TdW) durchgeführt. Die TdW erhebt neben den Einstellungen zu verschiedenen Themen wie Ernährung, Gesundheit und Präventionsverhalten, das Freizeitverhalten sowie die Nutzungshäufigkeit, -dauer und -inhalte verschiedener Medien der deutschsprachigen Bevölkerung (ab Alter 14). Neben den soziodemographischen Merkmalen beinhaltet sie eine zielgruppendifferenzierte Auswertung auf Basis der empirischen Lebensstiltypologie „Sinus-Milieus“, die als eines der wichtigsten Zielgruppenmodelle für die Kommunikationsplanung gilt. Somit kann untersucht werden, ob eine auf das Gesundheitsproblem Adipositas bezogene Zielgruppensegmentierung möglich ist, die wiederum mit der Mediennutzung verknüpft werden kann. Der Sinus-Milieu-basierte Datensatz der TdW 2006/07 zu den genannten Fragestellungen wurde freundlicherweise von Burda Community Network GmbH zur Verfügung gestellt.

## **2 AUFBAU DER ARBEIT**

Im theoretischen Teil der Arbeit werden die Grundlagen der Ernährungs- und Gesundheitskommunikation, theoretische Modelle der Public-Health-, Verhaltens- und Kommunikationswissenschaften sowie Zielgruppensegmentierungsverfahren erörtert (Kapitel II-IV). Kapitel II zielt darauf ab, in den Forschungsgegenstand der Arbeit einzuführen. Dabei sollen die Zusammenhänge zwischen Ernährungs- und Gesundheitskommunikation, Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht und Adipositas gezeigt, die Komplexität des Themas reduziert und Forschungslücken identifiziert werden. Zudem werden der Stand der Wirkungsforschung zu bevölkerungsweiter Gesundheitskommunikation aufgezeigt und Erfolgsfaktoren für verbesserte Wirksamkeit identifiziert. Kapitel III beschäftigt sich auf Basis verschiedener psychologischer, theoretischer und prozessorientierter Modelle mit dem Weg von einer Botschaft bis hin zur Verhaltensänderung. Kapitel IV erörtert theoretische Modelle und empirische Konzepte der sozialen Lage, des Lebensstils und der Zielgruppensegmentierung und leitet die forschungsrelevanten Fragestellungen ab. Kapitel V ist der Methodik und den Ergebnissen dieser Arbeit gewid-

met. Es beschreibt die Identifikation von Zielgruppen für die Prävention von Übergewicht und Adipositas mit Hilfe einer Sinus-Milieu-basierten Risikotypologie. Anschließend werden die Risikotypen, die Adipositas-Risikomilieus, ihr sozialer Kontext, ihr Medienverhalten und die Themeninteressen charakterisiert und die gemeinsame Erreichbarkeit für eine mediale Gesundheitskommunikation überprüft. Nachfolgend (Kap. VI) wird diskutiert, welche Kommunikationsbarrieren existieren und wie sie überwunden werden können. Handlungsempfehlungen für die Zielgruppen der medialen Gesundheitskommunikation zur bevölkerungsweiten Prävention von Übergewicht und Adipositas schließen sich an (Kap. VII).

## II ERNÄHRUNGS- UND GESUNDHEITSKOMMUNIKATION ALS BEITRAG FÜR DIE PRÄVENTION VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

Maßnahmen der Ernährungs- und Gesundheitsaufklärung innerhalb Deutschlands werden in der wissenschaftlichen Literatur als gescheitert beschrieben (SPIEKERMANN U 2006a; GÖPFERT W 2001). Göpfert (2001:131) nennt es beispielsweise „*naiv anzunehmen, allein durch Gesundheitsaufklärung über Medien könne man millionenfach Raucher zum nachhaltigen Nichtraucher animieren*“. Dies kann im übertragenen Sinn auch für die nachfolgend definierte Ernährungskommunikation (siehe Kapitel 2) angenommen werden, denn Ernährungshandeln ist eine Alltagsroutine, die nicht nur rational geplant ist, sondern auch von verfügbarer Zeit, Arbeitszwängen und vielem anderen mehr bestimmt wird (BARLÖSIUS E ET AL. 2006).

Angesichts des Präventionsdilemmas von einerseits nur unzureichend wirksamen Maßnahmen, andererseits aber hohem Bedarf an Präventionsmaßnahmen stellt sich die Frage, wie wirksame bevölkerungsweite Kommunikationsmaßnahmen ausgestaltet sein sollten. Deshalb wird in diesem Kapitel die Ausgangssituation der Prävention von Übergewicht und Adipositas diskutiert, bevor ein Einblick in Definitionen, Verständnis, Zusammenhänge und Forschungsstand von Ernährungs- und Gesundheitskommunikation, Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht und Adipositas gegeben wird. Auch werden die Kritik an der Ernährungskommunikation erläutert, der Forschungsstand der Wirkungsforschung zu bevölkerungsweiter Gesundheitskommunikation aufgezeigt und Erfolgsfaktoren für verbesserte Kommunikationsmaßnahmen identifiziert.

### 1 ADIPOSITASPRÄVENTION: AUSGANGSSITUATION AUFGRUND EPIDEMIOLOGISCHER LAGE

Übergewicht und Adipositas gelten national wie international zu den größten Gesundheitsproblemen. Aufgrund der rapiden Zunahme der Prävalenz in den letzten 20 Jahren wird sogar von einer „Adipositas-Epidemie“ gesprochen (BERGHÖFER A ET AL. 2008; HESEKER H 2008; BRAY GA ET AL. 2006; OGDEN C ET AL. 2006; LOBSTEIN L ET AL. 2004).

Von Übergewicht ist die Rede, wenn das Körpergewicht in einer Beurteilung nach dem Gewicht-Längen-Index „Body-Mass-Index“ (BMI) erhöht ist. Der Body-Mass-Index errechnet sich aus der Formel  $BMI (kg/m^2) = \text{Körpergewicht}/(\text{Körperlänge})^2$ . Von Adipositas wird bei einem BMI von 30  $kg/m^2$  oder mehr gesprochen. Ein BMI zwischen 25 und 29,9  $kg/m^2$  wird als Prä-Adipositas oder Übergewicht bezeichnet. Die Bezeichnung „Übergewicht“ für diese BMI-Kategorie führt jedoch häufig zu Missverständnissen, weil die übliche Klassifikation nach WHO für den gesamten BMI-Bereich  $\geq 25 kg/m^2$  ebenfalls die Bezeichnung Übergewicht verwendet (WIRTH A 2008). In dieser Arbeit wird

deshalb der Begriff **Übergewicht** für den BMI-Bereich  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  genutzt, analog zur „Leitlinie Adipositas“ (HAUNER H ET AL. 2007). Von **Adipositas** wird gesprochen, wenn das Gesamtphänomen Adipositas betrachtet wird oder wenn explizit BMI-Kategorien von  $30 \text{ kg/m}^2$  oder mehr gemeint sind.

Die Adipositasprävalenz stieg in Deutschland in den letzten Jahrzehnten sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. Derzeit gelten mehr als 20 Prozent aller Erwachsenen als adipös mit einem BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  und zwischen 30 und 40 Prozent als präadipös (BMI  $25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$ ). Rund 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen (3 bis 17 Jahre) sind übergewichtig oder adipös (HAUNER H ET AL. 2012; KURTH B 2012; LANGE C ET AL. 2007). Aktuell scheint eine Stagnation der Gesamtprävalenz erreicht zu sein, jedoch auf hohem Niveau. Bedenklich ist der Trend zu extremer Adipositas (BMI  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ) bei Jugendlichen und Erwachsenen (HAUNER H ET AL. 2012; KURTH B 2012).

Adipositas-assoziierte Folgeerkrankungen sind weit verbreitet. Beispielsweise leiden rund 25 Prozent der Erwachsenen in Deutschland an Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich Bluthochdruck (BMELV, BMG 2007). Mehr als 7 Millionen Menschen werden in Deutschland wegen einer Diabetes-Erkrankung behandelt. 90 Prozent davon leiden unter einem – häufig Adipositas-assoziierten - Diabetes Typ 2. Jedoch ist davon auszugehen, dass deutlich mehr Menschen unter diabetischen Stoffwechsellentgleisungen und ihren Langfristfolgen leiden, denn die Dunkelziffer ist hoch. Auf jeden erkannten Diabetiker<sup>2</sup> kommt eine Person mit nicht erkanntem Diabetes. Besonders besorgniserregend ist, dass bei Kindern und Jugendlichen zunehmend ein Typ-2-Diabetes diagnostiziert wird. Die Betroffenen sind in der Regel sehr stark übergewichtig (HAUNER H 2012).

Gleichzeitig sind die Auswirkungen der „Adipositaswelle“ ein gesellschaftliches Problem, das das deutsche Gesundheitssystem und die Arbeitswelt betrifft, zum Beispiel in Form von hohen und vermeidbaren Kosten wie Produktionsverlusten, Anpassungen an die veränderten Körpermaße und Aufwendungen für Diagnostik, Therapie oder Reha-Maßnahmen (HAUNER H ET AL. 2012; SCHNEIDER K ET AL. 2009; WITTIG F ET AL. 2009). Allein die jährlichen Ausgaben im Gesundheitssystem für Behandlungen von Adipositasfolgen werden von der Nationalen Adipositas Allianz auf 15 bis 20 Milliarden Euro beziffert (HAUNER H ET AL. 2012). Das Statistische Bundesamt (2010:39) beziffert die in Deutschland entstandenen direkten Krankheitskosten von Adipositas und Überernährung (für Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege) auf 863 Millionen Euro im Jahr 2008. Hinzu können weitere Krankheitskosten für Adipositas-mitbedingte Er-

---

<sup>2</sup> Anmerkung: Generell wird in dieser Arbeit das generische Maskulin verwendet, um eine bessere Lesbarkeit des Textes zu gewährleisten. Gemeint sind jeweils Diabetiker und Diabetikerinnen, Rezipienten und Rezipientinnen etc.. Die Verwendung der maskulinen Form stellt keine Wertung dar.

krankungen wie Diabetes mellitus, Hypertonie, ischämische Herzkrankheiten und Arthrose kommen (29 Milliarden Euro) (STATISTISCHES BUNDESAMT 2010:39).

Angesichts der endemischen Zunahme von Übergewicht und Adipositas wurden in den letzten Jahren vielfältige Anstrengungen zur Therapie und Prävention unternommen. Die Prävention von Adipositas und den damit verbundenen ernährungsmitbedingten Krankheiten wird als eine der größten gesundheits- und ernährungspolitischen Herausforderungen der kommenden Jahre angesehen (HAUNER H ET AL. 2012; BZGA 2010:27ff; HEBEBRAND J ET AL. 2008:198ff; BMELV, BMG 2007). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens (2007:83) in Deutschland benennt nicht umsonst seit Jahren in seinen Gutachten die Primärprävention als ein zentrales Handlungsfeld der Gesundheitssicherung in Deutschland. Alarmierend ist deshalb, dass trotz vielfältiger Präventionsbemühungen unlängst in der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) konstatiert wurde, dass der Anteil Adipöser in den letzten Jahren weiter zugenommen hat (KURTH B 2012).

Dem hohen Bedarf an erfolgreicher Prävention stehen nach wie vor ernüchternde Erfolge gegenüber (HAUNER H ET AL. 2012; HEBEBRAND J ET AL. 2008:200ff; WANG G ET AL. 2002; CAMPBELL K ET AL. 2001). Beispielsweise werden die Teilnehmeraten an Gesundheitsförderungsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen als mager bezeichnet. Die Programme werden hauptsächlich von jungen, gesundheitsbewussten Versicherten in Anspruch genommen. Frauen und Versicherte im Alter von 30 – 59 Jahren dominieren unter den Teilnehmern bei Kursen und anderen verhaltenspräventiven Maßnahmen, die sich an Einzelpersonen oder Gruppen wenden (ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN 2006; FELIX-BURDA-STIFTUNG 2005).

Gut erreicht wird die Mittelschicht. Verfehlt werden vor allem Hochrisikogruppen: Kinder und Heranwachsende, Erwachsene und ältere Menschen, sozial Benachteiligte und Menschen mit Migrationshintergrund (HEBEBRAND J ET AL. 2008:201ff; KOWALSKI C ET AL. 2008; ALTGELD T ET AL. 2007; KRONSBELN P 2007; SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN 2007:84). Die Nationale Adipositas-Allianz stellt in ihrer aktuellen Roadmap fest, dass trotz der bereits unternommenen Anstrengungen in Forschung und Praxis nach wie vor wirksame Präventions- und Behandlungsprogramme fehlen, die unter Alltagsbedingungen funktionieren und auch bevölkerungsweit erfolgreich sind (HAUNER H ET AL. 2012).

## **2 ERNÄHRUNGSKOMMUNIKATION**

Essen und Trinken, Lebensmittel und Mahlzeiten sowie Handlungen rund um die Herstellung, Auswahl oder den Genuss von Speisen durchziehen den Alltag von Menschen in allen Kulturkreisen. Auch kommunizieren Menschen permanent, über Gestik, Mimik, Symbole, Sprache oder Schrift. Denn Kommunikation bedeutet eine Verständigungslei-

tung durch „Zeichenübertragung“ (MALETZKE G 1998:37). Ernährung ist häufig Gegenstand dieser Verständigungsleistung. Sogar die Ausgestaltung von Speisen bzw. die Spezifität der Lebensmittelauswahl kann als Sprache bzw. Kommunikation mit Hilfe des Symbols Lebensmittel („Der kulinarische Code“) angesehen werden (KARMASIN H 2001:19).

Die hohe Intensität alltäglich geführter Kommunikation über „Essen und Trinken“ könnte zu der Vermutung führen, dass Ernährungsaufklärung und Ernährungsempfehlungen erfolgreich umgesetzt werden können, da die Zielgruppen, sich schon mit diesem Thema beschäftigen. Das Gegenteil scheint jedoch der Fall zu sein.

Form und Strategie von Ernährungskommunikation und Ernährungsaufklärung werden von verschiedenen Seiten kritisiert. Rosenbrock (2006) bezeichnet Ernährungsaufklärung und -information als defizitär aufgrund einer „*breiten Front der Missachtung von Ernährungsempfehlungen und der vielen Hinweise für eine gesunde Ernährung*“. Auch der langjährige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Volker Pudel (2003, 1991, 1984), äußerte sich wiederholt kritisch. Er urteilte, dass Ernährungsaufklärung ihr Ziel verfehlt. Die „*Geschichte der gesundheitlichen Ernährungskommunikation*“ wird von Spiekermann (2006a:39) sogar als eine „*Geschichte des relativen Scheiterns*“ angesehen. Zwar wirkt Ernährungskommunikation bei Vorliegen einer bedrohlichen oder akuten Erkrankung, bleibt jedoch bei denjenigen, die sich frei entscheiden können unwirksam (SPIEKERMANN U 2006a; SPIEKERMANN U 2006b).

## 2.1 DEFINITION VON ERNÄHRUNGSKOMMUNIKATION

Kommunikation über Essen und Trinken ist zwar allgegenwärtig, doch bleibt unklar, was der Begriff „Ernährungskommunikation“ bedeutet. Er wird vielfältig und verwirrend verwendet. Eine Suche zum Stichwort „Ernährungskommunikation“ über das Internetsuchportal „Google“ ergibt 3.120 Treffer<sup>3</sup>. Darunter befinden sich sehr heterogene Hinweise wie Links zu Marketingaktivitäten für Wellness- oder Fitnessangebote, zu Ernährungsbildungsmaßnahmen, zu Ernährungsberatung oder -therapie, zu Risikokommunikation bei „Lebensmittelskandalen oder -krisen“, zu Ratgebern, Büchern, Kochsendungen und Gesundheitsmagazinen. In der wissenschaftlichen Literatur sind Begriffe wie öffentliche Ernährungskommunikation, Ernährungsaufklärung, Ernährungsinformation, politische Ernährungskommunikation, staatliche Ernährungsaufklärung, klassische Ernährungsaufklärung, Ernährungserziehung, Ernährungsbildung, gesundheitliche Ernährungskommunikation, nachhaltige Ernährungskommunikation, Ernährungsberatung, mediale Ernährungskommunikation, öffentliche Informationskampagnen oder Verbraucherinformation gebräuchlich (REHAAG R ET AL. 2005).

---

<sup>3</sup> Stand 25.11.2012

Der Prozess einer Definition des Begriffs „Ernährungskommunikation“ befindet sich in Deutschland noch in den Anfängen. Erste Ansätze stammen aus den Forschungsprojekten „Ernährungswende“ und „Konsumwende“: Eberle et al. (2004:19) bezeichnen im Ernährungswende-Diskussionspapier Nr.1 Ernährungskommunikation als eine „*gesellschaftliche Verständigungsleistung*“ und unterscheiden „*geschlossene Interaktionszusammenhänge*“ (Face-to-Face) und „*öffentliche Kommunikation*“ (massenmedial). Im weiteren Verlauf konzentriert sich das Forschungsprojekt „Ernährungswende“ auf medial vermittelte Kommunikation, die die Intention verfolgt, die gesamte Bevölkerung zu erreichen (ROSENBROCK R 2006:5; EBERLE U ET AL. 2004:19). Hierfür wird der Begriff „*öffentliche Ernährungskommunikation*“ verwendet (BARLÖSIUS E ET AL. 2006:12). Explizit ausklammert und nicht bearbeitet wird die Ebene der Face-to-Face-Kommunikation wie Alltagskommunikation<sup>4</sup>, Ernährungsbildung oder Ernährungsberatung (ROSENBROCK R 2006:5; EBERLE U ET AL. 2004:19).

Wilhelm et al. (2005:7) definieren Ernährungskommunikation im Forschungsprojekt „Konsumwende“ als „... *alle Maßnahmen, die (...) Institutionen durchführen, um Informationen, Kompetenzen und positive Einstellungen zum Thema Ernährung an unterschiedliche Zielgruppen zu vermitteln*“. Auch diese Arbeitsgruppe versteht unter „Ernährungskommunikation“ eine „intendierte“ Kommunikation, die der Öffentlichkeit vorrangig über Massenmedien „*Informationen über Ernährung*“ geben möchte (WILHELM R ET AL. 2005:7). Es ist eine Kommunikation, die unidirektional vom Kommunikator ausgeht und eine Information an einen Empfänger sendet.

Ernährungskommunikation kann inhaltlich facettenreich sein und Themen wie Nahrungsmittelherstellung, Lebensmittelauswahl, Zubereitung, Esskultur oder Kulinaristik umfassen. Sie berührt neben agrar-, lebensmittel- und ernährungswissenschaftlichen Themen auch Themen wie Umwelt, Nachhaltigkeit oder Ernährungsmedizin. Kommunikationsaktivitäten zur Prävention von Zivilisationskrankheiten wie Übergewicht und Adipositas stehen zudem vor der Herausforderung, Aspekte aus den Themenfeldern Medizin, Ernährung, Bewegung und Entspannung zu berücksichtigen (BZGA 2010:54). Es ist zu prüfen, ob die Ernährungskommunikation zum integralen Handlungsfeld der sogenannten Gesundheitskommunikation werden kann.

Dies berücksichtigen Maschkowski und Büning-Fesel (2010:677) in einer „Arbeitsdefinition“<sup>5</sup>: „*Ernährungskommunikation umfasst die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen in Bezug auf Ernährung. Die Anbieter und Akteure der Ernährungskommunikation sind professionelle Dienstleister wie Ernährungsberater, Ärzte, Medien, Unternehmen, staatliche und halbstaatliche Institutionen, aber auch Privat-*

---

<sup>4</sup> Unter „Alltagskommunikation“ verstehen Eberle et al. (2004:14) Face-to-Face-Kommunikation im Alltag, also im Haushalts-, Familien-, Kollegen- oder Freundeskontext.

<sup>5</sup> in Anlehnung an die Definition von „Gesundheitskommunikation“ nach Hurrelmann und Leppin (2001)

*personen, die an Ernährung interessiert sind. Vermittlung und Austausch können als Interaktion zwischen Personen stattfinden, aber auch durch Medien vermittelt sein.*“ (MASCHKOWSKI G ET AL. 2010:677). Diese Arbeitsdefinition ist rezipientenorientierter als die vorgenannten Definitionen und öffnet den Blick zur Interaktion mit dem Empfänger der Botschaft. Sie versteht sich als Kommunikationsaktivität, die von Experten oder Ernährungsinteressierten ausgeht. Sie orientiert sich an der Definition „Gesundheitskommunikation“ von Hurrelmann und Leppin (2001), ist jedoch thematisch offen und wird dem Facettenreichtum von Ernährungskommunikation gerecht. Jedoch steht ein umfassender wissenschaftlicher Diskurs über diese Arbeitsdefinition in der ernährungswissenschaftlichen Literatur bzw. Scientific Community noch aus.

Ernährungserziehung und –bildung werden von den beiden Autorinnen nicht unter die „Arbeitsdefinition“ gefasst, da sie *„über Kommunikation hinausgehen“* und *„Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, also Handlungskompetenz vermitteln und dabei Normen und Regeln vorgeben“*. (MASCHKOWSKI G ET AL. 2010:677) Die zugrunde liegende Definition von Gesundheitskommunikation umfasst dagegen explizit Bildungsmaßnahmen wie z.B. Schulungen von Patientinnen und Patienten sowie der Zielgruppen Schwangere, Jugendliche, Eltern, Migranten und alte Menschen (HURRELMANN K ET AL. 2001:13).

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass Ernährungskommunikation in der Kommunikationswissenschaft Deutschlands bislang kaum thematisiert wurde. Es handelt sich laut Rössler (2006:69) um ein *„stark vernachlässigtes Forschungsfeld“*. Wissenschaftlich wird Ernährungskommunikation in den verschiedensten Disziplinen wie Ernährungswissenschaften, Psychologie, Pädagogik, Wirtschafts- oder Gesundheitswissenschaften thematisiert (MASCHKOWSKI G ET AL. 2010). Forschungsaktivitäten zu Ernährungskommunikation in Deutschland haben eher punktuellen Charakter, wohingegen international an Hochschulen (z.B. Australien, Kanada, USA) bereits Bachelor- und Master-Studiengänge „Nutrition Communication“ mit entsprechenden Forschungsaktivitäten existieren. Auch die „Studie zum Innovationssektor Lebensmittel und Ernährung“ kommt nach ausführlicher Stärken-Schwächen-Analyse der Forschungsaktivitäten in Deutschland im Bereich Ernährungswissenschaften zu dem Ergebnis, dass *„eine neu zu formierende akademische Verhaltens-, Konsum- und Kommunikationsforschung mit substantieller Infrastruktur“* zur Bewältigung der Zukunftsaufgaben erforderlich ist (IVV, WZW 2011:22).

## 2.2 FORMEN DER ERNÄHRUNGSKOMMUNIKATION

Kommunikationspartner in der Ernährungskommunikation sind (fachliche) Laien, Ernährungsexperten und Medienakteure (FROMM B ET AL. 2011:35). Die zuvor beschriebene Kritik an „Ernährungskommunikation“ bezieht sich in aller Regel auf bestimmte Formen der Expertenkommunikation: Ernährungsinformation, Ernährungsaufklärung und Ernäh-

rungsberatung, seltener auf Ernährungsbildung (ROSENBROCK R 2006; SPIEKERMANN U 2006a; SPIEKERMANN U 2006b; PUDEL V 2003; PUDEL V 1991; PUDEL V 1984).

Die hier vorgenommenen Begriffsbestimmungen basieren auf folgenden Veröffentlichungen: „Praxis der Ernährungsberatung“ (PUDEL V 1991), „Ernährungspsychologie“ (PUDEL V, WESTENHÖFER J 2003), „Studienbuch der Ernährungsbildung“ (HEINDL I 2003) und der „Rahmenvereinbarung des Koordinierungskreises zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland“ (KOORDINIERUNGSKREIS ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ERNÄHRUNGSBERATUNG UND ERNÄHRUNGSBILDUNG 2009).

**Ernährungsinformation** ist eine spezifische Mitteilung zu ernährungswissenschaftlichen Themen. Die Vermittlung ist sowohl über Medien (inklusive Massenmedien) als auch im direkten Kontakt möglich. Broschüren und Faltblätter, aber auch Antworten einer Fachkraft auf persönlich vorgetragene Fragen fallen unter Ernährungsinformationen. Aufgabe von Ernährungsinformation ist die Wissensvermittlung (PUDEL V, WESTENHÖFER J 2003; PUDEL V 1991). Ernährungsinformation kann Teil von Ernährungsberatung bzw. –therapie oder Ernährungsbildung sein und von Einzelnen oder Institutionen angeboten werden (KOORDINIERUNGSKREIS ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ERNÄHRUNGSBERATUNG UND ERNÄHRUNGSBILDUNG 2009).

Als **Ernährungsaufklärung** werden geplante Maßnahmen bezeichnet, die die Bevölkerung ansprechen, ohne dass diese selbst nachfragen. Sie zielt darauf ab, für Ernährungsthemen zu sensibilisieren, Aufmerksamkeit und Interesse zu wecken sowie Problembewusstsein zu schaffen. Ernährungsaufklärung versteht sich als Informationstransfer, der indirekt massenmedial oder in Vorträgen erfolgt. Institutionen des Bundes und der Länder, Nicht-Regierungsorganisationen, wissenschaftliche Fachgesellschaften und Verbrauchervertretungen gehören zu den Anbietern von Ernährungsaufklärung (KOORDINIERUNGSKREIS ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ERNÄHRUNGSBERATUNG UND ERNÄHRUNGSBILDUNG 2009; PUDEL V, WESTENHÖFER J 2003; PUDEL V 1991).

**Ernährungsberatung** wendet sich an gesunde Verbraucher. In einem „*klientenzentrierten, partnerschaftlichen*“ Gespräch gibt sie Hilfestellungen, die die vorhandenen Kompetenzen und Bedürfnisse des Ratsuchenden sowie seine Lebenssituation berücksichtigen. Sie setzt Problemlöseprozesse in Gang, erarbeitet und übt die dafür „*erforderlichen Fertigkeiten [...] gemeinsam mit dem Klienten*“. Vermittelt werden „*Informationen über gesundheitsfördernde Ernährung, Lebensstilfaktoren und die Prävention von Risikofaktoren*“ (KOORDINIERUNGSKREIS ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ERNÄHRUNGSBERATUNG UND ERNÄHRUNGSBILDUNG 2009). Beratungsziele sind die:

- „*Vermittlung der Grundsätze einer gesundheitsfördernden, vollwertigen Ernährung, um Mangel- und Fehlernährung zu vermeiden und das Risiko ernährungsmitbedingter Krankheiten zu reduzieren,*

- *nachhaltige Verbesserung der individuellen Ernährungsweise und des Ernährungsverhaltens sowie ggf. die Lösung von Ernährungsproblemen,*
- *Verbesserung der Entscheidungsfähigkeit und Handlungskompetenz.*

*Die Ernährungsberatung kann auch dazu dienen, Fehlernährung zu erkennen und den Klienten ggf. einer Ernährungstherapie zuzuführen.“ (KOORDINIERUNGSKREIS ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ERNÄHRUNGSBERATUNG UND ERNÄHRUNGSBILDUNG 2009)*

**Ernährungstherapie** versteht sich als Behandlung ernährungsmitbedingter Erkrankungen oder von krankheitsbedingten Ernährungsproblemen. Die Gesprächssituation ist ähnlich der Ernährungsberatung: klientenzentriert und partnerschaftlich erhält der Patient Hilfestellungen. Hinzu kommen bei der Ernährungstherapie Informationen über pathophysiologische Zusammenhänge, die das Verständnis und die Umsetzung therapeutischer Maßnahmen erleichtern (KOORDINIERUNGSKREIS ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ERNÄHRUNGSBERATUNG UND ERNÄHRUNGSBILDUNG 2009). Ziele von Ernährungstherapie sind:

- *„Vermittlung der Grundsätze einer gesundheitsfördernden, vollwertigen Ernährung, um den Gesundheitszustand zu verbessern (Sekundärprävention) und Rückfällen/Folgeerkrankungen vorzubeugen (Tertiärprävention)*
- *Nachhaltige Verbesserung der individuellen Ernährungsweise und des Essverhaltens orientiert an der medizinischen Notwendigkeit und den individuellen Bedürfnissen und Wünschen des Patienten*
- *Erhalt bzw. Verbesserung der Lebensqualität“ (KOORDINIERUNGSKREIS ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ERNÄHRUNGSBERATUNG UND ERNÄHRUNGSBILDUNG 2009).*

**Ernährungsbildung** leistet einen Beitrag zur lebenslangen Formung des Menschen **aller Altersgruppen** im Hinblick auf seine Fähigkeiten, während *Erziehung* Hilfen für **Heranwachsende** auf dem Weg zu Lebenstüchtigkeit und Mündigkeit meint (KOORDINIERUNGSKREIS ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ERNÄHRUNGSBERATUNG UND ERNÄHRUNGSBILDUNG 2009). Ernährungsbildung beschreibt nach Heindl (2003) *„das Bemühen des Menschen, eine persönlich sinnvolle Ernährungsweise durch gesunde Lebensführung aufzubauen, worin er Unterstützung und Begleitung erfährt“*. Ernährungsbildung kombiniert Wissens- und Wertevermittlung, soziokulturelle Reflexion und praktisches Handeln. Sie zielt unter anderem auf eine Modifikation des Ernährungsverhaltens ab und kann in allen Bereichen des Bildungssystems erfolgen. Ernährungsbildung kann für die Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt werden, wobei Elemente der Ernährungsinformation, der Ernährungsaufklärung und der Ernährungspraxis<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> *„Ernährungspraxis umfasst die Vermittlung von Kenntnissen und praktischen Fertigkeiten zur Zubereitung von Speisen und Mahlzeiten. Dazu gehören der Umgang mit Lebensmitteln inkl. Einkauf, Lagerung und Warenkunde sowie die Vermittlung von Esskultur. Basis für die Ernährungspraxis sind gesicherte ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse.“ (KOORDINIERUNGSKREIS 2009)*

genutzt werden können (KOORDINIERUNGSKREIS ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ERNÄHRUNGSBERATUNG UND ERNÄHRUNGSBILDUNG 2009).

### 2.3 KERNELEMENTE DER KRITIK AN ERNÄHRUNGSKOMMUNIKATION

Die wiederholt in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen geäußerte Kritik an Strategie und Durchführung von Ernährungskommunikation kann Verbesserungspotenziale aufzeigen. Deshalb werden nachfolgend die Kernelemente der Kritik analysiert und zusammengefasst.

Das Rationalitätsprinzip der Ernährungsaufklärung und eine realitätsferne Sichtweise vom Verbraucher prangerte vor allem der Ernährungspsychologe Pudiel (2003; 1991) an. Rationale Informationen werden mit dem Ziel einer Verhaltensänderung an einen „*rational denkenden Verbraucher*“ erteilt, was als Ursache für Misserfolge anzusehen ist. Er stellte ebenfalls fest, dass zu häufig eine rigide Kontrolle des Essverhaltens statt flexibler Kontrolle propagiert wird (PUDEL V 2003).

Eine fehlgeleitete Kommunikationsstrategie und fehlende Zielgruppenorientierung führt der Historiker Spiekermann (2006a; 2006b) als Ursachen für das von ihm konstatierte Scheitern der Ernährungskommunikation an. Aus seiner Sicht legen Ernährungsexperten ihren Kommunikationsmaßnahmen ihre eigenen Werthaltungen und Lebenssituation (Sozialisation, bürgerlicher Wertekanon, überdurchschnittliches Erwerbseinkommen) zugrunde und orientieren sich nicht an den Werthaltungen des Rezipienten.

Ein fehlendes gemeinsames Verständnis zwischen den Hauptakteuren der „Ernährungskommunikation“ über Gegenstand, Strategie und Ziele von Ernährungskommunikation wurden 2006 im Forschungsprojekt „Ernährungswende“ als Ursache für Misserfolge ermittelt. Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wurden die Hauptakteure der Ernährungskommunikation verschiedener Wissenschaftsdisziplinen, der Ernährungs- und Verbraucherpolitik sowie der Ernährungswirtschaft gebeten, ihre Sicht von Ernährungskommunikation<sup>7</sup> zu erläutern. Barlösius und Schieck (2006) analysierten die Statements auf der Suche nach einer verbesserten Strategie. Als Ergebnis fanden sie, dass eine gemeinsame Definition von Ernährungskommunikation fehlt. Auch differieren die Idealvorstellungen von Ernährungskommunikation bei den Akteuren: Sie reichten von unabhängig, transparent und wissenschaftlich fundiert bis hin zur Berücksichtigung von Alltagspraxis und eingebunden in konkrete Lebenszusammenhänge. Mit den Botschaften werden zudem unterschiedliche Ziele verfolgt. Einerseits wird Wissenszuwachs erwartet, andererseits auch Veränderung des Handelns der Verbraucher. Ebenfalls un-

---

<sup>7</sup> Im Sinne einer „öffentlichen Ernährungskommunikation“, die an die gesamte Bevölkerung adressiert ist. Eine Betrachtung von Face-To-Face-Kommunikation, wie z.B. in der individuellen Ernährungsberatung üblich, wurde ausgeklammert (Kap. II 2.1).

geklärt ist, welches Bild vom Verbraucher (mündig, rational handelnd oder teilhabend) zugrunde gelegt werden soll (BARLÖSIUS E ET AL. 2006:7).

Die Fokussierung auf Informationsvermittlung, häufig unter Verwendung von Furchtapellen mit drastischen Beschreibungen von negativen Konsequenzen „ungesunder“ Ernährung, sieht Vögele (2007) als Schwäche von Ernährungskommunikation in der Gesundheitsförderung und –erziehung an. Zudem werden komplexe, verwirrende und widersprüchliche Botschaften verwendet, die beim Rezipient Reaktanz erzeugen können (VÖGELE C 2007).

Ein naturwissenschaftliches Forschungsprimat in der Ernährungswissenschaft, eine unzureichende interdisziplinäre Sicht, Orientierung an realitätsfernen Menschenbildern und eine Abwertung von Alltagswissen sind weitere Ursachen, die als Gründe für den Misserfolg von Ernährungskommunikation<sup>8</sup> in der Literatur genannt werden (METHFESSEL 2006; SPIEKERMANN 2006a; RÖSSLER 2006; RÜTZLER 2005:72; MEIER-PLÖGER 2004:14; BARLÖSIUS 2000:115; BARLÖSIUS 1999:67).

Zur Weiterentwicklung der Ernährungskommunikation lassen sich aus den Diskussionen der letzten Jahre folgende Handlungsempfehlungen zur verbesserten Wirksamkeit von Ernährungskommunikation extrahieren (STEINBERG A 2011:50):

- Kommunikatoren sollten auch eine rezipientenorientierte Sicht<sup>9</sup> einnehmen, den Verbraucher als Experten des eigenen Alltags respektieren und sein spezifisches Wissen, seine Bedürfnisse und den individuellen Lebensstil als Ausgangspunkt für eine erfolgreiche Ernährungskommunikation nutzen, die sich an die gesamte Bevölkerung richtet. Dies schließt eine Berücksichtigung der Ernährungsweise und Esskultur des Individuums oder größerer Gruppen ein.
- Kognitive Wissensvermittlung dominiert, zeigt jedoch kaum Erfolg vor allem bei sozial benachteiligten Zielgruppen. Sie sollte durch Kompetenzvermittlung und Befähigung zur selbstbestimmten Gestaltung des Ernährungsalltags ergänzt oder ersetzt werden.
- Interdisziplinäre Ansätze werden der Mehrdimensionalität des Themas Ernährung gerecht und sollten die dominierende „*einseitig, naturwissenschaftliche Ausrichtung der Ernährungsforschung, Lehre und Ausbildung*“ ablösen. (STEINBERG A 2011:50)

---

<sup>8</sup> Ebenfalls im Sinne einer „öffentlichen Ernährungskommunikation“ (Kap. II 2.1).

<sup>9</sup> Wie bereits für Ernährungsberatung und –therapie üblich (Kap. II 2.2).

## 2.4 FAZIT

Teilaspekte des Begriffs „Ernährungskommunikation“ sind inzwischen konsensual<sup>10</sup> definiert, doch herrscht noch immer eine verwirrend uneinheitliche Verwendung der Begrifflichkeiten vor. Ursache ist möglicherweise das Fehlen einer alle Teilbereiche umfassenden wissenschaftlichen Definition des Oberbegriffs Ernährungskommunikation und eine theoretische, multidisziplinäre Fundierung des Fachs. Ernährungsinformation und Ernährungsaufklärung sind die einzigen bevölkerungsbezogenen Konzepte der Ernährungskommunikation. Sie sind jedoch qua Definition informationsvermittelnde Ansätze deren Aufgabe in der (kognitiven) „Wissensvermittlung“ besteht. Lediglich Ernährungsbildung, -beratung und -therapie kommt gemäß Definition eine verhaltensbeeinflussende Rolle zu. Gemessen werden die bevölkerungsbezogenen Formen der Ernährungskommunikation - Ernährungsinformation und -aufklärung - jedoch auch am Zielparame-ter „Verhaltensänderung“ und sind somit zum Scheitern verurteilt.

Solange zwischen den Hauptakteuren der Ernährungskommunikation kein gemeinsames Verständnis zu Gegenstand, Zielen und Strategien von Ernährungskommunikation im bevölkerungsweiten Ansatz hergestellt ist und eine Verständigung auf moderne, realitätsnahe Verbraucherleitbilder sowie einfache, klare Botschaften fehlt, mangelt es auch an der Basis für ein Gelingen von Kommunikationsaktivitäten. Aufgrund fehlender bzw. indifferenter Ziele können Maßnahmen der Ernährungskommunikation weder abschließend bewertet werden, noch wird es gelingen, die Wirksamkeit von Ernährungskommunikation für bevölkerungsweite Präventionsmaßnahmen zu verbessern.

Angesichts der festgestellten Defizite und Forschungslücken im Bereich Ernährungskommunikation soll im Weiteren untersucht werden, ob Forschung und Theorie der Fachgebiete Public Health und Gesundheitskommunikation Ansätze zur Lösung der anstehenden Fragen und Problemstellungen bieten.

---

<sup>10</sup> Durch Ratifizierung der Rahmenvereinbarung des Koordinierungskreis „Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland“ im Jahr 2009 stimmten die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), verschiedene Berufsverbände, Verbraucherschutzorganisationen und 14 weitere Institutionen den dort vorgenommenen Begriffsbestimmungen zu (DGE 2009).

### 3 GESUNDHEITSKOMMUNIKATION

#### 3.1 BEGRIFFSKLÄRUNG UND VERSTÄNDNIS

„Gesundheitskommunikation“ ist eine Übersetzung des englischen Fachbegriffs „Health communication“. Gebräuchlich sind zudem Übersetzungen als Medizinkommunikation oder Medizinpublizistik (BAUMANN E ET AL. 2012; FROMM B ET AL. 2011:19). Während die Übersetzung in „Gesundheitskommunikation“ vermuten lässt, dass Gesundheit Gegenstand dieses interdisziplinären Forschungsgebiet der nordamerikanischen Kommunikationswissenschaften ist, deuten die beiden medizinisch orientierten Übersetzungen schon an, dass das Themenspektrum breiter sein kann und auch „Krankheit“ und therapeutische Interventionen thematisiert werden (FROMM B ET AL. 2011:19; SIGNITZER B 2001).

Health Communication ist ein sich seit rund 50 Jahren entwickelndes multidisziplinäres Forschungs- und Tätigkeitsfeld der Public Health (SCHIAVO R 2007:3), der Kommunikationswissenschaften, der Psychologie, des Marketings und des Socialmarketings. Ausgangspunkt des Fachgebietes waren Forschungsaktivitäten zur Arzt-Patienten-Kommunikation und großen US-amerikanischen Community-Präventionsstudien der 70er Jahre. In der Folgezeit kam es zu regen Forschungsaktivitäten, entsprechenden Studiengänge, Fachjournalen und sogar zur Schwerpunktbildung in der Forschung (LEPPIN A 2003; HURRELMANN K ET AL. 2001).

*„Health Communication is an area of study concerned with human interaction in the health care process.“* Diese frühe und vielzitierte Definition von „health communication“ stammt von Kreps und Thornton (1984:2). Eine Synopse von 15 verschiedenen Definitionen der internationalen wissenschaftlichen Literatur, die jeweils unterschiedliche Aspekte und Wirkungseffekte in den Mittelpunkt stellten, wurde von Schiavo (2007:7ff) erstellt. Sie schlägt auf Basis dieser Synopse folgende neue „Arbeitsdefinition“ vor:

*„Health Communication is a multifaceted and multidisciplinary approach to reach different audiences and share health-related information with the goal of influencing, engaging, and supporting individuals, communities, health professionals, special groups, policymakers and the public to champion, introduce, adopt, or sustain a behavior, practice, or policy that will ultimately improve health outcomes“* (SCHIAVO R 2007:7).

Beide Definitionen umfassen Kommunikations- und Interaktionsprozesse in der Versorgung von Gesunden und Kranken mit dem Ziel einer positiven Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens. Es handelt sich um intendierte Kommunikationsformen mit einer festgelegten Zielgruppe (BAUMANN E ET AL. 2012; FROMM B ET AL. 2011:19).

Wissenschaftler der „Health communication“ finden sich seit 1975 in einer Sektion „Health communication“ innerhalb der International Communication Association (ICA) zusammen. Das erste Lehrbuch zu Health Communication erschien 1984 und die erste

wissenschaftliche Fachzeitschrift „Health Communication“ fünf Jahre später in 1989 (FROMM B ET AL. 2011:23; SCHIAVO R 2007:10). „Health communication“ wird international mittlerweile als integraler Bestandteil von Public Health Maßnahmen angesehen und als wissenschaftsbasierte Disziplin mit empirischen Wurzeln anerkannt. Sie kann über ihre strategische Ausrichtung Verhalten modifizieren und einen Wandel der gesundheitlichen Chancen bewirken (SCHIAVO R 2007:7 ff).

Signitzer (2001) merkt jedoch an, dass die Entwicklung der nordamerikanischen „Health communication“ unter dem Zwang zur Lösung drängender gesellschaftlicher und sozialer Probleme zur Überbetonung einzelner Forschungsthemen führte. Als Beispiel führt er die regen US-amerikanischen Forschungsaktivitäten im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation an. Eine zunehmende Zahl an Behandlungsfehlerprozessen gegen Ärzte in den USA machte eine Konzentration auf die kommunikative Qualität des ärztlichen Beratungsgesprächs erforderlich (SIGNITZER B 2001).

Der europäische und deutschsprachige Raum steht noch am Beginn dieser Entwicklung, wobei für Europa eine Expansion und Professionalisierung prognostiziert wird (BAUMANN E ET AL. 2012). Für Deutschland ist „Gesundheitskommunikation“ eine recht neue Fachdisziplin, deren Begrifflichkeit und insbesondere die Abgrenzung zur „Medizinkommunikation“ oder „medizinischen Kommunikation“ noch diskutiert wird (SCHNABEL P ET AL. 2012; HURRELMANN K ET AL. 2001; SIGNITZER B 2001). In Deutschland fehlt bislang eine Institutionalisierung als eigenständiges Themen- und Forschungsfeld. Verschiedene Fachrichtungen wie Kommunikations- und Medienwissenschaften, Gesundheitswissenschaften, Medizin, Psychologie oder Soziologie behandeln dieses Forschungsfeld „mit“ (FROMM B ET AL. 2011:23). Hier teilt die Gesundheitskommunikation das Schicksal der Entwicklung von Public Health und Gesundheitswissenschaften in Deutschland, die im internationalen Vergleich laut Hurrelmann (1999:5) einen historisch bedingten Sonderweg eingeschlagen hat: Deutschland hatte im 19. und frühen 20. Jahrhundert eine Vorreiterrolle in der wissenschaftsbasierten, bevölkerungsweiten öffentlichen Gesundheitsvorsorge. Während des zweiten Weltkriegs wurden jedoch die ersten Ansätze deutscher „Gesundheitswissenschaften“ zerschlagen und ihre Vertreter vertrieben. Unter dem Dach des Nationalsozialismus pervertierten Aktivitäten zum Erhalt der „Volksgesundheit“ zur „Rassenhygiene“ mit ihren Gräueltaten und Verbrechen. Dies diskreditierte die Gesundheitswissenschaften in den Nachfolgestaaten jahrzehntelang. Das Staatswesen der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) versah das Fachgebiet mit neuen Ideologien. Die westdeutschen Staaten der Bundesrepublik Deutschland vernachlässigten es dagegen (HURRELMANN K ET AL. 2012a). Eine erfolgreiche Wiederbelebung des Fachs Gesundheitswissenschaften in Wissenschaft und Praxis, meist unter der Bezeichnung „Public Health“ (aus Scheu vor der historischen Last der Bezeichnung Gesundheitswissenschaften), ist erst seit den 80iger Jahren zu beobachten (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PUBLIC HEALTH (DGPH) 2012; HURRELMANN K ET AL. 2012a). Das internationale Ni-

veau von Public Health wurde jedoch noch nicht erreicht (HURRELMANN K ET AL. 2012a). Strukturelle Hemmnisse, Unterfinanzierung der Forschung und eine Dominanz der Fachdisziplin Medizin erschweren die Entwicklung (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PUBLIC HEALTH (DGPH) 2012; HURRELMANN K ET AL. 2012a).

„Gesundheitskommunikation“ wird in Deutschland erstmals in den Jahren 2000 bis 2003 in ersten deutschsprachigen Sammelwerken und in einem Themenheft Gesundheitskommunikation der Zeitschrift „Medien und Kommunikationswissenschaften“ beschrieben. Die Beiträge in diesen Werken betrachten Gesundheitskommunikation aus der Sicht der jeweiligen Einzeldisziplin mit gelegentlichem Blick in benachbarte Disziplinen (FROMM B ET AL. 2011:23). Mittlerweile intensiviert sich die wissenschaftliche und publizistische Tätigkeit mit interdisziplinärer Ausrichtung. Hierzu beigetragen hat u.a. das in 2003 gegründete Netzwerk Medien und Gesundheitskommunikation mit Netzwerktagungen, der Studiengang Gesundheitskommunikation an der Universität Bielefeld sowie weitere akademische Ausbildungen bei (TOLKS D ET AL. 2008). In den Jahren 2011 und 2012 sind erste deutschsprachige Monographien erschienen: „Gesundheitskommunikation und Medien“ (FROMM B ET AL. 2011) sowie „Gesundheitskommunikation – mehr als Reden über Krankheit“ (SCHNABEL P ET AL. 2012). Forschungsgegenstände sind das Kommunikationsverhalten aller am Heilungs- oder Präventionsprozess beteiligten Akteure (Ärzte, Apotheker, Pflegepersonal, Krankenkassen, Gesundheitsbürokratie etc.), die Kommunikationspartner (Patienten, Angehörige, Ärzte etc.), die Ebenen der Kommunikation und die Rahmenbedingungen für Gesundheitskommunikation (Ethik, Ökonomie, soziale oder kulturelle Fragen) (FROMM B ET AL. 2011; SIGNITZER B 2001).

In Deutschland existieren bislang zwei Definitionen für „Gesundheitskommunikation“ von Schnabel (2009) sowie von Hurrelmann und Leppin (2001). Nach Schnabel umfasst Gesundheitskommunikation die *„Gesamtheit aller mehr oder weniger organisierten Bemühungen, die **Botschaft** der Gesundheit*

- *auf allen vermittlungsrelevanten **Ebenen** (Individuen, Organisationen, ganze Gesellschaften),*
- *durch den Einsatz möglichst vieler zielführender **Strategien** (Beratung, Organisationsentwicklung, Aufklärungs- und Informationskampagnen) und*
- *unter Verwendung einer Mischung geeigneter **Medien** (Buch, Presse, Funk, Fernsehen, Internet) zu verbreiten, um dadurch*
- *die **Einstellungen** und **Verhaltensweisen** der Menschen in einer Weise zu beeinflussen, die dies zu einer möglichst selbst bestimmten, auf die Vermeidung von Krankheits**risiken** und die Stärkung von Gesundheits**ressourcen** ausgerichteten Lebensführung befähigt,*
- *was bei Bedarf auch die Fähigkeit mit einschließen muss, die eigenen Gesundheitsinteressen gegen **Widerstand** durchzusetzen (SCHNABEL P 2009:39; Hervorhebungen im Original).*

Hurrelmann und Leppin (2001) verstehen unter „Gesundheitskommunikation“ *„jede Art von Kommunikation, die sich mit Gesundheit beschäftigt, als menschliche Interaktion im Gesundheitsprozess oder auch als Vermittlung und Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind, und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind.“* (HURRELMANN K ET AL. 2001:11).

Baumann (2012:462 ff) stellt fest, dass die Definition von Schnabel ihren Schwerpunkt legt auf Strategien und Zielrichtungen von Maßnahmen der Gesundheitskommunikation und Kommunikationsaktivitäten, die die Botschaft „Gesundheit“ transportieren. Hurrelmann und Leppin inkludieren gesundheitsbezogene und krankheitsbezogene Themen. Ihre Definition umfasst sowohl mediale als auch interpersonale Kommunikationsformen (z.B. Arzt-Patienten-Kommunikation), Laien<sup>11</sup>- und Expertenkommunikation. Außerdem liegt ihr ein moderneres Kommunikationsverständnis zugrunde, weil sie die Perspektive des Rezipienten und eine interaktive Gestaltungen von Kommunikationsprozessen zwischen Experten und Laien berücksichtigt (BAUMANN E ET AL. 2012:463).

Schnabel (2009:49) weist jedoch darauf hin, dass bei Anwendung der Definition von Hurrelmann und Leppin zwei verschiedene Kommunikationskulturen mit unterschiedlichen Konzeptionen und Vorgehensweisen aufeinandertreffen: Einerseits die medizinisch-klinische/kurative Sicht, die in Konzepten der Prävention und Therapie, die sich am Risiko des Einzelnen und der Pathogenese orientieren, zum Ausdruck kommt und andererseits die bevölkerungsbezogene, ressourcenorientierte Sicht der „New Public Health“, die sich zu den Prinzipien der Salutogenese, Partizipation, Empowerment, Settingorientierung und gesundheitliche Chancengleichheit bekennt (siehe Exkurs: Public Health und New Public Health). Aus Gründen der „Begriffshygiene“ sollte sich – so Schnabel - „Gesundheitskommunikation“ vom medizinisch-kurativen Paradigma emanzipieren und auf **„Kerngebiete des gesundheitswissenschaftlichen Forschen und Handelns, die Förderung von Gesundheit und die Verhinderung von Krankheit“** konzentrieren (SCHNABEL P ET AL. 2012:144; Hervorhebung im Original). Diese Sichtweise teilen einige Gesundheitswissenschaftler (z.B. BAUER U ET AL. 2012; ALTGELD T 2006). Damit kann der Prozess der begrifflichen Definition von „Gesundheitskommunikation“ in den deutschen Gesundheitswissenschaften als noch nicht abgeschlossen betrachtet werden.

### **Exkurs: Public Health und New Public Health**

Public Health in Deutschland versteht sich als die *„Wissenschaft und Praxis zur Vermeidung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung physischer und*

---

<sup>11</sup> Kommunikation unter (fachlichen) Laien (siehe Kap. II 2.2)

*psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen“* (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PUBLIC HEALTH (DGPH) 2012). Public Health ist auf die Gesunderhaltung der gesamten Bevölkerung ausgerichtet. Sie ist somit umfassender angelegt als die klinische Medizin, die ihren Fokus auf Individuen und die Therapie von Erkrankungen legt (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PUBLIC HEALTH (DGPH) 2012). Die deutsche Übersetzung „Gesundheitswissenschaften“ wird in Deutschland aus historischen Gründen meist parallel zur englischen Bezeichnung „Public Health“ verwendet. Im wissenschaftlichen Sprachgebrauch sind zudem die Bezeichnungen „health sciences“ oder „life sciences“ gebräuchlich (HURRELMANN K ET AL. 2012a).

Strategien von Public Health umfassen sowohl Maßnahmen der Gesundheitsförderung als auch der Krankheitsprävention, meist vereinfachend Prävention genannt (HURRELMANN K ET AL. 2012b). Unter **Gesundheitsförderung** versteht man einen komplexen sozialen und gesellschaftspolitischen Ansatz, der die Gesundheitsressourcen der Bevölkerung oder von Teilgruppen analysieren und stärken will. Gesundheitsförderung *„zielt darauf ab, Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern (Empowerment)“* (BZGA 2010:24). Gesundheitsförderung will sowohl *„gesundheitsrelevante Lebensweisen“* als auch *„gesundheitsrelevante Lebensbedingungen“* verbessern (BZGA 2010:24). Gesundheitsförderung versteht sich als ein *„salutogenes Wirkprinzip“*, das Schutzfaktoren (Ressourcen) für die Gesunderhaltung stärkt und fördert. Dabei liegt der Gedanke an die Existenz einer dynamischen Abfolge von Gesundheitsstadien (von Gesundheit zu Krankheit) zu Grunde (HURRELMANN K ET AL. 2012b).

Gesundheitsförderung geht auf die „Ottawa-Charta“ zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1986 und deren Folgekonferenzen zurück (HURRELMANN K ET AL. 2012b). Gesundheitsförderung ist das „jüngste“ Konzept der Gesundheitswissenschaften („New Public Health“). Sie entstand, nachdem die Unwirksamkeit der bis dato durchgeführten Konzepte und die enge Verknüpfung von Lebensverhältnissen mit Gesundheitschancen bzw. -störungen erkannt wurde. In der Literatur wird die Entwicklung der Strategie der Gesundheitsförderung auch als „dritte Public Health Revolution“ bezeichnet. Als erste Revolution wird der Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten durch verbesserte Hygiene und Gesundheitsschutz angesehen. Die zweite Revolution war die Einsicht, dass sich gesundheitsbezogene Risikofaktoren über individuelle Verhaltensänderungen beeinflusst werden können und dass somit das Erkrankungsrisiko reduziert werden kann. Auf dieser Einsicht beruhen Maßnahmen wie Gesundheitserziehung, -aufklärung und -beratung („Old Public Health“) (HURRELMANN K ET AL. 2012a). Gesundheitserziehung und -aufklärung werden jedoch inzwischen als unwirksame und „naive“ Ansätze angesehen (WEITKUNAT R ET AL. 2007; GÖPFERT W 2001): *„Gesundheitserziehung mit dem Ziel, Wissen und Einstellungen zu verändern, ist*

*ein naiver Ansatz, der alle Voraussetzungen dafür erfüllt, die Trophäe für die am häufigsten falsifizierte Hypothese zu gewinnen. Erwünschtes Verhalten muss in der Regel modelliert, einstudiert und verstärkt – aber nicht erklärt werden.*“ (WEITKUNAT R ET AL. 2007:25)

Der Wandel zur „New Public Health“ wird als „Perspektivwechsel“ von der medizinisch orientierten „Pathogenese“ zur „Salutogenese“ bezeichnet. Der Begriff „Salutogenese“ geht auf den Medizinsoziologen Antonovsky (1997) und seine wissenschaftlichen Studien mit israelischen Frauen zurück, die trotz Aufenthalt in Konzentrationslagern eine stabile Gesundheit in höherem Lebensalter zeigten. Er wandelte die wissenschaftliche Perspektive seiner Tätigkeit von der Frage „*Was macht Menschen krank?*“ hin zu „*Was erhält Menschen gesund?*“. Dabei entdeckte er die Bedeutung von Stress als Auslöser von Erkrankungen und die Bedeutung von Widerstandsressourcen im Umgang mit Stress (ANTONOVSKY A 1997; 1993).

Das Modell der Salutogenese basiert auf empirischen Befunden und theoretischen Überlegungen der Stressforschung. Kernelemente des Modells sind, neben den bereits erwähnten Stressoren/Widerstandsressourcen, der Gedanke, dass Gesundheit und Krankheit nicht statisch und somit auch beeinflussbar sind sowie das „Kohärenzgefühl“. Unter Kohärenzgefühl (Sense of Coherence) wird die innere Haltung eines Menschen um Umgang mit Herausforderungen des Lebens umschrieben. Gemeint ist ein andauerndes Gefühl des Vertrauens von Menschen, dass Lebensereignisse erklärbar sind (Verstehbarkeit), dass die Ressourcen zur Verfügung stehen damit umzugehen (Handhabbarkeit) und dass sich Anstrengungen und Engagement zum Umgang damit lohnen (Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit) (METHFESSEL B 2007; FALTERMAIER T ET AL. 2005:63ff; BENGEL J ET AL. 2001:28ff).

Durch das Modell der Salutogenese entstand ein neuer Blick auf das Verhalten von Menschen, Klienten und Patienten. Maßnahmen der Gesundheitsförderung nehmen nun eine konsequent zielgruppenorientierte Sichtweise ein. Dem Einzelnen wird ein Recht auf ein höheres Maß der Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zuerkannt. Über Beteiligungsformen (Partizipation) und andere Methoden orientieren sich Gesundheitsförderungsmaßnahmen an den Bedürfnissen der Zielgruppe (BZGA 2010; WRIGHT MT 2010; SCHIAVO R 2007; ALTGELD T ET AL. 2004). Empowerment, also die Stärkung und Weiterentwicklung von personalen oder sozialen Ressourcen, ist ein zentraler Bestandteil von Maßnahmen der Gesundheitsförderung (BZGA 2010:103).

Gesundheitsförderung beruht auf zwei weiteren wichtigen strategischen Ansätzen: „*Herstellung von Intersektorialität*“ und die „*Interventionsaktivitäten in sozialen Systemen*“ (Settingansatz) (HURRELMANN K ET AL. 2012b). Die Strategie der Herstellung von Intersektorialität fasst Gesundheitsförderung als eine Querschnittsaufgabe von verschiedenen Politikbereichen und gesellschaftlichen Sektoren auf. Sie verknüpft beispielsweise

politische Regelungen mit Strategien der öffentlichen Aufklärung, pädagogischen Aktivitäten in Kindergärten, Schulen und Bildungseinrichtungen, Aktivierung von Vereins- und Kommunalstrukturen und/oder mit legislativen Steuerungselementen (z.B. Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden und Plätzen). Strategie der Intersektorialität ist häufig verknüpft mit Maßnahmen aus dem Bereich der Gesundheitskommunikation (HURRELMANN K ET AL. 2012b; ALTGELD T ET AL. 2004).

Maßnahmen in sozialen Systemen (Settings, Lebenswelten) erfahren in der Praxis die größte Aufmerksamkeit. Der Settingansatz geht davon aus, dass Gesundheit im Alltag entsteht und dass Sozialräume wie z.B. Kindergärten, Schulen, Betriebe etc. eine starke prägende Wirkung auf das Verhalten und das Befinden von Menschen haben. Im Setting können personenbezogene Maßnahmen mit umweltbezogenen Strategien verknüpft werden (HURRELMANN K ET AL. 2012b; SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN 2005; ALTGELD T ET AL. 2004).

**Krankheitsprävention** verwendet eine andere „Eingriffslogik“, da sie vom Grundgedanken der Pathogenese und dem Risikofaktorenkonzept ausgeht (HURRELMANN K ET AL. 2012b). Prävention will Krankheiten zuvorkommen und Risiken zum Auftreten von Krankheiten abwenden. Letztlich zielt sie jedoch ebenso wie Gesundheitsförderung auf eine Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung oder von Teilgruppen ab (HURRELMANN K ET AL. 2012b; BZGA 2010:24). Eine Klassifikation von Präventionsmaßnahmen nach dem Zeitpunkt des Eingreifens ins Krankheitsgeschehen war jahrzehntelang üblich, führt jedoch immer wieder zu Missverständnissen, da die verschiedenen Fachdisziplinen ihre Zuordnung unterschiedlich vornehmen (HURRELMANN K ET AL. 2012a). Gebräuchlich sind die Begriffe primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Sie sind jedoch letztlich nur „*Hilfskonstrukte zu Ordnungszwecken*“ (LEPPIN A 2004), die sich aufgrund der Schwierigkeiten in der Trennschärfe künftig als überholt erweisen könnten (HURRELMANN K ET AL. 2012b).

Deshalb stützt sich die vorliegende Arbeit auf eine Einteilung der Präventionsformen in universelle und selektive Prävention. **Universelle Prävention** richtet sich in einem breiten Ansatz an weite Teile der Bevölkerung. Maßnahmen der universellen Prävention zum Thema Körpergewicht wenden sich an Unter-, Normal- und Übergewichtige aller soziokulturellen Herkünfte in allen Lebenslagen. Unter dem Begriff universelle Prävention kann auch die Primärprävention subsummiert werden (BZGA 2010:24). **Selektive Prävention (gezielte Prävention)** richtet sich an besonders vulnerable Gruppen aufgrund von vorliegenden Risikofaktoren für eine Erkrankung oder einer besonderen Gefährdungslage (z.B. soziale Lage, Migration). Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention können unter diesem Begriff subsummiert werden (BZGA 2010:24)

Zusätzlich sind die Begriffe **Verhältnisprävention** und **Verhaltensprävention** gebräuchlich. Verhältnisprävention will die sozialen, kulturellen, ökologischen und ökonomischen

mischen Umweltbedingungen ändern und über Lebenswelten (Setting-Ansatz) Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten nehmen (LEPPIN A 2004). Verhaltensprävention stellt dagegen das individuelle Verhalten von Menschen in den Mittelpunkt. Verhaltenspräventive Maßnahmen sollen zu einer Verhaltensänderung hinführen wie z.B. zu einem gesunden Lebensstil oder sie „*stärken individuelle Kompetenzen und Ressourcen.*“ (BZgA 2010:25) Präventionskurse, Angebote zur Gesundheitsbildung oder Kampagnen sind übliche verhaltenspräventive Maßnahmen.

Die hier aufgezeigte Trennung der beiden Strategien Gesundheitsförderung und Prävention wird im deutschsprachigen Raum strenger gehandhabt als beispielsweise in den angloamerikanischen Staaten. Dort werden die Begriffe „health promotion“ (Gesundheitsförderung) und „health prevention“ (Prävention) meist austauschbar eingesetzt (LEPPIN A 2004).

### 3.2 KOMMUNIKATIONSEBENEN UND FORMEN DER GESUNDHEITSKOMMUNIKATION

Zur Systematisierung des Forschungsfeldes Gesundheitskommunikation eignet sich laut Signitzer (2001:28) das in den Kommunikationswissenschaften vielfach genutzte „Vier-Ebenen-Modell“ von Chaffee und Berger (1987). Demnach können die Kommunikationsebenen der Gesundheitskommunikation in die Ebenen „intrapersonale Kommunikation“, „interpersonale Kommunikation“ (Arzt-Patienten-Kommunikation, Ernährungstherapie bzw. Einzelberatung), „Organisationskommunikation“ und „gesellschaftliche/massenmediale Kommunikation“ differenziert werden.

Signitzer (2001:29ff) skizziert die Themenfelder und Forschungsgegenstände der jeweiligen Ebenen der Gesundheitskommunikation folgendermaßen:

**Intrapersonale Ebene:** Individuelle psychische und psychologische Prozesse, die für die Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes und für das Gesundheitsverhalten relevant sind, sind Gegenstand dieser Ebene. Analysen der intrapersonalen Ebene sind elementar für alle weiteren Ebenen. Analysiert werden Gesundheitseinstellungen und –vorstellungen des Individuums, die dessen Gesundheitsverhalten beeinflussen, und mentale und psychische Prozesse im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit.

**Interpersonale Ebene:** Zwischenmenschliche Kommunikation in Dyaden oder Gruppen ist Forschungsgegenstand dieser Ebene. Betrachtet werden Kommunikationsprozesse unter und zwischen Laien und professionellen, in der Gesundheitsbranche tätigen Personen (z.B. Arzt-Arzt, Arzt-Patient, Patient-Pfleger, Arzt-Pfleger, Konsument-Dienstleister, Versicherungsmitarbeiter-Versicherter usw.).

**Organisationsebene:** Interne und externe gesundheitsbezogenen Kommunikationsprozesse in Organisationen bzw. Settings (z.B. in Krankenhäusern, Arztpraxen, Altersheimen, Selbsthilfegruppen etc.) sind Gegenstand dieser Forschungsebene.

**Gesellschaftliche Kommunikation/Massenkommunikation:** Erforscht werden bevölkerungsweite Kommunikationsaktivitäten und ihr gesellschaftlicher, kultureller und medialer Einfluss auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen. Medizinjournalismus aber auch Kommunikationskampagnen über Medien wie Fernsehen, Radio etc. sind dieser Ebene zuzuordnen.

Bevölkerungsweite Gesundheitskommunikation über (Massen)Medien wird im Vier-Ebenen-Modell ausschließlich der Ebene der gesellschaftlichen Kommunikation/Massenkommunikation zugeordnet. Baumann, Lampert und Fromm (2012) zeigen jedoch auf, dass diese Zuordnung nicht mehr zeitgemäß ist. *„Die Verortung (massen)medialer Kommunikation nur auf gesellschaftlicher Ebene scheint insbesondere angesichts der heutigen Durchdringung sämtlicher Lebensbereiche mit Medien, des hohen Stellenwertes medialer Kommunikationsstrategien auf Organisationsebene und der engen wechselseitigen Beeinflussung von interpersonalen und medialen Kommunikationsprozessen nicht mehr angemessen.“* (BAUMANN E ET AL. 2012:467) So ist beispielsweise Arzt-Patienten-Kommunikation nicht mehr auf ein persönliches Gespräch beschränkt, sondern kann auch per Telefon/Handy oder Internet-gestützt per Mail oder Chat erfolgen. Massenmediale Angebote (z.B. Fernsehen oder Printmedien) sind meist zusätzlich mit Internetangeboten verknüpft, die wiederum interpersonelle Kommunikation in Foren oder Chats ermöglichen.

Fromm, Baumann und Lampert (2011:30ff) erweitern und systematisieren deshalb das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation über Medien. Sie führen den Begriff *„mediale Gesundheitskommunikation“* für dieses Forschungsfeld ein und adaptieren die Kommunikationsebenen auf Basis dieser Sichtweise (Tabelle 1).

Gegenstand medialer Gesundheitskommunikationsforschung auf massenmedialer Ebene sind Medieninhalte, -nutzung und -wirkung, der mediale Einfluss auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen unter Berücksichtigung der Angebots- und Rezipientenperspektive und die Evaluation von Kampagnen (Tab. 1). Der Begriff Kommunikationskampagne umfasst *„die Konzeption, Durchführung und Kontrolle von systematischen und zielgerichteten Kommunikationsaktivitäten zur Förderung des Problembewusstseins und Beeinflussung von Einstellungen und Verhaltensweisen gewisser Zielgruppen in Bezug auf soziale Ideen, Aufgaben oder Praktiken und zwar im positiven d.h. gesellschaftlich erwünschten Sinn.“* (BONFADELLI H ET AL. 2006:15)

**Tabelle 1: Ebenen medialer Gesundheitskommunikation** (Quelle: FROMM B ET AL. 2011:31)

<b>Ebene</b>	<b>Analytischer Fokus</b>	<b>Relevante Fragestellungen</b>
Intrapersonale Ebene	Individuelle Voraussetzungen, die die Wahrnehmung und Bewertung von gesundheitsbezogenen Botschaften beeinflussen	Welche individuellen Voraussetzungen (Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen, Vorwissen, Erfahrungen, z.B. aufgrund eigener Erkrankungen etc.) beeinflussen in welcher Weise die Wahrnehmung von und die Suche nach medialen Gesundheitsbotschaften?
Interpersonale Ebene	Mediale Kommunikationsprozesse unter besonderer Berücksichtigung spezifischer Kommunikationseigenschaften von Medien wie beispielsweise von Online-Beratungsangeboten	Wie wirkt sich die Anonymität des Internets auf das Kommunikationsverhalten von Laien und Experten aus? Wie werden Onlineberatungsangebote im Vergleich zur personellen Beratung wahrgenommen und bewertet? Welche Rolle spielt die Anschlusskommunikation während bzw. nach der Mediennutzung für die Veränderung von Gesundheitsbewusstsein und -verhalten?
Organisationsebene	Mediale Kommunikationsprozesse innerhalb und zwischen Organisationen (z.B. in und zwischen Krankenhäusern, Arztpraxen, Altersheimen, Selbsthilfegruppen etc.).	Welche Rolle spielen Medien für Kommunikationsprozesse innerhalb und zwischen den Organisationen? Wie lassen sich diese Kommunikationsprozesse mit Hilfe von Medien optimieren? Wie gestalten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ihre Öffentlichkeitsarbeit, um mit ihren relevanten Stakeholdern in einen kommunikativen Austausch zu treten?
Massenkommunikation	Medieninhalte, -nutzung und -wirkung; medialer Einfluss auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen unter Berücksichtigung der Angebots- und Rezipientenperspektive; Evaluation von Kampagnen	In Abhängigkeit von welchen Faktoren wird ein Gesundheitsthema zur Nachricht? Welches Bild von Gesundheit, Erkrankungen und Erkrankten wird über die Medien und in Kampagnen vermittelt? Welchen Einfluss haben die spezifischen Darstellungen von Gesundheit und Krankheit auf Wahrnehmung, Einstellungen und Verhalten der Rezipienten? Welche Medienangebote erfüllen die spezifischen Informationsbedürfnisse Erkrankter?

Auf Organisationsebene werden mediale Kommunikationsprozesse innerhalb und zwischen Organisationen (z.B. in und zwischen Krankenhäusern, Arztpraxen, Altersheimen, Selbsthilfegruppen etc.) analysiert (Tab. 1). Interpersonale Gesundheitskommunikation kann die Gestaltung oder Analyse von Anschlusskommunikation in medialen Kampagnen oder Online-Beratungsangebote zum Gegenstand haben. Auf interpersoneller Ebene sind die individuellen Voraussetzungen (Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen, Vorwissen, Erfahrungen, z.B. aufgrund eigener Erkrankungen etc.), die die Wahrneh-

mung von und die Suche nach medialen Gesundheitsbotschaften beeinflussen können von besonderem Interesse (FROMM B ET AL. 2011:31).

Medialer Gesundheitskommunikation liegt das Verständnis eines „*wechselseitigen Verhältnisses zwischen Kommunikator, Medieninhalt und Rezipient*“ zugrunde (FROMM B ET AL. 2011:30). Es geht also nicht nur um die Förderung von Gesundheit über Medien, sondern auch um die Forschung zu Motiven und Bedürfnissen, die zu Medienwahrnehmung, Medienselektion, Medieninterpretation und Handlungsintentionen führen. Mediale Gesundheitskommunikation betrachtet alle gesundheitsfördernden und -schädigenden Faktoren der Mediennutzung unabhängig vom Inhalt. Damit ist das Spektrum so weit gefasst, dass beispielsweise auch die Folgen von langer TV-Nutzung an Entstehung von Übergewicht darunter subsumiert werden können (FROMM B ET AL. 2011:30ff).

Zusätzlich schlagen Fromm, Baumann und Lampert (2012, 2011) eine Unterscheidung von gesundheitsbezogenen und gesundheitsrelevanten Medieninhalten vor. Die in Kapitel II 3.1 genannten Definitionen für Gesundheitskommunikation sind gesundheitsbezogen. Doch können auch mediale Darstellungen ohne vordergründigen Gesundheitsbezug gesundheitsrelevant sein, wenn daraus ein gesundheitsbezogenes Verbraucherverhalten resultiert (FROMM B ET AL. 2011:32). Die mediale Darstellung dünner Frauen beispielsweise kann gesundheitsrelevant werden, wenn sie zu Störungen in Körperwahrnehmung und im Essverhalten des Rezipienten führt (BAUMANN E 2009). Ebenso ist die Darstellung eines „ungesunden“ Ess- und Trinkverhaltens in TV-Doku-Soaps gesundheitsrelevant, wenn sie das Essverhalten der Zuschauer beeinflusst (LÜCKE S ET AL. 2004).

Drei Gruppen von Kommunikationspartnern lassen sich in der medialen Gesundheitskommunikation unterscheiden, jedoch sind die Grenzen zwischen diesen Kommunikationspartnern fließend:

- (Gesundheits)Experten: Fachexperten und Stakeholder des Gesundheitssystems, die Gesundheitsinformationen vermitteln wollen.
- (Gesundheits)Laien: Alle Menschen, die Gesundheitsinformationen bewusst oder unbewusst wahrnehmen oder aktiv suchen (z.B. Gesunde, Patienten, Angehörige, Risikogruppen, Versicherte, spezielle Zielgruppen wie Jugendliche, Frauen etc.).
- Medien: Alle Akteure: wie Journalisten, Produzenten, Werbetreibende, Organisationseinheiten (z.B. Verlage, Sender etc.) und Anbieter von Webseiten, die Gesundheitsinformationen geben (FROMM B ET AL. 2011:34-35).

### 3.3 WIRKUNGSPOTENTIALE MEDIALER GESUNDHEITSKOMMUNIKATION – STAND DER FORSCHUNG

Evaluationsstudien zur Wirksamkeit medialer Gesundheitskommunikation liegen überwiegend zur Durchführung von Gesundheitskampagnen vor. International wurde die Diskussion zur Wirksamkeit oder Unwirksamkeit von Informationskampagnen wesentlich früher geführt als in Deutschland. Hyman und Sheatsley (1947) gaben bereits 1947 mit ihrem kritischen Beitrag „Some Reasons Why Information Campaigns Fail“ einen der bekanntesten Inputs für die nordamerikanische Scientific Community. Sie weisen darin auf die Rolle des Menschen im Kommunikationsprozess hin: „*the psychological characteristics of human beings must be taken into account*“ (HYMAN HH ET AL. 1947:413). Folgende Barrieren, die eine Informationskampagne scheitern lassen können, wurden von ihnen erkannt (HYMAN HH ET AL. 1947):

- Erreichbarkeit: Nicht jede Zielgruppe ist gleich gut erreichbar. Es gibt eine Gruppe von Desinteressierten („Know-Nothings“), die schwer erreichbar sind, egal wie die Botschaft präsentiert wird.
- Interesse/Desinteresse: Persönliches Interesse steuert die Aufmerksamkeit. Informationskampagnen sollten das Interesse der Bevölkerung wecken. Dabei sind Teile der Bevölkerung leicht für zahlreiche Themengebiete zu gewinnen, andere verhalten sich apathisch.
- Selektive Wahrnehmung: Verbraucher nehmen Informationen selektiv wahr. Ihre Einstellungen steuern die Wahrnehmung. Sie übernehmen bevorzugt Informationen, die ihren eigenen Einstellungen entsprechen.
- Selektive Interpretation: Dieselbe Botschaft wird von verschiedenen Personen unterschiedlich interpretiert. Die Interpretation folgt den bestehenden Einstellungen.
- Individuelle Transformation der Information: Information alleine bewirkt nicht unbedingt eine Verhaltensänderung. „Informierte“ bzw. interessierte Zielgruppen reagieren anders als „Uninformierte“.

Mendelsohn (1973) nimmt mit seinem Beitrag „*Some Reasons Why Information Campaigns Can Succeed*“ auf die Arbeit von Hyman und Sheatsley Bezug. Er zeigt auf, dass erfolgreiche Kampagnen strategisch geplant und Zielgruppen-zentriert sein sollten. Ein Misserfolg von Kampagnen ist demnach weniger dem Publikum als den Kampagnenplanern anzulasten. Informationsstand, mediale und zeitliche Erreichbarkeit und die Bedürfnisse der Zielgruppen werden oft nur unzureichend berücksichtigt. Soziologische Forschung kann wertvolle Hilfe leisten, um Interessen, Themen, Einstellungen und Medienkanäle passgenau auf die Zielgruppe auszurichten (MENDELSON H 1973).

## Wirksamkeit medialer Gesundheitskommunikation

Mittlerweile wurde die Wirksamkeit medialer Gesundheitskommunikation bis hin zur Verhaltensänderung in zahlreichen empirischen Evaluationsstudien im Einzelfall nachgewiesen. Systematische Metaanalysen sind jedoch selten. Sie wurden beispielsweise von Derzon und Lipsey (2002), Bonfadelli und Friemel (2006) und der Arbeitsgruppe Snyder (2007, 2006, 2004, 2002) durchgeführt.

Derzon und Lipsey (2002) analysierten 72 unterschiedliche Studien zu Drogenpräventionskampagnen (illegale Drogen, Tabak- bzw. Alkohol) bei Jugendlichen in westlichen Nationen. In 48 Studien fanden die Autoren Verhaltensänderungen durch die Kampagne. Die größten Veränderungen in Einstellungen und Verhalten erreichten Serien mehrerer Medienbotschaften. Video-Botschaften beeinflussten das Wissen, Radio-Botschaften hatten den stärksten Einfluss auf eine Verhaltensänderung. Eltern konnten über die Botschaften besser erreicht werden als die Jugendlichen selbst. Botschaften waren dann erfolgreich, wenn sie Handlungsalternativen aufzeigten, Anleitungen zum Gespräch mit Anderen über den Drogenkonsum enthielten und die positive Wirkung eines Nichtkonsums aufgriffen (DERZON JH ET AL. 2002).

Snyder und Mitarbeiter (2007, 2006, 2004, 2002) weisen mit ihren umfassenden Metaanalysen von Kommunikationskampagnen seit den 1980er Jahren in den USA und in Entwicklungsländern zu unterschiedlichen Themenfeldern (Ernährung, Bewegung, HIV-Prävention, Drogenprävention etc.) und mit verschiedenen Zielgruppen nach, dass Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich wirksam sind. Sie fanden nach den Kampagnen eine höhere Aufmerksamkeit für das Thema in der Bevölkerung sowie positive Verhaltensänderungen. Ernährungskampagnen zur Förderung des Gemüse- und Obstkonsums, zur Fettaufnahme und zur Verbesserung des Stillverhaltens sind diesen Metaanalysen zufolge erfolgreicher als andere Gesundheitsthemen (SNYDER LB 2007).

Wirkungen, Nebenwirkungen sowie Good-Practice-Empfehlungen für die Planung von Gesundheitskampagnen stehen im Mittelpunkt eines umfassenden Forschungsberichts der Schweizer Kommunikationswissenschaftler Heinz Bonfadelli und Thomas Friemel (2006). *„Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich“* ist eine umfassende systematische Metaanalyse zum Stand der internationalen Kampagnenforschung und Kampagnentheorie seit 1990 von massenmedial durchgeführten öffentlichen Informations-, Kommunikations- und Präventionskampagnen im Gesundheitsbereich (BONFADELLI H ET AL. 2006). Die Autoren zeigen auf, dass Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich wirksam und erfolgreich sein können (BONFADELLI H ET AL. 2006:64ff).

Auch die bislang umfassendste nationale Kampagne in Deutschland, durchgeführt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), zur gesundheitlichen Aufklärung und Prävention von AIDS gilt als erfolgreich. Die Kampagne „Gib AIDS keine

Chance“ hatte eine Verhinderung von HIV-Neuinfektionen zum Ziel; Teilziele galten dem Wissenstand der Bevölkerung in mehreren Teilaspekten und einem solidarischen Klima in der Gesellschaft. In der Kampagne wurden massenmediale Strategien (TV-Spots, Plakate, Broschüren, Internet u.a.) mit Kommunikation auf interpersoneller Ebene (Telefonberatung, persönliche Einzelberatung, Veranstaltungen), Ausstellungen und Multiplikatoren-schulung kombiniert. Die Evaluation der Kampagnendurchführung zeigt, dass Kampagnenerfolge möglich sind (POTT E 2009).

Dass mediale Gesundheitskommunikation erfolgreich sein kann, erscheint demnach unstrittig. Kann jedoch die mediale Gesundheitskommunikation Verhaltensänderungen erreichen? Laut Göpfert (2001) ist dies möglich. Verhaltensänderung mittels medialer Gesundheitskommunikation gelingt leicht, wenn bereits eine positive Einstellung zu „Gesundheit“ existiert. Als schwer nennt er, suchtmäßiges Verhalten via Massenkommunikation zu verändern (GÖPFERT W 2001). Da eine Konsistenz zwischen Einstellung und Verhalten besteht, wirken positive Einstellungen als Verhaltensdispositionen, negative Einstellungen als Barrieren für eine Verhaltensänderung. Die Kenntnis der vorhandenen Einstellungen ist für ein Gelingen medialer Kommunikation von großer Bedeutung, denn sie erfolgt überwiegend unidirektional und erhält selten ein unmittelbares Feedback vom Rezipienten. Zu erwartende Reaktionen des Rezipienten müssen deshalb bereits in der Kommunikationsplanung berücksichtigt werden (BONFADELLI H ET AL. 2006:33).

### **Unintendierte Wirkungen medialer Gesundheitskommunikation**

Mediale Gesundheitskommunikation kann jedoch auch unintendierte Wirkungen auslösen. Beispielsweise mehren sich wissenschaftliche Arbeiten, die eine stigmatisierende Berichterstattung zum Thema Übergewicht (HILBERT A ET AL. 2009), eine verzerrende Darstellung Adipöser in Bildern (GOLLUST SE ET AL. 2012) oder Fernseher (YOO J 2012) thematisieren. Derartige Darstellungen können zur gesellschaftlichen Diskriminierung Adipöser, Schuldzuweisung und Stigmatisierung sowie zur Überforderung bildungsferner Zielgruppen (ZECK M 2013; MASCHKOWSKI G ET AL. 2010) und vermindertem Kampagnenerfolg führen (SIKORSKI C ET AL. 2011).

Verbraucher erleben zudem die Vielzahl der über Medien transportierten Ernährungsbotschaften häufig als verwirrend. Vertrauensverluste, verminderte Selbstwirksamkeitserwartung, negative psychische Konsequenzen bzw. finanzielle Verluste durch erfolglose Diätversuche können in der Folge der Informationsüberflutung und -überlastung entstehen (WANSINK B 2006). Bekannt ist auch, dass über Vorbilder der Werbung, Medien oder Modeindustrie ein einseitiges Körperbild, gesundheitsschädigendes Schlankheitsideal und Körperunzufriedenheit bei vulnerablen Zielgruppen, z.B. jungen Frauen, erzeugt werden kann (MASCHKOWSKI G ET AL. 2010).

