



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Ernährungsberatung bei Adipositas in ostösterreichischen medizinischen Einrichtungen - eine Studie über Akzeptanz, Beurteilung und Auswirkungen der Ernährungsberatung bei Erwachsenen

Verfasserin

Elisabeth Rinder-Pamperl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuer:

A 297
Pädagogik
Univ.-Prof. Dr. Erich Ribolits

Danksagung

Ich möchte an dieser Stelle all jenen danken, die mir während meines Studiums der Bildungswissenschaft zur Seite gestanden sind, mich begleitet haben und letztendlich zum Gelingen dieser Diplomarbeit beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Betreuer Herrn Univ.-Prof. Dr. Erich Ribolits für die hilfreiche und konstruktive Begleitung während der Entstehung der Diplomarbeit. Ebenfalls danken möchte ich meinem fachlichen Betreuer Herrn Univ.-Prof. Dr. Jürgen König vom Institut für Ernährungswissenschaften, der mich verbindlich in thematischen Anliegen seitens der Ernährungswissenschaften unterstützt hat. Durch meine Betreuer hatte ich die einzigartige Möglichkeit ein Thema zu bearbeiten, welches die Bereiche Ernährung und Bildung verbindet.

Bedanken möchte ich mich auch bei allen medizinischen Einrichtungen, den dafür Verantwortlichen, die mir die Durchführung der Untersuchung ermöglicht haben und den Diätologen, die die Fragebögen im Rahmen einer Ernährungsberatung verteilt haben. Vor allem gilt mein Dank den Patienten, welche sich die Zeit für das Ausfüllen der Fragebögen genommen haben und so zum Gelingen des empirischen Teils der Arbeit beigetragen haben.

Ein ganz großes Dankeschön gilt meinen Eltern, Brüdern und Schwiegereltern, für ihre vielfältige Unterstützung in den letzten Jahren und in der Phase der Diplomarbeit. Ohne die liebevolle Betreuung meines Sohnes durch meine Eltern und Schwiegereltern hätte ich mein Studium nicht so zielstrebig abschließen können. Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Brüdern für das Korrekturlesen der Diplomarbeit und ihre Hilfe bei computertechnischen Fragen.

Abschließend möchte ich mich von ganzem Herzen bei meinem Mann Martin und unserem Sohn Matthias bedanken. Meinem Mann vor allem für den Glauben an mich, das jederzeit offene Ohr und die Hilfe und Unterstützung in vielerlei Hinsicht. Unserem Sohn Matthias, der mich in meinem zweiten Studienabschnitt begleitet hat, für sein fröhliches und unkompliziertes Wesen und seine unzähligen Begleitungen in die Bibliotheken.

Danke an Martin und Matthias für Ihre Geduld, für den Ausgleich durch Ihr Lachen und die liebevollen Ablenkungen vom manchmal anstrengenden Studienalltag.

Inhaltsverzeichnis

THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....	9
1 Einleitung	9
1.1 Problemhintergrund und Forschungsinteresse.....	9
1.2 Überblick über den Forschungsstand.....	10
1.3 Zentrale Fragestellung und Hypothese	11
1.4 Pädagogische Relevanz der Fragestellung.....	14
1.5 Aufbau und Gliederung der Arbeit	16
1.6 Methodisches Vorgehen	17
1.7 Gendergerechte Schreibweise.....	18
2 Adipositas.....	18
2.1 Definition von Übergewicht und Adipositas	18
2.2 Therapie der Adipositas bei Erwachsenen.....	19
2.2.1 Ernährungstherapie.....	19
2.2.2 Bewegungstherapie.....	20
2.2.3 Verhaltenstherapie	20
2.2.4 Pharmakologische Behandlung	21
2.2.5 Chirurgische Eingriffe	21
2.3 Zusammenfassung	22
3 Beratung	22
3.1 Definition Beratung allgemein.....	22
3.2 Überblick über die verschiedenen Beratungsansätze.....	25
3.3 Formen von Beratung	26
3.3.1 Kennzeichen einer Einzelberatung	27
3.3.2 Kennzeichen einer Gruppenberatung	27
3.3.3 Kennzeichen einer Teamberatung	28
3.3.4 Kennzeichen einer Institutionsberatung	28
3.3.5 Weitere Unterscheidungen der Beratungsform	28
3.4 Zusammenfassung	29
4 Klientenzentrierte Beratung	30
4.1 Grundannahmen von Carl Rogers und sein theoretisches Konzept.....	30
4.2 Basisqualitäten einer klientenzentrierten Beratung	32
4.3 Techniken der klientenzentrierten Gesprächsführung	36

4.3.1	Drei Stufen der klientenzentrierten Gesprächsführung	36
4.3.2	Weitere Interventionsstrategien.....	38
4.4	Zusammenfassung	39
5	Ernährungsberatung	40
5.1	Grundlagen	40
5.2	Definition Ernährungsberatung	41
5.2.1	Begrifflichkeit und Definition weiterer Maßnahmen zur Behandlung von Ernährungsproblematiken	43
5.2.2	Abgrenzung von Ernährungsberatung und Ernährungstherapie	47
5.2.3	Abgrenzung Ernährungsberatung und Diätberatung.....	48
5.3	Aufgaben und Ziele der Ernährungsberatung.....	49
5.3.1	Vermittlung von Ernährungswissen	54
5.3.2	Veränderung des Ernährungsverhaltens	56
5.3.3	Zusammenhang von Ernährungswissen und Ernährungsverhalten.....	61
5.4	Methode der Ernährungsberatung	61
5.4.1	Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes in der Ernährungsberatung ...	62
5.4.2	Prozessmodelle einer Ernährungsberatung	64
5.4.3	Methodisch-didaktische Aspekte	70
5.4.4	Kommunikation als Basis der Beratung.....	73
5.5	Einflüsse der Lernpsychologie und Erwachsenenpädagogik in der Ernährungs- beratung beim Erwachsenen	82
5.5.1	Psychologische Bedingungen des Lernens im Erwachsenenalter	82
5.5.2	Aktuelle Ergebnisse der lernpsychologischen Erwachsenenforschung	84
5.5.3	Besonderheiten der didaktischen Grundlagen in der Erwachsenenbildung ..	86
5.6	Zusammenfassung	92
6	Aktuelles Ernährungstherapiekonzept bei Adipositas im Rahmen einer Ernährungs- beratung im Überblick	93
6.1	Zusammenfassung	94
7	Qualifikation des Diätologen	94
7.1	Zusammenfassung	96
EMPIRISCHE STUDIE.....		97
8	Grundhypothese und Prüfhypothesen	97
8.1	Grundhypothese.....	97
8.2	Prüfhypothesen	98

9	Empirische Erhebung	98
9.1	Das Erhebungsinstrument	99
9.1.1	Entwicklung der Items	100
9.1.2	Pretest	101
9.2	Methodisches Vorgehen	101
9.3	Die Stichprobe	102
9.4	Auswertung und Auswertungsmethoden	103
9.4.1	Häufigkeitsauszählung.....	103
9.4.2	Kreuztabelle.....	103
9.4.3	Korrelation.....	103
9.4.4	Statistische Hypothesenprüfung	104
10	Auswertung, Darstellung und Interpretation der Ergebnisse	105
10.1	Beschreibung der Stichprobe	105
10.1.1	Gewichtung des Merkmals „höchster Schulabschluss“	106
10.2	Indikation für die Ernährungsberatung	107
10.3	Auswirkung der Ernährungsberatung auf das Ernährungswissen	108
10.3.1	Testung der ersten Prüfhypothese.....	109
10.3.2	Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung	110
10.3.3	Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung.....	113
10.4	Beurteilung und Akzeptanz der Ernährungsberatung.....	117
10.4.1	Testung der zweiten Prüfhypothese.....	117
10.4.2	Zusammenfassung zweite Prüfhypothese.....	171
10.5	Auswirkungen der Ernährungsberatung auf das Ernährungsverhalten.....	172
10.5.1	Testung der dritten Prüfhypothese.....	172
10.5.2	Zusammenfassung dritte Prüfhypothese.....	193
10.6	Resümee und Diskussion der empirischen Ergebnisse	193
11	Zusammenfassung und Ausblick	196
12	Literaturverzeichnis.....	199
13	Abbildungsverzeichnis	211
14	Tabellenverzeichnis.....	217
15	Anhang	221
15.1	Kurzfassung	221
15.2	Fragebogen.....	223

16 Curriculum vitae	239
17 Eidesstattliche Erklärung	241

THEORETISCHE GRUNDLAGEN

1 EINLEITUNG

1.1 Problemhintergrund und Forschungsinteresse

Laut Nationalem Aktionsplan Ernährung vom Bundesministerium für Gesundheit gehört zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil, wie viele andere Faktoren, auch eine adäquate Ernährung. Sie stellt für die Gesundheit sowohl einen wichtigen Grundpfeiler als auch eine Voraussetzung dar. Da laut internationaler Studienlage 7 der 15 maßgeblichen Risikofaktoren für Krankheit sowie Tod in den Bereich der Ernährung und des Lebensstils fallen, bilden sie ein unerlässliches Fundament für die Förderung der Gesundheit und der Prävention auf primärer Ebene. Nach Angaben der WHO könnten 2020 in den Industriestaaten chronische Erkrankungen die Verantwortung für über 75% aller Todesfälle tragen. Die Ernährung ist bei der Entstehung dieser Krankheiten bedeutsam. Ebenso ist der österreichischen Gesundheitsberichterstattung eine Zunahme der Erkrankungen, welche mit der Ernährung und dem Lebensstil assoziiert sind, zu entnehmen. Besonders das Übergewicht und die Adipositas werden zunehmen und damit sind daraus entstehende Folgeerkrankungen und demnach auch Kosten verbunden. Dies zeigt die Notwendigkeit von integrativen Maßnahmen in der Ernährungsprävention (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 3). In Österreich, wie auch international, ist in allen Altersklassen ein Anstieg der Übergewichtigen und Adipösen zu beobachten (vgl. ebd., S. 4). Laut Österreichischem Ernährungsbericht sind 42% der Erwachsenen übergewichtig, wovon 11% adipös sind (vgl. Elmadfa et al. 2009, S. 5).

Um dieser Entwicklung vorzubeugen, kommt der Ernährungsberatung als eine Maßnahme, die Ernährungsproblematiken behandelt, ein wichtiger Stellenwert zu. Obgleich die Ernährungsberatung auch bei Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen Anwendung findet, soll die Beratung von Erwachsenen in meiner Diplomarbeit im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen.

Die Wurzeln meines Interesses an diesem Diplomarbeitsthema beruhen darauf, dass ich meine Beratungskompetenz als Diätologin mit einem Thema der Bildungswissenschaft verbinden möchte. Ich arbeite seit zwölf Jahren in einem Wiener Unfallkrankenhaus und bin für den gesamten diätetischen Bereich, welcher auch Ernährungsberatungen inkludiert, zuständig. Ernährungsberatungen werden ärztlich angeordnet, von ausgebildeten

Diaetologen durchgeführt und mit einer kurzen Abschlussfrage des Diaetologen an den Patienten: „Haben Sie noch Fragen an mich?“ beendet. Die Akzeptanz und die Beurteilung der Ernährungsberatung aus der Sicht des Patienten wird vielleicht von so manchem Diaetologen kritisch hinterfragt, jedoch evaluiert wurden diese beiden Parameter noch nicht. Eher im Gegenteil, denn in der theoretischen und praktischen Ausbildung der Diaetologen wird ein eher striktes Konzept der Ernährungsberatung gelehrt, das wenig Spielraum und Reflexionseinheiten vorsieht. Auch im tatsächlichen Berufsalltag kommt durch den Zeitdruck in einer medizinischen Einrichtung oftmals die eigentlich notwendige individuelle Komponente einer solchen Beratung zu kurz. Daher möchte ich bei meiner Diplomarbeit den erwachsenen Patienten in den Mittelpunkt meiner Studie stellen und herausfinden, welche Auswirkungen die Ernährungsberatung auf sein Ernährungswissen und sein Ernährungsverhalten hat und wie die Akzeptanz und Beurteilung einer solchen Beratung, welche nach anerkannten ernährungswissenschaftlichen Grundlagen arbeitet, aussieht. Dabei möchte ich mich auf den adipösen Patienten spezialisieren. Der Grund für die Auswahl dieser Patientengruppe ist, dass aus meiner Erfahrung der Wissensstand bezüglich einer gesunden Ernährung, im Gegensatz zum übergewichtigen Menschen, sehr gering ist und daher eine Ernährungsberatung besonders sinnvoll ist.

1.2 Überblick über den Forschungsstand

Bei der Recherche zu diesem Thema war auffallend, dass es eine große Anzahl an Fachliteratur zur Beratung allgemein und auch einige Bücher zur Ernährungsberatung gibt. Weiters liegen einige Untersuchungen bezüglich der Ernährungsberatung von ausgewählten Bevölkerungsgruppen oder zur Effektivität von Ernährungsberatungen vor. Ebenfalls habe ich bei meiner Recherche eine Dissertation zum Qualitätsmanagement in der Ernährungsberatung und eine kommunikationswissenschaftliche Untersuchung der Ernährungsberatung gefunden. Außerdem gibt es eine Dissertation zu den gesundheitspsychologischen Aspekten des Ernährungsverhaltens, wo unter anderem auch die erfolgte Ernährungsberatung beurteilt wird. Dies ist aber nur ein kleiner Teil der Studie und sollte meiner Meinung nach ausführlicher behandelt werden. Die Ernährungsberatung aus der Sicht des Patienten stellt daher eine Forschungslücke dar, die ich in meiner Diplomarbeit näher untersuchen möchte. Ebenso die Frage, welche Auswirkungen eine Ernährungsberatung auf das Ernährungswissen und das Ernährungsverhalten von adipösen Menschen hat.

1.3 Zentrale Fragestellung und Hypothese

Forschungsfrage:

Wie wird die Ernährungsberatung bei Adipositas von erwachsenen Patienten in ostösterreichischen medizinischen Einrichtungen akzeptiert und beurteilt? Welche Auswirkungen hat eine Ernährungsberatung auf das Ernährungswissen und das Ernährungsverhalten von adipösen Menschen?

Subfragen:

- Wie wird die erfolgte Ernährungsberatung vom Patienten akzeptiert und beurteilt?
 - Wie hat der Patient die Ernährungsberatung erlebt?
 - Welchen Stellenwert hat die Ernährungsberatung für den Patienten?
 - Wie ist die Zufriedenheit und Erfüllung der Erwartungen nach einer erfolgten Ernährungsberatung?
 - Wie wird der Informationsgehalt der Ernährungsberatung beurteilt?
 - Wie wird die Ernährungsberatung hinsichtlich der eingesetzten Methoden und des Beratungsmaterials beurteilt?
 - Werden vom Patienten Einstellungsänderungen und voraussichtliche Änderungen bezüglich seines Ernährungsverhaltens angegeben?
 - Gibt es offene Wünsche an die Ernährungsberatung?
- Welche Auswirkungen der Ernährungsberatung werden ein Monat nach der erfolgten Beratung vom Patienten genannt?
 - Hat sich der Patient an die Empfehlungen des Diätologen gehalten?
 - Werden Veränderungen im Ernährungsverhalten genannt?
 - ❖ Inwiefern werden Veränderungen vom Patienten genannt? Was hat sich verändert und warum?
 - ❖ Was hat der Patient nicht geschafft umzusetzen und warum? Wo sind konkrete Probleme aufgetreten?
 - ❖ Was von der Ernährungsberatung hat den Patienten bewogen, etwas anders zu machen?
 - ❖ Welche Elemente oder Hinweise der Ernährungsberatung haben den Patienten so beeindruckt, etwas zu ändern?
 - ❖ Welche Sequenzen der Ernährungsberatung waren hilfreich?

- Gibt es Veränderungen im Wissen um gesunde Ernährung und um das Krankheitsbild und die Risikofaktoren der Adipositas beim Patienten?
- Welche Ergebnisse können aus der Untersuchung konkludiert werden? Trägt die Ernährungsberatung zu einer Erweiterung des Ernährungswissens bei und werden positive Veränderungen im Ernährungsverhalten genannt? Welche Empfehlungen können daraus abgeleitet werden, um die Ernährungsberatung diesbezüglich zu verbessern? Welche Konsequenzen können dabei bezüglich einer Verbesserung der Beratungskompetenz in der Aus- und Weiterbildung von Diätologen gefolgert werden?

Um eine Grundhypothese aufzustellen, dienen folgende theoretische Grundlagen und Studienergebnisse:

Auf kognitiver Ebene hat die Ernährungsberatung die Aufgabe, Ernährungswissen zu vermitteln (vgl. Purtscher 2010, S. 93). Der Klient wird über eine gesunde und ausgewogene Ernährung, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert, informiert, was eine Vergrößerung seines Ernährungswissens zum Ziel hat (vgl. Lückerrath/Müller-Nothmann 2011, S. 57). Studien zeigen, dass Ernährungsinterventionen, wozu auch die Ernährungsberatung gehört, durchaus in der Lage sind, das Ernährungswissen zu vergrößern und zu verbessern. Bedingung dabei ist, dass die Intervention von einer Person einer fachkompetenten Berufsgruppe durchgeführt wird. Schon 1984 wurde von Byrd-Bredbenner et al. dargestellt, dass Studenten, die nach einem bestimmten Ernährungs-Curriculum für Gesundheitserziehung unterrichtet wurden, ihr Ernährungswissen gegenüber der Kontrollgruppe, die keinerlei Ernährungsunterweisung erhielt, verbessern konnte (vgl. Byrd-Bredbenner et al. 1984). Aaronson et al. zeigten, dass Männer und Frauen, welche in die Risikogruppe für Herz-Kreislauferkrankungen fielen, mittels einer intensiven Ernährungsberatung durch eine Diätologin ihr Ernährungswissen deutlich mehr erweitern konnten, als die Kontrollgruppe, die eine Beratung von einem Arzt oder einer Krankenschwester erhielt (vgl. Aaronson et al. 1996). Auch Chapman-Novakofski und Karduck konnten in ihrer Studie mit einem Test vor und nach der Intervention nachweisen, dass es bei Teilnehmern einer Diabetes-Schulung zu einer Verbesserung des Ernährungswissens gekommen ist (vgl. Chapman-Novakofski/Karduck 2005). Ebenfalls gelang es Abdel et al. in ihrer Untersuchung bei Frauen während eines Aufenthalts in Diät-Kliniken in Saudi Arabien aufzuzeigen, dass sich hierbei ihr Ernährungswissen erweiterte (vgl. Abdel et al. 2007). 2009 zeigten Culkin et al., dass es

bei Patienten mit Darmerkrankungen durch eine individuelle Ernährungsberatung in Verbindung mit einer ihnen ausgehändigten Broschüre zu einer Verbesserung des Ernährungswissens gekommen ist (vgl. Culkin et al 2009).

Zur Akzeptanz und Beurteilung einer Ernährungsberatung aus der Sicht des Klienten gibt es nur wenige Untersuchungen. Aus den nachfolgenden Studien lassen sich jedoch eine positive Beurteilung und eine gute Akzeptanz einer Ernährungsberatung bei Adipositas ableiten. Gözl hat in ihrer Dissertation eine quantitativ-empirische Untersuchung durchgeführt, wo Patienten mit einer ernährungsassoziierten Stoffwechselstörung beraten wurden (vgl. Gözl 1996, S. 21). Die Beurteilung der erfolgten Ernährungsberatung wurde mit einigen wenigen Fragen erhoben und es kam beim Großteil der Befragten zu positiven Bewertungen (vgl. ebd., S. 151). Erhoben wurden u.a. die erhaltenen Informationen bzgl. ihrer Verständlichkeit und des Umfangs und die Atmosphäre in der Beratung (vgl. ebd., S. 228). Auch Furlanetto kam 2007 in seiner Studie zum Ergebnis, dass eine stationäre Ernährungsberatung bzgl. einer herzgesunden Ernährung von den Patienten als wertvoll wahrgenommen wurde, sie die Informationen als nützlich empfanden, die Diätologin als kompetent erlebten und sie aus ihrer Sicht ausreichend Wissen über die Ernährungsempfehlungen vermittelt bekamen (vgl. Furlanetto 2007). Goodchild et al. zeigten 2005 ebenfalls, dass ein empathisches Verhalten des Beraters, welches wie in Kapitel 4.2. näher ausgeführt, eine wichtige Beraterqualität darstellt, vom Klienten als wertvoll erachtet wird und die Zufriedenheit der Beratungstätigkeit steigert (vgl. Goodchild et al. 2005).

Eine Ernährungsberatung zielt bis heute auf die Erreichung einer Veränderung im Ernährungsverhalten hin (vgl. Heindl 2003, S. 30). Es obliegt daher dem Berater, mit dem Klienten Möglichkeiten der Modifikation in seiner Ernährung zu erarbeiten und ihn bei der Veränderung seines Ernährungsverhaltens zu unterstützen (vgl. Löser et al. 2007, S. 206). Folglich möchte ich mit ausgewählten Studien aufzeigen, dass eine Ernährungsberatung bei verschiedensten Indikationen eine positive Auswirkung auf das Ernährungsverhalten hat und daraus auch geschlossen werden kann, dass es bei einer Ernährungsberatung bei Adipositas zu ähnlichen Ergebnissen kommt. Kiefer konnte 2000 in ihrer Studie nachweisen, dass eine Ernährungsberatung im Rahmen einer Primärprävention zu einer Verbesserung des Ernährungsverhaltens und zu einer positiven Veränderung der Nahrungsmittelauswahl führt (vgl. Kiefer 2000, S. 11). Auch Arcand et al. zeigten 2005 in einer Untersuchung bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz, dass eine Beratung durch eine

Diaetologin sehr effektiv ist. Hierbei bekamen die Patienten in der Interventionsgruppe eine Beratung durch eine Diaetologin hinsichtlich der wünschenswerten Natriumaufnahme, während die Kontrollgruppe Ernährungsratschläge durch Selbsthilfe-Literatur erhielt. In der Interventionsgruppe konnte ein deutlicher Rückgang der Natriumaufnahme beobachtet werden, während es in der Kontrollgruppe zu keiner Veränderung der Natriumaufnahme kam (vgl. Arcand et al. 2005). 2006 wurde in einer Studie von Cook et al. ebenfalls die Wirksamkeit einer Ernährungsberatung, in diesem Fall einer stationären, bzgl. einer herzgesunden Kost aufgezeigt. Die Patienten wurden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu ihrem Ernährungsverhalten befragt und es konnte hierbei eine positive Veränderung bzgl. ausgewählter Nähr- und Inhaltsstoffe festgestellt werden (vgl. Cook et al. 2006). Froger-Bompas et al. stellten sich 2009 die Frage, ob eine Ernährungsberatung im Rahmen eines koronaren Rehabilitationsprogramms eine Auswirkung auf die Einhaltung der Ernährungsempfehlungen hat. Es konnte nachgewiesen werden, dass es zu einer nachhaltigen Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten kam (vgl. Froger-Bompas et al. 2009). 2011 konnten Alexander et al. in ihrer Untersuchung aufzeigen, dass durch die motivierende Gesprächsführung, welche ein klientenzentrierter Beratungsansatz ist, Verbesserungen im Ernährungsverhalten erzielt werden konnten. Es wurden hier in einer Grundversorgungsklinik in den USA von Ärzten bei übergewichtigen und adipösen Menschen Beratungstechniken, welche Grundsätze der motivierenden Gesprächsführung enthielten, angewendet (vgl. Alexander et al. 2011).

Auf Basis dieser Überlegungen kann folgende Hypothese abgeleitet und formuliert werden:

Eine Ernährungsberatung führt zu einer Verbesserung des Ernährungswissens bei adipösen Menschen in Ostösterreich. Aus ihrer Sicht wird eine durchgeführte Ernährungsberatung positiv beurteilt und akzeptiert. Nach einer Ernährungsberatung gibt es bei der genannten Gruppe von Menschen Veränderungen im Ernährungsverhalten in Richtung einer gesundheitsbewussteren Ernährung.

1.4 Pädagogische Relevanz der Fragestellung

Im Folgenden möchte ich darstellen, wie die Ernährungsberatung mit der Disziplin der Pädagogik verbunden werden kann. Eine Ernährungsberatung ist eine Maßnahme, die der Ernährungsbildung des Menschen dient, sie hat keinen erzieherischen Auftrag (vgl. Pudal/Westenhöfer 1998, S. 258). Was man unter Ernährungsbildung und Ernährungs-

erziehung versteht, wird im Kapitel 5.2.1 näher erläutert und dargestellt. Wenn man die Definition von Bildung von Keller und Novak heranzieht und gleichzeitig das übergeordnete Ziel der Ernährungsberatung betrachtet, dann lassen sich hier Gemeinsamkeiten erkennen, wodurch die Ernährungsberatung als ein Beitrag zur Ernährungsbildung angesehen werden kann. „[...] Bildung wird verstanden als Entfaltungsvorgang eines Individuums, als Prozeß der Menschwerdung, als Entwicklung der Persönlichkeit infolge zielgerichteter Unterrichtung einerseits, und als Ergebnis der Entwicklung, als Grad der Persönlichkeitsentfaltung, als Zustand der Selbstverwirklichung des Menschen andererseits [...]“ (Keller/Novak 1993, S. 63). Nach Diedrichsen hat die Gesundheits- und Ernährungsberatung als übergeordnetes Ziel die menschliche Entwicklungsförderung in der gesamten Lebensspanne. Die Absicht von Beratung ist das unterstützende Eingreifen in den Entfaltungs- und Entwicklungsvorgang des Individuums (vgl. Diedrichsen 1993, S. 18), damit jener bewusster und reflektierter mit dem Thema Ernährung umgeht, was sich letztendlich positiv auf den Gesundheitszustand - als das Ergebnis der Entwicklung - auswirkt. Das Ziel von Danninger et al. für die Ernährungsbildung - die Ermöglichung einer „[...] selbstbestimmten, verantwortungsbewussten und genussvollen Gestaltung [...]“ (Danninger et al. 2006, S. 7) des Ernährungsalltags (vgl. ebd. S. 7) - lässt meiner Meinung nach auch eine Selbstverwirklichung im Bereich der Ernährung erkennen, die dem Individuum zuteilwerden kann.

Mein Diplomarbeitsthema fällt laut Präambel des Studienplanes Pädagogik 2002 nicht in die klassische Aus- und Weiterbildungsforschung, da es sich nicht mit Lernprozessen hinsichtlich der beruflichen Qualifizierung beschäftigt (vgl. Studienkommission Pädagogik 2002, S. 12). Die Ernährungsberatung kann jedoch als seriöses Instrument zur persönlichen Weiterbildung beitragen, welche zusätzlich auch einen gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Nutzen mit sich bringt. Weiters setzt professionelle Ernährungsberatung idealerweise einen Prozess von lebenslangem Lernen und lebenslanger Weiterbildung im Bereich der Ernährung des Klienten in Gang, da sie ihm Kompetenzen vermitteln soll, die ihn sein weiteres Leben begleiten und die er lebenslanglich in seiner ganz persönlichen Lebenswelt umsetzen und erweitern soll.

Da jedoch der Schwerpunkt „Aus- und Weiterbildungsforschung“ eine Zusammenführung der ehemaligen Schwerpunkte „Berufspädagogik“ und „Erwachsenenbildung“ ist, kann die Ernährungsberatung bei Erwachsenen als eine Maßnahme in der Erwachsenenbildung

anerkannt werden, weil sie der Definition von Erwachsenenbildung von z.B. Lenz gerecht wird. Diese lautet: „Der Begriff Erwachsenenbildung umfasst alle Wege und Mittel der Bildung und Erziehung, die nach der Zeit schulischer oder hochschulmäßiger Ausbildung einem Menschen zur Verfügung stehen.[...]“ (Lenz 1982, S. 17f., zit. nach Gruber 2009, S. 4).

Nach Gruber gibt es vielfältige Gründe und Ursachen, die Menschen zu einer Weiterbildung bewegen, u.a. nennt sie auch eine gesündere Lebensweise als ein Motiv (vgl. Gruber 2009, S. 28). Ebenso merken laut Gruber Schlögl und Schneeberger im OECD Länderbericht vom Jahr 2003 an, dass Erwachsene ihre Weiterbildung überwiegend als persönliche Angelegenheit sehen. Die den Beruf betreffenden Motive stehen persönlichen Interesse nach (vgl. ebd., S. 32).

Die pädagogische Relevanz meines Diplomarbeitsthemas kann zusammenfassend kurz genannt werden. Es geht um die Frage:

Wie muss eine Ernährungsberatung bei Erwachsenen konzipiert sein, um zu einer Erweiterung des Ernährungswissens und einer Veränderung des Ernährungsverhaltens beizutragen?

1.5 Aufbau und Gliederung der Arbeit

Im theoretischen Teil der Arbeit möchte ich zunächst kurz auf die Adipositas und zwar ihre Definition und ihre verschiedenen Therapieansätze eingehen. Danach wird ein Kapitel der Beratung gewidmet. Es sollen einige prägnante Definitionsversuche dargestellt und die verschiedenen Beratungsansätze sowie die Formen der Beratung vorgestellt werden. Überleitend daraus gehe ich auf die Basis der Ernährungsberatung, die klientenzentrierte Beratung, näher ein. Aufbauend auf den Grundannahmen dieses Beratungsansatzes von Carl Roger, werde ich die Basismerkmale der klientenzentrierten Gesprächsführung und die Beratungstechniken hierfür näher ausführen. Im darauffolgenden Kapitel soll es um die Ernährungsberatung an sich und ihren derzeitigen Ansatz gehen. Es soll eine Begriffsbestimmung und Definition von Ernährungsberatung erfolgen, die Ziele und Aufgaben der Ernährungsberatung sollen erläutert werden, ebenso die Methode der Ernährungsberatung, insbesondere die methodisch-didaktischen Aspekte. Nicht fehlen darf die Verknüpfung der Ernährungsberatung mit den didaktischen Grundprinzipien der Erwachsenenbildung, und zwar, inwiefern professionelle Ernährungsberater, die meistens, wie schon angeführt, auf der theoretischen Basis der etablierten klientenzentrierten

Gesprächsführung nach Rogers Erkenntnisse aus der Lernpsychologie und Erwachsenenpädagogik mit einbeziehen, arbeiten. In einem weiteren Kapitel wird kurz das aktuelle ernährungstherapeutische Konzept bei Adipositas vorgestellt, das Diätologen in den Beratungen vermitteln sollen. Der Abschluss des theoretischen Teils bildet die Qualifikation des Diätologen, da in der empirischen Studie ausschließlich jene Berufsgruppe als Berater auftritt. In diesem Sinne orientiert sich die Arbeit in diesem Teil an Fachbüchern und Artikeln aus Zeitschriften.

Der zweite Teil der Arbeit beinhaltet eine empirische Studie zu den Themen „Akzeptanz und Beurteilung einer Ernährungsberatung bei Adipositas aus der Sicht des Patienten“ und „Auswirkungen einer Ernährungsberatung auf das Ernährungswissen und das Ernährungsverhalten bei adipösen Menschen“.

Abschließend sollen die Ergebnisse der empirischen Untersuchung diskutiert werden. Es soll festgehalten werden, ob die Ernährungsberatung einen Beitrag zur Verbesserung des Ernährungswissens und einer Veränderung des Ernährungsverhaltens leisten kann oder ob hier Verbesserungen notwendig sind.

1.6 Methodisches Vorgehen

In der vorliegenden Diplomarbeit wurde als methodische Vorgangsweise der quantitative Forschungsansatz gewählt. Wie generell in quantitativ-sozialwissenschaftlichen Studien werden vorerst die theoretischen Grundlagen zur vorliegenden Forschungsfrage dargestellt (vgl. Friebertshäuser et al. 2010, S. 138).

Bei der empirischen Untersuchung wurden adipöse Patienten in ausgewählten ost-österreichischen medizinischen Einrichtungen mittels zwei Fragebögen im Abstand von einem Monat befragt. Beim ersten Fragebogen füllte der Patient einen Teil, nämlich wo das Ernährungswissen vor der erfolgten Beratung erfasst werden soll, vor der Ernährungsberatung aus. Der zweite Teil, wo es um die Beurteilung und Akzeptanz der durchgeführten Ernährungsberatung geht, sollte vom Patienten unmittelbar nach der Beratung beantwortet werden. Der zweite Fragebogen, der die Auswirkung der Ernährungsberatung auf das Ernährungswissen und das Ernährungsverhalten erfassen soll, wurde ein Monat nach der Beratung vom Patienten ausgefüllt. Es bestand hier eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Abteilungen für Diätologie. Die Stichprobe sollte möglichst groß sein (ca. n=100), wobei die Anonymität selbstverständlich gewahrt wurde.

Die Auswertung der aus der Versuchsdurchführung gewonnenen Daten erfolgte mittels des *Statistical package for social scientists (SPSS)*.

Der Grund für die Wahl der empirisch-quantitativen Methode für mein Forschungsvorhaben lag darin, dass man damit die Option des Erhalts von repräsentativen Ergebnissen hat, weil man eine umfangreiche Stichprobe untersuchen kann (vgl. Falge/Blondiau 2010, S. 8). Zudem habe ich die Möglichkeit, meine untersuchten Phänomene klar, übersichtlich und stringent zu klassifizieren und strukturieren (vgl. Bargel o.J., S. 1). Sie lässt auch eine objektive Messung und Quantifizierung der untersuchten Sachverhalte zu (vgl. Prenner o.J., S. 3). Durch eine Integration von offenen Fragen konnte auch der Nachteil, dass man durch eine Fragebogenerhebung keine Vorschläge zu Verbesserungen erhält, verringert werden (vgl. Winter 2005, S. 1).

1.7 Gendergerechte Schreibweise

Der Autorin ist das Konzept des Gender-Mainstreamings bekannt, dennoch wird in der vorliegenden Arbeit zur Vereinfachung des Leseflusses bei den verschiedenen Personengruppen immer die männliche Form verwendet. Aufgrund der Chancengleichheit soll darauf hingewiesen werden, dass hier natürlich auch Frauen inkludiert sind.

2 ADIPOSITAS

2.1 Definition von Übergewicht und Adipositas

Die Adipositas, auch als „krankhaftes Übergewicht“ bezeichnet (vgl. Betz/Bischoff 2010, S. 405), ist eine chronische gesundheitliche Störung (vgl. Baritsch et al. 2006, S. 36). Ihre Grundlage ist eine polygenetische Veranlagung (vgl. ebd., S. 36) und sie geht mit einem hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko einher (vgl. Hauner et al. 2007, S. 4). Daher erfordert sie ein Konzept zur Behandlung und Betreuung, das langfristig ist (vgl. Baritsch et al. 2006, S. 36).

Nach Hauner et al. sind Übergewicht und Adipositas definiert als „[...] eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts“ (Hauner et al. 2007, S.6). Zur Klassifikation des Gewichtes wird der Body-Mass-Index (= BMI) herangezogen. Der Body-Mass-Index entspricht dem Quotienten aus Körpergewicht (kg) zu Körpergröße (m) zum Quadrat (vgl. ebd., S. 6). Tabelle 1 zeigt die Einteilung des Körpergewichtes anhand des BMI.

	BMI (kg/m ²)	Risiko für Begleiterkrankungen
Untergewicht	< 18,5	niedrig
Normalgewicht	18,5 – 24,9	durchschnittlich
Übergewicht	≥ 25	
Präadipositas	25,0 – 29,9	gering erhöht
Adipositas Grad I	30,0 – 34,9	Erhöht
Adipositas Grad II	35,0 – 39,9	Hoch
Adipositas Grad III	≥ 40,0	sehr hoch

Tabelle 1: Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen entsprechend dem BMI (WHO 2000, zit. nach Österreichische Adipositas Gesellschaft 2004)

2.2 Therapie der Adipositas bei Erwachsenen

Nach Baritsch et al. besteht die Basistherapie der Adipositas „[...] aus den Komponenten Ernährung, Bewegung und Verhalten [...]“ (Baritsch et al. 2006, S. 215). Wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, kann, wie Baritsch et al. ausführen, auch eine Pharmakotherapie indiziert sein. Bei Adipösen mit einem BMI ≥ 40 oder einem BMI ≥ 35 kombiniert mit Komorbiditäten stellt nach Versagen der konservativen Therapie eine chirurgische Therapie auch eine Möglichkeit dar (vgl. ebd., S. 215). Abbildung 1 stellt die therapeutischen Interventionen im Überblick dar.

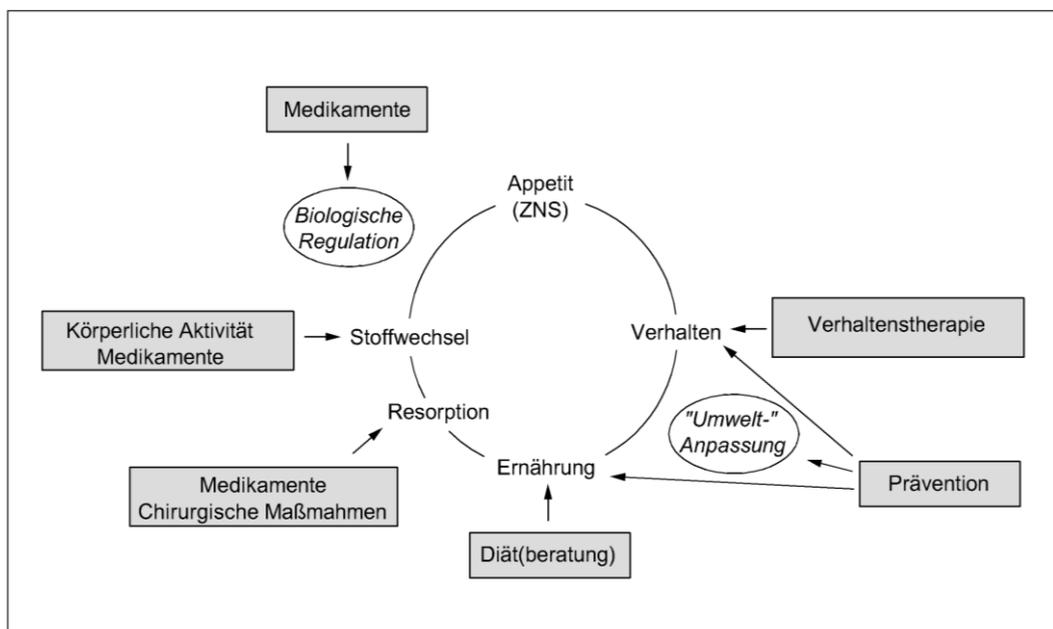


Abbildung 1: Therapeutische Interventionen bei Adipositas (Löser et al. 2007, S. 236)

2.2.1 Ernährungstherapie

Laut Baritsch et al. wird für Personen, deren BMI über 35 kg/m² liegt, eine Reduktion der Energiezufuhr um 500 bis 1000 kcal/d und für Personen, deren BMI zwischen 27 und 34,9 kg/m² liegt, um 300 bis 500 kcal/d, empfohlen. Dadurch kann eine Verringerung des

ursprünglichen Gewichts um 10% in einem Zeitraum von sechs Monaten erreicht werden. Für eine Gewichtsreduktion kann man generell folgende Richtwerte bzgl. der täglichen Energieaufnahme angeben (vgl. Baritsch et al. 2006, S. 216): „[...] 1000 bis 1200 kcal für Frauen und 1200 bis 1500 kcal für Männer [...]“ (ebd., S. 216). Die Unterschiede in den Kalorienangaben basieren nach Baritsch et al. auf den Unterschieden im Energieverbrauch zwischen den Geschlechtern, dem Alter und der genetischen Veranlagung. Der Ernährungstherapie bei Adipositas stehen folgende Kostformen bzw. Diäten zur Verfügung: Kalorienreduzierte Kostformen und Diäten mit einseitiger Nährstoffrelation (vgl. ebd., S. 216-226). Auf die einzelnen Kostformen und Diäten und auf deren Bewertung wird in dieser Diplomarbeit aufgrund der eigentlich zugrundeliegenden Thematik nicht näher eingegangen.

2.2.2 Bewegungstherapie

Nach den Leitlinien der Österreichischen Adipositas Gesellschaft führt körperliche Aktivität zu einem erhöhten Energieverbrauch und somit zu einer Abnahme bzw. Erhaltung des Gewichtes. Um eine messbare Gewichtsreduktion zu erreichen, besteht eine Notwendigkeit eines zusätzlichen wöchentlichen Energieverbrauchs von wenigstens 2500 kcal. In der Praxis würde das mindestens fünf Stunden Bewegungstherapie pro Woche bedeuten.

Im Anschluss an die Phase einer Gewichtsreduktion ist körperliche Bewegung besonders geeignet zur Stabilisierung des Gewichtes. Eine Gewichtserhaltung erfordert drei bis fünf Stunden Bewegungstherapie in der Woche, wobei mindestens 1500 kcal verbraucht werden müssen (vgl. Österreichische Adipositas Gesellschaft 2004).

2.2.3 Verhaltenstherapie

Laut Hauner et al. können verhaltenstherapeutische Interventionen durch eine Steigerung der Motivation beim Patienten zu einer besseren Einhaltung und Umsetzbarkeit der Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen führen (vgl. Hauner et al. 2007, S. 14). Auch psychosoziale Nachteile, die mit der Adipositas verbunden sind, können durch eine Verhaltenstherapie leichter bewältigt werden (vgl. Wirth 2000, S. 263).

Die Basis der wichtigsten Grundsätze von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen bei Adipositas sind nach Petermann und Pudel Effekte des klassischen Konditionierens.

Weiters kann man die Verhaltenstherapie bei Adipositas als ziel- und prozessgerichtet charakterisieren (vgl. Petermann/Pudel 2003, S. 224).

Nach Petermann, Pudel, Westenhöfer und Wirth sind die wichtigsten verhaltenstherapeutischen Interventionen folgende:

- Selbstbeobachtung
- Bewältigungsstrategien
- Stimuluskontrolle
- Motivationale Strategien: Selbstverstärkung, Selbstbestrafung, externe Verstärker und soziale Unterstützung
- Kognitive Techniken: Umstrukturierung von unrealistischen Gewichtszielen, Selbstbehauptung und kognitive Kontrolle des Verzehrverhaltens (hier gehört auch die flexible Kontrolle des Essverhaltens dazu)
- Rückfallsprophylaxe und Stressmanagement

(vgl. ebd., S. 226-32; vgl. Pudel/Westenhöfer 1998, S. 163-168; vgl. Wirth 2000, S. 263-266)

2.2.4 Pharmakologische Behandlung

Laut Betz und Bischoff ist eine Pharmakotherapie erst bei Patienten mit folgenden Voraussetzungen indiziert:

- wenn das Basisprogramm keinen hinreichenden Erfolg hatte (d.h. Gewichtsabnahme weniger als 5 % in drei bis sechs Monaten oder Wiederanstieg des Gewichts in drei bis sechs Monaten)
- Eine medikamentöse Therapie soll nur bei einer Abnahme an Gewicht von mindestens 2 kg während der ersten vier Wochen fortgesetzt werden.

Derzeit sind nur zwei gewichtssenkende Medikamente zugelassen: Sibutramin und Orlistat (vgl. Betz/Bischoff 2010, S. 426).

2.2.5 Chirurgische Eingriffe

Chirurgische Eingriffe zur Therapie der Adipositas bewirken nach Branca bei extrem adipösen Menschen als einzige Möglichkeit eine nachweislich langfristige Reduktion des Körpergewichtes. Hierbei ist ein Gewichtsverlust besonders mit einer Abnahme der Inzidenz von Diabetes mellitus Typ II verbunden, als auch mit anderen metabolischen

Vorteilen. Chirurgische Eingriffe sollen dann zum Einsatz kommen, wenn alle anderen Therapieansätze fehlgeschlagen haben (vgl. Branca 2007, S. 38).

2.3 Zusammenfassung

Laut Hauner wird die Adipositas mittels der gängigen Klassifikation nach der WHO ab einem BMI ≥ 30 definiert, der BMI der Präadipositas ist von 25,0 bis 29,9 festgelegt (vgl. Hauner 2004, S. 246). Ihrer Behandlung stehen heute mehrere wissenschaftlich bewiesene Maßnahmen zur Verfügung. Zur Erzielung des optimalen Ergebnisses eignet sich eine Kombination von verschiedenen therapeutischen Ansätzen am besten (vgl. ebd., S. 260).

3 BERATUNG

Damit der Begriff der Ernährungsberatung einer besseren Verständlichkeit zugeführt wird, möchte ich in diesem Kapitel zunächst den allgemeinen Begriff der Beratung näher erläutern.

Engel et al. beschreiben einfach, aber umfassend den Begriff der Beratung folgendermaßen: Beratung ist in unserer Zeit eine Form der Hilfe, die weit verbreitet und vielfältig ist. Ganz allgemein stellt eine Beratung eine Interaktion zwischen mindestens zwei daran beteiligten Individuen dar. Der Berater unterstützt die zu beratende Person, indem er kommunikative Mittel einsetzt, im Hinblick auf eine bestimmte Frage oder ein angegebenes Problem. Der Vorgang der Unterstützung erfolgt seitens des Beraters, indem er das Wissensfeld des Ratsuchenden erweitert und ihm mehr Orientierung und eine bessere Lösungskompetenz vermittelt (vgl. Engel et al. 2008, S. 13).

3.1 Definition Beratung allgemein

Hier möchte ich gleich am Beginn anmerken, dass in der Literatur zahlreiche Versuche vorliegen, den Begriff der Beratung zu definieren, doch eine allgemeinverbindliche Definition gibt es nicht. Grund dafür sind die zahlreichen verschiedenen Handlungsfelder, wo Beratung stattfindet, woraus unterschiedliche Aufgabenstellungen und Ziele resultieren (vgl. Warschburger 2009, S. 18f.). Ich möchte einige gängige Definitionen darstellen, die gleichzeitig – obwohl dies später noch in Kapitel 5.2 ausführlicher dargestellt wird – auf die Ernährungsberatung umgelegt werden können.

Dietrich definiert Beratung in seinem Werk folgendermaßen: „Beratung ist in ihrem Kern jede Form einer intervenierenden und präventiv helfenden Beziehung, in der der Berater

mittels sprachlicher Kommunikation und auf der Grundlage anregender und stützender Methoden innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraums versucht, bei einem desorientierten, inadäquat belasteten oder entlasteten Klienten einen auf kognitiv-emotionaler Einsicht fundierten aktiven Lernprozess in Gang zu bringen, in dessen Verlauf seine Selbsthilfebereitschaft, seine Selbststeuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können“ (Dietrich 1991, S. 2).

Den Interaktionsprozess einer Beratung betont Rechten in seinem Beratungsbegriff. Beratung ist für ihn „ein zwischenmenschlicher Prozess (Interaktion), in welchem eine Person (der Ratsuchende oder Klient) in und durch die Interaktion mit einer anderen Person (dem Berater) mehr Klarheit über eigenen Probleme und deren Bewältigung gewinnt. Das Ziel der Beratung ist die Förderung von Problemlösekompetenz“ (Rechten 2004, S. 16, zit. nach Nußbeck 2006, S. 19).

Die Definition von Boland hebt vor allem die Notwendigkeit der Bewusstseinsänderung hervor, damit eine Verhaltensmodifikation erreicht wird. Er beschreibt den Beratungsprozess als eine partnerschaftliche Interaktion, wo der Ratsuchende zwar verunsichert ist, aber sowohl motiviert als auch willig ist, seine Situation zu bearbeiten. Ziel ist es, seine Schwierigkeiten transparent zu machen, ihm die Fähigkeit und den Mut zu geben, sowohl eine persönliche als auch sachliche Entwicklung voranzutreiben. Es soll sich dabei kein abhängiges Verhältnis zum Berater entwickeln, sondern es ist eine Verdeutlichung wichtig, dass der Ratsuchende für die Änderungen, was sowohl die Ingangsetzung als auch die Durchführung beinhaltet, selbst verantwortlich ist (vgl. Boland 1993, S. 5f.).

Vor dem Hintergrund, dass professionelle Ernährungsberatung meist auf der Basis der klientenzentrierten Beratung nach Rogers arbeitet, möchte ich auch noch sein Beratungsverständnis darlegen. Für ihn besteht eine erfolgreiche Beratung aus einer Beziehung, die eindeutig strukturiert und gewährend ist und wodurch der Klient die Möglichkeit bekommt, zu einem besseren Verständnis von sich selbst soweit zu gelangen, dass er die Fähigkeit besitzt, positive Schritte aufgrund der Neuorientierung zu unternehmen (vgl. Rogers 2007, S. 28). Ich werde den klientenzentrierten Gesprächsansatz noch im Kapitel 4 näher erläutern.

Nußbeck fasst die wesentlichen Aspekte von Beratung folgendermaßen zusammen:

- Beratung bedient sich der sprachlichen Kommunikation und spielt sich zwischen zwei Menschen ab.

- Aufgabe der Beratung ist die Informationsvermittlung, die Orientierung, die Hilfe bei Entscheidungen und die Unterstützung bei der Krisenbewältigung. Weiters soll sie die Selbststeuerung verbessern und Handlungskompetenzen aufbauen.
- Kennzeichen des Ratsuchenden sind die Veränderungswilligkeit, das freiwillige Aufsuchen der Beratung und die aktive Beteiligung am Prozess.
- Die notwendigen Kompetenzen des Beraters sind Fachwissen und Beratungswissen.

(vgl. Nußbeck 2006, S. 21)

Warschburger formuliert folgende allgemeingültige Prinzipien für eine Beratung. Sie gelten unabhängig von der theoretischen Orientierung des Beratungskonzepts.

- Die Vertraulichkeit zwischen dem Klienten und dem Berater ist wesentlich für den Beratungsprozess und somit zentral für eine professionelle Beratung.
- Bei der Lösung des jeweiligen Problems soll nur auf Basis von theoretisch fundierten Theorien vorgegangen werden.
- Beratungstechniken und -strategien, die Einsatz finden, müssen evidenzbasiert sein. Dies inkludiert, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse auch empirisch belegbar sein müssen.
- Beratung soll sowohl problem- als auch lösungsorientiert sein. Das bedeutet, dass einerseits eine Analyse des vorliegenden Problems notwendig ist und andererseits eine mögliche Lösung des Problems daran anschließen soll.
- Eine Analyse des Problems soll außerdem die personellen Ressourcen und die der Umwelt mit einbeziehen. Auch sollen dem Klienten eventuelle kompensatorische Ressourcen nähergebracht und verdeutlicht werden.
- Beratung soll Handlungskompetenzen aufzeigen, stärken, erweitern oder auch aufbauen. Ziel ist es auch, dass der Klient befähigt wird, zukünftig analoge Probleme selbst lösen zu können.
- Beratung bedarf einer partizipativen Gestaltung. Die Lösung des Problems erfolgt im interaktiven gemeinschaftlichen Austausch zwischen Klienten und Berater. Die Rolle des Ratsuchenden soll von Aktivität gekennzeichnet sein, was allerdings auch eine Reflexionsfähigkeit und eine Umsetzungsfähigkeit der erarbeiteten Lösung in die Wirklichkeit seitens des Klienten voraussetzt.
- Der Ablauf einer Beratung muss planvoll sein, die nacheinander folgenden Schritte sind durch einem Aufbau aufeinander gekennzeichnet.

- Beratung soll zielgerichtet sein, es wird ein bestimmtes Problem bearbeitet.
- Eine Beratung muss inhaltlich und methodisch dem Klienten angepasst und differenziert sein, vor allem entwicklungspsychologische Aspekte sind zu berücksichtigen.
- Aufgabe des Beraters ist es, sich mit der Lebenswelt des Ratsuchenden vertraut zu machen, denn diese trägt entscheidend zum Bestehen bleiben des Problems bzw. zur Lösung desselben bei.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit wie auch eine Qualitätskontrolle sind ein wichtiger Bestandteil von Beratung. Letzteres bedeutet, dass die Effektivität der Beratungsarbeit evaluiert wird.
- Generell soll eine Offenheit für neue Beratungsformen bestehen. Einerseits ist dies durch die gesellschaftlichen Veränderungen bedingt, als auch durch neue technologische Fortschritte.
- Beratungsangebote sollen niederschwellig für ihre Inanspruchnahme sein.

(vgl. Warschburger 2009, S. 32ff.)

3.2 Überblick über die verschiedenen Beratungsansätze

So wie die schon in Kapitel 3.1 erläuterte Vielzahl an Definitionen von Beratung gibt es auch, wie Wagner bemerkt, eine Heterogenität bei den verschiedenen theoretischen Zugangswegen. Dies rührt daher, da Beratung von unterschiedlichen Berufsgruppen durchgeführt wird, sie in verschiedenen Settings stattfindet und die Schwerpunktsetzungen bei einer Beratung unterschiedlich sind (vgl. Wagner 2008, S. 65).

Im folgenden möchte ich die unterschiedlichen Beratungsansätze nach Nußbeck darlegen, die sich in Beratungskonzepten, welche auf „therapeutischen Schulen“ basieren und jene, die dem systemorientierten Ansatz folgen, unterscheiden (vgl. Nußbeck 2006, S. 5). Anzumerken ist, dass diese Auflistung einen Ordnungsversuch der unterschiedlichen theoretischen Konzepte von Beratung darstellt, die bei anderen Autoren leicht variieren können.

Die verschiedenen Ansätze von Beratung lauten nach Nußbeck folgendermaßen:

- „von ‚therapeutischen Schulen‘ abgeleitete Beratungskonzepte:
 - Psychoanalytisch orientierte Beratung“ (ebd., S. 5)
(nach Sigmund Freud)
 - „Klientenzentrierte/Personenzentrierte Beratung“ (ebd., S. 5)

(nach Carl Rogers)

- „Kognitiv-behavioral orientierte Beratung“ (ebd., S. 5)

(nach Skinner, Pawlow et al.)

- „Systemorientierte Ansätze
 - Systemische Beratung“ (ebd., S. 5)
(nach Virginia Satir et al.)
 - „Lösungsorientierte Beratung“ (ebd., S. 5)
(nach Insoo Kim Berg, Steve de Shazer)
 - „Ressourcenorientierte Beratung“ (ebd. S., 5)
(nach Grawe et al.)

Die eben genannten Beratungsansätze, die von „therapeutischen Schulen“ abgeleitet wurden, betrachtet Nußbeck als die drei bedeutsamsten dieser Kategorie. Bei der psychoanalytischen Theorie geht es um die Deutung von unbewussten Konflikten, bei der klientenzentrierten Theorie ist die Berater-Klienten-Beziehung vordergründig und bei der kognitiv-behavioralen Theorie sind Veränderungen im Verhalten ausschlaggebend. Die systemorientierten Ansätze inkludieren auch die soziale Umwelt in welchem der Klient lebt (vgl. ebd., S. 51).

3.3 Formen von Beratung

In diesem Kapitel sollen die verschiedenen Formen von Beratung genannt und näher beschrieben werden. Die wichtigsten unterscheiden sich nach Mutzeck nach der Art und Anzahl der zu Beratenden und der Position des Beraters, nach der Mittelbarkeit der Beratung, nach der Professionalität der Beratung und nach der inneren Gestalt der Beratung (vgl. Mutzeck 2008, S. 22 - 33).

Generell unterscheidet Mutzeck zwischen einer Beratung einer Einzelperson, eines Teams, einer Gruppe oder einer Institution. Der Berater kann hier jeweils von außen kommen oder selbst Mitglied der Institution oder der Arbeitsgruppe sein (vgl. ebd., S. 26). Abbildung 2 stellt die verschiedenen Formen von Beratung dar.

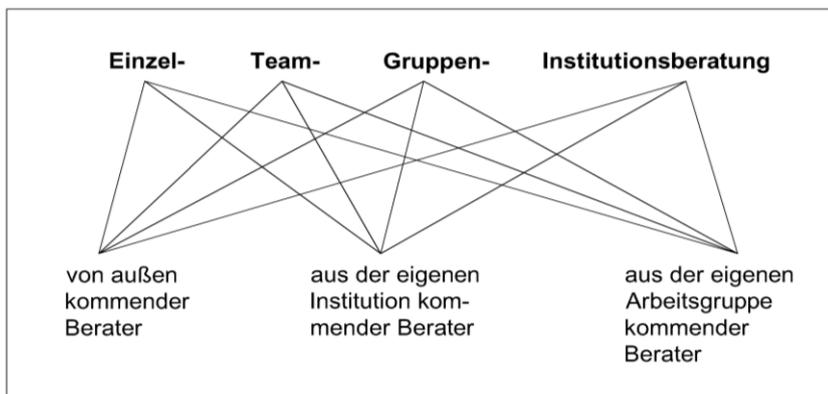


Abbildung 2: Formen der Beratung (Mutzeck 2008, S. 26)

3.3.1 Kennzeichen einer Einzelberatung

Die Beratung einer Einzelperson ist laut Mutzeck am häufigsten zu finden und daher klassisch. Die Paarbeziehung zwischen Berater und Klient ist hier auf ein Arbeitsbündnis, welches strukturiert ist, beschränkt. Andere Personen werden der Beratung nicht hinzugezogen, außer es besteht eine ausdrückliche Erlaubnis des zu Beratenden (vgl. ebd., S. 27). Eine Einzelberatung ist nach Nußbeck dann zu empfehlen, wenn der Klient sein Anliegen mit dem Berater alleine besprechen möchte. Dies kann sein, wenn ihm z.B. seine Probleme unangenehm sind, der Klient Beziehungsprobleme oder auch sozial unsicheres Verhalten thematisieren möchte. Günstiger ist eine Einzelberatung auch in jenem Fall, wenn der Klient eine spezielle Frage hat und hier Hilfe bei einem Experten sucht (vgl. Nußbeck 2006, S. 87).

3.3.2 Kennzeichen einer Gruppenberatung

Gruppenberatung ist nach Hinz dadurch charakterisiert, dass die Gruppe in sich geschlossen ist und in dieser Formation auch für den gesamten Prozess der Beratung bleibt. Im Falle des Ausscheidens von Mitgliedern werden diese nicht ersetzt. Die Gruppenberatung bietet Vorteile gegenüber der Einzelberatung. Jedes Mitglied der Gruppe hat die Funktion eines Modells („Lernen am Modell“) für die restliche Gruppe. Weiters besteht in Gruppen die Möglichkeit von Rollenspielen, wo neues Verhalten ausprobiert werden kann, das gegenüber der Einzelberatung mehr der Realität entspricht. Der dritte Aspekt, der für die Gruppenberatung spricht ist der des Preises und der Ökonomie (vgl. Hinz 2008, S. 210f.). Klassisch kommen bei der Gruppenberatung die Mitglieder aus der gleichen oder verschiedenen Einrichtungen und haben in ihrer beruflichen Zusammenarbeit geringfügig direkt oder indirekt miteinander zu tun (vgl. Mutzeck 2008, S. 28).

3.3.3 Kennzeichen einer Teamberatung

Laut Mutzeck bildet sich ein Team dann, wenn mehrere Personen für einen längeren Zeitraum kooperativ zu einem bestimmten Thema arbeiten. Bei Auftreten von Schwierigkeiten oder Differenzen im Team bezüglich der Zusammenarbeit gibt es die Möglichkeit, dass ein externer Berater zur Beratung hinzugezogen wird oder auch dass sich das Team selbst berät (vgl. ebd., S. 27).

3.3.4 Kennzeichen einer Institutionsberatung

Nach Engel et al. ist unter Institutions- oder Organisationsberatung „[...] die fachkundige Beratung im Hinblick auf [...] die Konzeptionierung und Umsetzung anstehender Planungen und Innovationen, [...] die Bewältigung von Konflikten, Störungen und Hemmnissen in den Funktionsabläufen in Organisationen, [...] oder die Verbesserung der Leistungsfähigkeit, Kompetenz und Effizienz von Organisationen zu verstehen“ (Engel et al. 2008, S. 110). Ziel ist einerseits eine Erhöhung der Effektivität der jeweiligen Organisationen und andererseits eine Förderung der Persönlichkeitsentwicklung der Mitglieder durch eine positive Korrektur des Arbeitsklimas (vgl. Mutzeck 2008, S. 29).

3.3.5 Weitere Unterscheidungen der Beratungsform

Eine weitere Unterscheidung der Beratungsform ist nach Mutzeck die Mittelbarkeit der Beratung. Sie kann unvermittelt (unmittelbar) oder vermittelt (mittelbar) vor sich gehen. Unterscheidungsmerkmal ist die Direktheit des Kontaktes zwischen Berater und Klient. Bei der unmittelbaren Beratung kommt es zur persönlichen Begegnung in der Beratungssituation, Berater und Klient sind örtlich am gleichen Platz und sehen sich. Die mittelbare Beratung ist durch ein Medium, das dazwischen geschaltet ist, gekennzeichnet. Das Telefon ist das bevorzugte Medium bei der mittelbaren Beratung. Weitere geeignete Medien sind Tonkassetten bzw. -bänder, Briefe oder E-Mails (vgl. ebd., S. 22f.).

Eine Beratung kann man nach Rechten auch hinsichtlich ihrer Professionalität unterscheiden. In einer professionellen Beratung ist der Berater in einer beruflichen Rolle, wo er eben für seinen Beruf eine bestimmte Ausbildung hat und er für die Ausübung von diesem bezahlt wird. Bei einem nicht-professionellen Beratungsgespräch stellt hingegen die Grundlage eine vorhandene Beziehung zwischen den Gesprächspartnern, welche auf Vertrauen basiert, dar. Bei dieser Form der Beratung besteht auch für die Person in der Beraterrolle Interesse, mit seinem Gegenüber ein Gespräch dieser Art zu führen (vgl. Rechten 1988, S. 29).

Bezüglich der inneren Gestalt einer Beratung ist oft die Unterscheidung zwischen vertikaler (direktiver) und horizontaler (nicht-direktiver) Beratung anzutreffen (vgl. Mutzeck 2008, S. 31). Ich möchte hier diese beiden Beratungsformen nur kurz charakterisieren, denn ich werde mich in Kapitel 4 der nicht-direktiven Beratung noch ausführlicher widmen. Anschaulich sind diese beiden Beratungsformen in Abbildung 3 in einer Übersicht dargestellt.

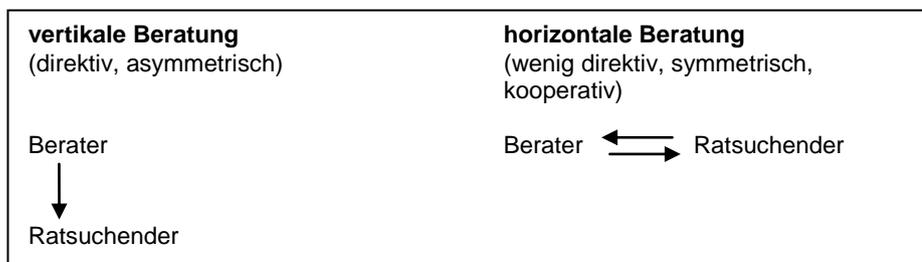


Abbildung 3: Vertikale und horizontale Beratung (Mutzeck 2008, S. 33)

Köln und Pallasch charakterisieren die beiden Beratungsformen folgendermaßen: Bei der horizontalen Beratung ist die Beziehung von Klienten und Berater von einer Symmetrie gekennzeichnet. Die Kompetenzen zwischen den beiden Beteiligten sind gleichwertig, wenn auch inhaltlich unterschiedlich. Der Klient ist Experte was seine persönlichen Belange angeht, der Berater besitzt fachliche Beratungskompetenz. Der Berater begleitet und leitet methodisch das Gespräch, das Problem wird gemeinsam geklärt und gelöst.

Die vertikale Beratung ist asymmetrisch und von einer Hierarchie zwischen Berater und Klient charakterisiert. Sie beinhaltet eine Lenkung, Belehrung und Beeinflussung des Ratsuchenden (vgl. Köln/Pallasch 2002, S. 26). Hier werden die Kompetenzen des Beraters als hochwertig und die Fähigkeiten des Klienten als minderwertig gesehen (vgl. Mutzeck 2008, S. 32).

Zusammenfassend ist nach Rogers anzumerken, dass bei der nicht-direktiven Beratung das Recht der Beibehaltung der psychischen Unabhängigkeit jedes Individuums im Mittelpunkt steht, als auch die Erhaltung seiner psychischen Integrität. Die direkte Beratung zielt auf eine soziale Übereinstimmung und auf das Recht der Lenkung des Unfähigeren durch den Fähigeren (vgl. Rogers 2007, S. 119).

3.4 Zusammenfassung

Der Begriff der Beratung zeichnet sich aufgrund seiner diversen Einsatzfelder durch eine Heterogenität aus, eine allgemeingültige Begriffsbestimmung gibt es nicht. Dennoch lassen

sich aus den von verschiedenen Experten formulierten Definitionen wesentliche Aspekte und generelle Prinzipien einer Beratung ableiten. Die verschiedenen Beratungsansätze zeichnen sich durch ihre unterschiedlichen theoretischen Zugangswege aus, was, wie die Definitionsversuche von Beratung, durch eine Inhomogenität gekennzeichnet ist. Hinsichtlich der Formen von Beratung kann man zwischen einer Einzelberatung, einer Gruppenberatung, einer Team- und einer Institutionsberatung unterscheiden. Eine weitere Differenzierung der Beratungsformen sind die Mittelbarkeit, die Professionalität und die innere Gestalt einer Beratung.

4 KLIENTENZENTRIERTE BERATUNG

Wie ich schon im Kapitel 3.1 erwähnt habe, ist die Basis einer Ernährungsberatung heute der klientenzentrierte Beratungsansatz, der auf den Psychologen Carl Rogers zurückzuführen ist (vgl. Lückerath/Müller 2011, S. 60). Im folgenden möchte ich kurz nach Poser skizzieren wie sich der klientenzentrierte Beratungsansatz entwickelt hat. Der Therapie- und Beratungsansatz von Rogers hat mehrere Stadien durchlaufen bis er seine endgültige Bezeichnung im Sinne von Rogers erhielt. Mit der ersten Benennung „nicht-direktive Psychotherapie und Beratung“ wollte Rogers hervorheben, dass der Klient die Möglichkeit der Selbstentfaltung erhalten soll und die Lenkung und Steuerung durch den Berater in den Hintergrund zu treten hat. Diese Bezeichnung wurde jedoch von Rogers in Folge in die „klientenzentrierte Gesprächsführung“ geändert, da er erkannte, dass eine geringe Beeinflussung durch den Berater nicht verhindert werden kann. Letztendlich ersetzte er aufgrund seines humanistischen Verständnisses die „klientenzentrierte Gesprächsführung“ durch „personenzentrierte Gesprächsführung“. Rogers wollte durch diese Bezeichnung die hierarchische Gleichstellung von Klienten und Berater ausdrücken. Durchsetzen konnte sich jedoch die „personenzentrierte Gesprächsführung“ nicht, sondern in der Literatur werden die beiden Bezeichnungen „nicht-direktive Beratung“ und „klientenzentrierte Gesprächsführung“ verwendet (vgl. Poser o.J., S. 3). Auch ich werde in der vorliegenden Diplomarbeit den Begriff „klientenzentrierte Gesprächsführung“ gebrauchen.

Zum besseren Verständnis dieses Beratungsansatzes möchte ich im folgende Kapitel grundlegende Annahmen von Rogers darlegen.

4.1 Grundannahmen von Carl Rogers und sein theoretisches Konzept

Die Theorie von Rogers umfasst nach Rechten sowohl eine Theorie von Prozessen der

Entwicklung und Veränderung von Menschen, als auch eine Darstellung allgemeiner Erklärungen von menschlichem Verhalten und Erleben. Letzteres kann durchaus als eine Persönlichkeitstheorie gesehen werden, wenngleich sie als solche nicht vollständig ist. Für Rogers ist die subjektive und bewusste Welt aus der Sicht des Individuums ausreichend um sein Verhalten zu verstehen (vgl. Rehtien 1998, S. 40). Dazu hat er laut Brem-Gräser auch den Begriff des sog. Selbstkonzepts gebildet, welches dem Verständnis der Persönlichkeit eines Menschen dient. Dieses bildet sich einerseits dadurch, dass sich der Mensch individuell mit seiner Umwelt auseinandersetzt, wobei hier auch die Mitformung von Sozialisationsprozessen entscheidend ist. Andererseits wird das Selbstkonzept durch die vom Individuum im Moment erlebten Erfahrungen geprägt. Auch das Idealkonzept, also die angestrebten Werte und Ziele finden ihren Eingang in die Struktur des Selbst (vgl. Brem-Gräser 1993, S. 7). Das Selbstkonzept ist demnach das Bild, welches ein Individuum von sich hat (vgl. Rehtien 1998, S. 41). Rogers geht von der Annahme aus, dass der Mensch stets um eine Übereinstimmung seiner Verhaltensweisen und seinem Selbstkonzept bemüht ist (vgl. Brem-Gräser 1993, S. 7). Gelingt dies jedoch nicht, entsteht nach Rogers eine Inkongruenz, also eine Widersprüchlichkeit zwischen dem Erleben eines Individuums und seinem Selbstkonzept (vgl. Rogers 1992, S. 43). Da hier das Selbstkonzept bedroht wird, kommt es zu psychischen Störungen (vgl. Rehtien 1998, S. 44).

Die Grundüberzeugung von Rogers ist, dass der Mensch grundsätzlich positiver Natur ist und fähig ist, sich zu entwickeln (vgl. Sander/Ziebertz 2010, S. 62). Er postuliert, dass „Menschen, denen die Möglichkeit gegeben wird, wahrhaft zu werden, was sie zutiefst sind, wenn sie die Freiheit haben, ihre eigentliche Natur zu entfalten, immer eine deutliche Entwicklung auf Ganzheitlichkeit und Integration durchmachen“ (Rogers 1990, S. 136, zit. nach Sander/Ziebertz 2010, S. 62). Diese Entwicklung kann nach Sander und Ziebertz ein Individuum dann erfahren, wenn es in einer Umgebung, welche einführendes Verstehen und persönliche Wertschätzung zeigt und echte Beziehungen zulässt, eingebettet ist. Diese Tendenz beschreibt Rogers als Aktualisierungstendenz (vgl. Sander/Ziebertz 2010, S. 62). „Der Begriff bezeichnet die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, daß sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers 1959/1991, S. 21, zit. nach Lux 2007, S. 14f.). Rogers nennt die Aktualisierungstendenz die „Haupttriebfeder des Lebens“ (Rogers 1991, S. 49, zit. nach Sander/Ziebertz 2006, S. 62). Bezogen auf die

Entfaltung des Selbst, wird nach Rechten jener Teil der Aktualisierungstendenz Selbstaktualisierung genannt. Die Selbstaktualisierung kann zur Erklärung aller konkreten Beweggründe eines Menschen herangezogen werden. Rogers hebt in diesem Zusammenhang besonders die zwei Bedürfnisse nach Anerkennung und nach Selbstachtung hervor (vgl. Rechten 1998, S. 42).

Das zentrale Ziel bei der klientenzentrierten Gesprächsführung ist nach Poser die Unterstützung der zu beratenden Person. Sie soll ihre Individualität und persönlichen Ressourcen entdecken und reaktivieren. Durch die in Kapitel 4.2 und 4.3 noch genauer erläuterten Beratermerkmale und Beratungstechniken bekommt der Klient die Möglichkeit zur Erforschung seiner Person und auch zur Wahrnehmung seiner inneren Impulse, Phantasien und Emotionen. Es steht also bei der klientenzentrierten Gesprächstherapie weniger eine Reduzierung der Symptome im Vordergrund, als eine Auflösung der Inkongruenz. Das angestrebte Ziel ist eine kongruente Annäherung von Selbstkonzept und Glaube an die individuellen Fähigkeiten (vgl. Poser o.J., S. 4).

4.2 Basisqualitäten einer klientenzentrierten Beratung

Lux geht davon aus, dass die im Kapitel 4.1 angeführte Aktualisierungstendenz bei allen Menschen, einschließlich auch bei jenen mit einer psychischen Beeinträchtigung, vorhanden ist. Aufgabe der klientenzentrierten Beratung ist es daher, Bedingungen zu schaffen wo es zu einer möglichst guten Entfaltung der Aktualisierungstendenz kommen kann. Entscheidend für den Prozess der Beratung ist hier die Beziehung zwischen dem Klienten und dem Therapeuten (vgl. Lux 2007, S. 130). Boeger beschreibt, dass es nach Rogers drei Basismerkmale für die Beratungsperson in einer klientenzentrierten Beratung gibt, damit der Klient die Möglichkeit einer konstruktiven Veränderung bekommen kann. Diese sind Echtheit, Akzeptanz und Empathie. Diese Grundhaltungen sollen dabei nicht bloß als Technik einer Beratung angesehen werden, sondern der Berater sollte sie in seinen Einstellungen und seiner Persönlichkeitshaltung inne haben (vgl. Boeger 2009, S. 78). Abbildung 4 stellt eine anschauliche Darstellung der drei Basisqualitäten einer klientenzentrierten Beratung und die Ziele dieser dar.

