

# Ernährung

Zeitschrift für Fach-, Lehr- und Beratungskräfte

**IM FOKUS**



**Frühstücksverhalten von Kindern und Jugendlichen: Wie lässt es sich gesundheitsförderlich beeinflussen?**

**Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung – Konzept und Ergebnisse eines Modellprojektes**

# Schülerwarentest mit Lebensmitteln

## Methodenbaustein zur Verbraucherbildung in den Klassen 5 bis 11

Die Lehrerhandreichung mit über 30 bearbeitbaren Unterrichtshilfen zeigt Lehrpersonen praxisnah, wie sie die Unterrichtsmethode Schülerwarentest für eine zukunftsfähige Verbraucherbildung einsetzen können.

Das Motivierende an der Methode: Die Lernenden wählen selbst ihr Testprodukt, hinterfragen es kritisch, diskutieren über dessen Qualität und arbeiten die Prüfpunkte heraus, die für sie wichtig sind. Dabei eignen sie sich Fachwissen an, das sie für eine reflektierte qualitätsorientierte Kaufentscheidung brauchen.

Damit möglichst jede Klasse einen Schülerwarentest im Rahmen der schulischen Verbraucherbildung gemäß der neuen Bildungspläne und für die Fachpraxis Ernährung durchführt, wurde die Standardmethode um Differenzierungen für Einsteiger und Profis sowie um drei Praxisbeispiele erweitert. Eine CD mit bearbeitbaren Kopiervorlagen ergänzt den Methodenbaustein, der in allen Klassen – von der 5 bis zur 11 – einsetzbar ist.

*Lesen Sie dazu das Interview mit Professorin Silke Bartsch von der Pädagogischen Hochschule Karlsruhe, die den Warentest mit Studierenden durchgeführt hat:*

*[http://www.aid.de/lernen/didaktik\\_methodik\\_schuelerwarentests.php](http://www.aid.de/lernen/didaktik_methodik_schuelerwarentests.php)*

Bestell-Nr.: 3709

Preis: 4,50 Euro



# Ernährung 03-04 | 15

Zeitschrift für Fach-, Lehr- und Beratungskräfte

IM FOKUS

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

„Gesundheitsförderung“ ist heute in aller Munde – und in vielen Beinen und Rücken!

Dieser lobenswerte und hoffentlich dauerhafte Trend motiviert Menschen, für ihre eigene Gesundheit und ihr eigenes Wohlbefinden Verantwortung zu übernehmen – rechtzeitig und vorsorgend, nicht erst, wenn es schon (fast) zu spät ist. Auch Arbeitgeber übernehmen zunehmend Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter und bieten entsprechende Maßnahmen an.

*Ernährung im Fokus* hat das Thema diesmal in den Mittelpunkt gerückt. Wir stellen Ihnen eine Begriffsdefinition und ein Best-Practice-Beispiel aus einem Unternehmen, genauer gesagt aus unserem Unternehmen, vor: eine entspannte Arbeitsatmosphäre, zufriedene Mitarbeiter, weniger Krankheitstage, das sind die Folgen gelungener Aktionen – zur Nachahmung empfohlen!

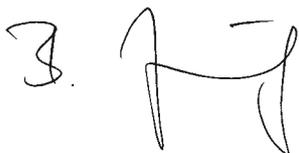
Nachahmung ist auch bei der Biografiearbeit als neue Methode der (Gesundheits-)Beratung sinnvoll. Sie macht sensibel für die eigene Essgeschichte und hilft, abträgliches Verhalten zu verstehen und nachfolgend zu ändern. Dr. Ute Zoicher stellt Ihnen ein Weiterbildungsprojekt mit Beratungskräften vor.

Auch Ernährungsbildung als ein Lernbaustein in Kindertagesstätten und Schulen sowie Aktionen zur Steigerung der Popularität des Frühstücks bei der jungen Zielgruppe zählen zu den Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Erfahren Sie von Angela Dietz aus Kulmbach, wie ein Modellprojekt in Kindertagesstätten erfolgreich geplant und durchgeführt wurde. Professor Christoph Klotter aus Fulda gibt entsprechende psychologisch fundierte Hinweise zu Interventionen an Schulen.

Last but not least: Wir haben den vielfachen Wunsch unserer Leserinnen und Leser aufgegriffen und präsentieren Ihnen eine neue Rubrik. Sie wird Themen aus Prävention und Ernährungstherapie aufgreifen. Lesen Sie, ob Ballaststoffe für Patienten mit Divertikelkrankheit in der Primär- und Sekundärprävention nützlich sind und wenn ja, welche Ballaststoffe sich dafür eignen. Und wie versprochen finden Sie Informatives rund um „Fleisch“: Tierwohl, resistente Keime, Herz-Kreislaufisiko durch Fleischverzehr, kostabhängige Darmflora ... Sie dürfen gespannt sein!

Ich wünsche Ihnen viele interessante Lesestunden!

Ihre



Übrigens: Den Rückblick auf die lebensmittelrechtlichen Entwicklungen im Jahr 2014 finden Sie als Online-Spezial auf [www.ernaehrung-im-fokus.de](http://www.ernaehrung-im-fokus.de).



# INHALT

- 61 \_\_\_\_\_ EDITORIAL  
64 \_\_\_\_\_ KURZ GEFASST

## TITELTHEMEN

- 66 \_\_\_\_\_ Frühstücksverhalten von Kindern und Jugendlichen: Wie lässt es sich gesundheitsförderlich beeinflussen?  
72 \_\_\_\_\_ Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung – Konzept und Ergebnisse eines Modellprojektes  
78 \_\_\_\_\_ Biografisches Arbeiten und Gesundheitsförderung

## EXTRA

- 84 \_\_\_\_\_ Gesundheitsförderung – Definition und Abgrenzung

## HINTERGRUND

- 87 \_\_\_\_\_ Zwischenruf  
Nürnberger Bratwürste aus Kentucky?  
– TTIP und (noch) kein Ende in Sicht  
88 \_\_\_\_\_ Lebensmittelrecht  
90 \_\_\_\_\_ Wissen für die Praxis  
94 \_\_\_\_\_ Neues aus der Forschung

## Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung

72



78

## Biografisches Arbeiten und Gesundheitsförderung

## Das konstruktive Gespräch

**102**


Foto: © iStock.com/Chris Schmidt



Foto: © peghes/Fotolia.com

**118**

## Systemische Ansätze: Der Klient in seiner Familie

### WUNSCHTHEMA

Essbare Blüten \_\_\_\_\_ 98

### SCHULE – BERATUNG

Methodik &amp; Didaktik \_\_\_\_\_ 102

Das konstruktive Gespräch

Forum \_\_\_\_\_ 106

 Betriebliche Gesundheitsförderung  
– Ein Beispiel aus der Praxis

Esskultur \_\_\_\_\_ 110

 Arabisch, ein wenig französisch und  
enorm vielfältig: Libanon

 Prävention & Therapie **NEU** \_\_\_\_\_ 114

 Divertikelkrankheit: Primär- und  
Sekundärprävention mit Ballaststoffen

Ernährungspsychologie \_\_\_\_\_ 118

 Systemische Ansätze:  
Der Klient in seiner Familie

**BÜCHER** \_\_\_\_\_ 122

**MEDIEN** \_\_\_\_\_ 124



## Fleischproduktion in Deutschland im Jahr 2014 auf neuem Höchststand

2014 wurde das bisher höchste Produktionsergebnis der Fleischerzeugung in Deutschland erzielt. Insgesamt wurden 8,2 Millionen Tonnen Fleisch in gewerblichen Schlachtunternehmen produziert, das waren 102.800 Tonnen oder 1,3 Prozent mehr als im Jahr 2013.

Die Geflügelfleischerzeugung nahm, dem langfristigen Trend folgend, im Jahr 2014 weiter zu. Gegenüber dem Vorjahr stieg die produzierte Menge an Geflügelfleisch um 69.500 Tonnen oder 4,8 Prozent auf gut 1,5 Millionen Tonnen.

Nach dem Rückgang des Schlachtaufkommens an Rindern seit 2011 war 2014 eine Zunahme gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Insgesamt

wurden 3,6 Millionen Rinder (+ 1,9 %; + 65.200 Tiere) geschlachtet, vor allem in Bayern und Nordrhein-Westfalen.

Die Anzahl der geschlachteten Schweine stieg um 0,2 Prozent (+ 112.600 Tiere) auf 58,7 Millionen Tiere. Die aus gewerblichen Schlachtungen erzeugte Schweinefleischmenge von gut 5,5 Millionen Tonnen übertraf das Vorjahresergebnis um 0,3 Prozent (+ 14.900 t), erreichte aber nicht den Höchstwert aus dem Jahr 2011 (5,6 Mio. t; 59,6 Mio. Schweine).

Gemessen an der gesamten Fleischproduktion spielte die gewerbliche Schaf- und Lammfleischerzeugung mit 19.700 Tonnen eine untergeordnete Rolle. Außerdem wurden im Jahr 2014 knapp 2.600 Tonnen Ziegen- und Pferdefleisch erzeugt. ■

*destatis*

## Gefährlicher Gewichtsverlust bei Senioren

Zwischen 20 und 50 Prozent der älteren Patienten in deutschen Krankenhäusern sind mangelernährt. In Pflegeheimen sind Studien zufolge bis zu 60 Prozent der Bewohner, unter den zu Hause lebenden Senioren etwa 10 Prozent, stark untergewichtig. Ein Body Mass Index (BMI) von 20,5 kg/m<sup>2</sup> oder weniger, aber auch ein erheblicher Gewichtsverlust, den Senioren häufig nicht mehr aufholen können, weisen auf eine Mangelernährung hin. Infektionskrankheiten, Stürze und der Verlust kognitiver Fähigkeiten begünstigen diese. Studien

belegen, dass ein schlechter Ernährungszustand zu zusätzlichen Pflegekosten, längeren Krankenhausaufenthalten und erhöhtem Sterberisiko führt.

