



Kernbotschaften zur Ernährung und ihre Auswirkungen auf Gesunde und Kranke

Eine qualitative Studie

Projekt im Auftrag der Techniker Krankenkasse Hamburg

Abschlussbericht

Bremen, den 31.05.2011

Auftragnehmer:

Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG) im Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (VFwF e.V.) in der Freien Hansestadt Bremen

Wilhelm-Herbst-Str. 7
28359 Bremen
www.akg.uni-bremen.de

Projektleitung:

Herr Prof. Dr. Norbert Schmacke
Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im VFwF e.V.
und Hochschullehrer am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften
der Universität Bremen

Tel.: 0421-218-8131
Fax: 0421-218-8135
E-Mail: schmacke@uni-bremen.de

Frau Prof. Dr. Petra Kolip
Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld
Arbeitsgruppe 4: Prävention und Gesundheitsförderung
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

E-Mail: petra.kolip@uni-bielefeld.de

Projektdurchführung:

Frau Dr. Veronika E. Müller, Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im VFwF e.V.

Tel.: 0421-218 - 8153
E-Mail: vmueller@uni-bremen.de

Projektzeitraum:

01.04.2010 bis 31.03.2011

Zitierweise für diesen Bericht:

Müller V, Kolip P, Schmacke N. Kernbotschaften zur Ernährung und ihre Auswirkungen auf Gesunde und Kranke. Eine qualitative Studie. Bremen; Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG) im Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (V.F.w.F.) e.V. 2011. Abrufbar unter: www.akg.uni-bremen.de, Rubrik „Arbeitspapiere“.

Danksagung

Unser ganz besonderer Dank gilt den Menschen, die sich für die dieser Studie zugrunde liegenden Interviews zur Verfügung gestellt haben und bereit waren, uns Einblick in ihre Lebenswelt zu geben. Ohne ihre Offenheit und ihre Bereitwilligkeit zu erzählen, wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen.

Darüber hinaus bedanken wir uns bei Frau Dr. Maren Stamer und Frau Dr. cand. Martina Wachtlin für die Bereicherung unserer Interpretationsgruppe durch zahlreiche wertvolle Gedanken und Hinweise sowie ihre zur Verfügung gestellt Zeit.

Veronika Müller

Petra Kolip

Norbert Schmacke

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG	7
2 METHODIK	10
2.1 Studiendesign	10
2.2 Festlegen der TeilnehmerInnencharakteristika	11
2.3 TeilnehmerInnengewinnung	13
2.4 Datenerhebung.....	13
2.5 Datenanalyse	14
3 ERGEBNISSE	15
3.1 Einflüsse auf die Gesundheit	16
3.1.1 Die Biologie	17
3.1.2 Die physische und soziale Umwelt.....	23
3.1.3 Die Gesundheitsversorgung	34
3.1.4 Der Lebensstil.....	36
3.2 Einflüsse auf die Ernährung.....	43
3.2.1 Ernährungswissen	44
3.2.2 Hindernisse und Ressourcen für eine gesunde Ernährung	61
4 WEITERFÜHRENDE INTERPRETATION	85
4.1 Weiterführende Interpretation von Kapitel 3.1: Einflüsse auf die Gesundheit.....	85
4.1.1 Einflüsse der Biologie	85
4.1.2 Einflüsse der physischen Umwelt	88
4.1.3 Einflüsse der sozialen Umwelt und des Lebensstils	89
4.1.4 Die Gesundheitsversorgung	91
4.2 Weiterführende Interpretation von Kapitel 3.2.1 Ernährungswissen.....	92
4.2.1 Die Lebensmittelproduktion	92
4.2.2 Die Lebensmittellagerung	95
4.2.3 Notwendige Kompetenzen für eigene gesunde Ernährung und die der Angehörigen	96
4.2.4 Geschlechtsspezifische Nahrungsauswahl	97
4.3 Weiterführende Interpretation von Kapitel 3.2.2: Hindernisse und Ressourcen für eine gesunde Ernährung	98

5 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN.....	104
5.1 Unterstützung bei der Bestimmung der Qualität von Lebensmitteln.....	104
5.2 Erstellen evidenzbasierter Ernährungsempfehlung.....	105
5.3 Erstellen vertrauenswürdiger Empfehlungen	106
5.4 Reduktion der Anzahl von Ernährungsempfehlungen.....	106
5.5 Erstellen leicht verständlicher Informationen	107
5.6 Alltagspraktische Lösungen: „Gesundes Fast Food“.....	107
5.7 Prüfen der strukturellen Voraussetzungen für die Beschaffung gesunder Lebensmittel	108
5.8 Berücksichtigen der Lebensrealität bei Ernährungsumstellungen.....	109
LITERATURVERZEICHNIS.....	111

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Aufgabenverteilung innerhalb des Projektes	11
Tabelle 2.2: Vorab festgelegte TeilnehmerInnencharakteristika.....	12
Tabelle 4.1: Einflüsse auf das Gesundheitshandeln	87
Tabelle 4.2: Anknüpfungspunkte für Verhaltensänderungen	101

1 Einleitung

Kaum ein Thema ist in den letzten Jahren medial so präsent wie das Thema Ernährung. Vor allem in der Kombination mit dem Thema Gesundheit scheint es nahezu unschlagbar. Die Eingabe „Ernährung und Gesundheit“¹ erzeugt bei Google 2.590.000 Ergebnisse, während zum Beispiel die Eingabe „Soziale Lage und Gesundheit“ mit 9.410 Treffern nicht einmal ein Prozent der Ernährungstreffer erzielt (Suchergebnis vom 27.05.2011). So genannte Lifestyle-Zeitschriften widmen sich der Ernährung in regelmäßigen Abständen aus dem Blickwinkel der Optimierung der Körpermorphologie, Frauenzeitschriften bieten leckere Rezepte für die Familie an (neben einer Diät-Seite für die Frau) und in fast jedem Journal über die Reichen und Schönen dieser Welt ist auch eine Rubrik für Rezepte reserviert. Die neuen Stars des Fernsehens sind Sterneköche, die uns in unzähligen Variationen die immer gleiche Botschaft ins Haus senden: Kochen macht Spaß, Kochen ist chic, Kochen ist keine Arbeit, sondern ein Event. Vor allem aber wird die Botschaft transportiert, dass, wer sich gesund ernährt, als sichtbaren Nachweis einen schlanken Körper mit sich führt. Im Umkehrschluss wird davon ausgegangen, dass „ungesunde“ Ernährung zu Übergewicht und vorzeitigem Tod führt. Diese Logik scheint so machtvoll, dass jede Studie, die diesen Schluss zu bestätigen scheint, unhinterfragt aufgegriffen wird. Die Ergebnisse einer Studie der International Association for the Study of Obesity (IASO), welche die Deutschen als die scheinbar dicksten Europäer entlarvte, erzeugte in ihrer undifferenzierten Verbreitung Krisenstimmung bei Kostenträgern und der Politik. Angeblich sind – so die Fehlinterpretation der IASO-Ergebnisse aus dem Jahr 2007 – in Deutschland 75,4% der Männer und 58,9% der Frauen zu dick (www.iaso.org). Und nicht nur das: Mit diesen Prozentangaben wurden die Deutschen schnell zu den Dicksten in Europa erklärt, die in der „Moppel-Liga“ den „Bauch vorne haben“ und für den Superlativ des Dickseins stehen: „Dick, dicker, deutsch“, so der Untertitel eines Artikels vom 19.04.2007 (www.spiegel-online.de). Abgesehen davon, dass Angehörige anderer Nationen den Bauch ebenfalls vorne haben (wo auch sonst?), ist auch der zweite Teil der Botschaft in der medial transportierten Form so schlicht wie falsch. Zwar ist der Anteil der deutschen Männer mit einem BMI zwischen 25 und 30 mit 52,9% der zweithöchste in den untersuchten europäischen Staaten (nach Griechenland mit 53,0%) und die Frauen liegen in der BMI-Gruppe 25-30 tatsächlich vorn, jedoch lässt sich aus einem BMI zwi-

¹ Eingabe mit Anführungszeichen.

schen 25-30 keine Interventionsnotwendigkeit ableiten, nach Ergebnissen aus drei US-amerikanischen Studien haben Menschen mit einem BMI zwischen 25 und 30 im Vergleich zu Normalgewichtigen sogar eine leicht erhöhte Lebenserwartung (Flegal et al. 2005: 1864). Lenz et al. stellten in einer systematischen Übersichtsarbeit fest, dass bei einem BMI zwischen 25 und 30 das Mortalitätsrisiko für einige Krankheiten erhöht, für andere jedoch reduziert ist, so dass die Gesamtmortalität gleich bleibt (Lenz et al. 2009: 641). Darüber hinaus bestehen hinsichtlich der Qualität der IASO-Daten einige Mängel. Vor allen Dingen der Umstand, dass in der deutschen Kohorte, die diesen Daten zugrunde liegt, die Gruppe der 18- bis 25-Jährigen fehlt (und damit die Gruppe, die einen eher niedrigen BMI hat), während sie in anderen europäischen Ländern dabei war, trägt zu dem vergleichsweise hohen Gesamt-BMI der Deutschen bei. Eine weitere Schwäche der IASO-Daten ist, dass sie zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben wurden, so dass zwischen einigen Erhebungen fünfzehn Jahre liegen. Da es einen internationalen Trend zu steigenden BMI-Werten gibt, sind somit Gruppen mit aktuellen Datenerhebungen im Vergleich „dicker“ als die, deren Daten bereits älter sind (vgl. Kuhn 2007: 3).

Gesundheitspolitisch bedeutsamer als die BMI-Werte zwischen 25 und 30 scheinen Werte über 30 zu sein (die bei 22,5% der Männer und 23,3% der Frauen in Deutschland vorliegen). Allerdings sind die hierzu vorhandenen Studienergebnisse nicht eindeutig. Während Lenz et al. in ihrer systematischen Übersichtsarbeit für diesen Personenkreis eine signifikante Erhöhung der Morbidität und Mortalität feststellten, kamen Flegal et al. (2007) nur auf eine nicht signifikante Erhöhung. Und auch bei Schulkindern gibt es mehrdeutige Entwicklungen. Während bei den Einschülern seit 2004 die Prävalenz für Adipositas rückläufig ist, steigt sie bei den SchülerInnen zehnter Klassen weiterhin an.

Trotz dieser wenig eindeutigen Datenlage wurde unmittelbar nach der Veröffentlichung der IASO-Daten der „Aktionsplan gesunde Ernährung und Bewegung“ unter der vermutlich als attraktivitätssteigernd gemeinten Formel „fit statt fett“ verabschiedet. Im Vordergrund dieser Kampagne steht die Information der Bevölkerung über die Bedeutsamkeit von ausreichender Bewegung und „gesunder“ Ernährung. Die Botschaften zur gesunden Ernährung wurden dabei von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) übernommen. Außer acht gelassen wurde jedoch, dass weder die Botschaft „five a day“ noch die Veränderung der Nahrungszusammensetzung zugunsten der Kohlenhydrate evidenzbasiert ist (Schmidt-Semisch & Schorb 2010: 147f). Dennoch wurden und werden diese und andere Botschaften als Empfehlungen an die Bevölkerung ausgegeben. Diese Botschaften stellen den Ausgangspunkt der hier vorliegenden Untersuchung dar. In Anbetracht der Tatsache, dass der Erfolg von Ernährungsempfehlungen (so sie denn wirksam sein sollten) unmittelbar damit verbunden ist, wie diese

Botschaften verstanden und umgesetzt werden, war die Ausgangsfrage der Untersuchung, wie Menschen die aktuell kursierenden Ernährungsempfehlungen wahrnehmen, verstehen und umsetzen. Von besonderem Interesse war in diesem Zusammenhang, woran sich die Ernährungspraxis orientiert und welchen Einfluss Empfehlungen zur gesunden Ernährung darauf haben. Diesen Fragen wurde mittels einer qualitativen Studie nachgegangen. In zwanzig leitfadengestützten Interviews wurden Frauen und Männer im Alter zwischen 30 und 60 Jahren zu ihren Einstellungen zu Gesundheit und Ernährung sowie zu ihrer aktuellen Ernährungspraxis befragt.

2 Methodik

Im Rahmen des Projektes wurde der Frage nachgegangen, wie sich so genannte Kernbotschaften der Ernährung auf die Ernährungspraxis gesunder und kranker Menschen auswirken. Hierbei sollte es nicht um eine Bilanzierung des individuellen Ernährungsverhaltens der TeilnehmerInnen gehen, sondern darum, handlungsleitende Motive für oder gegen die aktuell als gesund verstandene Ernährungsweise ausfindig zu machen. Vor dem Hintergrund dieser Forschungsfragen und der Zielsetzung ist für das Projekt ein qualitatives Design gewählt worden. Die Aufgabe der qualitativen oder auch „verstehenden“ (Sozial-)Forschung besteht darin, *„rational herauszuarbeiten, aufgrund welcher Sinnbezüge gehandelt wurde, wie gehandelt wurde. Zu diesem Zweck zeichnet sie – aus der virtuell übernommenen Perspektive des Handelnden – die Bedeutung nach, die das Handeln für den Handelnden hatte. (...) Entscheidend ist, daß (sic!) der Wissenschaftler ex post stellvertretend für den Handelnden rekonstruieren kann, was für die Handlung von Bedeutung war“* (Reichertz 1988: 220, zit. nach Schröer 1994: 16).

2.1 Studiendesign

Als Erhebungsmethode wurde das qualitative leitfadengestützte Interview gewählt (Einzelheiten dazu s. 2.4). Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (s. 2.5). Das Studiendesign beinhaltet als Besonderheit auf Wunsch des Auftraggebers eine Trennung von Datenerhebung und -analyse, eine in der qualitativen Forschung eher unübliche Vorgehensweise. Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen sowie die Datenerhebung wurden von einem Marktforschungsinstitut durchgeführt. Die Interviews fanden in einem so genannten Feldinstitut, das mit dem Marktforschungsinstitut zusammenarbeitet, statt. Die Aufklärung über das Interview und den Datenschutz erfolgte durch die MitarbeiterInnen des Feldinstituts. Die InterviewteilnehmerInnen unterschrieben im Anschluss an diese Aufklärung die Einverständniserklärung der AKG (s. Anhang 2). Da die Interviews 11-20 auch durch das Marktforschungsinstitut ausgewertet wurden, wurde die Einverständniserklärung für diese Interviews entsprechend angepasst (s. Anhang 2). Die Auszahlung der Aufwandsentschädigung erfolgte ebenfalls durch die MitarbeiterInnen des Feldinstituts. Die Kontaktdaten der StudienteilnehmerInnen (Namen und Adressen) verblieben beim Marktforschungsinstitut (Trennungsgebot gem. §7 BremDSG). Die forschungsrelevanten personenbezogenen Daten (Alter, Schulbildung, Ernährungseinschränkungen etc., s. dazu die Checklisten in Anhang 1) wurden zusammen mit den Bandaufnahmen zur Auswertung an die AKG weitergegeben. Der Umgang mit den Daten innerhalb der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG) erfolgte ge-

mäß den Vorgaben des Datenschutzkonzeptes der AKG (www.akg.uni-bremen.de). Der Umgang mit den Daten in Feld- und Marktforschungsinstitut oblag den jeweiligen Einrichtungen.

Der Interviewleitfaden wurde von der AKG erstellt. Die Festlegung der Einschlusskriterien erfolgte ebenfalls durch die AKG und wurde mit dem Auftraggeber abgestimmt.

Tabelle 2.1: Aufgabenverteilung innerhalb des Projektes

Aufgabe	Durchführung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellen d. Interviewleitfadens, ▪ Festlegen der TeilnehmerInnencharakteristika, ▪ Erstellen einer Einwilligungserklärung 	Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung
TeilnehmerInnengewinnung	Feldinstitut
Datenerhebung Interview 1-20	Marktforschungsinstitut
Datenanalyse Interview 1-20	Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung
Datenanalyse Interview 11-20*	Marktforschungsinstitut*

* Marktforschungsinstitut und AKG analysierten die Interviews 11-20 getrennt voneinander.

2.2 Festlegen der TeilnehmerInnencharakteristika

In der qualitativen Forschung existieren zwei Ansätze für die Zusammenstellung eines Samples: die Vorab-Festlegung (oder A-Priori-Sampling) und die schrittweise Festlegung der Samplestruktur (theoretisches Sampling) (Flick 1999). Das A-Priori-Sampling zeichnet sich dadurch aus, dass anhand von Erkenntnissen, die zu Beginn der Untersuchung bekannt sind, die Charakteristika, welche die InterviewpartnerInnen haben sollen, festgelegt werden. Beim theoretischen Sampling wird die erste InterviewpartnerIn ebenfalls auf der Basis theoretischer Vorannahmen ausgewählt, die weiteren TeilnehmerInnen jedoch auf der Basis der Analyse des ersten und der nachfolgenden Interviews. In der Untersuchung wurde ein gemischtes Vorgehen gewählt: Die ersten 10 Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden auf der Grundlage vorab definierter Kriterien, die folgenden dann nach ersten Auswertungen zur gezielten Ergänzung ausgewählt.

Für die ersten zehn InterviewpartnerInnen wurden die in Tabelle 2.2 dargestellten Charakteristika festgelegt (s.a. Checkliste TeilnehmerInnenauswahl in Anhang 1)²:

Tabelle 2.2: Vorab festgelegte TeilnehmerInnencharakteristika

Alter	30 – 60 Jahre
Geschlecht	50% w / 50% m
Kinder	50% mit / 50% ohne
Bildungsabschluss	Zu je 25%: Fach-/Hochschulabschluss Abitur Fachoberschulreife (Realschulabschluss) Hauptschule
Einschränkungen bei der Ernährung	
a) eigene	a) 80%
b) eines Haushaltsmitglieds	b) 20%

Nach der teilweisen Auswertung der Interviews 1-10 deutete sich an, dass die Kategorie „niedriger Bildungsstatus“ von größerer Bedeutung für das Essverhalten sein könnte, als die Einschränkungen der Ernährung durch Krankheiten, Allergien oder Unverträglichkeiten. Daher sollten für die Interviews 11 bis 20 vornehmlich TeilnehmerInnen mit mittleren und niedrigen Bildungsabschlüssen angesprochen werden (s. Anhang 1 Checkliste Interviews 11-20). Darüber hinaus wurde für diese Interviews von der paritätischen Aufteilung zwischen Personen mit und ohne Kinder abgerückt, da diese Verteilung schon in den ersten zehn Interviews nicht erreicht worden war und zu erwarten war, dass bei einer Ausrichtung auf untere Bildungsschichten dies noch weniger erreichbar ist, da in Westdeutschland Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen seltener kinderlos sind als Menschen mit höheren (Stat. BA 2009).³ Eine Übersicht über das Gesamtsample der Studie findet sich in Anhang 4.

² Für die Berechnung der Prozentzahlen wurde das Gesamtsample zugrunde gelegt, also keine Erfüllung der Vorgaben bereits bei den ersten zehn TeilnehmerInnen angestrebt.

³ Dieser Zusammenhang gilt nur für Westdeutschland; da die Interviews jedoch in Westdeutschland durchgeführt wurden, wurden diese Erkenntnisse in die Überlegungen zur Samplebildung einbezogen)

2.3 TeilnehmerInnengewinnung

Die Gewinnung der TeilnehmerInnen oblag dem Markforschungsinstitut. Die Teilnehmer wurden gemäß den Informationen des Feldinstituts durch Ansprechen auf der Straße und durch Auswahl aus der Adressdatei des Instituts gewonnen. Nach einem kurzen Vorgespräch, in dem die Einschlusskriterien überprüft wurden, wurde entschieden, ob der / die Angesprochene in die Studie aufgenommen wird oder nicht. Interviewort war eine Großstadt in Westdeutschland.

2.4 Datenerhebung

Die Erhebung der subjektiven Sichtweisen auf die Themen Gesundheit und Ernährung erfolgte mit der Methode des fokussierten Interviews nach Merton und Kendall (1984)⁴. Dieses Verfahren wurde entwickelt, um subjektive Reaktionen auf einen (objektiven) Gegenstand erfassen zu können. Ursprünglich für die Erhebung der Wirkung von (Massen)-Medien gedacht, stellt das fokussierte Interview eine zentrale Orientierungshilfe für die Konzeption und Durchführung leitfadengestützter Interviews generell dar (vgl. Flick 1999: 98). Als objektiver Gegenstand kann auch die Thematik „Ernährung“ betrachtet werden, weshalb eine Entscheidung für diese Methode erfolgte. Der dazu entwickelte Leitfaden (s. Anhang 3) wurde in drei Pilotinterviews erprobt und nach einer Analyse des Antwortverhaltens dieser ersten drei InterviewteilnehmerInnen überarbeitet. Die überarbeitete Version wurde für das vierte bis zehnte Interview eingesetzt. Danach erfolgte eine erneute Überarbeitung und der Einsatz dieses veränderten Leitfadens bei den Interviews 11 bis 20. Die jeweiligen Versionen des Leitfadens finden sich in Anhang 3. Der Leitfaden sollte die Interviewpersonen dazu anregen über ihre Vorlieben und Abneigungen in Bezug auf bestimmte Nahrungsmittel zu sprechen, darüber wie sie sich im Allgemeinen ernähren, was ihnen bei der Auswahl von Nahrungsmitteln wichtig ist, aber auch, darüber, was sie sich von einer gesunden Ernährung versprechen. Darüber hinaus wurde das Thema „Gesundheit“ im Allgemeinen angesprochen und danach gefragt, welche Einflüsse auf ihre Gesundheit wahrgenommen werden. Die Durchführung der Interviews erfolgte zwischen Juni und September 2010.

⁴ Diese Methode wurde in den Jahren 1945/46 erstmalig veröffentlicht. Die hier zitierte Version ist ein Neuausdruck.

2.5 Datenanalyse

Das Datenmaterial wurde zunächst für die Analyse vorbereitet. Dies geschah im ersten Schritt durch die Transkription der Audiodateien der Interviews. Im Anschluss daran wurden Transkripte und Aufnahmen miteinander abgeglichen und die Transkripte gegebenenfalls um Inhalte ergänzt, die bei der Transkription nicht erfasst worden waren. Im gleichen Arbeitsschritt wurde den Interviews sowie den Interviewten eine Codierung zugewiesen. Die Interviewten bekamen „Namen“ von A bis T zugewiesen. Im letzten Schritt wurden alle Angaben, die auf die Identität der Interviewpersonen hinwiesen, aus dem Text entfernt. Aus Städtenamen wurde beispielsweise A-Stadt, B-Stadt usw., Straßennamen wurden zu A-Straße, B-Straße usw. umbenannt. Den Buchstaben kommt dabei keine Bedeutung zu, sie wurden in der Reihenfolge vergeben, in der die jeweiligen Orte genannt wurden. Ebenfalls pseudonymisiert wurden Namen und ungewöhnliche Berufe.

Als Analysemethode wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) gewählt. Die Kernelemente dieser Analysemethode sind die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Mit Hilfe der Zusammenfassung wird das Material zunächst reduziert und damit überschaubarer gemacht. Damit die Inhalte dabei erhalten bleiben, müssen die Zusammenfassungen methodisch kontrolliert erfolgen (Mayring 2002: 95). Die Kategorienbildung erfolgt ebenfalls in diesem Arbeitsschritt. In der hier durchgeführten Untersuchung wurden die Kategorien zum Teil induktiv aus dem Text entwickelt, aber auch deduktiv aus der Fragestellung abgeleitet. Dieser Schritt wurde mit Hilfe der QDA-Software Atlas.ti durchgeführt. Die Explikation von Textstellen mit unklarer Bedeutung erfolgte durch die Hinzuziehung weiteren Textmaterials, zusätzlichem, so genannten Kontextwissen und zum Teil im Rahmen von so genannten Interpretationsgruppen.⁵ Insgesamt wurden neun Interviews in einer solchen Gruppe interpretiert (Übersicht über die durchgeführten Interpretationsgruppen s. Anhang 5). Im letzten Schritt, der inhaltlichen Strukturierung, wurden die Textstellen und Kategorien wiederum größeren ordnenden Einheiten zugewiesen, die dann die einzelnen Kapitel und Unterkapitel der Ergebnisdarstellung bildeten.

Alle zwanzig durchgeführten Interviews konnten in die Analyse einfließen.

⁵ Hierbei handelt es sich um eine eigens für das Forschungsprojekt gebildete multidisziplinäre Arbeitsgruppe aus MitarbeiterInnen der AKG und des Studiengangs Public Health. Die Interpretationsarbeit in Gruppen dient nicht zuletzt der „argumentative(n) Interpretationsabsicherung“ (Mayring 2002: 145) sowie der „intersubjektive(n) Nachvollziehbarkeit“ (Steinke 2000: 324) und stellt somit ein Gütekriterium qualitativer Forschung dar.

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung dargestellt.⁶ Kapitel 3.1 gibt einen Überblick über die Ausführungen zum Thema Gesundheit. Dazu wurden die Antworten der InterviewteilnehmerInnen auf die Frage, was ihre Gesundheit beeinflusst zunächst vier verschiedenen Bereichen zugeordnet, die die jeweiligen Unterkapitel bilden (3.1.1 bis 3.1.4). Die Quellenangaben zum Beleg der Aussagen weisen auf das Interview und den Absatz hin, in dem das Zitat zu finden ist (E 09: 35 bedeutet, dass im Interview mit der Codenummer E 09 dieser Satz in Absatz 35 zu finden ist). Die Absatznummerierungen beziehen sich auf die Absätze, wie sie von der QDA-Software Atlas.ti vergeben worden sind.

Die Darstellung innerhalb dieser Bereiche folgt den Einstellungen und Haltungen zum Thema Gesundheit, wie sie sich in den Äußerungen widerspiegeln. Im Anschluss daran gibt Kapitel 3.2 Einblick in die Aspekte, die im Zusammenhang mit dem Thema Ernährung relevant sind. Dies geschieht ebenfalls nicht nur auf der Basis der explizit zu diesem Thema gegebenen Antworten der TeilnehmerInnen auf die entsprechenden Fragen, sondern auch unter Berücksichtigung des Kontextwissens. Dies geschieht, um auch der „Logik der Praxis“ (vgl. Bourdieu 1998: 26 und 2005: 398 ff) auf die Spur zu kommen. Die Einbettung dieser Einflussfaktoren in die alltäglichen Sinn- und Lebenszusammenhänge (der bereits angesprochene „Rahmen“) in Kapitel 3.3 ermöglicht ein Verstehen der jeweils präsentierten Handlungspraxis.

⁶ Die Quellenangaben zum Beleg der Aussagen weisen auf das Interview und den Absatz hin, in dem das Zitat zu finden ist (E 09: 35 bedeutet, dass im Interview mit der Codenummer E 09 dieser Satz in Absatz 35 zu finden ist). Die Absatznummerierungen beziehen sich auf die Absätze, wie sie von der QDA-Software Atlas.ti vergeben worden sind.

3.1 Einflüsse auf die Gesundheit

Ergänzend zur Aufforderung, über ihr Essverhalten zu berichten, wurden die InterviewpartnerInnen danach gefragt, was ihrer Meinung nach Einfluss auf ihre Gesundheit (und gegebenenfalls die ihrer Familie) nimmt und wie sie selber meinen, Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen zu können. Eine Schwierigkeit bei der Beantwortung dieser Frage zeigte sich darin, dass es den InterviewpartnerInnen schwer fiel, sich von der Thematik „Ernährung“ zu lösen. Dennoch wurde deutlich, dass die Ausführungen zum Themenbereich Gesundheit eine wertvolle Erweiterung und Ergänzung der Äußerungen zum Thema Ernährung darstellen. Die beschriebenen Haltungen zum Thema Gesundheit spiegelten sich nicht nur in der Ernährungspraxis wider, sondern konnten auch dazu beitragen, vermeintliche Widersprüche zwischen Ernährungstheorie und Ernährungspraxis zu erklären.

Als Oberbegriffe oder Themenfelder innerhalb des Themas Gesundheit kristallisierten sich vier Bereiche heraus, die bereits im so genannten Lalonde-Report⁷ als die Haupteinflüsse auf die Gesundheit beschrieben worden sind: Die Biologie, die physische und soziale Umwelt, der Lebensstil und das Gesundheitssystem (Lalonde 1974: 31f). Darüber hinaus wurde jedoch noch eine weitere Komponente genannt: das „Schicksal“. Dieser Begriff wurde verwendet, um aus individueller Sicht das Einwirken nicht beeinflussbarer Komponenten auf die individuelle Gesundheit zu erklären. Letztendlich lässt sich diese Variable jedoch als Querschnittskategorie den genannten Bereichen zuordnen und bildet eher die wahrgenommene Wirkungsmacht dieser Einflussbereiche ab. Erwähnenswert ist im Zusammenhang mit den verschiedenen Komponenten, dass eine generelle Unterteilung in „beeinflussbare“ und „nicht beeinflussbare“ Komponenten nicht angemessen erscheint, da im individuellen Erleben jeweils sehr unterschiedliche Zuordnungen gemacht wurden. So erleben beispielsweise einige InterviewpartnerInnen Einflüsse am Arbeitsplatz als unveränderlich, andere nennen diese gerade als Beispiel dafür, dass man Dinge verändern kann.

Graphisch flankiert wird die folgende Darstellung der Einflüsse auf die Gesundheit von Randbemerkungen, die zusammenfassend wiedergeben, wie die Äußerungen der Interviewpersonen gedeutet werden könnten. Das heißt, sie gehen über das von den Interviewten Gesagte hinaus und bieten eine erste Interpretation der Ausführungen an.

⁷ Marc Lalonde, ein ehemaliger kanadischer Gesundheitsminister, gab in den 1970er Jahren eine Studie in Auftrag, die die Gesundheitsdeterminanten der (kanadische) Bevölkerung ausfindig machen sollte. In dieser Studie wurde deutlich, dass die maßgeblichen Faktoren, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung beeinflussen, die Biologie, die Umwelt, der Lebensstil und die Art der Gesundheitsversorgung sind. Die ebenfalls in dieser Studie ermittelte Einschätzung der eher nachrangigen Position biomedizinischer Interventionsmöglichkeiten lässt sich nach späteren Erkenntnissen so pauschal nicht halten (vgl. Wright et al. 1998).

3.1.1 Die Biologie

Als ein maßgeblicher Einfluss auf die eigene Gesundheit wurden Veranlagung, die Gene, die körperliche Konstitution, also die Biologie in Form der eigenen körperlichen Gegebenheiten, genannt. Der diesem Faktor zugeschriebenen Stellenwert, aber auch die Bewertung oder Funktion als z.B. ent- oder belastend, hängt von der jeweiligen Lebensgeschichte und den gemachten Erfahrungen ab. Die Äußerungen zu diesem Bereich deckten dementsprechend ein breites Spektrum ab. So wurde der Körper als gute Grundlage und als Ressource, aber auch als Risiko und mögliche Bedrohung verstanden. Im Folgenden wird die Bandbreite der Ausführungen dargestellt und anhand von Zitaten aus den Interviews belegt und erläutert.

Frau B nennt ihre Veranlagung, also die biologischen Gegebenheiten, als bedeutsame Gesundheitsdeterminante. Die Tatsache, dass sie bisher von ernsthaften Erkrankungen verschont geblieben ist, schreibt sie ihrer Veranlagung zu: *Frau B: „Wer oder was Einfluss hatte?“ Interviewer: „Ja.“ Frau B: „Na ja in erster Linie ich selber denk' ich. Und ja, so, ich, ich würd' sagen einmal mei_ meine Veranlagung. Also ich hatte bis jetzt zum Glück noch keine schwerwiegenden Erkrankungen und ich denk', das hat auch vielleicht mit Vererbung oder so zu tun.“ (E 02: 51-55)*

Herr C führt auf die Frage danach, was seine Gesundheit beeinflusst hat, zunächst ebenfalls die ererbte körperliche Ausstattung als maßgeblich für seinen Gesundheitszustand an: *Interviewer: „... wer oder was hatte Einfluss auf Ihre Gesundheit? Wenn Sie dann mal so Ihre Geschichte sich so mal durchgucken: Wann gab es da, was haben Sie da so mitgenommen?“ Herr C: „Ja zuerst mal natürlich die Faktoren, die, die nicht zu beeinflussen sind, haben erst meine Eltern den Grundstein gelegt würd' ich sagen, ne, und da ist schon mal erst mal alles ganz gut gegangen (...).“ (E 03: 33-35)* Unmittelbar danach relativiert er die Bedeutung dieser guten Ausgangssituation durch den Hinweis auf eine lebensbedrohliche Komplikation während seiner Geburt. Nach Herrn Cs Einschätzung ist es nur dem Zufall zu verdanken, dass er überlebt hat: *„ (...) erst mal alles ganz gut gegangen, obwohl ich mir sofort kurz vor der Geburt die Nabelschnur um 'n Hals gewickelt hab. Da hätt's schon mal schief gehen können. Das ist ja jetzt nicht dieses Jahr passiert, sondern ist schon 'n paar Jahre her. Ich bin jetzt 42 Jahre alt und damals gab's ja noch gar keinen Ultraschall und so was, war da alles noch nicht. Und da ist einer vor mir, ein kleines Kind, daran gestorben und daher hat sich der Arzt hinter-*

*Der Körper als
Ressource I:*

*Gute Grundlage
und Schutz gegen
schwere Erkran-
kungen.*

*Der Körper als
Ressource II:*

*Gute Grundlage,
aber keine
Garantie*

her noch mal schlau gemacht. Also das war schon der erste Kontakt mit Gesundheit.“ (E 03: 33-35) Dieses, ihm retrospektiv als sehr dramatisch erscheinende Geburtserlebnis, beeinflusst Herrn Cs Wahrnehmung im Hinblick auf den Stellenwert selbst bester konstitutioneller Voraussetzung. Auch wenn die biologische Ausstattung für ihn das Fundament darstellt, auf dem alles andere aufbaut: Seine eigene Geschichte scheint ihn eindrücklich darauf hinzuweisen, dass eine gute Veranlagung keine Garantie für ein gesundes und / oder langes Leben ist, wie er im weiteren Verlauf des Interviews wiederholt deutlich macht: Interviewer: „Öffnen Sie das doch ruhig noch mal 'n bisschen mehr und einfach noch mal zu sagen, Gesundheit, was gehört dazu, dass Sie so gesund sind, wie Sie heute sind?“ Herr C: „Also spontan würd' ich sagen, da ist viel, viel Glück dabei, ne. Also ich hab' es gerade noch im Freundeskreis, aus'm entfernten Freundeskreis mitbekommen, dass jemand jetzt grad 'ne bösartige Krebsdiagnose bekommen hat und die war auch immer gesund, hat sich nicht daneben benommen, auch so da jetzt irgendwie un stetigen Lebenswandel geführt oder irgendwas was Krankheiten fokussiert hätte und ja, die trifft 's aus heiterem Himmel. Also 'ne große Portion Glück gehört auch mit dazu, neben den Genen natürlich (...).“ (E03: 61-63)

Im Hinblick auf die Belastbarkeit des Körpers vertritt Herr C die Ansicht, dass seine körperlichen Ressourcen recht robust sind. Er ist der Überzeugung, dass der Körper auch stärkeren Belastungen durchaus gewachsen ist und so schnell nichts „übel nimmt“. Die Belastungen jedenfalls, die er selber seinem Körper zugemutet hat, stellt er als tolerabel dar: „ (...) ja was gehört noch dazu, also natürlich der Lebenswandel natürlich vielleicht auch so 'n bisschen ne, obwohl in meinem Alter macht sich das glaub' ich noch nicht so bemerkbar. Ich glaub' da kann man mit dem Körper schon ganz schön Raubbau betreiben bis der einem mit 42 Jahren schon mal Bescheid gibt, dass das so nicht weitergeht. So ne, da muss man schon was anderes machen, glaub' ich.“ (E 03: 62)

*Der Körper als
Ressource III:*

Der Körper als robuste Ressource, die auch ein wenig „Ausbeutung“ verträgt.

Herr R ist Ende fünfzig und erlebt, dass sein Körper sich mit dem Alter verändert und Dinge, die ihm früher leicht fielen, heute schwieriger sind. Der Alterungsprozess lässt sich jedoch seiner Ansicht nach zum Teil kompensieren. Auch wenn der frühere Zustand nicht wieder hergestellt werden kann, ist für ihn ein wichtiges Ziel, degenerative Prozesse zu verlangsamen. Dies glaubt er unter anderem durch eine Stärkung der Muskulatur und die daraus resultierende Entlastung der Gelenke erreichen zu können: *Interviewer: „Denken Sie, es gibt Einflüsse auf die Gesundheit, die sich nich' verändern lassen?“ Herr R: „Ja. Zum Beispiel Abnutzung der, der, des Skeletts, der Knochen, Bandscheiben. Kann ich mir nich' vorstellen, dass ich da das mit der Ernährung machen kann, diese ganzen Sachen, dass Bandscheiben, Rücken, wenn man zu schwer, zu viel, sich falsch bewegt, falsch sitzt und so und wobei jetzt Dinge, die mit reinspielen – Rheuma, Gicht und so weiter – schon wieder mit der Ernährung zu tun haben. Aber die Abnutzung speziell jetzt nich', die ist nun mal da, da kann nichts gegen machen das, ne. (...) Da führt kein Weg dran vorbei, ne das, da muss man halt drauf achten, dass man sich regelmäßig so bewegt, dass die Muskeln so stark sind und die Knochen, um das Drumherum um die Knochen so stabil zu halten, dass sie sich nicht zu sehr abnutzen. (...) man kann nich' durch Ernährung alleine gesund bleiben. Drei Dinge gibt 's für mich Bewegung, Ernährung und die geistige Fitheit, also man muss, man darf da nich' nachlassen in diesen drei Dingen.“ (E 18: 293-299)*

Eine nach der Art der Erkrankung differenzierte Einstellung zum Körper äußert Frau I. Während sie für Krebserkrankung ein schicksalhaftes Ausgeliefertsein annimmt (s. dazu den übernächsten Absatz), sieht sie bei weniger bedrohlichen Erkrankungen, wie beispielsweise Krankheiten des Bewegungsapparates, die Möglichkeit einer positiven Beeinflussung durch eigene Initiative: *„Ich finde den, den Knochenbau, das ist zwar auch 'ne Erbanlage, aber den kann man so weit es geht schon, find' ich, 'n bisschen stärken und grade wenn man merkt, die Erbanlagen sind schlecht, muss man halt noch mehr tun, finde ich.“ (E 09: 807)* Für sie scheinen die biologischen Bedingungen nicht ausschließlich schicksalhaft und unausweichlich zu sein, sondern werden auch als eine Aufforderung verstanden, aktiv zu werden. Auch Herr L empfindet die Erbanlagen nicht als unausweichliches Schicksal, sondern betont die Möglichkeit, auf seine Gesundheit auch – oder gerade – bei vorhandenen Vorbelastungen, einwirken zu können: *„(...) jetzt Herzkreislauferkrankungen sind vä-*

Der Körper als Risiko und Herausforderung I:

Der Körper als erschöpfbare Resource, die sich bei guter Pflege jedoch lange hält.