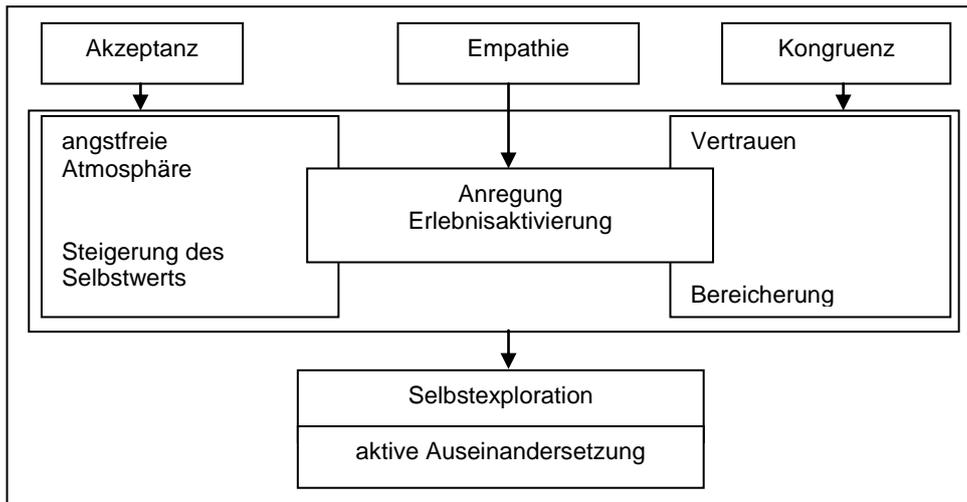


Abbildung 4: Roger's Modell der Basisqualitäten der Beratung/Therapie (Warschburger 2009, S. 14)

Das Merkmal der Echtheit kann mit den Begriffen der „[...] Wahrhaftigkeit, Authentizität oder Selbstkongruenz“ (Boeger 2009, S. 84) untermauert werden. Voraussetzung dafür ist, dass dem Berater seine Erfahrungen zur Gänze bewusst zugänglich sind (vgl. Lux 2007, S. 131). Rogers hat dies folgendermaßen ausgedrückt: „Wenn der Therapeut sich vollständig und genau dessen bewusst ist, was er in diesem Augenblick in der Beziehung erlebt, dann ist er voll kongruent“ (Rogers 1961/2004, S. 276, zit. nach Lux 2007, S. 131). Laut Boeger meint Rogers, dass äußeres Verhalten und innere Empfindung übereinstimmen sollen. Diese Haltung ist transparent und sie lässt auch eigene Gefühle zu (vgl. Boeger 2009, S. 84). Für die Beratungspraxis bedeutet das, dass der Berater dem Klienten nichts „vorspielt“, sich seiner Gefühle und Gedanken bewusst ist, sie wahrnimmt und akzeptiert (vgl. Nußbeck 2006, S. 59). Es sollen auf allen Kommunikationskanälen die Botschaften, so wie sie gemeint sind, gesendet werden (vgl. Warschburger 2009, S. 13f.). Kongruenz bedeutet nach Nußbeck Aufrichtigkeit, die von grenzenloser Offenheit zu unterscheiden ist. Das heißt, dass der Berater nicht seine gänzlichen Empfindungen mitteilen muss, aber seine getätigten Mitteilungen und seine Empfindungen müssen übereinstimmen (vgl. Nußbeck 2006, S. 59f.). Laut Sander und Siebertz sollte jedoch der Berater bereit und imstande sein, sich bedingt selbst zu öffnen. Auf diese Weise sollte das Zeigen der Ausdrucksfähigkeit seiner inneren Welt eine Vorbildfunktion für den Ratsuchenden haben und so dem Prozess der Selbstentfaltung des Klienten dienlich sein (vgl. Sander/Ziebertz 2010, S. 79).

Mit dem Merkmal der Empathie ist gemeint, dass der Berater versucht „[...] sich in die Welt des Klienten hineinzusetzen und den inneren Bezugsrahmen des Klienten, aus

dem heraus er sich selbst und seine Umwelt wahrnimmt zu erfassen“ (Boeger 2009, S. 81). Der innere Bezugsrahmen umfasst nach Boeger alle „[...] Gefühle, Kognitionen und Bewertungen [...]“ (ebd., S. 81), welche ein Individuum hat bzw. erlebt und zwar in Verbindung mit seinen Erfahrungen. Das bedeutet laut Boeger, dass der Berater bei der klientenzentrierten Beratung „in die Haut des Klienten hineinschlüpfen soll“. Es besteht hier eine Identifikation mit dem Gegenüber, die zeitlich begrenzt ist, wobei aber nicht vergessen werden soll, dass der Berater sich nur kurzfristig in die Gefühlswelt des Klienten einlässt und er seine eigene Rolle nicht vergisst (vgl. ebd., S. 81f.). Nach Sander und Ziebertz ist das Hinein-Versetzen also eine unerlässliche Bedingung für das Verstehen, wobei die Voraussetzung hierfür die Bereitschaft und das Vermögen des Beraters ist, unkonventionelle Formen von Aufmerksamkeit zuzulassen. Dies würde z.B. der Verzicht von intellektuellem Interesse bedeuten (vgl. Sander/Ziebertz 2010, S. 71). Empathie umfasst die Komponenten des Verstehens der Gefühlslage des Klienten und des Mitteilens des Verstandenen, das auch ein anschließendes gemeinsames Herausarbeiten der Bedeutungen der Gefühle miteinschließt (vgl. Boeger 2009, S. 82). Das heißt nach Rogers, der Berater muss sich am Beginn Klarheit über die Welt des Ratsuchenden verschaffen. Danach erst kann der Berater dem Klienten das vage Bewusstsein von ihm im Verständnis der Beratungsperson vermitteln (vgl. Rogers 1992, S. 216). Die zweite Komponente bedeutet, dass der Berater und der Klient in einen Austausch eintreten, wo der Berater dem Klienten eine Hilfestellung bei der Erkundung seiner inneren Welt anbietet und zwar durch das sogenannte „Verbalisieren seiner emotionalen Erlebnis-inhalte“ (vgl. Boeger 2009, S. 82). Die Mitteilung dieser Erlebnis-inhalte an den Klienten erfolgt ohne Bewertung durch den Berater (vgl. Lux 2007, S. 132). Ziel von empathischem Verhalten des Beraters ist es, dass der Klient in einen Prozess der Selbst-exploration eintritt und angeregt wird, sich vertieft und fortschreitend mit sich selbst auseinanderzusetzen (vgl. Boeger 2009, S. 82), sich selbst nahezukommen, zu lernen, sich zu wandeln und sich zu entwickeln (vgl. Rogers 1992, S. 216). Auch kann er sich so Erfahrungen zuwenden, welche ihm bislang aufgrund verzerrter Symbolisierung oder Verleugnung nicht exakt bewusst waren (vgl. Lux 2007, S. 132f.).

Die dritte Basisqualität einer klientenzentrierten Beratung ist die unbedingte Wertschätzung. Sie ist nach Boeger als Beziehungsangebot zu verstehen, wo vom Berater der schon vorhin erwähnte innere Bezugsrahmen des Klienten angenommen wird. Die unbedingte Wertschätzung, die der Berater seinem Gegenüber entgegenbringt, bedeutet

ein Frei sein von Bewertungen und Beurteilungen gegenüber dem Individuum (vgl. Boeger 2009, S. 78). Weiters ist diese Basisqualität nicht an das Stellen von Forderungen und die Erfüllung von bestimmten Bedingungen gekoppelt (vgl. ebd., S. 78; vgl. Lux 2007, S. 134). Nach Rogers bedeutet diese Basisqualität „[...] eine Art Liebe zu dem Klienten, so wie er ist; vorausgesetzt, daß wir das Wort Liebe entsprechend dem theologischen Begriff Agape verstehen und nicht in seiner romantischen oder besitzergreifenden Bedeutung“ (Rogers 1992, S. 218). Die Grundlage für diese Beraterqualität ist nach Boeger das Grundbedürfnis des Ansehens, der Akzeptanz und der Anerkennung von jedem Menschen. Verstärkt wird dieses Bedürfnis in Phasen der Verunsicherung oder der eigenen oder fremden Negativ-Bewertung (vgl. Boeger 2009, S. 78). Der Klient wird laut Lux durch die unbedingte Wertschätzung des Beraters als besonderer und selbstständiger Mensch gesehen, der eigene Empfindungen hat, welche eine Bedeutung beinhalten. Daraus lässt sich folgern, dass der Klient großteils über die Inhalte und Ziele seiner Therapie selbst im Sinne der „Nicht-Direktivität“ entscheiden soll (vgl. Lux 2007, S. 134). Durch Wertschätzung des Klienten werden ihm ein Kennenlernen der eigenen Gefühls- und Gedankenwelt und deren Akzeptanz ermöglicht, wodurch eine Integration in das jeweilige Selbstkonzept gelingt (vgl. Boeger 2009, S. 78). So kann der Klient auch jene Teile des Selbst annehmen, die von ihm bis jetzt abgelehnt, verleugnet oder verzerrt wahrgenommen wurden (vgl. Rehtien 1998, S. 46). Durch dieses Beraterverhalten soll es beim Klienten zu einer Entwicklung von Wertschätzung und Respekt der eigenen Person gegenüber kommen (vgl. Boeger 2009, S. 78). Betrachtet man das Merkmal der unbedingten Wertschätzung von Seiten des Beraters, stellt es nach Sander und Ziebertz die Summe der Einstellungen des Beraters dar, die er von seinen Mitmenschen erfahren hat oder die er gegenüber sich selbst inne hat. Durch Training oder Übung lässt sich diese Qualität eher nicht erlernen (vgl. Sander/Ziebertz 2010, S. 76). Anzumerken ist aber auch, dass eine unbedingte Wertschätzung des Beraters nicht ausschließlich praktiziert werden kann, denn sonst kann es zu einer Unglaubwürdigkeit des Beraters kommen (vgl. Boeger 2009, S. 79). Auch nach Rogers ist eine „[...] uneingeschränkte Achtung eine Frage des Ausmaßes in jeder menschlichen Beziehung“ (Rogers 1957, S. 98, zit. nach Rehtien 1998, S. 46).

Die drei Beraterqualitäten können laut Boeger nicht isoliert voneinander betrachtet werden, denn eine Wertschätzung ohne Empathie und Kongruenz hat nur begrenzt Wert. So ist auch Akzeptanz ohne ein Verstehen der Gefühls- und Erlebniswelt des Klienten

nicht möglich (vgl. Boeger 2009, S. 79). Der Zusammenhang der drei Beziehungsmerkmale eines Beraters wurde durch Korrelationen auch empirisch untersucht und die Ergebnisse legten dar, dass die drei Qualitäten eines Beraters in einem bedeutsamen positiven Zusammenhang stehen (vgl. Sander/Ziebertz 2010, S. 82).

Diese ausgeführten Basisqualitäten eines Beraters und auch die Wahrnehmung der Echtheit, des Wohlwollens und des Verständnisses des Therapeuten vom Klienten sind nach Rogers Bedingungen, die notwendig sind, dass therapeutische Veränderungen zustande kommen können (vgl. Rogers 1992, S. 44). Diese Grundhaltungen des Beraters sollen nach Boeger letztendlich zu einem Wachstumsprozess bei der zu beratenden Person führen. Rogers nennt diesen Selbstexploration, also die Entdeckung der eigenen Person (vgl. Boeger 2009, S. 92). Nach Sander und Ziebertz bedeutet das vor allem eine aktive Auseinandersetzung des Menschen mit den Bedeutungen seiner Gefühle und den gesamten innerhalb und außerhalb des Individuums ablaufenden Vorgänge. Das letztendliche Ziel der klientenzentrierten Beratung ist die Erreichung einer hohen Selbstexploration (vgl. Sander/Ziebertz 2010, S. 86).

4.3 Techniken der klientenzentrierten Gesprächsführung

4.3.1 Drei Stufen der klientenzentrierten Gesprächsführung

Nach Poser besteht die klientenzentrierte Gesprächsführung aus drei Stufen:

Stufe 1: Verständnisvolles Zuhören

Stufe 2: Paraphrasieren

Stufe 3: Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte

(vgl. Poser o.J., S. 8)

Ich möchte im folgenden nun diese drei Stufen näher ausführen und zwar im Hinblick darauf, was sie für eine Beratungssituation bedeuten.

Die Stufe eins, das verständnisvolle Zuhören, ist nach Boeger von Aufmerksamkeit und Konzentration gekennzeichnet, wodurch dem Klienten das Gefühl der Wertschätzung und Akzeptanz entgegengebracht und vermittelt werden soll. Das verständnisvolle Zuhören verlangt ein hohes Maß an Aktivität, wo sich der Berater engagieren, Aufmerksamkeit zeigen, mitfühlen und mitdenken und die Situation in seiner Gesamtheit wahrnehmen soll (vgl. Boeger 2009, S. 83). Weiters gehört zu dieser Art des Zuhörens, dass die Beratungsperson die Bereitschaft zeigt, auf sein Gegenüber einzugehen und sich ganz auf ihn zu

konzentrieren (vgl. Poser o.J., S. 8). Dies soll sich auch durch die Körperhaltung des Beraters widerspiegeln und zwar durch Zuwendung zum Klienten, Halten von Blickkontakt, Einnehmen einer offenen Haltung, eine Geste wie Kopfnicken oder ein bestätigender Laut (vgl. Löser et al. 2007, S. 208; vgl. Poser o.J., S. 8). So wird laut Poser durch nonverbale als auch durch verbale Äußerungen dem Klienten das Gefühl vermittelt, dass er verstanden wird. Die zu beratende Person wird akzeptierend angehört ohne bewertet zu werden. Durch das verständnisvolle Zuhören bekommt der Klient die Sicherheit und die Bestätigung, dass der Berater Interesse an seiner Gefühls- und Gedankenwelt hat (vgl. Poser o.J., S. 8).

Die zweite Stufe der klientenzentrierten Gesprächsführung stellt das Paraphrasieren dar. Paraphrasen sind Wiederholungen der Aussagen der zu beratenden Person durch eigene Worte des Beraters (vgl. ebd., S. 8). So sind sie quasi „Neuformulierungen des Inhalts“ (vgl. Ertelt/Schulz 1997, S. 48), welche „[...] den objektiven, verbalen Inhalt durch selektive Aufmerksamkeit [...]“ (ebd., S. 48) hervorheben. Durch das Paraphrasieren bekommt der Klient zunehmende Klarheit seiner inhaltlichen Äußerungen, indem diese verdeutlicht wiederholt werden (vgl. ebd., S. 48). Er kann also einerseits dadurch seine Empfindungen und Gedanken noch klarer wahrnehmen, andererseits kann der Klient so sicherstellen, dass er vom Berater korrekt verstanden wurde (vgl. Poser o.J., S. 8). Das Paraphrasieren bietet nach Weinberger auch jenen Vorteil, dass der Berater der zu beratenden Person das Gefühl gibt, dass er ihr zugehört und sie verstanden hat. Wichtig ist noch zu erwähnen, dass nicht zu häufig paraphrasiert werden darf (vgl. Weinberger 2004, S. 51) und die Paraphrasen kein „Echo“ oder einfache Wiederholungen sein sollen (vgl. Ertelt/Schulz 1997, S. 48), sondern der Berater soll sich auf die Wiedergabe des Wesentlichen in eigenen Worten beschränken (vgl. Weinberger 2004, S. 51).

Die dritte Stufe der klientenzentrierten Gesprächsführung stellt das Verbalisieren von emotionalen Sachinhalten dar. Nach Tausch werden hier vom Berater „die vom Klienten in seiner jeweiligen Äußerung enthaltenen persönlich-emotionalen Erlebnisinhalte, z.B. Gefühle, gefühlsmäßige Meinungen etc. akkurat vom inneren Bezugspunkt des Klienten [...] wahrzunehmen bzw. sich vorzustellen bemüht und dem Klienten in einfach verstehbaren Äußerungen das derartig Verstandene kommuniziert“ (Tausch 1970, S. 79, zit. nach Pritz/Stumm 2009, S. 753). Nach Poser heißt das, dass der Berater seinem Gegenüber möglichst genau die Gefühle, die er in den Ausführungen wahrnimmt, mitteilt. Fokus ist

die Spiegelung der Emotionen des Klienten, nicht ein Verbalisieren des gesamten Inhalts seiner Äußerungen (vgl. Poser o.J., S. 8). Dieses Verfahren dient dazu, dass der Klient sich selbst zunehmend besser versteht (vgl. Geißler/ Hege 2007, S. 71). Empathie und Verbalisierung von emotionalen Erlebnisinhalten dürfen nicht gleichgesetzt werden, denn nach Rogers ist die Empathie eher ein Einstellungsmerkmal, während das Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte als ein Verhaltensmerkmal aufzufassen ist (vgl. Pritz/Stumm 2009, S. 753).

4.3.2 Weitere Interventionsstrategien

Breitenbach nennt noch weitere Interventionsstrategien in der klientenzentrierten Gesprächsführung, bei denen es zu einer positiven Veränderung bei Klienten gekommen ist.

Bei der Technik des Konfrontierens macht der Berater den Klienten auf Widersprüche, die in seinem von außen beobachtbaren Verhalten und in den dazugehörigen Äußerungen sichtbar werden, aufmerksam (vgl. Breitenbach 2007, S. 40). Nach Boeger können Widersprüche auch noch auf anderen Ebenen sichtbar werden, wie zwischen der gewonnenen Einsicht des Klienten und seinem tatsächlich sichtbaren Verhalten. Ebenfalls können Diskrepanzen zwischen der Selbstwahrnehmung des Klienten und der Fremdwahrnehmung des Beraters auftreten (vgl. Boeger 2009, S. 86). Diese Interventionsstrategie ist sehr wirkungsvoll, aber gleichzeitig auch problematisch, weil konfrontative Äußerungen des Beraters vom Klienten negativ empfunden werden können im Sinne einer Kritik, eines Vorwurfs, eines Bloßstellens oder Blamierens (vgl. Breitenbach 2007, S. 40). Daher ist hier eine Grundhaltung, die von Akzeptanz und Wertschätzung geprägt ist, wichtig (vgl. Boeger 2009, S. 86). Durch die Konfrontation mit Widersprüchen wird es nach Breitenbach dem Klienten ermöglicht, z.B. eigene Fehlinterpretationen oder Ausweichmanöver zu erkennen. Auch Widerstände hinsichtlich eigener Gefühle werden so sichtbar (vgl. Breitenbach 2007, S. 40).

Breitenbach gibt als eine weitere Interventionsstrategie das Zusammenfassen an, welches nach Poser im Kapitel 4.3.1 als Paraphrasieren bezeichnet wird. Da in diesem Kapitel diese Gesprächstechnik schon ausführlich beschrieben wurde, möchte ich an dieser Stelle nur noch einige zusätzliche Strategien nach Breitenbach, die hier zum Einsatz kommen können, aufzeigen: Beim Akzentuieren werden vom Berater gezielt Äußerungen des Klienten herausgehoben oder betont. Dies kommt bei wichtigen oder neuen Gesichts-

punkten zur Anwendung. Beim Gegenüberstellen werden die verschiedenen Lösungswege, die sich im Beratungsgespräch herauskristallisiert haben, gegenübergestellt. Dies soll dem Klienten letztendlich die Entscheidungsfindung erleichtern. Die letzte Strategie beschreibt, dass der Berater versuchen soll, in den Äußerungen des Klienten einen roten Faden zu finden. Diese Technik trägt dazu bei, dass die zu beratende Person das eigene Erleben besser versteht, Zusammenhänge erkennt und so ein ordnender Gedanke gefunden werden kann (vgl. ebd., S. 41f.).

Die Interventionstrategie des Konkretisierens findet vor allem bei zwei Klientengruppen Anwendung. Manche Klienten sind in den Äußerungen über sich und das persönliche Erleben distanziert und allgemein. Die andere Gruppe drückt sich wenig differenziert und aussagekräftig aus, weil es den Menschen schwer fällt für das was sie sagen möchten Worte zu finden. In beiden Fällen ist ein Fragen des Beraters nach konkreten Erlebnissen oder Verhaltensweisen hilfreich. Einerseits erhält der Berater ein besseres Verständnis vom Klienten, andererseits findet der Klient dadurch einen besseren Zugang zu seiner Gefühls- und Erlebniswelt (vgl. ebd., S. 42).

Die Technik des Anbieten eines Perspektivenwechsels gibt dem Klienten die Möglichkeit, die Perspektive eines anderen Menschen in einer bestimmten Situation einzunehmen. Das hilft ihm, die Ängste, die er in besonderen Situationen oder auch gegenüber speziellen Menschen hat, näher kennenzulernen (vgl. ebd., S. 42).

4.4 Zusammenfassung

Die Basis des klientenzentrierten Beratungsansatzes ist nach Breitenbach die Annahme einer angeborenen existenziellen Tendenz eines jeden Menschen zur Entfaltung seiner gesamten Kräfte und Fähigkeiten. Diese Entfaltung erfolgt im jeweiligen sozialen Zusammenhang. Der Berater versucht im Beratungsgespräch gegenüber dem Klienten eine personenzentrierte Haltung zu realisieren und bietet ihm so eine besondere Beziehung an. So wird ein soziales Klima geschaffen, in welchem der Klient durch die genuine Aktualisierungstendenz die Möglichkeit bekommt, seine weitere Entwicklung und das Wachstum zu bestimmen und seine aktuellen Probleme zu bearbeiten und schlussendlich zu lösen. Durch das Beziehungsangebot des Beraters unterstützt er die Ressourcen und Kräfte des Klienten, wodurch er den persönlichen Weg finden und die anstehenden Probleme lösen kann (vgl. ebd., S. 33). Die Basismerkmale der klientenzentrierten Beratung, welche Echtheit, Empathie und unbedingte Wertschätzung sind,

werden auch durch bestimmte Techniken und Interventionsstrategien der klientenzentrierten Gesprächsführung unterstützt und tragen so gemeinsam zur Selbstexploration und aktiven Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Problem des Klienten bei.

5 ERNÄHRUNGSBERATUNG

5.1 Grundlagen

Eine Ernährungsberatung sollte sich grundsätzlich am salutogenetischen Ansatz nach Aaron Antonovsky orientieren (vgl. Purtscher 2010, S. 95). Beim Modell der Salutogenese geht es nicht darum, zu untersuchen wie Krankheiten entstehen (Pathogenese), sondern vordergründig ist zu erforschen (vgl. Klotter 2007, S. 156), „[...] was Menschen gesund hält“ (ebd., S. 156). Salutogenese beschäftigt sich nach Purtscher mit Aspekten der Erhaltung von Gesundheit durch geeignetes Verhalten, welches individuell oder institutionalisiert sein kann, der Förderung von Heilprozessen und der Bewältigung von Krankheiten. Umgelegt auf den Ernährungsbereich versucht dieses Modell eine Antwort auf die Frage einer gesundheitsfördernden Gestaltung des Ess- und Trinkverhaltens zu geben (vgl. Purtscher 2010, S. 95). Dieser neue Ansatz in der Gesundheitsförderung zielt nicht auf die Verringerung und Vermeidung von Risikofaktoren ab, sondern er möchte zeigen, wie man mit Risikofaktoren oder Stressoren erfolgreich umgehen kann (vgl. Methfessel 2007, S. 707). In der Salutogenese wird nach Purtscher und Methfessel für die innere Haltung, welche aus herausfordernden und zu bewältigenden Erfahrungen entsteht, der Begriff des Kohärenzgefühls eingeführt. Das Kohärenzgefühl wird beschrieben als ein Maß von Vertrauen, dass das Leben mit seinen Anforderungen sowohl verstehbar und handhabbar als auch sinnerfüllt ist (vgl. Purtscher 2010, S. 95; vgl. Methfessel 2007, S. 706). Dieses Gefühl wird einerseits durch Dauerhaftigkeit und auch andererseits durch Dynamik geprägt (vgl. Methfessel 2007, S. 706). Da, wie Purtscher ausführt, die grundsätzliche Lebenseinstellung eines Menschen entscheidet, wie ein Individuum bestmöglich vorhandene Ressourcen zur Erhaltung der persönlichen Gesundheit nutzen kann, ist die Ernährungsberatung angehalten, eine Umwelt zu bieten, um das Kohärenzgefühl entstehen zu lassen, auszubauen und zu fördern. Je besser dies gelingt, umso optimaler können Ressourcen für eine Änderung des Ernährungsverhaltens herangezogen werden (vgl. Purtscher 2010, S. 95).

5.2 Definition Ernährungsberatung

Wie bereits im Kapitel 3.1 angemerkt, gibt es für den Begriff der Beratung keine einheitliche Definition. So existiert auch für die Ernährungsberatung keine allgemeingültige Begriffsbestimmung. Ich möchte in diesem Kapitel jedoch einzelne Definitionen von Experten, die sich mit der Ernährungsberatung beschäftigt haben, heranziehen, sodass aus diesem Kapitel eine Begriffsbestimmung entsteht, die mit dem aktuellen Beratungsverständnis einhergeht.

Verallgemeinernd kann Ernährungsberatung als „[...] personen-, problem- bzw. situationsbezogene Vermittlung von ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen im Sinne einer Entscheidungshilfe für Ratsuchende bei subjektiv nicht lösbaren Problemen im Ernährungsbereich“ (Becker 1990, S. 300) definiert werden. Nach Becker ist es die Aufgabe der Ernährungsberatung, dass sie zu gesunder Ernährung motiviert und beim Klienten das Interesse für diese Thematik weckt. Weiters obliegt ihr die Vermittlung von attraktiven Informationen, die für die jeweilige Zielgruppe zu spezifizieren sind, das Angebot einer auf das Individuum abgestimmten fachlichen Beratung und das Geben von Handlungsempfehlungen, die die Gestaltung des Essverhaltens im Alltag erleichtern sollen (vgl. ebd., S. 300).

Die Basis einer Ernährungsberatung ist ein persönliches Gespräch, also ein kommunikatives Wechselspiel zwischen dem Berater und dem Klienten (vgl. Pudel/Westenhöfer 1998, S. 256).

Ernährungsberatung soll laut Diedrichsen, wie schon bei der Definition des Begriffs der Beratung von Dietrich im Kapitel 3.1 erwähnt, als eine Hilfe zur Selbsthilfe begriffen werden indem sie über Ernährungswissen und Ernährungsfragen informiert und aufklärt und die persönlichen und sozialen Ressourcen des Individuums mobilisiert. Dieser Typus von Hilfe möchte dem Klienten Selbstkontrolle und Autonomie vermitteln, was ihm die Fähigkeit eines kontrollierten aber dennoch unabhängigen Ernährungshandelns geben soll (vgl. Diedrichsen 1993, S. 17).

Die Ernährungsberatung ist als ein Serviceangebot zu sehen, wo als Grundsätze die Freiwilligkeit bezüglich der Inanspruchnahme, die Eigenverantwortlichkeit des Individuums und die daraus folgende kompetente Selbstentscheidung vordergründig sind (vgl. Pudel/Westenhöfer 1998, S. 256).

Bis heute zielt die Ernährungsberatung generell auf die Erreichung einer Veränderung des Ernährungsverhaltens (vgl. Heindl 2003, S. 30) und die vorangehende Reflexion darüber, ab. Im konkreten möchte sie spezifische individuelle Ernährungsprobleme lösen und sowohl in der Prävention als auch in der Therapie von ernährungsassoziierten Erkrankungen ihren Einsatz finden (vgl. Diedrichsen 1990, S. 43). Dies soll einerseits durch oben genannte „Mittel und Maßnahmen“ vor sich gehen, andererseits soll dem Klienten auch bewusst gemacht werden, dass eine Veränderung des Essverhaltens bei ihm notwendig ist (vgl. Kiefer 1998, S. 8).

Maid-Kohnert definiert Ernährungsberatung ähnlich wie Diedrichsen (vgl. Diedrichsen 1993, S. 17). Sie fügt noch hinzu, dass Ernährungsberatung dann ihre Wirksamkeit erreicht hat, wenn der Klient Kenntnisse, die er in der Beratung erworben hat, in seine Einstellung übernehmen kann und im Alltag umzusetzen vermag (vgl. Maid-Kohnert 2001, S. 389).

Zusammenfassend haben Leitzmann und Spitzmüller die Ernährungsberatung folgendermaßen definiert: „Ernährungsberatung ist ein multidisziplinärer Prozess, der die Übertragung von Information, die Entwicklung von Motivation und die Modifikation von Ernährungsgewohnheiten beinhaltet“ (Leitzmann/Spitzmüller 1995, S. 138).

Zwar gibt die Ernährungswissenschaft nach Pudel und Westenhöfer die Ziele für eine Ernährungsberatung vor, aber zur Erfüllung dieser bedarf es professioneller Kompetenzen anderer Wissenschaften, wie der Kommunikations- und der Sozialwissenschaften. Bei einer Ernährungsberatung spielen vor allem kommunikative, psychologische und pädagogische Fähigkeiten und Kenntnisse eine nicht unbedeutende Rolle (vgl. Pudel/Westenhöfer 1993, S. 52).

Durch die genannte Begriffsbestimmung von Ernährungsberatung tritt hervor, dass sie einerseits die Vermittlung von Ernährungswissen, welches auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert, beinhaltet, andererseits Ressourcen aktivieren möchte, was in seiner Gesamtheit zu mehr Reflexion anregen und in einem bewussteren Umgang mit Ernährung münden soll.

Am Schluss dieses Kapitels möchte ich noch eine kritische Feststellung anmerken. Wenn man die Definitionen von Beratung im Kapitel 3.1 und die Definitionen von Ernährungsberatung vergleicht, fällt ein wichtiger Unterschied auf und zwar, dass das letztendliche

Ziel einer Ernährungsberatung schon vorher feststeht, nämlich die Erreichung einer Veränderung des Ernährungsverhaltens. Bei einer Beratung sollte eigentlich das Ergebnis offen sein und nicht schon vor dem Gesprächsbeginn festgelegt werden (vgl. Gölz 1997, S. 48)

5.2.1 Begrifflichkeit und Definition weiterer Maßnahmen zur Behandlung von Ernährungsproblematiken

Es gibt neben der Ernährungsberatung weitere Maßnahmen, die eine Verbesserung des Ernährungsverhaltens bewirken sollen (vgl. Pudel/Westenhöfer 1998, S. 253). Zu ihnen gehören außer der Ernährungsberatung die Ernährungsaufklärung, die Ernährungsinformation, die Ernährungstherapie, die Ernährungserziehung und die seit einigen Jahren von der Fachdiskussion aufgenommene Ernährungsbildung (vgl. Heindl 2003, S. 33; Pudel/Westenhöfer 1998, S. 253). In diesem Kapitel möchte ich die Abgrenzung dieser Ernährungsinterventionen zur Ernährungsberatung aufzeigen. Tabelle 2 gibt hierzu einen Überblick über die eben genannten Möglichkeiten zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens.

	Voraussetzungen	Methoden/Maßnahmen	Ziele
Ernährungsaufklärung	Vorliegen wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse über Ernährungsdefizite in der Bevölkerung	Unspezifische Mitteilungen „an alle“, zumeist über Massenmedien	Weckung eines größeren Ernährungsbewusstseins. Sensibilisierung für Ernährungsfragen
Ernährungsinformation	Ernährungsbewußtsein, Vorhandensein von subjektiv bewussten Ernährungsfragen in der Bevölkerung	Spezifische Mitteilungen aufgrund von Nachfragen an bestimmte Zielgruppen über schriftliche Informationsträger (Broschüren, Brief, elektronische Medien), aber auch mündlich in einem Informationsgespräch (Auskunft geben)	Erweiterung des Ernährungswissens und Klärung der günstigen Voraussetzungen für das Ernährungsverhalten
Ernährungsberatung	Persönliche Inanspruchnahme von Einzelpersonen bei subjektiv nicht lösbaren Verhaltens- oder Einstellungsproblemen sowie bei Entscheidungskonflikten	Klientenzentrierte Erarbeitung der individuellen Ernährungsprobleme im Gespräch bzw. Verhaltensdiagnose mit speziellen Hilfsmitteln (Fragebögen, Tagebücher)	Lösung des Ernährungsproblems unter Berücksichtigung der Persönlichkeit und Lebenssituation des betreffenden Klienten
Ernährungstherapie	Ernährungsabhängige Erkrankungen bzw. Risikofaktoren	Klärung von Maßnahmen, die für die besondere Konstellation geeignet und realisierbar sind;	Heilung bzw. Besserung ernährungsabhängiger Erkrankungen bzw. Risikofaktoren

		grundsätzlich wie bei der Ernährungsberatung, ergänzt durch langfristige Verhaltenstherapie, durch unterstützende Diätetika (ggf. auch Medikamente), durch Einsatz ärztlicher Intervention	
Ernährungserziehung	Pädagogisch sinnvolle Möglichkeiten für Erziehungsmaßnahmen liegen vor.	Anleitung zu bestimmten Verhaltensweisen durch: Vorbildfunktion, Lob und Tadel, argumentative Begründungen, Training, Einführung von „Moden“ z.B. im Kindergarten	Stabilisierung eines günstigen Ernährungsverhaltens „von Beginn an“. Vermeidung von ungünstigen Verhaltensweisen. Modifikation der Eßbedürfnisse
Ernährungsbildung	[...] eine salutogenetische Orientierung [ist] eine grundlegende didaktische Voraussetzung, [...] Auseinandersetzung mit dem Selbstkonzept [...]	[Förderung der] Fähigkeit und Bereitschaft, sich für eine bedarfsgerechte Ernährung entscheiden zu können, [wobei] Unterstützung und Begleitung [maßgeblich sind]	[...] Fähigkeit, alltägliche Entscheidungen für eine bedarfsgerechte Ernährung treffen zu können

Tabelle 2: Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens (Buchner et al. 2008, S. 12; Heindl 2009, S. 570; Methfessel 2005, S. 2; Pudél/Westenhöfer 1998, S. 253f.)

Die Ernährungsaufklärung ist nach Pudél und Westenhöfer eine geplante Maßnahme, die das Ziel hat, Menschen anzusprechen und anzuregen, über bestimmte Thematiken und Sachverhalte, die die Ernährung betreffen, nachzudenken. Die Initiative der Ernährungsaufklärung geht hier nicht vom Individuum selbst aus (vgl. Pudél/Westenhöfer 1998, S. 254). Ihr Ziel ist die Sensibilisierung für Ernährungsfragen und Ernährungsthemen, das Wecken des Interesses und die Schaffung und Schärfung des Problembewusstseins (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung 2009, S. 12). Zur Durchsetzung der Ziele benutzt die Ernährungsaufklärung laut Pudél und Westenhöfer sowohl Massenmedien wie Fernsehen, Rundfunk oder Printmedien als auch Postwurfsendungen oder Anzeigen. Ernährungsaufklärung kann als motivationsschaffende Aufklärung bezeichnet werden und ist daher die Grundlage für weiterführende Maßnahmen. Da aber durch Ernährungsaufklärung auch Unsicherheit erzeugt wird, müssen die Inhalte einer solchen Aufklärung wissenschaftlich fundiert sein und für die Bevölkerung einen gesundheitlichen Nutzen haben (vgl. Pudél/Westenhöfer 1998, S. 254f.).

Unter Ernährungsinformation sind nach den Ausführungen von Pudél und Westenhöfer

alle Angebote zu verstehen, die dem Menschen eine Antwort auf eine bestimmte Ernährungsfrage geben. Ernährungsinformation wird also nachfragebezogen gegeben (vgl. ebd., S. 255). Die Ernährungsinformation kann persönlich durch eine Fachkraft erfolgen, dies ist aber keine unbedingt notwendige Bedingung, denn sie kann auch über Medien, auch Massenmedien, verbreitet werden (vgl. Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung 2009, S. 12). Ernährungsinformation muss sowohl pädagogisch-didaktisch gut aufbereitet sein, als auch auf gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren (vgl. ebd., S. 12; vgl. Pudel/Westenhöfer 1998, S. 255). Das Ziel von Ernährungsinformation ist die gerechte Vermittlung von Sachverhalten, die Schließung von Wissenslücken und die Korrektur von falschen Inhalten (vgl. Pudel/Westenhöfer, S. 255).

Der Begriff der Ernährungstherapie wird in Kapitel 5.2.2 gesondert behandelt und somit hier nicht näher ausgeführt.

Ernährungserziehung will absichtlich und planvoll auf den Menschen einwirken, damit dieser gesundheitsfördernde Werthaltungen bildet, welche später im Ernährungsverhalten verwirklicht werden (vgl. Diedrichsen 1990, S. 43). Vorrangige Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche, wobei verbindliche Lebensregeln aufgestellt werden, um Risikofaktoren zu vermeiden und so der Prävention von Krankheiten zu dienen (vgl. Heindl 2003, S. 30). Wie Pudel und Westenhöfer auch in ihrem Werk ausführen, ist es ein weiteres Ziel der Ernährungserziehung, das Essverhalten zu prägen und zwar hinsichtlich den jeweiligen sozio-kulturellen Maßstäben, den Traditionen in der Familie und auch den Richtlinien der Ernährungsaufklärung. Dazu wird die breite Vielfalt an pädagogischen Maßnahmen genutzt. Die Ernährungserziehung der Gegenwart muss jedoch in zweierlei Hinsicht als problematisch gesehen werden, denn in der Familie findet sie häufig unsystematisch, ungeplant, spontan oder intuitiv statt. Zudem ist sie dort oft ein Teil von allgemeinen Erziehungsmaßnahmen. In den außerfamiliären institutionellen Einrichtungen wird zwar die Forderung einer nachhaltigen Ernährungserziehung laut, doch erprobte Konzepte gibt es kaum. Learning by doing ist als geeignete Maßnahme noch immer sehr schwach ausgeprägt, kognitiven und restriktiven Handlungsweisen wird oft der Vorrang gegeben (vgl. Pudel/Westenhöfer 1998, S. 257).

Die Ernährungsbildung beschreibt „[...] das Bemühen des Menschen [...], eine persönliche sinnvolle Ernährungsweise durch gesunde Lebensführung aufzubauen, worin

er Unterstützung und Begleitung erfährt“ (Heindl 2009, S. 570). Das Ziel von Ernährungsbildung ist die Ermöglichung einer „[...] selbstbestimmten, verantwortungsbewussten und genussvollen Gestaltung [...]“ (Danninger et al. 2006, S. 7) des Ernährungsalltags (vgl. ebd., S. 7) um somit die Fähigkeit zu besitzen, sich im Alltag für eine adäquate Ernährung entscheiden zu können (vgl. Buchner et al. 2008, S. 12). Grundlage ist nach Buchner et al. hierfür ein Menschenbild, dem ein reflexives Moment seines Handelns inne ist. Dazu vermittelt Ernährungsbildung neben Sachkompetenz auch Handlungs- und Entscheidungskompetenz, damit Menschen die Fähigkeit erhalten, mit der Thematik der Ernährung eigenverantwortlich in allen erforderlichen Bereichen und Phasen des Lebens zufriedenstellend umgehen zu können (vgl. Buchner et al. 2008, S. 12). Laut Referenzrahmen für die Ernährungs- und Verbraucherbildung vom Thematischen Netzwerk für Ernährung in Österreich soll Ernährungsbildung folgende Teilkompetenzen umfassen: Reflexion und Bewertung des eigenen Essverhaltens, Fähigkeit einer eigenen vollwertigen Ernährung, Treffen einer empfehlenswerten Lebensmittelauswahl, nährstoffschonende Zubereitung der Nahrung und die alltägliche Gestaltung einer nachhaltigen und gesundheitsfördernden Ernährung (vgl. Thematisches Netzwerk Ernährung o.J., S. 7).

Man kann aufgrund der vorangegangenen Erläuterungen erkennen, dass die Ernährungsberatung, die Ernährungsaufklärung und die Ernährungsinformation unter die Kategorie der Ernährungsbildung fallen.

Zuletzt muss auch der Begriff der Ernährungsmedizin näher betrachtet werden, denn die Ernährungsberatung ist neben einer Maßnahme, die der Ernährungsbildung dient, auch eine ernährungsmedizinische Tätigkeit. Die Ernährungsmedizin wird definiert als „[...] Wissenschaft vom Einfluss der Ernährung auf den Funktionszustand des gesunden und kranken menschlichen Organismus sowie vom Einfluss der Krankheiten auf Nahrungsbedarf, Nahrungsaufnahme und Nahrungsverwertung“ (Schauder 2003, S. 4). Wie auch in Tabelle 3 ersichtlich ist, soll die Ernährungsmedizin laut Schauder in die Gesundheit des Menschen mittels Nahrungsmittel und Nährstoffe präventiv als auch therapierend eingreifen. Dabei geht es um das Bewahren, Verbessern und Wiederherstellen von ernährungsassoziierten Erkrankungen und Mangelernährung, welche durch Krankheit bedingt sind (vgl. ebd., S. 4).

I. Prävention (Bewahrung und Verbesserung von Gesundheit)	
Primärprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung des individuellen und allgemeinen Gesundheitsbewusstseins • Beeinflussung von Risiko- und/oder Schutzfaktoren zur Verhinderung von Krankheiten
Sekundärprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Früherkennung und/oder Frühtherapie von Gesundheitsstörungen zum Erhöhen von Heilungschancen und/oder zur Verminderung der Krankheitslast
Tertiärprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung des Wiederauftretens einer erfolgreich behandelten Krankheit, Vorbeugung des Fortschreitens einer chronischen Krankheit
II. Therapie (Wiederherstellung von Gesundheit)	
Kuration	<ul style="list-style-type: none"> • Heilung von Krankheiten und/oder Linderung von Beschwerden
Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit bzw. Reduzierung von Krankheitsfolgen trotz irreversibler Gesundheitsschäden

Tabelle 3 : Aufgaben der Ernährungsmedizin (Schauder 2003, S. 4)

Da die Ernährungsberatung und die Ernährungstherapie auch im ernährungsmedizinischen Bereich eine immer bedeutendere Rolle spielen, werden im nächsten Kapitel die Unterschiede zwischen diesen beiden Möglichkeiten der Intervention herausgearbeitet.

5.2.2 Abgrenzung von Ernährungsberatung und Ernährungstherapie

Eine Therapie ist laut Pschyrembel als Behandlung einer Krankheit oder als Heilverfahren definiert. Sie schließt alle medizinisch geeigneten Maßnahmen zur Linderung von Symptomen und zur Heilung von Krankheiten ein (vgl. Pschyrembel Online 2010). Die Ernährungstherapie wird auch als Therapiemöglichkeit neben der medikamentösen oder operativen Therapie genannt (vgl. Roche Lexikon Medizin Online 2003).

Aus den Definitionen von Beratung im Kapitel 3.1 und aus der Definition von Therapie geht deutlich hervor, dass es Unterschiede in den beiden Begrifflichkeiten gibt. Nach Gölz ist eine Ernährungstherapie eine Maßnahme, wozu eine medizinische Indikation besteht und die in Folge einen Beitrag zur Heilung und Linderung einer Krankheit leistet. Daraus leitet sich auch ab, dass eine Ernährungstherapie für Kranke bestimmt ist. Sie wird ärztlich angeordnet und soll dann vom Patienten selbst angewendet bzw. durchgeführt werden. Die Ernährungsberatung jedoch wird für Gesunde oder Kranke angeboten (vgl. Gölz 2002, S. 489). Es muss jedoch an dieser Stelle erwähnt werden, dass vor allem mit der Einführung des Terminus des Risikofaktors die Einteilung in die Gruppen gesund

oder krank oft nicht getätigt werden kann (vgl. Pudel/Westenhöfer 1998, S. 256). Ein weiteres Kriterium der Unterscheidung ist, dass die Dauer einer Therapie im Vergleich zur Beratungsdauer allgemein länger ist (vgl. Dietrich 1991, S. 15). Trotzdem gehen zahlreiche Autoren davon aus, dass es keine klare Abgrenzung zwischen Beratung und Therapie gibt, da ihre Struktur ähnlich ist (vgl. Gölz 1997, S. 44). Gewichtige Stimmen, wie z.B. von Rogers oder Patterson, sagen sogar, dass Beratung und Therapie überwiegend gleichzusetzen sind (vgl. Dietrich 1991, S. 10).

Ich möchte abschließend den Versuch aufzeigen, wie sich nach Gölz Ernährungsberatung und Ernährungstherapie sogar ergänzen können und so zu einer effektiven Veränderung der Ernährungsgewohnheiten beitragen können. Ernährungsberatung kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass die Durchführung einer verordneten Ernährungstherapie besser funktioniert. Denn einerseits ist die Aufgabe der Ernährungsberatung die Vermittlung der zumeist schwer verständlichen Inhalte der Ernährungstherapie, andererseits soll sie auch eine individuelle Hilfestellung bei Problemen mit der Umstellung der Ernährungsgewohnheiten bieten. Man kann die Ernährungsberatung nahezu als Bedingung für eine erfolgreiche Ernährungstherapie sehen, denn der Therapieerfolg einer Ernährungstherapie hängt vom Patienten und seiner Bereitschaft und Fähigkeit ab, diese Therapie durchzuführen (vgl. Gölz 2002, S. 489f.).

5.2.3 Abgrenzung Ernährungsberatung und Diätberatung

Zunehmend kommen viele Autoren zur Ansicht, dass der Begriff der Diätberatung von der Ernährungsberatung inkludiert wird (vgl. Gölz 1997, S. 52; vgl. Jahnen 1998, S. 28; vgl. Kiefer 1998, S. 6). Argumentiert kann dies einerseits durch die etymologische Herleitung des Begriffes Diät werden, die ich folgend nach Bahadori et al. näher ausführen möchte. Diät geht zurück auf das griechische Wort diaita und man versteht im ursprünglichen Sinne darunter die gesamte Einstellung zum Leben, physisch wie auch psychisch. Diaita hat als Basis eine vernünftige Lebensführung, welche eine entsprechende Ernährung, adäquate körperliche Bewegung und das Vermeiden ungesunder Verhaltensweisen einschließt (vgl. Bahadori et al. 2001, S. 1). Andererseits führt Gölz aus, dass es in der Praxis so ist, dass der Begriff der Diät bei vielen Menschen negativ assoziiert und oftmals als ein Verzicht betrachtet wird. Diese Tatsache spricht dafür, den allgemeinen Begriff der Ernährung statt Diät zu verwenden. Gerade auch wegen dem psychologischen Motiv der Motivation empfiehlt es sich, auch im klinischen Bereich nur mehr den weitgefassten Begriff der Ernährung zu verwenden (vgl. Gölz

2000, S. 487).

Ich verwende in der gesamten vorliegenden Arbeit aus den genannten Gründen den Begriff der Ernährungsberatung.

5.3 Aufgaben und Ziele der Ernährungsberatung

Ganz allgemein soll nach Kohnhorst und Ollenschläger eine Ernährungsberatung der Erhaltung, der Förderung und der Wiederherstellung von Gesundheit dienen. Sie kann entweder in der Prävention oder in der Therapie eingesetzt werden, dies ist von der Ausgangslage des jeweiligen Klienten abhängig (vgl. Kohnhorst/Ollenschläger 2003, S. 420). In Abbildung 5 sind die eben genannten Ziele der Ernährungsberatung dargestellt.

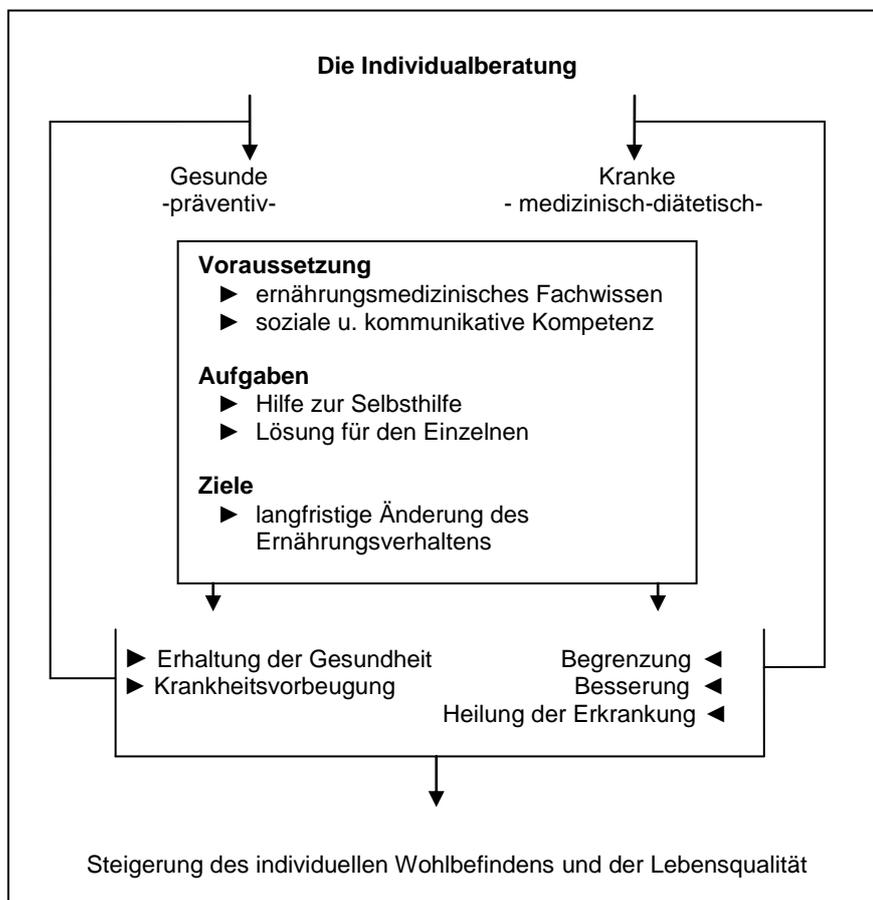


Abbildung 5: Allgemeine Ziele der Ernährungsberatung (Ambrosius et al. 1999, zit. nach Lückcrath/Müller-Nothmann 2011, S. 55)

Die Ernährungsberatung soll dabei nach Purtscher die zu beratende Person und seine Angehörigen bei der Initiation und Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen unterstützen. Anzusetzen ist dabei in einem ersten Schritt bei der Bereitschaft hierzu (vgl. Purtscher 2010, S. 93). In Abbildung 6 sind das allgemeine und auch das bereits in Kapitel 1.4 erwähnte übergeordnete Ziel der Ernährungsberatung anschaulich dargestellt. Nach

Diedrichsen soll die Ernährungsberatung eine professionelle Hilfestellung im Bereich der Gesundheit und der Ernährung anbieten und so präventiv und/oder korrektiv in die menschliche Entwicklung eingreifen. Dies führt letztendlich zum übergeordneten Ziel der Ernährungsberatung, der Entwicklungsförderung des Individuums in der gesamten Lebensspanne (vgl. Diedrichsen 1993, S. 18).

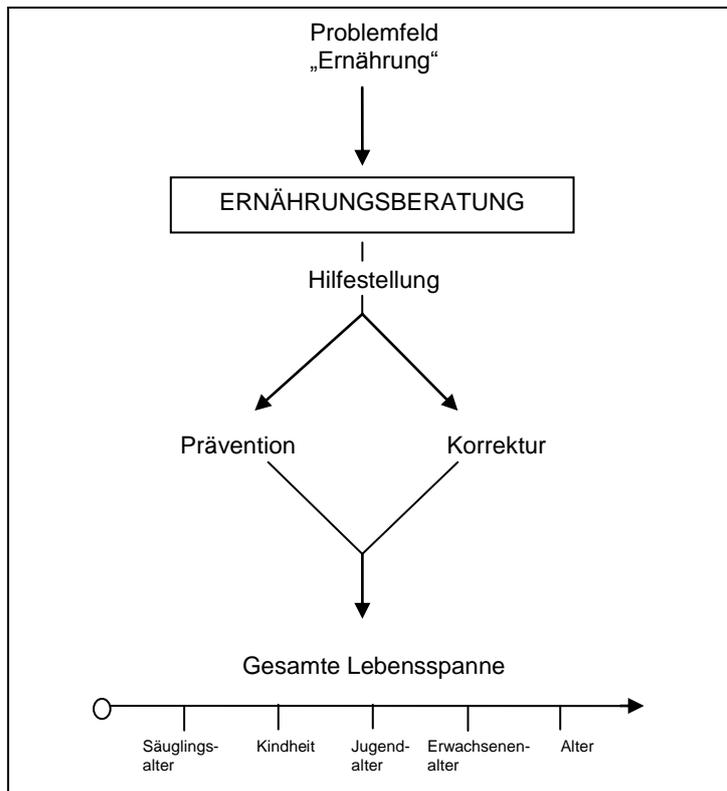


Abbildung 6: Ziele der entwicklungsorientierten Ernährungsberatung (Diedrichsen 1993, S. 17)

Viele Ziele und Aufgaben einer Ernährungsberatung wurden schon in Kapitel 5.2, wo es um die Begriffsbestimmung ging, genannt, da die Definition und die Zielsetzung einer Ernährungsberatung nicht gänzlich getrennt voneinander betrachtet werden können.

Bevor ich mich im Detail den Zielen und Aufgaben der Ernährungsberatung widme, möchte ich zum besseren Verständnis der nachfolgenden Ausführungen die drei Ebenen nach Purtscher, auf denen Ernährungsberatung arbeitet, darstellen:

- „kognitive Ebene: Vermittlung von Ernährungswissen
- psychomotorische Ebene: Einüben von praktischen Fertigkeiten
- affektive und emotionale Ebene: innere Beteiligung und Motivation“

(Purtscher 2010, S. 93)

Die Ziele der Ernährungsberatung sind, einerseits der Transfer von Ernährungswissen an die zu beratende Person (vgl. Kiefer 1998, S. 8), also die Informationsvermittlung, welche auch die Hilfe des Beraters zur Informationsumsetzung inkludiert (vgl. Kohnhorst/Ollenschläger 2003, S. 420). Voraussetzung ist, dass das vermittelte Ernährungswissen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert (vgl. Kiefer 1998, S. 8). Andererseits soll eine Ernährungsberatung laut Kiefer und wie auch schon im Kapitel 5.2 erwähnt, eine positive Veränderung des individuellen Essverhaltens, welches von langfristiger Dauer ist, bewirken. Sie hat die Aufgabe, dem Klienten bewusst zu machen, dass eine Veränderung seiner Ernährungsgewohnheiten notwendig ist und so bei ihm eine Einstellungsveränderung bewirken (vgl. ebd., S. 8). Weiters hat eine Ernährungsberatung das Ziel, abgesicherte Erkenntnisse der Ernährungswissenschaft in praktische Handlungsempfehlungen und -alternativen umzusetzen (vgl. Becker 1990, S. 300).

Nach dem generellen Verständnis der Beratung soll auch Ernährungsberatung, wie schon im Kapitel 3.1 angeführt, eine Hilfe zur Selbsthilfe darstellen und die vorhandenen Kräfte im Individuum aktivieren (vgl. Pudel/Westenhöfer 1998, S. 256). So wird der Klient für ein selbstbestimmtes Ernährungsverhalten gerüstet, das sowohl den Prinzipien der Autonomie als auch der Selbstkontrolle folgt (vgl. Diedrichsen 1993, S. 17). Die Klienten sollen sich letztendlich wie auch schon im Kapitel 1.4 angeführt, im Dschungel der Ernährung, der von der Lebensmittelindustrie, der Werbung und den Medien geschaffen wird, zurechtfinden und hier kompetente Entscheidungen treffen können. Außerdem soll Ernährungsberatung zu lebenslanger Auseinandersetzung mit der Thematik Ernährung anregen, was letztlich in lebenslanger Ernährungsbildung münden soll.

Nach Löser et al. hat eine Ernährungsberatung sehr konkrete Ziele. In erster Linie soll die Ernährungssituation geklärt werden. Es geht um die Feststellung der Möglichkeit einer Optimierung der Ernährungssituation und des Ernährungsverhaltens eines Klienten. Auch soll abgeklärt werden, ob eine Veränderung überhaupt notwendig ist. Der Wunsch der Klärung der Ernährungssituation kann vom Betroffenen selbst ausgehen, aufgrund von Verunsicherung z.B. durch die Medien oder weil gewisse Ziele, wie z.B. eine Gewichtsreduktion, angestrebt werden oder auch vom Arzt, der beim Klienten eine Erkrankung diagnostiziert hat, die durch Ernährung beeinflussbar ist. Als zweites Ziel stellen Löser et al. nach der Klärung der Ernährungssituation - wenn diese einen Anlass zu einer Veränderung ergibt - eine Erarbeitung von Möglichkeiten der Veränderung in der Ernährung dar. Hier soll die Frage beantwortet werden, wie sich eine bedarfsgerechte

Ernährung gestalten lässt und aussehen soll. Dazu gehören u.a. Themen wie Lebensmittelauswahl in qualitativer und quantitativer Hinsicht, die Nahrungszubereitung und die Gestaltung der Situation des Verzehrs. Das dritte Ziel von Löser et al. ist, dass der Klient in der Ernährungsberatung bei der Veränderung seines Ernährungsverhaltens unterstützt wird. Das bedeutet, dass der Klient meist bei der Umsetzung der Veränderungen Begleitung vom Berater benötigt, eine alleinige Erarbeitung von Möglichkeiten der Veränderung in der Ernährung reicht oft nicht aus. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn durch die beabsichtigten Veränderungen in der Ernährung andere psychosoziale Bedürfnisse beeinträchtigt werden oder schon seit langem gefestigte Gewohnheiten modifiziert werden sollen (vgl. Löser et al. 2007, S. 205f.).

Das oberste und anzustrebende Ziel der Ernährungsberatung ist nach Becker eine Veränderung des Ernährungsverhaltens in Richtung einer bedarfsgerechten Ernährung. Doch dies kann durchaus in kleinen Schritten durch einen gesundheitsbewussteren Umgang mit Ernährung (vgl. Becker 1990, S. 300) und durch das reflexive Moment im Individuum, was durch eine Ernährungsberatung angeregt wird, entstehen.

Um diese Ziele zu erreichen, schreibt Pudell der Ernährungsberatung folgende Aufgaben zu: Oft lässt sich ein Ernährungsproblem eines Klienten nicht nur rational lösen, da dieses Problem tieferegreifende Wurzeln in der Psyche des Individuums hat. Hier ist die Aufgabe des Beraters das Erkennen des eigentlichen Problems (vgl. Pudell 1991, S. 18), welches durch eine ausführliche Anamnese am Beginn der Beratung herausgefunden werden kann (vgl. Lückerrath/Müller-Nothmann 2011, S. 54f.). Es ist nach Pudell zu wenig, nur das von der Ernährungswissenschaft definierte Problem in der Ernährungsberatung zu besprechen. Wie in Kapitel 4 detailliert ausgeführt, soll der Berater mittels klientenzentrierter Gesprächsführung dazu beitragen, der zu beratenden Person Blickwinkel zu eröffnen, die für den Klienten neu sind und für ihn eine Bereicherung darstellen. Eine weitere Aufgabe der Ernährungsberatung ist es, die aktuellen ernährungswissenschaftlichen Erkenntnisse und Fakten in handlungsbezogene Vorschläge, die konkret sind, umzuwandeln und dem Klienten vorzustellen. Auch muss der Berater die Beratungssituation hinsichtlich ihrem sozialpsychologischen Hintergrund versuchen zu verstehen und er soll auch die Grenzen einer Ernährungsberatung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit kennen, um an die eigene Rolle als Berater realistische Ansprüche zu stellen (vgl. Pudell 1991, S. 18).

Konkreter auf die Aufgaben einer Ernährungsberatung geht Weisbach ein, indem sie vier Funktionen von Beratung darstellt, die in einer Ernährungsberatung wesentlich sind, um zu einer guten Patientencompliance und letztendlich zu den Zielen einer Ernährungsberatung beizutragen. Als erste Beratungsfunktion nennt Weisbach die Auskunftserteilung. Eine Ernährungsberatung soll, wie vorhin schon angeführt, zu einer Verbesserung des Ernährungswissens beitragen indem der Klient z.B. über eine bedarfsgerechte Ernährung informiert wird. Hier ist hervorzuheben, dass das explizite Bedürfnis nach Information des Klienten vorab geklärt werden sollte, ansonsten kann die Wirksamkeit der Beratung hinsichtlich der informativen Komponente negativ beeinträchtigt sein. Die zweite Beratungsfunktion ist die Erteilung von Rat. Die beratende Person als kompetente Ernährungsfachkraft gibt Empfehlungen für eine gesunde und ausgewogene Ernährung. Auch hier muss im Vorfeld festgestellt werden, ob der Klient überhaupt einen Rat, eine Anregung oder eine Lösung wünscht, denn dadurch wird die Wirksamkeit einer Ernährungsberatung hinsichtlich der empfehlenden Komponente bestimmt. Als dritte Funktion von Beratung nennt Weisbach die Anregung zur Reflexion. Die Aufgabe des Beraters ist es der zu beratenden Person weiterführende Fragen zu stellen und ihr Denkansätze zu geben. Hier ist das Geschick des Beraters gefragt. Von diesem ist auch die Wirksamkeit der Beratung hinsichtlich der reflexiven Komponente abhängig. Ziele der reflektierenden Ernährungsberatung sind keine rationalen Antworten, sondern das Erlangen von Einsicht. Als letzte Beratungsfunktion ist die Anregung zur Aktion genannt. Die Aktivierung zu Handlungen und zur Planung von Maßnahmen ist im Grunde genommen die kreative Aufgabe des Beraters. Die Wirksamkeit der Ernährungsberatung hinsichtlich der aktionalen Komponente wird dadurch beeinflusst, ob der Berater eine gewünschte Vorstellung entstehen lassen kann, welche in Übereinstimmung mit den Zielvorstellungen des Klienten steht und außerdem für ihn so attraktiv erscheint, dass der Klient auch mögliche Widrigkeiten dafür in Kauf nimmt (vgl. Weisbach 2004, S. 607f.).

Wie man den Ausführungen dieses Kapitels entnehmen kann, sind die Vermittlung von Ernährungswissen und die Veränderung des Ernährungsverhalten zwei wesentliche Ziele der Ernährungsberatung. Da sich der empirische Teil dieser Arbeit damit beschäftigt, ob eine Ernährungsberatung bei adipösen Menschen dieser Zielsetzung gerecht werden kann, möchte ich die nächsten zwei Kapiteln den theoretischen Grundlagen der Vermittlung von Ernährungswissen und der Veränderung des Ernährungsverhaltens widmen.

5.3.1 Vermittlung von Ernährungswissen

Wie schon im vorigen Kapitel erwähnt, wird bei einer Ernährungsberatung versucht, den Klienten u.a. auf der kognitiven Ebene zu erreichen, wo die Vermittlung von Ernährungswissen erfolgt. Durch die Informationsvermittlung wird es dem Klienten ermöglicht, sich rational mit Ernährungsfragen auseinanderzusetzen und Zusammenhänge zu verstehen (vgl. Kiefer 1998, S. 9).

Das Ernährungswissen ist nach Becker „das von der Ernährungswissenschaft erarbeitete Wissen über die Ernährung des Menschen [...]. Ernährungswissen ist die operationalisierte Umschreibung für das, was die Ernährungswissenschaft - jeweils bezogen auf den aktuellsten Erkenntnisstand - in theoretischer und empirischer Hinsicht über die physiologischen, medizinischen, psycho-sozialen und sozio-kulturellen Aspekte der menschlichen Ernährung weiß“ (Becker 1990, S. 17).

Die Vermittlung von Ernährungswissen ist derart vorstellbar, dass abgesicherte Erkenntnisse der Ernährungswissenschaft (= Ernährungswissen) von den Produzenten des Wissens (= Ernährungswissenschaft) über die Vermittler des Wissens (= Multiplikatoren) zu den Adressaten des Wissens (= Klienten) transferiert werden (vgl. ebd., S. 8). Die Wissensvermittlung ist dabei von vier Variablen abhängig: vom Berater, dem ernährungsbezogenen Kommunikator, von der ernährungsbezogenen Aussage, vom Medium der Vermittlung und vom Klienten, welcher das Ernährungswissen rezipiert (vgl. Kiefer 1998, S. 10).

Becker beschreibt den Transfer von Ernährungswissen in drei Phasen:

- „1. Phase: Wahrnehmung und Aufnahme von Ernährungsinformationen
2. Phase: Verarbeitung und Speicherung von Ernährungsinformationen
3. Phase: Verwendung und Umsetzung von Ernährungsinformationen“

(Becker 1990, S. 65)

Diese drei Phasen stehen laut Becker in gegenseitiger Wechselwirkung, was bedeutet, dass sie sich bedingen und gegenseitig beeinflussen. Auch ist das Abgeschlossen sein einer Phase keine Voraussetzung für das Eintreten in die nächste. Der Rezipient kann auch die einzelnen Phasen parallel durchlaufen (vgl. ebd., S. 65). Die erste Phase beinhaltet nach Becker alle kognitiven Prozesse, welche den Beginn in der sensorischen Registrierung von externen Reizen nehmen und bis zum Anfang der Verarbeitung von Kommunikationsinhalten, welche auf die Ernährung bezogen sind, reichen. Voraussetzung ist dabei eine

aktive und bewusste Verarbeitung. Die Wahrnehmung von Ernährungsinformationen ist von einer Selektivität gekennzeichnet, denn das menschliche Gehirn hat nur begrenzte kognitive Kapazitäten (vgl. ebd., S. 68f.). Bei der zweiten Phase des Transfers von Ernährungswissen besteht einerseits eine Abhängigkeit vom Informationsangebot im Sinne seiner kognitiven Komplexität und andererseits vom Rezipienten und seinen kognitiven Fähigkeiten (vgl. ebd., S. 83f.). Ich möchte folgend kurz die verschiedenen Speicher des menschlichen Gedächtnisses nach den Ausführungen von Becker darstellen. Die Ernährungsinformationen werden unmittelbar in den sensorischen Informationsspeicher, das sogenannte Ultrakurzzeitgedächtnis, aufgenommen. Die Aufnahme der Informationen und Weitergabe an den Kurzzeitspeicher erfolgt allerdings selektiv und zwar in Abhängigkeit vom Rezipienten und seinen kognitiven Fähigkeiten und seinen Bedürfnissen, Interessen und Erwartungen. Die anderen Ernährungsinformationen, welche als nicht wichtig eingestuft werden, verfallen spätestens nach ein bis zwei Sekunden (maximale Speicherdauer). Der Ort, wo die eigentliche kognitive Strukturierung von Informationen stattfindet, ist der Kurzzeitspeicher. Nach der Übernahme der Ernährungsinformationen aus dem sensorischen Informationsspeicher werden diese entschlüsselt und zu schon vorhandenen Informationen in Relation gesetzt. Desweiteren findet eine Bewertung der Informationen und eine Organisation zu größeren Einheiten statt. Das Kurzzeitgedächtnis vergleicht auch die neu aufgenommenen Informationen mit im Langzeitgedächtnis gespeichertem Wissen und kann so Informationen aus beiden Gedächtnisspeichern verbinden. Da die Kapazität des Kurzzeitspeichers nur einige Sekunden beträgt, werden die Ernährungsinformationen dieses Speichers entweder gelöscht oder dem Langzeitspeicher zugeführt. Letzteres bedarf zuvor einer Memorierung, was eine innere Wiederholung bedeutet. Der Langzeitspeicher ist durch eine Speicherkapazität und -dauer gekennzeichnet, die unbegrenzt ist. Die Voraussetzung dafür, dass Ernährungsinformationen in diesem Gedächtnisspeicher integriert und langfristig gespeichert werden, ist von bestimmten Integrationsregeln abhängig. Hier wird unter anderem die Bedürfnis- und Problemrelevanz oder die Logik überprüft (vgl. ebd., S. 90-95).

Anzumerken ist hier, dass es laut Löser et al. einen Zusammenhang von verschiedenen Informationskanälen oder deren Kombinationen und Erinnerungsleistung gibt (vgl. Löser et al 2007, S. 211). Abbildung 7 stellt dar, wie die Erinnerungsleistung von der Verwendung des Informationskanal abhängig ist. Eine Rolle spielen hier wahrscheinlich verschiedene Prozesse von Aufmerksamkeit und Selektion (vgl. ebd., S. 211).

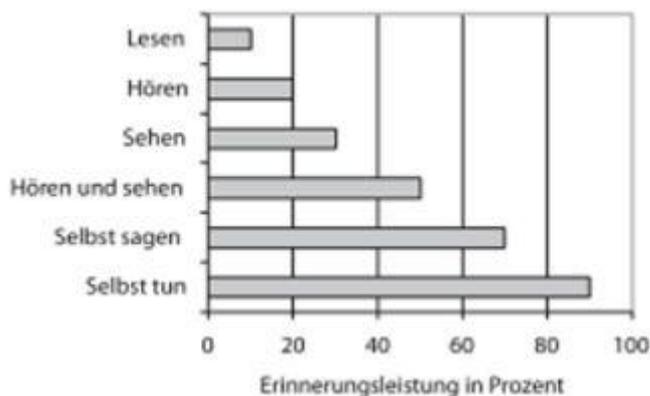


Abbildung 7: Erinnerungsleistung in Abhängigkeit vom verwendeten Informationskanal (Löser et al. 2007, S. 211)

In der dritten Phase des Transfers von Ernährungswissen, wird die Ernährungsinformation verwendet und umgesetzt, was bedeutet, dass sie sich sowohl in psychischen Veränderungen wie ernährungsbezogenen Einstellungen oder ernährungsbezogenen Emotionen, als auch in Veränderungen im Ernährungsverhalten zeigt (vgl. Becker 1990, S. 101f.).

Generell konnte durch Untersuchungen nachgewiesen werden, dass Angehörige von einer höheren Sozial- und Bildungsschicht auch ein größeres Ernährungswissen im Vergleich zu Menschen niedrigerer Schichten haben (vgl. Diehl 1999, S. 286).

5.3.2 Veränderung des Ernährungsverhaltens

Das letztendliche Ziel einer Ernährungsberatung ist wie schon in Kapitel 5.2 erwähnt bis heute die Veränderung des Ernährungsverhaltens in eine positive Richtung (vgl. Heindl 2003, S. 30). An dieser Stelle möchte ich darstellen, was unter dem Ernährungsverhalten überhaupt zu verstehen ist, muss aber gleich vorweg nehmen, dass es für diesen Begriff keine einheitliche und allgemeingültige Definition gibt, weil sowohl das Ernährungsverhalten als auch dessen Definitionen in Abhängigkeit vom Wissen und vom Kontext stehen und daher vorläufig sind (vgl. Brombach 2011, S. 318). Ich habe die folgende Definition deshalb ausgewählt, weil sie sehr gut mit der später folgenden Abbildung 8 in Einklang steht. Leonhäuser et al. beschreiben das Ernährungsverhalten als „[...] eine Handlung, die willentlich oder gewohnheitsmäßig abläuft. Sie umfasst die Nahrungsbeschaffung, Zubereitung, den Verzehr und die Nachbereitung von Lebensmitteln durch ein Individuum und/oder von sozialen Gruppen. [...] Das Ernährungshandeln bzw. Ernährungsverhalten eines Individuums ist immer eine Folge endogener und exogener

Ursachen; deren Wirkungen können sowohl individueller als auch überindividueller Art sein“ (Leonhäuser et al. 2009, S. 20f.).

Da die Ernährungsberatung die Aufgabe hat, das Ernährungsverhalten in Richtung einer gesundheitsbewussten Ernährung zu verändern, möchte ich zunächst die Faktoren, die Einfluss auf das Essverhalten haben, erläutern. Nach Pudel und Westenhöfer gibt es innere und äußere Reize zur Nahrungsaufnahme, die sich in den einzelnen Altersphasen unterscheiden (vgl. Brombach 2011, S. 322). Im Detail ist nach den beiden Autoren das Ernährungsverhalten kulturell normiert, biologisch gesteuert und von einer kognitiven Kontrolle gelenkt (vgl. Pudel/Westenhöfer 1998, S. 46f.). Abbildung 8 stellt die drei Einflussfaktoren anschaulich dar.

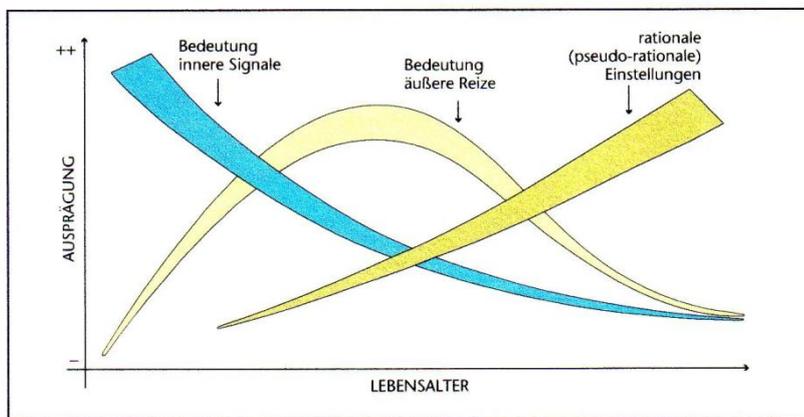


Abbildung 8: Veränderung in der Wechselwirkung innerer Signale (biologische Ebene), äußere Reize (kulturelle Normierung) und rationaler Einstellungen (Kognitionen) im Verlauf des Lebens (Pudel/Westenhöfer 1998, S. 47, zit. nach Brombach 2011, S. 322)

Die Außensteuerung des Ernährungsverhaltens ist das Resultat des kulturell-familiären Training des Verhaltens (vgl. ebd., S. 46). Im Kindesalter wird in der Familie und in den außerfamiliären Institutionen ein Essverhalten „antrainiert“, welches später in Gewohnheit übergeht und schließlich im Erwachsenenalter als „normales“ Ernährungsverhalten empfunden wird, ohne dass es einer Reflexion unterzogen wird (vgl. ebd., S. 39). Aus diesem Grund ist nach Pudel und Westenhöfer die Außensteuerung der konservative Bestandteil des Ernährungsverhaltens über die gesamte Lebensspanne. Die Innensteuerung des Essverhaltens wird durch Hunger und Sättigung reguliert. Als dritter Einflussfaktor auf das Ernährungsverhalten ist die kognitive Steuerung zu nennen. Darunter fallen alle bewussten Maßnahmen, die gesetzt werden, um das eigene Essverhalten zu lenken. Diese Komponente wird jedoch auch von äußeren Einflussfaktoren wie Ernährungswissen des Individuums oder Normen der Gesellschaft geleitet. Bei der Ernährungsberatung ist es

sinnvoll und am ehesten möglich über die kognitive Steuerung das Ernährungsverhalten des Klienten zu beeinflussen. Voraussetzung ist hier allerdings, dass kognitive Aspekte bei der Ernährungsentscheidung des Individuums maßgeblich sind (vgl. ebd., S. 46f.).

Wie man aus Abbildung 8 entnehmen kann, unterscheiden sich die Einflussfaktoren auf das Ernährungsverhalten in Abhängigkeit vom Alter. Brombach führt aus, dass bei Kleinkindern, allen voran Babys, die Nahrungsaufnahme überwiegend über die biologische Ebene, nämlich über die Bedürfnisse von Hunger und Sättigung, reguliert wird. In der Kindheit und im jungen Erwachsenenalter spielen dann die äußeren Reize eine größere Rolle. Im späteren Lebensalter werden durch die zunehmende Lebenserfahrung Motive, die durch die Ratio getragen werden, wichtiger (vgl. Brombach 2011, S. 322). Wie man aus Abbildung 8 erkennen kann, haben die inneren Signale im zunehmenden Lebensalter weniger Einfluss auf das Essverhalten. Abhängig ist dies von der Rigidität des Verhaltenstrainings in der Familie und dem von der sozialen und kulturellen Umwelt auferlegten Normendruck (vgl. Pudiel/Westenhöfer 1998, S. 46).

Anhand der ausgeführten Erläuterungen lässt sich folgern, dass eine Änderung des Essverhaltens ein schwieriger Prozess ist, da - so postuliert auch Kiefer - die Steuerung des Ernährungsverhaltens komplex ist. Hinzu kommt noch, dass das Verhalten (Essen) weitergeführt werden soll, jedoch gleichzeitig einer Modifikation unterzogen werden soll (vgl. Kiefer 1998, S. 14).