Gewichtsverlust und Appetitlosigkeit sollten für Angehörige und Pflegekräfte ein Warnsignal sein. Um im Zweifelsfall schnellstmöglich mit der Ernährungstherapie zu beginnen, ist es vor allem bei älteren Patienten wichtig, den Ernährungszustand bei Einlieferung ins Krankenhaus oder Aufnahme in ein Pflegeheim einheitlich und regelmäßig zu erfassen. ■

*DGVS*

## Phosphor-Recycling aus Urin

Phosphor ist lebensnotwendig für Pflanzen, Tiere und Menschen: Unter anderem stabilisiert er die DNA und spielt eine Rolle im Energiehaushalt. Weltweit düngen Landwirte deshalb mit Phosphor. Doch die Phosphorreserven aus Gestein, das sich im Lauf von Jahrtausenden durch Ablagerungs- und Verwitterungsprozesse gebildet hat, sind endlich. Die EU hat Phosphor kürzlich in die Liste der kritischen Rohstoffe aufgenommen.

In Urin liegt Phosphat hochkonzentriert vor. Das Schweizer Wasserforschungsinstitut Eawag beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit dessen Rückgewinnung und hat vor zehn Jahren in der Region Durban in Südafrika rund 90.000 Trockentoiletten installieren lassen, die Urin und Kot getrennt sammeln. Urin wird in einer Testanlage zu Dünger verarbeitet. 1.000 Liter Urin ergeben rund zwei Kilogramm Phosphordünger.

In Europa wird Phosphor seit den 1980er-Jahren aus dem Abwasser entfernt. In Deutschland finden sich 55.000 Tonnen Phosphor pro Jahr im Klärschlamm, von denen sich bis zu 90 Prozent wieder gewinnen ließen. Die Eawag sieht auch in Europa Möglichkeiten für das Urinrecycling: zum Beispiel aus Toiletten an Flughäfen, die nicht an die Kanalisation angeschlossen sind. ■

*Juliette Irmer, www.derstandard.at*



## Neue Referenzwerte für die Energiezufuhr

Wie viel Energie der Körper verbraucht, variiert von Mensch zu Mensch und auch bei einem Menschen von Zeit zu Zeit. Die Referenzwerte sind daher Richtwerte, die als Orientierung dienen sollen. Die aktuelle Ableitung erfolgte auf Basis von Berechnungsformeln und Referenzmaßen für Körpergewicht und -größe in Deutschland.

Für Erwachsene liegt ein mittlerer Body-Mass-Index von 22 zugrunde (2.300 kcal für Männer; 1.800 kcal für Frauen im Alter von 25–50 Jahren bei geringer körperlicher Aktivität).

Verändert haben sich unter anderem die Richtwerte für Schwangere. Die zusätzliche Energiezufuhr von 250 Kilokalorien ab dem vierten Monat gilt nur für Schwangere mit Normalgewicht vor der Schwangerschaft, mit einer wünschenswerten Gewichtsentwicklung in der Schwangerschaft sowie mit unverminderter körperlicher Aktivität. Bei Übergewichtigen Frauen oder Frauen mit eingeschränkter körperlicher Aktivität ist der Mehrbedarf an Energie geringer.

Die zweite Auflage der „Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr“ enthält auch die aktualisierten Referenzwerte für Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin C und Selen. ■

DGE

## Koma-Saufen geht zurück

Im Jahr 2013 wurden 23.267 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs stationär im Krankenhaus behandelt.

Das waren 12,8 Prozent weniger als 2012. Bezogen auf 100.000 Einwohner dieser Altersklasse sank ihre Anzahl gegenüber 2012 von 336 auf 296 (–12,1 %).

Dabei ging der entsprechende Wert bei Mädchen und jungen Frauen um 6,7 Prozent zurück (auf 253 Fälle je 100.000 Einwohner), bei Jungen und jungen Männern sogar um 15,6 Prozent (auf 336 Fälle je 100.000 Einwohner). ■

destatis

## Im Osten erkranken mehr Menschen an Diabetes Typ 2

Auch 25 Jahre nach dem Mauerfall existieren Gesundheitsunterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern. Eine Vergleichsanalyse der Nachbeobachtungen von fünf regionalen, bevölkerungsbasierten Studien hat an insgesamt 8.787 Personen untersucht, ob sich die Neuerkrankungsrate für Typ-2-Diabetes in verschiedenen Regionen Deutschlands unterscheidet. Die Basisdaten der Studien stammen aus den Jahren 1997 bis 2006. Teilnehmer, die zwischen 45 und 74 Jahre alt waren und keinen Diabetes hatten, wurden im Zeitraum 2002 bis 2010 abermals befragt, ob sie zwischenzeitlich daran erkrankt waren.

Die Ergebnisse zeigen ein Nordost-Süd-Gefälle. Nach Standardisierung

für Alter und Geschlecht wies der Raum Halle mit 16,9 Neuerkrankungen pro 1.000 Personenjahre die meisten Fälle auf. Der Süden schnitt mit dem Raum Augsburg und 9,3 Neuerkrankungen pro 1.000 Personenjahre am besten ab. Dortmund folgte mit 16,2 Neuerkrankungen auf 1.000 Personenjahre gleich hinter Halle.

Als bedeutendster Risikofaktor für eine Neuerkrankung erwies sich auch in dieser Studie der Body-Mass-Index. Frühere Untersuchungen hatten gezeigt, dass die Menschen in den neuen Bundesländern häufiger adipös sind als in den alten. Darüber hinaus erhöhen Arbeitslosigkeit in der Region und geringes Einkommen das Risiko für Diabetes. ■

DDG

Quelle: Schipf S et al.: J Epidemiol Community Health 0, 1–8 (2014). doi:10.1136/jech-2014-203998

## Beliebteste Nahrungsergänzungsmittel: Multivitamin und Magnesium

Der Gesamtumsatz von Gesundheitsprodukten betrug laut einer Marktanalyse von Nielsen von 4/2013 bis 3/2014 knapp 50 Milliarden Euro. Dazu zählen verschreibungspflichtige Arzneimittel (74 %) und „Over-the-Counter“-Produkte (OTC, 26 %). Der Gesamtumsatz von NEM liegt bei rund einer Milliarde Euro (8 % des Umsatzes von OTC).

Laut Ernährungsbericht 2012 nehmen etwa ein Viertel der Erwachsenen NEM. Von geschätzten 66 Millionen Erwachsenen kauft jeder durchschnittlich zehn Packungen im Jahr. Dominierende Warengruppen sind traditionell die Mineralstoffe (43 %, **Abb. 1**) und Vitamine (28 %).

Magnesium ist nach wie vor die Nummer eins bei den Mineralstoffen (+2,1 %). Multivitamine sind der Dauerbrenner bei den Vitaminen, der Absatz von Vitamin D (+150 %) und Folsäure (+6 %) ist gestiegen. Den größten Absatz finden Nahrungsergänzungsmittel im Lebensmittel Einzelhandel (43 % der Packungen) und in Drogeriemärkten (29 %, **Abb. 2**). ■

AK NEM, BLL

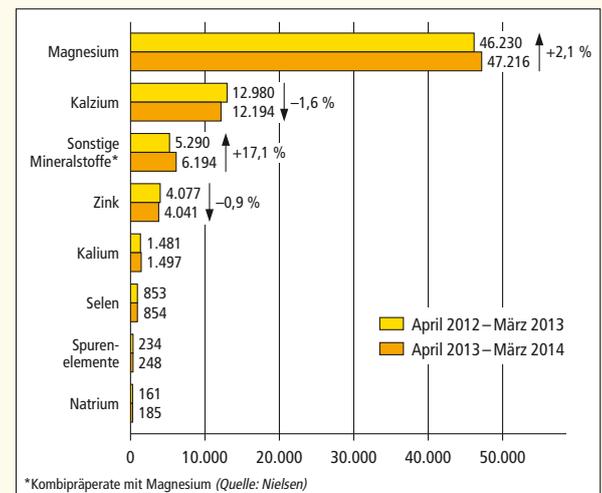


Abbildung 1: Absatz von Einzelmineralstoffen (in Tausend Packungen)

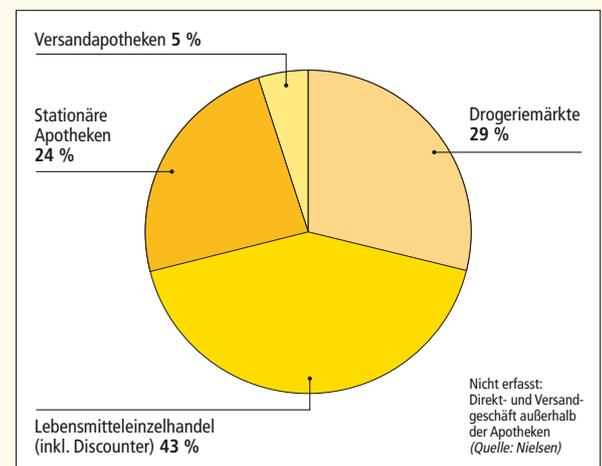


Abbildung 2: Absatzkanäle für Nahrungsergänzungsmittel



Dr. Christoph Klotter · Franziska Fett

# Frühstücksverhalten von Kindern und Jugendlichen: Wie lässt es sich gesundheitsförderlich beeinflussen?

**Das Frühstück spielt bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland eine geringere Rolle als früher. Insgesamt wird weniger gefrühstückt, speziell von bestimmten Gruppen. Frühstücken wirkt sich in vielerlei Hinsicht positiv aus, der Verzicht auf die Morgenmahlzeit ist dagegen mit ungünstigen Effekten verbunden.**