Der Körper als Risiko und Herausforderung II:

Man muss mit den Risiken leben und die Herausforderungen annehmen.

terlicherseits bisschen mehr da. Gut, wenn man weiß, wahrscheinlich gibt es da so nen genetischen Faktor, dann kann man versuchen, dem entgegenzuwirken mit Sport und Ernährung.“ (E12: 261) Ähnlich erlebt es auch Herr C. Seine bereits geschilderte Einschätzung, dass das Schicksal und die Gene nicht beeinflussbare Faktoren sind, wird ergänzt durch die Ansicht, dass sich erworbene gesundheitliche Beeinträchtigungen durch eigenes Engagement positiv beeinflussen, bzw. beseitigen lassen. Dies hat er erst kürzlich am eigenen Leib erfahren: Nach einem Bandscheibenvorfall hatte er erstmalig mit ernsthaften körperlichen Beeinträchtigungen zu kämpfen. Diese hat er jedoch mittels muskelstärkenden Trainings erfolgreich beseitigen können. Diese Erfahrung bestärkt ihn darin, körperliche Beeinträchtigungen nicht als schicksalsgegeben hinzunehmen, sondern als Herausforderung zu betrachten: *„(...) und hatte letztes Jahr diesen Bandscheibenvorfall. Und da hab ich auch erst mal gemerkt, also gefühlt erst mal: vierzig Jahre älter, so, ne. Man steht auf wie'n Achtzigjähriger, es ist ne Katastrophe. Da hab' ich dann alles Mögliche durch-exerziert. Das war auch diese MRT-Geschichte, was ich grad sagte, wo ich dann alles Mögliche hab' untersuchen lassen. Und bin dann zu dem Schluss gekommen, dass das Einzige, was hilft, ist Sport so. Hab' ich halt lange nicht gemacht. Und hab' jetzt seit 'nem guten halben Jahr, mach' ich jetzt wieder zweimal die Woche regelmäßig intensiv Sport und das tut mir gut.“ (E 03: 98).*

Frau A stellt ebenfalls den Aspekt des Risikos und der Herausforderung als Handlungsphilosophie dar. Im Rahmen ihrer Diät erlebt sie ihren Körper quasi als Gegenspieler, dem gegenüber sie ihr Ziel abzunehmen, durchsetzen und verteidigen muss: *„Alles andere, wenn ich luschtig mit mir selber umgehe, weiß ich, ich nehm' sofort wieder zu, ich gehör' zu diesen Leuten, und das ist kopfgesteuert und da bin ich auch sehr verbissen und sehr zäh“ (E01: 93).*

Auch Herr F befindet sich, wie er es ausdrückt, im ständigen Kampf mit seinem Körper. Er ist jedoch weniger überzeugt von seinen Einflussmöglichkeiten. Eine aus seiner Sicht körperliche Prädisposition ist die Ursache für sein maßloses Essen. Aber es ist auch seine Vorliebe für Nahrungsmittel, von denen er weiß, dass sie nicht gesund sind, die er aber einfach gerne isst, was ihm das Leben mit seinem Körper schwer macht: *„Ich selber auf der einen Seite mit dem, mit der Vorstellung Landgasthof und dann die Planeten drum herum, das Wissen darum, wenn du ab und zu Obst isst, ist das gut für dich, wenn du das auch in Fruchtsaftform zu dir nimmst, kann man*

Der Körper als Risiko und Herausforderung III:

Der Körper als Gegenspieler, der besiegt werden kann.

Der Körper als Schicksal I:

Der Körper als Gegner, der einem das Leben schwer macht.

auch mal mit leben. Trink' nicht so viel Cola, also die Planeten die irgendwo dies aufgeschnappt haben von „du sollst nicht zu viel Fleisch essen, du sollst mehr Wasser zu dir nehmen als Cola, deutlich mehr.“ Die Planeten die einen so umgeben mit den Lebensweisheiten die man irgendwann mal aufgeschnappt hat und für sinnvoll erachtet, das ist der Kampf. Und der findet bei mir jeden Tag statt. Das ist ehrlich gesagt für mich selber, mit mir selber zu leben is, was das angeht, schon schwierig. Ja, ist schwierig.“ (E06: 363)

Herr F glaubt weiterhin, dass der Körper leicht verletzbar ist und Fehler, die an ihm begangen worden sind, nicht verzeiht. In seinen etwas widersprüchlichen Äußerungen stellt er den Körper dar als ein Subjekt, das Rache übt für die an ihm begangenen „Missetaten“. Er räumt zwar ein, dass der Körper einen „Missbrauch“, wie er es nennt, eine Zeit lang toleriert, seine recht drastischen Schilderungen sprechen jedoch eher dafür, dass er dem Körper keine sonderlich große Toleranz unterstellt. So spricht er davon, dass der Körper „nichts, gar nichts“ vergisst und „zurückschlägt“ wenn das Maß voll ist: *„Wir werden a_ alle älter und der Körper sagt irgendwann mal – das sieht man auch bei Leuten, die zu viel Alkohol trinken – dass, der Körper schlägt zurück, der vergisst nichts, gar nichts. Das bezieht sich auch auf auf auf weiß, wenn man läuft, Sport macht und dann noch 'ne Erkältung hat. Schlecht fürs Herz. Und der Körper merkt sich alles. Und er ist aber auch bereit, zu verzeihen. Aber er verzeiht nicht alles und er verzeiht auch keinen Missbrauch über 'n langen Zeitraum. Es kommt alles zurück, was wir oben reinfüllen, als Langzeitwirkung.“ (E 06: 341)*

Frau I, die im Hinblick auf weniger schwerwiegende Erkrankungen die Position vertrat, dass mit entsprechendem Engagement eine positive Beeinflussung möglich ist, sieht im Falle schwerer Erkrankungen die Grenzen eigener Einflussnahme. Zu verhindern sind solche Krankheiten, für die sie eine genetische Prädisposition annimmt, ihrer Ansicht nach nicht: *„Die Erbanlagen find' ich sind ganz extrem. Auch mit irgendwelchen Krankheiten. Weil man sieht das ja immer mehr, dass Leute irgendwelche Krebserkrankungen haben wo man denkt, das ist nun wirklich 'n Mensch, der nie Alkohol, nie Ziga_ retten und ernährt sich wirklich komplett gesund und hat trotzdem irgendwelche andern Erkrankungen. Ich finde es gibt Sachen, die sind eben im Körper drin glaub' ich.“ (E 09: 805-807).* Für Herrn G stellt sich dies ähnlich, allerdings noch etwas drastischer dar. Die Erfahrung, dass sein Körper nicht mehr so einwandfrei funktioniert wie in jünge-

Der Körper als Schicksal II:

Der Körper als erschöpfbare Ressource, der sich für Missbrauch „rächt“.

ren Jahren, scheint ihm zu bestätigen, dass Gesundheit sich nicht beeinflussen lässt, sondern man dem Körper quasi ausgeliefert ist: Er hat *„festgestellt, auf meinen vierzigsten Geburtstag bin ich aufgestanden: meine Augen waren schlechter. Das ist witzig. Denn bin ich zur Augenärztin hingegangen, sagt sie: Nach der Hälfte des Lebens, im Schnitt nach vierzig Jahren, verliert der Mensch rapide an (--)"* Interviewer: *„Sehkraft.“* Herr G: *„An Seh_ an Sehkraft. Und das war auf 'm vierzigsten Geburtstag.“* (E 07: 706). Er interpretiert die durchschnittliche Altersangabe der Augenärztin nicht als *möglichen* Beginn degenerativer Veränderungen, sondern als „Landmarke“ für den beginnenden Alterungsprozess. Dass er „pünktlich“ zu seinem vierzigsten Geburtstag plötzlich schlechter sehen konnte, bestätigt ihm die Zwangsläufigkeit und Unausweichlichkeit dieser Entwicklung. Darüber hinaus scheint er diese Übereinstimmung auch positiv zu verstehen, im Sinne einer Bestätigung seiner Normalität, aber auch seiner These, dass Gesundheit nicht durch Verhalten beeinflussbar ist. Diese Haltung dokumentiert sich auch an anderen Stellen des Interviews (s. dazu 4.2 und 4.3) und ist wohl unter anderem in Zusammenhang mit der lebensbedrohlichen Erkrankung seiner Frau zu sehen, für die er keine Erklärung hat: *„Aber, ja, dadurch dass meine Frau das hatte und dreimal dem Tod – sie hat drei Embolien gehabt – dreimal dem Tod von der Schippe gesprungen ist, also es war wirklich heftig gewesen bei meiner Frau, weil da ist die Thrombose schon zur Embolie geworden. Da gab 's denn einen schönen Katheter und ganz ganz üble Sachen noch. U=und sechs Wochen Intensivstation und, das war schon heftig mit meiner Frau. (...) Und da_ da war sie 18. Und dadurch bin ich, wie gesagt, bisschen sensibel geworden (...)“* (E 07: 692-696)

*Der Körper als
Schicksal III:*

*... dem man nicht
entkommen kann.*

Die Äußerungen zum Einfluss der Biologie auf die Gesundheit weisen darauf hin, dass es in Abhängigkeit von der positiven beziehungsweise negativen Konnotation des Schicksals in Form der körperlichen Gegebenheiten, unterschiedliche Interpretationsmuster für körperliche Erkrankungen sowie daraus resultierend unterschiedliche Umgangsweisen damit gibt. Während eine positive Einstellung eher handlungsaktivierend zu sein scheint, also die Annahme auf eine gute Grundlage aufbauen zu können, es als lohnenswert erscheinen lässt, sich für seine Gesundheit zu engagieren, wirkt sich eine negative Einstellung eher aktivitätshemmend aus.

3.1.2 Die physische und soziale Umwelt

Die physische Umwelt

Ein weiterer Aspekt, der als gesundheitsrelevante Größe wahrgenommen wurde, war die physische Umwelt. Hier wurden Sonnenstrahlung oder Vulkanausbrüche genannt, aber auch vom Menschen erzeugte Phänomene wie das Ozonloch, Luftverschmutzung, radioaktive Strahlung, die aus Kernkraftwerken entweicht, Chemikalien, Elektrosmog und anderes mehr. Auch die Arbeitsbedingungen wurden unter diesen Oberbegriff subsumiert. (Eine vollständige Auflistung der genannten Einflüsse findet sich in Anhang 6.)

Herr S ist der Ansicht, dass man sich manchen negativen Umwelteinflüssen nicht entziehen kann, zum Beispiel Abgasen oder Industrieemissionen, die sich in der Luft befinden. Auf die Frage danach, welche Einflüsse auf die Gesundheit er für nicht beeinflussbar hält, antwortete er: *„Na ja ob das nun die Abgase sind und und ja die Luftverschmutzung allgemein, ob das jetzt von irgendwelchen Firmen also sprich hier Kraftwerken oder sonst was kommt, also allgemein also die Luft, ich glaub die Luft ist da ganz ganz entscheidend. Ich glaub in der Luft ist viel, was nich' so schön ist.“* (E 19: 659) Auch vom Wohnumfeld können seiner Ansicht nach gesundheitsbelastende Einflüsse ausgehen, denen man nur schwer entgehen kann. Herr S sieht in solchen Fällen als einzige Lösungsmöglichkeit einen Wohnungswechsel: *„Ja wenn ich jetzt hier in 'ner was weiß ich hier, aus A-Straße oder na jedenfalls die B-Straße direkt wohnen würde im Erdgeschoss und immer mit Fenster offen schlafen muss durch Lautstärke oder so was, das ist bestimmt nich' gut, förderlich, für die Gesundheit und da hab' ich keinen Einfluss drauf. Höchstens wenn ich da wegziehe ja, aber das ist ja so nich', hab' mir die Wohnung da ja ausgesucht.“* (E 19: 655)

Die physische Umwelt entzieht sich der eigenen Einflussnahme. I

Herr E hat erlebt, welche negativen Auswirkungen seine Arbeit auf seine Gesundheit hat. Durch jahrelanges schweres Heben hat er Rückenschmerzen bekommen, die auch durch längere Behandlungen nicht zu beseitigen waren. Es ist unklar ob und inwieweit er heute noch unter Rückenschmerzen leidet⁸, jedoch spricht er später davon, dass er „es“ seitdem „mit dem Rücken hat“, was darauf schließen lässt, dass er nach wie vor unter Rückenschmerzen leidet oder zu-

⁸ Die Ausführungen von Herrn E wurden an der Stelle, an der er über den aktuellen Stand seiner Rückenschmerzen sprechen wollte, vom Interviewer unterbrochen.

mindest anfällig dafür ist. Die arbeitsbedingten Rückenschmerzen fasst Herr E als quasi zwangsläufige Entwicklung auf. Da es zur Zeit seiner Ausbildung und Tätigkeit nach seinem Dafürhalten noch keine Anweisungen zum rüchenschonenden Arbeiten gab und auch technisches Hilfsgerät fehlte, da, wie er sagt „die Entwicklung noch nicht so weit war“, bekommen die im Rahmen der Arbeit aufgetretenen Rückenbeschwerden einen schicksalhaften Charakter. Die einzige Möglichkeit, wie die von ihm durchlebten Belastungen zu beseitigen gewesen wären, verortet Herr E in der Wissenschafts- und Technikentwicklung, denn er äußert die Überzeugung, dass es nicht so gekommen wäre, wenn diese damals schon weiter vorangeschritten gewesen wäre. Eigene Möglichkeiten der Veränderung sieht er nicht: „Rückblickend, ja rückblickend ja das war eigentlich so die Zeit wo ich denn bei der A-Firma aufgehört hatte. Da war mein Rückenschmerz schon ganz schön im Arsch.“ Interviewer: „Das war jetzt als Schlosser, nach 'er Lehre auch schon oder?“ Herr E: „Ja ja, ja ja, also wir, also die ____ (Berufsbezeichnung, aus Anonymitätsgründen entfernt) die bis zur Rente durchgehalten haben, die gab 's kaum. Auch schon damals nich'.“ Interviewer: „Und dann ist was mit Ihrem Rücken passiert?“ Herr E: „Jo, das ist das ist bei bei den ____ (Berufsbezeichnung, aus Anonymitätsgründen entfernt) so'n so'n schleichendes Ding, beim einen bald, früher, beim andern später ne. Und da, seitdem hab' ich mit'm Rücken ne. Hab' über hundertzwanzig Massagen gehabt bisher also. Die haben nix gebracht, hab' ich 'n Tipp bekommen: Heilpraktikerin. Un seitdem ...“ (E 05: 900-908) „Mit 'm Rücken, ja, da sag ich mal so, da war die Wissenschaft noch nich' so. Wir haben wenig mechanische Hilfen gehabt. Und die Wissenschaft war noch nich' so weit, dass man eben halt vor gesagt hat, guck mal ich hab' mit sechzehn ja, nee mit fünfzehn hab' ich an_ angefangen zu lernen. Vor dreißig Jahren. Da gab 's noch nicht Rückschule oder irgend so was und eben halt, man hebt die Kiste nich' so, sondern so hoch ne. Gab 's doch alles gar nich'. Ja es is so, hätte man da, wär man da so weit gewesen wie heute, denn wär' das vielleicht gar nich' passiert ne.“ (E 05: 943)

Auch Frau K sieht keine Möglichkeit, als einzelne Person gesamtgesellschaftlich verursachte Phänomene beeinflussen zu können. Sie hofft jedoch, dass der Körper sich auch an belastende Dinge gewöhnen kann, so dass diese ihm dann nichts mehr anhaben können: „Das hat immer so 'n, weiß nich' so 'n Zwiespalt, auf der einen Seite heißt das immer, alles was draußen ist, ist gesund, dann sag

Die physische Umwelt entzieht sich der Einflussnahme. II

Aber: Durch wissenschaftlichen und technischen Fortschritt sind Verbesserungen zu erwarten.

Die physische Umwelt entzieht sich der eigenen Einflussnahme III.

Aber: Der Körper besitzt die Fähigkeit, sich auch negativen Einflüssen anzupassen, so dass diese unwirksam werden.

ich mir immer so viele Umweltgifte, die setzen sich auch ab, die ganzen Chemikalien, ob das jetzt wirklich so gesund ist. Also ich wüsste gar nich' ob meine Uroma in der heutigen Zeit überleben würde, wenn sie diese Nahrungsmittel zu sich nimmt. Ob ihr Organismus das überhaupt vertragen könnte. Und wir haben uns alle schon so da dran gewöhnt, dass es gar nich' mehr schädlich ist, ich weiß es nich', ist ja alles denkbar.“ (E11: 399)

Eine weitere Möglichkeit sieht Frau K darin, negative Einwirkungen der physischen Umwelt durch andere, gesundheitsförderliche Maßnahmen auszugleichen. Sie entwirft ein Modell des Belastungsausgleiches, in dem einer Belastung ein positiver Einfluss gegenüber gestellt wird. Allerdings scheint sie sich nicht sicher zu sein, inwieweit individuelle Maßnahmen tatsächlich zu einem Ausgleich umweltbedingter negativer Einflüsse führen können. Ihr bleibt lediglich die Hoffnung darauf, dass der Körper aufgrund positiver Einflüsse genügend Widerstandskraft hat, um sich gegen die negativen zu wehren: *Interviewer: Von welchen Einflüssen auf die Gesundheit glauben Sie, sie sind nicht veränderbar? Frau K: Von außen. Einflüsse von außen wie jetzt diese ja Natursachen, Tschernobyl oder diese Aschewolke, dass das schon die Gesundheit beeinträchtigen kann und man nichts dagegen machen kann. Eventuell wenn man sich immer gesund ernährt hat und und und abwechslungsreich, dass man widerstandsfähig ist, das mach' sein, das weiß ich nicht.“ (E 11: 393-395)*

Auch Frau J sieht keine Möglichkeit, selber etwas gegen umweltbedingte Einflüsse zu unternehmen, nutzt jedoch die individuellen Möglichkeiten, die ihr zur Verfügung stehen, um sich vor diesen Einflüssen so weit wie möglich zu schützen. *Frau J: „Ja also da denk ich einfach die Umwelt, also die Sonnenstrahlen kann ich nich', kann ich nich' ändern. Ich kann zwar noch 'n Sonnenschutz auflegen, aber dass da oben 'n Ozonloch ist, das kann ich nich' ändern. Dass die Flugzeuge starten und landen und wir die Autos brauchen, kann ich nich' ändern. Das sind Sachen, die ich verbinde mit Gesundheit, die ich nich' ändern kann ...“ (E 10: 541)*

Eine etwas andere Einstellung zu Belastungen durch die physische Umwelt hat Herr H. Aufgrund eines schweren Krankheitsfalles, aber auch der Erfahrungen mit weniger gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Familie, ist er sehr darauf bedacht, mögliche Gesundheitsgefahren in seiner Umgebung zu vermeiden. So versucht er beim Kauf von Möbeln auf möglichst schadstofffreie Produkte zurückzugreifen. Auch hat er im Zimmer seiner Tochter da-

Die physische Umwelt entzieht sich der eigenen Einflussnahme IV.

Aber: negative Einflüsse können eventuell durch positive ausgeglichen werden.

Die physische Umwelt entzieht sich der eigenen Einflussnahme V

Aber: Individuelle Maßnahmen mildern möglicherweise die negativen Auswirkungen.

für gesorgt, dass dieses zumindest nachts frei von Elektrosmog ist. Herr N. sorgt sich ebenfalls um mögliche negative Auswirkungen flüchtiger Chemikalien in Einrichtungsgegenständen und Elektrosmog. Ebenso wie Herr H, ist er der Ansicht, selber dafür Sorge tragen zu müssen, diese Belastungen zu reduzieren: *„Also das fängt an mit mit Einrichtungsgegenständen, die man also, ja die man, soweit man das denn beeinflussen, vor allen Dingen überblicken kann, keine, keine ich sag mal Ausdünstungen, wenn man was neu kauft, den Teppich oder was weiß ich, ne. Haben wir nich' aber Beispiel so was. Dass da nichts ausdünstet so. Das kann ja immer nich' so ganz ganz gesund sein. (...) Mit solchen Möbeln das ist so 'n Punkt, weil man da ja dann, oder überhaupt Haushaltsgegenstände, was weiß ich denn, Matratzen, ja, was halt so im Haus ist und was, was irgendwelche welche Sachen oder irgendwelche technischen Sachen, die vielleicht unverhältnismäßig viele Strahlungen abgeben oder wie auch immer, das sind so Sachen, auf die man, die man denn achtet.“* (E 14: 402-406)

Bei seiner Arbeit hat Herr H gemeinsam mit Kollegen durchgesetzt, dass Drucker und Kopierer aus den Büros entfernt wurden. Er hat durch dieses Engagement erlebt, dass es ihm möglich ist, Gesundheitsgefahren aus seinem Umfeld zu beseitigen: *„Ich gehe jetzt einfach mal an meinen Arbeitsplatz. Die haben, die haben 'n Stück weit was verändern können. Man hat damals, als die ersten Laserdrucker aufkamen und man, also das Zimmer ja vollgepfropft hat mit Bildschirm und PC und Drucker und ich weiß nich' was dann alles so in die in die Räume kam, und wir gesagt haben: 'Sag mal, der pustet den ganzen Tag da irgendwas raus, das kann doch nich' gut sein.' Da hat man gesagt, 'Guck mal da ist doch so 'n Zeichen drauf.' Dann hat man uns da wirklich versucht zu beschwichtigen. Jetzt bei dem Umzug waren wir Gott sei Dank in der Lage zu sagen: 'Wir wollen 'n Raum haben wo die Drucker drin stehen und der Kopierer drin steht. Das wollen wir nicht mehr am Arbeitsplatz haben.'“* (E 08: 348)

Doch sehen Herr H und Herr N auch Grenzen dieser Vorgehensweise. Sie problematisieren die Belastung, die daraus entsteht, sich ständig mögliche Gefahren vor Augen zu führen. Herr H beschreibt das zentrale Dilemma, in dem er sich befindet: Beschäftigt er sich nicht mit Gesundheitsgefahren in seiner Umwelt, ist er ihnen ausgesetzt. Beschäftigt er sich damit, mündet dieses beständige Bewusstmachen der vielfältigen Gefahren zumindest in fortdauernder Sorge und einer Einbuße an Lebensqualität und kann schließlich sel-

Die physische Umwelt entzieht sich der eigenen Einflussnahme VI

*Aber:
Individuelle Vermeidungsstrategien können die Belastungen reduzieren.*

Die physische Umwelt entzieht sich der eigenen Einflussnahme VII

*Aber:
Kollektive Vermeidungsstrategie können die Belastungen reduzieren.*

ber eine Gesundheitsgefährdung darstellen: „*Ich denk Sorge ist 'n ganz ja ganz wichtiges Thema ne. Wenn man also nur in Sorge ist, dass irgendwas krank Machendes um einen rum ist, denn werd' ich auch nicht glücklich, dann werd ich nich' froh und auch nich' gesund. Also man muss schon Sachen auch genießen können und auch frei sein davon, dass ich jetzt hier durchgehe und sage oh Gott, oh Gott, hoffentlich ist jetzt nich' dies und das und jenes hier. Also das denk' ich, ist, ist enorm wichtig.*“ (E 08: 352) Auch Herr N stellt die permanente Beschäftigung mit Gesundheitsgefahren als problematisch dar. Wie in den Ausführungen von Herrn H wird auch hier der innere Widerstreit zwischen dem Bedürfnis, sich sicher zu fühlen und dem Wissen-Wollen, um sich schützen zu können, deutlich: „*(...) es ist auch immer so, was da alles drin ist in irgendwelchen Produkten, will man ja vielleicht auch nich' unbedingt immer wissen. Das ist manchmal besser so, aber im Grunde sollte man das wissen, grade was ich vorhin sagte, wenn man so 'ne spezielle Allergie hat oder so was.*“ (E 14: 410)

Herr F bringt auf die Frage nach Einflüssen auf die Gesundheit unter anderem die Folgen der Industrialisierung ins Spiel. Für ihn stellen die Bequemlichkeiten der postindustriellen Lebenswelt ein Hemmnis dar in Bezug auf gesunde, „artgerechte“, wie er es nennt, Lebensführung. In leicht idealisierender Weise stellt er frühere Lebensweisen als natürlicher, weil seiner Ansicht nach näher an den Bedürfnissen der menschlichen Physis, dar. Dabei scheint ihm nicht nur das Bewegungspensum an sich, sondern auch die Art der Bewegung von Bedeutung zu sein. Die Bewegung im Fitnessstudio ist seiner Ansicht nach nicht gleichzusetzen mit einer eher alltagsnahen Aktivität im Freien. Sportliche Betätigung scheint ihm generell nicht die adäquate Methode zu sein, um das Ziel der „artgerechten“ Bewegung zu erreichen, worunter er zum Beispiel Gartenarbeit versteht. Darüber hinaus problematisiert er die Lebensbedingungen in der Stadt, die er als Negativfaktoren schildert, die den Nutzen gesundheitsförderlicher Aktivitäten, wie zum Beispiel dem Joggen, gänzlich aufheben, ja sogar ins Gegenteil verkehren können (wenn man z.B. an einer viel befahrenen Straße entlang läuft). Bei entsprechenden Ressourcen hält er es für möglich, diese umweltbedingten Belastungen auszugleichen. Dabei scheint es Herrn F bewusst zu sein, dass er persönlich über Ressourcen verfügt, die nicht jedem zur Verfügung stehen: „*Ja die Folgen die die industriali_ industrialisierte Welt mit sich bringt. Dass wir eben nicht mehr uns bewegen wie im neunzehnten Jahr-*

Die physische Umwelt entzieht sich der eigenen Einflussnahme VIII

*Und:
Ständige Sorge um Umweltgefahren kann auch krank machen.*

Die physische Gestaltung postindustrieller Lebensräume fördert ungesunde Verhaltensweisen I

... die bei vorhandenen Ressourcen individuell ausgeglichen werden können.

hundert hab' ich mal gelesen im, im Schnitt hat sich jeder Mensch im neunzehnten Jahrhundert bewegt mit zwanzig Kilometer pro Tag, so ist die Schätzung. Und heute sind es noch neunhundert Meter im Schnitt. Ich weiß nicht, ob die Zahl stimmt, ist mir auch egal, aber es stimmt. Also an der Tendenz da brau_ ist unbestritten. Mein Vater musste noch sieben Kilometer jeden Tag zur Schule laufen und zurück. Ja, heute werden Kinder zur Schule gefahren. (...) und das bringt auch nichts in der Fitnesskompanie sich auf irgendwelche Metallgestelle zu stellen und das dann abzulaufen aus meiner Sicht. Andere Menschen machen das, ist auch in Ordnung. Es bringt viel mehr, einmal pro Woche den gesamten Garten zu bearbeiten, drei Stunden lang. Das ist genug Bewegung, was heißt genug Bewegung, das ist 'ne andere Form, 'ne gesündere artgerechte Form der Bewegung. Und leite ich immer vieles aus der Evolution her. Und das ist natürlich völlig entrückt von allen natürlichen Grundlagen, wir wohnen hier in 'ner Millionenstadt. Das allein schon von Gelenken her, deswegen: Laufen? – Halte ich in der Stadt nicht viel von, von den Gelenken, ist genauso ungesunde Sache oder für die Lunge, Kreislauf stellt sich auch die Frage wenn man hier die großen Ausfallstraßen entlang läuft. Im, im Schwarzwald oder so laufen durch, durch, durch, ist da 'ne ganz andere Ebene. Weil man hat in der Regel Waldboden verfügbar, man hat keine Abgase in dem Ausmaß in 'ner Großstadt, und da ist Laufen sinnvoll.“ (E 06: 466) (...) „Ich begreife auch Gartenarbeit ist nicht 'ne Qual, sondern ist was Schönes, ist 'n Privileg so'n so'n Garten zu haben.“ (E06: 458)

Auch Frau K misst, ähnlich wie Herr F, der Integration von Bewegung in den Alltag große Bedeutung bei. Sie stellt in diesem Zusammenhang jedoch eher die persönliche Entscheidung, in diesem Fall für die Wahl des Fortbewegungsmediums, in den Vordergrund und macht damit deutlich, dass es anscheinend einer bewussten Entscheidung gegen die bequeme und für die gesundheitsförderliche Verhaltensweisen bedarf: *„Ja, dass wir hier mehr zu Fuß gehen. Dass wir nich' mehr so viel mit'm Auto machen.“ (E 11: 389)*. Besonders interessant ist im Vergleich zu Herrn F, dass hier eine vorhandene Ressource, nämlich das Auto als der Gesundheit abträglich klassifiziert wird. Während also die finanziellen Mittel von Herrn F es erlauben, einen Garten zu haben, der ihm gesundheitsförderlich erscheint, reicht Frau Ks Kapital zwar für den Luxus eines eigenen Autos, auf das sie mit Blick auf eine gesunde Lebensweise aber eher verzichten müsste.

Die physische Gestaltung postindustrieller Lebensräume fördert ungesunde Verhaltensweisen II

Gesundheitsförderliches Verhalten erfordert eine bewusste Entscheidung, viel Engagement sowie Bereitschaft zum Verzicht.

Die Äußerungen zum Einfluss der physischen Umwelt auf die Gesundheit weisen alle auf einen eher passiven Umgang mit den Ursachen von Gesundheitsgefahren aus diesem Bereich hin. Die Möglichkeiten zur Beseitigung dieser Gesundheitsgefahren werden hier durchweg gering eingeschätzt und es dominieren Ideen des individuellen Vermeidens, Ausweichens oder der Belastungsminimierung. Darüber hinaus existieren Theorien, die davon ausgehen, dass sich gesundheitliche Belastungen aus der physischen Umwelt durch stärkende Maßnahmen im individuellen Bereich ausgleichen lassen sowie Ideen von einer Gewöhnung des Körpers an Umweltbelastungen. Deutlich wird, dass die genannten Maßnahmen einen hohen Aufwand an Informationsbeschaffung, ein bestimmtes Maß an Durchsetzungsvermögen und Hartnäckigkeit, sowie Bereitschaft zum Verzicht (z.B. auf das Auto) erfordern, also bestimmter Ressourcen bedürfen.

Die soziale Umwelt

Unter „sozialer Umwelt“ sind Einflüsse der nicht-materiellen Umwelt zu verstehen, also zum Beispiel soziale Kontakte (Freunde, Familie, Arbeitskollegen) aber auch allgemeine gesellschaftliche Regeln und Normen.

Frau B macht deutlich, dass das soziale Umfeld der Kindheit auch im Erwachsenenleben noch wirksam sein kann. Regeln und Botschaften, die im Elternhaus vorgelebt wurden, werden – wenn im Lebensverlauf keine gegenteiligen Erfahrungen gemacht werden – übernommen und erscheinen so quasi als die natürliche Umgehensweise mit sich und seinem Körper: *„Also ich hab’ das eigentlich so, denk’ ich, übernommen, wie mir das von meinen Eltern auch vorgelebt wurde (...) wenn ich irgendwelche Wehwechen hatte oder so, dass man halt mit mir zum Arzt gegangen ist, dass ich jetzt vielleicht gelernt hab’, das nicht so auf die lange Bank zu schieben.“* (E 02 B: 83) Anknüpfend an diese Erfahrungen, wird das eigene Gesundheitsverhalten auch weiterentwickelt. So stellt Frau B sich an anderer Stelle als eine gewissenhafte Nutzerin von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen dar, eine Verhaltensweise, die also die Prinzipien aus dem Elternhaus nicht nur übernimmt, sondern den aktuellen Möglichkeiten entsprechend modifiziert: *„Ich denk’, ich bin da vielleicht manchmal noch ’n bisschen gewissenhafter, dass andere vielleicht denn, weiß ich nicht, irgendwelche Sachen, also ich, ich lass zum*

Gesundheitsverhalten wird von den Eltern gelernt.

Beispiel auch regelmäßig so so 'n Kontrollcheck beim Arzt machen, das macht auch nicht jeder, oder geh,' was weiß ich, alle halbe Jahr zur Zahnreinigung und jetzt solche Sachen. Das, das ist für mich irgendwie ganz normal aber ich denk', das machen auch nicht alle. Wenn, wenn man sich da mal so drüber unterhält. Die denken dann, das reicht, wenn, wenn ich hingeh, wenn was wehtut oder so.“ (E 02: 91)

Das Erlernte kann im Lebensverlauf weiterentwickelt werden.

Freunde und Bekannte scheinen die Weiterentwicklung des Gesundheitsverhaltens von Frau B zu beeinflussen. Dabei orientiert sie sich nicht an den Bekannten, von denen sie sich, wie oben geschildert, durch eine konsequentere Verhaltensweise absetzt, sondern an denen, die ihr an Konsequenz sogar noch ein Stück voraus sind und somit als positive Vorbilder fungieren: „ (...) wenn mir jetzt irgendwie 'ne Freundin erzählt, 'Was, du du hast jetzt heute wieder 'n helles Brötchen gegessen und das, das ist doch irgendwie nicht gut dieses helle Mehl!' Und dann denk' ich wieder: 'Oh Gott, das helle Mehl ((lacht)). Vielleicht sollt' ich doch lieber irgendwie nur Vollkornbrötchen und Brot und so essen.“ (E 02: 587) Die Schilderungen von Herrn S machen ebenfalls den Einfluss des sozialen Umfeldes deutlich. Er berichtet von davon, dass er zum Teil aus eigenem Antrieb, zum Teil jedoch auch auf Drängen seiner Frau, Früherkennungsuntersuchungen wahrnimmt: „Ja nee das ist so die einzelne gesund. Gut sicherlich mit Gesundheit, wenn ich sag ich lass mich durchchecken, klar was ich also auch vor eineinhalb oder knapp eineinhalb Jahren gemacht hab'. Oder jetzt wieder weil meine Frau hin wollte, ich sag gut, denn komm ich mit hierher, haben wir, das war letzte, vorletzte Woche hier Hautkrebs da bei der, Leberflecke kommen immer mehr dazu oder einige und das haben wir denn mal durchchecken lassen. Hat ja auch alles was mit Gesundheit zu tun. (- -) Stimmt vor 'm knappen halben Jahr hab' ich noch mal 'n EKG machen lassen.“ (E 19: 613:615) Die kritische Haltung seiner Tochter zum Rauchen scheint regulierend auf sein Rauchverhalten zu wirken: „Meine Große ist da auch richtig, sagt, die hasst rauchen und das find' ich so klasse, die putzt mich immer so runter, ich hab' da keine Chance gegen und, das ist für mich sehr sehr wichtig.“ (E 19: 615) Dieselben Mechanismen wie von Frau B und Herrn S geschildert, wurden auch im Interview mit Herrn G deutlich, allerdings mit einem völlig entgegengesetzten Ergebnis in Bezug auf das Gesundheitsverhalten. Obwohl sich die Äußerungen von Herrn G nur auf den Bereich Ernährung beziehen und in Kapitel 3.2 auch noch einmal ausführlich darge-

(Die Weiterentwicklung des) Gesundheitsverhalten(s) wird durch das soziale Umfeld beeinflusst.

stellt werden, sollen sie dennoch hier kurz Erwähnung finden, da sich in ihnen auch seine generelle Einstellung zum Thema Gesundheit widerspiegelt: Herr G berichtet nur wenig aus seinem Elternhaus, und auf die Frage, was er in Bezug auf seine Ernährung von zu Hause mit auf seinen Lebensweg bekommen hat, antwortet er: *„Das ist natürlich ganz Klasse gesagt weil, von meinen Eltern hab' ich relativ wenig mitgekriegt was meine Ernährung angeht.“* (E 07: 56) Der Alltag der Familie war stark geprägt durch die Berufstätigkeit der Eltern, der Vater arbeitete im Schichtdienst, die Mutter war berufsbedingt häufig nicht zu Hause. So gab es wenig Regelmäßigkeiten und auch kaum Regeln, was das Essen anbelangte. Das prägt Herrn Gs Ernährungsverhalten bis heute: *„Die [seine Ernährung] hat sich bis heute auch kaum umgestellt, muss ich ganz ehrlich sagen.“* (E 07: 56) In seinen Schilderungen taucht in Bezug auf die Ernährung im Elternhaus nur eine einzige Regel auf: Nach 22 Uhr durfte nichts mehr gegessen werden. Diese Regel hat er, als er eine eigene Familie hatte, übernommen (s. dazu Kapitel 4.2). In Bezug auf die Ernährung vertritt Herr G recht extreme Positionen. Ganz bewusst und geradezu trotzig pflegt er einen Ernährungsstil, von dem er selber weiß, dass er ungesund ist. Obwohl er dafür von seinem Umfeld kritisiert wird, hält er daran fest. Er hat jedoch im Sportverein auch Verbündete. So berichtet er, dass seine Bezugsgruppe bei Sportfreizeiten gemeinsam in Opposition zu den von Vereinsseite vertretenen Ernährungsempfehlungen geht: *„Und (--) wenn wir jetzt, ich bin, ich lach' mich immer tot, auf diesen Seminaren sollen wir auch immer so Vorschläge für vierte Mahlzeit machen. Okay, das haben wir dann auch gemacht, da sind wir denn ganz übel mit aufgelaufen, unser Team ((lacht)).“* Interviewer: *„Wieso?“* Herr G: *„Weil wir uns geeinigt haben diese, gibt 's so Achterpack Schokobrötchen, das haben wir dann gekauft, hingestellt.“* (E 07: 561:565)

In den Schilderungen von Herrn F wird deutlich, dass nicht nur sein soziales Umfeld, sondern auch seine jeweilige Lebenssituation und die damit einher gehenden Anforderungen Einfluss auf sein Gesundheitsverhalten hatten. Herr F hat während der Schulzeit und des Studiums gerne Alkohol getrunken. Mit den steigenden Anforderungen gegen Ende des Studiums und im späteren Berufsalltag ließ sich das jedoch nicht vereinbaren, so dass er den Alkoholkonsum immer weiter reduziert hat: *„Was ich, worauf ich geachtet hab', ist, dass Alkohol weniger wurde im Laufe der Zeit. Weil früher war das, so grade so siebzehn, achtzehn, neunzehn, da wurde immer fleißig gebechert.*

Gesundheitsverhalten wird durch lebensweltliche Anforderungen beeinflusst.

Und da hab' ich relativ schnell so auf die fünfundzwanzig, siebenundzwanzig, als Studium zu Ende war, hab' ich recht schnell gemerkt, das tut dir nicht mehr gut, du kriegst das ga_ du kriegst deinen Lebensablauf nicht mehr so bewältigt, weil es bringt nichts am Morgen aufzustehen und so 'nen Kopf zu haben. Also, je ernster das Leben wurde, umso weniger Alkohol wurde getrunken.“ (E 06: 43)

Weitere gesundheitsrelevante Aspekte, die Herr F anführt, sind seelische Ausgeglichenheit sowie Leben im Einklang und in Harmonie mit sich selber. Als Beispiel für mögliche Auswirkungen fehlender innerer Harmonie berichtet er über eine Bekannte, die aufgrund von Spannungen am Arbeitsplatz ein Burn-Out-Syndrom entwickelt hat. Seiner Meinung nach kann man solchen Entwicklungen entgegen steuern, indem man sich die positiven Bedingungen seines Lebens ins Bewusstsein ruft. Für ihn reichen diese von seinem Garten und dem Grün der Natur bis hin zu den politischen Gegebenheiten wie Frieden und demokratischen Strukturen: *„Ja ein ganz großes Thema: Glücklich sein, Leben im Einklang.“ IW: „Im Einklang?“ HF: „Das ist jetzt verdammt schwierig, weil die nächste Frage wird sein, wie, wo genau, wie genau. Harmonie. Keine, dass Menschen möglichst wenig Kompromisse machen sollen, und so leben wie sie glücklich sind. (---) Dass keiner zu egoistisch ist, dass man (---). Ich kenn' jemand, 'ne Frau, die hat Schwierigkeiten, die ist jetzt in in Behandlung in 'ner Klinik, weil sie ja das, dieses so genannte Burnout hatte und dann wirklich auch im Gehirn, das sind ja auch mechanische Vorgänge, das wusst' ich auch nicht. Nee, nich mechanische, biochemische Vorgänge, die wirklich als Krankheit zu werten sind. Und deswegen sage ich so oft auch, ich versuche mir jeden Tag zu sagen, was ist denn das Schöne hier draußen. Das Schöne hier draußen ist zum Beispiel, wenn man sich des das Grün anschaut. Ich begreif auch Gartenarbeit ist nicht 'ne Qual, sondern ist was Schönes, ist 'n Privileg so 'n so 'n Garten zu haben. Es ist 'n Privileg, dass wir in Fried_ genau das, das muss man auch sagen, für mich ist 's jedes Mal schön im Gegensatz zu al_ vielen andern Nationen, wir leben in Frieden, Freiheit, Meinungsäußerung, in 'ner Demokratie und es ist Sommer. Das sind schon mal ganz entscheidende Sachen, wo 's einem nur gut gehen kann, von der, von der, von der Lebenseinstellung.“ (E06: 455-458)*

Die Bedeutsamkeit von Einflüssen der sozialen Umwelt für die psychische Verfassung und das Wohlbefinden wurden auch von Herrn N genannt. Er hatte eine Zeit lang berufliche Probleme, die sich physisch und psychisch ausgewirkt haben. Durch dieses Erlebnis ist

Eine harmonische und friedliche individuelle wie gesamtgesellschaftliche Lebenswelt wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus.

ihm deutlich geworden, wie die Psyche auf den Körper einwirken kann und dass psychische Belastungen sich körperlich bemerkbar machen können, wenn an der Situation nichts geändert wird. Er hat durch diese Erfahrung aber auch gelernt, dass die Auswirkungen solcher psychischen Belastungen wieder verschwinden können, wenn sie ernst genommen werden und man darauf hinwirkt, sie zu beseitigen: *„Ja und versuchen sich, sozusagen täglich wohl zu fühlen. Damit mein ich also nich' irgendwelchen Ärger in sich hineinfressen, der denn sich negativ auf die auf die Gesundheit auswirkt. Ich hab' so was mal gehabt und dann merkt man wie das psychisch doch an einem nagt. War ne berufliche Sache (...). Und ja und im Nachhinein als ich die Situation geändert hatte, dass es wegging und nich' wiedergekommen ist, hab' ich das, also es ist ganz klar, dass die Psyche da die Ursache war und das hab' ich vorher nicht, nich' gesehen, hab' ich auch falsch eingeschätzt.“ (E 14: 414)*

Disharmonien mit dem sozialen Umfeld können krank machen.