## Erfolgsfaktoren für die mediale Gesundheitskommunikation

Aus Meta-Analysen und empirischen Evaluationsstudien lassen sich Erfolgsfaktoren für eine verbesserte Wirksamkeit medialer Gesundheitskommunikation ableiten. Tabelle 2 zeigt eine Synopse der in der Literatur am häufigsten genannten Erfolgselemente.

**Tabelle 2: Synopse Erfolgsfaktoren für die mediale Gesundheitskommunikation**

(Quelle: eigene Darstellung)

<b>Erfolgsfaktoren</b>	<b>Autoren</b>	<b>Synder (2007)</b>	<b>Bonfadelli und Friemel (2006)</b>	<b>Pott (2009)</b>	<b>Hornik und Kelly (2007)</b>
Strategische Planung, Problemanalyse		X	X	X	
Kampagnenziele definieren		X	X		
Zielgruppensegmentierung und –orientierung, Orientierung an Bedürfnissen der Zielgruppe		X	X	X	X
Diverse Kommunikationsstrategien (medial plus interpersonell) und Kanäle verwenden		X	X	X	X
Theoretische Modelle zur Verhaltensänderung einsetzen		X			
Orientierung an Ergebnissen empirischer Evaluation			X	X	
verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen kombinieren				X	X
gesicherte Finanzierung, längerfristige Dauer, Wiederholungen				X	X

Zentraler Erfolgsfaktor ist demnach die Zielgruppensegmentierung und eine Orientierung an den Bedürfnissen der angesteuerten Zielgruppe. Er wird von allen Autoren genannt (Tab. 2). Gemeint ist eine homogene Zielgruppendefinition, die es ermöglicht die Zielgruppe „anzusteuern“ und/oder mit ihr zu interagieren (POTT E 2009). Auch ermöglicht ein detailliertes Zielgruppenwissen, die Kampagnenbotschaft in Inhalt und Tonalität auf die gewählte Zielgruppe abzustimmen (SNYDER LB 2007).

Eine strategische Planung der Kommunikationsaktivitäten inklusive Durchführung einer Problemanalyse, die Verwendung diverser Kommunikationsstrategien (z.B. medial kombiniert mit interpersoneller Kommunikation) und die Verwendung verschiedener Kanäle erhöhen zudem die Wirksamkeit medialer Gesundheitskommunikation. Die Definition von Zielen und Orientierung an den festgelegten Zielen entscheidet ebenso über Erfolg oder Misserfolg wie eine ausreichende Dauer und gesicherte Finanzierung der Kommunikationsaktivitäten (Tab. 2).

Die Grenzen der medialen Gesundheitskommunikation hat der Erfolgsfaktor „Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen“ im Blick (Tab. 2). Hornik und Kelly (2007) stellen fest, dass Veränderungen im Setting (Verhältnisprävention) oder interpersonelle Kommunikation erforderlich sind, wenn für die Zielgruppe der Weg zur Verhaltensänderung weit ist bzw. Verhaltensänderungen schwer fallen.

Orientierung an den Ergebnissen empirischer Evaluationen und der Einbezug theoretischer Modelle zur „Planung“ von Verhaltensänderungen werden ebenso als Erfolgsfaktoren genannt (Tab. 2).

Auf Basis empirischer Evaluationstudien benennt Pott (2009) zusätzlich folgende erfolgsmindernde Faktoren von Kampagnen:

- mangelnde Klarheit und Eindeutigkeit von Botschaften,
- kurzfristige, punktuelle statt langfristiger, umfassender Maßnahmen,
- reine Wissensvermittlung und Vernachlässigung von emotionaler Ansprache.

Hornik und Kelly (2007) weisen zusätzlich auf besondere Schwierigkeiten von Kommunikationskampagnen hin, die Ernährungsempfehlungen geben oder Gewichtskontrolle als Thema transportieren:

- Singulärer Medienkanal: Zu oft wird die Botschaft nur auf einem Weg zum Verbraucher transportiert (z.B. eine Broschüre). Damit wird die Chance vertan, dass über eine gesellschaftliche Diskussion oder den Einbezug von sozialen Netzen (oder Familien) ein Wandel von Einstellungen, Normen und sozialer Akzeptanz bewirkt wird, der wiederum auf das Verhalten des Einzelnen beeinflusst. Über massenmediale Kommunikation im Media-Mix können zudem Verantwortliche in Kita, Schulen, Betrieben oder Politik angeregt werden, die Inhalte der Kampagne zu unterstützen und im Setting Veränderung zu bewirken.
- Komplexe Botschaften: Botschaften in Drogen- oder Anti-Raucher-Kampagnen sind klarer und einfacher (z.B. „Stoppt Rauchen“, „Vermeide Drogen“) als Ernährungsempfehlungen. Letztere sind komplexer und meist existiert mehr als nur ein Weg, das Ziel zu erreichen (z.B. verschiedene Diäten zur Kalorienreduktion). Zudem sind Ernährungsempfehlungen in hohem Maß abhängig von Alter, Geschlecht, Bewegungsaktivität und Body-Mass-Index der Zielperson.
- Kognitive Botschaft: Kampagnenbotschaften folgen zu oft medizinischer Argumentation (gesund/ungesund). Erfolgreiche Botschaften sollten Einstellungen verändern, die bekanntermaßen Verhalten ändern, und aufzeigen, welchen persönlichen Nutzen der Verbraucher hat, wenn er sein Verhalten ändert.
- Offener wissenschaftlicher Diskurs: Ernährungsempfehlungen können aufgrund eines noch andauernden wissenschaftlichen Diskurses widersprüchlich sein (z.B. zeigt eine Studie einen Effekt einer erhöhten Ballaststoffaufnahme auf ein Ver-

mindertes kanzerogenes Risiko, eine andere wiederum nicht) (HORNİK R ET AL. 2007).

Hornik und Kelly (2007) plädieren außerdem dafür, dem Kampagnendruck bei der Gestaltung von Kampagnen mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Dieselbe Botschaft sollte über vielfältige Kanäle mit mehrfacher Wiederholung gesendet werden, um die Diffusion in allen gesellschaftlichen Bereichen, eine Diskussion in sozialen Netzwerken und in der Politik zu erreichen.

#### **4 FAZIT**

Der Bedarf an bevölkerungsweiten Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas sowie die Bedeutung des Handlungsfelds Ernährung für die Prävention sind hinreichend bekannt sowie gesellschaftlich erwünscht und erforderlich. Die dargestellte Evaluation erfolgreicher medialer Gesundheitskampagnen zeigt, dass bevölkerungsweite mediale Strategien erfolgreich sein können. Veränderungen in Wissen und Verhalten sind möglich. Erfolgsfaktoren sind eine Zielgruppensegmentierung und höhere Orientierung an der Zielgruppe, multidisziplinär begründete systematische Planung sowie multimodale, langfristige Strategien.

Die Entwicklung passender medialer Kommunikationsstrategien ist eine Zukunftsaufgabe für das Fach Oecotrophologie. Für die „Ernährungskommunikation“ sind Grundlagen gelegt, doch besteht umfassender kommunikationswissenschaftlicher und interdisziplinärer Forschungs- und Entwicklungsbedarf. Deshalb stützt sich diese Arbeit auf die Disziplinen New Public Health und mediale Gesundheitskommunikation, ihre Definitionen und Modelle. Dabei wird dem Handlungsfeld Ernährung besondere Beachtung geschenkt.

Diese Arbeit zu „medialer Gesundheitskommunikation im Handlungsfeld Ernährung“ ist interdisziplinär ausgerichtet und berücksichtigt die vielfältigen Basiswissenschaften von Public Health. Dennoch nimmt sie eine kommunikationswissenschaftliche Sicht ein und bedient sich überwiegend der sprachlichen Gewohnheiten dieser Disziplin. Rezipient und Zielgruppe sind die bewusst gewählten Bezeichnungen für Menschen oder Teilgruppen der Bevölkerung. Die in anderen Fachdisziplinen gängigen Begriffe Konsument, Verbraucher, Publikum, Patient oder Klient werden nur dann verwendet, wenn es der Kontext erforderlich erscheinen lässt.

### III VOM KOMMUNIZIEREN ZUM HANDELN

Vermeidbare Risikofaktoren von Adipositas und chronischen Erkrankungen sind häufig verhaltensbezogen. An bevölkerungsweite Präventionsaktivitäten wird neben der Funktion des Wissenstransfers auch die Anforderung gestellt, breite Massen von gesundheitsbewusstem Verhalten zu überzeugen und die Ausführung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen anzuregen. Aber der Weg einer Botschaft bis hin zur Verhaltensänderung ist weit und besteht aus vielen Einzelschritten wie am Beispiel eines Teilnehmers an einem Gesundheitsaktionstag einer Krankenkasse verdeutlicht werden kann. Ein Gesundheitstag-Besucher kann eine Informationsbroschüre über Diäten in einem Aufsteller an einem Krankenkassen-Stand

1. übersehen,
2. sehen und wegen Desinteresse daran vorbeigehen,
3. sehen, durchblättern und wieder zurücklegen,
4. sehen, mitnehmen und vergessen,
5. sehen, mitnehmen, durchlesen und ablehnen (Konsequenz: Diät wird nicht durchgeführt),
6. sehen, mitnehmen, durchlesen, zustimmen und erwägen, die Diät durchzuführen,
7. sehen, mitnehmen, durchlesen, zustimmen und handeln, d.h. die Diät einmal durchführen,
8. sehen, mitnehmen, durchlesen, zustimmen, handeln, d.h. die Diät durchführen, aber später wieder in sein gewohntes Verhalten zurückfallen,
9. sehen, mitnehmen, durchlesen, zustimmen, handeln, d.h. die Diät durchführen und das neue Verhalten beibehalten.

Kurz: Eine Wirkung von medialer Gesundheitskommunikation bis auf die Ebene einer dauerhaften Verhaltensänderung im gesundheitsförderlichen Sinn kann nicht vorausgesetzt werden. Deshalb wird im Folgenden betrachtet, wie der Weg von der Botschaft zur Verhaltensänderung verläuft und welche Wirkungen Medien entfalten können.

Es stellen sich nachfolgende Fragen, die in diesem Kapitel beantwortet werden:

1. Wie kommt es von der Botschaft zur Handlung?
2. Welche Bedeutung hat die intrapersonale Ebene von Kommunikator und Rezipienten für eine Verhaltensänderung?
3. Welche detaillierten Wirkungen entfalten Medien?
4. Gibt es Techniken, die die Erreichbarkeit der Zielgruppe für die Gesundheitskommunikation erhöhen?

Dazu werden zunächst die psychologischen Determinanten von Verhalten und theoretische Modelle zur Vorhersage von Rezipientenverhalten betrachtet. Theoretische Model-

le zur Medienwirkung und Prozessmodelle der Kommunikation erläutern, welche Wirkungen Medien generell und im Detail entfalten können. Eine Betrachtung der Eigenschaften und Leistungen verschiedener medialer Ansätze der Gesundheitskommunikation schließt sich an.

Für die Wirksamkeit medialer Gesundheitskommunikation sind neben einer verbesserten Zielgruppenorientierung eine strategische Planung der Kommunikationsmaßnahmen, Theorie- und Evidenzbasierung erforderlich (siehe Kapitel II 3.3). Jedoch dominiert bislang in der Fachdisziplin „Health communication“ eine praxisorientierte Vorgehensweise. Länderübergreifend wird dem Fach „Theorieschwäche“ bescheinigt (FROMM B ET AL. 2011:24). Zum 10-jährigen Bestehen des *Journal of Health Communication* führten Freimuth, Massett und Meltzer (FREIMUTH V ET AL. 2006) eine Metanalyse der in diesem Zeitraum veröffentlichten Beiträge durch. Sie stellten fest, dass die Forschung in Health Communication *„is not driven by theory“* (FREIMUTH V ET AL. 2006). Ähnliches wird für Gesundheitskommunikation, als deutsches Pendant, konstatiert (BAUMANN E ET AL. 2012; FROMM B ET AL. 2011:24f; ROSSMANN C 2010; SIGNITZER B 2001).

Die Verwendung erklärender Theorien zur gesundheitspsychologischen Wirkung medialer Gesundheitskommunikation in Deutschland ist (noch) heterogen (FROMM B ET AL. 2011; ROSSMANN C 2010; POTT E 2009; GÖPFERT W 2001). Lediglich das Health-Belief-Modell (CHAMPION V ET AL. 2008) und die Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of planned behavior) (FISHBEIN M ET AL. 1975) werden von allen Autoren als Erklärungsbasis akzeptiert. Deshalb bezieht sich diese Arbeit auf ein integriertes Modell, das beide Theorien berücksichtigt.

Medienwirkungen sind Gegenstand von Medienwirkungs-, Persuasions- und Verhaltensforschung. Jede Fachdisziplin tendiert zur Verwendung ihrer jeweiligen fachspezifischen Sicht. Integrierte Modelle sind rar. Die Schweizer Kommunikationswissenschaftler Bonfadelli und Friemel (2006) erstellten auf Basis einer umfangreichen Literaturrecherche eine umfassende Übersicht der, für Gesundheitskampagnen relevanten theoretische Modelle und geben Good-Practice-Empfehlungen zur Anwendung. In ihren umfangreichen Handlungsempfehlungen zur Planung von Kampagnen für die Planungsfelder Kampagneninput, Zielgruppen, Ziele, Strategien, Botschaften, Kanäle und die Evaluation verweisen sie auf die jeweils zugrunde liegenden Medienwirkungstheorien (BONFADELLI H ET AL. 2006:122ff). Deshalb beschränkt sich dieses Kapitel auf eine Beschreibung der Schlüsselkonzepte der Medienwirkung. Aspekte der Persuasions- und Verhaltensforschung werden ergänzt.

## **1 VERHALTENSÄNDERUNG AUF INTRAPERSONALER EBENE**

Mediale Gesundheitskommunikation verwendet Erkenntnisse der intrapersonalen Ebene für mediale Kommunikationskonzepte (siehe Kapitel II 3.2). Deshalb nimmt dieses Kapi-

tel zunächst Bezug auf die Entstehung von Verhalten auf individueller Ebene. Betrachtet werden die psychologischen Determinanten von Verhalten und auf theoretische Modelle zur Vorhersage von Verhalten.

## 1.1 WERTE, EINSTELLUNGEN, VERHALTEN

Werte und Einstellungen sind zentrale psychologische Determinanten von Verhalten. Ein *Wert* ist eine (einzige) Überzeugung, die Handlungen und Urteile über die Situation oder ein spezifisches Objekt hinaus beeinflusst. Werte orientieren sich an den „Endzielen der menschlichen Existenz“ (ROKEACH M 1968). Werte können demzufolge als allgemeiner Orientierungsrahmen für das Denken und Handeln eines Menschen angesehen werden.

Im Gegensatz dazu stehen „Einstellungen“ für mehrere Überzeugungen, die wiederum zu Handlungen prädisponieren. Einstellungen sind Bewertungen (Meinungen) zu allem, was ein Mensch wahrnimmt: Personen, Gruppen, Institutionen, unbelebte Gegenstände, Themen oder politische Sachverhalte bis hin zu Verhaltensweisen, Situationen oder Orten (KROEBER-RIEL W ET AL. 2009:215; SIX U 2007:91). Sie bauen auf den Werten eines Menschen auf und werden von Emotionen – also einer individuellen Vorstellungswelt – beeinflusst (KROEBER-RIEL W ET AL. 2009:210ff; GÖPFERT W 2001:134).

Einstellungen bilden sich nur dann, wenn sie mit den Werthaltungen des Rezipienten übereinstimmen und zudem persönliche Vorteile damit verbunden sind (KROEBER-RIEL W ET AL. 2009:210ff; GÖPFERT W 2001:134). Die Erfahrungswelt des Einzelnen beeinflusst nicht nur die Entstehung, sondern auch Verfügbarkeit, Richtung und Stärke von Einstellungen (SIX U 2007:91).

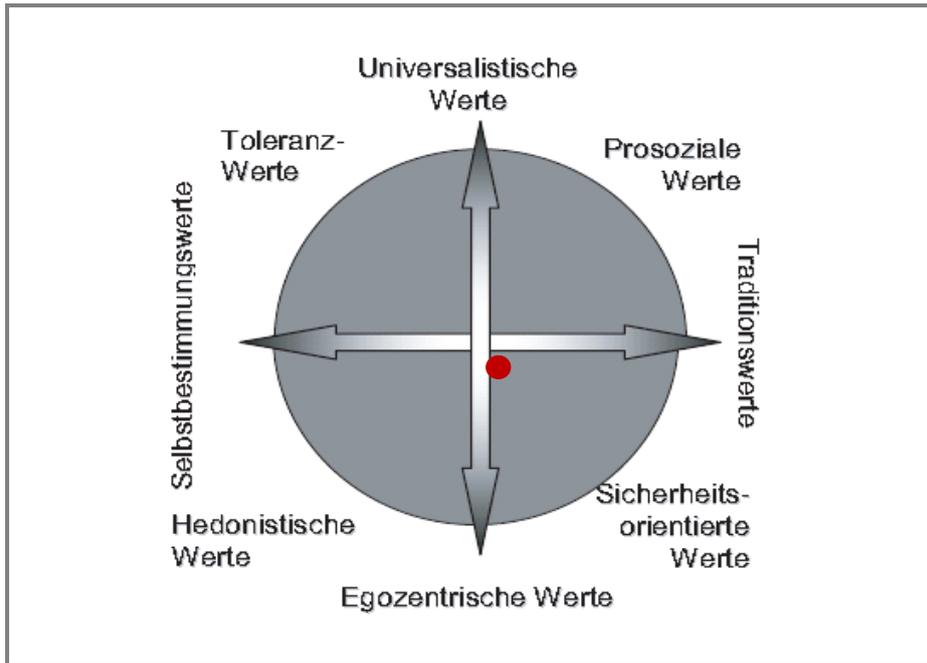
Nach Strack (2008) setzt Rokeach in seiner Wertepyramide Werte, Einstellungen und Verhalten miteinander in Bezug. Zielwerte und instrumentelle Werte sind demnach die obersten persönlichen Entscheidungsinstanzen eines Menschen (Identität), die wiederum Einstellungen und Handlungsabsichten steuern. Aus einer Handlungsintention entsteht schließlich Verhalten. Er identifizierte 18 Zielwerte und 18 instrumentelle Werte, die sich bis zu den 80iger Jahren in der wissenschaftlichen Diskussion weltweit durchsetzen konnten. Allerdings erwies sich die Wertekaskade als unvollständig. Es fehlten einige Werte wie beispielsweise „Gesundheit“ (STRACK M ET AL. 2008:93ff).

Schwartz (1992; zitiert nach MOHLER PP ET AL. 2005:5) erweiterte die Werteliste auf mehr als 50 Werte. Werte, die ein gemeinsames Ziel definieren, wurden von ihm zu Wertetypen zusammengefasst. Er identifizierte folgende 10 Wertetypen, die für die Grundwerte stehen, die ein universales Grundbedürfnis eines Menschen als anzustrebendes Ziel ausdrücken:

1. **Selbstbestimmung** (unabhängiges Denken und Handeln) umfasst die Werte Freiheit, Kreativität, Unabhängigkeit, eigene Ziele, wählen, Neugierde und Selbstrespekt.

2. **Stimulation** (Verlangen nach Abwechslung und Stimulation) orientiert sich an den Werten Aufregung und Abwechslung im Leben sowie „sich trauen“.
3. **Hedonismus** (Freude und sinnliche Befriedigung) präferiert Genuss.
4. **Leistung** (persönlicher Erfolg gemäß sozialer Standards) umfasst die Werte Ambition, Einfluss, Können, Erfolg, Intelligenz und Selbstrespekt.
5. **Macht** (sozialer Status, Dominanz über Menschen und Ressourcen) als Wertetyp steht für die Werte soziale Macht, Besitz, Autorität, das Gesicht in der Öffentlichkeit wahren und soziale Anerkennung
6. **Sicherheit** (Sicherheit und Stabilität der Gesellschaft, der Beziehung und des eigenen Selbst) repräsentiert die Werte nationale Sicherheit, Reziprozität von Gefallen erweisen, familiäre Sicherheit und Zugehörigkeitsgefühl.
7. **Konformität** (Unterdrückung von Handlungen und Aktionen, die andere verletzen und soziale Erwartungen gewalttätig erzwingen) schließt die Werte Gehorsam, Selbstdisziplin, Höflichkeit, Eltern und ältere Leute in Ehren halten ein.
8. **Tradition** (Respekt und Verpflichtung gegenüber den kulturellen oder religiösen Bräuchen und Ideen) orientiert sich an den Werten Tradition respektieren, Hingabe, meine „Position“ im Leben akzeptieren, Bescheidenheit und Mäßigkeit.
9. **Prosozialität** (Erhaltung und Förderung des Wohlergehens von nahestehenden Menschen) steht für Hilfsbereitschaft, Verantwortungsbewusstsein, Vergebung, Ehrlichkeit, Loyalität, reife Liebe und treue Freundschaft.
10. **Universalismus** (Verständnis, Toleranz und Schutz für das Wohlbefinden aller Menschen und der Natur) schließt die Werte Gleichheit, Einssein mit der Natur, Weisheit, eine Welt aus Schönheit, soziale Gerechtigkeit, Weltoffenheit, die Umwelt schützen und eine Welt des Friedens ein (MOHLER PP ET AL. 2005:3).

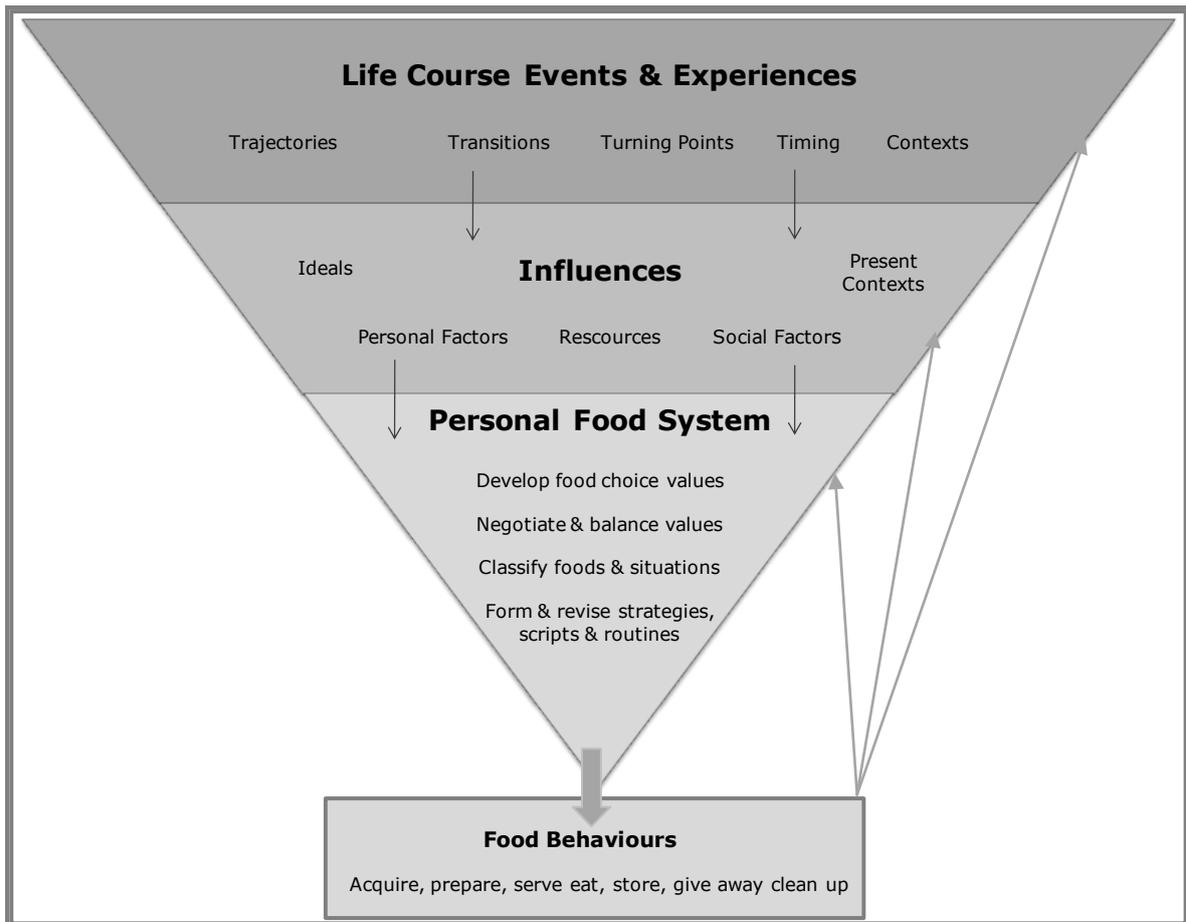
Kennzeichen dieser Grundwerte ist, dass sie in wechselseitiger Beziehung stehen. Verhalten, dass unter Berücksichtigung eines Wertetyps ausgeführt wird, kann mit dem Zielsystem eines anderen Wertetyps kollidieren. Angeordnet in einem Kreis stehen sich gegenüberliegende Wertetypen als „unvereinbar“ gegenüber; ähnliche Wertetypen, die sich gegenseitig unterstützen, werden nebeneinander angeordnet. Zudem existieren zwei bipolare Dimensionen von übergeordneten Wertetypen, die als „Standardtypen“ bezeichnet werden: Selbstbestimmung versus Tradition, universalistische Werte versus egozentrische Werte (Abb. 1) (STRACK MET AL. 2008:102; MOHLER PP ET AL. 2005:5).



**Abbildung 1: Inhaltsmodell des Wertekreises mit den Standardtypen** (Quelle: STRACK M ET AL. 2008:102); Erläuterung: Grundwert „gesund sein“ = roter Punkt

Die Wertetypen wurden in umfassenden Studien innerhalb verschiedener Kulturen auf ihre Universalität hin untersucht (STRACK M ET AL. 2008:94; STRACK M 2004:175). Sie scheinen in nahezu allen Kulturen zu existieren (MOHLER PP ET AL. 2005:16) bzw. sogar universell zu sein (STRACK M ET AL. 2008:101). Auch Wertehierarchien, die auf anderen Wegen hergeleitet wurden wie z.B. die „Value Map“, lassen sich mit dem Wertekreis in Übereinklang bringen (STRACK M ET AL. 2008:96). „Gesund sein“ ist im Wertekreis im inneren zentralen Kreis eingeordnet (Abb. 1) (STRACK M ET AL. 2008:95). Es handelt sich somit um einen Grundwert, der allen vier Standardtypen ähnlich wichtig ist, mit leichter Tendenz zur stärkeren Beachtung durch Menschen mit einem sicherheitsorientierten Wertesystem.

Die Begriffe „Ernährung“ oder „essen und trinken“ sind im Wertekreis nicht genannt. Jedoch wird die Auswahl von Nahrungsmitteln und Essgewohnheiten ebenfalls stark vom Wertesystem eines Menschen beeinflusst. Jeder Mensch hat sozusagen ein „persönliches Nahrungs-Auswahlsystem“ (personal food system), wie die US-amerikanische Arbeitsgruppe „Cornell Food Choice Research Group“ in zahlreichen qualitativen Interviews ermittelte (SOBAL J ET AL. 2009). Das individuelle Bewertungssystem zur Auswahl von Nahrung ist als Prozess-Modell in Abbildung 2 dargestellt.



**Abbildung 2: Prozess-Modell zum Ernährungsverhalten basierend auf dem „personal food system“** (Quelle: SOBAL J ET AL. 2009)

Kern des Modells ist das „personal food system“ (persönliches Nahrungsauswahlssystem), das als innerste „Entscheidungszentrale“ des Menschen bei der Auswahl, Zubereitung und dem Genuss von Nahrungsmitteln fungiert. Äußere Umstände – entweder auf der persönlichen Ebene (kulturelle Ideale, Soziales Umfeld, Ressourcen usw.) oder Lebensereignisse bzw. Lebenserfahrungen - beeinflussen diese Entscheidungszentrale. Aus diesem komplexen Zusammenspiel heraus resultiert schließlich das Ernährungsverhalten eines Menschen (SOBAL J ET AL. 2009; CONNORS M ET AL. 2001; FURST T ET AL. 1996).

Das persönliche Nahrungs-Auswahlssystem dient dazu, Alltagsentscheidungen in punkto Essen zu vereinfachen. Vor einer Handlung kommt es zur Abwägung und dem Ausbalancieren der Werte. Als ernährungsbezogene Werte nennen Furst et al (1996): Geschmack, Kosten, Qualität, Handhabungsüberlegungen (z.B. haushälterisches Handeln), Convenience und gesundheitliche Aspekte. Sie korrespondieren miteinander, und die resultierende Handlung entspricht schließlich dem persönlichen Wertesystem eines Menschen (CONNORS M ET AL. 2001; FURST T ET AL. 1996).

## 1.2 THEORETISCHE MODELLE ZUR VORHERSAGE INDIVIDUELLEN GESUNDHEITSVERHALTENS

Individuelles Gesundheitsverhalten entsteht über komplexe psychologische Abwägungsprozesse. Der Weg von einer medial ausgesandten Botschaft bis hin zur Verhaltensänderung erscheint weit. Über eine prozessorientierte Betrachtung im „Modell der überzeugenden Kommunikation“ gelingt es, den Kommunikationsprozess in folgende sechs Stufen zu unterteilen (POTT E 2007; SIX U 2007:111):

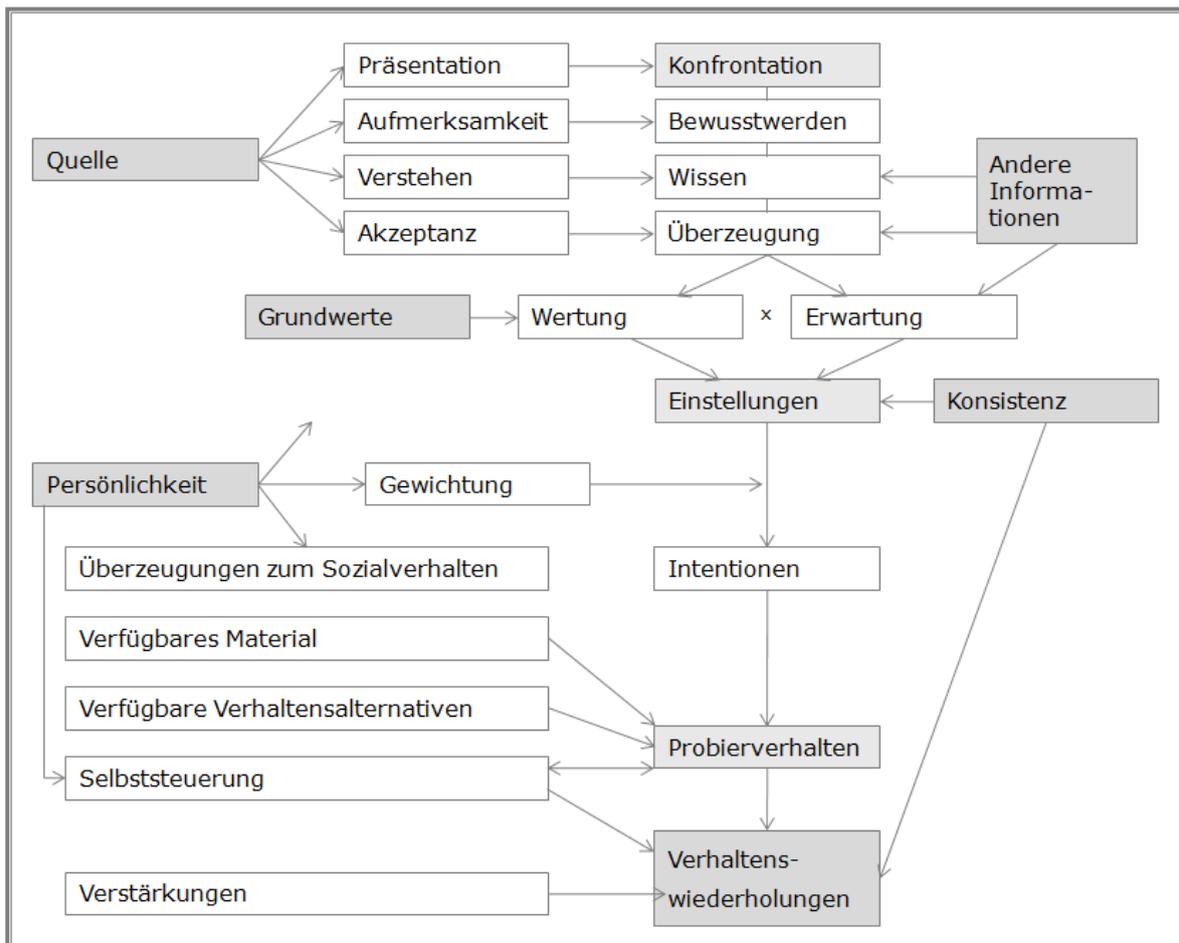
1. Zuwendung zum Kommunikationsinhalt; Aufmerksamkeit und Interesse
2. Verstehen und Lernen
3. Zustimmung und Einstellungsänderung
4. Beibehalten der geänderten Einstellung
5. Verhalten auf Basis der geänderten Einstellung
6. Verstärkung und Konsolidierung der geänderten Einstellung

Dieses einfache Modell genügt jedoch noch nicht zur Erklärung der zahlreichen Verhaltens-intervenierenden Prozesse. (Gesundheits)psychologische Modelle wie das Health-Belief-Modell (CHAMPION V ET AL. 2008), die Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of planned behavior) (FISHBEIN M ET AL. 1975) und die sozialkognitive Theorie (BANDURA A 2000) erklären weitere Details der Entstehung von Verhalten. Beide Modelle werden sowohl zur Erklärung von Verhalten als auch zur Planung von medialer Gesundheitskommunikation eingesetzt (ROSSMANN C 2010).

Zur Anwendung für die mediale Gesundheitskommunikation wurden sie in ein Modell für Einstellungen und Verhaltensänderungen integriert. Abbildung 3 zeigt eine schematische Darstellung des Modells und die zu durchlaufenden Schritte bis zu Verhaltensänderung. Deutlich wird, wie komplex die Verarbeitungsprozesse sind und wie viele Determinanten die Entstehung von Überzeugungen, Einstellungen und Verhalten beeinflussen. Die Botschaft durchläuft ausgehend von der Quelle die Phasen Präsentation, Aufmerksamkeit, Verstehen und Akzeptanz. In jeder Phase verarbeitet sie der Rezipient. Nach der Konfrontation mit einer Botschaft oder einem Thema wird er sich des Themas oder der Botschaft bewusst, verarbeitet die Information unter Einsatz des für den Rezipienten verfügbaren Wissens und/oder Hinzufügen neuer Informationen und wandelt sie schließlich in eine persönliche Überzeugung um. Die gewonnene Überzeugung wird in Bezug gesetzt zum persönlichen Wertesystem und mit Erwartungen z.B. aus Vorerfahrungen verknüpft. Eine so gewonnene Einstellung zur aufgenommenen Botschaft kann danach zur Handlungsintention, Probierverhalten und/oder schließlich zu (wiederholtem) Verhalten führen (FLAY 1982, zitiert nach GÖPFERT W 2001:134).

Prädiktoren für Intention, Probierverhalten und Verhalten sind gemäß der sozialkognitiven Theorie Kognitionen wie z.B. Selbstwirksamkeitserwartung, Ergebniserwartung (physisch, sozial, selbstevaluativ) und soziokulturelle, behindernde und unterstützende

Faktoren (z.B. soziale Unterstützung) (BANDURA A 2000). Wirksamkeitserfahrungen sind wichtige Voraussetzungen für die Übernahme von Eigenverantwortung, die für Präventionsmaßnahmen erforderlich ist. Hat der Rezipient schon mehrere erfolglose Diätversuche hinter sich gebracht, ist die Ergebniserwartung und Motivation für einen erneuten Diätversuch vermutlich gering.



**Abbildung 3: Integriertes Modell für Einstellungs- und Verhaltensänderungen**

(Quelle: FLAY 1982, zitiert nach GÖPFERT W 2001:135)

**Fazit:** Übertragen auf den Prozess der medialen Gesundheitskommunikation im Handlungsfeld Ernährung bedeutet dies, dass sowohl Kommunikator als auch Rezipient über ein persönliches Wertesystem und individuelle Einstellungen zu Gesundheit und Nahrung verfügen. Sie müssen jedoch nicht unbedingt mit den Vorerfahrungen, Werthaltungen und Einstellungen des Kommunikationspartners übereinstimmen. Beispielsweise kann für den Kommunikator „Gesundheit“ ein handlungsleitender Grundwert sein. Unterstellt er unbewusst dem Rezipienten dieselbe Werthaltung, dann ist ein Misslingen der Kommunikation quasi vorprogrammiert, wenn sich der Rezipient zum Beispiel am Grundwert „Geschmack“ orientiert. Für ein Gelingen medialer Gesundheitskommunikati-

on ist es deshalb unerlässlich, dass der Kommunikator die Gesundheits- und ernährungsbezogenen Werte und Einstellungen des Rezipienten kennt und sich daran orientiert.

## 2 MEDIEN UND IHRE WIRKUNG AUF VERHALTEN

Über die Wirkpotentiale von Medien gibt es intensive wissenschaftliche Diskussionen. Kroeber-Riel (2009:615) zeigt auf, dass Theoretiker der Geistes- und Sozialwissenschaften dazu tendieren, den Medien *„eine die gesamte Persönlichkeit eines modernen Menschen umfassende und durchdringende, seine Einstellungen und Meinungen völlig beherrschende Wirkung zuzuschreiben“*. Einschätzungen empirisch-orientierter Autoren sind vorsichtiger, wobei sie häufig nicht die Gesamtheit aller möglichen Wirkungen inklusive Sekundärwirkungen (z.B. Wirkungen auf soziale Netze und Fortführung der Kommunikation in kleinen Gruppen) betrachten (KROEBER-RIEL W ET AL. 2009:616).

Aus der empirischen Forschung kristallisieren sich drei verschiedene Wirkarten heraus:

- Informationswirkungen (Wissensvermittlung)
- Beeinflussungswirkungen (Meinungsverstärkung)
- Überzeugungswirkungen (Einstellungsveränderung) (KROEBER-RIEL W ET AL. 2009:616)

Einstellungen sind gleichermaßen Verursacher, Gegenstand und Ergebnis von Kommunikationsaktivitäten: Einstellungen eines Rezipienten steuern beispielsweise die Hinwendung zu einem Kommunikationsobjekt, zu Medien oder dem Kommunikator (SIX U 2007:92). Als Ergebnis von kommunikativen Prozessen resultieren Wissensvermittlung und Meinungsbildung, aber auch unterschiedliche Formen von Einstellungsänderungen (Überzeugungswirkungen): Verstärkung bestehender Einstellungen, Abschwächung bestehender Einstellungen oder Änderung bestehender Einstellungen (KROEBER-RIEL W ET AL. 2009:624; BONFADELLI H 2004a:101).

### 2.1 SCHLÜSSELKONZEPTE DER MEDIENWIRKUNG

Es existiert eine Fülle theoretischer Modelle, die Wirkungen von Medien erklären. Es gibt jedoch Schlüsselkonzepte der Medienwirkung, die von Schenk (2007:772ff) identifiziert wurden. Sie lassen sich mit den theoretischen Modellen verknüpfen. Nachfolgende Darstellung bezieht sich auf die Schlüsselkonzepte Selektivität, interpersonale Kommunikation/„Social Networks“ und Involvement des Rezipienten.

#### **Selektivität**

Selektive Prozesse greifen sowohl bei der Zuwendung zu Medien und Wahrnehmung der Inhalte (z.B. Ausblenden unbeliebter Themen) als auch hinsichtlich der Erinnerung

an das Rezipiente. Sie durchziehen den gesamten Prozess der Massenkommunikation und gelten nicht nur für den Rezipienten, sondern auch für den Kommunikator (SCHENK M 2007:773ff; GÖPFERT W 2001).

Würde ein Mensch ausschließlich rational handeln, dann wäre Gesundheitskommunikation sehr einfach: Ein Kommunikator sendet eine Information, der Empfänger versteht sie, verändert seine Einstellung entsprechend und stellt daraufhin sein Verhalten um. Diese einfache Sichtweise von Medienwirkung entspricht dem Sender-Empfänger-Modell (Stimulus-Response-Modell, S-R-Modell) des amerikanischen Kommunikationswissenschaftlers Harold D. Lasswell und war in den siebziger Jahren vorherrschende Sichtweise in der Medienwirkungsforschung und anderer Disziplinen (SCHENK M 2007:25; BONFADELLI H 2004a:29) – auch der Ernährungsmedizin bzw. Ernährungswissenschaft und zahlreichen Akteuren der öffentlichen Ernährungskommunikation (BARLÖSIUS E ET AL. 2006; SPIEKERMANN U 2006a; SPIEKERMANN U 2006b).

Danach begann eine Phase neuer Konzepte, die von einer Vielfalt an Wirkungsphänomenen ausgehen. Jetzt beobachtet die Medienwirkungsforschung weniger den Kommunikator mit der Medienbotschaft (medienzentrierter Ansatz), als den Rezipienten und seine aktive Mediennutzung (rezipientenorientierter Ansatz). Letztere sehen den Rezipienten als aktiv Handelnden, der gemäß seinen eigenen Interessen und Bedürfnissen sinnvoll und zielgerichtet „seine“ Medien auswählt und zum eigenen Vorteil nutzt (BONFADELLI H 2004a:31f; PÜRER H 2003:345).

In der Folge wurde das SR-Modell wiederholt wissenschaftlich beleuchtet und ergänzt. Besonders geeignet zur Erklärung von Verhaltensintentionen ist das neobehavioristische SIR-Modell:

1. Ein Stimulus (S) wirkt auf den Rezipienten und bewirkt
2. eine Reaktion (R), die als Verhalten beobachtet werden kann.
3. Intervenierende Variablen (I) beeinflussen die Entstehung des Verhaltens. Intervenierende Variablen sind nicht-beobachtbare Vorgänge im Individuum, die auf die Entstehung von Verhalten wirken und zur Erklärung von Verhalten herangezogen werden können (KROEBER-RIEL W ET AL. 2009:34). Beispiele für intervenierende Variablen auf interpersoneller Ebene sind Einstellungen, Vorwissen, Kenntnisse, Handlungskompetenzen (z.B. Kochfertigkeiten), Verhaltensdispositionen<sup>12</sup> oder Verfügbarkeit (z.B. kaloriendefinierte Menüs in Betriebskantinen).

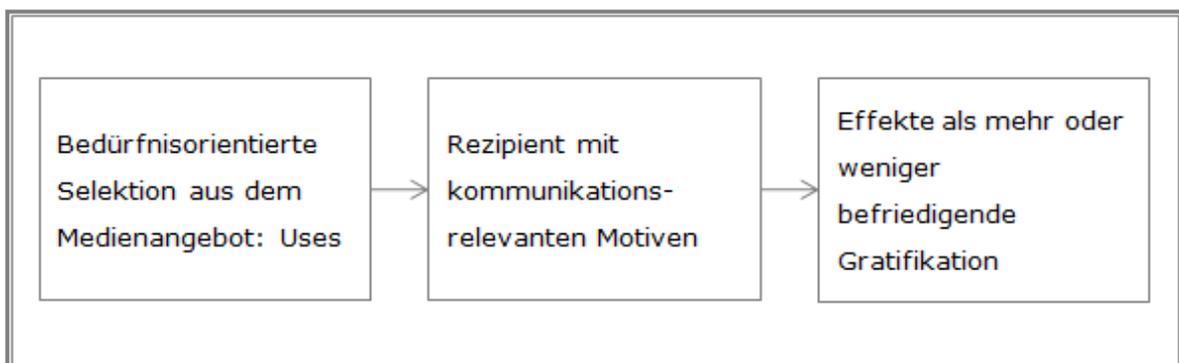
Die verschiedenen Ansätze zur rezipientenorientierten Sicht haben folgende theoretische Annahmen gemeinsam:

---

<sup>12</sup> „Verhaltensdispositionen sind Merkmale, aus denen sich unter Umständen auf ein zukünftiges Verhalten schließen lässt. Sie sind Eingangsgrößen, aber auch intervenierende Variablen von Modellen des Konsumverhaltens.“ (<http://www.medialine.de/deutsch/wissen/medialexikon.php?snr=6359>, download 06.01.2013)

1. Der Rezipient handelt aktiv und wählt gezielt Inhalte aus dem Medienangebot aus.
2. Ziele und Absichten des Kommunikators treten hinter die Ziele und Absichten des Rezipienten/Publikums zurück.
3. Die Zuwendung zum Medienangebot steht im Fokus der Betrachtung, nicht die Wirkung (PÜRER H 2003:346).

Der „Uses-and-Gratification Approach“<sup>13</sup> und der handlungsorientierte „Nutzenansatz“ von Renckstorf (1989) werden von Bonfadelli (2004a:168ff) als die beiden maßgeblichen Ansätze der rezipientenorientierten Sichtweise anerkannt. Der *Uses-and-Gratification Approach* (UGA) versteht Mediennutzung als aktives, sinnhaftes und intentionales soziales Verhalten eines aktiven Rezipienten (Abb. 4). Der Rezipient wählt zielgerichtet aus, prüft, übernimmt und/oder verwirft. Mediennutzung ist eine aktive Handlung auf Basis der eigenen Bedürfnisse und folgt einer Kosten-Nutzen-Kalkulation (Was bringt mir die Nutzung von TV, Radio o.ä.?). Der UGA wurde vielfältig kritisiert, untersucht, erweitert und verbessert (VOGEL I ET AL. 2007; MEYEN M 2004:15ff; PÜRER H 2003:346ff).



**Abbildung 4: Paradigma des aktiven Rezipienten** (Quelle: BONFADELLI H 2004a:169)

Der handlungsorientierte *Nutzenansatz* interpretiert die Medien-Nutzung als soziales Handeln, das über die Reizreaktion hinausgeht und auf einem Interpretationsprozess des Handelnden beruht (RENCKSTORF K 1989:331; RENCKSTORF K 1973:190). Der Rezipient lässt sich bei der Auswahl von Medien, Kontexten und Botschaften leiten von seinen Normen, Werten und Wünschen. Außerdem nimmt er die Inhalte nicht passiv auf, sondern interpretiert sie aktiv aufgrund seiner Bedürfnisse, psychologischen Struktur, sozialen Stellung und aufgrund seiner individuellen Lebensgeschichte (RENCKSTORF K

<sup>13</sup> Erste Studien wurden in den 40er Jahren von Herzog (1940) zur eskapistischen Funktion von Radiosendungen durchgeführt. Inzwischen existiert eine rund 70-jährige Forschungsgeschichte zu weiteren Mediengattungen und Detailspekten dieses Ansatzes (Bonfadelli 2004a:170).

1992). Der Rezipient ist also ein aktives Individuum, das seine differenzierten Bedürfnisse auf individuelle Art und Weise befriedigt.

Als Erklärungsmodell für die Steuerung der Aufmerksamkeit und Informationsaufnahme eines Menschen in der Flut der angebotenen Informationen und Medien hat sich die *Schema-Theorie* bzw. das mit ihr verwandte Konzept der „*Frame-Perspektive*“ etabliert (SCHENK M 2007:279). Die Frame-Perspektive hat ihren Ursprung in der Sozialpsychologie, die Schema-Theorie in der Kognitionspsychologie (BONFADELLI H 2004a:130). Beide Modelle sehen sowohl im Sender (Kommunikator) als auch im Empfänger (Rezipienten) handelnde Menschen, die die aufgenommene Medienbotschaft durch eigenes Wissen und Erfahrungen bewerten (BONFADELLI H ET AL. 2006:47ff). Die Aufnahme oder Ablehnung von neuen Informationen erfolgt effizient durch Verarbeitungs- und Speicher-routinen (Schemata, Frames) (BONFADELLI H 2004a:130ff). Eine Informationsverarbeitung „nach Schema“ hat für die Gesundheitskommunikation im Handlungsfeld Ernährung eine besondere Bedeutung, denn jeder Rezipient isst und trinkt von Geburt an. Er weiß, was ihm persönlich schmeckt und was nicht und hat sein persönliches Food-Choice-System ausgebildet (siehe Kapitel III 1.1).

Bevorzugt wendet sich der Rezipient dabei Botschaften zu und übernimmt solche, die in den Bezugsrahmen seiner bisherigen Einstellungen passen. Er ist bestrebt, Konsistenz zwischen dem vermittelten Wissen und seinen Einstellungen und Meinungen herzustellen. Informationen, die einen inneren Spannungszustand - Dissonanz - beim Rezipienten herstellen (*Theorie der kognitiven Dissonanz*), werden vermieden bzw. nur verzerrt wahrgenommen oder komplett zurückgewiesen (Bumerang-Effekt). Informationen beeinflussen also kaum vorhandenes Verhalten. Vielmehr sucht der Mensch nach bestätigenden Informationen für sein bestehendes Verhalten (*Verstärkerhypothese*). Medien konkurrieren dabei mit ihren Inhalten nicht nur miteinander um die Zeit und Aufmerksamkeit des Rezipienten, sondern auch mit anderen Quellen der Bedürfnisbefriedigung (z.B. anderen Freizeitbeschäftigungen, persönliche Kommunikation, soziale Interaktion) (SCHENK M 2007:142; MEYEN M 2004:27; PÜRER H 2003:338; GÖPFERT W 2001; MALETZKE G 1998:135ff).

Der Begriff Reaktanz beschreibt ein weiteres psychologisches Phänomen: Rezipienten verhalten sich abwehrend gegenüber eindeutigen Beeinflussungsversuchen wie beispielsweise Werbung oder politischer Propaganda. Wenn Botschaften der Gesundheitskommunikation auf den Rezipienten einseitig manipulativ wirken, dann können sie Reaktanzprozesse auslösen. Alle Phasen des Aufnahme- und Verarbeitungsprozesses von Informationen können durch eine Dissonanz zwischen Botschaft und inneren Werthaltungen gestört werden (BONFADELLI H ET AL. 2006:45).

Neben dieser kommunikationspsychologischen Erklärung der Zuwendung zu einer Botschaft erklärt die sogenannte „Wissenslucht-Theorie“ aus soziologischer Perspektive ein

weiteres Phänomen der Selektion (BONFADELLI H 1994). Dieser Theorie zufolge ist die Verarbeitung von medialen Informationen im Informationsüberfluss vom Bildungsstatus abhängig. Zielgruppen mit höherer Bildung und höherem sozioökonomischen Status rezipieren und verarbeiten Informationen schneller als bildungsferne Zielgruppen mit niedrigeren sozioökonomischen Status. Es kommt zu einem Wissenszuwachs in bildungsnahen, sozioökonomisch starken Schichten, bildungsferne Schichten bleiben dagegen auf dem alten Stand des Wissens. Somit vertieft sich die Kluft zwischen den Schichten (BONFADELLI H ET AL. 2006:49f). Dieses Phänomen ist für die Gestaltung von Maßnahmen zur Gesundheitskommunikation sehr relevant, da Bildungs- und Gesundheitsniveau korrelieren (LAMPERT T ET AL. 2007).

Wissensklüfte wurden in verschiedenen Studien empirisch nachgewiesen, jedoch ist die Forschung dazu dispers. Bonfadelli (1994:231) merkt dazu an, dass viele der durchgeführten Untersuchungen mit Themen durchgeführt wurden, die für Zielgruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status von geringem Interesse sein dürften. Schenk (SCHENK M 2007:71) argumentiert in eine ähnliche Richtung. Er stellt fest, dass noch nicht beantwortet ist, ob für die unterschiedliche Mediennutzung Bildungseinflüsse oder Einflüsse auf der Ebene des Einzelnen wie das Rezipienteninvolvement als Ursache anzusehen sind (siehe Kapitel II.2.1.3).

Die Selektivität der Mediennutzung und –verarbeitung kann nach Schenk (2007:773) als Grund für Misslingen von Kommunikation betrachtet werden. Allerdings kann durch zielgruppengenaue Anpassung von Botschaften an die Bedürfnisse, die soziale Lage und das Bildungsniveau des Rezipienten (Nutzenansatz) die Selektion außer Kraft setzen. Hoher Druck bzw. hohe Dosis der Kommunikationsaktivitäten bewirkt ähnliches, was über die Thematisierungsfunktion (Agenda-Setting) von Medien erklärt werden kann. *„Massenmedien bestimmen weitgehend, mit welchen Themen sich das Publikum beschäftigt und über welche es nachdenkt“* (KROEBER-RIEL W ET AL. 2009:622). Dies bricht Selektionsmechanismen auf Ebene der Gesellschaft, in sozialen Netzen und beim Einzelnen und wirkt auf Wissen, Einstellungen und Handlungsintentionen:

### **Interpersonale Kommunikation/Soziale Netze**

Kein Mensch lebt alleine, sondern ist umgeben von Bezugsgruppen wie Familie, Freunde oder Arbeitskollegen. Diese sozialen Netzwerke verändern Botschaften, die von den Massenmedien empfangen werden. In der Alltagskommunikation werden die rezipierten Inhalte aufgegriffen, ergänzt und bewertet. Soziale Netzwerke und Gruppen fungieren dabei für den Rezipienten wie ein „Schutzschild“, das den Medieneinfluss begrenzt. Stimmen jedoch die Meinungen in den Massenmedien mit den Meinungen der sozialen Umgebung überein, dann können starke Medienwirkungen resultieren (KROEBER-RIEL W ET AL. 2009:537ff; SCHENK M 2007:774; MALETZKE G 1998:112ff). Für die Gesundheitskommunikation sind vor allem zwei Effekte bedeutsam:

1. Inhalte, die medial verbreitet werden, können neutralisiert oder sogar ins Gegenteil verkehrt werden, wenn sie in Konflikt mit den Meinungen und Ansichten der Peer-Groups wie Familie oder Freunde stehen.
2. Medien beeinflussen über Agenda-Setting-Effekte Normen und Werte einer Gesellschaft und sozialer Netze, die wiederum auf die Einstellungen und Handlungsintentionen des einzelnen Rezipienten wirken können.

Interpersonale Kommunikation im Sinne von „Anschlusskommunikation“ hat in Kampagnen eine hohe Bedeutung für den Rezipienten. Möglicherweise ist sie bei vielen Themenstellungen einer der wichtigsten Kanäle. Sie entscheidet über die Einschätzung der Wichtigkeit eines Themas und über die Meinungsbildung, während Massenmedien eher neue Ideen bekannt machen und Aufmerksamkeit wecken (KROEBER-RIEL W ET AL. 2009:542; SCHENK M 2007:774; BONFADELLI H ET AL. 2006:93; MALETZKE G 1998:112ff).

Auch in der medialen Gesundheitskommunikation sind interpersonale Maßnahmen wie Arzt-Patienten-Gespräche, Ernährungsberatungen oder Schulungen in Gruppen von hoher Bedeutung. Ihr Vorteil ist, dass über den persönlichen Kontakt individuelle Vorkenntnisse, Bedürfnisse oder Barrieren erkannt und berücksichtigt werden können (ROSSMANN C 2010).

### **Rezipienteninvolvement**

Das Eintreten einer Medienwirkung ist zudem abhängig von der inneren Beteiligung des Rezipienten am Kommunikationsprozess. Dieser Prozess wird Involvement des Rezipienten oder „Ich-Beteiligung“ genannt. Das Konzept des Rezipienteninvolvements ist laut Schenk (2007:249) in der Werbeforschung seit rund 40 Jahren fest verankert, jedoch in der Medienwirkungsforschung erst seit den 90iger Jahren von Relevanz.

Das Rezipienteninvolvement bestimmt die Tiefe der Informationsauswertung sowie den Charakter der Informationsauswertung. Man kann dies auch als Stärke der Verbindung zwischen Rezipient und Inhalt bezeichnen. Eine tiefe und systematische Informationsverarbeitung bedeutet, dass die aufgenommenen Medieninhalte vom Rezipienten gründlich überdacht und geprüft werden. Stimmt der Rezipient der Botschaft nach dieser gründlichen gedanklichen Verarbeitung zu, dann kann ein dauerhafter Meinungs- und Einstellungswandel entstehen. Allerdings besteht auch die Gefahr der Zurückweisung, wodurch die Medienwirkung kontraproduktiv wird (KROEBER-RIEL W ET AL. 2009:386; GLEICH U 2007:436; SCHENK M 2007:249ff; MEYEN M 2004:114ff).

Die Forschungstätigkeit zur Involvement-Perspektive ist trotz der erst kurzen Forschungstradition in der Mediennutzungsforschung laut Schenk (2007:249) bereits beträchtlich. Er nennt drei Forschungsrichtungen: 1. Die Social-Judgement-Theorie von Sherif (1935), 2. den Ansatz der Werbe- und Konsumentenforschung, basierend auf den Arbeiten von Krugman (1965) und 3. das Elaboration-Likelihood-Modell von Petty und

Cacioppo (1986). Letzteres gehört zur neueren Persuasionsforschung und hat für die vorliegende Arbeit eine besondere Bedeutung. Es wird nachfolgend näher beschrieben.

Das *Elaboration-Likelihood-Modell* erklärt das Rezipienteninvolvement. Es postuliert zwei verschiedene Routen der Medienwirkung beim Rezipienten. Sie werden jeweils beeinflusst von der persönlichen Situation des Rezipienten:

1. Zentrale Route: Bei hoher Involviertheit des Rezipienten setzt sich ein Rezipient intensiv gedanklich mit dem Thema oder der Botschaft auseinander. Ein solche hohes Involvement besteht, wenn

- das Interesse am Thema groß ist,
- die Botschaft für den Empfänger von hoher Wichtigkeit ist oder, wenn
- die zu treffenden Entscheidungen komplex sind (PETTY ET AL. 1986:4).

Ist das Involvement des Rezipienten hoch, dann kann von einer aktiven Informationssuche, einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Thema und einer hohen Verarbeitungstiefe und einer stabilen Einstellungsänderung ausgegangen werden (Tab. 3) (HERBST D 2004:9).

Als Medienwirkung kann ein hohes Maß an Zustimmung („Persuasion“) oder aber eine Zurückweisung der Medienbotschaft („Boomerang“) resultieren. Vorausgesetzt werden dazu die Motivation und kognitiven Fähigkeiten zur Auseinandersetzung (PETTY ET AL. 1986:4).

**Tabelle 3: Involvement als Schlüsseldimension** (Quelle: HERBST D 2004:9)

Hohes Involvement	Niedriges Involvement
Aktive Informationssuche	Passive Informationssuche
Aktive Auseinandersetzung	Passive Auseinandersetzung
Hohe Verarbeitungstiefe	Geringe Verarbeitungstiefe
Konsum durch Überzeugung	Konsum durch Gewohnheit
Stark verankerte, intensive Einstellung	Gering verankerte, flache Einstellung

Die Einstellungen eines Rezipienten, die durch intensive, elaborierte Informationsverarbeitung zustande kommen, sind stark verankert und widerstandsfähig (Tab. 3) Sie disponieren gleichzeitig für Verhalten (GLEICH U 2007:436; SCHENK M 2007:250ff; HERBST D 2004).

Im Bereich der Ernährungs- bzw. Gesundheitskommunikation ist beispielsweise das Involvement besonders hoch, wenn eine Krankheit – z.B. eine ernährungsmitbedingte Krankheit wie Diabetes - diagnostiziert wird. Durch die persönliche Betroffenheit wird

häufig ein Informationssuchverhalten zur Krankheitsbewältigung beim Patienten oder seinen Angehörigen ausgelöst.

2. Periphere Route: Eine Informationsverarbeitung ist außerdem über eine periphere Route möglich. In diesem Fall ist das themenrelevante Denken des Rezipienten schwach ausgeprägt, entweder weil ihn das Thema nicht interessiert (geringe Motivation) oder es fehlen Erfahrungen und Kenntnisse zur Verarbeitung der Information (PETTY ET AL. 1986:4).

Diese Route wird von passiven Rezipienten mit geringem Interesse und geringer Beteiligung benutzt. Schenk (2007:262) spricht von einem „faulen“ Organismus. Der Rezipient lässt sich bei Informationsverarbeitung via passiver Route leiten von positiver Stimmung, von attraktiven oder glaubwürdig erscheinenden Quellen („Experten irren nicht“), wenigen, einfachen Botschaften und häufiger Wiederholung der Argumente.

Ist das Involvement des Rezipienten im Kommunikationsprozess niedrig, dann sucht der Betreffende nicht aktiv nach Informationen. Er setzt sich nicht mit dem Thema auseinander und verarbeitet die Botschaft – wenn er sie überhaupt aufnimmt – nur wenig. Einstellungsänderungen, die aufgrund peripherer Reize entstanden sind, bleiben fragil. Sie sind nur „flach“ verankert und prädisponieren nicht dauerhaft für ein bestimmtes Verhalten (Tab. 3) (SCHENK M 2007:260ff; HERBST D 2004).

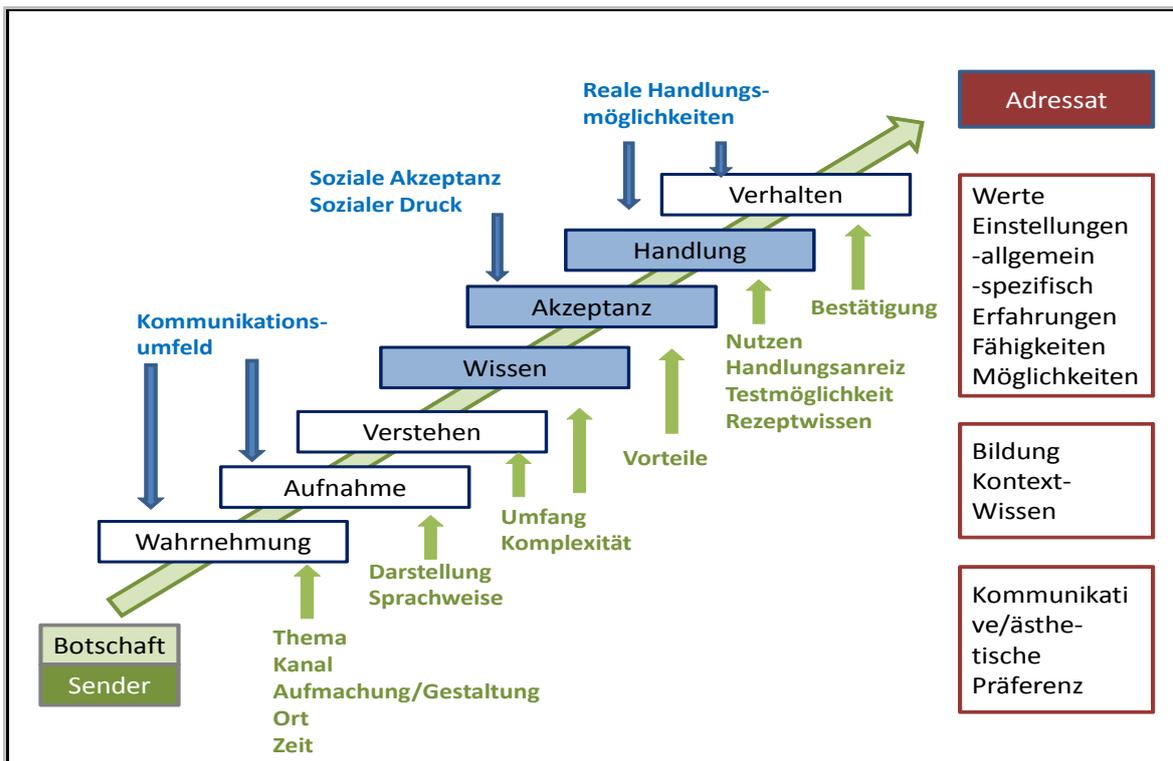
Das Rezipienteninvolvement spielt eine wichtige Rolle in der Werbewirkungsforschung. Gemäß dem Modell der Wirkungspfade können vier verschiedene Wirkungspfade für (werbliche) Botschaften unterschieden werden (GLEICH U 2007:436ff):

1. Informative Botschaft und hohes Involvement lassen einen dominanten Wirkungspfad entstehen, der der zentralen Route der Informationsverarbeitung entspricht.
2. Emotionale Werbung (Botschaft plus Gestaltung) und geringes Involvement ergeben einen Wirkungspfad entsprechend der peripheren Route.
3. Informative Botschaft und geringes Involvement führen zu beiläufiger Informationsverarbeitung und geringen Verarbeitungstiefe mit der Folge, dass nur einfach verständliche Informationen erinnert werden. In diesem Fall werden Einstellungen erst nach der Handlung (Kauf) gebildet.
4. Emotionale Werbung (Botschaft plus Gestaltung) und hohes Involvement führt zu hoher Aufmerksamkeit und intensiver Auseinandersetzung. Bei diesem Wirkungspfad wirken sowohl emotionale als auch kognitive Prozesse auf die Einstellungen und Handlungsbereitschaft (Kaufabsicht).

Alle aufgezeigten Schlüsselkonzepte wirken auf mehrere Stufen des Kommunikationsprozesses von der Zuwendung bis zur Akzeptanz der Botschaft. Sie wirken auch darüber hinaus auf die Einstellungs- oder Verhaltensänderung.

## 2.2 KOMMUNIKATIONSSCHWELLEN UND IHRE ÜBERWINDUNG

Wie zielgruppenorientierte Kommunikation zur verbesserten Wirksamkeit und Steigerung von Handlungsintentionen beitragen kann, zeigt das „Schwellenmodell der Kommunikation sehr anschaulich. Dieses Prozessmodell (Abb. 5) stellt sowohl den Kommunikationsverlauf vom Sender zum Rezipienten als auch die parallel ablaufenden Verarbeitungsprozesse beim Rezipient dar<sup>14</sup> sowie die Kommunikationsschwellen und deren Überwindung.



**Abbildung 5: Schwellen der Kommunikation** (Quelle: KLEINHÜCKELKOTTEN S ET AL. 2010b:82); Erläuterung: grün = Kommunikationsverlauf vom Sender zum Rezipienten und Techniken der Überwindung der Kommunikationsschwellen, rot = Verarbeitungsprozesse beim Rezipienten, blau = Kommunikationsschwellen und Umfeldfaktoren

Eine Botschaft muss dem Schwellenmodell zufolge auf dem Weg vom Sender zum Rezipient mehrere Schwellen überwinden. Wie „hoch“ diese Schwellen sind, hängt von persönlichen Merkmalen des Adressaten und dessen Lebensumständen ab. Sie lassen sich unterscheiden in objektive Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildungsniveau oder Einkommen) und subjektive Faktoren (Wertorientierungen, Einstellungen, Erfahrungen,

<sup>14</sup> Im Kommunikationsprozess bis zur Verhaltensänderung kommt es wiederholt zur Inter- bzw. Transaktion von Medienangebot und Mediennutzung. Das bedeutet, dass es sich in der Realität nicht um einen linearen Prozess handelt, sondern dass Rückkopplungen zwischen den Stufen auftreten (KLEINHÜCKELKOTTEN S ET AL. 2010a:82).

Bildung, Kontextwissen, ästhetische Präferenzen etc.). Diese persönlichen Merkmale helfen dem Adressaten bei der Selektion der Botschaft. Aus Sicht des Kommunikators können sie als Aufmerksamkeits-, Relevanz- und Akzeptanzfilter bezeichnet werden (KLEINHÜCKELKOTTEN S ET AL. 2010b:82). Mediale Gesundheitskommunikation, die diese Filter nicht in Betracht zieht, kann an den Vorstellungen, Erwartungen und Werten der Rezipienten (MCDERMOTT RJ 2001) oder wie Baums (BAUMS J 2006) dies aus Marketingsicht formuliert „an den Core Needs der Zielgruppe“ vorbeigehen.

**Umfeldfaktoren** filtern neben internen Selektionsprozessen den Verarbeitungs- und Aufnahmeprozessprozess. Hierzu gehören sowohl das persönliche Kommunikationsumfeld, als auch die realen Handlungsmöglichkeiten eines Menschen oder gesellschaftliche Normen (Abb. 5) (KLEINHÜCKELKOTTEN S ET AL. 2010b:82). Unter „realen Handlungsmöglichkeiten“ sind z.B. die Möglichkeiten zur gewichtsförderlichen Gestaltung einer Mittagsmahlzeit im betrieblichen Umfeld zu verstehen. Bietet die Kantine keine kalorienreduzierte Menülinie, dann kann dies als unüberwindbare Umsetzungsschwelle für gesundheitsförderliches Verhalten bei der Mittagsmahlzeit wirken, die die Realisierung eines zuvor gefassten Beschlusses zum Diät halten (Akzeptanz) verhindert. Maßnahmen der Verhältnisprävention können die realen Handlungsmöglichkeiten beeinflussen und die Handlungsintention fördern.

Die „Filter“ des Rezipienten gilt es überwinden, damit eine Botschaft wahrgenommen und schließlich bis zur Handlung verarbeitet werden kann. Das macht eine zielgruppenorientierte Ansprache, Auswahl von Medien und Methoden erforderlich. Zudem sind die Zugänge von Bedeutung: Ist die Zielgruppe an Ernährungsthemen oder an neuen Rezeptideen interessiert? Was begeistert sie in der Freizeit? Welchen Nutzen könnte die Zielgruppe von einem gesundheitsförderlichen Verhalten haben?

Die Kenntnis der Motive, Bedürfnisse und Wünsche der Zielgruppen können helfen, Barrieren vorzusehen und zu umgehen (KLEINHÜCKELKOTTEN S ET AL. 2010b:82) bzw. das vorhandene Involvement und somit den Wirkungspfad der Botschaft vorzusehen (siehe Kapitel III 2.1).

Die **Wahrnehmungsschwelle** (Aufmerksamkeit) ist die erste Hürde, die eine Botschaft nehmen muss (GLEICH U 2007:437; BONFADELLI H 2004a:19). Es ist nicht selbstverständlich, dass eine Zeitschrift gekauft, eine Fernsehsendung gesehen, ein Buch gelesen oder im Internet gesurft wird<sup>15</sup>. Aufmerksamkeit bzw. fehlende Aufmerksamkeit kann bereits über Erfolg oder Misserfolg von Gesundheitskommunikation entscheiden. Gesteuert wird die Aufmerksamkeit durch die persönliche Betroffenheit des Rezipienten

---

<sup>15</sup> Interessanterweise stellt Bonfadelli fest, dass die in der Rezeptionsphase ablaufenden Prozesse der Mediennutzung wie Aufmerksamkeitszuwendung, Decodierung und Informationsverarbeitung lange Zeit von der Forschung vernachlässigt wurden (BONFADELLI H 2004a:20+209ff).

von einem Thema, seinen Problemen und Interessen, wie bereits in Kapitel III 2.1 beschrieben wurde (Selektivität der Rezeption).

Für ein Gelingen von Kommunikationsmaßnahmen ist es deshalb erforderlich, die Botschaft zielgruppengenau zu adressieren, so dass der Empfänger sich ihr zuwendet und nicht schon an der Wahrnehmungsschwelle scheitert. Zentrale Elemente hierfür sind die Auswahl der Kommunikationskanäle und –methoden (auch Ort und Zeit); ihre Gestaltung und die Berücksichtigung der (ästhetischen) Präferenzen der intendierten Zielgruppe (Abb. 5) (KLEINHÜCKELKOTTEN S ET AL. 2010b:83; GLEICH U 2007:437). Über den Einsatz zielgruppengerechter Stilmittel (Musik, Humor, erotische Darstellung, emotionale Bilder) kann eine Wahrnehmungssteigerung erreicht werden (GLEICH U 2007:438). Während eine Zielgruppe gerne Zeitung liest und darüber ansprechbar ist, kann eine andere Zielgruppe eher über einen Radio-Spot erreicht werden. Hip-Hop-Musik-Untermalung und eine bunte, schrille Aufmachung von TV- oder Radio-Spots stößt etliche Zielgruppen ab, für andere sind sie jedoch für die Erreichbarkeit unerlässlich.

Im nächsten Schritt verarbeitet der Adressat die Botschaft durch Lesen, Zuhören, Zuschauen oder Betrachten. Die gewählte Ansprache und die Darstellungsformen (Abb. 5), beispielsweise einfach, emotional oder sachlich-intellektuell, sind die wichtigsten Methoden, um die sogenannten **Aufnahmeschwelle** zu überwinden. Aber auch die Art der Gestaltung kann eine Barriere darstellen (KLEINHÜCKELKOTTEN S ET AL. 2010b:83). Während junge, moderne Zielgruppen konventionelle Präsentationen als „altmodisch“ ablehnen, sind sie für ältere Zielgruppen nahezu unerlässlich.

Für ein Überwinden der **Verstehensschwelle** ist es erforderlich Umfang und Komplexität der Botschaft an das zielgruppenspezifische Wissen der Lebens- und auch Bildungssituation anzupassen. Bildungsorientierte Zielgruppen können meist komplexere Darstellungen verarbeiten (Wissensklüftperspektive) (BONFADELLI H ET AL. 2006:60). Für bildungsferne Zielgruppen ist dagegen eine einfachere, handlungsorientierte Darstellung mit praxisnahen Beispielen von Vorteil (KLEINHÜCKELKOTTEN S ET AL. 2010b:83). Prägnanz, Einfachheit, Konsistenz in Form und Inhalt, Bilder, eine zielgruppenadäquate Gestaltung und die Verwendung von zielgruppenorientierten Schlüsselwörtern können das Verstehen erleichtern und Missverständnisse vermeiden helfen (GLEICH U 2007:439). Optimal ist auf kognitiver Ebene eine Mischung aus Bekanntem und Neuen. Auf affektiver Ebene fördern Stimulanzen wie Humor, Überraschung, Visualisierung, Emotionalisierung und Personalisierung mit glaubwürdigen Personen die Verständlichkeit (BONFADELLI H ET AL. 2006:61).

Verstandene Botschaften müssen im nächsten Schritt vom Rezipienten auch als persönlich relevant eingestuft und in den aktiven Wissensschatz aufgenommen werden. Die sogenannte **Wissensschwelle** nehmen Botschaften, die wichtig für den Empfänger sind. Eine Darstellung des Nutzens der Information (siehe Kapitel III 2.1) ist somit ein

wertvoller Rahmen für die Botschaft (KLEINHÜCKELKOTTEN S ET AL. 2010b:83; BONFADELLI H ET AL. 2006:61). Empfehlenswert sind positive und glaubwürdige Appelle und/oder Vorbilder, die Anreize für neues Verhalten oder Verhaltensänderungen setzen (BONFADELLI H ET AL. 2006:61).

Damit aus Wissen eine geänderte Einstellung werden kann, muss die Botschaft akzeptiert werden (**Akzeptanzschwelle**). Von Vorteil für die Akzeptanz einer Botschaft ist die inhaltliche Konsonanz zwischen Botschaft und Einstellungen des Mediennutzers (siehe Kap. III 2.1). Für die Gestaltung der Botschaft ist deshalb das Wissen um die Einstellungen und Interessen der Zielgruppen essentiell. So können gezielt Vorteile herausgestellt oder eventuell auftretende Gegenargumente schon im Vorfeld entkräftet werden (KLEINHÜCKELKOTTEN S ET AL. 2010b:83f).

Wenn es zudem Kommunikationsziel ist, eine gesundheitsförderliche Handlung zu initiieren, dann muss schließlich auch noch die **Handlungsschwelle** genommen werden. An dieser Stelle kommt es jetzt zur Kosten-Nutzen-Abwägung beim Adressaten (siehe Kapitel III 2.1, Nutzenansatz). Was nützt es mir, wenn ich mehr Gemüse oder Obst esse? Das ist eine Frage, die sich der Empfänger bewusst oder unbewusst stellt. Kleinhückelkotten und Nietzke (2010b:84) nennen als Methode zur Überwindung dieser Schwelle, die Botschaft mit konkreten Bewertungshilfen (z.B. Checklisten) oder Handlungsempfehlungen („Rezeptwissen“) zu versehen. Berücksichtigt werden sollte auch, ob der Adressat die Botschaft überhaupt umsetzen kann, d.h. ob die Rahmenbedingungen eine Umsetzung überhaupt ermöglichen.

Und schließlich ist noch die **Verhaltensschwelle** zu überwinden, damit aus einem einmaligen Probierverhalten eine dauerhafte Handlung werden kann. Hierbei haben die Rahmenbedingungen ein noch größeres Gewicht als zuvor. Positive Rückmeldungen an die Adressaten mit Lob für die ersten Schritte in eine positive Richtung sind auf dieser Stufe der Kommunikation von Vorteil (KLEINHÜCKELKOTTEN S ET AL. 2010b:84). Das Berücksichtigen der vier Wirkungspfade, das Hinzuziehen sozialer Netze und/oder eine interpersonale Anschlusskommunikation können auf dieser Stufe Verhaltens-fördernd oder – stabilisierend wirken (siehe Kapitel III 2.1).

### 3 FAZIT

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Medien einerseits hohe Reichweite und somit eine hohe Aufmerksamkeit erzielen können. Andererseits befriedigen sei eine Reihe von Bedürfnissen und können vielfältige Wirkungen entfalten: Wissen vermitteln, Meinungen verstärken und Einstellungen verändern. Auch Wirkungen auf Handlungsintentionen und Verhalten sind möglich. Die Wirkungen sind jedoch in starkem Maß abhängig vom Rezipienten und seiner Interpretation, seinen Einstellungen, Werten, seinem Involvement in ein Thema (Themeninteresse), ästhetischen Präferenzen, der sozialen

Lage und Bildungsgeschichte sowie von Einflüssen der sozialen Netze. Deshalb ist es für ein Gelingen von medialer Gesundheitskommunikation zwingend erforderlich, dass der Kommunikator die zu erreichende Zielgruppe der jeweiligen Kommunikationsmaßnahme in den Mittelpunkt einer strategischen Kommunikationsplanung stellt. Durch Kenntnis der bei einer Zielgruppe zu erwartenden Barrieren können Techniken zur Überwindung der Schwellen der Kommunikation eingesetzt werden. Somit werden die Wirksamkeit erhöht, Streueffekte und Nebenwirkungen vermieden. Dies setzt jedoch eine Zielgruppensegmentierung und umfassende Kenntnisse über die zu erreichende Zielgruppe voraus; hierzu gehören die Einstellungen und Werte, die ästhetischen und medialen Präferenzen, die Themeninteressen und Handlungsintentionen.

Eine Zielgruppensegmentierung setzt die Zielgruppenidentifikation und eine Zielgruppenbeschreibung voraus. Auf Ansätze und Möglichkeiten zur Zielgruppenidentifikation wird im anschließenden Kapitel eingegangen.

## IV ZIELGRUPPENSEGMENTIERUNG FÜR DIE GESUNDHEITSKOMMUNIKATION

New Public Health in Deutschland entwickelte durch das Modell der Salutogenese eine neue Sichtweise auf den Menschen. Dem Einzelnen wird ein Recht auf ein höheres Maß auf Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zuerkannt. Eine konsequente Orientierung am Menschen ist für den Erfolg von Maßnahmen der New Public Health erforderlich. Über Beteiligungsformen (Partizipation) und andere Methoden orientieren sich Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf Organisations-, Setting- oder der interpersonellen Ebene an den Bedürfnissen der Zielgruppe (siehe Kapitel II 3.1).

Dieser Gedanke findet inzwischen auch in der Gesundheitskommunikation und für die Gestaltung bevölkerungsweiter Präventionsmaßnahmen zunehmend Befürworter (zum Beispiel ROSKI R 2009b; POTT E 2007; LEPPIN A 2003). Eine verstärkte Zielgruppenorientierung nennt Leppin (2003) sogar als eine der Zukunftsaufgaben der Gesundheitskommunikation. Bislang existieren in Deutschland lediglich erste Lösungsansätze in Form von Verhaltenstypologien von Krankenkassenmitgliedern oder Marktsegmentierungen für Unternehmen (ROSKI R 2009a).

*„Es gibt ausreichend Belege dafür, dass Präventionsmaßnahmen nur dann erfolgreich sind, wenn sie maßgeschneidert sind“ (WEITKUNAT R ET AL. 2007:26). „Erreichbarkeit“ der Zielgruppe sollte das neue Ziel für die mediale Gesundheitskommunikation sein, nicht „getting the message out“ (DUTTA-BERGMAN MJ 2004).*

Verhaltenspräventive Maßnahmen erreichen diejenigen recht gut, die ohnehin interessiert sind an Gesundheitsthemen, die hohe Bildungsabschlüsse aufweisen oder deren Gesundheit durch eine chronische Erkrankung bedroht ist. **Nicht erreicht** werden vor allem (JORDAN S ET AL. 2012):

- **Männer** - Frauen nehmen doppelt so häufig Präventionsangebote der Krankenkassen wahr als Männer.
- **Menschen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen** – bildungsferne und einkommensschwache Bevölkerungsgruppen sind für verhaltenspräventive Maßnahmen schlecht erreichbar.
- **Menschen mit geringer sozialer Unterstützung** – das Zusammenleben mit einer Partnerin oder einem Partner und soziale Unterstützung durch verlässliche Personen bei ernststen persönlichen Problemen, Anteilnahme Anderer am eigenen Leben und Nachbarschaftshilfe wirken sich positiv auf die Präventionsneigung aus (JORDAN S ET AL. 2012)

Das zentrale Dilemma bisheriger Präventionsbemühungen ist, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen häufiger von Krankheitsrisiken bedroht sind, jedoch über die derzeitigen Präventionsmaßnahmen als schlecht erreichbar gelten (JORDAN S ET AL. 2012).

Inzwischen fordert auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland zur Qualitätsverbesserung von Maßnahmen zur Primärprävention eine Orientierung an den zu erreichenden Zielgruppen und deren Lebenswelten (SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN 2007:83). Die Forderung lautet, dass Kommunikationsmaßnahmen mit dem Ziel der Prävention von ernährungsmitbedingten Erkrankungen ebenso klientenzentriert sein sollten wie erfolgreiche individuelle Ernährungsberatung und –therapie. Schon 1995 wies Leonhäuser (1995) darauf hin, dass Konzepten zur Prävention und Gesundheitsförderung die sozioökonomischen und psychosozialen Rahmenbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen zugrunde liegen sollten.