Die schwindende Rolle des Frühstückens festzustellen ist eine Sache. Diese Entwicklung wieder umzukehren, eine andere. Hierzu liegen unterschiedliche Konzepte vor. Prävention, seit Jahrtausenden eine Teildisziplin der Medizin, setzt bei Krankheiten oder Krankheitsrisiken an und versucht, diese zu verhindern (primäre Prävention), früh zu erkennen (sekundäre Prävention) oder eine Verschlimmerung zu vermeiden (tertiäre Prävention). Natürlich ist der Verzicht auf das Frühstück keine Krankheit und nur bedingt ein Krankheitsrisiko. Der Verzicht auf das Frühstück ist Teil eines bestimmten Lebensstils. Wenn ich diesen verändern will, muss ich mein Verhalten

ändern. Das ist etwas anderes als zum Beispiel bei Kopfschmerzen eine Tablette zu nehmen. Ich muss eventuell früher zu Bett gehen, muss früher aufstehen, weniger lang im Bad bleiben, ich muss Müsli einkaufen, frische Milch im Kühlschrank und Obst zu Hause haben. All das tue ich nur, wenn ich mir etwas davon verspreche: eine Verbesserung meines Lebens. Ich muss in der Lage sein, mich um meine Gesundheit und mein Wohlbefinden zu kümmern.

Genau an diesem Punkt setzt Gesundheitsförderung an. Im Vergleich zur Krankheitsprävention gibt es sie noch nicht sehr lang. Ihr Konzept findet sich in der „Declaration of Alma-Ata“ (WHO 1978) und vor allem in der Ottawa-Charta (1986, vgl. Klotter 2009). Gesundheitsförderung strebt die Befähigung der Menschen an, sich selbst um ihre Gesundheit und ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden zu kümmern.

Idealerweise ist Gesundheitsförderung dialogisch-partizipativ. Sie schreibt Kindern und Jugendlichen nicht vor: „Ihr müsst frühstücken!“ Vielmehr wirft sie Fragen auf:

„Wie ist Euer Frühstücksverhalten?“, „Warum ist das so?“, „Seid Ihr damit zufrieden?“, „Wollt Ihr etwas ändern?“, „Braucht Ihr Informationen?“, „Können wir Euch unterstützen?“

### Frühstücksverhalten heute

Zwischen 20 und 30 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Industrienationen frühstücken nicht oder nur sehr unregelmäßig (Adolphus et al. 2013). Nach Ergebnissen der DONALD-Studie hat in Deutschland der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die regelmäßig frühstücken, in den vergangenen zwanzig Jahren kontinuierlich abgenommen (Buyken et al. 2012) und ist im europäischen Vergleich sogar besonders niedrig (Alexy et al. 2010, Abb. 1).

Häufig genannte Gründe von Kindern, die das Frühstück auslassen, sind Zeitmangel und fehlender Hunger am frühen Morgen (Reddan et al. 2002, Abb. 2). Davon betroffen sind vor allem ältere Jugendliche, die sich mehrheitlich weniger als zehn Minuten Zeit für die erste Mahlzeit des Tages nehmen (Konzept Analyse 2009) und einer einfachen Zubereitung hohe Bedeutung beimessen (Hallström et al. 2011). Laut KiGGS-Studie frühstücken bei den 14- bis 17-jährigen nur 53 Prozent täglich, im Vergleich zu 88 Prozent der Vorschulkinder (RKI 2014, Abb. 3). Auch scheint die Qualität des Frühstücks mit steigendem Alter abzunehmen, Jugendliche essen also beispielsweise weniger Obst und Vollkornprodukte zum Frühstück (Alexy et al. 2010).

Die teilweise mangelnde Begeisterung für das Frühstück bei Jugendlichen ist noch relativ leicht erklärbar: Sie könnten Teil des Abgrenzungsprozesses von den Eltern sein. Dazu passt, dass das Nichtfrühstücken im Rahmen eines gesundheitsabträglichen Lifestyles mit Rauchen, wenig Bewegung sowie häufigem Alkohol- und Softdrinkkon-

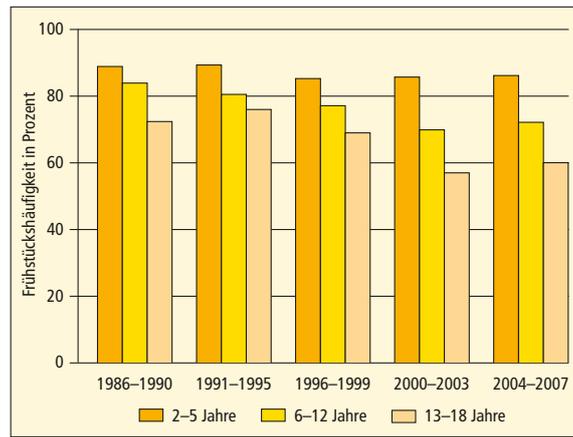


Abbildung 1: Frühstückstrends in der DONALD-Studie (nach Alexy et al. 2010)

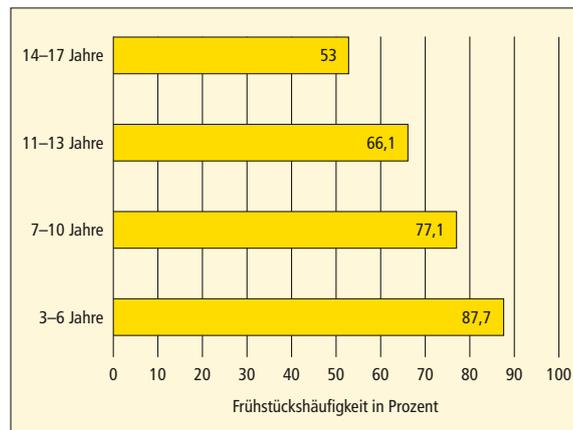


Abbildung 3: Tägliches Frühstück zu Hause (nach RKI 2014)

sum assoziiert (Keshi-Rahkonen et al. 2003). Speziell das Auslassen des Frühstücks könnte aber auch im in der Pubertät veränderten Schlafrhythmus begründet sein: Unausgeschlafen verzichtet man gerade an Schultagen gerne aufs Frühstück.

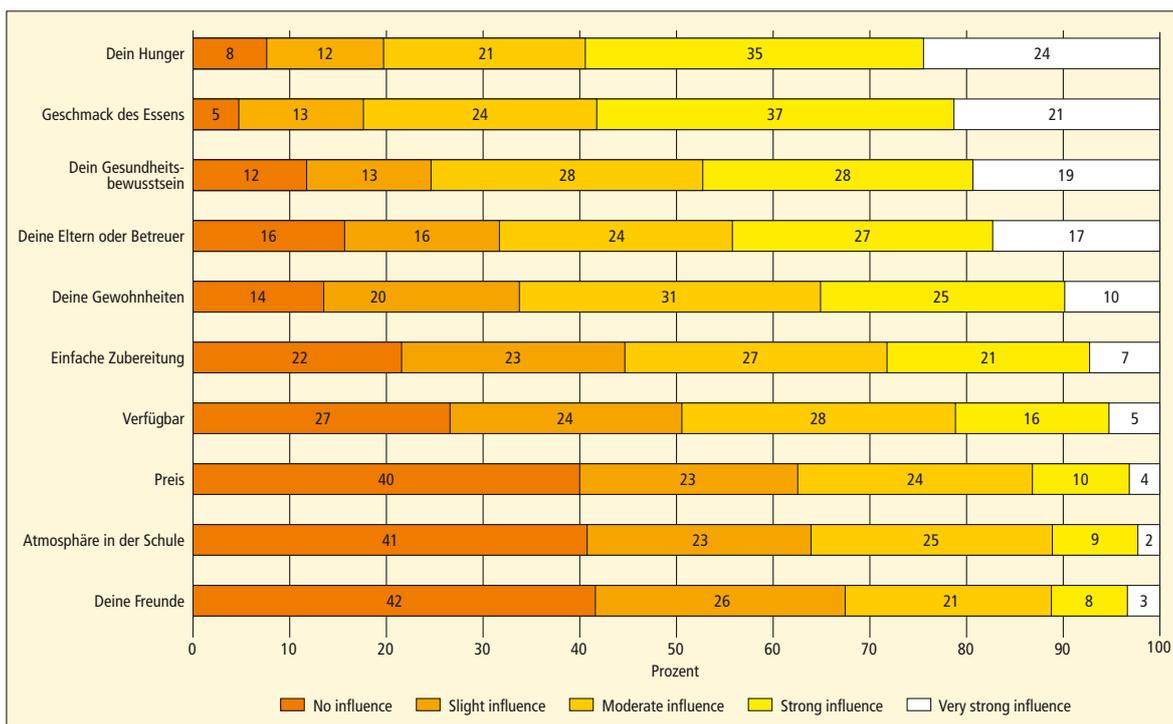


Abbildung 2: Prozentualer Anteil der Einflussfaktoren auf die Frühstücksauswahl bei europäischen Jugendlichen (nach Hallström et al. 2011)