Dennoch möchte ich folgend versuchen nach Lückerath und Müller-Nothmann zu skizzieren wie es gelingen kann, bei einer Ernährungsberatung eine Verhaltensänderung herbeizuführen. Es ist zunächst wichtig, dass der Klient ein Bewusstsein für sein Problem entwickelt und mithilfe des Beraters dieses erkennt (vgl. Lückerath/Müller-Nothmann 2011, S. 54). Das bedeutet, dass dem Klienten seine Situation und der Zusammenhang zwischen seinem Verhalten und den schädigenden Auswirkungen bewusst wird. Der Berater soll ihn hierbei unterstützen, indem er die zu beratende Person informiert wie seine Ernährungsgewohnheiten und sein Krankheitsbild verkettet sind. Die Entwicklung eines Bewusstseins für das Problem ist die Grundlage für die Motivation des Klienten zu einer Veränderung seines Ernährungsverhaltens (vgl. ebd., S. 78). Wie im Kapitel 5.4.2 noch genauer ausgeführt ist deshalb die Anamnese am Beginn der Ernährungsberatung wichtig. Jedoch kommt es durch das Erkennen des Problems nicht zwangsläufig zu einer Änderung des Ernährungsverhaltens, da die Ernährungsgewohnheiten meist tief im dem Individuum

verwurzelt sind. Deshalb ist es notwendig, dass es zu einer Modifikation der Einstellung gegenüber dem eigentlichen Problem kommt und danach muss konkret eine Verhaltensänderung beabsichtigt werden. Erst jetzt wird mit Hilfe des Beraters der Versuch der Gestaltung des Lebens unternommen, wo das veränderte Verhalten inkludiert und zum wesentlichen Bestandteil wird. Sobald der Klient die Verhaltensänderung in sein Leben integrieren kann und eine Gewöhnung eintritt, spricht man von einer Verhaltensstabilisierung. Bei der Änderung des Ernährungsverhaltens kann es auch sein, dass der Klient im Prozess der Änderung Rückfälle bewältigen muss, diesen sollte soweit es geht prophylaktisch vorgebeugt werden (vgl. ebd., S. 54f.).

Die verschiedenen Stufen der Verhaltensänderung sind auch in Tabelle 4 anschaulich dargestellt.

Stufe	Beispiel
Problembewusstsein (awareness)	<ul style="list-style-type: none"> • „Mein Gewicht ist zu hoch.“ • „Ich sehe im Bikini schlechter aus als im vergangenen Jahr.“ • Ich habe Probleme, mir die Schuhe zuzubinden – mein Bauch ist im Weg.“
Einstellungsänderung (contemplation)	<ul style="list-style-type: none"> • „Ich brauche nicht unbedingt Schokolade, um mich gut zu fühlen.“
Verhaltensabsicht (behavioural intention)	<ul style="list-style-type: none"> • „Ich werde ab jetzt darauf achten, fettarme Lebensmittel zu essen, um wieder in meinen Bikini zu passen.“ • „Ich esse mehr Gemüse, um mich gesünder zu ernähren.“ • „Ich trinke mehr Mineralwasser, um weniger Süßes zu trinken und mein Gewicht zu reduzieren.“
Verhaltensversuch (action)	<ul style="list-style-type: none"> • „Ich versuche, nun regelmäßiger, zum Mittagessen einen Salatteller zu essen.“ • „Ich trinke vor jeder Mahlzeit ein Glas Mineralwasser.“ • „Ich esse mittags Pellkartoffeln.“
Verhaltensstabilisierung	<ul style="list-style-type: none"> • „Die Lebensmittel, die ich im Moment esse, schmecken mir und ich fühle mich gut.“
Rückfallprophylaxe (relapse prevention)	<ul style="list-style-type: none"> • „Für Tage, an denen mich der Heißhunger überkommt, habe ich Alternativen im Haus.“

Tabelle 4: Stufen der Verhaltensänderung (Westenhöfer 2001, zit. nach Lückrath/Müller-Nothmann 2011, S. 56)

Ziel der Verhaltensänderung ist nach Lückrath und Müller-Nothmann immer eine Aufrechterhaltung und Stabilisierung des Ernährungsverhaltens. Der Klient sollte versuchen, das in der Beratungssituation neu Gelernte selbständig in seinem ganz persönlichen Alltag anzuwenden. Wichtig für die Ernährungsberatung ist hier nicht so sehr ein abstraktes Informieren, sondern vordergründig soll es die praktische Erfahrung sein, welche auch lebensnah ist. Für den Klienten ist es bedeutend, dass er konkret erfährt, dass alternative und neue Verhaltensweisen sich positiver auf seine Gesundheit auswirken als die bisher gewohnten (vgl. ebd., S. 77f.).

Die Veränderung des Ernährungsverhaltens muss nach Kohnhorst und Ollenschläger als Lernprozess begriffen werden. Dieser Lernprozess läuft in der Regel in vier Stufen ab. Im ersten Schritt erfolgt ein Nachdenken über die Ernährungsumstellung, danach muss sich der Klient zu einer Ernährungsumstellung entschließen. Der dritte Schritt ist die Änderung des Ernährungsverhaltens und der mitunter vierte Schritt ist die Bewältigung eines Rückfalls. Abbildung 9 stellt diesen Lernprozess anschaulich dar.

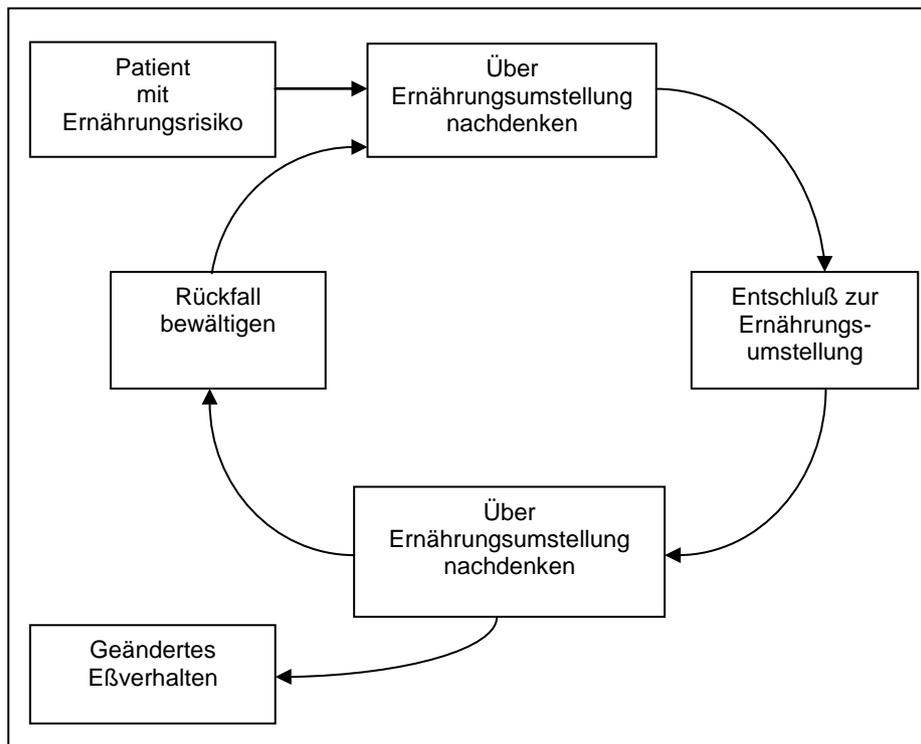


Abbildung 9: Ernährungsumstellung als Lernprozess (Kohnhorst/Ollenschläger 2003, S. 424)

Die Ernährungsberatung hat die Aufgabe, diesen Lernprozess zu unterstützen, indem sie den Klienten über eine Ernährungsumstellung informiert und zwar betreffend dem Sinn, dem Ziel und der Technik. Weiters soll die Ernährungsberatung eine motivierende Komponente im Hinblick auf eine stabile und dauerhafte Änderung des Ernährungsverhaltens haben. Idealerweise observiert der Ernährungsberater auch die Verhaltensänderung und gibt dem Klienten bzgl. der Folgen davon Rückmeldung (vgl. Kohnhorst/Ollenschläger 2003, S. 424).

Bei der Modifikation des Essverhaltens ist es nicht ausreichend, dass der Klient Information aufnimmt und diese zur Kenntnis nimmt, sondern das Entscheidende ist, dass der Klient seine derzeitige Ernährungssituation tiefgehend erfasst und sich Zusammenhänge, z.B. von seinen Ernährungsgewohnheiten und seinem Krankheitsbild, bewusst

macht (vgl. Lückerath/Müller-Nothmann 2011, S. 91). Hier ist gefordert, dass der Berater den Klienten auf der emotionalen Ebene anspricht, weil diese Motivation und Beteiligung - die Grundlagen einer Verhaltensänderung - nach sich zieht (vgl. Kohnhorst 1997, S. 382). Das ist auch nach Lückerath und Müller-Nothmann die Voraussetzung, dass Lernen ermöglicht wird und der Klient in der Lage ist, das Gelernte selbstständig im Alltag umzusetzen. Da eine Veränderung des Ernährungsverhaltens langfristig sein soll und der Klient im weiteren Verlauf auf sich alleine gestellt ist, ist es für den Erfolg wichtig, dass er die neuen Verhaltensweisen gerne anwendet und es aus eigener Motivation macht. Dazu ist es essentiell, dass er begreift, dass er für sich selbst verantwortlich ist. Generell muss für eine Veränderung des Ernährungsverhaltens die Selbstkompetenz des Klienten gefördert werden. Im Detail bedeutet das das Lernen von kompetenterem Handeln und eigenmächtigeren Entscheidungen, die Reflexion der Bedürfnisse und des Handelns und die Achtung und das gleichzeitige Infrage stellen der Bedürfnisse mit Hilfe des Beraters (vgl. Lückerath/Müller-Nothmann 2011, S. 91).

5.3.3 Zusammenhang von Ernährungswissen und Ernährungsverhalten

Laut den Ausführungen von Becker konnte in mehreren empirischen Studien gezeigt werden, dass eine Verbesserung des Ernährungswissens nicht in jedem Fall zu einer Veränderung des Ernährungsverhaltens führt. Das heißt, es besteht nicht zwangsläufig eine positive Korrelation zwischen Ernährungswissen und Ernährungsverhalten (vgl. Becker 1990, S. 362). Nach Austel et al. wirkt sich neueren Studien zufolge das Ernährungswissen zwar positiv auf das Verzehrverhalten von beispielsweise Obst und Gemüse aus, wesentlich wird das Ernährungsverhalten jedoch nicht durch entkoppeltes Ernährungswissen determiniert. Vielmehr spielen hier Faktoren wie die Bildung und der sozioökonomische Status eine große Rolle (vgl. Austel et al. 2011, S. 310). Bei Betrachtung des Gewichtsstatus als einen Parameter des Ernährungsverhaltens konnten ebenfalls Studien belegen, dass sowohl bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen das Körpergewicht in keinem Zusammenhang mit dem Ernährungswissen steht (vgl. Diehl 1999, S. 287).

5.4 Methode der Ernährungsberatung

Wie schon in Kapitel 5.2 erwähnt, werden zwar die Zielvorstellungen für eine Ernährungsberatung von der Ernährungswissenschaft vorgegeben, aber für die Erfüllung dieser Ziele sind vor allem Kompetenzen der Kommunikations- und Sozialwissenschaften notwendig

(vgl. Pudiel/Westenhöfer 1993, S. 52). Die Basis der Ernährungsberatung ist bis heute der klientenzentrierte Ansatz von Carl Rogers, bei dem, wie auch im Kapitel 4 beschrieben, die Interaktion der beteiligten Personen im Vordergrund steht. Denn der Erfolg einer Beratung ist nicht in erster Linie auf der sachlichen Ebene zu finden, sondern auf der Beziehungsebene von Klienten und Berater (vgl. Götz 2002, S. 491f.).

5.4.1 Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes in der Ernährungsberatung

Nach Hirsch sollte in der modernen Ernährungsberatung der Klient als Person im Zentrum der Beratung sein. Rogers bezeichnet diese Art der Beratung als „personenzentriert“, weil Ernährungsberatung darauf abzielt den Ratsuchenden zu erreichen. Da es bei der Ernährungsberatung darum geht, langjährige Ernährungsgewohnheiten zu modifizieren und vorab eine Entscheidung hierfür zu treffen, ist eine partnerschaftliche Beratung, die sich auf das Modell des Empowerments stützt, besonders hilfreich. Bei diesem Modell hat der Berater die Aufgabe, den Klienten zu unterstützen und zwar bei der Findung seines persönlichen Weges und bei der Ausrichtung seines Lebens gemäß seiner Wünsche und Ziele (vgl. Hirsch 2008, S. 354). Der Berater bietet in dem Sinn keine vorgefertigten Lösungen für die Probleme des Ratsuchenden an, sondern er unterstützt ihn hierbei, indem er sein Fachwissen und sein Können in der Beratung zur Verfügung stellt (vgl. Klotter 2009, S. 566; vgl. Hirsch 2008, S. 354). Die drei Hauptaufgaben des Ernährungsberaters sind das Fragen, das Zuhören und das Informieren (vgl. Hirsch 2008, S. 354). Ernährungsprobleme können oftmals nicht rein kognitiv - durch Vermittlung von Information oder Aufklärung - gelöst werden, sondern sie müssen ganzheitlich gesehen und angegangen werden (vgl. Diedrichsen 1993, S. 208). Die Vermittlung von Wissen ist zweifelsfrei ein wichtiger Bestandteil der Ernährungsberatung, doch die Voraussetzung dafür ist das Verstehen des Gefühlslebens des Klienten und ein einfühlsames Eingehen darauf seitens des Beraters (vgl. ebd., S. 208, vgl. Klotter 2009, S. 566). Letzteres bezieht sich nach Lückcrath und Müller-Nothmann vor allem auf die Lebenssituation des Ratsuchenden, da sich dieser dann verstanden fühlt und es so zu einem besseren Annehmen der Vorschläge des Beraters kommt. Die Akzeptanz der klientenzentrierten Beratung ist auch deshalb größer, weil die sogenannten Lösungswege immer speziell auf den Klienten zugeschnitten werden (vgl. Lückcrath/Müller-Nothmann 2011, S. 60).

Besonders effektiv ist in der Ernährungsberatung eine klientenzentrierte Vorgangsweise nach Diedrichsen dann, wenn die zugrunde liegende Ernährungsproblematik auf kognitiver

Ebene nicht gelöst werden kann. Hier ist es zielführend, auf emotionaler Ebene zu arbeiten, indem Gefühle des Klienten vergegenwärtigt und aktiviert werden. Dies bewirkt beim Klienten ein klareres Bild seiner eigenen Person und auch seiner Ernährungssituation (vgl. Diedrichsen 1993, S. 209f.).

Wie auch schon im Kapitel 4.2 erläutert, sind die verwirklichten Grundhaltungen des Beraters ausschlaggebend, ob durch eine Ernährungsberatung das Ernährungsverhalten des Klienten modifiziert wird (vgl. ebd., S. 209). Die wichtigsten Techniken in der Ernährungsberatung sollen das aktive Zuhören, das Paraphrasieren und das Verbalisieren von emotionalen Erlebnisinhalten sein (vgl. Löser et al. 2007, S. 208f.). Zu erwähnen ist noch die Wichtigkeit der Bitte um eine Rückmeldung des Gespräches an den Gesprächspartner am Ende der Beratung (vgl. Hirsch 2008, S. 357). Auch weitere Techniken der nicht-direktiven Gesprächsführung, wie ich sie bereits in Kapitel 4.3 beschrieben habe, sollen zur Anwendung kommen.

In der Ernährungsberatung, in welcher klientenzentriert gearbeitet wird, ist nach Hirsch immer vor Augen zu halten, dass es zweierlei Experten in der Beratungssituation gibt. Der Berater ist Experte auf der Informationsebene, der Klient ist Experte seines eigenen Lebens. Das bedeutet, dass der Betroffene die Entscheidung für Veränderungen im Kontext mit seiner Bereitschaft, seinen Möglichkeiten und seinen Zielen trifft (vgl. ebd., S. 355).

Im Sinne einer klientenzentrierten Beratung hat die Ernährungsberatung nach Hirsch nun folgende Aufgaben am Beginn einer Beratung: Zunächst soll die persönliche Bedeutung der Ernährung für den Klienten geklärt werden, denn dies ist die Grundlage für eine offene Kommunikation zwischen Berater und Klienten. Ebenfalls wichtig ist es zu erfahren, welche Erwartungshaltung der Ratsuchende an die Beratung hat. In einem zweiten Schritt muss geklärt werden, ob der Berater die Erwartungen erfüllen kann.

Für eine Ernährungsberatung ist außerdem wichtig, dass angenehme Rahmenbedingungen vorherrschen und dass die Gesprächsatmosphäre von Freundlichkeit geprägt ist. Weiters ist es essentiell, sogenannte wahre Informationen dem Klienten anzubieten. Das bedeutet, dass die aktuelle Studienlage immer mit einbezogen wird, gleichzeitig aber in der Beratung relativiert wird, weil wissenschaftliche Empfehlungen selten ewig währen. Hat der Klient in den Berater als zuverlässige Informationsquelle Vertrauen, so beeinflusst das seine Motive und auch seine Handlungen. Hier muss aber angemerkt werden, dass der Berater

keinesfalls manipulativ arbeiten soll. Dies ist insgesamt beim gesamten Vertrauensaufbau einer klientenzentrierten Ernährungsberatung wichtig. Vertrauen in der Beratung kann am besten durch eine Wertschätzung des Klienten aufgebaut werden, was auch bedeutet seinen Fragen ernsthaft zu begegnen. „Expertengehabe“ seitens des Beraters kann hier das Gegenteil bewirken. In einer Ernährungsberatung, die klientenzentriert arbeitet ist es auch notwendig, dass sich der Berater im Gespräch auf den Klienten und auf die zugrunde liegende Thematik konzentriert (vgl. ebd., S. 356ff.).

Hirsch hat auch einen Gesprächsverlauf einer klientenzentrierten Ernährungsberatung vorgeschlagen. Dieser ist ein grober Rahmen der im nächsten Kapitel aufgezeigten Prozessmodelle:

- „1. Warmwerden
2. Problemanalyse
3. Bereitschaft zu Veränderungen
4. Entscheidung und Vereinbarung über das weitere Vorgehen“

(ebd., S. 358)

5.4.2 Prozessmodelle einer Ernährungsberatung

Eine Ernährungsberatung wird nie ganz nach einem vorgefertigten Modell verlaufen, sondern immer von der Ausgangslage des Klienten und seiner Zielsetzung abhängig sein (vgl. Löser et al., S. 221). Dennoch haben verschiedene Autoren allgemeine Rahmenmodelle für eine Ernährungsberatung skizziert, welche den Aufbau und den Ablauf einer Ernährungsberatung, wie sie in der Theorie planmäßig strukturiert sind, aufzeigen. Im Auge zu behalten ist, dass eine Ernährungsberatung immer einen Prozess darstellt, bei dem der nächste Schritt in Abhängigkeit vom vorausgehenden Verlauf steht (vgl. ebd., S. 221).

Ich möchte in diesem Kapitel drei Rahmenmodelle für eine Ernährungsberatung vorstellen und diese näher erklären. Anmerken möchte ich auch, dass jeder Ernährungsberatung eine Labordiagnostik vorausgehen sollte, damit in der Ernährungsberatung bei Abweichungen von Laborwerten korrigierend eingegriffen werden kann (vgl. Pudel/Westenhöfer 1998, S. 260).

Pudel und Westenhöfer haben den idealtypischen Verlauf einer Ernährungsberatung in vier Schritte eingeteilt:

1. Verhaltensdiagnose
2. Zieldefinition

3. Zielhierarchie

4. Maßnahmenplanung

Der erste Schritt in einem Beratungsprozess ist die Verhaltensdiagnose, welche eine unabdingbare Voraussetzung für eine wirkungsvolle Ernährungsberatung darstellt. Sie hat das Ziel abzuklären, zu welchem Zeitpunkt und an welchem Ort der Klient welche Art von Lebensmittel, Speisen oder Getränke zu sich nimmt. Es bieten sich hier zwei Methoden an: Entweder kann eine mündliche Anamnese des Ernährungsverhaltens durchgeführt werden oder die Verhaltensdiagnose wird durch schriftliche standardisierte Verfahren erhoben. Die Verhaltensdiagnostik liefert ein Ergebnis, wo einerseits der objektive Aspekt und andererseits der subjektive Aspekt von Bedeutung sind. Objektiv wird die Ernährungssituation des Klienten in ernährungsphysiologischen Parametern beschrieben, subjektiv werden der Stellenwert von bestimmten Lebensmitteln, Zubereitungsformen und die Situationsgebundenheit des Ernährungsverhaltens erhoben. Im zweiten Schritt des Modells von Pudiel und Westenhöfer erfolgt eine Zieldefinition durch einen Ist-Soll-Vergleich. Die individuellen Ist-Werte der Verhaltensdiagnose werden mit den Soll-Werten, die die Ernährungswissenschaft vorgibt, abgeglichen. Daraus ergeben sich konkrete Ziele, die für die weitere Beratung wichtig sind. Auch dieser Schritt ist nur die Voraussetzung für die eigentliche Ernährungsberatung. Nach der Verhaltensdiagnostik und der Zieldefinition ist der dritte Schritt die Zielhierarchie, denn es gibt in der Regel mehrere Zielgrößen. Diese werden in eine Reihenfolge gebracht oder mit Punkten versehen und zwar nach dem Verhaltensaufwand. Das heißt es wird bewertet, welche Maßnahmen für den Klienten in der Realisierung leichter oder schwerer sind. Der vierte Schritt ist die Maßnahmenplanung, die eigentliche Aufgabe des Beraters, wo seine Kreativität gefragt ist. Es wird bei den Zielen mit höherer Gewichtung begonnen, wo der Klient nur einen im Vergleich zu anderen Zielen geringen Verhaltensaufwand leisten muss. Hier werden gemeinsam mit dem Berater konkrete Maßnahmen besprochen und geplant, womit die Ziele schrittweise erreicht werden können. Wichtig ist eine richtige Dosierung der Schrittgröße, damit sich die Wahrscheinlichkeit eines Verhaltenserfolges erhöht. Pudiel und Westenhöfer bezeichnen die Maßnahmenplanung als kontinuierlichen Kommunikations- und Trainingsprozess, wo eine vollständige Zielerreichung - vor allem dann, wenn es eine große Diskrepanz zwischen Ist- und Sollwert gibt - nicht immer der Fall ist. Die beiden Autoren nennen das „Prinzip der flexiblen Kontrolle“ als ein wesentliches Element in der Ernährungsberatung. Dieses Prinzip wurde von der Verhaltenswissenschaft als wichtige

Bedingung für eine effektive Veränderung des Ernährungsverhaltens erkannt. Hier sind rigide Maßnahmen zu vermeiden und solchen, die eine flexible Kontrolle zulassen, der Vorrang zu geben (vgl. ebd., S. 260-265).

Auch Diedrichsen teilt den idealtypischen Problemlöseprozess in Phasen ein. Abbildung 10 zeigt die sechs Phasen des Problemlöseprozesses anschaulich.

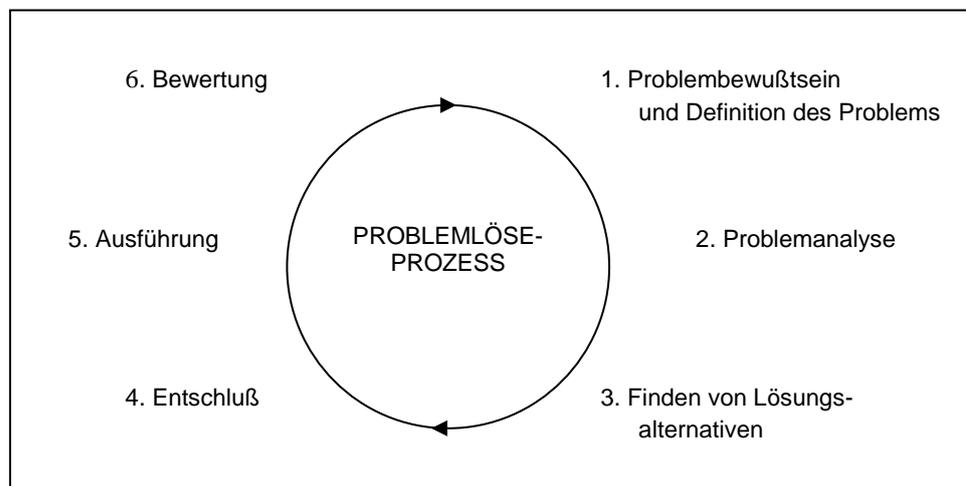


Abbildung 10: Phasen des Problemlöseprozesses (Diedrichsen 1993, S. 50)

Das Modell des Problemlöseprozesses kann folgendermaßen unterteilt werden:

- „1. Problembewußtsein und Definition des Problems
2. Problemanalyse
3. Finden von Lösungsalternativen
4. Entschluß
5. Ausführung
6. Bewertung“

(Diedrichsen 1993, S. 50)

Nach Diedrichsen müssen die genannten Phasen des Problemlöseprozesses in der Beratungssituation nicht zwangsläufig in der dargestellten Reihenfolge und in gleicher Intensität ablaufen. Es kann durchaus zu Überschneidungen oder zu einem Überspringen von einzelnen Phasen kommen. Auch kann eine Rückkehr zu bereits durchlaufenen Phasen erfolgen, wenn es notwendig erscheint (vgl. Diedrichsen 1993, S. 50).

Gölz hat die Modelle von Pudel und Westenhöfer und von Diedrichsen verglichen und erkannt, dass Diedrichsen mit seinem Beratungsentwurf ein Stück weit über jenen von Pudel und Westenhöfer hinausgeht. Dies betrifft den Beginn und das Ende einer Ernährungsberatung. Für Diedrichsen ist die Weckung des Problembewusstseins des

Klienten der Ausgangspunkt für eine Ernährungsberatung. Meistens wird dies zwar ansatzweise am Beginn einer Beratung thematisiert, es bedarf jedoch möglicherweise einer Differenzierung, Präzisierung oder auch im äußersten Fall erst einer Bewusstmachung durch den Berater. Bei den mittleren Phasen des Modells von Diedrichsen besteht eine weitgehende inhaltliche Übereinstimmung mit dem Ansatz von Pudel und Westenhöfer. Im Anschluss an das Modell von Pudel und Westenhöfer sind für Diedrichsen noch die Ausführung des Lösungsplans und die Bewertung der Ernährungshandlungen wichtig (vgl. Götz 1997, S. 49).

Im folgenden möchte ich noch kurz die genannten Phasen des idealtypischen Problemlösungsprozesses von Diedrichsen erläutern:

Bei der Phase eins wird das Problembewusstsein des Klienten entwickelt und das Problem definiert. Voraussetzung dafür ist die Entdeckung des Problems. In der zweiten Phase erfolgt die Durchführung einer Problemanalyse, wo die gemeinsame Forschung des Klienten mit dem Berater nach den Ursachen des Ernährungsproblems im Mittelpunkt steht. Die Forschungsobjekte dieser Phase sind der Klient selbst als auch seine soziale Lebenswelt. In der nächsten Phase geht es um das Finden von Lösungsalternativen für das Ernährungsproblem unter Berücksichtigung der ernährungsphysiologischen und psychologischen Bedürfnisse des zu beratenden Individuums. Vor der Entscheidung des Klienten für eine bestimmte Alternative sind auch die Konsequenzen aller Alternativen gemeinsam zu analysieren. In der vierten Phase gilt es, den Klienten anzuleiten damit er einen eigenständigen Entschluss für die für ihn günstigste Lösungsalternative bezogen auf das individuelle Ernährungsproblem trifft. Die fünfte Phase des Modells betrifft die Ausführung des Lösungsplans. Der Klient soll die geplanten Maßnahmen in die Praxis umsetzen. In der letzten Phase des Modells wird die Qualität und Effektivität der getätigten Handlungen evaluiert. Es wird die Eignung der gewählten Lösungsalternative zur Lösung des vorhandenen Ernährungsproblems und zur dauerhaften Modifikation des Ernährungsverhaltens bewertet. Auch die Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität werden überprüft (vgl. Diedrichsen 1993, S. 50-53).

Ich möchte abschließend ein aktuelles Konzept zum Ablauf einer Ernährungsberatung nach Lückcrath und Müller-Nothmann vorstellen, in welches ich außerdem noch andere Autoren mit einfließen lasse. Das Konzept von Lückcrath und Müller-Nothmann basiert auf einem 9-Stufen-Modell nach Boland, welches auf die Ernährungsberatung umgelegt wurde.

Im Folgenden ist dieses Konzept nach Lückerath und Müller-Nothmann im Überblick dargestellt:

1. Beziehungsaufbau
2. Situationsanalyse
3. Zielsetzung
4. Verhaltensanalyse
5. Perspektivanalyse
6. Entscheidungsfindung
7. Handlungsplan
8. Gesprächsende
9. Evaluation

Ein Beziehungsaufbau am Beginn einer Ernährungsberatung ist deshalb wichtig, da die Beziehung zwischen dem Berater und dem Ratsuchenden entscheidend den Erfolg einer solchen Beratung beeinflusst. Diese Phase beinhaltet auch die Klärung, ob der Berater für das vorliegende Problem die nötige fachliche Kompetenz besitzt oder ob eine Weitervermittlung an einen anderen Berater ratsamer wäre. In der nächsten Phase, der Situationsanalyse, bedarf es einer Klärung der Ausgangslage. Es werden die persönlichen Daten der zu beratenden Person erhoben und der Klient schildert dem Berater seine existente Situation (vgl. Lückerath/Müller-Nothmann 2011, S. 69f.). Zur Situationsanalyse gehört auch die Ernährungsanamnese, wo es um die Befragung der Essgewohnheiten sowie der Verzehrmenen, der Nahrungsmittelpräferenzen, als auch der Abneigungen geht (vgl. Purtscher 2010, S. 91). Wie Lückerath und Müller-Nothmann in ihrem Konzept weiter ausführen, soll die zweite Phase einer Analyse des Verhaltens des Klienten und folglich einer möglichst genauen Formulierung und Definition des Problems der zu beratenden Person dienen. In diesem Abschnitt der Ernährungsberatung kommt besonders die klientenzentrierte Gesprächsführung zum Tragen, da einerseits der Klient den größten Teil des Gespräches bestimmt, andererseits muss der Berater entsprechende Gesprächstechniken, wie sie auch in Kapitel 4.3 beschrieben sind, einsetzen, um das Problem in seinem Kernpunkt zu verstehen. Auf der Grundlage des Kennens des Ernährungsverhaltens der zu beratenden Person und ihrer Einstellung dazu kann die weitere Ernährungsberatung erfolgen. In der dritten Phase, der Zielsetzung, geht es darum, das Ziel, welches erreicht werden soll, zu definieren und festzulegen. Hier soll beachtet werden, dass das Ziel überschaubar und nicht unrealistisch ist. Von Vorteil sind Teilziele, weil der Klient so schneller

Erfolg hat und dies das Verhalten stabilisiert (vgl. Lückerath/Müller-Nothmann 2011, S. 69f.). Bei der Zielformulierung bietet sich nach Löser et al. eine Technik aus dem Neurolinguistischen Programmieren an, die besagt: „[...] Ziele müssen SMART sein“ (Löser et al. 2007, S. 222). Beim Wort SMART steht jeder Buchstabe für eine Anforderung an durchdachte Ziele:

S = spezifisch: Ziele müssen spezifisch sein, damit durch die Formulierung auch überprüfbar wird, ob es zur Erreichung eines bestimmten Zieles gekommen ist.

M = messbar: Es muss eine Messbarkeit der Ziele gegeben sein, sonst sind sie keine geeigneten Ziele. Bezogen auf das Ernährungsverhalten können jene Parameter als Ziele genannt werden, wo eine valide Erfassung durch Verfahren der Ernährungserhebung möglich ist.

A = anspruchsvoll: Festgelegte Ziele sollen einen gewissen Grad an Anspruch haben, sodass das Erreichen dieser eine maßvolle Herausforderung und eine bestimmte Anstrengung darstellt. Ansonsten ist bei der Zielerreichung die Selbstbestätigung nicht im wünschenswerten Ausmaß gegeben.

R = realistisch: Trotzdem die Ziele bis zu einem gewissen Ausmaß fordernd sein sollen, müssen sie realistisch bleiben. Hier gilt es, das richtige Gleichgewicht zu finden. Es ist die Aufgabe des Beraters, die Ziele des Klienten hinsichtlich der realistischen Erreichbarkeit zu beurteilen. Hier gilt es, sein Expertenwissen einzusetzen.

T = terminlich festgelegt: Ziele sollen terminlich festgelegt werden, da sie sonst Gefahr laufen, zu spät oder überhaupt nicht erreicht zu werden oder auch mit einem Übermaß an Anstrengung zu einem unangemessenen Zeitpunkt (vgl. Löser et al. 2007, S. 222f.).

Die weiteren Stufen des Konzepts führen Lückerath und Müller-Nothmann folgendermaßen aus: In der fünften Phase der Ernährungsberatung geht es um die Perspektivanalyse, was bedeutet, dass unter Beachtung der Ursachen von vergangenen Fehlschlägen, neue Lösungsalternativen für das bestehende Problem eruiert und besprochen werden. Danach hat der Klient die Aufgabe, sich für einen der erarbeiteten Lösungsvorschlägen zu entscheiden. In dieser Phase unterstützt der Berater den Klienten nur mit seinem Fachwissen, sei es bei existenten Ängsten oder Unsicherheiten. Der Ernährungsberater sieht hier klar von jeglicher Beeinflussung ab, was jedoch auch bedeutet, dass für die getroffene Entscheidung alleine der Klient verantwortlich ist. In der nächsten Phase geht es darum, einen Handlungsplan zu erstellen und zwar inwiefern der vom Klienten gewählte Lösungsweg realisiert werden kann. Es gilt dabei Maßnahmen zur Zielerreichung zu erstellen. Von entscheidender Bedeutung ist es, hier die im Rahmen der Ernährungsanamnese erhaltenen

und dargestellten Ernährungsgewohnheiten in den Handlungsplan zu inkludieren. Der Weg der Veränderung des Verhaltens sollte nicht alleine vom Berater entschieden werden, sondern der Klient soll hier auch seinen Beitrag dazu leisten. Am Ende des Beratungsgesprächs ist eine Wiederholung und Zusammenfassung der Beratungsinhalte günstig und sinnvoll. Wie auch bei Diedrichsen schlagen Lückerath und Müller-Nothmann als abschließende Phase einer Ernährungsberatung deren Evaluation vor. In der Praxis wäre ein Folgetermin wünschenswert, wo die Beratungsmaßnahmen hinsichtlich ihres Erfolges beurteilt werden und wenn die Notwendigkeit besteht, Maßnahmen zur Korrektur erarbeitet und eingeleitet werden (vgl. Lückerath/Müller-Nothmann 2011, S. 70f.).

5.4.3 Methodisch-didaktische Aspekte

In diesem Kapitel möchte ich ein didaktisches Modell von Dickersbach und Jeske vorstellen, wo Aspekte herausgearbeitet wurden, die Einfluss auf jede Beratungssituation nehmen. Dieses Modell nennt sich die „magische Sieben“ und ist in Abbildung 11 dargestellt (vgl. Dickersbach/Jeske 1994a, S. B5).

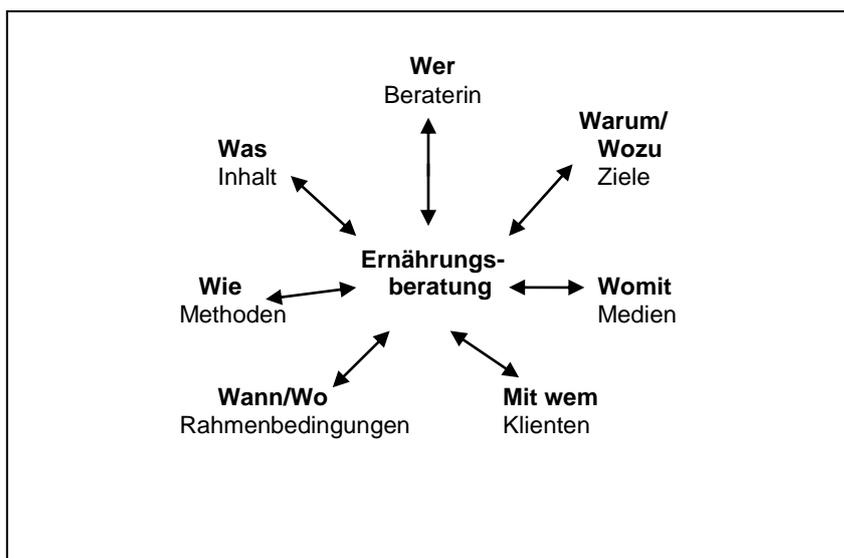


Abbildung 11: Die „magischen Sieben“ – ein Modell für die Praxis der Ernährungsberatung (Dickersbach/Jeske 1994a, S. B5)

Wie man aus Abbildung 11 entnehmen kann, beinhaltet dieses Modell sieben didaktische Aspekte, die, wie Dickersbach und Jeske ausführen, ein Ernährungsberater einerseits in der Beratung beachten soll und die ihm andererseits helfen, eine Ernährungsberatung zu konzeptionieren, durchzuführen und zu überprüfen. Da es in einer Ernährungsberatung vom Berater beeinflussbare und oftmals nicht steuerbare Aspekte gibt, wird das Modell in Entscheidungsfelder und Bedingungsfelder differenziert. Der Inhalt, die Ziele, die Medien und die Methoden können vom Berater bestimmt werden und stellen daher die

Entscheidungsfelder dar. Die Rahmenbedingungen, die Person des Klienten und die Person des Beraters sind kaum beeinflussbar und werden von Dickersbach und Jeske als Bedingungsfelder bezeichnet (vgl. ebd., S. B5f.).

Folgend möchte ich nun die einzelnen didaktischen Aspekte nach Dickersbach und Jeske näher erläutern, wobei ich mit den Entscheidungsfeldern beginnen werde:

Vor der Ernährungsberatung gilt es für den Berater vorzubereiten und demzufolge zusammenzustellen, welche Inhalte er in der Beratung vermitteln möchte. Die Auswahl soll anhand von drei Kriterien erfolgen: Es sollte im Aufbau und in Folge in der Informationsvermittlung eine Logik entstehen, das heißt, dass der Berater sich eine gewisse Reihenfolge der Beratungsinhalte und demnach adäquate Informationen überlegen soll. Der zweite Aspekt für die Auswahl der Inhalte ist die Wichtigkeit der Informationen hinsichtlich der Zielerreichung. Einen ganz wesentlichen dritten Aspekt stellt der Klient selbst dar. An ihm soll sich der Berater im Hinblick auf die Beratungsinhalte orientieren. Eng verbunden mit dem Inhalt sind die Ziele, denn diese beiden Aspekte stehen in einer wechselseitigen Abhängigkeit zueinander. Bei der Zielformulierung sollen alle Facetten der Persönlichkeit des Individuums mit einbezogen werden. Wie auch schon in Kapitel 5.3 erwähnt, sollte die Ernährungsberatung auf drei Ebenen arbeiten und diese Aspekte im Hinblick auf die Zielformulierung beachten. Das heißt, dass der kognitive Aspekt, der soziale Aspekt und der emotionale Aspekt des Individuums dabei zu beachten sind. Dazu kommt noch die Vertiefung, Übung und Festigung durch das praktische Tun. Der dritte didaktische Aspekt sind die Medien. Sie sind für den Berater Hilfsmittel, die den Zweck haben, die Inhalte der zu beratenden Person nahe zu bringen. Besonders in der Beratung können banale, wenig spektakuläre Medien eingesetzt werden, um die Anschaulichkeit und Wirksamkeit zu vergrößern. Hier möchte ich auch auf Kapitel 5.3.1 verweisen, wo die Erinnerungsleistung mit der Verwendung von Informationskanälen in Zusammenhang gebracht wurde, was auch bei der Auswahl von Medien in der Ernährungsberatung eine Rolle spielt. Der didaktische Aspekt der Medien ist eng mit den Methoden verbunden. Die Auswahl und der Einsatz der geeigneten Methoden resultiert aus den summierten Überlegungen des Beraters zu folgenden Punkten: Ziel der Beratung, Beratungsinhalte, Teilnehmerstruktur, bisheriger Verlauf der Beratung (so schon einmal eine Beratung stattgefunden hat) und Rahmenbedingungen. Die wichtigste Methode, die in der Ernährungsberatung Einsatz findet, ist das Gespräch, denn es ist der Grundpfeiler für das Verhältnis zwischen Berater und Klient und für die Akzeptanz der Person des Beraters und

seiner vermittelnden Rolle von Botschaften. Essentiell ist hier die Vertrautheit des Beraters mit Gesprächsstrategien, Gesprächstechniken, Techniken der Argumentation und des Fragens und auch mit Interaktionstechniken auf nonverbaler Ebene (vgl. ebd., S. B6ff.).

Dickersbach und Jeske führen die Bedingungsfelder mit ihren didaktischen Aspekten folgend aus: Trotz der Tatsache, dass der Einfluss auf die Bedingungsfelder oftmals durch die Beratung nicht derart gegeben ist wie auf die Entscheidungsfelder, ist es wichtig, dass der Berater mit diesen Aspekten bewusst umgeht und die Beratung auch auf die Gegebenheiten abstimmt. Beim didaktischen Aspekt der Rahmenbedingungen möchte ich mich trotz seiner Vielfalt auf die Gestaltung der Räumlichkeiten und die Zeitplanung beschränken. Generell ist anzumerken, dass bei Wohlfühlen der Klienten im Beratungsraum dies auch eine positive Auswirkung auf das Lernklima hat. Dabei ist auf die Sitzordnung von Berater und Klienten zu achten, auf die Wandgestaltung und auch auf die Größe des Raumes, welcher durchaus durch Hilfsmittel verkleinert werden kann. Bei der zeitlichen Gestaltung einer Ernährungsberatung sind vor allem in medizinischen Einrichtungen die Möglichkeiten meist sehr unflexibel. Im Falle, dass die zeitlichen Ressourcen einer Beratung nicht begrenzt sind und man daher mehr Zeit dafür einplanen kann, ist es wichtig, bei längerer Dauer eine klare Struktur in die Beratung zu bringen und auf die abwechslungsreiche Gestaltung zu achten. Das bedeutet eine Variation der Arbeitsformen (Verflechtung von kognitiven Elementen und praktischen Übungen), Medien und Methoden. Wenn möglich sollte auch bei der Zeitgestaltung der Beratung der natürliche Biorhythmus des Menschen berücksichtigt werden. Ist dies nicht möglich, sollte die „Kopfarbeit“ reduziert werden und die „Körperarbeit“ vordergründig sein. Der Berater selbst mit seiner Persönlichkeit hat auch einen entscheidenden Einfluss auf das Ergebnis einer Beratung. Im besonderen sind dies Aspekte wie die Eigenarten des Beraters im zwischenmenschlichen Umgang, seine Glaubwürdigkeit und sein Engagement. (vgl. Dickersbach/Jeske 1994b, S. B13f.). Hier sei auch auf Kapitel 4.2 verwiesen, wo die drei Basismerkmale der Echtheit, der Akzeptanz und der Empathie für die Beratungsperson im Rahmen einer klientenzentrierten Beratung genannt werden, die Grundlage jeder Ernährungsberatung sein sollen. Dennoch hat nach Dickersbach und Jeske die Beratungsperson auch die Aufgabe, durch eine demokratische „Führung“ die zu beratende Person zu leiten, wobei nicht auf den eigenen Willen und das Anrecht auf Selbstbestimmung beim Klienten vergessen werden darf. So sollte der Berater in seiner Rolle die Prinzipien des Angebots, des Anreizes und der Leitlinie, welche eine Ernährungsberatung inne haben soll, immer in einem Gleichgewicht halten. Sie stellen in ihrer Gesamtheit eine Hilfe zur Selbst-

hilfe dar, welche vom Klienten angenommen, abgelehnt oder modifiziert werden können. Der letzte didaktische Aspekt ist der Ratsuchende. Es gibt für den Erfolg einer Beratung von Natur aus gegebene Voraussetzung und auch solche, die vom Berater geschaffen werden können. Hier gilt es, Voraussetzungen mit denen der Klient in die Beratung kommt, kennenzulernen und sich damit vertraut zu machen. Weiteres verlangt jeder Typus von Klient, getragen von Charaktereigenschaften und Persönlichkeitsmerkmalen, eine individuelle Art der Steuerung (vgl. ebd., S. B14f.).

5.4.4 Kommunikation als Basis der Beratung

Wie schon im vorigen Kapitel erwähnt, ist die wichtigste Methode, die in der Ernährungsberatung Einsatz findet, das Gespräch, wo das Werkzeug des Beraters die Sprache ist (vgl. Pudiel/Westenhöfer 1998, S. 269). In diesem Kapitel möchte ich daher die Grundlagen und Möglichkeiten der menschlichen Kommunikation darlegen. Die Ernährungsberatung bedarf nach Lückcrath und Müller-Nothmann einer bewussten Kommunikation, wo kommunikative Fähigkeiten und Gesprächstechniken ihren Einsatz finden sollen und der Umgang mit diesen von Achtsamkeit geprägt sein soll. Gelingt dies, dann führt es zum gewünschten Veränderungsprozess.

Lückcrath und Müller-Nothmann haben in ihrem Werk die Funktion, die Ziele, die Anforderungen und die Voraussetzung von Kommunikation folgendermaßen ausgeführt: Kommunikation hat die Funktion des Informationsaustausches und der Gedanken- und Ideenübermittlung zwischen Kommunikationspartnern. Der Prozess der Kommunikation läuft jedoch nicht immer unproblematisch und einfach ab. Auch ist dabei die reine Wissensvermittlung eine Seltenheit, was sich besonders Ernährungsberater vergegenwärtigen müssen.

Die Zielsetzungen von Kommunikation sind situations- und kontextabhängig und daher verschieden. In einer Beratung können folgende Ziele mittels Kommunikation verfolgt werden: Vermittlung von Sachinformation und Wissen, Darstellung der individuellen Situation und Gedanken, Änderung des Verhaltens und die Motivation, einen Lernprozess in Gang zu setzen.

Da die Kommunikation ein komplexer Vorgang ist, liegen ihre Anforderungen nicht nur in der Signalkodierung und -endkodierung der beiden Gesprächspartner, sondern auch in einer Feinfühligkeit, was das Hören „zwischen den Zeilen“ anbelangt.

Voraussetzung für das Gelingen einer Kommunikation ist es die Gründe und Ziele des Handelns des Gegenübers als auch seine Erwartungen angemessen zu interpretieren (vgl. Lückerrath/Müller-Nothmann 2011, S. 78f.).

Watzlawick hat ein metakommunikatives Axiom geprägt, welches folgendermaßen lautet: „Man kann nicht nicht kommunizieren“. Diese Aussage beruht darauf, dass jedes Verhalten, das sich in einer zwischenmenschlichen Situation zeigt, Mitteilungscharakter hat. Für die Ernährungsberatung hat dieses Axiom insofern eine sehr große Bedeutung, da auch die nonverbale Kommunikation, wie z.B. ein Schweigen in der Beratungssituation beachtet werden muss (vgl. Watzlawick et al. 2007, S. 51ff.).

5.4.4.1 Grundvorgang der menschlichen Kommunikation

Nach Schulz von Thun ist der grundlegende Vorgang der Kommunikation zwischen zwei Menschen einfach darzustellen: Es gibt einen Sender, der eine Mitteilung tätigen möchte, was als Nachricht bezeichnet wird. Der Empfänger muss nun diese Nachricht entschlüsseln. Meist gibt es eine akzeptable Übereinstimmung von gesendeter und empfangener Nachricht, sodass es zu einer Verständigung kommt. Oftmals überprüfen der Sender und der Empfänger, ob eine Verständigung auch wirklich stattgefunden hat. Dieser Vorgang ist eine Rückmeldung, ein sogenanntes Feedback und geschieht durch Rückmeldung des Empfängers über seine Entschlüsselung der Nachricht, über die Art des Ankommens der Nachricht bei ihm und über das Ausmaß der persönlichen Betroffenheit. So bekommt der Sender die Möglichkeit der Überprüfung, ob die Sendeabsicht und das Empfangsresultat übereinstimmen (vgl. Schulz von Thun 2001, S. 25).

5.4.4.2 Organon-Modell nach Bühler

Da Sprache ein komplexes Phänomen ist, berücksichtigen nach Nußbeck psychologische Kommunikationstheorien neben der reinen Datenübertragung auch andere Aspekte der menschlichen Kommunikation. Ein Modell dazu ist das 1934 von Karl Bühler konzipierte Organon-Modell. Die Sprache wird bei ihm als Abfolge von sprachlichen Zeichen begriffen und stellt das Zentrum dieses Modells dar (vgl. Nußbeck 2006, S. 32). Schon Platon hat postuliert: „[...] die Sprache sei ein organum, um einer dem anderen etwas mitzuteilen über die Dinge“ (Bühler 1982, S. 24). Nußbeck beschreibt das Modell folgendermaßen: Der eine ist der Sender, der andere der Empfänger und die Dinge stellen die Gegenstände und Sachverhalte dar. Wie in Abbildung 12 dargestellt, stehen also die sprachlichen Zeichen in Beziehung zum Sender, zum Empfänger und zu den Dingen,

wobei sich der Sender und der Empfänger über die Gegenstände und Sachverhalte verständigen wollen und dazu sprachliche Zeichen benutzen (vgl. Nußbeck 2006, S. 32). Die menschliche Sprache hat nach Bühler drei Funktionen: Darstellung, Ausdruck und Appell (vgl. Bühler 2011, S. 35). Nußbeck erläutert diese Funktionen folgend: Wenn sie der Darstellung eines Gegenstandes oder Sachverhaltes dient, ist das sprachliche Zeichen Symbol. Soll das sprachliche Zeichen etwas ausdrücken, ist es Symptom. Es kennzeichnet die Beziehung des Senders zum Zeichen. Das sprachliche Zeichen kann auch als Signal wirken. Hier erfolgt eine Steuerung des Empfängers durch das sprachliche Zeichen und es wirkt so als Appell (vgl. Nußbeck 2006, S. 32f.).

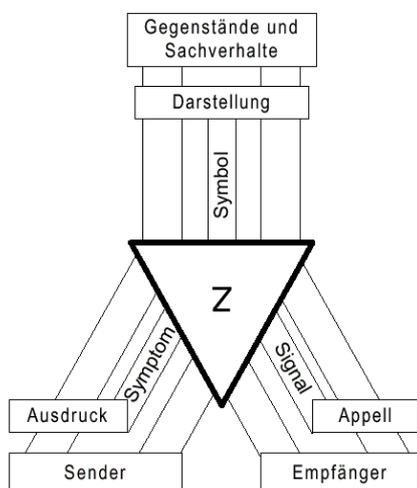


Abbildung 12: Das Organon-Modell nach Karl Bühler (Nußbeck 2006, S. 32)

In der zwischenmenschlichen Kommunikation sind die drei Funktionen der Sprache nach Nußbeck meist in ungleicher Ausprägung vorhanden, je nachdem, was der Sender beim Empfänger erreichen möchte. In die heutige Zeit übersetzt heißt das, dass der User die Tools dem Zweck entsprechend auswählt (vgl. ebd., S. 33).

Schulz von Thun entwickelte das Organon-Modell von Karl Bühler weiter, was ich im nächsten Kapitel erläutern möchte.

5.4.4.3 Anatomie einer Nachricht

Schulz von Thun erkannte, „[...] daß ein und dieselbe Nachricht stets viele Botschaften gleichzeitig enthält“ (Schulz von Thun 2001, S. 26). Er unterscheidet in seinem Modell vier Aspekte einer Nachricht: den Sachinhalt, den Beziehungsaspekt, den Aspekt der Selbstoffenbarung und den Appellaspekt (vgl. ebd., S. 30). Abbildung 13 stellt das Modell graphisch dar.

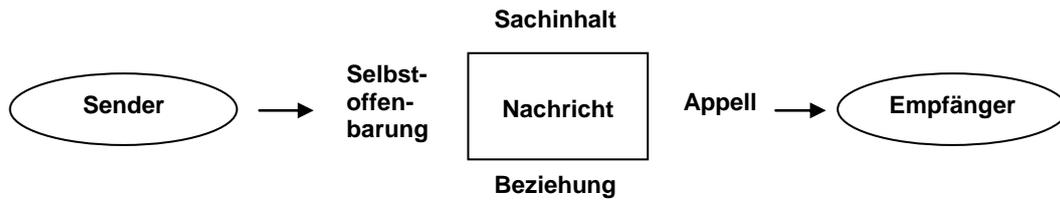


Abbildung 13: Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation (Schulz von Thun 2001, S. 30)

Da jede Nachricht mehrere Botschaften enthält, kann es in der Kommunikation zwischen Menschen zu Störungen kommen, denn der Empfänger kann frei auswählen, auf welche Ebene der Nachricht er reagieren möchte (vgl. ebd., S. 26; vgl. ebd., S. 45).

Folgend möchte ich nun die vier Seiten einer Nachricht nach Schulz von Thun näher erläutern:

1. Sachinhalt: worüber der Sender informiert
2. Selbstoffenbarung: was der Sender von sich selbst kundgibt
3. Beziehung: was der Sender vom Empfänger hält und wie sie zueinander stehen
4. Appell: wozu der Sender den Empfänger veranlassen möchte

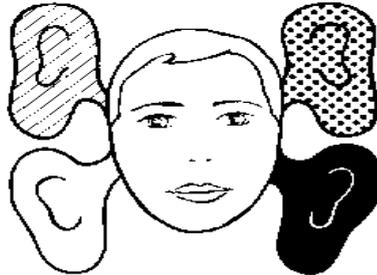
Jede Nachricht enthält eine Sachinformation. Entgegen der Annahme, dass die Sachinformation, wenn es um eine Sache geht, im Vordergrund der zwischenmenschlichen Kommunikation steht, ist dieser Aspekt lediglich ein Teil des tatsächlichen Vorgangs zwischen dem Sender und dem Empfänger. Ferner beinhaltet jede Nachricht Informationen über den Sender und seine Person. Das bedeutet, dass sich der Sender mit jeder Nachricht ein Stück weit selbst offenbart. In der Selbstoffenbarung sind die absichtliche Selbstdarstellung und auch die nicht freiwillige Selbstenthüllung inkludiert. Weiters ist aus einer Nachricht zu entnehmen, was der Sender vom Empfänger hält. Dies kann sich in der Wahl der Formulierung, im vorhandenen Tonfall oder in anderen nonverbalen Begleitsignalen zeigen. Da sich in diesem Aspekt der Nachricht der Empfänger als Person auf eine bestimmte Art behandelt fühlt, ist er hier besonders sensibilisiert. Die vierte Seite einer Nachricht hat die Funktion der Einflussnahme auf den Empfänger. Das bedeutet, dass jede Nachricht zum Tun oder Unterlassen bestimmter Dinge bzw. zum Denken und Fühlen auf eine gewisse Art und Weise veranlassen möchte. Dies ist also ein Versuch des Senders, den Empfänger zu beeinflussen, was offen oder in versteckter Form geschehen kann. Letzteres wäre eine Manipulation (vgl. ebd., S. 26-29).

Da die Erläuterungen der vier Seiten einer Nachricht vorwiegend die Perspektive des Senders wiedergeben, möchte ich im folgenden Kapitel das Modell von Schulz von Thun aus der Empfänger-Sicht darstellen.

5.4.4.4 Die vier Ohren des Empfängers

Wie schon im vorigen Kapitel erwähnt, gibt es nach Schulz von Thun nicht nur vier Aspekte einer Nachricht, sondern auch einen „vierohrigen Empfänger“. Analog zum Modell der vierseitigen Nachricht hat jedes der vier Ohren des Empfängers eine andere Empfangstätigkeit. So ist auch der Verlauf eines Gespräches abhängig davon, welches der vier Ohren vom Empfänger gerade ausgewählt wird. Prinzipiell kann sich also der Empfänger eine Seite der Nachricht „aussuchen“ und auf diese reagieren. Störungen in der zwischenmenschlichen Kommunikation treten etwa dann auf, wenn im Rahmen der freien Auswahl der Empfänger die Nachricht nicht im Sinne des Senders versteht. Oft herrschen einseitige Empfangsgewohnheiten vor, weil ein Ohr außerordentlich gut ausgebildet ist und die anderen Ohren vernachlässigt werden (vgl. ebd., S. 45ff.). Abbildung 14 zeigt den „vierohrigen Empfänger“.

**Was ist das für einer?
Was ist los mit ihm?
Wie geht es ihm?**



**Wie ist der Sachverhalt zu verstehen?
Welche Informationen gibt er mir?**

**Wie redet der eigentlich mit mir?
Wen glaubt er vor sich zu haben?**

**Was soll ich tun, denken,
fühlen aufgrund seiner
Mitteilung?
Was will er von mir?**

Abbildung 14: Der „vierohrige Empfänger“ (Schulz von Thun 2001, S. 45)

5.4.4.5 Kommunikationsregeln nach Watzlawick

Nach Watzlawick et al. läuft die menschliche Kommunikation nach bestimmten Axiomen ab, die ich in diesem Kapitel näher erläutern möchte (vgl. Watzlawick et al. 2007, S. 50). Nach Bachmair et al. sind für die Ernährungsberatung diese Kommunikationsregeln deshalb von Bedeutung, weil dem Berater damit ein Instrumentarium zur Analyse der Interaktions- und Kommunikationsprozesse zwischen ihm und dem Klienten zur Verfügung steht. Diese Axiome dienen also einer Durchleuchtung der Beratungssituation und ihren Störungen auf einer Metaebene (vgl. Bachmair et al. 2007, S. 95).

Die fünf Axiome nach Watzlawick lauten folgendermaßen:

- „1. Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren.
2. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, wobei der Beziehungsaspekt dem Inhaltsaspekt übergeordnet ist.
3. Jede Kommunikation enthält in der unterschiedlichen Sicht der verschiedenen Partner eine Struktur, die als Interpunktion (Gliederung) einer Ereignisabfolge erscheint.
4. Die menschliche Kommunikation kann in „digitaler“ (= genau bezeichnbarer) oder „analoger“ (= ähnlicher) Weise erfolgen.
5. Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder auf Unterschiedlichkeit beruht“.

(ebd., S. 104)

Das erste Axiom wurde schon am Beginn des Kapitels 5.4.4 erwähnt, da es für die Ernährungsberatung von großer Bedeutung ist. Da Verhalten kein Gegenteil hat, also man nicht die Möglichkeit hat, sich „nicht zu verhalten“, folgt daraus, dass jedes Verhalten etwas mitteilt und demnach Kommunikation ist (vgl. Watzlawick et al. 2007, S. 51). Für die Beratung, welche eine face-to-face-Situation ist, bedeutet das nach Bachmair et al., dass jeder daran Beteiligte das Verhalten des Anderen fortwährend einordnet und interpretiert. Das heißt, dass jedes Tun der einen Person eine Bedeutung für die andere hat (vgl. Bachmair et al. 2007, S. 98).

Das zweite Axiom besagt laut Watzlawick et al., dass jede Mitteilung einen Inhalt hat, also eine Information enthält und desweiteren auch einen Aspekt der Beziehung des Senders zum Empfänger beinhaltet. Dieser Beziehungsaspekt ist also die persönliche Stellungnahme des Senders zum Empfänger (vgl. Watzlawick et al. 2007, S. 53). Da das Verständnis des Inhaltsaspekts in bedeutendem Ausmaß vom Beziehungsaspekt abhängig ist und der Beziehungsaspekt den Inhaltsaspekt dominiert (vgl. Bachmair et al. 2007, S. 99), hat Watzlawick dieses Axiom durch folgende Aussage erweitert: „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt derart, daß letzterer den ersten bestimmt, daher ein übergeordneter Aspekt ist“ (Watzlawick et al. 1969, S. 56, zit. nach Bachmair et al. 2007, S. 99). Für die Ernährungsberatung heißt das, dass die Beziehungsebene die Sachebene dominiert und ein Beziehungsaufbau zwischen Berater und Klienten, wie er auch in Kapitel 5.4.2 erörtert wird, von entscheidender Bedeutung für die Aufnahme der Inhalte ist.

Mit dem dritten Axiom ist nach den Ausführungen von Bachmair et al. gemeint, dass die Struktur einer Kommunikation von den Gesprächspartnern aus der jeweiligen persönlichen Sicht gesehen wird. Bei einem bestimmten Ablauf einer Kommunikation legt jeder Partner für sich den Anfangspunkt (Interpunktion) dieser Kommunikation individuell fest. Beobachtet man Kommunikationsprozesse objektiv, lässt sich erkennen, dass menschliche Kommunikation kreisförmig ist, es gibt weder einen Anfang noch ein Ende. Aufgrund der Interpunktion ist die Struktur jeder Kommunikation subjektiv bestimmt, was jedoch nicht der Objektivität entspricht (vgl. Bachmair et al. 2007, S. 100f.).

Das vierte Axiom sagt aus, dass menschliche Kommunikation auf zweifache Weise erfolgen kann (vgl. ebd., S. 101). Digital ist Kommunikation dann, wenn „[...] der Inhalt der Mitteilung in Zeichen verschlüsselt ist, deren gegenständliche und/oder begriffliche Bedeutung eindeutig ist (Sprache, Buchstaben, Zahlen)“ (ebd., S. 101). Digitale Kommunikation ist in der Regel mit verbaler Kommunikation gleichzusetzen (vgl. ebd., S. 101). Kommunikation erfolgt analog, „[...] wenn die Information in Zeichen verschlüsselt ist, die nur eine ungefähre, indirekte oder übertragene Darstellung erlaubt (Bilder, Körpersprache,..)“ (ebd. S. 102). Eine solche Art der Kommunikation erfolgt laut Bachmair et al. im Rahmen der paraverbalen Kommunikation oder der nonverbalen Kommunikation. Aus den genannten Definitionen geht nach der genannten Autorin hervor, dass analoge Kommunikation nicht so eindeutig ist wie Kommunikation in digitaler Form. Man kann bei diesem Axiom auch eine Verbindung zum zweiten Axiom herstellen, denn Beziehungsaspekte werden meist analog ausgedrückt, Inhaltsaspekte digital (vgl. ebd., S. 102).

Das fünfte Axiom sagt aus, dass Interaktionen symmetrisch oder komplementär verlaufen können (vgl. Watzlawick et al. 2007, S. 69). Bachmair et al. beschreiben das Axiom folgendermaßen: Im ersten Fall verhalten sich beide Gesprächspartner spiegelbildlich, ihr Verhältnis ist ebenbürtig. Im zweiten Fall ergänzen sich die beiden Partner im Interaktionsprozess. Beide Arten von Interaktionsabläufen bedingen sich wechselseitig und sind auch ineinander verzahnt. In einer Ernährungsberatung sind die Kommunikationsabläufe meist eher komplementär, da der Berater einen Vorsprung auf der inhaltlichen Ebene hat und der Klient Hilfe benötigt. Ein Ausgleich dieser komplementären Situation kann jedoch durch eine symmetrische Gestaltung der Beziehungsebene erfolgen (vgl. Bachmair et al. 2007, S. 102ff.).

5.4.4.6 Beratungssprache

Da es die Aufgabe des Beraters ist, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse und ernährungsphysiologische Funktionszusammenhänge, die oftmals komplex und abstrakt sind, an den Ratsuchenden weiterzugeben, ist die Benutzung einer Beratungssprache notwendig, welche auf den Klienten abgestimmt ist und nach Pudel, Westenhöfer, Lückcrath und Müller-Nothmann folgende Kriterien erfüllt (vgl. Lückcrath/Müller-Nothmann 2011, S. 71; vgl. Pudel/Westenhöfer 1998, S. 269):

- Konkret: Es müssen anschauliche Empfehlungen gegeben werden, denn Essen und Trinken sind konkrete Handlungen, welche auch Gegenstand der Beratung sind.
- Knapp: Da sich die Empfehlungen einprägen müssen, soll der Berater auf eine Knappheit und Eindeutigkeit in seinen Formulierungen achten.
- Einfach: Sachinhalte und Zusammenhänge müssen einfach erklärt werden, da ansonsten der Behaltenseffekt verringert wird.
- Erklärend: Für den Klienten ist es für eine Änderung seines Ernährungsverhaltens wichtig, dass ihm ernährungsphysiologische Wirkungs- und Funktionszusammenhänge erklärt werden.
- Fremdwortfrei: Die Sprache im Beratungsgespräch sollte verständlich sein und von Fremdwörtern absehen.
- Gegliedert: Der Berater soll die Empfehlungen nach ihrer Bedeutsamkeit gliedern und sie so dem Klienten vermitteln.
- Interessant: Bei einer Ernährungsberatung ist seitens des Beraters auf interessante Sachinhalte zu achten, denn diese schaffen Motivation.
- Persönlich: Eine persönliche Sprachwahl bewirkt, dass sich der Klient angesprochen fühlt und so mehr Bereitschaft entsteht, sich mit den Empfehlungen auseinanderzusetzen.

(vgl. Lückcrath/Müller-Nothmann 2011, S. 71f.; vgl. Pudel/Westenhöfer 1998, S. 269f.)

5.4.4.7 Techniken in der Ernährungsberatung

Lückcrath und Müller-Nothmann haben einige Techniken herausgearbeitet, die für die Ernährungsberatung eine Hilfe zur klaren, offenen und angemessenen Gestaltung der Kommunikation sind.

Wie auch schon im Kapitel 4.3.1 erläutert, ist das aktive Zuhören in der Ernährungsberatung wesentlich. Diese Technik unterstützt den Klienten beim Veränderungsprozess,

wo er neben der Wissensvermittlung vor allem Unterstützung auf emotionaler und psychischer Ebene benötigt. Mit dem aktiven Zuhören sind die Grundhaltung von Empathie und Offenheit, ein Auftreten geprägt von Authentizität und Kongruenz und eine Haltung von Akzeptanz und bedingungsloser positiver Beachtung des Klienten verbunden. Wesentlich ist, dass der Klient im Zentrum der Beratung steht. Die Vermittlung von Wissen und die Empfehlungen des Beraters haben zweifelsohne ihre Berechtigung, sind aber nicht der Mittelpunkt.

Weiters ist es seitens des Beraters angebracht, in der Beratung Ich-Botschaften zu verwenden. Dies hat den Vorteil, dass der andere sich nicht angegriffen fühlt.

Bei manchen Klienten können paradoxe Befehle helfen, das Ernährungsverhalten zu verändern. Hier muss der Berater ein Fingerspitzengefühl entwickeln, bei welchem Klienten es angemessen ist, das Gegenteil des erwünschten Verhaltens zu befehlen. Der Hintergrund für diese Technik ist, dass Appelle mitunter als ein Eingreifen in die persönliche Welt empfunden werden, Druck erzeugen und Gegendruck beim Klienten auslösen. Dies führt zu einem Nicht-Ausführen, womit der Klient zeigt, dass er unabhängig und stark ist. Richtet der Berater paradoxe Appelle an den Klienten, also z.B. dass er sich ungesund ernähren soll, wird es für den Klienten schwierig, weil er bei Beachtung und Ausführung des paradoxen Appells Gehorsam und nicht selbstständiges Entscheiden zeigen würde.

Ebenfalls sehr wirksam kann es sein, wenn der Berater Widersprüche aufdeckt, was eine Konfrontation des Klienten mit seinem widersprüchlichen Verhalten bedeutet. Die Folge ist, dass dem Klienten dadurch bewusst wird, dass sein Verhalten paradox ist.

Eine weitere Technik in der Ernährungsberatung ist es, Perspektiven zu öffnen, was bedeutet lösungsorientiert mit dem Klienten zu arbeiten. Das heißt auch, in die Zukunft zu blicken und sich von einer Defizit-Orientierung zu distanzieren. Durch das Bewusstmachen von positiven Konsequenzen werden gewünschte Verhaltensweisen gefördert.

Essentiell ist, dass der Berater Zutrauen zum Ratsuchenden hat. Er muss seine Potentiale optimistisch sehen und prinzipiell darauf vertrauen, dass der Klient in der Lage ist, sein Ernährungsverhalten zu verändern, im Sinne der Selbstregulierung und der Selbstständigkeit.

Eine Technik, die sich bewährt hat, ist es, mit der wünschenswerten Ernährungsumstellung positive Assoziationen herzustellen, denn dies entscheidet über die Zu- oder Abwendung des Klienten dem Ziel gegenüber. Auch das Anbieten von bereits dem Klienten bekannten Lösungswegen ist ein günstiger Weg, ebenfalls die Verstärkung von positivem Verhalten, das bereits vorhanden ist.

Vorteilhaft ist es weiters, wenn in der Ernährungsberatung das Ernährungsverhalten in kleinen Schritten verändert wird, denn wie schon in Kapitel 5.3.2 erläutert, ist das Ernährungsverhalten eine komplexe Verhaltensweise und die Veränderung dieser ist in kleinen Schritte, die auch realisierbar sind, effektiver (vgl. Lückerath/Müller-Nothmann 2011, S. 88-91).

Ardelt-Gattinger et al. zeigen eine andere Möglichkeit der Veränderung von verfestigten Verhaltensweisen und Strukturen des Denkens auf, wo die Mobilisation der Abwehr und der inneren Widerstände des Klienten, was zum gegenteiligen Effekt führt, verhindert werden soll. Botschaften sollen in salutogener (ziel- und lösungsorientiert) Form anstatt pathogen (problemorientiert) formuliert werden. (vgl. Ardelt-Gattinger 2011, S. 13).

5.5 Einflüsse der Lernpsychologie und Erwachsenenpädagogik in der Ernährungsberatung beim Erwachsenen

Eine Ernährungsberatung sollte, wie schon im Kapitel 4 ausführlich dargestellt, auf einer klientenzentrierten Gesprächsführung basieren und auch Erkenntnisse der Lernpsychologie und der Erwachsenenpädagogik miteinbeziehen (vgl. Weggemann 1993, S. 164). Ich möchte in diesem Kapitel sowohl Auszüge aus der Lernpsychologie darstellen, die eine besondere Bedeutung für das Erwachsenenalter haben, als auch Ergebnisse aus der aktuellen lernpsychologischen Erwachsenenforschung. Weiters werden die Besonderheiten der Didaktik in der Erwachsenenbildung aufgezeigt. Diese Darstellungen werden so gewählt, dass sie in Zusammenhang mit der Ernährungsberatung gebracht werden können und auch gleichzeitig auf sie umgelegt werden.

5.5.1 Psychologische Bedingungen des Lernens im Erwachsenenalter

Nach Mielke umfasst der psychologische Lernbegriff „[...] alle Prozesse, die einen Organismus so verändern, dass er beim nächsten Mal in einer vergleichbaren Situation anders [...] reagieren könnte“ (Mielke 2001, S. 12). Diese Definition fasst den Begriff des Lernens deutlich weiter als man ihn in der Alltagssprache versteht (vgl. ebd., S. 12). Die

Lernpsychologie hat nach Siebert ihren Schwerpunkt in den formalen psychischen Funktionen und Prozessen des Lernens, wobei aber aus dessen Erkenntnissen keine deduktive Ableitung eines didaktischen Konzeptes erfolgen kann. Grund dafür ist, dass sich Didaktik vor allem spezifisch mit den Lerninhalten befasst. Dennoch erweisen sich Erkenntnisse aus der Lernpsychologie für didaktisches Handeln als Hintergrundinformation als hilfreich und wertvoll (vgl. Siebert 2006, S. 28ff.).

Nach Seel können die Bedingungen des menschlichen Lernens in zwei Gruppen unterteilt werden. Zu den internalen Bedingungen gehören die persönlichen kognitiven Dispositionen des Individuums, der jeweilige intellektuelle Entwicklungsstand und die motivationalen sowie die affektiven Dispositionen. Die zweite Gruppe stellt die externalen Bedingungen des Lernens dar, welche die soziale Umgebung und die Lernsituation umfassen (vgl. Seel 2000, S. 37).

Grassl unterscheidet bei den Bedingungen des Lernens des Erwachsenen die physischen Bedingungen, die gesellschaftlichen Bedingungen und Bedingungen wie Übung und Aktivität, der Einfluss früherer Lernerfahrungen und Motivation. Bei den körperlichen Bedingungen werden sowohl die intrinsischen Faktoren, welche grundlegende Vorgänge des Alterns sind, und die extrinsischen Faktoren, welche umweltbedingte Einflüsse auf den biologischen Altersvorgang darstellen, mit eingeschlossen. Zu den gesellschaftlichen Bedingungen zählt Grassl den Einfluss von sozio-ökonomischen Bedingungen, den Einfluss von Beruf und Schulbildung und den Einfluss der Primärsozialisation. Besonders hebt er die Motivation als ausschlaggebenden Einfluss auf den Lernerfolg und das Lernergebnis heraus (vgl. Grassl 1998, S. 28-40).

Eine übersichtliche und umfassende Ansicht, wie Lernfähigkeit determiniert wird, liefert auch Siebert. Abbildung 15 zeigt diese.

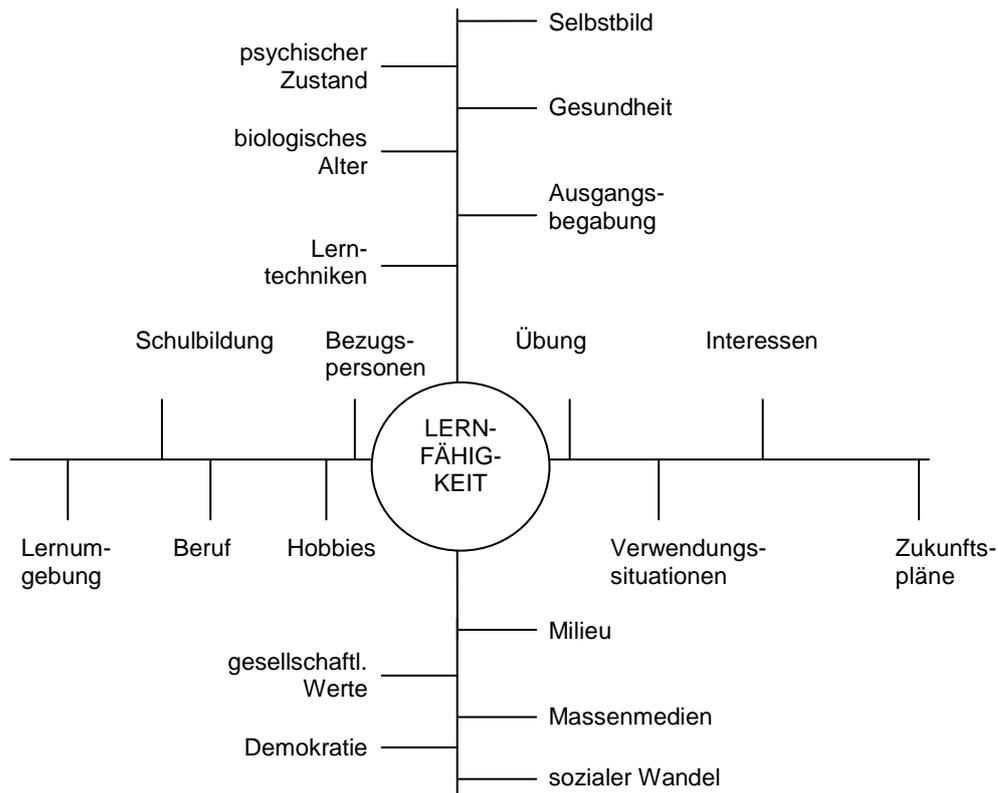


Abbildung 15: Determinanten der Lernfähigkeit (Siebert 2006, S. 29)

Die Lernfähigkeit stellt für Fleischmann et al. ein komplexes Bündel an Fähigkeiten dar, je nachdem welche Art der Lernsituation vorliegt, welche Inhalte erlernt werden sollen und welche kognitive Prozesse dabei hypothetisch ablaufen (vgl. Fleischmann et al. 2008, S. 34).