Einen völlig neuen Aspekt spricht Herr F an. Er merkt an, dass finanzielle Sicherheit für ihn einen ganz zentralen Stellenwert in Bezug auf seine Gesundheit hat. Er macht deutlich, dass es ihm wichtig ist, sich um seine finanzielle Situation keine Sorgen machen zu müssen: *„Ich bin, genau was für mich wahnsinnig wichtig ist, ist wirtschaftliche Gesundheit. Keine Schulden zu haben. Für mich ist es völlig unerträglich, Minus auf 'm Konto zu haben. Dass solche Sachen stimmen wie auch bei uns Thema Altersvorsorge, dass das irgendwo geregelt ist, durch Lebensversicherung (...).“ (E 06: 458)*

(Finanzielle) Sicherheit wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus.

Die Erzählungen zum Themenbereich Soziale Umwelt deuten darauf hin, dass das Gesundheitsverhalten maßgeblich durch das soziale Umfeld beeinflusst wird. Die Botschaften aus dem Elternhaus scheinen dabei auch noch im Erwachsenenalter eine nachhaltige Wirkung zu entfalten. Das Gesundheitsverhalten ist jedoch nicht statisch, sondern kann weiterentwickelt werden. Auch diese Weiterentwicklung ist in Abhängigkeit vom sozialen Umfeld, aber auch von den lebensweltlichen Anforderungen zu sehen.

Vorhandene (bzw. nicht vorhandene) Handlungsspielräume sind im Kontext der Beseitigung ungesunder Einflüsse von Bedeutung. Materielle Sicherheit scheint eine Ressource für seelisches Wohlbefinden zu sein.

3.1.3 Die Gesundheitsversorgung

Es zeigte sich, dass auch die Gesundheitsversorgung und die gesundheitliche Absicherung als bedeutsam für die Gesundheit wahrgenommen, jedoch sehr unterschiedlich genutzt werden. Frau B beispielsweise nimmt Früherkennungsmaßnahmen und Prophylaxen gerne in Anspruch: „... ich, lass zum Beispiel auch regelmäßig so so'n Kontrollcheck beim Arzt machen, das macht auch nicht jeder, oder geh, was weiß ich, alle halbe Jahre zur Zahnreinigung ...“ (E02: 91). Sie scheint dabei sogar ein bestimmtes Maß an Eigenfinanzierung in Kauf zu nehmen, denn die von ihr erwähnte Zahnreinigung wird nur einmal im Jahr von der Krankenkasse – und das auch nur anteilig – übernommen.

Auch Herr S nimmt die Möglichkeit des Gesundheits-Check-Ups beim Hausarzt wahr. Diese Entscheidung scheint jedoch stark durch sein soziales Umfeld beeinflusst zu sein. Die von ihm erwähnte Früherkennung von Hautkrebs hat er z.B. auf Initiative seiner Frau durchführen lassen: „Gut, sicherlich mit Gesundheit, wenn ich sag, ich lass mich durchchecken, klar, was ich also auch vor eineinhalb oder knapp eineinhalb Jahren gemacht hab'. Oder jetzt wieder, weil meine Frau hin wollte, ich sag, 'Gut, denn komm ich mit hierher'. Haben wir, das war letzte, vorletzte Woche hier Hautkrebs da bei der, Leberflecke kommen immer mehr dazu, oder einige, und das haben wir denn mal durchchecken lassen. Hat ja auch alles was mit Gesundheit zu tun.“ (E19: 615)

Die Inanspruchnahme prophylaktischer Gesundheitsleistungen scheint nicht nur abhängig vom vorhandenen Angebot zu sein. Frau O führt nach längerem Überlegen an, dass sie es für wichtig hält, die angebotenen Untersuchungen auch wirklich durchführen zu lassen. Möglicherweise hat sie selber die Erfahrung gemacht, dass es weiterer Anreize bedarf, damit sie Früherkennungsangebote und Prophylaxen in Anspruch nimmt (welche Anreize bei ihr handlungsauslösend wirken, sagt sie leider nicht). Interviewer: „Gibt 's noch andre Dinge, von denen Sie sagen, das kann ich tun um meine Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern?“ Frau O: (- 7 Sek.-) „Regelmäßig zu den Vorsorgeuntersuchungen zu gehen. Die Checks, die angeboten werden, dass man die auch macht. (- 13 Sek. -) Sonst wüsst' ich jetzt nichts im Moment, fällt mir jedenfalls nichts ein.“ (E 14: 655-657)

Prophylaktische Maßnahmen sind wichtig zur Erhaltung der Gesundheit. Wenn nötig, werden sie auch selber finanziert.

Die Inanspruchnahme prophylaktischer Maßnahmen wird durch das soziale Umfeld beeinflusst.

Früherkennungsuntersuchungen sind wichtig. Das bloße Angebot führt jedoch nicht automatisch zu einer Inanspruchnahme.

Die Absicherung im Krankheitsfall und die Finanzierung aller notwendigen Leistungen werden von Herrn C als Aspekt genannt, der seine Gesundheit positiv beeinflusst. Bei seinem erst kürzlich aufgetretenen Bandscheibenvorfall wurden aus seiner Sicht alle notwendigen Maßnahmen problemlos von der Krankenkasse bezahlt. Er scheint jedoch die Allgemeingültigkeit seiner Erfahrungen anzuzweifeln da er einschränkend darauf hinweist, dass er noch nie eine ernsthafte Erkrankung gehabt hat, die mit aufwändigen Untersuchungen und teuren Krankenhausaufenthalten einherging: *„Ja, sonst Gesundheit, wenn irgendwie mal was war (...) war die Krankenkasse auch nie irgendwie'n Hemmschuh. Also es war nie so, dass es hieß, gut es war jetzt auch nie was Großes so ne, aber es hieß nie, es wird nicht bezahlt oder es wird nicht gemacht oder so. (...) wenn mal irgendwie was war, wo mal, weiß ich nicht 'n MRT gemacht werden musste oder war das nie 'n Problem mit der Krankenkasse zum Beispiel. (...) Ich kenn' das nicht, was häufig in den Medien berichtet wird, diese Feilscherei so nö, zahlen wir nicht und Extraversicherung und so. Hab' ich nie Probleme mit gehabt. Aber wie gesagt, ich hatte auch noch nie 'nen langwierigen teuren Krankenhausaufenthalt, von daher bin ich da natürlich auch ganz gern gesehener Kunde, wahrscheinlich.“ (E03: 58)*

Es wurde jedoch auch Kritik an der Gesundheitsversorgung geübt. Frau D fühlt sich mit ihrer Diabetes-Erkrankung im Gesundheitssystem häufig allein gelassen und berichtet über ihre Erfahrung, dass auf Seiten der Professionellen häufig eklatante Unkenntnis in Bezug auf ihre Erkrankung herrscht. Aus diesem Grund ist sie VertreterInnen des Gesundheitssystems gegenüber misstrauisch und empfindet sie nicht als Unterstützung: *„Ja, die wissen das einfach nicht. Die sagen denn, ich hab' das ja oft so bei Schulungen festgestellt: „Sie haben 'n bisschen Zucker“. Ja das gibt 's nicht. Man ist auch nicht 'n bisschen schwanger, ne. Und dann warten sie jahrelang bis sie dann die Leute zum Ma_ zum Facharzt schicken ne.“ Interviewer: „Das ist von den Hausärzten aus oder von wem denn?“ Frau D: „Ja=a auch das. Mein Arzt war zum Beispiel Internist und der wusste es auch nicht. Hatte auch nicht so die, die im Krankenhaus überhaupt nicht. Also hab' ich ganz oft festgestellt, dass die gar keine Ahnung haben.“ (E04: 227-231)*

Im Krankheitsfall ist man durch die Krankenkasse ausreichend abgesichert – jedenfalls so lange man nicht dauerhaft krank ist und zu viele Ressourcen verbraucht.

Das Gesundheitssystem bietet im Krankheitsfall keine adäquate Unterstützung.

Zum Thema Gesundheitsversorgung fanden sich nicht viele Äußerungen in den Interviews. Dies ist sicher auch dem Studienthema geschuldet, dass vom Thema medizinische Versorgung recht weit entfernt ist. In den vereinzelt Ausführungen zur Gesundheitsversorgung wird deutlich, dass das Angebot prophylaktischer Maßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen bekannt ist. Die Wahrnehmung dieser Angebote ist jedoch abhängig vom Vorhandensein weiterer Faktoren, wie zum Beispiel dem Inanspruchnahmeverhalten des sozialen Umfeldes.

In Bezug auf die Versorgung im Krankheitsfall zeigt sich, dass trotz positiver Erfahrungen ein teilweises Misstrauen bezüglich der zukünftigen Loyalität der Kostenträger bestehen bleibt. Geäußert wurde auch offene Kritik an einer als unangemessen erlebten Versorgung im Rahmen einer chronischen Erkrankung.

3.1.4 Der Lebensstil

Zum Bereich Lebensstil machten die InterviewpartnerInnen zahlreiche Anmerkungen. Der Fokus dieses Kapitels liegt nicht auf den einzelnen genannten Lebensstilfaktoren, sondern darauf, welche Hinweise sich in den Interviews auf die Einflüsse finden, die den Lebensstil maßgeblich formen. Da die Ausführungen zum Themenbereich Lebensstil sehr umfangreich waren, sollen die Inhalte hier zusammengefasst zu Themengebieten, wiedergegeben werden (die komplette Auflistung der zu den verschiedenen Themengebieten genannten Aspekte findet sich in Anhang 6, s. dortiges Inhaltsverzeichnis). Im Anschluss daran werden die verschiedenen Einflüsse auf den Lebensstil dargestellt.

Lebensstil wurde – und das ist sicher im Zusammenhang mit dem Thema der Studie zu sehen – vielfach gleichgesetzt mit **Ernährungsstil**: Interviewer: „*Woran denken Sie da, was kann man für die Gesundheit tun, um sie zu erhalten oder zu verbessern wenn Sie an sich denken?*“ Frau K: „(---- 5 Sek. Pause ----). *Ja, dass man versucht, sich immer ausgewogen und hier, ja Gesundheit ist für mich jetzt hier Naturressen, frisches Essen, zu ernähren.*“ (E 11: 396-397)

Neben der Ernährung wurde auch **körperliche oder sportliche Aktivität** als Möglichkeit genannt, die Gesundheit positiv zu beeinflussen. Dabei wurde deutlich, dass es nicht nur die explizite sportliche Betätigung ist, welche die InterviewpartnerInnen für gesundheitsförderlich halten, sondern dass auch die Bewegung im Alltag einen hohen Stellenwert hat: *„Na, dass ich versuch' mich sportlich zu betätigen, das kann ja auch schon sein, dass ich hier von mein zuhause zum Bahnhof geh' und nich die Rolltreppe nehm', sondern die Treppen raufsteige, das hat ja alles was damit zu tun.“* (E11: 403) Daneben wurden natürlich auch explizite sportliche Aktivitäten wie Fahrrad fahren oder auch der Besuch von Fitnessstudios genannt (s. Anhang 6). Auch Bewegung an der **frischen Luft** und „sich dreckig machen“ wurden als gesundheitsförderlich genannt: Herr C: *„Gut, die haben auch dafür gesorgt ich mein' wie gesagt ich bin ja schon 'n bisschen älter ((lachend)) in der Generation da ging man auch nach draußen und hat gespielt und die ganz typischen Kinder die heutzutage wie magnetisiert sind von Fernseh_ Ipod, DS, Daddelkiste, Play Station wie und wie die ganzen Sachen heißen, das gab's halt in dem Maße damals nich', also da war noch wirklich raus und abends dreckig wieder rein.“* (E 03: 78) Ebenfalls erwähnt in diesem Zusammenhang wurden **präventive Verhaltensweisen**, wie die Inanspruchnahme medizinischer Früherkennungsmaßnahmen oder die Inanspruchnahme von Prophylaxeangeboten: *„Und ich mach meine Vorsorgeuntersuchung, ich bin jetzt auch wieder, also die Blutwerte sind in Ordnung, das Gewicht ist im normalen Pegel, ist zwar nich' hier, aber es ist alles im normalen Bereich (...)“* (E15: 472.) Doch auch nicht-medizinische Prävention wurde als Möglichkeit genannt, die eigene Gesundheit und die der Familie zu erhalten, wie z.B. der Schutz vor übermäßiger Sonne: *„Genau, also mich vor der Sonnenstrahlung kann ich mich und meine Familie schützen, indem wir uns eincremen“* (E 10: 545). Neben diesen auf die körperliche Seite bezogenen Ideen, wurden auch psychische Aspekte und deren Auswirkungen auf die Gesundheit thematisiert. So sah Herr H beispielsweise einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an **Sorgen**, die man sich macht und dem Gesundheitszustand: *„ (...) was ich eingangs sagte, dass man versuchen soll, möglichst Sachen nich' so an sich heranzulassen. (...) Weil ich gemerkt habe, wie die Psyche denn auch auf die psychischen, die Physis wirkt ne. Ja das sind eigentlich so die drei Hauptaugenmerke find' ich. Sport, Ernährung und versuchen sozusagen, ja, möglichst wenig Sorgen zu haben, aber das ist ja immer*

*schwer zu beeinflussen ne.“ (E14: 418) Auch Aspekte wie „Ganzheitlichkeit“ oder „Bewusstheit“ im Sinne von „**bewusst leben**“ wurden thematisiert: „Und ich glaube es muss gar nich' immer so nur mit, hat nicht nur mit Bewegung zu tun. Wir haben, ich habe vor einiger Zeit Kontakt so zu Feldenkrais bekommen. Das sind ja nun ganz minimale Geschichten, die da eigentlich abgehen, aber die wo man während so einer Einheit, ich hab' so CD's da ganz bewusst den Körper erlebt. Also solche Dinge denk' ich sind wichtig. Genau wie beim Essen und bei andern Sachen sich der Dinge bewusst machen, die einfach in meinem Leben sind.“ (E 08: 352) Gefragt, welche Möglichkeiten sie nutzt, um sich gesund zu halten, sprach Frau K den Aspekt, der **gemeinsamen Aktivitäten** an. Sie ist der Ansicht, dass Vereinzelung nicht gut tut und man die Gemeinschaft braucht, um gesund zu bleiben: „Wenn natürlich jeder so sein Eigenleben hat mit der Familie, der eine der guckt nur Fernsehen und der andere sitzt nur am Computer und. Das ist denn auch nich' gesund.“ (E 11: 391)*

Der Lebensstil wurde von allen InterviewpartnerInnen in Zusammenhang mit der Gesundheit gebracht. In den Ausführungen im Zusammenhang mit dem Lebensstil zeichnete sich ab, wie komplex dieser Bereich ist und mit wie vielen verschiedenen Aspekten er verknüpft ist. Die eigene Sozialisation im Elternhaus scheint dabei ebenso Einfluss zu haben wie das aktuelle soziale Umfeld, Kinder, um die sich gesorgt wird, Krankheitserfahrungen, das Erleben positiver Effekte gesundheitsförderlichen Verhaltens, aber auch Dinge wie verfügbare Zeit, Arbeitsbelastungen oder auch klimatische Verhältnisse erschweren oder erleichtern einen gesunden Lebensstil.

Eine sicher sehr zentrale Frage im Rahmen der vorliegenden Studie ist die Frage, nach welchen Kriterien (gesundheitsfördernde) Verhaltensweisen ausgewählt werden und warum – oder warum nicht – sie sich zum Alltagsverhalten entwickeln. Einen entscheidenden Einfluss auf die Auswahl scheint zum einen das Erleben in der Kindheit zu haben, auf das bereits im Kapitel zu den Einflüssen der sozialen Umwelt (4.1.2.2) hingewiesen worden ist. Lebensstil wird vom sozialen Umfeld weitergegeben. Wie gezeigt, nehmen die Eltern sowie die Gepflogenheiten im Elternhaus dabei eine zentrale Rolle ein. Im Laufe des Lebens kommen jedoch andere Einflüsse hinzu, der Kreis der Bezugspersonen erweitert sich, die Eltern bleiben also nicht die alleinigen Vorbilder. Wie bereits in Kapitel 4.1.2.2 dargestellt, entsteht der

Gesunde oder ungesunde Verhaltensweisen des sozialen Umfeldes wirken „ansteckend“.

Lebensstil demnach nicht aus einer Reihe individueller Entscheidung, sondern wird im Zusammenspiel mit dem Umfeld entwickelt.

Aus den Schilderungen der Befragten ließ sich erkennen, dass auch Krankheitserfahrungen den Lebensstil und das Verhalten maßgeblich beeinflussen. Herr L berichtet zum Beispiel, dass er sich nie auf einen kalten Stein setzt, seit er einmal eine sehr schmerzhafte Nierenentzündung gehabt hat: *„So an Krankheiten die mich wirklich umgehauen haben, wüsste ich da, dass meine Nieren mal entzündet waren beide. Da erinner' ich mich sogar an die heftigen Schmerzen. Da hab' ich viel über Gesundheit nachgedacht. Klar wenn ich Schmerzen hab', dann will ich das nich' noch mal haben und seitdem setz' ich mich nich' mehr irgendwie auf kalten Stein oder so was, also ich achte drauf, dass mein Po irgendwo drauf ist wo es nich' kalt ist. Das hat mir damals mein Arzt gesagt, haben sich irgendwo raufgesetzt, Stein oder so was, das hat mich da schon geprägt, das wollte ich nich' noch mal.“* (E 12: 249) Auch andere Lebensumstände werden durch Erfahrungen maßgeblich beeinflusst, so zum Beispiel das „Schulden haben“. Herr F verweist in diesem Zusammenhang auf eine Erfahrung, die er als Jugendlicher gemacht hat und die so eindrücklich war, dass er beschlossen hat, nie wieder in eine solche Situation zu kommen: *„(...) ich bin mit, mein_ mein Arbeitsleben hab' ich mit 'm Kredit angefangen. Beziehungsweise mit neunzehn mit 'nem Kredit. Das find' ich völlig Scheiße, das hab' ich dann irgendwann, dann kam Dispokredit, ich hab' mal vor vor zehn, elf Jahren hab' ich Dispokredite auf zweien gekündigt. So dann haben die ihn mir nach 'm Jahr wieder eingeräumt, hab' ich gesagt ich will das nicht ne. Nie wieder Minus im Leben. So und das ist für mich wahnsinnig wichtig. Ich möchte niemals jemanden haben, der mir irgend 'ne Mahnung ins Haus flattern lassen kann.“* (E 06: 458)

Negative Erfahrungen prägen das (Gesundheits)-Verhalten.

Ein weiterer maßgeblicher Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ist die Sorge für Kinder. So wird zum Beispiel im Haus oder in der Wohnung nicht geraucht, wenn Kinder da sind: *„Und seit 'n Kind da ist, wird im Haus gar nicht geraucht, überhaupt nicht, auch nicht bei Feiern, gar nichts, wer rauchen will, geht vor die Tür.“* (E 19: 631) Neben dem Thema Rauchen wurde insbesondere die Ernährung mit einer Familiengründung verändert. Darauf wird in Kapitel 4.2 ausführlich eingegangen.

Die Sorge um Kinder beeinflusst das Gesundheitsverhalten positiv.

Auch die zur Verfügung stehenden zeitlichen und finanziellen Ressourcen beeinflussen den Lebensstil und damit das Gesundheitsverhalten. Diese Faktoren wurden sehr häufig im Zusammenhang mit

gesunder Ernährung ins Feld geführt. Aber auch andere lebensstilbezogene Aspekte werden durch Zeit und Geld beeinflusst, wie zum Beispiel die Zeit für sportliche Aktivitäten: *„Ja und wenn man die, die Zeit und die Freiräume hat, das geht ja los, dass man, wenn man Sport machen will, sozusagen, denn sich auch nichts anderes vornimmt und nichts besseres oder wie auch immer, sondern sozusagen sich die Frei_ die Zeit freischaufelt, ja so.“ (E 14: 426)* Die meisten sportlichen Aktivitäten kosten zudem Geld, das nicht immer vorhanden ist: *„Weil wenn ich mir vorstelle, ich müsste jetzt jeden Monat irgendwie fünfzig oder hundert Euro aufbringen nur damit ich in so 'n Fitnessstudio eintreten kann, da bin, das würd' mir schwer machen um Sport zu treiben zum Beispiel.“ (E 10: 561)*

Gesundheitliche Aktivitäten brauchen Zeit und Geld.

Als unterstützend im Hinblick auf die Durchführung und Beibehaltung expliziter gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wurde die Ausübung dieser Aktivitäten in Gemeinschaft mit anderen angeführt. Auch dieser Aspekt überschneidet sich mit den bereits in Kapitel 4.1.2.2 angesprochenen, soll hier aber dennoch kurz angesprochen werden. Frau J stellt sich beispielsweise vor, dass es ihr schwer fallen würde ohne ihre Freundinnen ins Fitnessstudio zu gehen: *„Also ich müsste alleine gehen, und sich alleine aufzuraffen, da fehlt dann oft, der innere Schweinehund wahrscheinlich auch, das macht einem das auch schwer.“ (E 10:561).* Frau O berichtet über den positiven Effekt, dass die Gruppe, mit der sie gemeinsam Sport macht, sie motiviert, auch wenn sie einmal keine Lust hat, zum Sport zu gehen. Ihre Beschreibung macht überdies deutlich, dass dem gemeinschaftlichen Tun und dem Sich-aufeinander-beziehen ein sehr großer Stellenwert zukommt. Man wird vermisst, wenn man einmal nicht da war, man wird freudig begrüßt, wenn man kommt: *„(...) bewegen kann er [der Ehemann, Anm. d. Verf.in] sich auch nich' so wie ich das kann und deswegen ist er auch immer so 'ne treibende Kraft, dass er sagt, 'Geh zum Sport, du kannst das noch, du kannst dich bewegen und und und, und,“. Alles klar, denn pack' ich schon meine Tasche ohne irgendwelche Diskussion und denn geh ich auch, weil, weil ich muss immer noch 'ne Freundin abholen. Wir fahren denn zusammen, das ist auch immer so'n gutes Argument. Also ich bin dann nich' alleine, sondern wir sind da auch, dienstags sind wir immer mit mehreren Weiber zusammen denn, wo wir hinterher noch 'n bisschen rumschnattern und so, das ist eigentlich auch immer ganz gut, wir sind nich' alleine, sondern da zieht einer den andern: 'Wo warst du, wo*

Bei gemeinschaftlich ausgeübten Aktivitäten wirken sich die zwischenmenschlichen Beziehungen stabilisierend und fördernd auf die Beibehaltung der Aktivität aus.

bist du und wieso warst du nich' da?' Und und und ne. Also das ist immer schon ganz gut so.“ (E15: 661)

Auch das Erleben positiver Effekte des (Gesundheits)-Verhaltens bestärkt den Glauben an die Richtigkeit des eigenen Tuns. Frau B ist sehr gesundheitsbewusst. Sie gibt sich sehr engagiert, aber dennoch nicht fehlerlos. Frau B hat gesundheitsfördernde Lebensweisen in großem Umfang in ihren Alltag integriert. *Interviewer: „Was tun Sie dafür, damit Sie gesund bleiben?“ Frau B: „Wie gesagt also nich' nich' rauchen und nich' übermäßig Alkohol trinken. Möglichst viel Gemüse, Obst essen. Sich bewegen, ausreichend schlafen, solche Sachen.“ (E 02: 118)* Es fällt ihr leicht, sich so zu verhalten, da es ihr nicht gut geht, wenn sie sich anders verhält: *„Also wenn ich jetzt zum Beispiel nen ganzen Tag nur so in geschlossenen Räumen bin und sehe eben draußen ist das Wetter schön, denn hab ich ja auch irgendwie den Drang rauszugehen. Dann möchte ich an die frische Luft und und mich bewegen.“ (E 02: 151)* Auch Herr R sieht in seiner körperlichen Verfassung eine Bestätigung dafür, dass seine Lebensweise, vor allem die Art der Ernährung, die richtige ist: *„Man sieht 's ja an mir, ich bin nich' dick, ich bin nich' zu dünn, ich bin nich' krank, bin fit, bin sechzig ((lacht)). Was will mir Bessres passieren ne. Also es hat schon, hat schon, ist keine Einbildung ne.“ (E 18: 131)*

Unmittelbar spürbare positive Effekte von gesundem Verhalten bestätigen die Richtigkeit des eigenen Tuns und unterstützen die Beibehaltung der Verhaltensweise.

Über die oben genannte Motivation durch den unmittelbaren Erfolg hinaus, scheinen aber auch positive Zukunftsvisionen eine starke Triebfeder für ein großes Engagement in Bezug auf die Gesundheit zu sein. So projiziert Herr R weitere wünschenswerte Effekte seines Gesundheitsverhaltens in die Zukunft. Er setzt große Hoffnungen in seinen Lebensstil, denn er möchte nicht nur alt, sondern gesund alt werden, was für ihn heißt, körperlich und geistig fit zu bleiben. Er ist der Überzeugung, dass man mit seiner Methode der Ernährung und seinem Pensum an körperlicher Aktivität sogar die Gesellschaft verändern könnte: *„Das ganze Gesundheitswesen könnte man auf 'n Kopf stellen, wenn alle sich gesund ernähren würden. Man bekämpft immer nur die Symptome aber nicht die Ursachen, nech'. Es ist also gesund ernähren bedeutet auch, ein hohes Alter erreichen zu können, aber nich' nur das Alter, sondern gesund alt zu werden. (...) Drei Dinge gibt 's für mich Bewegung, Ernährung und die geistige Fitheit, also man muss, man darf da nich' nachlassen in diesen drei Dingen also geistig sowieso nich', man muss da immer immer gefordert werden und immer und immer am Ball bleiben, immer, das ist für mich*

Große Hoffnungen auf beachtliche positive Effekte des Verhaltens unterstützen die Beibehaltung.

ganz besonders wichtig (...) Das muss sein find' ich, die drei Dinge dann, dann kann man gesund alt werden.“ (E 18: 203; 299) Hier zeichnet sich ab, dass der Wunsch gesund zu bleiben, eng verbunden ist mit dem Wunsch nach einem langen Leben. Somit kann ein als gesund empfundener Lebenswandel auch als Methode zur Bewältigung von Ängsten vor körperlichem oder / und geistigem Abbau, letztlich Angst vor der eigenen Endlichkeit, gesehen werden.

Bezüglich des Lebensstils zeichnet sich ab, dass dieser nicht völlig unabhängig vom sozialen Umfeld zu sehen ist. Wie bereits im Kapitel zur sozialen Umwelt (3.1.2.2) sichtbar wurde, ist die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Verhaltens- oder Lebensweise zu einem großen Teil abhängig vom jeweiligen sozialen Umfeld. So wirken gesunde Verhaltensweisen des unmittelbaren sozialen Umfeldes „ansteckend“. Auch die Sorge um Kinder kann sich positiv auf die Gesundheitsaktivitäten und den Lebensstil auswirken. Unterstützend für die Beibehaltung von (gesundheitsförderlichen) Verhaltensweisen ist auch deren Ausübung in einer Gemeinschaft – die wiederum für sich genommen einen weiteren positiven Effekt hat. Die Motivation für einen gesunden Lebensstil ist darüber hinaus besonders hoch, wenn es zum einen unmittelbar erlebbare positive Effekte gibt, aber auch große Hoffnungen für die Zukunft damit verbunden sind, also eine große Reichweite der eigenen Möglichkeiten angenommen wird.

3.2 Einflüsse auf die Ernährung

In den Interviews wurden zahlreiche Einflüsse auf die Ernährung der Interviewten genannt. Zum einen wurden im Rahmen der Ernährungsbiographie als deutlich wahrnehmbare Wendepunkte in der Ernährung die biographischen Einschnitte: „Erster eigener Haushalt“ und „Geburt von Kindern“ genannt. Moderiert wurden diese Einflussgrößen durch weitere Lebens- und vor allem Arbeitsbedingungen. Ebenfalls nachhaltigen Einfluss auf die Ernährung im Erwachsenenalter scheint die Ernährungsweise im Elternhaus zu haben. Doch auch das Thema Lebensmittelproduktion, Ideen darüber, was unter gesunder Ernährung zu verstehen ist, geschmackliche Vorlieben oder Kenntnisse über idealtypische Ernährungszusammensetzungen wirken auf die Lebensmittelauswahl ein. Neben diesen mehr oder weniger explizit formulierten Aspekten scheint es jedoch weitere Einflüsse auf die Auswahl der Nahrungsmittel und auf die Zubereitungsweise zu geben. Es macht den Eindruck, dass hierbei vor allem die Alltagskompatibilität und die empfundene Diskrepanz zwischen Vorlieben und Bedürfnissen und dem gesellschaftlich erwünschten Essverhalten – also letztlich das Ausmaß der Umstellung und der sie begleitende Aufwand – entscheidungsleitend sind. Darüber hinaus nehmen auch Zielformulierungen Einfluss, wie zum Beispiel der Wunsch abzunehmen (E01, E15) oder der Wunsch (gesund) alt zu werden (E01, E18). Deutlich wurden in den Interviews auch regelrechte Ernährungsphilosophien, die jedoch eher deskriptiven denn normativen Charakter zu haben scheinen. Es sieht so aus, als fungierten die Ernährungsphilosophien eher als Zusammenfassung der Grundzüge der Alltagspraxis, denn als Orientierungslinien. Ein abschließendes Urteil hierzu ist jedoch allein auf der Basis der vorliegenden Daten nicht möglich. Im Allgemeinen scheinen die Interviewten mit ihren aktuellen Ernährungsgewohnheiten zufrieden zu sein, da auf die Frage, wie sie sich ernähren würden, wenn es keinerlei Vorschriften und negative Konsequenzen gäbe, nur wenige und meist sehr spezifische Änderungswünsche geäußert wurden.

In Kapitel 3.2.1 steht das Wissen im Vordergrund, das die InterviewpartnerInnen zu Themen und Fragen haben, die in den Kernbotschaften „Täglich Obst und Gemüse“, „Kohlenhydrate und Ballaststoffe“, „Zucker und Fett nur in geringen Mengen“ und „Gemäßigter Fleischkonsum“ enthalten sind oder darüber aufgeworfen werden. Ebenso werden die daraus resultierenden Umsetzungsprobleme dargestellt. Dazu wird das vorhandene Wissen über Ernährung und Nahrungszusammensetzung, aber auch über die Qualität von Lebensmitteln oder über die Kenntnisse von Regeln zu gesunder Ernährungsweise sowie die daraus resultierenden, von den Interviewten geäußerten Umsetzungsproblematiken und Lösungsmöglichkeiten dargestellt. In Kapitel 3.2.2 folgt die Beschreibung des Einflusses lebensweltlicher Bedingungen, also der familiären Situation, der Arbeitssituation, der finanziellen Lage (soweit sich dies erschließen lässt) aber

auch der Erwartungen an die Auswirkungen von Ernährungsweisen. In Kapitel 3.2.3 werden diese Ergebnisse um die in den Interviews implizit formulierten Hürden und Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer „gesunden“ Ernährung ergänzt. Dies geschieht, um Hinweise darauf zu bekommen, in welchen „Verarbeitungsprozessen“ Wissensumsetzung erfolgt und an welchen „neuralgischen“ Punkten die Weichen für ein Ge- oder Mislingen der Integration neuen Wissens in die Alltagspraxis gestellt werden. Dabei soll auch aufgezeigt werden, welche förderlichen und hemmenden Strukturen sich im Einflussbereich des Einzelnen befinden und welche individuell nicht oder kaum veränderbar sind. Ferner soll hier die Leistung sichtbar gemacht werden, die erbracht werden muss, um einen „gesunden“ Lebensstil zu pflegen oder um Verhaltensänderungen erfolgreich in die eigene Lebenswelt zu integrieren.

3.2.1 Ernährungswissen

In der Zusammenschau des gesamten Ernährungswissens wird deutlich, über welche umfangreiche und zum Teil sehr spezielle Kenntnisse die Interviewten verfügten. Alle InterviewteilnehmerInnen, auch jene, die sich nur wenig für das Thema Ernährung interessierten, verfügten über ernährungsbezogenes Wissen. Die explizit, aber auch implizit geäußerten Kenntnisse über „gesunde“ Ernährung reichten von Basiskenntnissen bis hin zu recht speziellem ernährungsphysiologischem Wissen. Es fanden sich, um das vorweg zu nehmen, so gut wie alle Kernbotschaften der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) in den Interviews wieder. Im Fokus des hier vorliegenden Kapitels steht jedoch weniger das Ernährungswissen, sondern die darüber hinausgehenden Kenntnisse, die eine Umsetzung der Botschaften häufig erschweren (die Auflistung der formulierten Wissensbestände findet sich daher in Anhang 6). So zeigte sich, dass Qualitätskriterien wie sachgerechte Lagerung, Pestizidgebrauch oder Nährstoffgehalt bei der Auswahl von Nahrungsmitteln von den Interviewten häufig mitbedacht werden, Empfehlungen zur gesunden Ernährung darauf aber keinen Bezug nehmen.

Zur Gliederung des Textes dienen die Empfehlungen der DGE, die sich auf die Lebensmittelauswahl beziehen (im Rahmen dieser Studie auch als Kernbotschaften bezeichnet): Täglich Obst und Gemüse, reichlich Getreideprodukte und Kartoffeln, wenig Fleisch, wenig Fett, Zucker und Salz (s. www.dge.de, Rubrik: „Ernährung“ – „vollwertige Ernährung“). Die Randnotizen, die den Text begleiten, sind als metasprachliche Zusammenfassung der Äußerungen der Interviewten zu verstehen.

Kernbotschaft: Täglich Obst und Gemüse

Es wurde sehr deutlich, dass allen Interviewten bewusst war, dass ein hoher Obst- und Gemüseverzehr als gesundheitsförderlich betrachtet wird: „(...) *Obst, Gemüse, das sollte eigentlich tagtäglich gegessen werden.*“ (E13: 399) Sogar der Wortlaut der WHO-Botschaft bzw. der DGE-Empfehlung wurde genannt: „*Also man soll ja irgendwie immer fünf verschiedene Obst und Gemüsesorten am Tag essen.*“ (E02: 683) Allerdings wurde ebenso deutlich, dass die einfache und offensichtlich weithin bekannte Vorgabe, ausgiebig Obst und Gemüse zu verzehren, nicht ohne deren praktische Handhabung gedacht wurde, denn verknüpft wurden die Aussagen häufig mit den verschiedensten Umsetzungsproblemen. So wurde beispielsweise problematisiert, dass manches Frischgemüse und Obst, das zum Verkauf angeboten wird, durch zu lange Lagerung schon einen Großteil der ursprünglich darin enthaltenen Nährstoffe eingebüßt haben könnte: „*Das ist auch erwiesen wenn die schockgefroren sind, werden teilweise mehr Vitamine bei den gefrorenen Sachen als bei der Frischware, die denn vielleicht schon 'n bisschen länger liegt und also deswegen ist das für mich nich' unbedingt so als Qualitätsmerkmal.*“ (E14: 126)

Möglicherweise ist der häufig gefundene Verweis darauf, dass regionale und saisonale Produkte zu bevorzugen sind, als Lösungsversuch für die Lagerungsproblematik zu verstehen: „*Aber ansonsten ist für mich am gesündesten, wenn es ganz frisch ist. Dann gehört für mich durchaus dazu, zu gucken, was ist um diese Jahreszeit in dieser Region angesagt. Hier wächst jetzt kein Rosenkohl, kauf' ich ihn auch nicht.*“ (E01: 289). Ein weiteres Motiv für die Orientierung an regionalen und saisonalen Produkten ist der Widerspruch langer Transportwege zu dem Ansinnen, etwas für die Gesundheit zu tun. Herr H macht in seiner Schilderung deutlich, dass gesunde Ernährung mehr umfasst als die Qualität des Produkts, das gerade vor einem liegt. Wenn es wirklich um gesunde Ernährung als umfassendem Handlungskonzept geht, so ist für ihn klar, dass er sich auch damit beschäftigen muss, woher ein Produkt kommt. „*Also wir haben neulichst gab es im im andern Markt Biokartoffeln. Und ich so: 'Guck mal, haben die jetzt auch!' Und greif da hin und da kommen die Teile aus Israel. Und da hab' ich gedacht: 'Nee!' Die haben wir dann wieder weggelegt. Also ich finde es geht gar nich', im Winter Erdbeeren aus Israel zu essen, die tausende von Kilometern unterwegs waren, nur*

Durch zu lange Lagerung verlieren Obst und Gemüse Vitamine. Tiefgefrorenes ist u.U. vitaminreicher als so genannte Frischware.

Auswahl nach Region und Saison erhöht die Wahrscheinlichkeit, frische Produkte zu bekommen.

Weite Transportwege führen das Etikett „Biologisch“ ad absurdum.

damit wir hier im Winter Erdbeeren haben. Also das find' ich schräg.“ (E08: 109) Angezweifelt wird im Zusammenhang mit Bio-Lebensmitteln auch deren wahrheitsgemäße Etikettierung. Angesichts der Menge an Bio-Produkten wird die Glaubwürdigkeit dieses Qualitätsmerkmals in Zweifel gezogen: „Also Bioprodukte kauf ich ja zum Beispiel auch nich', ich bin ja nun kein Bioproduktekauf_ Käufer bin ich nich'. Weil ich einfach glaube, so viel Bio wie verkauft wird, kann gar nich' angebaut werden.“ (E16: 291)

Wo „Bio“ drauf steht, ist vielleicht gar kein „Bio“ drin.