Mehr überraschen mag die weitverbreitete Beobachtung, dass vor allem ältere Mädchen deutlich seltener frühstücken als Jungen (*Hallström et al. 2011/13*). Bei spanischen Schülern zeigte sich allerdings die Tendenz, dass Mädchen gesündere Lebensmittel frühstücken als Jungen (*Monteagudo et al. 2013*). Diese scheinen jedoch eine positivere Einstellung dem Frühstück gegenüber zu besitzen (*Tappper et al. 2008*), was der stärkste Einflussfaktor auf das Frühstück zu sein scheint (*Moore et al. 2009*). Mädchen sind zudem stärker Peergroup-Einflüssen unterworfen und frühstücken nicht, wenn sich die Freunde eher ungesund ernähren. Jungen hingegen frühstücken gerade dann, wenn ihre Freunde sie eher zu ungesunder Ernährung ermuntern (*Hallström et al. 2011*). Auch Diätversuche stehen im Zusammenhang mit dem Frühstücksverhalten und zwar negativ. Vor allem Mädchen lassen das Frühstück ausfallen, um abzunehmen, während Jungen in diesem Zusammenhang auf Snacks und Süßigkeiten verzichten (*Lazzeri et al. 2013*). Generell ist der Anteil an Jugendlichen, die frühstücken, bei denjenigen deutlich höher, die noch nie eine Diät gemacht haben (*Kapantais et al. 2011*).

Esstörungen, an denen Mädchen zumindest ab der Pubertät doppelt so häufig leiden wie ihre männlichen Altersgenossen, sind meist mit einer negativen Selbstwahrnehmung des Körpers und Depressionen assoziiert (*Kurth 2006*). Letztere sind dem Frühstück ebenfalls abträglich (*Fulkerson et al. 2004*). Je höher dagegen das Selbstvertrauen von Kindern und Jugendlichen ist, desto unwahrscheinlicher ist es, dass sie das Frühstück auslassen (*Moore et al. 2009*).

Beim Frühstück kann die Familie eine entscheidende Rolle spielen, ihr Einfluss ist auch bei Jugendlichen deutlich stärker als der von Freunden (*Hallström et al. 2011*, **Abb. 1**). Ein starker familiärer Zusammenhalt (*Franko et al. 2008*) und emotionale Nähe zu den Eltern (*Levin, Kirby 2012*) erhöhen die Frühstückshäufigkeit. Essentiell ist außerdem, dass die Eltern selbst frühstücken (*Pearson et al. 2009/2012*) und das auch von ihren Kindern erwarten (*van Lippevelde et al. 2013*). Die Häufigkeit einer gemeinsamen Frühstücksmahlzeit reduziert, sofern eine angenehme Atmosphäre vorherrscht, besonders bei Mädchen das Risiko für alle Formen gestörten Essverhaltens (*Neumark-Sztainer et al. 2004*).

In Deutschland nehmen 52 Prozent der Eltern täglich ihr Frühstück gemeinsam mit den Kindern ein; mit steigendem Bildungs- und Wohlstandsniveau der Eltern wächst dieser Anteil (*SINUS 2014*). In Bezug auf das Essverhalten ist der Anteil der als auffällig Klassifizierten mit niedrigem sozioökonomischen Status mit 28 Prozent fast doppelt so hoch wie der in der oberen Sozialschicht (15 %, *Kurth 2006*). Weiterhin ist die Einstellung dem Frühstück gegenüber mit sinkendem Wohlstand tendenziell negativer (*Moore et al. 2007*). Das könnte ein Grund für die vielfach festgestellte geringere Frühstückshäufigkeit sein (*Neumark-Sztainer et al. 2013*). Zudem ist die ernährungsphysiologische Qualität des Frühstücks bei sozial benachteiligten Kindern niedriger (*Hallström et al. 2013*).

Generell prägt der sozioökonomische Status den Gesundheitszustand. Nach Ergebnissen der KiGGS-Studie ist das

Risiko für einen mittelmäßigen bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand bei Jungen und Mädchen, deren Eltern ein geringes Haushaltseinkommen haben, um das Drei- bis Vierfache erhöht (*RKI 2014b*). Zwei Prozent der sieben- bis zehnjährigen Mädchen mit hohem Sozialstatus sind adipös und neun Prozent der gleichaltrigen Mädchen mit niedrigem Sozialstatus (*Kurth, Schaf-frath-Rosario 2010*).

Kinder, die mit einem alleinerziehenden Elternteil aufwachsen (*Larson et al. 2013*) oder einen Migrationshintergrund haben (*SINUS 2014*), frühstücken weniger häufig.

## Positive Effekte des Frühstücks

Aufgrund des Wachstums haben Kinder und Jugendliche einen gesteigerten Stoffwechsel, was die Notwendigkeit einer optimalen Ernährung erhöht (*Hoyland et al. 2009*). Gleichzeitig bedeutet ein Mahlzeitenverzicht eine physiologische Stresssituation, die Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistung beeinträchtigt (*Terschlüsen et al. 2010*). Experimentelle Studien konnten mehrheitlich positive Effekte von Frühstücksmahlzeiten auf die kognitive Leistungsfähigkeit feststellen (*Hoyland et al. 2009*). Die regelmäßige Einnahme eines qualitativ hochwertigen Frühstücks wirkt sich positiv auf die schulische Leistungsfähigkeit von Kindern aus und geht vermutlich mit einem Rückgang an Hyperaktivität und aggressivem Verhalten im Klassenraum einher (*Adolphus et al. 2013*). Möglicherweise liegt sogar ein Zusammenhang zwischen Frühstück und vermindertem emotionalen Leidensdruck vor (*Lien 2007*), der auf eine Senkung des Cortisol-Spiegels zurückzuführen sein könnte (*Smith 2002*).

Entfällt das Frühstück, nehmen Kinder und Jugendliche nährstoffreiche Lebensmittel wie Obst und Gemüse, Vollkorngetreide und Milchprodukte häufig weniger zu sich (*Lazzeri et al. 2013*). Darunter kann die Versorgung mit Mikronährstoffen leiden (*Sjöberg et al. 2003*). Die Häufigkeit des Frühstücks korreliert dementsprechend positiv beispielsweise mit der Ballaststoff- und Kalziumaufnahme (*Affenito et al. 2005*). Hinsichtlich der Nährstoffzusammensetzung erwiesen sich in einer Vielzahl von Studien Mahlzeiten mit Frühstückscerealien als besonders günstig (*Alexy et al. 2010*).

Regelmäßiges Frühstück scheint sich günstig auf das Körpergewicht auszuwirken. Das Auslassen des Frühstücks war nicht nur häufig mit einem höheren BMI verbunden (*Manios et al. 2014*), es erwies sich in einer Längsschnittstudie mit holländischen Jugendlichen neben Alkoholkonsum und physischer Inaktivität als stärkster Risikofaktor für Übergewicht und Adipositas (*Croezen et al. 2007*). Zudem bewegen sich diejenigen, die regelmäßig frühstücken, oft etwas mehr (*Vissers et al. 2013*). Die positiven Auswirkungen des Frühstücks auf kardiovaskuläre Risikoparameter wie Insulinsensitivität oder Cholesterinwerte blieben auch bestehen, wenn die körperliche Aktivität herausgerechnet wurde (*Papoutsou et al. 2014*).

## Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

Die Zeiten, in denen Gesundheits- und Ernährungsexperten *ex cathedra* Vorschriften für eine gesunde Lebensführung verkündeten und erwarteten, dass sich die Bevölkerung an die Vorschriften hält, sollten vorbei sein. Dieser autoritäre Habitus bewirkt erfahrungsgemäß wenig und kommt bei der Bevölkerung nicht gut an. Vorschriften werden als Eingriff in einen so intimen Bereich wie das Essen aufgefasst und abgelehnt. Häufig kommt es zur Reaktanz, also zu Widerstand. Die Menschen empfinden dann genau die Lebensmittel als attraktiv, die als ungesund gelten. Das bedeutet in der Konsequenz, dass das Frühstück nicht (mehr) als kulturelle und soziale Norm zu verstehen ist, sondern die betreffenden Gruppen partizipativ beteiligt sein wollen. Das hat aus Sicht der Gesundheitsexperten gewisse Nachteile: Menschen können sich dagegen entscheiden, so zu leben, wie es die Gesundheitsexperten vorschlagen. Sie haben die Wahl. Und Hand aufs Herz: Leben wir nicht immer mehr oder weniger gegen die Empfehlungen? Arbeiten zu lange, schlafen zu wenig, entspannen zu wenig, bewegen uns zu wenig, essen zu viel?

In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO ist erstes Ziel, dass die Menschen mehr Kontrolle über ihre Gesundheit erlangen und sie so verbessern können. Gefordert wird also nicht eine Verbesserung des Gesundheitswesens im Sinne einer besseren medizinischen Versorgung. Vielmehr soll die Bevölkerung lernen, sich selbst um die eigene Gesundheit zu kümmern. Dabei wird Gesundheit auf der individuellen und gesellschaftlichen Ebene nicht auf den Körper reduziert. Die

Ottawa-Charta streicht heraus, dass Gesundheit drei Dimensionen hat: die körperliche, die seelische und die soziale.