5.5.2 Aktuelle Ergebnisse der lernpsychologischen Erwachsenenforschung

Mit der Aussage „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“ möchte ich gleich zu Beginn dieses Kapitels vorwegnehmen, dass dieser Spruch nicht mehr gilt, vielmehr würde er sich folgend richtig stellen lassen: „Hans lernt später und anders“ (vgl. Faulstich/Zeuner 2008, S. 37). Lehr stellte fest, dass die „Adoleszenz-Maximum-Hypothese“, welche besagt, dass die Lernfähigkeit von Heranwachsenden am höchsten ist, obsolet ist. Frühere Untersuchungen postulierten, dass bei der Lernfähigkeit des Menschen eine eindimensionale Abhängigkeit zum Alter besteht. Dies wurde jedoch widerlegt und gleichzeitig festgestellt, dass bestimmte soziale Faktoren weitaus mehr den Lernerfolg des Erwachsenen bestimmen. So haben die Herkunft, die absolvierte Schulausbildung und der Beruf einen größeren Einfluss als die biologische Komponente (vgl. Lehr 2007, S. 95). Faulstich und Zeuner ergänzen, dass die Lernfähigkeit im Erwachsenenalter auch an die Bedeutsamkeit gekoppelt ist. Nach Löwe und Kruse gilt - wenn über die Lernfähigkeit von

Erwachsenen gesprochen wird - immer die Mehrdimensionalität im Verlauf der Biographie zu berücksichtigen, wobei jedoch die interindividuellen Unterschiede hinsichtlich der Funktions- und Adaptationsfähigkeit des Organismus des Menschen beachtet werden müssen (vgl. Faulstich/Zeuner 2008, S. 37).

Siebert versucht ebenfalls, die wichtigsten Tatsachen der lernpsychologischen Erwachsenenforschung darzustellen, die der Erwachsenenbildung als Hintergrundwissen dienen können und wo manche Thesen in der Praxis Berücksichtigung finden können.

1. Die Erwachsenenbildung soll die Ergebnisse der Evolution zur Kenntnis nehmen. Damit ist gemeint, dass die Entstehung der neurophysiologischen Lernmechanismen und der biologischen Ausstattung des zentralen Nervensystems als sogenannte „Hardware“ als nicht nebensächlich betrachtet werden können.
2. Die Lernleistung des Erwachsenen wird vermehrt, wie schon vorhin erwähnt, von soziokulturellen und lebensgeschichtlichen Faktoren beeinflusst, nicht so sehr vom kalendarischen Alter. Allerdings können im Alter auftretende Krankheiten die Lernfähigkeit beeinträchtigen.
3. Hinsichtlich der Lernleistung lassen sich mit steigendem Alter größere individuelle Unterschiede innerhalb einer Altersklasse feststellen.
4. Nach der Kompensationsthese lässt sich die Abnahme der Gedächtniskapazität durch Motivation und eine besondere Sorgfalt im Lernen ausgleichen.
5. Wie schon vorhin erwähnt, ist die subjektive Bedeutung des Lerninhalts beim Erwachsenen sehr wichtig, von dieser ist auch die Motivation abhängig, welche wiederum in großem Ausmaß die Lernleistung beeinflusst. Das bedeutet, dass für einen Lernprozess, der auch nachhaltig sein soll, Interesse eine unabdingbare Voraussetzung ist.
6. Lernwiderstände sind oft auf die Uneinsichtigkeit von Lernanforderungen zurückzuführen. Erwachsene wollen die Gründe der Notwendigkeit und die Sinnhaftigkeit dahinter wissen.
7. Beim Lernen bei Erwachsenen muss auch beachtet werden, dass der Erwachsene als Selbstschutz gewissermaßen resistent auf Flexibilitätsappelle reagiert, denn bei einem Selbstkonzept, welches unbegrenzt plastisch ist, würden Identitätskrisen und Verunsicherungen permanent auftreten.
8. Auch das Selbstvertrauen und das Anspruchsniveau beeinflussen die Lernfähigkeit. Hier muss jedoch festgehalten werden, dass das Selbstbild vom Fremdbild

beeinflusst wird. Insbesondere sind hier Erwartungen der Gesellschaft und Rollenzuschreibungen maßgeblich.

9. Die Lerntechniken der Erwachsenen sind häufig unzureichend.

(vgl. Siebert 2006, S. 30f.)

5.5.3 Besonderheiten der didaktischen Grundlagen in der Erwachsenenbildung

Eine Unterscheidung zwischen dem Inhalt, also WAS im Rahmen einer Bildungsintervention vermittelt wird und der Form, also WIE es vermittelt wird, ist nicht sehr sinnvoll, denn die beiden Ebenen sind miteinander verknüpft und können in der Praxis nicht separiert werden (vgl. ebd., S. 1f.). Aufgrund dieser Überlegungen definiert Siebert die Didaktik als „[...] die Vermittlung zwischen der Sachlogik des Inhalts und der Psychologik des/der Lernenden“ (ebd., S. 2). Die Sachlogik beinhaltet „[...] eine Kenntnis der Strukturen und Zusammenhänge der Thematik[...]“ (ebd., S. 2), die Psychologik „[...] die Berücksichtigung der Lern- und Motivationsstrukturen der Adressat/innen“ (ebd., S. 2). Generell besteht nach Siebert meist die Auffassung, dass die Sachkompetenz des Lehrenden in der Erwachsenenbildung ausschlaggebend ist (vgl. ebd., S.2). Er hingegen hebt vor allem die Vorbereitung und Planung von Bildungsveranstaltungen hervor. Planung ist in dem Sinne zu verstehen, dass Planungskonzepte eingesetzt werden, wo Überraschungen nicht verhindert, sondern als Elemente, die beleben, einkalkuliert werden (vgl. ebd., S. 4).

Siebert differenziert drei Dimensionen didaktischen Planens:

1. Eine curriculare, vorbereitende Planung: Hier sollen Lernziele, Inhalte, Materialien und Methoden ausgewählt werden, wobei meist vorab definierte Lernzeiten, Lernorte und Adressaten Berücksichtigung finden sollen.
2. Die Überlegung von möglichen Alternativen und Varianten in Abhängigkeit von den Teilnehmern und ihren Vorkenntnissen und Lernstilen, da dies meist im Vorhinein nicht bekannt ist.
3. Eine mentale Einstellung seitens der Lehrenden hinsichtlich Überraschungen betreffend unerwarteter Zwischenfälle, die nicht dem persönlichen Konzept entsprechen.

(vgl. ebd., S. 4)

Siebert erwähnt auch, dass die dritte Dimension nur bedingt erlernbar ist, da eine Haltung, die von neugieriger Gelassenheit geprägt ist, eine Kontrollüberzeugung voraussetzt. Das heißt der Lehrende muss die Sicherheit haben, in jeder Situation angemessen zu reagieren und zu handeln (vgl. ebd., S. 4).

Die wichtigsten didaktischen Prinzipien der Erwachsenenbildung nach Siebert sind in Abbildung 16 dargestellt. Diejenigen, die auch für die Ernährungsberatung wesentlich sind, möchte ich auch folgend näher beschreiben.



Abbildung 16: Didaktische Prinzipien der Erwachsenenbildung (Siebert 2006, S. 92)

Der Begriff der Teilnehmerorientierung umschließt nach Siebert „[...] Erwartungen und Unterstellungen über das, was ein/e Teilnehmer/in will und kann“ (ebd., S. 100). Faulstich und Zeuner konkretisieren dies, indem bei einer Teilnehmerorientierung die Planung einer Intervention in der Erwachsenenbildung unter Einbezug der Lernmotivationen und Interessen der Individuen vor sich gehen soll (vgl. Faulstich/Zeuner 2008, S. 113). Siebert merkt jedoch an, dass der Teilnehmer eine Person ist, die man nur fiktiv annehmen könne,

welche aber in der Realität nicht existiert, also ein Konstrukt ist. Daher erfordert eine Teilnehmerorientierung zunächst eine Bewusstmachung der Bilder von den Teilnehmern durch die Lehrenden (vgl. Siebert 2006, S. 100f.).

Ein weiteres didaktisches Prinzip ist das selbstgesteuerte Lernen, wo nach Siebert eine Verschiebung der didaktischen Perspektive stattgefunden hat. Wo ursprünglich das Wissen institutionalisiert vermittelt wurde, geht man heute zu einer selbstgesteuerten Aneignung, worin der Lernende unterstützt wird (vgl. ebd., S. 12). Die vorherrschende Grundhaltung in der Didaktik, wo der Lehrende Wissen besitzt und dieses weitergibt und die Teilnehmer dieses Wissen aufnehmen, wurde abgelöst durch die selbstgesteuerte Aneignung, wo der Lehrende die Rolle des Unterstützenden und Begleitenden einnimmt. Ganz ist dieses Prinzip zwar nicht auf die Ernährungsberatung umzulegen, der Berater hat jedoch neben der Aufgabe der Vermittlung von Information auch jene der Begleitung und Unterstützung.

Siebert postuliert, dass in der Erwachsenenbildung der Ansatz des Deutungslernens wesentlich ist. Die Grundlage davon ist die Erkenntnis, dass die Realität eine Wirklichkeit ist, je nachdem wie sie vom jeweiligen Subjekt interpretiert wird (vgl. ebd., S. 112). Generell leben und lernen wir „im Modus der Auslegung“ (Tietgens 1981, zit. nach Fuleda 2002, S. 113), denn sowohl die Lebenswelten als auch die Alltagstheorie bestehen aus subjektiven Deutungen (vgl. Siebert 2006, S. 112). U.a. kann dieses didaktische Prinzip bei Gesundheitsthemen - so auch in der Ernährungsberatung - deshalb eine Rolle spielen, da bei Erwachsenen oftmals eine Unzufriedenheit mit ihren Realitätsdeutungen und ein Interesse an Deutungen anderer und weiterer Information besteht (vgl. ebd., S. 113f.). Gerade in unserer Zeit werden die Menschen in Ernährungsfragen und -angelegenheiten durch die vielfältige Konsumwelt und die Medien verunsichert. Aus diesem Grund besteht vielfach der Wunsch einer Anreicherung, Absicherung und Festigung der eigenen Deutung durch eine Erweiterung des Wissens durch einen Experten (vgl. ebd., S. 113f.).

Ein bedeutender didaktischer Aspekt in der Erwachsenenbildung, der auch in der Ernährungsberatung eine wesentliche Rolle spielt, ist die Sprache. Da das Thema der Kommunikation in der Beratung schon ausführlich in Kapitel 5.4.4 dargestellt wurde, möchte ich es an dieser Stelle nicht mehr detailliert ausführen. Darlegen möchte ich nur die Auffassung von Siebert, dass didaktisches Handeln vorwiegend sprachliches Handeln ist und so auch Lernen überwiegend an Sprache gebunden ist (vgl. ebd., S. 116).

Ein nächster didaktischer Begriff, der in der Erwachsenenbildung von hoher Relevanz ist, ist nach Siebert die Perspektivverschränkung. Grundsätzlich meint der Begriff der Perspektivität, dass wir die Realität als Beobachter aus unserer subjektiven Sicht sehen. Perspektivverschränkung kann in der Pädagogik Verschiedenes bedeuten. Umgelegt auf die Ernährungsberatung heißt das, dass die Perspektiven zwischen Berater und Klient verschränkt werden sollen. In der Beratungssituation, welche eine menschliche Interaktion ist, gilt es, die Inhaltsebene und die Beziehungsebene, genauer die zwei Aspekte des kommunikativen Umgangs miteinander und der semantischen Verständigung, zu verschränken. In Kapitel 5.4.4.5 habe ich ein Axiom von Watzlawick erläutert, wo dieser postuliert, dass in der menschlichen Kommunikation die Beziehungsebene die Sachebene dominiert. Entgegen dieser Feststellung soll die Perspektivverschränkung als eine Suchbewegung verstanden werden, die nicht den Anspruch einer völligen Verständigung zwischen Berater und Klient hat. Umgesetzt kann das durch ein gegenseitiges Respektieren und Interesse an den Äußerungen beider Interaktionspartner werden (vgl. ebd., S. 127ff.).

Auch der nach Siebert didaktische Aspekt der Lernzielorientierung findet Anwendung in der Ernährungsberatung (vgl. ebd., S. 131). Wie schon in Kapitel 5.3 erläutert, verfolgt eine Ernährungsberatung bestimmte Ziele, wo es letztendlich um das erstrebenswerte Ziel der Änderung des Essverhaltens geht. Die Ernährungsumstellung muss - wie auch im Kapitel 5.3.2 erwähnt - als ein Lernprozess begriffen werden, wobei die Ernährungsberatung dem Klienten bei der jeweils individuellen Zielsetzung behilflich ist (siehe Kapitel 5.4.1). Wie auch Kohnhorst und Ollenschläger eine Observierung der Änderung des Ernährungsverhaltens als motivierende Komponente befürworten (vgl. Kohnhorst/Ollenschläger 2003, S. 424), beschreibt es auch Siebert als sinnvoll, die Lernziele im Sinne eines Anreizes zum Weitlernen zu überprüfen. Für Siebert ist das Fernziel in der Erwachsenenbildung die weitgehende Befähigung des Erwachsenen zum eigenständigen Lernen, sodass auch eine Fortsetzung des Lernprozesses ohne Unterstützung erfolgen kann (vgl. Siebert 2006, S. 133f.).

Ebenso relevant in der Erwachsenenbildung ist die sogenannte Inhaltlichkeit. In einer Ernährungsberatung ist das Thema weitestgehend vorbestimmt, im Detail wird es jedoch vom einzelnen Klienten und seinen Anliegen bestimmt. Nach Siebert ist nicht nur das Thema selbst von didaktischer Relevanz, sondern auch die Art der Bearbeitung des Themas. Verbunden mit dem didaktischen Aspekt der Inhaltlichkeit ist auch die Bedeutsamkeit der Identifikation des Lehrenden mit dem Thema, seine Verkörperung mit

diesem und seine Ausstrahlung an Begeisterung, die mit dem Thema verbunden ist (vgl. ebd., S. 135).

Ein weiterer didaktischer Aspekt in der Erwachsenenbildung ist nach Siebert die Metakognition. Sie soll die Lernfähigkeit fördern, indem sich der Lernende „selbst über die Schulter schaut“. Es sollen so die persönlichen Lerntechniken verbessert, die individuellen Lernbarrieren durchschaut sowie Lernprozesse besser geplant und koordiniert werden (vgl. ebd., S. 138). Da hier vor allem das reflexive Moment im Menschen gefordert ist, kann dieser didaktische Aspekt durchaus auf die Ernährungsberatung umgelegt werden, denn vor allem bei den Strategien bzgl. einer Veränderung des Ernährungsverhaltens ist dies erforderlich, um das gewünschte Ziel zu erreichen. Die Ernährungsberatung kann hier Unterstützung und Begleitung bieten.

Ebenfalls postuliert Siebert, dass Emotionalität in der Erwachsenenbildung eine Rolle spielt, denn in einem Bildungsprozess können Emotionen nicht ausgeklammert werden. Emotionen können Lernprozesse ermöglichen oder blockieren (vgl. ebd., S. 144). Doerry et al. beschreiben eine kognitive und eine emotionale Komponente des Lernprozesses, welche miteinander verschränkt sind (vgl. Doerry et al. 1981, S. 11). Diese Feststellung ist auch in der Ernährungsberatung und ihrem daraus folgenden Lernprozess zu finden. Nach Doerry et al. agiert der Lernende auf der kognitiven Ebene als hätte er aus freien Stücken ein Lernvorhaben beschlossen. Auf der emotionalen Ebene kommt es im Laufe des Lernprozesses zu einer Konfrontation mit Gefühlen, die in einem Zusammenhang mit Erfahrungen, die sich in der Vergangenheit ereignet haben, stehen (vgl. ebd., S. 11). Dies kann auch bei einem Versuch, sein Ernährungsverhalten zu ändern, auftreten. Siebert postuliert, dass frühere Erfolgserlebnisse einen günstigen Einfluss auf spätere Lernerfolge haben und frühere Misserfolgserlebnisse öfter zu späteren Misserfolgen führen. Nicht unbeachtet darf die Tatsache werden, dass die Sympathie des Lehrenden an die kognitive Lernleistung gekoppelt ist. Generell bedürfen Lernprozesse einer sozialemotionalen Zuwendung (vgl. Siebert 2006, S. 148f.).

Ein wesentlicher didaktischer Aspekt in der Erwachsenenbildung ist nach Siebert auch die Handlungsrelevanz. Vorweg ist dabei festzustellen, dass jedes Lernen gleichzeitig ein Handeln ist, wo der ganze menschliche Körper daran beteiligt ist (vgl. ebd., S. 151). Hinzugefügt muss hier werden, dass im Handeln auch das Denken, also die Handlungsvorstellung mit eingeschlossen ist (vgl. Fuleda 2002, S. 121). Weiters führt Siebert aus,

dass sich der Lernerfolg im späteren praktischen Handeln zeigt. Vielfach passiert Lernen im Rahmen der Praxis, ist also ein parallel laufender Erprobungsvorgang (vgl. Siebert 2006, S. 151). Alle drei Aspekte finden sich in der Ernährungsberatung bzw. in den Folgen davon wieder.

Siebert beschreibt auch die Ästhetisierung als ein nicht zu vernachlässigendes Element in der Erwachsenenbildung. Der ursprünglichen Bedeutung entsprechend ist damit die sinnliche Wahrnehmung gemeint. Von der bildungstheoretischen Seite hat das Ästhetische mehrere Funktionen, wobei ich hier nur jene, die auch in der Ernährungsberatung Anwendung finden, erläutern möchte. Ästhetische Impulse wie Bildmaterial haben eine lernunterstützende Funktion. Optische Untermalungen können vor allem bei Lerntypen, die visuell orientiert sind, die Aufnahme von kognitiven Inhalten unterstützen (vgl. ebd. S. 157ff.). Wünschenswert wäre es in der Ernährungsberatung, auch die Wahrnehmungsfähigkeiten von Lebensmitteln und Speisen zu schulen, denn oftmals wäre es notwendig, die Fähigkeit, Nahrungsmittel zu riechen und zu schmecken wieder neu zu lernen. Dies ist allerdings in der Realität aufgrund von mangelnden zeitlichen Ressourcen der Berater meist nicht möglich.

Der Begriff der Zeitlichkeit ist nach Siebert ebenfalls ein elementares Thema in der Erwachsenenbildung und zwar in vielfacher Hinsicht. In den folgenden Ausführungen möchte ich jedoch nur jene Aspekte, die auch die Ernährungsberatung betreffen, ausführen. Die Lernzeit und die „Teilnahmezeit“ in der Erwachsenenbildung stimmen oftmals nicht überein, denn so geht auch in der Ernährungsberatung der Lernprozess der Ernährungs-umstellung weit über die Zeit der Anwesenheit in der Beratung hinaus. Demnach kann Lernzeit nicht als messbare Zeit verstanden werden, sondern sie ist Großteils erlebte Zeit, wo sich die Lerneffekte im späteren Alltag einstellen. Generell empfiehlt Gieseke die Erwachsenenbildung zu „entschleunigen“, denn in Bildungsprozessen sind Denkpausen ein unbedingtes Muss. Ernährungsberatung ist wie viele andere Bildungsveranstaltungen im Grunde genommen zukunftsorientiert, also auf die Bewältigung der Ernährungs-problematik in der Zukunft ausgerichtet. Beachtung gilt es hier jedoch auch früheren Erfahrungen zu schenken, denn im Sinne des in der Erwachsenenbildung vorhandenen „Anschlusslernens“ kann an schon vergangene positive Erfahrungen angeknüpft werden (vgl. ebd., S. 162-165).

Das letzte von Siebert postulierte didaktische Prinzip der Erwachsenenbildung ist der Humor. Es wird vermutet, dass der Erfolg von Lehrenden vor allem vom Vorhandensein einer humorvollen Ausstrahlung abhängt, das Fachwissen und das Methodenrepertoire sind dabei weniger ausschlaggebend (vgl. ebd., S. 168).

5.6 Zusammenfassung

Ernährungsberatung, welche sich am salutogenetischen Ansatz orientieren soll, wird von Experten unterschiedlich definiert, wobei sie immer Informationen vermitteln und zu einer Modifikation des Ernährungsverhaltens, welcher die Entwicklung der Motivation dazu vorangeht, führen soll. Neben der Ernährungsberatung gibt es auch andere Maßnahmen zur Behandlung von Ernährungsproblematiken. Dazu gehören die Ernährungsaufklärung, die Ernährungsinformation, die Ernährungstherapie, die Ernährungserziehung und die Ernährungsbildung. Das allgemeine Ziel einer Ernährungsberatung ist die Hilfe und Unterstützung bei der Erhaltung, der Förderung oder der Wiederherstellung von Gesundheit. Hinsichtlich des methodischen Aspekts der Ernährungsberatung bildet die Grundlage der klientenzentrierte Ansatz, worauf verschiedene vorgefertigte Rahmenmodelle aufbauen. Grundsätzlich sind die Prozessmodelle inhaltlich ähnlich, wobei je nach Autor strukturelle Unterschiede in den Modellen auftreten. Hinsichtlich der methodisch-didaktischen Aspekte lässt sich am Modell der „magischen Sieben“ von Dickersbach und Jeske sehr gut aufzeigen, welche Aspekte einen Einfluss auf die Beratung haben und wie der Berater damit umgehen kann. Da in der Ernährungsberatung das wichtigste Werkzeug des Beraters das Gespräch ist, sind für den Berater Kenntnisse der menschlichen Kommunikation unerlässlich und auf diese aufbauend lassen sich Techniken zur Gestaltung der Kommunikation in der Ernährungsberatung ableiten. In der vorliegenden Arbeit, insbesondere der empirischen Studie geht es um die Klientengruppe der erwachsenen Menschen. Aus diesem Grund wurden zum Abschluss dieses Kapitels Auszüge aus der Lernpsychologie und deren Forschung und Besonderheiten der Didaktik in der Erwachsenenbildung, die auch Anwendung in der Ernährungsberatung finden, dargestellt.

6 AKTUELLES ERNÄHRUNGSTHERAPIEKONZEPT BEI ADIPOSITAS IM RAHMEN EINER ERNÄHRUNGSBERATUNG IM ÜBERBLICK

Diaetologen müssen Ernährungsberatungen nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen konzipieren. Wie schon im Kapitel 2.2.1 erwähnt, gibt es mehrere ernährungstherapeutische Ansätze zur Behandlung der Adipositas. Ich möchte folgend nun die aktuelle Standardtherapie der Adipositas vorstellen, die auch zumeist von Diaetologen im Rahmen einer Ernährungsberatung versucht wird, dem Patienten näherzubringen. Es handelt sich hier um eine mäßig energiereduzierte Mischkost (Low Calorie Diet). Bei der Darstellung der Richtlinien dieser Kost möchte ich mich auf die Ausführungen von Betz, Bischoff und Baritsch et al. beziehen. Basis der mäßig energiereduzierten Mischkost ist eine Reduktion der Kalorienzufuhr um etwa 500 bis 800 kcal/d, welche sowohl durch eine Verringerung des Fettverzehr, als auch durch eine Einschränkung der Kohlenhydratzufuhr realisiert wird. Die Anzahl der aufgenommenen Mahlzeiten am Tag sollte drei bis vier betragen, wobei bei der Zusammenstellung dieser eine optimale Relation der Nährstoffe beachtet werden muss.

Tabelle 5 zeigt die Nährstoffzusammensetzung einer mäßig energiereduzierten Mischkost.

50 – 60 Energieprozent	Kohlenhydrate
15 – 20 Energieprozent	Proteine (mind. 50g Eiweiß/d)
20 – 30 Energieprozent	Fett

Tabelle 5: Optimale Nährstoffrelation der mäßig energiereduzierten Mischkost in der Adipositas therapie (vgl. Betz/Bischoff 2010, S. 422)

Die Kalorienreduktion bei dieser Kost wird in erster Linie durch eine Einschränkung der Zufuhr an Fetten erreicht. Durch die Bevorzugung pflanzlicher Produkte und fettreduzierter Lebensmittel kann eine Reduktion der Energiedichte der Mahlzeiten erfolgen. Weißmehlprodukte und leicht verfügbare Kohlenhydrate wie z.B. Zucker sollen weitgehend vermieden werden und durch komplexe Kohlenhydrate, die auch den Vorteil einer längeren Sättigung haben, ersetzt werden. Bei der Fettzufuhr gilt es, tierische Fette durch pflanzliche Fette zu ersetzen. Es ist auch auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr von mind. 30 ml/kg KG/d zu achten. Bei der Getränkeauswahl gilt es, kalorienfreie Getränke zu bevorzugen. Alkohol, welcher ein maßgeblicher Energielieferant ist, sollte vermieden oder stark reduziert werden. Letzterer hat auch eine appetitanregende Wirkung.

Die mäßig energiereduzierte Mischkost kann auf unbegrenzte Zeit angewendet werden, was auch einen günstigen Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Sie stellt eine praktikable Kost mit einer leichten Modifikation dar, und ist deswegen durchaus mit dem jeweiligen individuellen Lebensalltag vereinbar (vgl. Betz/Bischoff 2010, S. 422; vgl. Bartisch et al. 2006, S. 216).

6.1 Zusammenfassung

Um bei adipösen Menschen eine Gewichtsabnahme zu erzielen und deren Compliance aufrechtzuerhalten, wird von Diätologen zumeist versucht, dieser Personengruppe eine mäßig energiereduzierte Mischkost näherzubringen. Hier wird die tägliche Energiezufuhr um ca. 500 bis 800 kcal der bisherigen Kalorienaufnahme reduziert.

7 QUALIFIKATION DES DIAETOLOGEN

Da in der in Kapitel 9 und 10 dargestellte empirische Untersuchung zu den Themen „Akzeptanz und Beurteilung einer Ernährungsberatung bei Adipositas aus der Sicht des Patienten“ und „Auswirkungen einer Ernährungsberatung auf das Ernährungswissen und das Ernährungsverhalten“ Diätologen als Berater aufgetreten sind, möchte ich mich in diesem Kapitel der besonderen Qualifikation der Diätologen widmen.

Der Beruf des Diätologen ist im MTD-Gesetz, welches die Ausbildung und die beruflichen Tätigkeiten und Kompetenzen dieses Gesundheitsberufes und auch der anderen gehobenen medizinisch-technischen Dienste beinhaltet, geregelt (vgl. Verband der Diätologen Österreichs 2006). In diesem Gesetz ist das Berufsbild des Diätologen wie folgt verankert: *„Der Diätendienst und ernährungsmedizinische Beratungsdienst umfasst die eigenverantwortliche Auswahl, Zusammenstellung und Berechnung sowie die Anleitung und Überwachung der Zubereitung besonderer Kostformen zur Ernährung Kranker oder krankheitsverdächtiger Personen nach ärztlicher Anordnung einschließlich der Beratung der Kranken oder ihrer Angehörigen über die praktische Durchführung ärztlicher Diätverordnung innerhalb und außerhalb einer Krankenanstalt; ohne ärztliche Anordnung die Auswahl, Zusammenstellung und Berechnung der Kost für gesunde Personen und Personengruppen oder Personen und Personengruppen unter besonderer Belastung (z. B. Schwangerschaft, Sport) einschließlich der Beratung dieser Personenkreise über Ernährung“* (MTD-Gesetz 2006 § 2 Abs. 4, zit. nach Hofbauer et al. 2011, S. 18). Die Homepage des Verbands der Diätologen Österreichs führt dazu näher aus: Diätologen

sind sowohl intra- als auch extramural tätig und zwar im klinischen Bereich, in der Rehabilitation, in der Gesundheitsförderung sowie im präventiven Bereich. Desweiteren sind Diätologen auch in der Ernährungswirtschaft, in der Lebensmittelindustrie, in der Pharmaindustrie, im Verpflegungsmanagement und in der Aus- und Weiterbildung beschäftigt. Sie können ihre berufsspezifischen Tätigkeiten entweder innerhalb eines Dienstverhältnisses oder freiberuflich ausüben. Sind diese Tätigkeiten medizinisch indiziert, muss vor dem Tätigwerden des Diätologen eine Anordnung eines Arztes erfolgen. Dieser trägt die Anordnungsverantwortung, der Diätologe die Durchführungsverantwortung. Das bedeutet z.B., dass Diätologen für den patientenbezogenen Prozess in seiner Gesamtheit verantwortlich sind. Die Kernkompetenzen von Diätologen, welche ausschließlich dieser Berufsgruppe vorbehalten sind, sind also die Erstellung und die Umsetzung eines ernährungstherapeutischen Konzepts und die ernährungsmedizinische Beratung (vgl. Verband der Diätologen Österreichs 2006). Ich möchte folgend die Kernkompetenzen der Berufsgruppe der Diätologen im Hinblick auf die ernährungsmedizinische Beratung wie sie auf der Homepage des Verbandes der Diätologen Österreichs aufgeführt sind, detailliert darlegen, da bei der in Kapitel 9 und 10 noch ausführlich dargestellten empirischen Untersuchung diese Art der Beratung ihren Einsatz fand.

„Die Diätologen können...

- ...in einem Erstgespräch die Erwartungen und Ziele des Patienten klären und ihren Verantwortungsbereich sowie ihre Kompetenzen verständlich darlegen und Nah- und Fernziele für die Ernährungstherapie mit dem Patienten festlegen.
- ...Informationen über die jeweiligen Ernährungsformen patientengerecht und medial aufbereiten, für ein ausführliches Beratungsgespräch didaktisch aufarbeiten und verständlich, dem Sprachgebrauch des Patienten angepasst, vermitteln.
- ...bereits vorhandenes adäquates Ernährungsverhalten des Patienten erkennen, dieses dem Patienten (bzw. dem Angehörigen) bewusst machen, bestärken und die notwendigen Verhaltensänderungen darauf aufbauen...
- ...dem Patienten (bzw. Angehörigen) Gefahrenquellen und Risikoverhalten aufzeigen, die Konsequenzen von ungünstigen (Ernährungs)-Verhaltensweisen bewusst machen.

- ...durch professionelle Gesprächsführung Probleme in der Umsetzung des ernährungstherapeutischen Konzeptes klar erfassen und mit dem Patienten (bzw. dem Angehörigen) gemeinsam Lösungsstrategien entwickeln.
- ...die Therapie bewusst abschließen, das heißt, den Therapieverlauf gemeinsam mit dem Patienten bewerten.
- ...die ernährungsphysiologische Bedeutung von Lebensmittelgruppen und Speisen und deren Zusammensetzung beurteilen und die Produkte den entsprechenden Anwendungsbereichen zuordnen“ (ebd.).

Zusammenfassend bedeutet das, dass Dietologen das Ernährungsmanagement im gesamten medizinischen Bereich eigenverantwortlich inne haben (vgl. ebd.).

Wie auch der Homepage des Verbandes der Dietologen zu entnehmen ist, wurde 2005 das MTD-Gesetz novelliert und damit wurde die Ausbildung zum Dietologen an Fachhochschulen beschlossen. Die Dauer des Studiums Diätologie beträgt sechs Semester und ihr Abschluss berechtigt die Absolventen, den akademischen Grad „Bachelor of Science in Health Studies (BSc)“ zu führen. Damit ist die Möglichkeit einer Absolvierung eines weiterführenden Masterstudiums und Doktoratsstudiums gegeben. Der Beruf der Dietologen ist in Österreich gesetzlich anerkannt und die Führung der Berufsbezeichnung „Dietologin/Dietologe“ ist gesetzlich geschützt (vgl. ebd.).

7.1 Zusammenfassung

Das Berufsbild der Dietologen ist im MTD-Gesetz verankert und geregelt. Dietologen können in verschiedenen Bereichen eingesetzt werden. Ist eine diätologische Tätigkeit medizinisch indiziert, bedarf es einer ärztlichen Anordnung, die Durchführungsverantwortung der diätologischen Tätigkeit obliegt jedoch dem Dietologen selbst. Die Kernkompetenz des Dietologen liegt im Ernährungsmanagement, welches den medizinischen Bereich betrifft.

EMPIRISCHE STUDIE

8 GRUNDHYPOTHESE UND PRÜFHYPOTHESEN

8.1 Grundhypothese

Hypothesen sind „Aussagen oder Schlussfolgerungen, die aus allgemeinen Theorien abgeleitet sind [...]“ (Bortz/Schuster 2010, S. 97) und stellen somit „[...] Annahmen über reale Sachverhalte [...]“ (Bortz/Döring 2006, S. 4) dar. Sie gehen „[...] über den herkömmlichen Erkenntnisstand einer Wissenschaft hinaus“ (Bortz/Schuster 2010, S. 97), sind folglich innovativ und stellen Vermutungen dar, „[...] die den bisherigen Wissensstand ergänzen sollen“ (ebd., S. 97). „Die formulierte Hypothese wird im Allgemeinen als die sogenannte Alternativhypothese (H1) [...]“ (Atteslander 2010, S. 283) oder Grundhypothese bezeichnet. „Zu der Alternativhypothese wird eine konkurrierende Hypothese, die Nullhypothese (H0) [oder Prüfhypothese], formuliert. Sie beinhaltet allgemein, dass die in der Alternativhypothese formulierte, innovative Aussage nicht zutrifft“ (Bortz/Schuster 2010, S. 98). „Eine statistische Hypothese wird stets als statistisches Hypothesenpaar, bestehend aus Nullhypothese (H0) und Alternativhypothese (H1) formuliert“ (Bortz/Döring 2006, S. 24). Laut Beer gilt nach Karl Popper bei der Hypothesenprüfung das Prinzip der Falsifizierbarkeit. Das bedeutet, wenn die Nullhypothese falsifiziert wird, gilt die Alternativhypothese. Gelingt eine Aufrechterhaltung der Alternativhypothese nicht, muss sie verworfen werden bzw. bedarf einer Modifikation (vgl. Beer 2007; vgl. Beer 2007, S. 147).

In der vorliegenden Arbeit soll die Frage geklärt werden, ob eine Ernährungsberatung bei adipösen Menschen einerseits zu einer Verbesserung des Ernährungswissens und andererseits zu einer Veränderung des Ernährungsverhaltens in Richtung einer gesundheitsbewussteren Ernährung führt. Auch soll untersucht werden, ob eine Ernährungsberatung bei dieser Patientengruppe positiv beurteilt und akzeptiert wird.

Aufgrund der in Kapitel 1.3 dargelegten Überlegungen, kann folgende Hypothese formuliert werden:

Eine Ernährungsberatung führt zu einer Verbesserung des Ernährungswissens bei adipösen Menschen in Ostösterreich. Aus ihrer Sicht wird eine durchgeführte Ernährungsberatung positiv beurteilt und akzeptiert. Nach einer Ernährungs-

beratung gibt es bei der genannten Gruppe von Menschen Veränderungen im Ernährungsverhalten in Richtung einer gesundheitsbewussteren Ernährung.

8.2 Prüfhypothesen

Aus der Grundhypothese können folgende Nullhypothesen abgeleitet und formuliert werden:

Eine Ernährungsberatung bei adipösen Menschen führt zu keiner Verbesserung des Ernährungswissens.

Eine Ernährungsberatung bei adipösen Menschen wird nicht positiv beurteilt und akzeptiert.

Eine Ernährungsberatung bei adipösen Menschen führt zu keiner Veränderung des Ernährungsverhaltens in Richtung einer gesundheitsbewussteren Ernährung.

9 EMPIRISCHE ERHEBUNG

Um Veränderungen des Ernährungswissens und des Ernährungsverhaltens infolge einer Ernährungsberatung sowie die subjektive Beurteilung und Akzeptanz einer Ernährungsberatung einer repräsentativen Stichprobe zu untersuchen, wurde ein Fragebogen als ein dafür geeignetes Verfahren verwendet.

Die Vorteile hierfür sind:

- Wird ein Fragebogen als Erhebungsinstrument eingesetzt, ist ein hohes Maß an Objektivität gegeben (vgl. Lienert 1998, S. 7). Da der Fragebogen durch den Versuchsleiter nicht persönlich an die Probanden verteilt wurde, konnte dessen Einfluss auf das Testergebnis ausgeschlossen werden (Durchführungsobjektivität). Eine Objektivität in der Auswertung war dadurch gegeben, da die Daten elektronisch verarbeitet wurden.
- Der Einsatz eines Fragebogens zeichnet sich nach Atteslander auch durch seine Ökonomie aus, sowohl in finanzieller Hinsicht als auch im Zeitaufwand. Somit kann in relativ kurzer Zeit eine angemessene Stichprobe befragt werden (vgl. Atteslander 2010, S. 157).

9.1 Das Erhebungsinstrument

Der Fragebogen setzt sich aus drei Teilen zusammen, die zu jeweils unterschiedlichen Zeitpunkten von den Befragten auszufüllen waren. Im Teil A, welcher vor der Beratung vom Patienten beantwortet wurde, wurden soziodemografische Daten und das Ernährungswissen des Patienten erhoben. Unmittelbar nach der Ernährungsberatung sollte Teil B vom Probanden ausgefüllt werden, wo es um die subjektive Beurteilung und Akzeptanz der Ernährungsberatung ging. Im Teil C, der ein Monat nach der Beratung zu beantworten war, wurden die Auswirkungen der Ernährungsberatung auf das Ernährungswissen und das Ernährungsverhalten erhoben. Die Items zur Erfassung des Ernährungswissens, wurden exemplarisch vom „Test zum Ernährungswissen“ von Prof. Diehl von der Universität Giessen übernommen. Es wurde von der Autorin selbst noch jeweils eine Frage zum spezifisch österreichischen Ernährungswissen, zum Krankheitsbild und den Risikofaktoren der Adipositas erstellt. Die Items des Fragebogens B wurden einerseits in Anlehnung an die Dissertation von Ulrike Günther und andererseits von der Autorin selbst aufgrund deren Berufserfahrung entwickelt. Die Items des Teils, der der Erfassung der Veränderungen des Ernährungsverhaltens durch eine Ernährungsberatung diente, wurden von der Autorin auf Basis von zugrunde liegender Literatur, von ernährungswissenschaftlichen Empfehlungen und der beruflichen Erfahrung der Autorin konzipiert.

In der Präambel des Fragebogens wurden die Patienten über die Beantwortung des Fragebogens instruiert. Insbesondere wurden sie über den Forschungszweck aufgeklärt und über die verschiedenen Zeitpunkte des Ausfüllens der Fragebögen informiert.

Der Fragebogen sollte im Detail über folgende Themenkomplexe Aufschluss geben:

- Er sollte Aufschluss geben, ob es durch eine Ernährungsberatung zu einer Veränderung bzw. Verbesserung des Ernährungswissens und des Wissens über das Krankheitsbild und die Risikofaktoren der Adipositas kommt.
- Weiters sollte der Fragebogen die subjektive Akzeptanz und Beurteilung einer Ernährungsberatung erheben. Insbesondere diente er der Erfassung des Erlebens, des Stellenwerts, der Zufriedenheit, der Erfüllung der Erwartungen und der Beurteilung des Informationsgehaltes der Ernährungsberatung. Darüber hinaus sollte der Fragebogen Information über die Beurteilung der eingesetzten Methoden und des Beratungsmaterials in der Ernährungsberatung, über die Einstellungsänderung hinsichtlich des Gesundheitsbewusstseins und über eine voraussichtliche

Änderung der Ernährungsgewohnheiten durch die Ernährungsberatung geben. Auch offene Wünsche an die Ernährungsberatung sollten erhoben werden.

- Der Fragebogen sollte auch Aufschluss über die Auswirkungen der Ernährungsberatung auf das Ernährungsverhalten der Befragten geben. Hier ist anzumerken, dass nur Veränderungen erfasst werden konnten, die die Befragten nannten. Es ist somit keine Objektivierbarkeit möglich. Diese Auswirkungen wurden ein Monat nach der Beratung erhoben. Einerseits sollte die Einhaltung der Empfehlungen durch den Diätologen erfasst werden, andererseits sollte der Fragebogen Aufschluss über allgemeine und konkrete Veränderungen und die Beweggründe hierzu geben. Darüber hinaus wurde erhoben wo Schwächen und Probleme in der Umsetzung und diesbezügliche Ursachen zu finden sind. Weiters sollte der Fragebogen Aufschluss über allgemeine Beweggründe und solche, die der Ernährungsberatung entstammen geben, als auch über hilfreiche Elemente und beeindruckende Sequenzen der Ernährungsberatung, die eine Veränderung bewirkt haben.

Um die Motivation der Patienten zur Teilnahme an der Untersuchung zu erhöhen, gab es am Ende des Fragebogens die Möglichkeit an einer Verlosung von zehn Preisen teilzunehmen. Die Voraussetzung hierfür war die Retournierung des vollständig ausgefüllten Fragebogens.

Tabelle 6 zeigt die zeitliche Abfolge der empirischen Studie im Überblick.

Zeit	Arbeitsschritt
Februar-Mai 2011	Entwicklung der Items des Fragebogens
Mai 2011	Pretest an drei Patienten im UKH Meidling
Juni-August 2011	Einholung der Genehmigungen der medizinischen Einrichtungen
Juli-September 2011	persönliche Verteilung bzw. Versand der Fragebögen
Juli-November 2011	Erhebungszeitraum
bis 30. November 2011	Rücklauffrist
Dezember 2011	statistische Auswertung

Tabelle 6: Arbeitsschritte der empirischen Studie

Der zur Untersuchung eingesetzte Fragebogen ist im Anhang zu finden.

9.1.1 Entwicklung der Items

Generell wurden die einzelnen Items des Fragebogens aus den Forschungsfragen und den dazugehörigen Subfragen abgeleitet und entwickelt. Die meisten Fragen sind von

geschlossener, einige auch von halboffener Form. Letztere sollten dazu dienen, dass die Probanden eigene, das heißt nicht vorgegebene, Antworten formulieren oder persönliche Begründungen von gegebenen Antworten äußern konnten.

9.1.2 Pretest

Bevor der Fragebogen einem Pretest unterzogen wurde, wurde er von Univ.-Prof. Dr. Erich Ribolits und Univ.-Prof. Dr. Jürgen König auf seine fachliche Richtigkeit überprüft. Nach einer Überarbeitung wurde der Fragebogen im Unfallkrankenhaus Meidling, nach Genehmigung von Univ.-Prof. Dr. Rudolf Schedl, bei drei Patienten vorgetestet. Dabei sollte vor allem die Tauglichkeit des Erhebungsinstruments überprüft werden. Der Pretest brachte keine nennenswerten Änderungen des Fragebogens hervor. Nach der Phase der Vortestung wurde der Fragebogen und das Studiendesign bei den verschiedenen medizinischen Einrichtungen zur Genehmigung eingereicht.

9.2 Methodisches Vorgehen

Ursprünglich sollte der vorliegende Fragebogen nur in ostösterreichischen Spitälern eingesetzt werden. Da jedoch die Bereitschaft einer Teilnahme an der Studie äußerst gering war, wurde in Rücksprache mit Univ.-Prof. Dr. Erich Ribolits und Univ.-Prof. Dr. Jürgen König beschlossen, weitere medizinische Einrichtungen, in denen Ernährungsberatungen durchgeführt werden, in die Studie einzubinden. Es wurden insgesamt über 50 Einrichtungen kontaktiert, wovon sich 17 bereit erklärten an der Studie teilzunehmen. Die Gründe einer Nichtteilnahme waren sehr vielfältig, sie reichten von nicht vorhandenen zeitlichen und personellen Ressourcen über Hinderungsgründe hinsichtlich des Datenschutzes bis zur Angabe von nicht geeignetem Patientengut für die Studie. Ferner muss hier angemerkt werden, dass etliche medizinische Einrichtungen Beratungen für adipöse Menschen ohne Begleiterkrankungen nicht sehr oft ärztlich anordnen oder grundsätzlich nicht anbieten, sondern u.a. auf freiberufliche Kollegen verweisen. Auch wird fallweise die Effektivität einer einmaligen Ernährungsberatung von vornherein als gering eingeschätzt oder die medizinischen Einrichtungen haben Spezialgebiete, wozu der adipöse Patient nicht gehört. Die Niederschwelligkeit der Inanspruchnahme einer Ernährungsberatung wie sie in Kapitel 3.1. gefordert wird, kann im Zuge der Durchführung der Studie nicht bestätigt werden, wobei es im ambulanten Bereich allgemein einen leichteren Zugang zu einer Ernährungsberatung für die Patienten gibt.

Die Fragebögen wurden persönlich oder per Post an die Diaetologen der verschiedenen Einrichtungen gebracht bzw. verschickt. Entscheidend war dabei die Aufklärung der Diaetologen über die Vorgehensweise der Untersuchung. Damit die Patienten auf die Rücksendung der Fragebögen nicht vergessen, wurde ihnen ein SMS-Service angeboten. Sie konnten auf einer Liste ihre Telefonnummer hinterlassen und bekamen zeitgerecht (ein Monat nach der Beratung) ein SMS auf ihr Handy mit der Bitte um Retournierung des Fragebogens. Die Rücksendung der Fragebögen erfolgte mittels beigelegtem Antwortkuvert, wobei die Autorin die Postgebühr übernommen hat.

Im Kapitel 1.3 wurde aus theoretischen Grundlagen und Studienergebnissen eine Hypothese abgeleitet und aufgestellt. Da es diese Hypothese zu bestätigen galt, kann von einem hypothesenprüfenden Verfahren gesprochen werden. Das Vorgehen dabei war eine Falsifikation der Nullhypothesen. Weitere bei der Untersuchung eingesetzte statistische Verfahren sind in Kapitel 9.4 detailliert ausgeführt. Die Befragung zur Veränderung des Ernährungswissens durch eine Ernährungsberatung wurde als Längsschnittuntersuchung durchgeführt, die Befragung zur Beurteilung und Akzeptanz einer Ernährungsberatung und zur Veränderung des Ernährungsverhaltens als Querschnittuntersuchung.

9.3 Die Stichprobe

Die Zielgruppe für das Forschungsvorhaben waren adipöse Patienten in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland, die eine Ernährungsberatung in einer medizinischen Einrichtung erhalten haben. Die Indikation zur Ernährungsberatung stellte die Diagnose Adipositas mit oder ohne Begleiterkrankung dar. Die Auswahl der medizinischen Einrichtungen erfolgte zufällig, es wurde dabei auf Datenbanken des Internets zurückgegriffen. Entscheidend war auch, dass die Ernährungsberatungen in den medizinischen Einrichtungen von Diaetologen durchgeführt wurden. Wie schon in Kapitel 7 beschrieben, sind sie die einzige Berufsgruppe, die kranke Personen beraten dürfen. Insgesamt wurden 420 Fragebögen ausgehändigt. Die Teilnahme an der Untersuchung war freiwillig und anonym, worauf die Patienten auch in der Präambel des Fragebogens hingewiesen wurden. Nach Ende der Rücklauffrist waren 81 Fragebögen eingelangt, das entspricht einer Rücklaufquote von 19%. Die doch niedrige Rücklaufquote kann, nach Rücksprache mit den in den medizinischen Einrichtungen tätigen Diaetologen, dadurch erklärt werden, dass sich unter den Probanden Patienten befanden, die an der Befragung aus zeitlichen oder nicht näher genannten Gründen nicht teilnehmen wollten. Auch sprachliche Barrieren waren oftmals vorhanden.

Über die Grundgesamtheit kann leider keine Aussage oder Annahme getroffen werden, da auch seitens des Berufsverbandes keine Statistiken vorhanden sind, wie viele Beratungen jährlich bei Adipositas in Ostösterreich in medizinischen Einrichtungen durchgeführt werden.

9.4 Auswertung und Auswertungsmethoden

Die gewonnenen Rohdaten wurden mit dem Computerprogramm SPSS 19 (statistical packages für social sciences) ausgewertet und dargestellt. Es kamen sowohl Verfahren der deskriptiven Statistik als auch der Interferenzstatistik zur Anwendung.

Neben der statistischen Hypothesenprüfung wurden die gewonnenen Daten mittels einer Häufigkeitsauszählung analysiert. Eine Auswahl an Items wurde einer Kreuztabellierung mit den soziodemografischen Merkmalen „Geschlecht“ und „höchster Schulabschluss“ unterzogen. Für jede Kreuztabelle wurde auch ein Korrelationskoeffizient (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman) berechnet.

9.4.1 Häufigkeitsauszählung

Die erhobenen Daten wurden zu Beginn einer Häufigkeitsauszählung unterzogen. Es erfolgte hier eine Auswertung von einzelnen Merkmalen, welche auch graphisch mittels eines Balkendiagramms dargestellt wurden (vgl. Atteslander 2010, S. 306).

9.4.2 Kreuztabelle

Mittels Kreuztabellen lassen sich Zusammenhänge zwischen zwei oder auch mehreren Variablen analysieren (Korrelationen) (vgl. Bühl 2008, S. 247). Sie geben Information über das gemeinsame Auftreten von bestimmten Merkmalskategorien (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 142). In der nachfolgenden Auswertung wurden Kreuztabellen von ausgewählten Items mit den sozio-demographischen Merkmalen „Geschlecht“ und „höchster Schulabschluss“ erstellt. Gleich vorwegzunehmen ist, dass „andere Bildungsabschlüsse“ in der Interpretation nicht berücksichtigt wurden, da diese Bildungsabschlüsse zu vielschichtig sind.

9.4.3 Korrelation

Neben der Analyse der Zusammenhänge zwischen zwei Variablen wurde auch ein Korrelationskoeffizient berechnet. „Der Korrelationskoeffizient gibt Auskunft über die „Stärke“ des linearen Zusammenhangs zweier Merkmale“ (Atteslander 2010, S. 268). Der Korrelationskoeffizient kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen (vgl. Bühl 2008, S.

346). Liegt der Wert nahe bei 1, so besteht ein stark positiver Zusammenhang zwischen zwei Variablen (vgl. Atteslander 2010, S. 266). Ein Wert von 0 besagt, dass es keinen Zusammenhang gibt und ein Wert nahe bei -1 bedeutet einen gegenläufigen Zusammenhang, sprich einen stark negativen Zusammenhang (vgl. Atteslander 2010, S. 266; vgl. Bühl 2008, S. 346).

In der folgenden Auswertung wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman berechnet.

Zur Interpretation des Korrelationskoeffizienten wurde die Einteilung nach Bühl herangezogen:

Wert	Interpretation
Bis 0,2	sehr geringe Korrelation
Bis 0,5	geringe Korrelation
Bis 0,7	mittlere Korrelation
Bis 0,9	hohe Korrelation
Über 0,9	sehr hohe Korrelation

Tabelle 7: Interpretation des Korrelationskoeffizienten (Bühl 2008, S. 346)

9.4.4 Statistische Hypothesenprüfung

Für alle Signifikanztest wird nach Bortz und Döring die in den Sozialwissenschaften übliche und zulässige Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % ($p \leq 0,05$) angenommen. Das bedeutet bei $p \leq 0,05$ kann die Nullhypothese zurückgewiesen (falsifiziert) werden und die Alternativhypothese wird angenommen (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 26).

Tabelle 8 gibt einen genauen Überblick über die verschiedenen Signifikanzniveaus.

Irrtumswahrscheinlichkeit	Bedeutung
$p > 0,05$	nicht signifikant
$p \leq 0,05$	signifikant
$p \leq 0,01$	sehr signifikant
$p \leq 0,001$	höchst signifikant

Tabelle 8: Einteilung der Signifikanzniveaus (Bühl 2008, S. 121)

Zur Hypothesenprüfung wurden parametrische und nichtparametrische Testverfahren je nach entsprechender Voraussetzung eingesetzt.

10 AUSWERTUNG, DARSTELLUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

10.1 Beschreibung der Stichprobe

An der Untersuchung nahmen 41 weibliche und 40 männliche Patienten teil. Der weibliche Anteil mit 50,6% war geringfügig höher als der männliche Anteil von 49,4% (siehe Abbildung 17). Das Alter der Befragten erstreckte sich von 18 bis 85 Jahre.

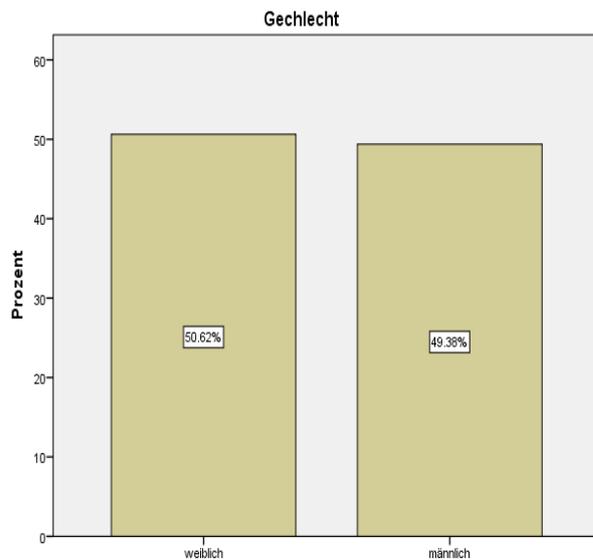


Abbildung 17: Häufigkeit/Geschlecht

Die Mehrheit der an der Untersuchung teilgenommenen Patienten kamen aus dem Bundesland Wien (69,1 %). Der Anteil der Patienten aus Niederösterreich betrug 30,9 % (siehe Abbildung 18). Aus dem Burgenland nahm kein Patient an der Befragung teil.

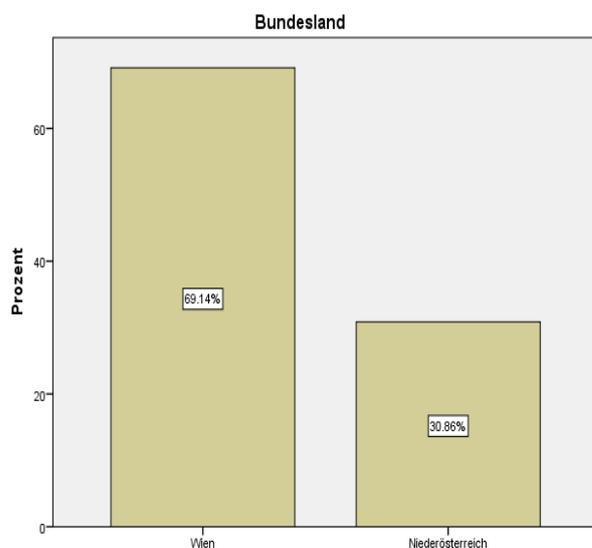


Abbildung 18: Häufigkeit/Bundesland

In der vorliegenden Stichprobe leben die Befragten mehrheitlich mit der Partnerin oder dem Partner (61,3%), 27,5% leben alleine und 2,5% leben in keiner im Fragebogen angeführten Lebensform (siehe Abbildung 19).

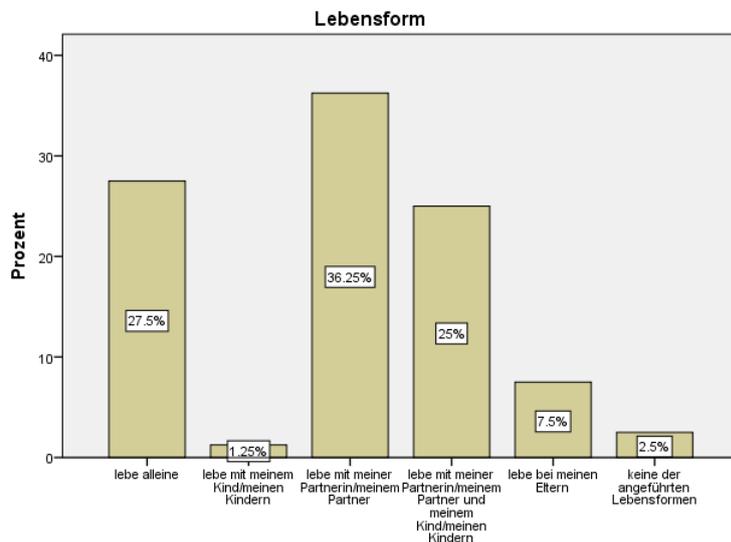


Abbildung 19: Häufigkeit/Lebensform

Bei der Angabe des höchsten Schulabschlusses dominierte die Berufsschule mit 30,9% gefolgt von einem Abschluss einer Universität oder einer Fachhochschule mit 24,7% (siehe Abbildung 20).

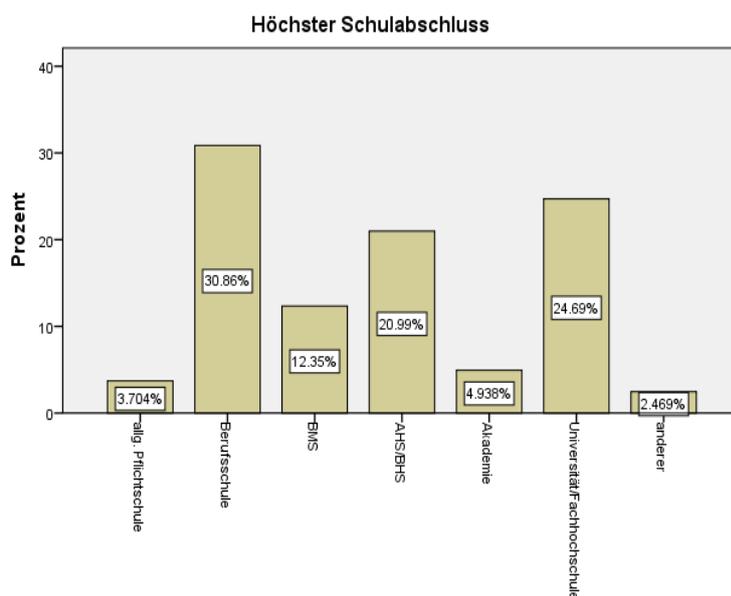


Abbildung 20: Häufigkeit/höchster Schulabschluss

10.1.1 Gewichtung des Merkmals „höchster Schulabschluss“

Da die verschiedenen Kategorien des Merkmals „höchster Schulabschluss“ nicht gleichverteilt sind, sondern in ihrem Umfang sehr unterschiedlich vertreten sind, wurde für die

Erstellung von Kreuztabellen von einzelnen Items mit dem Merkmal „höchster Schulabschluss“ eine Gewichtung der Kategorien vorgenommen. Dadurch wird ein Gleichgewicht der einzelnen Kategorien geschaffen. Die verschiedenen Kategorien des Merkmals „höchster Schulabschluss“ werden mit entsprechend errechneten Faktoren im SPSS gewichtet. Folglich können bei der Betrachtung der Zusammenhänge von einzelnen Items mit dem Merkmal „höchster Schulabschluss“ die Antworthäufigkeiten zwischen den einzelnen Kategorien verglichen werden.

Gewichtete Kategorien

		Höchster Schulabschluss			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	allgemeine Pflichtschule	12	14.3	14.3	14.3
	Berufsschule (Lehre)	12	14.3	14.3	28.6
	berufsbildende mittlere Schule ohne Matura	12	14.3	14.3	42.9
	allgemeinbildende höhere Schule (AHS) /berufsbildende höhere Schule (BHS) mit Matura	12	14.3	14.3	57.2
	Akademie	12	14.4	14.4	71.6
	Universität/Fachhochschule	12	14.3	14.3	85.9
	Anderer	11	14.1	14.1	100.0
	Gesamt	81	100.0	100.0	

Tabelle 9: prozentuelle Häufigkeiten/höchster Schulabschluss gewichtet

10.2 Indikation für die Ernährungsberatung

Die Diätologen, welche die Ernährungsberatung durchführten, wurden gebeten die Indikation zur Beratung anzugeben. Wie aus Abbildung 21 und Tabelle 10 ersichtlich ist, dominierte die Indikation Adipositas ohne Begleiterkrankung gefolgt vom metabolischem Syndrom.

Indikation für die Ernährungsberatung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Adipositas ohne Begleiterkrankung	24	29.6	32.4	32.4
	metabolisches Syndrom	15	18.5	20.3	52.7
	Diabetes mellitus	13	16.0	17.6	70.3
	Hypertonie	6	7.4	8.1	78.4
	Hyperlipidämie	8	9.9	10.8	89.2
	Hyperurikämie	6	7.4	8.1	97.3
	Sonstiges	2	2.5	2.7	100.0
	Gesamt	74	91.4	100.0	
Fehlend	keine Angabe	7	8.6		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 10: prozentuelle Häufigkeiten/Indikation für die Ernährungsberatung

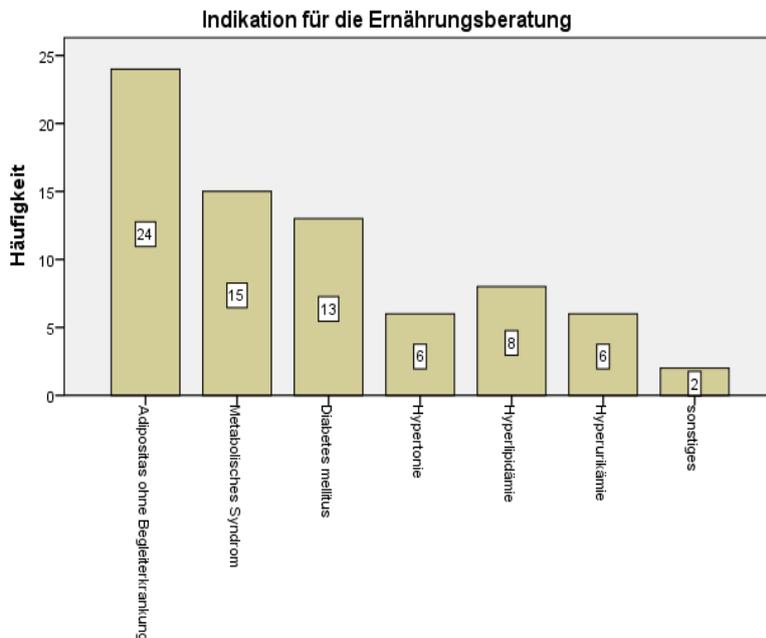


Abbildung 21: Häufigkeit/Indikation für die Ernährungsberatung

10.3 Auswirkung der Ernährungsberatung auf das Ernährungswissen

Der Test zum Ernährungswissen wurde durch das gängige Schulnotensystem beurteilt. Es gab acht Fragen zu beantworten, wo maximal acht Punkte erreicht werden konnten, was der Kategorie „Sehr gut“ entspricht. Ein „Nicht genügend“ wurde bei weniger als vier Punkte vergeben.

Die genaue Kategorienschlüsselung lautet folgendermaßen:

8 Punkte: Sehr gut

7 Punkte: Gut

6-5 Punkte: Befriedigend

4 Punkte: Genügend

< 4 Punkte: Nicht genügend

Anzumerken ist, dass mit dem Test zum Ernährungswissen nicht alle Wissensbereiche im Bereich der Ernährung erhoben wurden, vielmehr sind die Fragen dazu als exemplarische Auswahl zu sehen und die Auswertung des Tests gibt einen Trend wieder.

10.3.1 Testung der ersten Prüfhypothese

Eine Ernährungsberatung bei adipösen Menschen führt zu keiner Verbesserung des Ernährungswissens.

Diese Hypothese gilt es mit dem Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben zu bestätigen oder zu verwerfen. Da das Ernährungswissen vor und nach der Ernährungsberatung erhoben wurde, wird mit diesem Hypothesentest ermittelt, ob bei den beiden Messreihen ein Unterschied hinsichtlich der zentralen Tendenz besteht (vgl. Bortz/Schuster 2010, S. 130). Die Nullhypothese besagt, dass die beiden Messreihen keinen Unterschied hinsichtlich der zentralen Tendenz aufweisen.

Die asymptotische Signifikanz liegt unter dem Signifikanzniveau von 0,05. Die angenommene Nullhypothese kann hiermit zurückgewiesen werden. Der im vorliegenden Fall errechnete Signifikanzwert von $p=0,000$ lässt ein höchst signifikantes Ergebnis interpretieren (siehe Tabelle 12). Die Mediane von 3 für das Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung und 2 für das Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung lassen darauf schließen, dass es zu einer Verbesserung des Ernährungswissens durch die Ernährungsberatung gekommen ist (siehe Tabelle 13).

Die erste Prüfhypothese kann aufgrund des vorliegenden Ergebnisses verworfen werden.

		Ränge		
		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung -	Negative Ränge	41 ^a	23.59	967.00
Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung	Positive Ränge	4 ^b	17.00	68.00
	Bindungen	36 ^c		
	Gesamt	81		

a. Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung < Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung

b. Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung > Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung

c. Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung = Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung

Tabelle 11: Wilcoxon-Test/Ernährungswissen vor und nach der Ernährungsberatung

Statistik für Test^b

	Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung - Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung
Z	-5.345 ^a
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	.000

a. Basiert auf positiven Rängen.

b. Wilcoxon-Test

Tabelle 12: Wilcoxon-Test/Ernährungswissen vor und nach der Ernährungsberatung

Deskriptive Statistiken

	N	Perzentile		
		25.	50. (Median)	75.
Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung	81	2.00	3.00	4.50
Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung	81	2.00	2.00	3.50

Tabelle 13: Median und Quartile/Ernährungswissen vor und nach der Ernährungsberatung

10.3.2 Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung

Das erhobene Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung ist mit 35,8% durchschnittlich, was der Kategorie „Befriedigend“ entspricht. 24,7% der Patienten haben ein sehr schlechtes Ernährungswissen (Kategorie „Nicht Genügend“) und nur 7,4% ein sehr gutes Ernährungswissen. Die folgende Tabelle und das Balkendiagramm geben einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Sehr gut	6	7.4	7.4	7.4
Gut	15	18.5	18.5	25.9
Befriedigend	29	35.8	35.8	61.7
Genügend	11	13.6	13.6	75.3
Nicht genügend	20	24.7	24.7	100.0
Gesamt	81	100.0	100.0	

Tabelle 14: prozentuelle Häufigkeiten/Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung

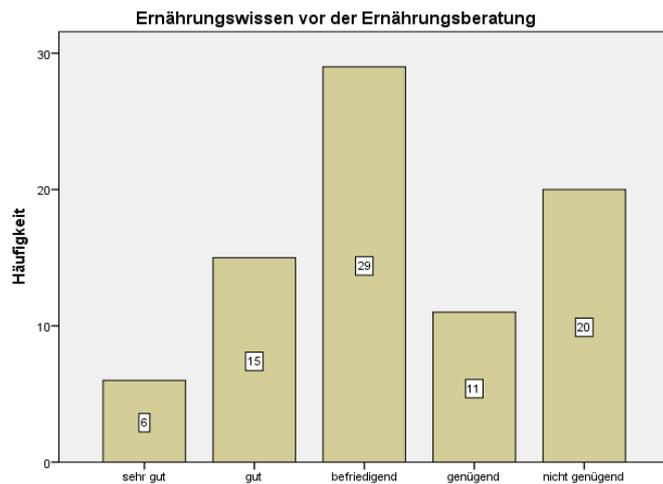


Abbildung 22: Häufigkeit/Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung

10.3.2.1 Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“

Sowohl bei den Frauen als auch Männern ist die Kategorie „Befriedigend“ am häufigsten vertreten, bei den Männern gleichgesetzt mit der Kategorie „Nicht genügend“. Beide Geschlechter haben am wenigsten ein sehr gutes Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung bzw. bei den Frauen ist auch die Kategorie „Genügend“ gleich oft wie die Kategorie „Sehr gut“ vertreten. Allgemein lässt sich feststellen, dass Frauen vor der Ernährungsberatung ein besseres Ernährungswissen als Männer haben. Diese Ergebnisse sind auch aus Abbildung 23 ersichtlich.

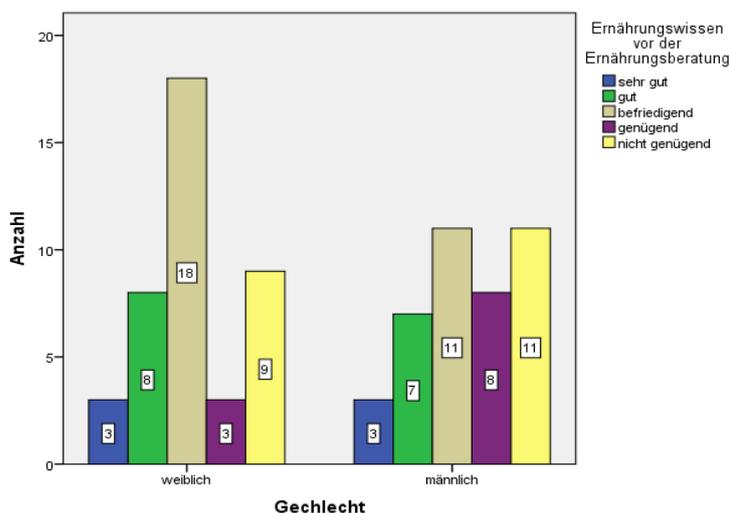


Abbildung 23: Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“; Korrelation nach Spearman: $r = ,108$

10.3.2.2 Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Beim Merkmal höchster Schulabschluss ist bei den Schulabschlüssen BMS, AHS/BHS, Akademie und Universität/Fachhochschule die Kategorie „Befriedigend“ am häufigsten

vertreten, beim Schulabschluss allgemeine Pflichtschule und Berufsschule die Kategorie „Nicht genügend“. Bei „anderen“ Schulabschlüssen ist das Ernährungswissen gleichermaßen „Sehr gut“ wie „Gut“. Generell lässt sich feststellen, dass das Ernährungswissen bei höheren Schulabschlüssen besser ist als bei niedrigeren. Abbildung 24 gibt einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

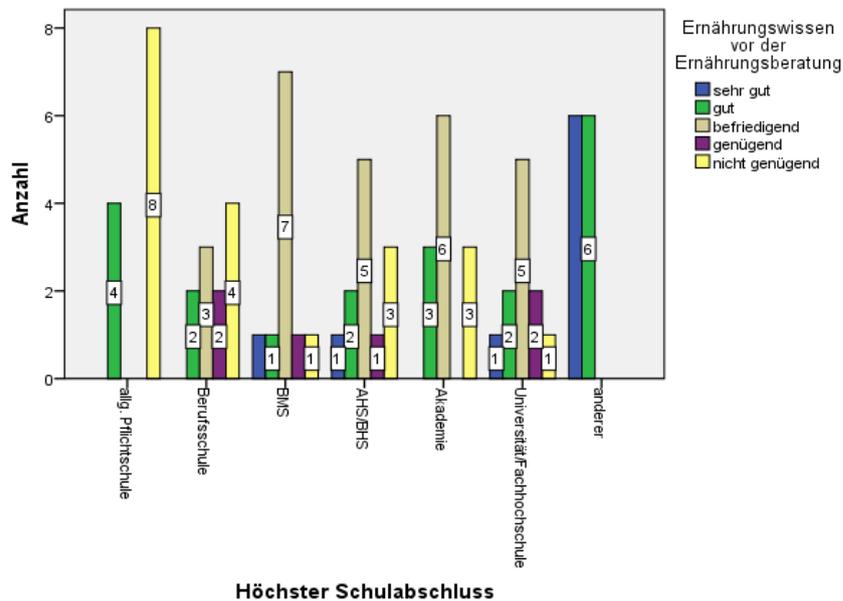


Abbildung 24: Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“; Korrelation nach Spearman: $r=-,468$

10.3.2.3 Einschätzung des Ernährungswissens vor der Ernährungsberatung

Das Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung wird von 42% der Patienten mit „Befriedigend“ eingeschätzt. 30,9% der Befragten glauben ein gutes Ernährungswissen zu haben und nur 1,2% ein sehr gutes Ernährungswissen. Die detaillierten Ergebnisse sind Tabelle 15 und Abbildung 25 zu entnehmen.

Einschätzung des Ernährungswissens vor der Ernährungsberatung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr gut	1	1.2	1.2	1.2
	Gut	25	30.9	30.9	32.1
	Befriedigend	34	42.0	42.0	74.1
	Genügend	12	14.8	14.8	88.9
	Nicht genügend	9	11.1	11.1	100.0
	Gesamt	81	100.0	100.0	

Tabelle 15: prozentuelle Häufigkeiten/Einschätzung des Ernährungswissens vor der Ernährungsberatung

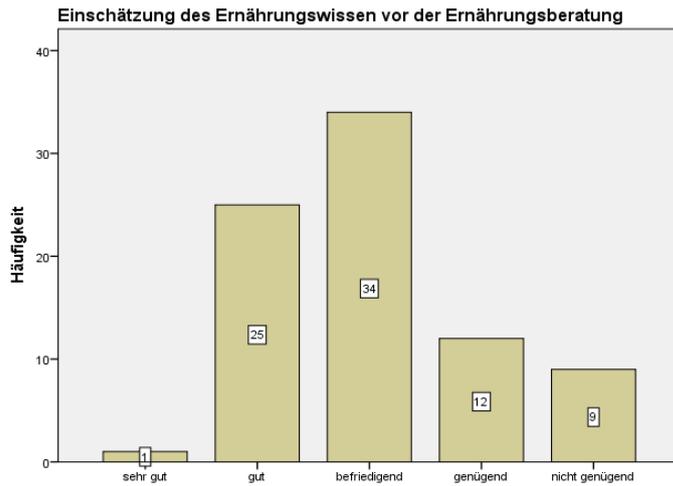


Abbildung 25: Häufigkeit/Einschätzung des Ernährungswissens vor der Ernährungsberatung

10.3.2.4 Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung und der Einschätzung des Ernährungswissens

Zwischen dem Ernährungswissen und der Einschätzung des Ernährungswissens vor der Ernährungsberatung gibt es einen mittleren positiven Zusammenhang zwischen den beiden Variablen. Die stärkste Übereinstimmung gibt es in der Kategorie „Befriedigend“ (siehe Abbildung 26).