Derzeit führt das Misslingen von Präventionsaktivitäten für sozial benachteiligte Gruppen überwiegend zum Ruf nach Lösungsansätzen der Verhältnisprävention im Settingansatz (JORDAN S ET AL. 2012), da Zielgruppensegmentierungen für die Gesundheitskommunikation unter Berücksichtigung der Soziallage fehlen. Insbesondere für das drängend anstehende Problem der Prävention von Übergewicht und Adipositas fehlt bislang die notwendige Zielgruppensegmentierung.

In diesem Kapitel werden bestehende Techniken und Kriterien für die Zielgruppensegmentierung in der Gesundheitskommunikation betrachtet. Aufgrund fehlender Konzepte in Deutschland fällt der Blick zunächst auf die internationale Literatur. Danach werden Zielgruppenansätze auf Basis des Adipositasrisikos betrachtet. Soziologische Konzepte der sozialen Lage und des Lebensstils schließen sich an. Abschließend wird die Lebensstiltypologie „Sinus-Milieus“ als Zielgruppensegmentierungsmodell vorgestellt.

## 1 ZIELGRUPPENSEGMENTIERUNG: STAND DER FORSCHUNG

In der Praxis der nordamerikanischen Public Health und Health Communication ist die Zielgruppenorientierung ein Schlüsselement der Maßnahmenplanung. Health-Communication-Maßnahmen gehen konsequent von den Bedürfnissen und Wünschen der intendierten Zielgruppe aus.

Dies ist maßgeblich auf die starke Verbreitung des „Socialmarketing-Ansatzes“ in der Health Communication zurückzuführen. Dieser Ansatz geht auf Wiebe (1951) zurück, der in den 50iger Jahren mit der Frage „*Why can't you sell brotherhood like you sell soap?*“ eine Verknüpfung von Marketingtechniken mit sozialen Fragestellungen anregte. Die Techniken des Socialmarketings wurden inzwischen in einer Vielzahl erfolgreicher Kampagnen und Programmen eingesetzt zum Beispiel:

- zur Prävention von Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen,
- in Anti-Raucher-Kampagnen und Anti-Aids-Kampagnen,

- in Entwicklungshilfeprogrammen zur Stillförderung, Ernährungspraktiken, der Überwachung des Wachstums, der Kontrolle von Durchfall und Hygiene und zur Steigerung der Impfrate bei Kindern,
- in Programmen zur Verbesserung der Zufuhr von Vitamin A in weiten Teilen der Welt (KOTLER P ET AL. 2010; POTT E 2009; KOTLER P ET AL. 2008; MCDERMOTT RJ 2001).

Der Socialmarketing-Ansatz versteht sich als systematischer Planungsansatz der von der Erforschung der Einstellungen, Motive und Verhaltensweisen der intendierten Zielgruppe ausgeht (LOSS J ET AL. 2006). Er macht sich Erkenntnisse und Instrumente des Marketings zunutze, um Veränderungen von Einstellungen der Öffentlichkeit und/oder Verhaltensmustern zu bewirken (HÜßNER S 2009). Typisch für diesen Ansatz ist eine Analyse der Einstellungen, Motive und Verhaltensweisen der Zielgruppe, der systematische Einsatz strategischer Marketing-Instrumente und eine konsequente Orientierung an der Zielgruppe (LOSS J ET AL. 2006; MCDERMOTT RJ 2001). Inzwischen sind die Gedanken des Social-Marketing zur systematischen Planung mit den theoretischen Konzepten der Kommunikationswissenschaft zu Systemmodellen verschmolzen (BONFADELLI H ET AL. 2006:31).

Die Sichtweise der Zielgruppenorientierung von Health Communication versteht sich jedoch nicht als eine unidirektionale Ansprache des Rezipienten, sondern geht von einer Interaktion mit dem Rezipienten aus: *„In health communication, the audience is not merely a target (even if the terminology is very well established and used by practitioners around the world) but an active participant in the process of analyzing the health issue and finding culturally appropriate and cost-effective solutions“* (SCHIAVO R 2007:12).

„Audience segmentation“ und „targeting“ sind in der Health communication die bedeutendsten Schritte in der Startphase einer Planung. Schiavo (SCHIAVO R 2007 :247) bezeichnet den Satz *„know your audience“* sogar das wichtigste „Mantra“ von Health communication. Die Unterteilung der Bevölkerung in mehrere Teilzielgruppen verfolgt zwei Ziele: Effizienz (Zielgenauigkeit) und Effektivität (Wirksamkeit). Erforderlich ist zunächst, Bevölkerungssegmente zu identifizieren (Segmentation) sowie zu bewerten und auszuwählen (Targeting). Daran anschließend können Botschaften und Kanäle passgenau zugeschnitten werden (Content-Matching, Positioning) (ENWALD HPK ET AL. 2010; ROSKI R 2009b). Es ist auch möglich, dass die Teilzielgruppe aus einer Person besteht. Dann wird die zielgruppenorientierte Health Communication „Tailoring“ genannt (ENWALD HPK ET AL. 2010).

Welche Zielgruppenmerkmale sind nun für den ersten Schritt der Zielgruppensegmentierung erforderlich? Nach welchen Kriterien kann eine Zielgruppenbeschreibung gelingen? Die Schweizer Kommunikationswissenschaftler Bonfadelli und Friemel (2006:34) be-

nennen aufgrund ihrer umfassenden Literaturanalyse zu Gesundheitskampagnen folgende vier Verfahren zur Segmentierung von möglichen Zielgruppen:

1. **Problembezug:** Die Segmentierung wird auf Basis des spezifischen Bezugs zum Problem (betroffen/nicht betroffen) oder aufgrund einer besonderen Risikokonstellation durchgeführt. Dabei sind fünf verschiedene Konstellationen der „Betroffenheit“ denkbar: 1. nicht persönlich betroffen, aber als Bezugsperson involviert, 2. noch nicht betroffen, aber Risikoperson, 3. betroffen, jedoch desinteressiert, 4. sensibilisiert, aber noch nicht handelnd, 5. sensibilisiert und handelnd. Wissensstand und/oder Verhaltensintentionen des Rezipienten oder der Zielgruppe können neben dem Problembezug bedeutsam sein (BONFADELLI H ET AL. 2006:34).
2. **Soziodemographie:** Äußere Merkmale wie Alter, Geschlecht, Bildung oder sozioökonomischer Status<sup>16</sup> (SES) werden für die Segmentierung festgelegt (BONFADELLI H ET AL. 2006:34). Soziodemographische Kriterien lassen sich gut ermitteln, jedoch kann nicht unbedingt ein Bezug zum Gesundheitsproblem oder eine Verhaltensrelevanz vorausgesetzt werden (ROSKI R 2009b; BONFADELLI H ET AL. 2006:34).
3. **Lebensstil:** Zusätzlich zur Soziodemographie werden psychografische und soziale Aspekte des Lebensstils und der Werthaltungen der Zielgruppen einbezogen (BONFADELLI H ET AL. 2006:34). Psychografische Merkmale und andere verhaltensbezogene Kriterien haben einen höheren Verhaltensbezug, sind jedoch schwerer zu erfassen und die Zielgruppensegmente sind schwerer zugänglich (ROSKI R 2009b).
4. **Mediennutzung:** Gruppen mit spezifischen Mediennutzungsmustern dienen als Basis zur Segmentierung **und** Kanalwahl (BONFADELLI H ET AL. 2006:34).

Für eine sinnvolle, praxistaugliche und umfassende Zielgruppensegmentierung empfehlen sie eine **kombinierte Anwendung** dieser Kriterien (BONFADELLI H ET AL. 2006:34).

Welche Zielgruppensegmentierungen existieren in Deutschland? Welche Segmentierungskriterien berücksichtigen sie? Gibt es theoretische oder empirische Modelle zur Zielgruppensegmentierung, die alle Segmentierungskriterien für eine vollständige und umfassende Zielgruppensegmentierung zur Prävention von Übergewicht und Adipositas berücksichtigen? Diesen Fragen wird im Anschluss nachgegangen.

---

<sup>16</sup> Die Gesundheitswissenschaften in Deutschland operationalisieren den SES überwiegend nach Winkler (WINKLER 1998) als Sozialschichtindex aus den Merkmalen Bildung, beruflicher Status und Einkommen.

## 2 SEGMENTIERUNGSKRITERIUM ADIPOSITASRISIKO

Adipositas entsteht, wenn es zu einem Ungleichgewicht zwischen Energiezufuhr und –verbrauch kommt. An der Entstehung von Übergewicht bzw. Adipositas wirkt ein Bündel von Risikofaktoren mit (HAUNER H ET AL. 2007; HILBERT A ET AL. 2007; LOSS J ET AL. 2007; RÜTTEN A ET AL. 2005). Ursächlich verantwortlich ist letztlich ein Wechselspiel zwischen Veranlagung, Umweltbedingungen und Lebensstil (HEBEBRAND J ET AL. 2008:101).

Aufgrund der ätiologischen Komplexität der Adipositasentstehung werden personen- und zielgruppenspezifischen Ansätzen größte Aussichten auf Erfolg zugesprochen (BRUHN M 2007; HILBERT A ET AL. 2007; KRONSBELN P 2007; SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN 2007:10 SNYDER LB 2007; FELIX-BURDA-STIFTUNG; BOOZ ALLEN HAMILTON 2005; WALTER U ET AL. 2001). Durch die Fokussierung auf Hauptzielgruppen verringert sich die Anzahl der anzusprechenden Rezipienten (ROSKI R 2009b; BRUHN M 2008). In der internationalen wissenschaftlichen Literatur wird diese Sicht geteilt. Es finden sich erste singuläre Arbeiten zur Identifikation von Einstellungen adipöser Menschen und erste Erfolge mit zielgruppengenau abgestimmten Gewichtsregulationsprogrammen. Sie zeigten in verschiedenen Studien verbesserte Wirksamkeit. Erfolgreiche Programme differenzieren bislang nach Alter, Kultur, Verhaltensänderungsbereitschaft und sozioökonomischem Status der Teilnehmer (SUDO N ET AL. 2009).

Daten und Ansatzpunkte für eine Zielgruppensegmentierung für Präventionsmaßnahmen in Deutschland auf Basis eines bestehenden oder zu erwartenden Adipositasrisikos sind am ehesten aus der Gesundheitsberichterstattung zu erwarten. Die aktuellsten Erhebungen und zusammenfassenden Berichte wie die „Studie zur Gesundheit Erwachsener (DEGS)“ (KURTH B 2012), der „Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“ (KURTH B ET AL. 2007), „Gesundheit Deutschland“ (LANGE C ET AL. 2007), „20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?“ (ROBERT-KOCH-INSTITUT (RKI) 2009) und der „Zweite Integrationsindikatorenbericht“ (BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR MIGRATION FLÜCHTLINGE UND INTEGRATION 2011), benennen folgende Zielgruppen, die besonders stark von Adipositas bedroht oder betroffen sind:

**Kinder und Jugendliche** sind zu 8,7 Prozent übergewichtig, 6,3 Prozent sind adipös. Bei älteren Kindern (Alter 11 bis 13 Jahre) findet sich ein höherer Anteil an übergewichtigen und adipösen Kinder. Bei Jugendlichen (ab 14 Jahren) sinkt dann der Anteil Übergewichtiger wieder, wohingegen der Anteil an Adipösen weiter auf 8,4 Prozent ansteigt (KURTH B ET AL. 2007).

**Erwachsene:** Mehr als die Hälfte (60 Prozent) aller 18- bis 79-Jährigen in Deutschland sind übergewichtig. Fast ein Viertel der Bevölkerung (23,6 %) ist sogar adipös (MENSINK G ET AL. 2012; KURTH B 2012; ergänzt um eigene Berechnungen). Verglichen mit dem Bundesgesundheitsurvey 1998 bedeutet dies eine Stagnation der Übergewichtsprävalenz auf hohem Niveau und eine ungebrochene Zunahme der Prävalenz im Bereich Adipositas (MENSINK G ET AL. 2012; KURTH B 2012).

**Geschlecht:** In einer genderdifferenzierten Betrachtung zeigt sich, dass Übergewicht und Adipositas bei Männern häufiger zu beobachten sind als bei Frauen. 67,1 Prozent der Männer und 53 Prozent der Frauen sind übergewichtig. Adipös sind 23,3 Prozent der Männer und 22,5 Prozent der Frauen (KURTH B 2012; MENSINK G ET AL. 2012).

**Ältere Menschen:** Mit steigendem Lebensalter nimmt die Prävalenz an Übergewicht und Adipositas zu. Vier von fünf Männern und Frauen sind ab Alter 60 übergewichtig oder adipös (LANGE C ET AL. 2007).

**Ost-/West-Zugehörigkeit:** Erwachsene (25- bis 69-Jährige), die in den östlichen Bundesländern (ehemalige DDR) leben, sind häufiger adipös als Erwachsene der westlichen Bundesländer (ehemalige BRD). Dieser Unterschied in der Adipositasprävalenz besteht seit der Wiedervereinigung, wie die Zeitreihen des Mikrozensus auf Basis von Selbstanangaben zeigen. Werden jedoch zusätzlich die gemessenen Daten (Körpergewicht und Größe) der Nationalen Verzehrstudie II berücksichtigt, dann treten die Ost-West-Unterschiede nicht so deutlich hervor. Allerdings zeigt sich darin vor allem bei Erwachsenen zwischen 55 und 69 Jahren (beide Geschlechter) ein Gradient zu Ungunsten der östlichen Bundesländer (ROBERT-KOCH-INSTITUT (RKI) 2009:128f). Bei Kindern und Jugendlichen existiert dagegen nahezu kein Unterschied zwischen den westlichen und östlichen Bundesländern, mit zwei Ausnahmen: 14- bis 17-Jährige Mädchen aus östlichen Bundesländern zeigen deutlich seltener eine Adipositas als in den westdeutschen Bundesländern (6,5 % vs. 9,5 %) und 3- bis 6-Jährige Jungen aus den ostdeutschen Ländern sind zu einem signifikant höheren Anteil adipös (5,9 % vs. 1,8%) (ROBERT-KOCH-INSTITUT (RKI) 2009:133f)

**Sozioökonomischer Status:** Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher ist der Anteil Adipöser und Übergewichtiger bei Männern und Frauen in Deutschland und vielen anderen Nationen. Umgekehrt sinkt mit steigendem sozioökonomischen Status der Anteil Adipöser bei Männer und Frauen, jedoch der Anteil Übergewichtiger nur bei Frauen (KURTH B 2012; MENSINK G ET AL. 2012; LANGE C ET AL. 2007:83+113; MCLAREN L 2007).

**Einkommen:** Das Haushaltsnettoeinkommen, der berufliche Status und das Bildungsniveau sind die Merkmalkategorien, die üblicherweise in empirischen Studien zur Zuordnung zur sozialen Schicht verwendet werden (LANGE C ET AL. 2007:115). Dass Einkommenssituation und gesundheitliche Situation eng verknüpft sind, ist aus zahlreichen nati-

onalen und internationalen Studien bekannt<sup>17</sup>. Auch die Adipositasprävalenz ist in den niedrigsten Einkommensgruppen markant erhöht – vor allem bei Frauen. Bei Männern zeigt sich dieser Gradient nicht ganz so deutlich (ROBERT-KOCH-INSTITUT (RKI) 2009:255).

**Bildungsniveau:** Bildung wirkt sich unabhängig von der Einkommenssituation auf die gesundheitliche Lage und das Auftreten von Adipositas aus (ROBERT-KOCH-INSTITUT (RKI) 2009:251; LANGE C ET AL. 2007:115; MCLAREN L 2007). Männer und Frauen mit Hauptschulabschluss sind deutlich häufiger von Übergewicht betroffene Bevölkerungsgruppen mit Abitur (LANGE C ET AL. 2007:115). Der Sozial- und Bildungsgradient zeigt sich sowohl für Übergewicht und Adipositas als auch bei anderen gesundheitlichen Risiken wie Schlaganfall, chronische Bronchitis, Schwindel, Rückenschmerzen oder Depressionen (LANGE C ET AL. 2007:83).

**Migranten:** Zur Betrachtung des Gesundheitszustands von Menschen mit Migrationshintergrund stehen nur wenige Daten zur Verfügung. Der „Zweite Integrationsindikatorenbericht“ vergleicht die Übergewichts- bzw. Adipositasprävalenz für Erwachsene mit und ohne Migrationshintergrund auf Basis des Mikrozensus (2005 und 2009) und beziffert die Prävalenz für Kinder und Jugendliche auf Basis einer Stichprobenziehung aus der KiGGS-Studie. Dabei zeigt sich, dass das Auftreten von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen mit Migrationshintergrund annähernd den Daten der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund entspricht sowohl in der Prävalenz als auch im Anstieg über die Jahre. Etwas anders ist die Situation bei den Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Sie sind stärker übergewichtig und adipös als die gleichaltrige Bevölkerung (17,7 % vs. 15%) (BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR MIGRATION FLÜCHTLINGE UND INTEGRATION 2011:121).

**Hauptzielgruppen für die Prävention von Übergewicht und Adipositas** sind demzufolge aufgrund starker Betroffenheit Erwachsene aller Altersgruppen unter besonderer Berücksichtigung von Genderaspekten, Migrationshintergrund, sozioökonomischen Gegebenheiten, Bildungserfahrungen und Wohnort (Ost/West). Zudem sind Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche dringend erforderlich. Das Lebensumfeld von Kindern wird jedoch meist von Eltern oder anderen Erwachsenen (Multiplikatoren) gestaltet.

**Fazit:** Ersichtlich wird dabei, dass Zielgruppensegmentierungen auf Basis der staatlichen Gesundheitsberichterstattung nur auf zwei von vier Segmentierungskriterien (siehe Kapitel IV 1) beruhen: Soziodemographie und Problembezug. Offen bleiben die Segmentierungsmerkmale Lebensstil und Mediennutzung. Es fehlen die für eine passge-

---

<sup>17</sup> Menschen, die in Armut leben, sind von etlichen Gesundheitsrisiken betroffen wie einem erhöhten Risiko für chronische Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus oder chronischer Bronchitis) oder psychosomatischen Beschwerden (ROBERT-KOCH-INSTITUT (RKI) 2009:255).

naue Zielgruppenerreichung wichtigen psychographischen Informationen (Einstellungen, Werte, Lebensstil). Zudem erfolgt keine Erhebung des Mediennutzungsverhaltens. Deshalb wird nachfolgend auf Modelle der Soziologie, die bei einer exakteren Zielgruppensegmentierung auf Basis der Kriterien Lebensstil und Mediennutzung hilfreich sein könnten, eingegangen.

### 3 SEGMENTIERUNGSKRITERIEN LEBENSSTIL UND MEDIENNUTZUNG

Adipositas-Präventions- und Therapiebemühungen von **medizinischer bzw. biomedizinischer** Seite konzentrieren sich darauf, einen „gesunden Lebensstil“ zu empfehlen. Darunter versteht die Medizin regelmäßige, körperliche Aktivität (HAUNER H ET AL. 2007; LOSS J ET AL. 2007), eine ausgewogene Ernährungsweise (fettmoderat, polysaccharidreich und ballaststoffreich) und das Vermeiden prognostisch ungünstiger Essgewohnheiten wie

- ein hoher Konsum fett- und zuckerreicher Lebensmittel mit hoher Energiedichte und hohem glykämischen Index (HESEKER H 2008; HAUNER H ET AL. 2007; DREWNOWSKI A ET AL. 2005),
- ein hoher Fast-Food-Verzehr (HESEKER H 2008; HAUNER H ET AL. 2007; DREWNOWSKI A ET AL. 2005),
- übergroße Portionen und Mahlzeiten (SCHNEIDER K ET AL. 2009; HESEKER H 2008; HAUNER H ET AL. 2007; DREWNOWSKI A ET AL. 2005),
- häufiges Snacken (HAUNER H ET AL. 2007; SWINBURN A ET AL. 2006) und
- ein regelmäßiger Konsum von zuckerhaltigen Softdrinks oder Alkohol (HAUNER H ET AL. 2007; VARTANIAN LR ET AL. 2007).

Der Begriff Lebensstil wird jedoch auch von anderen Wissenschaftsdisziplinen verwendet: Die **Psychologie** interessiert sich ausgehend von der Persönlichkeits- und Motivationsforschung überwiegend für individuelle, persönlichkeitsbezogene Aspekte des Lebensstils (FÖRSTER A 2009:28).

Die **Soziologie** bezeichnet dagegen die Art und Weise wie der Einzelne sein Alltagsleben gestaltet als Lebensstil. Ein Lebensstil ist „*der regelmäßig wiederkehrende Gesamtzusammenhang der Verhaltensweisen, Meinungen, Wissensbestände und bewertenden Einstellungen eines Menschen*“ (HRADIL S ET AL. 2005:46). Im Lebensstil zeigen sich Werte und Einstellungen eines Menschen in Form seiner Handlungen (siehe Kapitel III 1.1). Lebensstile aus soziologischer Perspektive stehen für komplexe Verhaltensmuster, die für eine Gruppe von Menschen typisch sind. Sie bieten die Möglichkeit alltägliches, gewohnheitsmäßiges Verhalten zu erklären. Die soziologische Definition von Lebensstil geht dabei über medizinische Sichtweise hinaus: gesundheitliches Handeln, Ernäh-

rungsgewohnheiten, Freizeitgewohnheiten aller Art - wie Sportaktivitäten oder Medienkonsum – aber auch ästhetische Präferenzen (Musikgeschmack, Wohnungseinrichtung etc.) werden hinzugezählt (BRUHN M 2008).

Ein Lebensstil erfüllt bestimmte Funktionen (BURZAN N 2005:92; POSTEL B 2005):

- Er gibt dem handelnden Menschen Routine in seinen Handlungen und vereinfacht die Entscheidungen im Alltag. Somit muss er nicht permanent neue, zeitaufwändige Grundsatzentscheidungen treffen.
- Er demonstriert eine bestimmte Grundhaltung. Dadurch zeigt der Einzelne seine Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe und grenzt sich gleichzeitig von anderen ab.
- Er dient – mehr oder weniger bewusst – der Selbstdarstellung des Einzelnen.
- Er zeigt neben der sozialen auch die persönliche Identität.

### 3.1 THEORETISCHE MODELLE DER LEBENSSTILFORSCHUNG

Lebensstil- und Milieukonzepte gewinnen in den letzten 30 Jahren in der Sozialstrukturanalyse an Bedeutung und gelten inzwischen als „Mainstream“ der deutschen Sozialstrukturanalyse. Sie ermöglichen eine differenziertere Darstellung eines sozialen Gefüges als Klassen-, Schichten- oder Lagenmodelle (POSTEL B 2005; BURZAN N 2005:89; BARZ H 2000:22). Als Klassen werden Großgruppen bezeichnet, deren Mitglieder sich im Hinblick auf die Lebenschancen in einer ähnlichen Situation befinden. Wichtigste Vertreter von „Klassenmodellen“ sind Karl Marx und Max Weber (HRADIL S ET AL. 2005:51ff).

Theodor Geiger (1891-1952) gilt als Begründer der Schichtenmodelle. Er grenzt sich stark ab vom Klassenmodell, in dem er den Begriff „Sozialstatus“ als eines der Schichtungsprinzipien einführt und postuliert, dass sich dieser Status im Laufe eines Lebens ändern kann, im Gegensatz zur statischen Klasse. Im Laufe seiner wissenschaftlichen Arbeit entwirft er ein „Fünf-Schichten-Modell“ der Gesellschaft (zitiert nach BURZAN N 2005:26ff).

Lagenmodelle haben zum Ziel, sich von der Berufszentriertheit von Klassen- und Schichtmodellen zu lösen. Sie beschreiben Gesellschaften in vielfältigeren Dimensionen vor allem der sozialen Ungleichheit. Als „Lebenslage“ werden die gesamten Lebensbedingungen eines Menschen angesehen – sowohl vorteilhafte wie auch unvorteilhafte (HRADIL S ET AL. 2005:371ff).

In Klassen- und Schichtmodellen sind berufliche Stellung, formale Bildung und Einkommen die Kernstruktur zur Erklärung menschlichen Handelns (REICHENWALLNER M 2000:6). Seit den 1980er Jahren zeigt sich jedoch, dass sie die Pluralität der modernen Gesellschaft nicht mehr (alleine) ausreichend erklären. In dieser Zeit setzte ein tief-

greifender gesellschaftlicher Wertewandel ein, bedingt durch einen allgemein höheren Lebensstandard mit höheren Einkommen, die Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit, eine verstärkte soziale Absicherung der Bürger und kürzere Arbeitszeiten (mehr Freizeit). Nach Hradil (2005:423f) priorisieren immer *weniger* Menschen die Vermehrung von Besitz und die Erfüllung von Pflichten, und immer *mehr* Menschen streben nach Selbstverwirklichung und Kommunikation. Pluralisierung, Individualisierung und Entkopplung der Gesellschaft führen dazu, dass die Handlungen der Menschen komplizierter wurden und die vormals gebräuchlichen Modelle nicht mehr tauglich erschienen (HRADIL S ET AL. 2005:423f; POSTEL B 2005).

Die Entwicklung der Lebensstilforschung wird hier anhand theoretischer Modelle der wichtigsten der Begründer eines modernen Lebensstilverständnisses - Bourdieu, Vester, Hradil und Schulze - aufgezeigt. Nachfolgend werden empirische Verbrauchertypologien und die Lebensstiltypologie „Sinus-Milieus“, die für die Zielgruppensegmentierung von Bedeutung ist, vorgestellt.

### **Bourdieu: „Die feinen Unterschiede“**

Der französische Soziologe Pierre Bourdieu mit seinem Buch „Die feinen Unterschiede“ ist der maßgebliche Impulsgeber für die Integration sozioästhetischer Dimensionen in die Sozialstrukturanalyse (BOURDIEU P 1987; BOURDIEU P 1991)<sup>18</sup>. Bourdieu (1983, 1985) geht von einer ungleichen Verteilung dreier Ressourcen in der Gesellschaft aus: ökonomisches Kapital, Bildungskapital und soziales Kapital (soziale Beziehungen). Je nach Ausmaß des Kapitalbesitzes gruppiert er die Bevölkerung vertikal in

- herrschende Klasse (hohes ökonomisches Kapital oder kulturelles Kapital),
- Mittelklasse (absteigendes Kleinbürgertum, exekutives Kleinbürgertum, neues Kleinbürgertum),
- Volksklasse (Arbeiter, Hilfsarbeiter, Landarbeiter) (BURZAN N 2005:131).

Zusätzlich existiert eine horizontale Gliederung in Abhängigkeit der Zusammensetzung (Zukunftsaussichten) vom Kapitalbesitz (z.B. Bildungsbürgertum, Kleinbürgertum ...). Die Position einer Person im sozialen Raum ist nach Bourdieu bestimmt durch die Struktur der Beziehungen zwischen allen relevanten Merkmalen (BOURDIEU P 1987:171ff).

Durch das Aufwachsen innerhalb einer Klasse bildet sich laut Bourdieu (1987:277ff) ein unbewusster, klassenspezifischer Habitus. Unter Habitus versteht er eine stabile Grundhaltung in Form von Denk-, Wahrnehmungs- und Bewertungsmustern von Menschen. Sie bestimmen und begrenzen das Alltagshandeln. Kennzeichnend für die Arbeiterklasse ist demnach der „*Habitus der Notwendigkeit*“ mit „*Funktionsdenken*“, einer „*Kultur des Mangels*“ und einem „*Sich-Einrichten*“ in die gegebenen Verhältnisse (Notwendigkeits-

<sup>18</sup> Obwohl Max Weber, Thorsten Veblen („Die Theorie der feinen Leute“) und Georg Simmel („Philosophie des Geldes“) als die Gründerväter des Lebensstil-Theorems gelten (FLAIG BB ET AL. 1993:36).

geschmack). Das Kleinbürgertum befindet sich demgegenüber in einer Mittellage mit starkem (ehrgeizigen) Wunsch nach Aufstieg unter Beachtung von vorgegebenen Normen und Werten, bemüht, stets das „*Richtige*“ zu tun („*präventiöser Geschmack*“). Der Habitus der Bourgeoisie zeichnet sich aus durch profunde Kenntnis der kulturellen Standards und kann sich deshalb darüber erheben, einen eigenen Stil entwickeln, diesen zur Norm erheben und auch durchzusetzen („*legitimer Geschmack*“) (BOURDIEU P 1987:286ff).

Das Alltagsverhalten der verschiedenen Klassen ist nach Bourdieu Ausdruck der Habitusformen. Er untersucht sie mit Hilfe von Lebensstilmerkmalen, zu denen er die Ess- und Trinkkultur, Wohnungseinrichtung, Musikvorlieben, Kenntnis von Komponisten und Museumsbesuche zählt. „Distinktion“ nennt Bourdieu (1987:278 + 332ff) die Symbolik der Lebensführung, „*die repräsentierte soziale Welt*“. Dabei stellt er einen engen Zusammenhang zwischen Klassen(fraktions)zugehörigkeit, Habitusformen und distinktivem Verhalten fest (BOURDIEU P 1987:278 + 332ff).

Bourdieu untersucht die Distinktionsunterschiede der französischen Gesellschaft überwiegend in den 60iger Jahren qualitativ anhand von drei Konsumgruppen: Ausgaben für Nahrung, Kultur (Bücher, Zeitungen, Schreibwaren, Schallplatten etc.) und für Selbstdarstellung/Repräsentation (Kleidung, Schönheitspflege etc.) (BOURDIEU P 1987:299)<sup>19</sup>. Die Ess- und Trinkkultur ist für ihn einer der Bereiche, die eine klare Grenzlinie zwischen den Schichten der Bevölkerung markiert. Diesbezüglich stehen die unteren Schichten in einem Gegensatz zur „*legitimen Lebensart*“. Interessanterweise erwähnt er auch bereits die „*Mäßigung um der Schlankheit willen*“ als eine neue Verhaltensmaxime, „*deren Grad der Anerkennung mit steigender sozialer Stufenleiter wächst*“. Dieser Sichtweise würden Bauern und Arbeiter die „*Moral des guten Lebens*“ entgegen setzen (BOURDIEU P 1987:292ff). Diese Unterschiede kann er durch die Ausgaben für Nahrungsmittel belegen (BOURDIEU P 1987:302f).

Bourdieu (BOURDIEU P 1987:293) markiert die Trennlinie „*ohne allen Zweifel*“ zwischen Arbeitern und Angestellten. Arbeiter geben das „*meiste für ihr leibliches Wohl her*“, dazu noch für „*schwerstverdauliche, fetteste und fettmachende Nahrungsmittel wie Brot, Kartoffeln und sonstige fetthaltige Speisen, auch die ordinärsten wie Wein*“ (BOURDIEU P 1987:292). Die Lebensmittelausgaben von Angestellten seien geringer und die Auswahl der Lebensmittel unterscheidet sich, so Bourdieu. Weniger Brot, Schweinefleisch, Wurstwaren, Milch und Käse, weniger Kaninchen und Geflügel, Hülsenfrüchte und Fettsubstanzen und mehr Fisch, Frischobst und Apéritifs bilanziert für die Ernährungsgewohnheiten von französischen Angestellten (BOURDIEU P 1987:293).

---

<sup>19</sup> Eine Erweiterung, Aktualisierung und Anpassung des Sozialraumkonzeptes Bourdieus an deutsche Gegebenheiten ist das Milieukonzept von Vester und der Hannoveraner Arbeitsgruppe interdisziplinäre Sozialraumanalyse (AgiS-Milieumodell) (VESTER M 2001).

Der Geschmack für bestimmte Speisen und Getränke hängt, so seine Erkenntnis, stark vom vorherrschenden Körperbild und den „*Vorstellungen über die Folgen einer bestimmten Nahrung für den Körper, das heißt auf dessen Kraft, Gesundheit und Schönheit*“ (BOURDIEU P 1987:305). So sei die Volksklasse eher an der Kraft des (männlichen) Körpers interessiert als an „*Gestalt und Aussehen*“ (BOURDIEU P 1987:307). Deshalb sei „Fisch“ nichts für die unteren Klassen, denn Fisch werde auf eine Art und Weise gegessen, die „*dem männlichen Essen zuwiderläuft: mit Zurückhaltung, maßvoll, in kleinen Happen, durch saches Kauen mit Vordermund und Zungenspitze (wegen der Gräten)*“ (BOURDIEU P 1987:308). Er schlussfolgert, dass diese Art des Essens die männliche Identität (=Virilität) aufs Spiel setzt (BOURDIEU P 1987:308).

Bourdieu erweiterte erstmalig das Klassenmodell um den Aspekt des Lebensstils. Kritisiert wurde jedoch in den nachfolgenden Jahren, dass er klassenspezifische Habitusunterschiede an ökonomischen Möglichkeiten festmacht, sie als stabil und für alle Lebensbereiche verhaltensformend ansieht. Auch wird kritisiert, dass die Vielfalt von Lebensstilen und Lebenszielen nicht ausreichend dargestellt wird (HRADIL S ET AL. 2005:91; FLAIG BB ET AL. 1993:36ff; BURZAN N 2005:138f).

Das Habituskonzept besitzt jedoch ein großes analytisches Potential für die Gesundheitsförderung. Bauer und Bittlingmayer (2012) weisen darauf hin, dass in der Sozial-Epidemiologie weitgehender Konsens darüber herrscht, dass gesundheitsförderliche Verhaltensmuster Teil sind von individuellen Lebensstilen. Verfügbare Ressourcen und die herrschenden Lebensbedingungen als Ausdruck der sozialstrukturellen Positionierung wirken wiederum auf den Lebensstil ein.

Tabelle 4 stellt in einem Mehrebenenmodell die Vermittlungsfunktion des Lebensstils zwischen individuellen gesundheitlichen Verhaltensweisen, Lebensstildispositionen, Handlungsfeldern und sozialstrukturellen Ausgangsbedingungen dar. Dabei wird die „Makro-Ebene“ der Position in der Sozialstruktur, den Herkunfts- und Lebensbedingungen sowie den Entwicklungs- und Sozialisationsinflüsse verknüpft mit der „Mikro-Ebene“ des individuellen Verhaltens und der Kompetenzen. Der Lebensstil stellt die „Meso-Ebene“ dieser Verknüpfung dar (BAUER U ET AL. 2012: 707f).

**Tabelle 4: Modell der Verknüpfung von Lebensstilen, sozialstrukturellen Bedingungen und gesundheitlichen Verhaltensweisen** (Quelle: BAUER U ET AL. 2012:708)

Makro-Ebene	Meso-Ebene	Mikro-Ebene
Position in der Sozialstruktur	Gesundheitsrelevante Netzwerke soziale Unterstützung	Habitus Einstellungen Kompetenzen Dispositionen Coping-Strategien
Herkunfts- und Lebensbedingungen	Herkunftskultur <b>Lebensstile</b> Arbeitsbelastungen	Ernährungsverhalten (z.B. Adipositas) Sportliche Aktivität Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung
Entwicklungs- und Sozialisationseinflüsse	Wohnumfeld Gewohnheiten Präferenzen Gesundheitskonzepte	Medikamentenkonsum Drogenkonsum Stressbewältigung Vorsorgeverhalten

#### Hradil: „Von Klassen zu Schichten zu Lagen und Milieus“

Hradil (2005) geht ebenso wie Bourdieu davon aus, dass Klassen- oder Schichttheorien nicht mehr geeignet sind, die Vielfalt der Lebensformen der (west)deutschen Gesellschaft zu beschreiben. Er entwickelt ein Konzept der „sozialen Lage“, das wesentlich mehr Dimensionen der sozialen Ungleichheit umfasst als bis dato bekannt<sup>20</sup>. Hradil untersucht die Dimensionen Bildung, Erwerbstätigkeit/Arbeitslosigkeit, Wohlstand, Macht, Prestige sowie die Arbeits-, Wohn- und Freizeitbedingungen und erstellt aus typischen Konstellationen sogenannte Lagenmodelle. Als weitere Determinanten sozialer Ungleichheit fügt er Geschlecht, Nationalität, Alter und Wohnregion hinzu. Dazu ein Beispiel: Mit „*Lebenslage Nr. 2*“ („Reiche“) beschreibt er eine Lebenslage, die gekennzeichnet ist durch konkurrenzlos hohes Einkommen, eine überdurchschnittliche Bildung, Wohnung und -ausstattung sowie durch durchschnittliche Umwelt- und Integrationsbedingungen. Nach seinen Untersuchungen befinden sich nur 4,3 Prozent der Bevölkerung in einer derartigen Lebenslage. Ein typischer Vertreter dieser Lage ist ein hochqualifizierter (Vollzeit-)Erwerbstätiger mittleren Alters in gehobener Position, überwiegend männlich, ledig, oft geschieden und mit Wohnung in stadtnahen Gebieten (HRADIL S ET AL. 2005:371ff).

<sup>20</sup> Burzan (2005:142) weist darauf hin, dass Hradil hat den Begriff der „sozialen Lage“ nicht erstmals eingeführt hat. Der Begriff wurde schon von F. Engels, Max Weber und anderen verwendet. Sein Verdienst ist eine Neukonzeption und Bekanntmachung durch die Veröffentlichung „Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft, Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus“.

Kennzeichen dieses Konzeptes ist, dass es die soziale Lage mehrdimensional beschreibt, die Dimensionen jedoch nicht additiv verbindet oder hierarchisch anordnet (BURZAN N 2005:141f). Dadurch ist es möglich, Bevölkerungsgruppen zu beschreiben, die sich in entscheidenden Merkmalen gleichen (z.B. Einkommen, Bildung und Berufsprestige) in anderen jedoch völlig unterscheiden – „*gleiche Schicht, aber unterschiedliche soziale Lage*“ (FLAIG BB ET AL. 1993:45).

Im weiteren Verlauf seiner Forschung nähert sich Hradil schließlich über die Beschreibung der sozialen Lage dem Milieuansatz, in dem er auf Basis des Wohlfahrtssurveys 1988 für die Bundesrepublik acht soziale Milieus identifiziert und charakterisiert. Als Variablen verwendet er: „Alte Werte“, „Neue Werte“, „Materialismus“, „Postmaterialismus“, „Politikorientierung“, „Zwischenmenschliche Ideale“, „Familie“, „Sport“, „Basteln“, „Aktive Freizeit“, „Passive Freizeit“. Seine Milieus tragen Namen wie „Selbstverwirklichungs- und wohlstandsorientierte ältere Ehepaare“ oder „Wohlstands- und pflichtorientierte junge Familien“ (FLAIG BB ET AL. 1993:46).

Nach Hradil sind sowohl der Begriff Lebensstil als auch der Begriff Milieu „synthetische“ Konstrukte, die zahlreiche Komponenten gemeinsam haben. Er sieht einen maßgeblichen Unterschied in der „Verankerung“ der Werte. Kennzeichnend für soziale Milieus ist für ihn eine psychologisch „tiefsitzende“ gruppentypische Werthaltung (z.B. Liberalität oder Konservativität). Der Lebensstil – die Verhaltens- und Meinungsrouinen einer Person – können sich demgegenüber auch schnell ändern, da sie eher von Mode oder finanziellen Möglichkeiten beeinflusst werden (BURZAN N 2005:104f).

### **Schulze: „Erlebnisgesellschaft“**

Schulze (1992, 2000) geht mit seiner Theorie der Erlebnisgesellschaft einen gänzlich anderen Weg. Er löst sich sowohl von den Gedanken der schichtbezogenen Beziehungszuordnung (Einkommen, Beruf, Lebensstandards, sozialer Status etc.) als auch von der sozialen Lage nach Hradil. Für ihn wirken Ästhetisierung und Psychologisierung der Alltagswelt Struktur- bzw. Milieu-bildend (SCHULZE G 1992:177). Aus seiner Sicht hat sich zwischen den fünfziger und siebziger Jahren ein Kulturbruch vollzogen, der weiterhin anhält. In dessen Mittelpunkt steht die Vorstellung der „*Beziehung von Ich und der Welt*“ (SCHULZE G 2000). In früheren Zeiten war die Welt das Gegebene, an das sich der Einzelne anpassen musste. Nun stellt er fest: „...*wenn überhaupt noch etwas als gegeben betrachtet wird, dann das Ich*“ (SCHULZE G 2000). Hieraus resultiert ein epochentypischer Wunsch des Einzelnen, „... *sich „seine“ Welt zu wählen, statt sich an einer „gegebenen“ Welt abzarbeiten ...*“ (SCHULZE G 2000). Der Sinn des Lebens ist nicht mehr das Überleben, sondern das Erleben (ein schönes Leben führen) (SCHULZE G 1992:177).

Die Zugehörigkeit zu einem Milieu beruht in seiner Theorie auf der freien Wahl des Einzelnen. Die ästhetische Beziehungswahl wird jedoch von physischen und psychischen

Determinanten beeinflusst. Sie kommen überwiegend über Lebensalter und Bildung zum Ausdruck. Drei unterschiedliche Schemata erkennt er in der Bevölkerung: Hochkultur-schema, Trivialschema und Spannungsschema (SCHULZE G 1992:163). Während die beiden erstgenannten an Bourdieus Habitusmuster erinnern, ist das Spannungsschema ein neues, quer zu den anderen Stilmustern liegendes Muster. Er identifiziert schließlich fünf verschiedene Milieus: „Selbstverwirklichungsmilieu“, „Niveaumilieu“, „Unterhaltungsmilieu“, „Integrationsmilieu“ und „Harmoniemilieu“ (SCHULZE G 1992:165).

Auch das Milieumodell von Schulze ist nicht komplett losgelöst von ökonomischen Gegebenheiten. Beispielsweise stellt Barz (2000:25) fest, dass Schulze selbst für das Niveaumilieu als typische Berufe Lehrer, Professoren und Anwälte, für das Integrationsmilieu jedoch Sachbearbeiter oder Verwaltungsangestellte anführt. Er greife somit auch auf ökonomische und soziodemographische Determinanten zurück (BARZ H 2000:25). Sein Verdienst ist jedoch, dass der Gedanke der alltagsästhetischen Präferenzen der Konsumgesellschaft in die Sozialstrukturanalyse Einzug fand (FLAIG BB ET AL. 1993:49; BARZ H 2000:25).

### 3.2 EMPIRISCHE LEBENSSTILFORSCHUNG

Erkenntnisse der empirischen Lebensstilforschung sind die Grundlage für Marketingaktivitäten. Deshalb wird seit rund drei Jahrzehnten vor allem von privaten Marktforschungsinstituten intensiv Lebensstilforschung betrieben. Inzwischen existieren eine Vielzahl von Modellen und Typologien, die auf Basis sehr unterschiedlicher Grundlagen Lebensstile charakterisieren und Typenbildung betreiben (OLTERSDORF U 2003:51f). Bekannte Typologien sind z.B. der AIO-Ansatz („Activities“, „Interests“, „Opinions“), die VALS-Typologie (Values and Lifestyle Typologie) des Stanford Research Institutes (USA) (FÖRSTER A 2009:51), die „Sinus-Milieus“ von Sinus-Sociovision, das Semiometrie-Modell von TNS Infratest oder die Zielgruppengalaxie der Gesellschaft für Innovative Marktforschung (GIM) (KALKA J ET AL. 2006).

Eine Reihe von Lebensstil-Typologien im Kontext Gesundheit und Ernährung wurde zudem von der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) in Nürnberg entwickelt. Erste Typologien der GfK entstanden zu Beginn der 1990iger Jahre. Die aktuelle Version dieser sogenannten „Ernährungs-Verbraucher-Typologie“, die aus den Ernährungs-, Umwelt- und Werte-Einstellungen zur Geschmacks- und Genussorientierung, Naturbelassenheit und Hausmannskost-Präferenz, Schlankkeitsorientierung, Fitness etc. entwickelt wurde, besteht aus sechs verschiedenen Lebensstiltypen (GESELLSCHAFT FÜR KONSUMFORSCHUNG (GfK) 2012:10): Gourmet (16 %), schnelle leichte Küche (18 %), Fastfood Typ (29 %), Ökologe (8 %), schnelle deutsche Küche (18 %), Traditionelle bürgerliche Küche (11 %).

Eine Lebensstiltypologie aus der sozial-ökologischen Forschung typisiert die Bevölkerung anhand von zehn Konsumleitbildern mit Augenmerk auf Ökologie und Hausfrauen (OLTERSDORF U 2003:53). Kochen und die Auswahl von Gerichten stehen im Mittelpunkt einer Typologie der GfK in ihrer Studie „Kochen in Deutschland“ (GfK 2012, 2009). Nestlé verwendet die Dimensionen Gesundheitsbewusstsein, Zeitbudget und Ernährungsinteresse und bildet aus den Daten einer umfassenden, fortlaufenden Marktanalyse sieben Ess-Typen: Gesundheitsidealisten, Nestwärmer, Leidenschaftslose, Maßlose, Gehetzte und Multi-Optionale (GAHMANN H 2011:160).

Die Methodik zur Typenbildung ist heterogen und in der Regel ein „Betriebsgeheimnis“ der durchführenden (kommerziellen) Marktforschungsinstitute. Sie verwenden unterschiedliche Merkmale zur Analyse von Ähnlichkeiten bzw. Zusammengehörigkeit des Verbrauchers (OLTERSDORF U 2003:51). Es existiert ein Kaleidoskop an Verhaltenstypologien. Sie sind kaum vergleich- und reproduzierbar. Die meisten dieser Typologien versuchen die marktrelevanten Altersgruppen, ihre Lebenssituationen und Konsumtrends zu beschreiben. Entscheidend ist jedoch für die vorliegende Arbeit, dass

- die Mehrzahl dieser Verbrauchertypologien keine Aussagen zur Mediennutzung der Verbraucher liefert,
- sich der Anteil der Verwendung von psychographischen Daten wie Werten und Einstellungen erheblich unterscheidet und
- die zugrundeliegenden Daten nur selten öffentlich verfügbar sind.

Sie sind deshalb für eine Zielgruppensegmentierung für die mediale Gesundheitskommunikation nur in Ausnahmefällen geeignet (siehe Kapitel IV 1). Hingegen beinhalten die vom Sinus Institut entwickelten „Sinus-Milieus“ detaillierte Aussagen zu Werten und Einstellungen. Die „Sinus-Milieus“ eignen sich zur Planung von medialer Gesundheitskommunikation (BONFADELLI H ET AL. 2006:34; LOSS J ET AL. 2006).

Die empirische Lebensstiltypologie von Sinus Sociovision (Sinus-Milieus) ist im kommerziellen Marketing eines der wichtigsten Zielgruppenmodelle im deutschsprachigen Raum. Sie identifiziert über zahlreiche Markt-Media-Studien [z.B. GfK-Fernsehpanel (TV-Reichweitenanalyse), VerbraucherAnalyse (VA), Verbrauchs- und Medienanalyse (ARD, ZDF)] regelmäßig und relativ aktuell das Mediennutzungsverhalten. Die „Sinus-Milieus“ werden auch als „Zielgruppenwährung“ der Mediaplanung oder als „Referenzmodell“ für Wissenschaft und Praxis bezeichnet (DIAZ-BONE R 2004). Eine Sinus-Milieu-basierte Mediaplanung kann beispielsweise gezielt diejenigen Medienkanäle verwenden, die von der intendierten Zielgruppe intensiv genutzt werden (DIAZ-BONE R 2004). Diaz-Bone (DIAZ-BONE R 2004) bezeichnet sie sogar als einflussreichstes Marktforschungsmodell besonders für die zielgruppengenaue Mediaplanung.

## 4 LEBENSSTILTYPOLOGIE „SINUS-MILIEUS“ ALS ZIELGRUPPEN-INSTRUMENT

Die Milieus wurden vor mehr als 20 Jahren entwickelt, um die „soziale Wirklichkeit des Menschen“ über das Alltagsbewusstsein abzubilden (FLAIG BB ET AL. 1993:51). Flaig, Meyer und Ueltzhöffer (1993:51) schreiben dazu: „So zielte unser methodisches Vorgehen zunächst auf eine möglichst unverfälschte Erfassung unterschiedlicher Lebenswelten. „Lebenswelt“ meint – in Anlehnung an Husserl und Schütz – das Insgesamt subjektiver Wirklichkeit eines Individuums, also alle bedeutsamen Erlebnissbereiche des Alltags (Arbeit, Familie, Freizeit, Konsum usw.), die bestimmend sind für die Entwicklung und Veränderung von Einstellungen, Werthaltungen und Verhaltensmustern; aber auch Wünsche, Ängste, Sehnsüchte, Träume usw. zählen dazu“.

In die Entwicklung der „Sinus-Milieus“ gingen sowohl das Schicht- und Klassenparadigma ein, als auch die Gedanken Bourdieus und Schulzes (siehe Kapitel IV 3.1). Die Zuordnung zu den Milieus orientiert sich einerseits an der sozialen Lage wie Schulbildung, Einkommen oder Beruf und andererseits an acht unterschiedlichen Aspekten, den sogenannten „Milieu-Bausteinen“. Sie beinhalten die Lebensziele, soziale Lage, Einstellungen zu Arbeit und Leistung, das Gesellschaftsbild, die Einstellungen zu Familie und Partnerschaft, das Freizeitverhalten, die Wünsche und Leitbilder und den Lebensstil (Alltagsästhetik und milieuspezifische Stilwelten) (Tab. 5) (FLAIG BB ET AL. 1993:71).

Auf diese Weise können Gruppen Gleichgesinnter in den Milieus zusammengefasst werden, die aufgrund ähnlicher Einstellungen, Werte und Lebensstile ähnlich denken und handeln. Die Datengrundlage und Basis für die inhaltlichen Milieubeschreibungen bildeten 400 „Lebenswelt-Explorationen“, die Ende der 70iger Jahre durchgeführt wurden (DIAZ-BONE R 2004:56). Basierend auf diesen Interviews, in denen die Befragten ihr Alltagsleben beschrieben, entstand die erste Sinus-Typologie mit damals acht unterschiedlichen Milieus (HAAS A 2007:61).

**Tabelle 5: Die Milieubausteine** (Quelle: FLAIG BB ET AL. 1993:71)

Lebensziel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Werte</li> <li>• Lebensgüter</li> <li>• Lebensstrategie, Lebensphilosophie</li> </ul>
Soziale Lage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Größe (Anteile an der Grundgesamtheit)</li> <li>• soziodemographische Struktur der Milieus</li> </ul>
Arbeit/Leistung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsethos, Arbeitszufriedenheit</li> <li>• Beruflicher und sozialer Aufstieg</li> <li>• Materielle Sicherheit</li> </ul>
Gesellschaftsbild	<ul style="list-style-type: none"> <li>• politisches Interesse, Engagement</li> <li>• Systemzufriedenheit</li> <li>• Wahrnehmung und Verarbeitung gesellschaftlicher Probleme (technologischer Wandel, Umwelt, Frieden ...)</li> </ul>
Familie/Partnerschaft	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung zu Partnerschaft, Familie, Kindern, Rollenbilder</li> <li>• Geborgenheit, emotionale Sicherheit</li> <li>• Vorstellung vom privaten Glück</li> </ul>
Freizeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freizeitgestaltung, Freizeitmotive</li> <li>• Kommunikation und soziales Leben</li> </ul>
Wunsch- und Leitbilder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wünsche, Tagträume, Phantasien, Sehnsüchte</li> <li>• Leitbilder, Vorbilder, Identifikationsobjekte</li> </ul>
Lebensstil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ästhetische Grundbedürfnisse (Alltagsästhetik)</li> <li>• Milieuspezifische Stilwelten</li> </ul>

Die quantitative Überprüfung und Validierung dieses Ansatzes folgte 1981. Hierbei kam erstmals der sogenannte Milieu-Indikator zum Einsatz (HAAS A 2007:62). Er misst milieuspezifische Wertorientierungen, die sich besonders gut zur systematischen Trennung der Milieus eignen. Nur das typische Werteprofil („milieutypisches Syndrom“) ermöglicht eine Klassifikation der Milieus, Einzelwerte reichen nicht aus. Der Milieuindikator ist ein standardisiertes Set von 40 bis 45 Fragen (HAAS A 2007:62; DIAZ-BONE R 2004; FLAIG BB ET AL. 1993:69ff). Eine Clusteranalyse ermöglicht die Zuordnung einer Person zu bestimmten Milieus. Die aktive Variable „Wertorientierung“ wird durch die passive Variable „soziodemographische Daten“ zur Validierung und Beschreibung der Milieus ergänzt (DIAZ-BONE R 2004).

Der Milieuindikator bildet die Basis zur Zuweisung von Daten aus quantitativen Erhebungen zu den „Sinus-Milieus“, z.B. der Typologie der Wünsche, der VerbraucherAnalyse, Markenprofile, Soll und Haben, Outfit, der VuMA (Verbrauchs- und Medienanalyse) und dem AGF/GfK-Fernsehpanel. Die milieubildenden Merkmale und ihre Veränderungsdynamik werden regelmäßig überprüft und der Milieuindikator angepasst. Da auch

neue Items<sup>21</sup> getestet werden, variiert die Anzahl der Items in der Statementbatterie (z.B. 44 Items 1991, 46 Items 1994) (HAAS A 2007:63; SCHREIBER P 2007:41; FLAIG BB ET AL. 1993:69ff). Als Beispiel ist im Anhang (Anhang 1) der Milieu-Indikator in der Version von 1992 einsehbar.

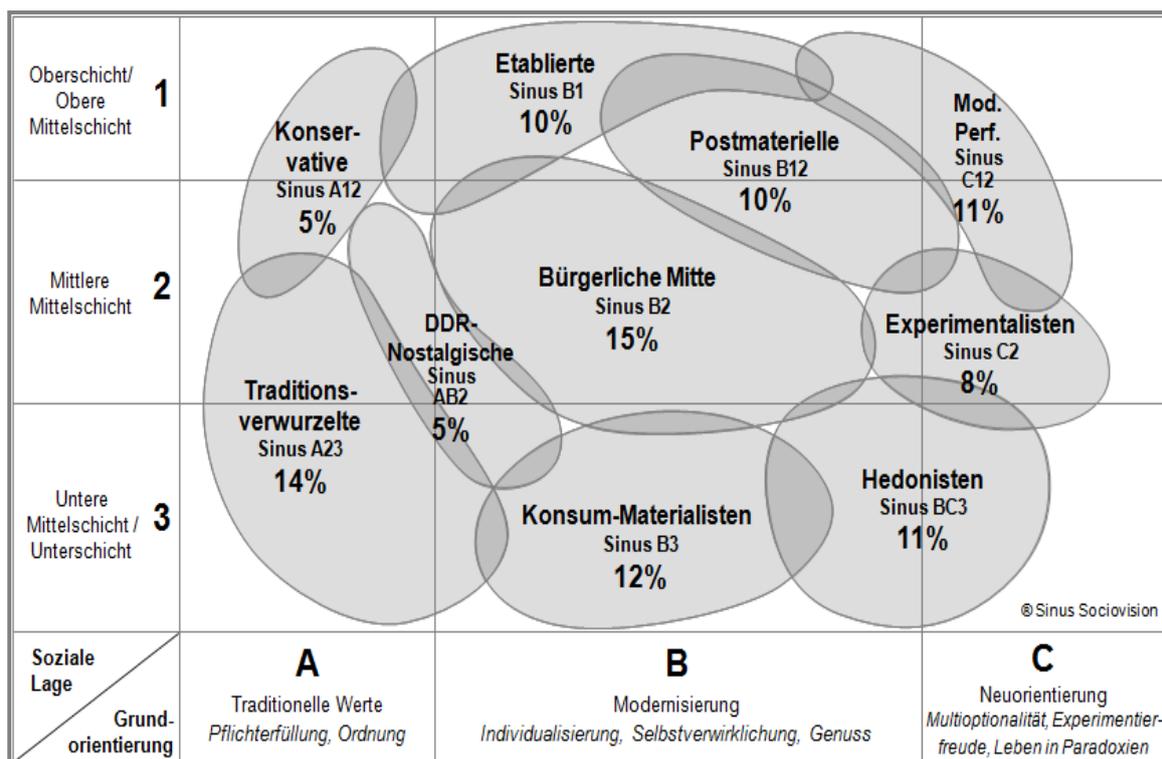
Die Milieustruktur der deutschen Wohnbevölkerung (ab 14 Jahren) wird seit 1982 über sehr große Stichproben erhoben (FLAIG BB ET AL. 1993:69ff). Nach der Wiedervereinigung erfolgte eine grundlegende Aktualisierung der „Sinus-Milieus“ über eine qualitative Leitstudie (90 Fallstudien in Ostdeutschland) und repräsentative Befragungen (1979 Interviews in den neuen und 2027 Interviews in den alten Bundesländern). So konnten die unterschiedlichen Wertprioritäten, der Lebensstil, die Alltagsästhetik und die Konsumbedürfnisse der Gesellschaftsstrukturen des wiedervereinten Deutschlands abgebildet werden (BECKER U ET AL. 1992:14). In Folge dieser Aktualisierung wurden neue Milieus definiert und fortlaufend aktualisiert (DIAZ-BONE R 2004; BARZ H 2000:28).

Beispielhaft wird hier das Sinus-Milieumodell 2007 dargestellt. Diese „Sinus-Milieus“ gelten für die deutschsprachige Bevölkerung ab Alter 14. Diese Milieueinteilung besteht aus zehn Milieus, die im Sinus Lebensweltmodell abgebildet werden. Modellhaft dargestellt werden sie in der sogenannten „Kartoffelgrafik“ (Abb. 6). Die Grafik gibt die Größe und Positionierung der Milieus (abgebildet als „Kartoffeln“) in Abhängigkeit von ihrer sozialen Lage und der wertemäßigen Grundorientierung an. Je höher die Milieus angesiedelt sind, desto höher sind Bildung, Einkommen und Berufsgruppe. Je „moderner“ (im soziokulturellen Sinn) die Grundwertorientierung, desto jünger sind die Milieumitglieder (BCN 2006:10ff).

Gut sichtbar wird in der graphischen Darstellung, dass die Grenzen zwischen den Milieus fließend und nicht starr abgegrenzt verlaufen. Überlappungen und Berührungspunkte der Milieus sind ein wichtiges Kennzeichen dieses Modells, das dadurch die Lebenswirklichkeit besser abbilden soll (BCN 2006:10ff).

---

<sup>21</sup> Item = Indikator in einer Befragung zur Erfassung von Einstellungen oder Verhaltensintentionen. Zu den Möglichkeiten der Messungen von Einstellungen siehe auch (KROEBER-RIEL W ET AL. 2009:237ff).



**Abbildung 6: „Sinus-Milieus“ in Deutschland 2007: soziale Lage und Grundorientierung** (Quelle: Sinus Sociovision, mit freundlicher Genehmigung von Burda Community Networks zum Abdruck überlassen)

Die Nomenklatur der „Sinus-Milieus“ ist auf zwei Arten möglich: länderübergreifend auf Basis der Position des Milieus in der grafischen Darstellung und mittels Milieunamen, die aus der sozialwissenschaftlichen Forschungstradition<sup>22</sup> hervorgegangen sind. Die internationalen Bezeichnungen verwenden die „Koordinaten“ der Schichtachse (soziale Lage) und der Wertachse (Grundorientierung) zur Benennung (SINUS SOCIOVISION 2007). So steht beispielweise das „Sinus-Milieu“ „Sinus C12“ für eine Lebensweltgruppe mit der Grundorientierung „Neuorientierung – Multioptionalität, Experimentierfreude, Leben in Paradoxien“ und mit mittlerer bis gehobener sozialer Lage (Abschnitt 1 und 2).

Die Milieunamen aus der sozialwissenschaftlichen Forschungstradition, die Leitmotive der Milieus und ihre Gruppierung zu größeren Lebenswelt-Segmenten zeigt Tabelle 6.

<sup>22</sup> Diese Arbeit verwendet die sozialwissenschaftlichen Bezeichnungen.

**Tabelle 6: Kurzcharakteristika der „Sinus-Milieus“** (Quelle: SINUS SOCIOVISION 2007:12)

<b>Gesellschaftliche Leitmilieus</b>	
<b>Sinus B1 (Etablierte)</b>	Selbstbewusstes Establishment: Erfolgs-Ethik, Machbarkeitsdenken und ausgeprägte Exklusivitätsansprüche
<b>Sinus B12 (Postmaterielle)</b>	Aufgeklärtes Nach-68er-Milieu: Liberale Grundhaltung, postmaterielle Werte und intellektuelle Interessen
<b>Sinus C12 (Moderne Performer)</b>	Junge, unkonventionelle Leistungselite: intensives Leben – beruflich wie privat, Multi-Optionalität, Flexibilität und Multimedia-Begeisterung
<b>Traditionelle Milieus</b>	
<b>Sinus A12 (Konservative)</b>	Altes deutsches Bildungsbürgertum: konservative Kulturkritik, humanistisch geprägte Pflichtauffassung und gepflegte Umgangsformen
<b>Sinus A23 (Traditionsverwurzelte)</b>	Kriegs- und Nachkriegsgeneration: Sicherheits- und Ordnungsliebe, verwurzelt in kleinbürgerlicher Welt bzw. in traditioneller Arbeiterkultur
<b>Sinus AB2 (DDR-Nostalgische)</b>	Resignierte Wende-Verlierer: Festhalten an preußischen Tugenden und altsozialistischen Vorstellungen von Gerechtigkeit und Solidarität
<b>Mainstream Milieus</b>	
<b>Sinus B 2 (Bürgerliche Mitte)</b>	Statusorientierter moderner Mainstream: Streben nach beruflicher und sozialer Etablierung, nach gesicherten und harmonischen Verhältnissen
<b>Sinus B3 (Konsum-Materialisten)</b>	Stark materialistisch geprägte Unterschicht: Anschluss halten an die Konsumstandards der breiten Mitte als Kompensationsversuch der sozialen Benachteiligung
<b>Hedonistische Milieus</b>	
<b>Sinus C2 (Experimentalisten)</b>	Extrem individualistische neue Bohème: ungehinderte Spontanität, Leben in Widersprüchen, Selbstverständnis als Lifestyle-Avantgarde
<b>Sinus BC3 (Hedonisten)</b>	Spaß-orientierte moderne Unterschicht bzw. untere Mittelschicht: Verweigerung von Konventionen und Verhaltenserwartungen der Leistungsgesellschaft

„Etablierte“ (Sinus B1) zählen zum „*selbstbewussten Establishment*“, das geprägt ist von „*Erfolgs-Ethik, Machbarkeitsdenken und ausgeprägte Exklusivitätsansprüchen*“ (Tab. 6) (SINUS SOCIOVISION 2007:12). Das Milieu „Postmaterielle“ (Sinus B12) wird in der Kurzcharakteristik bezeichnet als „*aufgeklärtes Nach-68er-Milieu: Liberale Grundhal-*

*tung, postmaterielle Werte und intellektuelle Interessen*“ (Tab. 6) (SINUS SOCIOVISION 2007:12). „Moderne Performer“ (Sinus C12) sind eine „*Junge, unkonventionelle Leistungselite*“. Ihre Charakteristika sind „*intensives Leben – beruflich wie privat, Multi-Optionalität, Flexibilität und Multimedia-Begeisterung*“ (Tab. 6) (SINUS SOCIOVISION 2007:12). Diesen drei „Sinus-Milieus“ gehören jeweils 10 Prozent der deutschsprachigen Bevölkerung ab 14 Jahren an (Abb. 6) (SINUS SOCIOVISION 2007:12). In der Marketing- und Mediaplanungspraxis werden sie oft als „*gesellschaftliche Leitmilieus*“ bezeichnet und zusammengefasst (Tab. 6) (BCN 2006:10ff).

„Konservativen“ (Sinus A12), „Traditionsverwurzelten“ (Sinus A23) und „DDR-Nostalgischen“ (Sinus AB2) gemeinsam sind traditionelle Werte wie Pflichterfüllung. „Konservative“ umfassen 5 Prozent der deutschsprachigen Bevölkerung ab 14 Jahren (Abb. 6). Die Milieumitglieder gehören dem alten „deutschen Bildungsbürgertum“ an. Typische Merkmale dieses Milieus sind „*konservative Kulturkritik, humanistisch geprägte Pflichtauffassung und gepflegte Umgangsformen*“ (Tab. 6) (SINUS SOCIOVISION 2007:12). „Traditionsverwurzelte“ zählen zur „*Kriegs- und Nachkriegsgeneration*“ mit „*Sicherheits- und Ordnungsliebe, verwurzelt in kleinbürgerlicher Welt bzw. in traditioneller Arbeiterkultur*“ (SINUS SOCIOVISION 2007:12). Diesem Milieu gehören 14 Prozent der deutschsprachigen Bevölkerung ab 14 Jahren an (Abb. 6) (SINUS SOCIOVISION 2007:12). „DDR-Nostalgische“ (Bevölkerungsanteil 5 %) werden charakterisiert als „*resignierte Wende-Verlierer*“ mit den typischen Merkmalen „*Festhalten an preußischen Tugenden und alt-sozialistischen Vorstellungen von Gerechtigkeit und Solidarität*“ (SINUS SOCIOVISION 2007:12).

Den Mainstream der Bevölkerung bilden die „Bürgerliche Mitte“ (Sinus B2) und die Gruppe der „Konsum-Materialisten“ (Sinus B3). 15 Prozent der deutschsprachigen Bevölkerung ab 14 Jahren gehören dem Milieu „Bürgerliche Mitte“ an (Abb. 6). Sie sind der „*statusorientierte moderne Mainstream*“ und „*streben nach beruflicher und sozialer Etablierung, nach gesicherten und harmonischen Verhältnissen*“ (Tab. 6) (SINUS SOCIOVISION 2007:12). „Konsum-Materialisten“ werden beschrieben als „*stark materialistisch geprägte Unterschicht*“ mit der Charakteristik „*Anschluss halten [wollen] an die Konsumstandards der breiten Mitte als Kompensationsversuch der sozialen Benachteiligung*“ (Tab. 6) (SINUS SOCIOVISION 2007:12). 12 Prozent der deutschsprachigen Bevölkerung ab 14 Jahren werden von Sinus Sociovision diesem Milieu zugeordnet (Abb. 6).

Hedonistisch orientiert sind dagegen die „Experimentalisten“ (Sinus C2) und die Milieu-gruppe „Hedonisten“ (Sinus BC3). „Experimentalisten“ sind eine „*extrem individualistische neue Bohème*“, die sich zu „*Spontanität, Leben in Widersprüchen, Selbstverständnis als Lifestyle-Avantgarde*“ bekennt (Tab. 6) (SINUS SOCIOVISION 2007:12). Eine „*Spaß-orientierte moderne Unterschicht bzw. untere Mittelschicht*“ gruppiert sich im Milieu der „Hedonisten“; sie stehen für „*Verweigerung von Konventionen und Verhaltens-*

*wartungen der Leistungsgesellschaft“* (Tab. 6) (SINUS SOCIOVISION 2007:12). 8 Prozent der deutschsprachigen Bevölkerung ab 14 Jahren gehören den „Experimentalisten“ an, 11 Prozent den „Hedonisten“ (Abb. 6).

Das letzte Milieu-Update für die deutschsprachige Bevölkerung ab Alter 14 stellte das Sinus Institut 2010 vor. Dieses Sinus-Milieu-Modell besteht aus zehn Milieus. Die „Sinus-Milieus“ 2010 und ihre prozentuale Verteilung in der Bevölkerung sind: „Traditionelles Milieu“ (15 %), „Konservativ-etabliertes Milieu“ (10 %), „Prekäres Milieu“ (9 %), „Bürgerliche Mitte“ (14 %), „Sozialökologisches Milieu“ (7 %), „Liberal-intellektuelles Milieu“ (7 %), „Hedonistisches Milieu“ (15 %), „Adaptativ-pragmatisches Milieu“ (9%), „Milieu der Performer“ (7 %), „Expeditives Milieu“ (6 %). In diesem Modell sind der Wertewandel in allen Milieus abgebildet, insbesondere sind dies folgende Trends: Flexibilisierung von Arbeit und Familie, Erosion klassischer Familienstrukturen, Digitalisierung des Alltags, wachsende Wohlstandspolarisierung (SINUS INSTITUT 2010; JASNY R ET AL. 2012).

Seit Ende 2008 existiert zudem eine Milieulandschaft für in Deutschland lebende Menschen mit Migrationshintergrund (ab Alter 14); diese basiert auf einer Repräsentativbefragung (n=2072) in den Jahren 2006 bis 2008. Es wurde ein breiteres Spektrum an Grundorientierungen ermittelt als bei Bürgern ohne Zuwanderungsgeschichte. Sie reichen von strengen, rigiden Wertvorstellungen bis hin zu einem postmodernen Werte-Patchwork (WIPPERMANN C ET AL. 2009). Während für andere „Sinus-Milieus“ Daten zur Mediennutzung, Einstellungen zu Ernährungs- und Gesundheitsthemen und Freizeitverhalten über Markt-Media-Studien verfügbar sind, fehlen derzeit noch derartige Informationen für die Migranten-Milieus. Aktuelle Versionen der „Sinus-Milieus“ erfassen jedoch auch Migranten, wenn sie über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen und an den zugrundeliegenden Umfragen teilnehmen.

### **Bewertung der „Sinus-Milieus“**

Trotz der häufigen Nutzung des Sinus-Milieu-Modells als Zielgruppenmodell wird das Modell in der soziologischen Forschungslandschaft gelegentlich kritisiert. Die Milieubeschreibungen in den „Sinus-Milieus“ sind deskriptiver Art. Sie sind zwar plausibel, jedoch fehlt eine theoretische Erklärung der Milieuabgrenzungen (HAAS A 2007:66; BARZ H 2000:33). Sinus Sociovision beschreibt die Milieugrenzen als fließende Grenzen. Es fehlen jedoch Untersuchungen zur tatsächlichen Milieumobilität – sowohl im Lebensverlauf als auch zwischen den Generationen (LIEBENWEIN S 2008:46ff; BARZ H 2000:33).

Ein weiterer Kritikpunkt, der jedoch auch anderen Milieu- bzw. Lebensstilmodellen entgegengehalten wird, ist die Tatsache, dass die „Sinus-Milieus“ keine Genderunterschiede in den Einstellungen und Werten darstellen (BARZ H 2000:32f). Dies ist aus Sicht der Gesundheitskommunikation im Handlungsfeld Ernährung bedauerlich, denn sowohl das

Gesundheitsverhalten (KUHLMANN E ET AL. 2005; HURRELMANN K ET AL. 2002) als auch Ernährungsgewohnheiten sind genderspezifisch (SETZWEIN M 2004; KARMAVIN H 2001).

Der Vorwurf einer mangelnden Dokumentationsqualität entzündet sich vor allem an der Indikator-IN-Transparenz. Das privatwirtschaftlich betriebene Institut von Sinus Sociovision ist zwar in der Lage, eine Zuweisung von Daten aus quantitativen Erhebungen zu den Milieus vorzunehmen, behandelt aber den Milieuindikator als Betriebsgeheimnis. Diese Vorgehensweise wurde in der wissenschaftlichen Literatur wiederholt kritisiert (z.B. HAAS A 2007:66, DIAZ-BONE R 2004) und deshalb wird der Milieu-Indikator auch als die „Coca-Cola-Formel“ von Sinus Sociovision bezeichnet (DIAZ-BONE R 2004).

Außerdem kommen die Updates der Milieumodelle für die deutschsprachige Bevölkerung ab Alter 14 in relativ kurzen Abständen, dazwischen werden Adaptationen vorgenommen (LIEBENWEIN S 2008:47; MOHLER PP ET AL. 2005:106). Während im Jahr 1995 je ein Modell für die west- und die ostdeutsche Bevölkerung mit deutlich unterschiedlichen Milieustrukturen existierte, gingen die Ost-Milieus bereits in 2001 in den gesamtdeutschen Milieus auf. Dies wirft die Frage auf, ob ein Wertewandel „Ost“ tatsächlich in dieser Geschwindigkeit erfolgte (LIEBENWEIN S 2008:47). Im Update von 2010 verschwindet mit dem Milieu der DDR-Nostalgische schließlich der letzte Ost-Hinweis.

Jedoch hat die empirische Lebensstiltypologie „Sinus-Milieus“ auch etliche Vorzüge: Die „Sinus-Milieus“ spiegeln die Wertehierarchie nach Rokeach wider (siehe Kapitel III 1.1). Auch ist das Mediennutzungsverhalten nicht Bestandteil des Milieuindikators im Gegensatz zu anderen Lebensstiluntersuchungen. Dies ist ein Vorteil für den Einsatz in den Kommunikationswissenschaften, denn es ist keine Tautologie für Fragestellungen zur Mediennutzung zu befürchten (HAAS A 2007:66). Außerdem haben sich die „Sinus-Milieus“ in der Marktforschung und Mediaplanung u.a. durch die Verknüpfung mit einer Reihe von repräsentativen Markt-Media-Studien und weitere Forschungstätigkeiten bewährt. Dadurch sind eine Fülle von Informationen über die Milieus verfügbar, wie zum Mediennutzungsverhalten, dem Freizeit-, Ernährungs- und Gesundheitsverhalten, dem Rollenverhalten Mann-Frau, den Einstellungen zur Erwachsenenbildung, dem Erziehungsverhalten von jungen Familien, dem Umweltbewusstsein und der Nachhaltigkeitskommunikation.

## 5 FAZIT

Maßnahmen der Gesundheitskommunikation sind effektiver und effizienter, wenn sie sich an Teilgruppen der Bevölkerung mit ähnlicher Problemlage und ähnlichem Lebensstil (Werte, Einstellungen, Verhalten) richten. Erfolgreiche Kommunikationsmaßnahmen sind sorgfältig geplant und starten mit einer Identifizierung der anzusprechenden Zielgruppe(n). Als mögliche Zielgruppensegmentierungskriterien nennt die internationale Literatur den Problembezug, die Soziodemographie, den Lebensstil und die Mediennut-

zung. Eine umfassende Zielgruppensegmentierung kombiniert diese Segmentierungskriterien.

Eine derartige Zielgruppensegmentierung für die Prävention von Übergewicht und Adipositas existiert bis dato in Deutschland nicht. Die deutsche Gesundheitsberichterstattung kann Zielgruppen auf Basis der beiden Segmentierungskriterien Problembezug und Soziodemographie benennen. Jedoch sind diese Zielgruppen nicht trennscharf beschrieben. Es fehlen Informationen zu Einstellungen und Werten, der Verhaltensbezug und das Mediennutzungsverhalten.

Lebensstilmodelle der Sozialstrukturanalyse, die auf dem Habituskonzept von Bourdieu basieren, haben ein hohes analytisches Potential für die Gesundheitsförderung, weil sie die „Makro-Ebene“ der Sozialstruktur, der Herkunfts- und Lebensbedingungen sowie die Entwicklungs- und Sozialisationsbedingungen verknüpfen mit der „Meso-Ebene“ (z.B. soziale Netzwerke, Wohnumfeld oder Wohnheiten) und der „Mikro-Ebene“ des individuellen Verhaltens. Somit wird das Konstrukt Lebensstil verknüpft mit sozialstrukturellen Bedingungen und gesundheitlichen Verhaltensweisen. Die empirische Lebensstiltypologie „Sinus-Milieus“ bildet dieses Habituskonzept sowie die Wertehierarchie nach Rokeach ab (siehe Kapitel III 1.1). Zudem sind die „Sinus-Milieus“ eines der wichtigsten Zielgruppenmodelle des Marketings, weil über repräsentative und regelmäßig durchgeführte Markt-Media-Studien aktuelle Daten über das Mediennutzungsverhalten der „Sinus-Milieus“ verfügbar sind. Deshalb werden die „Sinus-Milieus“ in dieser empirischen Untersuchung als Zielgruppenmodell im Hinblick auf Maßnahmen der Gesundheitskommunikation verwendet.

## 6 ABLEITUNG FORSCHUNGSLEITENDER FRAGESTELLUNGEN

Gesundheitskommunikation zu Präventionszwecken in Deutschland verfehlt häufig ihr Ziel. Als eine der möglichen Ursachen wurde in dieser Arbeit erkannt, dass eine Zielgruppensegmentierung für die zielgruppenorientierte Gesundheitskommunikation im Handlungsfeld Ernährung für Bevölkerungsgruppen mit Übergewicht oder Adipositas fehlt, die die Werte und Einstellungen, den persönlichen Lebensstil und das zielgruppenspezifische Mediennutzungsverhalten berücksichtigt.

Ziel dieser Arbeit ist die Erstellung einer Zielgruppensegmentierung für die Gesundheitskommunikation im Handlungsfeld Ernährung als ein Baustein für eine verbesserte Wirksamkeit von Maßnahmen der Übergewichts- und Adipositasprävention.

Die leitenden Fragestellungen lauten:

1. Ist es möglich, repräsentative Markt-Media-Studien und die Lebensstiltypologie „Sinus-Milieus“ für eine Zielgruppensegmentierung für die Gesundheitskommunikation mit Übergewichtigen zu nutzen?
2. Welche „Sinus-Milieus“ sollten mit einer medialen Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas erreicht werden?
3. Welche Werte, Einstellungen und Verhaltensdispositionen in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Gesundheit kennzeichnen diese Adipositas-Risikomilieus?
4. Welches Mediennutzungsverhalten ist typisch für Adipositas-Risikomilieus?
5. Wie können die Hauptzielgruppen für Maßnahmen der Übergewichts- und Adipositasprävention im Handlungsfeld Ernährung mittels medialer Gesundheitskommunikation erreicht werden?

## V EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG - METHODIK

Kapitel V beinhaltet die methodische Ebene der empirischen Untersuchung. Als Ausgangspunkt für die Durchführung einer Zielgruppensegmentierung erscheinen Markt-Media-Studien, die mit den „Sinus-Milieus“ verknüpft sind, geeignet. Vorausgesetzt wird, dass ebenfalls Daten zum Problembezug Adipositas erhoben werden.

Die empirische Untersuchung wird als Sekundäranalyse einer Markt-Media-Studie durchgeführt, deren Daten mit dem Sinus-Milieu-Modell ausgewertet wurden. Eine Sekundäranalyse ermöglicht die Auswertung von Daten einer bereits vorhandenen Primärerhebung unabhängig vom ursprünglichen Zweck der Datensammlung (KROMREY H 2006:537f; FRIEDRICHS J 1990:353ff). So können Fragestellungen bearbeitet werden, die in der Primäruntersuchung nicht oder nur randlich betrachtet werden konnten. Eine Sekundäranalyse bietet sich als kostengünstige und zeitsparende Methode an, weil ohne die Durchführung einer eigenen Feldphase auf umfangreiche Erhebungen und Interviews zurückgegriffen werden kann. Ein Nachteil einer Sekundäranalyse ist, dass die Qualität des vorgefundenen Datenmaterials der Primärerhebung die Möglichkeiten der Sekundärauswertung begrenzt (KROMREY H 2006:537f; FRIEDRICHS J 1990:353ff).

Sorgfältige Auswahl und Prüfung der Primärerhebung sind deshalb Grundvoraussetzungen zum Gelingen einer Sekundäranalyse. Im Folgenden werden deshalb die Auswahl der Primärerhebung für diese empirische Untersuchung und die Auswahlkriterien erläutert. Dabei wird dem Phasenablauf zur methodischen Vorgehensweise von Friedrich gefolgt (FRIEDRICHS J 1990:353ff):

1. Problemformulierung und Gewinnung von Kriterien für die Art der Daten, die erforderliche Stichprobe und relevante Variablen.
2. Suche nach einer geeigneten Primärerhebung. Sie setzt die Kenntnis von Untersuchungen, Statistiken etc. voraus.
3. Analyse des ausgewählten Materials.

Punkt 1 und 2 sind Gegenstand des Kapitels V 1 Auswahl der Primärerhebung. Die Analyse des ausgewählten Materials wird in Kapitel V 2 Markt-Media-Studie „Typologie der Wünsche“ vorgenommen.

### 1 AUSWAHL DER PRIMÄRERHEBUNG

Zur Auswahl einer geeigneten Primärerhebung wurden deshalb zunächst die repräsentativen Markt-Media-Studien für Erwachsene in Deutschland gesichtet, in ihren Erhebungsportfolios verglichen und auf Eignung geprüft (Tab. 7). Als Anforderungsprofil wurde in Anwendung der in der Literatur empfohlenen Zielgruppensegmentierungskriterien (siehe Kapitel IV 1) definiert:

- Erhebung von soziodemographischen Daten,
- Verknüpfung mit der Lebensstiltypologie „Sinus-Milieus“,
- Erhebung von Daten mit Problembezug (Übergewicht/Adipositas) wie Körpergröße/Gewicht und Einstellungen zu Gesundheit und Diäten,
- Erhebung von Mediennutzungsdaten.

Eine ganze Reihe der repräsentativen Markt-Media-Studien konzentrieren sich auf die Erhebung von Mediennutzungsdaten wie die Media-Analyse (MA), die ARD/ZDF Langzeitstudie Massenkommunikation oder die LeserAnalyse Entscheidungsträger (LAE)<sup>23</sup> (Tab. 7).

**Tabelle 7: Repräsentative Markt-Media-Analysen in Deutschland und untersuchungsrelevante Items** (Quelle: eigene Darstellung auf Basis von [www.pz-online.de/Zielgruppenfinder](http://www.pz-online.de/Zielgruppenfinder), Datenabruf 14.09.2012)

Item Markt-Media-Studie	Soziodemographische Daten	Sinus-Milieus	Körpergröße/ Gewicht	Einstellung zu Gesundheit/Diäten	Mediennutzung
Media-Analyse (MA)	X				X
Allensbacher Markt- und Werbeträger-Analyse (AWA)	X			X	X
Allensbacher Computer- und Telekommunikationsanalyse (ACTA)	X			X	X
Typologie der Wünsche (TdW)	X	X	X	X	X
Verbraucher Analyse (VA)	X	X		X	X
Communication Networks (CN)	X			X	X
Marken Profile	X	X			X
Kommunikationsanalyse (KA)	X		X	X	X
TOP Level	X				X
Imagery	X				X
LeserAnalyseEntscheidungsträger (LAE)	X				X
LeserAnalyse Computerpresse (LAC)	X				X
ARD/ZDF Langzeitstudie Massenkommunikation	X	X			X

<sup>23</sup> Siehe dazu [www.pz-online.de](http://www.pz-online.de), Stichwort „Zielgruppenfinder“, Datenabruf vom 14.09.2012

Studien, die ausschließlich Mediennutzungsdaten erheben, sind ungeeignet ebenso wie branchenbezogene Markt-Media-Studien („Outfit“, „Wohnen und Leben“, „Soll und Haben“) und Studien, die die Bevölkerung selektiv betrachten wie die Kommunikations-Analyse (KA), die deutsche Frauen von 14 – 64 Jahren befragt<sup>24</sup>. Nur vier der verbleibenden repräsentativen Markt-Media-Studien beinhalten eine Sinus-Milieu-basierte Auswertung: Typologie der Wünsche (TdW), Verbraucher Analyse (VA), Marken Profile und die ARD/ZDF Langzeitstudie Massenkommunikation.