Die Ottawa-Charta hält auch fest, dass sowohl das Individuum als auch die Gesellschaft für die Gesundheit des Einzelnen verantwortlich sind. Der Einzelne kann nichts dafür, wenn eine Atomkatastrophe passiert. Aber er kann auf die Politik und die Gesellschaft einwirken, auf diese riskante Energiequelle zu verzichten.

Deutlich wird daneben, dass soziale Ungleichheit zu gesundheitlicher Ungleichheit führt. Wer sozial schlechter gestellt ist, wird eher krank und stirbt früher.

Ernährungsbezogene Gesundheitsförderung sagt also nicht mehr: „Das ist die richtige Ernährung und ihr (die Bevölkerung) müsst euch entsprechend verhalten.“ Vielmehr geht es ihr darum, die Ernährungskompetenz der Menschen zu erhöhen. Ernährungskompetenz bedeutet dann nicht, zu wissen, was ich essen soll, sondern selbst herauszufinden, was mir gut tut.

## Gesundheitsfördernde Interventionen

Kultureller und individueller Wandel greifen langsam. Es dauert Jahrzehnte, in denen sich der Nikotinkonsum junger Menschen langsam reduziert, in denen sich die Angewohnheit zu frühstücken ändert.

So muss für eine jetzt initiierte Veränderung des Frühstücksverhaltens ebenfalls viel Zeit einberechnet werden. Dabei geht es nicht um kurzlebige, wenig nachhaltige Aktionen, sondern um langfristig angelegte Lebensstiländerungen, die den Zielgruppen unmittelbare Vorteile verschaffen, zum Beispiel leistungsfähiger zu sein, kon-

**Kinder, die ohne Frühstück zur Schule gehen, sind häufiger adipös als Kinder, die zuhause frühstücken.**



Das gemeinsame Familienfrühstück als Ritual kann „Entschleuniger“ für den Start in den (All-)Tag sein.



zentrierter zu sein, mit dem Frühstück die eigene Ernährungskompetenz zu vertiefen, gut gelaunt und entspannt den Tag beginnen zu lassen.

Eltern und Lehrkräfte können Argumente dazu liefern, warum es vorteilhaft ist zu frühstücken, denn ohne Argumente sind Kinder und Jugendliche heute nicht zu überzeugen. Sie können und müssen an ihren Positionen festhalten, ohne allerdings die Kinder und Jugendlichen zum Frühstücken zu zwingen.

Eltern müssen einen festen Rahmen anbieten und auf Verbindlichkeit setzen. Kinder und Jugendliche murren dann zwar, sind aber viel unglücklicher, wenn der Rahmen fehlt. Dann verwahrlosen sie und deregulieren. Das Thema Gesundheit sollten Eltern bei den Argumenten „pro Frühstück“ nicht ansprechen. Gesundheit ist für Kinder und Jugendliche ein abstrakter Begriff, mit dem sie nichts anfangen können. Gesund ist dann das, was Mutter will, wie sie kocht. Und genau das löst Reaktanz aus. Kinder und Jugendliche können nicht antizipieren, dass sich ihre Lebenserwartung in 50 Jahren um drei Monate reduzieren könnte, weil sie heute zu viel Fett zu sich nehmen.

In Schulen sind unterschiedliche soziale und kulturelle Hintergründe zu berücksichtigen. Falls nicht, geht die Intervention schief. Das „Präventionsparadox“ (es könnte auch „Gesundheitsförderungsparadox“ heißen) besagt, dass Präventionsinterventionen sozial schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen und Menschen mit Migrationshintergrund weniger gut erreichen als Menschen aus besseren Lebenslagen.

Um das Präventionsparadox zu verhindern, sollten in der Ansprache (mündliche Information, Plakate, Flyer, Inter-

net) Worte und Bilder so gewählt werden, dass sich möglichst viele angesprochen fühlen und die Einladung verstehen.

Bei allen Interventionen, ob kurz- oder langfristig angelegt, ist davon auszugehen, dass das Essverhalten überwiegend nicht rational gesteuert ist:

- Die evolutionäre Programmierung („Iss so viel Du kannst, vor allem Fett und Süßes – die nächste Hungersnot kommt bestimmt“),
- das limbische System, das Belohnung einfordert, insbesondere mittels Essen,
- der Wunsch nach kultureller, sozialer und personaler Identität

prägen das Essverhalten entscheidend. Rationale Appelle oder manipulative Ansätze reichen daher nicht aus. Dienlich sind Interventionen,

- die dialogisch sind,
- die die subjektiven Lebenswelten der Zielgruppen berücksichtigen,
- die alternative Belohnungssysteme entwickeln und das Essen als Belohnung anteilig ersetzen können,
- die keinen Ausnahmezustand herstellen, sondern langfristig gangbar sind. Kleine Änderungen können langfristig ganz viel bewirken. Das Zauberwort heißt Geduld.

Die Ernährungsexpertinnen reiten dann nicht wie die Kavallerie am Tage X in eine Schule ein, um am nächsten wieder zu verschwinden, sondern sie basteln an langfristigen und nachhaltigen Strukturen. So sollte keine Maßnahme anlaufen, die sich zum Beispiel konkret gegen Adipositas richtet. Die Gefahr, die Ausbreitung von Essstörungen zu begünstigen, ist zu groß. Die Stärkung des

Selbstvertrauens und der Konfliktfähigkeit, der Umgang mit Medien, die Reflexion normativer gesellschaftlicher Erwartungen sowie Anregungen zum Zeitmanagement (vor und beim Frühstück) können unspezifisch viel relevanter sein als gegen bestimmte Störungen vorzugehen.

## Internationale Erfahrungen zur Wirksamkeit von Interventionen

In Australien konnte eine nationale Promotionskampagne in Schulen und über Massenmedien zwischen 2000 und 2006 den Anteil an Schülern, die das Frühstück auslassen, deutlich senken; bei Grundschulern von 9,5 auf 6 Prozent, bei Jungen auf weiterführenden Schulen von 20 auf 12 Prozent, bei Mädchen von 28 auf 19 Prozent (*O'Dea, Wagstaff 2011*). Eine staatliche Bildungskampagne zu gesundem Frühstück in Israel führte dazu, dass ausgehend von 51 Prozent der Grundschüler vor der Intervention zwei Jahre später 65 Prozent täglich frühstückten (*Eilat-Adar et al. 2011*).

Eine diskutabile Option stellt außerdem die Einführung eines Schulfrühstücks dar. In den USA ist das „school breakfast program“ bereits seit 1975 etabliert (*Precht et al. 2014*). Es konnte den Anteil der Kinder, die nicht frühstückten, mehr als halbieren (*Nicklas et al. 2004*). Vor allem sozial benachteiligte Kinder profitieren von einem kostenfreien Schulfrühstück mit einer gesünderen Lebensmittelauswahl (*Moore et al. 2013*). Auch auf die schulische Leistung wirkt es sich positiv aus (*Hoyland et al. 2009*). Kinder berichten von weniger Hunger am Vormittag (*Mhurchu et al. 2013*) und wachsender Aufmerksamkeit im Unterricht (*Reddan et al. 2002*). Im Vergleich zu Gleichaltrigen, in deren Schulen kein Schulfrühstück üblich ist, wünschen sich Kinder aus Interventionsschulen seltener, dünner zu sein, auf Diät zu gehen oder das Frühstück auszulassen, weil es dick machen könnte (*Reddan et al. 2002*).

## Zusammenfassung und praktische Hinweise

Das Frühstücksverhalten von Kindern und Jugendlichen lässt sich nur ändern, wenn alle an einem Strang ziehen: Eltern, KiTa, Schule. Geht zum Beispiel die Schule alleine vor, können Eltern Angst bekommen, vor ihren Kindern schlecht dazustehen und wegen ihres Frühstücksverhaltens von den eigenen Kindern an den Pranger gestellt zu werden.

Idealerweise startet eine Intervention so, dass sich alle relevanten Akteure zusammensetzen und gemeinsam planen. Zu den relevanten Akteuren gehören dabei nicht nur Eltern und Lehrer, sondern auch der Hausmeister der Schule, die Bäckerei um die Ecke der Schule, der Supermarkt in der Nähe sowie Vertreter der Stadt oder Gemeinde. Wichtig ist es, niemanden zu vergessen. Denkt man zum Beispiel nicht an den Hausmeister, besteht die Gefahr, dass er die Intervention sabotiert.

Es ist wenig sinnvoll, bei Kindern und Jugendlichen die Gesundheit in den Vordergrund zu rücken. Für diese

Gruppen ist das Thema Gesundheit noch zu abstrakt. Im Vordergrund müssen unmittelbare Vorteile eines anderen, neuen Frühstücksverhaltens stehen, zum Beispiel die Steigerung von Konzentration und Leistungsvermögen, von Erfolg. Asketische Verzichtspolitik ist kontraproduktiv: Lebensmittel werden nicht verboten, nicht in gesund und ungesund eingeteilt, weil das Etikett „ungesund“ die so bezeichneten Lebensmittel attraktiv macht. Im Vordergrund steht die Förderung von spielerischer Ernährungskompetenz, die Kinder und Jugendliche am besten handlungsorientiert und anhand praktischer Beispiele erwerben.

Aktionismus ist für nichts gut. Vielmehr geht es um die Implementierung einer nachhaltigen Konzeption. Nachhaltigkeit ist auch deshalb unersetzlich, weil wir Menschen langsam lernen. Wenn es um Veränderung geht, sind wir Schnecken.