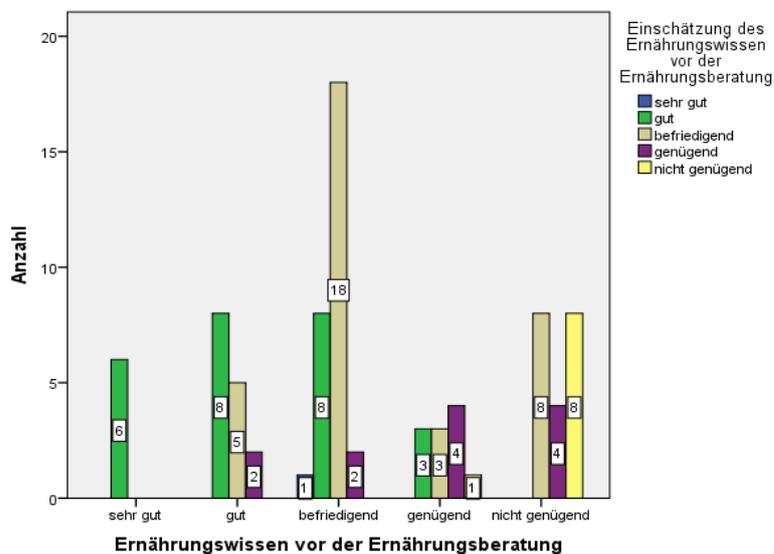


Abbildung 26: Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung und der Einschätzung des Ernährungswissens vor der Ernährungsberatung; Korrelation nach Spearman: $r=,607$

10.3.3 Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung

Das erhobene Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung entspricht zu 34,6% der Note Gut. 24,7% der Befragten haben ein durchschnittliches Ernährungswissen (Kategorie „Befriedigend“) und nur 9,9% ein nicht genügendes. Die folgende Tabelle und das Balkendiagramm geben einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr gut	13	16.0	16.0	16.0
	Gut	28	34.6	34.6	50.6
	Befriedigend	20	24.7	24.7	75.3
	Genügend	12	14.8	14.8	90.1
	Nicht genügend	8	9.9	9.9	100.0
	Gesamt	81	100.0	100.0	

Tabelle 16: prozentuelle Häufigkeiten/Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung

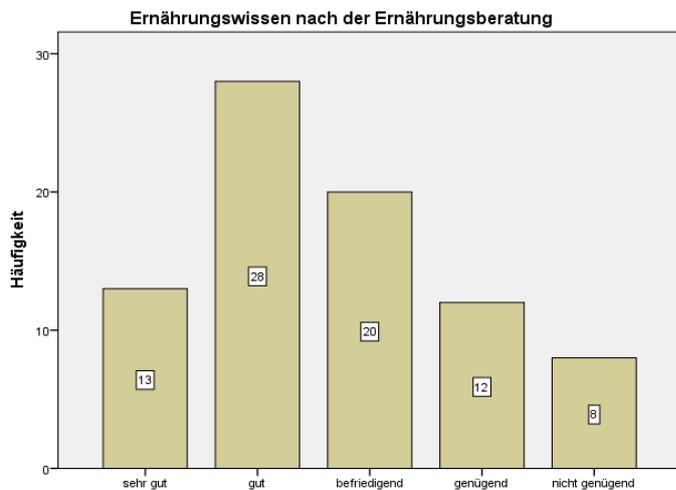


Abbildung 27: Häufigkeit/Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung

10.3.3.1 Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“

Bei Frauen als auch bei Männern ist die Kategorie „Gut“ am häufigsten vertreten. Frauen haben am wenigsten ein nicht genügendes Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung, Männer ein sehr gutes wie gleichermaßen ein genügendes Ernährungswissen. Zusammenfassend kann man folgern, dass Männer nach der Ernährungsberatung ein besseres Ernährungswissen als Frauen haben. Diese Ergebnisse sind auch Abbildung 28 zu entnehmen.

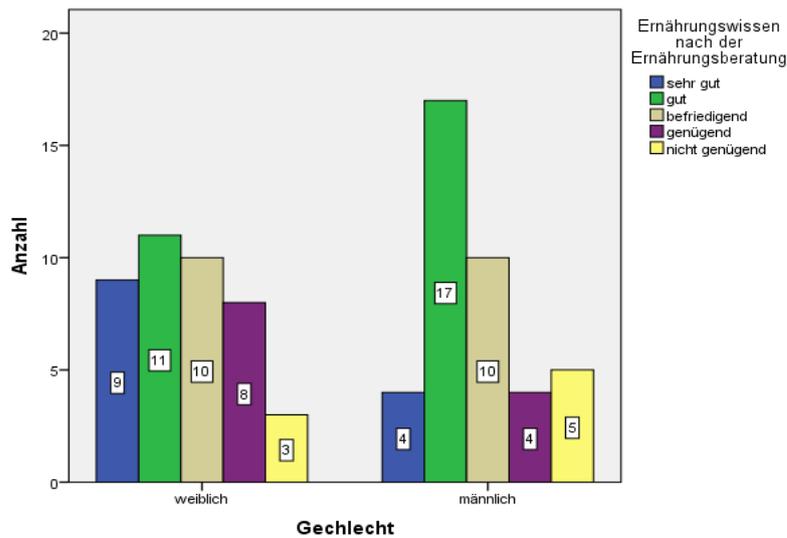


Abbildung 28: Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“; Korrelation nach Spearman: $r=,031$

10.3.3.2 Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Bei den Bildungsabschlüssen Berufsschule, AHS/BHS, Universität/Fachhochschule, Akademie und anderen Schulabschlüssen ist die Kategorie „Gut“ am häufigsten vertreten, beim Bildungsabschluss allgemeine Pflichtschule die Kategorie „Genügend“ und beim Schulabschluss BMS die Kategorie „Befriedigend“. Bei den Schulabschlüssen Akademie und „anderen“ Schulabschlüssen ist die Kategorie „Sehr gut“ in gleichem Ausmaß vertreten wie die Kategorie „Gut“. Allgemein kann festgestellt werden, dass Personen mit höherem Bildungsabschluss nach der Ernährungsberatung ein besseres Ernährungswissen als Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss haben und dass sich das Ernährungswissen durch eine Ernährungsberatung bei höheren Bildungsschichten mehr verbessert hat als bei niedrigeren. Einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 29.

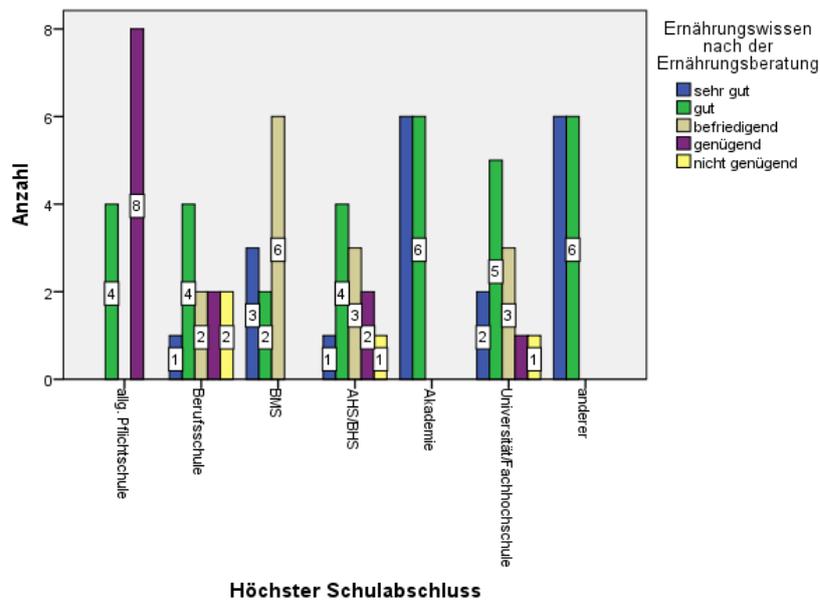


Abbildung 29: Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“; Korrelation nach Spearman: $r = -.464$

10.3.3.3 Einschätzung des Ernährungswissens nach der Ernährungsberatung

Das Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung wird von 51,9% der Befragten als Gut eingeschätzt. 34,6% glauben ein befriedigendes Ernährungswissen zu haben und nur 2,5% ein nicht genügendes. Die detaillierten Ergebnisse sind auch Tabelle 17 und Abbildung 30 zu entnehmen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr gut	3	3.7	3.7	3.7
	Gut	42	51.9	51.9	55.6
	Befriedigend	28	34.6	34.6	90.1
	Genügend	6	7.4	7.4	97.5
	Nicht genügend	2	2.5	2.5	100.0
Gesamt		81	100.0	100.0	

Tabelle 17: prozentuelle Häufigkeiten/Einschätzung des Ernährungswissens nach der Ernährungsberatung

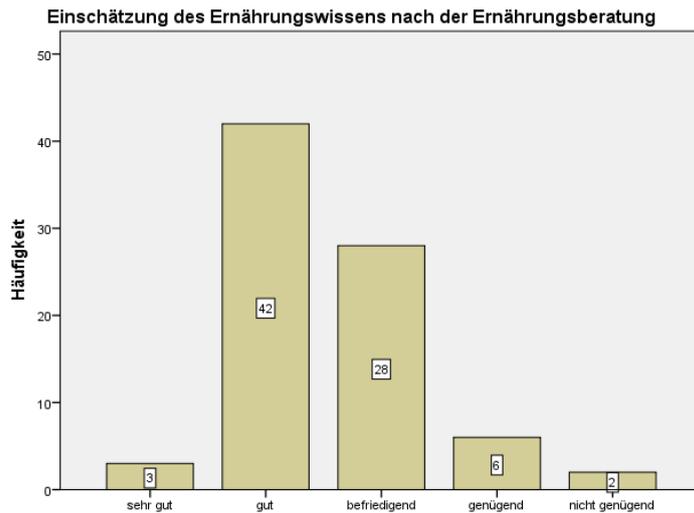


Abbildung 30: Häufigkeit/Einschätzung des Ernährungswissens nach der Ernährungsberatung

10.3.3.4 Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung und der Einschätzung des Ernährungswissens

Zwischen dem tatsächlichen Ernährungswissen und der Einschätzung des Ernährungswissens gibt es einen mittleren positiven Zusammenhang. Die stärkste Übereinstimmung besteht in der Kategorie „Gut“ (siehe Abbildung 31).

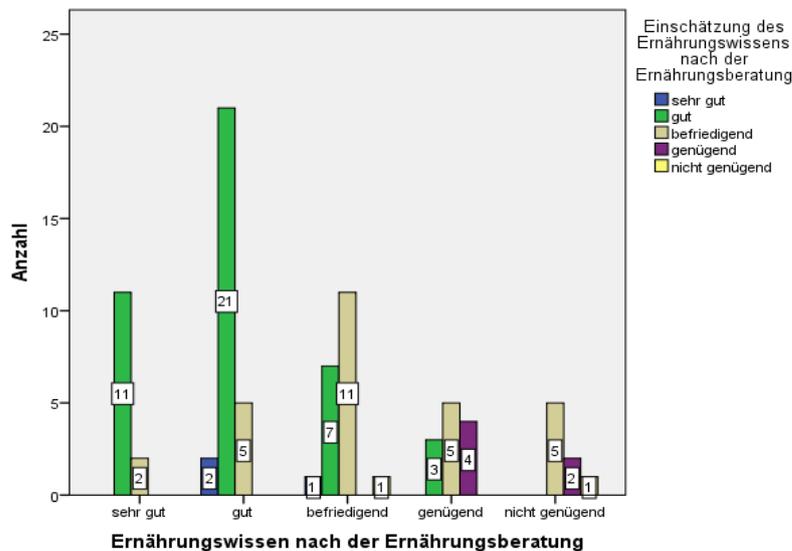


Abbildung 31: Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung und der Einschätzung des Ernährungswissens nach der Ernährungsberatung; Korrelation nach Spearman: $r=,584$

10.4 Beurteilung und Akzeptanz der Ernährungsberatung

10.4.1 Testung der zweiten Prüfhypothese

Eine Ernährungsberatung bei adipösen Menschen wird nicht positiv beurteilt und akzeptiert.

Diese Hypothese soll mit dem Wilcoxon-Test für eine Stichprobe bestätigt oder verworfen werden. Dieser Hypothesentest überprüft, ob der Median der Stichprobe von einem vorgegebenen (hypothetischen) Median abweicht (vgl. Weiß 2010, S. 205). Die Nullhypothese besagt, dass der Median der Stichprobe und der hypothetische Median gleich sind, also keinen Unterschied hinsichtlich der zentralen Tendenz aufweisen. Als hypothetischer Median wird der Skalenmedian von 2,5 angenommen. Die unter dem Skalenmedian liegenden Wertungen (1 und 2) werden als positive Wertungen bzw. als Zustimmung zur Aussage interpretiert, die über dem Skalenmedian liegenden Wertungen (3 und 4) als negative Wertungen bzw. als Ablehnung.

Zur Testung dieser Hypothese wurden zwei geeignete Items herangezogen: „Wie hat Ihnen die Ernährungsberatung gefallen?“ und „Ich habe viele Erkenntnisse mitgenommen“.

Das Item „Wie hat Ihnen die Ernährungsberatung gefallen?“ liegt mit einem Median von 1 deutlich unter dem Skalenmedian von 2,5. Dieser Unterschied ist höchst signifikant ($p=0,000$).

Das Item „Ich habe viele Erkenntnisse mitgenommen“ liegt mit einem Median von 1,5 ebenfalls deutlich unter dem Skalenmedian von 2,5. Auch dieser Unterschied ist höchst signifikant ($p=0,000$).

Damit eine differenzierte Auswertung der Beurteilung und Akzeptanz der Ernährungsberatung möglich ist, wurden zusätzlich zur Prüfung der Hypothese die prozentuellen Häufigkeiten aller Items ermittelt und auch bei ausgewählten Items Kreuztabellen mit den Merkmalen „Geschlecht“ und „höchster Schulabschluss“ erstellt.

10.4.1.1 Stellenwert der Ernährungsberatung

Die Mehrheit der Befragten gab an, dass ihnen von ärztlicher Seite nahegelegt wurde, eine Ernährungsberatung in Anspruch zu nehmen, was auch in ihrem Interesse war (49,4%). 30,9% der Patienten hatten um eine Beratung von sich aus gebeten, 12,3% bekamen eine Beratung ärztlich verordnet, zu der sie im weitesten Sinne zwangsverpflichtet wurden und 4,9% der Patienten wurde vom Lebenspartner eine Ernährungsberatung nahegelegt. Unter „sonstiges“ (2,5%) wurde angegeben, dass der Arzt den Vorschlag zur Beratung machte oder es wurden keine näheren Angaben gemacht. Es lässt sich ableiten, dass die Mehrzahl der Befragten eine Beratung auf freiwilliger Basis erhielt, wo entweder der Wunsch von

ihnen kam oder die Beratung auch in ihrem Interesse lag. Die folgende Tabelle und das Balkendiagramm geben einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

Stellenwert der Ernährungsberatung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Ich habe um eine Beratung von mir aus gebeten.	25	30.9	30.9	30.9
Es wurde mir von ärztlicher Seite nahegelegt, eine Beratung in Anspruch zu nehmen, was auch in meinem Interesse war.	40	49.4	49.4	80.2
Ich bekam eine Beratung ärztlich verordnet, zu der ich im weitesten Sinne zwangsverpflichtet wurde.	10	12.3	12.3	92.6
Meine Lebensgefährtin/mein Lebensgefährte legte mir nahe, eine Ernährungsberatung in Anspruch zu nehmen.	4	4.9	4.9	97.5
Sonstiges	2	2.5	2.5	100.0
Gesamt	81	100.0	100.0	

Tabelle 18: prozentuelle Häufigkeiten/Stellenwert der Ernährungsberatung

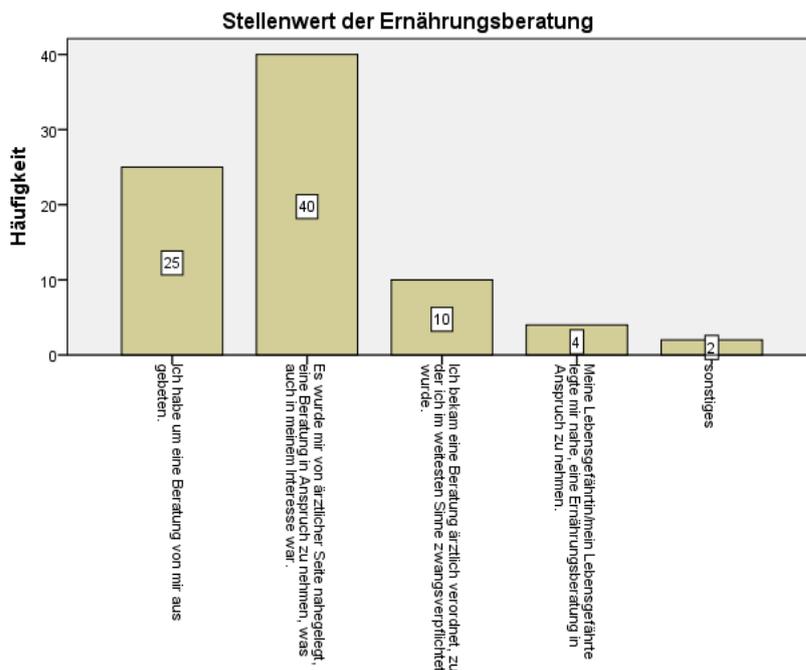


Abbildung 32: Häufigkeit/Stellenwert der Ernährungsberatung

10.4.1.1 Zusammenhang zwischen dem Stellenwert der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“

Auffallend ist, dass, obwohl in beiden Geschlechtskategorien die Antwortkategorie „Es wurde mir von ärztlicher Seite nahegelegt, eine Beratung in Anspruch zu nehmen, was auch in meinem Interesse war.“ dominiert, Frauen häufiger um eine Beratung von sich aus

gebeten haben als Männer. Auch wurde von Männern geringfügig öfter angegeben, dass der Lebenspartner ihnen nahe legte eine Beratung in Anspruch zu nehmen. Diese Ergebnisse sind auch aus Abbildung 33 ersichtlich.

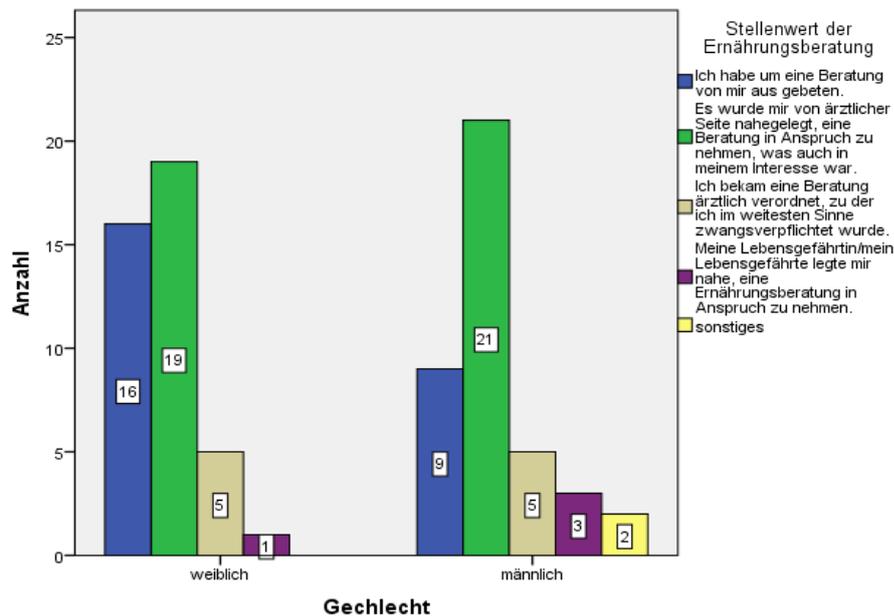


Abbildung 33: Zusammenhang zwischen dem Stellenwert der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r=,205$

10.4.1.1.2 Zusammenhang zwischen dem Stellenwert der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

In allen Bildungsschichten dominiert die Antwortkategorie „Es wurde mir von ärztlicher Seite nahegelegt, eine Beratung in Anspruch zu nehmen, was auch in meinem Interesse war.“ Vom Trend ausgenommen ist die allgemeine Pflichtschule und „andere“ Schulabschlüsse, da in dieser Kategorie die ersten zwei bzw. drei Antwortkategorien gleich oft genannt wurden. Allgemein lässt sich feststellen, dass Personen mit höherem Bildungsabschluss öfters von sich aus um eine Beratung gebeten haben als Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss und dass in niedrigeren Bildungsschichten in der vorliegenden Untersuchung auch eine Beratung durch den Ehepartner nahegelegt wurde. Abbildung 34 gibt einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

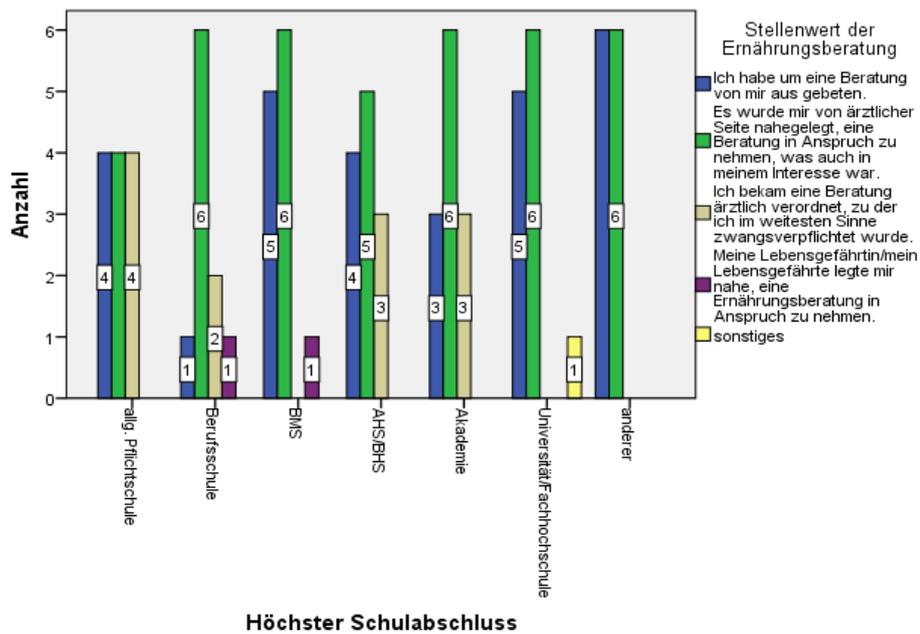


Abbildung 34: Zusammenhang zwischen dem Stellenwert der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r = -.206$

10.4.1.2 Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung

Die Mehrzahl der Befragten (48,1%) ließ die Ernährungsberatung neutral auf sich zukommen. 44,4% aller Patienten haben die Beratung schon mit großem Interesse und Neugier erwartet und 4,9% haben schon im Vorhinein eine ablehnende Haltung verspürt. Die detaillierten Ergebnisse sind auch Tabelle 19 und Abbildung 35 zu entnehmen.

Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich habe diese mit großem Interesse und Neugier erwartet.	36	44.4	45.6	45.6
	Ich ließ sie neutral auf mich zukomme.	39	48.1	49.4	94.9
	Ich habe schon im Vorhinein eine ablehnende Haltung verspürt.	4	4.9	5.1	100.0
	Gesamt	79	97.5	100.0	
Fehlend	keine Angabe	2	2.5		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 19: prozentuelle Häufigkeiten/Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung

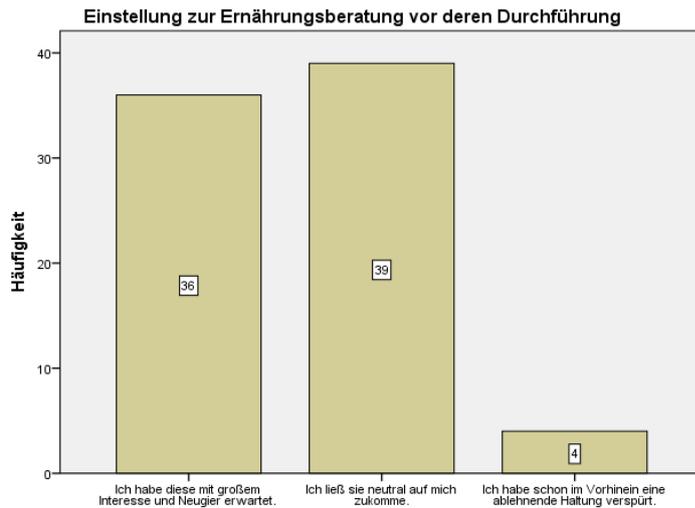


Abbildung 35: Häufigkeit/Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung

10.4.1.2.1 Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung und dem Merkmal „Geschlecht“

In der Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung ist bei Frauen und Männern ein deutlicher Unterschied erkennbar. In der Untersuchung haben Frauen die Ernährungsberatung mehrheitlich mit großem Interesse und Neugier erwartet, wobei Männer diese vorwiegend neutral auf sich zukommen ließen. Eine ablehnende Haltung gegenüber einer Ernährungsberatung im Vorhinein verspürten gleich viele Frauen wie Männer. Diese Ergebnisse sind auch in Abbildung 36 festgehalten.

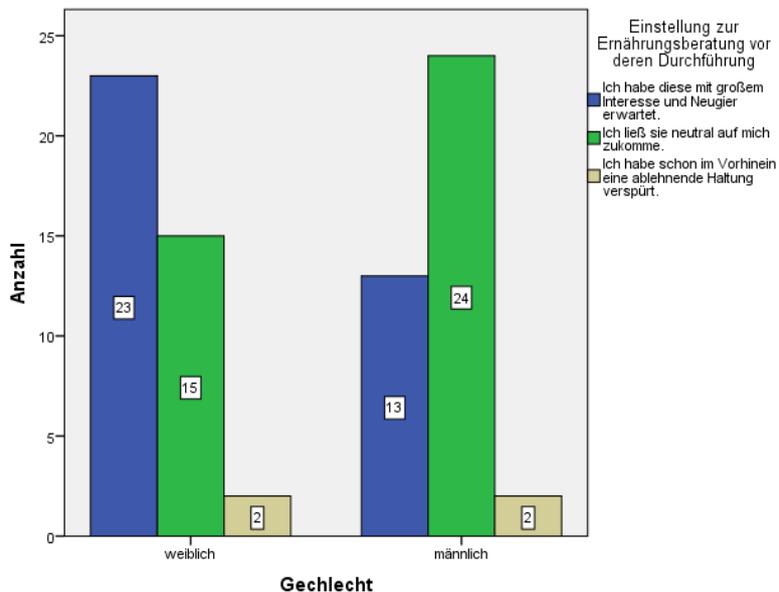


Abbildung 36: Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r = ,225$

10.4.1.2 Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Innerhalb der einzelnen Bildungsschichten lässt sich keine einheitlich dominante Antwortkategorie feststellen. Die Befragten mit dem höchsten Schulabschluss Universität/Fachhochschule und Akademie haben die Ernährungsberatung überwiegend mit großem Interesse und Neugier erwartet, jene mit dem Bildungsabschluss Berufsschule und allgemeine Pflichtschule ließen diese vorwiegend neutral auf sich zukommen. In den Bildungsschichten AHS/BHS, BMS und „andere“ Bildungsabschlüsse wurden die erste und zweite Antwortkategorie gleich oft genannt. Generell lässt sich feststellen, dass in höheren Bildungsschichten die Patienten die Ernährungsberatung eher mit großem Interesse und Neugier erwartet haben als in niedrigeren Bildungsschichten. In diesen ließen die Befragten die Beratung mehrheitlich neutral auf sich zukommen. Bezüglich der Antwortkategorie „Ich habe schon im Vorhinein eine ablehnende Haltung verspürt“ lässt sich keine bildungsschichtspezifische Aussage treffen. Einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 37.

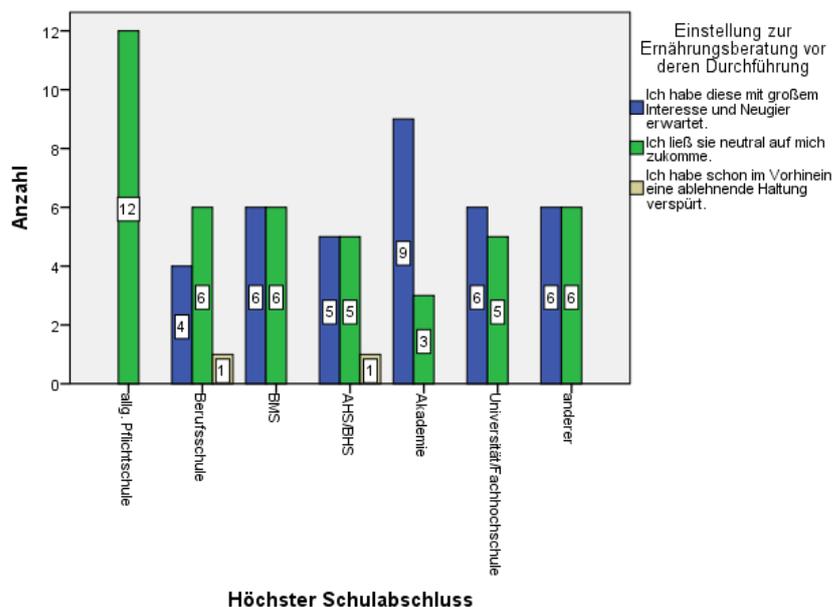


Abbildung 37: Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r = -,310$

10.4.1.3 Allgemeine Beurteilung der Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung wurde von allen Befragten durchaus positiv beurteilt. 51,9% bewerteten sie mit Sehr gut, 48,1% mit Gut. Die Kategorien „weniger gut“ und „nicht gut“ wurden nicht genannt. Die folgende Tabelle und das Balkendiagramm geben einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

Beurteilung der Ernährungsberatung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	42	51.9	51.9
	gut	39	48.1	100.0
	Gesamt	81	100.0	100.0

Tabelle 20: prozentuelle Häufigkeiten/Beurteilung der Ernährungsberatung

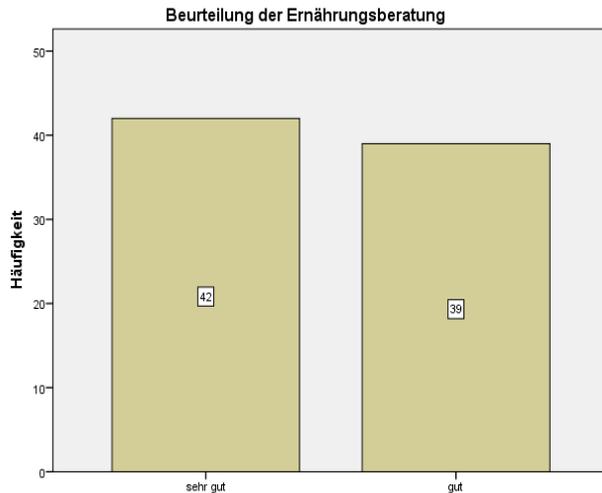


Abbildung 38: Häufigkeit/allgemeine Beurteilung der Ernährungsberatung

10.4.1.3.1 Zusammenhang zwischen der allgemeinen Beurteilung der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“

Obwohl beide Geschlechter die Ernährungsberatung als Sehr gut oder Gut bewerteten, beurteilten die Männer die Ernährungsberatung geringfügig besser als die Frauen (siehe Abbildung 39).

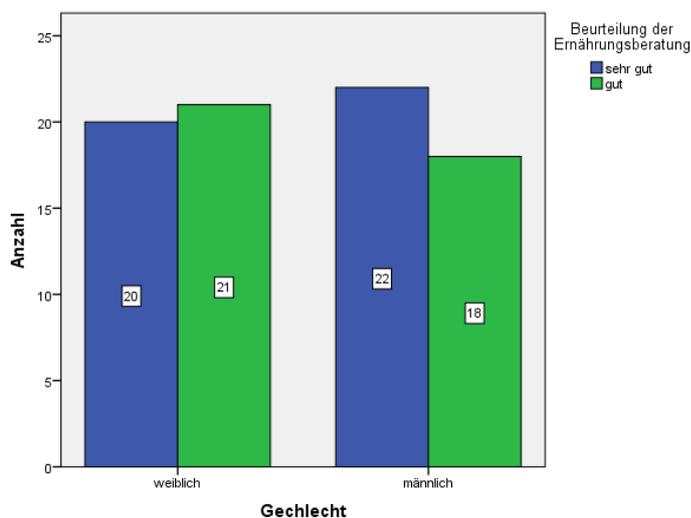


Abbildung 39: Zusammenhang zwischen der allgemeinen Beurteilung der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r = -,062$

10.4.1.3.2 Zusammenhang zwischen der allgemeinen Beurteilung der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Alle Bildungsabschlüsse, außer der der Universität/Fachhochschule und der Kategorie „anderer“, beurteilten die Ernährungsberatung überwiegend als Sehr gut. Die beiden genannten bewerteten sie öfter bzw. ausschließlich mit Gut. Allgemein beurteilten niedrigere Bildungsschichten die Ernährungsberatung besser als höhere Bildungsschichten. Die Ergebnisse sind in Abbildung 40 anschaulich dargestellt.

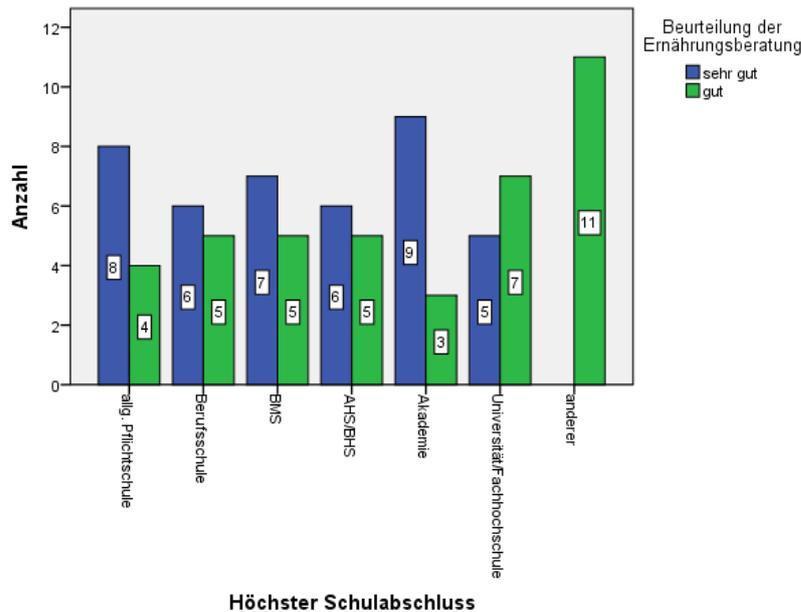


Abbildung 40: Zusammenhang zwischen der allgemeinen Beurteilung der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r = ,292$

10.4.1.4 Empfindung der Atmosphäre der Ernährungsberatung

Die Atmosphäre der Ernährungsberatung wurde überwiegend als angenehm beurteilt (90,1%). 9,9% aller Befragten empfanden sie als tolerierbar (siehe Tabelle 21 und Abbildung 41). Die Kategorie „unangenehm“ wurde von keinem Patienten angegeben.

Empfindung der Atmosphäre der Ernährungsberatung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig angenehm	73	90.1	90.1	90.1
tolerierbar	8	9.9	9.9	100.0
Gesamt	81	100.0	100.0	

Tabelle 21: prozentuelle Häufigkeiten/Empfindung der Atmosphäre der Ernährungsberatung

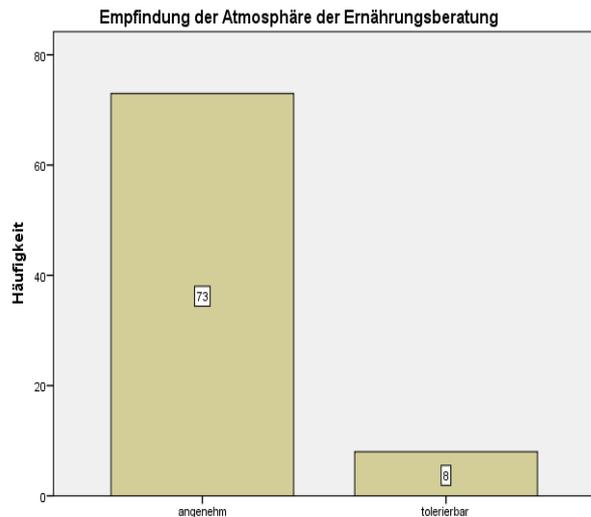


Abbildung 41: Häufigkeit/Empfindung der Atmosphäre der Ernährungsberatung

10.4.1.4.1 Zusammenhang zwischen der Empfindung der Atmosphäre der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“

Sowohl Frauen als auch Männer empfanden die Ernährungsberatung mehrheitlich als angenehm. Die Kategorie „tolerierbar“ wurde von beiden Geschlechtern gleich oft genannt. Diese Ergebnisse sind auch aus Abbildung 42 ersichtlich.

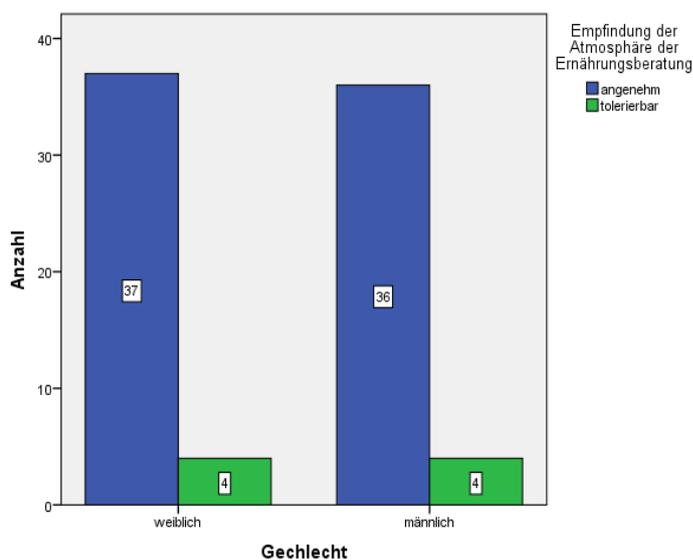


Abbildung 42: Zusammenhang zwischen der Empfindung der Atmosphäre der Ernährungsberatung mit dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r=,004$

10.4.1.5 Zusammenhang zwischen der Empfindung der Atmosphäre der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Alle Bildungsschichten haben die Ernährungsberatung mehrheitlich als angenehm empfunden. Die Berufsschule, die BMS und die Universität/Fachhochschule gaben auch

vereinzelt eine tolerierbare Atmosphäre der Ernährungsberatung an. Einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 43.

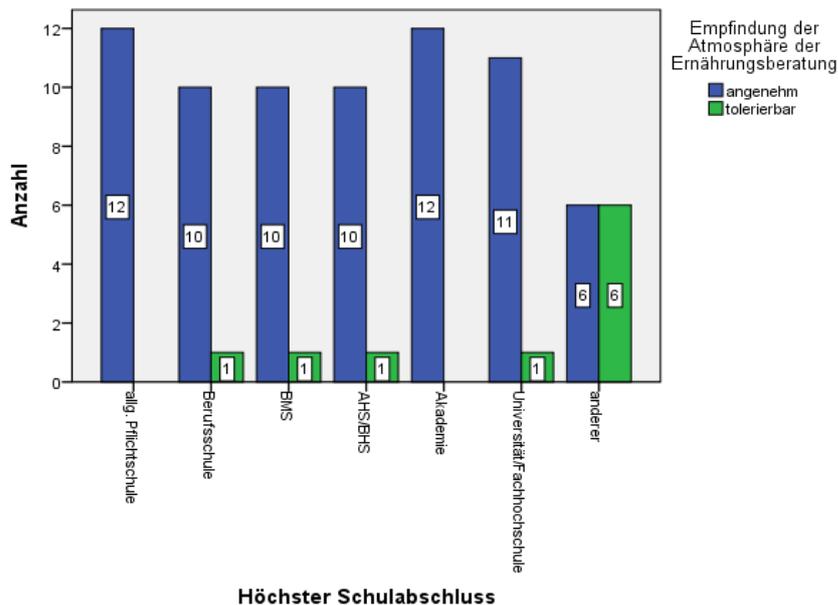


Abbildung 43: Zusammenhang zwischen der Empfindung der Atmosphäre der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r = ,314$

10.4.1.6 Zeitliche Komponente der Ernährungsberatung

Die Mehrzahl der Befragten gab an, dass die Zeit, die für die Ernährungsberatung zur Verfügung stand, völlig ausreichend war (79%). 16% hätten gerne mehr Zeit zur Verfügung gehabt, jedoch waren sie der Ansicht, dass die wichtigsten Punkte besprochen werden konnten. Für 4,9% der Patienten war die vorgesehene Zeit zu kurz. Die folgende Tabelle und das Balkendiagramm geben einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

zeitliche Komponente der Ernährungsberatung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja, die Zeit war völlig ausreichend.	64	79.0	79.0	79.0
Ich hätte gerne mehr Zeit zur Verfügung gehabt, die wichtigsten Punkte konnten jedoch besprochen werden.	13	16.0	16.0	95.1
Nein, die vorgesehene Zeit war zu kurz.	4	4.9	4.9	100.0
Gesamt	81	100.0	100.0	

Tabelle 22: prozentuelle Häufigkeiten/zeitliche Komponente der Ernährungsberatung

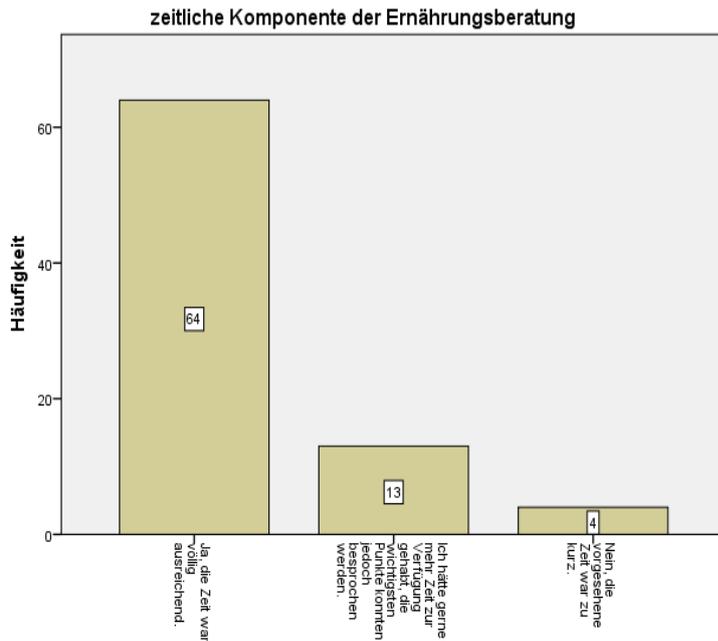


Abbildung 44: Häufigkeit/zeitliche Komponente der Ernährungsberatung

10.4.1.6.1 Zusammenhang zwischen der zeitlichen Komponente der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“

Sowohl für Männer als auch Frauen war die Zeit für die Ernährungsberatung gleichermaßen mehrheitlich völlig ausreichend. Auch bei den anderen beiden Kategorien gab es nahezu gleiche Antworttendenzen (siehe Abbildung 45).

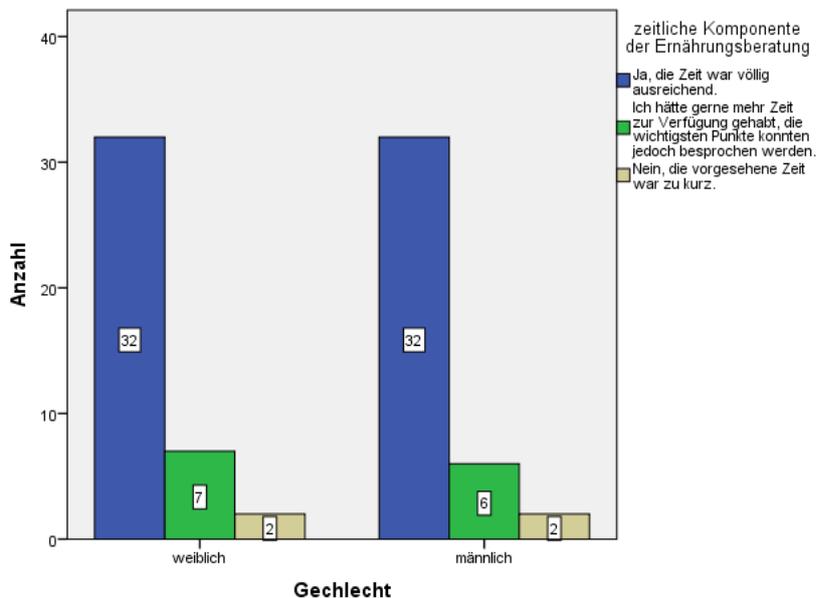


Abbildung 45: Zusammenhang zwischen der zeitlichen Komponente der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r = -.022$

10.4.1.6.2 Zusammenhang zwischen der zeitlichen Komponente der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Alle Bildungsschichten beurteilten die zeitliche Komponente der Ernährungsberatung mehrheitlich als völlig ausreichend. In der Bildungsschicht Akademie wurde die erste und die zweite Antwortkategorie gleich oft genannt. Die Schulabschlüsse Berufsschule, AHS/BHS, Akademie, Universität/Fachhochschule und „andere“ hätten vereinzelt auch gerne mehr Zeit zur Verfügung gehabt, wobei das Wichtigste jedoch besprochen wurde. Für die Schulabschlüsse BMS, AHS/BHS und Universität/Fachhochschule war die Zeit für die Ernährungsberatung teilweise zu kurz. Die Ergebnisse sind in der folgende Abbildung anschaulich dargestellt.

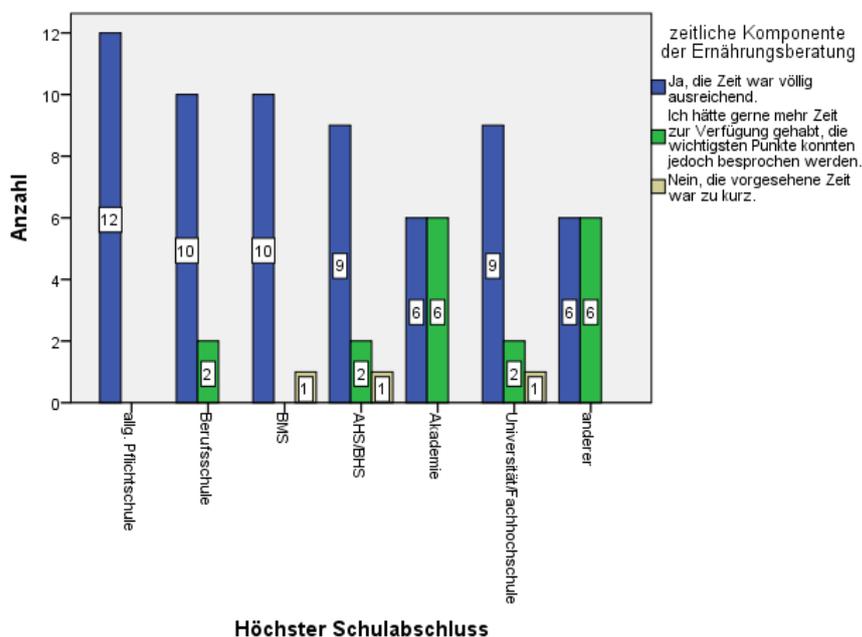


Abbildung 46: Zusammenhang zwischen der zeitlichen Komponente der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r=,330$

10.4.1.7 Erfüllung der Erwartungen an die Ernährungsberatung

Für die Mehrheit der Befragten haben sich die Erwartungen an die Ernährungsberatung völlig erfüllt (49,4%). 25,9% der Patienten gaben an, dass sich ihre Erwartungen zum größten Teil erfüllt haben. Bei 21% haben sich die Erwartungen übertroffen und für 2,5% haben sie sich kaum erfüllt. Die detaillierten Ergebnisse sind auch Tabelle 23 und Abbildung 47 zu entnehmen.

Erfüllung der Erwartungen an die Ernährungsberatung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja, übertroffen	17	21.0	21.3	21.3
	ja, völlig	40	49.4	50.0	71.3
	ja, zum größten Teil	21	25.9	26.3	97.5
	nein, kaum	2	2.5	2.5	100.0
	Gesamt	80	98.8	100.0	
Fehlend	keine Angabe	1	1.2		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 23: prozentuelle Häufigkeiten/Erfüllung der Erwartungen an die Ernährungsberatung

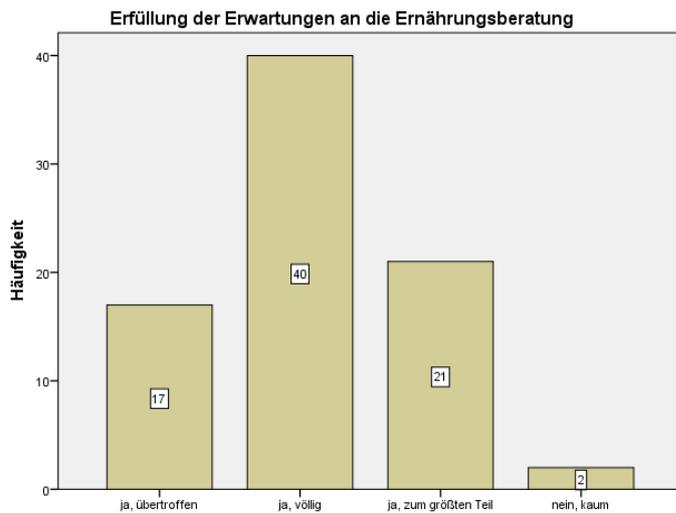


Abbildung 47: Häufigkeit/Erfüllung der Erwartungen an die Ernährungsberatung

10.4.1.7.1 Zusammenhang zwischen der Erfüllung der Erwartungen an die Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“

Bei Frauen als auch bei Männern dominiert die Antwortkategorie der völligen Erfüllung der Erwartungen an die Ernährungsberatung beinahe in gleichem Ausmaß. Generell lässt sich feststellen, dass sich in geringem Maß bei Männern die Erwartungen an die Ernährungsberatung mehr erfüllt haben als bei Frauen. Diese Ergebnisse sind auch aus Abbildung 48 ersichtlich.

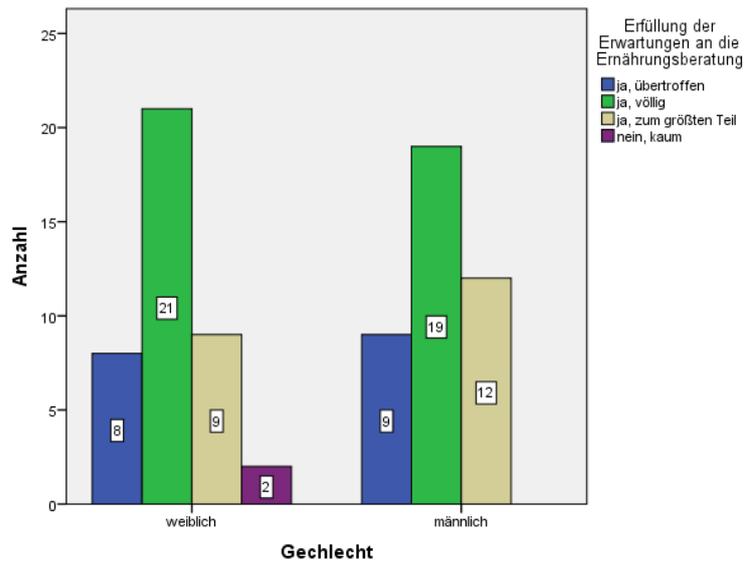


Abbildung 48: Zusammenhang zwischen der Erfüllung der Erwartungen an die Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r=-,012$

10.4.1.7.2 Zusammenhang zwischen der Erfüllung der Erwartungen an die Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Alle Bildungsabschlüsse mit Ausnahme der Akademie gaben mehrheitlich an, dass sich die Erwartungen an die Ernährungsberatung völlig erfüllt haben. Bei „anderen“ Bildungsabschlüssen wurde diese Antwortkategorie in gleichem Ausmaß wie die Kategorie „nein, kaum“ genannt. Beim Bildungsabschluss Akademie war die vorherrschende Antworttendenz „ja, zum größten Teil“. Die Befragten des Bildungsabschlusses Berufsschule, BMS, AHS/BHS und Universität/Fachhochschule gaben auch an, dass die Erwartungen an die Ernährungsberatung teilweise übertroffen wurden. Abbildung 49 gibt einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

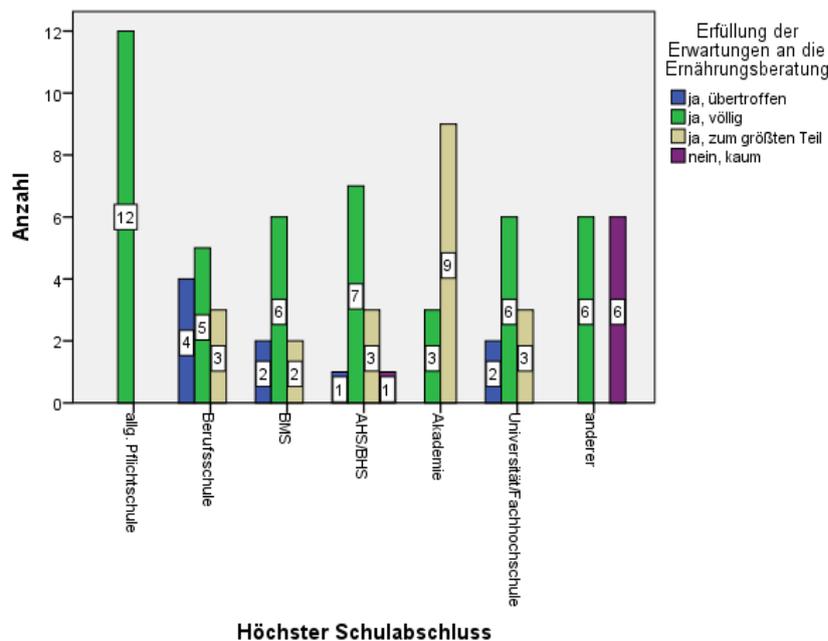


Abbildung 49: Zusammenhang zwischen der Erfüllung der Erwartungen an die Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r=,353$

10.4.1.8 Andere Erwartungen an die Ernährungsberatung

Insgesamt wurden von zwei Befragten zusätzliche und andere Erwartungen an die Ernährungsberatung angegeben. Diese hätten sich klare Regeln für eine gesundheitsbewusste Ernährung, mehr Eingehen auf die persönliche Situation und eine eingehendere Beratung, die nicht nur in der Ausgabe aus Zetteln bestand, erwartet.

10.4.1.9 Beurteilung „Mitnahme neuer Erkenntnisse“

Für die Mehrzahl der Befragten trifft die Aussage „Ich habe viele neue Erkenntnisse mitgenommen.“ zu (46,9%). 30,9% der Patienten gaben an, dass diese Aussage eher zutrifft, 16%, dass sie eher nicht zutrifft und 2,5%, dass sie nicht zutrifft (siehe Tabelle 24 und Abbildung 50).

Ich habe viele neue Erkenntnisse mitgenommen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	38	46.9	48.7	48.7
	trifft eher zu	25	30.9	32.1	80.8
	trifft eher nicht zu	13	16.0	16.7	97.4
	trifft nicht zu	2	2.5	2.6	100.0
	Gesamt	78	96.3	100.0	
Fehlend	keine Angabe	3	3.7		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 24: prozentuelle Häufigkeit/Item „Ich habe viele neue Erkenntnisse mitgenommen.“

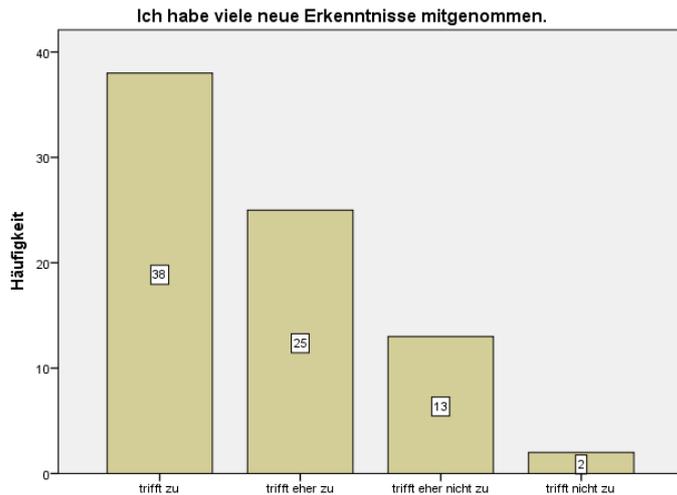


Abbildung 50: Häufigkeit/Item „Ich habe viele neue Erkenntnisse mitgenommen.“

10.4.1.9.1 Zusammenhang zwischen der Beurteilung „Mitnahme neuer Erkenntnisse“ und dem Merkmal „Geschlecht“

Sowohl Frauen als auch Männer haben überwiegend angegeben, dass die Aussage „Ich habe viele neue Erkenntnisse mitgenommen.“ zutrifft. Zwischen den Geschlechtern gibt es keinen wesentlichen Unterschied in der Mitnahme neuer Erkenntnisse (siehe Abbildung 51).

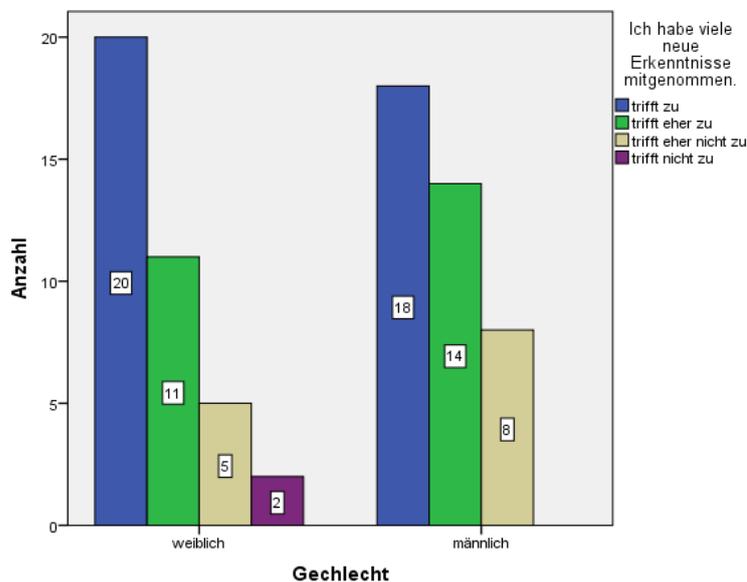


Abbildung 51: Zusammenhang zwischen der Beurteilung „Mitnahme neuer Erkenntnisse“ und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r=,056$

10.4.1.9.2 Zusammenhang zwischen der Beurteilung „Mitnahme neuer Erkenntnisse“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Bei allen Bildungsschichten, mit Ausnahme der Universität/Fachhochschule, dominiert bei diesem Item die Antwortkategorie „trifft zu“. Bei der Kategorie „andere“ Schulabschlüsse

wurde diese gleich oft wie die Antwortkategorie „trifft nicht zu“ genannt. Beim Schulabschluss Universität/Fachhochschule wurden am häufigsten die Kategorien „trifft eher zu“ und „trifft eher nicht zu“ genannt. Allgemein lässt sich feststellen, dass niedrigere Bildungsschichten mehr Erkenntnisse aus der Ernährungsberatung mitgenommen haben als höhere Bildungsschichten. Die Ergebnisse sind in der folgenden Abbildung anschaulich dargestellt.

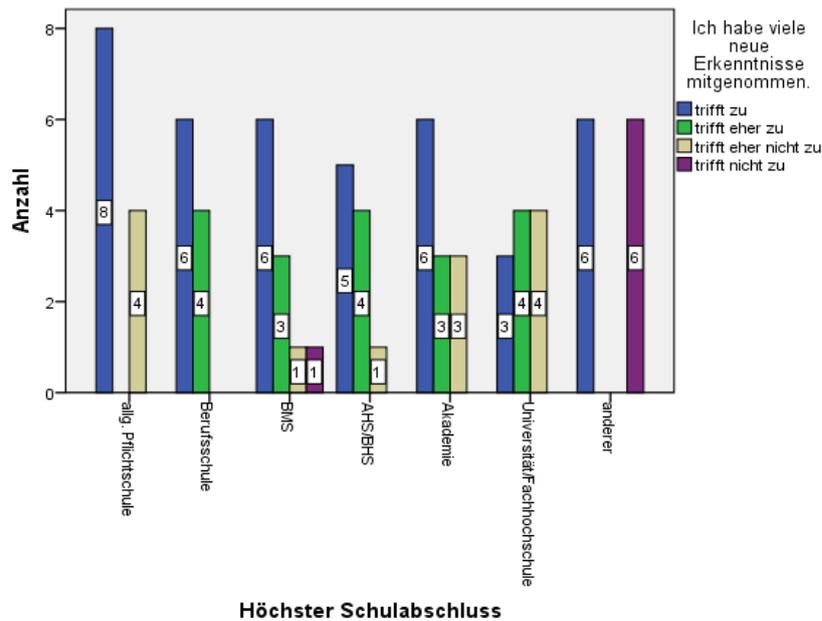


Abbildung 52: Zusammenhang zwischen der Beurteilung „Mitnahme neuer Erkenntnisse“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r = -0,238$

10.4.1.9.3 Beurteilung „persönliches Eingehen auf den Patienten durch den Diätologen“

Bei der Aussage „Die Diätologin/der Diätologe ist auf meine persönlichen Anliegen eingegangen.“ bewerteten 74,1% der Befragten mit „trifft zu“. Für 21% der Patienten trifft diese Aussage „eher zu“, für 2,5% trifft sie eher nicht zu und für 1,2% trifft sie nicht zu (siehe Tabelle 25 und Abbildung 53).

Die Diätologin/der Diätologe ist auf meine persönlichen Anliegen eingegangen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	60	74.1	75.0	75.0
	trifft eher zu	17	21.0	21.3	96.3
	trifft eher nicht zu	2	2.5	2.5	98.8
	trifft nicht zu	1	1.2	1.3	100.0
	Gesamt	80	98.8	100.0	
Fehlend	keine Angabe	1	1.2		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 25: prozentuelle Häufigkeiten/Item „Die Diätologin/der Diätologe ist auf meine persönlichen Anliegen eingegangen.“

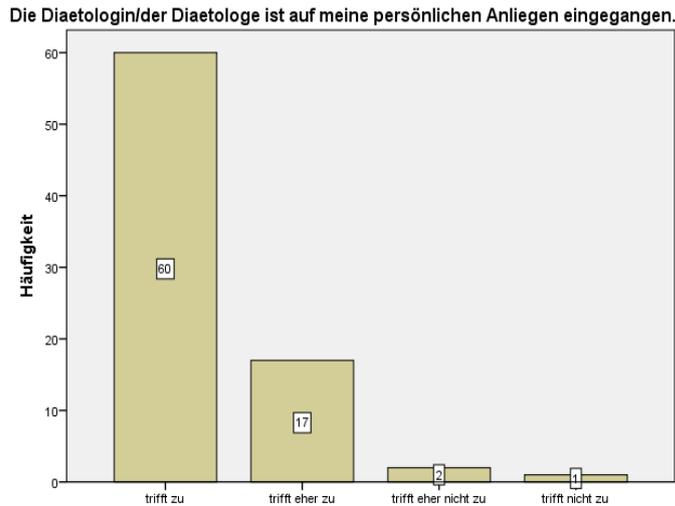


Abbildung 53: Häufigkeit/Item „Die Diätologin/der Diätologe ist auf meine persönlichen Anliegen eingegangen.“

10.4.1.9.4 Zusammenhang zwischen der Beurteilung „persönliches Eingehen auf den Patienten durch den Diätologen“ und dem Merkmal „Geschlecht“

Für Frauen als auch für Männer trifft die Aussage „Die Diätologin/der Diätologe ist auf meine persönlichen Anliegen eingegangen.“ in gleichem Ausmaß zu. Allgemein kann man festhalten, dass es bei den Geschlechtern keinen wesentlichen Unterschied in der Bewertung dieser Aussage gibt (siehe Abbildung 54).

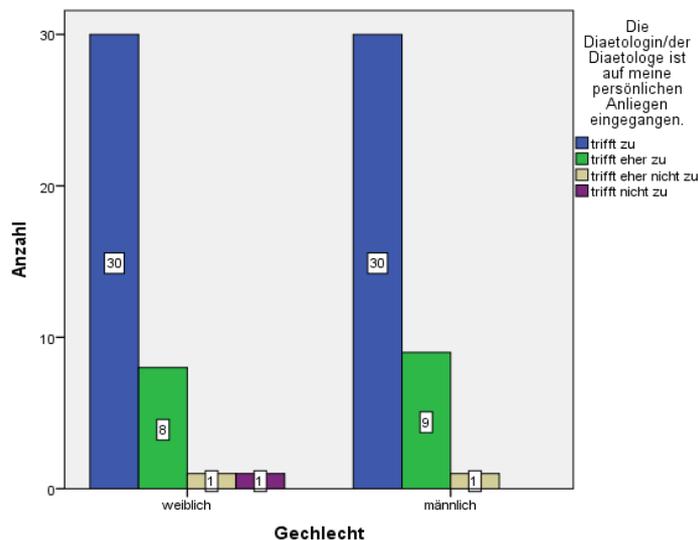


Abbildung 54: Zusammenhang zwischen der Beurteilung „persönliches Eingehen auf den Patienten durch den Diätologen“ und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r = -.008$

10.4.1.9.5 Zusammenhang zwischen der Beurteilung „persönliches Eingehen auf den Patienten durch den Diätologen“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Bei allen Bildungsabschlüssen, ausgenommen beim Bildungsabschluss „anderer“ dominiert die Antwortkategorie „trifft zu“. Beim Bildungsabschluss allgemeine Pflicht-

schule wurde mehrheitlich die Kategorie „trifft zu“ gleichermaßen wie die Kategorie „trifft eher zu“ genannt. Bei anderen Bildungsabschlüssen trifft die Aussage „Die Diätologin/der Diätologe ist auf meine persönlichen Anliegen eingegangen.“ eher bzw. eher nicht zu. Es lässt sich bei diesem Item kein Unterschied zwischen höheren und niedrigeren Bildungsabschlüssen feststellen (siehe Abbildung 55).

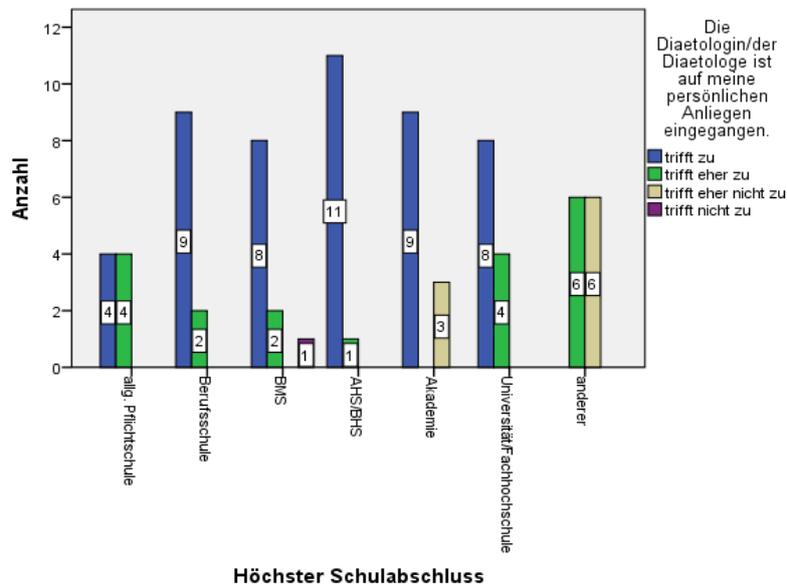


Abbildung 55: Zusammenhang zwischen der Beurteilung „persönliches Eingehen auf den Patienten durch den Diätologen“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r=,359$

10.4.1.10 Beurteilung des Faktors Spaß bei der Ernährungsberatung

Für die Mehrzahl der Befragten (49,4%) trifft die Aussage „Ich hatte viel Spaß bei der Ernährungsberatung.“ zu. Für 33,3% der Patienten trifft sie eher zu, für 11,1% eher nicht und für 1,2% trifft sie nicht zu (siehe Tabelle 26 und Abbildung 56).

Ich hatte viel Spaß bei der Ernährungsberatung.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	40	49.4	51.9	51.9
	trifft eher zu	27	33.3	35.1	87.0
	trifft eher nicht zu	9	11.1	11.7	98.7
	trifft nicht zu	1	1.2	1.3	100.0
	Gesamt	77	95.1	100.0	
Fehlend	keine Angabe	4	4.9		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 26: prozentuelle Häufigkeiten/Item „Ich hatte viel Spaß bei der Ernährungsberatung.“



Abbildung 56: Häufigkeit/Item „Ich hatte viel Spaß bei der Ernährungsberatung.“

10.4.1.10.1 Zusammenhang zwischen dem Faktor Spaß bei der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“

Sowohl Frauen als auch Männer beurteilten das Item „Ich hatte viel Spaß bei der Ernährungsberatung.“ mehrheitlich mit „trifft zu“. Aus Abbildung 57 ist ersichtlich, dass Männer mehr Spaß bei der Ernährungsberatung hatten als Frauen.

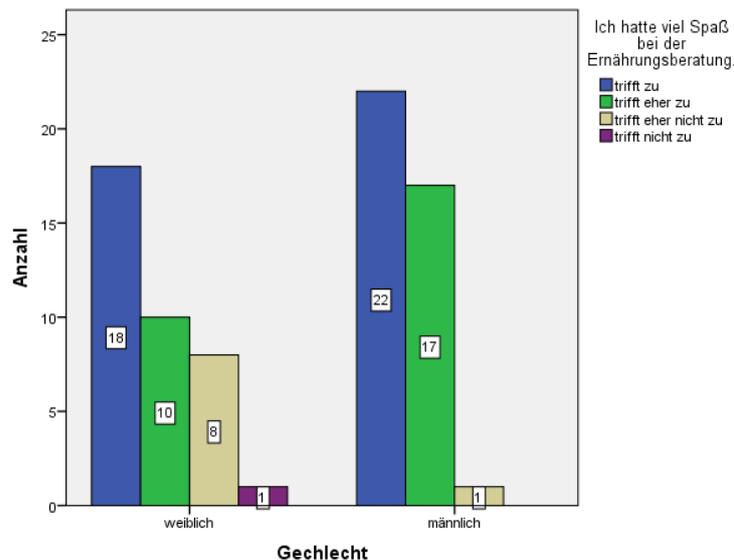


Abbildung 57: Zusammenhang zwischen dem Faktor Spaß bei der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r=-,154$

10.4.1.10.2 Zusammenhang zwischen dem Faktor Spaß bei der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

In allen Bildungsschichten überwiegt bei diesem Item die Antwortkategorie „trifft zu“. Eine Ausnahme ist hier der Bildungsabschluss Akademie, hier dominiert die Kategorie „trifft eher zu“. Beim Schulabschluss allgemeine Pflichtschule und „anderen“ Schulabschlüsse wird die Kategorie „trifft zu“ gleich oft wie die Kategorie „trifft eher zu“ bzw.

„trifft eher nicht zu“ genannt. Zwischen höheren und niedrigen Bildungsschichten besteht kein wesentlicher Unterschied im Faktor Spaß in der Ernährungsberatung. Diese Ergebnisse sind in Abbildung 58 anschaulich dargestellt.