Dem kompletten Anforderungsprofil für die Durchführung einer Zielgruppensegmentierung für die Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas entspricht lediglich eine Studie: die „Typologie der Wünsche Intermedia“ (TdW) (Tab.7). Deshalb wird diese in der empirischen Untersuchung verwendet. In der TdW wird das Konsum-, Freizeit- und Mediennutzungsverhalten der deutschsprachigen Bevölkerung ermittelt. Im Erhebungszeitraum der TdW 06/07 wurden beispielsweise Informationen zum Konsum von 1.800 Produkte in 400 Märkten, mehr als 160 Zeitschriften, 10 nationalen Zeitungen sowie TV, Radio, Online und Kino. Zudem werden für den allgemeinen Teil der Studie das Körpergewicht, die Körpergröße sowie Daten zu den Einstellungen zu Gesundheit, Ernährungsbewusstsein, Diäten und dem Präventionsverhalten erfasst. Für die TdW sind sowohl soziodemographischen Daten als auch eine Sinus-Milieu-basierte Auswertung verfügbar (BCN 2006:XXI).

## 2 MARKT-MEDIA-STUDIE „TYPOLOGIE DER WÜNSCHE“

Die jährlich durchgeführte Markt-Media-Studie „Typologie der Wünsche Intermedia“ (TdW) untersucht das Konsumverhalten und die Mediennutzung der deutschsprachigen Bevölkerung ab 14 Jahren. Sie liefert der Mediaplanung aktuelle Daten für die Zielgruppenbestimmung und Medienbewertung. Der Sinus-Milieu-basierte Datensatz des allgemeinen Teils und des Mediennutzungsverhaltens wurde freundlicherweise in den relevanten Auszügen von Burda Community Network zur Durchführung dieser Untersuchung zur Verfügung gestellt.

### 2.1 DATENGRUNDLAGE

Die Daten der TdW 06/07 basieren auf einer Stichprobe, die die deutschsprachige Bevölkerung ab 14 Jahren in Privathaushalten in der Bundesrepublik Deutschland (West und Ost) repräsentiert (65,07 Mio.). Das Studiendesign, die Untersuchungsmerkmale und die ausgewerteten Zielgruppenmodelle sind in Tabelle 8 dargestellt.

Die Auswahl der Beteiligten erfolgte als dreistufige Zufallsstichprobe mit Gebietsauswahl im Design des Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute (ADM-Design). Die beteiligten Haushalte werden per Zufallsauswahl und Random Route ermittelt. Die Befragungsperson selbst ergibt sich durch Auflistung aller Personen ab 14 Jah-

<sup>24</sup> Siehe dazu [www.pz-online.de](http://www.pz-online.de), Stichwort „Zielgruppenfinder“, Datenabruf vom 14.09.2012

ren in einem Haushalt und Ziehung der Befragungsperson per Zufallszahlenschlüssel (BCN 2006:199).

**Tabelle 8: Charakterisierung der Studie Typologie der Wünsche** [Quelle: BCN 2006:199ff)]

<b>Typologie der Wünsche 06/07</b>	
<b>Land/Region</b>	Deutschland
<b>Verantwortliche Stelle</b>	Burda Community Network GmbH IFAK, Marplan (1. Welle), Media Markt Analysen, TNS Infratest
<b>Studiendesign</b>	<b>Erhebung:</b> Mündliches Interview mit voll strukturiertem Fragebogen und schriftlichem Haushaltsbuch <b>Grundgesamtheit:</b> deutschsprachige Bevölkerung in Privathaushalten in der Bundesrepublik Deutschland ab 14 Jahren und mehr (65,07 Mio.) <b>Stichprobe:</b> ADM-Stichprobensystem 97; Adress-Random; Ziehung des Befragungshaushalts durch Zufallsschlüssel in den Wahlbezirken der Bundestagswahl 1994; Auswahl einer Befragungsperson ab 14 Jahren je Haushalt per Zufallszahlenschlüssel (26.691 Bruttoansatz Adressen, 72,7 % Ausschöpfungsquote; 19.119 ausgewertete Interviews) <b>Befragungszeitraum:</b> 02.06.-24.07.2005
<b>Untersuchungsmerkmale</b>	Demographie, Body-Mass-Index, Haushaltsstrukturen, Motivations-Index, Einstellungen zu Ernährung, Gesundheit und Umwelt, Sport-Motive, Freizeitaktivitäten, Nutzung von Zeitschriften, Tageszeitungen, Supplements, Apotheken-Kundenzeitschriften, TV, Hörfunk, Musikvorlieben, Kino, Bücher, Hörbücher, Online-Angebote, Internet, Medien-Nutzungs-Quantitäten, Medien-Nutzergruppen, Märkte: Health & Food & Beverage
<b>Auswertung nach Zielgruppenmodellen</b>	„Sinus-Milieus“, Biographische Lebenswelten, Familienlebenswelten, Motivationsindex, Emotionale Intelligenz, Limbic Types, Starke Frauen, Health Experts, Adopter-Modell Consumer Electronics

Die Antworten der Befragten gehen unterschiedlich gewichtet in die Auswertung ein. Das iterative Gewichtungsverfahren berücksichtigt unterschiedliche Kombinationen soziodemographischer Merkmale, um eine möglichst hohe Übereinstimmung dieser Kombinationen mit der Normstudie herzustellen. Normstudie ist die Media-Analyse 2006 Pressemedien II (BCN 2006:201). Als Untersuchungsmerkmale werden erhoben: Demografie, Body-Mass-Index, Haushaltsstrukturen, Motivations-Index, Einstellungen zu Ernährung, Gesundheit und Umwelt, Sport-Motive, Freizeitaktivitäten, Nutzung von Zeitschriften, Tageszeitungen, Supplements, Apotheken-Kundenzeitschriften, TV, Hörfunk, Musikvorlieben, Kino, Bücher, Hörbücher, Online-Angebote, Internet, Medien-Nutzungs-Quantitäten, Medien-Nutzergruppen und die Märkte Health & Food & Beverage (Tab. 8). Die Daten werden mit folgenden, verschiedenen Zielgruppenmodellen ausgewertet (Tab. 8): Sinus-Milieus, Biographische Lebenswelten, Familienlebenswelten, Motivationsindex, Emotionale Intelligenz, Limbic Types, Starke Frauen, Health Experts, Adopter Modell Consumer Electronics.

## 2.2 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Befragt wird in der Studie Typologie der Wünsche 06/07 (TdW-Studie) die deutschsprachige Bevölkerung. Auswahlkriterium für die Teilnahme an der Befragung ist das Beherrschen der deutschen Sprache. Eine Aussage zur ethnischen Herkunft der Befragten ist nicht möglich. Personen mit Migrationshintergrund werden erfasst, wenn sie über ausreichende Sprachfähigkeiten verfügen und damit an der Befragung teilnehmen können.

Die **soziodemographische Struktur der TdW 06/07** der Stichprobe ist in Tabelle 9 dargestellt. Die Stichprobe der TdW 06/07 besteht zu 52 Prozent aus Frauen und 48 Prozent aus Männern.

**Tabelle 9: Soziodemographische Daten (TdW 06/07) bezogen auf die Stichprobe**

[Quelle: eigene Darstellung auf Basis von BCN 2006:4]

Kategorie	Häufigkeit	absolut	Prozent
<b>Geschlecht</b>			
Männer		8757	48
Frauen		10362	52
<b>Alter</b>			
14-19 Jahre		1152	7,9
20-29 Jahre		2722	12,1
30-39 Jahre		3508	16
40-49 Jahre		3770	18,2
50-59 Jahre		2968	14,5
60-69 Jahre		2853	16,3
≥ 70 Jahre		2146	15
<b>Schulbildung</b>			
Schüler, allgemeinbildende Schulen		826	5,7
Haupt-/Volksschulabschluss ohne Lehre		1538	9,9
Haupt-/Volksschulabschluss mit Lehre		5870	33,6
Weiterf. Schule o. Abitur, mittlere Reife		7047	33
F/HS-Reife ohne Studium		1761	7,9
F/HS-Reife mit Studium		2077	9,9

Die Befragten können sieben verschiedenen Altersgruppen zugeordnet werden. Es zeigt sich ein Schwerpunkt der Befragung in den Altersgruppen ab 30 Jahren mit prozentualen Anteilen zwischen 14,5 Prozent (50-59 Jahre) und 18,2 Prozent (40-49 Jahre). Die Altersgruppe von 20-29 Jahre ist mit 2.722 Befragten und einem prozentualen Anteil an der Befragung von 12,1 Prozent leicht unterrepräsentiert. Den geringsten Anteil mit 7,9

Prozent der Befragten stellt die jüngste Altersgruppe (14 bis 19 Jahre); das ist weniger als die Hälfte der am stärksten vertretenen Altersgruppe (40 bis 49 Jahre).

Bei der Schulausbildung überwiegen mit 43,5 Prozent die Haupt bzw. Volksschulabschlüsse mit bzw. ohne Lehre. 33 Prozent der Befragten besuchten eine weiterführende Schule (ohne Abitur) oder besitzen die Mittlere Reife, 17,8 Prozent verfügen über eine Fach-/Hochschulreife mit oder ohne Studium und 5,7 Prozent der Interviewten sind noch in Ausbildung (Schüler allgemeinbildender Schulen) (Tab. 9).

Einen Beruf üben etwas mehr als die Hälfte der Befragten (51,5 %) der TdW 06/07 aus und rund ein Drittel (29,3 %) beziehen eine Rente oder Pension, wie Tabelle 10 zeigt. Nicht berufstätig sind 8,3 Prozent der Stichprobe und 10,8 Prozent befinden sich in einer Ausbildung, besuchen eine Schule oder studieren.

**Tabelle 10: Daten zur Berufstätigkeit und Einkommenssituation aus der TdW 06/07 bezogen auf die Stichprobe** (Quelle: eigene Darstellung auf Datenbasis TdW 06/07)

Kategorie	Häufigkeit		Kategorie	Häufigkeit	
	absolut	Prozent		absolut	Prozent
<b>Berufstätigkeit</b>			<b>Personen im Haushalt</b>		
in Ausbildung, Azubi, Schüler, Student	1618	10,8	1 Person	5356	20,3
Berufstätig	11246	51,5	2 Personen	7124	37,3
Rentner, Pensionär	4712	29,3	3 Personen	3234	18,9
nicht berufstätig	1543	8,3	4 Personen	2572	16,6
			5 und mehr Personen	833	6,9
<b>Haushalts-Einkommen (€) (monatlich, netto)</b>			<b>Wohnort (Einwohner)</b>		
< 1.000	2576	10	bis unter 5.000	889	5,3
1.000- 1.249	1694	7,8	5.000 bis ≤20.000	1474	8,5
1.250-1.499	2173	9,9	20.000 bis ≤100.000	4184	23
1.500-1.999	3645	20,5	100.000 bis ≤500.000	6166	31,9
2.000-2.499	3534	20,1	500.000 Einwohner und mehr	6406	31,4
≥ 2.500	5497	31,9			

Hinsichtlich der Haushaltsgröße dominieren Zwei-Personen-Haushalte mit 37,3 Prozent, gefolgt von Single-Haushalten mit 20,3 Prozent. In 3-Personen-Haushalten leben 18,9 Prozent der Interviewten, in 4-Personen-Haushalten 16,6 Prozent und in Haushalten mit mehr als 5 Personen sind 6,9 Prozent der Befragten zu finden (Tab. 10).

Das monatliche Haushalts-Netto-Einkommen (nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungen) liegt bei rund der Hälfte der befragten Haushalte (50,5 %) im mittleren Bereich von 1.250 bis 2.499 Euro (Tab. 10). Mehr als 2.500 Euro verdient etwas mehr als

ein Drittel (31,9 %) der befragten Haushalte. Weniger als 1.250 Euro pro Monat haben nur 17,8 Prozent zur Verfügung. Zwei Drittel (63 %) der Befragten lebt in einer größeren Stadt (100.000 bis mehr als 500.000 Einwohner); in Mittelzentren leben 23 Prozent und in Wohnorten mit weniger als 20.000 Einwohnern 13,8 Prozent der Interviewpartner.

### 2.3 PRÜFUNG DER DATEN AUF EIGNUNG FÜR EINE SEKUNDÄRANALYSE

Die jährlich durchgeführte repräsentative Umfrage der TdW-Studie bietet sowohl durch die hohe Fallzahl als auch durch die Fülle der erhobenen Daten ein umfangreiches Datenmaterial für weitere wissenschaftliche Sekundäranalysen. Am Beispiel einiger zentraler Items wird im Folgenden die Eignung der TdW 06/07 für die geplante Analyse geprüft.

#### Items mit Bezug zur gesundheitlichen Problemlage

In der Typologie der Wünsche werden körperbezogene Maße wie die Körpergröße und das Körpergewicht erfragt und hieraus der jeweilige Body-Mass-Index (BMI) errechnet. Das Körpergewicht eignet sich nicht als alleiniges Item zur Beurteilung eines Adipositasrisikos, da es keine Aussage über die gesundheitliche Bedeutung des Körpergewichts ermöglicht. Der BMI ist der bessere Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Bedeutung von Übergewicht (WIRTH A 2008:6ff).

Der errechnete BMI wird in der TdW-Studie in zwei unterschiedlichen Kategorisierungsformen ausgewertet: einer BMI-Beurteilung in Anlehnung an die WHO und einer altersabhängigen BMI-Beurteilung.

Die sogenannte **altersabhängige BMI-Beurteilung** berücksichtigt sowohl die Erkenntnisse zur höchsten Lebenserwartung als auch die Zunahme des BMI mit dem Alter. Alter und Geschlecht sind wichtige Determinanten zur Beurteilung des Körpergewichts (HAHN A ET AL. 2005:336). Bei beiden Geschlechtern erhöht sich das Gewicht und somit der BMI mit zunehmenden Alter. Der stärkste Gewichtsanstieg ist bei Männern zwischen dem 30. und 40 Lebensjahr zu beobachten; bei Frauen ungefähr 10 Jahre später (HAUNER H 1999). Die wissenschaftlichen Referenzwerte zur Grenzziehung für das altersabhängige Normalgewicht sind in Tabelle 11 aufgezeigt. Beispielsweise entspricht im Alter von 19 bis 24 Jahren ein BMI von 19 bis 24 kg/m<sup>2</sup> der Gewichtskategorie Normalgewicht. Darüber liegt Übergewicht vor, bei einem niedrigeren BMI Untergewicht. Mit zunehmenden Alter steigt der BMI, der gemäß altersabhängigen BMI-Referenzwerten als Normalgewicht eingestuft wird (WIRTH A 2008:9).

**Tabelle 11: BMI-Bewertung altersabhängig: Vergleich der BMI Referenzwerte und der BMI Klassifikation TdW 06/07** [Quelle: eigene Darstellung auf Datenbasis von (WIRTH A 2008:9) und (BCN 2008)]

BMI Referenzwerte		BMI TdW 06/07	
Alter (Jahre)	Normalgewicht (BMI kg/m <sup>2</sup> )	Alter (Jahre)	Normalgewicht (BMI kg/m <sup>2</sup> )
19 - 24	19 – 24	<b>14 - 24</b>	19 - 20
25 - 34	20 – 25	25 - 34	20 - 25
35 - 44	21 – 26	35 - 44	21 - 26
45 - 54	22 – 27	45 - 54	22 - 27
55 - 65	23 – 28	55 - 65	23 - 28
>65	24 – 29	>65	24 - 29

Die in der TdW-Studie verwendete altersabhängige BMI-Einteilung ist ebenfalls in Tabelle 11 dargestellt. Sie stimmt weitgehend mit der altersabhängigen BMI-Grenzziehung für Normalgewicht der wissenschaftlichen Referenzwerte überein; mit einer Ausnahme: die jüngste Altersgruppe. Sie beginnt in der BMI-Zuordnung der TdW-Studie bereits mit Alter 14 und weist die BMI-Kategorie Normalgewicht falsch zu.

Eine Gewichtsbeurteilung nach dem BMI ist auch für Jugendliche geeignet. Jedoch werden keine starren Grenzwerte zugrunde gelegt, weil in der jugendlichen Wachstumsphase Körpergröße und –gewicht stark geschlechtsspezifisch und entwicklungsabhängig sind. Deshalb erfolgt bis Alter 18 üblicherweise die Bewertung des BMI auf Basis von Perzentilenkurven mit einem fließenden Normgewichtsbereich und gesondert für jedes Geschlecht (HESEKER H 2008; REINEHR T 2008).

Außerdem findet in der altersabhängigen BMI-Beurteilung der TdW-Studie für die jüngste Altersgruppe eine Zuordnung zum Normalgewichtsbereich nur bei einem BMI zwischen 19 und 20 kg/m<sup>2</sup> statt. Ab BMI 20 kg/m<sup>2</sup> stuft also die TdW-Studie das Gewicht im Alter zwischen 14 und 24 Jahren fälschlicherweise als übergewichtig ein. Die wissenschaftlichen Referenzwerte verwenden eine Spanne von 5 BMI-Punkten als Normbereich und die Einstufung als übergewichtig beginnt mit BMI 24 kg/m<sup>2</sup>. In der Konsequenz kategorisiert die altersabhängige BMI-Auswertung der Typologie der Wünsche den BMI im Alter bis 24 Jahren zu häufig als Übergewicht. Eine valide Beurteilung der Gewichtssituation in der **altersabhängigen BMI-Bewertung** der jüngsten Altersgruppen (14 – 29 Jahre) – immerhin rund 20 Prozent der Stichprobe – ist deshalb nicht möglich.

Die altersabhängigen BMI-Daten der TdW-Studie sind demnach für die geplante Analyse ungeeignet.

Die **BMI-Beurteilung nach WHO** ist – für Erwachsene ab Alter 18 - ein in der wissenschaftlichen Literatur gut etabliertes Verfahren (WIRTH A 2008; HAUNER H ET AL. 2007;

HESEKER H 2008). Nach dieser BMI-Beurteilung liegt bei einem BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup> Untergewicht vor, Normalgewicht bei einem BMI von 18,5 – 24,9 kg/m<sup>2</sup> (Tabelle 12). Als Übergewicht wird ein BMI über 25 kg/m<sup>2</sup> bezeichnet. Diese große BMI-Spanne unterteilt sich wiederum in die Kategorien Präadipositas (BMI 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>), Adipositas Grad I (30-34,9 kg/m<sup>2</sup>), Adipositas Grad II (BMI 35-39,9 kg/m<sup>2</sup>) und Adipositas Grad III (≥ 40 kg/m<sup>2</sup>) (HESEKER H 2008; WIRTH A 2008).

Die TdW-Studie verwendet die in Tabelle 12 genannten Messwertklassen. Auch in dieser Klassifikation wird die Altersgruppe < 18 Jahre nicht gesondert über BMI-Perzentilenkurven betrachtet. Verglichen mit der WHO-Einteilung sind in der TdW 06/07 für die Kategorien Normal- und Untergewicht verschoben (Tab. 12). Die TdW-Studie verwendet die Messwertkategorie BMI 20 kg/m<sup>2</sup> als Grenze für die Identifikation von Untergewicht.

**Tabelle 12 BMI-Einteilung im Vergleich mit WHO-Referenzwerten und TdW 06/07**

[Quelle: eigene Darstellung, Datenbasis: (HAUNER H ET AL. 2007) und (BCN 2008)]

BMI-Referenzwerte WHO		BMI-Einteilung TdW 06/07	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Kategorie	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Kategorie
< 18,5	Untergewicht	< 20	Untergewicht
18,5 - 24,9	Normalgewicht	20 - < 25	Normalgewicht
≥ 25	Übergewicht		
25 - 29,9	Präadipositas	25 - < 30	Übergewicht (leicht bis mäßig)
30 - 34,9	Adipositas Grad I	30 - < 40	Deutliches Übergewicht
35 - 39,9	Adipositas Grad II		
≥ 40	Adipositas Grad III	≥ 40	Sehr starkes Übergewicht

Zum Datenvergleich kann die Nationale Verzehrstudie II (NVS II) (MAX-RUBNER-INSTITUT (MRI) 2008) herangezogen werden. Sie ist die derzeit größte epidemiologische Studie zum Ernährungsverhalten in Deutschland. Die Ergebnisse der NVS II sind repräsentativ für die deutschsprachige Bevölkerung zwischen 14 und 80 Jahren. Der ermittelte Body-Mass-Index in der NVS II beruht auf gemessenen Werten zum Körpergewicht und Körpergröße (MAX-RUBNER-INSTITUT (MRI) 2008:XV).

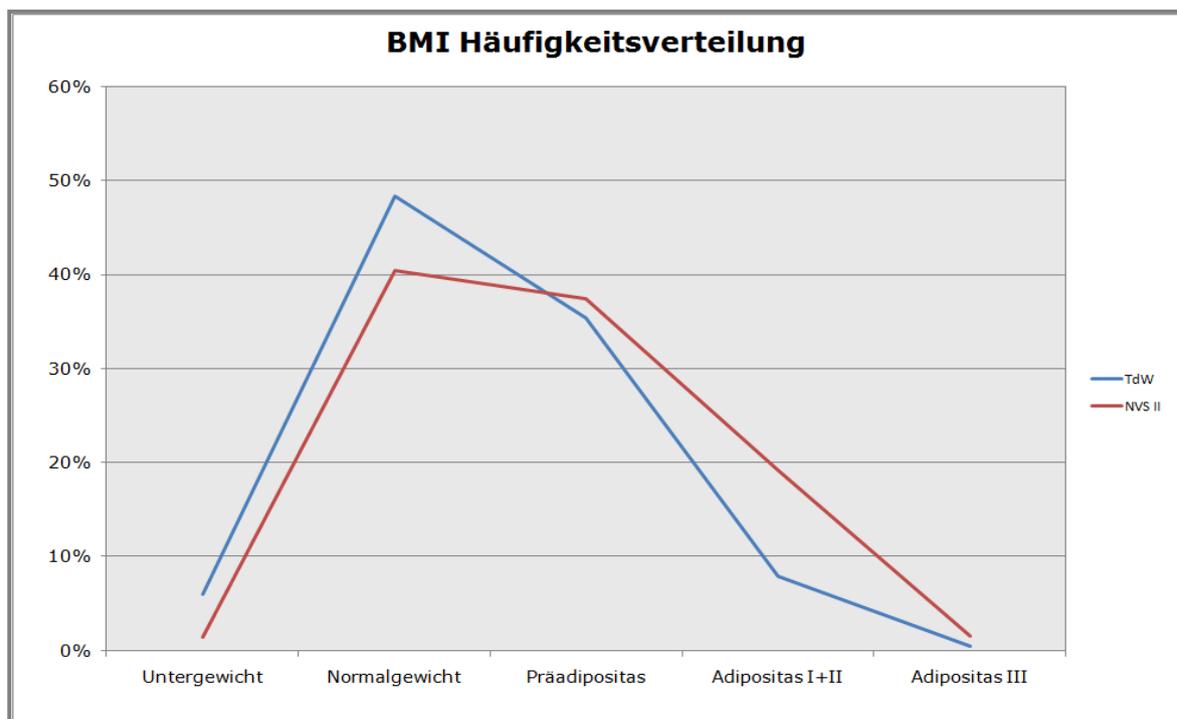
Ein Vergleich der prozentualen BMI-Verteilung in NVS II und TdW 06/07 zeigt die Bedeutung unterschiedlichen BMI-Grenzziehungen (Tabelle 13). Als untergewichtig stuft die NVS II 1,4 Prozent der Bevölkerung ein. Gemäß TdW 06/07 wären 6 Prozent der Bevölkerung untergewichtig zu nennen. Normalgewichtig sind laut NVS II 40,4 Prozent der Bevölkerung, in der TdW 06/07 sind es 48,3 Prozent - also 7,9 Prozent mehr. Die TdW-Studie **überschätzt** also die Gewichtsbeurteilungen „Untergewicht“ und „Normalgewicht“.

**Tabelle 13: Prozentuale BMI-Verteilung: Vergleich zwischen TdW 06/07 und NVS II**

[Quelle: eigene Darstellung, Daten: (MAX-RUBNER-INSTITUT (MRI) 2008:129f) und TdW 06/07]

TdW 06/07		NVS II	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Bevölkerung (%)	BMI(kg/m <sup>2</sup> )	Bevölkerung (%)
< 20	6	< 18,5	1,4
20 - < 25	48,3	18,5 - 24,9	40,4
25 - < 30	35,4	25 - 29,9	37,4
30 - < 40	7,9	30 - 34,9	15,1
		35 - 39,9	4,1
≥ 40	0,5	≥ 40	1,5

**Unterschätzt** werden dagegen die Übergewichtskategorien ab BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, vor allem in den Einstufungen Adipositas Grad I bis III. Hier liegt eine methodisch bedingte Unterschätzung vor. In der NVS II werden Körpergröße und Körpergewicht im Beisein des Interviewers gemessen. Diese körperbezogenen Daten der TdW-Studie sind freiwillige Nennungen per Telefon. Hierdurch kommt es erfahrungsgemäß zur systematischen Unterschätzung von Übergewicht (HESEKER H 2008; BASSETT DR ET AL. 2008). Die Überschätzung der Gewichtskategorien Unter- und Normalgewicht sowie die Unterschätzung der Präadipositas und Adipositas Grad I-III wird im direkten Vergleich der Häufigkeitsverteilungen sehr gut deutlich (Abb. 7).

**Abbildung 7: BMI-Häufigkeitsverteilung, Vergleich TdW 06/07 und NVS II** (Quelle: eigene Darstellung)

## Alters- und geschlechtsabhängige Bias

Diese Unterschätzung von Präadipositas bzw. Adipositas trifft in besonderem Maß für Frauen aller Altersgruppen und Befragte ab Alter 60 zu. Im Vergleich von Selbstangaben im Vergleich mit Messungen der National Health and Nutrition Examination Survey-Studie III (NHANES III) (KUCZMARSKI M ET AL. 2001) zeigt sich, dass der BMI für Männer der jüngeren Altersgruppen durch Selbstangabe von Größe und Gewicht relativ valide erhoben werden kann. Ab der Altersgruppe über 60 Jahren besteht jedoch eine Tendenz zur Unterschätzung. Gleiches gilt für Frauen aller Altersgruppen (KUCZMARSKI M ET AL. 2001). Als Gründe sind denkbar:

1. Es gibt zum einen eine generelle Tendenz zum „Underreporting“ des Körpergewichts bei Frauen und Männern ab Alter 60 (KUCZMARSKI M ET AL. 2001). Desweiteren geht mit zunehmendem Alter die Körpergröße zurück. Sorkin et al (1999) beziffern den Größenrückgang im Alter von 30 bis 80 Jahren auf rund 5 Zentimeter bei Männern und rund 6 Zentimeter bei Frauen. Für die US-amerikanische Bevölkerung wird in der NHANES-Studie III von einem Fehler zwischen 2,92 und 4,5 Zentimetern für Frauen und 3,06 bis 4,29 Zentimetern bei Männern in der Altersgruppe über 70 Jahren ausgegangen (KUCZMARSKI M ET AL. 2001).
2. Bei einer spontanen telefonischen Abfrage der Körpergröße ist davon auszugehen, dass die Befragten sich zumeist an die zuletzt dokumentierte Körpergröße erinnern. Dies ist häufig die Größenangabe im Personalausweis. Je höher das Alter, desto unzutreffender ist jedoch diese meist in jungen Jahren gemessene Größenangabe. Da die Körpergröße als Quadratfunktion in die BMI-Berechnungsformel eingeht, verstärkt sich dieser Fehler sogar noch.

## Bewertung

Die in der TdW-Studie vorgenommene altersabhängige Gewichtskategorisierung ist für die Nutzung in der vorliegenden Arbeit ungeeignet. Die Gewichtsbeurteilung der TdW-Studie nach WHO ist geeignet, hat jedoch Schwächen in der Kategorisierung der unteren Gewichtsklassen und bleibt methodisch bedingt in der Aussagekraft hinter der Genauigkeit der NVS II zurück. Dies ist jedoch nicht als Kritik an der Primärerhebung zu verstehen, sondern zeigt lediglich, dass die Verwendung von Daten einer Primärstudie, die zu anderen Zwecken als einer Gesundheitsbetrachtung erstellt wurde, Einschränkungen unterworfen sein kann. Als Konsequenz wird in dieser Arbeit die Adipositas-Risikokategorisierung der „Sinus-Milieus“ nicht ausschließlich über eine Beurteilung des BMI durchgeführt. Zur Risikobeurteilung werden vielmehr zusätzliche Daten zu Einstellungen und Verhalten berücksichtigt.

## Items zum Mediennutzungsverhalten

Das Mediennutzungsverhalten kann aus der TdW 06/07 auf zweierlei Wegen erschlossen werden. Die TdW 06/07 erfasst einerseits die Nutzung von Medien als Teil des Freizeitverhaltens als auch in einem umfangreichen Modul die Nutzung von Medien zur Planung der medialen Erreichbarkeit (BCN 2006:38ff;43ff). Daten sind verfügbar zu der Mediennutzung in der Freizeit, Nutzungshäufigkeiten, Nutzungsdauer und Themeninteressen aus den Medienbereichen Zeitschriften, Tageszeitungen, Supplements, Apotheken-Kundenzeitschriften, TV, Hörfunk, Musikvorlieben, Kino, Bücher, Hörbücher, Online-Angebote und Internet. Beispielsweise ist das Nutzungsverhalten zu 160 Zeitschriften und 10 nationalen Zeitungen in der Markt-Media-Studie enthalten.

Die jeweilige Nutzungsdauer und -häufigkeit der Medien Tageszeitung, Zeitschrift, TV, Radio, Internet sowie Buch und Kino können aus der Sinus-Milieu-basierten Auswertung übernommen werden. Das Interesse an den erstgenannten fünf Mediengattungen wird über eine sechs-stufige Skala erhoben (BCN 2006:43ff).

Zusätzlich stehen für die Mediengattungen TV, Zeitschrift und Internet Informationen über die Nutzung spezieller Zeitschriften, Sendungen oder Websites zur Verfügung. Allerdings sind im Interview keine freien Antworten möglich, die das präferierte Nutzungsmuster zeigen. Vielmehr wählt der Befragte seine Antworten aus einem vorselektierten Spektrum von TV-Sendungen, Zeitschriften oder Websites aus. Zum Beispiel dominieren im Bereich TV-Sendungen von den 87 Sendungen der Befragung Filme bzw. Beiträge von privaten Sendern: RTL (24), SAT 1 (24) und Pro 7 (12). Im öffentlich-rechtlichen Fernsehen beobachtet die TdW-Studie nur wenige Sendungen von ARD (8), ZDF (8) und MDR (1). Etliche Sender fehlen gänzlich wie z.B. 3SAT, Super RTL, Arte, das Vierte oder die dritten Programme der öffentlich-rechtlichen Sendeanstalten. Das Spektrum der im Interview enthaltenen TV-Sendungen reicht von Nachrichten (heute) und Magazinsendungen (Explosiv, Fit for fun TV) über Serien (Gute Zeiten, schlechte Zeiten, Star Trek) bis hin zur Fußballübertragung (Champions League). Auch die Sendezeiten unterscheiden sich deutlich (BCN 2006:43ff).

## Bewertung

Die gewonnenen Daten zu speziellen Beiträgen oder Zeitschriften liefern keine validen Informationen über das tatsächliche Rezipientenverhalten, sondern repräsentieren ein vorselektiertes Präferenzmuster. Um dennoch Informationen über genutzte TV-Sendungen, Zeitschriften und Websites in die Analyse einzubeziehen, wird in dieser Sekundäranalyse das Rezeptionsverhalten auf der übergeordneten Ebene der Mediennutzung in der Freizeit, der Mediengattungen, der Nutzungsdauer sowie der generellen Themeninteressen betrachtet.

## 2.4 ZIELGRUPPENINSTRUMENT „SINUS-MILIEUS“ IN DER TDW

Die Studie Typologie der Wünsche war laut Burda Community Network (BCN 2006:10) die erste „*umfassende Markt-Media-Studie*“, die die empirische Lebensstiltypologie als

Zielgruppeninstrument in die Auswertung integrierte. Somit sind seit 1995 die quantitativen Daten der TdW-Studie Sinus-Milieu-bezogen verfügbar.

Die in der TdW 06/07 vorgenommene Milieuzuordnung entspricht der Milieu-Nomenklatur der in Kapitel IV 4 charakterisierten zehn Sinus-Milieus „Sinus-Milieus 2007“<sup>25</sup> (BCN 2006:11). Eine grafische Darstellung der „Sinus-Milieus“, eine Übersicht ihrer Leitmotive und die Gruppierung zu größeren Lebenswelt-Segmenten werden in Kapitel IV 4 dargestellt.

Der Anteil der „Sinus-Milieus“ an der Grundgesamtheit der TdW-Studie entspricht weitgehend den in Kapitel IV 4 dargestellten „Sinus-Milieus“. Lediglich das „Sinus-Milieu“ der Konsum-Materialisten ist in der TdW 06/07 verglichen mit der Milieustruktur in den „Sinus-Milieus“ 2007 leicht unterrepräsentiert (11 % TdW 06/07, 12 % „Sinus-Milieus“ 2007) (BCN 2006:11).

---

<sup>25</sup> Im Weiteren werden für die Sinus-Milieus folgende Kurzbezeichnungen verwendet: Sinus B1 Etablierte = Etablierte (ET); Sinus B12 Postmaterielle = Postmaterielle (PM); Sinus C12 Moderne Performer = Moderne Performer (MOP); Sinus A12 Konservative = Konservative (KON); Sinus A23 Traditionsverwurzelte = Traditionsverwurzelte (TRAD); Sinus AB2 DDR-Nostalgische = DDR-Nostalgische (NOS); Sinus B2 Bürgerliche Mitte = Bürgerliche Mitte (BM); Sinus B3 Konsum-Materialisten = Konsum-Materialisten (MAT); Sinus C2 Experimentalisten = Experimentalisten (EXP); Sinus BC3 Hedonisten = Hedonisten (HED)

### 3 DURCHFÜHRUNG DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG

Die empirische Untersuchung wird in drei Analyseschritten durchgeführt. Zunächst werden „Sinus-Milieus“ mit hohem Adipositasrisiko (Adipositas-Risikomilieus) identifiziert, daran anschließend charakterisiert und schließlich wird das Mediennutzungsverhalten dieser Adipositas-Risikomilieus beschrieben. Im Analyseschritt 1 werden die Variablen zur Konstruktion einer Adipositas-Risikotypologie hergeleitet, die Risikotypologie generiert und „Sinus-Milieus“ mit hohem Adipositasrisiko als Hauptzielgruppen abgeleitet. Der zweite Analyseschritt umfasst die Charakterisierung der Hauptzielgruppen anhand soziodemographischer Merkmale und weiterer Charakteristika. Im Analyseschritt 3 wird die Häufigkeit der Nutzung verschiedener Mediengattungen, die Rezeption von Gesundheits- und Ernährungsthemen sowie weitergehende Themeninteressen untersucht. Auf Basis dieser Erkenntnisse erfolgt eine Ableitung von Empfehlungen zur zielgruppengenaue Kommunikation und verbesserter Erreichbarkeit von Hauptzielgruppen mit hohem Adipositasrisiko (Adipositas-Risikomilieus).

#### 3.1 IDENTIFIKATION DER ADIPOSITAS-RISIKOMILIEUS

Die Identifikation von Hauptzielgruppen beruht auf einer Gruppierung gemäß eines gemeinsamen Problembezugs (Adipositasrisiko). Methodisch eignet sich dazu die Bildung von Risikotypen. Typen sind Denkmodelle zur Abbildung komplexer sozialer Realitäten. Sie entstehen durch einen Gruppierungsprozess, bei dem diejenigen Objekte eines Untersuchungsbereichs zusammengefasst werden, die sich hinsichtlich einem oder mehrerer Merkmale ähneln. Ein Typus ist eine Teil- oder Untergruppe mit gemeinsamen Eigenschaften und spezifischen Merkmalsausprägungen. Er wird anhand dieser Merkmale beschrieben und charakterisiert (KLUGE S 2000; KLUGE S 1999:13f).

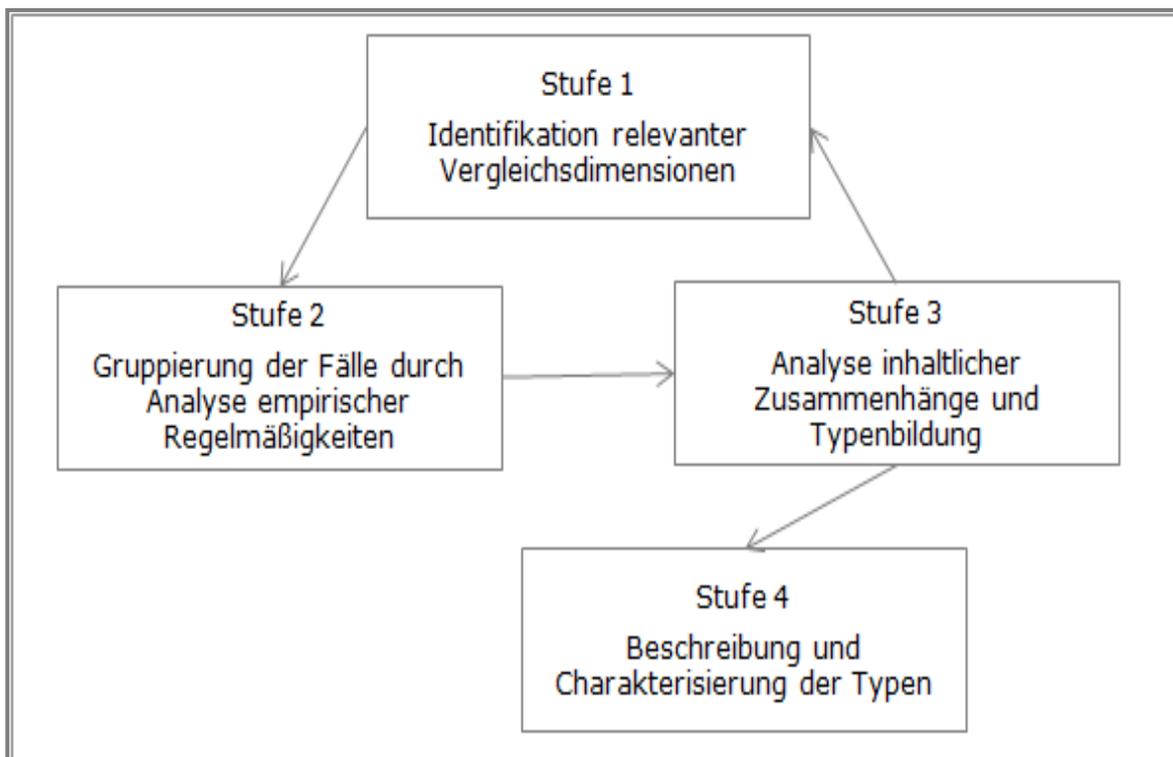
Für die Durchführung von Typologien nennt die qualitative Forschungsliteratur verschiedene methodische Möglichkeiten. Hier soll das systematische Verfahren der Typenbildung nach Kluge (2000, 1999:13f), wie in Abbildung 8 dargestellt, eingesetzt werden. Dies geht auf das von Kuckartz (1996) entwickelte Verfahren zur „typologischen Analyse“ und die Prozesstrukturanalyse nach Gerhardt (1986) zurück. Die Typologie nach Kluge basiert auf einer vierstufigen und systematischen, aber dennoch flexiblen Vorgehensweise (KLUGE S 2000):

1. Identifikation relevanter Vergleichsdimensionen
2. Gruppierung der Fälle durch Analyse empirischer Regelmäßigkeiten
3. Analyse inhaltlicher Zusammenhänge und Typenbildung
4. Beschreibung und Charakterisierung der Typen

Jeder Typologie liegt ein Merkmalsraum zugrunde, der sich aus der Kombination von ausgewählten Merkmalen oder Vergleichsdimensionen ergibt (KLUGE S 2000). Deshalb verlangt das Verfahren der typologischen Analyse im ersten Schritt die Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen. Deren Merkmale müssen eindeutig beschrieben und definiert sein (KLUGE S 2000). Merkmalkategorien können auf verschiedene Arten abge-

leitet werden: **deduktiv** aus theoretischem Vorwissen oder **induktiv** durch Analyse des Datenmaterials anhand thematischer Stichworte. Eine Kombination der Verfahren ist möglich (MAYRING P 2005).

Daran schließt sich eine Gruppierung der Fälle durch die Analyse der empirischen Regelmäßigkeiten an (KLUGE S 1999:274). Nach einer anschließenden Analyse inhaltlicher Sinnzusammenhänge (KLUGE S 1999:277f) werden die Typen – hier die Risikotypen - entsprechend ihrer Merkmalsausprägung hinsichtlich des bestehenden Adipositasrisikos eingeordnet bzw. gruppiert.



**Abbildung 8: Stufenmodell der empirisch begründeten Typenbildung** (Quelle: KLUGE S 2000)

### Induktive und deduktive Ableitung von Vergleichsdimensionen

Zur **deduktiven Bildung** der Merkmalkategorien wird das Adipositasmodell von Wittig, Schneider, Mertens und Hoffmann (2009) herangezogen. Trotz der Fülle der beeinflussenden Faktoren identifizierte diese Arbeitsgruppe lediglich zwei Faktoren mit direktem Einfluss auf das Körpergewicht: die **Energiebilanz** und **biologische Faktoren**. Alle weiteren Faktoren wirken indirekt. Zentraler indirekter Einflussfaktor ist dieser Analyse zufolge der Lebensstil. Alle weiteren Einflussfaktoren wirken über die Lebensstilfaktoren auf die Energiebilanz und somit den Gewichtsstatus. Deshalb erscheinen aus deduktiver Sicht die direkten Faktoren Energiebilanz und biologische Faktoren (Hormonkonstellation, Genetik, Alter, Geschlecht) sowie die indirekten Faktoren des Lebensstils (Ernäh-

rungsverhalten, Körperliche Aktivität, Medienkonsum, Schlafverhalten und Rauchen) als Merkmalkategorien geeignet (SCHNEIDER K ET AL. 2009; WITTIG F ET AL. 2009).

**Induktiv** lassen sich aus der Typologie der Wünsche 06/07 von den genannten direkten Faktoren lediglich Informationen zum Vorliegen von Übergewicht, Alter und Geschlecht der Interviewten ableiten. Eine eventuell vorliegende genetische Vorbelastung für Adipositas oder Hinweise auf hormonell bedingte Erkrankungen sind nicht Gegenstand einer Markt-Media-Studie. Alle direkt wirksamen Faktorenkomplexe beeinflussen jedoch die Ausprägung des Körpergewichts. Deshalb kann das Vorhandensein von Übergewicht ( $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) als Ausdruck sowohl der biologischen Faktoren als auch der Energiebilanz gesehen und als Risikomerkmak verwendet werden.

Auf die Schwächen der BMI-Erhebung in der TdW 06/07 wurde bereits in Kapitel V 2.3 eingegangen. Dort ist erwähnt, dass weitere Daten zu den Lebensstilfaktoren zur Identifikation der Adipositas-Risikomilieus hinzugezogen werden sollen. Von den zentralen, indirekt wirksamen Lebensstilfaktoren Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität, Medienkonsum, Schlafverhalten und Rauchen (SCHNEIDER K ET AL. 2009; WITTIG F ET AL. 2009) sind das Rauch- und Schlafverhalten ebenfalls nicht Gegenstand der Markt-Media-Studie.

Somit verbleiben unter Berücksichtigung der induktiven Sicht als mögliche Merkmalkategorien Übergewicht, Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität und Medienkonsum.

### 3.2 DATENANALYSE ANHAND VON RISIKOMERKMALEN ZUR IDENTIFIKATION VON ADIPOSITAS-RISIKOMILIEUS (ANALYSESCHRITT 1)

Vorab kann für die gesamte milieubezogene Datenauswertung festgestellt werden, dass die Zugehörigkeit zu einem der 10 „Sinus-Milieus“ für jeden Befragten eindeutig bekannt ist. Trotz fließender Milieuübergänge existieren keine Doppelmitgliedschaften. Die Auswertung erfolgt überwiegend nach dem Median-Prinzip. Abweichungen von mehr als +5 Prozent ( $\text{Index} > 105$ ) vom Bevölkerungsdurchschnitt werden als überdurchschnittlich interpretiert. Unterdurchschnittlich gilt eine Abweichung von mehr als -5 Prozent ( $\text{Index} < 95$ ). Nachfolgend werden die Merkmalkategorien der Risikotypologie und die zur Verwendung kommenden Merkmalsausprägungen aus der TdW-Studie definiert.

#### **Übergewicht**

Verwendet wird hier der BMI in der WHO-basierten BMI-Kategorisierung wie unter Kapitel V 2.3 beschrieben. Für die Herleitung der Merkmalkategorien werden die milieubezogenen BMI-Daten herangezogen. Die BMI-Klassifikation für Übergewicht der TdW-Studie entspricht weitgehend der Einteilung nach WHO. Zu einer validen Gesamtbeurteilung geht der gesamte BMI-Bereich über  $25 \text{ kg/m}^2$  als Merkmalkategorie „Übergewicht“ in die Risikobeurteilung ein.

- **Als Risikomerkmale für das Vorhandensein von Übergewicht wird in dieser Untersuchung die Merkmalkategorie Übergewicht verwendet. Sie umfasst den gesamten BMI-Bereich von  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ , also sowohl Präadipositas als auch Adipositas Grad I-III.**

## **Ernährung – Einstellungen und Lebensmittelkonsum**

Hinweise zu Einstellungen des Verbrauchers als Verhaltensdeterminante hinsichtlich Ernährung und Gesundheit gibt die TdW 06/07 an verschiedenen Stellen – sowohl über Statements zu Ernährung und Gesundheit als auch aus dem Bereich der Freizeitgestaltung (BCN 2006).

Einstellungen zu „Ernährung und Umwelt“ werden über 22 Items/Fragen ermittelt, von denen 20 Items einen Bezug zu Ernährung oder Gesundheit haben und in diese Untersuchung eingehen (Anhang 2). Über sie erschließen sich fünf Themen-Kategorien<sup>26</sup>:

1. Ernährungsbewusstsein
2. Selbst Kochen und backen
3. Fertiggerichte – Einstellung und Verwendung
4. Essen und Trinken als Genuss
5. Qualität der Ernährung und ökologische Aspekte

Für die Charakterisierung des Lebensmittelverzehr stehen in der TdW-Studie nur wenige Items zur Verfügung. Rückschlüsse über die Verwendung von Lebensmitteln bzw. verzehrfertigen Produkten könnten aus der Fragegruppe „Besteht Produktinteresse an ...“ mit insgesamt 69 Antwort-Items gezogen werden. Davon stehen 14 Items in Zusammenhang mit Konsum-Entscheidungen im Bereich Ernährung, Lebens- und Genussmittel, wobei acht mit der Entstehung von Übergewicht in Zusammenhang gebracht werden können (BCN 2006:34). Es sind die Aussagen zu Interesse an:

1. Ernährungsfragen
2. Süßwaren, Bonbons, Tafelschokolade, Schokoriegel
3. Knabbergebäck (z.B. Chips, Salzletten, Salzgebäck)
4. Spirituosen
5. Alkoholische Getränke (Wein, Sekt, Bier)
6. Alkoholfreie Erfrischungsgetränke
7. Kalorienreduzierte Lebensmittel, Light Produkte
8. Schlankheitskost

---

<sup>26</sup> Die Benennung der Kategorien folgt sinngemäß den verdichteten Einstellungs-Zielgruppen der TdW 06/07 (BCN 2006:29).

Allerdings zeigt sich hier der Zweck der Markt-Media-Studie Typologie der Wünsche, denn es wird überwiegend das Produktinteresse an industriell hergestellten und vor allem stark umworbenen Warengruppen wie z.B. Süßwaren, Knabbergebäck, Milch und Milchprodukte, Getränke (Erfrischungsgetränke, Kaffee, Tee, Alkoholika, Spirituosen) und Fertiggerichte ermittelt. Weniger marketingaffine Lebensmittelgruppen mit großer Bedeutung für die tägliche Nahrungsversorgung wie die Grundnahrungsmittel Wasser, Gemüse, Obst, Brotwaren, Fleisch oder Fisch fehlen in dieser Befragung. Da somit keine korrekte Beurteilung der tatsächlichen Verzehrgeohnheiten möglich ist, wird das Interesse an Produkten **nicht** in die vorliegende Betrachtung einbezogen.

Relevant für eine Beschreibung der Einstellungen im Bereich Ernährung ist vor allem der Fragenkomplex „Ernährungsbewusstsein“ der TdW-Studie, der aus einem Cluster von vier Fragen besteht (Anhang 2):

1. Beim Essen achte ich auf Kalorien.
2. Es ist mir besonders wichtig, viel für meine Gesundheit zu tun.
3. Ich achte ganz bewusst auf gesunde, ausgewogene Ernährung.
4. Ich wäre wirklich froh, wenn ich etwas abnehmen könnte.

Die Fragen fokussieren dabei auf unterschiedliche Aspekte, die von einer gesundheitsbewussten Einstellung (Frage 2) bis hin zum gesundheitsförderlichen (Frage 3) bzw. gewichtsbewussten Ernährungsverhalten (Frage 1) reichen. Da die jeweiligen Faktoren laut TdW-Studie wie Persönlichkeitseigenschaften zu verstehen sind (BCN 2006:28ff), wird in der Risikotypologie das gesamte Fragencluster gemeinsam als Merkmalkategorie „Ernährungsbewusstsein“ gewertet.

- **Als Risikomerkmak für Einstellungen und Verhalten im Themenbereich Ernährung wird für diese Untersuchung die Merkmalkategorie Ernährungsbewusstsein verwendet.**

## **Körperliche Aktivität**

Für die Prävention von Übergewicht und Adipositas wird eine Mischung aus körperlicher Aktivität mit moderater und kräftiger Intensität empfohlen (CDC 2008; WHO 2004). Kombiniert werden sollten Bewegungsformen im Alltag (Alltagsroutinen), in der Freizeit und Sport, im Beruf und bei „Transportaktivitäten“<sup>27</sup> (SCHNEIDER K ET AL. 2009).

In der TdW 06/07 wird – wie bereits zu Beginn des Kapitels aufgezeigt – das Bewegungsverhalten über Items zur Freizeitbeschäftigung erfragt (Anhang 3). Es können keine Aussagen zu beruflichen Bewegungs- und Transportaktivitäten im Rahmen dieser Analyse der TdW-Studie getroffen werden. Das Lebensstilmerkmal „aktiver Alltag“ bzw.

---

<sup>27</sup> Gemeint ist das Tragen und Transportieren von Lasten wie z.B. Einkaufstüten, Getränkekisten, Koffer etc.

„Alltagsroutinen“ wird ebenfalls nicht erhoben. Wichtige Aspekte eines „aktiven Alltags“ wie Gehen, Hausarbeit oder Bewegung bei der Betreuung von Kindern, die beispielsweise in der NVS II erhoben wurden, fehlen. In der NVS II erfassen 5 Items - Gehen, Hausarbeit und Kinderbetreuung, Gartenarbeit, Fahrradfahren und Heimwerken – die Alltagsbewegung (MAX-RUBNER-INSTITUT (MRI) 2008:47). In der TdW 06/07 werden lediglich Beschäftigung mit dem Garten und Heimwerken erfragt. Die Auswertung des Items Heimwerken erfolgt in der TdW 06/07 summativ mit Basteln. Dies macht es für eine Sekundäranalyse unmöglich, die damit verbundene körperliche Aktivität bzw. den Kraftaufwand abzuschätzen.

Die **Sportaktivität bzw. intensive körperliche Aktivität** wird in der TdW 06/07 mit der Frage „Wie häufig treiben Sie in Ihrer Freizeit Sport?“ ermittelt. Der Interviewte stuft sich selbst in eine vierstufige Skala („regelmäßig/intensiv“, „gelegentlich/ab und zu“, „nur selten“ und „überhaupt nicht“) ein (BCN 2006:38). Gemäß TdW 06/07 sind 72 Prozent der Grundgesamtheit regelmäßig bis gelegentlich sportlich aktiv (BCN 2006:38). In der Nationalen Verzehrsstudie II (NVS II) nannten sich in einer Selbsteinschätzung zu Beginn der Studie 58,8 Prozent der Teilnehmer „sportlich aktiv“. In dieser Studie werden zudem die Häufigkeit der Sportausübung pro Woche und die Intensitätsgrade erfragt (MAX-RUBNER-INSTITUT (MRI) 2008:47). Aufgrund unterschiedlicher Fragestellung in den beiden Studien, fehlender Quantifizierung der Sportausübung sowie der Intensitätsgrade der Sportausübung in der TdW 06/07 sind die erhobenen Daten nicht vergleichbar. Die Häufigkeit der Sportausübung aus der TdW 06/07 geht als Merkmal für intensive körperliche Aktivität in die Risikotypologie ein, wird jedoch ergänzt durch weitere Merkmale körperlicher Aktivität.

Zusätzliche Hinweise zum **körperlichen Aktivitätsniveau in der Freizeit** sind in den 63 Items zu Freizeitbeschäftigungen enthalten. Zudem erfragt die TdW 06/07 eine große Bandbreite von Freizeitpräferenzen. Die insgesamt 63 verschiedenen Möglichkeiten der Freizeitgestaltung am Wochenende, an Abenden oder an Feiertagen werden im Anhang 3 dargestellt. 22 dieser Hobbies sind mit körperlicher Aktivität unterschiedlicher Intensität verbunden. In einer vierstufigen Antwortskala kann der Interviewte angeben, ob die jeweilige Tätigkeit „regelmäßig/intensiv“, „gelegentlich/ab und zu“, „selten“ oder „überhaupt nicht“ ausgeführt wird.

Tabelle 14 zeigt die erhobenen Freizeitaktivitäten, die eine körperliche Aktivität beinhalten sowie die Antworthäufigkeiten bezogen auf die deutschsprachige Bevölkerung ab Alter 14. Alle 19.119 Interviewteilnehmer der TdW 06/07 sind in diese Auswertung einbezogen, Mehrfachnennungen sind möglich.

**Tabelle 14: Selbstangaben zur Häufigkeit (in Prozent) von Freizeitbeschäftigungen, die mit körperlicher Aktivität verbunden sind** [Quelle: (BCN 2006:38f)] Erläuterung: n=19.119, Mehrfachnennungen sind möglich

Tätigkeit \ ... mache ich (%)	überhaupt nicht	nur selten	gelegentlich/ab und zu	regelmäßig/intensiv
Beschäftigung mit dem Garten, Gärtnern	46,6	12,9	18,1	22,4
Spazieren gehen	11,2	25,8	42,9	20,2
Radfahren	29,7	22,5	30,6	17,2
Schwimmen	29,2	30,4	33,5	7,0
Joggen, Laufen	67,5	14,2	12,3	6,0
Ballsport im Verein	85,7	6,0	3,5	4,8
Gymnastik	72,5	13,0	10,2	4,2
Wandern	48,7	28,8	18,3	4,2
Fussball spielen	84,1	7,1	4,7	4,0
Ins Fitness-/Aerobicstudio gehen	83,3	6,9	5,9	3,9
Walken, Nordic Walking	82,6	7,6	6,8	2,9
Sportliches Radfahren	85,7	7,1	5,0	2,2
Fitnessstraining/Aerobic zuhause	81,7	9,3	6,8	2,2
Skilaufen	79,8	10,8	7,8	1,6
Tennis	89,6	5,5	3,3	1,6
Neue Sportarten (Inline-Skating, Beachvolleyball)	86,0	7,7	4,7	1,6
Mentales Training, Yoga, Meditation	84,9	9,6	4,1	1,4
Reiten	95,8	1,9	1,4	0,9
Wassersport (Segeln, Surfen)	89,7	6,8	2,6	0,9
Golf	97,2	1,4	0,9	0,6
Squash	93,3	3,9	2,3	0,5
Extremsportarten	96,7	1,8	1,0	0,5

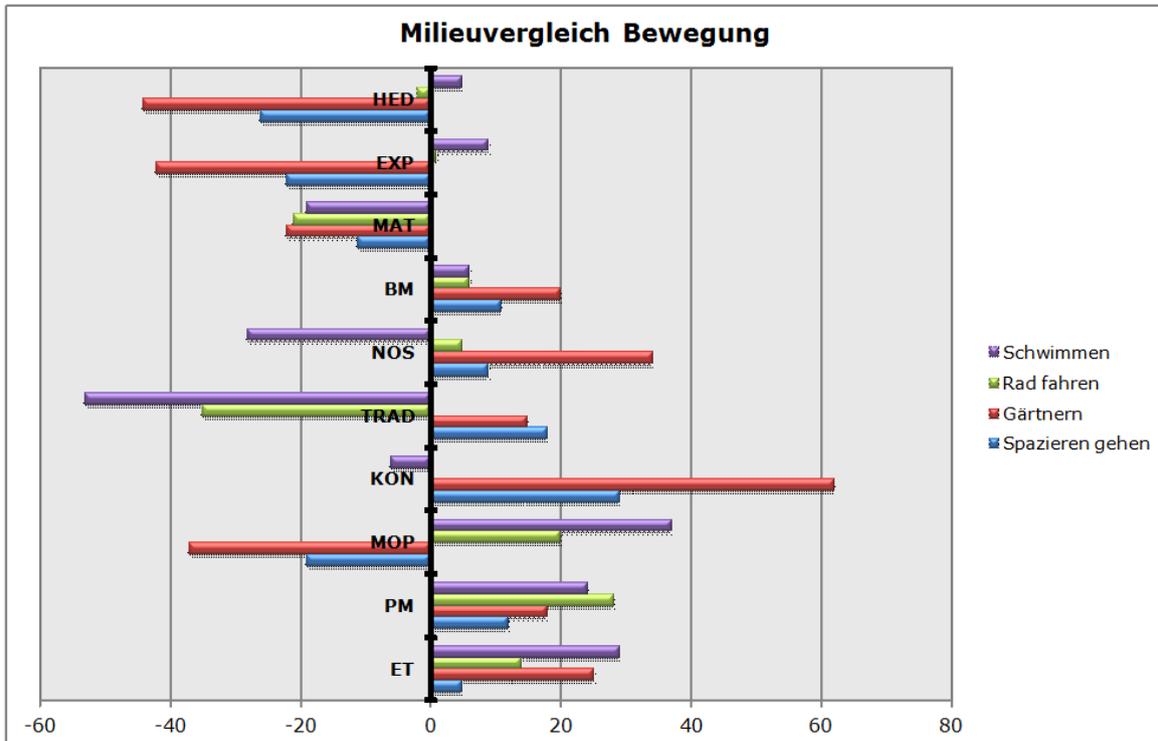
Als **leichte körperliche Aktivität** sind z.B. „Beschäftigung mit dem Garten, Gärtnern“, „Spazieren gehen“ oder „Mentales Training, Yoga, Meditation“ einzuordnen. Sportarten wie Walken, Wandern, Gymnastik, Tennis, Joggen, Fußball spielen oder Squash können je nach Ausführungsintensität **mittlerer bis schwerer körperlicher Aktivität** zugeordnet werden (CDC 2008).

Betrachtet man die Zustimmungskategorien „mache ich regelmäßig/intensiv“, dann werden am häufigsten als Bewegungsaktivitäten am Wochenende, abends oder feiertags genannt: Gärtnern (22,4 %), Spazieren gehen (20,2 %). Rad fahren (17,2 %) und Schwimmen (7 %) (Tabelle 14).

Die milieubasierte Auswertung der Freizeitaktivitäten der TdW-Studie weist die Kategorien regelmäßige und gelegentliche Ausübung gemeinsam aus. Eine Einzelauswertung der Antwortkategorie regelmäßige Ausübung („mache ich regelmäßig/intensiv“), wäre für diese empirische Untersuchung sinnvoll und wünschenswert, die Struktur der Rohdaten ermöglichen dies jedoch nicht. Deshalb gehen die Antworten zu den Kategorien regel-

mäßige und gelegentliche Ausübung gemeinsam in diese Arbeit ein. Sie können unverändert übernommen werden.

Die Ausübung moderater Bewegung der „Sinus-Milieus“ ist in Abbildung 9 als Abweichung vom Durchschnitt dargestellt. Die identifizierten bewegungsaktiven Freizeitaktivitäten sind unterschiedlich beliebt.



**Abbildung 9: Milieuvvergleich Bewegung auf Basis der Abweichung vom Durchschnitt** (Quelle: TdW 06/07, eigene Darstellung) Erläuterung: ET=Etablierte, PM=Postmaterielle, MOP=Moderne Performer, KON=Konservative, TRAD=Traditionsverwurzelte, NOS=DDR-Nostalgische, BM=Bürgerliche Mitte, MAT=Konsum-Materialisten, EXP=Experimentalisten, HED=Hedonisten

Aktiv in allen vier Kategorien sind Etablierte, Postmaterielle und Bürgerliche Mitte; in drei Kategorien sind die DDR-Nostalgischen aktiv. Moderne Performer, Hedonisten und Experimentalisten begeistern sich für Schwimmen und Rad fahren, dagegen unterdurchschnittlich für Spazieren gehen und Gärtnern. Spiegelbildlich verhalten sich Konservative und Traditionsverwurzelte.

Da zur Prävention von Übergewicht und Adipositas sowohl moderate als auch intensive Bewegungsintensitäten empfohlen werden, gehen die vier beliebtesten Bewegungsaktivitäten als Cluster plus die Sportausübung in die Risikobeurteilung ein.

- **Die Merkmalkategorie Bewegungsverhalten besteht aus einem Cluster der vier beliebtesten Aktivitäten mit moderater Bewegungsintensität (Gärtnern,**

## **Spazieren gehen, Rad fahren und Schwimmen) plus dem Parameter Sportausübung.**

### **Medienkonsum**

In etlichen Studien wurde ein Zusammenhang zwischen dem Fernseh- bzw. Medienkonsum und der Prävalenz von Adipositas nachgewiesen (SWINBURN B ET AL. 2008; HILBERT A ET AL. 2007; TUCKER LA ET AL. 1991; TUCKER LA ET AL. 1989). Tucker und Bagwell (1991, 1989) stellten einen kausalen Zusammenhang fest zwischen der TV-Sehdauer und der Entwicklung von Adipositas. Die Adipositashäufigkeit ist mehr als verdoppelt, bei einer täglichen TV-Dauer von mehr als 3 Stunden bei Männern bzw. mehr als 4 Stunden bei Frauen.

Die TV-Nutzung wird in der TdW-Studie als Freizeitbeschäftigung an Wochenenden, Abenden oder an Feiertagen erfasst. Zusätzlich wird die werktägliche TV-Nutzungsdauer ermittelt. Im Bereich Freizeit ist Fernsehen mit einer Zustimmung von 94,7 Prozent die häufigste Freizeitbeschäftigung. Zwischen den verschiedenen „Sinus-Milieus“ ergeben sich geringe Schwankungen in der TV-Nutzung. Sie liegt zwischen 89,5 und 97 Prozent bzw. mit nur kleinen Abweichungen vom Durchschnitt (Index=100) (Indexwerte von 95 und 102). Offenbar ist der Fernsehkonsum so weit verbreitet, dass sich nur minimale Differenzierungen der Milieus ergeben. Deshalb scheidet die TV-Gesamtnutzung als Merkmal zur Risikomilieudifferenzierung aus.

Eine geeignetere Differenzierung ist über die Dauer der täglichen TV-Nutzungsdauer möglich. TV-Nutzung wird in der Medienwirkungsforschung überwiegend in absoluten, zeitbezogenen Daten operationalisiert (BONFADELLI H 2004b:172f). So erfasst die Medienabfrage der TdW 06/07 auch die durchschnittliche Dauer der TV-Nutzung an einem Werktag (montags bis freitags). Die Interviewten schätzen ihre TV-Nutzung in einer sechsstufigen Skala von „nie“, über „weniger als 1 Stunde“ bis hin zu „4 Stunden und mehr“. Die milieubezogenen Daten können in Anlehnung an Haas (2007:70) übernommen werden, wobei jedoch von einer ähnlichen oder höheren TV-Dauer an Sonn- und Feiertagen bzw. Samstagen ausgegangen werden kann.

In der Kommunikationsforschung wird eine tägliche TV-Nutzung von 2,5 bis 6 Stunden als „Vielsehen“ angesehen. Zur Einordnung als Vielseher wird in der kommunikationswissenschaftlichen Literatur meist eine TV-Nutzungsdauer von „mehr als 3 Stunden“ täglich verwendet (BONFADELLI H 2004b:173). Dies deckt sich mit der Vorgehensweise in der Adipositasforschung (TUCKER LA ET AL. 1991; TUCKER LA ET AL. 1989).

- **Für die Risikotypologie wird deshalb für eine Merkmalkategorie TV-Dauer die Einordnung als „Vielseher“ mit einem werktäglichen TV-Konsum von 3 und mehr Stunden verwendet.**

### 3.3 DATENANALYSE ZUR CHARAKTERISIERUNG DER ADIPOSITAS-RISIKOMILIEUS (ANALYSESCHRITT 2)

Die Datenauswertung der TdW 06/07 zur Charakterisierung der Sinus-Risikomilieus schließt sich an die Risikotypologie an. Verfügbar sind im Datensatz der TdW 06/07 **soziodemographische Informationen** zu: Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Berufsausübung, Familienstand, Haushaltstrukturen, Haushaltsnettoeinkommen, Body-Mass-Index. Wie bereits unter Kapitel V 3.2 beschrieben, werden die **Ernährungseinstellungen** über 20 Items/Fragen ermittelt (Anhang 2). Über sie erschließen sich fünf Themenkategorien:

1. Ernährungsbewusstsein
2. Selbst kochen und backen
3. Fertiggerichte – Einstellung und Verwendung
4. Essen und Trinken als Genuss
5. Qualität der Ernährung und ökologische Aspekte

In die Charakterisierung der Risikomilieus gehen alle fünf Themenkomplexe ein. Zu Themenkategorie 2 – Selbst kochen und backen – werden zusätzlich die Häufigkeiten der Nennung von Kochen und Backen als Freizeitbeschäftigung hinzugezogen.

Einstellungen zu „Ernährung und Umwelt“ und Statements zu Gesundheit sind in der Befragung zur TdW 06/07 als sechsstufige Antwortskala von „trifft überhaupt nicht zu“ (Skalenwert 1) bis „trifft voll und ganz zu“ (Skalenwert 6) erfasst. Ausgewiesen werden in der Datenübersicht zur TdW 06/07 (BCN 2006:37) als zustimmende Antworten die Summe der Skalenwerte 5 und 6. Sie können unverändert übernommen werden.

„Wie häufig treiben Sie in Ihrer Freizeit Sport?“ Diese Frage gibt einen Einblick über sportliche Betätigung in der **Freizeit**. Zudem erfragt die TdW 06/07 eine große Bandbreite von Freizeitpräferenzen, wie unter Kapitel V 3.2 und Anhang 3 dargestellt. Sie reichen von „zuhause gemütlich entspannen“ bis zur Durchführung von „ Extremsportarten (z.B. Freeclimbing, Paragliding oder Drachen fliegen)“. Die Freizeitbeschäftigungen werden in dieser Arbeit acht verschiedenen Themenfeldern zugeordnet:

1. Bewegung/Sport/Fitness
2. Ausgehen/Ausflüge
3. Weiterbildung
4. Entspannung
5. Häusliche/Familiäre Beschäftigungen
6. Mediennutzung
7. Verschiedene
8. Hobbies

Die Auswertung erfolgt gemäß dieser Gruppierung. Sieben der genannten Freizeitbereiche sind Bestandteil der Charakterisierung der Adipositas-Risikogruppe in Kapitel V 3.3. Die Mediennutzung ist Gegenstand von Kapitel V 3.4.

Für die Antworten im Themenbereich Freizeitgestaltung und die Häufigkeit der Sportausübung sind in der TdW 06/07 eine vierstufige Antwortskala („mache ich überhaupt nicht“; „mache ich nur selten“, „mache ich gelegentlich/ab und zu“, „mache ich regelmäßig/intensiv“) vorgegeben. Die Antworten zu den beiden letztgenannten Kategorien gehen in diese Arbeit ein. Sie können unverändert übernommen werden.

Eine **Bereitschaft zur Gesundheitsvorsorge**, die als Handlungsbereitschaft interpretiert werden kann, ist in der TdW-Studie ablesbar an drei Items der insgesamt 16 Statements zur Gesundheit. Tabelle 15 nennt die Items im Bereich Gesundheitsbewusstsein, die zur Auswertung herangezogen werden. Zusätzlich enthält die TdW 06/07 Informationen zum tatsächlich praktizierten Diätverhalten, zur Akzeptanz bzw. der praktischen Durchführung von Schlankheitskuren oder Abnahmeprogrammen. Sechs Filterfragen ermitteln, ob bereits eine Diät durchgeführt wurde oder nicht. Außerdem sind Aussagen zur Diätform, der Zufriedenheit mit der Diät und wichtige Aspekte bei der Auswahl der Diät in der TdW 06/07 enthalten. Die drei letztgenannten Detailauswertungen können aufgrund fehlender Diäterfahrung von 77 Prozent der Befragten **nicht** in die Auswertung einbezogen werden. Es wäre kein valides Ergebnis zu erwarten. Tabelle 15 nennt die Items im Bereich Diäterfahrung, die zur Auswertung herangezogen werden.

**Tabelle 15: Items zum Gesundheitsbewusstsein und Diätverhalten in der TdW 06/07**

<b>Gesundheitsbewusstsein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bin sehr darauf bedacht, durch mein Verhalten und meine Lebensweise Krankheiten vorzubeugen.</li> <li>• Ich betreibe aktive Gesundheitsvorsorge, um meine Leistungsfähigkeit zu erhalten.</li> <li>• Ich achte auch bei ganz alltäglichen Dingen auf meine Gesundheit.</li> </ul>
<b>Diätverhalten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich habe schon mal eine Diät-/ein Abnahmeprogramm ausprobiert.</li> <li>• Ich habe bereits mehrere Diäten/ Abnahmeprogramme gemacht.</li> <li>• Ein Diät/Abnahme-Programm kommt für mich nicht in Frage.</li> <li>• Ich habe mir darüber noch keine Gedanken gemacht.</li> </ul>

### 3.4 DATENANALYSE ZU MEDIENNUTZUNG UND THEMENPRÄFERENZ DER RISIKOMILIEUS (ANALYSESCHRITT 3)

Die Struktur der Datenerhebung der TdW-Studie zur Mediennutzung als ein Aspekt der Freizeitgestaltung und im Modul Medien wurde bereits in Kapitel V 2.3 erläutert. Für die Darstellung der Mediennutzung wird in der nachfolgenden Analyse die **Häufigkeit der Mediennutzung** in der Freizeit der Hauptzielgruppen genutzt. Es sind Aussagen möglich zur Nutzungshäufigkeit der klassischen Medien (Fernsehen, Radio, Zeitung, Zeitschrift, Buch), neue Medien (Onlineangebote/Internet surfen, Kino, Videospiele/Computerspiele) und sonstige Medien wie Nutzung von Computer zu Arbeitszwecken, Musikträger- (CD, MP3, Schallplatte, Kassette) und Filmträgermedien (DVD, Video). Die Datenanalyse zur Mediennutzung beschränkt sich auf die klassischen Medien und Onlineangebote/Internet surfen, da bei den sonstigen genannten Medien kein direkter Bezug zur Nutzung für Maßnahmen der Gesundheitskommunikation erkennbar ist. Sie werden in die Kategorie Freizeitaktivität eingeordnet und dort ausgewertet. Auch hier ist über die TdW 06/07 eine vierstufige Antwortskala („mache ich überhaupt nicht“; „mache ich nur selten“, „mache ich gelegentlich/ab und zu“, „mache ich regelmäßig/intensiv“) vorgegeben. Die Antworten zu den beiden letztgenannten Kategorien werden in dieser Arbeit verwendet.

Die **Nutzungsdauer der Medien** Fernsehen, Radio, Zeitschrift und Tageszeitungen erfragt die TdW-Studie für die werktägliche Nutzung (von Montag bis Freitag). Für die Internetnutzung wird die wöchentliche Nutzungsdauer erfragt. Eine sechsstufige Skala dient als Antwortvorgabe, wie in Tabelle 16 zu sehen. Auch die Daten zur Nutzungsdauer dieser Medien aus dem Modul Medien können unverändert übernommen werden.

Kino und Buch werden in der generellen Nutzungshäufigkeit erfasst („Lese privat zur Unterhaltung Bücher“). Eine Auswertung der Daten zur Häufigkeit von Kinobesuchen erfolgt auf der Ebene der Freizeitbeschäftigung (Ausgehen/Ausflüge), da wiederum kein Themenbezug erkennbar ist.

Wie bereits in Kapitel IV 3.3 erwähnt, wird ebenfalls keine Auswertung des Nutzungsverhaltens auf der Ebene von einzelnen TV- oder Radiosendungen, Zeitschriften und Websites durchgeführt. Analysiert werden vielmehr die Präferenzen in Bezug auf TV-Genres und Themenpräferenzen in Zeitschriften.

Das **Themenangebot** in Zeitschriften wird im Modul Medien der TdW 06/07 in Form von 49 unterschiedlichen Themenfeldern erfasst. Im Bereich TV ermittelt die TdW-Studie das Interesse von 33 unterschiedlichen **TV-Genres**. Anhang 4 listet die Items zu den jeweiligen Mediengattungen auf. Zudem können die Aussagen zum Statement „Ich informiere mich häufig aus Medien über Gesundheitsfragen“ als Interesse an bzw. **Rezeption von Gesundheitsthemen** ausgewertet werden

Erfasst werden die Antworten wiederum in einer sechsstufigen Skala („6“ bedeutet „interessiert mich sehr stark“ bzw. „trifft voll und ganz zu“); Mehrfachnennungen sind möglich. Die milieubasierte Auswertung der Medien Zeitschrift und TV fasst die beiden höchsten Interessengruppen („5“ und „6“) zur Aussage „sehr interessiert“ zusammen.

**Tabelle 16: Variablen zur Nutzungsdauer und -häufigkeit im Modul Medien der TdW-Studie** (eigene Darstellung)

<b>Werktägliche Nutzungsdauer</b>			
<b>Fernsehen</b>	<b>Radio</b>	<b>Zeitschrift</b>	<b>Tageszeitungen</b>
Sehe nie fern	Höre nie Radio	Lese gar nicht	Lese gar nicht
Weniger 1 Std.	Weniger 1 Std.	Weniger 30 min	Weniger 30 min
Etwa 1 Std.	Etwa 1 Std.	0,5-1 Std.	0,5-1 Std.
Etwa 2 Std.	Etwa 2 Std.	1-1,5 Std.	1-1,5 Std.
Etwa 3 Std.	Etwa 3 Std.	1,5-2 Std.	1,5-2 Std.
4 und mehr Std.	4 und mehr Std.	2 Std. und mehr	2 Std. und mehr
<b>Wöchentliche Nutzungsdauer</b>	<b>Nutzungshäufigkeiten</b>		
<b>Internet</b>	<b>Kino</b>	<b>Buch</b>	
Keine Nutzung	Gehe nie ins Kino	Lese keine Bücher	
Nur ab und zu	Länger als 2 Jahre her	Lese privat zur Unterhaltung Bücher	
Bis zu 1 Std.	1-2 Jahre her		
1-2 Std.	Innerhalb der letzten 12 Monate		
2-4 Std.			
Mehr als 4 Std.			

### 3.5 ZUSAMMENFASSUNG

Zur Identifikation der Adipositas-Risikomilieus werden folgende Merkmalkategorien verwendet (siehe auch Kapitel IV 4.2):

- Übergewicht (BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>)
- Ernährungsbewusstsein (Fragencluster Ernährungsbewusstsein)
- Bewegungsverhalten (regelmäßige Ausübung von Sport sowie die Ausübung der vier verschiedenen Freizeitaktivitäten mit moderater Bewegungsintensität (Spazieren gehen, Rad fahren, Gärtnern, Schwimmen)
- TV-Dauer (werktägliche TV-Nutzungsdauer  $\geq 3$  Stunden)

Zunächst werden im nachfolgenden Kapitel die jeweiligen Merkmalkategorien und ihre Ausprägungen in den jeweiligen „Sinus-Milieus“ dargestellt. Im zweiten Schritt erfolgt die Risikobeurteilung und Identifikation von Hauptzielgruppen. Eine Charakterisierung der Einstellungen und Verhaltensweisen der einzelnen Risikomilieus erfolgt im Kapitel VI 2.

Ausgewertet wird nach dem Median-Prinzip. Herangezogen werden die milieubezogenen Daten zum jeweiligen Befragungsort (Indexwerte). Sie gehen gemittelt in die jeweilige Merkmalkategorie ein.

Am Beispiel der Merkmalkategorie Bewegungsverhalten wird die Auswertungssystematik erläutert: Ausgewertet wird die regelmäßige, intensive sportliche Betätigung plus ein Cluster aus vier Items aus dem Bereich moderate Bewegungsaktivität. Um eine Ungleichgewichtung zu vermeiden, wird zunächst aus den vier Merkmalen des Clusters moderate Bewegung der Mittelwert gebildet. Danach werden wiederum die Indexwerte für Sportausübung und moderate Bewegung gemittelt.

## VI ERGEBNISSE

### 1 IDENTIFIKATION VON ADIPOSITAS-RISIKOMILIEUS

#### 1.1 MERKMAL AUSPRÄGUNGEN IN DEN „SINUS-MILIEUS“

##### **Merkmalkategorie Übergewicht (BMI $\geq$ 25 kg/m<sup>2</sup>)**

Laut TdW 06/07 sind von einem BMI  $\geq$ 25 kg/m<sup>2</sup> 43,8 Prozent der Interviewten betroffen, wie der Datenübersicht in Tabelle 17 entnommen werden kann. Fünf „Sinus-Milieus“ zeigen jedoch die Merkmalkategorie Adipositas überdurchschnittlich häufig: Konservative, Traditionsverwurzelte, DDR-Nostalgische, Bürgerliche Mitte und Konsum-Materialisten.

DDR-Nostalgische ragen dabei in allen BMI-Kategorien besonders hervor (Indexwerte 140, 119, 121, 179). Besonders stark ist die Abweichung vom Durchschnitt beim Adipositas Grad III (Index 179). Insgesamt sind rund 30.000 krankhaft Adipöse dem „Sinus-Milieu“ der DDR-Nostalgischen zuzurechnen. Schwere Formen von Adipositas (Adipositas Grad I-III) finden sich zudem gehäuft in den „Sinus-Milieus“ Bürgerliche Mitte (Index 129), Traditionsverwurzelte (Index 106) und Konsum-Materialisten (Index 108). Überdurchschnittlich häufig liegt eine Präadipositas (BMI 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>) bei den „Sinus-Milieus“ Konservative (Index 115), Traditionsverwurzelte (Index 132), DDR-Nostalgische (Index 119) und Konsum-Materialisten (Index 110) vor.

**Tabelle 17: Adipositasrelevante Risikokonstellation der „Sinus-Milieus“** (Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung) Erläuterungen: Gesamt-Bev. = (Gesamt)Bevölkerung<sup>28</sup>, ET = Etablierte, PM = Postmaterielle, MOP = Moderne Performer, KON = Konservative, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte, MAT = Konsum-Materialisten, EXP = Experimentalisten, HED = Hedonisten

Merkmal \ Milieu	Gesamt Bev.	ET	PM	MOP	KON	TRAD	NOS	BM	MAT	EXP	HED
	%	Index									
<b>Übergewicht (BMI ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>) (MW)</b>		87	72	64	112	124	140	118	110	89	89
BMI 25-29,9 kg/m <sup>2</sup>	35,4	97	88	62	115	132	119	102	110	83	90
BMI 30-39,9 kg/m <sup>2</sup>	7,9	91	77	50	116	133	121	124	112	90	77
BMI ≥ 40 kg/m <sup>2</sup>	0,5	73	50	79	104	106	179	129	108	93	100
<b>Ernährungsbewusstsein (MW)</b>		115	115	101	117	100	113	115	71	92	71
1. Beim Essen achte ich auf Kalorien	23,2	115	109	117	88	87	116	113	66	112	83
2. Es ist mir besonders wichtig, viel für meine Gesundheit zu tun	34,4	120	122	95	133	108	118	118	62	84	58
3. Ich achte ganz bewusst auf gesunde, ausgewogene Ernährung	28,7	131	130	100	134	106	110	109	74	74	62
4. Ich wäre wirklich froh, wenn ich etwas abnehmen könnte	25,3	95	101	92	114	100	106	118	96	99	82
<b>Bewegungsverhalten (MW)</b>		121	130	123	112	68	92	102	77	102	94
Sport (regelmäßig)	35,7	124	138	146	102	50	79	92	71	116	104
moderate Bewegung (MW)		118	121	100	121	86	105	111	82	87	83
<b>TV-Dauer (MW)</b>		86	65	84	91	132	124	107	118	89	93
Etwa 3 Std.	33,5	99	83	106	107	97	107	114	103	88	94
4 oder mehr	26,6	72	46	62	74	166	141	100	133	89	92

<sup>28</sup> Der Begriff Gesamt-Bevölkerung meint die Grundgesamtheit der Studie sowie der „Sinus-Milieus“: die deutschsprachige Bevölkerung ab Alter 14 Jahren.