Nicht nur lange, sondern auch unsachgemäße Lagerung wird in die Auswahl von Nahrungsmitteln einbezogen. Herr T spricht in diesem Zusammenhang gleich zwei unterschiedliche Aspekte an: einmal die falsche Lagerung, die zur Reduzierung des Nährwertes führt, in seinem Beispiel die Zerstörung von Vitaminen durch direkte Sonneneinstrahlung, zum anderen verweist er auf die Problematik der Schadstoffaufnahme aus der Umgebungsluft. *„Ich kaufe also kaum Obst und Gemüse zum Beispiel bei bei dem Türken, ich nenn 's jetzt nur so, das, weil es sind halt die meisten türkischen kleinen Läden, die dann so an 'ner Straße sind. Das kauf ich kaum, weil ich einfach denke, das ist durch die Abgase, durch die Sonneneinstrahlung, da sind nich' mehr viel Vitamine drin, so das, da kauf ich kaum ein. Vielleicht mal 'ne Banane, weil ich einfach denke okay, Banane, die Frucht ist geschützt.“ (E20: 107).*

Unsachgemäße Lagerung kann zu Nährstoffverlust oder Schadstoffbelastung führen.

Neben Lagerungsschäden wurde auch die Verpackung frischer Lebensmittel in Plastikbehältnisse problematisiert. Frau Q weist darauf hin, dass in Plastiktüten verpackter Salat nach aktuellen Untersuchungen eine hohe Keimbelastung aufweist: *„Also Salate nicht, die sollte man schon frisch nehmen und nich' diese gemischten in diesen Tüten. (...) hab' ich grade wieder gelesen, was da fi_ festgestellt haben, dass da viel zu viel Bakterien drin sind, in diesem, weil das ja zu ist, ist ja wie so 'ne Vakutüte und ist auch buntes frisches Gemüse, sagen, sieht auch frisch aus und alles, aber ich hab' das grad wieder gelesen, dass sich da, da bilden sich viel zu viel Bakterien.“ (E17: 151-155)*

In Plastiktüten verpackte Frischware hat eine hohe Keimbelastung.

Ein weiteres, im Zusammenhang mit frischem Obst und Gemüse geäußertes Problem, war die vermutete Belastung dieser Nahrungsmittel durch Pestizide. *„(...) also keine Supermarktsalate weil die ja nicht kontrollierbar, nachvollziehbar verseucht sind mit Pestiziden, mit Mitteln die gespritzt werden halt ne, um das Gemüse schön zu machen sozusagen, ne.“ (E18: 75)*

Auf konventionelle Weise produzierte Lebensmittel sind mit Pestiziden belastet.

In all diesen Äußerungen wird deutlich, was auch im Weiteren immer wieder aufscheint: Empfehlungen zur gesunden Ernährung bieten für die Fragen im Zusammenhang mit der Qualität der empfohlenen Lebensmittel keine Hilfestellung. Qualitätsfragen tauchen in diesem Zusammenhang aber zwangsläufig auf, umso mehr, je intensiver die Beschäftigung mit dem Thema „Gesunde Ernährung“ ist. Wenn es die hier benannten Qualitätsunterschiede gibt – und das kann angenommen werden – kann die Qualitätsfrage bei Ernährungsempfehlungen nicht außen vor gelassen werden.

Doch es gibt noch andere Einflüsse, die die so genannten Kernbotschaften durchkreuzen. In der folgenden Schilderung von Frau P klingt an, dass es aufgrund von Widersprüchen in Detailfragen innerhalb der ihr bekannten Empfehlungen zur „richtigen“ Ernährungsweise zu Problemen kommen kann. Sie berichtet – fast mit einem schlechten Gewissen – dass sie ihrer sechsjährigen Tochter auch abends Obst gibt, wenn das Kind danach verlangt, obwohl sie davon ausgeht, dass man abends kein Obst mehr essen soll, weil das, so ihre Ausführungen, im Magen gäre. In dem Widerspruch einerseits die Vorliebe ihrer Tochter für gesundes Essen unterstützen zu wollen und andererseits der Vermutung, dass abendliches Obstessen möglicherweise ungesund ist, hat sie sich dafür entschieden, das Obstessen zu erlauben. Ihr Statement *„Aber worauf soll man denn noch achten“*, macht deutlich, dass sie es aufgrund der Vielzahl von Ratschlägen, Empfehlungen und weiteren Einflüssen, nicht für möglich hält, alle ihr bekannten Regeln zu befolgen: *„Aber Obst ist bei uns auch immer da. Also manchmal mach ich denn auch nur Obstteller, mach ich auch manchmal, also zum zum Abendbrot weil meine Tochter liebt ja nun auch gerne Apfel und Birne. Das mach ich ihr denn abends auch gerne noch mal, wobei das jetzt zum Schlafen gehen nich' so günstig ist ne. Aber ich mach es trotzdem.“* IW: *„Warum ist das zum Schlafen gehen nich' so günstig?“* Frau P: *„Ja, weil Obst ja so auf 'n auf 'n Magen liegen soll, so so gären soll. Aber auf was soll man noch alles achten? Von daher also mach ich gern auch mal 'n Obstteller abends statt Knabberzeug, das machen wir auch.“*

Ernährungsempfehlungen widersprechen sich.

So denn schneid ich 'ne Banane auf, 'n Apfel, 'ne Birne. Und das finden alle, also finden wir alle drei ganz toll.“ (E16: 207-211)

Ein weiterer Aspekt beim Thema Obst- und Gemüsekonsum ist, dass hier bisweilen auch Geschlechterrollen eine Bedeutung haben. So äußert Herr F, dass er Gemüse und vor allem Obst zwar esse, jedoch nicht aus eigenem Antrieb, sondern nur, wenn seine Freundin ihm einen Obstteller vorsetzt: *„(...) meine Freundin sagt dann auch immer: 'Gut, bei Männern muss anscheinend so sein, das Obst muss geschnitten werden. ' Dass das als zum Frühstück schon geschnitten wird und denn kriegt man nen kleinen Obstsalat.“ (E06:90)* Auch Interviewpartner Herr G isst aus eigenem Antrieb kein Obst. Während Herr F sich durch seine Freundin jedoch noch ein bisschen beeinflussen lässt (s. vorangehendes Zitat) und an anderer Stelle stolz erzählt, dass er in ihrer Abwesenheit für sich und den Sohn auch einmal einen Obstteller gemacht hat (E06: 93), würde so etwas für Herrn G nicht in Frage kommen. Dennoch greift er, wenn seine Frau einen Obstteller vorbereitet hat, auch schon mal zu: *„Okay meine Frau isst halt auch 'n bisschen, die haut sich auch mal 'n Salat rein und macht sich mal 'n Obstteller oder so was. Das kann sie auch gerne tun, ich greif da auch gerne mal hin, aber ((lacht)) muss nicht sein.“ (E07: 132)* Herr C führt die Geschlechtsrollenproblematik sogar ganz explizit an: *„Ja gut, also ich seh' halt schon zu, dass ich auch ab und zu mal Obst esse, so das hat mit mit Erscheinen der Kinder auch deutlich zugenommen so [unverständlich, ? Wörter]. Früher hab' ich nie irgendwie Äpfel gekauft oder so, ne, also das denk ich, 'n 20-Jähriger, der geht nich' in Supermarkt und kauft sich Äpfel, so, ne. Der kauft sich 'n Sixpack Bier.“ (E03: 153)* Deutlich werden in den letzten beiden Zitaten aber auch die zu Beginn des Kapitels 3.2 erwähnten „Wendepunkte“ im Hinblick auf Ernährungsgewohnheiten. Bei Herrn F wie auch bei Herrn C scheint die Vordringlichkeit der Geschlechterrollenbestätigung durch die Essensauswahl zugunsten eines Fürsorgerhaltens zurückgedrängt worden zu sein.

Der Zugang zu Lebensmitteln ist geschlechtsspezifisch unterschiedlich.

Zusammenfassend kann zum Thema Obst und Gemüse festgehalten werden, dass den Interviewten durchaus bewusst ist, dass der Verzehr von Obst und Gemüse als gesundheitsförderlich zu betrachten ist. Jedoch wird diese einfache Botschaft der Komplexität der Umsetzung in keiner Weise gerecht. Sie kann mit anderen Informationen kollidieren, die dann gegeneinander abgewogen werden müssen. In diesem Prozess wird die Ernährungsbotschaft weniger als Orientie-

runghilfe erlebt, sondern als ein Aspekt unter vielen. Angesichts der Belastungen durch Pestizide stellt sich beispielsweise die Frage, wie gesund Gemüse und Obst denn „tatsächlich“ sind. Gleicht der Vitamingehalt die Pestizidbelastung aus oder schaufelt man sich mit „five a day“ sein eigenes Grab, wenn es nicht „five **Bio** a day“ sind? Wie viel Vitaminverlust durch falsche oder zu lange Lagerung ist tolerabel, woran kann man ihn feststellen und ab wann sollte auf Tiefkühlkost zurückgegriffen werden? Ist ein schon etwas welker Bio-Blumenkohl immer noch besser als tiefgefrorener konventionell produzierter? Ist Bio eine Alternative und wenn ja: wem kann man glauben, dass „Bio drin ist, wenn Bio drauf steht“? Und: Ist Bio noch Bio, wenn das Gemüse über tausende Kilometer geflogen wird, um hier verkauft zu werden?

Deutlich wurde auch der Zusammenhang zwischen Geschlechterrollenstereotypen und dem Zugang zu Lebensmitteln. So ist der Verzehr von Obst und Gemüse z.B. für Männer schwerer mit ihrer Geschlechterrolle vereinbar. Dieser Effekt scheint jedoch durch die Übernahme neuer Rollen (hier z.B. der Vaterrolle) veränderbar zu sein.

Kernbotschaft: Kohlenhydrate und Ballaststoffe

Ebenfalls bekannt war die Botschaft, dass Kohlenhydrate hauptsächlich in Form ballaststoffreicher Produkte gegessen werden sollten (s. Anhang 6). Doch auch hier blieb es nicht nur bei der Benennung der Vorgabe, es wurden ebenfalls die Schwierigkeiten in der Umsetzung thematisiert. So führte Frau O beispielsweise aus, dass sie beim Brotkauf nur noch zu einer speziellen Bäckerei geht, weil sie weiß, dass sie dort „richtiges“ Vollkornbrot bekommt: *„Ja weil die, Brot ist ja auch so 'ne Sache, die dunklen Brotsachen, die, wenn man denn mal hinten liest, was da drin ist, dann ist da Malz, Sirup, Glukose, da ist mehr Zucker drin als, als alles andere, nur mit andern Namen, weil, das hat man mir mal gesagt, wie viel verschiedene Namen Zucker haben kann. Und deswegen also, auch weiß ich, beim X-Bäcker die haben da 'n Brötchen auch, das ist so Vollkor_ das ist wirklich 'n Vollkornteil, da ist man nur am kauen. Und wenn sie das gegessen haben, dann sind sie satt. Ne, also das ist da schon, also diese Brote in den Märkten, wenn man da so in den Supermärkten mal hinten, da ist nur Malz, Sirup, Malz, Glukose und und und und und, tausend verschiedene Sorten, Namen für Zucker da drin.“* (E15: 222).

Wer richtiges Vollkornbrot kaufen möchte, muss sich auskennen und beim Einkauf sehr aufmerksam sein.

Herr C führt im Zusammenhang mit Vollkornbrot an, dass es im Vergleich mit hellem Brot länger satt macht und es zudem noch – zumindest wenn es ganz frisch ist – sehr gut schmeckt. Ob der Verzehr von Vollkornbrot für ihn eher die Ausnahme oder die Regel ist, wird nicht ganz klar. Seine Wortwahl im folgenden Zitat lässt eher auf den ausnahmsweisen Verzehr schließen, an anderer Stelle berichtete er jedoch davon, dass er ein echter Brotfan sei (E03: 368-372). Dennoch lässt sich anhand seiner Äußerungen nichts Definitives über die Häufigkeit des Verzehrs von Vollkornbrot ableiten. Festhalten lässt sich jedoch, dass für ihn Vollkornbrot durchaus in Frage kommt und anscheinend auch nicht nur aus gesundheitlichen Gründen gegessen wird, sondern auch, weil es ihm schmeckt: *„Manchmal ess' ich auch tatsächlich ganz gerne so richtig dieses Vollkornbrot, also dass man auch tatsächlich ohne weiteres abgepackt im Supermarkt kaufen kann, diese diese Blöcke so. Wenn das frisch ist, ess' ich auch gern, also da hab' ich das Gefühl, das ist irgendwie was, das auch vorhält. Also ich mein', das ist die typische McDonald Geschichte, da kann man ja jetzt was essen, zwei Stunden später hat man wieder Hunger. Das ist bei solchen Sachen find' ich nich'. Wenn man was Gehaltvolles da isst, dann hält das auch vor und ja schmeckt auch obendrein noch.“* (E03: 372)

Positive Effekte sind unmittelbar erlebbar: Vollkornbrot sättigt lange und schmeckt.

Herr S berichtet, dass er zwar durch den Verzehr von Vollkornbrot statt hellem Brot und in Kombination mit gezügelterm Essen stark abgenommen hat, jetzt jedoch wieder zu hellem Brot zurückgekehrt ist: *„Was nicht geblieben ist da mit den Roggen und Roggen, also mit den Vollkornsachen. Eigentlich schade, hätt' ich beibehalten sollen (...).“* (E19: 247). Obwohl er sagt, dass ihm das Vollkornbrot, beziehungsweise die Vollkornbrötchen, gut geschmeckt haben, hat Herr S seine Ernährung wieder auf helles Brot umgestellt, wobei die Gründe für sein Tun im Unklaren bleiben.

Auch unmittelbare positive Effekte führen nicht zwangsläufig zu einer dauerhaften Änderung der Gewohnheiten.

Frau B, die im Interview sehr gesundheitsbewusst wirkt, sehr auf Ernährung achtet und sich insgesamt viel mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen scheint, berichtet, dass auch sie hin und wieder von Freundinnen darauf aufmerksam gemacht wird, dass sie zu viele Weißmehlprodukte isst. Auf diese Hinweise reagiert sie sehr schuldbewusst. Für sie scheint klar zu sein, dass die Erkenntnis, dass Vollkornbrot oder -brötchen gesünder sind als Weißmehlprodukte in einer hundertprozentigen Umsetzung in den Alltag münden sollte. Helle Brötchen zu essen, erscheint hier fast als „Sündenfall“. Nicht thematisiert werden die Gründe dafür, dennoch helle Brötchen zu es-

sen und es lässt sich nur mutmaßen, dass diese Wahl eine Frage des Appetits war: „ (...) wenn mir jetzt irgendwie 'ne Freundin erzählt, 'Was, du, du hast jetzt heute wieder 'n helles Brötchen gegessen und das, das ist doch irgendwie nicht gut dieses helle Mehl. ' Und dann denk' ich wieder: 'Oh Gott, das helle Mehl ((lacht)). Vielleicht sollt' ich doch lieber irgendwie nur Vollkornbrötchen und Brot und so essen.“ (E02: 587)

Dass Vollkornbrot sich nicht uneingeschränkter Beliebtheit zu erfreuen scheint, wurde explizit vor allem über Erzählungen über Kinder, zum Teil aber auch über männliche Partner deutlich. Frau J berichtet, dass ihr Sohn kein Vollkornbrot mag und sich sogar weigert, es zu essen. In diesen Fällen ist eine Entscheidung notwendig: Lässt man das Kind essen, was es will, macht man Druck oder versucht man immer wieder, die gesündere Variante anzubieten? Frau J hat dieses Problem dahingehend gelöst, dass sie bei der Brotauswahl nachgegeben hat, dafür aber vorgibt, was *auf* das Brot kommt: „Und dann, wir kriegen 's so mi'm Vollkornbrot nich' so gut hin, also bei ihm [gemeint ist der Sohn, Anm. d. Verf.in] ist es so 'n bisschen mehr doch das Toast, aber ich sag, dann kommt was Anständiges drauf. Also Frischkäse ist drauf oder Salami oder Pute, das sind so diese drei Sachen, die er dann in 'er Schule isst.“ (E10: 279) Frau Q versucht, ihrem Mann immer wieder die gesündere Variante anzubieten. „Aber ich versuch ihn da so langsam, denn sag ich, 'Guck mal, schmeckt doch auch. ' ' Oh ja, man kann das ja mal probieren. ' ((lachen beide)) Dass er auch langsam dahinter kommt.“ (E17: 366) Während Frau Qs Mann sich anscheinend auf diese Offerte einlässt, schildert Herr G, dass er auf solche Angebote überhaupt nicht eingeht: „Ich ess' auch gerne Toastbrot, Weißbrot und so weiter sowie Sandwichbrot und so weiter und, es kommt selten vor, nur wenn meine Frau mal Bock drauf dann hat, dass wir dann 'n Vollkornbrot haben oder so was. Weil, das guck ich dann an, schieb das zur Seite und hol mein Toastbrot raus.“ (E07: 138)

Der Verstoß gegen bekannte und akzeptierte Ernährungsempfehlungen erzeugt ein schlechtes Gewissen.

Ernährungsempfehlungen bergen Konfliktpotenzial.

Konfliktpotenzial.

Der Verzehr von Vollkornbrot, das machen die unterschiedlichen Statements deutlich, lässt sich anscheinend nicht so leicht in den Alltag integrieren. Anders als beim Thema Obst und Gemüse scheint es hier auch mehr Probleme aufgrund des Geschmacks zu geben, die mal mehr, mal weniger explizit benannt werden. Die Interviewpersonen, die sich als regelmäßige KonsumentInnen von Vollkornbrot erwiesen, verbanden damit häufig ganz spezielle Wünsche, in der Re-

gel, den Wunsch abzunehmen (E01, E15) aber auch den Wunsch, einem Kind gutes Essen anzubieten (E16). Weitere Themen, die in diesem Zusammenhang aufscheinen, sind das schlechte Gewissen, wenn von der als gesünder angenommenen Wahl abgewichen wird und die eher weibliche Rolle, Männern und Kindern das Essen von Vollkornbrot schmackhaft zu machen. Solche Situationen bergen ein hohes Konfliktpotential. Die Aushandlungsprozesse wie oben beschrieben, erfordern neben fachlichem Wissen (welche Komponenten können ohne Qualitätsverlust ausgetauscht werden?) und Konsequenz auch den Willen und die Fähigkeit zu häufigen Auseinandersetzungen, denn das Problem taucht jeden Tag aufs Neue wieder auf. Ein weiteres Problem, das den Verzehr von Vollkornbrot erschwert, ist anscheinend der Etikettenschwindel beim Verkauf. Im Wissen, dass KonsumentInnen verstärkt nach „gesunden“ Kriterien auswählen, werden offensichtlich Brote produziert, die wie Vollkornbrote aussehen, aber keine sind. Die Aufdeckung solcher Verkaufstricks erfordert, wie oben dargestellt, schon ein recht hohes Maß an Fachwissen – und natürlich ständige Aufmerksamkeit beim Einkauf.

Kernbotschaft: Zucker und Fett nur in geringen Mengen

Zuckerkonsum

Dass ein hoher Zucker- oder Fettkonsum ungesund sind, fand sich in unterschiedlichen Formulierungen in zahlreichen Interviews (vgl. Anhang 6). Während ein Interviewter davon sprach, dass Zucker „eben dick“ macht (E05: 668), drückte es ein anderer Interviewpartner sehr drastisch aus: „ (...) *ich guck ja auch immer, ich weiß ja auch mit dem Zucker und so ((lacht)) ist ja immer so. Aber es ist überall drinne in solchen Sachen. Zucker ist, Zucker ist ja. (...) Das Schädlichste, was es überhaupt gibt.*“ (E18: 199) Gleichzeitig stand Fettiges und Süßes aber auch für Genuss und Lebensqualität. Die als besonders lecker beschriebenen Dinge waren häufig auch die als ungesund bezeichneten und dieses Dilemma war auch bewusst. Eine mögliche Lösung lautete, sich dennoch nichts zu verbieten, aber eben alles in Maßen zu essen: „*Und das find' ich halt wichtig, dass man sagt, ja klar du kannst alles essen, du kannst alles machen, es muss halt nur im gewissen Rahmen bleiben. Die Dosis macht das Gift. Und das trifft ja, das ist ja übertragbar auf alles im Grunde.*“ (E03: 494)

Man kann prinzipiell alles essen: auf die Menge kommt es an.

Dass Zucker nicht lebensnotwendig ist und eher zurückhaltend konsumiert werden sollte, schien in der Gruppe der Interviewten weit- hin bekannt zu sein. Problematisch scheint jedoch die Umsetzung zu sein. Herr F beschreibt, dass er sich aufgrund seiner Vorliebe für das Essen generell, aber auch für Süßigkeiten, ständig zusammenreißen muss. Sein Lösungsversuch besteht darin, sich und anderen zu sa- gen, dass dem Konsum so genannter ungesunder Nahrungsmittel ei- ne ganz bestimmte und wichtige Funktion zukommt: er macht glück- lich. Damit erweitert er den Gesundheitsbegriff um die Komponente des psychischen Wohlbefindens. Das Glücksgefühl, das er über Sü- ßigkeiten bekommt, legitimiert seiner Meinung nach den Süßigkeiten- konsum: *„Ich versuch' mich andauernd zusammenzureißen. (...) ich will 's aber nicht wirklich übertreiben. Ich glaube nämlich, auch was Ungesundes zu essen, ist auch 'ne Form von Glück. (...) Ja hier, was heißt ungesund? Ich ess' definitiv auch zu viel Süßigkeiten, das weiß ich auch. Aber ich glaube das Lachen, das man innerlich dabei hat, macht einen glücklich. Also ist es legitim.“ (E06: 79-87)*

Die Existenz un- gesunder, aber leckerer Lebens- mittel stellt eine ständige Heraus- forderung dar.

Süßigkeiten machen glücklich. Deswegen ist es legitim, sie zu konsumieren.

Frau J vertritt im Hinblick auf Süßigkeiten und Zucker die Posi- tion, dass bestimmte Dinge einfach zum Leben gehören. Eine Be- gründung für diese Einstellung führt sie zwar nicht explizit an, wahr- scheinlich ist jedoch, dass sie es für falsch hält, einem Kind etwas vorzuenthalten, was hierzulande zu einer „normalen“ Ernährung ge- hört und was jeder kennt. Damit spricht sie den Aspekt der sozialen Exklusion an. Wer sich essenstechnisch von den üblichen Gepflog- enheiten absetzt, grenzt sich aus. Gegenüber den Auswirkungen ei- ner solchen Ausgrenzung gewichtet sie das Risiko eines Nutellabrot- es als eher gering: *„Ich sag mal, es gibt so 'n paar Produkte, die gibt es bei uns im Haushalt einfach und da weiß ich, dass da der Zucker- oder Fettgehalt einfach enorm hoch ist und das ist so schlecht. Ich sag mal, das typische Glas Nutella, ne, das angeblich gesunde Frühstück. Dass das absolut schlecht ist, das weiß ich. Aber ich finde ein Kind, was ohne Nutella groß wird (--) das ist schon so, da mach' ich keine Einschränkung.“ (E10: 183)*

Durch den vollkom- menen Verzicht auf bestimmte Nah- rungsmittel grenzt man sich sozial aus.

Frau M regelt den Zuckerkonsum ihrer Kinder darüber, dass sie darauf achtet, dass er durch eine entsprechende Menge gesunder Nahrungsmittel ausgeglichen wird. Wenn der gesunde Teil des Es- sens „abgearbeitet“ ist, dürfen die Kinder auch Marmelade oder Nu- tella essen: *„(...) die Kinder haben sonntags dann halt ihren süßen Tag sozusagen. Da gab 's Marmelade und Nutella gab es für die Kin- der. Nachdem sie natürlich erst ein Brot mit Käse oder Putenauf-*

Negative Folgen des Zuckerverzehrs kön- nen durch das Essen gesunder Nah- rungsmittel ausgegli- chen werden.

schnitt gegessen haben, weil das ist Pflicht bei mir ((lacht)). Dann dürfen sie danach noch gern ein Nutellabrot oder halt Marmeladenbrot essen.“ (E13: 242)

Ein Aspekt, der vorzugsweise im Zusammenhang mit Süßigkeiten thematisiert wurde, war ihre Funktion als Kompensationsmechanismus. Schokolade als Seelentrost einzusetzen, schien eine nicht unübliche Art der Nutzung zu sein. *„Und da verschwindet auch durchaus noch mal so zwischendurch wenn ich 'n Frusttag hab, kann mal 'ne Tafel Schokolade in mir verschwinden. Dann ist mir zwar übel, aber es geht mir auch gut ((lachend)).“ (E01: 97)* Ähnliches schildert auch Frau D. Für sie war und ist der Konsum von Süßigkeiten eine Möglichkeit, mit Ärger umzugehen. So tröstet sie sich nach einem Streit mit ihrer Mutter häufig mit einem Stück Kuchen: *„Ich hab' früher also sehr viel, auch heute noch, bin ich aneinandergeraten mit meiner Mutter oder so. War ich denn so stinkig, dass ich denn zum nächsten Laden und hab' mir erst mal Kuchen gekauft und das hab' ich natürlich jetzt versucht nachher, ich war dann auch mal in Therapie, und das hab' ich, also später aber erst, und das hab' ich denn jetzt also auch versucht mal anders zu machen.“ (E04: 1145)* Ebenso wie das Schokoladessen gegen den Frust, wie von Frau A geschildert, kann auch das Kuchenessen nach erlebtem Ärger als Form der Selbstsorge betrachtet werden. Beide Frauen versuchen, erlebte Belastungen zu mildern, indem sie sich etwas Gutes tun. Der Konsum „tröstender“ Lebensmittel ist eine leicht verfügbare und in der Regel preiswerte Möglichkeit, dies zu tun.

Süßigkeitenkonsum ist eine Form der Selbstsorge.

Der Zucker- und Süßigkeitenkonsum oder vielmehr die Kontrolle dieses Konsums, stellt für die meisten Interviewten eine große Herausforderung dar. Für die meisten zählen Süßigkeiten und Kuchen zu den geliebten und gleichzeitig „gefürchteten“ Lebensmitteln, weil sie wie kaum ein anderes Nahrungsmittel mit Lust und gleichzeitigem Zwang zur Disziplin verbunden sind. Die Auflösung dieses Widerspruchs wird als Herausforderung empfunden und sehr unterschiedlich bewerkstelligt. So gibt es die Position, dass auch Süßigkeiten per se nicht ungesund sind, sondern es auf die Menge ankommt. Auch der Aspekt der Integration bzw. Desintegration wird in diesem Zusammenhang genannt: Wer immer konsequent ungesunde Nahrungsmittel meidet, grenzt sich damit auch zu einem Teil aus dem gesellschaftlichen Leben aus. Die Gefahr dieser Ausgrenzung ist womöglich größer als die, welche vom Zuckerkonsum ausgeht. Es

gibt aber auch Ideen davon, dass Süßigkeitenverzehr der Herstellung von Wohlbefinden dient und damit legitim ist. Darüber hinaus werden süße Speisen auch gezielt zur Bewältigung belastender Situationen eingesetzt. Ähnlich wie bei der Erzeugung von Wohlbefinden steht in diesem Fall die Psychohygiene im Vordergrund.

Fettkonsum

Dass Fett nur in möglichst geringen Mengen konsumiert werden sollte, war eine unter den Interviewten weit verbreitete Erkenntnis (s. Anhang 6). Während jedoch im Fall des Zuckerkonsums eine klare Trennung zwischen gesunden und ungesunden Lebensmitteln möglich ist, weil Zucker kein existenziell notwendiger Nährstoff ist, ist dies für den Fettkonsum nicht realisierbar, denn Fett ist ein essentieller Bestandteil der Nahrung. Darüber hinaus, so machten die Interviewten deutlich, gibt es innerhalb der Stoffgruppe der Fette große qualitative Unterschiede, die es zu beachten gilt. Hier greifen also zum Schutz vor einem Zuviel oder dem Falschen keine einfachen Ja-Nein-Lösungen, sondern es geht um den differenzierten und kenntnisreichen Umgang mit Nahrungsfetten.

Ein großes Thema im Zusammenhang mit dem Fettkonsum sind die so genannten Light-Produkte. Diese wurden vielfach sehr kritisch gesehen. Zum einen wurde der Nutzen solcher Produkte insgesamt in Frage gestellt, da es als ungeklärt galt, ob der Konsum von fettreduzierten Nahrungsmitteln tatsächlich zu einer geringeren Kalorienaufnahme führt oder ob dann unter Umständen einfach mehr gegessen wird: *„(...) Wie gesagt keine Light_ ich kauf keine Lightprodukte. Weil ich mir nich' hundert Prozent sicher bin, bringt das was oder bringt das nich'_ , selbst wenn man das jetzt kauft und das Kind isst aber trotzdem dann das Doppelte, kann es auch gleich das richtig fettige essen oder normal essen und eben halt 'n bisschen weniger. Also man sollte halt eben nur darauf achten, dass nich' zuviel des Guten ist.“* (E13: 399) Darüber hinaus kommen für einige der Interviewten fettreduzierte Lebensmittel allein schon aus geschmacklichen Gründen nicht in Frage. So äußert Herr N: *„Low Fat, wie das so schön heißt, das schmeckt doch meist auch gar nich' mehr so.“* (E14: 146) Auf die unterschiedliche Qualität von Nahrungsfetten bezieht er sich in seiner Ausführungen nicht. Sein Orientierungspunkt im Falle des Fettkonsums ist das Körpergewicht. Für ihn gilt: *„(...) wenn man versucht, das so 'n bisschen alles in Griff zu kriegen und sein Gewicht so halbwegs noch so im erträglichen Rahmen zu halten, ist das auch okay noch, ne.“* (E14: 146) Auch für Frau A sind fettreduzierte Produkte keine Alternative. Sie hat fettreduzierten Käse probiert und resümiert: *„Wenn ich Schuster wäre, hätt' ich ihn untergenagelt, ansonsten quietscht das Zeug nur. Entweder ess' ich Käse mit richtig Fett. Das kann dann auch gern so'n 60%iger Brie sein. Dafür ess' ich*

Die Kalorienersparnis durch den Verzehr von Light-Produkten wird möglicherweise über eine Vergrößerung der Portion kompensiert.

Fettreduziert schmeckt nicht.

So lange das Körpergewicht in Ordnung ist, braucht man keine fettreduzierten Lebensmittel.

Fetteiche Nahrungsmittel in Maßen sind kein Problem.

ihn dann ganz selten mal, als besondere Ausnahme.“ (E01: 396) Frau J weist in ihren Ausführungen zum Thema Light-Produkte darauf hin, dass die angepriesene Fett- und Zuckerreduktion vielfach zu gering ausfällt oder auch nur ein Werbemittel ist. Sie hat sich angewöhnt, solchen Hinweisen zu misstrauen und kontrolliert im Einzelfall die Nährwertdeklaration, um sich ein eigenes Urteil zu bilden: „Vor allem lass' ich mich auch nicht mehr blenden von diesen ganzen Lightgeschichten. Also ganz oft steht ja auch Light drauf. Ich greif trotzdem instinktiv erst mal hin, guck' aber trotzdem auf die Rückseite. Und wenn ich dann sehe, das ist also für Light hat das einfach irgendwie noch viel zu viel Fett oder Zucker, dann gucke ich noch mal, ob's 'ne andere Alternative gibt, das mach' ich schon ja.“ (E10: 183)

Bei Light-Produkten handelt es sich oft um Etikettenschwindel.

Für andere Interviewte stellten fettreduzierte Produkte eine echte Alternative dar. Um Kalorien zu sparen, probiert Herr C gerne fettreduzierte Waren aus, die dann, wenn der Geschmack stimmt, in den Alltagsgebrauch übergehen: *„Also es ist auch wichtig, wobei, also wenn man drauf verzichten kann, ohne Geschmackseinbußen zu haben, achten wir da schon drauf. Also, weiß ich nich', so was wie Miracel Whip zum Beispiel gibt 's als Lightversion, die genauso gut schmeckt wie die andere. Kaufen wir immer die Lightversion. Man kann auch, weiß ich nich', Sahne nehmen zum Kochen, man kann aber auch die Hälfte irgendwie so'n anderes Zeug da reinschütten, was halt fettreduziert ist (...)“ (E03: 305)*

Die Umstellung auf fettreduzierte Produkte ist nur möglich, wenn es nicht zu Geschmackseinbußen kommt.

Neben den Themen „Fettgehalt“ und „Geschmack“ zeichnete sich die unterschiedliche Qualität der verschiedenen Nahrungsfette als ein weiterer Aspekt ab, der berücksichtigt wird. Bekannt war beispielsweise, dass Cholesterin nur in geringen Mengen verzehrt werden sollte (s. Anhang 6), ebenso wie der Umstand, dass Fisch „gute Fette“ enthält: *„Und Fisch essen wir inzwischen auch wieder vermehrt. Wegen, auch einmal weil er schmeckt und zum andern weil da bestimmte Sachen drin sind, Omega-3-Fettsäuren zum Beispiel, die man so nich' oder kaum zu sich nehmen kann (...)“ (E18: 75).* Auch die unterschiedliche Qualität von Pflanzenfetten war bekannt. Frau Q hat im Rahmen einer Kur einen Ernährungskurs gemacht und dort gelernt, dass es unterschiedlich gute Pflanzenfette gibt und dass „light“ für sich genommen keine Qualitätsaussage ist. Was genau den Unterschied zwischen einer „guten“ und einer „schlechten“ Margarine ausmacht, kann sie zwar nicht benennen, aber sie hält sich an die Ratschläge, die sie in diesem Kurs bekommen hat und hat dementsprechend ihre Margarinesorte gewechselt: *„Becel ist ist gut und noch*

Es gibt Fette, die über die Nahrung aufgenommen werden sollten, weil sie besonders wertvoll sind.

eine ganz billige von Aldi von den Werten und die Lätta war so schlecht in den Werten und die hatt' ich immer früher gehabt, weil ich dachte, 'Oh leicht'. (E17: 131)

Die Ausführungen zum Thema Nahrungsfette weisen, wie bei den vorangehenden Themen auch schon deutlich wurde, darauf hin, dass es eines zusätzlichen und teils sehr detailreichen Fachwissens bedarf, um Ernährungsempfehlungen sinnvoll umsetzen zu können. Vor allem bei den Nahrungsfetten, die einen essentiellen Bestandteil der Ernährung darstellen, hat ein generelles Vermeidungsverhalten wenig Sinn, da es zu Mangelerscheinungen führen würde. Eine alleinige Orientierung an der Vorgabe, Fett zu sparen, führt unter Umständen zum Konsum von Lebensmitteln, die aus anderen Gründen gemieden werden sollten. So enthalten „Light“-Produkte zum Beispiel häufig Transfettsäuren (die von den Interviewten als „ungesunde“ Fette bezeichnet werden). Auch hier bieten die Empfehlungen keine Unterstützung im Aufdecken dieser Problematik, dafür sind weitere formelle und informelle Informationsquellen notwendig.

Kernbotschaft: Wenig Fleisch

Die Botschaft wenig Fleisch zu essen ist eng verknüpft mit dem Thema „Fettverzehr“. Auch hier zeigte sich ein recht breites Wissen um den Fett- und Kaloriengehalt von Fleisch oder die Existenz „versteckter“ Fette. Die Empfehlung, nicht täglich Fleisch zu essen beziehungsweise den Fleischkonsum möglichst gering zu halten, scheint weithin bekannt zu sein (s. dazu Anhang 6). Auch hier sollen im Weiteren weniger die Ernährungsempfehlungen als solche, als die Umsetzungsprobleme näher beleuchtet werden.

Ein Problem bei der Umsetzung der Empfehlungen zum Fleischkonsum ist, dass sie zum Teil mit Empfehlungen im Rahmen von Diäten kollidieren. So berichteten einige Interviewpartnerinnen, dass sie sich nach der Methode „Schlank im Schlaf“ ernähren, nach der abends keine Kohlenhydrate mehr gegessen werden dürfen. Als Abendmahlzeiten werden Gemüse und Salat mit Fleisch oder Fisch empfohlen: *„Und dann gibt es abends eben 'n Stück Fisch oder Fleisch mit Blumenkohl, zurzeit ist Spargelsaison im Garten nehm' ich auch 'n Pfund bis dreiviertel Pfund Spargel. Und 'n bisschen Fleisch dazu. Oder ebend, dass ich mir dann so 'ne Obstplatte, Quatsch Gemüseplatte mache und da irgendwie bisschen Hähnchen zu brate*

Ernährungsempfehlungen können mit Diätvorschriften kollidieren.

oder so.“ (E01: 221) Da hier die primär sättigende Komponente das Fleisch (oder der Fisch ist), besteht die Möglichkeit, dass der Fleischkonsum eher hoch ausfällt.

Die Lebensmittelherstellung und -qualität war im Zusammenhang mit Fleisch ein großes Thema. Hier wurde ein weit verbreitetes Misstrauen gegenüber Fleischproduzenten und -anbietern deutlich. Die InterviewpartnerInnen berichteten zum Beispiel über Zweifel an der Frische abgepackter Produkte, auch wenn das Haltbarkeitsdatum auf dem Etikett noch nicht überschritten war: „*Na ja auch denn häufig diese abgepackten Skandale und schon alt gewesen oder abgelau- fen, wieder neu etikettiert und solche Sachen*“ (E09: 148). Neben solchen Qualitätsmängeln wurden auch Zweifel an der Lebensmittelsicherheit in Bezug auf die Verbreitung von Krankheiten geäußert. Auch in diesem Fall zeigt sich der Lebensmittelindustrie gegenüber ein großes Misstrauen, das sich auf Erfahrungen in der Vergangenheit gründet: „*Also was ich zum Beispiel grundsätzlich beim Fleischer kaufe, ist Rinderfleisch. Das ist so 'n bisschen so diese Vertrauenssache, seit 's damals mit dem Rinderwahn war, (...).*“ (E10: 127)

Gelöst werden können diese Probleme von den VerbraucherInnen nicht. Um jedoch handlungsfähig zu bleiben, gab es die Konstruktion der Vertrauensbeziehung zu einem Verkäufer. Im guten Glauben daran, dass jemand, den man persönlich kennt, einem kein verdorbenes, umetikettiertes oder in irgendeiner Form belastetes Fleisch verkauft, wird die Informationslücke im Hinblick auf die Qualität durch Vertrauen zum Verkäufer oder der Verkäuferin geschlossen. Als Nachweis dafür, dass dieses Vertrauen nicht blind ist, werden zum Teil auch Belege dafür angeführt, warum die gewählte Verkaufsstelle die richtige ist. Herr F führt zahlreiche Argumente an, die seines Erachtens dafür sprechen, dass er mit der Wahl seines Metzgers richtig liegt. Deutlich wird in seinen Ausführungen, dass neben dem Aussehen der Ware das persönlichen Kennen wie auch der Zeitraum, den jemand schon im Geschäft ist und der „Ruf“ eines Geschäfts (also das Qualitätsurteil, das eine ganze Personengruppe abgibt), vertrauensbildend wirken können: „*(...) an unserem Markt ist die Wursttheke also außerordentlich gut. Egal wann, zu welcher Zeit sie kommen, es ist alles bestens sortiert und auch das Fleisch wird da in der eigenen Schlachtereie vorbereitet und was weiß ich, ob das Grillspieße sind, ob das alles Mögliche. Es sieht immer sehr gut aus. Es ist qualitativ auch wirklich gut. Also das sagt man dem Markt schon lange zu, der ist seit, wahrscheinlich verschätzt' ich mich da, aber der ist be-*

Die Qualität von abgepacktem Fleisch ist fraglich. Das Haltbarkeitsdatum bietet keine Sicherheit und es gibt gute Gründe, misstrauisch zu sein.