Interventionen dürfen kulturspezifische Werte nicht verletzen. Der kulturelle Hintergrund der Kinder und Jugendlichen ist unbedingt zu berücksichtigen. Die Aufrechterhaltung der kulturellen Identität und Zugehörigkeit ist weitaus wichtiger als Gesundheit. Auch der soziale Hintergrund muss bedacht werden: Fünfmal am Tag Obst und Gemüse zu essen, ist für bestimmte soziale Lebenslagen unmöglich.

Interventionen sind vor allem dann erfolgreich, wenn sie die Kinder und Jugendlichen partizipativ einbeziehen und nicht über ihre Köpfe hinweg geplant werden. Zugleich müssen Eltern und Lehrer ihre Position vertreten und argumentativ behaupten. Laissez faire ist Gift. Auch die Aufrechterhaltung des Frühstücks ist argumentativ nicht nur mit Leistungsfähigkeit zu begründen, sondern mit der Aussage, dass die Familie so gemeinsam in den Tag startet. Das stärkt den Familiensinn und die Familienkohäsion. Außerdem ist das gemeinsame Frühstück als Ritual ein Entschleuniger. Die ganze Familie beginnt den Tag entspannt und ohne Hetze. Ein Frühstück einzuplanen, ist dann Teil eines gelungenen Zeitmanagements. Wenn der Familie dieses Zeitmanagement gelingt, stärkt es das Selbstvertrauen der gesamten Familie. Das Motto des gemeinsamen Frühstücks könnte dann lauten: Probier's mal mit Gemütlichkeit. Dieser Geist sollte auch die gesamte Intervention durchziehen: gelassen, nicht verbissen oder dogmatisch.

Die Literaturliste finden Sie im Internet unter „Literaturverzeichnisse“ als kostenfreie pdf-Datei.

### Für das Autorenteam

Prof. Dr. habil. Christoph Klotter (Dipl. Psych., Psychologischer Psychotherapeut), Professur für Ernährungspsychologie und Gesundheitsförderung an der HS Fulda.

Prof. Dr. habil. Christoph Klotter  
Hochschule Fulda – FB Oecotrophologie  
Marquardstr. 35  
36039 Fulda  
Christoph.Klotter@he.hs-fulda.de





Foto: © Kadmyl/Fotolia.com

Angela Dietz

# Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung – Konzept und Ergebnisse eines Modellprojektes

Der Ruf nach Qualitätssicherung bei Projekten in der Gesundheitsförderung ist in den vergangenen Jahren zunehmend lauter geworden. Das Modellprojekt „Familien mit Kindern von drei bis sechs Jahren – Netzwerk Ernährung und Bewegung“ entwickelte, erprobte und evaluierte ein qualitätsgesichertes Konzept, das sich inhaltlich in erster Linie an die Eltern von Kindergartenkindern richtet. Die Erfahrungen und Ergebnisse der Modellphase sind Grundlage für die Übertragung des neuen Angebotes auf ganz Bayern. Initiator des Modellprojektes war das Bayerische Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten.

Der Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen für Kinder und Jugendliche in Deutschland ist durch verschiedene Untersuchungen gut belegt (KiGGS 2003–2006; KiGGS-Welle 1 2013). Auch besteht Übereinstimmung, dass diese Maßnahmen möglichst früh und in den Lebenswelten der Kinder erfolgen sollten. Die Angebote

der Ernährungsbildung des Bayerischen Staatsministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten richten sich deshalb vor allem an junge Eltern und Familien. Zentrale Lebens- und Lernwelten für Kinder im Vorschulalter sind neben der Familie Betreuungseinrichtungen wie Kindertagesstätten, wo sich Essgewohnheiten ausbilden und weiterentwickeln lassen.

Nachdem 2011 die Einrichtung von Netzwerken zur Entwicklung von Ernährungs- und Bewegungsangeboten für junge Familien mit Kindern bis drei Jahre flächendeckend in Bayern umgesetzt wurde und damit für diese Zielgruppe entsprechende Bildungsangebote zur Verfügung stehen, lag es nahe, auch Familien mit Kindern im Vorschulalter als Zielgruppe für Maßnahmen der Ernährungsbildung aufzunehmen. Im Rahmen eines Modellprojektes sollte von März 2012 bis Juni 2013 an den fünf Fachzentren Ernährung/Gemeinschaftsverpflegung in Bayreuth, Fürstentfeldbruck, Fürth, Regensburg und Würzburg die Herangehensweise erprobt und ein entsprechendes Maßnahmenpaket entwickelt werden. Da über 90

Prozent der Kinder dieser Altersgruppe in Bayern einen Kindergarten besuchen, wurde als Setting für die Ernährungs- und Bewegungsangebote die Lebenswelt „Kita“ gewählt (Abb. 1).

## Zielsetzung

Zentrales Ziel des Modellprojektes war es, junge Eltern für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu motivieren und sie bei der Umsetzung zu unterstützen. Vorrangig geht es dabei um die Stärkung von Alltagskompetenzen in den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung. Diese Verhaltensprävention bei den Eltern sollen verhältnispräventive Maßnahmen in der Kita (z. B. „Gesundheitsförderliche Verpflegung in Kindertageseinrichtungen“) des Bayerischen Staatsministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten ergänzen.

## Konzept

Die konzeptionelle Ausgestaltung des Modellprojektes übernahm das Kompetenzzentrum für Ernährung (KErn). Acht Projektmanagerinnen mit Studienabschlüssen in Ernährungs- und Sportwissenschaften entwickelten an den fünf Modellstandorten Bildungsangebote im Setting Kita und waren Ansprechpartnerinnen in der Region.

## Qualitätssicherung

Das Modellprojekt basiert auf den Qualitätskriterien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die als Standard für Maßnahmen der Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen und der Gesundheitsförderung gelten (BZgA 2010). Zentrale Qualitätskriterien sind dabei die Ermittlung von Bedarf und Bestand, die Festlegung von Zielen und Zielgruppen, die Dokumentation sowie die Bewertung und Reflexion der Maßnahme. Von den zwanzig Qualitätskriterien stehen hier Bedarfsermittlung und Evaluation im Fokus.

## Qualitätskriterium: Bedarfsermittlung

Ein Schwerpunkt des Modellprojektes war die zielgruppenorientierte Planung der Angebote und Maßnahmen. Dazu wurden die Zugangswege, das Gesundheits- und Ernährungsbewusstsein und die Themeninteressen im Parallel-Tracking-Verfahren (Laverack 2011) ermittelt. Dieser Ansatz kombiniert Top-down- und Bottom-up-Verfahren (Abb. 2).

Die Top-down-Planung zur Bedarfsanalyse und Zielgruppenerreichbarkeit fand mithilfe der Lebensstiltypologie der Sinus-Milieus® und Daten aus der repräsentativen Markt-Media-Studie „Typologie der Wünsche“ (2006/2007) statt (Grünewald-Funk 2012). Neben soziodemografischen Merkmalen wurden auch eine Reihe anderer, schwerer zu erfassender Parameter wie Lebensstil, Interessen (z. B. Ernährungs- und Gesundheitsinteresse),

generelle Werthaltungen, Kaufverhalten und Mediennutzung ermittelt und Personen mit ähnlichen Parametern zu Milieus gruppiert. Diese Zielgruppensegmentierung erleichterte den Zugang zu der inhomogenen Elternschaft und generierte Handlungsempfehlungen im Hinblick auf die Wahl der Angebotsform, die Aufbereitung von Medien und die Durchführung der Maßnahmen.

Im Bottom-up-Verfahren wurden die Erfahrungen aus der Praxis gebündelt. Dazu zählten:

- Netzwerktreffen, die an die bereits bestehenden Netzwerke Junge Eltern/Familien mit Kindern bis zu drei Jahren anknüpften und einen ersten Ideenpool an möglichen Maßnahmen lieferten,
- Fokusgruppengespräche an allen fünf Modellstandorten mit Ernährungs- und Bewegungsexperten sowie Verantwortlichen aus dem Bereich Kita,
- Ergebnisse der externen Evaluation,
- qualitative Interviews, die als studentische Projekt- und Masterarbeiten vergeben wurden.



Abbildung 1: Konzept des Modellprojekts (KErn 2012)

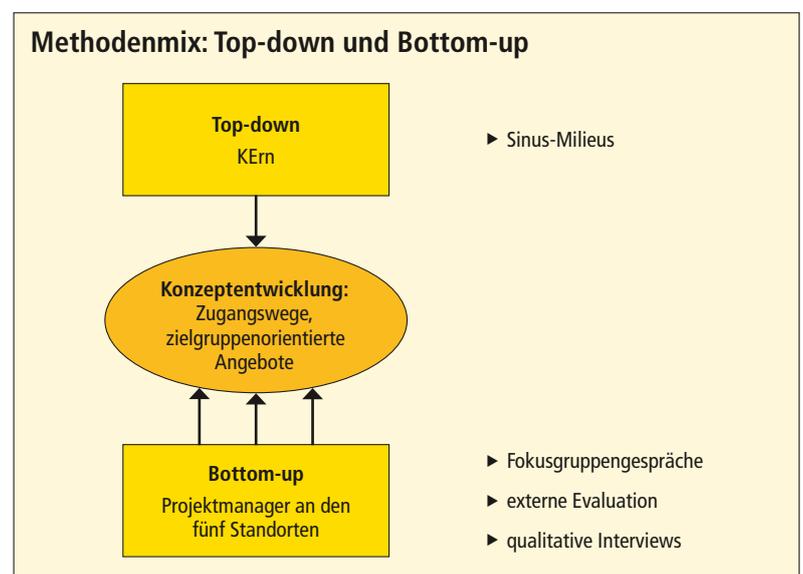


Abbildung 2: Bedarfsanalyse mithilfe des Top-down- und Bottom-up-Verfahrens (nach Laverack 2011)

Einer ersten Bedarfsanalyse im Netzwerk schloss sich eine spezielle Bedarfsanalyse mithilfe von Fokusgruppengesprächen an allen fünf Modellstandorten an. Teilnehmer dieser moderierten Expertengespräche waren Vertreter von Behörden wie Jugendämter, Krankenkassen, Verbraucherorganisationen, Sportvereinen sowie selbstständige Referenten wie Oecotrophologen oder Ernährungsfachfrauen. Inhalte waren vor allem die Ermittlung der Bedürfnisse und des Unterstützungsbedarfs der Eltern sowie der Erfolgsfaktoren und möglichen Stolpersteine von Maßnahmen aus Sicht der Experten. Die Gespräche wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse fanden bei der Formulierung der Ziele des Modellprojektes Berücksichtigung.