### **Merkmalkategorie Ernährungsbewusstsein**

Die milieuspezifischen Unterschiede im Ernährungsbewusstsein verdeutlicht die Übersicht in Tabelle 17. Die Fragen 2 („Es ist mir besonders wichtig, viel für meine Gesundheit zu tun“) und 3 („Ich achte ganz bewusst auf gesunde, ausgewogene Ernährung“) lassen auf eine positive Einstellung zu gesundheitsbewusster Ernährung schließen. Sie werden in sechs „Sinus-Milieus“ überdurchschnittlich oft bejaht: Etablierte (Index 120, 131), Postmaterielle (Index 122, 130), Konservative (Index 133, 134), Traditionsverwurzelte (Index 108, 106), DDR-Nostalgische (Index 118, 110) und Bürgerliche Mitte (Index 118, 109). Den Wunsch zum Abnehmen (Frage 4) bekunden nur drei „Sinus-Milieus“ überdurchschnittlich oft: Bürgerliche Mitte (Index 118), Konservative (Index 114) und DDR-Nostalgische (Index 106). Bei den übrigen Milieus wird diese Frage meist durchschnittlich bzw. unterdurchschnittlich (Hedonisten) häufig bejaht. Auf den Kaloriengehalt achten dagegen Vertreter der „Sinus-Milieus“ Etablierte (Index 115), Postmaterielle (Index 109), Moderne Performer (Index 117), DDR-Nostalgische (Index 116), Bürgerliche Mitte (Index 113) und Experimentalisten (Index 112) überdurchschnittlich oft.

Die gemeinsame Betrachtung aller vier Fragen (Mittelwerte) zeigt, dass fünf „Sinus-Milieus“ als überdurchschnittlich ernährungsbewusst eingestuft werden können: Etablierte (Index 115), Postmaterielle (Index 115), Konservative (Index 117), DDR-Nostalgische (Index 113) und Bürgerliche Mitte (Index 115). Das Ernährungsbewusstsein von Modernen Performern (Index 101) und Traditionsverwurzelten (Index 100) unterscheidet sich dagegen nicht vom Durchschnitt der Grundgesamtheit. Bei den „Sinus-Milieus“ der Experimentalisten (Index 92), Hedonisten (Index 71) und Konsum-Materialisten (Index 71) ist das Ernährungsbewusstsein unterdurchschnittlich ausgeprägt.

### **Merkmalkategorie Bewegungsverhalten**

Als regelmäßig sportlich aktiv bezeichnen sich 35,7 Prozent der Befragten der TdW 06/07 (Tabelle 17). Überdurchschnittlich oft bejahen dies die Angehörigen der „Sinus-Milieus“ der Etablierten (Index 124), Postmateriellen (138), Modernen Performer (146) und Experimentalisten (Index 116). Durchschnittlich sportlich aktiv sind Vertreter der Konservativen (Index 102) und Hedonisten (Index 104).

Die milieubasierten Daten zur regelmäßigen und gelegentlichen Ausübung moderater Bewegung sowie die Bildung der Mittelwerte sind in Tabelle 18 aufgezeigt. Bei gemeinsamer Betrachtung dieses Clusters zur „moderater Bewegung“ in der Freizeit zeigt sich, dass sich zwei „Sinus-Milieus“ - Postmaterielle und Bürgerliche Mitte - in allen vier Items positiv vom Bundesdurchschnitt abheben. Überdurchschnittlich aktiv sind zudem die Etablierten und die Bürgerliche Mitte. Komplet inaktiv im Bereich moderater Bewegung zeigen sich die Konsum-Materialisten.

Bei gemeinsamer Betrachtung aller vier Parameter der moderaten Bewegungsaktivität sind die „Sinus-Milieus“ Traditionsverwurzelte (Clustermittelwert 86), Konsum-Materialisten (Clustermittelwert 82), Experimentalisten (Clustermittelwert 87) und Hedonisten (Clustermittelwert 83) unterdurchschnittlich aktiv. Überdurchschnittlich bewegen sich Etablierte (Clustermittelwert 118), Postmaterielle (Clustermittelwert 121), Konservative (Clustermittelwert 121) Bürgerliche Mitte (Clustermittelwert 111) und DDR-Nostalgische (Clusterwert 105) mit moderater Intensität in ihrer Freizeit.

**Tabelle 18: Moderate Bewegung (regelmäßig und gelegentlich) bezogen auf die Bevölkerung und die „Sinus-Milieus“** (Quelle: Daten TdW 06/07, eigene Darstellung) Erläuterungen: Gesamt-Bev. = (Gesamt)Bevölkerung, ET = Etablierte, PM = Postmaterielle, MOP = Moderne Performer, KON = Konservative, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte, MAT = Konsum-Materialisten, EXP = Experimentalisten, HED = Hedonisten

Tätigkeit \ Milieu	Gesamt Bev.	ET	PM	MOP	KON	TRAD	NOS	BM	MAT	EXP	HED
	%	Index									
<b>Cluster Moderate Bewegung (Mittelwerte)</b>		118	121	100	121	86	105	111	82	87	83
<b>Spazieren gehen</b>	63	105	112	81	129	118	109	111	89	78	74
<b>Rad fahren</b>	47,8	114	128	120	100	65	105	106	79	101	98
<b>Gärtnern</b>	40,5	125	118	63	162	115	134	120	78	58	56
<b>Schwimmen</b>	40,4	129	124	137	94	47	72	106	81	109	105

Die Datengrundlage für die gemeinsame Betrachtung der Merkmalkategorie Bewegungsverhalten (Sport und moderate Bewegung) zeigt wiederum Tabelle 17. Unterdurchschnittlich körperlich aktiv sind die „Sinus-Milieus“ Traditionsverwurzelte (Index 68), DDR-Nostalgische (Index 92), Konsum-Materialisten (Index 77) und Hedonisten (Index 94), wobei das Milieus der Konsum-Materialisten durchgängig bewegungsaktiv ist. Die „Sinus-Milieus“ Bürgerliche Mitte und Experimentalisten (Index 102, 102) unterscheiden sich nicht vom Bevölkerungsdurchschnitt.

Überdurchschnittlich oft bewegen sich die „Sinus-Milieus“ Etablierte (Index 121), Postmaterielle (Index 130), Moderne Performer (Index 123) und Konservative (Index 112), die beiden erstgenannten sowohl im Bereich intensiver körperlicher Aktivität als auch moderater Aktivität. Das „Sinus-Milieu“ der Modernen Performer bevorzugt sportliche Aktivität, Konservative mehr moderate Bewegung, wobei jedoch Sport auch noch im Bevölkerungsdurchschnitt ausgeübt wird.

### **Merkmalkategorie TV-Dauer**

Die werktägliche TV-Nutzungsdauer bezogen auf die Bevölkerung und die „Sinus-Milieus“ sind ebenfalls in Tabelle 17 dargestellt. 59,7 Prozent der deutschsprachigen Bevölkerung ab Alter 14 gehören der Gruppe der „Vielseher“ mit einem werktäglichen TV-Konsum von 3 oder mehr Stunden. Spitzenreiter im Fernsehkonsum mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil von Menschen, die 4 Stunden und länger werktags fernsehen, sind die Milieus der Traditionsverwurzelten (Index 166), DDR-Nostalgischen (Index 141) und Konsum-Materialisten (Index 133). Eine werktägliche Nutzungsdauer von etwa 3 Stunden nennen zusätzlich noch ein überdurchschnittlicher Anteil der Bürgerlichen Mitte (Index 114), Konservative (Index 107), DDR-Nostalgische (Index 107) und Modernen Performer (Index 106).

In der Gesamtbetrachtung der TV-Dauer schauen die „Sinus-Milieus“ Traditionsverwurzelte, DDR-Nostalgische, Konsum-Materialisten und die Bürgerliche Mitte überdurchschnittlich oft 3 oder mehr Stunden fern. Alle übrigen Milieus nutzen das Fernsehen nicht in dieser Größenordnung.

## 1.2 ADIPOSITAS-RISIKOTYPOLOGIE

Zur Interpretation der Adipositas-Risikokonstellation wird im Folgenden zusätzlich eine Risikoeinstufung der verschiedenen Merkmalkategorien vorgenommen. Ein Hinweis auf ein Adipositasrisiko liegt vor, wenn bei einem „Sinus-Milieu“ überdurchschnittlich oft das Risikomerkmal Übergewicht mit einem BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> vorliegt und eine überdurchschnittliche TV-Nutzung von 3 und mehr Stunden werktags zu beobachten ist (siehe Kapitel V 3.2). Schützend wirken dagegen ein hohes Ernährungsbewusstsein und eine hohe Bewegungsaktivität. Deshalb werden ein unterdurchschnittliches Ernährungsbewusstsein und ein unterdurchschnittliches Bewegungsverhalten als Risiko eingestuft.

In Tabelle 19 ist die Risikoeinstufung der Merkmalkategorien genannt. Von einem hohen Risiko kann ausgegangen werden, wenn die Merkmalkategorien Übergewicht und TV-Dauer überdurchschnittlich, die Merkmalkategorien Ernährungsbewusstsein und Bewegungsverhalten unterdurchschnittlich ausgeprägt sind.

**Tabelle 19: Merkmalkategorien und ihre Risikobeurteilung** (Quelle: eigene Darstellung)

<b>Risiko</b>	<b>hoch</b>	<b>mittel</b>	<b>niedrig</b>
<b>Merkmalkategorie</b>			
<b>Übergewicht (BMI <math>\geq 25</math> kg/m<sup>2</sup>)</b>	überdurchschnittlich (Index > 105)	durchschnittlich (Index 95-105)	unterdurchschnittlich (Index < 95)
<b>Ernährungs- bewusstsein</b>	unterdurchschnittlich (Index < 95)	durchschnittlich (Index 95-105)	überdurchschnittlich (Index > 105)
<b>Bewegungs- verhalten</b>	unterdurchschnittlich (Index < 95)	durchschnittlich (Index 95-105)	überdurchschnittlich (Index > 105)
<b>TV-Dauer</b>	überdurchschnittlich (Index > 105)	durchschnittlich (Index 95-105)	unterdurchschnittlich (Index < 95)

Auf Basis der festgelegten Vergleichsdimensionen und ihren Merkmalsausprägungen wurde für jedes Milieu eine Kreuztabelle angelegt (Tab. 20). In der vertikalen Anordnung befinden sich die Risikomerkmale und in der horizontalen Anordnung die „Sinus-Milieus“. Anhand der eingetragenen Indexwerte des jeweiligen Merkmals wurde die Risikoeinstufung durchgeführt und in der Farbe der in Tabelle 19 dargestellten Risikoeinstufung markiert (rot = hohes Risiko; orange = mittleres Risiko; gelb = niedriges Risiko).

**Tabelle 20 Kreuztabelle mit Risikomerkmale und milieutypischem Risikoprofil**

(Quelle: eigene Darstellung) Erläuterung: rot = hohes Risiko, orange = mittleres Risiko, hellgelb = niedriges Risiko; ET = Etablierte; PM = Postmaterielle; MOP = Moderne Performer; KON = Konservative; TRAD = Traditionsverwurzelte; NOS = DDR-Nostalgische; BM = Bürgerliche Mitte; MAT = Konsum-Materialisten; EXP = Experimentalisten; HED = Hedonisten

Merkmal \ Milieu	ET	PM	MOP	KON	TRAD	NOS	BM	MAT	EXP	HED
Übergewicht (BMI $\geq$ 25 kg/m <sup>2</sup> )	hellgelb	hellgelb	hellgelb	rot	rot	rot	rot	rot	hellgelb	hellgelb
Ernährungsbewusstsein	hellgelb	hellgelb	orange	hellgelb	orange	hellgelb	hellgelb	rot	rot	rot
Bewegungsverhalten	hellgelb	hellgelb	hellgelb	hellgelb	rot	rot	orange	rot	orange	rot
TV-Dauer	hellgelb	hellgelb	hellgelb	hellgelb	rot	rot	rot	rot	hellgelb	hellgelb

Als Ergebnis des regelgeleiteten Typologisierungsverfahrens kann aufgrund des milieutypischen Risikoprofils eine Gruppierung in vier verschiedene Risikotypen vorgenommen werden:

#### Typ 1 – hohes Risiko

**Risikobeurteilung:** Übergewicht (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) überdurchschnittlich und zwei oder mehr Merkmale im Bereich hohes Risiko

#### Typ 2 – Risiko

**Risikobeurteilung:** Übergewicht (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) überdurchschnittlich und ein weiteres Merkmal im Risikobereich

#### Typ 3 – potentielles Risiko

**Risikobeurteilung:** Übergewicht (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) überdurchschnittlich und kein weiteres Merkmal im Risiko ODER Übergewicht (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) unterdurchschnittlich plus mindestens zwei weitere Merkmale mit hohem oder mittlerem Risiko

#### Typ 4 – kein Risiko

**Risikobeurteilung:** Übergewicht (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) unterdurchschnittlich und kein weiteres Merkmal im Risiko

Aufgrund der vier identifizierten Risikotypen und dem milieutypischen Risikoprofil werden die „Sinus-Milieus“ folgendermaßen zugeordnet. Die Reihenfolge der Nennung erfolgt von niedrigem Risiko zu hohem Risiko:

#### **Typ 4 – kein Risiko**

Kein nennenswertes Risiko liegt vor bei den „Sinus-Milieus“ Etablierte, Postmaterielle und Moderne Performer (Tab. 20). Bei den beiden erstgenannten Milieus zeigen alle vier Risikomerkmale ein niedriges Adipositasrisiko an. Für Moderne Performer ergibt sich eine ähnlich positive Risikobetrachtung, jedoch ist ihr Ernährungsbewusstsein nur durchschnittlich ausgeprägt, weshalb bei diesem Risikomerkmale die Risikobeurteilung „mittleres Risiko“ vergeben werden muss. Dies beeinflusst jedoch die Gesamtbeurteilung nicht.

#### **Typ 3 – potentielles Risiko**

Mit den „Sinus-Milieus“ Konservative, Experimentalisten, Hedonisten (Typ 3) wurden drei weitere Milieus mit potentiellem Adipositasrisiko erkannt (Tab. 20). Die Einstufung „potentielles Risiko“ erfolgt, wenn überdurchschnittlich oft Übergewicht ( $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) vorliegt und kein weiteres Risikomerkmale ein Risiko anzeigt ODER Übergewicht unterdurchschnittlich oft vorliegt und mindestens zwei weitere Merkmale mit hohem oder mittlerem Risiko erkannt wurden.

Im „Sinus-Milieu“ Konservative liegt überdurchschnittlich oft Übergewicht vor, überwiegend im Bereich bei einem BMI zwischen 25 und  $39,9 \text{ kg/m}^2$  (Tab. 17). Alle weiteren Merkmalkategorien sind jedoch im Bereich niedriges Risiko anzusiedeln (Tab. 20). Vieles spricht dafür, dass ein aktiver Lebensstil (überdurchschnittlich Bewegung mit moderater Aktivität, unterdurchschnittliche TV-Dauer) und hohes Ernährungsbewusstsein als Schutzfaktoren wirken (Tab. 17, 18) (WILDMAN RP ET AL. 2008; FIORE H ET AL. 2006). Es können benigne Verläufe der vorhandenen Adipositas erwartet werden (STEFAN N ET AL. 2008). In Einzelfällen ist jedoch ein Risiko nicht ausgeschlossen, da die BMI-Einteilung in der TdW-Studie methodischen Einschränkungen unterliegt. Wie bereits in Kapitel V 2.3 diskutiert, unterschätzt die TdW-Studie den BMI in den älteren Altersgruppen. Das Milieu der Konservativen könnte von diesem Bias betroffen sein. Eine exakte Beurteilung der Gewichtssituation in diesem „Sinus-Milieu“ kann auf Basis einer Sekundäranalyse nicht durchgeführt werden. Es sind weitere Studien notwendig, die auf exakten Messungen beruhen.

Auch im „Sinus-Milieu“ der Experimentalisten wird unterdurchschnittlich oft ein BMI über  $25 \text{ kg/m}^2$  von den Interviewten angegeben. Allerdings nähern sich die BMI Kategorien  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  bereits den Durchschnittswerten der Bevölkerung, was für ein Milieu mit überwiegend jungen Milieumitgliedern hoch ist (Tab. 17). Offensichtlich sind Teile des Milieus bereits von Adipositas betroffen. Schützend wirken jedoch ein unterdurchschnittlicher TV-Konsum und ein durchschnittliches Bewegungsverhalten (mittleres Risiko) (Tab. 20). Erfreulich vor allem, dass überdurchschnittlich oft Sport ausgeübt wird (Tab. 17). Das Ernährungsbewusstsein ist jedoch unterdurchschnittlich ausgeprägt und somit im Risi-

kobereich (Tab. 20). Alles in allem ein Milieu, dessen zukünftige Entwicklung beobachtet werden sollte.

Im „Sinus-Milieu“ Hedonisten wird die Gesamtrisikosituation ebenfalls als potentiell risikobehaftet überurteilt. Zu dieser Risikoeinstufung kommt es, weil in diesem Milieu Bewegungsmangel herrscht und das Ernährungsbewusstsein unterdurchschnittlich ausgeprägt ist (Tab. 20). Schützend wirkt (noch) eine geringe TV-Nutzungsdauer, die sich jedoch schon dem Bevölkerungsdurchschnitt nähert (Tab. 17). Ein BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> ist unterdurchschnittlich oft anzutreffen, jedoch findet sich ein BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> (Adipositas Grad III) bereits ebenso oft wie im Bevölkerungsmittel. Dies deutet an, dass in diesem Milieu mit der Entwicklung von Adipositas gerechnet werden sollte. Dieser Befund ist insofern alarmierend als es sich bei diesem Milieu um ein „Sinus-Milieu“ handelt, dem sich viele junge Menschen zugehörig fühlen (Kap. IV 4).

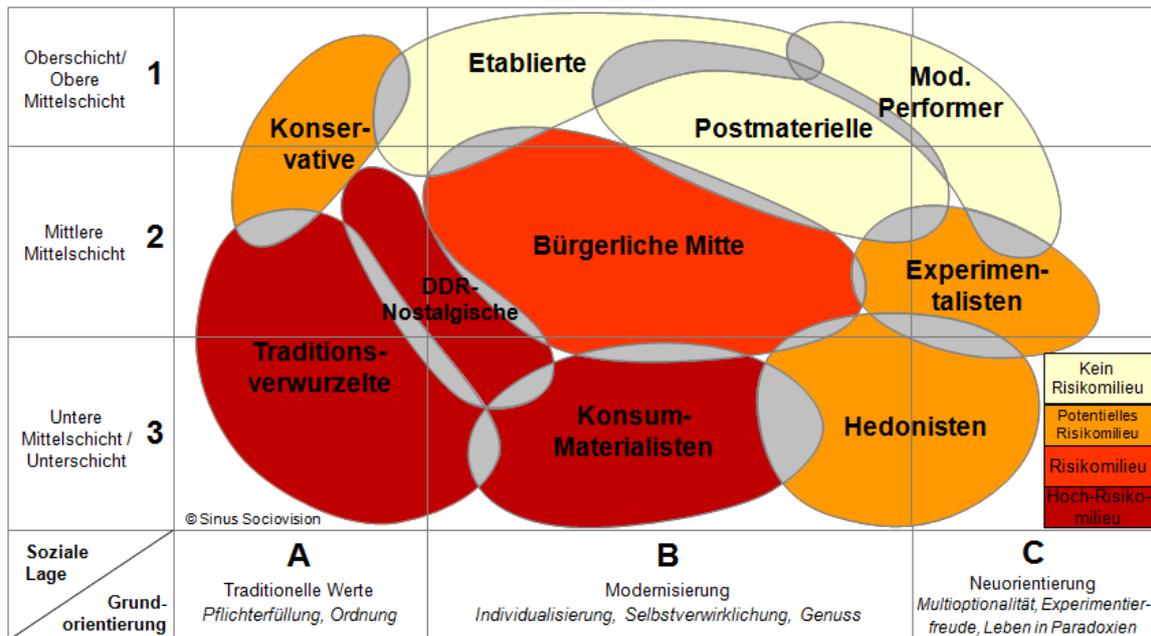
### Typ 2 – Risiko

Als Risikomilieu wurde das „Sinus-Milieu“ Bürgerliche Mitte identifiziert (Tab. 20). Als Risikokonstellation kommt bei diesem Milieu zum überdurchschnittlich häufigen Übergewicht (BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) intensiver TV-Konsum als weiteres Risikomerkmal. Immerhin sind die Milieumitglieder überdurchschnittlich oft im moderaten Beanspruchungsbereich körperlich aktiv. Schützend wirkt zudem, dass ein überdurchschnittliches Ernährungsbewusstsein herrscht. Vor allem tritt der Wunsch nach einem niedrigeren Gewicht und das Kalorienbewusstsein bei den Milieumitgliedern überdurchschnittlich oft auf (Tab. 17).

### Typ 1 – hohes Risiko

Hochrisikomilieus (überdurchschnittlich häufig Übergewicht und zwei oder mehr Merkmale im Bereich hohes Risiko) sind drei „Sinus-Milieus“ (Konsum-Materialisten, Traditionsverwurzelte, DDR-Nostalgische) zu (Tab. 20). Bei alle drei Hochrisikomilieus liegt überdurchschnittlich oft einen BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> und zwar in allen BMI-Kategorien für Präadipositas und Adipositas (Tab. 17). Zudem zeigen sie einen inaktiven Lebensstil mit unterdurchschnittlicher Bewegungsaktivität und überdurchschnittlicher TV-Dauer (Tab. 20, Tab. 17). Bei dem „Sinus-Milieu“ Konsum-Materialisten kommt noch ein weiteres Risikomerkmal hinzu. In diesem Milieu ist das Ernährungsbewusstsein gering ausgeprägt (Tab. 20).

Ergänzend zur Risikotypologie zeigt Abbildung 10 die Risikobeurteilung in Form der für „Sinus-Milieus“ typischen grafischen Darstellung, die nun als „**Risikolandkarte der Sinus-Milieus**“ erscheint. Dunkelrot sind die Milieus mit hohem Risiko (Typ 1), rot mit Risiko (Typ 2), hellgelb mit potentiell Risiko (Typ 3) und beige ohne Risiko (Typ 4) markiert. Mithilfe dieser Darstellung werden die Grundwerte und soziale Lage der identifizierten Risikomilieus sichtbar.



**Abbildung 10: „Risikolandkarte“ der „Sinus-Milieus“** (Quelle: eigene Darstellung; auf Basis der Sinus-Milieu-Grafik 2007 - mit freundlicher Genehmigung zum Abdruck überlassen von Burda Community Network)

In dieser Darstellung wird deutlich, wie stark die Adipositasrisiko-Konstellation der „Sinus-Milieus“ differiert. Beispielsweise sind alle drei Milieus von Risikotyp 4 - ohne Risiko der Oberschicht bzw. oberen Mittelschicht zuzuordnen. Es zeigt sich der bereits beschriebene Schichtgradient (Kap. IV 2). Betroffen sind vor allem „Sinus-Milieus“ der Unter- und Mittelschicht. Innerhalb jeder Schicht variiert das Adipositasrisiko. Das Adipositasrisiko der Unter- bzw. Untere Mittelschicht-Milieus ist nicht durchgängig risikobehaftet, sondern es gibt ein „Sinus-Milieu“ mit der Risikokonstellation „potentielles“ Risiko. Ähnliches gilt für die „Sinus-Milieus“ der Mittleren Mittelschicht. Hier finden sich sogar alle vier Risikokonstellationen. Und schließlich nimmt mit zunehmendem Alter (von Grundorientierung C nach A) das Adipositasrisiko zu, sowohl in der gesamtgesellschaftlichen Betrachtung als auch in der schichtbezogenen Betrachtung.

Die mediale Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas sollte sich gemäß der vorgestellten Risikotypologie auf die „Sinus-Milieus“ mit dem höchsten Adipositasrisiko, Typ 1 – hohes Risiko und Typ 2 – Risiko, konzentrieren. Bei allen anderen Milieus liegt entweder kein Übergewicht vor oder es ist erkennbar, dass das Gewicht über einen aktiven Lebensstil und/oder bewusstes Ernährungsverhalten aus eigenem Antrieb kontrolliert werden kann bzw. benigne Verläufe bei bestehendem Übergewicht zu erwarten sind.

Mit der Differenzierung des Adipositasrisikos der „Sinus-Milieus“, der Darstellung in Form der Risikolandkarte und der Identifikation von Hauptzielgruppen für die mediale Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas bei deutschsprachigen Erwachsenen (ab Alter 14) sind nachfolgende Forschungsfragen mit einem positiven Ergebnis beantwortet:

- Forschungsfrage 1 „Ist es möglich, repräsentative Markt-Media-Studien und die Lebensstiltypologie „Sinus-Milieus“ für eine Zielgruppensegmentierung für die Gesundheitskommunikation mit Übergewichtigen und Adipösen zu nutzen?“ und
- Forschungsfrage 2 „Welche „Sinus-Milieus“ sollten mit einer medialen Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas erreicht werden?“ (Kap. IV 6)

## 2 CHARAKTERISIERUNG DER ADIPOSITAS-RISIKOMILIEUS

Die Adipositas-Risikomilieus werden in diesem Kapitel charakterisiert. Dabei wird Bezug genommen auf die Risikotypen I und II als Hauptzielgruppen für die Präventionsmaßnahmen. Es werden folgende Forschungsfragen beantwortet:

Forschungsfrage 3 Welche Werte, Einstellungen und Verhaltensdispositionen in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Gesundheit kennzeichnen die Adipositas-Risikomilieus? und

Forschungsfrage 4 Welches Mediennutzungsverhalten ist typisch für Adipositas-Risikomilieus?

Zur Charakterisierung der Adipositas-Risikomilieus werden folgende Variablen herangezogen. Dabei wird das Spektrum der betrachteten Daten der TdW 06/07 über das bereits für die Risikokategorisierung verwendete Spektrum hinaus erweitert:

- Body-Mass-Index (Problembezug)
- soziodemographische Daten
- Ernährung - Einstellungen und Verhalten (Ernährungsbewusstsein, Einstellungen zu „Selbst kochen und backen“, Verwendung von Fertiggerichten, Genussorientierung, Qualität der Ernährung und ökologische Aspekte)
- Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsbewusstsein und Diätbereitschaft)
- Freizeitverhalten (Bewegung/Sport/Fitness, Ausgehen/Ausflüge, häusliche bzw. familiäre Beschäftigungen, Weiterbildung/Entspannung)
- Mediennutzungsverhalten (Mediennutzungshäufigkeit, Mediennutzungsdauer, Rezeptionsverhalten zu Gesundheits- und Ernährungsthemen, weitere Themen- und Genrepräferenzen)

In Ergänzung zum Datenmaterial der TdW-Studie werden die Lebenswelten und die Wertorientierungen der „Sinus-Milieus“ hinzugezogen. Wie in Kapitel IV 4 dargestellt, handelt es sich hierbei um Variablen, die von Sinus-Sociovision zur Zuordnung einer Person zu einem Milieu verwandt werden. Sie werden nicht explizit in der TdW-Studie abgebildet, sondern aus ergänzender wissenschaftlicher Literatur entnommen.

Die Auswertung erfolgt gemäß der in Kapitel IV dargestellten Auswertungssystematik. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Datenanalyse der TdW 06/07 themenbezogen dargestellt.

## 2.1 BODY-MASS-INDEX

An dieser Stelle wird die Gewichtssituation der Adipositas-Risikomilieus noch einmal im Vergleich dargestellt. In Tabelle 21 sind die prozentuale Verteilung in der deutschsprachigen Bevölkerung ab Alter 14, die prozentuale Verteilung der verschiedenen BMI-Kategorien innerhalb der Risikomilieus und die Abweichung vom Bevölkerungsdurchschnitt gezeigt.

### Typ 1 – hohes Risiko

Im Hochrisikomilieu der **Konsum-Materialisten** sind insgesamt 49,1 Prozent der Milieugehörigen untergewichtig oder normalgewichtig (Tab. 21). Übergewicht mit einem BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> liegt bei 48,3 Prozent der Milieumitglieder vor und 2,5 Prozent machten keine Angabe zum Körpergewicht oder Größe. Im Detail betrachtet, findet sich bei 38,9 Prozent der Konsum-Materialisten eine Präadipositas mit einem BMI zwischen 25 und 29,9 kg/m<sup>2</sup>. Adipositas Grad I oder II mit einem BMI zwischen 30 und 39,9 kg/m<sup>2</sup> wurde bei 8,9 Prozent der Milieugehörigen ermittelt und eine Adipositas Grad III mit einem BMI  $> 40$  kg/m<sup>2</sup> findet sich bei 0,5 Prozent. Dieses Milieu hat den höchsten Anteil an Non-Respondern (Tab. 21) von allen Adipositas-Risikomilieus. Möglicherweise wird die Übergewichtssituation deshalb unterschätzt.

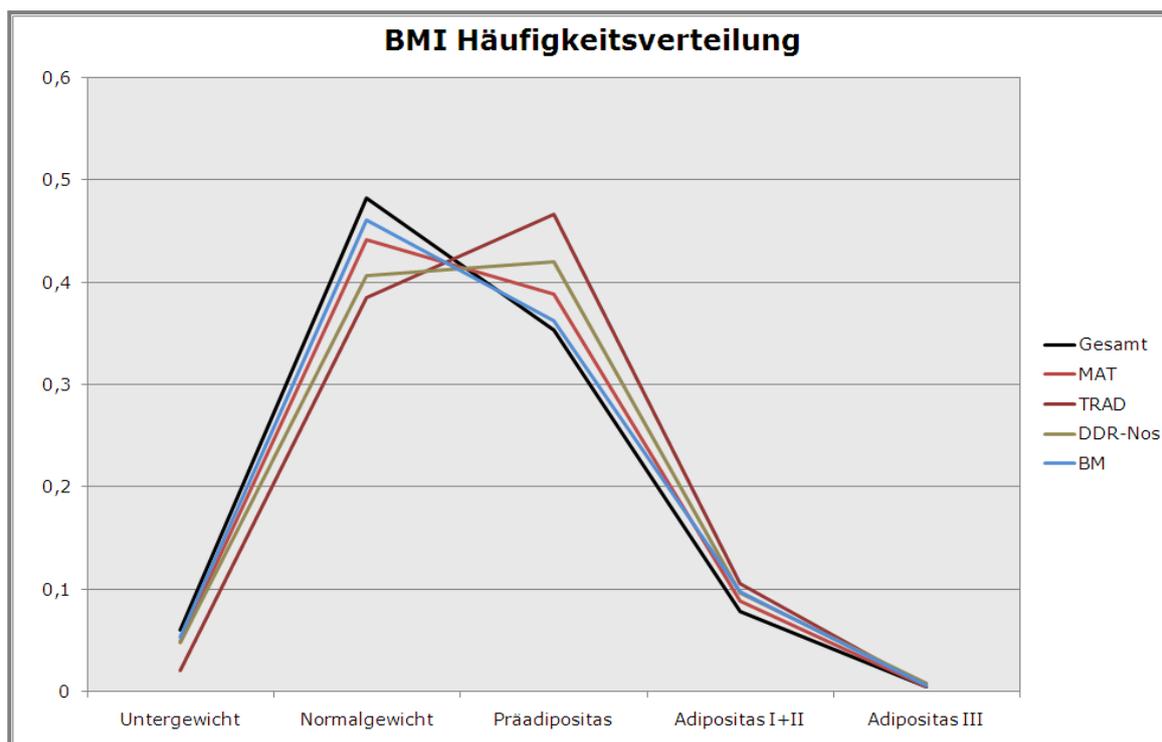
Im Milieu der **Traditionsverwurzelten**, das ebenfalls dem Hochrisikobereich zugeordnet wird, ist mehr als die Hälfte (57,8 Prozent) der Milieugehörigen übergewichtig (BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) (Tab. 21). Ein Body-Mass-Index im Normalbereich (BMI 20 – 24,9 kg/m<sup>2</sup>) wurde für 38,5 der Milieugehörigen ermittelt. Untergewichtig sind nur 2,1 Prozent der Milieumitglieder. Den Schwerpunkt bilden die BMI-Kategorien Präadipositas und Adipositas Grad I + II, also ein BMI zwischen 25 und 39,9 kg/m<sup>2</sup>. Während 35,4 Prozent der Bevölkerung in die Kategorie Präadipositas und 7,9 Prozent in die Kategorie Adipositas Grad I + II eingeordnet werden können, sind es 46,7 Prozent bzw. 10,6 Prozent der Traditionsverwurzelten (Indexwerte 132 und 133). Aus der vergleichenden Darstellung der BMI-Verteilung der Adipositas-Risikomilieus in Tabelle 21 und Abbildung 11 zeigt sich deutlich, dass im Vergleich zu anderen Milieus dieses „Sinus-Milieu“ besonders von Übergewicht betroffen ist. Dies entspricht dem bereits erwähnten höheren Altersdurchschnitt

in diesem Milieu und den epidemiologischen Erkenntnissen, dass mit zunehmendem Alter das Körpergewicht ansteigt. Deshalb erstaunt auch die niedrige Angabe im Bereich Untergewicht nicht. Da auch die Rate der Non-Responder in diesem Milieu niedrig ist, sind die Daten von hoher Glaubwürdigkeit. Zusätzlich kommt der in Kapitel V 2.3 diskutierte Alters-Bias zum Tragen, der dazu führt, dass der BMI in den älteren Altersgruppen unterschätzt wird.

Auch die Mitglieder des Hochrisikomilieus der **DDR-Nostalgischen** sind stark von Übergewicht betroffen. Etwas mehr als die Hälfte (52,4 %) haben einem BMI über 25 kg/m<sup>2</sup> (Tab. 21). Sie übertreffen damit die Konsum-Materialisten, bleiben jedoch noch hinter den Traditionsverwurzelten zurück. Als normalgewichtig können nur 40,6 Prozent der DDR-Nostalgischen bezeichnet werden und untergewichtig sind 4,8 Prozent. Im Vergleich zu anderen Risikomilieus und der Bevölkerung (Tabelle 21) wird deutlich, dass im Milieu der DDR-Nostalgischen häufig eine Adipositas Grad III anzutreffen ist: 0,8 Prozent des Milieus sind betroffen (Bevölkerungswert 0,5 %). Somit gehören 30.000 krankhaft Adipöse diesem Milieu an.

**Tabelle 21 BMI-Verteilung in den Adipositas-Risikomilieus der TdW-Studie, prozentuale Verteilung und Abweichung vom Bevölkerungsdurchschnitt** (Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung) Erläuterungen: Typ 1 – hohes Risiko = dunkelrot, Typ 2 – Risiko rot; MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte, rot überdurchschnittliche Angaben (> 5%), gelb unterdurchschnittliche Zustimmung (< -5%)

BMI-Kategorie \ Milieu	Gesamt	MAT	TRAD	NOS	BM
	%				
Untergewicht (BMI <20)	6,0	4,9	2,1	4,8	5,3
Normalgewicht (BMI 20-24,9)	48,3	44,2	38,5	40,6	46,1
Präadipositas (BMI 25-29,9)	35,4	38,9	46,7	42,0	36,2
Adipositas Grad I + II (BMI 30-39,9)	7,9	8,9	10,6	9,6	9,8
Adipositas Grad III (BMI ≤ 40)	0,5	0,5	0,5	0,8	0,6
Keine Angabe	1,9	2,5	1,7	2,0	2,0
	Index				
Untergewicht (BMI <20)	6,0	82	35	81	88
Normalgewicht (BMI 20-24,9)	48,3	92	80	84	95
Präadipositas (BMI 25-29,9)	35,4	110	132	119	102
Adipositas Grad I + II (BMI 30-39,9)	7,9	112	133	121	124
Adipositas Grad III (BMI ≤ 40)	0,5	108	106	179	129
Keine Angabe	1,9	133	89	107	105



**Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung der BMI-Kategorien im Vergleich zwischen Bevölkerung und Adipositas-Risikomilieu** (Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung) Erläuterung: Gesamt = Gesamtbevölkerung, MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, DDR-Nos = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte

## Typ 2 - Risiko

Im Risikomilieu **Bürgerliche Mitte** überwiegt Normalgewicht mit 51,4 Prozent (Tab. 21). Eine Präadipositas wurde in der Befragung der TdW 06/07 bei 36,2 Prozent der Milieugehörigen ermittelt, eine Adipositas Grad I+II bei 9,8 Prozent und eine krankhafte Adipositas bei 0,6 Prozent der Milieugehörigen.

Im Vergleich in Tabelle 21 wird deutlich, dass in allen **Adipositas-Risikomilieus** überdurchschnittlich oft eine Adipositas Grad I bis III (ab BMI 30 kg/m<sup>2</sup>) anzutreffen ist. Hinzu kommt, dass die **Hochrisikomilieus** Konsum-Materialisten, Traditionsverwurzelte und DDR-Nostalgische zusätzlich überdurchschnittlich oft präadipös sind.

Abbildung 11 zeigt einen Vergleich der Häufigkeitsverteilungen der BMI-Kategorien der Adipositas-Risikomilieus (bunt) mit der Bevölkerung (schwarz). Hier wird die Verschiebung der Häufigkeitskurve in Richtung Übergewicht noch einmal sehr deutlich. Vor allem die Milieus der Traditionsverwurzelten und der DDR-Nostalgischen ragen als besonders stark von tangiert heraus.

## 2.2 SOZIOÖKONOMISCHE FAKTOREN

### Typ 1 – hohes Risiko

Rund 11 Prozent der Bevölkerung gehört zum „Sinus-Milieu“ der **Konsum-Materialisten**. Charakteristisch ist, dass mehr Männer (54 %) als Frauen (46 %) dem Milieu angehören (Anhang 5). Der Altersschwerpunkt liegt im mittleren bis höheren Alter (30-69 Jahre). In der Schulbildung dominieren Volks-/Hauptschulabschlüsse mit oder ohne Berufsausbildung. Arbeiter/Facharbeiter und sonstige Angestellte/Beamte dominieren in diesem Milieu. Mehr als die Hälfte der Haupteinkommensbezieher (51,7 %) haben ein Einkommen kleiner 2000 Euro pro Monat (Anhang 6). Häufig tragen zwei oder mehr Personen zum Haushaltseinkommen bei, so dass 48,3 Prozent der Milieumitglieder über mehr als 2.000 Euro verfügen können. Der Anteil der Singlehaushalte liegt mit 20 Prozent im Bundesdurchschnitt (Anhang 6). Es dominiert jedoch eine Paarsituation mit (34,8 %) oder ohne Kinder (24,4 %). Der Anteil der Paare mit Kindern liegt im Bundesdurchschnitt und ist höher als die Anzahl der Alleinerziehenden. Alleinerziehende (5,3 %) sind jedoch im Vergleich zum Bundesdurchschnittlich in diesem Milieu überdurchschnittlich zu finden. Häufig leben Konsum-Materialisten in 3-Generationen-Haushalte oder Wohngemeinschaften.

Das „Sinus-Milieu“ der **Traditionsverwurzelten** lebt überdurchschnittlich oft in West-Deutschland (85,5 %) (Anhang 5). 62,1 Prozent der Milieugehörigen sind Frauen – das ist überdurchschnittlich. Die Milieugehörigen gehören in der Mehrzahl der älteren Generation an. 29,5 Prozent sind 60 – 69 Jahre alt, 47,9 Prozent 70 Jahre und älter. Entsprechend oft handelt es sich bei den Traditionsverwurzelten um Rentner und Pensionäre, die vormals als Arbeiter (15,8 %), Facharbeiter/Meister (33,3 %), Angestellte oder Beamte (37,7 %) gearbeitet haben. 2,1 Prozent der Milieumitglieder waren oder sind nicht berufstätig, was vermutlich mit dem hohen Frauenanteil und hohen Lebensalter in diesem Milieu in Zusammenhang steht. Es dominiert der Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Berufsausbildung (Anhang 6). Das Haushaltseinkommen ist begrenzt. Es liegt überdurchschnittlich oft und in der Mehrzahl der Haushalte (70,8 %) unter 2000 Euro. Es dominieren 1- bis 2-Personenhaushalte ohne Kinder. Überdurchschnittlich oft sind Single-Haushalte (33,9 %) und Paarsituationen ohne Kind (49,3 %) anzutreffen.

Bei dem „Sinus-Milieu“ der **DDR-Nostalgischen** handelt es sich um ein Milieu, das überwiegend in den ostdeutschen Bundesländern zu finden ist (Anhang 5). 66,7 Prozent – rund dreimal so viel wie im Bundesdurchschnitt – leben in den neuen Bundesländern. Dem Milieu gehören mehr Frauen (57 %) als Männer (43 %) an. Der Altersschwerpunkt liegt zwischen 40 und 69 Jahren; 66,6 Prozent der Milieugehörigen gehören diesen Altersstufen an. Das Bildungsniveau ist mittel; mittlere Reife oder eine weiterführende Schule ohne Abitur sowie der Haupt/Volksschulabschluss mit Lehre dominieren. 55,5 Prozent der DDR-Nostalgischen sind berufstätig. Rentner oder Pensionäre sind mit 35,4

Prozent überdurchschnittlich oft zu finden. DDR-Nostalgische gehören bzw. gehörten den Berufsgruppen Facharbeiter/Meister (39 %), einfache Angestellte/Beamte (35,9 %) und Arbeiter (14 %) an. Es dominieren kleine bis mittlere Einkommen (bis 1.999 €); 69,9 Prozent der Milieugehörigen sind in diesen Einkommensgruppen zu finden (Anhang 6). Meist beziehen zwei Personen pro Haushalt ein Einkommen. Es überwiegen 2-Personen-Haushalte ohne Kinder (46 %). 75,4 Prozent der Haushalte haben keine Kinder. Meist leben die DDR-Nostalgischen als kinderloses Paar (42,3 %) oder im Single-Haushalt. 29 Prozent der DDR-Nostalgischen leben als Paar mit Kindern, 4,8 Prozent sind alleinerziehend.

### Typ 2 - Risiko

Mehr Frauen (59,7 %) als Männer (40,3 %) sind auch im „Sinus-Milieu“ der **Bürgerlichen Mitte** anzutreffen (Anhang 5). Der Altersschwerpunkt liegt zwischen 30 und 59 Jahren. Als Bildungsabschlüsse überwiegen Hauptschulabschluss mit Lehre (37,5 %) und weiterführende Schule ohne Abitur oder Mittlere Reife (37,5 %). Die Milieumitglieder sind überdurchschnittlich oft (57,3 %) berufstätig, meist als Angestellte/Beamte (41,7 %), Facharbeiter/Meister (29,8 %) oder sonstige Arbeiter (10,8 %). Überdurchschnittlich oft liegt ein mittleres Haushaltseinkommen zwischen 1.500-2.499 € vor, 27 Prozent der Milieugehörigen verdienen jedoch mehr als 2500 Euro monatlich (Anhang 6). Meist (58,1 %) erzielen zwei Personen pro Haushalt ein Einkommen. Im Haushalt leben überwiegend drei bis fünf Personen. In diesem Milieu sind überdurchschnittlich oft Kinder anzutreffen und es dominiert die Paarbeziehung mit Kind (41,1 %). 3,7 Prozent sind Alleinerziehend – dieser Wert ist unterdurchschnittlich.

## 2.3 ERNÄHRUNG – EINSTELLUNGEN UND VERHALTEN

### Ernährungsbewusstsein

Innerhalb der Bevölkerung stimmt mehr als ein Drittel (34,4 %) der allgemeinen Aussage „Es ist mir besonders wichtig, viel für meine Gesundheit zu tun“ zu (Anhang 7). Speziell auf eine gesunde ausgewogene Ernährung achten 5,7 Prozent weniger, nämlich 28,7 Prozent. Der Wunsch zum Abnehmen wird von rund einem Viertel der Bevölkerung geäußert (25,3 Prozent). Immerhin 20,2 Prozent der Bevölkerung sagen von sich, dass sie dem Abnehmwunsch auch Taten folgen lassen, in dem sie beim Essen auf den Kaloriengehalt achten (Anhang 7).

### Typ 1 – hohes Risiko

Desinteresse an gesunder und ausgewogener Ernährung charakterisiert dagegen das Hochrisikomilieu der **Konsum-Materialisten**. Die Milieumitglieder zeigen ein unterdurchschnittlich ausgeprägtes Ernährungsbewusstsein. Lediglich beim Abnehmwunsch reicht dieses Milieu mit 24,2 Prozent Zustimmung an den Bevölkerungsdurchschnitt heran. Jedoch lassen nur 13,4 Prozent der Milieumitglieder Taten folgen, in dem sie auf den

Kaloriengehalt der Nahrung achten (Index 66). Lediglich 17,5 Prozent auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung (Index 61).

Das Ernährungsbewusstsein der **Traditionsverwurzelten** liegt im Bevölkerungsdurchschnitt. Den Milieumitgliedern ist es überdurchschnittlich wichtig (37,2 %) „viel für die eigenen Gesundheit zu tun“. Auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung achten zudem überdurchschnittlich viele Milieumitglieder (30,4 %).

Ein überdurchschnittliches Ernährungsbewusstsein liegt bei den **DDR-Nostalgischen** vor, in allen Aspekten des Clusters. Von besonderer Bedeutung: Die Themen Gesundheit (40,5 %) und eine gesunde, ausgewogene Ernährung (31,6 %). Der Wunsch zum Abnehmen ist bei den DDR-Nostalgikern mit 26,7 Prozent Zustimmung vorhanden und 23,6 Prozent der Milieumitglieder achten auf den Kaloriengehalt der Nahrung. Sie übertreffen damit das Risikomilieu der Bürgerlichen Mitte.

### Typ 2 - Risiko

Das Ernährungsbewusstsein der **Bürgerlichen Mitte** ist mit der Situation der DDR-Nostalgischen vergleichbar. 40,6 Prozent der Bürgerlichen Mitte ist es wichtig viel für die Gesundheit zu tun und auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung zu achten (31,4 %). Abnehmen möchte rund ein Drittel (29,8 %) und auf den Kaloriengehalt der Nahrung achten etwas mehr als 20 Prozent der Mitglieder der Bürgerlichen Mitte (22,9 %).

### Selbst kochen und backen

Mehr als der Hälfte der Bevölkerung (57,5 Prozent) kocht regelmäßig oder gelegentlich (Anhang 7). Das heißt, dass 37,4 Millionen Menschen in der Freizeit kochen. Viele davon kochen auch mit Freude. Rund ein Drittel (31,6 %) der deutschen Bevölkerung ab 14 Jahren, also insgesamt 20,57 Millionen, sagt von sich, dass sie Spaß haben am Kochen. Etwas weniger Menschen Backen in der Freizeit regelmäßig oder gelegentlich – 39,2 Prozent oder 25,51 Millionen. Neue Gerichte probieren dabei rund 22 Prozent der Bevölkerung aus und neue Backrezepte versuchen 19,6 Prozent. Die Zubereitung von exotischen Gerichten ist dagegen eher eine Seltenheit: 11,9 Prozent (7,75 Millionen) lassen sich am Herd von fernen Ländern inspirieren.

### Typ 1 – hohes Risiko

Im Hochrisikomilieu der **Konsum-Materialisten** wird leicht unterdurchschnittlich oft gekocht und unterdurchschnittlich oft gebacken. 53,2 Prozent der Milieumitglieder kochen und 32,9 Prozent backen in der Freizeit. Freude haben die Konsum-Materialisten eher weniger daran. Nur 24,6 Prozent der Milieumitglieder sagen von sich, dass sie Spaß am Kochen (Index 78) haben. 16,3 Prozent versuchen sich an neuen Gerichten, 14,1 Prozent an neuen Backrezepten und lediglich 7,2 Prozent kochen exotische Gerichte.

**Traditionsverwurzelte** Kochen und Backen häufig in der Freizeit. 63,5 Prozent der Milieumitglieder kochen und somit 10 Prozent mehr als im Bundesdurchschnitt und 42,7 Prozent backen (9 % über Durchschnitt). Es scheint sich dabei aber eher um eine gewohnheitsmäßige Pflichtübung zu handeln, denn Begeisterung am Kochen zeigen nur die Hälfte der Kochenden, nämlich 30,7 Prozent der Traditionsverwurzelten und somit leicht unterdurchschnittlich viele (Index 97). Traditionsverwurzelte setzen beim Essen und Trinken auf Bewährtes. Am ehesten werden neue Backrezepte ausprobiert (Index 92). Das Ausprobieren neuer Gerichte (Index 60) und die Zubereitung exotischer Gerichte (Index 24) sind weniger beliebt.

Auch für **DDR-Nostalgische** gehören Kochen und Backen zum Kanon der regelmäßigen Freizeitbeschäftigungen. Überdurchschnittlich oft Kochen (65,3 Prozent, Index 114) und/oder Backen (47 Prozent, Index 120) Mitglieder dieses Milieus. Viele von ihnen haben auch Freude am Kochen, denn immerhin 33 Prozent der Milieuvvertreter sagen, dass es ihnen Spaß macht. Mit einem Indexwert von 104 liegen sie damit leicht über dem Bundesdurchschnitt. Überdurchschnittlich viele Milieumitglieder probieren gerne neue Backrezepte aus, neue Gerichte kochen etwas weniger Milieugehörige. Exotische Gerichte sind eher weniger beliebt.

### Typ 2 - Risiko

Milieumitglieder der **Bürgerlichen Mitte** Kochen und Backen gerne. 66 Prozent und somit 15 Prozent mehr als der Bevölkerungsdurchschnitt kochen. Mit 49,2 Prozent sagen überdurchschnittlich viele Milieumitglieder, dass sie in der Freizeit regelmäßig oder gelegentlich Backen (Index 126). Dieses Milieu hat, verglichen mit anderen Risikomilieus, die größte Freude am Kochen. 40,2 Prozent der Milieumitglieder hat Spaß am Kochen (Index 127), 27,6 Prozent probieren gerne neue Gerichte (Index 124) und 26,1 Prozent probieren neue Backrezepte aus (Index 133). Lediglich Exotisches ist nicht ganz so beliebt.

### Fertiggerichte

Rund ein Fünftel der Bundesdeutschen (19,9 %) oder rund 13 Millionen lassen sich von Fertiggerichten bei der Nahrungszubereitung entlasten (Anhang 7). Meistens handelt es sich dabei um Fertigprodukte wie Beilagen und Saucen, die meistens noch verfeinert werden. Tütensuppen und Backmischungen kommen nur für 14,5 Prozent der Bevölkerung auf den Tisch.

### Typ 1- Hoch-Risiko

Diese Situation charakterisiert ebenfalls das Milieu der **DDR-Nostalgischen**. Sie sind in allen Anwendungsbereichen von Fertiggerichten ungefähr im Bundesdurchschnitt. Begeisterte Anwender von Fertigprodukten (z.B. Tütensuppen, Backmischungen, Indexwert 124) sind dagegen **Konsum-Materialisten**. 23,9 Prozent stimmen der Aussage

„Fertiggerichte bedeuten für mich eine große Erleichterung“ zu – deutlich mehr als im Durchschnitt der Bevölkerung (Indexwert 120). Fertiggerichte werden zusätzlich überdurchschnittlich oft verfeinert und der Einsatz für Beilagen etc. ist im Durchschnitt der Bevölkerung (Anhang 7).

Ganz anders ist die Situation in den Haushalten der **Traditionsverwurzelten**. Dort kommen Fertigprodukte allenfalls in Form von Saucen, Klößen oder Kartoffelbrei auf den Tisch. Traditionsverwurzelte sehen in Fertiggerichten keine Erleichterung. Sie werden unterdurchschnittlich oft verwendet (Index 72). Auch Tütensuppen oder Backmischungen sind selten im Einsatz (11,9 Prozent, Index 82).

### Typ 2- Risiko

**Bürgerliche Mitte:** Fertiggerichte werden leicht überdurchschnittlich als Erleichterung benannt (Index 105). Beliebte sind sie zur Zubereitung von Beilagen (Saucen, Klöße, Kartoffelbrei etc.), werden jedoch zusätzlich verfeinert. Tütensuppen und Backmischungen werden dagegen seltener verwendet (Index 87).

### Essen und trinken als Genuss

Zu den Genießern gehören rund ein Drittel der Bevölkerung. 32,8 Prozent oder 21,37 Millionen räumen guten Essen und Trinken eine große Rolle im Leben ein. 29,8 Prozent sagen sogar, dass sie mit großem Vergnügen essen. 15,11 Millionen oder 23,2 Prozent der Bevölkerung verwöhnen sich gerne mit einem guten Tropfen (Anhang 7).

### Typ 1- hohes Risiko

**Konsum-Materialisten** genießen ungefähr wie der Durchschnitt der Bevölkerung. Allerdings räumen sie Essen und Trinken keine ganz so große Rolle im Leben ein (29,2 %; Index 89). Für **Traditionsverwurzelte** und **DDR-Nostalgische** hat Essen und Trinken keine große Rolle im Leben. Nur 20,9 Prozent der Traditionsverwurzelten und 21,4 Prozent der DDR-Nostalgischen sehen Essen als eines der größten Vergnügen überhaupt an (Index 70, 72).

### Typ 2 - Risiko

Genuss ist dagegen den Milieumitgliedern der **Bürgerlichen Mitte** wichtiger als dem Bevölkerungsdurchschnitt. 33,3 Prozent räumen essen und trinken eine große Rolle im Leben ein, 37,6 Prozent sagen, dass Essen das größte Vergnügen ist, das es gibt und einen „guten Tropfen“ leisten sich 23,8 Prozent ab und zu. Die Häufigkeiten dieser drei Antworten liegen über dem Bevölkerungsdurchschnitt (Indexwerte 114, 112, 103).

### Qualität der Ernährung und ökologische Aspekte

Tierische Produkte aus artgerechter Haltung ist von den fünf erfragten Themen bevölkerungsweit das Topthema. 26,8 Prozent, das sind 17,42 Millionen, interessieren sich für

die Haltungsbedingungen der für den Verzehr bestimmten Haustiere (Anhang 7). Der Preis bestimmt überwiegend den Einkauf von Lebensmitteln. Nur 23 Prozent der Bevölkerung achtet stärker auf die Qualität eines Lebensmittels als auf den Preis. Noch geringer ist das Bewusstsein für Inhaltsstoffe der Nahrung. Lediglich 13,9 Prozent der Bundesdeutschen interessieren sich dafür, das entspricht 9,06 Millionen Menschen. Ökologische Produkte mit Prüfsiegel sind nur für eine Minderheit kaufentscheidend – 10,8 Prozent der Bevölkerung kauft ökologisch gekennzeichnete Waren. Eine „streng vegetarische“ Ernährung wird von 3,4 Prozent der Bevölkerung praktiziert. Das entspricht 2,23 Millionen Vegetariern.

### Typ 1 – hohes Risiko

**Konsum-Materialisten** kaufen Lebensmittel überwiegend über den Preis nicht wegen der Lebensmittelqualität, was aufgrund des geringen Einkommens nicht verwundert. Auch ökologische Aspekte der Ernährung finden keine Interesse; weder ökologische Produkte (Index 55), Fleischprodukte aus artgerechter Haltung (Index 62) noch streng vegetarische Ernährung (Index 80). Allerdings zeigt dieses Milieu von allen Adipositas-Risikomilieus das stärkste Interesse an vegetarischer Kost.

Ökologische Produkte (Index 67) und streng vegetarische Kost (Index 42) interessieren **Traditionsverwurzelte** deutlich unterdurchschnittlich. Lediglich der Aussage zum Interesse an den Haltungsbedingungen der verzehrten Fleischprodukte liegen sie annähernd im Bundesdurchschnitt (26 %, Index 97). Qualitätsaspekte und Inhaltsstoffe der Nahrung sind unterdurchschnittlich oft Auswahlgründe für Nahrungsmittel (Index 83, 85).

Bei der Auswahl von Lebensmitteln interessieren sich Mitglieder der **DDR-Nostalgischen** unterdurchschnittlich für ökologische, qualitative oder inhaltliche Aspekte. Nur wenige Milieumitglieder essen streng vegetarisch (0,9 Prozent des Milieus, Index 25). Inhaltsstoffe und Qualität des Lebensmittels sind für sie ebenfalls unterdurchschnittlich von Bedeutung. Lediglich die Zustimmung zur Aussage „Ich lege sehr viel Wert darauf, dass Produkte, die ich kaufe, von Tieren aus artgerechter Haltung stammen“ liegt ungefähr im Bevölkerungsdurchschnitt.

### Typ 2 - Risiko

Das größte Interesse an Qualität und Ökologie bringt von den Risikomilieus die **Bürgerliche Mitte** mit. Das Interesse an den Haltungsbedingungen von Tieren ist stark überdurchschnittlich (Index 120). Die Zustimmung zu Qualität, Inhaltsstoffe und ökologische Prüfsiegel liegen noch innerhalb der 5-prozentigen Abweichung vom Durchschnitt. Deutlich wird jedoch auch ein starkes Desinteresse an vegetarischer Kost in diesem Milieu (Index 34).

## 2.4 GESUNDHEITSVORSORGE

### Gesundheitsbewusstsein

„Ich bin sehr darauf bedacht, durch mein Verhalten und meine Lebensweise Krankheiten vorzubeugen“ – Eine Zustimmung zu dieser Frage steht für eine generell positive Einstellung zur Gesundheitsvorsorge. Mehr als ein Drittel (35,8 %) der Befragten (23,28 Millionen) bejahen diese Aussage in der Befragung der TdW 06/07 (Tab. 22, Abb. 12). Wenn es dann darum geht, diese Einstellung auch auf den Alltag zu übertragen, stimmen etwas weniger zu, aber immerhin noch 32,4 Prozent der Interviewten. In Handlung setzen ihre positive Haltung zum Thema Gesundheit dann rund 10 Prozent weniger um. Die Aussage „Ich betreibe aktive Gesundheitsvorsorge, um meine Leistungsfähigkeit zu erhalten“ bejahen 24,2 Prozent der Befragten. Das bedeutet, dass 15,78 Millionen Deutsche aktiv etwas für ihre Gesundheit tun.

#### Typ 1 – hohes Risiko

Bei den **Konsum-Materialisten** ist verglichen mit der Bevölkerung und anderen Milieus der Wunsch, etwas für die Gesundheit zu tun, deutlich unterdurchschnittlich ausgeprägt. Während 32 Prozent der Bevölkerung diese Frage mit „ja“ beantwortet, sind es lediglich 21,2 Prozent der Konsum-Materialisten, die sich gesundheitlich engagieren wollen (Index 62). Nur 14,2 Prozent der Konsum-Materialisten betreiben eine aktive Gesundheitsvorsorge zum Erhalt der Leistungsfähigkeit und 20,8 Prozent sind darauf bedacht, durch das eigene Verhalten und den Lebensstil Krankheiten vorzubeugen. Mit Indexwerten von 59 bzw. 58 fallen die Konsum-Materialisten somit deutlich hinter den Durchschnitt der Bevölkerung zurück.

Auch das Milieu der **Traditionsverwurzelten** engagiert sich noch in punkto Gesundheitsvorsorge, überwiegend in einer Größenordnung, die dem Durchschnitt der Bevölkerung entspricht. Allerdings übertreffen sie den Bevölkerungsdurchschnitt, wenn es darum geht, auch bei alltäglichen Dingen auf die Gesundheit zu achten. 35,7 Prozent der Traditionsverwurzelten berücksichtigt täglich gesundheitliche Aspekte. Jedoch betreiben sie unterdurchschnittlich häufig eine aktive Gesundheitsvorsorge zum Erhalt der Leistungsfähigkeit.

Im Streben nach Gesundheit überragen die **DDR-Nostalgischen** die anderen Risikomilieus deutlich. Sie stimmen überdurchschnittlich oft der Aussage zur Gesundheitsvorsorge zu (Index 124) und achten auch im Alltag auf die Gesundheit (Index 115). Wenn es jedoch um die aktive Gesundheitsvorsorge zum Erhalt der Leistungsfähigkeit geht, dann sinkt ihr Engagement wieder auf den Durchschnitt der Bevölkerung zurück (Index 101).

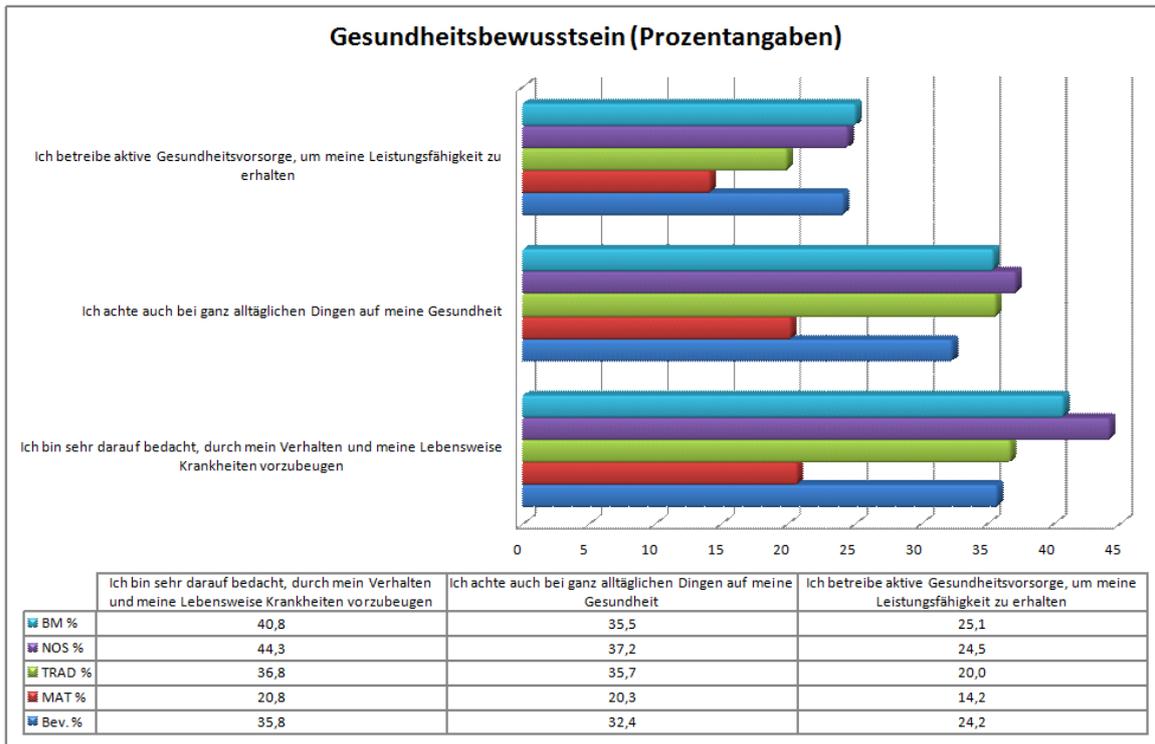
#### Typ 2 - Risiko

Die **Bürgerliche Mitte** folgt den DDR-Nostalgischen „direkt auf den Fuß“. Interessant ist, dass sie stärker als andere Milieus aktiv Gesundheitsvorsorge betreiben. 25,1 Prozent

der Milieumitglieder sagen, dass sie aktiv werden, um ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten (Index 104).

**Tabelle 22 Einstellungen und Verhalten der Adipositas-Risikomilieus hinsichtlich Gesundheitsvorsorge** (Quelle: Datenquelle TdW, eigene Darstellung) Erläuterungen: Typ 1 – hohes Risiko = dunkelrot, Typ 2 – Risiko rot; MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte, rot überdurchschnittliche Angaben (> 5%), gelb unterdurchschnittliche Zustimmung (< -5%)

Gesundheitsvorsorge \ Milieu	Gesamt	MAT	TRAD	NOS	BM
<b>Gesundheitsbewusstsein</b>	%	Index			
Ich bin sehr darauf bedacht, durch mein Verhalten und meine Lebensweise Krankheiten vorzubeugen.	35,8	58	103	124	114
Ich achte auch bei ganz alltäglichen Dingen auf meine Gesundheit.	32,4	63	110	115	109
Ich betreibe aktive Gesundheitsvorsorge, um meine Leistungsfähigkeit zu erhalten.	24,2	59	83	101	104
<b>Diätverhalten</b>					
Ich habe Diäterfahrung	22,3	98	86	75	113
Ich habe noch keine Diät/Abnehmprogramm gemacht	5,7	81	59	87	124
Ein Diät/Abnahme-Programm kommt für mich nicht in Frage	29,1	95	116	136	104
Ich habe mir darüber noch keine Gedanken gemacht	41,7	108	102	91	86



**Abbildung 12: Gesundheitsbewusstsein der Adipositas-Risikomilieus** (Quelle: Datenquelle TdW, eigene Darstellung) Erläuterungen: BM = Bürgerliche Mitte, NOS = DDR-Nostalgische, TRAD = Traditionsverwurzelte, MAT = Konsum-Materialisten, Bev = Bevölkerung

## Diätverhalten

Diäten oder Abnehmprogramme – darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht, stellen 41,7 Prozent der Bevölkerung fest, also immerhin 27,11 Millionen Deutsche (Tab. 22, Abb. 13). 29,1 Prozent sagen, dass für sie eine Diät nicht in Frage kommt und 5,7 Prozent hat noch nie eine Diät durchgeführt. Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung (76,5 %) hatte demnach noch nie Kontakt zu Diäten, denkt nicht darüber nach oder lehnt eine Diät ab. Diäterfahrung haben dagegen 14,54 Millionen Deutsche oder 22,4 Prozent der Bevölkerung. Dabei hat die Mehrheit (13,2 %) bislang eine Diät durchgeführt, von multiplen Diätversuchen berichten 9,2 Prozent – immerhin 5,98 Millionen Menschen.

### Typ 1 – hohes Risiko

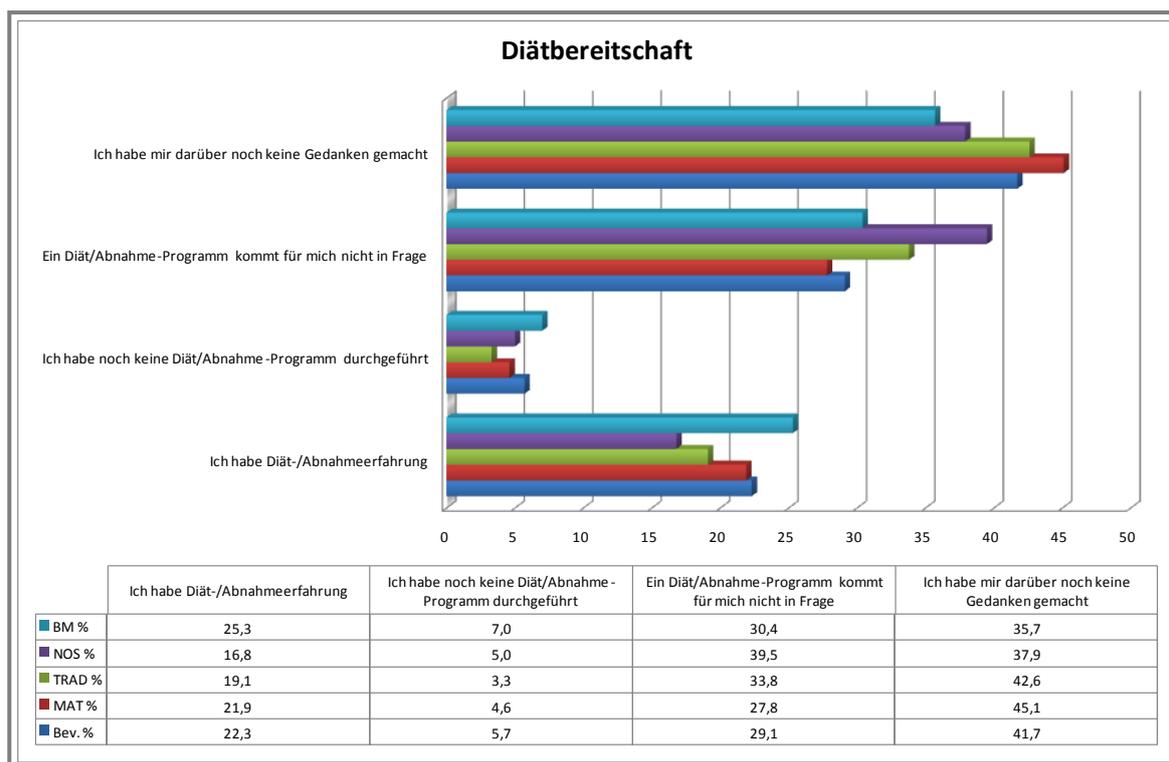
Im Gegensatz dazu stehen **DDR-Nostalgische** dem Thema Diäten/Abnehmen eher ablehnend oder gleichgültig gegenüber (Tab. 22, Abb. 13). 77,4 Prozent der Milieugehörigen sagen, dass für sie eine Diät nicht in Frage kommt oder sie bislang noch nicht darüber nachgedacht haben. Dies erstaunt angesichts des hohen Anteils an Übergewicht, speziell der krankhaft Adipösen. Nur 16,8 Prozent der DDR-Nostalgischen haben bereits Diäterfahrung.

Für 33,8 Prozent und somit überdurchschnittlich oft kommt ebenfalls für **Traditionsverwurzelte** eine Diät oder ein Abnehmprogramm nicht in Frage (Tab. 22, Abb. 13). Weitere 42,6 Prozent haben sich darüber noch keine Gedanken gemacht – trotz bestehendem Übergewicht zeigen auch in diesem Milieu die Mehrzahl (76,4 %) keine Neigung zum Abnehmen. 19,2 Prozent der Milieugehörigen haben bereits eine (10,3 %) oder mehrere Diäten (8,9 %) durchgeführt. Sie liegen damit hinter dem Bundesdurchschnitt, aber zeigen eine höhere Bereitschaft zum Abnehmen als die DDR-Nostalgischen.

Die Mehrzahl der **Konsum-Materialisten** (45,1 %) denken über das Thema Abnehmen erst gar nicht nach – deutlich mehr als in allen anderen Risikomilieus (Tab. 22, Abb. 13). Für weitere 27,8 Prozent der Konsum-Materialisten kommt ein Abnehmprogramm nicht in Frage, so dass 72,9 Prozent ablehnt oder nicht darüber nachdenkt. Aber immerhin berichten 12,9 Prozent der Befragten, dass sie schon einmal eine Diät und 9 Prozent mehrere Diäten oder Abnehmprogramme durchgeführt haben. Sie liegen in diesem Bereich im Bevölkerungsdurchschnitt.

### Typ 2 - Risiko

Im Risikomilieu der **Bürgerlichen Mitte** ist Gewichtskontrolle über Diät dagegen ein wichtiges Thema (Tab. 22, Abb. 13). Im Vergleich der Risikomilieus haben die Mitglieder der Bürgerlichen Mitte die größte Diäterfahrung. Ein Viertel der Milieumitglieder (25,3 %) haben bereits einen (13,7 %) oder mehrere Abnehmversuche (11,6 %) hinter sich. Der Anteil derjenigen, die eine Diät ablehnen, liegt ungefähr im Durchschnitt der Bevölkerung (Index 104; 30,4 %). Deutlich unterdurchschnittlich ist jedoch die Anzahl der Milieumitglieder, die sich noch keine Gedanken über das Abnehmen gemacht haben (Index 86; 35,7 %). Eine überdurchschnittliche Zustimmung zur Aussage „ich habe *noch keine* Diät/Abnehmprogramm gemacht“ signalisiert, dass 7 Prozent der Milieumitglieder bereits über das Abnehmen nachgedacht haben, sich aber bislang noch nicht dazu durchringen konnten.



**Abbildung 13: Bereitschaft zur Diät bzw. Gewichtsabnahme der Adipositas-Risikomilieus im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt in Prozent** (Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung; Erläuterungen: BM = Bürgerliche Mitte, NOS = DDR-Nostalgische, TRAD = Traditionsverwurzelte, MAT = Konsum-Materialisten, Bev = Bevölkerung)

## 2.5 FREIZEITGEWOHNHEITEN

Im Folgenden werden Charakteristika der Freizeitgewohnheiten der Adipositas-Risikomilieus identifiziert. Die sportliche Aktivität der Bevölkerung und besonders beliebte Sportarten waren bereits Gegenstand von Kapitel V 3.2. Darauf wird Bezug genommen.

### Bewegung/Sport/Fitness

#### Typ 1- hohes Risiko

Charakteristisch für das Milieu der **Konsum-Materialisten** ist ein inaktives Freizeitverhalten (Anhang 8). 16,6 Prozent der Konsum-Materialisten treiben keinen Sport, 21,4 Prozent nur selten. Regelmäßig und intensiv betätigen sich lediglich 25,1 Prozent der Milieumitglieder sportlich. Damit ist die Sportabstizienz der Konsum-Materialisten überdurchschnittlich hoch (Index 132 – kein Sport). Wenn sich Konsum-Materialisten bewegen, dann favorisieren sie die drei der vier beliebtesten Bewegungsformen Spazieren gehen (56,2 Prozent), Radfahren (37,6 Prozent) oder Schwimmen (32,8 Prozent). Allerdings bleiben sie in der Häufigkeit hinter dem Bevölkerungsdurchschnitt zurück (Spazie-

ren gehen Index 89, Radfahren Index 79). Bewegung beim Gärtnern und Wandern ist mit 31,5 und 14,5 Prozent zwar noch beliebt, die Ausübung bleibt aber ebenfalls deutlich hinter dem Bevölkerungsdurchschnitt und allen anderen Milieus zurück.

Kostenaufwendige Freizeitbeschäftigungen wie Golf, Extremsportarten, Wassersport, Reiten oder Squash sind bei den Konsum-Materialisten wenig oder gar nicht gefragt, was aufgrund der geringen Freude am Sport und des geringen monatlichen Haushaltseinkommens nicht verwundert. Vor allem die Teilnahme am Golfsport ist mit einer Zustimmung von nur 0,5 Prozent äußerst gering.

Die Bewegungsarmut der Konsum-Materialisten wird lediglich übertroffen vom Risikomilieu der **Traditionsverwurzelten**. 36,1 Prozent der Traditionsverwurzelten treiben keinen Sport, 26,1 Prozent bezeichnen sich als Gelegenheitssportler (26,1 %) (Anhang 8). Regelmäßig betätigen sich 17,9 Prozent sportlich. Besonders beliebte Freizeitaktivitäten, die ebenfalls mit überwiegend moderater körperlicher Bewegung verbunden sind: Spazieren gehen (74,1 %), Gärtnern (46,5 %), Rad fahren (31,1 %), Wandern (20,9 %), Schwimmen (18,9 %) und Gymnastik (9 %). Spazieren gehen und Gärtnern sind überdurchschnittlich beliebt (Index 118, 115). Nahezu völliges Desinteresse herrscht an neuen oder unfallträchtigen Sportarten wie Extremsport (0 %), Squash (0,2 %), Reiten (0,2%), neuen Sportarten wie Inlineskating oder Beachvolleyball (0,3 %), aber auch Golf (0,2 %) und Tennis (0,7 %) Die Auswahl der Bewegungsformen bzw. Sportarten spiegelt das hohe Durchschnittsalter innerhalb dieses Milieus.

Bei dem Risikomilieu **DDR-Nostalgische** überwiegt dagegen die Gruppe derjenigen, die sich selten bzw. ab und zu sportlich betätigen mit 57,9 Prozent (Anhang 8). Gar nicht sportlich aktiv sind 13,8 Prozent. „Ja – ich treibe regelmäßig und intensiv Sport“ sagen 28,2 Prozent von sich. Auch in diesem Milieu dominieren die bevölkerungsweit beliebtesten Bewegungsformen mit moderater Aktivität: Spazieren gehen (68,5 %), Gärtnern (54,1 %), Rad fahren (50,3 %), Schwimmen (29 %), Wandern (23,2 %) und Gymnastik (11,5 %). Dabei sind die DDR-Nostalgiker aktiver als die beiden zuvor genannten Risikomilieus. Schwimmen ist beliebter als bei den vorgenannten Milieus; die Ausübung ist jedoch verglichen mit der Bevölkerung unterdurchschnittlich (Index 72). Wenig beliebt sind Extremsport und Squash (je 0,2%), Golf (0,3 %) und Tennis (0,5 %).

## Typ 2- Risiko

Die **Bürgerliche Mitte** ist unter den Risikomilieus das bewegungs-aktivste Milieu (Anhang 8). 32,6 Prozent der Milieuangehörigen sagen von sich, dass sie regelmäßig und intensiv Sport treiben. Gelegenheitssportler sind 58,1 Prozent. Lediglich 9,2 Prozent dieses „Sinus-Milieu“ treibt keinen Sport. Es dominieren auch hier die fünf beliebtesten Bewegungs- bzw. Sportarten: Spazieren gehen (69,9 %), Rad fahren (50,7 %), Schwimmen (42,9 %), Gärtnern (48,5 %) und Wandern (24,3 %). Beliebt sind außerdem Gymnastik (14,7 %) und Joggen/Laufen (14,5 %). Die prozentuale Verteilung zeigt je-

doch, dass sich die Bürgerliche Mitte mehr bewegt als die anderen Milieus. Rad fahren und Schwimmen übertrumpfen das Thema Gärtnern. Die Bürgerliche Mitte bevorzugt eine große Bandbreite an Sportarten. Lediglich die Ausübung von Golf und Extremsportarten wie Freeclimbing oder Drachenfliegen liegen mit 0,4 bzw. 0,6 Prozent unter der 1-Prozentmarke.

Fitnessaktivitäten zeigen zwei Milieus: die Bürgerliche Mitte und Traditionsverwurzelte. Die Bürgerliche Mitte übt Fitnesstraining bzw. Aerobic zu Hause mit 9,2 Prozent ungefähr wie der im Bevölkerungsdurchschnitt aus. Ins Fitnessstudio gehen immerhin noch 6,8 Prozent der Milieumitglieder. Erstaunlicherweise sagen 6,3 Prozent der Traditionsverwurzelten, dass sie zu Hause Fitness/Aerobic ausüben. 5 Prozent gehen in ein Fitnessstudio. Angesichts des hohen Altersdurchschnitts von mehr als 70 Jahren ist davon auszugehen, dass es sich hierbei überwiegend um Fitnesstraining oder Gymnastik für Senioren handelt oder dass die jüngeren der Milieugehörigen (50-69 Jahre) trainieren.

### **Ausgehen/Ausflüge**

Wenn Deutsche ausgehen, dann machen sie am liebsten Ausflüge mit dem Auto, Einkaufs- oder Schaufensterbummel, gehen gut Essen, besuchen Kneipen/Lokale, Schnellrestaurants oder gehen ins Kino. Die jeweiligen Prozentzahlen zur Beliebtheit der jeweiligen Aktivität können Anhang 8 entnommen werden.

#### **Typ 1- hohes Risiko**

Auch die **DDR-Nostalgischen** machen in der Freizeit gerne Ausflüge (45,1%) oder gehen Bummeln (41,6%). Alle anderen Ausgeh-Aktivitäten werden seltener gepflegt als im Mittel der Bevölkerung. Besonders wenig Interesse besteht an Raves bzw. Techno-Events (0,6 %), Rock oder Pop-Konzerten mit bekannten Interpreten (2 %), Fußball-Bundesliga (2,9 %) und Diskotheken/Clubs (3,2 %).

Noch weniger Ausgeh-Neigungen zeigen die **Traditionsverwurzelten**. Ein Drittel (31,1 %) der Milieugehörigen geht noch gerne Bummeln. Alle anderen Außerhaus-Aktivitäten fallen weit hinter die anderen Adipositas-Risikomilieus und den Bundesdurchschnitt zurück (Anhang 8). Kein oder kaum Interesse herrscht auch an allen „modernen“ Ausflugszielen wie Raves/Techno-Events (0,3 %), Rock-Pop-Konzerten (0,4 %) Diskotheken oder Clubs (0,6 %) und Fußball-Bundesligaspielen (1,5 %). Auch in Schnellrestaurants und bei Sportveranstaltungen (außer Fußball) sind die Milieuvvertreter selten und unterdurchschnittlich oft zu finden.

**Konsum-Materialisten** gehen gerne aus, häufig zum Bummeln (41,6 %), zum Autoausflug (41,4 %) oder zum Essen (37 %). Überdurchschnittlich beliebt sind die Besuche in Kneipen & Lokalen und Schnellrestaurants (33,5 %, 24,4 %). Sportveranstaltungen aller Art und Besuche in Diskotheken oder Clubs sind gerne besuchte Ziele für Konsum-Materialisten.

## Typ 2 - Risiko

Verglichen damit, zeichnet sich das Milieu der Bürgerlichen Mitte dadurch aus, dass die Milieumitglieder überdurchschnittlich gerne einen Einkaufs- oder Schaufensterbummel machen und Ausflüge mit dem Auto unternehmen (Index 115, 110; 52,2 %, 52,8 %) (Anhang 8). Gut Essen ist bei 42,2 Prozent der Milieuangehörigen beliebt. Bei diesen drei Ausgeh-Aktivitäten sind sie Spitzenreiter innerhalb der Adipositas-Risikomilieus. Gerne besucht die Bürgerliche Mitte noch Kneipen/Lokale, Schnellrestaurants, Sportveranstaltungen und Freizeitparks (27 %, 18,6 %, 12,1 %, 10,3 %).

## Häusliche/Familiäre Beschäftigungen

### Typ 1 – hohes Risiko

Auch die Häuslichkeit der **DDR-Nostalgischen** ist charakteristisch (Anhang 9). Sie heimwerken, beschäftigen sich mit Tieren, stricken und schneiden überdurchschnittlich. Gäste werden ebenfalls häufig in der Freizeit begrüßt. **Traditionsverwurzelte** halten sich nicht nur bei Außer-Haus-Aktivitäten zurück, sondern auch bei innerhäuslichen Aktivitäten. Lediglich Stricken und Schneiden findet überdurchschnittlichen Anklang. Natürlich werden Gäste gerne begrüßt oder gebastelt, aber seltener als im Bevölkerungsdurchschnitt. Konsum-Materialisten liegen in allen häuslichen Aktivitäten hinter dem Durchschnitt zurück. Besonders unbeliebt sind Schneiden und Stricken. Die beliebteste innerhäusliche Beschäftigung, die fast den Bevölkerungsdurchschnitt von 33,2 Prozent erreicht, ist Spielen mit Kindern.