Auch erwiesenermaßen ungesundes, weil von kranken Tieren stammendes Fleisch, wird im Lebensmittelhandel angeboten.

Wenn Möglichkeiten zur Überprüfung fehlen, kann dies nur noch durch Vertrauen ausgeglichen werden.

Nur wen man kennt, dem kann man vertrauen.

stimmt seit 30 Jahren da am Platz ist vor 'n paar Jahren modernisiert worden komplett. Mit 'ner superneuen Wursttheke, Käsetheke gleich nebenan, die langjährige Mitarbeiter, die sie, auch wirklich wissen was sie da machen und was sie da verkaufen.“ (E08: 88) Das Vertrauen stellt sich her über persönliches Kennen, Kontinuität und die Bestätigung der eigenen Einschätzung durch einen größeren Personenkreis. Dass auch die Verkäuferinnen und Verkäufer vielfach keinen Einblick in die Produktions- und Verarbeitungskette haben, wird dabei vollkommen ausgeblendet.

Eine weitere Lösung für die Qualitätsproblematik wurde im Kauf von Biofleisch gesehen. Hier trat zugleich aber auch die Preisproblematik sehr deutlich zutage. Für Personen mit knappen finanziellen Ressourcen ist der Kauf von Biofleisch keine realistische Alternative. Frau K äußert im Interview ihr Unverständnis darüber, dass die Fleischproduktion nicht generell auf Qualität ausgerichtet ist und zwar so, dass alle Zugriff darauf haben: *„Weil wenn man jetzt wirklich auf Bioprodukte eher eingehen würde, die muss man ja weitaus teurer bezahlen als wenn ich mir jetzt 'ne normale Frischgurke hole. Und wenn ich jetzt hier mir Biorindfleisch hole, wo ich weiß, das is artgerecht gehalten und kann sich so ernähren wie früher 'n Rind sich ernährt hat und wird da nich' mit irgendwelchen Sachen vollgestopft, das muss ich dann auch schon bezahlen, dieses. Und das ist eigentlich, ja find' ich schon traurig, weil es wird so viel Fleisch produziert, was gar nich' verwendet wird, dann sollte man lieber so das rückläufig machen, weniger produzieren, aber dafür gut ne.“ (E11: 284)*

Es sollte besser weniger und dafür qualitativ besseres Fleisch produziert werden.

Neben dem auch in anderen Zusammenhängen bereits erwähnten Phänomen der Widersprüchlichkeit verschiedener Ernährungsempfehlungen wurde beim Thema Fleischkonsum als weiterer Aspekt im Zusammenhang mit gesunder Ernährung deutlich, dass finanzielle Ressourcen den Zugang zu qualitativ guter und damit gesunder Ware regeln. Das vorhandene Angebot (gute Qualität ist nicht selbstverständlich, sondern muss zusätzlich bezahlt werden) verschließt Personen mit geringen finanziellen Ressourcen systematisch den Zugang zu hochwertigen Lebensmitteln. Die kritische Haltung abgepacktem Fleisch gegenüber leitet sich aus den Erfahrungen ab, die VerbraucherInnen in den letzten Jahren gemacht haben. Die verschiedenen Fleischskandale haben zu einem tiefen Misstrauen in die Qualität von Fleisch geführt. Gleichzeitig wird deutlich, dass es kaum Möglichkeiten gibt, die Fleischqualität zu überprüfen. Um dennoch

handlungsfähig zu bleiben, werden verschiedene Auswege aus der Situation entwickelt, wie zum Beispiel der Aufbau einer Beziehung zum Verkäufer oder der Verkäuferin. Im Vertrauen darauf, dass jemand, den man persönlich kennt, einem nicht wesentlich minderwertiges oder gar verdorbenes Fleisch verkauft, wird Fleisch dann nur noch beim Metzger oder an der Frischtheke des Supermarktes gekauft, in dem man den Verkäufer kennt. Eine weitere, von den Interviewten in Betracht gezogene Möglichkeit, ist der Kauf von Biofleisch (E11: 284) oder von ganz speziellem Fleisch, wie zum Beispiel Pferdefleisch (E05: 23). Alle Varianten sind jedoch mit höheren Ausgaben für Lebensmittel verbunden und damit eine Frage der finanziellen Ressourcen.

3.2.2 Hindernisse und Ressourcen für eine gesunde Ernährung

In Kapitel 3.2.1 ist bereits deutlich geworden, dass Ernährungsempfehlungen vielfach Fragen nicht beantworten, sondern neue aufwerfen. Während in Kapitel 3.2.1 die von den Interviewten *explizit* formulierten Fragen und Widersprüche dargestellt wurden, ist es Aufgabe dieses Kapitels, die aus den Erzählungen sich ergebenden und den Interviewten nicht bewusst zugänglichen Fragen, Hindernisse und Ressourcen im Zusammenhang mit der Ernährung abzubilden. Dazu wird der Blick darauf gelenkt, wie das vorhandene Wissen in die Praxis umgesetzt wird und danach geschaut, was die Integration dieses Wissens in die alltägliche Lebenspraxis beeinflusst oder anders ausgedrückt: Wie bewegen sich das Wissen und die alltägliche Lebenspraxis aufeinander zu und welche Veränderungen erfahren beide dadurch? Eine erschöpfende Antwort auf diese Fragen kann auf der Basis der vorhandenen Interviews nicht gegeben werden – dafür fehlen vor allem tiefer gehende Informationen über die Mechanismen, die hier wirksam werden. Es lassen sich jedoch rein phänotypisch einige Umgehensweisen mit Informationen zur Ernährung darstellen. Besonders deutlich wurden diese bei Personen, die mit krankheits- oder unverträglichkeitsbedingten Beschränkungen ihrer Nahrungsauswahl leben müssen oder aus bestimmten Gründen ihre Ernährung komplett oder teilweise umgestellt haben. Daher werden die Ausfüh-

rungen dieser InterviewpartnerInnen hier einer eingehenderen Betrachtung unterzogen. Anders als in Kapitel 3.2.1 geht es hier nicht um die den Beteiligten selber zugänglichen Mechanismen, sondern um die durch die Textanalyse sichtbar gewordenen. Die Strukturierungsgrundlage dieses Kapitels stellen sieben ausgewählte Interviews dar.⁹

Frau D

Frau D ist 60 Jahre alt, Diabetikerin¹⁰, geschieden und hat einen erwachsenen Sohn. Sie lebt alleine. Die ersten zehn Lebensjahre hat sie bei ihrer Großmutter gelebt, die sie gelobt hat, wenn sie aß und sie mit Weißbrot und Margarine „vollgestopft“ hat, wie Frau D es ausdrückt. Nach zehn Jahren im Haushalt der Großmutter kam Frau D zu ihren Eltern, die einen Gemüseladen betrieben. Dort hat sie sich dann „auf Obst spezialisiert“ (E04: 83), im Haushalt wurde insgesamt viel Obst und Gemüse gegessen. Über die Gründe für ihre lange Unterbringung bei der Großmutter und die Umstände, unter denen sie dann zu ihren Eltern kam, berichtet Frau D nichts.

In den neunziger Jahren erfuhr Frau D von ihrer Diabetes-Erkrankung. Im Rahmen der Erzählung über die Diagnosefindung stellt sie sich als aktiv, überlegt und zielstrebig Handelnde dar: Sie wählte zunächst den zu ihren Beschwerden passenden Facharzt aus. Nachdem dieser nichts feststellen konnte, so erzählt sie, kam ihr selber die Idee, dass eine Diabetes-Erkrankung hinter ihren Beschwerden stecken könnte. Daher ging sie zu einem Internisten und ließ dort Blut für eine entsprechende Untersuchung abnehmen. Auch diese Begebenheit schildert sie so, als sei sie – und nicht der Arzt – diejenige gewesen, die über die durchzuführende Diagnosemethode entschieden hat: *„Ich hatte Sehstörungen. Und bin dann zum Augenarzt, der hat nichts festgestellt und als ich dann von da fertig war mit der Untersuchung, da fiel mir das ein, also Zucker und ich weiß nicht, hab', bin ich dann nächsten Tag zum Internisten und dann hab' ich Blut abnehmen lassen.“* (E04: 223) In ihren Ausführungen zur Feststellung der Diabetes-Erkrankungen macht Frau D deutlich, dass **sie** die Expertin ist und die Professionellen, auf die sie gestoßen ist, sich

⁹ Ausgewählt wurden alle Interviews, die Hinweise auf implizite Inhalte enthielten.

¹⁰ Diabetes Mellitus Typ 2.

allesamt weniger auskannten. Auf dem so bereiteten Boden kann sie nun ihre Einschätzung der Therapieempfehlungen ausbreiten, die sie ebenfalls für unzulänglich hält. Belegt wird diese Unzulänglichkeit damit, dass sie durch die Befolgung dieser Empfehlung eine Hypoglykämie bekam, also in eine medizinisch bedrohliche Situation geriet: *„Also der Arzt wo ich damals behandelt worden bin, hat immer nur gesagt: Abnehmen. Ja also ich mein, dann hab ich schon nichts mehr gegessen, dann hab ich Unterzucker bekommen. Und wusste da, also der wusste auch nicht Bescheid.“* (E04: 219). Ihre Einschätzung der (In-)Kompetenz dieses Arztes erscheint im Licht dieser und der vorangegangenen Schilderung als folgerichtig. Sie inszeniert ihre Situation als die einer Kranken, die ihre Krankheit aufgrund der Inkompetenz der Fachleute, auf die sie getroffen ist, alleine bewältigen musste. Auch in Frau Ds anschließender Erzählung über die weitere Entwicklung scheint das Thema des Alleinseins mit der Krankheit immer wieder auf. Weder ihr Internist, noch die Ärzte im Krankenhaus kannten sich, laut ihrer Darstellung, mit der Behandlung von Diabetes aus, eine Krankenschwester konnte nach Ansicht von Frau D nicht einmal eine Spritze aufziehen. So ist ihr Fazit denn auch: *„Aber wenn sie heute nicht alles selber wissen, dann ist ganz schlecht“* (E 04: 250).

Aufgrund der von ihr als desolat empfundenen Versorgungssituation hatte Frau D sich dann mühselig und alleine in die Thematik Diabetes eingearbeitet. Guten Willens selber etwas zu tun, wenn das Gesundheitssystem schon nichts zu bieten hat, hat sie ihre Ernährung auf eigene Faust umgestellt (was genau sie umgestellt hat, berichtet sie leider nicht). Jedoch stellte sich nach mehreren Jahren heraus, dass diese Umstellung nicht den gewünschten Effekt erzielte, was, wie sie sagt, daran lag, dass ihr die Bedeutung von Kohlenhydraten im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung nicht klar war: *„Ja, also da hab' ich dann angefangen, bisschen anders zu essen. Da wusste ich das aber eben noch nicht mit den Kohlenhydraten, das hab' ich erst Jahre später hier erfahren, weil mein Zucker nicht mehr runterging.“* (E04: 254) Frau D, die nach ihrer Darstellung durchaus bereit war, etwas an ihrer Ernährung umzustellen, konstruiert also abermals eine Unzulänglichkeit der Professionellen, die ihr – so ihre Ausführungen – nicht mit auf den Weg gegeben hatten, dass sie als Diabetikerin mit Kohlenhydraten sparsam umgehen sollte. Ob dies tatsächlich so war oder nicht, ist in diesem Zusammenhang weniger interessant als die Tatsache, dass hier ein großer innerer Widerstreit

Umstellungen der Lebensführung können nicht in allgemeiner Form empfohlen werden, sondern müssen die individuellen Bedürfnisse und die Lebenspraxis aufgreifen und diesen angepasst werden.

(Ernährungs-) Botschaften, die bedeutsamen eigenen Bedürfnissen zuwiderlaufen, können nicht umgesetzt werden.

aufscheint: Einerseits das Bestreben, sich um die eigene Gesundheit kümmern zu wollen und andererseits die damit nicht kompatiblen Vorlieben, wie zum Beispiel Frau Ds große Vorliebe für Obst (auch eingemachtes Obst aus der Dose) sowie ihre Selbstsorge-Strategie, belastende Situationen durch den Konsum zuckerhaltiger Nahrungsmittel zu kompensieren (wie in 3.2.1 dargestellt). Diese zentralen Alltagspraktiken hätte sie im Zuge einer konsequent am Diabetes ausgerichteten Ernährungsumstellung modifizieren müssen. Mit dieser Aufgabe fühlte sie sich jedoch allein gelassen. Die von ihr oben geschilderte, nicht adäquate Ernährungsumstellung könnte man dahingehend verstehen, dass sie nicht einfach untätig sein wollte, es ihr jedoch nicht möglich war, die Empfehlungen ihres Arztes zu befolgen – vermutlich, weil sie den oben beschriebenen, von ihr als zentral erlebten Bedürfnissen, entgegen standen. Eine konsequente Anpassung ihres Ernährungsstils an ihre Erkrankung schien einen zu großen Einbruch in ihre Lebensnormalität zu bedeuten. Diese zu erhalten, scheint ihr ein wichtiges Ziel im Umgang mit ihrer Erkrankung zu sein: *„Also ich leb' damit und ich, ich bin nicht so der Typ, der nun ständig auf seinen Krankheiten rumreitet. Also ich denke, man kann auch normal weiterleben.“* (E04: 258) Sie möchte sich „normal“ und nicht krank fühlen und deshalb fällt es ihr schwer, sich ständig mit ihrer Krankheit und den damit verbundenen Einschränkungen auseinandersetzen zu müssen. Sie empfindet die Ausrichtung ihres Lebens nach ihrer Erkrankung als massive Einschränkung ihrer Freiheit und damit als Verlust an Lebensqualität: *Ich bin also zum Beispiel 'n Mensch, ich kann das nicht ab, wenn ich gezwungen werde, irgendwas zu machen. Also ich führ' zum Beispiel auch kein Tagebuch, weil ich das lästig finde, weil ich mich da viel zu sehr mit beschäftigen muss, und ich will das eigentlich gar nicht', also dass nicht jetzt, dass die Krankheit mein Leben bestimmt, das möchte ich nicht. Also ich möchte schon in gewisser Weise frei sein und sagen okay, mir geht das relativ gut sag ich mal bis auf bestimmte Sachen und die hat jeder und ich versuch' so gut wie möglich damit rumzukommen ne.* (E04: 1157-1159)

Krankheit wirkt als Fremdbestimmung. Ziel ist, größtmögliche Selbstbestimmung zu erhalten.

Dass Frau D durchaus auch für Veränderungen offen ist, wenn sie selber diejenige ist, die darüber entscheiden kann, deutet sich in ihren Erzählungen über ihre Essgewohnheiten an. So berichtet sie, dass sich ihr Geschmack im Laufe der Zeit verändert hat und sie durch das zunehmende Angebot ausländischer Restaurants auch neue Dinge kennengelernt hat: *„Plötzlich mag man Parmesankäse,*

was man früher nicht mochte. War ja auch die Zeit, wo denn die ganzen Ausländer hierher kamen, wo das eben auch normal war, dass man Konblauch gegessen hat und Schafskäse und alles Mögliche, ne.“ (E04: 109) „Also ich bin sehr offen für ausländische Sachen“ (E04: 660).

Frau D ist durch ihre Diabetes-Erkrankung mit Anforderungen konfrontiert, die in mehrfacher Weise ihren Bedürfnissen widersprechen. Möglicherweise aufgrund der Vorkommnisse in ihrer Kindheit scheint sie besonders misstrauisch zu sein, wenn sie die Entscheidungsgewalt abgeben und sich nach Vorschriften richten soll, die von außen an sie herangetragen werden. Sie möchte selbstbestimmt leben und nicht, dass Dritte oder auch eine Erkrankung über ihr Leben bestimmen. Ihr Ziel ist der Erhalt der von ihr selbst hergestellten (und damit als selbstbestimmt empfundenen) Lebensrealität. Dennoch zeigt Frau D auch Interesse an Veränderungen – so lange sie darüber selber entscheiden kann. An diese Ressource hätte hier angeknüpft werden müssen. Frau D hätte Unterstützung darin benötigt, die durch die Krankheit entstandenen Notwendigkeiten mit ihrer Lebenspraxis und den für sie bedeutsamen Bedürfnissen zu verbinden.

Herr G

Herr G ist Mitte vierzig, verheiratet und hat zwei Kinder im Teenageralter. Er berichtet im Zusammenhang mit seiner Ernährungsbiografie, dass er im Elternhaus in Bezug auf das Thema Ernährung nicht viel mitbekommen habe, da seine Eltern beide beruflich sehr eingespannt waren und er und sein Bruder sich schon recht früh selber um ihre Ernährung kümmern mussten. Die in kindlich-jugendlicher Eigenregie entwickelten Essgewohnheiten hat er beibehalten. Diese waren geprägt von einem gewissen Pragmatismus, aber wohl auch dem Luxus, dass es keine Vorschriften von Seiten der Eltern gab. So berichtet er zum Beispiel, dass er es als Kind geliebt habe, sich manchmal eine Pfanne Zwiebeln zu braten und mit Ketchup zu essen (E07: 72). Als Jugendlicher ist er dann häufig in Imbissbuden gegangen, weil es zu Hause nach zweiundzwanzig Uhr nichts mehr zu essen gab (E07: 110). Diese Regel hat er in den Alltag seiner Familie übernommen: *„Aber wenn die zuhause sind, Schule oder so, dann ist um zweiundzwanzig Uhr Daddeldu, wer dann in die Küche geht, dem fällt die*

Hand ab.“ (E07: 122) Um Ernährung hat er sich nie großartig Gedanken gemacht. Nachdem er mit seiner Frau in die erste eigene Wohnung gezogen war, wurde nach den jeweils aktuellen Bedürfnissen und Esswünschen eingekauft: „Also wir hatten beide verdient gehabt und wir sind immer einkaufen gegangen im Supermarkt [unverständlich, ? Wörter], haben nicht geguckt auf Ernährung, ausgeglichen, Ballaststoffe, Blablabla und so was. (...) Wir sind denn immer einkaufen gegangen: „Ich hab' Hunger, was essen wir?“ (E07: 132) Im gesamten Interview gibt Herr G sich als jemand, den Ernährung – erst recht so genannte gesunde Ernährung – nicht interessiert. Aus seiner Vorliebe für Currywurst und Pommes Frites, Würstchen Croissants und Coca-Cola macht er kein Geheimnis, sondern berichtet mit Stolz davon, dass er das alles essen und trinken kann und trotzdem keine Gewichtsprobleme hat. Für ihn ist klar, dass Menschen, die sich anders ernähren, dies letztendlich nur aufgrund von Gewichtsproblemen tun. Da er diese nicht hat, sieht er für sich keinerlei Handlungsbedarf: „Und ich feix mir immer einen, ich find' das halt lustig. Zeig immer mal 'ne lange Nase, „Scheiße, wenn du auf deine Figur achten musst, ne.“ (E07: 657) Allerdings spürt er auch den Druck, dem er aufgrund seiner Essgewohnheiten ausgesetzt ist und äußert, dass er aufgrund dieses Drucks sich manchmal wünscht, mehr Gemüse zu essen (was er aber nicht in die Tat umsetzt), damit er in Ruhe gelassen wird: „Ich würd' wahrscheinlich versuchen mehr Gemüse in meinen Alltag reinfließen zu lassen. Weil man ja eben dieses Bla-Bla gesund und auf der Welle mitschwimmen will. (...) Ja nur für die Allgemeinheit, nich' für mich persönlich. (...) Weil ich bin ein sehr harmoniebedürftiger Mensch und die sollen mich einfach nur in Ruhe lassen weil, ich möchte in Ruhe das essen, was ich essen möchte, das trinken, was ich trinken möchte und ich brauch' keine Kommentare dazu.“ (E07: 649-672) Das Thema „in Ruhe gelassen werden wollen“ taucht auch an anderen Stellen des Interviews auf. So berichtet Herr G, dass er in seiner Freizeit sehr engagiert als Fußballtrainer ist und zusätzlich auch noch als Betreuer auf Jugendfreizeiten fährt. Auch dort eckt er wegen seiner Einstellung zum Thema Ernährung an, da er dort ebenfalls die Prämisse vertritt, dass gegessen werden sollte, was (in diesem Fall den Kindern und Jugendlichen) schmeckt. Obwohl er positiv hervorhebt, dass der Sinn dieser Freizeiten für Kinder aus sozial schwachen Familien ist, dass sie auch in Bezug auf Ernährung mal etwas Neues (Gesünderes) kennenlernen, weigert er sich, in dem Bereich, für den er zuständig ist, dies auch umzusetzen: „Die Haupt-

Essgewohnheiten fungieren als soziale Distinktionsmechanismen.

mahlzeiten, die denn von den Freizeiten, also von den Häusern organisiert werden, das ist ganz normal Kartoffeln, Soße und so weiter. Das ist alles sehr ausgeglichen, damit die Kinder auch mal in den Genuss kommen, mit sowas Kontakt zu haben (...)" (E07: 145) „Warum soll man den Kindern was aufzwingen, was sie eh nicht essen? (...) Wenn wir zwischendurch diese Zwischenmahlzeit immer rausgeben – vierte Mahlzeit nennt sich das – na dann gibt es mal eben was weiß ich, Schokocroissants und so weiter. Das wird wenigstens gegessen.“ (E07: 145) Im Weiteren wird deutlich, dass diese Weigerung mit einer anderen Prioritätensetzung zu tun hat. Herr G betrachtet es als seine zentrale Aufgabe, sich mit den Kindern und Jugendlichen zu beschäftigen, mit ihnen zu sprechen oder zu spielen, statt ihnen eine „gesunde“ Zwischenmahlzeit anzubieten: „Und die anderen Teams fingen denn da an mit Obst, mit Obststicks zum Beispiel. Banane und Erdbeere und Kiwi und hast du nich' gesehen und Vanillesoße rüber. Um das aufzufahren brauchen drei Betreuer für so viele Kinder mindestens zwei Stunden. Das sind sechs Stunden Zeit, die die Kinder nicht betreut werden. Wo man, ich mein Kinder grade in den, die größeren Kinder aus den sozial schwächeren Gegenden, die haben ganz andere Probleme, in diesen sechs Stunden kannst du viel mehr erreichen bei den Kindern persönlich, anstatt irgendwelche dussligen Spieße zu machen. Anstatt denen in einem Gespräch einfach ein Brötchen in die Hand zu drücken.“ (E07: 569) Die drängendsten Probleme, die Herr G bei den Kindern und Jugendlichen sieht, liegen nicht im Bereich der Ernährung, sondern in der mangelnden Zuwendung, die sie erfahren. In diesem Argumentationskontext wird gesunde Ernährung in gewisser Weise zu einem Luxusproblem, nach dem Motto: „Wer keine größeren Sorgen hat, mag sich damit beschäftigen“.

In Bezug auf eine Umstellung der Ernährung berichtet Herr G davon, dass seine Frau seit ihrem achtzehnten Lebensjahr Marcumarpatientin ist und deswegen kein Vitamin-K-haltiges Gemüse essen darf. Für sie bedeutet dies einen Verzicht, da sie, wie Herr G schildert, beispielsweise Kohlgemüse immer gerne gegessen hat. Herr G isst seitdem, teils aus Solidarität, teils aus praktischen Erwägungen, auch keinen Kohl mehr. „Seitdem ist sie Marcumarpatientin, wird auch das Leben lang so bleiben, weil die auch nicht feststellen konnten, woher das gekommen ist. Und da haben wir dann aufgehört mit Gemüse, also mit Kohlgemüse, und ich ess' gerne Rosenkohl, Rotkohl ess' ich wahnsinnig gerne, aber ich, ich stell' mich da nicht

Das Ziel „Gesunde Ernährung“ kann anderen Lebensaufgaben und elementaren Bedürfnissen entgegenstehen.

Der Grad der Anschlussfähigkeit der neuen Ernährungspraxis an die bereits bestehende erleichtert bzw. erschwert die Übernahme.

hin und mach' das für mich alleine. Da hab' ich erstens keine Lust zu und zweitens meine Frau hat das auch sehr gerne gegessen.“ (E 07: 422) Der hier geschilderte Verzicht auf Gemüse stellt sich unter Einbeziehung der an anderen Stellen des Interviews dargestellten Vorliebe für Fast Food und der geringen Affinität zu Gemüse und Obst jedoch als wenig gravierende Einbuße an Lebensqualität dar. Herr G hat sich somit für seine Ernährungsumstellung etwas ausgesucht, das sich recht leicht in seine schon praktizierten Essgewohnheiten integrieren ließ. Auch sein Beispiel für eine weitere Änderung seiner Essgewohnheiten, weist darauf hin, dass diese wohl deswegen gelungen ist, weil die neue Ernährungsweise seiner Vorliebe für gehaltvolle Nahrungsmittel sehr entgegen kommt: *„Ja, aber sonst will ich mich da nich' irgendwie beeinflussen lassen, es sei, außer ich hab' n (--) hab' angefangen, denn was ich als Kind gar nicht hatte, Käse zu essen. Das hab' ich mir denn so angenommen. Aber auch mehr so 'n in 'ner überbackenen Form so ((lacht)).“ (E 07: 138)* Beide Beispiele für eine Änderung der Essgewohnheiten weisen darauf hin, dass die Anschlussfähigkeit des neuen Verhaltens an die bestehende soziale Praxis großen Einfluss auf die Übernahme hat. Im Kontext seiner sonstigen Essgewohnheiten stellte die Vorliebe für Kohlgemüse eher eine Abweichung dar. Der Verzicht darauf bewirkt also eher eine Homogenisierung der Ernährungsweise. Die Aneignung des Essens von Käse bedient eine schon vorhandene Vorliebe für Fast-Food (z.B. für Pizza). Beides begünstigt die Übernahme und Beibehaltung der neuen Gewohnheit.

Herr Gs Umgang mit dem Thema Ernährung ist in erster Linie durch Ablehnung geprägt. Er misst diesem Thema keine große Bedeutung bei, weil für ihn andere Dinge wichtiger und existentieller sind. So engagiert er sich zum Beispiel ehrenamtlich in der Kinder- und Jugendarbeit und sieht dort seine wichtigste Aufgabe in der Zuwendung und der Bereitstellung von Zeit für die Kinder und Jugendlichen. Weder aus seiner Vergangenheit, noch aus seinem aktuellen Lebensstil ergeben sich Punkte, an denen eine gesundheitsbewusstere Ernährung anknüpfen könnten. Wenn es jedoch um die Erkrankung seiner Frau geht, wird seine ablehnende Haltung brüchig. Hier bekommt die Ernährung dann doch einen gewissen Stellenwert, da er sich anscheinend sehr konsequent an die Einschränkungen hält, die seiner Frau

wegen ihrer Marcumartherapie auferlegt sind.¹¹ Zum einen wird dies sicher begünstigt durch seine geringe Affinität zu Gemüse, zum anderen wirkt diese praktische Prävention möglicherweise angstreduzierend. Die Befürchtung einer neuen Thrombose bei seiner Frau macht es ihm schwer, nur passiv abzuwarten. Zudem drückt sich hier möglicherweise eine große Zuneigung zu seiner Frau aus.

Herr R

Herr R, etwa 60 Jahre alt, ist mit vier Geschwistern in der Nachkriegszeit aufgewachsen. Die Familie hatte wenig Geld und das Essen war häufig knapp bemessen: *„Nee, nein nein, also Hunger hatten wir schon immer. Also es gab nich' so viel, dass wir immerzu satt waren (...)“* (E18: 55). Essen hatte eher einen funktionalen als einen genussvollen Charakter: *„Wir haben auch 'n Pausenbrot in die Schule mitbekommen, das haben wir auch aufgeessen, egal was drauf war. Da hatten wir Hunger in der Pause, das war so.“* (E18: 55) Trotz der knappen finanziellen Mittel wurden einige Dinge im Reformhaus eingekauft. So gab es beispielsweise sonntags Knäckebrötchen. Allerdings wurden dafür Verzehrsregeln aufgestellt: *„Das Knäckebrötchen hat ja zwei Seiten, eins mit Löchern, eins mit Rillen. Dann mussten wir das so drehen, dass die Löcher unten waren, damit man nich' soviel Aufstrich darauf schmieren konnte. Und da drauf gab 's dann Marmelade oder oder oder Vitam-R, das ist dieser Hefeextrakt, das gibt 's heute auch noch zu kaufen, das ist 'n ziemlich würziger Aufstrich, den mochten wir auch alle ganz gerne. Joa, das war so 'n Sonntagsfrühstück. 'N Ei gab 's dazu, 'n gekochtes, und weiß ich nich' mehr was, Milch, Milch glaub ich, haben wir getrunken wir Kinder, Milch und Kakao ja.“* (E18: 31) Die Schilderungen aus seiner Kindheit machen deutlich, dass Herr R mit Werten wie Mäßigung, Kontrolle und einem funktionalen Verhältnis zum Essen aufgewachsen ist. Nachdem er von zu Hause ausgezogen war, hat sich an seiner Ernährung einiges verändert. Er kaufte nicht im Reformhaus, sondern im Supermarkt ein, sonntags gab es Brötchen statt Knäckebrötchen zum Frühstück, er ging häufig auswärts essen, gönnte sich ein bisschen Luxus und

*Sachlich-funktionales
Verhältnis zum
Essen.*

¹¹ Der von Herrn G angeführte notwendige Verzicht auf Vitamin-K-haltiges Gemüse ist allerdings schon seit langem nicht mehr Bestandteil der Empfehlungen im Zusammenhang mit einer Marcumar-Behandlung.

Freiheit: „Man, zum Frühstück ((lacht)) is man halt denn auf Brötchen umgestiegen ne, das war allgemein so. Frische Brötchen. Extra losgefahren, Brötchen holen und so. Mit Butter, Wurst und dann paar Leckereien, so auch mal, ich weiß noch, Leberwurst mit mit Trüffelstückchen drin und solche Sachen alles, ne. Man hat sich dann halt was gegönnt ((lacht)). Anders als im Elternhaus. Gab 's auch Weintrauben dazu, morgens, und so was, das, was man, war alles 'n bisschen teurer damals, konnte man sich denn halt leisten. War ja auch noch keine Familie, ne. Und ansonsten, dann ist man halt vermehrt essen gegangen, (...).“ (E18: 63) Durch seine zweite Frau und die dann gegründete Familie änderte sich das Ernährungsverhalten erneut. Es wurde wieder mehr zu Hause gegessen und Herr R lernte sogar ein bisschen kochen, um im Notfall auch einmal etwas für die Kinder zubereiten zu können. Die Ernährung stand auch in dieser Phase im Zeichen eines gewissen Pragmatismus. Ausschlaggebend war jedoch nicht nur der Zubereitungsaufwand sondern auch Überlegungen dazu, was eine gesunde Ernährung beinhalten sollte: „(...) die Kinder wollten wir nicht' einfach so abspeisen so, da gehörte dann dazu, dass man eben Essen kochen musste“ (E18: 71). Um den Aufwand zu minimieren gab es eine Zeit lang häufig „Salatbuffet“, wie Herr R es nannte, weil die Kinder das gerne mochten und damit das Kochen wegfiel (E18: 75). Gerne wurde auch gegrillt, das Fleisch dazu wurde fertig eingelegt gekauft, weil es auf diese Weise weniger Aufwand war. Anlässlich eines Fleischskandals vor mehreren Jahren haben sich Herr R und seine Frau dann entschlossen, kein Fleisch mehr zu essen und begonnen, sich mehr mit dem Thema Ernährung zu beschäftigen. Dabei sind sie auf eine spezielle Ernährungslehre gestoßen, die proklamiert, dass Nahrungsmittel durch Kochen zerstört werden und es daher wichtig ist, soviel wie möglich roh zu essen. Das hat das Ehepaar so begeistert und überzeugt, dass sie mittlerweile kaum noch kochen und ständig bestrebt sind, ihr Rohkostrepertoire weiter auszudehnen. So berichtete Herr R beispielsweise, dass er immer wieder versuche, Kartoffeln roh zu essen. Bislang würde ihm das nicht schmecken, aber er wolle es wieder versuchen (E 18: 151). Bis auf einige Ausnahmen, wie ab und zu mal Chips oder Erdnüsse oder auch schon mal eine Suppe, die gekocht wird, hat sich das Ehepaar mit diesen neuen Ernährungsgewohnheiten eingerichtet. Die Umstellung ist ihnen laut den Schilderungen von Herrn R nicht schwer gefallen, weil „*eigentlich die Tendenz (...) immer so'n bisschen in die Richtung, dass wir viel Salat gegessen haben, viel*

Die neue Essgewohnheit
zeigt große Übereinstimmung mit schon vorhandenen Vorlieben.

knüpft an die schon vorhandene Einstellung zum Essen an.

bietet Möglichkeit der Erreichung wichtige Lebensziele.

*Gemüse gegessen haben“ (E18: 75) schon vorhanden war. In seinen Argumenten für die Rohkosternährung wird das bereits erwähnte sachlich-funktionale Verhältnis zum Essen wieder deutlich: „Und wenn man die Sachen roh isst, dann hat man alles was die Natur bietet. Alles, alle Nährstoffe, alle Mineralien, alle Vitamine, alles was da drin ist, und das sind so viele Dinge, die man gar nich' weiß, wenn man sich nich' damit befasst. Alles steht dem Körper zur Verfügung und der Körper nimmt 's auf.“ (E18: 131) Darüber hinaus verbindet Herr R auch viele seiner Lebensziele mit einer gesunden Ernährung und einer insgesamt gesunden Lebensweise (vgl. Kapitel 3.2.1). Er hofft, dass er durch seine Ernährung nicht nur alt, sondern *gesund* alt werden kann. Ein weiterer begünstigender Faktor für die Umstellung auf Rohkost war, dass die gesamte Familie die neue Ernährungsweise aufgegriffen hat und mitpraktiziert: „Sie müssten mal meine Tochter sehen, die macht grade ihre Lehre. Die geht am Abend vorher schon bei und schneidet sich die Tomaten zurecht und Gurken und packt sich das in so 'ne Dose, die kommt in Kühlschränk, Kräuter drüber, im Kühlschränk, damit sie nächsten Morgen ja nich' auf ihr Essen verzichten muss, nur weil sie verschlafen hat oder so. (...) Also das spielt in der Familie ne sehr große Rolle. (E18: 99)*

Die neue Essgewohnheit
wird vom unmittelbaren sozialen Umfeld aufgegriffen und mitgetragen.

Es können aus den Erzählungen von Herrn R gleich mehrere „An-dockmöglichkeiten“ für das neue Verhalten hergeleitet werden. So hat Herr R in seiner Kindheit, wie auch im späteren Leben, ein eher funktionales Verhältnis zum Essen gehabt. Die Betrachtung von Essen, als etwas, das den Körper am Leben erhält, ihn mit den notwendigen Nährstoffen versorgen soll und weniger als etwas, das Freude bereitet oder mit Genuss verbunden ist, erleichtert eine Verabschiedung von bestimmten Nahrungsmitteln und bedingt im Hinblick auf die Nahrungsmittelauswahl eine Orientierung an funktionalen Werten. Darüber hinaus berichtet Herr R, dass er nicht gerne kocht. Auch dies begünstigt die Übernahme des neuen Verhaltens, das ja gerade einfordert, nicht mehr zu kochen. Ein weiterer begünstigender Aspekt scheint sein zunehmendes Interesse an einer insgesamt gesundheitsförderlichen Lebensführung zu sein. Er möchte über eine gesunde Ernährung erreichen, dass er nicht nur alt, sondern *gesund* alt wird (E18: 203). Auch das Mitziehen seiner Familie bei dieser Veränderung unterstützt die Umstellung und die Beibehaltung der neuen Essgewohnheiten. Der Impuls zu dieser Umstellung ging ursprünglich von Frau R aus, so dass die neuen Essgewohnheiten Herrn R nicht

zu Hause isolierten – im Gegenteil kann hier sogar der Wunsch, innerhalb der Familie einen gemeinsamen Essstil zu pflegen, Herrn Rs Entscheidung für die Beteiligung an der Ernährungsumstellung mitgetragen haben. Aus den Schilderungen von Herrn R wird deutlich, dass zum Erfolg der Veränderung seiner (Ess)-Gewohnheiten die Kombination aus erwünschten unmittelbaren und alltagsrelevanten Effekten, langfristigen Lebenszielen und sozialer Unterstützung beigetragen haben.

Frau A

Auch Frau A hat ihre Lebens- und Essgewohnheiten grundlegend geändert. Sie ist Anfang fünfzig und mit zwei Schwestern aufgewachsen. Frau A hat einen erwachsenen Sohn (Anfang zwanzig), der aber noch mit im Haushalt lebt. Sie ist verwitwet, hat mittlerweile aber einen neuen Partner. In ihren Erzählungen nimmt das Ziel abzunehmen, eine herausragende Stellung ein. Frau A schildert die Ernährung in ihrer Kindheit als das, was man heute „vollwertig“ nennt. Ihrer bisweilen leicht idealisierenden Darstellung zufolge gab es im elterlichen Haushalt immer frisches Obst, auch wenn das Geld einmal knapp war. Bei Besuchen bei den Großeltern, die einen Garten besaßen, konnte das reife Gemüse aus der Erde gezogen und gleich verspeist werden. Fleisch gab es aus finanziellen Gründen nur ein- oder zweimal in der Woche und Süßigkeiten gab es für sie und ihre Schwestern nur, wenn mal Besuch kam, der so etwas mitbrachte. Es gab jedoch auch weniger positiv bewertete Aspekte, wie zum Beispiel die Regel, dass gegessen werden musste, was auf den Tisch kam und individuelle Vorlieben dabei keine Rolle spielten. *„Es war erst mal bei uns so, es wird gegessen was auf 'n Tisch kommt. Auch wenn ich 's so absolut nicht mochte ((lachend)). (...) „Ja. Wenn sie vier Stunden vor kaltem Rosenkohl gesessen haben, wissen Sie was ich meine.“ (E01: 113-117)* Ausnahmen in Sachen Ernährung wurden anscheinend nicht geduldet. Auch in Bezug auf die Mengen, die gegessen wurden, gab es Regeln, von denen nicht abgewichen wurde. Selbst wenn die Familie zu Besuch war, durfte zum Beispiel kein zweites Stück Kuchen gegessen werden (E01: 117). Schulbrote, von denen sie rückblickend sagt, dass sie überflüssig gewesen seien, wurden dennoch *„brav gegessen“* (E01: 117), zu trinken gab es Leitungswasser und Carokaffee, der gemäß ihrer Schilderung so begehrt war, dass die Schwestern sich darum stritten. Süßigkeiten wur-

Ernährung in der Herkunftsfamilie:
Funktional-
pragmatisches Verhältnis zum Essen.
Auswahl und Menge fremdbestimmt.
Durchsetzung über:
Regeln und Kontrollmechanismen.

den zugeteilt und wenn die Tagesration von zwei Bonbons aufgebraucht war, gab es auch nicht mehr. Ein nach ihren Maßstäben übermäßiger Konsum von Süßigkeiten wird von ihr rückblicken als „sinnlos“ abgewertet: „ (...) zum Naschen stand immer so 'ne Dose mit Bonbons im Schrank und wir mussten fragen ob wir einen, einen nehmen durften. Das passierte vielleicht zweimal am Tag und mehr gab's nicht. Also da haben sie ganz extrem drauf geachtet, dass nicht sinnlos irgendwas gemacht wurde.“ (E01: 129) Aus diesen Kindheits-erinnerung formt sich das Bild eines sachlich-funktionalen Verhältnisses zum Essen. Schwelgen in Genusserlebnissen oder Essfreuden scheinen im Elternhaus keinen Platz gehabt zu haben: Gegessen wurde, was für gesund gehalten wurde und bezahlbar war, die Menge wurde nicht selber, sondern von den Eltern bestimmt: es wurden Brote gegessen, auf die man keinen Hunger hatte und Kuchen nicht gegessen, obwohl man Appetit darauf hatte. Essen scheint viel mit Regeln und Reglementierungen verbunden gewesen zu sein.