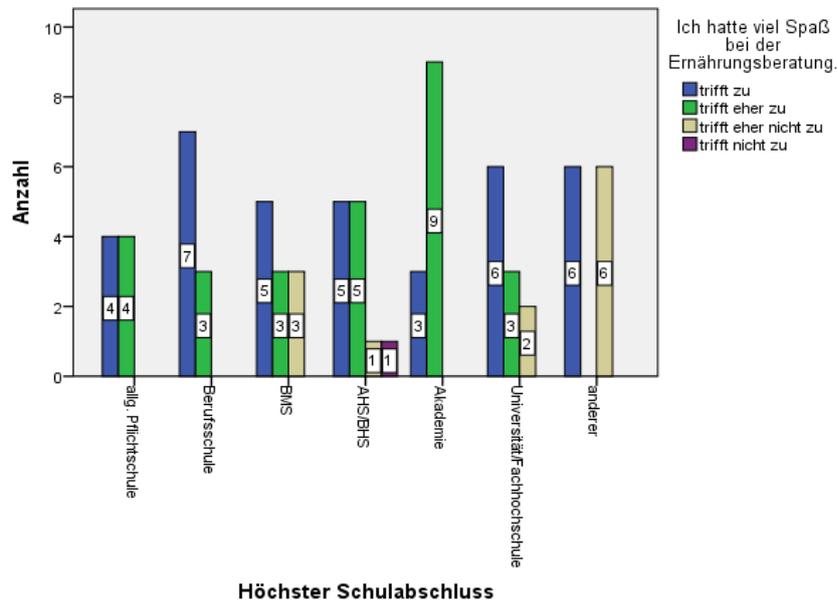


Abbildung 58: Zusammenhang zwischen dem Faktor Spaß bei der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r = -0,160$

10.4.1.11 Beurteilung einzelner Elemente der Ernährungsberatung

Die Befragten hatten die Möglichkeit einzelne vorgegebene Elemente der Ernährungsberatung zu beurteilen. Es wurden alle Elemente durchaus positiv bewertet. Die folgenden Elemente wurden mehrheitlich mit „sehr gefallen“ beurteilt: Analyse des eigenen Essverhaltens, allgemeine Informationen über eine ausgewogene Ernährung, Besprechung einer günstigen Lebensmittelauswahl, Berücksichtigung der individuellen Situation, praktische Tipps bezogen auf das Kochen, Veranschaulichung durch Beratungsmaterial. Die zweit häufigste Antwortkategorie dieser genannten Elemente war „gefallen“. Die Elemente Information über Nährwerte und Nährstoffe, Aufzeigen, wie das Ernährungsverhalten beeinflusst werden kann, Information zu den Risikofaktoren der Adipositas und Information zu den Risiken von falscher Ernährung wurden mit „gefallen“ bewertet, gefolgt von der Kategorie „sehr gefallen“. Die nachfolgenden Tabellen und Balkendiagramme geben einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

Element Analyse des eigenen Essverhaltens

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gefallen	36	44.4	48.6	48.6
	gefallen	34	42.0	45.9	94.6
	weniger gefallen	4	4.9	5.4	100.0
	Gesamt	74	91.4	100.0	
Fehlend	keine Angabe	7	8.6		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 27: prozentuelle Häufigkeiten/ Element „Analyse des eigenen Essverhaltens“

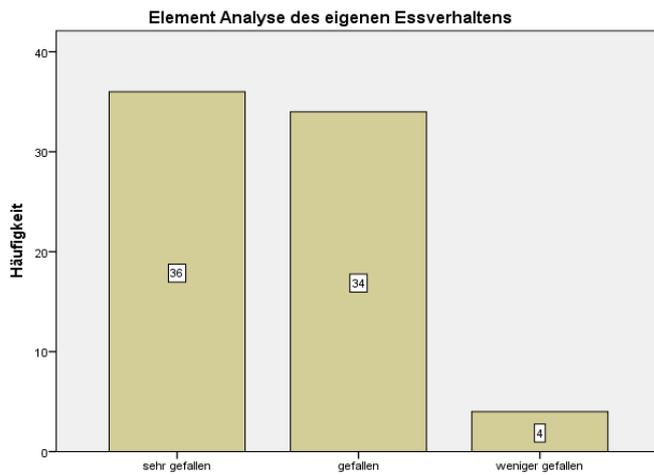


Abbildung 59: Häufigkeit/ Element „Analyse des eigenen Essverhaltens“

Element allgemeine Informationen über eine ausgewogene Ernährung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gefallen	41	50.6	53.2	53.2
	gefallen	33	40.7	42.9	96.1
	weniger gefallen	3	3.7	3.9	100.0
	Gesamt	77	95.1	100.0	
Fehlend	keine Angabe	4	4.9		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 28: prozentuelle Häufigkeiten/Element „allgemeine Informationen über eine ausgewogene Ernährung“

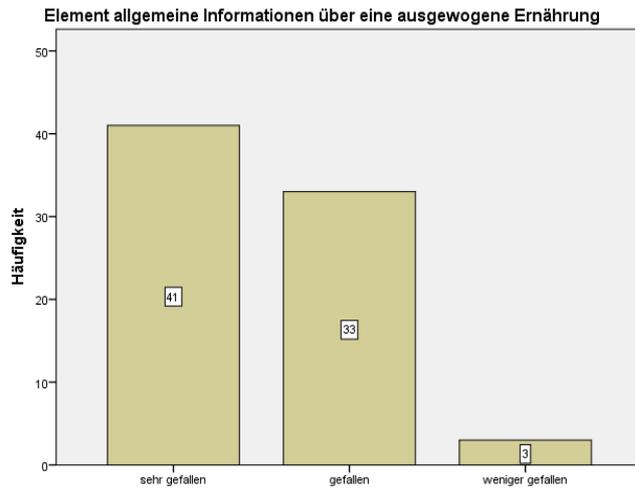


Abbildung 60: Häufigkeit/Element „allgemeine Informationen über eine ausgewogene Ernährung“

Element Besprechung einer günstigen Lebensmittelauswahl

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gefallen	40	49.4	54.1	54.1
	gefallen	32	39.5	43.2	97.3
	weniger gefallen	2	2.5	2.7	100.0
	Gesamt	74	91.4	100.0	
Fehlend	keine Angabe	7	8.6		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 29: prozentuelle Häufigkeiten/Element „Besprechung einer günstigen Lebensmittelauswahl“

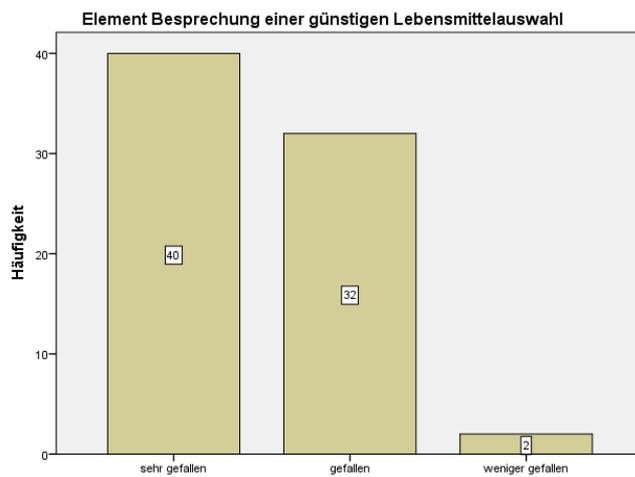


Abbildung 61: Häufigkeit/Element „Besprechung einer günstigen Lebensmittelauswahl“

Element Informationen über Nährwerte und Nährstoffe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gefallen	28	34.6	38.9	38.9
	gefallen	38	46.9	52.8	91.7
	weniger gefallen	4	4.9	5.6	97.2
	nicht gefallen	2	2.5	2.8	100.0
	Gesamt	72	88.9	100.0	
Fehlend	keine Angabe	9	11.1		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 30: prozentuelle Häufigkeiten/Element „Informationen über Nährwerte und Nährstoffe“

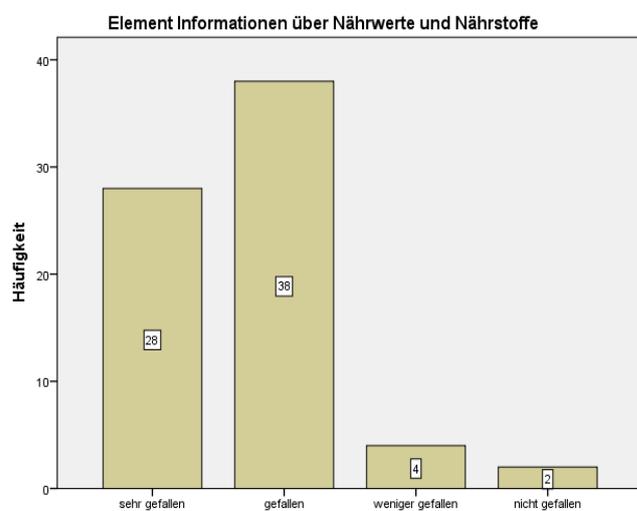


Abbildung 62: Häufigkeit/Element „Informationen über Nährwerte und Nährstoffe“

Element Berücksichtigung der individuellen Situation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gefallen	45	55.6	60.8	60.8
	gefallen	27	33.3	36.5	97.3
	weniger gefallen	1	1.2	1.4	98.6
	nicht gefallen	1	1.2	1.4	100.0
	Gesamt	74	91.4	100.0	
Fehlend	keine Angabe	7	8.6		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 31: prozentuelle Häufigkeiten/Element „Berücksichtigung der individuellen Situation“

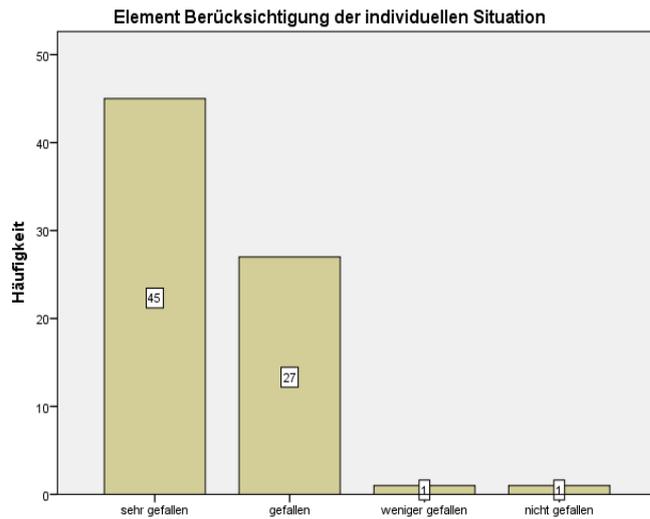


Abbildung 63: Häufigkeit/Element „Berücksichtigung der individuellen Situation“

Element praktische Tipps bezogen auf das Kochen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gefallen	36	44.4	50.0	50.0
	gefallen	31	38.3	43.1	93.1
	weniger gefallen	4	4.9	5.6	98.6
	nicht gefallen	1	1.2	1.4	100.0
	Gesamt	72	88.9	100.0	
Fehlend	keine Angabe	9	11.1		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 32: prozentuelle Häufigkeiten/Element „praktische Tipps bezogen auf das Kochen“

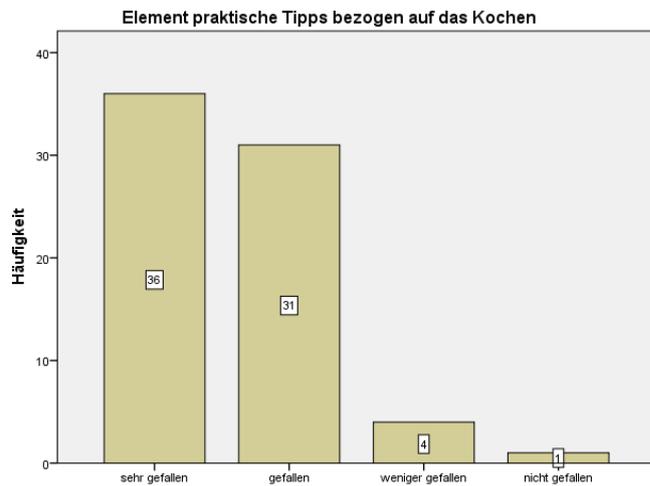


Abbildung 64: Häufigkeit/Element „praktische Tipps bezogen auf das Kochen“

Element Aufzeigen, wie das Ernährungsverhalten beeinflusst werden kann

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gefallen	33	40.7	45.2	45.2
	gefallen	36	44.4	49.3	94.5
	weniger gefallen	4	4.9	5.5	100.0
	Gesamt	73	90.1	100.0	
Fehlend	keine Angabe	8	9.9		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 33: prozentuelle Häufigkeiten/Element „Aufzeigen wie das Ernährungsverhalten beeinflusst werden kann“

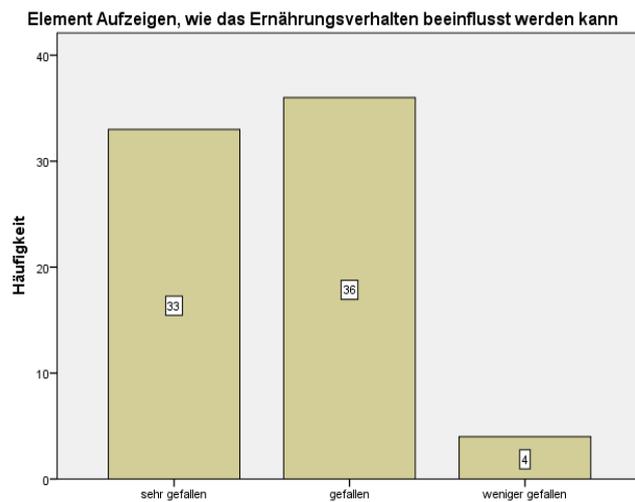


Abbildung 65: Häufigkeit/Element „Aufzeigen wie das Ernährungsverhalten beeinflusst werden kann“

Element Information zu den Risikofaktoren der Adipositas

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gefallen	25	30.9	35.2	35.2
	gefallen	41	50.6	57.7	93.0
	weniger gefallen	3	3.7	4.2	97.2
	nicht gefallen	2	2.5	2.8	100.0
	Gesamt	71	87.7	100.0	
Fehlend	keine Angabe	10	12.3		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 34: prozentuelle Häufigkeiten/Element „Information zu den Risikofaktoren der Adipositas“

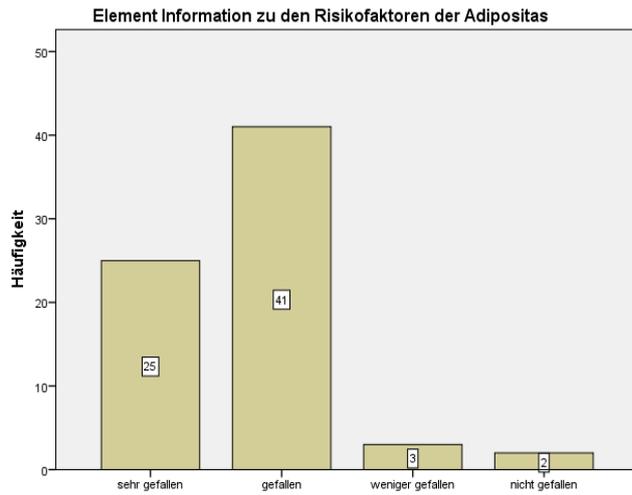


Abbildung 66: Häufigkeit/Element „Information zu den Risikofaktoren der Adipositas“

Element Information zu den Risiken von falscher Ernährung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gefallen	30	37.0	41.1	41.1
	gefallen	39	48.1	53.4	94.5
	weniger gefallen	4	4.9	5.5	100.0
	Gesamt	73	90.1	100.0	
Fehlend	keine Angabe	8	9.9		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 35: prozentuelle Häufigkeiten/Element „Information zu den Risiken von falscher Ernährung“

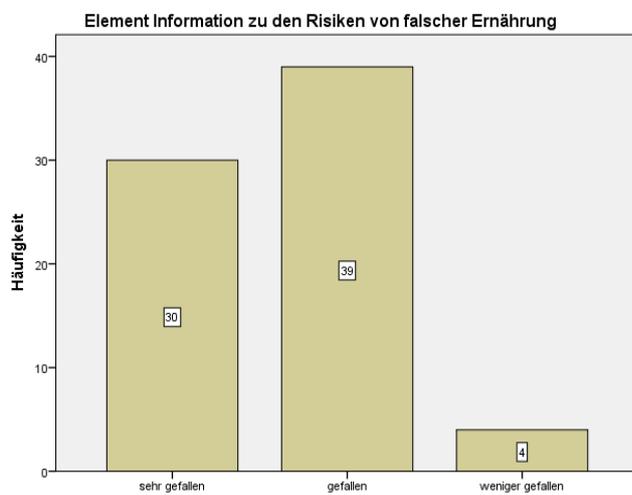


Abbildung 67: Häufigkeit/Element „Information zu den Risiken von falscher Ernährung“

Element Veranschaulichung durch Beratungsmaterial

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gefallen	34	42.0	49.3	49.3
	gefallen	33	40.7	47.8	97.1
	weniger gefallen	2	2.5	2.9	100.0
	Gesamt	69	85.2	100.0	
Fehlend	keine Angabe	12	14.8		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 36: prozentuelle Häufigkeiten/Element „Veranschaulichung durch Beratungsmaterial“

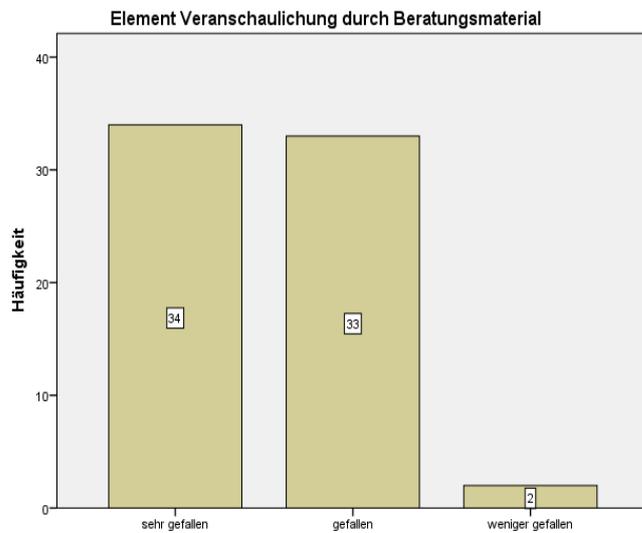


Abbildung 68: Häufigkeit/Element „Veranschaulichung durch Beratungsmaterial“

10.4.1.12 Informationsgehalt der Ernährungsberatung

Für die Mehrheit der Befragten waren die gegebenen Informationen in der Ernährungsberatung ausreichend (59,3%). Für 34,6% der Patienten waren sie ebenfalls ausreichend, es wurde bei dieser Gruppe jedoch das Interesse nach weiterer Information geweckt. 2,5% der Patienten gaben an, dass die Informationen nicht ausreichend waren und aus diesem Grund auch der Wunsch nach weiterer Information besteht. Die detaillierten Ergebnisse sind auch Tabelle 37 und Abbildung 69 zu entnehmen.

Beurteilung des Informationsgehalts der Ernährungsberatung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Die gegebenen Informationen waren ausreichend.	48	59.3	61.5	61.5
	Die gegebenen Informationen waren vorerst ausreichend, aber es wurde das Interesse nach weiterer Information geweckt.	28	34.6	35.9	97.4
	Die gegebenen Informationen waren nicht ausreichend und deshalb besteht der Wunsch nach weiterer Information.	2	2.5	2.6	100.0
	Gesamt	78	96.3	100.0	
Fehlend	keine Angabe	3	3.7		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 37: prozentuelle Häufigkeiten/Beurteilung des Informationsgehalts der Ernährungsberatung

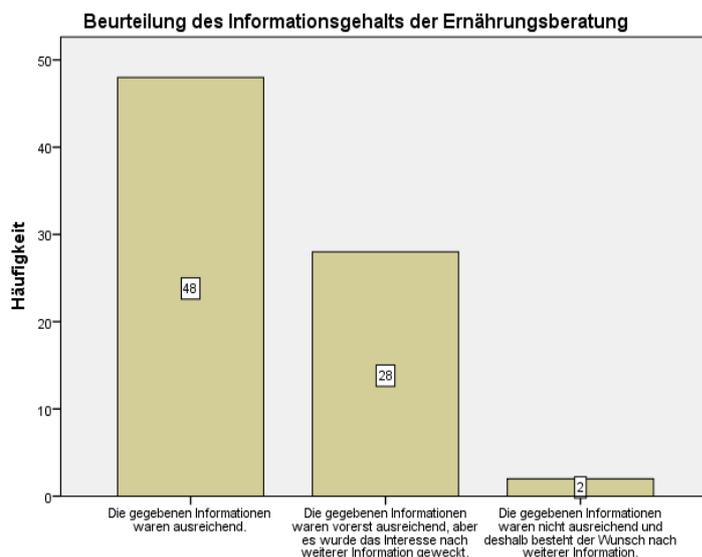


Abbildung 69: Häufigkeit/Beurteilung des Informationsgehalts der Ernährungsberatung

10.4.1.12.1 Zusammenhang zwischen der Beurteilung des Informationsgehalts der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“

Sowohl für Frauen als auch für Männer waren die gegebenen Informationen mehrheitlich ausreichend. Das Interesse bzw. der Wunsch nach weiterer Information besteht vermehrt bei Frauen als bei Männern (siehe Abbildung 70).

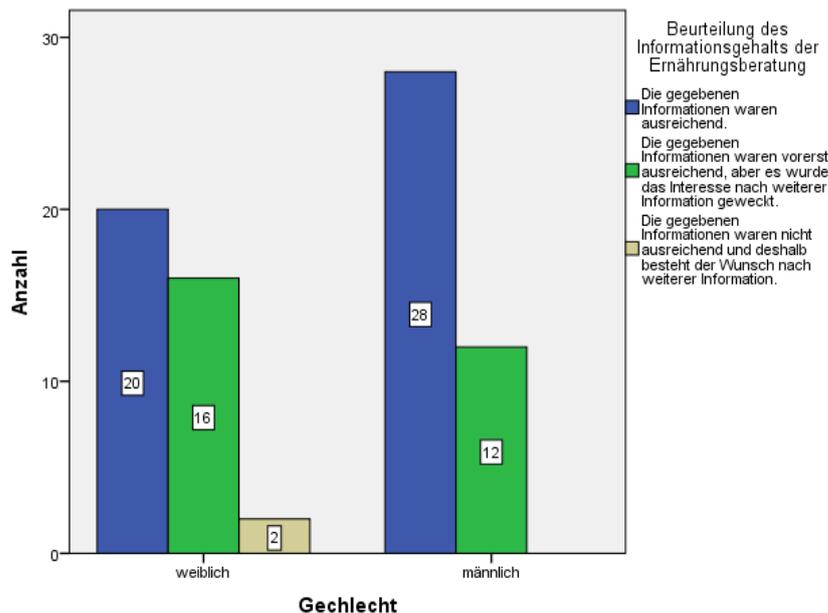


Abbildung 70: Zusammenhang zwischen der Beurteilung des Informationsgehalts der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r = -,193$

10.4.1.12.2 Zusammenhang zwischen der Beurteilung des Informationsgehalts der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Für alle Bildungsschichten waren die gegebenen Informationen überwiegend ausreichend. Eine Ausnahme bildet der Schulabschluss Akademie und „andere“ Schulabschlüsse. Hier waren die Informationen zwar vorwiegend ausreichend, aber es wurde das Interesse nach weiterer Information geweckt. Bei „anderen“ Schulabschlüssen wurde auch besonders oft angegeben, dass die gegebenen Informationen nicht ausreichend waren und daher der Wunsch nach weiterer Information besteht. Beim Schulabschluss BMS wurden die erste und die zweite Antwortkategorie gleich oft genannt. Allgemein lässt sich feststellen, dass bei höheren Bildungsabschlüssen durch die Ernährungsberatung das Interesse nach weiterer Information eher geweckt wurde als bei niedrigeren Bildungsabschlüssen. Einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 71.

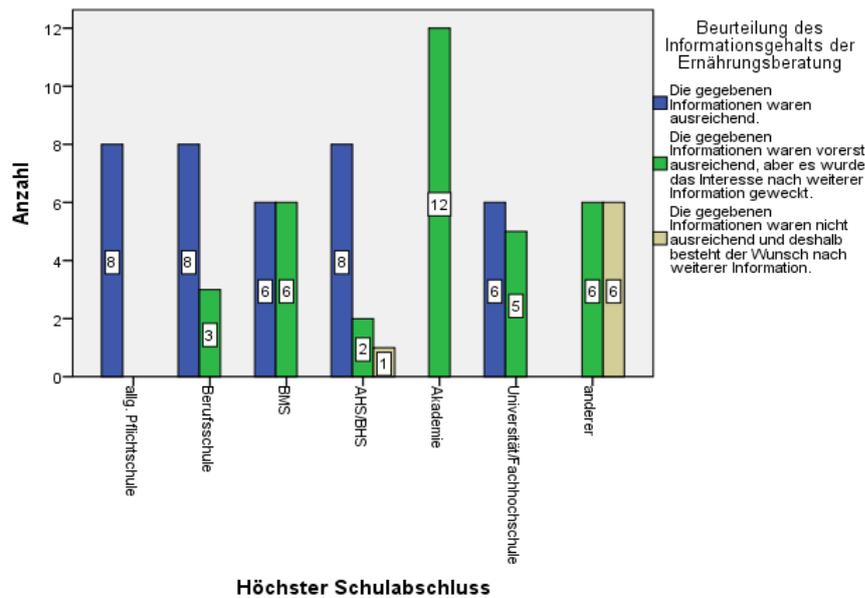


Abbildung 71: Zusammenhang zwischen der Beurteilung des Informationsgehalts der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r=,578$

10.4.1.13 Wichtigkeit einzelner Teile der Ernährungsberatung

Den Patienten wurde die Möglichkeit der Beurteilung der Wichtigkeit einzelner vorgegebener Teile der Ernährungsberatung gegeben. Aller Teile der Ernährungsberatung wurden entschieden positiv hinsichtlich ihrer Wichtigkeit bewertet. Die folgenden Teile waren für die Patienten mehrheitlich „wichtig“: gegenseitiges Kennenlernen, Befragung nach dem zurückliegenden Essverhalten, Analyse der weiteren relevanten Lebenssituation, Erarbeitung von Zielen bzw. Teilzielen, Analyse der bisherigen Fehlschläge für das „In-Den-Griff-Bekommen“ des Ernährungsproblems, Erarbeitung von neuen Lösungsalternativen und Entscheidung für den günstigsten Lösungsweg, Entwicklung eines praktischen Planes zur Zielerreichung, Gesprächsabschluss, Vermittlung von Sachinhalten und Erklärung von Zusammenhängen. Von den genannten Elementen war die zweithäufigst genannte Antwortkategorie „eher wichtig“. Einzig der Teil „Veranschaulichung durch Beratungsmaterial“ wurde als „eher wichtig“ gefolgt von „wichtig“ empfunden. Die nachfolgenden Tabellen und Abbildungen geben einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

Teil gegenseitiges Kennenlernen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wichtig	29	35.8	37.7	37.7
	eher wichtig	28	34.6	36.4	74.0
	eher unwichtig	18	22.2	23.4	97.4
	unwichtig	2	2.5	2.6	100.0
	Gesamt	77	95.1	100.0	
Fehlend	keine Angabe	4	4.9		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 38: prozentuelle Häufigkeiten/Teil „gegenseitiges Kennenlernen“

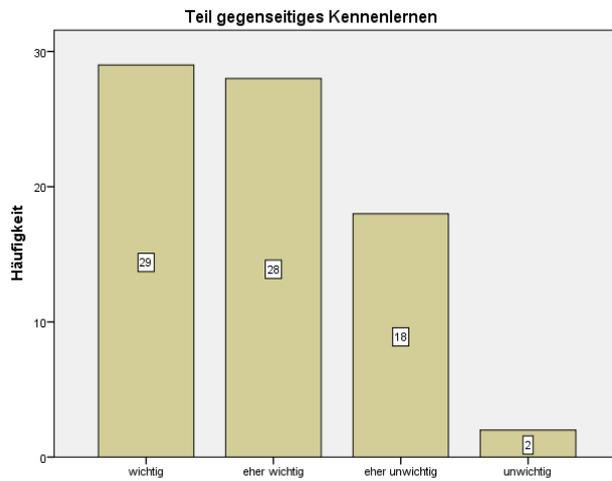


Abbildung 72: Häufigkeit/Teil „gegenseitiges Kennenlernen“

Teil Befragung nach dem zurückliegenden Essverhalten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wichtig	38	46.9	50.7	50.7
	eher wichtig	35	43.2	46.7	97.3
	eher unwichtig	2	2.5	2.7	100.0
	Gesamt	75	92.6	100.0	
Fehlend	keine Angabe	6	7.4		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 39: prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Befragung nach dem zurückliegenden Essverhalten“

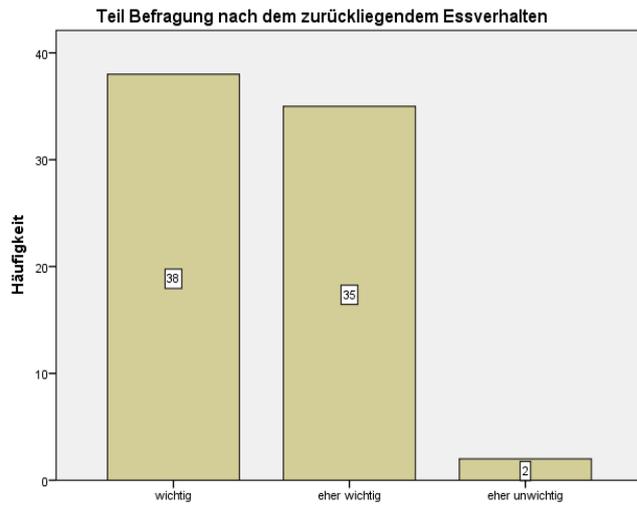


Abbildung 73: Häufigkeit/Teil „Befragung nach dem zurückliegenden Essverhalten“

Teil Analyse der weiteren relevanten Lebenssituation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wichtig	40	49.4	54.8	54.8
	eher wichtig	31	38.3	42.5	97.3
	eher unwichtig	1	1.2	1.4	98.6
	nicht eingesetzt	1	1.2	1.4	100.0
Gesamt		73	90.1	100.0	
Fehlend	keine Angabe	8	9.9		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 40: prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Analyse der weiteren relevanten Lebenssituation“

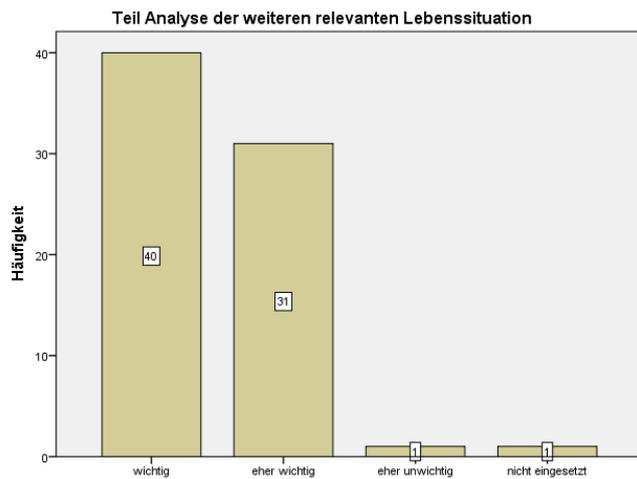


Abbildung 74: Häufigkeit/Teil „Analyse der weiteren relevanten Lebenssituation“

Teil Erarbeitung von Zielen bzw. Teilzielen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wichtig	39	48.1	53.4	53.4
	eher wichtig	29	35.8	39.7	93.2
	eher unwichtig	4	4.9	5.5	98.6
	nicht eingesetzt	1	1.2	1.4	100.0
	Gesamt	73	90.1	100.0	
Fehlend	keine Angabe	8	9.9		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 41: prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Erarbeitung von Zielen bzw. Teilzielen“

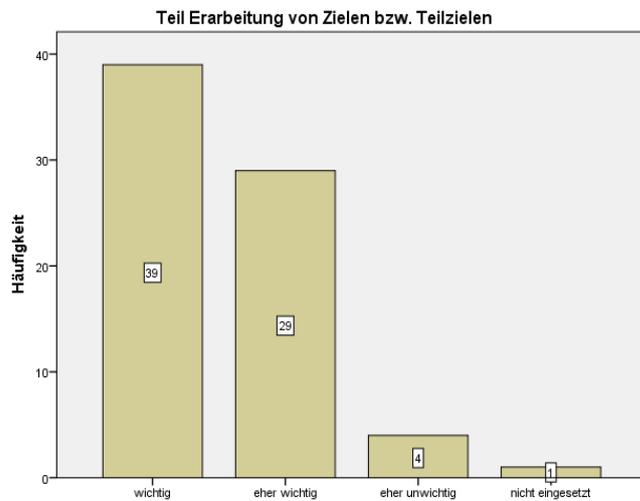


Abbildung 75: Häufigkeit/Teil „Erarbeitung von Zielen bzw. Teilzielen“

Teil Analyse der bisherigen Fehlschläge für das "In-Den-Griff-Bekommen" des Ernährungsproblems

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wichtig	41	50.6	56.9	56.9
	eher wichtig	23	28.4	31.9	88.9
	eher unwichtig	6	7.4	8.3	97.2
	nicht eingesetzt	2	2.5	2.8	100.0
	Gesamt	72	88.9	100.0	
Fehlend	keine Angabe	9	11.1		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 42: prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Analyse der bisherigen Fehlschläge für das „In-Den-Griff-Bekommen“ des Ernährungsproblems“

Teil Analyse der bisherigen Fehlschläge für das "In-Den-Griff-Bekommen" des Ernährungsproblems

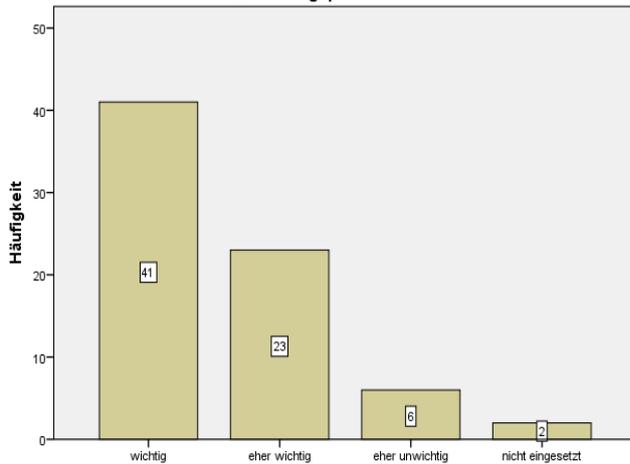


Abbildung 76: Häufigkeit/Teil „Analyse der bisherigen Fehlschläge für das „In-Den-Griff-Bekommen“ des Ernährungsproblems“

Teil Erarbeitung von neuen Lösungsalternativen und Entscheidung für den günstigsten Lösungsweg

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wichtig	38	46.9	53.5	53.5
	eher wichtig	27	33.3	38.0	91.5
	eher unwichtig	3	3.7	4.2	95.8
	nicht eingesetzt	3	3.7	4.2	100.0
	Gesamt	71	87.7	100.0	
Fehlend	keine Angabe	10	12.3		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 43: prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Erarbeitung von neuen Lösungsalternativen und Entscheidung für den günstigsten Lösungsweg“

Teil Erarbeitung von neuen Lösungsalternativen und Entscheidung für den günstigsten Lösungsweg

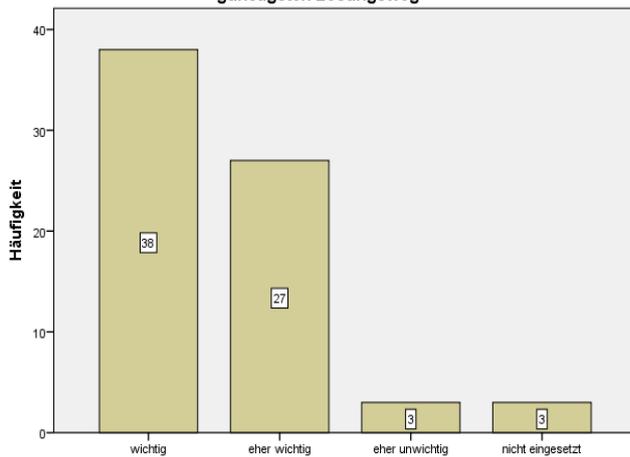


Abbildung 77: Häufigkeit/Teil „Erarbeitung von neuen Lösungsalternativen und Entscheidung für den günstigsten Lösungsweg“

Teil Entwicklung eines praktischen Planes zur Zielerreichung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wichtig	40	49.4	56.3	56.3
	eher wichtig	23	28.4	32.4	88.7
	eher unwichtig	6	7.4	8.5	97.2
	nicht eingesetzt	2	2.5	2.8	100.0
	Gesamt	71	87.7	100.0	
Fehlend	keine Angabe	10	12.3		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 44: prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Entwicklung eines praktischen Planes zur Zielerreichung“

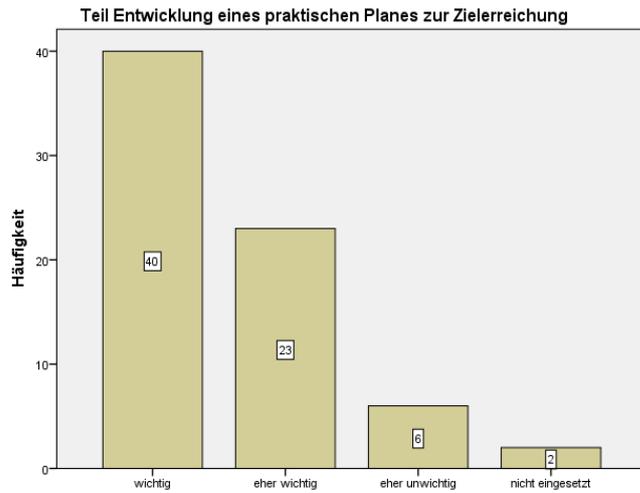


Abbildung 78: Häufigkeit/Teil „Entwicklung eines praktischen Planes zur Zielerreichung“

Teil Gesprächsabschluss

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wichtig	32	39.5	45.1	45.1
	eher wichtig	30	37.0	42.3	87.3
	eher unwichtig	9	11.1	12.7	100.0
	Gesamt	71	87.7	100.0	
Fehlend	keine Angabe	10	12.3		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 45: prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Gesprächsabschluss“

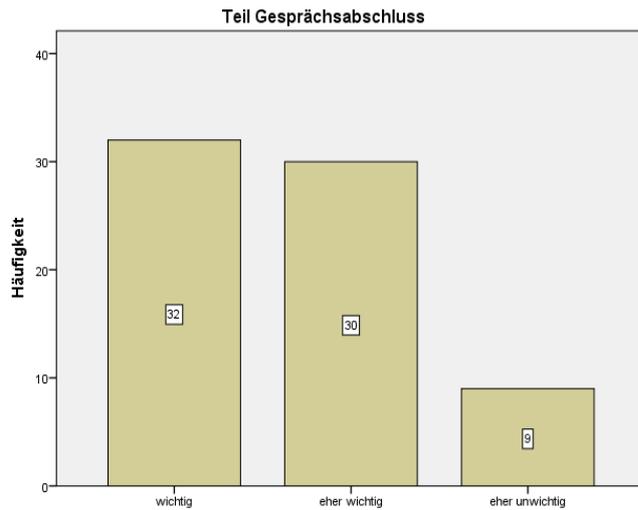


Abbildung 79: Häufigkeit/Teil „Gesprächsabschluss“

Teil Vermittlung von Sachinhalten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wichtig	33	40.7	47.8	47.8
	eher wichtig	26	32.1	37.7	85.5
	eher unwichtig	10	12.3	14.5	100.0
	Gesamt	69	85.2	100.0	
Fehlend	keine Angabe	12	14.8		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 46: prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Vermittlung von Sachinhalten“

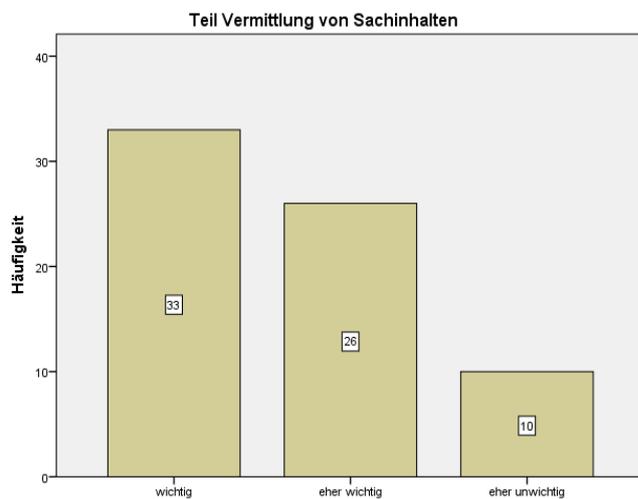


Abbildung 80: Häufigkeit/Teil „Vermittlung von Sachinhalten“

Teil Erklärung von Zusammenhängen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wichtig	37	45.7	52.1	52.1
	eher wichtig	30	37.0	42.3	94.4
	eher unwichtig	3	3.7	4.2	98.6
	nicht eingesetzt	1	1.2	1.4	100.0
	Gesamt	71	87.7	100.0	
Fehlend	keine Angabe	10	12.3		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 47: prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Erklärung von Zusammenhängen“

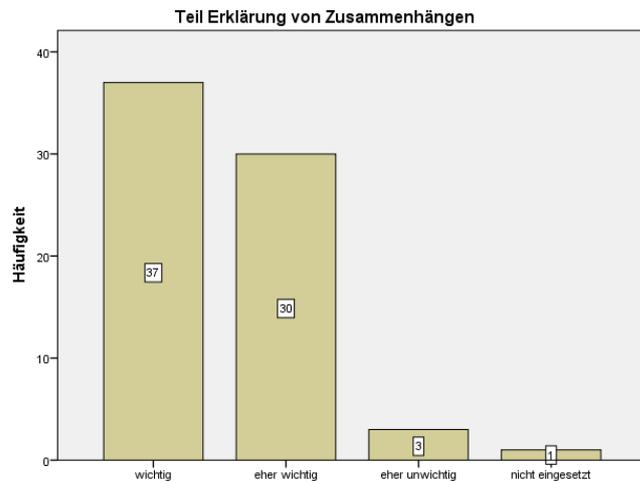


Abbildung 81: Häufigkeit/Teil „Erklärung von Zusammenhängen“

Teil Veranschaulichung durch Beratungsmaterial

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wichtig	28	34.6	39.4	39.4
	eher wichtig	30	37.0	42.3	81.7
	eher unwichtig	10	12.3	14.1	95.8
	unwichtig	2	2.5	2.8	98.6
	nicht eingesetzt	1	1.2	1.4	100.0
	Gesamt	71	87.7	100.0	
Fehlend	keine Angabe	10	12.3		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 48: prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Veranschaulichung durch Beratungsmaterial“

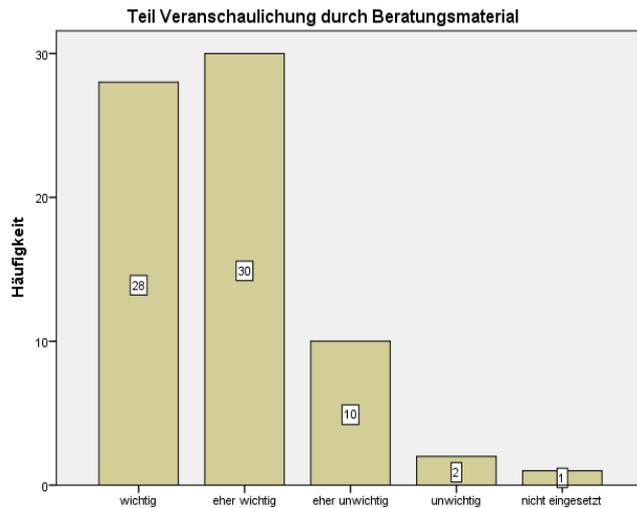


Abbildung 82: Häufigkeit/Teil „Veranschaulichung durch Beratungsmaterial“

10.4.1.14 Verständlichkeit des Beratungsmaterials

Der Großteil der Befragten gab an, dass das Beratungsmaterial verständlich war. Für 3,7% der Patienten war es teilweise verständlich und für 1,2% war es nicht verständlich (siehe Tabelle 49 und Abbildung 83).

Beurteilung der Verständlichkeit des Beratungsmaterials

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Das Beratungsmaterial war verständlich.	74	91.4	94.9	94.9
	Das Beratungsmaterial war teilweise verständlich.	3	3.7	3.8	98.7
	Das Beratungsmaterial war nicht verständlich.	1	1.2	1.3	100.0
	Gesamt	78	96.3	100.0	
Fehlend	keine Angabe	3	3.7		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 49: prozentuelle Häufigkeiten/Beurteilung der Verständlichkeit des Beratungsmaterials

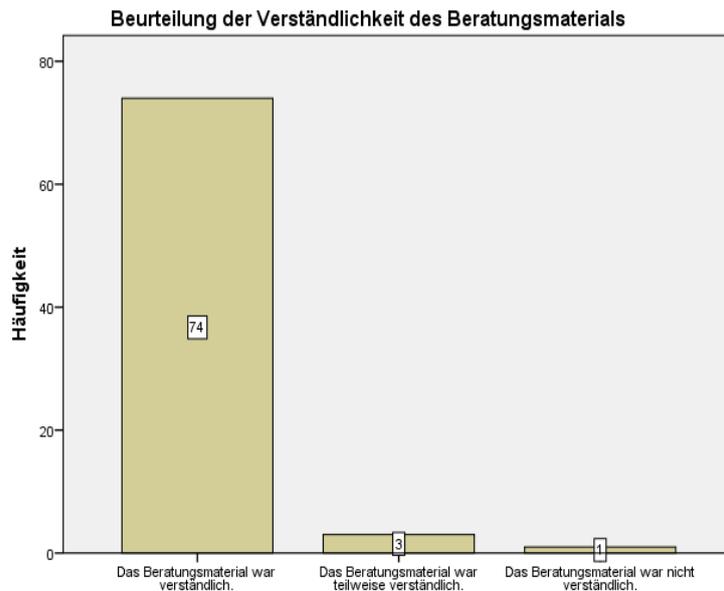


Abbildung 83: Häufigkeit/Beurteilung der Verständlichkeit des Beratungsmaterials

10.4.1.14.1 Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Verständlichkeit des Beratungsmaterials und dem Merkmal „Geschlecht“

Das Beratungsmaterial war für Frauen und Männer fast gleichermaßen überwiegend verständlich. Auch eine teilweise Verständlichkeit des Beratungsmaterials wurde von Frauen und Männern in beinahe gleichem Ausmaß angegeben. Eine Nichtverständlichkeit wurde nur vereinzelt von Frauen beanstandet. Diese Ergebnisse sind auch Abbildung 84 zu entnehmen.

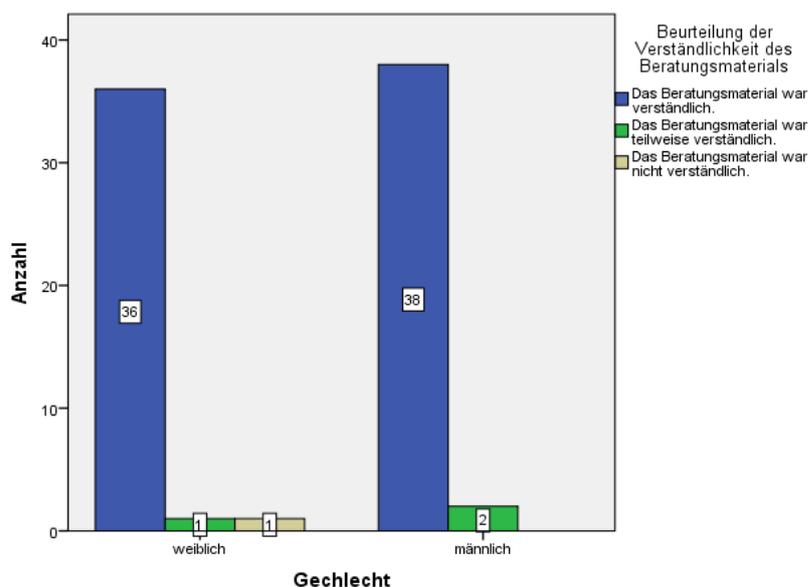


Abbildung 84: Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Verständlichkeit des Beratungsmaterials und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r = -.009$

10.4.1.14.2 Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Verständlichkeit des Beratungsmaterials und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Das Beratungsmaterial wurde von allen Bildungsschichten als verständlich beurteilt. Die Ausnahme bilden „andere“ Bildungsabschlüsse, hier wurde das Beratungsmaterial gleichermaßen als verständlich und nicht verständlich bewertet. Der Bildungsabschluss Universität/Fachhochschule und die AHS/BHS fanden das Beratungsmaterial vereinzelt als nur teilweise verständlich. Abbildung 85 gibt einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

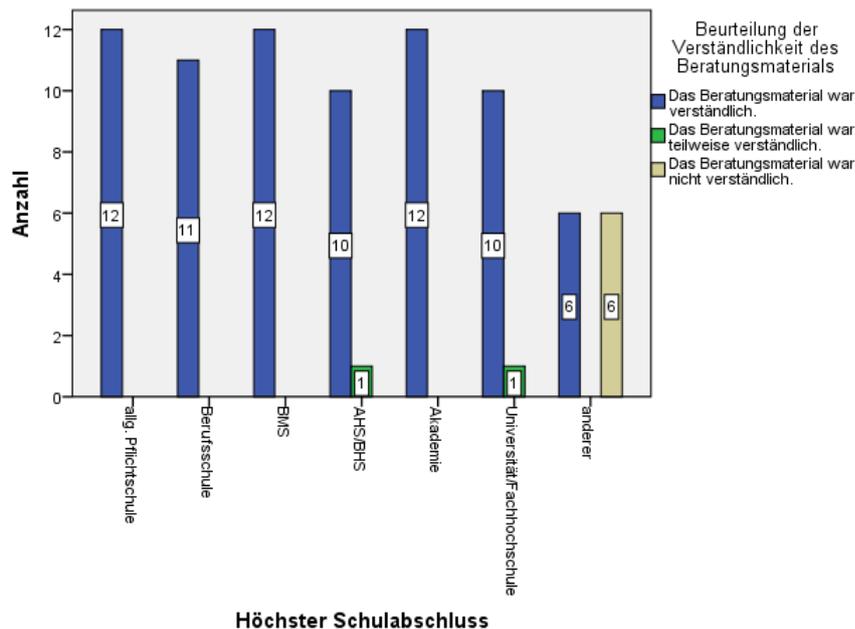


Abbildung 85: Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Verständlichkeit des Beratungsmaterials und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r = ,417$

10.4.1.15 Gründe für die Unverständlichkeit des Beratungsmaterials

Insgesamt wurden von vier Befragten Gründe für die Unverständlichkeit des Beratungsmaterials angegeben. Diese waren: „zu theoretisches Material“ und „zu viele lateinische Fremdwörter“. Auch für bestimmte Nahrungsmittelintoleranzen wurde spezielles Beratungsmaterial gewünscht.

10.4.1.16 Unterstützung der Verständlichkeit der Ernährungsberatung durch Beratungsmaterial

Bei der Frage, ob verschiedene Beratungsmaterialien (Broschüren, computergestützte Hilfsmittel, Plakate/Abbildungen, Ernährungspyramide, Nährwerttabellen und Lebensmittel) die Verständlichkeit der Ernährungsberatung unterstützt haben, gaben bei den Beratungsmaterialien Broschüren und Ernährungspyramide die Mehrzahl der Befragten an, dass dies zutrifft. Bei den anderen Beratungsmaterialien war die meist genannte Antwort-

kategorie „nicht eingesetzt“. Die zweithäufigste Antwortkategorie beim Beratungsmaterial Broschüren war „trifft eher zu“, bei den Beratungsmaterialien computergestützte Hilfsmittel, Plakate/Abbildungen, Nährwerttabellen und Lebensmittel war es „trifft zu“ und beim Beratungsmaterial Ernährungspyramide „nicht eingesetzt“. Insgesamt lässt sich folgern, dass Beratungsmaterialien die Verständlichkeit der Ernährungsberatung unterstützen, dass jedoch bestimmte Beratungsmaterialien nur in geringem Umfang eingesetzt wurden. Die nachfolgenden Tabellen und Abbildungen zeigen die detaillierten Ergebnisse.

Unterstützung der Verständlichkeit der Ernährungsberatung durch Broschüren

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	43	53.1	59.7	59.7
	trifft eher zu	19	23.5	26.4	86.1
	trifft eher nicht zu	4	4.9	5.6	91.7
	trifft nicht zu	2	2.5	2.8	94.4
	nicht eingesetzt	4	4.9	5.6	100.0
	Gesamt	72	88.9	100.0	
Fehlend	keine Angabe	9	11.1		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 50: prozentuelle Häufigkeiten/Beratungsmaterial Broschüren

Unterstützung der Verständlichkeit der Ernährungsberatung durch Broschüren

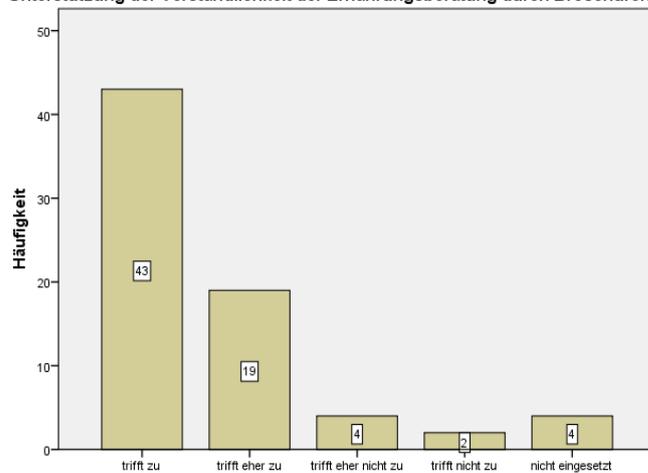


Abbildung 86: Häufigkeit/Beratungsmaterial Broschüren

Unterstützung der Verständlichkeit der Ernährungsberatung durch computergestützte Hilfsmittel

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	11	13.6	16.7	16.7
	trifft eher zu	6	7.4	9.1	25.8
	trifft eher nicht zu	4	4.9	6.1	31.8
	trifft nicht zu	4	4.9	6.1	37.9
	nicht eingesetzt	41	50.6	62.1	100.0
	Gesamt	66	81.5	100.0	
Fehlend	keine Angabe	15	18.5		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 51: prozentuelle Häufigkeiten/Beratungsmaterial computergestützte Hilfsmittel

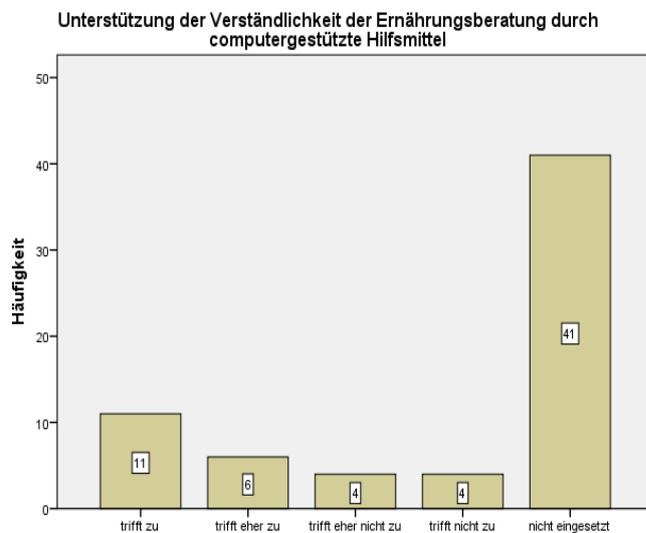


Abbildung 87: Häufigkeit/Beratungsmaterial computergestützte Hilfsmittel

Unterstützung der Verständlichkeit der Ernährungsberatung durch Plakate/Abbildungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	15	18.5	23.4	23.4
	trifft eher zu	12	14.8	18.8	42.2
	trifft eher nicht zu	5	6.2	7.8	50.0
	trifft nicht zu	2	2.5	3.1	53.1
	nicht eingesetzt	30	37.0	46.9	100.0
	Gesamt	64	79.0	100.0	
Fehlend	keine Angabe	17	21.0		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 52: prozentuelle Häufigkeiten/Beratungsmaterial Plakate/Abbildungen

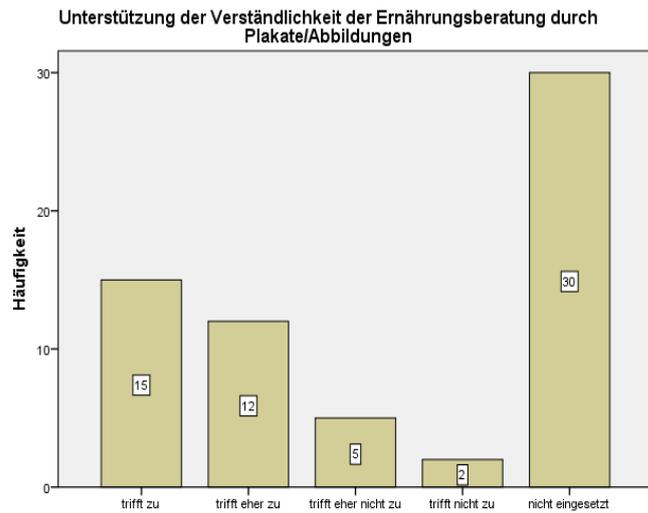


Abbildung 88: Häufigkeit/Beratungsmaterial Plakate/Abbildungen

Unterstützung der Verständlichkeit der Ernährungsberatung durch Ernährungspyramide

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	37	45.7	52.1	52.1
	trifft eher zu	13	16.0	18.3	70.4
	trifft eher nicht zu	3	3.7	4.2	74.6
	trifft nicht zu	1	1.2	1.4	76.1
	nicht eingesetzt	17	21.0	23.9	100.0
Gesamt		71	87.7	100.0	
Fehlend	keine Angabe	10	12.3		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 53: prozentuelle Häufigkeiten/Beratungsmaterial Ernährungspyramide

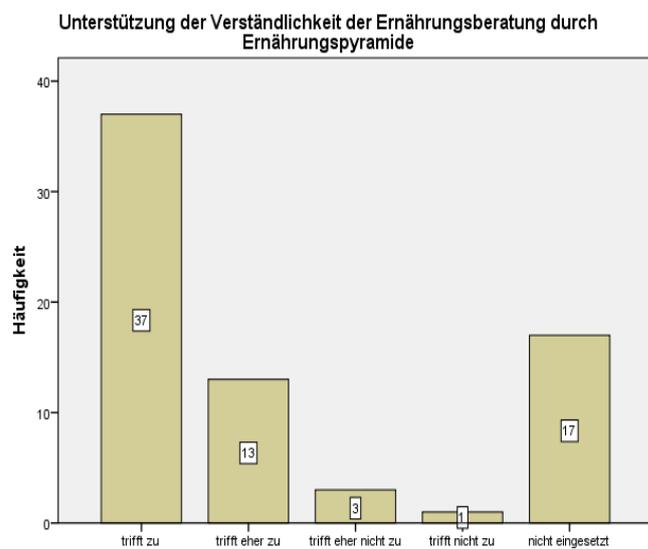


Abbildung 89: Häufigkeit/Beratungsmaterial Ernährungspyramide

Unterstützung der Verständlichkeit der Ernährungsberatung durch Nährwerttabellen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	16	19.8	23.2	23.2
	trifft eher zu	13	16.0	18.8	42.0
	trifft eher nicht zu	4	4.9	5.8	47.8
	trifft nicht zu	2	2.5	2.9	50.7
	nicht eingesetzt	34	42.0	49.3	100.0
	Gesamt	69	85.2	100.0	
Fehlend	keine Angabe	12	14.8		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 54: prozentuelle Häufigkeiten/Beratungsmaterial Nährwerttabellen

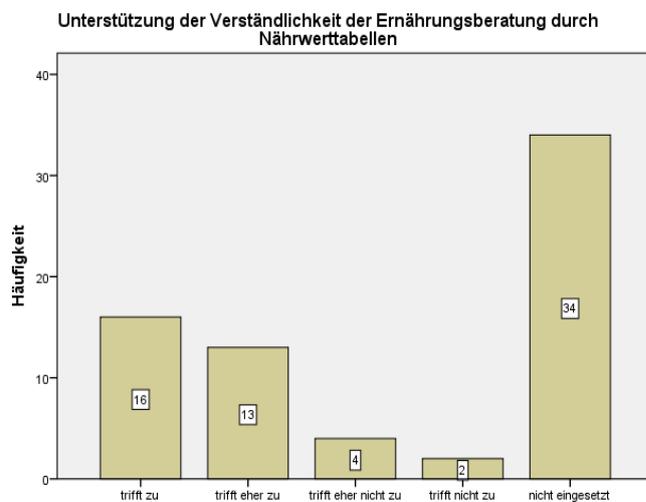


Abbildung 90: Häufigkeit/Beratungsmaterial Nährwerttabellen

Unterstützung der Verständlichkeit der Ernährungsberatung durch Lebensmittel (auch Modelle)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	11	13.6	16.9	16.9
	trifft eher zu	9	11.1	13.8	30.8
	trifft eher nicht zu	2	2.5	3.1	33.8
	trifft nicht zu	2	2.5	3.1	36.9
	nicht eingesetzt	41	50.6	63.1	100.0
Gesamt		65	80.2	100.0	
Fehlend	keine Angabe	16	19.8		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 55: prozentuelle Häufigkeiten/Beratungsmaterial Lebensmittel

Unterstützung der Verständlichkeit der Ernährungsberatung durch Lebensmittel (auch Modelle)

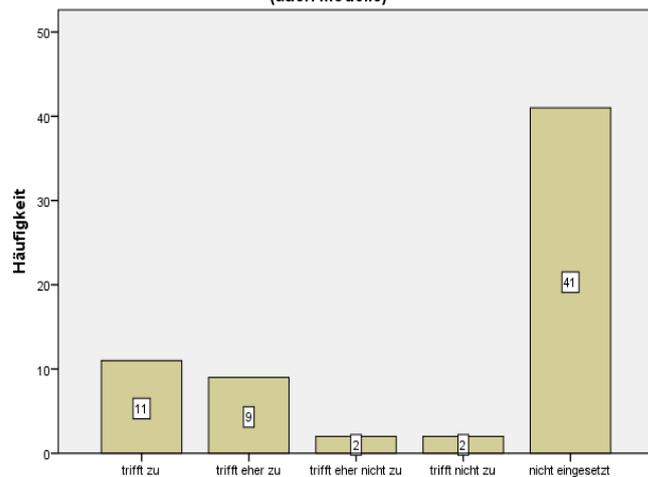


Abbildung 91: Häufigkeit/Beratungsmaterial Lebensmittel

10.4.1.17 Wünsche bezüglich weiterem Material

Bei der Frage, ob sich die Befragten weiteres Material für zu Hause gewünscht hätten, gaben die Patienten mehrheitlich bei den Materialien CDs, DVDs und Newsletter an, dass dies nicht der Fall sei. Lediglich beim Material Rezepthefte/-bücher wurde die Antwortkategorie „trifft zu“ am zahlreichsten genannt. Die zweithäufigste Antwortkategorie bei den Materialien CDs, DVDs und Newsletter war „trifft eher zu“. Beim Material DVDs wurde diese Antwortkategorie gleich häufig wie die Kategorie „trifft eher nicht zu“ genannt. Beim Material Rezepthefte/-bücher war die zweithäufigste Antwortkategorie „trifft nicht zu“. Insgesamt lässt sich folgern, dass Rezepthefte/-bücher bei den Befragten oft für zu Hause gewünscht wurden, andere Materialien jedoch überwiegend nicht. Die detaillierten Ergebnisse sind aus den nachfolgenden Tabellen und Abbildungen zu entnehmen.

Wunsch von Material für zu Hause: CDs

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	7	8.6	10.0	10.0
	trifft eher zu	10	12.3	14.3	24.3
	trifft eher nicht zu	7	8.6	10.0	34.3
	trifft nicht zu	46	56.8	65.7	100.0
	Gesamt	70	86.4	100.0	
Fehlend	keine Angabe	11	13.6		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 56: prozentuelle Häufigkeiten/Wunsch von Material für zu Hause: CDs

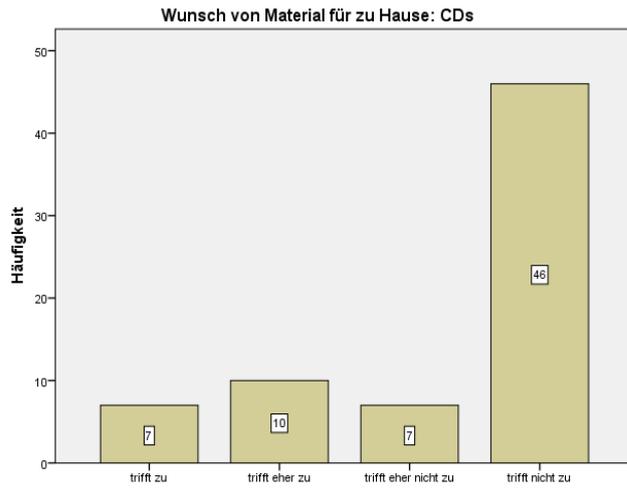


Abbildung 92: Häufigkeit/Wunsch von Material für zu Hause: CDs

Wunsch von Material für zu Hause: DVDs

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	2	2.5	3.0	3.0
	trifft eher zu	9	11.1	13.4	16.4
	trifft eher nicht zu	9	11.1	13.4	29.9
	trifft nicht zu	47	58.0	70.1	100.0
	Gesamt	67	82.7	100.0	
Fehlend	keine Angabe	14	17.3		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 57: prozentuelle Häufigkeiten/Wunsch von Material für zu Hause: DVDs

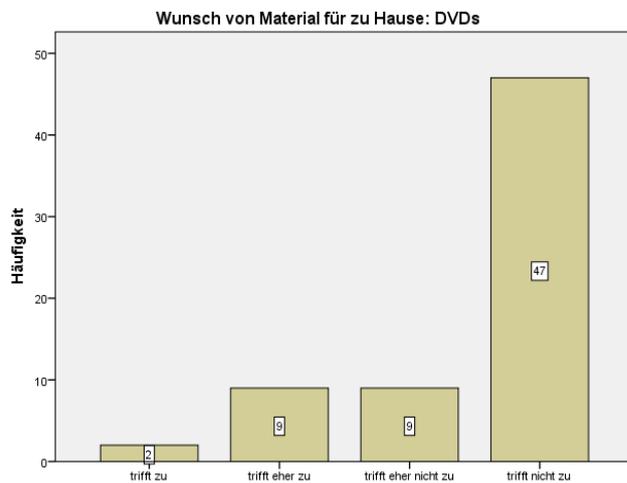


Abbildung 93: Häufigkeit/Wunsch von Material für zu Hause: DVDs

Wunsch von Material für zu Hause: Newsletter

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	8	9.9	11.9	11.9
	trifft eher zu	12	14.8	17.9	29.9
	trifft eher nicht zu	7	8.6	10.4	40.3
	trifft nicht zu	40	49.4	59.7	100.0
	Gesamt	67	82.7	100.0	
Fehlend	keine Angabe	14	17.3		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 58: prozentuelle Häufigkeiten/Wunsch von Material für zu Hause: Newsletter



Abbildung 94: Häufigkeit/Wunsch von Material für zu Hause: Newsletter

Wunsch von Material für zu Hause: Rezepthefte/-bücher

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	40	49.4	56.3	56.3
	trifft eher zu	13	16.0	18.3	74.6
	trifft eher nicht zu	3	3.7	4.2	78.9
	trifft nicht zu	15	18.5	21.1	100.0
	Gesamt	71	87.7	100.0	
Fehlend	keine Angabe	10	12.3		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 59: prozentuelle Häufigkeiten/Wunsch von Material für zu Hause: Rezepthefte/-bücher

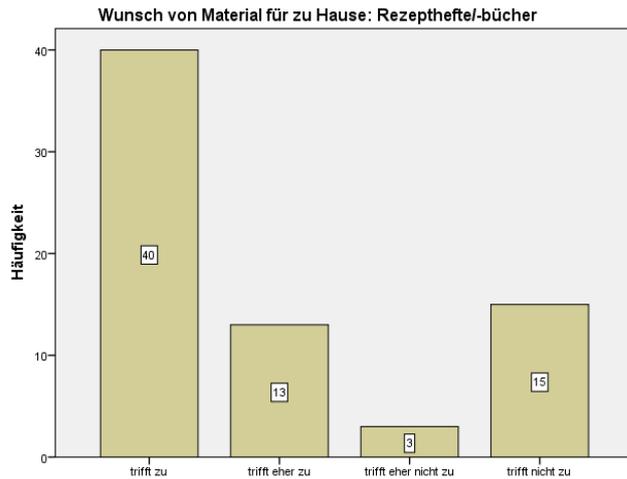


Abbildung 95: Häufigkeit/Wunsch von Material für zu Hause: Rezeptheft/-bücher

10.4.1.18 Offene Wünsche an die Ernährungsberatung

Die Mehrzahl der Befragten hatte keine offenen Wünsche an die Ernährungsberatung (82,7%) (siehe Tabelle 60 und Abbildung 96).

offene Wünsche an die Ernährungsberatung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	10	12.3	13.0	13.0
	nein	67	82.7	87.0	100.0
	Gesamt	77	95.1	100.0	
Fehlend	keine Angabe	4	4.9		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 60: prozentuelle Häufigkeiten/offene Wünsche an die Ernährungsberatung



Abbildung 96: Häufigkeit/offene Wünsche an die Ernährungsberatung

Bei der Angabe der offenen Wünsche wurde vorwiegend mehr Zeit für die Ernährungsberatung und das Beratungsgespräch genannt.

10.4.1.19 Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung

Die Befragten beantworteten die Frage, ob sich unmittelbar nach der Ernährungsberatung eine Veränderung im Gesundheitsbewusstsein bemerkbar macht, mehrheitlich mit ja (81%). 14,3% der Patienten, gaben an, dass die Ernährungsberatung diesbezüglich keine Änderung bewirkt hätte (siehe Tabelle 61 und Abbildung 97).

Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, ich bin bzgl. meinem Körper und meiner Gesundheit nachdenklicher geworden.	51	81.0	85.0	85.0
	Nein, die Ernährungsberatung hat diesbezüglich keine Änderung bewirkt.	9	14.3	15.0	100.0
	Gesamt	60	95.2	100.0	
Fehlend	keine Angabe	3	4.8		
Gesamt		63	100.0		

Tabelle 61: prozentuelle Häufigkeiten/Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung

Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung

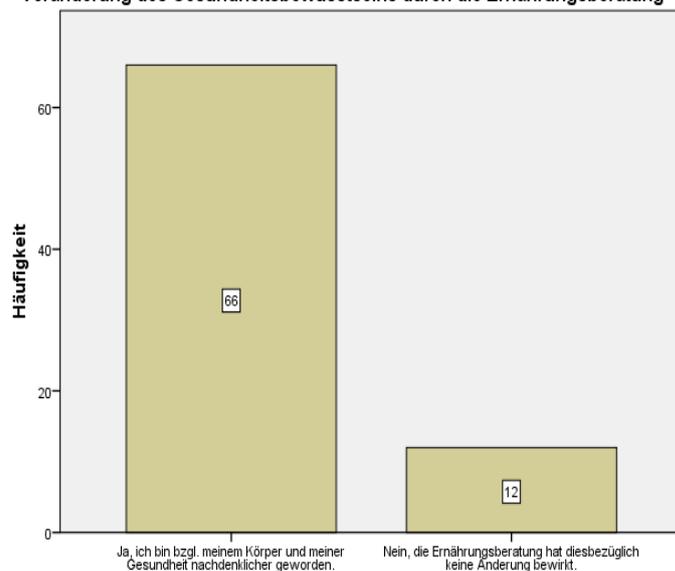


Abbildung 97: Häufigkeit/Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung

10.4.1.19.1 Zusammenhang zwischen der Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“

Sowohl für Frauen als auch Männer hat die Ernährungsberatung überwiegend eine Veränderung des Gesundheitsbewusstseins bewirkt, bei Männern etwas häufiger als bei Frauen (siehe Abbildung 98).

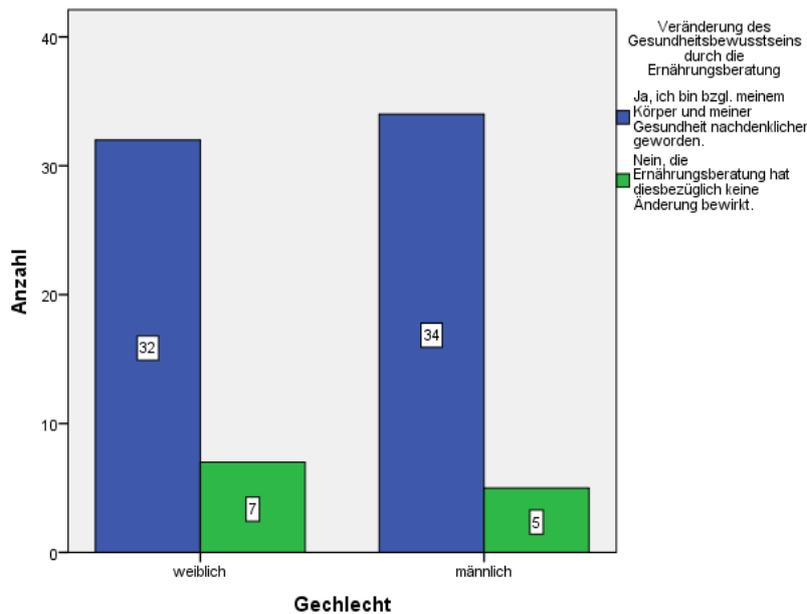


Abbildung 98: Zusammenhang zwischen der Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r=-,071$

10.4.1.19.2 Zusammenhang zwischen der Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Bei allen Bildungsabschlüssen überwiegt die Antwortkategorie „Ja, ich bin bzgl. meinem Körper und meiner Gesundheit nachdenklicher geworden“. Beim Schulabschluss „anderer“ wurde diese Antwortkategorie jedoch auch gleich oft wie die Antwortkategorie „Nein, die Ernährungsberatung hat diesbezüglich keine Änderung bewirkt“ genannt. Letztgenannte Antwortkategorie wurde vereinzelt auch von den Schulabschlüssen Berufsschule, BMS, AHS/BHS und Universität/Fachhochschule gegeben. Die Ergebnisse sind in Abbildung 99 anschaulich dargestellt.