### Typ 2 – Risiko

Das häuslichste und familiärste Milieu unter den Adipositas-Risikomilieus ist die **Bürgerliche Mitte**. Sie übertreffen die in Anhang 9 genannten Durchschnittswerte der Bevölkerung in allen innerhäuslichen Items. Gäste einladen, das Spielen mit Kindern, Basteln/Heimwerken, und Beschäftigung mit Tieren sind äußerst beliebte Freizeitbeschäftigungen.

## Weiterbildung/Entspannung/Verschiedenes

Entspannung ist dagegen das Top-Thema bei sehr vielen: 88,6 Prozent aller Deutschen älter als 14 Jahre sagen, dass sie regelmäßig zu Hause entspannen. Techniken zur gezielten Entspannung wie mentales Training oder Yoga werden vergleichsweise selten eingesetzt (5,5 %). Rund die Hälfte der Bevölkerung (54 %) hört in der Freizeit gerne Musik von Datenträgern wie CDs, MP3, Schallplatte oder Kassette. Das Schauen von Filmen auf DVD oder Video und das Lösen von Rätseln liegen mit 39,9 Prozent und 38 Prozent in der Beliebtheit fast gleichauf. Fotografieren und Weiterbildung in der Freizeit sind für rund ein Drittel der Deutschen interessant (33,7%; 27,3 %; Anhang 9).

Unter den Adipositas-Risikomilieus ist Weiterbildung in der Freizeit lediglich für das **Risikomilieu Bürgerliche Mitte** ähnlich interessant wie für den Durchschnitt der Bevölkerung (Index 96). Wohingegen gemütliche Entspannung zu Hause für alle Milieus interessant ist. Herausragende Hobbies sind außerdem für die Bürgerliche Mitte Musik hören, DVDs oder Videos ansehen, Rätsel lösen und fotografieren. Gerne engagieren sie sich für Vereine und drehen eigene Videos.

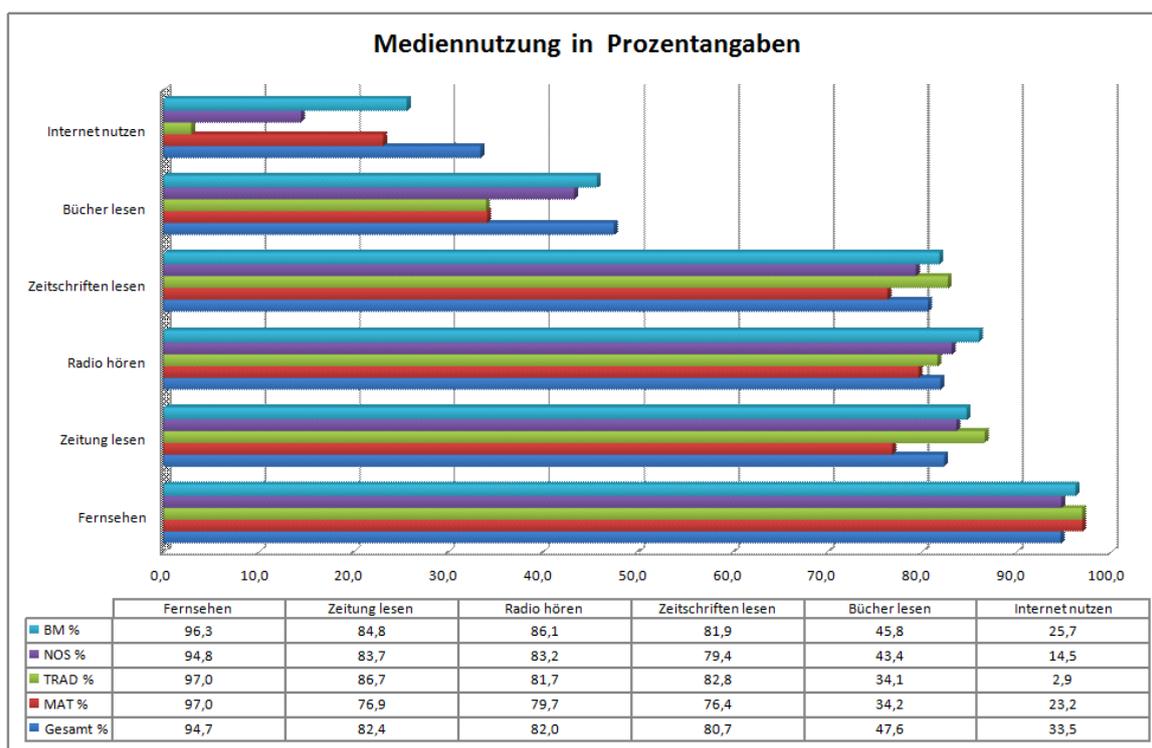
Rätsel lösen begeistert außerdem die **Hochrisikomilieus** der DDR-Nostalgischen und Traditionsverwurzelten. Begehrte Freizeitbeschäftigungen sind für die Konsum-Materialisten Entspannung zu Hause, Musik hören (von CD, MP3 etc.), DVD oder Video anschauen und Rätsel lösen.

## 2.6 MEDIENNUTZUNGSVERHALTEN

Die TV-Nutzungsdauer wurde bereits bei der Herleitung der Merkmalkategorie TV-Konsum thematisiert (siehe Kapitel V 3.2). An dieser Stelle werden nun die im Bereich Freizeitaktivitäten an Wochenenden, an Abenden und an Feiertagen erfragten Mediengattungen vergleichend für die Adipositas-Risikomilieus betrachtet. Die Antwortkategorien stehen für die Zustimmung zu den Aussagen „mache ich regelmäßig/intensiv“ und „mache ich gelegentlich/ab und zu“. Die Abbildung 14 und Tabelle 23 geben einen Überblick über die erhobenen Daten.

### Mediennutzungshäufigkeit

Eine Nutzung der klassischen Medien Fernsehen, Zeitung lesen, Radio hören und Zeitschriften/Illustrierte lesen gehören – in der Reihenfolge der Nennung - zu den beliebtesten Freizeitbeschäftigungen der Deutschen. 94,7 bis 80,7 Prozent der deutschen Bevölkerung sagen, dass sie die genannten Medien „regelmäßig“ bis „gelegentlich“ nutzen (Abb.14, Tab. 23). Die **Adipositas-Risikomilieus (Typ 1 und Typ 2)** nutzen diese Medien ebenfalls ausgiebig mit minimalen Schwankungen zwischen den Risikomilieus und geringen Abweichungen zum Bevölkerungsdurchschnitt. Konsum-Materialisten nutzen zwar Zeitungen und Zeitschriften/Illustrierte leicht unterdurchschnittlich, doch immerhin noch zu 76,9 und 76,4 Prozent.



**Abbildung 14: Mediennutzung der Adipositas-Risikomilieus in Prozentangaben**

(Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung) Erläuterungen: BM = Bürgerliche Mitte, NOS = DDR-Nostalgische, TRAD = Traditionsverwurzelte, MAT = Konsum-Materialisten, Bev = Bevölkerung

„Bücher lesen“ gehört ebenfalls zum Kanon der „klassischen“ Medien, allerdings fällt die Nutzungshäufigkeit deutlich zurück. Etwas weniger als die Hälfte der Deutschen (47,6 %) lesen regelmäßig in ihrer Freizeit ein Buch (Abb.14, Tab. 23). Die Buchnutzung liegt somit bevölkerungsweit weit unter den oben genannten, sehr häufig rezipierten klassischen Medien. **Alle Adipositas-Risikomilieus** bleiben noch einmal hinter dem Durchschnitt zurück. Die Nutzungshäufigkeiten der Adipositas-Risikomilieus: Bürgerliche Mitte 45,8 Prozent, DDR-Nostalgische 43,4 Prozent, Traditionsverwurzelte 34,1 Prozent und Konsum-Materialisten 34,2 Prozent. Vor allem die **Hochrisikomilieus** Konsum-Materialisten und Traditionsverwurzelte lesen unterdurchschnittlich oft Bücher und sind über das Medium Buch schlecht erreichbar.

Das Nutzungsverhalten von Onlineangeboten („Surfen“) ist in der Bevölkerung noch sehr unterschiedlich. Rund ein Drittel der deutschsprachigen Bevölkerung nutzt das Internet mindestens einmal wöchentlich in der Freizeit (33,5 %) (Abb.14, Tab. 23). Die **Adipositas-Risikomilieus** nutzen Onlineangebote ebenfalls sehr unterschiedlich. Für Traditionsverwurzelte ist das Surfen im Internet eher fremd. Nur 2,9 Prozent nutzen Onlineangebote. DDR-Nostalgische surfen zu 14,5 Prozent regelmäßig im Internet. Etwas öfter sind Konsum-Materialisten und Bürgerliche Mitte online (23,2 %, 25,7 %).

**Tabelle 23 Mediennutzung der Adipositas-Risikomilieus in der Freizeit** (Quelle: Datenquelle TdW, eigene Darstellung) Erläuterungen: Typ 1 – hohes Risiko = dunkelrot, Typ 2 – Risiko rot; MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte, rot überdurchschnittliche Angaben (> 5%), gelb unterdurchschnittliche Zustimmung (< -5%)

Mediennutzung	Milieu	Gesamt	MAT	TRAD	NOS	BM
Fernsehen		94,7	102	102	100	102
Zeitung lesen		82,4	93	105	102	103
Radio hören		82	97	100	101	105
Zeitschriften, Illustrierte lesen		80,7	95	103	98	101
Bücher lesen		47,6	72	72	91	96
Internet nutzen ("surfen")		33,5	69	9	43	77

### Mediennutzungsdauer

Im Folgenden wird zusätzlich zur regelmäßigen Nutzung der jeweiligen Medien in der Freizeit die Nutzungsdauer des jeweiligen Mediums analysiert. Diese Daten geben zusätzliche Hinweise auf die Nutzungsgewohnheiten der Adipositas-Risikomilieus und die Wahrscheinlichkeit der Rezeption von Informationen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas. Die Daten zur Mediennutzungsdauer bevölkerungsweit und bezogen auf die Adipositas-Risikomilieus sind in Anhang 10 dargestellt.

88,6 Prozent der Bevölkerung schaut werktags regelmäßig 2 Stunden und mehr fern. Intensivnutzer mit einer Fernsehdauer von 3 und mehr Stunden sind knapp 60 Prozent aller Deutschen. Die Adipositas-Risikomilieus gehören zu den TV-Intensivnutzern. Sie sind häufig und lange vor dem Fernseher anzutreffen. Mehr als 2 Stunden nutzen 94,6 Prozent der **Konsum-Materialisten**, 94,1 Prozent der **Traditionsverwurzelten**, 92,3 Prozent der **DDR-Nostalgischen** und 90,4 Prozent der **Bürgerlichen Mitte** regelmäßig oder ab und zu den Fernseher. Vor allem die Nutzungsdauer über 3 Stunden ist überdurchschnittlich oft bei den Adipositas-Risikomilieus zu finden.

Eine Tageszeitung wird von 40,7 Prozent der deutschen Leser kurz (weniger als 0,5 Stunden) genutzt (Anhang 10). Weitere 38,5 Prozent lesen bis zu 1 Stunde in ihrer Tageszeitung. Dieses Nutzungsverhalten trifft auch für alle Adipositas-Risikomilieus zu. Mit 13,7 Prozent verweilen überdurchschnittlich viele Traditionsverwurzelte noch etwas länger (bis zu 1,5 Stunden) bei der Zeitungslektüre. Auch bei Zeitschriften überwiegt eine kurze Nutzung von weniger als 0,5 Minuten (45 %) bis 1 Stunden genutzt (33,2 %), was auch für die Adipositas-Risikomilieus zutrifft. Zusätzlich lesen 9,3 Prozent der DDR-

Nostalgischen Zeitschriften überdurchschnittlich lang (1,5 Stunden und mehr). Auch der Anteil der Traditionsverwurzelten mit langer Lesedauer (2 Stunden und mehr) ist mit 3 Prozent höher als im Bundesdurchschnitt. Radio wird an Werktagen relativ gleichmäßig von weniger als 1 Stunde bis 4 Stunden und mehr gehört. Dies trifft auch auf die Adipositas-Risikomilieus zu, jedoch findet sich leicht überdurchschnittlich oft eine Nutzung von mehr als 2 Stunden. Bürgerliche Mitte, DDR-Nostalgische und Traditionsverwurzelte empfangen Radio überdurchschnittlich oft mehr als 3 Stunden pro Tag. Ein hoher Anteil der DDR-Nostalgischen gehört zu den Intensiv-Nutzern mit einer werktäglichen Hördauer von 4 Stunden und mehr.

### Rezeptionsverhalten Gesundheits- und Ernährungsthemen

Interessant für die vorliegende Arbeit ist zudem das Rezeptionsverhalten zu Gesundheitsthemen, da es darüber entscheidet, ob Präventionsbotschaften den Mediennutzer überhaupt erreichen. Es wird über die Antworten zur Aussage „Ich informiere mich häufig aus den Medien über Gesundheitsfragen.“ und an der regelmäßigen Nutzung entsprechender TV-Genres bzw. den Themenpräferenzen in Zeitschriften analysiert.

Gesundheit ist bevölkerungsweit ein begehrtes Thema, wie in Tabelle 22 deutlich wird. Besonders beliebt sind die Themen Gesundheit und Medizin in Zeitschriften (40 %) und in entsprechenden TV-Magazinsendungen (31,6 %). Zudem sagt rund ein Viertel der Bevölkerung (25,1 %), dass sie sich häufig über Gesundheitsthemen informieren (25,1 %). Demnach zeigen 16,31 Millionen Deutsche ein aktives Rezeptionsverhalten für Gesundheitsthemen.

In besonderem Maß trifft dies auch für das Risikomilieus der **Bürgerlichen Mitte** und die Hochrisikomilieus der **DDR-Nostalgischen** und **Traditionsverwurzelten** zu. Sie zeigen sich überdurchschnittlich interessiert am Thema Gesundheit in den Leitmedien und suchen zusätzlich häufig entsprechende Informationen. Nicht so das Hochrisikomilieus der Konsum-Materialisten. Ihr Interesse fällt weit hinter den Durchschnitt zurück: 32,4 Prozent lesen regelmäßig über Gesundheits- und Medizinthemen in Zeitschriften, 22 Prozent schauen im Fernsehen Magazine zu Gesundheit & Medizin und 17,8 Prozent suchen häufig nach gesundheitsrelevanten Informationen in den Medien.

Desinteresse für andere Themenfelder, die im weitesten Sinne mit Gesundheit und Ernährung in Verbindung gebracht werden können, kennzeichnet außerdem die **Konsum-Materialisten**. Ganz anders die Situation bei der **Bürgerlichen Mitte** und den **DDR-Nostalgischen**. Sie interessieren sich in hohem Maß für eine große Bandbreite von Themen in Zusammenhang mit Gesundheit und Ernährung (Anhang 12). Lediglich Wissenschafts-TV, Zeitschriften-Themen zu Genuss/Lebensart/Lifestyle, Wellness/Fitness und Schönheit/Kosmetik sind für DDR-Nostalgische weniger von Interesse.

Selektiv rezipiert dagegen das Hochrisikomilieu der **Traditionsverwurzelten**. Im Vordergrund steht das Thema Gesundheit. Zeitschriften zu Haus und Garten (30,9 %), Ernährung und Rezepten (24,8 %), Haushaltsführung (17,8 %) und Verbraucherfragen (24,4 %) werden zudem gerne gelesen. TV-Kochsendungen (15,5 %) finden ebenfalls noch Anklang.

**Tabelle 24: Medienrezeption zu den Themen Gesundheit und Ernährung durch die Adipositas-Risikomilieus** (Quelle: Datenquelle TdW, eigene Darstellung) Erläuterungen: Typ 1 – hohes Risiko = dunkelrot, Typ 2 – Risiko rot; MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte, rot überdurchschnittliche Angaben (> 5%), gelb unterdurchschnittliche Zustimmung (< -5%)

Medienrezeption	Milieu	Gesamt	MAT	TRAD	NOS	BM
<b>Informationssuche Gesundheit</b>		%	Index			
Ich informiere mich häufig aus Medien über Gesundheitsfragen		25,1	63	126	126	109
<b>Genrepräferenzen TV zu Gesundheit + Ernährung</b>						
Magazine zu Gesundheit, Medizin		31,6	69	141	121	113
Magazine zu Wissenschaft, Technologie, Umwelt, Gesundheit		19,9	61	56	82	95
Kochsendungen		17,2	82	90	125	137
<b>Themenpräferenzen Zeitschrift zu Gesundheit und Ernährung</b>						
Gesundheit, Medizin		40,0	81	126	113	116
Haus und Garten		29,9	81	103	142	119
Ernährung, Rezepte		25,8	69	96	120	139
Verbraucherfragen		25,7	77	95	122	120
Familie, Kinder, Erziehungsfragen		23,9	83	58	125	128
Genuss, Lebensart, Lifestyle		20,9	77	31	68	104
Gastlichkeit, Bewirtung		19,7	71	59	109	134
Wellness/Fitness		18,5	64	34	80	103
Haushaltsführung		18,4	74	97	127	135
Schönheit, Kosmetik		18,3	85	36	83	126

### Weitere Themen- und Genrepräferenzen

Eine Übersicht der sonstigen Genrepräferenzen bei TV-Sendungen sowohl der Bevölkerung als auch besondere Vorlieben bzw. Abneigungen durch die Adipositas-Risikomilieus zeigt Anhang 11. An dieser Stelle soll jedoch lediglich auf die Besonderheiten innerhalb der Adipositas-Risikomilieus eingegangen werden, um Interessenschwerpunkte zu identifizieren.

Der gesamte Sendekomplex Show und Unterhaltung wird von allen Adipositas-Risikomilieus gerne gesehen. Allerdings interessieren sich die **Traditionsverwurzelten** nicht für Castings-Shows wie „Deutschland sucht den Superstar“ und Konsum-Materialisten schauen unterdurchschnittlich oft abendliche Talkshows.

Nachrichten und informative Beiträge aus der Region sind in drei der Adipositas-Risikomilieus beliebt. **Konsum-Materialisten** interessieren sich eher weniger als der Bundesdurchschnitt für dieses TV-Genre. Jedoch sind über Nachrichtensendungen immerhin 56,8 Prozent der Milieuvorteiler und über Sendungen mit Informationen, Nachrichten und unterhaltsamen Beiträgen aus der Region 36,2 Prozent erreichbar.

Gemischt ist das Interesse an TV-Serien: **Konsum-Materialisten** sehen fast alle Serientypen überdurchschnittlich oft. Einen Wert unterhalb des Durchschnitts erreichen nur Deutsche Familienserien. **Traditionsverwurzelte** mögen besonders Deutsche Krimis, Deutsche Familienserien und Arztserien. **DDR-Nostalgische** begeistern sich überdurchschnittlich für deutsche Krimiserien, Deutsche und Amerikanische Familienserien und Arztserien. In der **Bürgerlichen Mitte** finden alle Serien Anklang, weniger jedoch Erotikfilme, die allerdings wiederum bei den Konsum-Materialisten beliebt sind.

Ansonsten sind folgende TV-Genre beliebt (Anhang 11): **Konsum-Materialisten** finden Sportberichte/Sport live überdurchschnittlich gut; Komödie/Comedy/Sketch, Videoclips/Rock- und Popmusik, Kinder- und Jugendsendungen/Zeichentrick werden durchschnittlich gerne gesehen. **Traditionsverwurzelte** sehen gerne Schlagersendungen und Reiseberichte. Bei **DDR-Nostalgischen** wird der Fernseher überdurchschnittlich oft angeschaltet, wenn Reiseberichte, Schlagersendungen, Magazine zu Auto und Verkehr, Kinder- und Jugendsendungen/Zeichentrick oder Teleshopping geboten wird. Durchschnittlich häufig schalten sie bei Komödie/Comedy/Sketch, Kabarett/Satire und Sportberichten/Sport live den Fernseher ein. Die **Bürgerliche Mitte** ist vielseitig interessiert: Reiseberichte, Komödie, Schlagersendungen, Magazine Auto und Verkehr. Durchschnittswerte erreichen zudem Politik, Kabarett/Satire, Zeit bzw. sozialkritische Stücke, Sportberichte/Sport live und Teleshopping.

Hinsichtlich der Themenpräferenzen im Medium Zeitschrift ist allen Adipositas-Risikomilieus ein großes Interesse am TV-Programm gemeinsam (Anhang 12). Wenig Vorliebe zeigen sie für Börse/Aktienthemen, moderne Technik, Unterhaltungselektronik, Berichte über Musik/CD/Konzert, Hintergrundberichte über Medien und klassische Musik.

Ansonsten ist die **Bürgerliche Mitte** an sehr vielen Themen überdurchschnittlich stark interessiert. **DDR-Nostalgische** rezipieren häufig den gesamten Themenbereich Familie und Haushalt, außerdem Themen zu Wirtschaft/Preise, Beruf/Arbeit und zahlreiche Themen aus dem Bereich „Verschiedenes“ wie Menschen und Schicksale, Umweltschutz, Berichte über Königshäuser und Adel etc. Traditionsverwurzelte sind selektiv

interessiert an Handarbeit, Selbermachen, Wirtschaft, Beruf/Arbeit, Versicherungen, Natur/Tiere, Menschen und Schicksale, Rätsel, Reportagen/Interviews mit Prominenten und Berichte über Königshäuser/Adel.

**Konsum-Materialisten** sind über das TV-Programm hinaus nur wenig interessiert. Überdurchschnittliches Interesse erreicht nur noch das Horoskop. Durchschnittliche Zustimmung erfahren außerdem die Themenbereiche Pop- und Rockmusik, Sport, Humor, Witze und Cartoons.

## 2.7 WERTORIENTIERUNG UND LEBENSWELT

Die Lebenswelten und die Wertorientierungen der „Sinus-Milieus“ werden nachfolgend dargestellt. Es handelt es sich sicher hierbei um Variablen, die von Sinus-Sociovision zur Zuordnung einer Person zu einem Milieu verwandt werden (siehe Kapitel IV 4). Sie werden nicht explizit in der TdW-Studie abgebildet, sondern aus ergänzender wissenschaftlicher Literatur entnommen. Zudem werden weitere charakterisierende Aspekte ergänzt, die für die Erreichbarkeit der Adipositas-Risikomilieus relevant erscheinen.

### Typ 1 – hohes Risiko

**Konsum-Materialisten** sind Vertreter der stark materialistisch geprägten Unterschicht. Sie möchten Anschluss halten an die Konsumstandards der oberen Mitte als Kompensationsversuch der sozialen Benachteiligung (siehe Kapitel IV 4). Die Lebenswelt der Konsum-Materialisten ist bestimmt von einem Spannungsverhältnis zwischen Wunsch und Wirklichkeit, das oft als Frustration erlebt wird. Die finanziellen Ressourcen und die beruflichen Möglichkeiten sind begrenzt durch mangelnde Bildung/Ausbildung, Arbeitslosigkeit oder sonstige ungünstige Rahmenbedingungen wie Krankheit oder unvollständige Familien (ALLGAYER F 2006a; DANNHARDT K ET AL. 2007:20). Zahlreiche Milieumitglieder sind verschuldet (WALTER F 2007a). Dieses Unterschicht-Milieu lebt „*am unteren Rand unserer Gesellschaft*“ (KLOEPFER I 2010).

Trotz begrenzter Geldmittel möchten Vertreter dieses Milieus als normale Durchschnittsbürger gelten. Im Milieu herrscht ein Streben nach Individualisierung, Genuss und Konsum (WALTER F 2007a). Mit spontanen, prestigeträchtigen Einkäufen und Besitz von DVD-Playern, Multimediahandys, Auto oder Urlaubsreisen soll bewiesen werden, dass „*man dazugehört*“ (ALLGAYER F 2006a; DANNHARDT K ET AL. 2007). Es wundert wenig, dass viele von ihnen von einem besseren Leben mit mehr Geld träumen (ALLGAYER F 2006a). Flucht in eine Traumwelt und Abstand von der Realität durch Ablenkung, Unterhaltung, Action und Spaß kennzeichnet das Freizeitverhalten (DANNHARDT K ET AL. 2007:20; ALLGAYER F 2006a). Von der zunehmenden Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage sind Konsum-Materialisten besonders stark betroffen. Während in der Vergangenheit die wenig rosige Zukunft durch ein Leben im Hier und Jetzt ausgeblendet wurde, dominiert nun im Milieu das Gefühl endgültig chancenlos, ein

Verlierer und das Opfer gesellschaftlicher Ungerechtigkeit zu sein (DANNHARDT K ET AL. 2007:20; WALTER F 2007a). Die von Kloepper für die Unterschicht beschriebene Ohnmacht, weitgehende Selbstaufgabe und ein Statusfatalismus trifft auf dieses Milieu in besonderem Maß zu (KLOEPFER I 2010).

**Traditionsverwurzelte** gehören überwiegend der Kriegs- und Nachkriegsgeneration an. Ihre Sicherheits- und Ordnungsliebe kennzeichnet sie. Sie sind verwurzelt in ihrer kleinbürgerlichen Welt bzw. in traditioneller Arbeiterkultur (siehe Kapitel IV 4). Für Traditionsverwurzelte sind die Erfüllung von Pflichten, Bescheidenheit, Anstand und Moral handlungsleitend. Sie sehen darin Werte, die es in Zeiten des Wertewandels und der Pluralisierung zu bewahren gilt. Traditionsverwurzelte sind zudem sicherheits- und ordnungsliebend (DANNHARDT K ET AL. 2007:14). Es ist ein bescheidenes, strebsames, fleißiges Milieu. Fleiß, Sauberkeit, Ordnung, Disziplin, Pünktlichkeit und ähnliche Sekundärtugenden bestimmen die Lebensführung (WALTER F 2007a). Die Vertreter des Milieus haben Deutschland nach dem Krieg wiederaufgebaut. Heute herrscht bei etlichen Traditionsverwurzelten die Furcht vor sozialen Einbußen. Angesichts ökonomischer Krisen, Rentenkürzungen, Anstieg von Energie- und Gesundheitskosten werden Abstriche am durch lange Arbeit und sparsame Lebensführung Erreichten befürchtet oder sind bereits als finanzieller Engpass spürbar (WALTER F 2007a). Es herrschen Ängste z.B. vor „Sittenverfall“, „Überfremdung“, neuer Technik (WALTER F 2007a), vor Krankheit und Zukunft (ALLGAYER F 2006b). Viele Milieuangehörige wollen nach harter Arbeit ausruhen (ALLGAYER F 2006b). Sie finden größte Sicherheit in den eigenen vier Wänden; dort basteln, werkeln sie, treffen Nachbarn und (frühere) Kollegen oder sind in Vereinen aktiv (Pfarrgemeinde, Feuerwehr etc.) (WALTER F 2007a).

**DDR-Nostalgische** sind noch immer gezeichnet vom Erlebnis der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten vor 20 Jahren. DDR-Nostalgische sind resignierte Wende-Verlierer. Sie halten an preußischen Tugenden und altsozialistischen Vorstellungen von Gerechtigkeit und Solidarität fest (siehe Kapitel IV 4). Während viele Milieumitglieder zur DDR-Zeit leitende Positionen in Verwaltung, Kultur, Wirtschaft oder Politik innehatten, müssen sie sich jetzt mit einfachen Berufen, Hartz IV oder Rente bescheiden. Innerlich sind sie nicht in der Nachwendezeit angekommen und haben zudem das Gefühl, dass die „neue“ Bundesrepublik sie nicht braucht (ALLGAYER F 2006c; DANNHARDT K ET AL. 2007:16). Deshalb führen sie ein Leben in „Retro“-Perspektive: Werte des Sozialismus wie Gerechtigkeit und Solidarität werden betont, der „Turbo-Kapitalismus“ kritisiert (SEVENONE MEDIA GMBH 2004; DANNHARDT K ET AL. 2007:16). Franz Walter (2007b) schreibt im Spiegel sogar von Zorn auf die Wende mit den anschließenden Demütigungen und Hass der DDR-Nostalgischen auf den Westen und den westlichen Lebensstil. Ein westlicher Lebensstil wird deshalb teilweise aggressiv abgelehnt (ALLGAYER F 2006c). DDR-Nostalgische führen ein – oft demonstrativ – einfaches Leben unter Verzicht auf „Prestige Konsum“. Sie konzentrieren sich vielmehr auf Familie, Gleichgesinnte,

z.B. Freunde, und engagieren sich in Vereinen (DANNHARDT K ET AL. 2007:16). Ordnung, Fleiß, Sauberkeit, Disziplin und Pünktlichkeit als Sekundärtugenden werden – wie auch bei dem Milieu der Traditionalisten – hochgehalten (WALTER F 2007b). Dannhardt und Nowak (2007) stellen fest, dass das Milieu zunehmend entwurzelt und sich von den traditionellen Werten entfernt. Konsum-Materialistische Orientierungen nehmen zu. Parallel dazu verschlechterte sich die finanzielle Situation der DDR-Nostalgischen, was zu Rückzug, Einsamkeit und Verarmung führte (DANNHARDT K ET AL. 2007:16).

## Typ 2 – Risiko

**Bürgerliche Mitte** steht für den statusorientierten modernen Mainstream. Streben nach beruflicher und sozialer Etablierung und nach gesicherten und harmonischen Verhältnissen kennzeichnet dieses „Sinus-Milieu“ (siehe Kapitel IV 4). Die Bürgerliche Mitte ist mit 16 Prozent der Bevölkerung die größte Gruppe innerhalb der Sinus-Milieu-Beschreibungen. Vertreter dieses Milieus sind im Beruf leistungsbereit und zielstrebig. Ihnen ist der berufliche Erfolg, eine gesicherte Position und die Etablierung in der Mitte wichtig (DANNHARDT K ET AL. 2007:18). Vertreter der Mitte sind fleißig und streben nach Aufstieg. Sie sind der statusorientierte Mainstream, der im Fokus vieler Marketingkampagnen, Vereinsaktivitäten, politischer oder kirchlicher Ansprache stehen (WALTER F 2007b; RICKENS C 2006). Viele kennen jedoch auch die Furcht vor Abstieg und Zweifel, ob insbesondere die Kinder trotz einer akademischen Ausbildung den Status der Familie halten können (WALTER F 2007b).

Zentrale Kennzeichen des Milieus sind ein Streben nach Harmonie und einem angenehmen, sicheren Leben mit Familie, Freunden und Kindern. Die Liebe zu Kindern und eine intensive Beschäftigung mit ihnen (von Fahrradtour bis Familienurlaub) prägt das Leben der Bürgerlichen Mitte (ALLGAYER F 2006d; DANNHARDT K ET AL. 2007:18; WALTER F 2007b). Eine Familie, ein Haus, ein Beruf, ein Auskommen und eine Heimat – das sind die Wünsche und Erwartungen dieses Milieus (WALTER F 2007b; RICKENS C 2006). Dazu gehören das gepflegte Heim, Gäste, gemeinsames Kochen, Betätigung im (Sport)Verein und sportliche Betätigung in der Gruppe (DANNHARDT K ET AL. 2007:18). Extremes und Ausgefallenes schätzt die bürgerliche Mitte nicht (ALLGAYER F 2006d). Die Rezession und der Wegfall gewohnter Unterstützungen wie Eigenheimzulage, Pendlerpauschale, kostenlosem Studium für die Kinder, Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung bedroht auch dieses Milieu mit Arbeitslosigkeit und Abstieg. Die Mitte reagiert mit noch mehr Leistung und Anpassung, aber auch mit „*verschärftem Cocooning*“ in der eigenen Lebenswelt und in der einer deutlichen Abgrenzung, ja Vorurteilen, nach „unten“ (DANNHARDT K ET AL. 2007:18).

### 3 ERREICHBARKEIT DER ADIPOSITAS-RISIKOMILIEUS

Mediale Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas sollte jedoch möglichst viele Personen in Risikomilieus gleichzeitig erreichen. Deshalb stellt sich die Frage der Erreichbarkeit über Medien. Zudem ist nun Forschungsfrage 4 „Wie können die Hauptzielgruppen für Maßnahmen der Übergewichts- und Adipositasprävention im Handlungsfeld Ernährung mittels medialer Gesundheitskommunikation erreicht werden?“ (siehe Kapitel IV 6) Gegenstand der Betrachtung.

#### 3.1 PRÄVENTIONSBEDARF IN DEN ADIPOSITAS-RISIKOMILIEUS AUFGRUND PROBLEMBEZUG

Die Verteilung der von Adipositas betroffenen Menschen (in Millionen) in den Adipositas-Risikomilieus ist in Tabelle 25 ersichtlich. Dabei wird einerseits die Verteilung auf die Adipositas-Risikomilieus andererseits auf die verschiedenen Body-Mass-Index-Kategorien deutlich. Insgesamt sind gemäß der Daten der TdW-Studie mehr als 15 Millionen Personen aus den identifizierten Hauptzielgruppen von Übergewicht betroffen. Bei rund 3 Millionen liegt bereits eine therapiebedürftige Adipositas vor. Dagegen zeigen rund 12 Millionen eine Präadipositas und somit einen Bedarf für (Primär)Präventionsmaßnahmen. Schwerpunkte im Bedarf bilden die „Sinus-Milieus“ Traditionsverwurzelte und Bürgerliche Mitte mit jeweils rund einem Drittel sowie DDR-Nostalgische (1,4 Mio. Präadipöse), da bereits ein hoher Prozentsatz des Milieus zusätzlich Adipositas Grad I-II zeigt und über (Sekundär)Präventionsmaßnahmen ein Vorschreiten der Adipositas und das Entstehen von Folgeerkrankungen erreicht werden könnte.

#### **Tabelle 25: Von Übergewicht Betroffene (Mio) in den Adipositas-Risikomilieus**

(Quelle: Datenquelle TdW, eigene Darstellung) Erläuterungen: Typ 1 – hohes Risiko = dunkelrot, Typ 2 – Risiko rot; MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte; Mio = Millionen

BMI (kg/m <sup>2</sup> ) \ Mio	Gesamt	MAT	TRAD	NOS	BM
<b>Adipositas (≥ 25)</b>	15,22	3,54	5,22	1,79	4,67
BMI 25-29,9	12,13	2,85	4,22	1,43	3,63
BMI 30-39,9	2,92	0,65	0,96	0,33	0,98
BMI ≥ 40	0,17	0,04	0,04	0,03	0,06

### 3.2 ERREICHBARKEIT ÜBER MASSEN MEDIEN

In der vorangegangenen, milieuvergleichenden Analyse wurden als **Leitmedien** für Ansprache der Hoch-Risiko- und Risikomilieus Fernsehen, Zeitung, Radio und Zeitschriften/Illustrierte identifiziert. Da alle Adipositas-Risikomilieus als TV-Vielseher einzustufen sind, ist die Chance der Erreichbarkeit via Fernsehen am höchsten. Etliche Millionen Rezipienten aus den Adipositas-Risikomilieus nutzen die jeweiligen Medien regelmäßig wie Abbildung 21 zeigt. Diese Abbildung vergleicht die bevölkerungsrepräsentativen Daten zur Mediennutzung (klassische Medien) der Adipositas-Risikomilieus aus der Typologie der Wünsche 06/07. Sie zeigt auf, wie viele Milieuangehörige über das jeweilige Medium erreicht werden können. 28,7 Millionen Menschen aus den Adipositas-Risikomilieus schauen demzufolge regelmäßig fern. Zeitung, Radio und Zeitschriften/Illustrierte nutzen zwischen 24,8 Millionen und 24 Millionen Angehörige der Adipositas-Risikomilieus täglich.

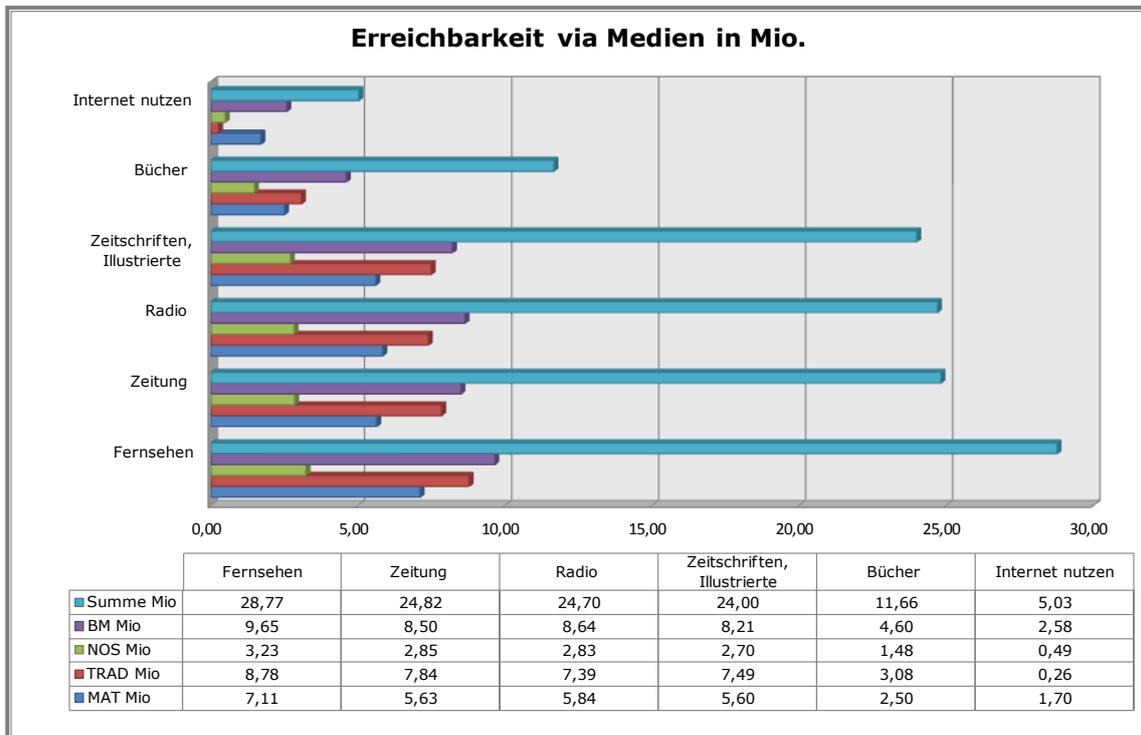
Bei der Betrachtung der Einzelmilieus fällt auf, dass die absoluten Mediennutzungszahlen für das Milieu der DDR-Nostalgischen – hier und in allen nachfolgenden Abbildungen - deutlich kleiner ausfällt, als beispielsweise bei der Bürgerlichen Mitte. Auch DDR-Nostalgische schauen zu einem hohen Prozentsatz (94,8 %) regelmäßig fern, wie die Analyse in Kapitel VI 2.6 ergab. Dieses Milieus ist aber das kleinste aller Milieus, das 5 Prozent der Bevölkerung umfasst (siehe Kapitel IV 4). Das „Sinus-Milieu“ Bürgerliche Mitte ist verglichen damit mit einem Bevölkerungsanteil von 15 Prozent dreimal so groß wie das Milieu der DDR-Nostalgischen. Zum Vergleich: Den Traditionsverwurzelten gehören 14 Prozent der Bevölkerung an und den Konsum-Materialisten 12 Prozent (siehe Kapitel IV 4).

Dennoch können über TV, Zeitung, Radio und Zeitschrift jeweils zwischen 3,2 und 2,7 Millionen Menschen aus dem Hoch-Risikomilieu der DDR-Nostalgischen täglich angesprochen werden. Zwischen 5,6 und 7,11 Millionen Konsum-Materialisten, 7,39 bis 8,78 Millionen Traditionsverwurzelte und 8,21 bis 9,65 Millionen Vertreter der Bürgerlichen Mitte sind über diese Medien erreichbar.

Deutlich weniger effektiv ist eine Zielgruppenansprache der Adipositas-Risikomilieus über das Medium Buch. Nur 11,66 Millionen Buchleser lassen sich insgesamt in den Adipositas-Risikomilieus finden. Das Fernsehen wird im Vergleich dazu 2,5-fach häufiger regelmäßig und zudem täglich angeschaltet und Zeitschriften werden doppelt so oft genutzt wie Bücher. Eine Ausnahme bildet die Bürgerliche Mitte; sie ist „Buch-affiner“ als die anderen Risiko-Milieus. Allerdings werden nur 4,6 Millionen Milieuvvertreter über das Medium Buch erreicht. Vertreter aus den drei anderen Milieus mit hohem Adipositasrisiko greifen noch seltener zu Büchern.

Wie bereits in Kapitel VI 3 gezeigt ist das Interesse der Adipositas-Risikomilieus an der Internetnutzung in der Freizeit geringer als im Bundesdurchschnitt. Rund 5 Millionen

Rezipienten aus den Adipositas-Risikomilieus sagen von sich, dass sie regelmäßig im Internet sind. Die Bürgerliche Mitte ist mit 2,58 Millionen Nutzern im Internet am engagiertesten. Wenig Interesse herrscht bei den DDR-Nostalgischen (0,49 Mio.) und nur rudimentäres Interesse (0,26 Mio.) bei den Traditionsverwurzelten.



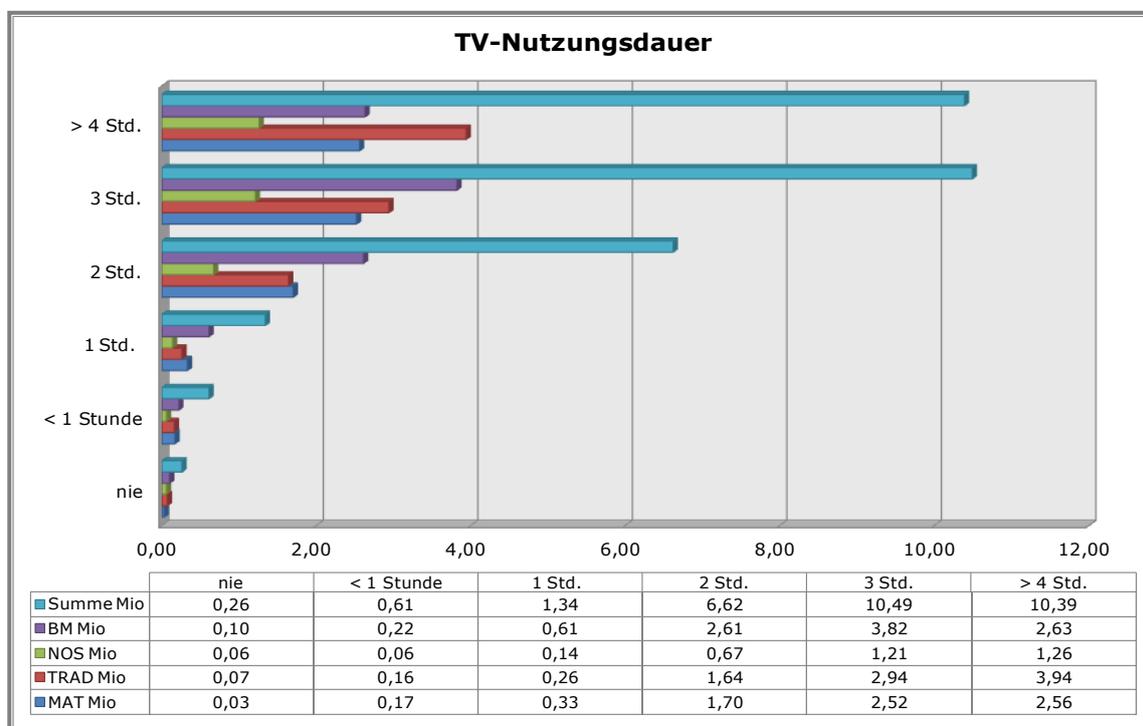
**Abbildung 15: Erreichbarkeit der Adipositas-Risikomilieus via Medien, Angabe in absoluten Zahlen (Mio.)** (Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung) Erläuterungen: BM = Bürgerliche Mitte, NOS = DDR-Nostalgische, TRAD = Traditionsverwurzelte, MAT = Konsum-Materialisten, Bev = Bevölkerung

### 3.3 MEDIENNUTZUNGSDAUER

Die Milieu-bezogene Analyse in Kapitel VI 3 charakterisierte die Adipositas-Risikomilieus bereits als TV-Intensivnutzer mit langer werktäglicher Nutzungsdauer. Radio wird relativ gleichmäßig von weniger als 1 Stunde bis 4 Stunden und mehr gehört. Für die Mediengattungen Tageszeitung und Zeitschrift wurde eine überwiegend kurze Nutzung erkannt. Was bedeutet dieses Ergebnis nun für die Erreichbarkeit der Adipositas-Risikomilieus?

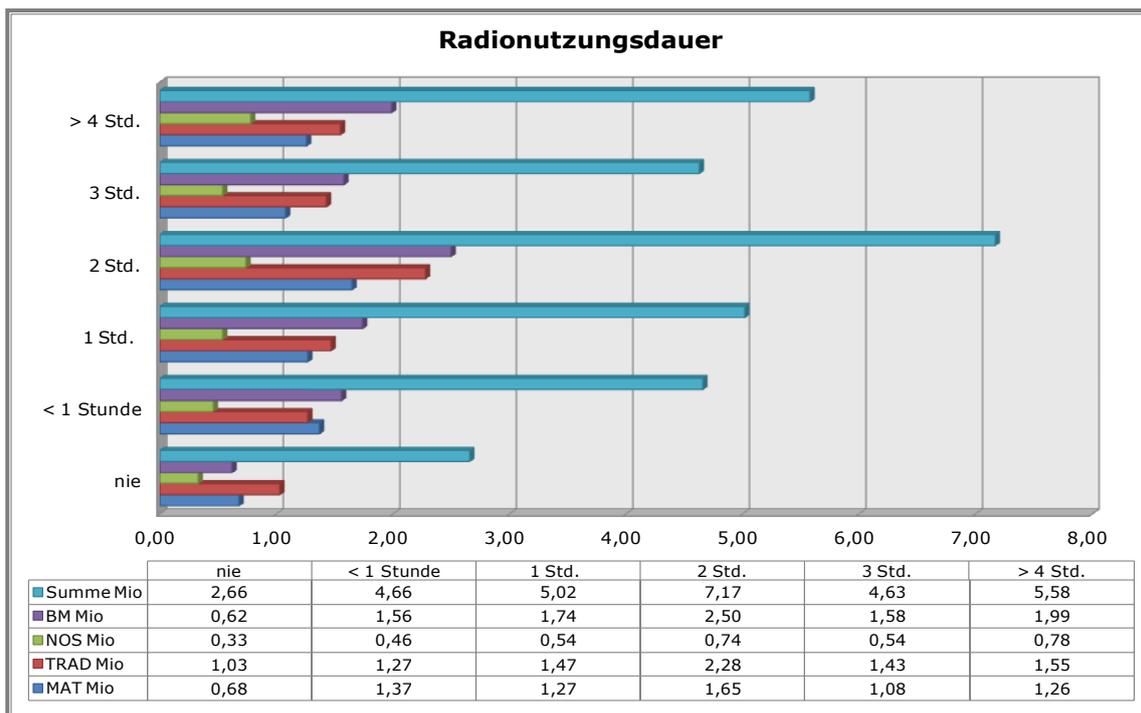
Fernsehen erreicht wie oben dargestellt Millionen von Menschen aus den Adipositas-Risikomilieus bei gleichzeitig extrem hoher Verweildauer (Abb. 16): 20,88 Millionen Zuschauer aus den Adipositas-Risikomilieus sitzen an Werktagen mehr als drei Stunden vor dem TV-Gerät, mehr als 2 Stunden Verweildauer haben sogar 27,5 Millionen Adipositas-Risikomilieu-Mitglieder. Das bedeutet, dass folgende Zuschauerzahlen aus den Adipositas-Risikomilieus erreicht werden können – eine TV-Nutzung von mehr als

zwei Stunden vorausgesetzt: 6,78 Millionen Konsum-Materialisten, 8,52 Millionen Traditionsverwurzelte, 3,14 Millionen DDR-Nostalgische und 9,06 Millionen Angehörige der Bürgerlichen Mitte.

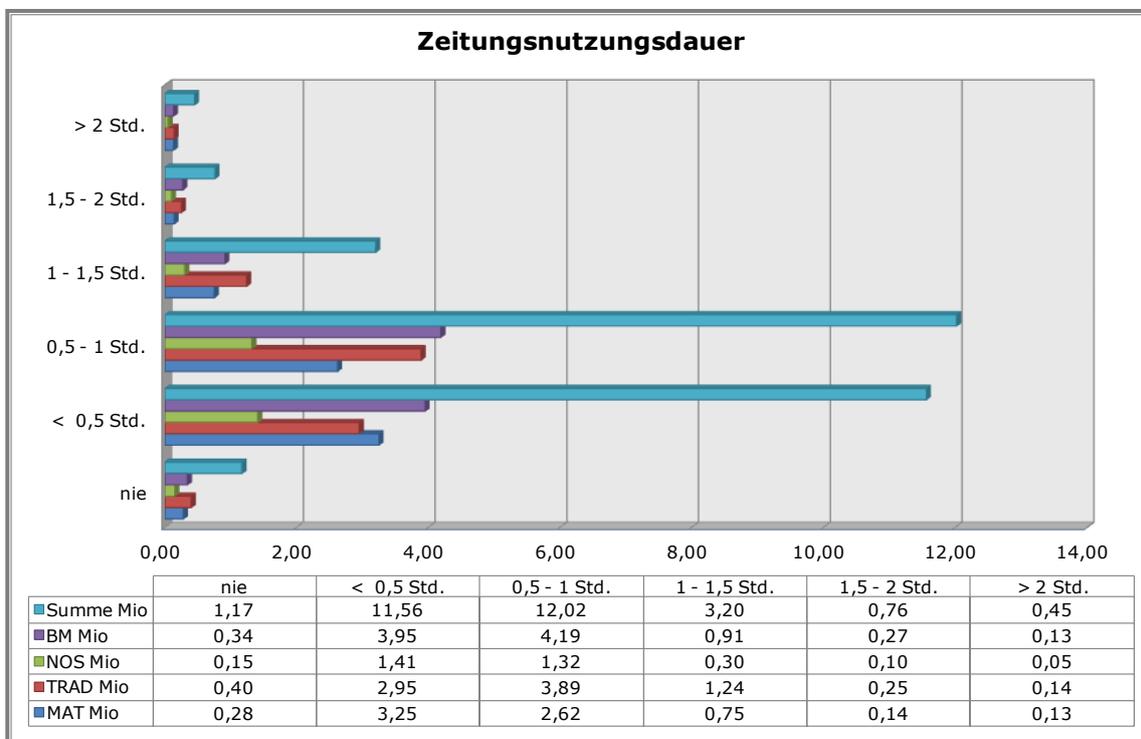


**Abbildung 16: TV-Nutzungsdauer der Adipositas-Risikomilieus an Werktagen, Angabe in absoluten Zahlen (Mio.)** (Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung) Erläuterungen: BM = Bürgerliche Mitte, NOS = DDR-Nostalgische, TRAD = Traditionsverwurzelte, MAT = Konsum-Materialisten, Mio = Millionen

Eine massenkommunikative Ansprache ist ebenfalls über Radio möglich (Abb. 17). 17,38 Millionen Adipositas-Risikomilieugehörige hören an Werktagen täglich mehr als 2 Stunden Radio. Der Spitzenwert der täglichen Radionutzung liegt bei 2 Stunden mit 7,17 Millionen Zuhörern aus den Adipositas-Risikomilieus. Besonders gut erreichbar sind via Radio die Milieus Bürgerliche Mitte, DDR-Nostalgische und Traditionsverwurzelte aufgrund langer Nutzungsdauer. Mehr als 2 Stunden nutzen 6,07 Millionen Vertreter der Bürgerlichen Mitte, 2,06 Millionen DDR-Nostalgische und 5,26 Millionen Traditionsverwurzelte das Radio. Zusätzlich sind noch 3,99 Millionen Konsum-Materialisten über das Radio mehr als 2 Stunden an Werktagen erreichbar.



**Abbildung 17: Radionutzungsdauer der Adipositas-Risikomilieus an Werktagen, Angabe in absoluten Zahlen (Mio.)** (Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung)  
Erläuterungen: BM = Bürgerliche Mitte, NOS = DDR-Nostalgische, TRAD = Traditionsverwurzelte, MAT = Konsum-Materialisten, Mio = Millionen

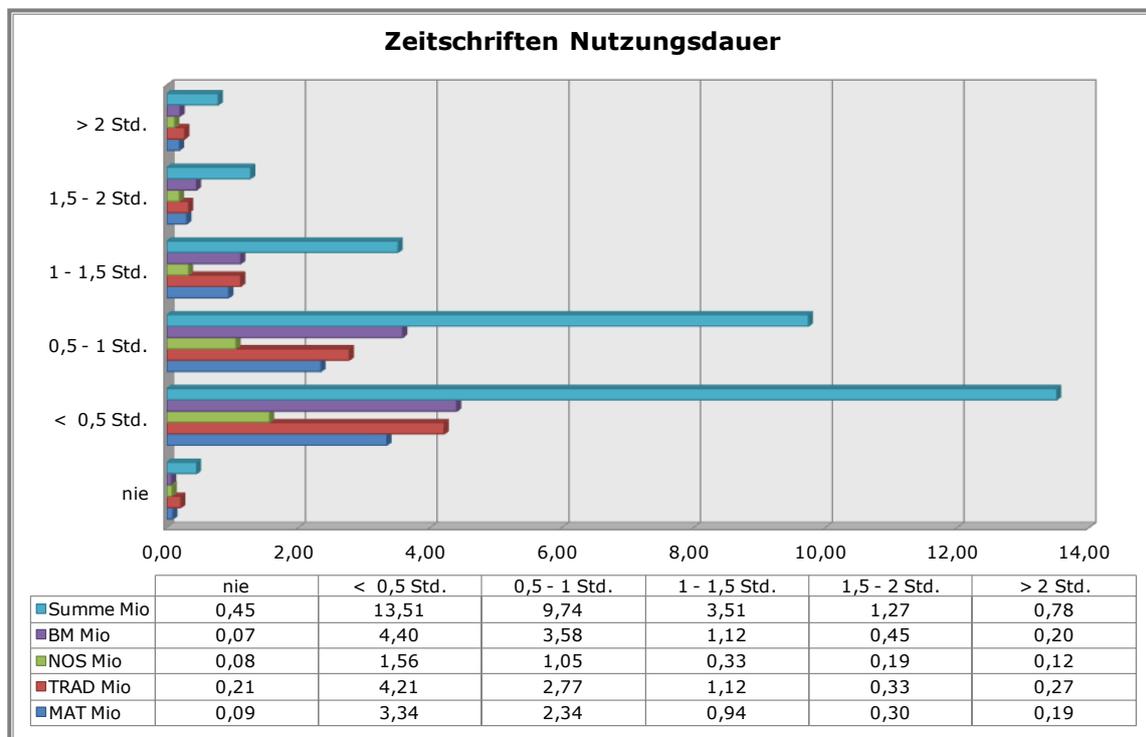


**Abbildung 18: Zeitungsnutzungsdauer der Adipositas-Risikomilieus an Werktagen, Angabe in absoluten Zahlen (Mio.)** (Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung)  
Erläuterungen: BM = Bürgerliche Mitte, NOS = DDR-Nostalgische, TRAD = Traditionsverwurzelte, MAT = Konsum-Materialisten, Mio = Millionen

Die identifizierte kurze Nutzung des Mediums Tageszeitung bedeutet, dass 23,58 Millionen Angehörige der Adipositas-Risikomilieus nur zwischen 0,5 bis 1 Stunde Zeitung lesen (Abb. 18). Innerhalb dieser Nutzungsdauer werden 8,14 Millionen Milieumitglieder der Bürgerlichen Mitte, 6,84 Millionen Traditionsverwurzelte, 5,87 Millionen Konsum-Materialisten und 2,73 Millionen DDR-Nostalgische erreicht. Bei Traditionsverwurzelten ist überwiegend eine etwas längere Zeitungslektüre üblich (Schwerpunkt 0,5-1 Stunde) als bei den anderen Milieus.

Auch Zeitschriften werden überwiegend im zeitlich kurzen Bereich (bis zu 1 Stunde) gelesen (Abb. 19). 23,25 Millionen Adipositas-Risikomilieu-Mitglieder zeigen dieses Nutzungsverhalten. Spitzenreiter mit einer Nutzung bis zu 1 Stunde ist die Bürgerliche Mitte mit 7,98 Millionen Lesern. Es folgen Traditionsverwurzelte mit 6,98 Millionen, Konsum-Materialisten mit 5,68 Millionen und DDR-Nostalgische mit 2,61 Millionen Nutzern mit einer Zeitschriftenlesedauer von bis zu 1 Stunde.

Beide Medien erreichen also hohe Nutzungszahlen im Millionenbereich und sind somit für die massenkommunikative Zielgruppenansprache geeignet. Da jedoch die kurze Nutzungsdauer überwiegt, müssen die Botschaften in Milieu-typischen Themenbereichen und aufmerksamkeitsstark präsentiert werden, um überhaupt wahrgenommen zu werden.



**Abbildung 19: Zeitschriftennutzungsdauer der Adipositas-Risikomilieus an Werktagen, Angabe in absoluten Zahlen (Mio.)** (Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung) Erläuterungen: BM = Bürgerliche Mitte, NOS = DDR-Nostalgische, TRAD = Traditionsverwurzelte, MAT = Konsum-Materialisten, Mio = Millionen

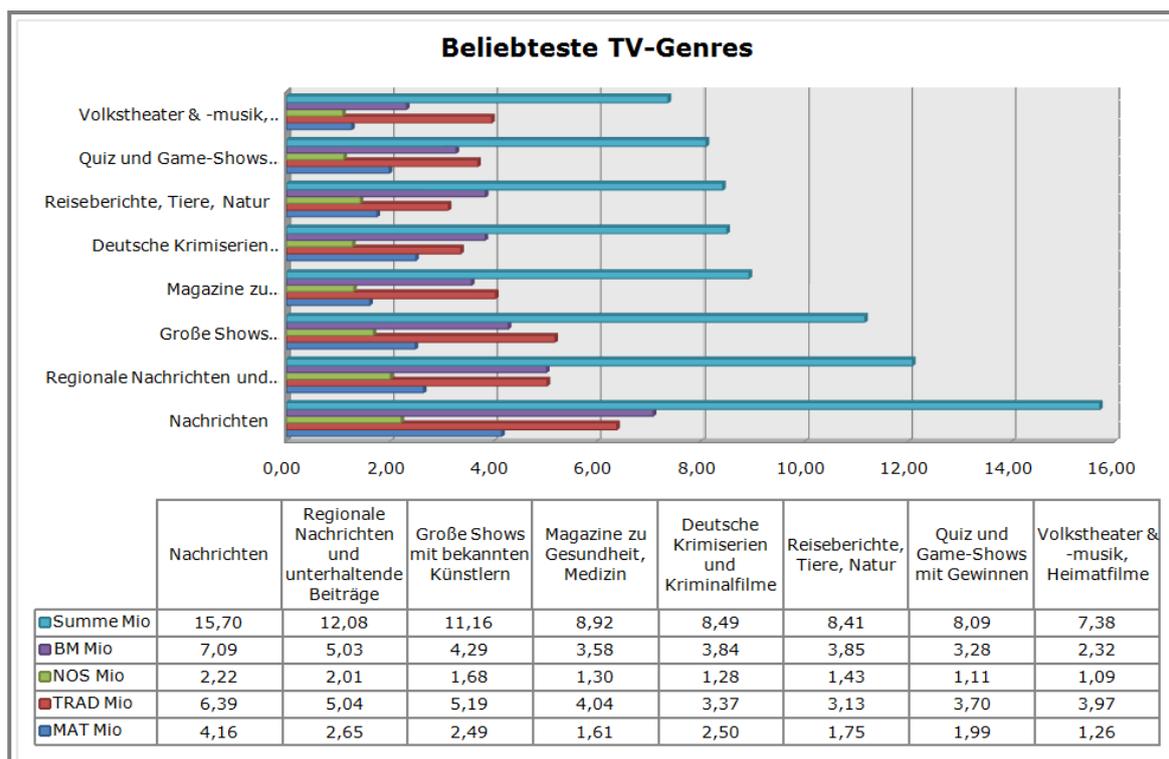
### 3.4 THEMENPRÄFERENZ

Die Adipositas-Risikomilieus zeigen unterschiedliche Präferenzmuster bei der Rezeption von TV-Inhalten und der Auswahl von Zeitschriften (Anhang 11, Anhang 12). Mediale Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas sollten jedoch möglichst viele Risikomilieumitglieder gleichzeitig erreichen. Deshalb wird nachfolgend der Frage nachgegangen, welche TV-Genres bzw. Themenfelder für eine **gemeinsame** Zielgruppenansprache geeignet sind.

Dazu zeigt Abbildung 20 zunächst die beliebtesten TV-Genres und die Anzahl der darüber erreichbaren Rezipienten der unterschiedlichen Adipositas-Risikomilieus in absoluten Zahlen. Spitzenreiter in der Beliebtheit bei allen Adipositas-Risikomilieus sind Nachrichten. 15,70 Millionen Vertreter der Adipositas-Risikomilieus sind über Nachrichten oder im Umfeld von Nachrichtensendungen erreichbar. Auch regionale Nachrichten oder unterhaltende Beiträge aus den Regionen und große Unterhaltungsshow mit bekannten Künstlern erreichen millionenfach die Adipositas-Risikomilieus: 12,08 bzw. 11,16 Millionen Angehörige der Adipositas-Risikomilieus schauen diese TV-Genres. Weiterhin erreichen folgende TV-Genres hohe Nutzungszahlen im Bereich zwischen rund 9 Millionen und 7 Millionen Zuschauern aus den Adipositas-Risikomilieus: Magazine zu Gesundheit und Medizin, Deutsche Krimiserien und Kriminalfilme, Reiseberichte und Sendung über Tier und Natur, Quiz und Gameshows mit Gewinnen und die Sparte Volkstheater, Volksmusik und Heimatfilm.

Die letztgenannte Sparte Volkstheater, Volksmusik und Heimatfilm ist mit etwas mehr als 7 Millionen regelmäßigen Interessenten sehr beliebt. Jedoch spricht diese Sparte selektiv das Milieu der Traditionsverwurzelten mit 4 Millionen regelmäßigen Interessenten an und kann für eine gemeinsame Ansprache der Adipositas-Risikogruppen nicht empfohlen werden.

Mit Ausnahme des Genres Volksmusik/Heimatfilm kann eine gemeinsame Ansprache von drei der Milieus – Bürgerliche Mitte, Traditionsverwurzelte und DDR-Nostalgische – gut gelingen. Konsum-Materialisten zeigen ein davon etwas abweichendes TV-Genrepräferenzmuster, das jedoch der bereits in Kapitel V beschriebenen Milieucharakteristik entspricht.



**Abbildung 20: Die beliebtesten TV-Genres und Erreichbarkeit der Adipositas-Risikomilieus, Angabe in absoluten Zahlen (Mio.)** (Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung) Erläuterungen: BM = Bürgerliche Mitte, NOS = DDR-Nostalgische, TRAD = Traditionsverwurzelte, MAT = Konsum-Materialisten, Mio = Millionen

Die Nutzerzahlen der Konsum-Materialisten sind in Tabelle 26 dargestellt. Die Beliebtheit von Nachrichten und Nachrichten aus der Region stimmt mit den drei anderen Adipositas-Risikomilieus überein. Danach folgen bei den Konsum-Materialisten bereits Sportberichte (auch Liveberichterstattung von Sportevents) mit etwas mehr als 2,5 Millionen regelmäßigen Zuschauern aus diesem Milieu in der Beliebtheit. Den nächsten Platz im Ranking (Rang 4) nehmen Deutsche Krimis (2,5 Mio.), die im gemeinsamen Ranking aller Adipositas-Risikomilieus Platz 5 (Abb. 21) ein. Beliebtheitswerte im Bereich von rund 2 Millionen regelmäßiger Interessenten aus dem Milieu der Konsum-Materialisten erreichen zudem große Unterhaltungsshow mit bekannten Künstlern, Filme aus dem Bereich Action, Abenteuer, Thrill ..., Amerikanische Krimis und Quiz bzw. Game-Shows mit Gewinnen.

TV-Magazine zu Gesundheit und Medizin schauen noch 1,61 Millionen Konsum-Materialisten, aber das Interessenranking zeigt deutlich, dass dieses Genre nur wenig beliebt ist: Platz 12 von 20 Items.

**Tabelle 26: TV-Genrepräferenzmuster, Konsum-Materialisten, Angabe in absoluten Zahlen (Mio.)** (Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung) Erläuterungen: MAT = Konsum-Materialisten, Mio = Millionen

TV Genres	Milieu	MAT Mio
Nachrichten		4,16
Regionale Nachrichten und unterhaltende Beiträge		2,65
Sportberichte, Sport live		2,51
Deutsche Krimis		2,50
Große Shows mit bekannten Künstlern		2,49
Filme mit Action, Abenteuer, Thrill, SciFi, Horror, Krieg		2,32
Amerikanische Krimis		2,17
Quiz und Game-Shows mit Gewinnen		1,99
Komödien, Comedy, Sketch		1,85
Reiseberichte, Tiere, Natur		1,75
Politik (Magazine etc.)		1,72
Magazine zu Gesundheit, Medizin		1,61
Deutsche Familienserien		1,48
Magazine zu Auto, Motor, Verkehr		1,38
Amerikanische Familienserien		1,34
Arztserien		1,33
Rock-, und Popmusik, Videoclips		1,30
Volkstheater & -musik, Heimatfilme		1,26
Talkshows am Abend		1,18
Kochsendungen		1,03

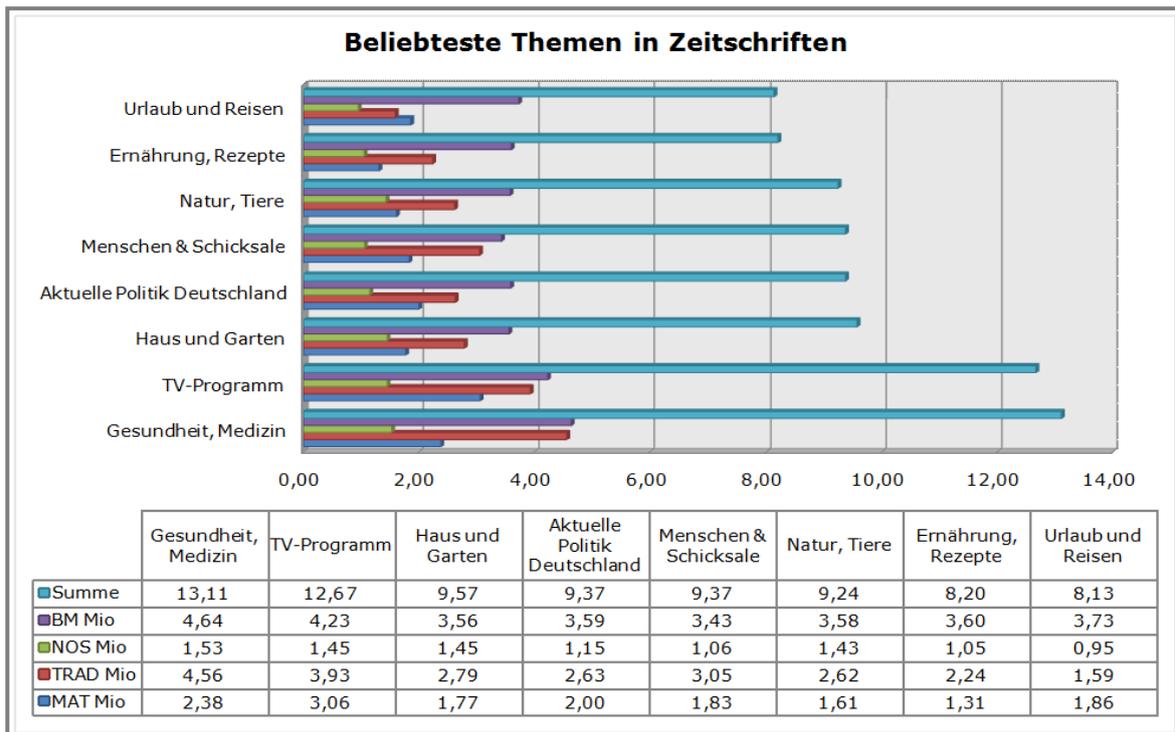
Geeignet für die Ansprache von allen vier Adipositas-Risikomilieus sind insgesamt folgende TV-Genre und ihr Umfeld:

- Nachrichten,
- regionale Nachrichten und unterhaltende Beiträge aus der Region,
- große Unterhaltungsshows mit bekannten Künstlern,
- Deutsche Krimiserien und Kriminalfilme sowie
- Quiz- und Gameshows mit Gewinnen.

Drei Adipositas-Risikomilieus - Bürgerliche Mitte, Traditionsverwurzelte und DDR-Nostalgische – interessieren sich zudem mit hohen Zuschauerzahlen für Magazine zu Gesundheit, Medizin und Reiseberichte bzw. Filme über Tiere und Natur.

Hinsichtlich der Themenrezeption in Zeitschriften wird es schwieriger als im Medium TV Gemeinsamkeiten bei allen vier Milieus zu finden (Abb. 21). Top-Thema im Segment Zeitschrift sind Titel oder Themen aus dem Bereich Gesundheit/Medizin mit 13,11 Millionen Rezipienten aus den Adipositas-Risikomilieus, gefolgt vom TV-Programm mit 12,67 Millionen. Mit deutlichem Abstand rangieren auf Rang 3 bis 6 der Beliebtheitskala der

Adipositas-Risikomilieus die Themen Haus/Garten, Aktuelle Politik in Deutschland, Menschen & Schicksale und Natur/Tiere mit Nutzungswerten zwischen 9,57 und 9,24 Millionen. Ernährung/Rezepte und Urlaub/Reisen erreichen jeweils etwas mehr als 8 Millionen Nutzer aus den Adipositas-Risikomilieus, wobei jedoch die Bürgerliche Mitte die herausragende Nutzergruppe (3,6 bzw. 3,73 Mio.) darstellt. Über Ernährungstitel oder -themen incl. Rezepte sind außerdem Traditionsverwurzelte mit Werten über 2 Millionen Interessierten ansprechbar. Auch DDR-Nostalgische sind überdurchschnittlich an Ernährungsthemen interessiert, was sich darin äußert, dass 1,05 Millionen Milieumitglieder von sich sagen, dass sie entsprechende Zeitschriftentitel oder Beiträge lesen.



**Abbildung 21 Beliebteste Zeitschriftenthemen und Erreichbarkeit der Adipositas-Risikomilieus, Angabe in absoluten Zahlen** (Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung) Erläuterungen: BM = Bürgerliche Mitte, NOS = DDR-Nostalgische, TRAD = Traditionsverwurzelte, MAT = Konsum-Materialisten, Mio = Millionen

**Tabelle 27: Themenpräferenzen der Konsum-Materialisten in Zeitschriften, Angabe in absoluten Zahlen** (Quelle: Datenquelle TdW 06/07, eigene Darstellung) Erläuterungen: MAT = Konsum-Materialisten, Mio = Millionen

Themen	Milieu	MAT Mio
TV-Programm		3,06
Gesundheit, Medizin		2,38
Sport		2,07
Aktuelle Politik Deutschland		2,00
Urlaub und Reisen		1,86
Menschen & Schicksale		1,83
Haus und Garten		1,77
Verbrechen und d. Aufklärung		1,69
Beruf und Arbeit		1,67
Politisches Geschehen im Ausland/Weltgeschehen		1,64
Natur, Tiere		1,61
Humor, Witze und Cartoons		1,56
Wirtschaft, Preise, Löhne		1,52
Familie, Kinder, Erziehungsfragen		1,46
Rätsel		1,45
Verbraucherfragen		1,44
Wohnen und Einrichten		1,44
Auto und Verkehr		1,43
Pop- und Rockmusik		1,40
Ernährung, Rezepte		1,31

Als gemeinsame Ansprachemöglichkeit mit hohen Nutzungswerten in allen Adipositas-Risikomilieus zeichnet sich hier lediglich der Zeitschriftenbereich mit Themenschwerpunkt TV-Programm ab. 4,23 Millionen Vertreter der Bürgerlichen Mitte, 3,93 Millionen Traditionsverwurzelte, 3,06 Millionen Konsum-Materialisten und 1,45 Millionen DDR-Nostalgische lesen regelmäßig TV-Programme.

Zeitschriftentitel aus dem Themenfeld Gesundheit, Medizin erreichen bei der Bürgerlichen Mitte, Traditionsverwurzelten und DDR-Nostalgischen hohe Nutzungsraten (4,64 Mio., 4,56 Mio., 1,53 Mio.). Konsum-Materialisten interessieren sich nicht so sehr für diesen Themenbereich, wie bereits festgestellt. Nur 32,4 Prozent des Milieus informieren sich regelmäßig in Zeitschriften über Gesundheits- und Medizinthemen. Das bedeutet aber, dass immerhin 2,38 Millionen Konsum-Materialisten über diesen Themenkomplex ansprechbar sind. Das ist immerhin Platz 2 in der Beliebtheitsskala der Zeitschriftenthemen, wie in Tabelle 27 dargestellt, da sich das Milieu ansonsten eher desinteressiert zeigt. Sport und aktuelle Politik folgen in der Beliebtheit bei den Konsum-Materialisten mit Werten um rund 2 Millionen Themeninteressierten. Das weitere Themeninteresse ist breit gefächert und erreicht jeweils Nutzerzahlen unter 2 Millionen.

Auch im Medium Zeitschrift ergibt sich das Bild, dass die drei Adipositas-Risikomilieus Bürgerliche Mitte, Traditionsverwurzelte und DDR-Nostalgische sich aufgrund ihrer Interessenlagen recht gut gemeinsam ansprechen lassen.

#### 4 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die Zielgruppensegmentierung für die mediale Gesundheitskommunikation für die Prävention von Übergewicht und Adipositas konnte in dieser Arbeit mit Hilfe der empirischen Typologie-Methode nach Kluge auf Basis des Sinus-Milieu-basierten Datensatzes der „Typologie der Wünsche 06/07“ durchgeführt werden. Dazu wurde zunächst das Datenmaterial auf seine Eignung überprüft. Dabei zeigte sich, dass die telefonische Erhebung der Körpergröße und des Gewichtes dazu führt, dass über die TdW 06/07 der Body-Mass-Index unterschätzt wird. Zudem konnte in dieser Arbeit bei der Prüfung der Dateneignung Fehler in der altersabhängigen BMI-Beurteilung der TdW-Studie für die jüngste Altersgruppe (14 bis 24 Jahre) nachgewiesen werden, weshalb diese Beurteilung in der durchgeführten Arbeit nicht verwendet wurde.

Aufgrund der Unterschätzung des Body-Mass-Index für die Problemlage Übergewicht wurde die Identifikation von Hauptzielgruppen nicht alleine aufgrund dieser Merkmalkategorie, sondern zusätzlich zur Merkmalkategorie Übergewicht ( $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) die Merkmalkategorien Ernährungsbewusstsein, Bewegungsverhalten und TV-Dauer ( $> 3$  Stunden) hinzugezogen. Hierbei zeigte sich, dass das gesundheitliche Problem Übergewicht ( $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) und problemrelevante Risiko- bzw. Schutzfaktoren unterschiedlich in der Bevölkerung und den „Sinus-Milieus“ verteilt sind. Aufgrund der milieutypischen Profile wurden vier unterschiedliche Risikotypen identifiziert und den jeweiligen Milieus zugeordnet:

**Typ 1 (hohes Risiko)** liegt eine Risikobeurteilung mit überdurchschnittlich häufigem Übergewicht ( $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) und zwei oder mehr Merkmalen im Bereich hohes Risiko zugrunde. Drei „Sinus-Milieus“ Traditionsverwurzelte, Konsum-Materialisten und DDR-Nostalgische zeigen dieses Risikoprofil.

**Typ 2 (Risiko)** wurde den „Sinus-Milieus“ zugewiesen, wenn überdurchschnittlich oft Übergewicht ( $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) bei einem „Sinus-Milieu“ erkannt wurde und kein weiteres Merkmal im Risikobereich identifiziert werden konnte. Dies trifft auf das „Sinus-Milieu“ Bürgerliche Mitte zu.

**Typ 3 (potentielles Risiko)** liegt vor, wenn überdurchschnittlich oft Übergewicht ( $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) erkannt wurde und kein weiteres Merkmal im Risiko ODER wenn unterdurchschnittlich oft Übergewicht ( $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) vorliegt plus mindestens zwei weitere Merkmale mit hohem oder mittlerem Risiko identifiziert wurden. Dies trifft auf drei „Sinus-Milieus“ zu: Konservative, Experimentalisten, Hedonisten.

**Typ 4 (kein Risiko)** wird als Risikokategorie vergeben, wenn unterdurchschnittlich oft Übergewicht ( $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) vorliegt und kein weiteres Risikomerkmal erkennbar ist. Diese Risikokategorie trifft auf die „Sinus-Milieus“ Etablierte, Postmaterielle und Moderne Performer zu.

Ergänzend zur Risikotypologie wurde die Risikobeurteilung in Form der für „Sinus-Milieus“ typischen Grafik als **„Risikolandkarte der Sinus-Milieus“** dargestellt. Mithilfe dieser Darstellung werden die Grundwerte, soziale Lage und Altersstruktur der identifizierten Adipositas-Risikomilieus sichtbar. Es lassen sich zusammenfassend folgende Erkenntnisse ableiten:

1. Das Adipositas-Risiko der „Sinus-Milieus“ differiert. Es zeigt sich der bekannte Schicht- und Bildungsgradient.
2. Nicht alle Schichten sind gleich stark vom Adipositas-Risiko betroffen, sondern vor allem „Sinus-Milieus“ der Unter- und Mittelschicht, die zugleich überwiegend einfache bis mittlere Bildungsabschlüsse aufweisen.
3. Innerhalb jeder Schicht variiert das Adipositas-Risiko der jeweils zugehörigen „Sinus-Milieus“, weshalb die milieubezogene Darstellung gegenüber der schichtbezogenen Darstellung eine differenziertere Zielgruppensegmentierung ergibt.
4. Das Adipositas-Risiko der Unterschicht-Milieus, ist nicht durchgängig risikobehaftet, sondern es gibt ein Milieu mit der Risikokonstellation „Typ 3 - potentielles Risiko“.
5. Milieus der Mittelschicht, die als „erreichbar“ gelten für Gesundheitskommunikation, zeigen nach dieser Analyse ein heterogenes Bild. Alle vier Risikokonstellationen sind vertreten.
6. Mit zunehmendem Alter nimmt das Adipositas-Risiko zu, sowohl in der gesamtgesellschaftlichen als auch in der schichtbezogenen Betrachtung.

Die **Zielgruppensegmentierung** für die mediale Gesundheitskommunikation mit Übergewichtigen und Adipösen auf Basis der repräsentativen Markt-Media-Studie „Typologie der Wünsche 06/07“ (Grundgesamtheit deutschsprachige Bevölkerung ab 14 Jahre) und der empirischen Lebensstiltypologie „Sinus-Milieus“ (Forschungsfrage 1, Kapitel IV 6) ist somit erfolgreich durchgeführt.

Als **Hauptzielgruppen** für eine mediale Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas sind gemäß der vorgestellten Risikotypologie die Milieus mit dem höchsten Adipositas-Risiko, Typ 1 – hohes Risiko und Typ 2 – Risiko (Forschungsfrage 2, Kapitel IV 6). Sie zeigen den größten Problembezug und gehören mit Mehrheit den Zielgruppen an, die als schwer erreichbar gelten. Bei allen anderen Milieus liegt entweder kein Übergewicht vor und/oder es ist erkennbar, dass das Gewicht über einen aktiven Lebensstil und/oder bewusstes Ernährungsverhalten aktiv kontrolliert werden

kann. Das Bewegungsverhalten deutet zudem an, dass benigne Verläufe bei eventuell vorhandenem Übergewicht erwartet werden können.

Typische Problemlagen, Werte, Einstellungen und Verhaltensdispositionen in Bezug auf Bewegung, Ernährung und Gesundheit (Forschungsfrage 3, Kapitel IV 6) der „Sinus-Milieus“, die dem **Typ 1 – Hohes Risiko** angehören, ist eine hohe Prävalenz an Präadipositas und in allen Adipositaskategorien ab BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>. Gleichzeitig wurde ein inaktives Freizeitverhalten mit unterdurchschnittlicher Sportbegeisterung und „TV-Vielsehen“ (überdurchschnittliche TV-Dauer) festgestellt. DDR-Nostalgische und Traditionsverwurzelte gehen jedoch überdurchschnittlich oft Spazieren gehen und Gärtnern, so dass über diese Freizeitbeschäftigungen immerhin Bewegungsaktivitäten moderater Belastung ausgeübt werden. Deutliche Unterschiede finden sich im Ernährungsbewusstsein, Küchenfertigkeiten, Gesundheitsbewusstsein und Diätverhalten. Traditionsverwurzelte und DDR-Nostalgische haben ein ausgeprägtes Ernährungsbewusstsein, können kochen und üben diese Fertigkeiten auch aus, wohingegen sich Konsummaterialisten eher ungern mit diesen Themen beschäftigen. Sie verwenden lieber Fertiggerichte statt zu kochen und besuchen gerne Fast-Food-Restaurants.

Gesundheitsbewusst sind DDR-Nostalgische und Traditionsverwurzelte, wobei letztere bei der Bereitschaft zur Umsetzung hinter dem Durchschnitt zurück bleiben. Konsummaterialisten sind unterdurchschnittlich gesundheitsbewusst.