Trotz dieses strengen Reglements berichtet Frau A, dass sie schon früh mit Übergewicht zu kämpfen hatte. Als sie zwanzig Jahre alt ist, wird sie von ihrem Hausarzt zu einer vierwöchigen Nulldiät ins Krankenhaus eingewiesen. Dort bekommt sie weitere Regeln, wie den zurückhaltenden Umgang mit Salz, Fetten und Zucker beigebracht, die sie ihrer Schilderung nach, auch in ihren Alltag integriert (E01: 400). Die Fremdbestimmung des Essens wird auch nach dem Auszug aus der elterlichen Wohnung in gewissem Sinne weitergeführt. Frau A schildert diese Etappe als geprägt durch ihre Schichtarbeit, die ihr ein regelmäßiges Essen nicht ermöglichte: „Ja, da gab es die Veränderung durch (...) Schichtdienst, da ließen sich die Mahlzeiten so nicht mehr einhalten. Und dann später hab ich am Fahrkartenschalter gearbeitet oder 'ne Zeit hab ich auch am Fahrkartenschalter gearbeitet, nicht später. Dann ist man in die Kantine gegangen, hat sich da 'n Brötchen geholt oder so. Also es war nicht möglich, da wirklich konzentriert zu essen. Und ja, wir haben es uns auch an einigen Arbeitsstellen angewöhnt wirklich, während der Arbeit zu essen und zu rauchen. Was überhaupt nicht gesund war, aber ...“¹² (E01: 135) Frau A zeigt hier nun selber eine recht pragmatische Haltung zum Essen. Die Zeiten wie auch das, was gegessen wird, scheinen den Arbeitserfordernissen angepasst worden zu sein. Mit Blick von

Der Raum, den der Arbeitsalltag für die Ernährung lässt, wird nach pragmatischen Erwägungen gestaltet.

¹² Satz bricht aufgrund einer Zwischenfrage des Interviewers ab, Gedanke wird nicht wieder aufgenommen.

heute bezeichnet sie ihre damaligen Gewohnheiten zwar als ungesund, die Notwendigkeit sich so zu ernähren, stellt sie jedoch nicht in Frage. Eine nächste Veränderung trat durch ihre Heirat ein. Im gemeinsamen Haushalt wurde versucht, möglichst viel zu kochen und sich „vernünftig“ zu ernähren, wie Frau A es ausdrückt. In dieser Phase hat sie die Ernährungsregeln, die sie von zu Hause und aus der Klinik kannte, reaktiviert. So gab es laut ihren Schilderungen auch im Haushalt der Eheleute viel Obst und Gemüse und wenig Fleisch, außer Haus Essen blieb eher eine Ausnahme und wird im Vergleich zum selber Kochen als die schlechtere Alternative klassifiziert: *„Und ja, dann später als ich geheiratet hab', doch da haben wir immer zusehen, möglichst selbst zu kochen und da hab ich die die Grundlagen, die ich mitgebracht hab', also frisches Obst frisches Gemüse ja sehr viel verwandt. Ja, also viel Essen gehen oder viel mal ebend hier in irgend so'n Burgerladen oder so, das war'n Ausnahmen die wir uns mal gegönnt haben aber, sonst haben wir uns doch versucht, vernünftig zu ernähren.“ (E01: 35)*

Als nächstes einschneidendes Erlebnis beschreibt Frau A die Geburt ihres Sohnes. Mit diesem Ereignis änderte sie ihre Essgewohnheiten erneut, denn sie wollte, dass ihr Kind von Anfang an so gesund wie möglich ernährt wird. *„Und, ja das war mir wichtig, dass ich für mein Kind frisch gekocht hab' und weiß, heute hör' ich, sind die Ernährungspläne anders, aber da gab es dann eben frische Wurzeln und Kartoffeln und ohne Salz und kein Zucker für 's Baby und Kleinkind.“ (E01: 35)* Die Qualitätskriterien, die Frau A hier anführt, sind Frische und der Verzicht auf Zucker und Salz. Die Ernährung wurde nicht positiv bestimmt, wie es zum Beispiel durch die Überlegung möglich gewesen wäre, dass Kinder Möhren wegen ihrer Eigensüße gerne essen. Stattdessen wurde auch hier nach „sachlichen“ Erwägungen entschieden: Frische war wichtig, Salz und Zucker sollten vermieden werden. Auch die weiteren Aspekte, die Frau A im Zusammenhang mit der Ernährung des Kindes für bedeutsam erachtete, haben einen sachlich-funktionalen Charakter. So waren ihr feste Essenszeiten und feste Essensrituale, wie zum Beispiel das Essen im Sitzen, sehr wichtig. Im Bestreben, ihr Kind mit gesunden Essgewohnheiten aufwachsen zu lassen, stellte Frau A erneut ihre eigenen Bedürfnisse hinten an. Auch in dieser Erzählung bestimmen erneut die Alltagserfordernisse Art, Zeit und Ort ihrer Mahlzeiten, nicht jedoch Hunger- oder Durstgefühle oder der Appetit auf bestimmte Nahrungsmittel: Nachdem Frau A als Kind gegessen hat, was und wann

Gesunde Ernährung macht sich hauptsächlich an Sachkriterien fest. Genuss und Geschmack sind für die Nahrungsauswahl nachrangig.

Primär handlungsleitend sind äußere Gegebenheiten und Erfordernisse.

ihre Eltern es für richtig hielten, sie später gegessen hat, wenn die Arbeit es zuließ und was sich in den Arbeitsalltag leicht integrieren ließ, isst sie nun, damit sich ihr Sohn an feste Zeiten gewöhnt. Ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse finden auch hier keine Erwähnung: *„Aber weil das Kind da war, hab' ich mich erst mit ihm hingesetzt, dass er frühstücken konnte und je aufmerksamer er wurde, desto mehr musste ich auch dazu übergehen, zu frühstücken und Mittag zu essen und also es es gab dann wirklich feste Zeiten, damit auch das Kind sich daran gewöhnte.“* (E01: 143)

Nur eineinhalb Jahre nach der Geburt des Sohnes starb der Mann von Frau A. Sie schildert diese Phase als eine tiefe Lebenskrise, in der auch ihre Gesundheit sehr gelitten hat. Um mit dem erfahrenen Verlust und der Trauer umzugehen, hat sie gegessen. In diesem Zusammenhang bezeichnet sie sich selber abfällig als „Stressfresserin“ (E01: 35). Die hier erstmalig recht offen ersichtliche Funktion, die das Essen in dieser Lebensphase hatte und die Stütze, die es ihr bot, kann sie auch rückblickend nicht erkennen. Sie empfindet das von ihr geschilderte *„reinhauen, bis nichts mehr geht“* (E01: 35) als Versagen. Nach ihrer Einschätzung hatte sie sich in dieser Lebensphase nicht mehr im Griff. An diese Erzählung schließt sie eine Schilderung des heutigen Umgangs mit Essen an, der deutlich macht, dass sie die Kontrolle wiedergewonnen hat. Sie hat vor einigen Jahren begonnen abzunehmen, zunächst mit Weight Watchers, aktuell lebt sie nach der Methode „Schlank im Schlaf“. In früheren Jahren hatte sie auch schon Erfahrungen mit Diäten gemacht, die bereits erwähnt Nulldiät im Alter von zwanzig Jahren und einige Jahre später hat sie die Brigitte-Diät ausprobiert. Allerdings hat sie nach Beendigung der jeweiligen Diäten beide Mal wieder zugenommen. Das Ziel, das sie mit ihrer aktuellen Diät verfolgt, ist eine langfristige Ernährungsumstellung, um ihr Gewicht zu halten. Dafür ist sie auch bereit, alte Gewohnheiten zu verändern: *„Ich hab' früher auch gedacht nee, das kannst du nicht. Gemüse und Fleisch und keine Kartoffeln dazu. Es geht sehr gut. Man muss es nur mal probieren (...).“* (E01: 424) Dem Ziel abzunehmen ordnet sie ihre Vorlieben unter, auch wenn sie darunter zum Teil leidet, so wie zum Beispiel unter dem Verzicht auf Nudeln, von denen sie sagt: *„und irgendwie machen Nudeln glücklich“* und von denen sie hofft, dass *„wir uns auch mal wieder öfter sehen, die Nudeln und ich“* (E01:261-265). Kleine Diätverletzungen drohen durch die Verführung durch Schokolade und werden umgehend bestraft, dennoch scheint das Wohlbefinden hier Vorrang zu haben

Die Kontrolle über das Essen als Ausdruck von Kontrolle über das Leben.

und die Nachteile des Schokoladenkonsums aufzuwiegen: „Schokolade macht mir das furchtbar schwer. Und da verschwindet auch durchaus noch mal so zwischendurch wenn ich 'n Frusttag hab, kann mal 'ne Tafel Schokolade in mir verschwinden. Dann ist mir zwar übel, aber es geht mir auch gut ((lachend))“ (E01: 97). Im Laufe der Ernährungsumstellung hat Frau A sich einige frühere Genüsse abgewöhnt, weil sie annimmt, dass ihr diese Art der Ernährung nicht gut tut: „Und wir haben festgestellt, sollten wir's uns jetzt mal erlauben wenn wir abends essen gehen, 'ne Pizza zu essen oder Bratkartoffeln ((lachend)) oder so was, geht's uns nicht so gut damit. Der Körper fühlt sich furchtbar belastet. Und darum halte ich mich möglichst an das System, weil es mir am besten bekommt.“ (E01: 85)

Die Strenge und Konsequenz, die sie sich im Hinblick auf ihre Ernährung auferlegt, wird auch an anderen Stellen des Interviews deutlich. So berichtet sie zum Beispiel, dass sie eine Tiefkühlpizza wieder zurückgelegt hat, nachdem sie sie eine Viertelstunde angeschaut hatte (E01: 325) oder dass sie, wenn sie das Verlangen nach etwas spürt, das nicht ihren Ernährungsvorschriften entspricht, sich immer wieder in den Griff bekommt. Dabei wirken die Sachgründe, die sie gegen das jeweilige Nahrungsmittel anführt, zuweilen fast vorgeschoben. Möglicherweise erleichtern ihr aber genau diese Sachgründe die konsequente Umsetzung ihres Ernährungsplans. Indem sie sich (und anderen) sagt, dass die von ihr gewählte Alternative nicht nur langfristig, sondern auch unmittelbar die bessere ist, nimmt sich der Verzicht als eine Maßnahme der Selbstsorge aus: „Es, es gibt manchmal Momente wo ich dann denke, ja, du würdest jetzt gerne schnell lieber 'n Käsebrot schmieren, weil du weißt es, es sättigt viel mehr oder du würdest jetzt gerne im Vorbeigehen mal 'n geschmiertes Brot mitnehmen oder so. Aber irgendwo hat sich das so eingepegelt, dass irgendwas in mir sagt, 'Nein es bekommt dir einfach nicht, du wirst hinterher Sodbrennen kriegen und es geht dir damit nicht gut, das bleibt jetzt liegen und du machst dir die Arbeit.' Also da ist irgendwo hab ich das Glück, dass da 'n Gefahrenschild ist, das mich die meiste Zeit darauf hinweist.“ (E01: 101) Das langfristige Ziel, das sie mit dieser Ernährung verfolgt, ist ein guter Gesundheitszustand. Frau A formuliert, dass sie „möchte (...), dass dieses Gerät [gemeint ist damit ihr Körper], das mir zur Verfügung gestellt ist, so lange wie möglich gut funktioniert“ (E01: 89). Mit Verweis auf das für sie abschreckende Beispiel ihrer Tante, die übergewichtig ist und schon seit längerem unter Arthrose leidet, unterstreicht sie, dass sie

Gesundheitliche Fehlritte werden bestraft, bringen aber auch Lustgewinn.

Unmittelbar eintretende negative Folgen erleichtern die Diät-Compliance.

Antizipierte unmittelbare negative Auswirkungen erhöhen die Diät-Compliance

Langfristige Ziele wirken motivierend.

so etwas für sich vermeiden möchte: „Dann hab' ich 'ne Tante, die Arthrose hat. Ist offenbar in unserer Familie zur weiblichen Seite hin durchaus verankert, die die An_ Veranlagung. Ja die wiegt über 90 Kilo und hat jetzt schon zwei Kniegelenke und 'n Hüftgelenk. Und irgendwie möchte ich keine Ersatzteile in meinem Körper haben. Reicht wenn die Zähne schon zu Ersatzteilen werden. Und das sitzt alles so tief drin, dass ja nee, da will ich nich' hin.“ (E01:309) Die Existenz abschreckender Beispiele scheint Frau A in ihrem Tun zu unterstützen und zu motivieren. So erklärt sie, dass sie im Krankheitsfall Ärzten nicht zumuten möchte, sich erst durch eine Fettschicht durcharbeiten zu müssen: „(...) wenn mal 'n Arzt eingreifen muss, soll er sich bitte nicht erst durch drei Zentner Speck und Fett arbeiten“ (E01:313). An anderer Stelle macht sie deutlich, dass sie nicht normalgewichtige Menschen, denen es nicht gelingt abzunehmen, nicht versteht und dass sie vermutet, dass es nur am mangelnden Willen liegt: „Wie gesagt, wenn denn schon bekannt ist, das ist Zucker und der macht das und das in deinem Körper, die können mir doch nicht alle sagen, dass sie nur doof sind oder? Dann sind sie doch desinteressiert.“ (E01: 432)

Abschreckende Beispiele erhöhen die Diät-Compliance.

Compliance wirkt entängstigend.

Strenge gegen sich selbst, führt zu Strenge gegenüber anderen.

Die Schilderungen von Frau A weisen darauf hin, dass in den unterschiedlichsten Lebensphasen und mit unterschiedlichen Ergebnissen der Aspekt Kontrolle in ihrem Leben immer wieder entscheidungsleitend war. Zunächst als Fremdkontrolle durch Eltern, Arbeitsbedingungen und Kind, später dann als Selbstkontrolle in Form von selbst auferlegten Ernährungsvorschriften. Der Umgang mit äußeren Anforderungen im Zusammenspiel mit ihrer Akzeptanz von Kontrollmechanismen und ihren Erfahrungen im Umgang damit, ermöglicht Frau A eine sehr hohe Anpassung an die äußeren Gegebenheiten. Die Kontrolle ihres Essverhaltens gelingt womöglich unter anderem deswegen so gut, weil ihr dieses Thema schon aus der Kindheit bekannt ist und sie so an dieses Muster im Zuge ihrer Ernährungsumstellung erfolgreich anknüpfen konnte. Darüber hinaus hat sie mit dem Entwerfen von „Worst-Case-Szenarien“ eine Möglichkeit geschaffen, sich zusätzlich zu kontrollieren, wenn ihr das Einhalten ihrer Diätvorschriften einmal droht zu misslingen. Anders als bei Herrn R ist bei Frau A primär das langfristige Ziel entscheidungsleitend. Um jedoch auch alltagstaugliche Zielvariablen zur Verfügung zu haben, hat Frau A eigene „Tricks“ entwickelt, wie zum Beispiel das Antizipieren unmittelbarer

negativer Folgen, die ihr die Befolgung ihrer Ernährungsvorschriften erleichtern.

Herr C

Ein völlig andere Umgehensweise zeigt Herr C. Er ist Anfang 40, verheiratet und hat zwei Kinder. Er ist als Einzelkind aufgewachsen, seine Mutter war Hausfrau und hat auf diese Weise für viele Regelmäßigkeiten in der Ernährung gesorgt. Herr C berichtete im Interview, dass er gleich bei seiner Geburt in einer lebensbedrohlichen Situation war (s. Kap. 3.1). Die Gefahr konnte jedoch letztendlich abgewendet werden, die Umstände seiner Geburt scheinen seine Einstellung zum Leben jedoch nachhaltig beeinflusst zu haben, und zwar auf eine auf den ersten Blick widersprüchlich erscheinende Weise: Einerseits hat er aus diesem Erlebnis das Bewusstsein mitgenommen, dass das Schicksal es gut mit ihm meint, andererseits lebt er mit dem Gefühl, dass das Schicksal unkalkulierbar und unvermittelt in ein Leben einbrechen kann und man dagegen völlig machtlos ist: *„Also ich hab' es gerade noch im Freundeskreis, aus 'm entfernten Freundeskreis mitbekommen, dass jemand jetzt grad 'ne bösartige Krebsdiagnose bekommen hat und die war auch immer gesund, hat sich nicht daneben benommen, auch so da jetzt irgendwie un stetigen Lebenswandel geführt oder irgendwas, was Krankheiten fokussiert hätte und ja die trifft 's aus heiterem Himmel.“* (E03: 62)

Aus seiner Kindheit berichtet er über ein sehr behütetes und geregeltes Leben, die Mutter kochte jeden Mittag für ihn, es wurde darauf geachtet, dass er keine Süßigkeiten vor dem Essen aß, aber insgesamt bezeichnet er seine Kindheit als wenig von Verboten geprägt: *„Und und aber ansonsten, wie gesagt, war es eigentlich eher eher recht freizügig, also es gab sowohl die Möglichkeit viel Obst zu essen, aber auch Süßigkeiten, war jetzt nicht limitiert oder so ne.“* (E03: 215) Diese Umgehensweise wird von Herrn C rückblickend für erfolgreich im Hinblick auf die Ausbildung eines gemäßigten Umgangs – besonders mit Süßigkeiten – gehalten. Für ihn scheint aus strengen Verboten eher die Gefahr zu erwachsen, ein maßloses Verhalten an den Tag zu legen, sobald dies möglich ist: *„Weiß ich noch genau, mein Kindergartenfreund, die hatten einmal die Woche hatten die Süßigkeitentag, oder dazu bekamen die ihre Süßigkeiten. Kriegten die so 'nen Teller hingestellt, das war dann die Ration für eine Woche und am Abend war das weggeratzt und dann die andern*

Das Rationieren begehrt Nahrungsmittel führt nicht zu einer gemäßigten Umgangsweise, sondern zu unkontrolliertem Konsum, wenn sich die Möglichkeit bietet.

sechs Tage standen se da und hatten nix mehr so ne, weil die halt auch so limitiert waren und so nen Heißhunger dann hatten.“ (E03: 215)

Aus diesen Erfahrungen hat Herr C die Haltung entwickelt, dass es nicht darauf ankommt, sich jeden Tag gesund zu ernähren, sondern dass wichtig ist, dass der große Rahmen stimmt. So berichtet er, dass er in der Vergangenheit Gelegenheitsraucher war und manchmal auf Partys geraucht hat, das jedoch völlig unproblematisch findet, weil es nur eine Ausnahme war und nicht die Regel: *„(...) dieser Werbeslogan 'Ich rauche gern', hat bei mir tatsächlich zugetroffen. Das hab' ich gerne gemacht und hab' an einem Abend in der Kneipe 'ne ganze Schachtel weggequarzt. Dann hatt' ich zwar am nächsten Tag so 'nen Schädel, aber hat Spaß gemacht und danach hab' ich auch drei Wochen nicht mehr geraucht, also nicht, weil ich dachte, jetzt, das kann ich meinem Körper nicht antun, sondern hatte ich keine Lust mehr dazu.“ (E03: 133)* Das Zulassen von Dingen, die Spaß machen, scheint Herrn C eine wichtige Regel zu sein. Er leitet daraus die positive Einstellung ab, dass sich Bedürfnisse, wenn sie wahrgenommen und ihnen gefolgt wird, von selber regulieren. Voraussetzung ist jedoch, dass der Rahmen, innerhalb dessen diese Regulierung stattfindet, möglichst umfassend ist und auch die gesunden Alternativen beinhaltet. Mit seiner Grundhaltung, das alles erlaubt ist, solange es nicht einen – großzügig gesteckten – Rahmen sprengt, löst Herr C die meisten Gesundheits- und Ernährungsfragen. Seine positive Einstellung zum Schicksal, ermöglicht es ihm, auch gesundheitliche „Sünden“ als tolerabel zu sehen und darauf zu vertrauen, dass der Körper das verzeiht. Seine Grundregel lautet: *„(...) du kannst alles machen, es muss halt nur im gewissen Rahmen bleiben. Die Dosis macht das Gift.“ (E03: 494)* Wenn er jedoch meint, diesen Rahmen zu sprengen, diszipliniert er sich. So raucht er seit einiger Zeit gar nicht mehr, nachdem er jahrelang die oben dargestellte Rauchpraxis gepflegt hat. Die Folgen eines Bandscheibenvorfalles hat er erfolgreich mit einem konsequenten Sportprogramm in den Griff bekommen und zum Zeitpunkt des Interviews lebt er gerade mit einem selbst auferlegten, aber zeitlich begrenzten Süßigkeitenverzicht, weil er ein paar Kilo abnehmen möchte. Mehrfach und in verschiedenen Varianten macht er die Idee von der „natürlichen Regulierung“ deutlich. Mit seinen eigenen Kindern geht er in derselben Weise um und er ist überzeugt, dass sich auch bei Ihnen auf lange Sicht eine ausgewogene Ernährungsweise von selber einstellen wird: *„Wenn die*

Das Zulassen auch „ungesunder“ Bedürfnisse bewirkt, dass diese nicht unbeherrschbar werden.

Ziel ist ein mittel- bis langfristig ausgeglichenes Ernährungsverhalten.

Kinder einmal geschmacklich so sensibilisiert sind, dass die einfach wissen 'n Apfel schmeckt gut, Paprika schmeckt gut, dass sie dann auch irgendwann so den Drang haben. Jetzt brauch ich was Gesundes, was ich vorhin sagte. Jetzt jetzt reicht 's mir aber auch hier mit mit Big Tasty und so, jetzt brauch' ich mal, muss ich mal wieder in ne Paprika beißen, so 'ne richtig frische.“ (E03: 494)

Herr C kommt als wahrer Philanthrop daher, aber er ist nicht nur gegenüber der Gattung Mensch, sondern auch gegenüber dem Schicksal und sich selber positiv gestimmt. Diese positive Grundhaltung lässt ihn daran glauben, dass er sich nicht selbst schädigen wird, auch wenn er hin und wieder mal etwas „Ungesundes“ tut und über die Stränge schlägt. Er möchte Spaß haben und Spaß lässt sich oft genug nicht mit dem Thema Gesundheit vereinbaren. So entwirft er eine Philosophie des „Großen Ganzen“, indem er sich sagt, dass alles erlaubt ist, so lange es ein bestimmtes Maß nicht übersteigt. Seine Motivation für „gesundes“ Verhalten schöpft er daraus, dass er an die positiven Wirkungen seines Tuns glaubt und andererseits negative Einflüsse für keine allzu große Bedrohung hält. Er setzt sich gesundheitliche Ziele, die er erreichen kann und belohnt sich dafür.

Frau O

Frau O hat bereits vor fünfzehn Jahren ihre Ernährung zum Zweck der Gewichtsreduktion umgestellt. In ihrer Erzählung über ihre Kindheit berichtet sie, dass sie die ersten drei Jahre bei ihrer Großmutter aufgewachsen ist, die immer darauf bestanden hat, dass sie ihren Teller leer isst. Ihre späteren Gewichtsprobleme führt Frau O auf diesen Zwang zum Essen zurück (E15: 35-39). Die weitere Ernährung – dann im elterlichen Haushalt – beschreibt sie als eher einfach und an den finanziellen Mitteln orientiert: *„Ja es wurde nich' so viel Fleisch gegessen in der Woche. Also und freitags gab 's sowieso kein Fleisch, da gab 's immer irgendwas mit Kartoffeln oder Ei.“ (E15: 45)* Positiv in Erinnerung geblieben ist ihr, dass um das Thema Ernährung damals nicht so viel Aufhebens gemacht wurde wie heute: *„Aber es wurde eigentlich nich' so 'n Tamtam um Ernährung gemacht, gesund, wie das heute der Fall ist. Es wurde gegessen, Nahrungsaufnahme, damit man satt ist, aber nicht dieses ganze heute, das darfst du nicht essen, das ist gesund, das lass bleiben, das ist der weiße*

Zucker, das sind die weißen Mehle, kenn ich nich' von zuhause aus her.“ (E15: 45) Nachdem Frau O ihren ersten eigenen Haushalt gegründet hatte und sich selbst versorgen musste, passte sie ihren Ernährungsstil den äußeren Bedingungen an. Das Essen wurde eher nach pragmatischen denn ernährungsphysiologischen Aspekten ausgewählt: mal ein Brötchen auf der Arbeit, mal Tiefkühlgerichte und ab und zu wurde „richtig“ gekocht. Das hatte sie zwar nicht zu Hause, aber in der Schule gelernt (E15: 78-82). Mit Mitte dreißig gab es einige Veränderungen in ihrem Leben. Sie trennte sich von ihrem ersten Ehemann, ging eine neue Beziehung ein und machte an das Thema Familienplanung, wie sie es ausdrückt, einen „Haken“ (E15: 90), was heißt, dass sie keine weiteren Versuche mehr unternehmen wollte, schwanger zu werden. Zu diesem Zeitpunkt beschloss sie: „So, jetzt bist du an der Reihe“ (E15: 90). Sie wollte endlich abnehmen, weil sie sich mit ihrem Übergewicht nicht glücklich war. Auf eine Anzeige hin ging sie damals in ein Fitnessstudio, in dem ein achtwöchiger Sport- und Ernährungskurse angeboten wurde. In diesem Kurs hat sich eine Gruppe von Frauen zusammengefunden, von denen einige noch heute an den Angeboten teilnehmen. Über die Zeit ist daraus eine Freundinnen-Clique geworden. In ihren Ausführungen macht Frau O deutlich, dass die Sportabende daher nicht nur der körperlichen Fitness dienen, sondern auch der Kontakt mit den anderen Frauen für sie eine wichtige Größe darstellt: „(...) dienstags sind wir immer mit mehreren Weiber zusammen denn, wo wir hinterher noch 'n bisschen rumschnattern und so, das ist eigentlich auch immer ganz gut, wir sind nich' alleine, sondern da zieht einer den andern, wo warst du, wo bist du und wieso warst du nich' da und und und ne. Also das ist immer schon ganz gut so“ (E15: 661). Auch an anderer Stelle weist sie darauf hin, dass ihr soziale Kontakte wichtig sind, so berichtet sie, dass sie bevorzugt Gruppenangebote und Kurse wahrnimmt (E15: 133) und dass sie immer mit einer Freundin zusammen zum Training fährt (E15: 661). Auf die Frage, was es ihr leicht gemacht hat, ihre Ernährungsweise umzustellen und darüber hinaus regelmäßig Sport zu treiben, führt sie neben dem Motiv, sich selber etwas Gutes tun zu wollen, die Gruppe an. In der Gruppe sind Frauen, die in derselben Situation sind, Erfolge werden von der Gruppe bemerkt, Durchhänger werden von ihr aufgefangen (E15: 523). Ein weiterer Grund, der Frau Os Verhalten unterstützt, ist ihr Wille, nicht mehr dick zu werden. Bereits zu Beginn des Interviews klang an, wie belastend für sie die Zeit gewesen sein muss, in der sie dick war, denn rückblickend sagt sie:

Gesundheitsbezogene Aktivitäten haben größere Chancen zur Routine zu werden, wenn sie mehr als einen Zweck erfüllen. Die sportliche Betätigung:

- 1. Kommt dem Wunsch nach sozialen Kontakten entgegen.*
- 2. Bietet Kontinuität.*
- 3. Hilft bei der Verwirklichung eines Lebensziels.*
- 4. Vermittelt das Gefühl, nicht alleine zu sein mit seinen Problemen.*

„(...) jeder Dicke, der sagt, er fühlt sich gut, der lügt, lügt sich selber nur was vor, weil er gar nich' weiß, wie er sich fühlt, wenn er schlank ist ((lacht)). Ist so.“ (E15: 100) Die vorhandene Vergleichsmöglichkeit zwischen ihrem Leben mit und ohne Übergewicht, bestärkt Frau O darin, alles daran zu setzen, nie wieder in die Situation zu kommen dick zu sein. Deswegen hat sie vor Jahren den Entschluss gefasst, der anscheinend bis heute ein zentrales Lebensziel darstellt: „(...) ich will in meinem Leben nich' wieder dick werden, also das is irgendwie bei mir da hinten so drin also“ (E15: 507)

Die Erfahrung, einmal dick gewesen zu sein, motiviert.

Aus den Schilderungen von Frau O wird deutlich, dass neben dem unmittelbar im Zusammenhang mit Ernährung und Gewicht stehenden Ziel, nicht mehr dick werden zu wollen, auch andere Bedürfnisse im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihrer neuen Lebensgewohnheiten einen hohen Stellenwert besitzen. So hat sie durch ihre sportlichen Aktivitäten einen neuen Freundinnenkreis gewonnen, der ihr die Beibehaltung des Sports nicht nur erleichtert, sondern den sie auch verlieren würde, wenn sie nicht mehr ins Fitnessstudio gehen würde. So gibt es gleich mehrere Gründe, diese Aktivität beizubehalten. Darüber hinaus ist dieser Freundinnenkreis, wie auch das Fitnessstudio für sie eine Informationsquelle für Ernährungstipps und damit gibt es einen weiteren Grund, diese Kontakte aufrecht zu erhalten.

Herr E

Ein weiteres Beispiel für eine geglückte Verhaltensumstellung bieten die Schilderungen von Herrn E. Herr E leidet unter verschiedenen Lebensmittelunverträglichkeiten: Er berichtet von Ernährungseinschränkungen durch eine Laktoseintoleranz und eine Glutenallergie. Aus seinen Schilderungen wird jedoch deutlich, dass es sich wohl nicht um eine Gluten- sondern um eine Glutamatunverträglichkeit handelt. Wahrscheinlich liegt dem eine Verwechslung der Begrifflichkeiten zugrunde. Herr E kommt aus einem Elternhaus, das von einer einfachen, rustikalen Küche geprägt war, jedoch nicht ohne Sinn fürs Genießen. So erzählt er, dass er eine große Vorliebe für Eintöpfe hat, die er aus seiner Kindheit kennt, aber es gibt auch Raum für ein bisschen Luxus, wenn er beispielsweise mit seinen Eltern ein paar Kilo Krabben kauft, die dann gemeinsam zubereitet und verspeist werden. Seine Erzählungen über die eigene Zubereitung von Gerichten ma-

chen ebenfalls eine Liebe fürs Detail und Freude am Genuss deutlich. So muss in den Salat ein bisschen Mais, damit „*man auch bisschen was für's Auge hat (E05: 138)*“ und auch wenn es nur Brote gibt, werden diese liebevoll zubereitet und als „*Alaska-Platte*“ serviert: „*Auch, also die Große wenn sie bei mir alleine ist, machen wir ((lacht)) große Alaskaplatte. (...) Kalte Platte. Ist aber, warum Alaskaplatte das kommt von meinem Vater her. Und denn machen wir aber auch denn, wenn ich was hab' von meinen Eltern, zum Beispiel Radieschen, dazu, Tomate, Teil davon mit büschen Zwiebeln drauf oder 'n Salatblatt nachher so als Deko, was was sie aber auch mit alles mit aufisst ne, so.*“ (E05: 801-805) Irgendwann hat er seine Vorliebe für Pferdefleisch entdeckt, das er zwar aus Kostengründen nicht so häufig isst, das er sich aber zwischendurch immer wieder mal gönnt. Alles, was er erzählt, klingt maßvoll und diszipliniert, auch in Bezug auf Süßigkeiten gibt es keine „Ausfälle“, sondern einen wohldosierten Umgang damit (der in der dargestellten Form auch glaubhaft ist). Eine Notwendigkeit, seine Ernährungsweise umzustellen sieht Herr E von daher nicht, auch weil sein Gewicht sich im Normbereich bewegt. Mit seinen Ernährungseinschränkungen geht er recht gelassen um: „*Also ich hab' praktisch drei Sachen die ich, wo ich Problem mit hab', das ist einmal Milchprodukte, da muss ich aufpassen. Gluten ganz extrem, das führt bis hin, dahin, dass ich vier Stunden lang auf 'n Rücken lieg' mit Herzp_ mit Herzschmerzen und Herzproblemen und richtig Herzrasen habe. (...) Bei Milchprodukten krieg' ich nur Ausschlag. Also 'n Juckreiz.*“ (E05: 84)¹³ Der Verzicht auf die entsprechenden Lebensmittel scheint ihm keine große Mühe zu bereiten, was zum Teil an den deutlich spürbaren negativen Folgen des Konsums liegen mag. Allerdings möchte er trotz seiner Glutamatunverträglichkeit nicht völlig auf asiatisches Essen verzichten, da er dieses gerne mag. So isst er mittlerweile nur noch in Imbissen und Restaurants, von denen er weiß, dass er dort auch glutamatfreies Essen bekommen kann. Beim Einkauf studiert er die auf Verpackungen ausgewiesenen Inhaltsstoffe und meidet konsequent alles, was Glutamat enthält. In Bezug auf die Meidung von Milchprodukten scheint er nicht ganz so konsequent zu sein, die geschilderten Auswirkungen waren jedoch auch weit weniger drastisch.

Unmittelbar und deutlich wahrnehmbare negative Auswirkungen stützen die Beibehaltung einer neuen Verhaltensweise.

Leicht umsetzbare und in den Alltag integrierbare Lösungen begünstigen die Beibehaltung der neuen Verhaltensweise.

¹³ Die dritte Unverträglichkeit wurde nicht genannt.

Als erfolgreicher Prädiktor für eine Verhaltensänderung erweist sich im Fall von Herrn E das unmittelbare Auftreten unangenehmer Wirkungen in Kombination damit, dass es für ihn als leicht umsetzbar empfundene Lösungen gibt.

4 Weiterführende Interpretation

4.1 Weiterführende Interpretation von Kapitel 3.1: Einflüsse auf die Gesundheit

4.1.1 Einflüsse der Biologie

Die Äußerungen zum Thema Gesundheit wurden in Kapitel 3.1 den vier Kategorien des Lalonde-Modells zugeordnet: der Biologie, der Umwelt, der Gesundheitsversorgung und dem Lebensstil. Es zeigte sich rasch, dass eine zusätzliche Unterteilung in beeinflussbare und nicht beeinflussbare Faktoren nicht zielführend ist, da diese Zuordnung individuell sehr unterschiedlich erfolgte. Die Variabilität der Einschätzung der Gesundheitsdeterminanten als beeinflussbar, beziehungsweise nicht beeinflussbar, weist darauf hin, dass eine solche Zuordnung immer vor dem Hintergrund des eigenen Erlebens und unter dem Einfluss einer Vielzahl von Faktoren erfolgt.

In den Ausführungen zum Thema Biologie zeichneten sich drei grundsätzliche Positionen ab, die auf unterschiedlichen Einstellungen zum Körper basieren. Zum einen wurde der *Körper als positive Ressource* betrachtet, der robust ist und den Widrigkeiten des Lebens erst einmal gewachsen. Von Personen, die diese Einstellung vertraten wurden die körperlichen Gegebenheiten als positive Ausgangsbasis für eine gute Gesundheit wahrgenommen. Die InterviewpartnerInnen, die diese Einstellung vertraten, nahmen ihren aktuellen Gesundheitszustand als gut wahr und zeigten gesundheitsbezogene Aktivitäten in unterschiedlich starker Ausprägung (vgl. Tab. 4-1). Als eine zweite Einstellung ließ sich die Betrachtung des *Körpers als Risiko und Herausforderung* ausmachen. Dieser Auffassung lag eine variable Haltung gegenüber dem Körper zugrunde: Je nachdem ob eine Krankheit oder ein Risikofaktor als beeinflussbar oder nicht beeinflussbar wahrgenommen wurde, wurde der Körper als Risiko oder als Herausforderung klassifiziert. Bedrohliche Erkrankungen (z.B. Krebs) oder genetische Prädispositionen wurden als unbeeinflussbare Risiken klassifiziert. Als Herausforderung wurden dagegen Erkrankungen oder altersbedingte Verschleißerscheinungen betrachtet, für die Möglichkeiten der eigenen Intervention gesehen wurden. Ebenfalls als Herausforderung wurde die Kontrolle des Körpergewichtes und der Gelüste auf süße oder fettreiche Nahrungsmittel betrachtet. Deutlich sichtbar wurde bei dieser Haltung die Disziplin, die aufgewendet werden muss, um die persönlichen Vorstellungen von einer gesunden Ernährung oder einer gesunden Lebensführung umzusetzen. Die dritte Einstellung zum *Körper* betonte die *schicksalhafte* Komponente. Hier erschien der Körper als Schicksal, dem man nicht enttrinnen kann, ja er wurde nahezu als Bedrohung empfunden: Er rächt sich, wie ein Interviewpartner (E06) es ausdrückte, für schlechte Behandlung, er funktioniert mit zunehmendem Alter einfach schlechter, wie ein anderer Interviewpartner (E07) betonte. Dieses Bedrohungsszenario war verbunden mit der

Überzeugung, auf diese Entwicklungen wenig oder keinen Einfluss nehmen zu können und vergesellschaftet mit geringem bis gar keinem gesundheitsbezogenem Handeln.

Während also eine positive Einstellung zum Körper aktivierend auf gesundheitsbezogenes Handeln zu wirken scheint, hat eine negative Einstellung offenbar aktivitätshemmende Auswirkungen (vgl. Tabelle 4.1). Es scheint auf den ersten Blick paradox, dass diejenigen mit einer positiven Einstellung zum Körper sich mehr Gedanken um ihre Gesundheit machen und auch mehr gesundheitsbezogene Aktivitäten schildern, als diejenigen, die ihren Körper als Bedrohung wahrnehmen. Dieses Ergebnis steht auch im Widerspruch zu Annahmen wie sie Modellen zum Gesundheitsverhalten zugrunde liegen, wie zum Beispiel dem Health-Belief-Modell (Becker 1974), in dem die wahrgenommene Bedrohung durch eine Krankheit als handlungsleitend angesehen wird. Aber auch Modelle jüngerer Tradition, wie das Transtheoretische Modell (Prochaska & Velicer 1997), stellen eine über die wahrgenommene Bedrohung und die Annahme der eigenen Vulnerabilität theoretisch hergeleitete Motivation ins Zentrum. Es gibt jedoch auch Untersuchungen, die zu ähnlichen Ergebnissen, wie den hier geschilderten, kamen. So stellten Wiesmann et al. (2003) in ihrer Untersuchung zum Gesundheitsverhalten von 566 Studierenden als stärksten Prädiktor für multiples Gesundheitsverhalten (geprüft über einen 33 Items umfassenden Fragebogen) eine *geringe* subjektive Anfälligkeit für Krankheiten fest. Der zweitstärkste Prädiktor für gesundheitsbezogene Aktivitäten war das Geschlecht und der drittstärkste die subjektive Gesundheit (Wiesmann et al. 2003: 158f). Eine derartige Rangfolge lässt sich aufgrund des Studiendesigns aus dem hier vorliegende Material nicht ableiten, doch finden sich in den Motivationen für gesundheitsbezogenes Handeln alle drei Prädiktoren wieder (s. Tabelle 4.1). Der Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und gesundheitsbezogenen Aktivitäten ist aufgrund des hochselektiven Samples allerdings weniger deutlich ausgeprägt als vermutet werden könnte. Darüber hinaus scheint auch die angenommene Reichweite des eigenen Handelns einen großen Stellenwert in Bezug auf das Gesundheitshandeln zu haben, ein Umstand auf dem Theorien zur Selbstwirksamkeit gründen (Bandura 1977), die davon ausgehen, dass die Erwartung, dass das eigenen Handeln ein gewünschtes Ergebnis erzielt, das Verhalten maßgeblich beeinflusst. Das Erleben der Wirksamkeit eigenen Handelns wirkt in diesem Modell handlungsverstärkend.