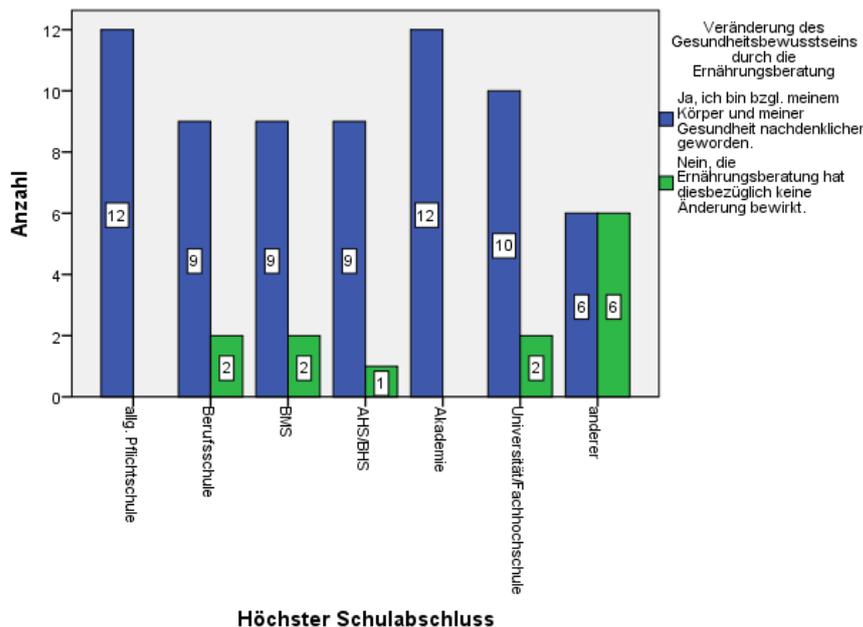


Abbildung 99: Zusammenhang zwischen der Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r=,265$

10.4.1.20 Vorsatz der Änderung der Ernährungsgewohnheiten

Bei der Frage des Vorsatzes der Änderung der Ernährungsgewohnheiten, gab die Mehrheit der Befragten an, dass sie einiges ändern möchten (55,6%). Die zweithäufigste Antwortkategorie war „ja, vieles“ (34,6%). 6,2% der Patienten wollten nur wenig ändern und 2,5% gar nichts. Die folgende Tabelle und das Balkendiagramm geben einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

Vorsatz einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
ja, vieles	28	34.6	35.0	35.0
ja, einiges	45	55.6	56.3	91.3
ja, aber nur wenig	5	6.2	6.3	97.5
nein, nichts	2	2.5	2.5	100.0
Gesamt	80	98.8	100.0	
Fehlend				
keine Angabe	1	1.2		
Gesamt	81	100.0		

Tabelle 62: prozentuelle Häufigkeiten/Vorsatz einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten

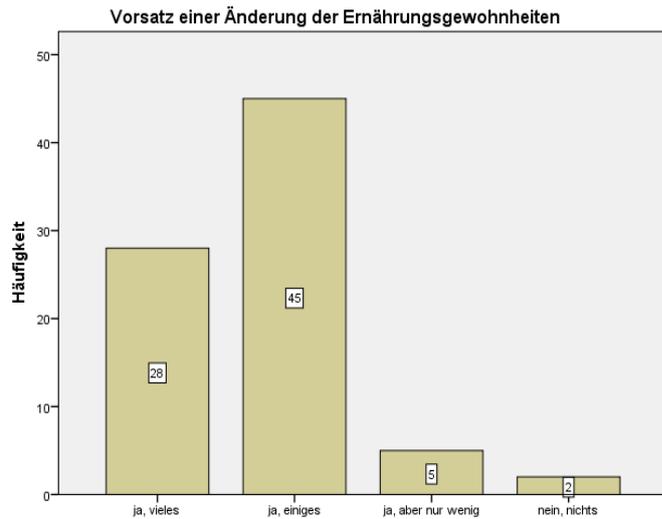


Abbildung 100: Häufigkeit/Vorsatz einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten

10.4.1.20.1 Zusammenhang zwischen dem Vorsatz einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten und dem Merkmal „Geschlecht“

Bei Frauen als auch bei den Männern überwiegt bei dieser Frage die Antwortkategorie „ja, einiges“ in fast gleichem Ausmaß. Auch bei den anderen Antwortkategorien lassen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Geschlechtern erkennen. Diese Ergebnisse sind auch aus Abbildung 101 ersichtlich.

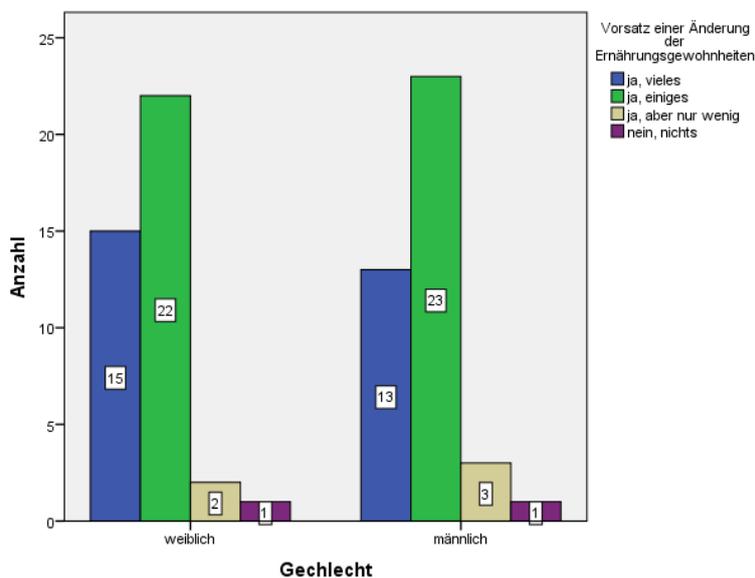


Abbildung 101: Zusammenhang zwischen dem Vorsatz einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r=,060$

10.4.1.20.2 Zusammenhang zwischen dem Vorsatz einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Bei allen Bildungsschichten besteht überwiegend der Vorsatz einiges an den Ernährungsgewohnheiten zu ändern. Eine Ausnahme stellen die Schulabschlüsse allgemeine Pflichtschule und „andere“ dar. Diese wollen mehrheitlich vieles an den Ernährungsgewohnheiten ändern. Bei der Berufsschule wurden die Antwortkategorien „ja, vieles“ und „ja, einiges“ gleich oft genannt. Allgemein lässt sich feststellen, dass bei niedrigeren Bildungsschichten der Vorsatz der Änderung der Ernährungsgewohnheiten leicht höher ist als bei höheren Bildungsschichten. Einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 102.

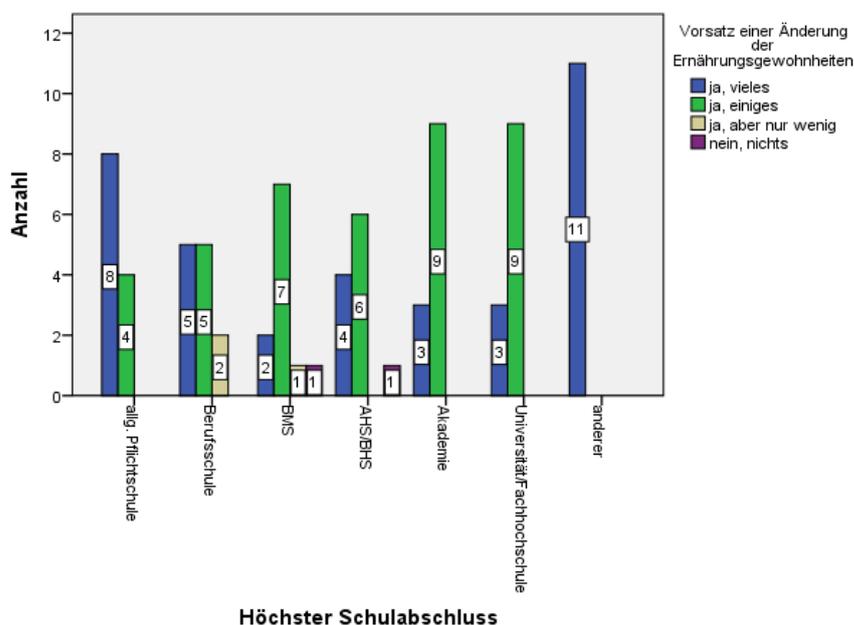


Abbildung 102: Zusammenhang zwischen dem Vorsatz einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r = -,115$

10.4.2 Zusammenfassung zweite Prüfhypothese

Die zweite Prüfhypothese

Eine Ernährungsberatung bei adipösen Menschen wird nicht positiv beurteilt und akzeptiert.

kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse verworfen werden.

10.5 Auswirkungen der Ernährungsberatung auf das Ernährungsverhalten

10.5.1 Testung der dritten Prüfhypothese

Eine Ernährungsberatung bei adipösen Menschen führt zu keiner Veränderung des Ernährungsverhaltens in Richtung einer gesundheitsbewussteren Ernährung.

Diese Hypothese soll ebenfalls mit dem Wilcoxon-Test für eine Stichprobe bestätigt oder verworfen werden. Die Nullhypothese besagt, dass der Median der Stichprobe und der hypothetische Median gleich sind, also keinen Unterschied hinsichtlich der zentralen Tendenz aufweisen. Als hypothetischer Median wird der Skalenmedian von 2,5 angenommen. Die unter dem Skalenmedian liegenden Wertungen (1 und 2) werden als positive Wertungen zur Aussage interpretiert, die über dem Skalenmedian liegenden Wertungen (3 und 4) als negative Wertungen.

Zur Testung dieser Hypothese wurde das geeignete Item herangezogen: „Haben Sie sich an die Empfehlungen der Diaetologin/des Diaetologen gehalten?“

Dieses Item liegt mit einem Median von 2 unter dem Skalenmedian von 2,5. Dieser Unterschied ist höchst signifikant ($p=0,000$).

Damit eine differenzierte Auswertung der Auswirkung der Ernährungsberatung auf das Ernährungsverhalten möglich ist, wurden zusätzlich zur Prüfung der Hypothese die prozentuellen Häufigkeiten aller Items ermittelt und auch bei ausgewählten Items Kreuztabellen mit den Merkmalen „Geschlecht“ und „höchster Schulabschluss“ erstellt.

10.5.1.1 Umsetzung der Empfehlungen des Diaetologen

Die Mehrheit der Befragten gaben an, dass sie sich zum größten Teil an die Empfehlungen des Diaetologen gehalten haben (77,8%). Die zweithäufigste Antwortkategorie war „nein kaum“ (13,6%). 6,2% der Patienten hatten sich völlig an die Empfehlungen des Diaetologen gehalten und 1,2% überhaupt nicht. Die detaillierten Ergebnisse sind auch Tabelle 63 und Abbildung 103 zu entnehmen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	völlig	5	6.2	6.3	6.3
	ja, zum größten Teil	63	77.8	78.8	85.0
	nein, kaum	11	13.6	13.8	98.8
	nein, überhaupt nicht	1	1.2	1.3	100.0
	Gesamt	80	98.8	100.0	
Fehlend	keine Angabe	1	1.2		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 63: prozentuelle Häufigkeiten/Umsetzung der Empfehlungen des Diätologen

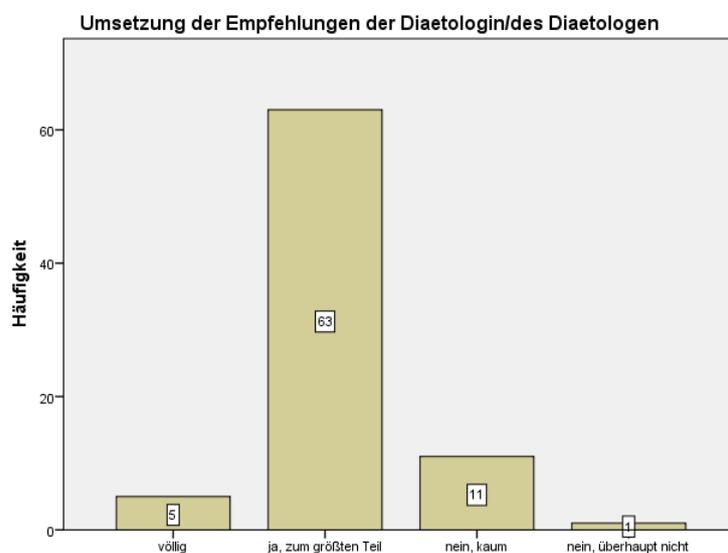


Abbildung 103: Häufigkeit/Umsetzung der Empfehlungen des Diätologen

10.5.1.1.1 Zusammenhang zwischen der Umsetzung der Empfehlungen des Diätologen und dem Merkmal „Geschlecht“

Sowohl Frauen als auch Männer haben sich mehrheitlich zum größten Teil an die Empfehlungen des Diätologen gehalten. Generell lässt sich feststellen, dass sich Frauen etwas mehr als Männer an die Empfehlungen des Diätologen gehalten haben. Die Ergebnisse sind auch aus Abbildung 104 ersichtlich.

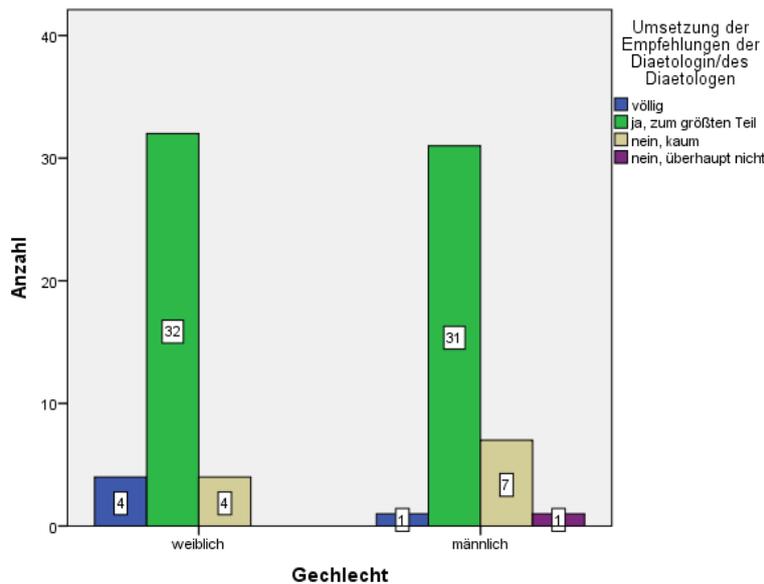


Abbildung 104: Zusammenhang zwischen der Umsetzung der Empfehlungen des Diätologen und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r=,194$

10.5.1.1.2 Zusammenhang zwischen der Umsetzung der Empfehlungen des Diätologen und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Bei allen Bildungsabschlüssen überwiegt die Antwortkategorie „ja, zum größten Teil“. Bei „anderen“ Bildungsabschlüssen wurde diese Kategorie gleich oft genannt wie die Kategorie „nein, kaum“. Allgemein lässt sich feststellen, dass sich niedrigere Bildungsschichten etwas weniger an die Empfehlungen des Diätologen gehalten haben als höhere Bildungsschichten. Einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 105.

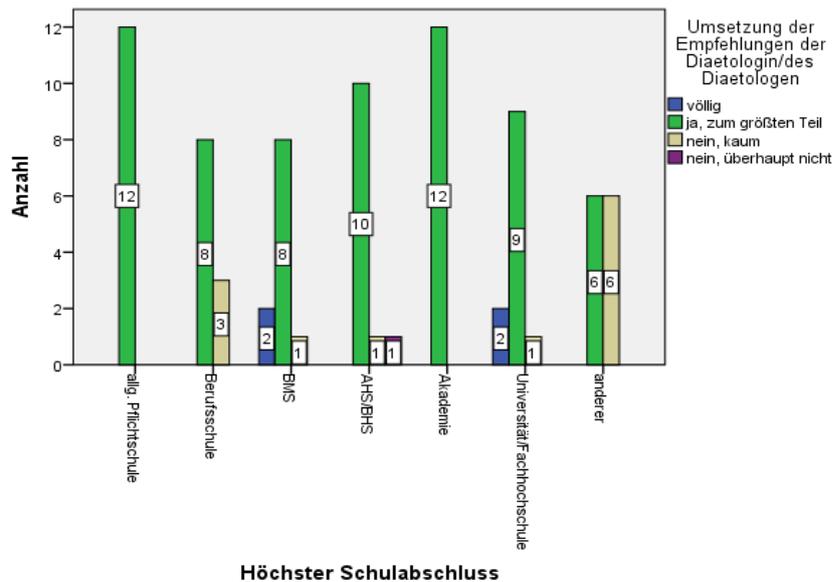


Abbildung 105: Zusammenhang zwischen der Umsetzung der Empfehlungen des Diätologen und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r=,155$

10.5.1.2 Gründe der Nichteinhaltung der Empfehlungen

Bei der Frage nach den Gründen für die Nichteinhaltung der Empfehlungen gaben zwölf Befragte (siehe auch Kapitel 10.5.1.1) verschiedene Ursachen dafür an. Am häufigsten wurde der Grund „Ich habe den Versuchungen des Alltags nicht widerstehen können.“ angegeben. Als zweithäufigste Antwortkategorie wurde „Ich hätte mehr fachliche Unterstützung benötigt.“ genannt. Individuelle Ursachen waren die aus der Sicht des Befragten mangelnde fachliche Kompetenz des Diätologen und das Gefühl des Verlangens nach Nahrung. Auch ein unregelmäßiger Lebensrhythmus wurde als Grund für die Nichteinhaltung der Empfehlungen angegeben. Eine genaue Auflistung der Gründe ist Tabelle 64 zu entnehmen.

Häufigkeiten Gründe der Nichteinhaltung der Empfehlungen

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Gründe ^a	Ich wollte meine bisherigen Ernährungsgewohnheiten nicht ändern.	3	16.7%	25.0%
	Ich habe den Versuchungen des Alltags nicht widerstehen können.	5	27.8%	41.7%
	Ich hatte Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung der Empfehlungen.	1	5.6%	8.3%
	Ich hätte mehr fachliche Unterstützung benötigt.	4	22.2%	33.3%
	Ich hatte zu wenig Zeit um mich mit den Empfehlungen näher zu beschäftigen.	2	11.1%	16.7%
	Sonstiges	3	16.7%	25.0%
Gesamt		18	100.0%	150.0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Tabelle 64: prozentuelle Häufigkeiten/Gründe der Nichteinhaltung der Empfehlungen

10.5.1.3 Allgemeine Veränderungen im Ernährungsverhalten

75 Befragte gaben allgemeine Veränderungen in ihrem Ernährungsverhalten an. Am häufigsten wurde eine bewusster Ernährung genannt. Dieser Antwortkategorie folgte die Kategorie „Ich gehe bewusster einkaufen.“ und „Ich denke mehr über mein Ernährungsverhalten nach.“. Am wenigsten oft wurde die eigene Zubereitung von Speisen angegeben. Hier kann man allerdings annehmen, dass dies schon vorher von einem Teil der Befragten gemacht wurde und daher keine Veränderung darstellt. Die genaue Auflistung der Veränderungen ist aus Tabelle 65 ersichtlich.

Häufigkeiten allgemeine Veränderungen im Ernährungsverhalten

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
allgemeine Veränderungen ^a	Ich denke mehr über mein Ernährungsverhalten nach.	35	16.6%	46.7%
	Ich ernähre mich bewusster.	43	20.4%	57.3%
	Ich esse vielseitiger und probiere Neues aus.	22	10.4%	29.3%
	Ich gehe bewusster einkaufen.	37	17.5%	49.3%
	Ich bereite meine Speisen selbst zu.	12	5.7%	16.0%
	Ich achte bei der der Zubereitung der Speisen auf eine schonendere Zubereitung.	14	6.6%	18.7%
	Ich nehme mir mehr Zeit zum Essen und genieße mein Essen.	22	10.4%	29.3%
	Ich beschäftige mich mehr mit "ausgewogener Ernährung".	25	11.8%	33.3%
	Sonstiges	1	.5%	1.3%
Gesamt		211	100.0%	281.3%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Tabelle 65: prozentuelle Häufigkeiten/allgemeine Veränderungen im Ernährungsverhalten

10.5.1.4 Konkrete Veränderungen im Ernährungsverhalten

78 Befragte gaben konkrete Veränderungen im Ernährungsverhalten an, wobei die Antwortkategorie „Ich esse weniger Fett und fettreiche Lebensmittel.“ am häufigsten genannt wurde. Als zweithäufigste konkrete Veränderung wurde angegeben mehr Obst und Gemüse zu essen gefolgt von weniger Zucker und zuckerhaltige Lebensmittel zu konsumieren. Am wenigsten oft wurde eine vermehrte Aufnahme von Milch und Milchprodukten genannt. Die genaue Auflistung der konkreten Veränderungen im Ernährungsverhalten ist aus Tabelle 66 zu entnehmen.

Häufigkeiten konkrete Veränderungen im Ernährungsverhalten

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
konkrete Veränderungen	Ich esse weniger Fett und fettreiche Lebensmittel.	52	17.4%	66.7%
	Ich verwende qualitativ hochwertigere Fette.	29	9.7%	37.2%
	Ich esse weniger Zucker und zuckerhaltige Lebensmittel.	39	13.0%	50.0%
	Ich verwende weniger Salz.	13	4.3%	16.7%
	Ich esse mehr Getreideprodukte und Kartoffeln.	9	3.0%	11.5%
	Ich esse mehr Obst und Gemüse.	49	16.4%	62.8%
	Ich esse mehr Milch und Milchprodukte.	8	2.7%	10.3%
	Ich esse mehr Fisch.	29	9.7%	37.2%
	Ich esse weniger Fleisch, Wurstwaren und Eier.	35	11.7%	44.9%
	Ich nehme ausreichend energiearme Flüssigkeit zu mir.	31	10.4%	39.7%
	Sonstiges	5	1.7%	6.4%
Gesamt		299	100.0%	383.3%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Tabelle 66: prozentuelle Häufigkeiten/konkrete Veränderungen im Ernährungsverhalten

An sonstigen konkreten Veränderungen gaben die Befragten an, mehr kleine Mahlzeiten am Tag zu sich zu nehmen, generell weniger zu essen und auf eine regelmäßige Nahrungsaufnahme zu achten. Auch die Anhebung der Flüssigkeitszufuhr wurde genannt.

10.5.1.5 Allgemeine Beweggründe für die Veränderungen des Ernährungsverhaltens

10.5.1.5.1 Allgemeiner Beweggrund „Empfehlung des Arztes“

Für 46,9% der Befragten war die Empfehlung des Arztes ein Beweggrund für die Änderung des Ernährungsverhaltens. Für 29,6% der Patienten trifft die Aussage „Die Ärztin/der Arzt hat mir empfohlen mein Ernährungsverhalten im Hinblick auf meine Gesundheit zu ändern.“ eher zu, für 9,9% trifft sie eher nicht zu und für 2,5% trifft sie nicht zu. Die folgende Tabelle und das Balkendiagramm geben einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

Die Ärztin/der Arzt hat mir empfohlen mein Ernährungsverhalten im Hinblick auf meine Gesundheit zu ändern

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	38	46.9	52.8	52.8
	trifft eher zu	24	29.6	33.3	86.1
	trifft eher nicht zu	8	9.9	11.1	97.2
	trifft nicht zu	2	2.5	2.8	100.0
	Gesamt	72	88.9	100.0	
Fehlend	keine Angabe	9	11.1		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 67: prozentuelle Häufigkeiten/allgemeiner Beweggrund „Empfehlung des Arztes“

Die Ärztin/der Arzt hat mir empfohlen mein Ernährungsverhalten im Hinblick auf meine Gesundheit zu ändern

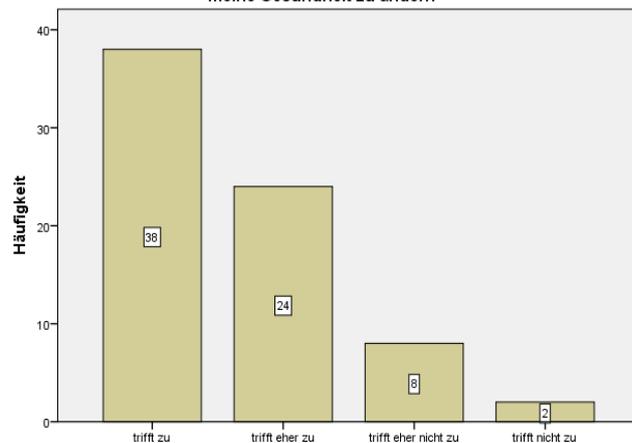


Abbildung 106: Häufigkeit/ allgemeiner Beweggrund „Empfehlung des Arztes“

10.5.1.5.1.1 Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „Empfehlung des Arztes“ und dem Merkmal „Geschlecht“

Sowohl für Frauen als auch für Männer trifft die Aussage „Die Ärztin/der Arzt hat mir empfohlen mein Ernährungsverhalten im Hinblick auf meine Gesundheit zu ändern.“ überwiegend zu. Bei Männern war die Empfehlung des Arztes in höherem Ausmaß ein Beweggrund für die Änderung der Ernährungsgewohnheiten als bei Frauen (siehe Abbildung 107).

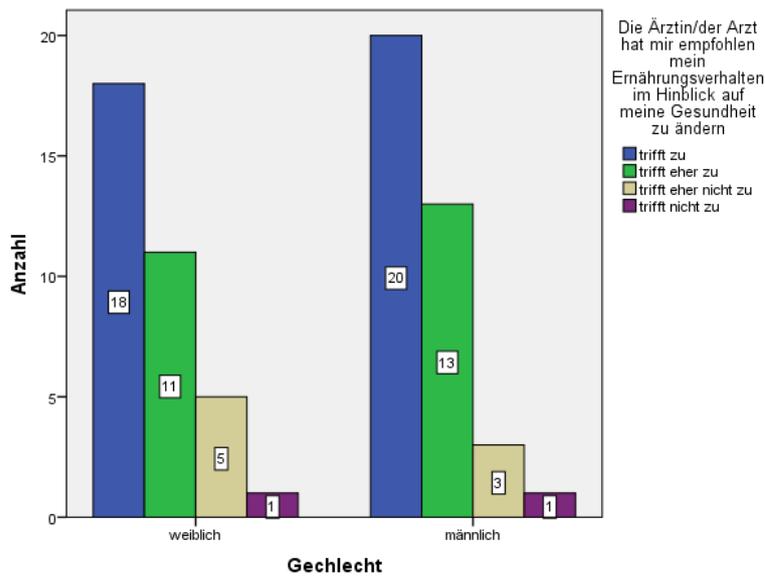


Abbildung 107: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „Empfehlung des Arztes“ und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r=-,049$

10.5.1.5.1.2 Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „Empfehlung des Arztes“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Bei den Bildungsabschlüssen Berufsschule, AHS/BHS, Akademie, Universität/Fachhochschule und „anderen“ Bildungsabschlüssen dominiert die Antwortkategorie „trifft zu“. Bei anderen Bildungsabschlüssen wurde diese Kategorie gleich oft genannt wie die Kategorie „trifft eher zu“. Bei den Bildungsabschlüssen allgemeine Pflichtschule und BMS wurde überwiegend die Antwortkategorie „trifft eher zu“ genannt. Einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 108.

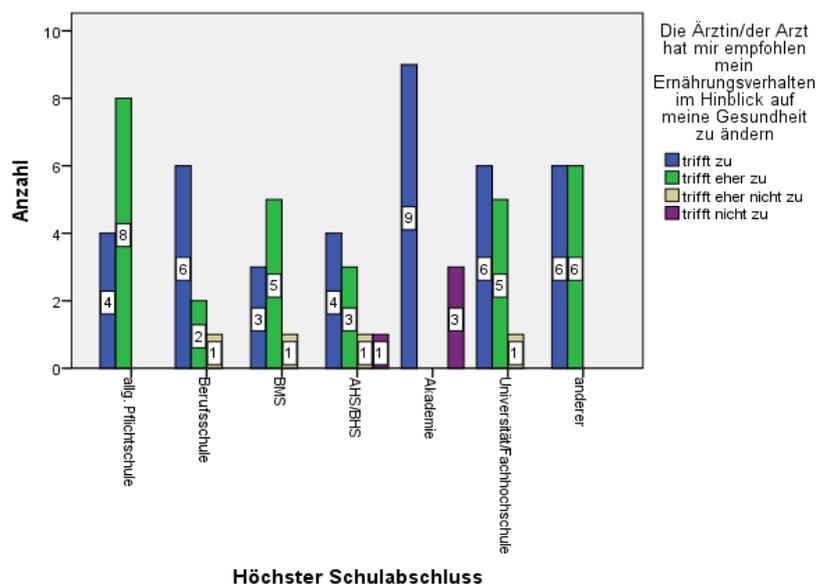


Abbildung 108: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „Empfehlung des Arztes“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r=-,075$

10.5.1.5.2 Allgemeiner Beweggrund „kompetente Ernährungsberatung“

Die kompetente Ernährungsberatung war für die Patienten mehrheitlich (48,1%) ein zutreffender Beweggrund für die Veränderung des Ernährungsverhaltens. 34,6% stimmten der Aussage „Die kompetente Ernährungsberatung hat in mir ein Umdenken bewirkt.“ eher zu, 3,7% eher nicht und 2,5% stimmten der Aussage nicht zu. Die Ergebnisse sind auch Tabelle 68 und Abbildung 109 zu entnehmen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	39	48.1	54.2	54.2
	trifft eher zu	28	34.6	38.9	93.1
	trifft eher nicht zu	3	3.7	4.2	97.2
	trifft nicht zu	2	2.5	2.8	100.0
	Gesamt	72	88.9	100.0	
Fehlend	keine Angabe	9	11.1		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 68: prozentuelle Häufigkeiten/allgemeiner Beweggrund „kompetente Ernährungsberatung“

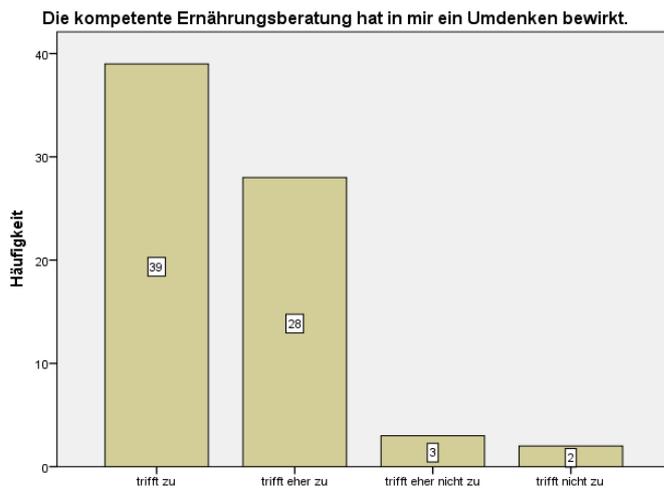


Abbildung 109: Häufigkeit/allgemeiner Beweggrund „kompetente Ernährungsberatung“

10.5.1.5.2.1 Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „kompetente Ernährungsberatung“ und dem Merkmal „Geschlecht“

Für Frauen und Männer trifft die Aussage „Die kompetente Ernährungsberatung hat in mir ein Umdenken bewirkt“ fast in gleichem Ausmaß überwiegend zu. Generell ist diese Aussage für mehr Männer als Frauen zutreffend (siehe Abbildung 110).

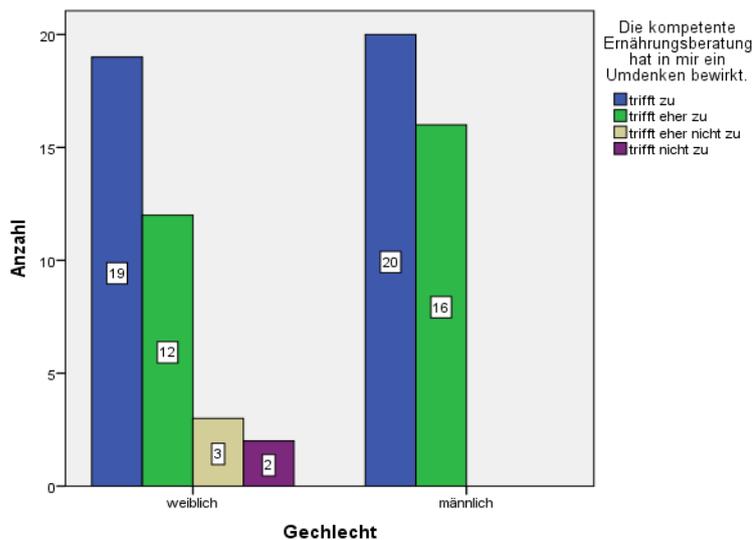


Abbildung 110: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „kompetente Ernährungsberatung“ und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r=-,088$

10.5.1.5.2.2 Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „kompetente Ernährungsberatung“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Bei den Schulabschlüssen Berufsschule, AHS/BHS, Akademie, Universität/Fachhochschule überwiegt bei diesem Item die Antwortkategorie „trifft zu“. Beim Schulabschluss Universität/Fachhochschule wurde diese Kategorie gleichermaßen oft wie die Kategorie „trifft eher zu“ genannt. Die Schulabschlüsse allgemeine Pflichtschule, BMS und „andere“ Schulabschlüsse gaben mehrheitlich die Antwortkategorie „trifft eher zu“ an. Andere Schulabschlüsse nannten diese Antwortkategorie gleich oft wie die Kategorie „trifft nicht zu“. Abbildung 111 gibt einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

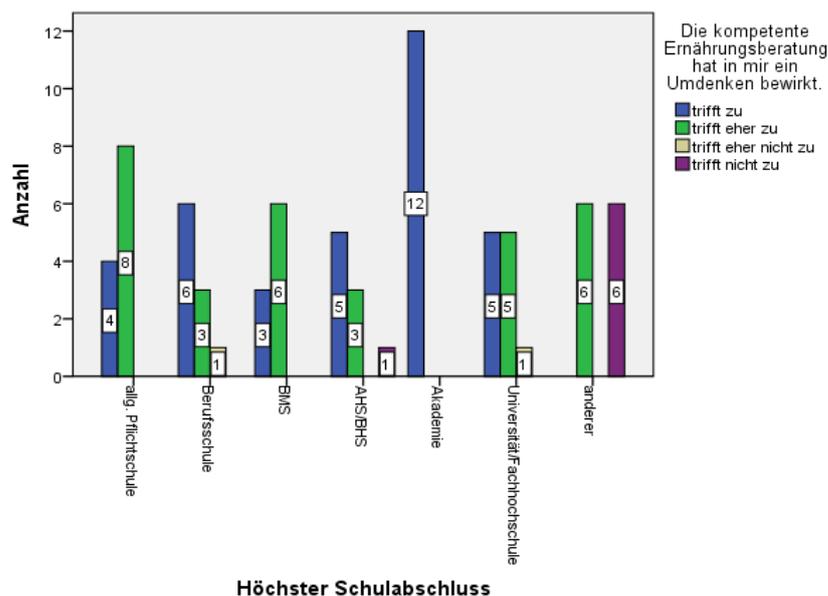


Abbildung 111: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „kompetente Ernährungsberatung“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r=,218$

10.5.1.5.3 Allgemeiner Beweggrund „eigener Wille“

Der „eigene Wille“ der Befragten war für 72,8% ein Beweggrund ihr Ernährungsverhalten zu ändern. Für 14,8% der Patienten trifft die Aussage „Ich möchte von mir aus in Zukunft mehr auf meine Gesundheit achten.“ eher zu und für 2,5% trifft sie eher nicht zu. Die folgende Tabelle und Abbildung geben einen anschaulichen Überblick über die Ergebnisse.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	59	72.8	80.8	80.8
	trifft eher zu	12	14.8	16.4	97.3
	trifft eher nicht zu	2	2.5	2.7	100.0
	Gesamt	73	90.1	100.0	
Fehlend	keine Angabe	8	9.9		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 69: prozentuelle Häufigkeiten/allgemeiner Beweggrund „eigener Wille“

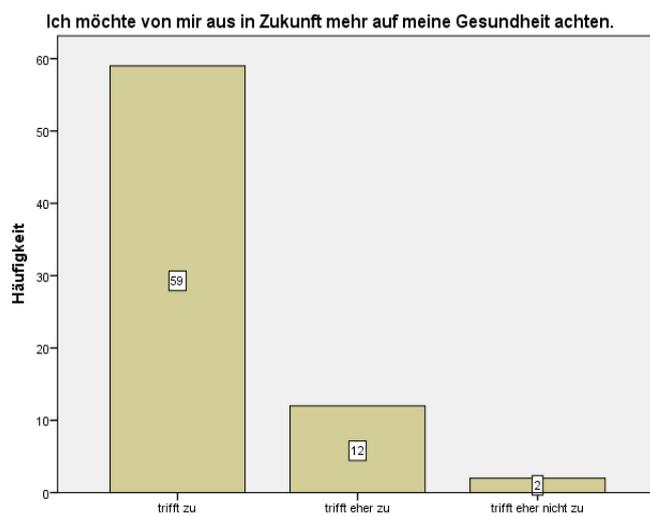


Abbildung 112: Häufigkeit/allgemeiner Beweggrund „eigener Wille“

10.5.1.5.3.1 Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „eigener Wille“ und dem Merkmal „Geschlecht“

Sowohl für Männer als auch Frauen trifft die Aussage „Ich möchte von mir aus in Zukunft mehr auf meine Gesundheit achten.“ mehrheitlich beinahe gleichermaßen zu (siehe Abbildung 113).

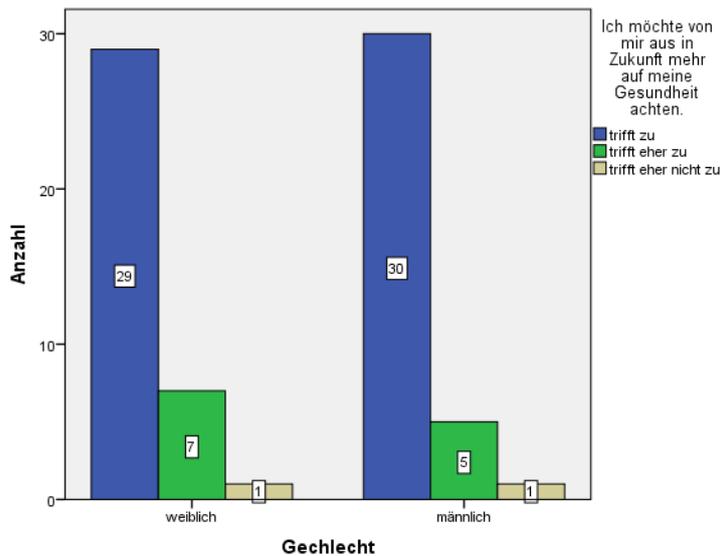


Abbildung 113: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „eigener Wille“ und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r = -.061$

10.5.1.5.3.2 Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „eigener Wille“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Alle Schulabschlüsse stimmten diesem Item überwiegend zu. Beim Schulabschluss Berufsschule wurde auch die Antwortkategorie „trifft eher nicht zu“ angegeben (siehe Abbildung 114).

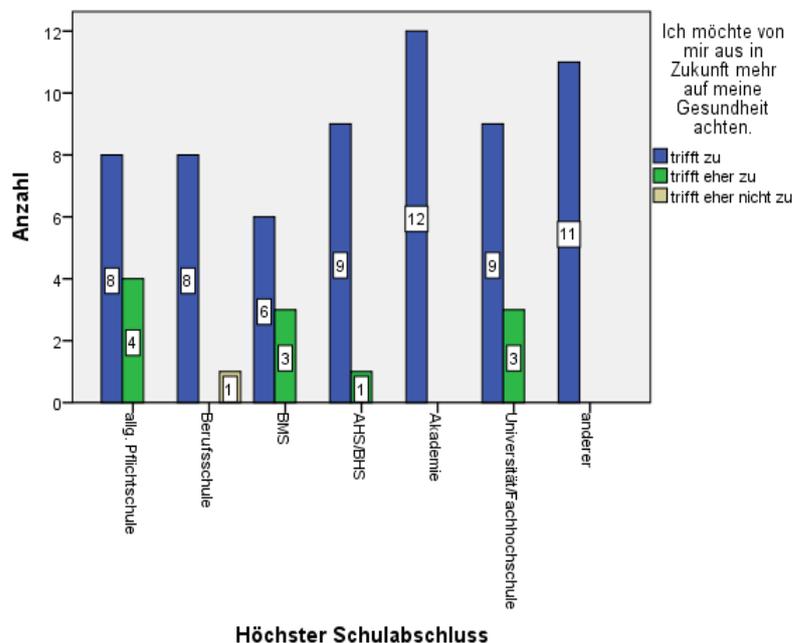


Abbildung 114: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „eigener Wille“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r = -.213$

10.5.1.5.4 Allgemeiner Beweggrund „Empfehlung der Angehörigen“

Die Empfehlung der Angehörigen das Ernährungsverhalten im Hinblick auf die Gesundheit zu ändern war mehrheitlich kein Beweggrund für eine Veränderung des

Ernährungsverhaltens (22,2%). Für 18,5% der Befragten trifft die Aussage „Meine Angehörigen haben mir empfohlen mein Ernährungsverhalten im Hinblick auf meine Gesundheit zu ändern.“ eher nicht zu, für 17,3% der Patienten trifft sie eher zu und für 14,8% trifft sie zu. Die Ergebnisse sind in Tabelle 70 und Abbildung 115 anschaulich dargestellt.

Meine Angehörigen haben mir empfohlen mein Ernährungsverhalten im Hinblick auf meine Gesundheit zu ändern.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	12	14.8	20.3	20.3
	trifft eher zu	14	17.3	23.7	44.1
	trifft eher nicht zu	15	18.5	25.4	69.5
	trifft nicht zu	18	22.2	30.5	100.0
	Gesamt	59	72.8	100.0	
Fehlend	keine Angabe	22	27.2		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 70: prozentuelle Häufigkeiten/allgemeiner Beweggrund „Empfehlung der Angehörigen“

Meine Angehörigen haben mir empfohlen mein Ernährungsverhalten im Hinblick auf meine Gesundheit zu ändern.

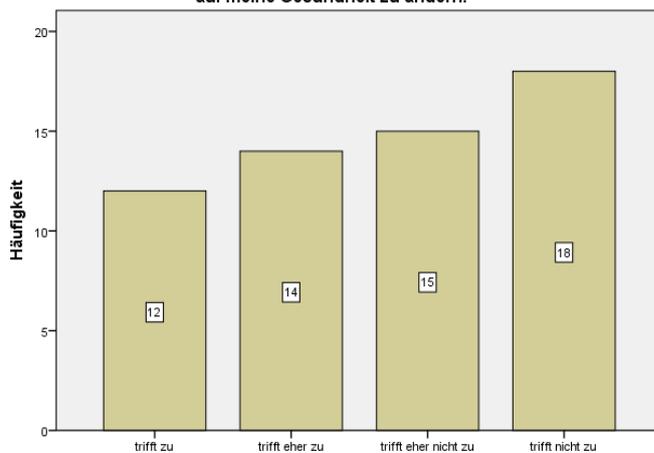


Abbildung 115: Häufigkeit/allgemeiner Beweggrund „Empfehlung der Angehörigen“

10.5.1.5.4.1 Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „Empfehlung der Angehörigen“ und dem Merkmal „Geschlecht“

Bei Frauen überwiegt bei diesem Item die Antwortkategorie „trifft eher nicht zu“, bei Männern „trifft nicht zu“. Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich bei diesem Item nicht feststellen (siehe Abbildung 116).

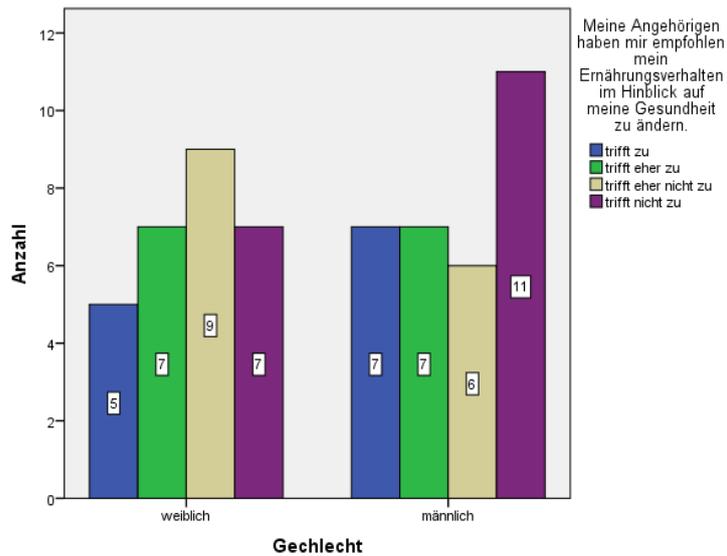


Abbildung 116: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „Empfehlung der Angehörigen“ und dem Merkmal „Geschlecht“, Korrelation nach Spearman: $r=,024$

10.5.1.5.4.2 Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „Empfehlung der Angehörigen“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“

Bei dieser Aussage differieren bei den verschiedenen Bildungsabschlüssen die mehrheitlich angegebenen Antwortkategorien sehr (siehe Abbildung 117).

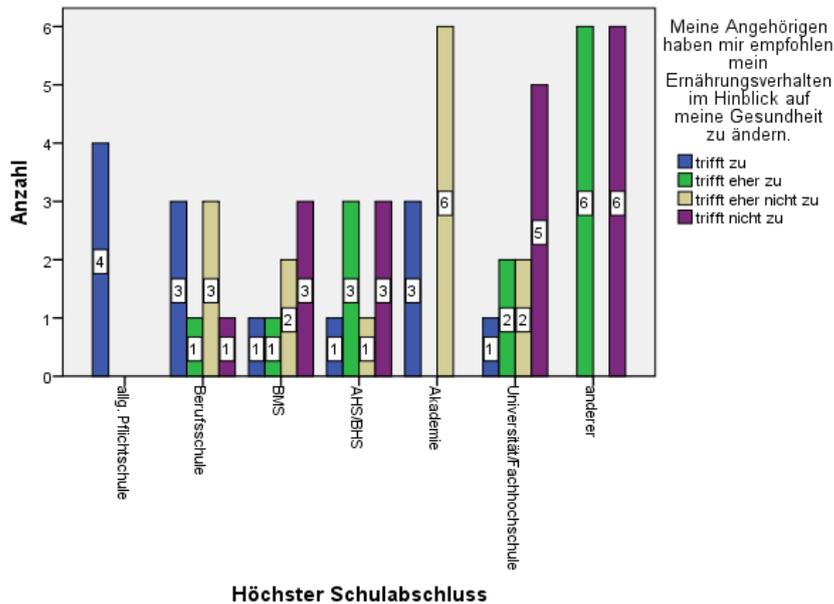


Abbildung 117: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „Empfehlung der Angehörigen“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“, Korrelation nach Spearman: $r=,319$

10.5.1.5.5 Sonstige Beweggründe

Bei sonstigen Beweggründen für die Veränderung des Ernährungsverhaltens gaben zwei Patienten zutreffende Ursachen an. Diese waren in Äußerlichkeiten wie der Kleidung zu finden.

10.5.1.6 Nicht umgesetzte Empfehlungen

Bei der Frage welche Empfehlungen die Patienten nicht in die Praxis umzusetzen geschafft haben, machten 78 Patienten eine oder mehrere Angaben. Am häufigsten wurde eine Nichtumsetzung von „fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen“ genannt. Dieser Antwortkategorie folgen die Antwortkategorie „Bewegung zu machen“ und „sich für das Essen Zeit zu nehmen und es genießen“. Am wenigsten oft wurde „weniger Fett und fettreiche Lebensmittel zu essen“ genannt. Eine genaue Auflistung der nichtumgesetzten Empfehlungen ist in Tabelle 71 ersichtlich.

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
nichtumgesetzte Empfehlungen	vielseitig zu essen	14	5.0%	17.9%
	weniger Fett und fettreiche Lebensmittel zu essen	6	2.1%	7.7%
	qualitativ hochwertigere Fette zu verwenden	11	3.9%	14.1%
	mäßig Zucker und zuckerhältige Lebensmitteln zu essen	14	5.0%	17.9%
	mäßig Salz zu verwenden	14	5.0%	17.9%
	reichlich Getreideprodukte und Kartoffeln zu essen	12	4.3%	15.4%
	5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen	53	18.9%	67.9%
	täglich Milch und Milchprodukte zu essen	17	6.1%	21.8%
	ein- bis zweimal in der Woche Fisch zu essen	21	7.5%	26.9%
	mäßig Fleisch, Wurstwaren sowie Eier zu essen	13	4.6%	16.7%
	reichlich energiarmer Flüssigkeit zu trinken	14	5.0%	17.9%
	das Essen schonender zubereiten	10	3.6%	12.8%
	sich für das Essen Zeit zu nehmen und es genießen	30	10.7%	38.5%
	Bewegung zu machen	36	12.9%	46.2%
	regelmäßige Gewichtskontrolle	15	5.4%	19.2%
	Gesamt	280	100.0%	359.0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.
Tabelle 71: prozentuelle Häufigkeiten/Nichtumsetzung von Empfehlungen

10.5.1.7 Gründe für das Auftreten von Problemen bei der praktischen Umsetzung der Empfehlungen

63 Patienten gaben bei der Frage nach den Gründen für das Auftreten von Problemen bei der praktischen Umsetzung solche an. Dominant ist die Antwortkategorie „Ich habe es nicht geschafft, die praktische Umsetzung der Empfehlungen in meinen Lebensalltag einzubauen.“. Als zweithäufigste Ursache wurde die überwiegende Ernährung mit herkömmlichen Convenience-Produkten aufgrund von Zeitmangel gefolgt von aufgetretenen Problemen beim Kochen genannt. An sonstigen Gründen wurde ein Mangel an Infomaterial sowie zu wenig persönlich abgestimmte Information in der Ernährungsberatung angegeben. Auch Gewohnheit bzw. Bequemlichkeit, täglich vorhandene Versuchungen als auch individuelle Abneigungen gegen „gesunde“ Lebensmittel wurden genannt. Eine detaillierte Auflistung der Ursachen für das Auftreten von Problemen bei der praktischen Umsetzung der Empfehlungen ist aus Tabelle 72 zu entnehmen.

Häufigkeiten Gründe für das Auftreten von Problemen bei der praktischen Umsetzung der Empfehlungen

	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Gründe ^a			
Die mitgegebenen Unterlagen waren zu kompliziert für mich.	3	3.8%	4.8%
Ich hatte Probleme beim Kochen.	14	17.5%	22.2%
Ich habe wenig Zeit und ernähre mich deswegen hauptsächlich mit herkömmlichen Convenience-Food.	21	26.3%	33.3%
Meine Lebenspartnerin/mein Lebenspartner bzw. meine Familie haben mich bei der Umsetzung nicht unterstützt.	4	5.0%	6.3%
Meine Lebenspartnerin/mein Lebenspartner bzw. meine Familie haben mich an der Umsetzung gehindert.	1	1.3%	1.6%
Ich habe es nicht geschafft, die praktische Umsetzung der Empfehlungen in meinen Lebensalltag einzubauen.	27	33.8%	42.9%
Sonstiges	10	12.5%	15.9%
Gesamt	80	100.0%	127.0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Tabelle 72: prozentuelle Häufigkeiten/Gründe für das Auftreten von Problemen bei der praktischen Umsetzung der Empfehlungen

10.5.1.8 Beweggründe für eine Veränderung des Ernährungsverhaltens durch die Ernährungsberatung

Bei der Frage nach den Beweggründen für eine Änderung des Ernährungsverhaltens durch die Ernährungsberatung wurde von 72 Patienten eine oder mehrere Angaben gemacht. Der für die Befragten wichtigste Beweggrund war die Information und Aufklärung über eine

ausgewogene Ernährung. Auffallend ist, dass der Diätologe und seine Persönlichkeit für viele Patienten in der Ernährungsberatung ausschlaggebend für eine Veränderung des Ernährungsverhaltens war. 36,9% aller gegebenen Antworten entfielen auf die Motivation, die Wertschätzung, das einführende Verstehen und das Engagement des Diätologen. Zwei der in Kapitel 4.2. dargestellten Basisqualitäten der klientenzentrierten Beratung konnten so auch empirisch wieder belegt werden. Auch die von Diedrichsen postulierte Beraterqualität des Engagements lässt sich bestätigen (vgl. Diedrichsen 1993, S. 37). Eine genaue Auflistung der Beweggründe für eine Änderung des Ernährungsverhaltens durch die Ernährungsberatung ist in Tabelle 73 ersichtlich.

Häufigkeiten Beweggründe für eine Änderung des Ernährungsverhaltens durch die Ernährungsberatung

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Beweggründe ^a	die Information und Aufklärung über eine ausgewogene Ernährung	41	16.9%	56.9%
	das Wecken des Interesses an einer ausgewogenen Ernährung	27	11.2%	37.5%
	gegebene Handlungsempfehlungen	16	6.6%	22.2%
	das Wecken von persönlichen und sozialen Kräften und Stärken im Hinblick auf eine Veränderung	9	3.7%	12.5%
	die Motivation der Diätologin/des Diätologen	35	14.5%	48.6%
	die Wertschätzung der Diätologin/des Diätologen	13	5.4%	18.1%
	das einführende Verstehen der Diätologin/des Diätologen	13	5.4%	18.1%
	das Engagement der Diätologin/des Diätologen	28	11.6%	38.9%
	das anschauliche Beratungsmaterial	13	5.4%	18.1%
	die mitgegebenen Beratungsunterlagen	21	8.7%	29.2%
	die dadurch in mir aufgekommene Angst vor den möglichen Folgen der Adipositas	18	7.4%	25.0%
	der Tipp ein Ernährungstagebuch zu führen	7	2.9%	9.7%
	Sonstiges	1	.4%	1.4%
Gesamt		242	100.0%	336.1%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Tabelle 73: prozentuelle Häufigkeiten/Beweggründe für eine Änderung des Ernährungsverhaltens durch die Ernährungsberatung

10.5.1.9 Hilfreiche Teile der Ernährungsberatung für eine Veränderungen des Ernährungsverhaltens

76 Patienten gaben hilfreiche Teile der Ernährungsberatung für eine Veränderung des Ernährungsverhaltens an (siehe Tabelle 74). Als am meisten nützlich wurde der Teil „Befragung nach Ihrem zurückliegenden Essverhalten“ genannt. Diesem Teil folgte die „Entwicklung eines praktischen Planes zur Zielerreichung“ und die „Analyse Ihrer weiteren relevanten Lebenssituation“. Daraus ist ersichtlich, dass für die Patienten einerseits eine Rückschau in die Vergangenheit hilfreich ist, woraus eine Reflexion und Änderungen in der Zukunft folgen können und andererseits auch die ganze Lebenssituation für den Veränderungsprozess eine bedeutende Rolle spielt. Nützlich für die Veränderung des Ernährungsverhaltens ist aber auch eine praktische Realisierung des Zieles.

Häufigkeiten hilfreiche Teile der Ernährungsberatung für eine Veränderung des Ernährungsverhaltens

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
hilfreiche Teile ^a	Befragung nach Ihrem zurückliegenden Essverhalten	46	24.9%	60.5%
	Analyse Ihrer weiteren relevanten Lebenssituation	30	16.2%	39.5%
	Erarbeitung von Zielen bzw. Teilzielen	24	13.0%	31.6%
	Analyse der bisherigen Fehlschläge für das "In-Den-Griff-Bekommen" Ihres Ernährungsproblems	18	9.7%	23.7%
	Erarbeitung von neuen Lösungsalternativen und Entscheidung für den günstigsten Lösungsweg	21	11.4%	27.6%
	Entwicklung eines praktischen Planes zur Zielerreichung	36	19.5%	47.4%
	Gesprächsabschluss	9	4.9%	11.8%
	Sonstiges	1	.5%	1.3%
	Gesamt	185	100.0%	243.4%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Tabelle 74: prozentuelle Häufigkeiten/hilfreiche Teile der Ernährungsberatung für eine Veränderung des Ernährungsverhaltens

10.5.1.10 Beeindruckende Elemente der Ernährungsberatung für eine Veränderung des Ernährungsverhaltens

Bei der Frage welche Elemente der Ernährungsberatung so beeindruckend waren, dass sie zu einer Veränderung des Ernährungsverhaltens führten, machten 75 Patienten eine oder mehrere Angaben (siehe Tabelle 75). Auch hier wurde wie beim vorigen Item die Analyse

des eigenen Essverhaltens als besonders eindrucksvoll angesehen. Als zweithäufigstes beeindruckendes Element wurden „allgemeine Informationen über eine ausgewogene Ernährung“ und die „Berücksichtigung der individuellen Situation“ genannt. Es lässt sich somit folgern, dass einerseits der individuelle Aspekt eingeschlossen der Betrachtung des eigenen Essverhaltens für die Ernährungsberatung sehr wichtig sind, andererseits aber auch der Informationsgehalt.

Häufigkeiten beeindruckende Elemente der Ernährungsberatung für eine Veränderung des Ernährungsverhaltens				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
beeindruckende Elemente ^a	Analyse des eigenen Essverhaltens	43	18.5%	57.3%
	allgemeine Informationen über eine ausgewogene Ernährung	32	13.8%	42.7%
	Besprechung einer günstigen Lebensmittelauswahl	30	12.9%	40.0%
	Information über Nährwerte und Nährstoffe	9	3.9%	12.0%
	Berücksichtigung der individuellen Situation	38	16.4%	50.7%
	praktische Tipps bezogen auf das Kochen	16	6.9%	21.3%
	Aufzeigen wie das Ernährungsverhalten beeinflusst werden kann	19	8.2%	25.3%
	Information zu den Risikofaktoren der Adipositas	16	6.9%	21.3%
	Information zu den Risiken von falscher Ernährung	20	8.6%	26.7%
	Veranschaulichung durch Beratungsmaterial	9	3.9%	12.0%
	Gesamt		232	100.0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Tabelle 75: prozentuelle Häufigkeiten/beeindruckende Elemente der Ernährungsberatung für eine Veränderung des Ernährungsverhaltens

10.5.1.11 Auswirkungen der Ernährungsberatung auf andere Lebensbereiche

Die Mehrheit der Teilnehmer der Untersuchung gaben an, dass die Ernährungsberatung keine Auswirkung auf andere Lebensbereiche hatte (67,9%) (siehe Tabelle 76 und Abbildung 118).

Auswirkung der Ernährungsberatung auf andere Lebensbereiche

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	20	24.7	26.7	26.7
	nein	55	67.9	73.3	100.0
	Gesamt	75	92.6	100.0	
Fehlend	keine Angabe	6	7.4		
Gesamt		81	100.0		

Tabelle 76: prozentuelle Häufigkeiten/Auswirkung der Ernährungsberatung auf andere Lebensbereiche

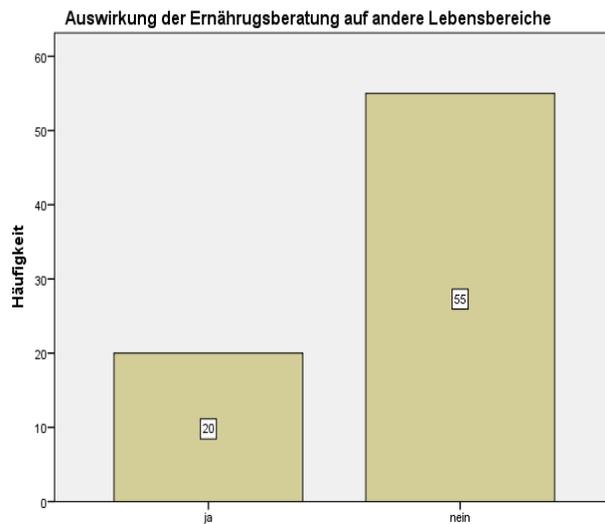


Abbildung 118: Häufigkeit/ Auswirkung der Ernährungsberatung auf andere Lebensbereiche

So Auswirkungen auf andere Lebensbereiche genannt wurden, waren dies vorwiegend Bewegung und Sport, ein bewussteres Leben, Wohlfühl und Zufriedenheit und eine positive Auswirkung auf das Familienleben.

10.5.1.12 Bewertung der Änderung des Ernährungsverhaltens aufgrund des Faktors Körpergewicht

Ferner wird zur Bewertung der Änderung des Ernährungsverhaltens eine zusätzliche Hypothese aufgestellt, welche eine Subhypothese zur dritten Prüfhypothese darstellt. Die Prüfhypothese lautet folgendermaßen:

Eine Ernährungsberatung bei adipösen Menschen führt zu keiner Reduktion des Körpergewichts.

Diese Hypothese soll mit dem t-Test für verbundene Stichproben bestätigt oder verworfen werden. Die Nullhypothese besagt, dass die Mittelwerte beider Stichproben gleich sind, also deren Differenz Null ist. Zur Testung dieser Hypothese wurden die Angaben des Körpergewichts vor und nach der Ernährungsberatung herangezogen. Die Voraussetzung

für diesen parametrischen Hypothesentest ist eine Normalverteilung der Werte. Zur Überprüfung, ob die Werte normalverteilt sind, wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test angewendet. Dieser Test ergab folgendes Ergebnis:

		Körpergewicht vor der Ernährungsberatung	Körpergewicht ein Monat nach der Ernährungsberatung
N		81	81
Parameter der Normalverteilung ^{a,b}	Mittelwert	91.5272	89.7605
	Standardabweichung	18.15722	17.63770
Extremste Differenzen	Absolut	.095	.065
	Positiv	.095	.065
	Negativ	-.047	-.055
Kolmogorov-Smirnov-Z		.851	.581
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		.464	.888

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Tabelle 77: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung/Körpergewicht vor und nach der Ernährungsberatung

Die vorhandenen Daten sind hinreichend normalverteilt, da mit $p= 0,464$ bzw. $p= 0,888$ deutlich nicht signifikante p-Werte vorliegen (siehe Tabelle 77).

		Mittelwert	N	Standardabweichun g	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	Körpergewicht vor der Ernährungsberatung	91.5272	81	18.15722	2.01747
	Körpergewicht ein Monat nach der Ernährungsberatung	89.7605	81	17.63770	1.95974

Tabelle 78: Mittelwerte/Körpergewicht vor und nach der Ernährungsberatung

Das mittlere Körpergewicht der Befragten vor der Ernährungsberatung war $91,53 \pm 18,16$ kg, nach der Ernährungsberatung betrug es $89,76 \pm 17,64$ kg (siehe Tabelle 78).

Test bei gepaarten Stichproben

	Gepaarte Differenzen					T	Df	Sig. (2-seitig)
	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
				Untere	Obere			
Paaren 1 Körpergewicht vor der Ernährungsberatung - Körpergewicht ein Monat nach der Ernährungsberatung	1.76667	1.81989	.20221	1.36426	2.16908	8.737	80	.000

Tabelle 79: t-Test/Körpergewicht vor und nach der Ernährungsberatung

Diese Änderung des Körpergewichts ist höchst signifikant ($p=0,000$) (siehe Tabelle 79).
Damit kann die Prüfhypothese

Eine Ernährungsberatung bei adipösen Menschen führt zu keiner Reduktion des Körpergewichts.

verworfen werden.

10.5.2 Zusammenfassung dritte Prüfhypothese

Die dritte Prüfhypothese

Eine Ernährungsberatung bei adipösen Menschen führt zu keiner Veränderung des Ernährungsverhaltens in Richtung einer gesundheitsbewussteren Ernährung.

kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse verworfen werden.

10.6 Resümee und Diskussion der empirischen Ergebnisse

Um die Frage, ob eine Ernährungsberatung bei adipösen Menschen zu einer Verbesserung des Ernährungswissens und einer Veränderung des Ernährungsverhaltens in Richtung einer gesundheitsbewussteren Ernährung führt, und ob sie von der genannten Personengruppe auch positiv beurteilt und akzeptiert wird, zu klären, wurde ein dafür entwickeltes Erhebungsinstrument einer repräsentativen Stichprobe von betroffenen Menschen vorgelegt. Durch die Auswertung der Daten mittels Verfahren der deskriptiven Statistik als auch der Interferenzstatistik, konnten alle drei Prüfhypothesen falsifiziert werden.

Daher kann folgende Grundhypothese aufgestellt werden:

Eine Ernährungsberatung führt zu einer Verbesserung des Ernährungswissens bei adipösen Menschen in Ostösterreich. Aus ihrer Sicht wird eine durchgeführte Ernährungsberatung positiv beurteilt und akzeptiert. Nach einer Ernährungsberatung gibt es bei der genannten Gruppe von Menschen Veränderungen im Ernährungsverhalten in Richtung einer gesundheitsbewussteren Ernährung.

Neben der Prüfung der Hypothese wird die Forschungsfrage und ihre Subfragen mittels den vorliegenden Ergebnissen beantwortet.

Die Forschungsfrage lautet:

Wie wird die Ernährungsberatung bei Adipositas von erwachsenen Patienten in ostösterreichischen medizinischen Einrichtungen akzeptiert und beurteilt? Welche Auswirkungen hat eine Ernährungsberatung auf das Ernährungswissen und das Ernährungsverhalten?

Die Ernährungsberatung bei Adipositas wurde bei den Patienten mehrheitlich sehr positiv erlebt. Das zeigt sich in einer überwiegend sehr guten Beurteilung und einer vorwiegend angenehmen Empfindung der Atmosphäre der Ernährungsberatung. Der Großteil der Befragten hatte eine neutrale Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung. Obwohl die Ernährungsberatung mehrheitlich von ärztlicher Seite empfohlen wurde, kann festgehalten werden, dass sich die Patienten freiwillig einer Beratung unterzogen haben, das heißt, die Beratung lag auch in ihrem Interesse oder der Wunsch nach einer Beratung ging vom Patienten aus. Aus der Sicht der Befragten haben sich ihre Erwartungen an die Ernährungsberatung mehrheitlich völlig erfüllt. Auch die Zufriedenheit hinsichtlich der zeitlichen Komponente, der Mitnahme neuer Erkenntnisse, des persönlichen Eingehens auf den Patienten und des Faktors Spaß in der Beratung war vorwiegend überaus gegeben. Die in der Ernährungsberatung gegebenen Informationen waren für die meisten Befragten vorerst ausreichend. Eine überwiegend positive Bewertung erfuhren alle Elemente der Ernährungsberatung und die in ihr eingesetzten Methoden. Das Beratungsmaterial war für den Großteil der Patienten verständlich und hat die Beratung an sich unterstützt. Es wurde jedoch angegeben, dass bestimmte Beratungsmaterialien nur in geringem Umfang eingesetzt wurden. Hier könnten Überlegungen angestellt werden, welche weiteren Beratungsmaterialien in einer Ernährungsberatung einen sinnvollen Einsatz finden

könnten. Eindeutig lässt sich aus der Untersuchung folgern, dass sich die Patienten Unterstützung in der praktischen Umsetzung zu Hause, in Form von Rezeptheften oder -büchern, wünschen. Diese Form der Unterstützung wird derzeit teilweise schon angeboten. Die in der Untersuchung durchgeführten Ernährungsberatungen haben mehrheitlich keine Wünsche offen gelassen. Unmittelbar nach der Beratung wurde auch Großteils der Vorsatz der Änderung der Ernährungsgewohnheiten und der Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung angegeben.

Die Auswirkungen der Ernährungsberatung auf das Ernährungswissen und das Ernährungsverhalten sind ebenfalls als positiv zu beurteilen. Das Ernährungswissen der an der Befragung teilgenommenen Patienten war vor der Ernährungsberatung durchschnittlich und hat sich auf die Note Gut verbessert. Hinsichtlich der Änderung des Ernährungsverhaltens wurde von 85% der Befragten eine völlige oder überwiegende Umsetzung der Empfehlung des Diätologen genannt. Auch das Körpergewicht konnte nach Angaben der Patienten durchschnittlich um 1,8kg im Zeitraum von einem Monat reduziert werden. Bei Betrachtung der Auswirkungen der Ernährungsberatung auf das Ernährungswissen und das Ernährungsverhalten kann allgemein eine positivere Änderung des Ernährungsverhaltens im Gegensatz zum Ernährungswissen festgestellt werden. In der gegenständlichen Untersuchung wurde das Ziel der Veränderung des Ernährungsverhaltens in größerem Ausmaß erfüllt als die Vermittlung von Ernährungswissen auf kognitiver Ebene. Es stellt sich allerdings die Frage, ob eine Ernährungsberatung, alle in Kapitel 5.3 genannten Ziele erfüllen kann, da es zur Zeit in der Praxis vorwiegend üblich ist, eine Ernährungsberatung als einmaliges Ereignis zu konzipieren. Vielmehr müsste sich eine Ernährungsberatung über einen länger andauernden Zeitraum erstrecken oder mit einer eingehenden Schulung verbunden werden um alle Ziele zu erreichen. Insgesamt wurden von den Befragten überaus mehr allgemeine und konkrete Veränderungen im Ernährungsverhalten in Richtung einer gesundheitsbewussteren Ernährung als nicht umgesetzte Empfehlungen genannt. Bei den allgemeinen Veränderungen war eine bewusster Ernährung, ein bewussteres Einkaufen und ein vermehrtes Nachdenken über das eigene Ernährungsverhalten vorrangig. Als konkrete Veränderungen wurden vorwiegend ein geringerer Konsum von Fett und fettreichen Lebensmitteln, eine vermehrte Aufnahme von Obst und Gemüse und eine geringere Konsumation von Zucker und zuckerhaltigen Lebensmitteln genannt. Als Beweggründe für die Änderung des Ernährungsverhaltens wurde mehrheitlich sowohl der Arzt und seine Empfehlung, die kompetente Ernährungsberatung als auch der

eigene Wille angegeben. An Beweggründen hinsichtlich der Ernährungsberatung waren vornehmlich die Information und Aufklärung über eine ausgewogene Ernährung und die Persönlichkeit des Diätologen ausschlaggebend. Die Befragung und Analyse des eigenen Essverhaltens, die Entwicklung eines praktischen Planes zur Zielerreichung, allgemeine Informationen über eine ausgewogene Ernährung und die Analyse und Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation wurden überwiegend als hilfreiche und beeindruckende Elemente der Ernährungsberatung angegeben. Probleme bei der Umsetzung gab es vornehmlich bei der empfohlenen Aufnahme von Obst und Gemüse, sowie der Empfehlung Bewegung zu machen, als auch bei der Empfehlung des Genusses und Zeit Nehmens für das Essen. Als Gründe für das Auftreten von Problemen wurden oftmals der Lebensalltag, die überwiegende Ernährung mit herkömmlichen Convenience-Produkten und Probleme beim Kochen genannt. Die Ernährungsberatung hatte mehrheitlich keine Auswirkung auf andere Lebensbereiche.

11 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Der derzeitige Ansatz der Ernährungsberatung basiert auf dem klientenzentrierten Beratungsansatz nach Carl Rogers, wo der Klient als Person im Mittelpunkt der Beratung steht und die Beziehung zwischen dem Klienten und dem Berater wesentlich für den Prozess der Beratung ist. Bedingung für die klientenzentrierte Beratung stellen die drei Basismerkmale der Echtheit, der Empathie und der unbedingten Wertschätzung des Beraters dar. Durch die personenzentrierte Haltung und die Annahme einer genuinen Aktualisierungstendenz des Individuums, gelingt diesem eine Selbstexploration und aktive Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Problem.

Der Begriff der Ernährungsberatung wird, wie auch der Begriff der Beratung allgemein, von Experten unterschiedlich definiert, wobei die Informationsvermittlung und die Modifikation des Ernährungsverhaltens vordergründig sind. Allgemein hat die Ernährungsberatung das Ziel Hilfe und Unterstützung in der Erhaltung, der Förderung oder der Wiederherstellung von Gesundheit zu geben. Dies bedeutet ein präventives und/oder korrekatives Eingreifen in die menschliche Entwicklung. So kann als übergeordnetes Ziel der Ernährungsberatung die Entwicklungsförderung des Individuums in der gesamten Lebensspanne gefolgert werden.

Die Ernährungsberatung kann einen Beitrag zur Ernährungsbildung des Menschen, welche „eine selbstbestimmte, verantwortungsbewusste und genussvolle Gestaltung des

Ernährungsalltags [...]“ (Danninger et al. 2006, S. 12) zum Ziel hat, leisten. So ist eine Selbstverwirklichung des Individuums im Bereich der Ernährung möglich, was auch eine Absicht von Bildung im Allgemeinen ist.

Neben der Bedeutung einer klientenzentrierten Grundhaltung in der Ernährungsberatung, vorgegebener Prozessmodelle, allgemeiner methodisch-didaktischer Aspekte und Kenntnissen der menschlichen Kommunikation sind bei einer Klientengruppe von Erwachsenen auch die Einbeziehung von Erkenntnissen der Lernpsychologie und didaktischen Besonderheiten der Erwachsenenbildung, die in der Ernährungsberatung Anwendung finden können, zu berücksichtigen.

Ausgangslage für diese Arbeit und die empirische Studie ist laut Nationalem Aktionsplan Ernährung vom Bundesministerium für Gesundheit eine österreich- und weltweite Zunahme an Übergewicht und Adipositas. Diese Entwicklung kann sowohl zu Folgeerkrankungen, die mit Kosten verbunden sind als auch mitunter zu einem tödlichen Ausgang, führen. Die Ernährung ist bei der Entstehung der Adipositas eine der Hauptursachen, daher kommt der Ernährungsberatung, welche eine Maßnahme zu Behandlung von Ernährungsproblematiken darstellt, ein wichtiger Stellenwert zu.

Ob die Ernährungsberatung ihrer Zielsetzung auch gerecht wird, und eine Maßnahme zur Bekämpfung des derzeitigen Ernährungsproblems ist, wurde in einer empirisch-quantitativen Studie untersucht. Schwerpunkte stellten die Erfassung der Auswirkungen der Ernährungsberatung auf das Ernährungswissen und das Ernährungsverhalten dar sowie die Beurteilung und Akzeptanz der Beratung. Mittels eines quantitativen Fragebogens konnten 81 adipöse Erwachsene in ausgewählten ostösterreichischen medizinischen Einrichtungen befragt und diese Anzahl an Fragebögen ausgewertet werden. Die Ergebnisse der Studie zeigten auf, dass durch eine Ernährungsberatung das Ernährungswissen bei adipösen Menschen verbessert wurde. Auch führte eine Ernährungsberatung zu einer Veränderung des Ernährungsverhaltens in Richtung einer gesundheitsbewussteren Ernährung. Die durchgeführte Ernährungsberatung wurde aus der Sicht der Patienten positiv beurteilt und akzeptiert. Kritischer Betrachtung bedarf jedoch der Punkt, dass eine Ernährungsberatung - so sie nur ein einziges Mal stattfindet - das Ziel der Vermittlung von Ernährungswissen nur in begrenztem Ausmaß erfüllen kann. Hier muss vor allem zwischen der Ernährungsberatung als einmaliges Ereignis oder mehrmaligen Beratungseinheiten unterschieden werden. In der vorliegenden Studie, wo es

nur zu einem einzigen Kontakt zwischen Berater und Patienten gekommen ist, konnte gezeigt werden, dass das Ziel der Veränderung des Ernährungsverhaltens in größerem Umfang erfüllt werden konnte, als das einer Vermittlung von Ernährungswissen. Es muss jedoch auch die Frage aufgeworfen werden, ob es angesichts der begrenzten Zeit, die im Rahmen einer stationären oder ambulanten Ernährungsberatung zur Verfügung steht, überhaupt realistisch ist, das Ziel einer umfangreichen Vermittlung von Ernährungswissen vorzugeben oder ob es hier einer Modifikation bedarf.

Weiterführend wäre es interessant zu untersuchen, ob sich bei Ernährungsschulungen, die von längerer Dauer sind, Verbesserungen im Ernährungswissen in größerem Ausmaß feststellen lassen als bei einer einmaligen Ernährungsberatung.

Obwohl in der Untersuchung bereits gezeigt werden konnte, dass der Diätologe und seine Persönlichkeit maßgeblich ausschlaggebend für eine positive Veränderung des Ernährungsverhaltens waren, muss vor allem in der Fort- und Weiterbildung von Diätologen das Angebot hinsichtlich der Beratungskompetenz verstärkt adäquat gestaltet werden. Diätologen müssen sich der Wichtigkeit ihrer Soft Skills bewusst sein, diese entsprechend fördern und ausbauen. Auch gilt es neuen, kreativen Wegen in der Beratungstechnik gegenüber offen zu sein.