Diäten zur Gewichtsregulation lehnen Traditionsverwurzelte und DDR-Nostalgische überdurchschnittlich oft ab, während Konsummaterialisten sich sehr oft „noch keine Gedanken gemacht haben“.

Altersstruktur und Lebenswelten der Hochrisikomilieus sind heterogen. Das „Sinus-Milieu“ DDR-Nostalgische ist Mittelschicht-Milieu. Ihm gehören etwas mehr Frauen als Männer mit mittlerer Bildung und einem Altersschwerpunkt zwischen 40 und 69 Jahren an. Sie leben überwiegend in den neuen Bundesländern. Dem „Sinus-Milieu“ der Traditionsverwurzelten gehören Vertreter der Unterschicht bis hin zur mittleren Mittelschicht mit Altersschwerpunkt über 60 Jahren an. Diesem Milieu gehören mehr Frauen als Männer an. Konsummaterialisten gehören dagegen mehr Männer als Frauen an mit einem Altersschwerpunkt in mittlerem bis höheren Alter (30-69 Jahre). Einfache Schulbildung und keine oder einfache Ausbildungen führen zu geringem Einkommen und der Zuordnung dieses „Sinus-Milieus“ zur Unterschicht.

Das **Mediennutzungsverhalten** an Werktagen (Forschungsfrage 4, Kapitel IV 6) zeigt einen hohen täglichen TV-Konsum und die Nutzung der klassischen Medien Zeitung, Radio und Zeitschriften/Illustrierte. Ein Befund, der keine Unterschiede zum Bevölkerungsdurchschnitt zeigt. Die klassischen Medien werden universell genutzt. Die Nutzungswerte für Buch und Internet der Adipositas-Risikomilieus liegen deutlich zurück.

Jenseits dieser Gemeinsamkeiten zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede: Konsum-Materialisten sind TV-Vielseher mit regelmäßigem und langandauerndem TV-Konsum. Die klassische Medien Zeitung, Radio und Zeitschriften/Illustrierte werden noch zu einem hohen Prozentsatz genutzt, obwohl die Nutzung hinter anderen Milieus zurückbleibt. Die Lese- bzw. Hördauer liegt eher im kurzen Bereich: Zeitung und Zeitschriften/Illustrierte überwiegend von unter 0,5 Stunden bis maximal eine Stunde, Radio bis maximal zwei Stunden werktäglich. PC und Internet sind in den Haushalten der Konsum-Materialisten nicht die Regel. Es überwiegt die Nutzung in Form von Computer- oder Videospiele. Bücher werden von den Konsum-Materialisten eher selten gelesen. Bevorzugt werden im Fernsehen Unterhaltungsformate, Nachrichten aus verschiedenen Themenbereichen, Show/Unterhaltung und die Sportberichterstattung rezipiert. Es findet weniger aktive Rezeption von Gesundheits und Ernährungsthemen statt als im Durchschnitt der Bevölkerung. Überdurchschnittliche Nutzungswerte erreichen im Zeitschriftenbereich lediglich das TV-Programm und Horoskope.

Fernsehen steht auch bei den Traditionsverwurzelten hoch im Kurs. Sie gehören zu den Vielsehern mit langer Sehdauer. Viele Traditionsverwurzelte lesen gerne und etwas länger als die anderen Adipositas-Risikomilieus Zeitung und Zeitschriften/Illustrierte. Radio hören Traditionsverwurzelte ungefähr wie der Bevölkerungsdurchschnitt – also zu einem hohen Prozentsatz und bis zu 3 Stunden täglich an Werktagen. Bücher interessieren die Traditionsverwurzelten unterdurchschnittlich, nur rund ein Drittel der Milieuvetreter sind über Bücher erreichbar. Kaum Interesse besteht an modernen Medien.

DDR-Nostalgische nutzen ebenfalls die klassischen Medien TV, Zeitung, Radio und Zeitschrift/Illustrierte rege. Die Nutzungsdauer im Bereich Fernsehen ist sehr hoch – dieses Milieu gehört wie alle Adipositas-Risikomilieus zu den Vielsehern. Rund 94 Prozent der Milieuangehörigen schauen an Werktagen mehr als 2 Stunden täglich fern. Die Nutzung der Tageszeitung ist im Kurzzeitbereich bis zu 1 Stunde, Zeitschriften/Illustrierte werden auch länger (>1,5 Stunden) gelesen. Radio wird als „Nebenmedium“ den ganzen Tag über gehört. Buch, Kino und Internet sind für die Ansprache dieses Milieus wenig bzw. gar nicht geeignet. DDR-Nostalgische sind an einer breiten Themenpalette interessiert. Das Milieu lässt sich über Themen wie Gesundheit, Ernährung, Familie und Haushaltsthemen ansprechen. Im Bereich TV ist die Nutzung von Informationssendungen wie Beiträgen aus der Region. Gesundheitsmagazinen oder Kochsendungen möglich. Das Sendeumfeld von Serien, Show und Unterhaltung (Talkshows, Quizformate etc.) erscheint ebenfalls für die Ansprache dieses Milieus geeignet. Gesundheitsinteresse liegt bei den Milieuangehörigen vor und sie informieren sich überdurchschnittlich oft gezielt in den Medien zu Gesundheitsfragen. Das zeigt sich auch am Interesse diesbezüglicher Themen in TV und Zeitschriften. Dieses Gesundheitsinteresse wird aber offensichtlich weniger mit Ernährungsthemen in Verbindung gebracht. Das

Interesse an Sendungen oder Berichten zu Ernährung/Rezepten, Haushaltsführung oder Kochen liegt im Bevölkerungsdurchschnitt oder darunter.

Das „Sinus-Milieu“ Bürgerliche Mitte wurde aufgrund der Risikokonstellation als **Typ 2 – Risiko** eingestuft. Bei diesem Milieu ist überdurchschnittlich oft eine Adipositas (ab BMI 30 kg/m<sup>2</sup>) anzutreffen, Präadipositas (BMI 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>) jedoch nur im Durchschnitt der Bevölkerung. Dem bürgerlich eingestellten „Sinus-Milieu“ fühlen sich mit rund 60 Prozent der Milieuvetreter mehr Frauen als Männer zugehörig. Das Wort „Mitte“ umschreibt sie zutreffend: mittleres Alter, mittlere Bildungsabschlüsse und auch mittleres Haushaltseinkommen. Meist erzielen zwei Personen pro Haushalt ein Einkommen und es sind viele Kinder in diesem Milieu zu Hause. Als Schutzfaktoren wurden jedoch ein hohes Ernährungs- und Gesundheitsbewusstsein ermittelt. Die Bürgerliche Mitte ist das häuslichste, familiärste und kinderfreundlichste Milieu unter den Adipositas-Risikomilieus. Dennoch sind die Milieuvetreter vielseitig interessiert und aktiv in der Freizeitgestaltung. Die Bürgerliche Mitte ist das bewegungsaktivste Milieu der Adipositas-Risikomilieus. Milieumitglieder der Bürgerlichen Mitte räumen essen und trinken eine große Rolle im Leben ein, was sicherlich einer der Gründe für die Gewichtsprobleme ist. Sie genießen gutes Essen, Kochen und Backen oft und es macht ihnen Spaß. Gerne werden neue Gerichte oder Backrezepte ausprobiert.

Positiv für die Erreichbarkeit via medialer Gesundheitskommunikation ist, dass die Vertreter dieses „Sinus-Milieus“ gesundheitsbewusst sind und ein aktives Präventionsverhalten zeigen. Auch am Thema „Gewichtskontrolle durch Diäten“ besteht Interesse. Auf Verhaltensänderungsbereitschaft und Übernahme von Eigenverantwortung deutet der Befund hin, dass die Vertreter der Bürgerlichen Mitte die größte Diäterfahrung aller Adipositas-Risikomilieus mitbringen. Die Anzahl derjenigen, die sich noch keine Gedanken rund ums Abnehmen gemacht haben ist unterdurchschnittlich. Auch haben überdurchschnittlich viele Milieumitglieder schon einmal über eine Diät nachgedacht, konnten sich aber noch nicht dazu durchringen.

Die Bürgerliche Mitte ist über eine Vielzahl von verschiedenen Medien und über eine große Bandbreite an TV-Genres und Themen in Zeitungen/Zeitschriften erreichbar. Insbesondere das vorhandene Interesse am Themenbereich Gesundheit und Ernährung ist vielversprechend für die Vermittlung von Präventionsbotschaften. Das Risikomilieu der Bürgerlichen Mitte zeigt sich vielseitig interessiert und es ergeben sich diverse Ansatzpunkte für die Themenansprache und eine gute Motivation zur Gesundheitsvorsorge.

**Mediale Erreichbarkeit** (Forschungsfrage 5, Kapitel IV 6): Trotz der festgestellten milieutypischen Werte und Einstellungen können „Sinus-Milieus“ beider Risikotypen mit einer gemeinsamen Strategie medial angesprochen werden. **Leitmedien** für eine zielgruppenorientierte Gesundheitskommunikation für Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas sind Fernsehen, Zeitung, Radio und Zeitschriften/Illustrierte.

Da alle Adipositas-Risikomilieus als TV-Vielseher einzustufen sind, ist die Chance der Erreichbarkeit via Fernsehen am höchsten. Bislang ungenutztes Potential haben zudem Zeitungen, Radio (auch Regionalradio), TV-Magazine, regionale Medienangebote wie örtliche Zeitungen und kostenlos distributierte Zeitungen/Zeitschriften. Ungeeignet als **primäres Ansprachemedium** sind Bücher und das Internet.

Folgende TV-Genre und ihr Umfeld eignen sich für eine gemeinsame Ansprache aller „Sinus-Milieus“ aus beiden Risikotypen besonders:

1. Nachrichten,
2. regionale Nachrichten und unterhaltende Beiträge aus der Region,
3. große Unterhaltungsshows mit bekannten Künstlern,
4. Deutsche Krimiserien und Kriminalfilme sowie
5. Quiz- und Gameshows mit Gewinnen.

Als gemeinsame Ansprachemöglichkeit mit hohen Nutzungswerten in allen Adipositas-Risikomilieus zeichnet sich im Zeitschriftenbereich lediglich der Themenschwerpunkt TV-Programm ab. Zeitschriftentitel aus dem Themenfeld Gesundheit, Medizin erreichen bei der Bürgerlichen Mitte, Traditionsverwurzelten und DDR-Nostalgischen hohe Nutzungsraten. Konsum-Materialisten interessieren sich nicht so sehr für diesen Themenbereich. Das Themeninteresse dieses Hochrisikomilieus unterscheidet sich von anderen Adipositas-Risikomilieus. Deren Interesse muss über andersgelagerte Themen wie beispielsweise Sport oder Erotik geweckt werden.

## VII DISKUSSION

### 1 DISKUSSION DER METHODISCHEN VORGEHENSWEISE

Einstellungen und Verhaltensdispositionen gelten sowohl als Basis für den Lebensstil als auch für die Akzeptanz von Botschaften der Ernährungs- und Gesundheitskommunikation. Sie steuern die persönlichen Esspräferenzen, das Bewegungs- und Freizeitverhalten aber auch die Selektivität der Medienwahrnehmung und –auswahl, die Akzeptanz einer Botschaft und die Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Für die Gesundheitskommunikation mit Adipositas-Risikogruppen sind das Interesse an Gesundheit und Ernährung, die Bereitschaft zur Prävention und das Interesse an Bewegung bzw. Sport wichtige Einstellungen und Werte.

Die bislang in Deutschland verfügbaren Zielgruppen-Segmentierungsverfahren für die Prävention von Übergewicht und Adipositas berücksichtigen den Problembezug und soziodemographische Daten (Schichtzugehörigkeit, Alter, Bildungsgrad und Ethnie). Sie geben jedoch keine Hinweise auf mediale Erreichbarkeit, Einstellungen und Werte. Dies erschwert eine Prognose der Erreichbarkeit und der Verhaltensänderungsbereitschaft.

Die Entstehung von Übergewicht und Adipositas wird maßgeblich beeinflusst durch fünf Lebensstilfaktoren: Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität, TV-Konsum, Rauchen und Schlafverhalten. Eine Zielgruppensegmentierung zu Kommunikationszwecken benötigt zusätzlich Daten zur Mediennutzung und psychographische Informationen der Hauptzielgruppen. Die in der vorliegenden Arbeit vorgestellte Methode einer Risikotypologie von Adipositas-Risikomilieus auf Grundlage einer Sekundäranalyse einer Sinus-Milieu-basierten Markt-Media-Analyse (Typologie der Wünsche 06/07) ermöglicht Aussagen zum BMI, zu drei der maßgeblichen Lebensstilfaktoren, zur medialen Erreichbarkeit sowie Werten und relevanten Einstellungen. Dadurch ergibt sich eine trennscharfe Zielgruppensegmentierung für die mediale Gesundheitskommunikation für die Prävention von Übergewicht und Adipositas. Darüber hinaus sind weitreichende Aussagen zu Einstellungen und Verhalten der Adipositas-Risikomilieus möglich.

Die sekundäranalytische Nutzung der Daten der „Typologie der Wünsche 06/07“ zur Identifikation von Hauptzielgruppen für die mediale Gesundheitskommunikation für Präventionsmaßnahmen hat zahlreiche Vorteile. Sie ermittelt im produktunabhängigen Teil der Markt-Media-Analyse umfassend die für eine sinnvolle und praxistaugliche Zielgruppensegmentierung erforderlichen Daten: Soziodemographie, Mediennutzung und Problembezug. Zudem werden eine Fülle von wertvollen Informationen zu Einstellungen und Verhaltensintentionen erhoben wie Ernährungsbewusstsein, Gesundheitsbewusstsein, Diätverhalten und Freizeitverhalten. Insbesondere die Verknüpfung der Daten mit der Lebensstiltypologie „Sinus-Milieus“ ist von großem Vorteil. Somit wird eine stärkere Dif-

ferenzierung der Bevölkerung aufgrund psychographische Informationen und der Schichtzugehörigkeit möglich.

Nicht unerwähnt bleiben soll, dass die Nutzung einer kommerziellen Markt-Media-Studie bei allen Vorteilen, die sie mit sich bringt, auch Nachteile hat. Ausgeklammert werden musste beispielsweise die Auswertung der Daten auf der Ebene einzelner TV- bzw. Radiosendungen und die Nutzung einzelner Zeitschriftentitel. Die TdW-Studie erhebt die Einzelmediennutzung nur nach Beauftragung durch die Verlagshäuser und liefert deshalb keinen kompletten Marktüberblick. Auch ist die Erhebung der Nutzungsdaten zu Neuen Medien für eine valide Beurteilung der aktuellen Nutzungsgewohnheiten nicht umfassend genug und mit Erhebungsdatum 2006/2007 überholt. Hierzu wäre ein aktuellerer Datensatz wünschenswert.

Zudem konnte in dieser Arbeit bei der Prüfung der Dateneignung Fehler in der altersabhängigen BMI-Beurteilung der TdW-Studie für die jüngste Altersgruppe (14 bis 24 Jahre) nachgewiesen werden, weshalb diese Beurteilung in der durchgeführten Arbeit nicht verwendet werden konnte. Eine umfassende Datenprüfung ist deshalb für die Durchführung von Sekundäranalysen unerlässlich.

Die TdW-Studie überschätzt den Body-Mass-Index in den unteren Gewichtskategorien (Unter- bzw. Normalgewicht) bzw. unterschätzt den BMI-Bereich Übergewicht. Deshalb wurde die durchgeführte Risikotypologie durch drei weitere Lebensstilparameter, die sich auf die Entwicklung des Körpergewichts auswirken können, ergänzt. Hierdurch ergab sich eine differenziertere Betrachtung des Adipositas-Risikos der „Sinus-Milieus“. Es konnten beispielsweise zwei „Sinus-Milieus“ (Hedonisten, Experimentalisten) identifiziert und dem Risikotyp 3 – potentielles Risiko zugeordnet werden, die ansonsten nicht aufgefallen wären. Sie sind noch nicht überdurchschnittlich stark von Übergewicht betroffen, jedoch weisen zwei Risikoparameter, ein unterdurchschnittliches Ernährungsbewusstsein und ein unter- bzw. durchschnittliches Bewegungsverhalten, darauf hin, dass die Gewichtsentwicklung problematisch werden könnte, sollte sich der Lebensstil ändern (z.B. sitzende Berufstätigkeit, mehr TV).

Die Primärstudie zu dieser Arbeit, die Typologie der Wünsche 06/07, wurde auf den „Sinus-Milieus“ in der im Jahr 2006 veröffentlichten Version aufgebaut. Während der Durchführung dieser Arbeit aktualisierte das Sinus Institut die Milieudarstellung (SINUS INSTITUT 2010). Dies führte zu einigen Veränderungen der Milieu-Zuordnung vor allem der Oberschicht-Milieus und der Milieubenennungen. Das „Sinus-Milieu“ DDR-Nostalgische ging dabei in den benachbarten „Sinus-Milieus“ auf und wird künftig nicht mehr ausgewiesen. Dieses „Sinus-Milieu“ wurde jedoch in dieser Arbeit erstmals als Hochrisikomilieu identifiziert und gehört zu den Hauptzielgruppen für die Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas. Ohne die Verwendung der Sinus-Milieu-Version 2006 wäre diese besondere Problemlage in den neuen Bun-

desländern und die besonderen Bedürfnisse für die Zielgruppenansprache der DDR-Nostalgischen unerkannt geblieben. Hier zeigt sich, dass die Verwendung einer empirischen Lebensstiltypologie eines kommerziell tätigen Forschungsinstituts bei allen Vorzügen auch Nachteile mit sich bringt. Jede Veränderung der „Sinus-Milieus“ bedingt erneuten Forschungsaufwand und die Durchführung einer neuen Risikobeurteilung für das Thema Übergewicht/Adipositas.

Aus Sicht der Gesundheitskommunikation ist es zudem bedauerlich, dass die differenzierte Betrachtung der Gesellschaftsstruktur in den neuen Bundesländern über die „Sinus-Milieus“ in der neuen Milieuversion entfällt, denn gerade dort summieren sich gesundheitliche Problemlagen (ROBERT-KOCH-INSTITUT (RKI) 2009). So stellt beispielsweise der Arzneimittel-Atlas 2012 fest, dass die Arzneimittelverordnungen für Adipositas-assoziierte Folgeerkrankungen wie Diabetes oder Fettstoffwechselstörungen in den neuen Bundesländern die Verschreibungsquote in den alten Bundesländern deutlich übertreffen (BERGMANN L 2012). Deshalb wäre es dringend erforderlich, Präventionsaktivitäten verstärkt in den neuen Bundesländern durchzuführen und dabei die besonderen Kommunikationsbarrieren der DDR-Nostalgischen wie z.B. ihre Aversion gegen werbliche Ansprache oder Reserviertheit gegenüber dem westdeutschen Gesundheitssystem und dem westdeutschen Krankenkassensystem zu berücksichtigen.

## 2 DISKUSSION DER INHALTLICHEN ERGEBNISSE

Die durchgeführte **Risikotypologie der „Sinus-Milieus“** bildet erfolgreich den in der wissenschaftlichen Literatur und der Gesundheitsberichterstattung Deutschlands beschriebene Schicht- und Bildungsgradienten, den Altersgradienten und die stärkere Betroffenheit von Bewohnern der östlichen Bundesländer (DDR-Nostalgische) für das Auftreten von Übergewicht ab. Gleichzeitig wird in dieser differenzierten Betrachtung deutlich, dass die Risikokonstellation in der Unterschicht nicht gleichmäßig verteilt ist. Zwei der Unterschichtmilieus zeigen alle Merkmale eines Hochrisikomilieus. Jedoch liegt im dritten Unterschichtmilieu die Risikokonstellation „potentielles Risiko“ vor.

Die „Sinus-Milieus“ der Mittelschicht zeigen sogar alle vier verschiedenen Risikokonstellationen, von Typ 1- hohes Risiko bis Typ 4 – ohne Risiko. Es verwundert aufgrund dieser Sinus-Milieu-basierten, differenzierten Zielgruppenbetrachtung deshalb wenig, dass sie als „erreichbar“ gelten für die Gesundheitskommunikation (SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN 2007:84). Es kann davon ausgegangen werden, dass bewegungsaktive, Ernährungs-interessierte Milieus mit hohem Figurbewusstsein selbst aktiv werden, wenn das Körpergewicht ansteigt.

Als **Hauptzielgruppen** für die Gesundheitskommunikation im Handlungsfeld Ernährung zur Gestaltung von Präventionsmaßnahmen wurden drei Hochrisikomilieus (Konsum-Materialisten, Traditionsverwurzelte, DDR-Nostalgische) und ein Risikomilieu (Bürgerli-

che Mitte) identifiziert und umfassend charakterisiert. Basis für eine Zielgruppenbeschreibung sind Problembezug, soziodemographische Informationen, Lebensstil (psychografische und soziale Aspekte, Werthaltungen) und Mediennutzung (siehe Kapitel IV 1). Eine derart umfassende und informationsdichte Zielgruppenbeschreibung ist in dieser empirischen Untersuchung auf Basis des Sinus-Milieu-basierten Datenmaterials der TdW 06/07 und der durchgeführten Risikotypologie gelungen. Das Ergebnis ist eine praxistaugliche Zielgruppensegmentierung für die mediale Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas, wie sie nach Wissen der Autorin bislang in der wissenschaftlichen Literatur noch nicht beschrieben wurde<sup>29</sup>. Zwar existieren erste Versuche, Zielgruppentypologien für die Gesundheitskommunikation zu erstellen (ROSKI R ET AL. 2009; ATIENZA A et al 2006; BAUMANN E 2006), jedoch fehlen darin einzelne Aspekte zur vollständigen Zielgruppenbeschreibung wie der Bezug zum Gesundheitsproblem Adipositas, psychografische Informationen und/oder das Mediennutzungsverhalten.

Zudem gehen Untersuchungen zur Gesundheitskommunikation selten vom realen Mediennutzungsverhalten aus, sondern es wird häufig das Informationssuchverhalten im Themenbereich Gesundheit analysiert (z.B. BAUMANN E 2006; HORCH K ET AL. 2005). Somit wird ein Interesse am Thema Gesundheit vorausgesetzt, was in der Realität jedoch häufig nicht gegeben ist, wie die durchgeführte Untersuchung zeigte.

Bei 10 und 11 Prozent der Mitglieder der Hochrisiko- und des Risikomilieus kann von einer **therapiebedürftigen Adipositas** ausgegangen werden. Indikationen für eine Therapie sind BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> oder eine Präadipositas (BMI 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>) und gleichzeitiges Vorliegen von Folgeerkrankungen (z.B. Hypertonie, Diabetes Typ 2) oder abdominales Fettverteilungsmuster oder Erkrankungen, die sich durch Übergewicht verschlimmern oder hoher psychosozialer Leidensdruck (HAUNER H ET AL. 2007:10). Da die telefonisch erhobenen Daten der TdW-Studie den Body-Mass-Index jedoch tendenziell unterschätzen und keine Aussagen über Folgeerkrankungen oder Fettverteilung möglich sind, kann davon ausgegangen werden, dass der Therapiebedarf unterschätzt wird. Eine **Indikation zur Prävention** kann jedoch für einen hohen Anteil der Mitglieder der Hochrisikomilieus und des Risikomilieus angenommen werden. Sie liegt bei den Hochrisikomilieus zwischen 39 Prozent (Konsum-Materialisten) und 47 Prozent (Traditionsverwurzelte) und bei dem Risikomilieu Bürgerliche Mitte bei rund 36 Prozent der Milieumitglieder vor.

Auffallend ist, dass alle Adipositas-Risikomilieus verglichen mit den „Sinus-Milieus“ mit niedrigerem Risiko, als TV-Vielseher mit einem werktäglichen **Fernsehkonsument** von mehr als 3 Stunden einzustufen sind. Fernsehen ist ebenso wie die Nutzung anderer

---

<sup>29</sup> Eine Recherche in der Datenbank „Medline“ zu den Stichworten „audience segmentation“ und „obesity“ ergibt keinen Suchtreffer (Stand 15. Januar 2013).

klassischer Medien in der Bevölkerung weit verbreitet. In der Dauer der TV-Nutzung heben sich die Adipositas-Risikomilieus jedoch deutlich von den anderen „Sinus-Milieus“ ab. Aus der Medienwirkungsforschung ist bekannt, dass Menschen mit einem hohen TV-Konsum (Vielseher) ein passiveres Freizeitverhalten haben als Wenigseher (BONFADELLI H 2004b:171ff). Fernsehfans treiben weniger Sport, nehmen seltener an Aktivitäten gemeinsam mit anderen teil und sind häufiger übergewichtig (CSIKSZENTMIHALYI M ET AL. 2002; TUCKER LA ET AL. 1991; TUCKER LA ET AL. 1989;). Als Gründe für den Zusammenhang zwischen TV-Dauer und der Entstehung von Übergewicht werden körperliche Inaktivität, eine Grundumsatzreduktion und das Verführungspotential von bildlichen Darstellungen appetitanregender Speisen mit vermehrtem Verzehr von hochkalorischen Snacks diskutiert (SCHÜSSLER P ET AL. 2012; BZGA 2010:52; TUCKER LA ET AL. 1991 TUCKER LA ET AL. 1989).

Andererseits wird auch diskutiert, dass der hohe TV-Konsum eher die Folge widriger Lebensumstände und bestehender Adipositas sein könnte (TUCKER LA ET AL. 1991; TUCKER LA ET AL. 1989). In den Kommunikationswissenschaften wird starker Fernsehkonsum sogar als eine Flucht vor sozialen Problemen wie Armut und fortschreitendem Alter, Langeweile oder Einsamkeit interpretiert (BONFADELLI H 2004b:171ff; CSIKSZENTMIHALYI M ET AL. 2002). Frustration über die persönliche Lage und Opfergefühle wurden auch in dieser Untersuchung bei zwei der Hochrisikomilieus ermittelt: Konsum-Materialisten und DDR-Nostalgische. Leider können in dieser Sekundäranalyse die Gründe für den hohen Anteil Adipöser in diesen Milieus nicht analysiert werden, da die zugrunde liegende Primärerhebung keine derartigen Rückschlüsse erlaubt. Frustration über die persönliche Lage und das Gefühl der Verlierer in der Gesellschaft bzw. des Wendeprozesses zu sein, könnten eine maßgebliche Rolle spielen. Dies wäre ein wichtiger Ansatz für Adipositas-Therapiegespräche.

Gleichzeitig ist Fernsehen ein typisches Beispiel für ein Medium mit passiver Informationsverarbeitung. Es ist für den Rezipienten eine bequeme und kontrollierte Möglichkeit, zu entspannen und die eigene Stimmungslage zu beeinflussen (Mood-Management) (CSIKSZENTMIHALYI M ET AL. 2002; KUBEY R ET AL. 1990). Die für TV-Vielseher beschriebene Passivität zeigt sich vor allem im Hochrisikomilieu der Konsum-Materialisten, für die auch der höchste TV-Konsum ermittelt wurde. Die Milieumitglieder erscheinen ausgesprochen passiv und desinteressiert. Die Mehrzahl von ihnen müsste viele Änderungen am Lebensstil einführen, um einen gesunden und gewichtsregulierenden Lebensstil zu erreichen - weniger TV-Konsum, mehr Bewegung und eine Änderung des Ernährungsverhaltens. Deshalb sind die Chancen der Aktivierung bis hin zum gesundheitsförderlichen oder gewichtsregulierenden Handeln ausschließlich via Massenkommunikation gering einzuschätzen. Auch finden sich in den allgemeinen Lebensumständen dieses Milieus zahlreiche Rezeptions- und Umsetzungsbarrieren: Begrenzte finanzielle Ressourcen und berufliche Möglichkeiten, wenig Lebensperspektiven, das Gefühl Verlierer

und das Opfer gesellschaftlicher Ungerechtigkeit zu sein. Durch Desinteresse am Thema Ernährung und Kochen fehlen sowohl das „Know-how“ für eine Ernährungsveränderung wie auch die handwerklichen Fähigkeiten dazu. Zudem ist das Milieu konsumaffin und lässt sich gerne von Werbung „verführen“. Nicht umsonst werden in diesem „Sinus-Milieu“ sehr gerne Fertiggerichte verwendet, wobei offen bleiben muss, ob die Motive Passivität, zeitliche Entlastung (z.B. bei Alleinerziehenden), mangelnde Küchenfertigkeiten, Statusgründe und/oder Marketinggläubigkeit sind.

Von einer peripheren Informationsverarbeitung bzw. geringen Involvement kann auch für Gesundheitsthemen angenommen werden. In der wissenschaftlichen Literatur wird von einem gestiegenen Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung, aktivem Informationssuchverhalten und dem Bild des „rationalen“ Verbrauchers/Patienten ausgegangen. Laut Gesundheitsmonitor 2006 achten zwischen 50 und 63 Prozent der Menschen auf ihre Gesundheit, mit steigender Tendenz. Für 85 Prozent der Bevölkerung wird ein aktives Informationssuchverhalten für Gesundheitsthemen angegeben (BAUMANN E 2006). Dies kann auf Basis der TdW-Studie nicht bestätigt werden. Nur 40 Prozent der Bevölkerung rezipiert in den Medien Themen zu Gesundheit oder Medizin. Das Hochrisikomilieu Konsum-Materialisten bleibt deutlich hinter diesem zurück. Nach dem Modell der überzeugenden Kommunikation (Kapitel III 3) ist deshalb zu vermuten, dass entsprechende Botschaften maximal Stufe 3 („Verstehen“) erreichen können. Bei geringem Involvement kann eine Übernahme von Verhalten nicht vorausgesetzt werden.

Gesundheits- und Ernährungsinteresse, also **aktives Involvement**, besteht dagegen bei Traditionsverwurzelten, DDR-Nostalgischen und Bürgerlicher Mitte. Zudem sind Bürgerliche Mitte und DDR-Nostalgische vielseitig interessiert an den Themen Gesundheit, Ernährung und Haushalt. Doch zeigen die Hochrisikomilieus wenig Umsetzungsbereitschaft und geringes Figurbewusstsein, was auf Umsetzungsbarrieren hindeutet. Ob dennoch eine Aktivierbarkeit bis zur Handlung möglich ist, wird unter VI.2.2 diskutiert. Zunächst wird auf die Erreichbarkeit der Adipositas-Risikomilieus via Kanalwahl eingegangen.

## 2.1 ERREICHBARKEIT DER HAUPTZIELGRUPPEN

**Geeignete Kommunikationskanäle** für effiziente und zielgerichtete massenmediale Gesundheitskommunikationsstrategien für Adipositas-Risikomilieus sind Fernsehen, Radio, Zeitung und Zeitschriften. Diese Medien werden von den anzusprechenden Risiko-Milieus in hohem Maß rezipiert und ihnen kommt für Präventionsaktivitäten eine zentrale Rolle zu. Fernsehen erreicht ein Millionenpublikum aus den Adipositas-Risikomilieus mit langer Nutzungsdauer und ist Medium Nummer eins für die zielgruppengeleitete Ansprache der Adipositas-Risikogruppen. Für die zielgruppengenaue Ansprache aller Adipositas-Risikomilieus gemeinsam eignen sich im TV Nachrichtensendungen und Sendungen mit regionalen Nachrichten bzw. unterhaltenden Beiträgen aus der Region

oder das werbliche Umfeld vor und nach entsprechenden Sendungen. Alle Adipositas-Risikomilieus können zudem über große Unterhaltungsshow mit bekannten Künstlern, Deutsche Krimiserien und Kriminalfilme sowie Quiz- und Gameshows mit Gewinnen erreicht werden. Fernsehen hat einige Vorzüge gegenüber anderen Mediengattungen: TV hat eine hohe Marktabdeckung und spricht durch die Kombination von Bild, Ton und Bewegung mehrere Ebenen der Sinneswahrnehmung an (KOTLER P ET AL. 2008:314).

**Ungeeignete Kommunikationskanäle** sind Bücher und Internet. Dieser Befund erstaunt und erklärt gleichzeitig, warum viele bisherige Aktivitäten scheitern mussten, die auf buchartige Printprodukte wie Broschüren oder Flyer setzten. Diese Strategie ist für die beschriebenen Adipositas-Risikomilieus denkbar ungeeignet. Auch Internetportale steuern sie in der überwiegenden Mehrzahl (noch) nicht an. Dies deckt sich mit Befunden aus der Literatur, die junge, gebildete Männer als typische Internetnutzer nennt (BAUMANN E ET AL. 2004). Internet erreicht zudem thematisch Interessierte (BAUMANN E ET AL. 2004).

Die **Genre- und Themeninteressen** der drei der Adipositas-Risikomilieus – Bürgerliche Mitte, Traditionsverwurzelte und DDR-Nostalgische – sind ähnlich, was für eine gemeinsame Ansprache dieser Zielmilieus nutzbar ist. Konsum-Materialisten sind das am schwersten erreichbare Milieu. Für die Einzelsprache der Konsum-Materialisten ist das Thema Sport geeignet. Es bietet sich an Präventionsbotschaften in Special-Interest-TV-Kanälen zum Thema Sport, in oder im Werbeumfeld von Sportnachrichten oder Sportberichterstattung (live etc.) zu platzieren. Sportmoderatoren oder Sportler eignen sich zudem als Botschafter für Präventionsangebote. Sie könnten z.B. gegen Ende einer Sportsendung zu Bewegung vor dem Fernseher motivieren („aktive Werbepause“) oder in TV-Spots zu mehr Bewegung in der Freizeit ermuntern. Ähnliche Aktivitäten sind rund um Nachrichtensendungen für alle Adipositas-Risikomilieus denkbar. Beispielsweise könnten die Mainzelmännchen im ZDF in Spots Bewegungsaktivitäten zeigen und zur Nachahmung anregen.

Das Medium **Radio** hat ebenfalls ungenutztes Potential zur Verbreitung von Präventionsbotschaften. Es wird von allen identifizierten Adipositas-Risikomilieus millionenfach mit einer Nutzungsdauer von mehr als 2 Stunden rezipiert. Radio nutzt wer sich informieren möchte, Spaß haben oder entspannen will. Es wird in der Kommunikationsliteratur als typisches „Nebenbei-Medium“ beschrieben (KOTLER P ET AL. 2008:314).

Dennoch gibt es Tageszeiten und Sendeformate, die mit einem hohen Wortanteil hohe Aufmerksamkeit und gute Möglichkeiten zur Platzierung von Präventionsbotschaften bieten wie z.B. im Frühstücksradio. Interaktive Anspracheformen wie Zuhörertelefon oder Gewinnaktionen, die bei den Konsum-Materialisten besonders beliebt sind (ALLGAYER F 2006a), können das Zuschauerinvolvement erhöhen und eignen sich für das Senden von Präventionsbotschaften. Auch ist Educational-Entertainment via Radio

zum Wandel von Einstellungen und Verhalten analog der Kampagne „Body-Love“ denkbar. Mit dieser Diabetes-Präventions-Kampagne via Radio-Serien-Drama wurde die Aufmerksamkeit für die Erkrankung geweckt, Diabetes-Screening, Bewegungsaktivitäten und ein gesünderes Ernährungsverhalten angeregt (CHEN N ET AL. 2009).

**Tageszeitungen** erreichen alle Adipositas-Risikomilieus. Ihre Vorteile sind eine gute Marktabdeckung und hohe Glaubwürdigkeit (KOTLER P ET AL. 2008:314). Der Studie Massenkommunikation zufolge ist die Tageszeitung „das“ Medium zur Informationssuche (RIDDER C ET AL. 2007), d.h. die drei Milieus mit aktiver Themenrezeption zu Gesundheit oder Ernährung können via Tageszeitung explizit über diese Themen angesprochen werden. Große überregionale Titel wie z.B. die „Bild-Zeitung“ erreichen zudem ein Millionenpublikum aus allen Adipositas-Risikomilieus und speziell sehr viele Mitglieder des schwer erreichbaren Milieus der Konsum-Materialisten (ALLGAYER F 2006a). Insbesondere letztere sollten jedoch über andere Themenschwerpunkte „abgeholt“ werden, da sie seltener Ernährungs-, Gesundheits- und Diätthemen rezipieren.

Nicht unterschätzt werden sollten die Vorteile regionaler Tageszeitungen und das Umfeld von Regionalnachrichten im Fernsehen („Landesschauen“). Ein Rückzug ins häusliche Privatleben (Cocooning) und Rückbesinnung auf die Heimat bzw. die eigene Region sind aus der Marktforschung als Konsequenz auf Krisenzeiten wie die derzeit bestehende Rezession bekannt (HASLAUER A 2009; RÜTZLER H 2009). Industrieunternehmen und Handel wie z.B. der Discounter LIDL setzten diesen Trend bereits in ihren Marketingstrategien erfolgreich ein (HASLAUER A 2009). Milieus wie die DDR-Nostalgischen finden sich durch eine überregionale Zeitung mit ihrer meist Westdeutschland-orientierten Ausrichtung nicht ausreichend repräsentiert. Ihnen bieten Regionalzeitungen nicht nur das Thema „Heimat“ (meist in einem der Ex-DDR-Bundesländer), sondern auch die gewohnte und gewünschte Ansprache.

Interessant für die Zielgruppenansprache sind zudem **kostenlose Beilagen in Zeitungen** wie Wochenendbeilagen oder Specialinterest Beilagen zum Thema Gesundheit. Sie werden i.d.R. länger und intensiver gelesen und sprechen Traditionsverwurzelte, DDR-Nostalgische und die Bürgerliche Mitte insbesondere an. Bisherig zu wenig genutzt wird auch das Potential von Zeitungen aus dem Low-Budget-Bereich wie z.B. Anzeigenblätter. Sie können Niedrigeinkommensgruppen aus den Milieus der Konsum-Materialisten, Traditionsverwurzelten und DDR-Nostalgische ansprechen.

**Zeitschriften** sind durch hohe Nutzungsquoten für die Ansprache der Adipositas-Risikomilieus gut geeignet. Genutzt werden sie überwiegend im Bereich zwischen 0,5 bis 1 Stunde, wobei Traditionsverwurzelte eine etwas höhere Lesedauer haben. Die Themenpräferenzmuster der Adipositas-Risikomilieus zeigen, dass hinsichtlich der Erreichbarkeit aller Milieus TV-Programmzeitschriften bislang ungenutztes Potential für die Platzierung von Präventionsthemen in Form von Anzeigen oder redaktionell gestalteten

Inhalten bieten. Da alle Adipositas-Risikomilieus TV-Vielseher sind, nehmen sie das TV-Programmheft täglich zur Hand. Vor allem TV-Programmhefte, die kostenlos über Zeitungen verteilt werden, können die häufig von Übergewicht betroffenen Niedrig-Einkommenshaushalte erreichen.

Ansonsten rezipieren Konsum-Materialisten auch das Medium Zeitschrift sehr selektiv. Sie zeigen sich unterdurchschnittlich interessiert an den meisten Themenfeldern. Allerdings sind immerhin noch ansprechende Nutzerzahlen über die Themen Gesundheit/Medizin, Sport und Aktuelle Politik in Deutschland erreichbar.

Einfacher gestaltet sich die gemeinsame Ansprache der Adipositas-Risikomilieus Bürgerliche Mitte, Traditionsverwurzelte und DDR-Nostalgische. Sie können über Zeitschriftentitel oder Beiträge zu den Top-Themen Gesundheit/Medizin, Haus und Garten, Aktuelle Politik in Deutschland, Menschen & Schicksale, Natur/Tiere und Ernährung/Rezepte angesprochen werden. Kostengünstig oder kostenlos erhältliche Information – zum Beispiel Zeitschriften, die in den Warteräumen von Arztpraxen ausliegen oder in Apotheken kostenlos erhältlich sind, sind für Traditionsverwurzelte und DDR-Nostalgische besonders geeignet. Sie verfügen nur über ein schmales monatliches Budget und es entspricht ihrer Werthaltung, möglichst wenig Geld für „Luxus“ auszugeben.

Alles in allem ist über eine geeignete Kanal- und Themenauswahl eine gemeinsame Ansprache der Adipositas-Risikomilieus denkbar. Eine erfolgreiche Marketingkampagne eines Möbelhauses zeigt seit einiger Zeit wie: In dieser Kampagne verkörpert der Entertainer Hape Kerkeling typische Vertreter der „Sinus-Milieus“ in TV- und Radio-Spots sowie in Werbeaussendungen und Außenwerbung<sup>30</sup>. In jeder Werbeaussendung werden mehrere „Sinus-Milieus“ in den von ihnen präferierten „Wohnwelten“ gleichzeitig angesprochen. Dies könnte auf die mediale Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas übertragen werden. Dabei müssen jedoch die spezifischen Barrieren der Adipositas-Risikomilieus bedacht werden. Beispielsweise Möglichkeiten der Anschlusskommunikation für die DDR-Nostalgischen unter Einbezug von örtlichen Vereinen oder Vertrauenspersonen zur Teilnehmermotivation (Bewegung, Ernährung) und die Vermeidung von West-Termini oder (allzu)werbliche Ansprache.

Das Erreichen und die Aktivierung des Hochrisikomilieus der Konsum-Materialisten ist die größte Herausforderung. Es bestehen erhebliche Rezeptionshürden bei den Konsum-Materialisten. Sie gleichen in ihrem Verhalten den sogenannten „Inaktiven“ der „Gesundheitsinformationsverhaltenstypologie“ von Baumann (2006): niedrigere Schulbildung, niedriges Gesundheitsbewusstsein, keinerlei aktive Informationssuche. Oder den „Nicht-Aktiven Ungesundernährern“, die in der begleitenden Evaluation zum Projekt „bewegt leben – mehr vom Leben“ identifizierte wurden (COMX 2009). Insgesamt ist in

---

<sup>30</sup> <http://www.hoeffner.de/hoeffner/unternehmen/hoeffner-im-tv.html>, download 15.09.2012

diesem Milieu von einem fehlenden Kohärenzgefühl bzw. einer geringen Selbstwirksamkeitsüberzeugung auszugehen. Somit erscheint die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensübernahme aus eigenem Antrieb aufgrund von Botschaften aus der Massenkommunikation gering. Die kommunikative Ansprache dieses „Sinus-Milieus“ ist eine Herausforderung. Sie sollte sich komplett auf die Interessen des Milieus einstellen, um Reaktanz zu vermeiden. Es empfiehlt sich, die Präventionsbotschaften in Themenfelder zu integrieren, die von diesem Milieu rezipiert werden oder über andere Themenkonstellationen anzubieten, um Aufmerksamkeit für Präventionsbotschaften zu finden. Für dieses passive Milieu sind eine niedrighschwellige Vorgehensweise und ein vertrauensvoller, persönlicher Langzeit-Kontakt zur Zielgruppe zentral für die Motivation zur Handlung.

Ein Beispiel soll dies erläutern: In der Literatur zur Gesundheitskommunikation wird große Hoffnung gesetzt in die Übermittlung von Präventionsbotschaften via Infotainment-Education im Fernsehen. Als Infotainment wird die Verquickung von Information und Unterhaltung bezeichnet (BAUMANN E 2003; WIRTH W ET AL. 2003). Für die deutschsprachige TV-Landschaft schlagen beispielsweise Rössler und Mitarbeiter als Infotainment-Maßnahme vor, die Drehbücher deutscher TV-Serien so zu verändern, dass sich die Seriendarsteller gemäß den Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung „ernähren“ (RÖSSLER P ET AL. 2004). Aufgrund der hier dargestellten milieuspezifischen Erkenntnisse erscheint es jedoch fraglich, ob das in die Serien integrierte gesundheitsförderliche Ernährungsverhalten von den Adipositas-Risikomilieus - speziell dem Hochrisikomilieu der Konsum-Materialisten - in der gewünschten Form rezipiert und tatsächlich in Form einer gesünderen Ernährungsweise umgesetzt werden kann. Konsum-Materialisten rezipieren wie hier dargestellt Ernährungsthemen nicht aktiv, sondern via peripherer Route, was nicht für eine Verhaltensübernahme prädisponiert. Konsum-Materialisten lassen sich beispielsweise locken über eine Ansprache über Sport oder Erotik. Jedoch ist auf die Tonalität der Präventionsbotschaften zu achten, um Rezeptionsbarrieren bei anderen Milieus zu vermeiden.

## 2.2 AKTIVIERBARKEIT BIS ZUR HANDLUNG?

Ist es denkbar, dass eine mediale Gesundheitskommunikation zu Präventionszwecken über einen geeigneten Kanal und die geeigneten Themen eine (erste) Handlung bei den Adipositas-Risikomilieus auszulösen? Gute Möglichkeiten zur Aktivierung zum gesundheitsbewussten Handeln bestehen beim Risikomilieu der **Bürgerlichen Mitte**. Die Milieumitglieder sind massenmedial gut erreichbar, rezipieren vielfältig und zeigen ein aktives Suchverhalten hinsichtlich Gesundheitsthemen und Ernährung. Zudem besteht Bereitschaft zu Bewegung, Sport und zur präventiven Lebensführung, d.h. etwas für die eigene Gesundheit zu tun und Diäten durchzuführen. Viele Milieumitglieder können kochen und handeln aus eigenem Antrieb. Es ist davon auszugehen, dass sie in der Lage sind, Gesundheitsratschläge und Hinweise auf gewichtsförderlichen Lebensweisen ei-

genverantwortlich in ihr Leben zu integrieren. Laut Barz sind die Milieuvertreter teilweise selbst im Gesundheitswesen tätig (BARZ H ET AL. 2007:120). Im Milieu sind die Prinzipien einer gesundheitsförderlichen Lebensweise bekannt und werden eingehalten, wobei jedoch allzu strikte Regeln abgelehnt werden (BARZ H ET AL. 2007:120).

Bei Hochrisikomilieus ist hingegen eine Aktivierung bis zur Handlung schwer oder unmöglich, da etliche Hürden im Weg stehen: Fehlendes Figurbewusstsein, Umdeutung gesundheitlicher Risiken und kognitive Dissonanzen durch fehlerhafte Ansprache wurden in dieser empirischen Untersuchung erkannt.

### **Fehlendes Figurbewusstsein**

Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht ist bei Erwachsenen ein wichtiger Ansporn zur Gewichtsregulation (im Gegensatz zu jungen Erwachsenen bei denen Figurunzufriedenheit ein Risikofaktor für Adipositas darstellt). Sie wird als möglicher Motivator zur Verhaltensänderung und Ausüben eines gesundheitsförderlichen Lebensstils diskutiert. Unzweifelhaft ist ein Figurbewusstsein ein wichtiger Faktor zur Gewichtskontrolle oder Durchführung von Diäten (unabhängig davon, ob die Gewichtskontrolle gelingt oder nicht). Für Deutschland wurde in der KORA-Kohorte eine Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen Figurunzufriedenheit und der sozialen Lage für Männer ermittelt. Für Frauen konnte in der Auswertung der KORA-Studie kein derartiger Zusammenhang gezeigt werden (LENGERKE T ET AL. 2012). In den Hochrisikomilieus herrscht trotz vorhandenem Übergewicht eine ablehnende Haltung gegenüber Diäten („Eine Diät kommt für mich nicht in Frage“) oder es wird überdurchschnittlich oft der Aussage „Ich habe mir dazu (Diät) noch keine Gedanken gemacht“ zugestimmt. Dies kann als fehlendes Figurbewusstsein und somit als Umsetzungsbarriere interpretiert werden.

### **Umdeutung von Gesundheitsrisiken**

Traditionsverwurzelte verharmlosen ungesunde Gewohnheiten gerne („Man tut auch manches, was ungesund ist und was einem dann trotzdem nicht schadet.“) (BARZ H ET AL. 2007:92). Die Essgewohnheiten der älteren Milieumitglieder wurden bereits in jungen Jahren geprägt. Ältere bevorzugen es in den vertrauten, alt-bekanntesten Bahnen zu bleiben („Ich ess das, was ich kenn.“) (BARZ H ET AL. 2007; BROMBACH C 2003; BROMBACH C 1999; WINTER FALK L ET AL. 1996). Deshalb erscheint eine Aktivierung bis zum Handeln alleine aufgrund medialer Botschaften schwierig.

### **Kognitive Dissonanz aufgrund fehlerhafter Ansprache**

Im Milieu der **DDR-Nostalgischen** existiert eine positive Grundeinstellung zu Ernährungs- und Gesundheitsthemen, was darauf hindeutet, dass mediale Formen der Gesundheitskommunikation die Selektionshürde nehmen und auf Einstellungen wirken können. Als Rezeptions- und Umsetzungsbarriere kann in diesem Milieu die Art der An-

sprache wirken. DDR-Nostalgische reagieren empfindlich auf eine zu stark westdeutsche oder konsumorientierte Ansprache und Gestaltung von medialen Kommunikationsmaßnahmen. DDR-spezifische Elemente wie z.B. eine Rezeptgestaltung für kalorienreduzierte Gerichte unter Verwendung von regionalen Produkten und DDR-Marken („Kathi“, „Spreewälder Gurken“) sind unverzichtbar. Außerdem sollte auf Bildmaterial, das zu stark westdeutsch oder konsumorientiert anmutet (z.B. Freizeitsportler, die gekleidet sind wie Profisportler) verzichtet werden. Da in anderen Untersuchungen eine starke Ablehnung des bundesdeutschen Gesundheitssystems und starker Vermarktung von Gesundheitsförderung (BARZ H ET AL. 2007:106) erkannt wurde, erscheinen Präventions-Maßnahmen durch Ärzte, medizinisches Personal und Krankenkassen nur bedingt geeignet. Die Wiedereinführung der ehemaligen „Gemeindeschwester“ und Integration der Schwester in Präventionsmaßnahmen, wie sie Strupeit (2008) für die östlichen Bundesländer empfiehlt, wird durch diesen Befund gestützt.

Über rein mediale Kommunikationsstrategien erreichen Hochrisikomilieus höchst wahrscheinlich maximal Stufe 3 „verstehen“ im Schwellenmodell der Kommunikation. Die erkannten Rezeptions- und Umsetzungsbarrieren sowie kognitive Dissonanzen stehen einer Übernahme der Botschaft im Weg. Präventionsbotschaften und Maßnahmen zur Gesundheitskommunikation sollten deshalb in einem Pre-Test mit den hier identifizierten Adipositas-Risikomilieus auf mögliche Barriere-Effekte wie z.B. Aversion geprüft werden, um Dissonanzen und negative Wirkungen zu vermeiden.

Kritisch ist anzumerken, dass Hochrisikomilieus möglicherweise trotz der hier skizzierten, zielgruppenorientierten Ansprache und strategischer, multimodaler Kommunikationsplanung noch nicht bis zur Verhaltensintention und gesundheitsförderlichem Handeln geführt werden können. Fehlendes Gesundheits- und Figurinteresse oder tief geprägte Gewohnheiten könnten sich als unüberwindbare Hürden bei den schwer erreichbaren Zielgruppen erweisen. Wenn mediale Gesundheitskommunikation ihre Grenzen erreicht, dann wäre es ratsam, dass Politik und Gesellschaft für die Betroffenen „mitdenken“ und sie mithilfe verhältnispräventiver Regulierung („Nudging“) sanft in ein gesundheitsförderliches Verhalten „stupsen“ (REISCH L 2012).

## VIII AUSBLICK

Zielgruppensegmentierungen gelten in der Gesundheitskommunikation als zentraler Erfolgsfaktor und Ausgangspunkt für Zieldefinitionen, Maßnahmenplanung, Medienwahl und Gestaltung von Botschaften. Wirksame Maßnahmen der medialen Gesundheitskommunikation sind multimodal und stützen sich zudem auf umfangreiche und detaillierte Planungen basierend auf theoretischen, psychologischen und prozessorientierten Modellen. Dies unterscheidet sie von als unwirksam erkannten Maßnahmen der Ernährungs- bzw. Gesundheitsinformation und Aufklärung im Informationsansatz. Die vorliegende empirische Untersuchung liefert mit der ersten Sinus-Milieu-basierten Zielgruppensegmentierung für die deutschsprachige Bevölkerung (ab Alter 14) mit Adipositasrisiko auf Basis einer repräsentativen Markt-Media-Studie einen zentralen Baustein für die Planung erfolgreicher, aufmerksamkeitsstarker und verhaltenswirksamer Maßnahmen der medialen Gesundheitskommunikation. Sie zeigt, auf welcher Stufe der Verhaltensintention die identifizierten Adipositas-Risikomilieus stehen und welche Medienkanäle zur Ansprache geeignet sind. Auf Basis dieser Zielgruppensegmentierung können verschiedene Maßnahmen der medialen Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas mit unterschiedlichen Teilzielgruppen, Reichweiten, Zieldefinitionen, mit oder ohne Anschlusskommunikation geplant werden.

Weitere Elemente erfolgreicher Maßnahmen der Gesundheitskommunikation – Zieldefinition, Konzept, Botschaft (Ausgestaltung, Tonalität), Maßnahmen der Anschlusskommunikation etc. – waren nur randlich Gegenstand der Betrachtung in dieser Arbeit. Hierzu besteht weiterer Forschungs- und Entwicklungsbedarf für die in dieser Arbeit identifizierten Adipositas-Risikomilieus.

Eine **Mehrebenen-Kampagne mit zielgruppenorientierter Kanalwahl, hoher Frequenz und hoher Aufmerksamkeit** wäre aufgrund ihrer Reichweite ideal für die Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas. Leitmedien für die Ausstrahlung von TV-Spots oder Anzeigen müssen Fernsehen, Radio, Zeitung und Zeitschrift sein, wobei von den Adipositas-Risikomilieus stark rezipierte TV-Zeitschriften und kostenlos erhältliche Zeitungen bzw. Zeitschriften einzubeziehen wären. Interaktive und regionalspezifische Komponenten über z.B. Regionalzeitungen, regionale Fernseh- und Radiosendungen, Außenwerbung im öffentlichen Personennahverkehr etc. und Anzeigenblätter sollten die massenmediale Ansprache ergänzen. Über Medienpartnerschaften mit lokalen Sendern oder Redaktionen oder anderer regionaler Vernetzungspartner kann ein regionalspezifische Komponente gelingen.

Medien können in einer derartigen Kampagne jedoch nur einen ersten, jedoch starken Impuls auf der Ebene der Aufmerksamkeit setzen. Für die Umsetzung in Verhalten sind für die Hochrisikomilieus – Traditionsverwurzelte, DDR-Nostalgische und Konsum-

Materialisten – eine **vertiefende interpersonale Kommunikation** (z.B. durch Gemeindegewestern, Sozialarbeiter etc.) und (langfristige) **soziale Unterstützung** erforderlich. Vertraute soziale Netzwerke können die mediale Ansprache vertiefen und verstärken. Eine **zielgruppenorientierte, milieusensible Vorgehensweise** ist bei allen Kommunikationsmaßnahmen zwingend erforderlich. **Eine optimierte Kanalwahl und realistische Ziel- und Themensetzungen** der Maßnahmen **orientiert an den „Sinus-Milieus“ gemäß ihrer Adipositas-Risikokonstellation Typ 1 - hohes Risiko bzw. Typ 2 - Risiko**, ihren Lebenswelten, Werten, Einstellungen, ästhetischen Präferenzen, dem vorhandenen Problemlagenbezug und der Verhaltensänderungsbereitschaft wären das Novum dieser Präventionskampagne.

Kleine Veränderungen in Einstellung und Verhalten sind für die passiven Hochrisikomilieus bereits ein Erfolg. Das „große“ Ziel Gewichtsreduktion bei vorliegendem Übergewicht kann nicht in einem Schritt erreicht werden. Deshalb wären eine Veränderung des Figurbewusstseins in den Adipositas-Risikomilieus oder eine Aktivierung zu mehr Bewegung mit Verbesserung der kardiorespiratorischen Fitness und Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung sinnvolle erste Schritte. Aktivitäten zur Stärkung des Ernährungsbewusstseins und/oder psychologische Aspekte können folgen. Einkaufsberatung (figurgünstiger Einkauf), Austausch von Rezepten und gemeinsames Kochen von günstigen, gesundheitsförderlichen Gerichten unter Verwendung von Grundnahrungsmitteln, Themen der ökonomischen Haushaltsführung und Resistenz gegenüber der verführerischen Wirkung von Marketing sind Beispiele für denkbare Themen aus dem Handlungsfeld Ernährung.

Für Traditionsverwurzelte sind vor allem Maßnahmen angebracht, die die Milieumitglieder wieder Aktivieren und in Gemeinschaften einbinden. Ansatzpunkte können Alltagsbeschäftigungen oder Hobbies sein, die in Gemeinschaft mit anderen ausgeübt werden. Zu präferieren wären Aktivitäten, die Bewegung, Spaß und Freude in die Freizeit der Traditionsverwurzelten bringen, die vor dem Fernseher verbrachte Zeit reduzieren und einer Vereinsamung im Alter entgegenwirken. Denkbar sind beispielsweise gemeinsame Kochgruppen zur Zubereitung der Mahlzeiten oder Hilfgemeinschaften für die beliebte Gartenarbeit. „Bewegungsaktiver TV-Konsum“ könnte ein weiteres Ziel einer solchen umfassenden Kampagne sein. Über TV-Spots motivieren beliebte TV-Stars oder Entertainer, wie die vor dem Fernseher verbrachte Zeit mit Bewegungsaktivitäten verbunden kann (z.B. Rad fahren im Fernsehsessel, leichte Gymnastik in den Werbepausen u.a.).

Von einer medial verbreiteten Aufforderung für dieses Hochrisikomilieu zur Durchführung von Diäten sollte abgesehen werden. Eine Entscheidung pro oder contra Gewichtsreduktionsdiät im fortgeschrittenen Alter ist aufgrund möglicherweise bestehender Erkrankungen eine Einzelfallentscheidung, die nicht ohne ärztlichen Rat getroffen werden sollte. Möglicherweise ist das Empfehlen von Bewegung und sportlichen Aktivitäten (an-

gepasst an die individuellen körperlichen Möglichkeiten) ausreichend, um die kardiorespiratorische Fitness zu verbessern und somit die Chancen für einen benignen Verlauf Übergewichts zu erhöhen. Bewegung und Sport wirken gleichzeitig einem altersbedingten Abbau von Muskelmasse entgegen und erhalten die Selbstständigkeit auch in hohem Alter.

Das Risikomilieu der Bürgerlichen Mitte ist leichter als die vorgenannten Hochrisikomilieus für Maßnahmen der Gewichtsregulation durch Diät oder figurbewusste Ernährung motivierbar. Da ein hoher Anteil der Milieumitglieder diesen Themen offen gegenübersteht, genügen vielfach leichte Anstöße wie Kursangebote von Krankenkassen. Für dieses Milieu sollten vor allem auch gewichtsregulierende Angebote für die ganze Familie unterbreitet werden. Es bestehen gute Aussichten auf Aktivierung kompletter Familien. Allerdings ist eine Rückfallprophylaxe vorzusehen, denn in diesem Milieu wird gerne und gut gegessen, so dass ein Zurückfallen in ausschließlich genussbetontes Essverhalten denkbar ist.

**Zukünftig wird die mediale Gesundheitskommunikation im Handlungsfeld Ernährung für die Prävention von Übergewicht und Adipositas** nur effektiv und effizient sein, wenn sie zielgruppengerecht ist, systematisch und unter Einsatz realistischer Ziele geplant wird. Ansonsten entstehen eine überzogene Erwartungshaltung für das Ergebnis, Streuverluste oder nicht-intendierte Nebeneffekte (z.B. überhöhtes Figurbewusstsein bei Zielgruppen ohne Problembezug, Stigmatisierung etc.). Es genügt nicht, dass Maßnahmen zur Information der Bevölkerung über gesundheitliche Risiken „gut gemeint“ sind und deshalb semiprofessionell durchgeführt werden.

Die Einsatzmöglichkeiten dieser Sinus-Milieu-basierten Zielgruppensegmentierung reichen weit über den Einsatz für die mediale Gesundheitskommunikation hinaus. Food- oder Health-Literacy Maßnahmen unter Berücksichtigung des sozialen Kontextes, Ernährungsberatung oder die Arzt-Patienten-Kommunikation sind effizienter und erfolgreicher, wenn bereits im Planungsstadium die Sicht des Klienten, Patienten oder Rezipienten bedacht werden kann. Auf diese Weise wird es künftig möglich sein, Menschen für Präventionsaktivitäten und darüber hinaus besser zu erreichen und zu gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren.

Einstellungen der Bevölkerung und das Mediennutzungsverhalten verändern sich in hoher Geschwindigkeit. Die Dynamik der Nutzungsverschiebungen durch Neue Medien wie Internet, Social-Media-Angeboten oder Smart-Phone-Apps ist enorm. Nur über fortlaufende, aktuelle Zielgruppenforschung kann es der Ernährungs- und Gesundheitskommunikation gelingen, am Puls der Zeit bzw. des Rezipienten zu bleiben. Die Nutzung von Markt-Media-Studien wurde in dieser Arbeit als eine praxisnahe, sinnvolle Möglichkeit erkannt. Sie werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert.

## IX ZUSAMMENFASSUNG

Die stark zunehmende Verbreitung von Übergewicht und Adipositas-assoziierten Folgeerkrankungen ist eines der größten gesundheitlichen Probleme in Deutschland und anderen Industrienationen. Es besteht dringender Bedarf an bevölkerungsweiten Präventionsmaßnahmen unter Einbezug von Medien, da sie die notwendige umfassende Verbreitung von Botschaften ermöglichen. Bislang wurde jedoch ein Scheitern von derartigen Kommunikations- und Präventionsmaßnahmen konstatiert. Möglicherweise, weil die für eine effiziente und effektive Zielgruppenansprache über Medien erforderliche trennscharfe Zielgruppensegmentierung in Deutschland fehlt. Bislang übliche Zielgruppendefinitionen basieren auf medizinischen Daten zum Risikofaktor Adipositas (Problembezug), soziodemographischen Kriterien und/oder Ethnie. Es fehlen Segmentierungskriterien wie Lebensstil und Mediennutzung. Insbesondere ist es nicht möglich, die mediale Gesundheitskommunikation auf die Einstellungen, Interessen und Verhaltensdispositionen der Zielgruppe abzustimmen.

Die vorliegende empirische Untersuchung soll einen Beitrag dazu leisten, die Forschungslücke hinsichtlich einer Zielgruppensegmentierung für die bevölkerungsweite Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland zu füllen. Das Ziel ist eine Zielgruppensegmentierung zur Identifikation von Hauptzielgruppen für die Gesundheitskommunikation im Handlungsfeld Ernährung als ein Baustein für eine verbesserte Wirksamkeit von Maßnahmen der Übergewichts- und Adipositasprävention. Besonderes Augenmerk liegt auf einer möglichst umfassenden Zielgruppenbeschreibung auf Basis aller Good-Practice-Kriterien zur Zielgruppensegmentierung (Problembezug, Soziodemographie, Lebensstil und Mediennutzung).

Die leitenden Fragestellungen lauten:

1. Ist es möglich, repräsentative Markt-Media-Studien und die Lebensstiltypologie „Sinus-Milieus“ für eine Zielgruppensegmentierung für die Gesundheitskommunikation mit Übergewichtigen und Adipösen zu nutzen?
2. Welche „Sinus-Milieus“ sollten mit einer medialen Gesundheitskommunikation zur Prävention von Übergewicht und Adipositas erreicht werden?
3. Welche Werte, Einstellungen und Verhaltensdispositionen in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Gesundheit kennzeichnen diese Adipositas-Risikomilieus?
4. Welches Mediennutzungsverhalten ist typisch für Adipositas-Risikomilieus?
5. Wie können die Hauptzielgruppen für Maßnahmen der Übergewichts- und Adipositasprävention im Handlungsfeld Ernährung mittels medialer Gesundheitskommunikation erreicht werden?

Die Untersuchung nutzt dazu die Markt-Media-Studie „Typologie der Wünsche Intermedia 06/07“ (TdW; n=19.119)), die repräsentativ für die deutschsprachige Bevölkerung ab

Alter 14 die Mediennutzung (Häufigkeit, Dauer, Inhalte), die Einstellungen zu verschiedenen Themen wie Ernährung, Gesundheitsbewusstsein und Diätverhalten und das Freizeitverhalten erhebt. Neben den soziodemographischen Merkmalen beinhaltet sie eine zielgruppendifferenzierte Auswertung auf Basis der empirischen Lebensstiltypologie „Sinus-Milieus“, die als eines der wichtigsten Zielgruppenmodelle für die Kommunikationsplanung gilt. Außerdem erhebt die TdW-Studie als einzige Markt-Media-Studie in Deutschland den Body-Mass-Index. Somit kann untersucht werden, ob eine auf das Gesundheitsproblem Adipositas bezogene Zielgruppensegmentierung möglich ist, die wiederum mit der Mediennutzung verknüpft werden kann. Der Sinus-Milieu-basierte Datensatz der TdW 2006/07 zu den genannten Fragestellungen wurde freundlicherweise von Burda Community Network GmbH zur Verfügung gestellt.

Im ersten Schritt der Arbeit werden unter Anwendung einer empirischen Typologie-Methode Adipositas-Risikomilieus identifiziert. Eine Charakterisierung des BMI, der Einstellungen und des Verhaltens im Hinblick auf Ernährung, Bewegung und Gesundheitsvorsorge der Adipositas-Risikomilieus schließt sich an. Mit der vorliegenden Arbeit gelang erstmals eine Risikotypologie des Adipositasrisikos der „Sinus-Milieus“. Es wurden drei „Sinus-Milieus“ mit hohem Adipositas-Risiko (Typ 1), ein „Sinus-Milieu“ mit Risiko (Typ 2), drei „Sinus-Milieus“ mit potentielltem Risiko (Typ 3) und drei Milieus ohne erkennbares Adipositas-Gesamtrisiko (Typ 4) identifiziert. Anschließend wurden diese Risikotypen in einer „Risikolandkarte“ der „Sinus-Milieus“ dargestellt und Hauptzielgruppen für die Gesundheitskommunikation definiert. Die Hauptzielgruppen - Adipositas-Risiko Typ 1 und Typ 2, wurden hinsichtlich soziodemographischer Merkmale, Einstellungen zur Ernährung, Gesundheitsbewusstsein, Diätverhalten, der Freizeitpräferenzen charakterisiert sowie die mediale Erreichbarkeit und die Themeninteresse untersucht.

Zielgruppensegmentierungen gelten in der Public Health und medialen Gesundheitskommunikation als zentraler Erfolgsfaktor und Ausgangspunkt für Zieldefinitionen, Maßnahmenplanung, Medienwahl und Gestaltung von Botschaften. Wirksame Maßnahmen der medialen Health Communication sind multimodal und stützen sich zudem auf eine umfangreiche und detaillierte Planung basierend auf theoretischen, psychologischen und prozessorientierten Modellen. Dies unterscheidet sie von als unwirksam erkannten Maßnahmen der Ernährungs- bzw. Gesundheitsinformation und Aufklärung im Informationsansatz. Die vorliegende empirische Untersuchung liefert mit der ersten Sinus-Milieu-basierten Zielgruppensegmentierung für die deutschsprachige Bevölkerung (ab Alter 14) mit Adipositasrisiko auf Basis einer repräsentativen Markt-Media-Studie einen zentralen Baustein für die Planung erfolgreicher, aufmerksamkeitsstarker und verhaltenswirksamer Maßnahmen der medialen Gesundheitskommunikation. Sie zeigt, auf welcher Stufe der Verhaltensintention die identifizierten Adipositas-Risikomilieus stehen und welche Medienkanäle zur Ansprache geeignet sind. Weitere Elemente erfolgreicher Public-Health-Maßnahmen – Zieldefinition, Konzept, Botschaft (Ausgestaltung, Tonali-

tät), Maßnahmen der interpersonellen und Organisationsebene etc. - sind nicht Gegenstand der Betrachtung. Hierzu besteht für die in dieser Arbeit identifizierten Adipositas-Risikomilieus weiterer Forschungsbedarf, so dass diese Arbeit mit Handlungsempfehlungen zur medialen Erreichbarkeit der Adipositas-Risikomilieus abschließt und keine umfassende Planung multimodaler bevölkerungsweiter Maßnahmen vornimmt.

## X SUMMARY

The increasing rate of obesity and obesity-associated secondary diseases is one of the largest health-related problems in Germany and other industrial countries. National obesity prevention is necessary and should include media, because media allows a wide dissemination of messages. However, obesity prevention, nutritional and health communication were not successful until today – possibly because no audience segmentation for obesity risk groups in Germany exists up to now. Despite this is required for an efficient and effective target group communication. Common target group definitions in Germany are yet based on medical data on the risk factor obesity (problem reference), socio-demographic criteria and/or ethnic background. Segmentation criteria such as lifestyle or media usage are missing. So targeting for interests, attitudes and behavioural dispositions for population subgroups is not possible for health communication in Germany at the moment.

The empirical study tries to complement the research with an audience segmentation for the population wide prevention of overweight and obesity of adults in Germany. The objective of the empirical study is the identification of main target groups for health communication with focus on nutrition in order to achieve a more efficient overweight and obesity prevention. A special focus is a preferably comprehensive target group description on the basis of all good-practice-criteria of audience segmentation: problem reference, socio-demography, lifestyle as well as media usage.

The leading questions are:

1. Is it possible to use representative market-media-studies and lifestyle typology “Sinus-Milieu” for health communication in order to address overweighted and obese people?
2. Which “Sinus-Milieu” should be reached with a medial health communication to prevent overweight and obesity?
3. Which values, attitudes and behavioural dispositions with regards to nutrition, sports and health characterise these obesity risk milieus?
4. Which media usage behaviour is typical for obesity risk milieus?
5. How can the main audience groups for overweight and obesity prevention measures in the field of nutrition be reached via media health communication?

The study thereby uses the market media study „Typologie der Wünsche Intermedia 06/07“ (TdW; n=19.119)). The TdW-study surveys the media usage (frequency, duration, contents), the attitude towards various topics such as nutrition, health consciousness and diet behaviour as well as leisure time activity and is representative for the German speaking population above the age of 14. Next to the socio-demographic characteristics, it contains an audience group differentiated evaluation on the basis of the empirical lifestyle typology “Sinus-Milieus”, which is seen as one of the main audience group models in communication planning. Furthermore, the TdW-study is the only market media study in Germany which includes the body mass index. Hence, it allows an analysis of whether

an audience segmentation focusing on the health problem obesity is possible and which can be then linked to media usage. The Sinus-Milieu-based data set of the TdW 2006/07 was kindly provided by Burda Community Network GmbH.

In the first part of the study, obesity risk milieus are identified by using an empirical typology-method. A characterisation of the audience groups' BMI, attitudes as well as the behaviour with regard to nutrition, physical activities and health care follows. With this typology of "Sinus-Milieus" obesity risk for Germans is developed for the first time. Three sinus milieus with high obesity risk (type 1), one sinus milieu with risk (type 2), three "Sinus-Milieus" with potential risk (type 3) as well as three milieus without significant aggregate obesity risk (type 4) can be identified. Subsequently, these risk types are illustrated in a risk map of „Sinus-Milieus“. The main audience groups for health communication are defined under consideration of socio-demographic characteristics, attitudes towards nutrition, physical activity, health care, diet behaviour, leisure time activity as well as media usage and interests.

Audience segmentation is considered as a key success factor in public health and media health communication and are a basis for targeting the objectives, policy planning, media choice and message design. Effective policies of media health communication are multimodal and rely on comprehensive and detailed planning based on theoretical, psychological and process oriented models. This distinguishes them from ineffective nutrition related policies respectively health information as well as education with informational approach. With the first Sinus-Milieu-based audience segmentation on obesity risks for the German speaking population (above the age of 14) on the basis of a representative market-media-study, the empirical study at hand provides a central element for the planning of successful, popular and behaviour influencing policies of media health communication. It analyses the identified obesity risk milieu's behavioural intention and which media channels are suitable to address them. Further elements of successful public health policies – objective definition, concept, message (design, tonality), policies on the interpersonal and organisational level etc. – are not included in the discussion. In this regard, further research is needed with regards to the identified obesity risk milieus.