Im Hinblick auf das hier untersuchte Sample lassen sich daher über die Motivation für gesundheitsbezogenes Handeln folgende Vermutungen anstellen: Ein als gut empfundener subjektiver Gesundheitszustand hat möglicherweise zwei Effekte: Er wirkt einerseits als Antrieb und Handlungsmotivation und andererseits als Bestätigung für den Erfolg des eigenen Handelns, denn die erlebte Gesundheit scheint die Richtigkeit, wie auch die Reichweite des eigenen Handelns zu bestätigen. Unterstützend für diese Thesen ist die Beobachtung, dass Personen unseres Samples mit einem negativen Körperbild, die ihren Körper also eher als Bedrohung und als unkontrollierbar emp-

fanden, eine passivere und schicksalsergebene Haltung einzunehmen und im Hinblick auf ihre Gesunderhaltung wenig aktiv waren. Auch dieses Ergebnis mag verwundern, wenn man von der vielen Modellen zum Gesundheitshandeln zugrunde liegenden Annahme ausgeht, dass diejenigen, deren Gesundheit am meisten bedroht ist, oder die sie am meisten bedroht fühlen, die aktivsten sein müssten. Doch aus der Furchtappellforschung weiß man, dass als zu groß empfundene Bedrohungen ohne verfügbare Bewältigungsstrategien zu Abwehr und Resignation führen (Barth & Bengel 1998: 114). In Übereinstimmung mit Barth & Bengel (1998) wirkten Bedrohungsszenarien im hier untersuchten Sample dann handlungsaktivierend, wenn die Bedrohung nicht als übermächtig empfunden und ihr eine als wirksam und durchführbar eingeschätzte Reaktion entgegengesetzt werden konnte. Dagegen wirkte sie aktivitätshemmend, wenn die Bedrohung als übermächtig und die Wirksamkeit eigener Handlungsmöglichkeiten als zu gering eingeschätzt wurden. Der „Kampf“, um bei dem Bild eines Interviewpartners zu bleiben, mit einem als übermächtig empfundenen Gegner, lohnt nicht, da er kaum Aussichten auf Erfolg verspricht.

Die hier relativ anschaulichen und nachvollziehbaren Bedingungen für das Gesundheitsverhalten sind jedoch nicht die alleinigen erklärenden Variablen im Alltagshandeln. Dies wird in Kapitel 4.3 mit der Darstellung der verschiedenen Haltungen zum Essen noch deutlich werden.

Tabelle 4.1: Einflüsse auf das Gesundheitshandeln

Einstellung zum Körper	Subjektive Gesundheit	Angenommene Gesundheitsbedrohung	Angenommene Reichweite eigener Handlungen	VertreterIn	Gesundheitshandeln
Der Körper als Ressource	gut	gering	groß	E02	aktiv
	gut	gering ¹	groß	E15	
	gut	mittel	mittel	E03	
Der Körper als Risiko und Herausforderung	gut	groß	groß	E01 ² , E17 ³ , E18,	variabel
	gut	gering	gering / mittel	(E09), E05, (E10), E11	
Der Körper als Schicksal	gut	groß	groß (für negative Auswirkungen)	E06	passiv
	schlecht	gering	gering	E04	
	schlecht	groß	gering	E07	

¹ Hier lag eine andere Handlungsmotivation vor (Gewichtsreduktion)

² Hier lagen zwei Handlungsmotivationen vor: einmal die Gesundheitsbedrohung, zum anderen der Wunsch nach Gewichtsreduktion.

³ Gesundheitszustand „gut“ war für E17 nicht zweifelsfrei festzustellen.

4.1.2 Einflüsse der physischen Umwelt

Die Äußerungen zum Einfluss der physischen Umwelt auf die Gesundheit weisen alle auf einen eher passiven Umgang mit Gesundheitsgefahren aus diesem Bereich hin. Die Einflussmöglichkeiten werden hier durchweg gering eingeschätzt. Von der Möglichkeit einer Beseitigung der Ursachen ging keiner der Interviewten aus. So wurde beispielsweise die aus dem Straßenverkehr resultierende Luftverschmutzung beklagt, aber gleichzeitig gesagt, dass dieser Verkehr notwendig sei und man deswegen damit leben müsse (E 10: 541). Dominierend waren Ideen dazu, wie verschiedenen Gefahren durch Meiden, Ausweichen oder Belastungsminimierung begegnet werden kann. Darüber hinaus existierten Theorien, die davon ausgingen, dass sich gesundheitliche Belastungen aus der physischen Umwelt durch stärkende Maßnahmen im individuellen Bereich ausgleichen lassen sowie Ideen von einer Gewöhnung des Körpers an Umweltbelastungen. Deutlich wurde auch, dass die genannten Maßnahmen einen hohen persönlichen Aufwand für die Informationsbeschaffung, ein bestimmtes Maß an Durchsetzungsvermögen und Hartnäckigkeit sowie eine große Bereitschaft zum Verzicht (z.B. auf das Auto) und zur konsequenten Risikomeidung oder -minimierung (z.B. immer Sonnenschutz benutzen) erfordern. Ein Interviewpartner äußerte, dass er nicht immer wissen wolle, welche Gefahren ihn umgeben, da er das ständige Gefühl der Bedrohung wiederum als eine eigenständige Gesundheitsgefahr empfinde (E 08: 352). Ferner zeichnete sich ab, dass mit zunehmenden finanziellen Ressourcen ein individuelles Ausweichen vor den Belastungen aus der Umwelt einfacher wird. Herr F führt beispielsweise seinen Garten an, den er nutzen kann, um sich an der frischen Luft körperlich zu betätigen und weist darauf hin, dass andere Menschen, die finanziell weniger gut ausgestattet sind, größeren Belastungen ausgesetzt sind, zum Beispiel, wenn sie an einer vielbefahrenen Straße joggen (E06: 466). Neben den Belastungen durch Ozonloch, Umweltgifte, Autoabgase usw. erweist sich die strukturelle Förderung ungesunder Lebensweisen als weiterer Negativaspekt der physischen Umwelt. Städtebauliche Gegebenheiten unterstützen eine bewegungsarme Lebensweise, während sie Bewegung erschweren. Ein Interviewpartner (E06) formulierte etwas pathetisch, dass die Menschen in früheren Jahrhunderten „artgerechter“ gelebt haben, weil sie viel mehr Bewegung im Alltag hatten, da zahlreiche Wege zu Fuß zurückgelegt werden mussten, während heute bereits die Kinder an einen bewegungsarmen Lebensstil gewöhnt würden. Eine Interviewpartnerin (E11) machte deutlich, dass mehr Bewegung im Alltag ihr eine bewusste Entscheidung für die gesündere Alternative (zu Fuß gehen) und gegen die bequeme (das Autofahren) abverlangt.

Die physische Umwelt ist der Teil, der sich in der Wahrnehmung der Interviewten am vollständigsten einer individuellen Einflussnahme entzieht. Um jedoch die Belastungen nicht nur passiv zu erdulden, wenden die InterviewpartnerInnen einiges auf, um die negativen Umwelteinflüsse zu reduzieren, auch wenn sie nicht daran glauben, dass

die Effekte groß sein werden. Dieses Verhalten wurde in der Vergangenheit auch in einer Studie mit PatientInnen in homöopathisch-ärztlicher Behandlung deutlich: Wenn diese sich krank fühlten, wollten sie in irgendeiner Weise aktiv werden, um ihre Gesundheit wiederherzustellen. Passives Abwarten schien in solchen Situationen nur schwer aushaltbar und keine akzeptable Alternative zu sein (Stamer et al. 2010: 129f). Ähnlich scheint es sich hier mit dem passiven Erdulden gesundheitlicher Risiken zu verhalten. Dass denn so rein gar nichts zu tun ist, kann und will nicht geglaubt werden. Diese somit eher als symbolisch aufzufassenden Handlungen dienen wahrscheinlich eher der Beruhigung und der Bewältigung von Emotionen (Angst), also der Psychohygiene, als der tatsächlichen Abwendung oder Minimierung der wahrgenommenen Gesundheitsgefahren.

Im Kapitel zu den Einflüssen der physischen Umwelt wird darüber hinaus deutlich, wie viel Engagement notwendig ist, um, individuell gegen strukturelle Belastungen anzugehen oder die gesündere Verhaltensweise zu wählen. Bevor Aktivitäten zur Vermeidung oder Reduzierung von Belastungen ergriffen werden, muss ja zunächst einmal bekannt sein, dass es diese Belastungen gibt und wie groß die anzunehmenden Auswirkungen auf die Gesundheit sind. Auch im Hinblick auf die Beschaffung dieser Informationen sind die hier Interviewten sehr aktiv und machen auf diese Weise deutlich, wie viel Aufwand sie betreiben – betreiben müssen – um sich umfassend über das Thema Gesundheit zu informieren. Damit bestätigen die hier Befragten die Ergebnisse aus Bevölkerungsstudien, denen zufolge Menschen in der Regel ihr Leben selbstverantwortlich gestalten und Verantwortung für ihr Tun übernehmen möchten (vgl. Schmidt 2008: 101ff). Dies steht dem Postulat der WHO entgegen, die gesündere Wahl zur leichteren Wahl zu machen (WHO 1986), d.h. die Lebensbedingungen so zu gestalten, dass sie gesunde Verhaltensweisen fördern und unterstützen. Sich in einer wenig gesundheitsförderlichen Welt gesund zu halten, erfordert ein hohes Maß an *Gesundheitsarbeit*. Doch damit nicht genug: Auch die Resultate solch individualisierten Gesundheitshandelns sind recht begrenzt (vgl. Rosenbrock 2005). Eine Kombination verschiedener Ansätze verspricht nach wissenschaftlichen Erkenntnissen weitaus größere Effekte (Smedley & Syme 2001, Minkler 1997).

4.1.3 Einflüsse der sozialen Umwelt und des Lebensstils

Um Wiederholungen zu vermeiden werden hier die Erzählungen zu den Bereichen Soziale Umwelt (Kapitel 3.1.2.2) und Lebensstil (Kapitel 3.1.4) zusammengefasst.

Die Erzählungen zum Themenbereich Soziale Umwelt weisen darauf hin, dass das Gesundheitsverhalten maßgeblich durch das soziale Umfeld beeinflusst wird. So wirken gesunde Verhaltensweisen des unmittelbaren sozialen Umfeldes „ansteckend“ in der Weise, dass Verhalten, das im Umfeld praktiziert wird, normierend auf die eigene Praxis wirkt. In zahlreichen Darstellungen wurde dies deutlich: Männer gehen zu Früherkennungsuntersuchungen, weil ihre Frauen diese wahrnehmen (und sie ermuntern

bis drängen, es ihnen gleich zu tun), Väter reduzieren oder ändern ihr Rauchverhalten aufgrund negativer Reaktionen ihrer Kinder. Bei Frauen sind es eher Freundinnen oder Kolleginnen, die Ideen oder Vorgaben für eine gesündere Ernährungs- und Lebensweise ins Spiel bringen. Die Sorge um Kinder wirkt sich positiv auf die Gesundheitsaktivitäten und den Lebensstil beider Geschlechter aus, wobei die Schilderungen geschlechtsspezifisch unterschiedliche Tendenzen zeigen. Frauen sind mehr in der Sorge für die Kinder engagiert und zum Beispiel zuständig dafür, dass die Familie etwas Gesundes zu essen bekommt, während Männer eher eigene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen für die Kinder verändern (wie zum Beispiel nicht mehr im Haus zu rauchen). Aufgrund der Studienmethodik sind diese Hinweise allerdings nicht generalisierbar.

Unterstützend für die Beibehaltung neuer (gesundheitsförderlicher) Verhaltensweisen ist auch deren Ausübung in einer Gemeinschaft. Hier entfalten gleich mehrere Faktoren ihre Wirkung: Verabredungen zu sportlichen Aktivitäten erzeugen zum Beispiel Verbindlichkeit. Das Gefühl, die anderen Gruppenmitglieder warten auf einen, macht die sportliche auch zu einer sozialen Aktivität. Eine Absage wäre demnach dann nicht mehr nur eine Absage an eine Aktivität, sondern auch eine an die Personen, mit denen diese Aktivität ausgeübt wird. Die Anzahl der die Gruppe verbindende Elemente wird im Lauf der Zeit größer: Die Gruppe fungiert als Ressource für Informationen, wird bei Entscheidungen um Rat gefragt, es werden private Gespräche geführt, man freundet sich an usw. So entsteht mit zunehmender Dauer der Gruppenaktivität ein neues soziales Netz. Die gesundheitsförderliche Wirkung sozialer Netze ist aus der Forschung zur sozialen Unterstützung bekannt (vgl. z.B. Ningel et al. 1995, Schwarzer & Leppin 1989).

Einen großen und überwiegend sehr nachhaltigen Einfluss auf den Lebensstil haben Botschaften, die im Elternhaus vermittelt wurden. Diese scheinen auch im Erwachsenenalter noch eine nachhaltige Wirkung zu entfalten. So werden vielfach dort eingeübte Verhaltensweisen, Regeln und Gepflogenheiten in die eigene Alltagsgestaltung übernommen. Das Gesundheitsverhalten verändert sich jedoch auch im Lebensverlauf und passt sich zum Beispiel lebensweltlichen Ereignissen und Anforderungen (Arbeitsbedingungen, Kinder) an. Ebenfalls Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben negative Erlebnisse, wie z.B. die von einem Interviewpartner geschilderte Nierenbeckenentzündung, die er bekam, weil er sich auf einen kalten Stein gesetzt hatte (E12: 249). Er vermeidet seitdem konsequent, sich noch einmal auf einen kalten Untergrund zu setzen. Es gibt jedoch auch Einflüsse der sozialen Umwelt, die „ungesunde“ Verhaltensweisen fördern. Dies sind vor allem Einflüsse aus der Arbeitswelt. Mehrfach schilderten Interviewpersonen, dass sie aufgrund von hoher Arbeitsbelastung nicht mehr in der Lage waren, einen gesunden Lebensstil zu pflegen. Schichtdienst wirkte sich negativ auf das Ernährungsverhalten aus, hohe Arbeitsbelastung führte zu kompensatorischen Verhaltensweisen, wie z.B. rauchen. Diese Zusammenhänge sind

in der Literatur ausgiebig belegt (vgl. Arnold & Satzer 1986). Einen gesundheitsbezogenen Lebensstil pflegen, konnten am ehesten diejenigen, die nur eine Teilzeitarbeit hatten (dabei handelte es sich ausschließlich um Frauen) und diejenigen, denen die Reproduktionsarbeit abgenommen wurde (dabei handelte es sich ausschließlich um Männer).

Die Sequenzen zu den Themenbereichen Soziale Umwelt und Lebensstil weisen darauf hin, dass diese beiden Aspekte kaum von einander zu trennen sind. Es ist jedoch keine Wechselwirkung, die sie verbindet. Die Schilderungen weisen vielmehr darauf hin, dass die Wirkung der sozialen Umwelt auf die Individuen deutlich größer ist, als umgekehrt. Dies stellt die Idee, dass Lebensstile individuell und frei wählbar sind nicht nur in Frage, sondern widerlegt sie – was ebenfalls keine neue Erkenntnis ist. In den Untersuchungen Pierre Bourdieus (1987) wurde dieser Zusammenhang bereits mehrfach überzeugend nachgewiesen (in Kapitel 4.2 und 4.3 wird dieser Aspekt noch deutlicher hervortreten). Und auch die aus der Forschung zur sozialen Ungleichheit hinlänglich bekannte größere Belastung bei geringeren verfügbaren Bewältigungsfaktoren von Angehörigen unterer sozialer Schichten (vgl. u.a. Lampert & Ziese 2005) lässt sich aus den Ausführungen der Interviewten heraus“hören“. Die „Gesundheitsarbeit“ nimmt demnach mit abnehmendem Sozialstatus zu.

4.1.4 Die Gesundheitsversorgung

Zum Thema Gesundheitsversorgung fanden sich nicht viele Äußerungen in den Interviews. Dies ist sicher auch dem Studienthema geschuldet, dass von medizinischen Themen recht weit entfernt ist. In den vereinzelt Ausführungen zur Gesundheitsversorgung wird deutlich, dass die Wahrnehmung prophylaktischer Maßnahmen oder auch Untersuchungen zur Früherkennung abhängig vom sozialen Umfeld und vom Geschlecht ist. Dass Frauen häufiger Früherkennungs- und prophylaktische Untersuchungen wahrnehmen, ist ein aus der Literatur hinlänglich bekannter Sachverhalt (vgl. Kuhlmann & Kolip 2005: 106ff). Die Hintergründe dieses Unterschieds sind vielfältig und die vorliegende Untersuchung gibt keinen weiteren Aufschluss darüber. In Bezug auf die Versorgung im Krankheitsfall zeigt sich, dass trotz positiver Erfahrungen ein teilweises Misstrauen gegenüber den Kostenträgern vorhanden ist. In der Einlassung eines Interviewpartners, dass seine Krankenkasse zwar immer alles bezahlt habe, er aber auch noch nie ernsthaft und langwierig krank gewesen ist, spiegelt sich wieder, wie die permanente Diskussion um die Kosten für die Gesundheitsversorgung sich im Bewusstsein niederschlagen kann: Befürchtet wird, dass die Leistungen nach betriebswirtschaftlichen Erwägungen vergeben werden, statt sich am medizinisch Notwendigen zu orientieren.

Es wurden auch Erfahrungen geschildert, die von einem Misslingen der adäquaten Begleitung von Kranken durch Professionelle im Gesundheitssystem zeugen. In der Schilderung einer Interviewpartnerin zeigte sich diesbezüglich, dass eine nicht be-

dürfnisgerechte Behandlung den Beginn einer notwendigen Therapie verzögern und die Compliance negativ beeinflussen kann. In der Schilderung von Frau D spiegelt sich deutlich wider, dass insbesondere im Bereich der chronischen Krankheiten die Compliance nicht verbessert wird, wenn das Therapieziel vorgegeben wird. Vor allem wenn Erkrankungen weit reichende alltagspraktische Auswirkungen haben, scheint die Berücksichtigung zentraler PatientInnenbedürfnisse unerlässlich, da ansonsten die Therapie nicht oder nur unzureichend umgesetzt wird – mit allen daraus resultierenden Konsequenzen, wie medizinischen Notfällen, gravierenderen Krankheitsverläufen und vermehrtem Auftreten von Spätfolgen. Darüber hinaus kann die fehlende Einbindung der PatientInnenbedürfnisse in Therapiepläne und -empfehlungen zu dem als „Arzt-Hopping“ bekannten Phänomen führen. Auch dieser Zusammenhang ist aus der Gesundheitsversorgungsforschung bekannt (Stamer et al. 2010).

4.2 Weiterführende Interpretation von Kapitel 3.2.1 Ernährungswissen

In den Interviews wurde deutlich, dass die Kernbotschaften der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zur Auswahl von Lebensmitteln weithin bekannt sind. Es wurde jedoch auch rasch deutlich, dass so simple Botschaften wie beispielsweise die, täglich fünf Portionen Obst und Gemüse zu verzehren, in der Umsetzung hoch komplex werden. So ist beispielsweise angesichts von Belastungen mit Pestizidrückständen zu fragen, wie gesund Gemüse und Obst denn „tatsächlich“ sind. Ob die Pestizidbelastung durch den Vitamingehalt ausgeglichen wird, ist dabei nur eine von vielen Fragen, auf die Ernährungsempfehlungen keine Antwort geben (s. Kap. 3.2.1). Die folgende Interpretation orientiert sich an den übergeordneten Themen, zu denen sich die Äußerungen der InterviewteilnehmerInnen zu den verschiedenen Ernährungsempfehlungen zusammenfassen lassen. Dies sind im Einzelnen: Die *Lebensmittelproduktion*, die *Lebensmittellagerung* und die *Kompetenzen*, die notwendig sind, um sich und andere gesund zu ernähren. Diese Ergebnisse werden im Folgenden in Bezug zu diesen Bereichen dargestellt.

4.2.1 Die Lebensmittelproduktion

Die Herstellung von Lebensmitteln und ihre Auswirkungen auf die Qualität war ein Themenbereich, der entlang aller Ernährungsbotschaften eine Rolle spielte. So wurde in Bezug auf die Güte frischer Lebensmittel problematisiert, dass konventionell hergestelltes Obst und Gemüse Pestizidbelastungen aufweisen kann. Diese Befürchtungen mündeten unter anderem in die Frage, warum Lebensmittel nicht per se auf so genannte biologische Weise hergestellt werden. Jedoch gab es auch Skepsis dem Etikett „biologisch“ gegenüber. Angesichts der großen Mengen biologisch erzeugter

„biologisch“ gegenüber. Angesichts der großen Mengen biologisch erzeugter Nahrungsmittel, die zur Zeit angeboten werden, schwindet offenbar der Glaube an eine wahrheitsgemäße Kennzeichnung. Beim Thema Fleisch wurde das meiste Misstrauen geäußert. Die Fleischskandale der letzten Jahre waren vielen noch sehr präsent. Es gab InterviewpartnerInnen, die aus diesem Grund mittlerweile gänzlich auf Fleisch verzichten. Aber nicht nur die Skandale um „Gammelfleisch“, auch die „normale“ Fleischproduktion durch Massentierhaltung wurde kritisiert. Angesprochen wurde in diesem Zusammenhang die nicht artgerechte Tierhaltung, die dazu führt, dass nur minderwertiges Fleisch produziert wird und darüber hinaus unter dem Aspekt des Tierschutzes als moralisch bedenklich anzusehen ist.

Irreführung der VerbraucherInnen wurden im Zusammenhang mit der Brotproduktion angesprochen. Im Zuge der zunehmenden Popularität von Vollkornmehl- und Vollkornprodukten haben sich Brotproduzenten auf die Ansprüche ihrer KundInnen in der Form eingestellt, dass sie Brot anbieten, das letztendlich nur optisch den KundInnenwünschen entspricht. Tatsächlich, so eine Interviewpartnerin, sind dunkle Brote häufig mit Zuckerrübensirup eingefärbt und sehen nur aus, als wären sie aus Vollkornmehl gemacht. Hier wird also an der Optik statt an der tatsächlichen Qualität des Produkts gearbeitet. Für die Kundinnen und Kunden bedeutet dieser Umgang von Seiten der Produzenten einen hohen Aufwand an Informationsbeschaffung und eine zielgerichtete Auswahl der Geschäfte, in denen gekauft wird. Dies wiederum bedeutet, Zeit und Geld in die Informationsbeschaffung investieren zu müssen, die zudem nicht weiterhilft, wenn nicht gleichzeitig auch die Möglichkeit besteht, das gewünschte Produkt kaufen zu können. Die Möglichkeit zur Auswahl der als gesünder empfohlenen und erlebten Alternative ist also auch mit der vorhandenen Infrastruktur verknüpft.

Insgesamt zeichnet sich hier ab, dass Misstrauen und Unsicherheit im Zusammenhang mit Ernährung ständige Begleiter sind. Die industrielle Lebensmittelherstellung ist „eine Welt für sich“, Produktionswege und -weisen bleiben VerbraucherInnen zumeist verschlossen, ebenso wie verlässliche Informationen über die Güte von Lebensmitteln, gemessen an den Schadstoffbelastungen, aber auch dem Nährstoffgehalt. Die Nutzbarkeit von Ernährungsempfehlungen zur Lösung der hier geschilderten Problemlagen ist gering. Damit sind Verbraucherinnen und Verbraucher in Ernährungsentscheidungen darauf angewiesen, sich selber eine Entscheidungsgrundlage zu schaffen. Neben Medien spielen dabei die eigenen sozialen Netzwerke eine große Rolle. Aus der Forschung zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit ist jedoch bekannt, dass die Größe und Qualität sozialer Netzwerke mit abnehmendem Sozialstatus geringer wird (BMAS 2008), wie auch das gesundheitsbezogene Wissen abnimmt (Sentell & Halpin 2006). Das heißt, Menschen aus unteren sozialen Schichten haben nicht nur weniger Sozialkontakte, sondern die Menschen, die sie kennen, verfügen auch über weniger (Gesundheits-)Wissen als Angehörige höherer sozialer Schichten.

Auch wenn diese sozialen Unterschiede sich an den hier untersuchten TeilnehmerInnen nicht explizieren lassen, so weisen die Ausführungen der Interviewten doch darauf hin, dass diese Mechanismen auch beim Thema Ernährungswissen eine Rolle spielen.

Als eine weitere Informationsquelle wurde in einigen Interviews auf Schulungen im Rahmen von Klinikaufenthalten verwiesen. Diese Schulungen waren jedoch nicht frei zugänglich, sondern Bestandteil einer ärztlich verordneten Therapie. Und auch hier deutete sich in den Interviewsequenzen an, dass der Nutzen solcher Schulungen abhängig von der sozialen Lage ist. Ein Ergebnis, das sich auch in der wissenschaftlichen Literatur wiederfindet (Mielck et al. 2006).

Eine weitere Lösungsmöglichkeit für den Umgang mit dem vorhandenen Informationsmangel ist in der Herstellung von Vertrauen zu sehen. Angesichts der Tatsache, dass eine Kontrolle über die Qualität von Lebensmitteln durch die EndverbraucherInnen nicht möglich ist, sind Methoden notwendig, dieses Informationsdefizit wenn nicht zu beheben, so doch zu überbrücken. Dazu wählten einige Interviewte die Methode des „Vertrauenschenkens“ – im wahrsten Sinne des Wortes. Am Beispiel der Ausführungen zum Fleischeinkauf lässt sich nachvollziehen, dass der Einsatz von Vertrauen helfen kann, die eigene Handlungsfähigkeit zu behalten. Wie in Kapitel 3.2.1 dargestellt, war das Thema Fleisch und Fleischproduktion ein besonders sensibles. Als Kritikpunkte wurden in diesem Zusammenhang die allgemein schlechte Qualität von abgepacktem Fleisch aus dem Discounter, aber auch die zahlreichen Skandale um abgelaufenes und umetikettiertes Fleisch und der Verkauf von Fleisch von kranken Tieren genannt. Eine der beschriebenen Lösungen für diese Problematik war der gänzliche Verzicht auf Fleisch. Diejenigen, die auf Fleisch dennoch nicht verzichten wollten, standen jedoch weiterhin vor dem Problem, ohne ausreichende und zuverlässige Informationen über die Herkunft und Qualität, Fleisch einkaufen zu müssen. Die daraus resultierende Unsicherheit wurde von einigen dahingehend gelöst, dass kein abgepacktes Fleisch, sondern Frischfleisch an der Theke des Supermarktes gekauft wurde. Der Verkäufer oder die Verkäuferin wurde in diese Konstruktion zur Vertrauensperson erklärt. Dem persönlichen Aushändigen und dem persönlichen Kontakt kam hier also eine große Bedeutung im Hinblick auf die Vertrauensbildung zu. Aus der Tatsache, dass man sich gegenseitig kennt, wurde abgeleitet, dass das Fleisch, das man auf dieser Vertrauensbasis erwirbt, „gut“ sein muss. Diese Vorgehensweise entspricht dem, was Luhmann in seinen Ausführungen zur Notwendigkeit von Vertrauen und zum Prozess der Vertrauensbildung beschrieben hat. Die Notwendigkeit zu vertrauen resultiert nach Luhmann aus der Tatsache, dass es im Leben Situationen gibt, in denen wir etwas entscheiden müssen, ohne über die dafür notwendigen Informationen zu verfügen. Um in solchen Situationen nicht handlungsunfähig zu werden, wird das Vertrauen an die Stelle der Information gesetzt: *„Vertrauen ist überzogene Information, beruht also darauf, daß (sic!) der Vertrauende sich in gewissen Grundzügen schon auskennt, schon informiert ist, wenn auch nicht dicht genug, nicht vollständig, nicht zuverlässig“*

(Luhmann 1989: 34). Dieser Mechanismus wurde auch in der Forschung zur alltäglichen Lebensführung als bedeutsam beschrieben: Innerhalb der alltäglichen Lebensführung wirkt Vertrauen dort stabilisierend, wo Kontrolle nicht möglich ist. Auch wenn die existierenden Unwägbarkeiten auf diese Weise nicht ausgeräumt werden können, so bietet Vertrauen die Möglichkeit, so zu handeln, als wären sie es oder anders ausgedrückt: „*Vertrauen verzichtet darauf, etwas „im Griff“ zu haben*“ (Dunkel 1993: 201).

4.2.2 Die Lebensmittellagerung

Auch die Lebensmittellagerung spielte im Kontext der Qualitätsüberlegungen eine Rolle. Ebenso wie bei der Lebensmittelproduktion wurde hier deutlich, dass die InterviewpartnerInnen sich Gedanken machen und sich der möglichen Auswirkungen falscher oder zu langer Lagerung bewusst sind. Es schien bekannt zu sein, dass zu lange oder unsachgemäße Lagerung zu Nährstoffverlust oder auch Schadstoffanreicherung in den Nahrungsmitteln führen kann. Die hier eingeschlagenen Lösungswege sind die Orientierung an optischen Kriterien, aber auch das Meiden von Verkaufsstellen, bei denen die Gefahr für unsachgemäße Lagerung als hoch angesehen wird. Beide Verhaltensweisen erhöhen subjektiv betrachtet die Wahrscheinlichkeit (oder gar Sicherheit) frische und damit nährstoffhaltige Produkte zu kaufen. Frische Produkte wurden zum Teil auf dem Markt gekauft, aber auch im Supermarkt und im Discounter, Fleisch auch wie oben geschildert beim Metzger, jedoch kaum im Discounter, wobei unklar ist, inwieweit diese Angaben der tatsächlichen Alltagspraxis entsprechen. Doch selbst wenn nicht, lässt sich aus diesen Ausführungen ableiten, dass frische und damit qualitativ hochwertige Lebensmittel nicht primär mit Discountern in Verbindung gebracht wird. Die Idee „preisgünstig und trotzdem gut“ scheint weniger vorzuherrschen als die Annahme, dass qualitativ gute Nahrungsmittel auch ihren Preis haben. In diesem Zusammenhang wurden auch Überlegungen dazu angestellt, ob nicht zugunsten der Qualität die Warenmenge reduziert werden sollte: *„Und das ist eigentlich, ja find' ich schon traurig, weil es wird so viel Fleisch produziert, was gar nich' verwendet wird, dann sollte man lieber so das rückläufig machen, weniger produzieren, aber dafür gut, ne“* (E11: 284).

Das Kriterium der Frische steht in Zusammenhang mit der Frage, wo Lebensmittel gekauft werden. Die Auswahl des „richtigen“ Geschäfts ist von verschiedenen Faktoren abhängig, wie zum Beispiel der Anzahl und Vielfalt von Geschäften, die in der Nähe des Wohnortes oder auf dem Heimweg von der Arbeit zu finden sind. Wochenmärkte stehen Berufstätigen nur an den Wochenenden als Einkaufsmöglichkeit zur Verfügung, da sie in der Regel an Vormittagen stattfinden, so dass dort auch nicht nach der Arbeit eingekauft werden kann. Es hätte erwartet werden können, dass die Interviewpartnerinnen sich zu den Zugangsbarrieren zu den unterschiedlichen Einkaufsorten äußern. Aus dem vorliegenden Material ergeben sich aber nur wenig Anhaltspunkte zur Ausstattung der Wohnumgebung mit Geschäften. Dass diese einen Einfluss auf die Ver-

sorgungsqualität hat, wurde in einer Untersuchung in den USA nachgewiesen. Bodor et al. (2010) recherchierten, wie viele Regalmeter für Frischwaren in einem reichen und einem armen Stadtteil zur Verfügung standen. Das wenig überraschende Ergebnis dieser Studie war, dass in so genannten african-american neighbourhoods (was in den USA als synonym für „arme“ Wohngegend betrachtet werden kann), weniger Supermärkte und vor allem weniger Verkaufsflächen für frische Lebensmittel zu finden sind. Damit ist der Zugriff auf solche Lebensmittel für die BewohnerInnen ärmerer Stadtviertel erschwert. Ob die Situation in deutschen Großstädten ähnlich ist, muss im Rahmen anderer Studien erhoben werden, im hier vorliegenden Material wird jedoch deutlich, dass die Einkaufslandschaft von Discountern dominiert ist, die nach den Ausführungen der Interviewten nur über ein qualitativ schlechtes Frischprodukteangebot verfügen.

4.2.3 Notwendige Kompetenzen für eigene gesunde Ernährung und die der Angehörigen

Kontrolle und Disziplin

Der Zucker- und Süßigkeitenkonsum – oder vielmehr die Kontrolle dieses Konsums – stellt für die meisten Interviewten eine große Herausforderung dar. Süßigkeiten und Kuchen zählen zu den geliebten und gleichzeitig „gefürchteten“ Lebensmitteln, weil sie wie kaum ein anderes Nahrungsmittel mit Lust und gleichzeitigem Zwang zur Disziplin verbunden sind. Der Konsum dieser Nahrungsmittel ist darüber hinaus mit dem Gefühl des Scheiterns verbunden. Wohlwissend, dass weder Kuchen noch Schokolade „überlebensnotwendig“ sind, kann dem Drang danach häufig nicht widerstanden werden. Dies produziert häufig Argumentationsnöte und Ratlosigkeit dem eigenen Verhalten gegenüber. Die Auflösung dieses Widerspruchs wird als Herausforderung empfunden und sehr unterschiedlich bewerkstelligt. So gibt es die Position, dass auch Süßigkeiten per se nicht ungesund sind, sondern es auf die Menge ankommt. Auch der Aspekt der sozialen Ausgrenzung wird in diesem Zusammenhang genannt: Wer ungesunde Nahrungsmittel konsequent meidet, grenzt sich damit auch zu einem Teil aus dem gesellschaftlichen Leben aus. Die Gefahr dieser Ausgrenzung ist womöglich größer als die, welche vom Zuckerkonsum ausgeht. Es gibt aber auch die Vorstellung, dass Süßigkeitenverzehr der Herstellung von Wohlbefinden dient und damit legitim ist. Darüber hinaus werden Süßigkeiten und Kuchen auch gezielt zur Bewältigung belastender Situationen eingesetzt, eine Funktion die auch durch die Ergebnisse aus Untersuchungen zur Belastungsbewältigung bestätigt wird (Faltermaier 1994: 253).

Konfliktbereitschaft

Im Zusammenhang mit der Umsetzung eines gesunden Ernährungsstils wurde deutlich, dass neben dem Wissen darum, was als gesund und was als weniger gesund gilt, auch ein gewisses Maß an Konfliktbereitschaft erforderlich ist. Die Aushandlungspro-

zesse, wie in Kapitel 3.2.1 beschrieben, erfordern neben fachlichem Wissen (welche Komponenten können ohne Qualitätsverlust ausgetauscht werden?) auch den Willen und die Fähigkeit zu häufigen Auseinandersetzungen. Deutlich wurde an diesem Punkt auch, dass dies eine Situation ist, in der sich besonders häufig Frauen wiederfinden. Da im Rahmen gesellschaftlicher Rollenverteilungen den Frauen eine größere Zuständigkeit für die Ernährung der gesamten Familie zugeschrieben wird, sind sie es auch, die entsprechend häufig Kinder und / oder auch Ehemänner zu einem gesünderen Ernährungsstil anhalten müssen, bis hin zur Durchsetzung bestimmter Regeln. Dies wirkt selbstredend auf die innerfamiliären Beziehungen zurück. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Frauen im Hinblick auf die Einführung und Aufrechterhaltung eines gesunden Ernährungsstils für die Familie abverlangt wird, Konflikte einzugehen und auszuhalten, mit allen Konsequenzen, die daraus resultieren können.

4.2.4 Geschlechtsspezifische Nahrungsauswahl

Diese Beispiele weisen darauf hin, dass Ernährungsempfehlungen auch einen geschlechtsbezogenen Aspekt haben, der offensichtlich beim Formulieren der Empfehlungen nicht bedacht wird. In der Umsetzung der Empfehlungen wird der Geschlechteraspekt jedoch wirksam (s. Kapitel 5). Ein Sachverhalt, der auch in der Literatur thematisiert worden ist. Setzwein (2002: 84) spricht in diesem Zusammenhang von einer geschlechtlichen Kodierung von Nahrungsmitteln – männlich besetzt ist vor allem der Fleischkonsum (und hier dominiert rotes Fleisch), während Obst und Gemüse, Fisch und Geflügel weiblich besetzt sind. Über die Wahl eines Nahrungsmittels wird die „Geschlechtszugehörigkeit kommuniziert“ (Kuhlmann & Kolip 2005: 103), ein mitnichten banaler Vorgang, da aus der Frauen- und Geschlechterforschung bekannt ist, dass Geschlecht eine der wichtigsten sozialen Repräsentationen ist (vgl. Bilden 1991) und in der sozialen Interaktion ständig hergestellt werden muss, was in der wissenschaftlichen Literatur mit dem Begriff „doing gender“ bezeichnet wird (West & Zimmermann 1987). Das heißt, dass Ernährungsempfehlungen, die bedeutsamen geschlechtsbezogenen Verhaltensmustern zuwiderlaufen, u.U. allein deswegen nicht befolgt werden, weil damit eine „falsche“ Geschlechtspräsentation verbunden wäre.

4.3 Weiterführende Interpretation von Kapitel 3.2.2: Hindernisse und Ressourcen für eine gesunde Ernährung

Die Darstellung von Hindernissen und Ressourcen für eine gesunde Ernährung in Kapitel 3.2.2 weist auf die zahlreichen Einflüsse hin, die das Essverhalten beeinflussen. Aus diesen Einflüssen ergeben sich für die interviewten Personen Anknüpfungspunkte für Veränderungen der Ernährung. Insbesondere wenn es um eine langfristige Veränderung der Ernährungsgewohnheiten geht, hängt der Erfolg davon ab, wie sich die neuen Gewohnheiten in den Alltag einfügen, wie viel Übereinstimmung es mit vorhandenen Vorlieben gibt und ob sie Funktionen, die das Essen im lebensweltlichen Kontext hat, durchkreuzen. Demnach handelt es sich bei Interventionen, die auf das Ernährungsverhalten abzielen, um hochkomplexe Maßnahmen, die das gesamte Lebensgefüge betreffen. Aus den Schilderungen der sieben InterviewpartnerInnen über die mehr oder weniger gelungene Integration neuer Ernährungsgewohnheiten in ihren Alltag, sollen im Folgenden die Aspekte, die in dem jeweiligen Zusammenhang bedeutsam waren, dargestellt werden. Dazu wird anhand der vier gefundenen Einstellungen zum Essen dargestellt, welche weiteren Faktoren auf eine Verhaltensänderung Einfluss nehmen (s. dazu auch Tab. 3-2 am Ende dieses Kapitels).

Ein **emotional-funktionales** Verhältnis zum Essen zeichnete sich dadurch aus, dass das Essen insbesondere im Kontext der Bewältigung von Emotionen eine zentrale Aufgabe hatte. Essen stand hier weniger für körperliche als für seelische Ernährung. Bei Problemen oder Unstimmigkeiten, aber auch um Gefühle der Einsamkeit zu bewältigen, wurde das Essen von Süßem als Trost und Kompensationsmechanismus eingesetzt. Soll nun der Konsum genau dieser Nahrungsmittel eingeschränkt oder aufgegeben werden, besteht die Aufgabe darin, auf eine zentrale – und bislang erfolgreiche – Bewältigungsstrategie verzichten zu müssen. Der Einsatz von Genussmitteln zur Reduzierung von Belastungen ist weit verbreitet und wurde auch in anderen Studien nachgewiesen (Faltermaier 1994: 253). Es scheint wenig erfolgversprechend, solche Bewältigungsstrategien in den Fokus einer Ernährungsumstellung zu nehmen, zumindest so lange nicht eine adäquate Alternative aufgezeigt wird. Im Kontext vorhandener Genussmittel ist der Konsum von Süßigkeiten sicher als unbedenklich zu bewerten, nicht nur in seinen unmittelbaren, sondern auch in seinen langfristigen Folgen. Verglichen mit anderen Genussmitteln, wie Alkohol, Tabak, vor allem natürlich harten Drogen zur Bewältigung belastender Lebenssituationen, sind die individuellen krankheitsbezogenen, wie auch die gesellschaftlichen kostenbezogenen Folgen eher zu vernachlässigen. Im Gegenteil ist zu fragen, was passieren wird, wenn es zu einer ersatzlosen Streichung solcher eher harmlosen Bewältigungsstrategien kommt.