12 LITERATURVERZEICHNIS

Aarsonson, Lauren S. et al.: Intensive nutrition counseling enhances outcomes of National Cholesterol Education Program dietary therapy. - In: Journal of the American Dietetic Association, 1996, Volume 96, Issue 10, S. 1003-1010. Online im WWW unter URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8841162> [25.3.2011]

Abdel Gawwad, Ensaf S. et al.: Weight management practices and their relationship to knowledge, perception and health status of Saudi females attending diet clinics in Riyadh city. - In: The Journal of the Egyptian Public Health Association, 2007, Volume 82, No.1-2, S. 173-201. Online im WWW unter URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18217330> [25.3.2011]

Alexander, Stewart C. et al.: Effects of counseling techniques on patients' weight-related attitudes and behaviors in a primary care clinic. - In: Patient Education Counseling, 2011, Volume 85, Issue 3, S. 363-368. Online im WWW unter URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21316897> [7.4.2011]

Arcand, JoAnne et al.: Education by a dietitian in patients with heart failure results in improved adherence with a sodium-restricted diet: a randomized trial. - In: American Heart Journal, 2005, Volume 150, Issue 4, S. 716. Online im WWW unter URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16209971> [5.4.2011]

Ardelt-Gattinger, Elisabeth et al.: Beratung bei lebensstilassozierten Erkrankungen. Der Königsweg zum Klienten. - In: Journal für Ernährungsmedizin, 2011, Nummer 3, S. 12-16

Atteslander, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung. - Berlin: Erich Schmid Verlag GmbH & Co. KG, 2010, 13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage

Austel, Anja et al.: Ernährungswissen in Deutschland. Eine repräsentative Studie. - In: Ernährungsumschau, 2011, Nummer 6, S. 304-311

Bahadori, Babak et al.: Adipositas therapie. Nahrung als Intervention. - In: Journal für Ernährungsmedizin, 2001, Nummer 4, S. 11-16. Online im WWW unter URL: <http://www.kup.at/kup/pdf/927.pdf> [26.02.2011]

Bargel, Tino: Quantitative Methoden. Einwände und Vorteile.- o.J. Online im WWW unter URL: <http://www.uni-konstanz.de/FuF/SozWiss/fg-soz/bargel/methodenkurs/102Quantitative%20Methoden%20Einwaende%20und%20Vorteile.pdf> [26.02.2011]

Baritsch, Cathrin et al.: Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene. - 2006. Online im WWW unter URL: http://www.adipositas-austria.org/pdf/3031_AMZ_Adipositas_3108_final.pdf [20.2.2011]

Bachmair, Sabine et al.: Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene. - Weinheim u.a.: Beltz-Verlag, 2007, 8. Auflage

Becker, Wolfgang: Zur Problematik der Weitervermittlung von Ernährungswissen. Kommunikationstheoretische Analyse, empirische Befunde und konzeptionelle Schlussfolgerungen. - Frankfurt am Main u.a.: Verlag Peter Lang GmbH, 1990

Beer, Rudolf: Bildungsstandards. Einstellungen von Lehrerinnen und Lehrern. - Wien u.a.: Lit Verlag GmbH & Co. KG, 2007, Dissertation

Beer, Rudolf: Skriptum. Empirisch-quantitative Verfahren am Modell eine konkreten Forschungsvorhabens I. - Wien, WS 2007/8

Betz, Caroline/Bischoff, Stephan C.: Übergewicht im Erwachsenenalter. – In Biesalski, Hans Conrad (Hrsg.): Ernährungsmedizin. Nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. - Stuttgart u.a.: Georg Thieme Verlag KG, 2010, 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 405-430

Boeger, Anette: Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte. Theorie und Praxis. - Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2009

Boland, Hermann: Grundlagen der Kommunikation in der Beratung. - Giessen: Wissenschaftlicher Fachverlag, 1993, 2. Auflage

Bortz, Jürgen/Döring, Nicola: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. - Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2006, 4., überarbeitete Auflage

Bortz, Jürgen/Schuster, Christof: Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. - Berlin u.a.: Springer Verlag, 2010, 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Branca Francesco et al.: Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO. Zusammenfassung. - 2007. Online im WWW unter URL http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98247/E89858G.pdf [21.2.2011]

Breitenbach, Erwin: Klientenzentrierte Beratung. - In: Diouani-Streek, Mériem/Ellinger Stephan (Hrsg.): Beratungskonzepte in sonderpädagogischen Handlungsfeldern. - Oberhausen: Athena-Verlag, 2007, 1. Auflage, S. 33-46

Brem-Gräser, Luitgard: Handbuch der Beratung für helfende Berufe. Band 3. F. Die Klienten- bzw. Personenzentrierte Beratung, Psychotherapie; G. Die psycho-soziale, kooperative Beratung. - München u.a.: Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co, 1993

Brombach, Christine: Soziale Dimension des Ernährungsverhaltens. Ernährungssoziologische Forschung. - In: Ernährungsumschau, 2011, Nummer 6, S. 318-324

Buchner, Ursula et al.: Thematisches Netzwerk Ernährung. Schlussdokumentation. - 2008. Online im WWW unter URL: http://imst.uni-klu.ac.at/programme_prinzipien/rn_tn/thema/ernaehrung/berichte/Endfassung_Schlussdokumentation_2008_IMST.pdf [5.12.2010]

Bühl, Achim: SPSS 16. Einführung in die moderne Datenanalyse. - München u.a.: Pearson Studium Verlag, 2008, 11., überarbeitete und erweiterte Auflage

Bühler, Karl: Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache. – Stuttgart u.a.: Gustav Fischer Verlag, 1982

Bühler, Karl: Theory of Language. The representational function of language. - Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 2011

Bundesministerium für Gesundheit: Nationaler Aktionsplan Ernährung. - 2011. Online im WWW unter URL: <http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/> [4.6.2011]

Byrd-Bredbenner, Carol et al.: A nutrition curriculum for health education: its effect on students' knowledge, attitude, and behavior. - In: The Journal of School Health, 1984,

Volume 54, Issue 10, S. 385-358. Online im WWW unter URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6569273> [25.3.2011]

Chapmann-Novakofski, Karen/Karduck, Justine: Improvement in knowledge, social cognitive theory variables, and movement through stages of change after a community-based diabetes education program. - In: Journal of the American Dietetic Association, 2005, Volume 105, Issue 10, S. 1613-1616. Online im WWW unter URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16183364> [25.3.2011]

Cook, Stephanie L. et al.: Effect of nutrition counselling on client perceptions and eating behavior. - In: Canadian journal of dietetic practice and research, 2006, Volume 67, Issue 4, S. 171-177. Online im WWW unter URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17150138> [5.4.2011]

Culkin, Alison et al.: Improving clinical outcome in patients with intestinal failure using individualised nutritional advice. - In: Journal of Human Nutrition and Dietetic: the official Journal of the British Dietetic Association, 2009, Volume 22, Issue 4, S. 290-298. Online im WWW unter URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19344376> [25.3.2011]

Danninger, Silvia et al.: Schmackhafte Angebote für die Erwachsenenbildung und Beratung. Food Literacy. Handbuch und Tool. - 2006. Online im WWW unter URL: http://www.aid.de/lernen/food_literacy_materialien.php [5.12.2010]

Dickersbach, Manfred/Jeske, Helmut: Die magischen Sieben. Ein Modell für die Praxis der Ernährungsberatung. Teil 1: Die Entscheidungsfelder. - In: Ernährungsumschau, 1994a, Nummer 2, S. B5-B8

Dickersbach, Manfred/Jeske, Helmut: Die magischen Sieben. Ein Modell für die Praxis der Ernährungsberatung. Teil 2: Die Bedingungsfelder. - In: Ernährungsumschau, 1994b, Nummer 4, S. B13-B16

Diedrichsen, Iwer: Ernährungsberatung. Psychologische Basiskonzepte. - Göttingen u.a.: Verlag für Psychologie Hogrefe, 1993

Diedrichsen, Iwer: Ernährungspsychologie. - Berlin u.a.: Springer-Verlag, 1990

Diehl, Jörg M.: Ernährungswissen von Kindern und Jugendlichen. - In: aid Verbraucher-dienst, 1999 (44. Jahrgang), S. 282-287

Dietrich, Georg: Allgemeine Beratungspsychologie. Eine Einführung in die psychologische Theorie und Praxis der Beratung. - Göttingen u.a.: Verlag für Psychologie Hogrefe, 1991, 2. Auflage

Doerry, Gerd et al.: Bewegliche Arbeitsformen in der Erwachsenenbildung. - Braunschweig: Westermann Verlag, 1981

Elmadfa, Ibrahim et al.: Österreichischer Ernährungsbericht 2008. - 2009. Online im WWW unter URL: http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/3/7/1/CH0857CMS1081844270722/der_gesamte_ernaehrungsbericht.pdf [24.02.2011]

Engel, Frank et al.: Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. - Weinheim u.a.: Juventa Verlag, 2008, 3. Auflage

Ertelt, Bern-Joachim/Schulz, William E.: Beratung in Bildung und Beruf. Ein anwendungsorientiertes Lehrbuch. - Leonberg: Rosenberger Fachverlag, 1997

Falge, Clarissa/Blondiau, Andre: Was ist der Unterschied zwischen quantitativer und qualitativer Forschung? Doktorandenseminar Forschungsmethodik I. - 2010. Online im WWW unter URL: http://www.tim.ethz.ch/education/courses/courses_fs_2010/course_docsem_fs_2010/Slides/F14_Qual_Quan_Forschung_BLondiau_Falge [26.02.2011]

Faulstich, Peter/Zeuner, Christine: Erwachsenenbildung. Eine handlungsorientierte Einführung in Theorie, Didaktik und Adressaten. - Weinheim u.a.: Juventa Verlag, 2008, 3.; aktualisierte Auflage

Fleischmann, Ulrich et al.: Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns. - Wien u.a.: Springer-Verlag, 2008, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage

Friebertshäuser, Barbara: Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. - Weinheim u.a.: Juventa Verlag, 2010, 3., vollständig überarbeitete Auflage

Froger-Bompas, Cristèle et al.: Sustained positive impact of a coronary rehabilitation programme on adherence to dietary recommendations. - In: Archives of cardiovascular diseases, 2009, Volume 102, Issue 2, S. 97-104. Online im WWW unter URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19303576> [7.4. 2011]

Fuleda, Stefanie: Erwachsenenbildung im Dialog mit Psychologie. Ein interdisziplinärer Beitrag für eine subjektorientierte Lern- und Bildungskultur in der Trias Individuum, Gesellschaft und Wissenschaft. - Frankfurt am Main, Wien u.a.: Peter Lang Verlag, 2002, Dissertation

Furlanetto, Denise LC. et al.: An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. - In: Journal of Human Nutrition and Dietetic: the official Journal of the British Dietetic Association, 2007, Volume 20, Issue 5, S. 486-494. Online im WWW unter URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17845383> [26.3.2011]

Geißler, Karlheinz A./Hege, Marianne: Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Ein Leitfaden für soziale Berufe. - München, Weinheim: Juventa Verlag, 2007, 11. Auflage

Gölz, Claudia: Ernährungs- und Diätberatung. – In: Müller, Sven-David (Hrsg.): Diätetik und Ernährungsberatung. - Stuttgart: Hippokrates Verlag GmbH & Co KG, 2002, 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, S. 487-513

Gölz, Claudia: Gesundheitliche Aspekte des Ernährungsverhaltens. Neue Ansätze für die Ernährungsberatung. - Lage: Verlag Hans Jacobs, 1997, Dissertation

Goodchild, Claire E. et al.: The value of empathy in dietetic consultations. A pilot study to investigate its effect on satisfaction, autonomy and agreement. - In: Journal of Human Nutrition and Dietetic: the official Journal of the British Dietetic Association, 2005, Volume 18, Issue 3, S. 181-185. Online im WWW unter URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15882380> [26.03.2011]

Grassl, Stefan: Adäquates Lernen für Erwachsene. Eine empirische Untersuchung anhand einer AMS-Weiterbildungsmaßnahme. - 1998, unveröffentlichte Dissertation

Gruber, Elke: Skriptum zur Vorlesung „Bildung und Entwicklung im Erwachsenenalter im Rahmen von Modernisierungsprozessen“. - Universität Klagenfurt, WS 2009/10. Online im WWW unter URL: http://www.wg.uni-klu.ac.at/ifeb/eb/Skriptum_120222_w09.pdf [21.2.2011]

Hauner, Hans et al.: Evidenzbasierte Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas. - 2007. Online im WWW unter URL: <http://www.dge.de/pdf/ll/Adipositas-Leitlinie-2007.pdf> [20.2.2011]

- Hauner, Hans: Übergewicht im Erwachsenenalter. – In Biesalski, Hans Conrad (Hrsg.): Ernährungsmedizin. Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. - Stuttgart u.a.: Georg Thieme Verlag, 2004, 3., erweiterte Auflage, S. 246-269
- Heindl, Ines: Ernährungsbildung. Curriculare Entwicklung und institutionelle Verantwortung. - In: Ernährungsumschau, 2009, Nummer 10, S. 568-573
- Heindl, Ines: Studienbuch Ernährungsbildung. Ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheitsförderung. - Bad Heilbrunn/Obb.: Verlag Julius Klinhardt, 2003
- Hinz, Arnold: Modul 8: Organisationsformen von Beratung - In: Hinz, Arnold et al.: Modul Beratungspsychologie. - Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinhardt, 2008, S. 205-249
- Hirsch, Axel: Grundüberlegungen einer personenzentrierten Ernährungsberatung. - In: Ernährungsumschau, 2008, Nummer 6, S. 354-361
- Hofbauer, Andrea et al.: Der Diaetologische Prozess als Instrument der Qualitätssicherung. - In: Journal für Ernährungsmedizin, 2011, Nummer 1, S. 18-19
- Jahnen, Andrea: Ernährungsberatung zwischen Gesundheit & Gesellschaft. Vorschläge für eine neue Standortbestimmung. - Frankfurt/Main: Verlag für Akademische Schriften, 1998, Dissertation
- Keller, Josef A./Novak, Felix (Hrsg.): Kleines Pädagogisches Wörterbuch. - Freiburg im Breisgau, Wien u.a.: Herder Verlag, 1993., 2. Auflage
- Kiefer, Ingrid: Effektivität der individuellen Ernährungsberatung. Möglichkeit und Grenzen. - Wien, 1998, Dissertation
- Kiefer, Ingrid: Möglichkeiten der Beeinflussung des Ernährungsverhaltens und der Nährstoffaufnahme durch Ernährungsberatung und deren präventive Konsequenzen. - In: Journal für Ernährungsmedizin, 2000, Nummer 5, S. 11-17
- Kohnhorst, Marie-Luise: Ernährungsberatung versus Produktempfehlungen. Definition, Möglichkeiten, Grenzen. - In: Ernährungsumschau, 1997, Nummer 5, S.380-383

Kohnhorst, Marie-Luise/Ollenschläger Günther: Grundlagen der Ernährungsberatung - In: Ollenschläger, Günter/Schauder, Peter (Hrsg.): Ernährungsmedizin. Prävention und Therapie. - München u.a.: Urban & Fischer Verlag, 2003, 2. Auflage, S. 420-423

Kohnhorst, Marie-Luise/ Ollenschläger, Günther: Praxis der Ernährungs- und Diätberatung. - In: Ollenschläger, Günter/Schauder, Peter (Hrsg.): Ernährungsmedizin. Prävention und Therapie. - München u.a.: Urban & Fischer Verlag, 2003, 2. Auflage, S. 424-433

Klotter, Christoph: Einführung Ernährungspsychologie. - München u.a.: Ernst Reinhard Verlag, 2007

Klotter, Christoph: Warum Ernährungspsychologie in der Ernährungsberatung gebraucht wird. - In: Ernährungsumschau, 2009, Nummer 10, S. 565-567

Köln, Detlef/Pallasch Waldemar: Pädagogisches Gesprächstraining. Lern- und Trainingsprogramm zur Vermittlung pädagogisch-therapeutischer Gespräch- und Beratungskompetenz. - Weinheim u.a.: Juventa-Verlag, 2002

Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung: Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland. - 2009. Online im WWW unter URL: <http://quetheb.de/PDFs/Rahmenvereinbarung%202009.pdf> [27.02.2010]

Lehr, Ursula: Psychologie des Alterns. - Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag, 2007, 11.; korrigierte Auflage

Leitzmann, Claus/Spritzmüller, Eva-Maria.: Ernährungsökologie. - In: Diedrichsen, Iwer (Hrsg.): Humanernährung. Ein interdisziplinäres Lehrbuch. - Darmstadt: Steinkopff-Verlag, 1995, S.121-152

Leonhäuser, Ingrid-Ute: Essalltag in Familien. Ernährungsversorgung zwischen privatem und öffentlichem Raum. - Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2009

Lienert, Gustav A./Raatz, Ulrich: Testaufbau und Testanalyse. - Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1998, 6. Auflage

Löser, Christian. et al.: Ernährungsmedizinische Behandlung. - In: Müller, Manfred J.: Ernährungsmedizinische Praxis. - Heidelberg: Springer Verlag, 2007, 2., vollständig neu bearbeitete Auflage, S. 197-364

Lückerath, Eva/ Müller-Nothmann, Sven-David: Diätetik und Ernährungsberatung. Das Praxisbuch. - Stuttgart: Karl F. Haug Verlag, 2011, 4., unveränderte Auflage

Lux, Michael: Der Personenzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften. - München: Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co, 2007

Maid-Kohnert, Udo: Lexikon der Ernährung. In drei Bänden. - Heidelberg u.a.: Spektrum Akademischer Verlag GmbH, 2001

Methfessel, Barbara: Arbeitstagung der DGE: Aspekte der Ernährungsbildung und –beratung. Bedingungen und Barrieren der Ernährungsbildung. - 2005. Online im WWW unter URL: http://www.dge.de/pdf/presse/at2005/pm/Methfessel_Abstract.pdf [23.2.2011]

Methfessel, Barbara: Salutogenese. Ein Modell fordert zum Umdenken heraus. Teil 1: Antonovskys Modell der Salutogenese. - In: Ernährungsumschau 2007, Nummer 12, S. 704-709

Mielke, Rosemarie: Psychologie des Lernens. Eine Einführung. - Stuttgart u.a.: Kohlhammer Verlag, 2001

Mutzeck, Wolfgang: Kooperative Beratung. Grundlagen, Methoden, Training, Effektivität. - Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 2008, 6., überarbeitete und erweiterte Auflage

Nußbeck, Susanne: Einführung in die Beratungspsychologie. - München u.a.: Reinhardt-Verlag, 2006

Österreichische Adipositas Gesellschaft: ÖAG Leitlinien. 2. Diagnostik der Adipositas. - 2004. Online im WWW unter URL: http://www.adipositas-austria.org/oeag_leitlinien_02.html [20.2.2011]

Petermann, Franz/Pudel, Volker: Übergewicht und Adipositas. - Göttingen u.a.: Hogrefe-Verlag, 2003

Poser, Märle: Lerneinheit 2: Die klientenzentrierte Gesprächsführung. - o.J. Online im WWW unter URL: https://www.fh-muenster.de/fb12/downloads/intranet/poser/Lerneinheit_klientenzentrierte_Gespr__chsf__hrung.pdf [11.4. 2011]

Prenner, Monika: Quantitative Empirie im Kontext der Lehrerinnenbildung. - o.J. Online im WWW unter URL: http://i1.phst.at/fileadmin/i1/ws07_08/sonstiges/prenner_quantempirie.pdf [26.02.2011]

Pritz, Alfred/Stumm, Gerhard: Wörterbuch der Psychotherapie. - Wien u.a.: Springer Verlage, 2009, 2. Auflage

Pschyrembel, Willibald: Pschyrembel Online. - 2010. Online im WWW unter URL: http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?col=Pschyrembel#__pschyrembel_kw__%2F%2F*%5B%40attr_id%3Dkw_artikel4406852%5D [1.3.2011]

Pudel, Volker/Westenhöfer, Joachim: Ernährungsberatung als Risikofaktor für Ernährungsverhalten? - In: Erbersdobler, Helmut/ Wolfram, Günther (Hrsg.): Echte und vermeintliche Risiken der Ernährung. - Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 1993, S. 47-53

Pudel, Volker/Westenhöfer, Joachim: Ernährungspsychologie. Eine Einführung. - Göttingen u.a.: Verlag für Psychologie Hogrefe, 1998, 2. Auflage

Pudel, Volker: Praxis der Ernährungsberatung. - Berlin u.a.: Springer-Verlag, 1991, 2., überarbeitete Auflage

Purtscher, Anna E.: Beratungskompetenz im Rahmen des diätologischen Prozesses. - In: Ledochowski, Maximilian (Hrsg.): Klinische Ernährungsmedizin. - Wien u.a.: Springer-Verlag, 2010, S. 91-102

Rechtien, Wolfgang: Beratung im Alltag. Psychologische Konzepte des nichtprofessionell beratenden Gesprächs. - Paderborn: Junfermann-Verlag, 1988

Rechtien, Wolfgang: Beratung. Theorien, Modelle, Methoden. - München, Wien: Profil-Verlag, 1998

Roche Lexikon Medizin. - 2003. Online im WWW unter URL: <http://www.tk.de/rochelexikon/> [3.3.2011]

Rogers, Carl R.: Die nicht-direktive Beratung. - Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2007, 12. Auflage

Rogers, Carl R.: Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. - Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, 1992

Sander, Klaus/Ziebertz, Torsten: Personenzentrierte Beratung. Ein Lehrbuch für Ausbildung und Praxis. - München u.a.: Juventa Verlag, 2010

Schauder, Peter: Einführung in die Ernährungsmedizin. - In: Ollenschläger, Günter/Schauder, Peter (Hrsg.): Ernährungsmedizin. Prävention und Therapie. - München u.a.: Urban & Fischer Verlag, 2003, 2. Auflage, S. 3-13

Schulz von Thun: Miteinander reden. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. - Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2001, 34. Auflage

Seel, Norbert M.: Psychologie des Lernens. Lehrbuch für Pädagogen und Psychologen. - München u.a.: Reinhardt Verlag, 2000

Siebert, Horst: Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht. - Augsburg: Ziel-Zentrum für interdisziplinäres erfahrungsorientiertes Lernen GmbH, 2006, 5. überarbeitete Auflage

Studienkommission Pädagogik: Studienplan Pädagogik 2002. - 2002. Online im WWW unter URL: http://sss-biwi.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/SSC/SSC_PhilBild/StudplanPaed_2002__1__AENDERUNG.pdf [25.02.2011]

Thematisches Netzwerk Ernährung: Referenzrahmen für die Ernährungs- und Verbraucherbildung in Österreich. - o.J. Online im WWW unter URL: http://imst.uniklu.ac.at/programme_prinzipien/rn_tn/thema/ernaehrung/berichte/Dokumentation_EVA2008.pdf [27.02.2011]

Verband der Diätologen Österreichs. - 2006. Online im WWW unter URL: <http://www.diaetologen.at/de/portal/beruf/ausbildung/allgemeineinfozurausbildung/> [12.4.2011]

Wagner, Rudi F.: Modul 3: Beratungsansätze im Überblick - In: Hinz, Arnold et al.: Modul Beratungspsychologie. - Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinhardt, 2008, S. 65-85

Warschburger, Petra (Hrsg.): Beratungspsychologie. - Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2009

Watzlawick, Paul et al.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. - Bern: Verlag Hans Huber, 2007, 11., unveränderte Auflage

Weggemann, Sigrid: Gesundheitsorientierte Ernährungsberatung. - In: Kutsch, Thomas (Hrsg.): Ernährungsforschung - Interdisziplinär. - Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1993, S. 157-177

Weinberger, Sabine: Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. - Weinheim u.a.: Juventa Verlag, 2004

Weiß, Christel: Basiswissen Medizinische Statistik. - Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2010, 5. Auflage

Weisbach, Christian R.: Ernährungsberatung in der Arztpraxis, Patientenführung und Compliance. - In: Biesalski, Hans Conrad (Hrsg.): Ernährungsmedizin. Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. - Stuttgart u.a.: Georg Thieme Verlag, 2004, 3., erweiterte Auflage, S. 607-615

Winter, Stefanie: Schriftliche Befragung (Fragebogen). - 2000. Online im WWW unter URL: http://imihome.imi.uni-karlsruhe.de/nschriftliche_befragung_b.html [26.02.2011]

Wirth, Alfred: Adipositas. Epidemiologie, Ätiologie, Folgekrankheiten, Therapie. - Berlin u.a.: Springer-Verlag, 2000, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage

13 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Therapeutische Interventionen bei Adipositas	19
Abbildung 2:	Formen der Beratung.....	27
Abbildung 3:	Vertikale und horizontale Beratung	29
Abbildung 4:	Roger's Modell der Basisqualitäten der Beratung/Therapie	33
Abbildung 5:	Allgemeine Ziele der Ernährungsberatung	49
Abbildung 6:	Ziele der entwicklungsorientierten Ernährungsberatung	50
Abbildung 7:	Erinnerungsleistung in Abhängigkeit vom verwendeten Informationskanal	56
Abbildung 8:	Veränderung in der Wechselwirkung innerer Signale (biologische Ebene) äußere Reize (kulturelle Normierung) und rationaler Einstellungen (Kognitionen) im Verlauf des Lebens.....	57
Abbildung 9:	Ernährungsumstellung als Lernprozess.....	60
Abbildung 10:	Phasen des Problemlöseprozesses.....	66
Abbildung 11:	Die „magischen Sieben“ – ein Modell für die Praxis der Ernährungs- beratung	70
Abbildung 12:	Das Organon-Modell nach Karl Bühler	75
Abbildung 13:	Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation.....	76
Abbildung 14:	Der „vierohrige Empfänger“	77
Abbildung 15:	Determinanten der Lernfähigkeit	84
Abbildung 16:	Didaktische Prinzipien der Erwachsenenbildung.....	87
Abbildung 17:	Häufigkeit/Geschlecht	105
Abbildung 18:	Häufigkeit/Bundesland.....	105
Abbildung 19:	Häufigkeit/Lebensform	106
Abbildung 20:	Häufigkeit/höchster Schulabschluss.....	106
Abbildung 21:	Häufigkeit/Indikation für die Ernährungsberatung	108
Abbildung 22:	Häufigkeit/Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung	111
Abbildung 23:	Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen vor der Ernährungs- beratung und dem Merkmal „Geschlecht“	111
Abbildung 24:	Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen vor der Ernährungs- beratung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	112

Abbildung 25:	Häufigkeit/Einschätzung des Ernährungswissens vor der Ernährungsberatung.....	113
Abbildung 26:	Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung und der Einschätzung des Ernährungswissens vor der Ernährungsberatung	113
Abbildung 27:	Häufigkeit/Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung	114
Abbildung 28:	Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“	115
Abbildung 29:	Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	116
Abbildung 30:	Häufigkeit/Einschätzung des Ernährungswissens nach der Ernährungsberatung.....	117
Abbildung 31:	Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen nach der Ernährungsberatung und der Einschätzung des Ernährungswissens nach der Ernährungsberatung	117
Abbildung 32:	Häufigkeit/Stellenwert der Ernährungsberatung.....	119
Abbildung 33:	Zusammenhang zwischen dem Stellenwert der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“	120
Abbildung 34:	Zusammenhang zwischen dem Stellenwert der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	121
Abbildung 35:	Häufigkeit/Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung.	122
Abbildung 36:	Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung und dem Merkmal „Geschlecht“	122
Abbildung 37:	Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	123
Abbildung 38:	Häufigkeit/allgemeine Beurteilung der Ernährungsberatung	124
Abbildung 39:	Zusammenhang zwischen der allgemeinen Beurteilung der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“	124
Abbildung 40:	Zusammenhang zwischen der allgemeinen Beurteilung der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	125
Abbildung 41:	Häufigkeit/Empfindung der Atmosphäre der Ernährungsberatung	126
Abbildung 42:	Zusammenhang zwischen der Empfindung der Atmosphäre der Ernährungsberatung mit dem Merkmal „Geschlecht“	126

Abbildung 43:	Zusammenhang zwischen der Empfindung der Atmosphäre der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	127
Abbildung 44:	Häufigkeit/zeitliche Komponente der Ernährungsberatung	128
Abbildung 45:	Zusammenhang zwischen der zeitlichen Komponente der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“	128
Abbildung 46:	Zusammenhang zwischen der zeitlichen Komponente der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	129
Abbildung 47:	Häufigkeit/Erfüllung der Erwartungen an die Ernährungsberatung	130
Abbildung 48:	Zusammenhang zwischen der Erfüllung der Erwartungen an die Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“	131
Abbildung 49:	Zusammenhang zwischen der Erfüllung der Erwartungen an die Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	132
Abbildung 50:	Häufigkeit/Item „Ich habe viele neue Erkenntnisse mitgenommen.“ ...	133
Abbildung 51:	Zusammenhang zwischen der Beurteilung „Mitnahme neuer Erkenntnisse“ und dem Merkmal „Geschlecht“	133
Abbildung 52:	Zusammenhang zwischen der Beurteilung „Mitnahme neuer Erkenntnisse“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	134
Abbildung 53:	Häufigkeit/Item „Die Diätologin/der Diätologe ist auf meine persönlichen Anliegen eingegangen.“	135
Abbildung 54:	Zusammenhang zwischen der Beurteilung „persönliches Eingehen auf den Patienten durch den Diätologen“ und dem Merkmal „Geschlecht“	135
Abbildung 55:	Zusammenhang zwischen der Beurteilung „persönliches Eingehen auf den Patienten durch den Diätologen“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	136
Abbildung 56:	Häufigkeit/Item „Ich hatte viel Spaß bei der Ernährungsberatung.“	137
Abbildung 57:	Zusammenhang zwischen dem Faktor Spaß bei der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“	137
Abbildung 58:	Zusammenhang zwischen dem Faktor Spaß bei der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	138
Abbildung 59:	Häufigkeit/ Element „Analyse des eigenen Essverhaltens“	139
Abbildung 60:	Häufigkeit/Element „allgemeine Informationen über eine ausgewogene Ernährung“	140

Abbildung 61:	Häufigkeit/Element „Besprechung einer günstigen Lebensmittelauswahl“	140
Abbildung 62:	Häufigkeit/Element „Informationen über Nährwerte und Nährstoffe“	141
Abbildung 63:	Häufigkeit/Element „Berücksichtigung der individuellen Situation“...	142
Abbildung 64:	Häufigkeit/Element „praktische Tipps bezogen auf das Kochen“	142
Abbildung 65:	Häufigkeit/Element „Aufzeigen wie das Ernährungsverhalten beeinflusst werden kann“	143
Abbildung 66:	Häufigkeit/Element „Information zu den Risikofaktoren der Adipositas“.	144
Abbildung 67:	Häufigkeit/Element „Information zu den Risiken von falscher Ernährung“	144
Abbildung 68:	Häufigkeit/Element „Veranschaulichung durch Beratungsmaterial“ ...	145
Abbildung 69:	Häufigkeit/Beurteilung des Informationsgehalts der Ernährungsberatung.	146
Abbildung 70:	Zusammenhang zwischen der Beurteilung des Informationsgehalts der Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“	147
Abbildung 71:	Zusammenhang zwischen der Beurteilung des Informationsgehalts der Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	148
Abbildung 72:	Häufigkeit/Teil „gegenseitiges Kennenlernen“	149
Abbildung 73:	Häufigkeit/Teil „Befragung nach dem zurückliegenden Essverhalten“	150
Abbildung 74:	Häufigkeit/Teil „Analyse der weiteren relevanten Lebenssituation“ ...	150
Abbildung 75:	Häufigkeit/Teil „Erarbeitung von Zielen bzw. Teilzielen“	151
Abbildung 76:	Häufigkeit/Teil „Analyse der bisherigen Fehlschläge für das „In-Den- Griff-Bekommen“ des Ernährungsproblems“	152
Abbildung 77:	Häufigkeit/Teil „Erarbeitung von neuen Lösungsalternativen und Entscheidung für den günstigsten Lösungsweg“	152
Abbildung 78:	Häufigkeit/Teil „Entwicklung eines praktischen Planes zur Ziel- erreichung“	153
Abbildung 79:	Häufigkeit/Teil „Gesprächsabschluss“	154
Abbildung 80:	Häufigkeit/Teil „Vermittlung von Sachinhalten“	154
Abbildung 81:	Häufigkeit/Teil „Erklärung von Zusammenhängen“	155
Abbildung 82:	Häufigkeit/Teil „Veranschaulichung durch Beratungsmaterial“	156
Abbildung 83:	Häufigkeit/Beurteilung der Verständlichkeit des Beratungsmaterials..	157

Abbildung 84:	Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Verständlichkeit des Beratungsmaterials und dem Merkmal „Geschlecht“	157
Abbildung 85:	Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Verständlichkeit des Beratungsmaterials und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	158
Abbildung 86:	Häufigkeit/Beratungsmaterial Broschüren	159
Abbildung 87:	Häufigkeit/Beratungsmaterial computergestützte Hilfsmittel.....	160
Abbildung 88:	Häufigkeit/Beratungsmaterial Plakate/Abbildungen	161
Abbildung 89:	Häufigkeit/Beratungsmaterial Ernährungspyramide.....	161
Abbildung 90:	Häufigkeit/Beratungsmaterial Nährwerttabellen	162
Abbildung 91:	Häufigkeit/Beratungsmaterial Lebensmittel	163
Abbildung 92:	Häufigkeit/Wunsch von Material für zu Hause: CDs	164
Abbildung 93:	Häufigkeit/Wunsch von Material für zu Hause: DVDs	164
Abbildung 94:	Häufigkeit/Wunsch von Material für zu Hause: Newsletter	165
Abbildung 95:	Häufigkeit/Wunsch von Material für zu Hause: Rezepthefte/-bücher ..	166
Abbildung 96:	Häufigkeit/offene Wünsche an die Ernährungsberatung	166
Abbildung 97:	Häufigkeit/Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung	167
Abbildung 98:	Zusammenhang zwischen der Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung und dem Merkmal „Geschlecht“	168
Abbildung 99:	Zusammenhang zwischen der Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	169
Abbildung 100:	Häufigkeit/Vorsatz einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten	170
Abbildung 101:	Zusammenhang zwischen dem Vorsatz einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten und dem Merkmal „Geschlecht“	170
Abbildung 102:	Zusammenhang zwischen dem Vorsatz einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	171
Abbildung 103:	Häufigkeit/Umsetzung der Empfehlungen des Diätologen.....	173
Abbildung 104:	Zusammenhang zwischen der Umsetzung der Empfehlungen des Diätologen und dem Merkmal „Geschlecht“	174
Abbildung 105:	Zusammenhang zwischen der Umsetzung der Empfehlungen des Diätologen und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	174
Abbildung 106:	Häufigkeit/ allgemeiner Beweggrund „Empfehlung des Arztes“	178

Abbildung 107: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „Empfehlung des Arztes“ und dem Merkmal „Geschlecht“	179
Abbildung 108: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „Empfehlung des Arztes“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	179
Abbildung 109: Häufigkeit/allgemeiner Beweggrund „kompetente Ernährungsberatung“	180
Abbildung 110: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „kompetente Ernährungsberatung“ und dem Merkmal „Geschlecht“	181
Abbildung 111: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „kompetente Ernährungsberatung“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“ ..	181
Abbildung 112: Häufigkeit/allgemeiner Beweggrund „eigener Wille“	182
Abbildung 113: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „eigener Wille“ und dem Merkmal „Geschlecht“	183
Abbildung 114: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „eigener Wille“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	183
Abbildung 115: Häufigkeit/allgemeiner Beweggrund „Empfehlung der Angehörigen“	184
Abbildung 116: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „Empfehlung der Angehörigen“ und dem Merkmal „Geschlecht“	185
Abbildung 117: Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Beweggrund „Empfehlung der Angehörigen“ und dem Merkmal „höchster Schulabschluss“	185
Abbildung 118: Häufigkeit/ Auswirkung der Ernährungsberatung auf andere Lebensbereiche	191

14 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen entsprechend dem BMI	19
Tabelle 2:	Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens	44
Tabelle 3 :	Aufgaben der Ernährungsmedizin.....	47
Tabelle 4:	Stufen der Verhaltensänderung	59
Tabelle 5 :	Optimale Nährstoffrelation der mäßig energiereduzierten Mischkost in der Adipositas-therapie.....	93
Tabelle 6:	Arbeitsschritte der empirischen Studie	100
Tabelle 7:	Interpretation des Korrelationskoeffizienten.....	104
Tabelle 8:	Einteilung der Signifikanzniveaus	104
Tabelle 9:	prozentuelle Häufigkeiten/höchster Schulabschluss gewichtet	107
Tabelle 10:	prozentuelle Häufigkeiten/Indikation für die Ernährungsberatung.....	108
Tabelle 11:	Wilcoxon-Test/Ernährungswissen vor und nach der Ernährungsberatung	109
Tabelle 12:	Wilcoxon-Test/Ernährungswissen vor und nach der Ernährungsberatung	110
Tabelle 13:	Median und Quartile/Ernährungswissen vor und nach der Ernährungs- beratung.....	110
Tabelle 14:	prozentuelle Häufigkeiten/Ernährungswissen vor der Ernährungsberatung	110
Tabelle 15:	prozentuelle Häufigkeiten/Einschätzung des Ernährungswissens vor der Ernährungsberatung	112
Tabelle 16:	prozentuelle Häufigkeiten/Ernährungswissen nach der Ernährungs- beratung.....	114
Tabelle 17:	prozentuelle Häufigkeiten/Einschätzung des Ernährungswissens nach der Ernährungsberatung	116
Tabelle 18:	prozentuelle Häufigkeiten/Stellenwert der Ernährungsberatung	119
Tabelle 19:	prozentuelle Häufigkeiten/Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung	121
Tabelle 20:	prozentuelle Häufigkeiten/Beurteilung der Ernährungsberatung.....	124
Tabelle 21:	prozentuelle Häufigkeiten/Empfindung der Atmosphäre der Ernährungs- beratung.....	125

Tabelle 22:	prozentuelle Häufigkeiten/zeitliche Komponente der Ernährungsberatung	127
Tabelle 23:	prozentuelle Häufigkeiten/Erfüllung der Erwartungen an die Ernährungsberatung.....	130
Tabelle 24:	prozentuelle Häufigkeit/Item „Ich habe viele neue Erkenntnisse mitgenommen.“	132
Tabelle 25:	prozentuelle Häufigkeiten/Item „Die Diätologin/der Diätologe ist auf meine persönlichen Anliegen eingegangen.“	134
Tabelle 26:	prozentuelle Häufigkeiten/Item „Ich hatte viel Spaß bei der Ernährungsberatung.“	136
Tabelle 27:	prozentuelle Häufigkeiten/ Element „Analyse des eigenen Essverhaltens“	139
Tabelle 28:	prozentuelle Häufigkeiten/Element „allgemeine Informationen über eine ausgewogene Ernährung“	139
Tabelle 29:	prozentuelle Häufigkeiten/Element „Besprechung einer günstigen Lebensmittelauswahl“	140
Tabelle 30:	prozentuelle Häufigkeiten/Element „Informationen über Nährwerte und Nährstoffe“	141
Tabelle 31:	prozentuelle Häufigkeiten/Element „Berücksichtigung der individuellen Situation“	141
Tabelle 32:	prozentuelle Häufigkeiten/Element „praktische Tipps bezogen auf das Kochen“	142
Tabelle 33:	prozentuelle Häufigkeiten/Element „Aufzeigen wie das Ernährungsverhalten beeinflusst werden kann“	143
Tabelle 34:	prozentuelle Häufigkeiten/Element „Information zu den Risikofaktoren der Adipositas	143
Tabelle 35:	prozentuelle Häufigkeiten/Element „Information zu den Risiken von falscher Ernährung“	144
Tabelle 36:	prozentuelle Häufigkeiten/Element „Veranschaulichung durch Beratungsmaterial“	145
Tabelle 37:	prozentuelle Häufigkeiten/Beurteilung des Informationsgehalts der Ernährungsberatung	146
Tabelle 38:	prozentuelle Häufigkeiten/Teil „gegenseitiges Kennenlernen“	149

Tabelle 39:	prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Befragung nach dem zurückliegenden Essverhalten“	149
Tabelle 40:	prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Analyse der weiteren relevanten Lebenssituation“	150
Tabelle 41:	prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Erarbeitung von Zielen bzw. Teilzielen“	151
Tabelle 42:	prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Analyse der bisherigen Fehlschläge für das „In-Den-Griff-Bekommen“ des Ernährungsproblems“	151
Tabelle 43:	prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Erarbeitung von neuen Lösungsalternativen und Entscheidung für den günstigsten Lösungsweg“	152
Tabelle 44:	prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Entwicklung eines praktischen Planes zur Zielerreichung“	153
Tabelle 45:	prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Gesprächsabschluss“	153
Tabelle 46:	prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Vermittlung von Sachinhalten“	154
Tabelle 47:	prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Erklärung von Zusammenhängen“	155
Tabelle 48:	prozentuelle Häufigkeiten/Teil „Veranschaulichung durch Beratungsmaterial“	155
Tabelle 49:	prozentuelle Häufigkeiten/Beurteilung der Verständlichkeit des Beratungsmaterials	156
Tabelle 50:	prozentuelle Häufigkeiten/Beratungsmaterial Broschüren	159
Tabelle 51:	prozentuelle Häufigkeiten/Beratungsmaterial computergestützte Hilfsmittel	160
Tabelle 52:	prozentuelle Häufigkeiten/Beratungsmaterial Plakate/Abbildungen	160
Tabelle 53:	prozentuelle Häufigkeiten/Beratungsmaterial Ernährungspyramide	161
Tabelle 54:	prozentuelle Häufigkeiten/Beratungsmaterial Nährwerttabellen	162
Tabelle 55:	prozentuelle Häufigkeiten/Beratungsmaterial Lebensmittel	162
Tabelle 56:	prozentuelle Häufigkeiten/Wunsch von Material für zu Hause: CDs...	163
Tabelle 57:	prozentuelle Häufigkeiten/Wunsch von Material für zu Hause: DVDs	164
Tabelle 58:	prozentuelle Häufigkeiten/Wunsch von Material für zu Hause: Newsletter	165
Tabelle 59:	prozentuelle Häufigkeiten/Wunsch von Material für zu Hause: Rezepthefte/-bücher	165
Tabelle 60:	prozentuelle Häufigkeiten/offene Wünsche an die Ernährungsberatung....	166

Tabelle 61:	prozentuelle Häufigkeiten/Veränderung des Gesundheitsbewusstseins durch die Ernährungsberatung	167
Tabelle 62:	prozentuelle Häufigkeiten/Vorsatz einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten	169
Tabelle 63:	prozentuelle Häufigkeiten/Umsetzung der Empfehlungen des Diätologen	173
Tabelle 64:	prozentuelle Häufigkeiten/Gründe der Nichteinhaltung der Empfehlungen	175
Tabelle 65:	prozentuelle Häufigkeiten/allgemeine Veränderungen im Ernährungsverhalten	176
Tabelle 66:	prozentuelle Häufigkeiten/konkrete Veränderungen im Ernährungsverhalten	177
Tabelle 67:	prozentuelle Häufigkeiten/allgemeiner Beweggrund „Empfehlung des Arztes“	178
Tabelle 68:	prozentuelle Häufigkeiten/allgemeiner Beweggrund „kompetente Ernährungsberatung“	180
Tabelle 69:	prozentuelle Häufigkeiten/allgemeiner Beweggrund „eigener Wille“ ..	182
Tabelle 70:	prozentuelle Häufigkeiten/allgemeiner Beweggrund „Empfehlung der Angehörigen“	184
Tabelle 71:	prozentuelle Häufigkeiten/Nichtumsetzung von Empfehlungen	186
Tabelle 72:	prozentuelle Häufigkeiten/Gründe für das Auftreten von Problemen bei der praktischen Umsetzung der Empfehlungen	187
Tabelle 73:	prozentuelle Häufigkeiten/Beweggründe für eine Änderung des Ernährungsverhaltens durch die Ernährungsberatung	188
Tabelle 74:	prozentuelle Häufigkeiten/hilfreiche Teile der Ernährungsberatung für eine Veränderung des Ernährungsverhaltens	189
Tabelle 75:	prozentuelle Häufigkeiten/beeindruckende Elemente der Ernährungsberatung für eine Veränderung des Ernährungsverhaltens	190
Tabelle 76:	prozentuelle Häufigkeiten/Auswirkung der Ernährungsberatung auf andere Lebensbereiche	191
Tabelle 77:	Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung/Körpergewicht vor und nach der Ernährungsberatung	192
Tabelle 78:	Mittelwerte/Körpergewicht vor und nach der Ernährungsberatung	192
Tabelle 79:	t-Test/Körpergewicht vor und nach der Ernährungsberatung	193

15 ANHANG

15.1 Kurzfassung

Die vorliegende Diplomarbeit setzt sich mit der Akzeptanz und der Beurteilung der Ernährungsberatung bei adipösen Erwachsenen sowie ihren Auswirkungen auseinander. Der spezielle Fokus wurde dabei auf die Veränderung des Ernährungswissens und des Ernährungsverhaltens durch eine Ernährungsberatung bei der genannten Personengruppe gelegt.

Ausgangslage für die Studie stellt eine Zunahme an Übergewicht und Adipositas in Österreich als auch weltweit dar, was zu Folgeerkrankungen mit mitunter letalem Ausgang führen kann. Da die Ernährung bei der Entstehung der Adipositas eine der Hauptursachen ist, kommt der Ernährungsberatung, welche eine Maßnahme zur Behandlung von Ernährungsproblematiken darstellt, ein wichtiger Stellenwert zu.

Der theoretische Teil der Arbeit beschäftigt sich deduktiv mit der Ernährungsberatung und ihrem derzeitigen Ansatz, wobei die Grundlagen für diese die Beratung allgemein und die klientenzentrierte Beratung darstellen.

In der empirischen Studie werden die subjektive Beurteilung und Akzeptanz der Ernährungsberatung sowie deren Auswirkungen auf das Ernährungswissen und das Ernährungsverhalten mittels eines quantitativen Fragebogens erhoben. Die Ergebnisse der 81 an der Untersuchung teilgenommenen Probanden werden sowohl mit Verfahren der deskriptiven Statistik als auch der Interferenzstatistik ausgewertet. Die Studie zeigt auf, dass durch eine Ernährungsberatung das Ernährungswissen bei adipösen Menschen verbessert wird. Ebenso führt eine Ernährungsberatung zu einer Veränderung des Ernährungsverhaltens in Richtung einer gesundheitsbewussteren Ernährung. Die durchgeführte Ernährungsberatung wird aus der Sicht der Patienten positiv beurteilt und akzeptiert.

Abstract

This diploma thesis deals with the acceptance and evaluation of nutrition counselling of obese adults as well as their impacts. Special focus is put on the changes of the knowledge towards nutrition and the nutrition behaviour according to the nutrition counselling for the mentioned group of people.

The initial situation for the study is a growth of overweight and obesity in Austria as well as worldwide which can lead to secondary diseases with occasionally lethal ending. As

nutrition is a root cause for obesity, nutrition counselling plays a major role as it is a measure to treat nutrition problems.

The theoretic part of the thesis deals deductively with nutrition counselling and its current attempt. Counselling in general and client-based counselling are the basics for the same.

The empiric study evaluates the subjective assessment and acceptance of nutrition counselling as well as the effect on the nutrition behaviour and knowledge towards nutrition with a quantitative questionnaire. The results of the investigation of the 81 participants are computed with methods of descriptive statistics as well as interference statistics. The study shows an improvement of the knowledge towards nutrition for obese people with the help of nutrition counselling. Furthermore nutrition counselling leads to changed nutrition behaviour towards a more health-conscious nutrition. The executed nutrition counselling is well assessed and well accepted from the patient's point of view.

15.2 Fragebogen



Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

*ich möchte im Rahmen meiner Diplomarbeit am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien **die Akzeptanz und Beurteilung sowie die Auswirkungen der Ernährungsberatung bei Adipositas bei Erwachsenen** untersuchen. Durch das Ausfüllen des vorliegenden Fragebogens tragen Sie sehr zum Gelingen meiner Diplomarbeit bei.*

Der Fragebogen ist in drei Teile gegliedert:

Fragebogen A: Bitte füllen Sie diesen vor der Ernährungsberatung aus.

Fragebogen B: Bitte füllen Sie diesen unmittelbar nach der Ernährungsberatung aus.

Fragebogen C: Bitte füllen Sie diesen ein Monat nach der Ernährungsberatung aus.

Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt selbstverständlich auf freiwilliger Basis. Am Ende des Fragebogens finden Sie ein Kontaktdatenblatt. Die Angabe der persönlichen Daten ist jedoch ebenfalls freiwillig, sie dient für mich ausschließlich für die Übermittlung der Gewinne an die betreffenden Personen. Die persönlichen Daten werden keinesfalls weitergegeben.

Ich bitte Sie, die Fragen aufrichtig zu beantworten. Beim vorliegenden Fragebogen gibt es mit Ausnahme der Fragen zum Ernährungswissen keine richtigen und falschen Antworten, sondern nur persönlich richtige. Die Befragung dient auch ausschließlich für den oben angeführten Forschungszweck.

Ich bitte Sie, alle Fragen in der gestellten Reihenfolge durchzulesen, zu beantworten und keine auszulassen. Beantworten Sie bitte die Fragen zügig und verwenden Sie keine Hilfsmittel. Die Fragen sind entweder durch ein Ankreuzen von einem einzigen oder mehreren Kästchen zu beantworten. Bei manchen Fragen gibt es die Möglichkeit der (zusätzlich) freien Beantwortung. Wenn Sie bei den Fragen zum Ernährungswissen die richtige Antwort nicht wissen, raten Sie bitte nicht, sondern machen Sie ein Kreuz bei „weiß nicht“.

Nach der Beantwortung des letzten Fragebogens, bitte ich Sie, mir alle drei Fragebögen im beiliegenden Briefumschlag zu retournieren. Die Postgebühr wird von mir übernommen. Wie Sie am Ende des Fragebogens lesen werden, werden unter allen zurückgeschickten Fragebögen einige Preise verlost!

Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Zeit und Hilfe!

Elisabeth Rinder-Pamperl

Elisabeth Rinder-Pamperl

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung!

Kontakt:

Elisabeth Rinder-Pamperl
Otto-Herschmannngasse 4/2/28
1110 Wien

Tel.: 0699/19201601

E-Mail: elisabeth.rinder-pamperl@gmx.at

Indikation für die Ernährungsberatung (von der Diätologin/dem Diätologen auszufüllen)

- Adipositas ohne Begleiterkrankung
- Metabolisches Syndrom
- Diabetes mellitus
- Hypertonie
- Hyperlipidämie
- Hyperurikämie
- sonstiges _____

Fragebogen A (vor der Ernährungsberatung auszufüllen)

Angaben zu Ihrer Person

1. **Ihr Geschlecht:**
 - weiblich
 - männlich
2. **Ihr Alter:** _____ Jahre
3. **Bundesland:** _____
4. **Körpergröße:** _____ m (ohne Schuhe)
5. **Körpergewicht:** _____ kg (ohne Gewand)
6. **Was ist Ihr höchster Schulabschluss?**
 - Allgemeine Pflichtschule
 - Berufsschule (Lehre)
 - Berufsbildende mittlere Schule ohne Matura
 - Allgemeinbildende höhere Schule (AHS)/Berufsbildende höhere Schule (BHS) mit Matura
 - Akademie
 - Universität/ Fachhochschule
 - anderer (bitte angeben): _____
7. **Wie ist Ihre Lebenssituation?**
 - lebe alleine
 - lebe mit meinem Kind/meinen Kindern
 - lebe mit meiner Partnerin/meinem Partner
 - lebe mit meiner Partnerin/meinem Partner und meinem Kind/meinen Kindern
 - lebe bei meinen Eltern
 - keine der angeführten Lebensformen

Angaben zum Ernährungswissen

8. **Worin besteht der Unterschied zwischen Margarine und Butter?**
 - Margarine ist ein tierisches Fett
 - Butter hat mehr ungesättigte Fettsäuren
 - Margarine besteht hauptsächlich aus pflanzlichen Fetten
 - Butter hat mehr Vitamin E
 - weiß nicht
9. **Fisch, Topfen, Käse, mageres Fleisch und Milch sind besonders reich an...**
 - Mineralstoffen
 - Vitaminen
 - Eiweiß
 - Kohlenhydraten
 - weiß nicht
10. **In welcher Zeile sind drei Nahrungsmittel angeführt, die vergleichsweise viel Cholesterin enthalten?**
 - Nüsse – Butter – Olivenöl
 - Margarine – Buttermilch – Eigelb
 - Butter – Innereien – Eigelb
 - Sonnenblumenöl – Schweineschmalz – Eiweiß
 - weiß nicht

11. In welcher Zeile sind drei Krankheiten angeführt, die als Folgeerkrankungen von Adipositas auftreten können?

- Anämie (Blutarmut) – Anfälligkeit für Grippe – Durchfall
- Laktoseintoleranz (Milchzuckerunverträglichkeit) – Tuberkulose – Herpes
- Zöliakie (Glutenunverträglichkeit) – Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung) – Leberzirrhose
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Diabetes mellitus – bestimmte Krebserkrankungen
- weiß nicht

12. Nachfolgend sind jeweils drei Stoffe angeführt, die in Nahrungsmitteln enthalten sind. In welcher Zeile sind die drei Hauptnährstoffe, die dem Körper Energie liefern, zusammengestellt?

- Kohlenhydrate – Fett – Eiweiß
- Vitamine – Mineralstoffe – Spurenelemente
- Eiweiß – Vitamine – Kohlenhydrate
- Fett – Spurenelemente – Mineralstoffe
- weiß nicht

13. In welcher Zeile sind drei Nahrungsmittel angeführt, die besonders viel Calcium enthalten?

- Käse – Milch – Hülsenfrüchte
- Fleisch – Milch – Obst
- Hülsenfrüchte – Salz – Milch
- Fleisch – Obst – Käse
- weiß nicht

14. Wie viele Kalorien hat ein Wiener Schnitzel (ohne Beilage)?

- etwa 300 Kalorien
- etwa 550 Kalorien
- etwa 800 Kalorien
- etwa 1000 Kalorien
- weiß nicht

15. In welcher Zeile sind drei typische Symptome angeführt, die bei Adipositas auftreten können?

- Reizdarm – Migräne – Fructosemalabsorption (Fructozuckerunverträglichkeit)
- Heuschnupfen – niedriger Blutdruck – Haarausfall
- Atemnot – Kniebeschwerden – erhöhte Blutfettwerte
- Erkältung – Leberentzündung – Parodontitis
- weiß nicht

16. Bitte schätzen Sie ihr persönliches Ernährungswissen auf einer Skala von 1 bis 5 ein.

- 1 (= Sehr Gut)
- 2 (= Gut)
- 3 (= Befriedigend)
- 4 (= Genügend)
- 5 (= Nicht Genügend)

Fragebogen B (unmittelbar nach der Ernährungsberatung auszufüllen)

Angaben zur Akzeptanz und Beurteilung der erfolgten Ernährungsberatung

1. Welchen Stellenwert hat die Ernährungsberatung für Sie?

- Ich habe um eine Beratung von mir aus gebeten.
- Es wurde mir von ärztlicher Seite nahegelegt, eine Beratung in Anspruch zu nehmen, was auch in meinem Interesse war.
- Ich bekam eine Beratung ärztlich verordnet, zu der ich im weitesten Sinne zwangsverpflichtet wurde.
- Meine Lebensgefährtin/mein Lebensgefährte legte mir nahe, eine Ernährungsberatung in Anspruch zu nehmen.
- sonstiges _____

2. Wie war Ihre Einstellung zur Ernährungsberatung vor deren Durchführung?

- Ich habe diese mit großem Interesse und Neugier erwartet.
- Ich ließ sie neutral auf mich zukommen.
- Ich habe schon im Vorhinein eine ablehnende Haltung verspürt.

3. Wie hat Ihnen die Ernährungsberatung gefallen?

- sehr gut
- gut
- weniger gut
- nicht gut

4. Wie haben Sie die Atmosphäre der Ernährungsberatung empfunden?

- angenehm
- tolerierbar
- unangenehm Warum? _____

5. War Ihrer Meinung nach die Zeit für die Ernährungsberatung ausreichend?

- Ja, die Zeit war völlig ausreichend.
- Ich hätte gerne mehr Zeit zur Verfügung gehabt, die wichtigsten Punkte konnten jedoch besprochen werden.
- Nein, die vorgesehene Zeit war zu kurz.

6. Haben sich Ihre Erwartungen an die Ernährungsberatung erfüllt?

- ja, übertroffen (weiter bei Frage 8)
- ja, völlig (weiter bei Frage 8)
- ja, zum größten Teil (weiter bei Frage 8)
- nein, kaum
- nein, überhaupt nicht

7. Was hätten Sie sich erwartet? (mehrere Antworten möglich)

- mehr theoretische Hintergrundinformation
- klare Regeln für eine gesundheitsbewusste Ernährung
- mehr über mein Essverhalten und mich selbst zu erfahren
- mehr über eine gesundheitsbewusste Lebensführung zu erfahren
- mehr Tipps für die praktische Umsetzung
- geeignete Rezepte zum Kochen zu erhalten
- mehr Eingehen auf meine persönliche Situation
- sonstiges _____

8. Beurteilen Sie bitte folgende Aussagen, inwieweit diese für die Ernährungsberatung zutrafen.

	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Ich habe viele neue Erkenntnisse mitgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Diaetologin/der Diaetologe ist auf meine persönlichen Anliegen eingegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte viel Spaß bei der Ernährungsberatung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wie haben Ihnen folgende Elemente der Ernährungsberatung gefallen bzw. nicht gefallen?

	sehr gefallen	gefallen	weniger gefallen	nicht gefallen
Analyse des eigenen Essverhaltens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allgemeine Informationen über eine ausgewogene Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besprechung einer günstigen Lebensmittelauswahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen über Nährwerte und Nährstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung der individuellen Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
praktische Tipps bezogen auf das Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufzeigen, wie das Ernährungsverhalten beeinflusst werden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information zu den Risikofaktoren der Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information zu den Risiken von falscher Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veranschaulichung durch Beratungsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie beurteilen Sie den Informationsgehalt der Ernährungsberatung?

- Die gegebenen Informationen waren ausreichend.
- Die gegebenen Informationen waren vorerst ausreichend, aber es wurde das Interesse nach weiterer Information geweckt.
- Die gegebenen Informationen waren nicht ausreichend und deshalb besteht der Wunsch nach weiterer Information.
- Die gegebenen Informationen waren nicht ausreichend, aber es besteht kein Wunsch nach weiterer Information.

11. Wie wichtig bzw. unwichtig waren für Sie die folgenden Punkte in der Ernährungsberatung?

	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig	nicht eingesetzt
gegenseitiges Kennenlernen	<input type="checkbox"/>				
Befragung nach Ihrem zurückliegenden Essverhalten	<input type="checkbox"/>				
Analyse Ihrer weiteren relevanten Lebenssituation	<input type="checkbox"/>				
Erarbeitung von Zielen bzw. Teilzielen	<input type="checkbox"/>				
Analyse der bisherigen Fehlschläge für das „In-Den-Griff-Bekommen“ Ihres Ernährungsproblems	<input type="checkbox"/>				
Erarbeitung von neuen Lösungsalternativen und Entscheidung für den günstigsten Lösungsweg	<input type="checkbox"/>				
Entwicklung eines praktischen Planes zur Zielerreichung	<input type="checkbox"/>				
Gesprächsabschluss	<input type="checkbox"/>				
Vermittlung von Sachinhalten	<input type="checkbox"/>				
Erklärung von Zusammenhängen	<input type="checkbox"/>				
Veranschaulichung durch Beratungsmaterial	<input type="checkbox"/>				

12. Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit des Beratungsmaterials in der Ernährungsberatung allgemein?

- Das Beratungsmaterial war verständlich. (weiter mit Frage 14)
- Das Beratungsmaterial war teilweise verständlich.
- Das Beratungsmaterial war nicht verständlich.

13. Was am Beratungsmaterial war für Sie nur teilweise bzw. nicht verständlich? (mehrere Antworten möglich)

- Das Material war für mich zu theoretisch.
- Die Abbildungen waren unverständlich.
- Ich hatte Schwierigkeiten, den Text zu verstehen.
- sonstiges _____

14. Hat folgendes Beratungsmaterial die Verständlichkeit der Ernährungsberatung unterstützt?

	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	nicht eingesetzt
Broschüren	<input type="checkbox"/>				
Computergestützte Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>				
Plakate/Abbildungen	<input type="checkbox"/>				
Ernährungspyramide	<input type="checkbox"/>				
Nährwerttabellen	<input type="checkbox"/>				
Lebensmittel (auch Modelle)	<input type="checkbox"/>				

15. Hätten Sie sich folgendes Material für zu Hause noch gewünscht?

	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
CDs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DVDs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Newsletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezepthefte/-bücher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Hätten Sie noch offene Wünsche an die Ernährungsberatung gehabt?

- ja Welche? _____
- nein

17. Macht sich schon jetzt unmittelbar nach der Ernährungsberatung eine Veränderung in Ihrem Gesundheitsbewusstsein bemerkbar?

- Ja, ich bin bzgl. meinem Körper und meiner Gesundheit nachdenklicher geworden.
- Nein, die Ernährungsberatung hat diesbezüglich keine Änderung bewirkt.

18. Haben Sie sich vorgenommen, Ihre bisherigen Ernährungsgewohnheiten zu ändern?

- ja, vieles
- ja, einiges
- ja, aber nur wenig
- nein, nichts

Fragebogen C (ein Monat nach der Ernährungsberatung auszufüllen)

Angaben zu Ihrer Person

1. **Körpergewicht:** _____ kg (ohne Gewand)

Angaben zu den Veränderungen im Ernährungsverhalten

2. **Haben Sie sich an die Empfehlungen der Diätologin/des Diätologen gehalten?**

- völlig (weiter bei Frage 4)
- ja, zum größten Teil (weiter bei Frage 4)
- nein, kaum
- nein, überhaupt nicht

3. **Warum haben Sie sich nicht daran gehalten?** (mehrere Antworten möglich)

- Ich wollte meine bisherigen Ernährungsgewohnheiten nicht ändern.
- Ich habe den Versuchungen des Alltags nicht widerstehen können.
- Ich hatte Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung der Empfehlungen.
- Ich hätte mehr fachliche Unterstützung benötigt.
- Ich hatte zu wenig Zeit um mich mit den Empfehlungen näher zu beschäftigen.
- sonstiges _____

4. **Welche allgemeinen Veränderungen in Ihrem Ernährungsverhalten können Sie nennen?** (mehrere Antworten möglich)

- Ich denke mehr über mein Ernährungsverhalten nach.
- Ich ernähre mich bewusster.
- Ich esse vielseitiger und probiere Neues aus.
- Ich gehe bewusster einkaufen.
- Ich bereite meine Speisen selbst zu.
- Ich achte bei der Zubereitung der Speisen auf eine schonendere Zubereitung.
- Ich nehme mir mehr Zeit zum Essen und genieße mein Essen.
- Ich beschäftige mich mehr mit „ausgewogener Ernährung“.
- sonstiges _____

5. **Welche konkreten Veränderungen in Ihrem Ernährungsverhalten können Sie nennen?** (mehrere Antworten möglich)

- Ich esse weniger Fett und fettreiche Lebensmittel.
- Ich verwende qualitativ hochwertigere Fette.
- Ich esse weniger Zucker und zuckerhaltige Lebensmittel.
- Ich verwende weniger Salz.
- Ich esse mehr Getreideprodukte und Kartoffeln.
- Ich esse mehr Obst und Gemüse.
- Ich esse mehr Milch und Milchprodukte.
- Ich esse mehr Fisch.
- Ich esse weniger Fleisch, Wurstwaren und Eier.
- Ich nehme ausreichend energiearme Flüssigkeit zu mir.
- sonstiges _____

6. **Was hat Sie generell zu diesen Veränderungen bewogen?
Beurteilen Sie bitte folgende Aussagen.**

	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Die Ärztin/der Arzt hat mir empfohlen mein Ernährungsverhalten im Hinblick auf meine Gesundheit zu ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die kompetente Ernährungsberatung hat in mir ein Umdenken bewirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Ich möchte von mir aus in Zukunft mehr auf meine Gesundheit achten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Angehörigen haben mir empfohlen mein Ernährungsverhalten im Hinblick auf meine Gesundheit zu ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Welche Empfehlungen haben Sie nicht geschafft in die Praxis umzusetzen?
(mehrere Antworten möglich)

- vielseitig zu essen
- weniger Fett und fettreiche Lebensmittel zu essen
- qualitativ hochwertige Fette zu verwenden
- mäßig Zucker und zuckerhaltige Lebensmittel zu essen
- mäßig Salz zu verwenden
- reichlich Getreideprodukte und Kartoffeln zu essen
- 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen
- täglich Milch und Milchprodukte zu essen
- ein- bis zweimal in der Woche Fisch zu essen
- mäßig Fleisch, Wurstwaren sowie Eier zu essen
- reichlich energiearme Flüssigkeit zu trinken
- das Essen schonender zubereiten
- sich für das Essen Zeit zu nehmen und es zu genießen
- Bewegung zu machen
- regelmäßige Gewichtskontrolle
- sonstiges _____

8. Warum sind bei der Umsetzung der Empfehlungen in die Praxis konkrete Probleme aufgetreten? (mehrere Antworten möglich)

- Die mitgegebenen Unterlagen waren zu kompliziert für mich.
- Ich hatte Probleme beim Kochen.
- Ich habe wenig Zeit und ernähre mich deswegen hauptsächlich mit herkömmlichem Convenience-Food (Halbfertig- und Fertigprodukte).
- Meine Lebenspartnerin/mein Lebenspartner bzw. meine Familie haben mich bei der Umsetzung nicht unterstützt.
- Meine Lebenspartnerin/mein Lebenspartner bzw. meine Familie haben mich an der Umsetzung gehindert.
- Ich habe es nicht geschafft, die praktische Umsetzung der Empfehlungen in meinen Lebensalltag einzubauen.
- sonstiges _____

9. Was von der Ernährungsberatung hat Sie bewogen Ihr Ernährungsverhalten zu ändern? (mehrere Antworten möglich)

- die Information und Aufklärung über eine ausgewogene Ernährung
- das Wecken des Interesses an einer ausgewogenen Ernährung
- gegebene Handlungsempfehlungen
- das Wecken von persönlichen und sozialen Kräften und Stärken im Hinblick auf eine Veränderung
- die Motivation der Diätologin/des Diätologen
- die Wertschätzung der Diätologin/des Diätologen mir gegenüber
- das einfühlsame Verstehen der Diätologin/des Diätologen
- das Engagement der Diätologin/des Diätologen
- das anschauliche Beratungsmaterial
- die mitgegebenen Beratungsunterlagen
- die dadurch in mir aufgekommene Angst vor den möglichen Folgen der Adipositas
- der Tipp ein Ernährungstagebuch zu führen
- sonstiges _____

10. Welche Teile der Ernährungsberatung waren hilfreich für Sie? (mehrere Antworten möglich)

- Befragung nach Ihrem zurückliegenden Essverhalten
- Analyse Ihrer weiteren relevanten Lebenssituation
- Erarbeitung von Zielen bzw. Teilzielen
- Analyse der bisherigen Fehlschläge für das „In-Den-Griff-Bekommen“ Ihres Ernährungsproblems
- Erarbeitung von neuen Lösungsalternativen und Entscheidung für den günstigsten Lösungsweg
- Entwicklung eines praktischen Planes zur Zielerreichung
- Gesprächsabschluss
- sonstiges _____

11. Welche Elemente der Ernährungsberatung haben Sie beeindruckt etwas zu verändern? (mehrere Antworten möglich)

- Analyse des eigenen Essverhaltens
- allgemeine Informationen über eine ausgewogene Ernährung
- Besprechung einer günstigen Lebensmittelauswahl
- Informationen über Nährwerte und Nährstoffe
- Berücksichtigung der individuellen Situation
- praktische Tipps bezogen auf das Kochen
- Aufzeigen wie das Ernährungsverhalten beeinflusst werden kann
- Information zu den Risikofaktoren der Adipositas
- Information zu den Risiken von falscher Ernährung
- Veranschaulichung durch Beratungsmaterial
- sonstiges _____

12. Hatte die Ernährungsberatung bei Ihnen auch Auswirkungen auf andere Lebensbereiche?

- Ja Welche? _____
- nein

Angaben zum Ernährungswissen

13. Worin besteht der Unterschied zwischen Margarine und Butter?

- Margarine ist ein tierisches Fett
- Butter hat mehr ungesättigte Fettsäuren
- Margarine besteht hauptsächlich aus pflanzlichen Fetten
- Butter hat mehr Vitamin E
- weiß nicht

14. Fisch, Topfen, Käse, mageres Fleisch und Milch sind besonders reich an...

- Mineralstoffen
- Vitaminen
- Eiweiß
- Kohlenhydraten
- weiß nicht

15. In welcher Zeile sind drei Nahrungsmittel angeführt, die vergleichsweise viel Cholesterin enthalten?

- Nüsse – Butter – Olivenöl
- Margarine – Buttermilch – Eigelb
- Butter – Innereien – Eigelb
- Sonnenblumenöl – Schweineschmalz – Eiweiß
- weiß nicht

16. In welcher Zeile sind drei Krankheiten angeführt, die als Folgeerkrankungen von Adipositas auftreten können?

- Anämie (Blutarmut) – Anfälligkeit für Grippe – Durchfall
- Laktoseintoleranz (Milchzuckerunverträglichkeit) – Tuberkulose – Herpes
- Zöliakie (Glutenunverträglichkeit) – Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung) – Leberzirrhose
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Diabetes mellitus – bestimmte Krebserkrankungen
- weiß nicht

17. Nachfolgend sind jeweils drei Stoffe angeführt, die in Nahrungsmitteln enthalten sind. In welcher Zeile sind die drei Hauptnährstoffe, die dem Körper Energie liefern, zusammengestellt?

- Kohlenhydrate – Fett – Eiweiß
- Vitamine – Mineralstoffe – Spurenelemente
- Eiweiß – Vitamine – Kohlenhydrate
- Fett – Spurenelemente – Mineralstoffe
- weiß nicht

18. In welcher Zeile sind drei Nahrungsmittel angeführt, die besonders viel Calcium enthalten?

- Käse – Milch – Hülsenfrüchte
- Fleisch – Milch – Obst
- Hülsenfrüchte – Salz – Milch
- Fleisch – Obst – Käse
- weiß nicht

19. Wie viele Kalorien hat ein Wiener Schnitzel (ohne Beilage)?

- etwa 300 Kalorien
- etwa 550 Kalorien
- etwa 800 Kalorien
- etwa 1000 Kalorien
- weiß nicht

20. In welcher Zeile sind drei typische Symptome angeführt, die bei Adipositas auftreten können?

- Reizdarm – Migräne – Fructosemalabsorption (Fruchtzuckerunverträglichkeit)
- Heuschnupfen – niedriger Blutdruck – Haarausfall
- Atemnot – Kniebeschwerden – erhöhte Blutfettwerte
- Erkältung – Leberentzündung – Parodontitis
- weiß nicht

21. Bitte schätzen Sie ihr persönliches Ernährungswissen auf einer Skala von 1 bis 5 ein.

- 1 (= Sehr Gut)
- 2 (= Gut)
- 3 (= Befriedigend)
- 4 (= Genügend)
- 5 (= Nicht Genügend)

Als Dankeschön, dass Sie sich die Zeit für die Beantwortung des Fragebogens genommen haben, werden unter allen zurückgeschickten Fragebögen folgende Preise verlost:

- 1. Preis:** ein Dampfgarer für die besonders schonende Zubereitung von Speisen
- 2. - 4. Preis:** je ein Buch über die Welt der Kräuter
- 5. - 10. Preis:** je eine Eintrittskarte für die Therme Oberlaa in Wien

Um Ihnen Ihren Gewinn auch zusenden zu können, bitte ich Sie um Ihre Kontaktdaten:

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Bitte geben Sie jetzt die ausgefüllten Fragebögen in das beiliegende Kuvert und senden es an mich zurück. Die Postgebühr wird von mir übernommen.

Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Gewinner werden durch Zufall ermittelt und danach verständigt. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Die Preise können nicht in bar abgelöst werden. Voraussetzung für die Teilnahme am Gewinnspiel ist die Rücksendung der vollständig ausgefüllten Fragebögen sowie des ausgefüllten Kontaktdatenblattes im beiliegenden Briefumschlag.

Herzlichen Dank

16 CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten

Name	Elisabeth Rinder-Pamperl
Geburtsdatum	9. Mai 1978
Geburtsort	Hollabrunn
Nationalität	Österreich
Familienstand	verheiratet
Kinder	Sohn Matthias, geb. 2008
Adresse	Otto-Herschmannngasse 4/2/28 1110 Wien
Telefon	+43 / 699 / 19201601
E-Mail	elisabeth.rinder-pamperl@gmx.at



Ausbildung

2005 laufend	Diplomstudium Pädagogik an der Universität Wien (gewählte Schwerpunkte: Aus- und Weiterbildungsforschung, Psychoanalytische Pädagogik)
2000 - 2005	Lehramtsstudium Psychologie und Philosophie und Haushaltsökonomie und Ernährung an der Universität Wien
2000	Diplomierung an der Akademie für den Diätendienst und ernährungsmedizinischen Beratungsdienst am AKH Wien Diplomarbeit: „Mediterrane Ernährung - Welche Rolle spielt Olivenöl in dieser Kost?“
1997 – 2000	Akademie für den Diätendienst und ernährungsmedizinischen Beratungsdienst am AKH Wien
1996 – 1997	Lehramtsstudium Mathematik und Haushalts- und Ernährungswissenschaften an der Universität Wien
1996	Reifeprüfung im Bundesgymnasium Hollabrunn
1988 – 1996	Bundesgymnasium (neusprachlicher Zweig) in Hollabrunn
1984 – 1988	Volksschule in Wullersdorf

Berufliche Tätigkeit

2000 laufend	Diaetologin im Unfallkrankenhaus und Rehabilitationszentrum Meidling (AUVA)
2010 laufend	Praktikumsanleitung von Studenten der Fachhochschulen Bachelorstudiengang Diätologie

Weiterbildung

1999 - 2012	Kongresse, Seminare, Vorträge auf dem Gebiet Ernährung, Diätetik und Persönlichkeitsbildung
-------------	---

Sprachkenntnisse

Deutsch	Muttersprache
Englisch	gute Kenntnisse
Französisch	Grundkenntnisse
Latein	Grundkenntnisse und spezielle Kenntnisse im medizinischen Bereich

17 EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe und, dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im Inland noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Datum

Unterschrift