In der Modellphase ging es auch darum, mit den beteiligten Netzwerkpartnern und den Einrichtungen nach dem Health-Literacy-Konzept unterschiedliche Angebote und Maßnahmen im Setting Kita zu entwickeln und zu erproben, um daraus im Rahmen der Evaluation standardisierbare Angebote zu erarbeiten. Ein zentraler Aspekt war, einen möglichst niedrigschwelligen Zugang für Eltern zu schaffen, da vor allem bei bildungsfernen Familien Unterstützungsbedarf vorlag. Dies ließ sich durch die Einbeziehung von Erziehern und Eltern in die Angebotsentwicklung und -auswahl (Partizipation und Empowerment) sicherstellen, außerdem durch Angebote, die aufsuchenden Charakter hatten und sich in der Lebenswelt der Eltern und Kinder abspielten. Wichtig war die Orientierung an den Ressourcen der Zielgruppe und nicht an ihren Defiziten. Berücksichtigung sollte auch der Aspekt der Nachhaltigkeit finden, das heißt, eine Kita über einen längeren Zeitraum zu begleiten und nicht in vielen Einrichtungen einzelne Aktionen durchzuführen. Bei Akquise und Auswahl der Kitas waren die Projektmanagerinnen frei. Da Ernährungs- und Bewegungsbildung im „Bayerischen Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung“ (2012) als Themen verankert sind, waren meist großes Interesse und Motivation bei dem pädagogischen Personal vorhanden.

## Qualitätskriterium: Evaluation

Für das BZgA-Qualitätskriterium „Evaluation“ kooperierte das KErn mit einem externen Partner, dem Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP) in München. Die Evaluation sah verschiedene Module vor (**Abb. 3**). Kernstück war der schriftliche Elternfragebogen, der 28 Fragen umfasste.

Die Fragen bezogen sich auf

- Einstellungen und Wissen der Eltern in den Bereichen Ernährung und Bewegung,
- Ernährung und Bewegung im Familienalltag,
- Einschätzen und Bewerten der Bildungsangebote und
- soziodemografische Merkmale.

Die ursprüngliche Idee, eine schriftliche Vorher-Nachher-Befragung bei den Eltern durchzuführen, ließ sich aus Zeitgründen nicht weiter verfolgen und hätte auch für die Eltern großen Aufwand bedeutet. Alternativ wurden sowohl Eltern, die an Angeboten teilgenommen hatten, als auch Eltern, die nicht teilgenommen hatten, befragt.

## Ergebnisse

### Soziodemografische Daten

Während des Modellprojektes fanden in 34 Einrichtungen, überwiegend Kitas, 209 Maßnahmen statt, an denen 8.014 Eltern und Kinder teilnahmen (Mehrfachnennungen). Die Auswertung zeigt, dass die erreichten Eltern in einigen soziodemografischen Daten wie Alter und Erwerbstätigkeit den bayerischen Bevölkerungsdurchschnitt gut abbilden. Allerdings ist die Gruppe der Alleinerziehenden in der Befragung deutlich unterrepräsentiert. Tendenziell wurden auch weniger bildungsferne Familien und Eltern mit Migrationshintergrund erreicht. Ein gelungener Zugang zu diesen Elterngruppen war über niedrigschwellige Angebote erzielbar, die aufsuchenden Charakter hatten, wie beispielsweise die Frühstückswache, ein Angebot in der Kita zur Bring- und Abholzeit der Kinder. Gerade durch die Beiläufigkeit dieses Angebotes gelang es, Familien anzusprechen, die sonst eher schwer erreichbar sind. Der Zugang gelingt ebenfalls leichter über Maßnahmen, bei denen Wissensvermittlung mit einem Erlebnis verbunden ist und der Spaß im Vordergrund steht. Hilfreich war die Kooperation mit Netzwerkpartnern wie den Familienzentren/-stützpunkten, der Tafel, den Erziehungsberatungsstellen oder den Integrationsbeauftragten der Landkreise.

### Elternansprache

Während der Modellphase wurden die Eltern über verschiedene Kanäle über die Angebote informiert, zum Beispiel über Elternbriefe, die Kita-Zeitung und über die klassischen Wege wie Plakate, Flyer und Handzettel, die in der Einrichtung aushingen oder auslagen. Unabhängig vom sozialen Milieu zeigte sich, dass für die Teilnahme der Eltern an den Angeboten die Qualität der Beziehung zwischen pädagogischem Personal und Eltern entscheidend war. Die Motivation der Erzieher und die – auch wiederholte Ansprache der Eltern – hatten we-

### Qualitätskriterien 16 und 17:

Maßnahme bewerten und reflektieren (evaluieren)

#### Evaluationsdesign:

**Modul 1: Dokumentenanalyse**

**Modul 2: Interview Projektmanager**

**Modul 3: Telefonische Einrichtungsbefragung**

**Modul 4: Elternbefragung**

Abbildung 3: Module der externen Evaluation (KErn 2012)

sentlichen Einfluss darauf, ob Eltern Interesse zeigten und an den Maßnahmen teilnahmen. Wichtig ist also, dass die Einrichtungen generell aktive Elternarbeit betreiben und den Themen Ernährung und Bewegung Bedeutung beimessen. Entscheidend und wichtigster Zugangsweg war die persönliche Ansprache der Eltern, vor allem bei bildungsfernen Eltern und Eltern mit Migrationshintergrund, da diese Aushänge, Elternbriefe und Falblätter meist nicht lesen. Vertraute Personen wie die Erzieher eignen sich dafür besonders gut. Eine eigene Homepage hatten nur ganz wenige Einrichtungen, sodass dieser Informationskanal entfällt. Neben der Einbindung der ErzieherInnen (Partizipation) in Auswahl und Entwicklung der Angebote spielte auch die frühe Beteiligung des Elternbeirats eine entscheidende Rolle für die Akzeptanz und das Bewerben der Angebote. Von Vorteil war es, wenn die Veranstaltung entweder in der Kita selbst (vertrauter Ort) oder in unmittelbarer Nähe dazu stattfand, um weite Wege zu vermeiden.

### Teilnahme an Bildungsangeboten

Die Maßnahmen zu Ernährung und Bewegung stießen bei den Eltern auf großes Interesse: Von den befragten Eltern (N=691, Rücklaufquote der Fragebögen: 56 %) nahmen mehr als zwei Drittel an den Angeboten teil, knapp ein Drittel nutzte keine Maßnahme.

Nach der Motivation für die Teilnahme befragt, stand bei den Eltern das Interesse an gesunder Ernährung eindeutig im Vordergrund. Für über 82 Prozent der Eltern war dieses Thema ausschlaggebend. Dagegen waren nur etwa 47 Prozent der Eltern motiviert, wegen des Themas „Bewegung“ Angebote zu besuchen. Rund 51 Prozent versprachen sich konkrete Ideen und Anregungen, die sie im Alltag umsetzen konnten. Auf die Frage, warum Eltern nicht teilgenommen hatten, gaben etwas mehr als die Hälfte Zeitmangel an, mangelndes Interesse äußerten nur knapp drei Prozent der Befragten.

Insgesamt fanden an den fünf Modellstandorten 72 verschiedene Veranstaltungen statt, die jedoch thematisch und didaktisch ähnlich waren und deshalb in Kategorien eingeteilt werden konnten.

Das Angebot mit der größten Reichweite war die Frühstückswochen (Abb. 4). An mehreren Tagen waren im Eingangsbereich der Kita zur Bring- und Abholzeit der Kinder verschiedene Stationen zum Thema Frühstück und Zwischenmahlzeit aufgebaut. Im Mittelpunkt standen dabei das Befüllen der Pausenbrotdosen der Kinder und das Probieren verschiedener Frühstücks- und Pausenbrotvarianten. Eltern konnten mit ihren Kindern mehrere Stationen besuchen und dabei neue Erfahrungen zu Genuss und Geschmack von Lebensmitteln sammeln. Gerade durch den Charakter der Beiläufigkeit gelang es, mit diesem Angebot viele Familien anzusprechen. Es ist deshalb als „Türöffner“ für den Start einer Veranstaltungsreihe in einer Kita gut geeignet.

### Ernährungswissen der Eltern

Die gegenwärtige Diskussion zu Ernährungs- und Bewegungsthemen nehmen nahezu alle Elterngruppen wahr.