Eine andere Einordnung des Themas Essen war bei der eher **sachlich-funktionalen** Haltung zu beobachten. Diese war verbunden mit einer sehr nüchternen

Sichtweise auf das Thema Essen. Es gab zwar auch hier Vorlieben und der oben beschriebene Mechanismus der Kompensation mit Süßem wurde ebenfalls beschrieben, jedoch trat dies im Rahmen der allgemeinen Ernährungsweise in den Hintergrund. Bei den VertreterInnen dieser Haltung zog sich eine von sachlichen Erwägungen geprägte Verhaltensweise, verbunden mit einem hohen Maß an Disziplin, das bereits im Elternhaus erworben worden war, durch das gesamte Leben. Die Auswahl der Nahrungsmittel erfolgte auf der Basis sachlicher Kriterien. Essen hat die Funktion, den Körper mit den notwendigen Nährstoffen zu versorgen. Die VertreterInnen dieser Haltung berichteten beide über grundlegende und langfristige Ernährungsumstellungen. Die hier beschriebene Einstellung zum Essen spielte dabei eine wichtige Rolle. Ein weiterer, für die Beibehaltung der neuen Gewohnheit maßgeblicher Faktor, war das „Mitziehen“ des sozialen Umfeldes. Darüber hinaus scheint es bedeutsam, mit der Umstellung nicht nur langfristige Ziele erreichen zu wollen, sondern auch kurzfristige. So wurden als Motivation neben langfristigen Zielen wie „gesund alt werden“ auch kurzfristige, wie „abnehmen“ oder „beweglich bleiben“, genannt.

Die **pragmatisch-funktionale** Haltung zeichnete sich ebenfalls durch eine eher geringe Affinität zu bestimmten Nahrungsmitteln aus, betont jedoch die Kompatibilität mit lebenspraktischen Anforderungen. Essen musste sich in den Tagesablauf, in die Routine, einfügen. In diesem Lebensentwurf wird deutlich, dass „gesunde Ernährung“ mit anderen Lebensinhalten und -zielen konkurriert und entsprechend der ihr zugewiesenen Bedeutsamkeit beachtet oder nicht beachtet wird. Im hier geschilderten Lebenskontext wird deutlich, dass dieser ein hochkomplexes Gebilde bestehend aus zahlreichen Arrangements ist, die allesamt neu getroffen werden müssten, wenn es zu einer grundlegend anderen Ernährungsweise kommen soll. Dem so entstehenden Aufwand steht jedoch kein subjektiv wahrgenommener Nutzen gegenüber. Eine Motivation für die Veränderung der Ernährungsgewohnheiten lässt sich in diesem Lebensentwurf nur vorstellen, wenn diese Veränderung genügend Bezüge zu den Lebenszielen und den praktischen Erfordernissen beinhalten würde.

Als eine weitere Haltung wurde die **genussvoll-spaßbetonte** identifiziert. Diese zeichnete sich dadurch aus, dass auch hier dem Essen keine übergeordnete Stellung eingeräumt wurde. Vielmehr wurde Essen als eine Methode von vielen zur Erreichung sinnlicher Genüsse gesehen. Bei dieser Haltung stand der unmittelbare Genuss und Spaß im Vordergrund. Unter der Maßgabe „*die Dosis macht das Gift*“ wurden auch „ungesunde“ Verhaltensweisen wie rauchen oder übermäßiger Süßigkeitenkonsum toleriert. Die oberste Prämisse war hier die Lebensfreude. Diese zu erhalten und nicht durch als unnötig empfundene Zwänge zu zerstören, schien ein wichtiges entscheidungsleitendes Moment zu sein. Gleichzeitig resultierte aus dieser Lebensfreude und positiven Einstellung auch die Disziplin für gezielte und zeitlich befristete Verhaltensänderungen. Die Aussicht, nach einer Zeit des Verzichts, auch einmal wieder über die

Stränge schlagen zu dürfen, trug in diesem Konstrukt maßgeblich zum Erfolg der Verhaltensänderung bei.

Die hier in Bezug auf Verhaltensänderungen gefundenen Zusammenhänge wurden in ähnlicher Weise in anderen Studien festgestellt. Blissmer et al. (2010) haben in ihrer Untersuchung zur Frage, welche Faktoren eine langfristige Verhaltensumstellung vorhersagen, gezeigt, dass eine geringe Distanz zwischen erwünschtem und aktuellem Verhalten in positivem Zusammenhang mit der Beibehaltung der erwünschten Verhaltensweise steht. Verdeutlicht man sich den Aufwand, den eine Verhaltensänderung bedeutet, ist dieses Argument unmittelbar einleuchtend. Mit abnehmendem Aufwand steigt die Wahrscheinlichkeit für eine Übernahme einer neuen Verhaltensweise. Es ist jedoch nicht nur die Distanz zum aktuellen Ernährungsverhalten, die in solchen Fällen zu überwinden ist, sondern die Distanz zum gesamten Lebensstil. Damit wird, wie schon gesagt, eine Intervention, die auf die Veränderung des Essverhaltens abzielt, zu einer hochkomplexen Angelegenheit. Dies widerspricht in gewisser Weise Ergebnissen aus anderen Studien zur Frage der Ernährungsumstellung. So zum Beispiel der These von Pudal & Ellrott (2004), die davon ausgehen, dass Ernährungsempfehlungen deswegen nicht befolgt werden, weil sie den Intellekt ansprechen, während die Essensauswahl den Kategorien „mag ich“ – „mag ich nicht“ Gefühlen und Vorlieben folgt. Damit wird die „falsche“ Nahrungsmittelauswahl auch hier als persönliches Versagen dargestellt und somit Vorurteile geschürt gegen Personen, die sich „offensichtlich“, d.h. an ihrer Körperfülle ablesbar, falsch ernähren. Aus dem hier vorliegenden Interviewmaterial wird jedoch ganz anderes deutlich: Die Alltagskompatibilität ist ein ganz entscheidender Faktor, der die Umsetzung von Ernährungswissen beeinflusst. Diese wiederum ist eng verknüpft mit dem Lebensstil. Wie in den Ausführungen der InterviewpartnerInnen deutlich wurde, ist dieser Lebensstil jedoch nicht einfach wählbar, sondern an vielen Punkten durch äußere Bedingungen mitbestimmt. Dies führen auch Bittlingmayer und Bauer an, die darauf verweisen, dass „*gesundheitsförderliche oder gesundheitsabträgliche Lebensstile einer besonderen sozialen Logik folgen*“, die sich „*vorrangig auf die Zugehörigkeit zu Gruppen*“ bezieht (Bittlingmayer & Bauer 2007: 109). Damit erteilen sie rein individuenbezogenen Interventionen zur Verhaltensänderung eine Absage.

Tabelle 4.2: Anknüpfungspunkte für Verhaltensänderungen

Verhältnis zum Essen	Art der Veränderung	Übereinstimmung mit vorhandenen Vorlieben oder Gewohnheiten	Motivation		Soziale Unterstützung	Vertreter
			unmittelbare Bedeutung im lebensweltlichen Kontext	langfristige Bedeutung		
sachlich-funktional*	Komplette Ernährungsumstellung auf Rohkost	Hoch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Befreit von dem als lästig empfundenen Kochen. ▪ Entspricht geschmacklichen Vorlieben ▪ Entspricht der schon vorhandenen Einstellung zum Essen. ▪ Ist ein Familienprojekt (und keine Einzelaktion) 	Bietet Möglichkeit zur Erreichung wichtiger Lebensziele: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alt werden ▪ Gesund alt werden ▪ Geistig fit bleiben ▪ Nicht dick werden ▪ Beweglich bleiben 	Unmittelbares soziales Umfeld (Familie) zieht mit	Herr R
sachlich-funktional / emotional-funktional**	Ernährungsumstellung zur Gewichtsreduktion	Hoch	Bietet Möglichkeit zur Erreichung wichtiger Lebensziele	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstkontrolle ▪ Risikominimierung (i.S. von Krankheiten vorbeugen) ▪ reduziert Angst vor Krankheit und Tod 	Teile des sozialen Umfeldes ziehen mit	Frau A

*Sachlich-funktional: Neben der Funktionalität i.S. von alltagspraktisch, an inhaltlichen Kriterien, wie z.B. Nährstoffgehalt, orientiert.

** Emotional-funktional: Neben der Funktionalität i.S. von alltagspraktisch, an emotionalen Kriterien orientiert.

Fortsetzung Tabelle 4.2: Anknüpfungspunkte für Verhaltensänderungen

Verhältnis zum Essen	Art der Veränderung	Übereinstimmung mit vorhandenen Vorlieben oder Gewohnheiten	Motivation		Soziale Unterstützung	Vertreter/in
			unmittelbare Bedeutung im lebensweltlichen Kontext	langfristige Bedeutung		
emotional-funktional	Diabetesgerechte Ernährung	Gering	<p>Steht zentralen Bedürfnissen und Zielen entgegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Veränderungen von außen sind unerwünscht. Erfordert die Entwicklung neuer Umgehensweisen mit Problemsituationen (und damit u.U. eine weitreichende Änderung der Persönlichkeit). Verlust der Kontinuität, die Gewohnheiten vermitteln. 	Keine	Soziales Umfeld stärkt die alte Verhaltensweise	Frau D
pragmatisch-funktional*	Kein Vitamin-K-haltiges Gemüse (N.B.: Diese Veränderung macht Herr G für seine Frau, die aufgrund einer Erkrankung kein Vitamin-K-haltiges Gemüse essen darf)	Hoch	<ul style="list-style-type: none"> Bestätigung der Gefühle für seine Frau Kommt vorhandenen Essvorlieben entgegen. Leichte Umsetzbarkeit. Keine große Einschränkung. Beruhigt das Gewissen indem der prinzipiell vorhanden gute Wille unter Beweis gestellt wird. 	<ul style="list-style-type: none"> Angstreduzierung 	Verhalten wird von der gesamten Familie praktiziert.	Herr G
	Aufnahme von Käse in den Speiseplan	Hoch	<ul style="list-style-type: none"> Kommt vorhandenen Essvorlieben entgegen. Leichte Umsetzbarkeit. 	<ul style="list-style-type: none"> Vergrößert die Palette schneller Gerichte. 		

*Pragmatisch-funktional: Neben der Funktionalität i.S. von alltagspraktisch, an alltagsweltlichen Erfordernissen wie „schnell zuzubereiten“, „überall zu bekommen“ orientiert.

Fortsetzung Tabelle 4.2: Anknüpfungspunkte für Verhaltensänderungen

Verhältnis zum Essen	Art der Veränderung	Übereinstimmung mit vorhandenen Vorlieben oder Gewohnheiten	Motivation		Soziale Unterstützung	Vertreter/in
			unmittelbare Bedeutung im lebensweltlichen Kontext	langfristige Bedeutung		
genussvoll und spaßbetont	Temporäre Einschränkung des Süßigkeitenkonsums	Hoch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stellt Fähigkeit der Selbstkontrolle unter Beweis ▪ Bestätigt die „Ausgleichstheorie“ von Herrn C ▪ Gewichtsreduzierung ▪ Zeitlich befristet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verhindert Akkumulation negativer Einflüsse. ▪ Wirkt positiv auf die Gesundheit. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ unklar 	Herr C
	Wegfall des Mittagessens	Hoch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewichtsreduzierung ▪ Bedeutet keine große Einschränkung, da Herr C lieber Brot ist als warme Mahlzeiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beibehaltung des Gewichts 	unklar	

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

5.1 Unterstützung bei der Bestimmung der Qualität von Lebensmitteln

Die Interviews zum Thema Ernährung und Gesundheit haben Ergebnisse zu einer Fülle weiterer Themen erzeugt, mit denen die Ernährung verquickt ist. Im Kontext von Ernährung geht es um die Frage der Herstellung und damit um Themen der Ökologie, der Tierhaltung, der Belastung von Lebensmitteln mit Pestiziden, aber auch um die Weiterverarbeitung, Lagerung, um Transportwege bis hin zu Verpackungen und Verkaufs-Settings. Ein weiteres unmittelbar mit Ernährung verbundenes Thema waren die Lebensmittelskandale, insbesondere die so genannten Gammelfleischskandale, aber auch Tierseuchen wie BSE oder Schweinepest. An diesen Punkten wurde auch deutlich, dass die Intransparenz der Lebensmittelherstellung und die empfundene „Ferne“ der Herstellung von den Endverbrauchern zu Misstrauen und Skepsis führt, während persönlicher Kontakt zur VerkäuferIn vertrauensbildend wirkte. Auch in der Bevorzugung regionaler und saisonaler Produkte spielt die Vertrauensbildung wohl eine Rolle. Nahrungsmittel, die direkt vom Hof des Bauern gekauft werden, suggerieren einen unmittelbaren Kontakt zum Herstellungskreislauf und damit anscheinend die Idee, diesen Kreislauf zu kennen. Es mag auch die – unausgesprochene – Unterstellung mitschwingen, dass der Bauer alleine aus Gründen der Berufsehre qualitativ gute Erzeugnisse anbietet. Die herkömmliche Art der Lebensmittelproduktion wirkt dagegen Misstrauen fördernd, weil unpersönlich, fern von der VerbraucherIn und auf Profit statt auf die Produktion qualitativ guter Lebensmittel ausgerichtet.

Die Vielfalt der in die Lebensmittelqualität hineinspielenden Aspekte macht es für die Einzelne schwierig und aufwändig, sich zu allen Fragen ausreichend zu informieren. Ob die aktuelle Praxis der Schaffung von Gütesiegeln eine Unterstützung für VerbraucherInnen bietet, kann durchaus bezweifelt werden, da ihre Anzahl mittlerweile unüberschaubar geworden ist und die ihnen zugrunde liegenden Kriterien häufig nicht offen gelegt werden (Gröger 2010). Zudem sind Gütesiegel häufig nur auf einen bestimmten Aspekt beschränkt. So schließt das Etikett „Bio nach EG-Öko-Verordnung“ nicht aus, dass ein Produkt bis zu 0,9% gentechnisch veränderte Beimischungen enthält (www.transgen.de). Gütesiegel verhindern auch nicht, dass gentechnisch veränderte Produkte, Fleisch aus Massentierhaltung, Analogkäse und anderes mehr produziert und verkauft wird, sondern regeln lediglich die Pflicht zur Deklaration. Die Verantwortung für den Kauf trägt weiterhin die KäuferIn und damit bleibt die Frage der Auswahl qualitativ guter Lebensmittel abhängig von der Zeit, die VerbraucherInnen investieren können oder wollen, um sich zu informieren, von ihren finanziellen Möglichkeiten und dem zusätzlichen Aufwand den sie betreiben können oder müssen, um qualitativ gute Lebensmittel einkaufen zu können.

Als Erfolg versprechend können hier nur strukturelle Veränderungen angenommen werden. Die Veränderung der Lebensmittelproduktion in eine ökologisch orientierte, ressourcenschonende, den Tier- und Umweltschutz respektierende Herstellung qualitativ guter Lebensmittel kann nur über entsprechende gesetzliche Vorschriften erreicht werden. Unterstützend wirken würden für solche Initiativen wissenschaftliche Belege für die schädigenden kurz- und langfristigen Auswirkungen der aktuell praktizierten Herstellungsmethoden auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Umwelt. Die Initiierung solcher Projekte könnte durch Krankenkassen unterstützt und forciert werden.

5.2 Erstellen evidenzbasierter Ernährungsempfehlung

Wie in einigen Interviews deutlich wurde, führt die Fülle kursierender Ernährungsempfehlungen dazu, dass VerbraucherInnen irritiert und verunsichert werden, vor allem, wenn sich die Informationen widersprechen. Das umfangreiche Ernährungswissen der Interviewten weist darauf hin, dass es bei den VerbraucherInnen bereits weit reichende Kenntnisse über dieses Thema gibt. Problematisch scheint eher die Auswahl des richtigen Wissens. Die Frage der Evidenzbasiertheit von Ernährungsempfehlungen führt allerdings in unwegsames Gelände und zwar gleichermaßen für die Empfehlungen selbst ernannter Ernährungsexperten, wie auch für die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. So entbehrt die fast als zentral anzusehende Botschaft, fünfmal am Tag Obst und Gemüse zu essen, einer wissenschaftlichen Grundlage. Auch die Empfehlung einer Nährstoffzusammensetzung zugunsten der Kohlenhydrate ist nicht evidenzbasiert (Schmidt-Semisch & Schorb 2010: 147f). Auch wenn es plausibel scheint, dass Obst und Gemüse gesünder sind als Schokolade und Kuchen, ist der Erkenntnisstand so, wie er ist, an die VerbraucherInnen weiterzuvermitteln. Das bedeutet, dass die vorhandenen Evidenzlücken thematisiert werden müssen. Die Sorge vor einer Einbuße der Glaubwürdigkeit von Empfehlungen, die auf solche Wissenslücken hinweisen, kann dabei vernachlässigt werden. Unglaubwürdig werden Informationen am ehesten durch kursierende Widersprüche, die sich nicht auflösen lassen, weil die Grundlage für die Entstehung der Informationen nicht bekannt ist. Wie in einer Studie von Müller & Berger (2008) deutlich wurde, kann das Eingestehen fehlender oder unzulänglicher Evidenz im Gegenteil zu einer Erhöhung der Glaubwürdigkeit von Informationen führen. Damit muss die Empfehlung, Obst und Gemüse zu essen, also nicht gänzlich aufgegeben werden, wohl aber sollte die Vehemenz, mit der diese Empfehlung verbreitet wird, der wissenschaftlichen Grundlage angepasst werden. Gleiches gilt für alle anderen Empfehlungen, denn die kommunizierten Ernährungsempfehlungen stützen sich, auch wenn sie von WissenschaftlerInnen formuliert worden sind, in der Regel auf schwer zu interpretierende epidemiologische Studien und zeigen über die Jahre hinweg eine beachtliche Varianz auf.

5.3 Erstellen vertrauenswürdiger Empfehlungen

Ähnlich den Gesundheitsinformationen für VerbraucherInnen wie sie im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses erstellt werden, sollten Ernährungsempfehlungen dargestellt und verbreitet werden. Die Internetseite des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit hat im Hinblick auf die Erstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen eine Vorreiterrolle eingenommen. Wie in der Evaluation einer dieser Gesundheitsinformationen deutlich wurde (Müller & Berger 2008), vermittelt sich die Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit dieser Informationen weniger über Erklärungen der Unabhängigkeit und Neutralität, als tatsächlich über die Art und Weise wie die Informationen dargestellt werden. Im Einzelnen wurden folgende Faktoren genannt, die das Informationsmaterial als glaubwürdig erscheinen ließen:

- Der Verzicht auf klare Handlungsanleitungen bzw. -empfehlungen.
- Das Aufführen von Vor- und Nachteilen der Handlungsoptionen.
- Angaben über die begrenzte Wirksamkeit.
- Die Verwendungen von Zahlen und Studienergebnissen, Tabellen.
- Die Angabe von Quellen.
- Das Eingestehen der Grenzen der Wissenschaft.

Für in ähnlicher Weise produzierte Ernährungsinformationen könnte dieselbe positive Resonanz angenommen werden.

5.4 Reduktion der Anzahl von Ernährungsempfehlungen

Im Zusammenhang mit der Erstellung von Ernährungsempfehlungen sollte auch beachtet werden, dass ein Zuviel an Informationen die Gefahr birgt, dass die Informationen nicht mehr verarbeitet werden können. Dies kann zur Abwehr oder sogar Abkehr von den angebotenen Informationen führen. Die im Rahmen dieser Studie Interviewten verfügten über ein sehr umfangreiches Wissen zu Ernährungsfragen. Dennoch sahen die meisten sich nicht in der Lage, alle Empfehlungen zu berücksichtigen. Das führte dazu, dass Menschen, die sich im Prinzip gesund ernähren, ein schlechtes Gewissen hatten, weil sie eben nicht allen Empfehlungen gerecht wurden. Den Empfehlungen Bier et al. (2008) zufolge ist ein wichtiger Schritt zur Erhöhung der Compliance von Ernährungsempfehlungen, die vorhandenen Empfehlungen zunächst zu priorisieren und nur die wichtigsten für eine Weitergabe an die VerbraucherInnen auszuwählen (Bier et al. 2008: 182).

5.5 Erstellen leicht verständlicher Informationen

Darauf, dass Ernährungsempfehlungen auch schaden können, wenn sie missverständlich ausgedrückt sind, weisen Marantz et al. (2008) hin. Sie führen als möglichen Grund für den Zuwachs des durchschnittlichen BMI der US-BürgerInnen in den letzten dreißig Jahren an, dass die Vermittlung der Botschaft, die Nahrungsmittelzusammensetzung zugunsten der Kohlenhydrate zu verschieben, in ihrer Form missverständlich war. Die Leitlinien für die Nährstoffzufuhr empfahlen seit den achtziger Jahren eine geringe Fettzufuhr, machten aber keine Aussagen zur Gesamtkalorienzufuhr. Der darauf folgende Anstieg des Anteils der Übergewichtigen und Adipösen lässt sich darauf zurückführen, dass zwar der relative Anteil von Fett an der Ernährung reduziert, die Gesamtkalorienzahl jedoch erhöht wurde. Von allzu vereinfachenden Botschaften sollte demnach Abstand genommen werden. Mit Blick auf die Frage der Evidenz ist überdies zu konstatieren, dass es für die empfohlene Verschiebung der Nahrungsanteile zugunsten der Kohlenhydrate keinerlei wissenschaftliche Evidenz gibt. Es kann nicht so weit gegangen werden zu behaupten, die Zunahme an Adipositas und Übergewicht hätte es ohne die Ernährungsempfehlungen nicht gegeben. Dennoch geben die geschilderten Effekte einen nachdrücklichen Hinweis darauf, dass präventive Interventionen *„mehr noch als kurative Techniken auf Nutzen, Effektivität, Effizienz sowie Schaden, soziale Auswirkungen usw. hin, bewertet werden müssen“* (Borgers 1988: 58).

5.6 Alltagspraktische Lösungen: „Gesundes Fast Food“

Angefangen beim Einkauf, spielt der Faktor „Zeit“ eine große Rolle im Zusammenhang mit der Ernährungsweise. In den Interviews wurde deutlich, dass es häufig nicht am Willen, sondern am Vorhandensein konkurrierender Bedürfnisse, aber auch am Eingebundensein in einen anforderungsreichen Berufsalltag und weitere Verpflichtungen liegt, wenn Mahlzeiten nicht selber hergestellt werden und stattdessen auf Fertiggerichte oder Fast Food zurückgegriffen werden muss. Eine Interviewpartnerin formulierte ihre Vorstellung von einem unterstützenden Angebot mit der Frage danach, warum es keine gesunden Fertiggerichte gebe. Mit Blick auf die Arbeit, die das Kochen bereitet, ist es durchaus verständlich, wenn man sich des „Geschäfts des Kochens“ entledigen will. Befragt zum *„absoluten Traum“* im Hinblick auf gewünschte Belastungsreduktion beim Kochen für die Familie hat *„die überwältigende Mehrheit ... eine Antwort parat, und zwar immer die gleiche: Sie wollten sich das Kochen vom Hals schaffen. Sofort und radikal“* (Kaufmann 2006: 236). Es könnte demnach durchaus lohnenswert sein, nach Möglichkeiten zu suchen, Fast-Food und Fertiggerichte gesünder zu machen. Eine denkbare Maßnahme wäre auch, den Zugriff auf gesunde Waren zu erleichtern. Sieht man sich das Essensangebot in Innenstädten an, wird schnell deutlich, dass *„für den kleinen Hunger zwischendurch“* meist hochkalorische Angebote zur Verfügung

stehen. Obst dagegen wird kaum angeboten und wenn, dann zu überbeuerten Preisen. Diese Angebotsstruktur lässt sich nur durch strukturelle Maßnahmen ändern. Subventionierung der Standmieten für Obststände in Fußgängerzonen, bei gleichzeitiger Verpflichtung auf eine bestimmte Preismarge, wären eine mögliche Maßnahme. Aber auch Investieren in die Aufwertung von Fast-Food durch gesunde Elemente wie Salate und Gemüse, Pommes Frites, die aus Kartoffeln und nicht aus Kartoffelpulver hergestellt und mit wenig Fett erzeugt werden, qualitativ hochwertiges Fleisch usw. wäre im Sinne der Verbraucher.

Auch für die Portionsgrößen sollten Empfehlungen ausgesprochen werden. Möglich wären auch Auflagen, den Kaloriengehalt eines Gerichts für die KundInnen transparent zu machen, so dass bewusst wird, wie viel Kalorien die Mahlzeit hat.

5.7 Prüfen der strukturellen Voraussetzungen für die Beschaffung gesunder Lebensmittel

Eine amerikanische Studie aus dem Jahr 2010 machte auf den Zusammenhang zwischen der Sozialstruktur eines Stadtteils und den Möglichkeiten, dort frisches Obst und Gemüse zu kaufen, aufmerksam (Bodor et al. 2010). Dazu wurden in einem reichen und einem armen Stadtviertel in Supermärkten die Regalmeter ausgemessen, die für Frischwaren zur Verfügung standen. Das Ergebnis zeigte, dass in dem reicheren Stadtteil deutlich mehr Regalmeter mit Frischwaren bestückt waren als in den ärmeren Vierteln. Nicht geklärt werden konnte über die Studie, ob das geringere Angebot eine Reaktion auf eine geringere Nachfrage nach solchen Produkten war. Zu vermuten ist beispielsweise, dass der Konsum hochkalorischer Nahrungsmittel im Kontext der Kalkulation Preis versus Sättigungsgrad der aufgenommenen Nahrung für Menschen mit geringen finanziellen Möglichkeiten durchaus eine sinnhafte Kalkulation darstellt. Damit sind zwei wesentliche, für die Ernährung bestimmende, Faktoren angesprochen: die Erreichbarkeit und die Finanzierbarkeit der gesünderen Alternative. Die Interviewergebnisse lassen wenig Rückschlüsse auf den Aspekt der Verfügbarkeit zu, da sich zwar Äußerungen zu den bevorzugten Einkaufsgelegenheiten finden, sich daraus jedoch nicht pauschal Rückschlüsse auf das dort vorhandene Angebot ziehen lassen. In der Tendenz zeichnet sich das nicht überraschende Ergebnis ab, dass so gut wie alle InterviewteilnehmerInnen in Discountern einkaufen. Es klingt jedoch an, dass es im Warenspektrum, auf das dort zurückgegriffen wird, einen Unterschied gibt: wer es sich leisten kann, kauft frische Waren in Fachgeschäften, auf dem Markt oder beim Bauern, während andere vermutlich ihren gesamten Einkauf im Discounter tätigen.

Eine Untersuchung der Menge und Qualität der in Discountern angebotenen Frischwaren könnte Aufschluss über die Frage nach der Verfügbarkeit (im Sinne von Regalmeter für Frischware) erbringen. Die Überprüfung der Qualität wäre in einem zweiten Schritt in solche Untersuchungen einzubeziehen. Dass auch Konsumenten,

die Discounter bevorzugen, den Entwicklungen hin zu qualitativ hochwertigeren Lebensmitteln gegenüber aufgeschlossen sind, lässt sich nicht zuletzt daraus ableiten, dass mittlerweile auch in diesen Geschäften Produkte aus der „Bio-Sparte“ angeboten werden. Im Sinne eines gesundheitsförderlichen Ansatzes sind solche Tendenzen als Ressourcen aufzufassen und entsprechend zu unterstützen, mit dem Ziel, die „gesündere Wahl zur leichteren“ zu machen (WHO 1986).

5.8 Berücksichtigen der Lebensrealität bei Ernährungsumstellungen

Wie in Kapitel 3.3 deutlich wurde, sind Veränderungen der Ernährung sehr komplexe Interventionen, da sie den gesamten Menschen betreffen und nicht nur das, was er isst. Am Punkt der Ernährungsumstellung konnte nachvollzogen werden, wie vielfältig die Beziehungen zum Essen sind und mit wie vielen unterschiedlichen Bereichen unsere Ernährung verknüpft ist. All diese Bereiche sollten bei Ernährungsumstellungen angemessen berücksichtigt werden. Hilfreich scheint dafür ein Wechsel der Blickrichtung zu sein. Wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen, ergeben sich Verhaltensänderungen aus einer individuellen „Gemengelage“ in der Gewohnheiten, Vorlieben, die Funktion des Essens, die Arbeitsbedingungen, die Lebenssituation, Ziele und Wünsche, Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstdisziplin, finanzielle Ressourcen, grundsätzliche Einstellungen zum Leben und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen eine Rolle spielen. Die Gewichtung dieser Faktoren ist individuell unterschiedlich und es kann auch angenommen werden, dass diese Gewichtung intrapersonelle Varianzen aufweist. Die Vielzahl der genannten Einflussfaktoren macht deutlich, dass eine pauschale Herangehensweise an den Ernährungsstil von Bevölkerungen problematisch ist. Mit Verweis auf die Ergebnisse von Marantz et al. in Kapitel 5.5 muss auch darauf hingewiesen werden, dass Eingriffe in die Ernährung nicht per se zu einer Verbesserung führen. Weit reichende Empfehlungen für eine Veränderung der Nahrungszusammensetzung sollten nicht unspezifisch und ohne Interventionsanlass für ganze Bevölkerungen ausgegeben werden. Die steigende Lebenserwartung in den Industrienationen spricht dafür, dass die Ernährungsweise der dort lebenden Bevölkerung ja so grundfalsch nicht sein kann. Die geringere Lebenserwartung und die höhere Morbidität in unteren sozialen Schichten sind nach Erkenntnissen der Public-Health-Forschung kein monokausales Geschehen und können somit auch nicht durch isolierte Intervention an einem Punkt behoben werden (Kühn 1993). Als zielführender im Hinblick auf eine positive Beeinflussung des Gesundheitszustandes könnte sich eine stringente Vorgehensweise, orientiert an der Notwendigkeit und den zur Verfügung stehenden sowie in ihrer Wirksamkeit nachgewiesenen Interventionen, erweisen. Die idealtypische Vorgehensweise des Public-Health-Action-Cycle (Rosenbrock 1995) bietet hier ein hilfreiches Gerüst zur Orientierung. Vor allem jedoch ist in der konkreten Umsetzung die individuelle Situation zu berücksichtigen. Die in Tabelle 4.2 dargestellten Anknüpfungspunkte für eine Verhaltens-

änderung liefern wertvolle Hinweise dafür, welche Aspekte hier zu beachten sind und macht zudem deutlich, dass je nach Ausgangssituation mehr oder weniger Unterstützung notwendig ist. Bedeutsam ist auch eine Flexibilität im Hinblick auf die zu erreichenden Ziele. Vorformulierte Ziele, welche die Komplexität der Lebensrealität unberücksichtigt lassen, haben weniger Aussichten auf Erfolg, als Ziele, die sich an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientieren und durch diese mitbestimmt werden. Evaluationen solcher so genannter partizipativer Ansätze weisen auf Erfolge im Hinblick auf gesundheitsbezogene Outcomes hin, einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass unklar ist, ob die Erfolge tatsächlich auf die partizipative Methodik zurückzuführen sind, oder ob sie auch mit anderen Methoden hätten erreicht werden können (AHRQ 2004: 40ff). Die Ergebnisse der hier vorliegenden Studie unterstreichen jedoch die Notwendigkeit der Partizipation.

Literaturverzeichnis

- AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality. Community-based Participatory Research: Assessing the Evidence. U.S.A.; Rockville, MD 2004. Available from URL: www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/cbpr/cbpr.pdf.
- Arnold A, Satzer R. Kaputt und auch noch selber schuld. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1986.
- Barth J, Bengel J. Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung. BZgA (Hrsg.) Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Köln; 1998: Band 4.
- Becker MH. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Thorofare NJ: Slack; 1974.
- Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84:191-215.
- Bier DM, Derelian D, German JB, Katz DL, Pate RR, Thompson KM. Improving Compliance With Dietary Recommendations. *Nutrition Today* 2008; 43(5):180–7.
- Bilden H. Geschlechtsspezifische Sozialisation. In: Hurrelmann K. (Hrsg.) Handbuch Sozialisationsforschung. Weinheim: Beltz; 1991: 279-301.
- Bittlingmayer UH, Bauer U. Individualisierte Prävention: Zur Ideologie des a-sozialen Gesundheitsentscheiders. In: Schmidt B, Kolip P. Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Weinheim: Juventa; 2007: 105-116.
- Blissmer B, Prochaska JO, Velicer WF, Redding CA, Rossi JS, Greene GW et al. Common Factors Predicting Long-term Changes in Multiple Health Behaviors. *Journal of Health Psychology* 2010; 15(2):205–14. Available from: URL:<http://hpq.sagepub.com/content/15/2/205.abstract> N2.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales. 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2008. Verfügbar unter: www.bmas.de.
- Bodor NJ, Rice JC, Farley TA, Swalm CM, Rose D. Disparities in food access: Does aggregate availability of key foods from other stores offset the relative lack of supermarkets in African-American neighborhoods? *Preventive Medicine* 2010; 51:63–7.
- Borgers D. Lassen sich durch Prävention Kosten sparen? Kritische Medizin im Argument. *Grenzen der Prävention* 1988; Argument-Sonderband AS 178.
- Bourdieu P. Verstehen. In: Bourdieu P, et al. (Hrsg.). *Das Elend der Welt*. Studienausgabe. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH; 2005: 393–426. Französische Originalausgabe: *La misère du monde*. Paris; Edition du Seuil: 1993.
- Bourdieu P. Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag; 1998.
- Bourdieu P. Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag; 1987.
- Dunkel W. Kontrolle und Vertrauen: Die Herstellung von Stabilität in der alltäglichen Lebensführung. In: Jurczyk K, Rerrich MS. (Hrsg.) *Die Arbeit des Alltags*. Beiträge zu einer Soziologie der alltäglichen Lebensführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 1993: 162-174.

- Faltermaier T. Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1994.
- Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2005; 293(15):1861–7.
- Flick U. Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg; Rowohlt Taschenbuch Verlag; 4. Aufl. 1999.
- Gröger A. Der Schwindel mit dem Gütesiegel. *Financial Times Deutschland* 2010 Dec 14.
- Kaufmann JC. Kochende Leidenschaft: Soziologie vom Kochen und Essen. Konstanz: UVK-Verlag; 2006.
- Kuhlmann E, Kolip P. Gender und Public Health. Weinheim: Juventa; 2005
- Kuhn J. Adipositas: Berichterstattung zwischen Aufklärung und Vernebelung. *Prävention extra* 2007; (1) ohne Seitenangabe.
- Kühn H. Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A. Berlin; 1993.
- Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa; 1974.
- Lampert T, Ziese T. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert-Koch-Institut; 2005.
- Lenz M, Richter T, Mühlhauser I. Morbidität und Mortalität bei Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter. *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 106(40):641–8.
- Luhmann N. Vertrauen. Ein Mechanismus zur Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart: Enke; 1989, 3. Aufl.
- Marantz PR, Bird ED, Alderman MH. A Call for Higher Standards of Evidence for Dietary Guidelines. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 34(3):234–40. Available from: URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VHT-4RSS76V-B/2/9f4389bc095cfba02f2707c1999ef3ec>.
- Mayring P. Einführung in die Qualitative Sozialforschung. 5. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2002.
- Merton RK, Kendall PL. Das fokussierte Interview. In: Hopf, Christel; Weingarten, Elmar. *Qualitative Sozialforschung*. 2. Aufl. Stuttgart: Ernst Klett; 1984: 171-204.
- Mielck A, Reitmeir P, Rathmann W. Knowledge about Diabetes and Participation in Diabetes Training Courses: The Need for Improving Health Care for Diabetes Patients with low SES. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes* 2006; 114:240-248.
- Minkler M. *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, New Jersey and London 1997; Rutgers University.
- Müller V, Berger B. Evaluation der Gesundheitsinformationsseite „Spezial: Wechseljahre“: Interviews mit Nutzerinnen zum Informationspaket „Wechseljahre“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Bremen: Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung; 2008 Aug 15. Available from: URL:www.akg-uni-bremen.de, Rubrik "Arbeitspapiere".

- Ningel R, Funke W. (Hrsg.) Soziale Netze in der Praxis. Göttingen; Verlag für Angewandte Psychologie: 1995.
- Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am J Health Promot* 1997; 12(1):38-48.
- Pudel V, Ellrott T. 50 Jahre Ernährungsaufklärung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2004; 47(8):780-94. Available from: [URL:http://dx.doi.org/10.1007/s00103-004-0881-9](http://dx.doi.org/10.1007/s00103-004-0881-9).
- Rosenbrock R. Public Health als soziale Innovation. *Gesundheitswesen*. 1995; 57:140-44.
- Rosenbrock 2005 Public Health – Politische Anforderungen zur Überwindung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bei Kindern und Jugendlichen. E&C-Konferenz: „Sozialraumorientierte Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen“. Dokumentation der Veranstaltung vom 17. und 18. Oktober 2005 in Berlin.
- Schmidt-Semisch H, Schorb F. Adipositas-Interventionen: Prototypen und Prämissen. In: Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O, Schmacke N, Wenzel H, Hrsg. *Evidence-based Public Health*. Bern: Huber; 2010: 145-56.
- Schröer N. *Interpretative Sozialforschung: Auf dem Wege zu einer hermeneutischen Wissenssoziologie*. Opladen: Westdt. Verl.; 1994.
- Schwarzer R & Leppin A. *Sozialer Rückhalt und Gesundheit*. Göttingen: Verlag für Psychologie; Hogrefe: 1989.
- Sentell TL, Halpin HA. Importance of Adult Literacy in Understanding Health Disparities. *J Gen Intern Med* 2006; 21(8):862-6.
- Setzwein M. Sex & Food & Hierarchy. Überlegungen zum Zusammenhang von Ernährung, symbolischer Geschlechterordnung und sexueller Ideologie. In: Jahn I, Voigt U (Hrsg.). *Essen mit Leib und Seele*. Bremen; 2002: 75-98.
- Smedley BD, Syme SL (Hrsg.). *Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington; IOM, National Academy Press 2001.
- Stamer M, Müller VE, Berger B, Schmacke N. Perspektiven von Patientinnen und Patienten auf ihre Versorgung durch homöopathisch tätige Ärzte und Ärztinnen – Eine qualitative Studie. Abschlussbericht. Bremen 2010. Abrufbar unter: www.akg.uni-bremen.de – Rubrik Arbeitspapiere.
- West C, Zimmermann DH. Doing gender. *Gender and Society* 1987; 1(2):125-151.
- WHO – World Health Organisation. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Available from: [URL: http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986](http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986).
- Wiesmann U, Timm A, Hannich H. Multiples Gesundheitsverhalten und Vulnerabilität im Geschlechtervergleich. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2003; 11(4):153-62. Available from: [URL:http://dx.doi.org/10.1026//0943-8149.11.4.153](http://dx.doi.org/10.1026//0943-8149.11.4.153).