**XI LITERATURVERZEICHNIS**

- ALLGAYER F (2006a) Realität in Film und Fernsehen. In: KALKA J, ALLGAYER F Zielgruppen - wie sie leben, was sie kaufen, woran sie glauben mi-Fachverlag Redline: Landsberg am Lech: 68-81
- ALLGAYER F (2006b) Ruhiger Lebensabend mit der Familie. In: KALKA J, ALLGAYER F Zielgruppen - wie sie leben, was sie kaufen, woran sie glauben mi-Fachverlag Redline: Landsberg am Lech: 54-60
- ALLGAYER F (2006c) Das Ideal der alten DDR-Verhältnisse. In: KALKA J, ALLGAYER F Zielgruppen - Wie sie leben, was sie kaufen, woran sie glauben mi-Fachverlag Redline: Landsberg/Lech: 61-67
- ALLGAYER F (2006d) Freundeskreis in Harmonie. In: KALKA J, ALLGAYER F Zielgruppen - Wie sie leben, was sie kaufen, woran sie glauben mi-Fachverlag Redline: Landsberg/Lech: 75-81
- ALTGELD T (2006) Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: RICHTER M, HURRELMANN K Gesundheitliche Ungleichheit VS Verlag: Wiesbaden: 389-404
- ALTGELD T, KOLIP P (2004) Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. Anwendungen in Politik, Wirtschaft und Kultur. In: HURRELMANN K, KLOTZ T, HAISCH J Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung Huber: Bern [u.a.]: 41-51
- ALTGELD T, ROSENBROCK R, AMHOF R (2007) Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Präventionskonzepte im Wandel? In: BÖCKEN J, BRAUN B, AMHOF R Verlag Bertelsmann Stiftung: Gütersloh: 155-177
- ANTONOVSKY A (1993) Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: FRANKE A, BRODA M (Hrsg.) Psychosomatische Gesundheit. Versuch der Abkehr vom Pathogenesekonzept. Dgvt: Tübingen: 3-14
- ANTONOVSKY A (1997) Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt: Tübingen
- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN (2006) Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 20. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006
- ATIENZA AA, YAROCH AL, MASSE LC et al. (2006) Identifying Sedentary Subgroups. The National Cancer Institute's Health Information National Trends Survey. Am J Prev Med 31;5:383-389
- BANDURA A (2000) Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In: LOCKE E (ed.) The Blackwell handbook of principles of organizational behavior Blackwell: Oxford: 120-136
- BARLÖSIUS E, SCHIEK D (2006) Das Profil öffentlicher Ernährungskommunikation - eine Synopse. In: BARLÖSIUS E, REHAAG R Skandal oder Kontinuität - Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation Wissenschaftszentrum für Sozialforschung: Berlin: 9-20
- BARLÖSIUS E (2000) Perspektiven der Ernährungswissenschaft aus soziologischer Sicht. In: Schönberger, G; Spiekermann, U: Die Zukunft der Ernährungswissenschaft. Springer: Berlin 115-126
- BARLÖSIUS E (1999) Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung. Juventa: München

- BARZ H (2000) Weiterbildung und soziale Milieus. Luchterhand: Neuwied
- BARZ H, TIPPELT R (2007) Weiterbildung und soziale Milieus in Deutschland. Praxis-handbuch Milieumarketing. WBV, Bertelsmann: Bielefeld
- BASSETT DR, PUCHER J, BUEHLER R ET AL. (2008) Walking, Cycling, and Obesity Rates in Europe, North America, and Australia. *Journal of Physical Activity and Health* 5; 795-814
- BAUER U, BITTLINGMAYER UH (2012) Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In: HURRELMANN K, RAZUM O *Handbuch Gesundheitswissenschaften Beltz Juventa: Weinheim [u.a.]*: 693-727
- BAUMANN E (2003) Gesundheitskommunikation durch Medien. In: *Netzwerk Medien und Gesundheitskommunikation Gesundheit in den Medien - Strategien für die Praxis der Gesundheitskommunikation* : 2-3
- BAUMANN E (2006) Auf der Suche nach der Zielgruppe. Das Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation. In: BÖKEN J, BRAUN B, AMHOFF R et al. *Gesundheitsmonitor 2006*. Verlag Bertelsmann Stiftung: Gütersloh: 117-153
- BAUMANN E (2009) Die Symptomatik des Medienhandelns. Zur Rolle der Medien im Kontext der Entstehung, des Verlaufs und der Bewältigung eines gestörten Essverhaltens. Herbert von Halem: Köln
- BAUMANN E, LAMPERT C, FROMM B (2012) Gesundheitskommunikation. In: HURRELMANN K, RAZUM O *Handbuch Gesundheitswissenschaften Beltz Juventa: Weinheim [u.a.]*: 461-489
- BAUMANN E, MÖHRING W (2004) Effektive und effiziente Informationswege zur Prävention von Rückenschmerzen. Expertise im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und der Akademie für Manuelle Medizin GmbH; [www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-2B551760-FC36D12D/bst/Expertise\\_Baumann.pdf](http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-2B551760-FC36D12D/bst/Expertise_Baumann.pdf).
- BAUMS J (2006) Ernährungskommunikation und Marketing. In: BARLÖSIUS E, REHAAG R *Skandal oder Kontinuität - Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation* Wissenschaftszentrum für Sozialforschung: Berlin: 111-117
- BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR MIGRATION FLÜCHTLINGE UND INTEGRATION (2011) Zweiter Integrationsindikatorenbericht. Erstellt für die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration [www.bundesregierung.de/ContentContent/DE/\\_Anlagen/2012/01/2012-01-12-integrationsbericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bundesregierung.de/ContentContent/DE/_Anlagen/2012/01/2012-01-12-integrationsbericht.pdf?__blob=publicationFile) download am 21.08.2012
- BECKER U, BECKER H, RUHLAND W ET AL. (1992) Zwischen Angst und Aufbruch. Das Lebensgefühl der Deutschen in Ost und West nach der Wiedervereinigung. ECON-Verlag: Düsseldorf [u.a.]
- BENGEL J, STRITTMATTER R, WILLMANN H (2001) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussion und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Köln *gesundheit konkret*, Bd. 06
- BERGHÖFER A, PISCHON T R, T. APOVIAN CM ET AL. (2008) Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health* 8; 200
- BERGMANN L (2012) Deutsche verbrauchen mehr Medikamente. Dabei wachsen die regionalen Unterschiede: Der Osten liegt bei vielen Leiden vorn, etwa bei Diabetes. *Berliner Morgenpost*. 28. August 2012; 7
- BEMLV, BMG (2007) Eckpunkte der Bundesregierung zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krank-

- heiten. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)
- BCN (2008) Body-Mass-Index Einteilung; persönliche Mitteilung. Burda Community Network: Offenburg 11.02.2008
- BCN (2006) Typologie der Wünsche 06/07. Methodenbeschreibung, Modelle, Grundzählung. Burda Community Network (Hrsg.): Offenburg
- BOLAND H (1999) Beratung in der Informationsgesellschaft – Wissenstransfer oder Wissensbewertung? In: Schriften der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften des Landbaus e.V. (Hrsg.): Agrarwirtschaft in der Informationsgesellschaft. Band 35. Münster-Hiltrup: Landwirtschaftsverlag GmbH: 121-128
- BONFADELLI H (1994) Die Wissensklüftperspektive. Massenmedien und gesellschaftliche Information. UVK-Verlag: Konstanz Forschungsfeld Kommunikation
- BONFADELLI H (2004a) Medienwirkungsforschung I. UVK-Verl.-Ges: Konstanz UTB, Medien- und Kommunikationswissenschaft, Pädagogik, Psychologie, Soziologie
- BONFADELLI H (2004b) Medienwirkungsforschung II. Anwendungen in Politik, Wirtschaft und Kultur. UVK Verl.-Ges: Konstanz
- BONFADELLI H, FRIEMEL T (2006) Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. UVK Verlag: Konstanz
- BOURDIEU P (1983) Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: KRECKEL R Soziale Ungleichheiten Schwartz Verlag: Frankfurt/Main Göttingen: 183-198
- BOURDIEU P (1985) Sozialer Raum und "Klassen". Suhrkamp: Frankfurt/Main
- BOURDIEU P (1987) Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Suhrkamp: Frankfurt/Main
- BOURDIEU P (1991) Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Suhrkamp: Frankfurt/Main
- BRAY GA, BELLANGER T (2006) Epidemiology, trends, and morbidities of obesity and the metabolic syndrome. *Endocrine* 29; 1:109-117
- BROMBACH C (1999) Ernährungsverhalten im Lebensverlauf von Frauen über 65 Jahren - Die EVA-Studie. *Köhler: aid-Verbraucherdienst* 44; 12:317-321
- BROMBACH C (2003) Das Mahlzeitenverhalten von Familien im Verlauf von drei Generationen. *Ernährung im Fokus* 3; 5:130-134
- BRUHN M (2007) Zusammenhang zwischen Lebensstil und gesundheitsbewusstem Verhalten. Vorträge zur Hochschultagung 2007 der Agrar- und Ernährungswissenschaftlichen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel : 169-175
- BRUHN M (2008) Lebensstilbasierte Segmentierung der Bevölkerung zur Ableitung zielgruppenspezifischer Verbraucherinformationskampagnen. *Ernährungs Umschau* 55; 1:20 - 27
- BURZAN N (2005) Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden Hagener Studentexte zur Soziologie, Lehrbuch
- BZgA (2010) Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Köln Gesundheitsförderung konkret, Bd. 13
- CAMPBELL K, WATERS E, O'MEARA S ET AL. (2001) Interventions for preventing obesity in childhood. A systematic review.: 149-157

- CDC (2008) 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Be active, Healthy, and Happy! Centers of disease control and prevention. U.S. Department of Human Health Services. URL: <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx> download am 14.09.2012
- CHAMPION V, SKINNER C (2008) The health belief model. In: GLANZ K, RIMER B, VISWANATH K Health behavior and health education: Theory, research, and practice Wiley&Sons: San Francisco: 45-65
- CHAFFEE SH, BERGER CR (1987) Levels of analysis: An introduction. In: Berger CH, Chaffee SH (Hrsg.) Handbook of communication science. Sage Publications: Newbury Park: 143-145
- CHEN N, KOHLER C, SCHOENBERGER Y ET AL. (2009) BodyLove: The impact of Targeted Radio Educational Entertainment on Health Knowledge, Attitudes and Behavior among African-Americans. Public Health Communication & Marketing 3:92-113
- ComX - Institut für Kommunikations-Analyse & Evaluation (2009) Ergebnisse der begleitenden Evaluation des Projektes "bewegt leben - mehr vom Leben" (Vortrag). Gemeinschaftsprojekt der BZgA und des rhein-sieg-kreis:
- CONNORS M, BISOGNI C, SOBAL J ET AL. (2001) Managing values in personal food systems. Appetite 36; 189-200
- CSIKSZENTMIHALYI M, KUBEY R (2002) Wenn Fernsehen zur Droge wird. Spektrum der Wissenschaften 5:70
- DANNHARDT K, NOWAK D (2007) Die Sinus-Milieus. Lebensstil, Fernsehnutzung und Umgang mit neuer Kommunikationstechnologie. Sevenone Media GmbH: Unterföhring
- DERZON JH, LIPSEY MW (2002) A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mass-Communication for Changing Substance-use Knowledge, Attitudes, and Behavior. In: CRANO WD, BURGOON M (ed.) Lawrence Erlbaum Associates Publishers: Mahwah, New Jersey; London: 231-278
- DGE (2009) (Hrsg.) Koordinierungskreis "Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung". Aktualisierte Rahmenvereinbarung erschienen. DGE aktuell 05/2009 vom 23. Juni 2009. [www.dge.de](http://www.dge.de), 04.01.2013
- DGPH (2012) (Hrsg.) Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland - Forschung und Lehre. Ein Positionspapier. [http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/fileadmin/user\\_upload/\\_temp\\_/Positionspapier\\_Lehre\\_KIZ-DGPH.pdf](http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/fileadmin/user_upload/_temp_/Positionspapier_Lehre_KIZ-DGPH.pdf), 04.01.2013
- DIAZ-BONE R (2004) Milieumodelle und Milieustrumente in der Marktforschung. Forum Qualitative Sozialforschung 5; 2:Art. 28
- DREWNOWSKI A, DARMON N (2005) Food Choices and diet costs: an economic analysis. Symposium: modifying food environment: energy density, food costs, and portion size. Journal Nutrition 135; 900-904
- DUTTA-BERGMAN MJ (2004) Reaching Unhealthy Eaters: Applying a Strategic Approach to Media Vehicle Choice. Health Communication 16; 4:493 - 506
- EBERLE U, FRITSCHKE U, HAYN D ET AL. (2004) Umwelt - Ernährung - Gesundheit. Beschreibung der Dynamiken eines gesellschaftlichen Handlungsfeldes Diskussionspapier 1 im Rahmen des BMBF-Forschungsprojektes "Ernährungswende" [www.ernaehrungswende.de/fr\\_ver.html](http://www.ernaehrungswende.de/fr_ver.html) aufgerufen am 22.11.2012

- ENWALD HPK, AULIKKI HUOTARI M (2010) Preventing the Obesity Epidemic by Second Generation Tailored Health Communication: An Interdisciplinary Review. *Journal of Medical Internet Research* 12; 2:e24
- FALTERMAIER T, SALISCH MV (2005) *Gesundheitspsychologie*. Kohlhammer: Stuttgart
- FELIX-BURDA-STIFTUNG; BOOZ ALLEN HAMILTON (2005) *Von der Reaktion zur Prävention - Leitbild für eine moderne Gesellschaft. Studie zum Stand der Prävention in Deutschland*. Felix Burda Stiftung: München
- FIORE H, TRAVIS S, WHALEN A (2006) Potentially protective factors associated with healthful body mass index in adolescents with obese and nonobese parents: A secondary data analysis of the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Journal of the American Dietetic Association* 106; 1:55-64
- FISHBEIN M, AJZEN I (1975) *Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research*. Addison-Wesley: Reading
- FLAIG BB, MEYER T, UELTZHÖFFER J (1993) *Alltagsästhetik und politische Kultur. Zur ästhetischen Dimension politischer Bildung und politischer Kommunikation*. Dietz Verlag: Bonn
- FLAY BR (1982) Verhaltensänderungen durch Gesundheitsprogramme in den Massenmedien: Theoriemodelle und Möglichkeiten ihrer Anwendung. In: Meyer M (Hrsg.) *Gesundheitserziehung in Fernsehen und Hörfunk. Beiträge zu einer internationalen Konferenz mit einer annotierten Auswahlbiographie*. KG Saur: München: 58-89
- FÖRSTER A (2009) *Lebensstile als Instrument zur Segmentierung von Markt und Marken. Ein Fallbeispiel in einem deutsch-französischen Unternehmen der Automobilbranche*. Technische Universität Karlsruhe: Karlsruhe
- FREIMUTH V, MASSETT H, MELTZER W (2006) A Descriptive Analysis of 10 Years of Research Published in the *Journal of Health Communication*. *Journal of Health Communication* 31; 1:62-73
- FRIEDRICHS J (1990) *Methoden empirischer Sozialforschung*. Westdt. Verl: Opladen  
WV-Studium, Sozialwissenschaft
- FROMM B, BAUMANN E, LAMPERT C (2011) *Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch*. Kohlhammer: Stuttgart
- FURST T, CONNORS M, BISOGNI C ET AL. (1996) Food Choice: a conceptual model of the process. *Appetite* 26; 247-265
- GAHMANN H (2011) *So is(s)t Deutschland. Ein Spiegel der Gesellschaft; Nestlé Studie 2009*. Matthaes-Verlag: Stuttgart
- GERHARDT U (1986) *Patientenkarrieren. Eine medizinsoziologische Studie*. Suhrkamp: Frankfurt/Main
- GESELLSCHAFT FÜR KONSUMFORSCHUNG (GfK) (2009) *Küche und Kochen in Deutschland*. URL: [http://www.gfk.com/imperia/md/content/gfkliving/-broschueren/informationsbroschuere\\_kuk\\_2009\\_deutsch.pdf](http://www.gfk.com/imperia/md/content/gfkliving/-broschueren/informationsbroschuere_kuk_2009_deutsch.pdf)
- GESELLSCHAFT FÜR KONSUMFORSCHUNG (GfK) (2012) *Zielgruppen-Analyse/Segmentierung*. [http://www.gfk.com/imperia/md/content/ps\\_panel-guide/analysen/zielgruppenanalyse\\_segmentation.pdf](http://www.gfk.com/imperia/md/content/ps_panel-guide/analysen/zielgruppenanalyse_segmentation.pdf) download am 26.08.2012
- GLEICH U (2007) *Werbung*. In: GLEICH U, SIX U, GIMMLER R *Kommunikationspsychologie - Medienpsychologie - Lehrbuch* Psychologie-Verl.-Union: München: 423-446

- GÖPFERT W (2001) Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien. In: HURRELMANN K, LEPPIN A Moderne Gesundheitskommunikation Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: 131-141
- GOLLUST SE, EBOH I, BARRY CL (2012) Picturing obesity: Analyzing the social epidemiology of obesity conveyed through US news media images. *Social Science Medicine* 74; 1544-1551
- HAAS A (2007) Medienmenüs. Der Zusammenhang zwischen Mediennutzung, SINUS-Milieus und Soziodemographie. Verlag Reinhard Fischer: München
- HAHN A, STRÖHLE A, WOLTERS M ET AL. (2005) Ernährung. physiologische Grundlagen, Prävention, Therapie. Wiss. Verl.-Ges: Stuttgart
- HASLAUER A (2009) Cocooning - Daheim ist es doch am schönsten. [http://www.focus.de/finanzen/boerse/cocooning-daheim-ist-es-doch-am-schoensten\\_aid\\_372062.html](http://www.focus.de/finanzen/boerse/cocooning-daheim-ist-es-doch-am-schoensten_aid_372062.html) 18.12.2009
- HAUNER H (1999) Adipositas. In: ALEXANDER K, FLASNOECKER M Thiemes innere Medizin - TIM Thieme: Stuttgart: 334-340
- HAUNER H (2012) Diabetesepidemie und Dunkelziffer. In: diabetesDE Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2012 - die Bestandsaufnahme Kirchheim: Mainz: 8-13
- HAUNER H, BUCHHOLZ G, HAMANN A ET AL. (2007) Evidenzbasierte Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas. Herausgeber: Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM).
- HAUNER H, HEBEBRAND J, RIED J ET AL. (2012) Roadmap für Maßnahmen gegen Adipositas in Deutschland. Gemeinsames Positionspapier des Kompetenznetzes Adipositas (KKN Adipositas), des Nationalen Genom-Forschungsnetzes "Obesity" (NGFN plus) und des Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrums für Adipositas-Erkrankungen (IFB Leipzig) - Nationale Adipositas Allianz [http://www.ngfn.de/upload/mediapool/Strategiepapier\\_Adipositas\\_Deutschland\\_BMBF\\_final2.pdf](http://www.ngfn.de/upload/mediapool/Strategiepapier_Adipositas_Deutschland_BMBF_final2.pdf) 03.04.2012
- HEINDL I (2003) Studienbuch Ernährungsbildung. Ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheitsförderung. Klinkhardt: Bad Heilbrunn
- HEBE BRAND J, SIMON CP (2008) Irrtum Übergewicht. Zabert Sandmann: München
- HERBST D (2004) Risikokommunikation - gibt es Kommunikation mit dem Verbraucher? In: aid infodienst Risikokommunikation - Der Verbraucher zwischen Irritation und Information aid infodienst: Bonn: 6-13
- HERZOG H (1940) Professor Quiz: A Gratification Study. In: Lazarsfeld P (Hrsg.) Radio and the Printed Page. Duell, Sloan and Pearce: New York: 64-93
- HESEKER H (2008) Verbreitung von Präadipositas und Adipositas in Deutschland. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) Ernährungsbericht 2008 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): Bonn: 99-119
- HILBERT A, RIED J, SCHNEIDER D ET AL. (2007) Primäre Prävention der Adipositas bei Erwachsenen. *Herz* 32; 7:542-552
- HILBERT A, RIED J (2009) Obesity in Print: An Analysis of Daily Newspaper. *Obesity Facts* 2:46-51
- HORCH K, WIRZ J (2005) Nutzung von Gesundheitsinformationen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 48; 1250-1255
- HORNIK R, KELLY B (2007) Communication and Diet: An Overview of Experience and Principles. *Journal of Nutrition, Education and Behavior* 39; S5-S12

- HRADIL S, SCHIENER J (2005) Soziale Ungleichheit in Deutschland. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden Lehrbuch
- HÜßNER S (2009) Non-Profit-PR oder: Werbung für den guten Zweck. Was Non-Profit-Organisationen sind und wie sie auf sich aufmerksam machen. w.e.b.Square, 02/2009. URL: <http://websquare.imb-uni-augsburg.de/2009-02/8>
- HURRELMANN K (1999) Die Arbeitsschwerpunkte der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K (Hrsg.) Gesundheitswissenschaften. Springer: Berlin: 1-9
- HURRELMANN K, KOLIP P (2002) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber: Bern [u.a.]
- HURRELMANN K, LAASER U, RAZUM O (2012a) Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: HURRELMANN K, RAZUM O Handbuch Gesundheitswissenschaften Beltz Juventa: Weinheim [u.a.]: 15-51
- HURRELMANN K, LAASER U, RICHTER M (2012b) Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: HURRELMANN K, RAZUM O Handbuch Gesundheitswissenschaften Beltz Juventa: Weinheim [u.a.]: 661-691
- HURRELMANN K, LEPPIN A (2001) Moderne Gesundheitskommunikation - eine Einführung. In: KLAUS H, LEPPIN A Moderne Gesundheitskommunikation - Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health Huber Hans Verlag: Bern: 9-21
- HYMAN HH, SHEATSLEY PB (1947) Some Reasons Why Information Campaigns Fail. The public opinion quarterly: journal of the American Association for Public Opinion Research 11:412-423
- IVV, WZW (2011) Studie zum Innovationsektor Lebensmittel und Ernährung. Fraunhofer-Institut für Verfahrenstechnik und Verpackung (IVV), Technische Universität München Wissenschaftszentrum Weihenstephan (WZW) (HRSG.). Safner Druck und Verlags GmbH: Freising
- JASNY R, TAUTSCHER M (2012) Gesellschaftlichem Wandel geschäftspolitisch begegnen. Betriebswirtschaftliche Blätter 08:2-4
- JORDAN S, VON DER LIPPE E (2012) Angebote der Prävention - wer nimmt teil? Robert-Koch-Institut (Hrsg) GBE kompakt 3; 5:1-9
- KALKA J, ALLGAYER F (2006) Zielgruppen. Wie sie leben, was sie kaufen, woran sie glauben. mi-Fachverlag Redline: Landsberg am Lech
- KARMASIN H (2001) Die geheime Botschaft unserer Speisen. Was Essen über uns aussagt. Bastei Lübbe: Bergisch Gladbach
- KLEINHÜCKELKOTTEN S, NEITZKE H (2010b) Umfrage Naturbewusstsein. Abschlussbericht. Ecolog-Institut für sozial-ökologische Forschung und Bildung: Hannover
- KLEINHÜCKELKOTTEN S, WEGNER E (2010a) Nachhaltigkeit kommunizieren. Zielgruppen, Zugänge, Methoden. ECOLOG-Inst: Hannover
- KLOEPFER I (2010) Das gespaltene Land. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung. 17.01.2010, S. 34
- KLUGE S (1999) Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Leske + Budrich: Opladen
- KLUGE S (2000) Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung. Forum qualitative Sozialforschung 1; 1:Art. 14
- KOORDINIERUNGSKREIS QUALITÄTSSICHERUNG IN DER ERNÄHRUNGSBERATUNG UND ERNÄHRUNGSBILDUNG (2009) Rahmen-

- vereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland. URL: <http://www.dge.de/pdf/fb/09-06-22-KoKreis-EB-RV.pdf>, 04.01.2013
- KOTLER P, LEE N (2010) Social Marketing für eine bessere Welt. Praxishandbuch für Politik, Unternehmen und Institutionen. mi-Wirtschaftsbuch, FinanzBuch Verl: München
- KOTLER P, LEE NR (2008) Social marketing. influencing behaviors for good. Sage Publ: Los Angeles [u.a.]
- KOWALSKI C, STEINHAUSEN S, PFAFF H ET AL. (2008) Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. Public Health Forum 16; 59:29.e1-29.e3
- KREPS G, THORNTON B (1984) Health Communication. Theory and Practice. Waveland: Illinois
- KROEBER-RIEL W, WEINBERG P, GRÖPPEL-KLEIN A (2009) Konsumentenverhalten. Verlag Franz Vahlen: München
- KROMREY H (2006) Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Lucius und Lucius: Stuttgart UTB für Wissenschaft, Uni-Taschenbücher
- KRONSBELN P (2007) Lifestyle and prevention - a challenge for specific interventions in different target groups (Vortrag). Prevention for Health. Nutrition and Physical Activity - A Key to Healthy Living: 26th February 2007
- KRUGMAN H (1965) The impact of television advertising: learning without involvement. In: Public Opinion Quarterly. 29:349-356
- KUBEY R, CSIKSZENTMIHALYI M (1990) Television and the quality of life. how viewing shapes everyday experience. Erlbaum: Hillsdale, NJ [u.a.]
- KUCZMARSKI M, KUCZMARSKI R, NAJJAR M (2001) Effects of age on validity of self-reported height, weight, and body mass index: Findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. Journal of the American Dietetic Association 101; 1:28-34
- KUCKARTZ U (1996) MAX für WINDOWS: ein Programm zur Interpretation, Klassifikation und Typenbildung. In: Bos W, Tarnai C (Hrsg.) Computerunterstützte Inhaltsanalyse in den Empirischen Sozialwissenschaften. Theorie, Anwendung, Software. Waxmann: Münster, New York: 229-243
- KUHLMANN E, KOLIP P (2005) Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Juventa: München Weinheim
- KURTH B (2012) Erste Ergebnisse aus der "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS). Bundesgesundheitsblatt 55; 8:980-990
- KURTH B, SCHAFFRATH-ROSARIO A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt 50; 736-743
- LAMPERT T, SAß A, HÄFELINGER M ET AL. (2007) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Robert Koch-Inst: Berlin
- LANGE C, ZIESE T (2007) Gesundheit in Deutschland. Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Berlin
- LENGERKE TV, MIELCK A (2012) Body weight dissatisfaction by socioeconomic status among obese, preobese and normal weight women and men: results of the

- cross-sectional KORA Augsburg S4 population survey. *BMC Public Health* 12:342
- LEONHÄUSER IU (1995) Ernährungswissenschaft. In: DIEDRICHSEN I Humanernährung - ein interdisziplinäres Lehrbuch Steinkopff: Darmstadt: 4-36
- LEPPIN A (2003) Gesundheitskommunikation: Ein (nicht mehr ganz so) neues Forschungsfeld. *impulse* 39; 2:3-4
- LEPPIN A (2004) Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. Huber: Bern [u.a.] Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung
- LIEBENWEIN S (2008) Erziehung und soziale Milieus. Elterliche Erziehungsstile in milieuspezifischer Differenzierung. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden
- LOBSTEIN L, BAUR L, UAUY R (2004) IASO International Obesity Task Force: Obesity in children and young people: a crisis in public health. *obesity reviews* 5; Suppl. 1:4-104
- LOSS J, EICHHORN C, REISIG V ET AL. (2007) Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2; 199-206
- LOSS J, LANG K, ULTSCH S ET AL. (2006) Das Konzept des Social Marketing - Chancen und Grenzen für die Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 68; 395 - 402
- LÜCKE S, LINZMAIER V, STEINHILPER L ET AL. (2004) Darstellung und Wirkung von Ernährungsinformationen im Fernsehen. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung Ernährungsbereich 2004 Dt. Gesellsch. für Ernährung: Bonn: 347-406
- MALETZKE G (1998) Kommunikationswissenschaft im Überblick. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Westdt. Verl: Opladen [u.a.]
- MASCHKOWSKI G, BÜNING-FESEL M (2010) Ernährungskommunikation in Deutschland - Definition, Risiken und Anforderungen. *Ernährungsumschau* 12:676-679
- MAX-RUBNER-INSTITUT (MRI) (2008) Nationale Verzehrsstudie II - Ergebnisbericht Teil 1. Max-Rubner-Institut (Hrsg.): Karlsruhe
- MAYRING P (2005) Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und der Qualitativen Inhaltsanalyse. In: MAYRING P, GLÄSER-ZIKUDA M Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse Beltz UTB: Weinheim, Basel: 7-20
- MCDERMOTT RJ (2001) Soziales Marketing: Ein Instrument der Gesundheitsförderung. In: KLAUS H, LEPPIN A Moderne Gesundheitskommunikation - Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health Huber Hans Verlag: Bern: 164-168
- MCLAREN L (2007) Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiologic Reviews* 29; 29-48
- MEIER-PLÖGER (2004) Ernährungskultur: Land(wirt)schaft, Ernährung und Gesellschaft - eine Standortbestimmung. In: Bundesamt für Naturschutz (Hrsg.): Ernährungskultur: Land(wirt)schaft, Ernährung und Gesellschaft. Bonn, 12-19
- MENDELSON H (1973) Some Reasons Why Information Campaigns Can Succeed. *The Public Opinion Quarterly* 37; 1:50-61
- MENSINK G, SCHIENKIEWITZ A, SCHEIDT-NAVE (2012) Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Werden wir immer dicker? RKI-Fachtagung: Gemessen und gefragt - die Gesundheit der Deutschen unter der Lupe: 14. Juni 2012
- METHFESSEL B (2007) Salutogenese - ein Modell fordert zum Umdenken heraus. *Ernährungsumschau* 12:704-708

- METHFESSEL B (2006) Information – Belehrung – Begleitung. Ernährungskommunikation in Bildung und Beratung. In: BARLÖSIUS E, REHAAG R Skandal oder Kontinuität - Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation Wissenschaftszentrum für Sozialforschung: Berlin: 52-60
- MEYEN M (2004) Mediennutzung. Mediaforschung, Medienfunktionen, Nutzungsmuster. UVK Verl.-Ges: Konstanz
- MOHLER PP, WOHN K (2005) Persönliche Wertorientierungen im European Social Survey. ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 2005/01. ZUMA: Mannheim
- NÖCKER G (2012) Gesundheitskommunikation und Kampagnen. URL: [http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-155.html](http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-155.html) 03.05.2012
- OGDEN C, CARROLL D M, CURTIN LR ET AL. (2006) Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999-2004. JAMA 295; 13:1549-1555
- OLTERSDORF U (2003) Entwicklungstendenzen in der Nahrungsmittelnachfrage und ihre Folgen. Bericht der Bundesforschungsanstalt für Ernährung BFE-R-03-01. [http://www.mri.bund.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/Archiv/Schriftenreihe\\_Berichte/bfe-r-03-01\\_1.pdf](http://www.mri.bund.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/Archiv/Schriftenreihe_Berichte/bfe-r-03-01_1.pdf)
- PETTY RE, CACIOPPO JT (1986) Communication and persuasion: central and peripheral routes to attitude change. Springer:New York
- POSTEL B (2005) Charakterisierung von Lebensstilen durch Wertorientierungen. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät Universität Potsdam: Potsdam Potsdamer Beiträge zur Sozialforschung
- POTT E (2009) Social Marketing und Kampagnen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: ROSKI R Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation - Akteure - Audience Segmentation - Anwendungsfelder VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden: Wiesbaden: 199-217
- POTT E (2007) AIDS-Prävention in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 50; 4:422-431
- PUDEL V (2003) 50 Jahre Ernährungsaufklärung. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) 50 Jahre DGE - Ernährungswissen im Wandel der Zeit Eigenverlag: Bonn: 46-49
- PUDEL V, WESTENHÖFER J (2003) Ernährungspsychologie. Eine Einführung. Hogrefe: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- PUDEL V (1991) Praxis der Ernährungsberatung. Springer: Berlin
- PUDEL V (1984) Psychosoziale Bewertung der Ernährung in Familien mit Kindern. Eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrsg.) Ernährungsbericht 1984 Eigenverlag: Bonn: 103-144
- PÜRER H (2003) Publizistik- und Kommunikationswissenschaft. UVK Verlagsgesellschaft mbH: Konstanz
- REHAAG R, WASKOW F, BARLÖSIUS E (2005) Der BSE-Diskurs als Beispiel öffentlicher Ernährungskommunikation. KATALYSE Institut für angewandte Umweltforschung, Diskussionspapier Nr. 10. URL: [www.ernaehrungswende.de/pdf/DP10\\_ErnKomm\\_2005\\_final.pdf](http://www.ernaehrungswende.de/pdf/DP10_ErnKomm_2005_final.pdf) 04.08.2012
- REICH L (2012) Gesundheit, Essen und Nachhaltigkeit: Anforderungen an die Ernährungsaufklärung. Aktuelle Ernährungsmedizin 37; 6:343-347
- REICHENWALLNER M (2000) Lebensstile zwischen Struktur und Entkopplung. Beziehungen zwischen Lebensweisen und sozialen Lagen. Deutscher Universitäts-Verlag: Wiesbaden

- REINEHR T (2008) Adipositas im Kindes- und Jugendalter. In: WIRTH A, ENGELI S Adipositas - Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnose, Therapie ; mit 60 Tabellen Springer Medizin: Heidelberg: 374-387
- RENCKSTORF K (1989) Mediennutzung als soziales Handeln. Zur Entwicklung einer handlungstheoretischen Perspektive der empirischen (Massen-)Kommunikationsforschung. In: KAASE M, SCHULZ W Massenkommunikation. Theorie, Methoden, Befunde Wilhelm Braumüller: Wien
- RENCKSTORF K (1992) Neue Perspektiven in der Massenkommunikationsforschung. In: BURKART R Wirkungen von Massenkommunikation - Theoretische Ansätze und empirische Ergebnisse Wilhelm Braumüller: Wien
- RENCKSTORF K (1973) Alternative Ansätze in der Massenkommunikationsforschung: Wirkungs- und Nutzenansatz. Rundfunk und Fernsehen 21; 183-197
- RICKENS C (2006) Bedrohte Mitte. Manager Magazin 2; 84ff
- RIDDER C, ENGEL B (2007) Mediennutzung und Lebenswelten 2005: Images und Funktionen der Massenmedien im Vergleich. Ergebnisse der 9. Welle der ARD/ZDF-Langzeitstudie zur Mediennutzung und -bewertung. In: REITZE H Media Perspektiven Special Edition 4: 422-448
- ROBERT-KOCH-INSTITUT (RKI) (2009) 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Robert-Koch-Institut: Berlin
- Rössler P (2006) Ernährung im (Zerr-)Spiegel der Medienberichterstattung? Einige Befunde aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht. In: BARLÖSIUS E, REHAAG R Skandal oder Kontinuität - Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation Wissenschaftszentrum für Sozialforschung: Berlin: 61-71
- RÖSSLER P, WILLHÖFT C (2004) Darstellung und Wirkung von Ernährungsinformationen im Fernsehen. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) Eigenverlag: Bonn: 347-406
- ROKEACH M (1968) A theory of organization and change within Value-Attitude-Systems. Journal of Social Issues 1:13 - 33
- ROSENBROCK R (2006) Vorwort. In: BARLÖSIUS E, REHAAG R Skandal oder Kontinuität - Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation Wissenschaftszentrum für Sozialforschung: Berlin: 5-7
- ROSKI R (2009b) Akteure, Ziele und Stakeholder im Gesundheitswesen - Business Marketing, Social Marketing und Zielgruppensegmentierung. In: ROSKI R Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation - Akteure - Audience Segmentation - Anwendungsfelder VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden: Wiesbaden: 3-31
- ROSKI R (2009a) Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure - Audience Segmentation - Anwendungsfelder. VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden: Wiesbaden
- ROSKI R, SCHIKORRA S (2009) Informations- und Medienverhalten von Versicherten und Patienten - Eine Segmentierung von Barmer Versicherten. In: ROSKI R Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation - Akteure - Audience Segmentation - Anwendungsfelder VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden: Wiesbaden: 107-130
- ROSSMANN C (2010) Zur theorie- und evidenzbasierten Fundierung massenmedialer Gesundheitskampagnen. Public Health Forum 18; 68:16.e1-16.e3
- RÜTTEN A, ABU-OMAR K, LAMPERT T ET AL. (2005) Körperliche Aktivität. Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Berlin

- RÜTZLER H (2005) Was essen wir morgen? 13 Trends der Zukunft. Springer: Wien, New York
- RÜTZLER H (2009) Re-Imagine Quality. Ernährungsumschau 56; 9:522-526
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN (2005) Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. URL: [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung\\_2007.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf), download 15.01.2013
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN (2007) Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung – Kurzfassung. URL: [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung\\_2007.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf), download 04.08.2012
- SCHENK M (2007) Medienwirkungsforschung. Mohr Siebeck: Tübingen
- SCHIAVO R (2007) Health Communication: From Theory to Practice. Jossey-Bass: San Francisco
- SCHNABEL P (2009) Kommunikation im Gesundheitswesen - Problemfelder und Chancen. In: ROSKI R Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation - Akteure - Audience Segmentation - Anwendungsfelder VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden: Wiesbaden: 33-55
- SCHNABEL P, BÖDECKER M (2012) Gesundheitskommunikation. Mehr als das Reden über Krankheit. Beltz Juventa: Weinheim [u.a.]
- SCHNEIDER K, WITTIG F, MERTENS E ET AL. (2009) Übergewicht/Adipositas: komplexes Zusammenspiel von Einflussfaktoren und Auswirkungen. URL: [www.uni-giessen.de/fbr09/nutr-ecol/forsc\\_adipositas.php](http://www.uni-giessen.de/fbr09/nutr-ecol/forsc_adipositas.php) download 21.08.2009
- SCHREIBER P (2007) Sage mir, wie du lebst - Ich sage dir, was du liebst. Der Einfluss von Lebensstilen auf die Medien-Nutzung. Tectum: Marburg
- SCHÜSSLER P, KMYADMUMSA (2012) Ghrelin levels increase after pictures showing food. Obesity Jun,20(6):1212-7. doi: 10.1038/oby.2011.385. Epub 2012 Jan 12
- SCHULZE G (1992) Die Erlebnisgesellschaft: Kultursoziologie der Gegenwart. Campus: Frankfurt/Main, New York
- SCHULZE G (2000) Was wird aus der Erlebnisgesellschaft? Aus Politik und Zeitgeschichte 12; 3-6
- SCHWARTZ S (1992) Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries. In: ZANNA M A Advances in Experimental Social Psychology Academic Pr Inc: New York: 1-65
- SETZWEIN M (2004) Männliches Lustprinzip, weibliches Frustprinzip. Ernährungsumschau 51; 12:504-507
- SEVENONE MEDIA GMBH (2004) Die Sinus-Milieus 2003/04. Lebensstil und TV-Werbung.
- SHERIF M (1935) Social factors in perception. In: Archives of Psychology No. 187
- SIGNITZER B (2001) Ansätze und Forschungsfelder der Health communication. In: HURRELMANN K, LEPPIN A Moderne Gesundheitskommunikation - Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health Huber Hans Verlag: Bern: 22-35
- SIKORSKI C, LUPPA M, KAISER M ET AL. (2011) The stigma of obesity in the general public and its implications for the public health - a systemativ review. BMC Public Health 7; 11:661-670

- SINUS INSTITUT (2010) Deutschland hat sich verändert. Sinus News. Pressemitteilung vom 30. August 2010. URL: <http://www.sinus-institut.de/sinus-news/year/-2010/month/08/backPid/67/news/deutschland-hat-sich-veraendert.html>, download am 21.08.2012
- SINUS SOCIOVISION (HRSG.) (2007) Informationen zu den Sinus Milieus 2007. URL: <http://www.sinus-sociovision.de/Download/informationen012007.pdf>, download am 20.02.2008
- SIX U (2007) Die Rolle von Einstellungen im Kontext des Kommunikations- und Medienhandelns. In: GLEICH U, SIX U, GIMMLER R Kommunikationspsychologie - Medienpsychologie Psychologie-Verl.-Union: München: 90 - 117
- SJÖBERG A, HALLBERG L, HÖGLUND D ET AL. (2003) Meal pattern, food choice, nutrient intake and lifestyle factors in The Göteborg Adolescence Study. *European Journal of Clinical Nutrition* 57; 12:1569-1578
- SNYDER LB (2007) Health Communication Campaigns and Their Impact on Behavior. *Journal of Nutrition and Behavior* 39; S32-S40
- SNYDER LB, HAMILTON MA, MITCHELL EW ET AL. (2004) A Meta-Analysis of the Effect of Mediated Health Communication Campaigns on Behavior Change in the United States. *Journal of Health Communication* 9; 71-96
- SNYDER LB, HAMILTON MA (2002) A meta-analysis of U.S. health campaign effects on behavior: Emphasize enforcement, exposure, and new information, and beware the secular trend. In: HORNIK RC. *Public health communication: Evidence for behavior change*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers: Mahwah, New Jersey; London: 357-383
- SNYDER LB, LAPIERRE M, MAHONEY E (2006) Meta-Analysis of Nutrition Interventions Using the Mass Media. The 134th Annual Meeting & Exposition (November 4-8, 2006) of APHA
- SOBAL J, BISOONI CA (2009) Constructing Food Choice Decisions. *Annals of Behaviour and Medicine* 38; Suppl 1:S37-S46
- SORKIN JD, MULLER DC, ANDRES R (1999) Longitudinal Change in the Heights of Men and Women: Consequential Effects on Body Mass Index. *Epidemiologic Reviews* 21; 2:247-260
- SPIEKERMANN U (2006a) Warum scheitert Ernährungskommunikation? Eine Antwort aus kulturwissenschaftlicher Perspektive. In: BARLÖSIUS E, REHAAG R *Skandal oder Kontinuität - Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation*. Wissenschaftszentrum für Sozialforschung: Berlin: 39-51
- SPIEKERMANN U (2006b) Warum scheitert Ernährungskommunikation? In: WEIßEN E, EVERS B *Ernährungskommunikation - neue Wege - neue Chancen?* Tagungsband zum 8. aid-Forum am 11. Mai 2005 in Bonn AID: Bonn: 11-20
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2010) Gesundheit Krankheitskosten. Fachserie 12, Reihe 7.2. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden. URL: [https://www.destatis.de/-/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten2120720089004?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/-/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten2120720089004?__blob=publicationFile)
- STEFAN N, KANTARTZIS K, MACHANN J ET AL. (2008) Identification and Characterization of Metabolically Benign Obesity in Humans. *Archives of Internal Medicine* 168; 15:1609-1616
- STEINBERG A (2011) Scheitert die Ernährungskommunikation? Qualitative Inhaltsanalyse von Printratgebern. VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden

- STRACK M (2004) Sozialperspektivität. Universitätsverlag: Göttingen
- STRACK M, GENNERICH C, HOPF N (2008) Warum Werte? In: WITTE EH Sozialpsychologie und Werte. Pabst Science Publishers: 90 - 130
- STRUPEIT S (2008) Präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben und Maßnahmen durch Gemeindeschwestern in der ehemaligen DDR - ein Rückblick. Pflege&Gesellschaft 13; 2:159-173
- SUDO N, DEGENEFTE D, VUE H ET AL. (2009) Relationship Between Attitudes and Indicators of Obesity for Midlife Women. Health Education & Behavior 36; 1082-1094
- SWINBURN A, DAMIEN J, KREMER J ET AL. (2006) Estimating the effects of energy imbalance on changes in body weight in children. The American Journal of Clinical Nutrition 859-863
- SWINBURN B, SHELLY A (2008) Effects of TV time and other sedentary pursuits. International Journal of Obesity 32; Suppl 7:S132-136
- TOLKS D, LAMPERT C (2008) Möglichkeiten der akademischen Ausbildung im Bereich Gesundheitskommunikation. Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung 59:16-17
- TUCKER LA, BAGWELL R (1989) Television Viewing and Obesity in Adult Males. American Journal of Public Health 79; 4:516-518
- TUCKER LA, BAGWELL R (1991) Television Viewing and Obesity in Adult Females. American Journal of Public Health 81; 7:908-911
- VARTANIAN LR, SCHWARTZ MB, BROWNELL KD (2007) Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Public Health 97; 4:667-675
- VESTER M (2001) Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Zwischen Integration und Ausgrenzung. Suhrkamp: Frankfurt am Main
- VöGELE C (2007) Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: KERR J, WEITKUNAT R, MORETTI M ABC der Verhaltensänderung - Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung. Elsevier: München: 293-312
- VOGEL I, SUCKFÜLL M, GLEICH U (2007) Medienhandeln. In: GLEICH U, SIX U, GIMMLER R Kommunikationspsychologie - Medienpsychologie - Lehrbuch Psychologie-Verl.-Union: München: 335-355
- WALTER F (2007a) Das alte und neue Unten. URL: <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/deutsche-milieus-das-alte-und-neue-unten-a-466865.html> download am 27.07.2009
- WALTER F (2007b) In der Mitte brodelt es. URL: <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/deutsche-milieus-in-der-mitte-brodelt-es-a-467140.html> download am 27.07.2009
- WALTER U, SCHWARTZ F, HOEPNER-STAMOS F (2001) Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In: DIERKS M, WALTER U, WINDEL I et al. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Köln: 18 - 37
- WANG G, DIETZ WH (2002) Economic Burden of Obesity in Youth Aged 6 to 17 years: 1979-1999. Pediatrics 109; 5:e81
- WANSINK B (2006) Position of the American Dietetic Association: food and nutrition misinformation. Journal American Dietetic Association 106; 601-607

- WATZLAWICK P, BEAVIN JH, JACKSON DD (2007) Menschliche Kommunikation. Formen Störungen Paradoxien. Huber Hans Verlag: Bern
- WEITKUNAT R, MORETTI M (2007) Gesundheit und Verhalten. In: KERR J, WEITKUNAT R, MORETTI M ABC der Verhaltensänderung - Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung Elsevier [u.a.]: München [u.a.]: 17-29
- WIEBE G (1951) Merchandising commodities and citizenship on television. Public Opinion Quarterly 15; 679-691
- WILDMAN RP, MUNTNER P, REYNOLDS K ET AL. (2008) The Obese Without Cardiometabolic Risk Factor Clustering and the Normal Weight With Cardiometabolic Risk Factor Clustering. Archives of Internal Medicine 168; 15:1617-1624
- WILHELM R, KUSTERMANN W, KÖRBER VKKG (2005) "Nachhaltige Ernährung" in der Ernährungskommunikation ausgewählter Institutionen. Qualitative Fallanalysen von Experteninterviews. <http://www.konsumwende.de/Dokumente/DiscPaper8-Ern-kommunik-END.pdf> download 15.01.2013
- WINKLER J (1998) Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. RKI Schriften 1: 69-74
- WINTER FALK L, BISOGNI CA, SOBAL J (1996) Food Choice Processes of Older Adults: A Qualitative Investigation. Journal of Nutrition Education 28; 5:257-265
- WIPPERMANN C, FLAIG BB (2009) Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten. Das Parlament - Aus Politik und Zeitgeschichte. [www.das-parlament.de/2009/05/Beilage/001.html](http://www.das-parlament.de/2009/05/Beilage/001.html); download am 26.01.2009
- WIRTH A (2008) Definition und Klassifikation. In: WIRTH A, ENGELI S Adipositas - Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnose, Therapie Springer Medizin: Heidelberg: 6-13
- WIRTH W, SCHULZE A (2003) Effizienz infotainisierter Gesundheitsbotschaften im Fernsehen. Eine empirische Studie.
- WITTIG F, MERTENS E, SCHNEIDER K ET AL. (2009) Übergewicht/Adipositas: komplexes Zusammenspiel von Einflussfaktoren und Auswirkungen. Proceedings of the German Nutrition Society, 46. scientific congress: 36
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2004) Global Strategy on diet, physical activity and health. World Health Organisation: Geneva
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2011) Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants [www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/) Download 29.12.2012
- WRIGHT MT (2010) Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Huber: Bern
- YOO J (2012) No Clear Winner: Effects of The Biggest Loser on the Stigmatization of Obese Persons. Health Communication; epub 28.06.2012
- ZECK M (2013) Karrierekiller Übergewicht. Frankfurter Allgemeine Zeitung 16:C1; 19./20.01.2013

## XII ANHANG

Anhang 1: SINUS-Items 1992	197
Anhang 2: Anhang 1: Items zu Einstellungen zu „Ernährung und Umwelt“ der TdW 06/07, Auswahl der Fragen und ihre thematische Zuordnung	200
Anhang 3: Items zum Freizeitverhalten in der TdW 06/07	201
Anhang 4: Übersicht der Genre-, Themen- bzw. Musikpräferenzen der TdW 06/07 in den Mediengattungen Zeitschriften, TV, Radio und Online	203
Anhang 5: Soziodemographische Daten der Adipositas-Risikomilieus	205
Anhang 6: Einkommens- und Haushaltssituation der Adipositas-Risikomilieus	206
Anhang 7: Einstellungen und Verhalten hinsichtlich verschiedener Aspekte der Ernährung der Adipositas-Risikomilieus	207
Anhang 8: Sport bzw. Bewegungsausübung der Adipositas-Risikomilieus	208
Anhang 9: Freizeitbeschäftigungen der Adipositas-Risikomilieus – hier häusliche Aktivitäten, Weiterbildung, Entspannung und verschiedene Hobbies	209
Anhang 10: Nutzung von TV, Tageszeitungen, Radio, Zeitschriften, Kino und Buch in den Adipositas-Risikomilieus	210
Anhang 11: Genrepräferenzen TV der Adipositas-Risikomilieus	211
Anhang 12: Sonstige Themenpräferenzen Zeitschrift	212

**Anhang 1: SINUS-Items 1992** (Quelle: Haas 2007:135)

<b>Pflichtwertorientierung</b>
1. Die Arbeitstugenden Disziplin und Pflichtbewusstsein sind mir ein Gräuel (West/Ost).
2. Wenn ich es mir richtig überlege, haben die alten Werte Sparsamkeit, Sauberkeit und Ordnung für mein Leben eine ziemlich große Bedeutung. (W/O)
3. Bei der Arbeit ist mir vor allem wichtig, mir nichts zuschulden kommen zu lassen. (W)
4. Lebenserfüllung ist nur durch Pflichterfüllung möglich. (W)
<b>Sparsamkeit</b>
5. Bei mir wird jeden Monat eine feste Summe gespart. (O)
6. Ich versuche ein einfaches Leben zu führen, ohne viel Geld auszugeben. (O)
<b>Verschuldungsbereitschaft</b>
7. Ich finde nichts schlimmes dabei, wenn man sich Geld borgt oder einmal Schulden macht. (O)
<b>Preisbewusstsein bei Gütern</b>
8. Wenn mir wirklich etwas gefällt, ist es meistens auch das teuerste. (O)
9. Ich suche beim Einkauf stets nach den preisgünstigsten Angeboten. (O)
<b>Moralische Aspekte des Konsums</b>
10. Wer sich alles leistet, was er für Geld haben kann, handelt unmoralisch. (W)
11. Ich leide darunter, dass wir in einer Überflusgesellschaft leben, während anderswo Menschen an Hunger sterben. (O)
<b>Außenorientierung/Konventionalismus</b>
12. Ob ich gesellschaftliches Ansehen genieße oder nicht, ist mir gleichgültig. (W/O)
13. Es ist mir ganz wichtig, dass nichts nach außen dringt, wenn es in meiner Familie Probleme gibt. (W/O)
14. Im Grunde ist da Leben ganz einfach, man kann sich immer irgendwie arrangieren. (W)
15. Ich stehe voll und ganz hinter unserem Staat. (W)
<b>Einstellung zum Leistungsprinzip/interne Kontrollüberzeugung</b>
16. Was die Zukunft betrifft, vertraue ich voll auf meine Leistungsfähigkeit. (W/O)
17. Für unsereins gibt es wenig Chancen, es zu etwas zu bringen. (W/O)
18. Jeder, der sich anstrengt, kann sich hocharbeiten. (W/O)
19. Es sind vor allem die Arbeitsscheuen, die immer vom Leistungsdruck in unserer Gesellschaft reden. (W)
20. Wer mehr leistet, hat auch mehr Anspruch auf mehr Geld. (O)
<b>Bereitschaft zur Investition in die eigene Karriere</b>
21. Ständig dazulernen zu müssen, das wäre nichts für mich. (W)
22. Durch Weiterbildung kann man seine berufl. Zukunft heute auch nicht mehr sichern. (W)
23. Für einen besseren Arbeitsplatz würde ich woanders hinziehen. (O)
24. Für meine berufliche Existenz bin ich bereit, auch meine Ersparnisse zu investieren. (O)
<b>Extrinsische Arbeitsmotivation</b>
25. Wenn ich genügend Geld hätte, würde ich nie mehr arbeiten. (W/O)
26. Arbeit ist etwas, womit ich mein Geld verdiene, mehr ist es (!) eigentlich nicht. (W)
27. Ich träume davon, einmal nicht mehr die Dreckarbeit zu machen. (W)
28. Lieber eine unbefriedigende Arbeit machen, als gar kein Geld verdienen. (O)

<b>Intrinsische Arbeitsmotivation</b>
29. Ideal ist ein Beruf, in dem man politisches und soziales Engagement verwirklichen kann. (W/O)
30. Bei der Arbeit ist es mir das Wichtigste eigene Ideen einbringen zu können. (W)
31. Meine Arbeit ist zugleich mein Hobby. (O)
32. Am liebsten habe ich eine Arbeit, die mich richtig fordert. (O)
<b>Verhältnis von Arbeit zu anderen Lebensbereichen</b>
33. Obwohl mir meine Arbeit Spaß macht, ist mir mein Privatleben wichtiger. (W/O)
34. Erfolg im Beruf ist nicht so wichtig. (W)
35. Der Beruf ist in meinem Leben das Wichtigste. (O)
<b>Zufriedenheit mit Lebensstandard</b>
36. Ich bin unzufrieden, weil ich mir finanziell wenig leisten kann. (W/O)
37. Auf meinen Lebensstandard bin ich stolz. (O)
<b>Materialismus/Postmaterialismus</b>
38. Ich arbeite gerne mehr, um mir einiges leisten zu können. (W/O)
39. Nach meiner Auffassung belastet materieller Besitz und schränkt die persönliche Freiheit ein. (W)
40. Ich halte Arbeitslosigkeit für ein größeres Problem als Umweltverschmutzung. (O)
41. Ich brauche weder Geld noch Besitz, um glücklich zu sein. (O)
<b>Traum vom Ausstieg</b>
42. Am liebsten würde ich alles hinschmeißen und abhauen. (W/O)
43. Ich überlege oft, wie ich aus dieser Gesellschaft aussteigen kann. (W)
<b>Hedonismus</b>
44. Ich habe großes Verständnis für Leute, die nur das tun, wozu sie gerade Lust haben. (W/O)
45. Meine Devise ist: Genießen und möglichst angenehm leben. (W/O)
46. Der Sinn des Lebens besteht für mich darin, Spaß zu haben und mir leisten zu können, was mir gefällt. (W/O)
47. Ich kaufe mir oft Dinge, ohne lange darüber nachzudenken, ob ich mir das überhaupt leisten kann. (W/O)
<b>Gegenwartsorientierung</b>
48. Ich möchte nicht an später denken, ich lebe hier und jetzt (W/O)
49. Ein eigenes Haus ist sicher schön, aber ich habe keine Lust, mich dafür jahrelang einzuschränken. (W)
<b>Spannungs- und Erlebnisorientierung</b>
50. Auf Sicherheit pfeife ich, ich möchte nur ein aufregendes Leben führen. (W/O)
51. Ich habe oft den Drang, etwas Starkes und Neues zu erleben. (W)
<b>Planvolle Lebensorganisation</b>
52. Ich versuche, mein tägliches Leben durchzuplanen. (O)
53. Ich fühle mich nur wohl, wenn mein Leben in geordneten Bahnen verläuft. (O)
<b>Hochkulturelle Orientierung</b>
54. Immer, wenn ich Zeit dazu habe, beschäftige ich mich mit Kultur und Kunst. (W/O)
<b>Gewerkschaftliche Orientierung</b>
55. Überstunden sollen verboten werden. (W)
56. Das Mitspracherecht der Gewerkschaften in der Wirtschaft muss endlich größer werden. (W)

<b>Weltanschauung/religiöse Orientierung</b>
57. In meinem Leben spielen christliche Wertorientierungen keine Rolle. (W/O)
58. Ich sehe die Welt ausschließlich nüchtern und sachlich. (O)
<b>Einstellung zur politischen Partizipation</b>
59. Man sollte sich politisch engagieren, um Unterdrückung und Ausbeutung in der Gesellschaft zu bekämpfen. (W)
60. Ich meine: Die Politiker sollen regieren und den Bürger in Ruhe lassen. (O)
<b>Geschlechtsrollen und Familienorientierung</b>
61. In einer Ehe sollen beide Partner ihren eigenen Freundes- und Bekanntenkreis haben. (W/O)
62. Eine Frau findet ihre Erfüllung in erster Linie in der Familie. (W)
63. Eine Frau sollte berufstätig sein, egal ob sie Familie hat oder nicht. (O)
64. In einer festen Partnerschaft fühle ich mich auf Dauer zu sehr eingeengt. (O)
65. Eine Familie gibt dem Leben doch erst den richtigen Sinn. (O)
<b>Einstellung zu technischem Fortschritt</b>
66. Ich fürchte, dass der technische Fortschritt unser Leben zerstört. (W/O)
67. Computer und andere moderne Elektronische Geräte machen mir einfach Spaß. (W/O)
68. Der technische Fortschritt macht für mich das Leben lebenswert. (W)
69. Richtig eingesetzt, können neue Technologien dem Menschen nur nützen. (W)
<b>Nationalismus</b>
70. Ich bin stolz darauf, ein Deutscher zu sein. (O)
<b>Orientierung an Vergangenheit Ost</b>
71. Wenn ich es mir genau überlege, war das Leben in der DDR gar nicht so schlecht. (O)

**Anhang 2: Items zu Einstellungen zu „Ernährung und Umwelt“ der TdW 06/07, Auswahl der Fragen und ihre thematische Zuordnung (Quelle: BCN 2006:29, 37)**

Themenbereich	Befragungssitem
<b>Ernährungsbewusstsein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ich achte ganz bewusst auf gesunde, ausgewogene Ernährung.</li> <li>▪ Es ist mir besonders wichtig, viel für meine Gesundheit zu tun.</li> <li>▪ Ich wäre wirklich froh, wenn ich etwas abnehmen könnte.</li> <li>▪ Beim Essen achte ich auf Kalorien.</li> </ul>
<b>Selbst Kochen und Backen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kochen macht mir Spaß.</li> <li>▪ Ich probiere gerne neue Backrezepte aus.</li> <li>▪ Es macht mir Spaß, beim Kochen immer wieder neue Gerichte auszuprobieren.</li> <li>▪ Ich bereite gerne exotische Gerichte zu.</li> </ul>
<b>Fertiggerichte – Einstellung und Verwendung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fertiggerichte bedeuten für mich eine große Erleichterung.</li> <li>▪ Ich verwende häufig Fertigprodukte wie z. B. Tütensuppen, Backmischungen.</li> <li>▪ Ich verwende beim Kochen gern Fertigprodukte, die ich dann noch verfeinere.</li> <li>▪ Bei Beilagen wie z. B. Saucen, Klößen, Kartoffelbrei etc. verwende ich gern Fertigprodukte, alles andere mache ich selbst.</li> </ul>
<b>Essen und Trinken als Genuss</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Essen ist für mich eines der größten Vergnügen, das es gibt.</li> <li>▪ Gutes Essen und Trinken spielen in meinem Leben eine große Rolle.</li> <li>▪ Um mich zu verwöhnen, leiste ich mir ab und zu einen guten Tropfen.</li> </ul>
<b>Qualität der Ernährung und ökologische Aspekte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ich ernähre mich streng vegetarisch.</li> <li>▪ Ich kaufe sehr häufig ökologische Produkte, die mit anerkannten Prüfsiegeln (z.B. Bioland, Bio-Siegel, Demeter) gekennzeichnet sind.</li> <li>▪ Ich lege sehr viel Wert darauf, dass Produkte, die ich kaufe, von Tieren aus artgerechter Haltung stammen.</li> <li>▪ Ich ernähre mich bewusster als andere, wenn es um die Inhaltsstoffe von Lebensmitteln geht.</li> <li>▪ Beim Einkauf von Nahrungsmitteln achte ich mehr auf Qualität als auf den Preis.</li> </ul>

## Anhang 3: Items zum Freizeitverhalten in der TdW 06/07 (Quelle: BCN 2006:38)

Themenbereich	Freizeitaktivität
<b>Bewegung/Sport/Fitness</b>	<p>Radfahren (3)  Sportliches Radfahren (8)  Skilaufen (9)  Joggen, Laufen (10)  Walken, Nordic Walking (11)  Ins Fitness-/Aerobicstudio gehen (12)  Fitnesstraining/Aerobic zu Hause (13)  Schwimmen (14)  Tennis (15)  Gymnastik (16)  Fußball spielen (17)  Squash (18)  Golf (19)  Reiten (20)  Extremsportarten (z.B. Freeclimbing, Paragliding, Drachenfliegen) (21)  Wandern (29)  Spazieren gehen (30)  Beschäftigung mit dem Garten, Gärtnern (32)  Ball sport im Verein (Fußball, Handball, Volleyball, etc.) (52)  Neue Sportarten (Inline-Skating, Beachvolleyball) (56)  Wassersport (Segeln, Surfen) (59)</p>
<b>Ausgehen/Ausflüge</b>	<p>Camping, Caravaning (31)  Schnellrestaurants besuchen (33)  Ausflüge mit dem Auto machen (34)  Theater/Oper/Klassische Konzerte besuchen (40)  Museen, Ausstellungen, Galerien besuchen (41)  Sportveranstaltungen besuchen (außer Fußball-Bundesliga) (43)  Freizeitparks/Freizeitcenter besuchen (44)  Raves, Techno-Events besuchen (53)  Diskotheken, Clubs besuchen (54)  Rock-/Pop-Konzerte von bekannten Interpreten besuchen (55)  Zu Fußball-Bundesligaspielen gehen (62)  Kneipen, Lokale besuchen (60)  Einkaufsbummel, Schaufensterbummel (58)  Gut Essen gehen (61)</p>
<b>Häusliche/Familiäre Beschäftigungen</b>	<p>Basteln, Heimwerken, Do-it-yourself (4)  Stricken (5)  Schneidern (6)  Mit Kindern spielen (45)  Mit Tieren beschäftigen (46)  Einladen von Gästen (49)  Kochen (50)  Backen (51)</p>
<b>Weiterbildung</b>	Weiterbildung (beruflich oder privat) (47)
<b>Entspannung</b>	Mentales Training, Yoga, Meditation (48)

	Zuhause gemütlich entspannen (63)
<b>Verschiedene Hobbies</b>	Fotografieren (1) Videofilmen, mit der Videokamera aufnehmen (2) Zeichnen, Malen, Modellieren (23) Rätsel lösen (28) Vereinsaktivitäten (außer Sport) (57) Sammeln von Briefmarken, Münzen etc. (7)

**Anhang 4: Übersicht der Genre-, Themen- bzw. Musikpräferenzen der TdW 06/07 in den Mediengattungen Zeitschriften, TV, Radio und Online** (Quelle: BCN 2006:51,61,64)

Mediengattung	Genre-, Themen- bzw. Musikpräferenz
<b>Zeitschriften</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Politisches Geschehen in der Bundesrepublik</li> <li>2. Politisches Geschehen im Ausland/Weltgeschehen</li> <li>3. Horoskope</li> <li>4. Umweltschutz</li> <li>5. Wirtschaft, Preise, Löhne</li> <li>6. Börse/Aktien</li> <li>7. Auto und Verkehr</li> <li>8. Kultur (Kunst, Literatur, Theater)</li> <li>9. Sport</li> <li>10. Berichte über Musik, CDs, Konzerte</li> <li>11. Urlaub und Reisen</li> <li>12. Sex und Erotik</li> <li>13. Genuss, Lebensart, Lifestyle</li> <li>14. Familie, Kinder, Erziehungsfragen</li> <li>15. Beruf und Arbeit</li> <li>16. Wellness/Fitness</li> <li>17. Gesundheit, Medizin</li> <li>18. Verbrechen, Gewalttaten und deren Aufklärung</li> <li>19. Romane, Kurzgeschichten</li> <li>20. Natur, Tiere</li> <li>21. Menschen und ihre Schicksale</li> <li>22. Wissenschaft und Technik</li> <li>23. Verbraucherfragen</li> <li>24. Haus und Garten</li> <li>25. Wohnen und Einrichten</li> <li>26. Bauen, Wohneigentum</li> <li>27. Geschichte und Zeitgeschehen</li> <li>28. Berichte über Kino und Spielfilme</li> <li>29. Reportagen bzw. Interviews mit Prominenten</li> <li>30. Berichte über Königshäuser, Adel</li> <li>31. Mode</li> <li>32. Umfrageergebnisse</li> <li>33. Schönheit, Kosmetik</li> <li>34. Selbermachen, kreative Hobbies</li> <li>35. Gastlichkeit, Bewirtung</li> <li>36. Unterhaltungselektronik (DVDs, CDs, etc.)</li> <li>37. Moderne Technik (Computer, interaktive Medien, etc.)</li> <li>38. Hintergrundberichte über Medien (Verlage, Fernsehen)</li> <li>39. Ernährung, Rezepte</li> <li>40. Haushaltsführung</li> <li>41. TV-Programm</li> <li>42. Rätsel</li> <li>43. Informationen über neue Produktideen</li> <li>44. Versicherungen</li> <li>45. Geldanlagen</li> <li>46. Humor, Witze und Cartoons</li> <li>47. Klassische Musik</li> <li>48. Pop- und Rockmusik</li> <li>49. Handarbeit (Stricken, Nähen, Sticken)</li> </ol>

<b>TV</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nachrichten</li> <li>2. Politische Magazine incl. Interviews mit Politikern</li> <li>3. Wirtschaftsmagazine</li> <li>4. Deutsche Familienserien</li> <li>5. Arztserien</li> <li>6. Amerikanische Familienserien</li> <li>7. Deutsche Krimiserien und Kriminalfilme</li> <li>8. Amerikanische Krimiserien und Kriminalfilme</li> <li>9. Serien und Filme aus den Bereichen Action, Abenteuer, Thriller, Science Fiction, Horror und Kriegsfilme</li> <li>10. Erotikfilme, Erotik- und Sexsendungen</li> <li>11. Quizsendungen und Game-Shows mit Gewinnen</li> <li>12. Große Unterhaltungsshow mit bekannten Unterhaltungskünstlern</li> <li>13. Nachmittags-Talkshows</li> <li>14. Kinder- und Jugendsendungen, Zeichentrickfilme, Zeichentrickserien</li> <li>15. Sportberichte, Sportnachrichten, Sport live</li> <li>16. Sendungen mit Informationen, Nachrichten und unterhaltenden Beiträgen aus der Region</li> <li>17. Teleshopping, Einkaufs-Fernsehen</li> <li>18. Magazine und Ratgebersendungen zu Auto, Motor, Verkehr</li> <li>19. Magazine und Ratgebersendungen zu Wissenschaft, Technologie, Umwelt</li> <li>20. Magazine und Ratgebersendungen zu Gesundheit, Medizin</li> <li>21. Magazine und Ratgebersendungen zu fremden Ländern und Kulturen, Tierleben, Natur, Reiseberichte</li> <li>22. Kunst- und Kultursendungen</li> <li>23. Klassisches Theater, klassische Musik, Oper, Ballett</li> <li>24. Komödien, Komödienserien, Comedy, Sketch</li> <li>25. Volkstheater, Heimatfilme, Heimatserien, Volksmusik, Schlagersendungen</li> <li>26. Kabarett, Satire</li> <li>27. Rock- und Popmusik, Videoclips</li> <li>28. Zeit- und sozialkritische Stücke oder Serien</li> <li>29. Talkshows am Abend</li> <li>30. Doku-Soaps (z.B. „Big Brother“, „Frauentausch“, „Do-it-yourself-S.O.S.“)</li> <li>31. Casting-Shows (z.B. „Star-Search“, „Deutschland sucht den Superstar“, „Popstars“)</li> <li>32. Gerichtsshow (z.B. „Richter Alexander Hold“, „Das Jugendgericht“)</li> <li>33. Kochsendungen</li> </ol>
-----------	---

**Anhang 5: Soziodemographische Daten der Adipositas-Risikomilieus** (Quelle: eigene Darstellung, Datenquelle TdW 06/07) Erläuterung: rot überdurchschnittliche Angaben (> 5%), gelb unterdurchschnittliche Zustimmung (< -5%); Abkürzungen: MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte

Soziodemographie \ Milieu	Gesamt	MAT	TRAD	NOS	BM
<b>Gebiet</b>	%	Index			
Deutschland West	79,9	102	107	42	97
Deutschland Ost	20,1	93	71	332	112
<b>Geschlecht</b>					
Männer	48,0	113	79	90	84
Frauen	52,0	88	119	110	115
<b>Alter</b>					
14-19 Jahre	7,9	96	12	14	67
20-29 Jahre	12,1	98	11	49	90
30-39 Jahre	16,0	104	26	60	110
40-49 Jahre	18,2	100	31	128	129
50-59 Jahre	14,5	114	73	165	113
60-69 Jahre	16,3	112	180	119	96
70 Jahre und älter	15,0	74	320	112	71
<b>Schulbildung</b>					
Schüler in allgemeinbildender Schule	5,7	74	14	14	68
Haupt-/Volksschulabschluß ohne Lehre	9,9	136	220	98	99
Haupt-/Volksschulabschluß mit Lehre	33,6	128	168	108	112
Reife	33,0	92	51	137	114
Fach-/Hochschulreife ohne Studium	7,9	59	20	28	71
Fach-/Hochschulreife mit Studium	9,9	42	24	61	57
<b>Berufstätigkeit</b>					
In Ausbildung: Lehrling, Schüler, Student	10,8	76	9	13	75
Berufstätig	51,5	104	31	108	111
Rentner, Pensionär	29,3	99	257	121	84
Nicht berufstätig	8,3	109	91	92	118
<b>HEB Beruf</b>					
Große Selbständige/Freie Berufe	2,4	62	24	7	89
Kleine und mittlere Selbständige, Landwirte	6,8	68	84	46	93
Leitende Angestellte und höhere Beamte	9,5	53	49	73	78
Sonstige Angestellte und Beamte	43,1	90	88	83	97
Facharbeiter/Meister	25,7	126	130	152	116
Sonstige Arbeiter	10,5	157	150	132	103
Nie berufstätig gewesen	1,8	54	118	46	88

## Anhang 6: Einkommens- und Haushaltssituation der Adipositas-Risikomilieus

(Quelle: eigene Darstellung, Datenquelle TdW 06/07) Erläuterung: rot überdurchschnittliche Angaben (> 5%), gelb unterdurchschnittliche Zustimmung (< -5%); Abkürzungen: MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte

Haushaltsstruktur \ Milieu	Gesamt	MAT	TRAD	NOS	BM
<b>HH-Nettoeinkommen</b>	%	Index			
Bis unter 1.000 Euro	10,0	118	157	185	94
1.000 - unter 1.250 Euro	7,8	115	174	123	95
1.250 - unter 1.500 Euro	9,9	100	165	138	104
1.500 - unter 2.000 Euro	20,5	103	124	138	111
2.000 - unter 2.500 Euro	20,1	105	80	95	116
2.500 Euro und mehr	31,9	85	41	34	85
<b>Personen/eigenes Einkommen</b>					
1 Person im Haushalt	33,1	97	132	85	91
2 Personen im Haushalt	56,1	98	92	108	104
3 und mehr Personen im Haushalt	10,8	122	43	105	108
<b>Personen pro Haushalt</b>					
1 Person im Haushalt	20,3	99	167	98	84
2 Personen im Haushalt	37,3	101	138	123	94
3 Personen im Haushalt	18,9	100	40	97	114
4 Personen im Haushalt	16,6	99	29	73	113
5 und mehr Personen im HH	6,9	99	29	56	108
<b>Kinder im Haushalt</b>					
Kein Kind -18 Jahre	68,0	100	135	111	95
Kind -18 Jahre	32,0	100	26	77	110
<b>Familiensituation</b>					
Single-Haushalte	20,3	99	167	98	84
Paare ohne Kinder	34,2	101	144	124	96
Paare mit Kindern	36,7	95	34	79	112
Alleinerziehende	4,1	127	45	117	90
<b>Sonstige HH-Struktur</b>					
3-Generationen-Haushalte	1,4	176	59	76	158
Wohngemeinschaft	0,7	110	55	15	60
Andere Haushaltsstruktur	2,6	90	54	107	109

**Anhang 7: Einstellungen und Verhalten hinsichtlich verschiedener Aspekte der Ernährung der Adipositas-Risikomilieus** (Quelle: eigene Darstellung, Datenquelle TdW 06/07) Erläuterung: rot überdurchschnittliche Angaben (> 5%), gelb unterdurchschnittliche Zustimmung (< -5%); Abkürzungen: MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte

Ernährungsaspekt	Milieu	Gesamt	MAT	TRAD	NOS	BM
<b>Ernährungsbewusstsein</b>		%	Index			
Es ist mir besonders wichtig, viel für meine Gesundheit zu tun		34,4	62	108	118	118
Ich achte ganz bewusst auf gesunde, ausgewogene Ernährung		28,7	61	106	110	109
Ich wäre wirklich froh, wenn ich etwas abnehmen könnte		25,3	96	100	106	118
Beim Essen achte ich auf Kalorien		20,2	66	87	116	113
<b>Selbst Kochen und Backen</b>						
Kochen macht mir Spaß		31,6	78	97	104	127
Es macht mir Spaß, beim Kochen immer wieder neue Gerichte auszuprobieren		22,2	74	60	97	124
Ich probiere gerne neue Backrezepte aus		19,6	72	92	107	133
Ich bereite gerne exotische Gerichte zu		11,9	60	24	72	82
<b>Fertiggerichte</b>						
Fertiggerichte bedeuten für mich eine große Erleichterung		19,9	120	66	98	105
Bei Beilagen wie z.B. Saucen, Klößen, Kartoffelbrei, etc. verwende ich gern Fertigprodukte		19,3	99	101	96	122
Ich verwende beim Kochen gern Fertigprodukte, die ich dann noch verfeinere		17,2	114	72	94	114
Ich verwende häufig Fertigprodukte wie z.B. Tütensuppen, Backmischungen		14,5	124	82	101	87
<b>Essen und Trinken als Genuss</b>						
Gutes Essen und Trinken spielen in meinem Leben eine große Rolle		32,8	89	76	85	114
Essen ist für mich eines der größten Vergnügungen, das es gibt		29,8	93	70	72	112
Um mich zu verwöhnen, leiste ich mir ab und zu einen guten Tropfen		23,2	95	57	73	103
<b>Qualität der Ernährung und ökologische Aspekte</b>						
Ich lege sehr viel Wert darauf, dass Produkte, die ich kaufe, von Tieren aus artgerechter Haltung stammen		26,8	62	97	98	120
Beim Einkauf von Nahrungsmitteln achte ich mehr auf Qualität als auf den Preis		23	59	83	81	96
Ich ernähre mich bewusster als andere, wenn es um die Inhaltsstoffe geht		13,9	65	85	73	95
Ich kaufe sehr häufig ökologische Produkte, die mit Prüfsiegeln gekennzeichnet sind		10,8	55	67	51	103
Ich ernähre mich streng vegetarisch		3,4	80	42	25	34

**Anhang 8: Sport bzw. Bewegungsausübung der Adipositas-Risikomilieus** (Quelle: eigene Darstellung, Datenquelle TdW 06/07) Erläuterung: rot überdurchschnittliche Angaben (> 5%), gelb unterdurchschnittliche Zustimmung (< -5%); Abkürzungen: MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte

Freizeit	Milieu	Gesamt Bev.	MAT	TRAD	NOS	BM
<b>Sport</b>		%	Index			
überhaupt nicht		12,6	132	287	110	73
nur selten		15,3	140	129	138	102
gelegentlich		36,3	101	72	101	117
regelmäßig intensiv		35,7	71	50	79	92
<b>Bewegung/Sport/Fitness</b>						
Spazieren gehen		63	89	118	109	111
Radfahren		47,8	79	65	105	106
Beschäftigung mit dem Garten, Gärtnern		40,5	78	115	134	120
Schwimmen		40,4	81	47	72	106
Wandern		22,5	64	93	103	108
Joggen, Laufen		18,3	65	16	38	80
Gymnastik		14,4	53	63	80	102
Walken, Nordic Walking		9,8	56	39	52	100
Ins Fitness-/Aerobicstudio gehen		9,8	58	9	29	69
Ski laufen		9,4	49	13	34	65
Fitnessstraining/Aerobic zu Hause		9	43	27	35	102
Fußball spielen		8,8	97	32	31	72
Ballsport im Verein		8,3	75	14	32	82
Sportliches Radfahren		7,2	45	16	66	75
Neue Sportarten wie Inline-Skating etc.		6,3	51	5	26	51
Tennis		4,9	47	6	11	68
Wassersport (Segeln, Surfen)		3,5	31	11	41	38
Squash		2,9	52	6	5	40
Reiten		2,3	53	11	50	72
Golf		1,5	33	16	17	25
Extremsportarten		1,5	32	1	11	37
<b>Ausgehen/Ausflüge</b>						
Ausflüge mit dem Auto machen		47,8	87	62	94	110
Einkaufs- oder Schaufensterbummel		45,3	92	69	92	115
Gut Essen gehen		43,2	86	63	61	98
Kneipen, Lokale besuchen		30,6	109	35	53	88
Schnellrestaurants besuchen		22,6	108	18	52	82
Ins Kino gehen		22,3	75	13	38	77
Theater/Oper/Klassische Konzerte besuchen		16,1	46	49	72	73
Museen, Ausstellungen, Galerien besuchen		14	42	38	71	67
Sportveranstaltungen besuchen (außer Fußball-Bundesliga)		13,3	95	30	69	91
Diskotheken, Clubs besuchen		13,2	87	5	24	68
Freizeitparks/Freizeitcenter besuchen		10,2	90	24	68	101
Rock/Pop-Konzerte mit bekannten Interpreten besuchen		8	63	25	25	58
Camping, Caravanning		7,9	75	62	52	81
Zu Bundesligaspielen gehen		7,2	94	20	40	86
Raves, Techno-Events besuchen		3,3	58	8	17	36

**Anhang 9: Freizeitbeschäftigungen der Adipositas-Risikomilieus – hier häusliche Aktivitäten, Weiterbildung, Entspannung und verschiedene Hobbies** (Quelle: eigene Darstellung, Datenquelle TdW 06/07) Erläuterung: rot überdurchschnittliche Angaben (> 5%), gelb unterdurchschnittliche Zustimmung (< -5%); Abkürzungen: MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte

Freizeit	Milieu	Gesamt Bev.	MAT	TRAD	NOS	BM
<b>Häusliche/Familiäre Beschäftigungen</b>		%	Index			
Einladen von Gästen		55	82	70	101	110
Basteln, Heimwerken, Do-it-yourself		35	93	72	125	112
Mit Kindern spielen		33,2	96	69	103	122
Mit Tieren beschäftigen		30,9	88	74	129	114
Stricken		10,2	75	157	132	109
Schneidern		7,3	71	125	114	116
<b>Weiterbildung</b>						
Weiterbildung (beruflich oder privat)		27,3	43	15	74	96
<b>Entspannung</b>						
Zuhause gemütlich entspannen		88,6	99	101	103	105
Mentales Training, Yoga, Meditation		5,5	36	25	45	51
<b>Verschiedene Hobbies</b>						
Cds, MP3, Schallplatten, Kassetten hören		54	91	47	78	105
DVDs, Videokassetten ansehen		39,9	103	30	75	99
Rätsel lösen		38	92	128	140	112
Fotografieren		33,7	78	44	89	105
Vereinsaktivitäten (außer Sport)		13,1	74	77	73	98
Videofilmen, mit der Videokamera aufnehmen		10,1	60	25	65	96

**Anhang 10: Nutzung von TV, Tageszeitungen, Radio, Zeitschriften, Kino und Buch in den Adipositas-Risikomilieus** (Quelle: eigene Darstellung, Datenquelle TdW 06/07) Erläuterung: rot überdurchschnittliche Angaben (> 5%), gelb unterdurchschnittliche Zustimmung (< -5%); Abkürzungen: MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte

Mediennutzung \ Milieu	Gesamt	MAT	TRAD	NOS	BM
<b>Nutzungsdauer TV</b>	%	Index			
Sehe nie fern	1,2	33	65	139	81
Weniger als 1 Stunde	3	79	59	60	75
Etwa 1 Stunde	6,9	66	42	58	87
Etwa 2 Stunden	28,9	80	63	68	90
Etwa 3 Stunden	33,5	103	97	107	114
4 und mehr Stunden	26,2	133	166	141	100
<b>Nutzungsdauer Tageszeitung</b>					
Lese gar nicht (1)	4	96	111	110	84
Weniger 30 min (2)	40,7	109	80	101	97
0,5-1 Std. (3)	38,4	93	112	101	109
1-1,5 Std. (4)	10,6	97	129	82	86
1,5-2 Std. (5)	2,8	70	97	107	96
2 Std. und mehr (6)	1,7	108	95	89	78
<b>Nutzungsdauer Radio</b>					
Höre nie Radio	8,5	110	133	114	73
Weniger als 1 Stunde	16,6	113	85	82	94
Etwa 1 Stunde	18,4	94	88	86	94
Etwa 2 Stunden	23,5	96	107	92	106
Etwa 3 Stunden	14,5	102	110	110	109
4 und mehr Stunden	18,3	94	94	125	108
<b>Nutzungsdauer Zeitschrift</b>					
Lese gar nicht	1,2	95	187	180	57
Weniger als 30 Minuten	45	101	103	102	97
0,5-1 Stunde	33,2	96	92	93	108
1-1,5 Stunden	11,8	109	105	81	95
1,5-2 Stunden	4,4	93	85	130	104
2 Stunden und mehr	2,8	92	109	129	71
<b>Nutzungshäufigkeit Kino</b>					
Gehe nie ins Kino (1)	3,2	121	244	140	69
Länger als 2 Jahre her (2)	47,5	112	169	150	107
1-2 Jahre her (3)	14,1	102	44	69	120
Innerhalb der letzten 12 Monate (4)	35	82	17	40	85
<b>Nutzungshäufigkeit Buch</b>					
Lese privat zur Unterhaltung keine Bücher gelesen	43,5	134	138	114	99
Habe vor 2-4 Wochen ein Buch gelesen	35	66	73	82	90
....Länger her	11,1	87	66	102	111
....Länger her	10,2	83	68	96	125

**Anhang 11: Genrepräferenzen TV der Adipositas-Risikomilieus** (Quelle: eigene Darstellung, Datenquelle TdW 06/07) Erläuterung: rot überdurchschnittliche Angaben (> 5%), gelb unterdurchschnittliche Zustimmung (< -5%); Abkürzungen: MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte

Präferenzen TV	Milieu	Gesamt	MAT	TRAD	NOS	BM
<b>Nachrichten, Politik, Wirtschaft</b>						
Nachrichten		65,6	87	108	99	108
Sendungen mit Informationen, Nachrichten und unterhaltenden Beiträgen aus der Region		43,5	83	128	136	115
Politik (Magazine, Interviews etc.)		34,1	69	90	89	95
Wirtschaft + Börse (Magazine etc.)		18,7	58	61	67	75
<b>Magazinsendungen</b>						
Magazine zu Gesundheit, Medizin		31,6	69	141	121	113
Magazine zu Auto, Motor, Verkehr		20,3	93	53	105	111
Magazine zu Wissenschaft, Technologie, Umwelt, Gesundheit		19,9	61	56	82	95
<b>Serien</b>						
Deutsche Krimiserien und Kriminalfilme		33,2	102	112	113	115
Filme od. Serien m. Action, Abenteuer, Thrill, SciFi, Horror, Krieg		25,7	123	35	72	98
Amerikanische Krimiserien und Kriminalfilme		25,0	118	65	89	103
Deutsche Familienserien		22,4	90	150	132	126
Arztserien		18,5	98	152	146	123
Amerikanische Familienserien		14,7	124	61	116	111
Erotikfilme, Erotik- und Sexsendungen		11,2	113	24	84	80
Doku-Soaps (z.B. "Frauentausch", "Do-it-yourself-S.O.S.")		11,0	117	44	110	109
<b>Show und Unterhaltung</b>						
Große Unterhaltungsshow mit bekannten		36,7	93	156	134	117
Quiz, Game-Shows mit Gewinnen		28,8	94	142	114	114
Talkshows am Abend		18,5	87	96	114	113
Gerichtsshow (z.B. "Richter A. Hold", "Jugendgericht")		12,4	106	118	142	133
Nachmittags-Talkshows		11,1	105	119	101	100
Casting-Shows (z.B. "Deutschland sucht den Superstar")		10,5	119	40	88	103
<b>Kultur, Musik, Komödie</b>						
Magazine zu fremden Ländern, Kulturen, Tierleben, Natur,		35,4	67	98	119	108
Komödien, Komödienserien, Comedy, Sketch		24,4	103	62	94	109
Volkstheater, Heimatfilme, Heimatserien, Volksmusik,		20,3	85	216	158	114
Rock-, und Popmusik, Videoclips		17,7	100	17	51	89
Kabarett, Satire		15,6	85	60	102	101
Zeit- und sozialkritische Stücke, Serien		11,8	74	54	91	94
Kunst- und Kultursendungen		11,6	48	60	79	77
Klassisches Theater, klassische Musik, Oper, Ballett		8,0	48	73	71	75
<b>Verschiedenes</b>						
Sportberichte, Sportnachrichten, Sport live		32,7	105	80	96	95
Kochsendungen		17,2	82	90	125	137
Kinder- und Jugendsendungen, Zeichentrickfilme u. -serien		7,5	98	37	128	85
Teleshopping, Einkaufs-Fernsehen		6,9	86	62	130	103

**Anhang 12: Sonstige Themenpräferenzen Zeitschrift** (Quelle: eigene Darstellung, Datenquelle TdW 06/07) Erläuterung: rot überdurchschnittliche Angaben (> 5%), gelb unterdurchschnittliche Zustimmung (< -5%); Abkürzungen: MAT = Konsum-Materialisten, TRAD = Traditionsverwurzelte, NOS = DDR-Nostalgische, BM = Bürgerliche Mitte

Mediennutzung	Milieu	Gesamt	MAT	TRAD	NOS	BM
<b>Gesundheit, Ernährung, Aussehen</b>		%	Index			
Gesundheit, Medizin		40,0	81	126	113	116
Ernährung, Rezepte		25,8	69	96	120	139
Genuss, Lebensart, Lifestyle		20,9	77	31	68	104
Mode		20,6	82	43	82	114
Schönheit, Kosmetik		18,3	85	36	83	126
Wellness/Fitness		18,5	64	34	80	103
<b>Familie, Haushalt etc.</b>						
Haus und Garten		29,9	81	103	142	119
Verbraucherfragen		25,7	77	95	122	120
Wohnen und Einrichten		24,7	79	48	107	128
Familie, Kinder, Erziehungsfragen		23,9	83	58	125	128
Selbermachen, kreative Hobbies		20,3	78	54	118	119
Gastlichkeit, Bewirtung		19,7	71	59	109	134
Haushaltsführung		18,4	74	97	127	135
Bauen, Wohneigentum		16,1	69	45	91	108
Handarbeit (Stricken, Nähen, Sticken)		9,7	72	139	125	120
<b>Geld, Beruf, Wirtschaft</b>						
Wirtschaft, Preise, Löhne		28,2	73	57	118	111
Beruf und Arbeit		28,8	79	26	116	123
Geldanlagen		13,5	65	40	76	99
Versicherungen		9,1	74	32	98	106
Börse/Aktien		8,3	43	35	44	55
<b>Film, Musik, Kultur</b>						
TV-Programm		37,2	112	117	115	114
Moderne Technik (PC, interakt. Medien etc.)		21,4	72	14	62	82
Unterhaltungselektronik (DVDs, CDs, etc.)		20,5	87	18	64	92
Pop- und Rockmusik		19,3	99	17	57	96
Berichte über Musik, CDs, Konzerte		18,5	83	26	63	87
Berichte über Kino und Spielfilme		16,0	84	28	46	97
Hintergrundberichte über Medien (Verlage, TV)		10,4	69	39	92	92
Klassische Musik		9,2	53	78	77	84
<b>Verschiedene Themen</b>						
Pol. Geschehen i.d. Bundesrepublik		36,3	75	80	93	99
Urlaub und Reisen		33,7	75	52	83	110
Politisches Geschehen im Ausland/Welt		30,2	74	72	89	89
Natur, Tiere		28,9	76	100	146	124
Sport		28,6	99	62	92	95
Menschen und ihre Schicksale		27,2	92	124	115	126
Verbrechen, Gewalttaten und deren Aufklärung		25,1	92	93	112	130
Rätsel		22,4	89	136	145	116
Auto und Verkehr		22,1	88	44	103	109
Wissenschaft und Technik		21,3	73	38	86	96
Geschichte und Zeitgeschehen		21,1	69	61	96	93
Humor, Witze und Cartoons		20,9	102	58	103	113
Umweltschutz		20,7	57	63	116	114
Reportagen bzw. Interviews mit Prominenten		18,2	92	112	89	110
Informationen über neue Produktideen		17,6	82	55	87	123
Sex und Erotik		15,5	95	21	68	92
Romane, Kurzgeschichten		15,1	88	102	138	118
Berichte über Königshäuser, Adel		14,4	95	151	104	110
Kultur (Kunst, Literatur, Theater)		12,8	51	55	73	74
Umfrageergebnisse		11,5	80	47	105	108
Horoskope		11,5	108	86	116	113

## Danksagung

Diese Arbeit wurde von mir als berufsbegleitende Dissertation erstellt. Die Bewältigung einer derartigen Aufgabe neben der beruflichen Belastung als Selbstständige ist eine besondere Herausforderung, die nur mit Hilfe vielfältiger Unterstützung gelingen konnte. An dieser Stelle möchte ich deshalb all denjenigen danken, die mich auf dem Weg begleitet und unterstützt haben.

Meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Ingrid-Ute Leonhäuser gilt mein besonderer Dank. Sie ermöglichte es mir diese Arbeit berufsbegleitend zu erstellen. Danken möchte ich ihr für Ihren Rat auf dem Weg zur Fertigstellung und das Vertrauen, das sie mir stets entgegenbrachte.

Ebenso danke ich Herrn Prof. Dr. Hermann Boland für seine wichtigen Impulse vor allem in der Startphase dieser Arbeit.

Rat und Tat, Ermutigung und persönliche Begleitung erhielt ich zudem von meiner Freundin Dr. Andrea Lambeck. Herzlichen Dank dafür, Andrea!

Meiner Familie gilt jedoch mein größter Dank. Sie hat mich zu jeder Zeit auf dem Weg zur Fertigstellung begleitet und unterstützt. Meiner Mutter Thea danke ich dafür, dass sie mir den Weg in eine universitäre Ausbildung geebnet hat. Ohne Dich wäre ich nicht an dem Punkt, an dem ich jetzt stehe, liebe Mama. Meinen Schwestern Heike und Imke danke ich vor allem für ihre Ungeduld in den letzten Jahren („Was noch immer nicht fertig?“). Sie erinnerten mich damit stets ans Weitermachen. Meine Kinder Anne Kathrin und Steffen halfen mit technischem Rat, vielen praktischen Tipps und anderen Hilfestellungen. Ihnen danke ich dafür und für ihr Verständnis dafür, dass ich viele Stunden der Freizeit nicht mit ihnen, sondern mit dem PC teilte.

Mein allergrößter Dank gilt meinem Mann Michael. Er hat diese Arbeit von der ersten Stunde an unterstützt, mich von familiären Aufgaben entlastet, Freizeit geopfert und immer wieder ermutigt oder ermahnt weiterzumachen. Danke Michael!

Die Unterzeichnende, Dorle Grünewald Funk, geb. am 12.7.1961, erklärt:

Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

-----  
Dorle Grünewald-Funk, Berlin, 20. Januar 2013