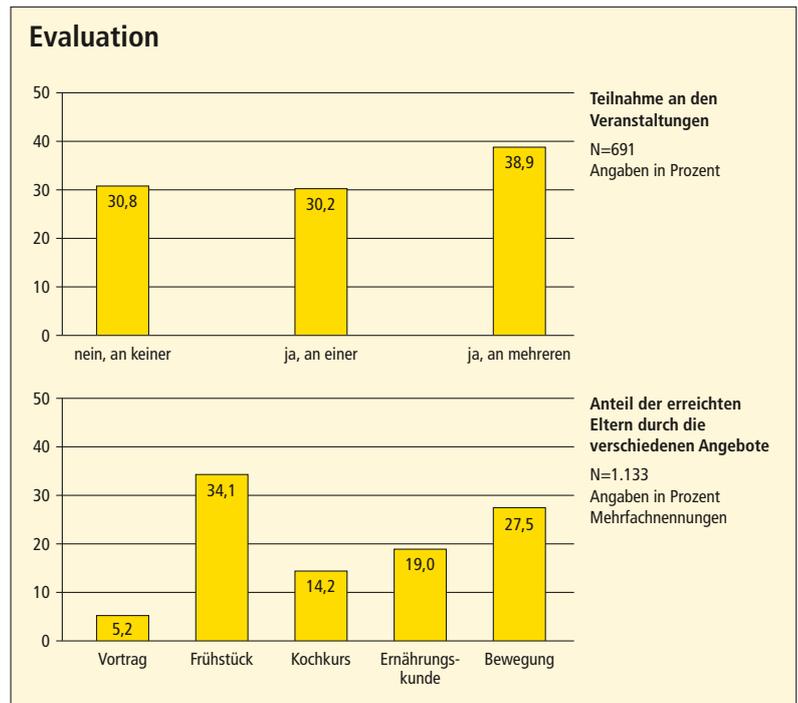


Abbildung 4: Teilnahme an den Bildungsangeboten des Modellprojekts (KErn 2012)

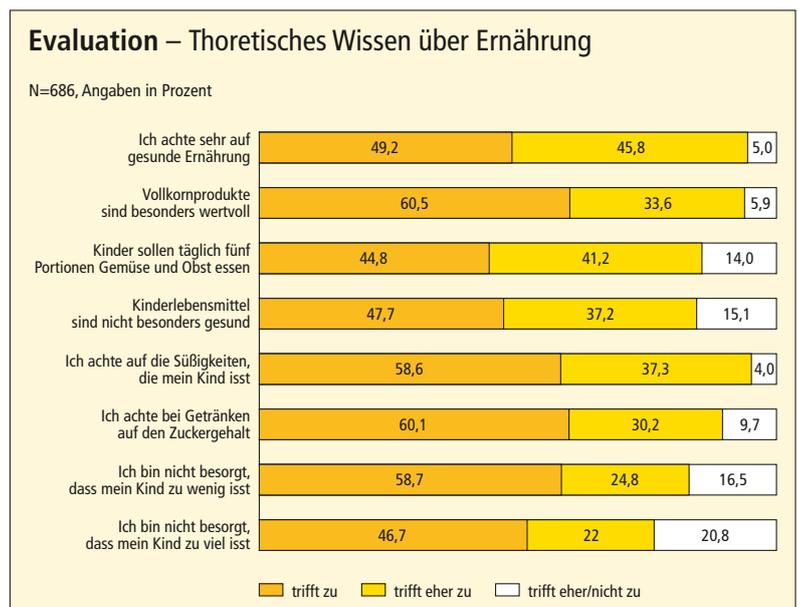


Abbildung 5: Theoretisches Ernährungswissen der Eltern (KErn 2012)

Die meisten Kindergarten-Eltern haben laut Befragung großes Interesse am Thema Ernährung. Nur ein geringer Prozentsatz ist der Meinung, dass das Thema überbewertet wird oder dass sie sich überfordert fühlen. Für etwa 40 Prozent der befragten Eltern spielt der Preis von Lebensmitteln eine wichtige Rolle. Das gilt auch für Eltern mit mittleren und höheren Schulabschlüssen.

Bei den Fragen zum theoretischen Wissen, das mithilfe von acht Items erhoben wurde, geht es vor allem darum zu erfahren, ob die Eltern ansatzweise die offiziellen Empfehlungen zur Kinderernährung und zur Bewegung kennen, außerdem inwieweit ihnen generell eine gesunde Ernährung wichtig ist und wie sie spezielle Produkte für Kinder (Kinderlebensmittel) einschätzen (Abb. 5). Für knapp die Hälfte der Eltern gilt, dass sie auf eine

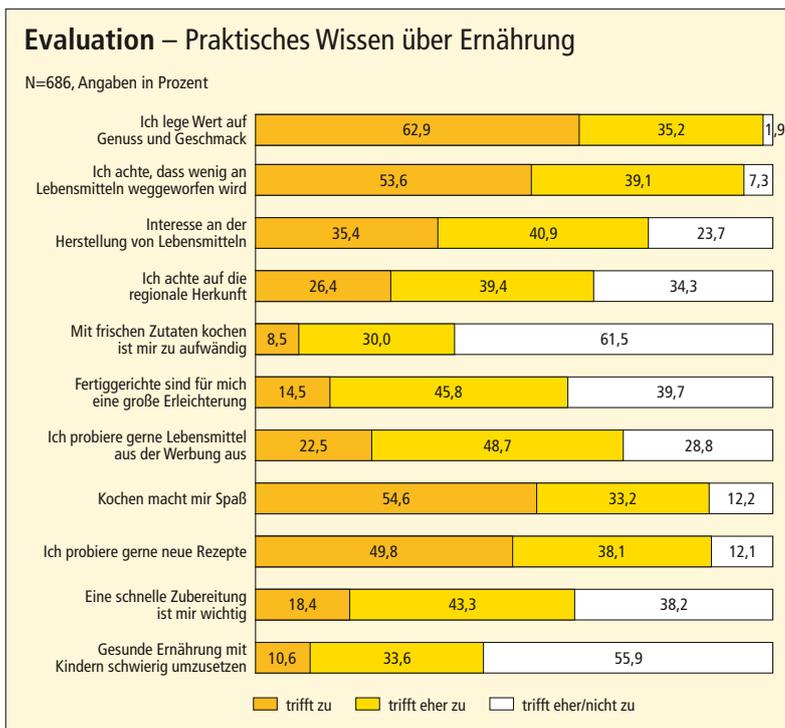


Abbildung 6: Praktisches Ernährungswissen der Eltern (KErn 2012)

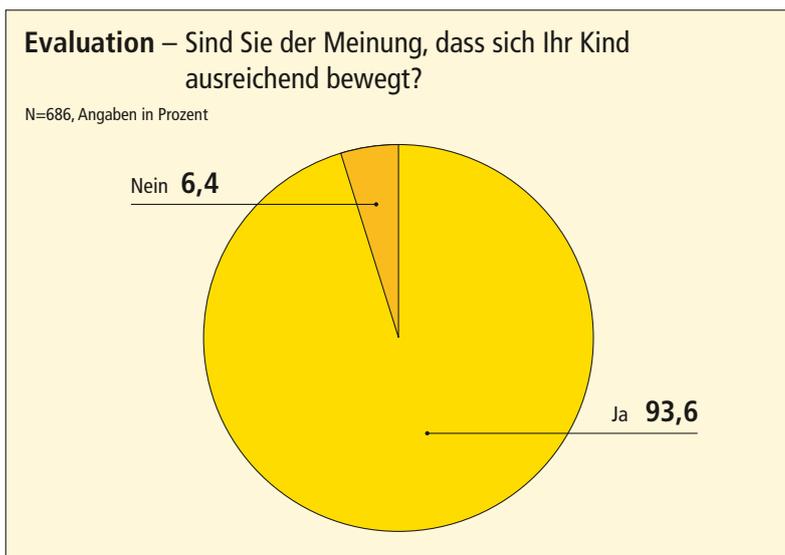


Abbildung 7: Bewegungsverhalten der Kinder in der Elterneinschätzung (KErn 2012)

gesunde, ausgewogene Ernährung achten, nur fünf Prozent der Eltern achten kaum oder gar nicht darauf. Dabei scheinen Informationen zur gesundheitlichen Bedeutung von Vollkornprodukten bekannt zu sein, auch dass bei Getränken auf den Zuckergehalt zu achten ist und der Verzehr von Süßigkeiten bei Kindern im Auge zu behalten ist. Dass Kinderlebensmittel für Kinder besonders geeignet und gesund sind, glaubt fast jeder sechste Befragte, ein Drittel schließt das nicht aus. Fast ebenso viele kennen die Verzehrempfehlungen für Obst und Gemüse nicht. Einige Eltern können offensichtlich auch den Nahrungsbedarf ihrer Kinder schwer einschätzen und es ist ihnen nicht bewusst, dass individuelle Schwankungen normal sind. So ist ein Fünftel der Eltern besorgt, dass ihr Kind zu viel isst und fast ebenso viele sind unsicher, ob es zu wenig isst.

Zur Erfassung des praktischen Wissens dienten elf Items, die sich auf die Wertschätzung von Lebensmitteln, Herkunft und Verarbeitung von Produkten, Zubereitung sowie Genuss und Geschmack von Speisen beziehen (Abb. 6).

Was die Bedeutung von Genuss und Geschmack anbelangt, sind sich die Eltern weitgehend einig: Nur für knapp zwei Prozent spielen sie keine Rolle. Auch die Wertschätzung von Lebensmitteln ist der Hälfte der befragten Eltern wichtig, nur jeder 13. achtet nicht darauf, dass in seinem Haushalt wenig Lebensmittel im Müll landen. Dagegen ist das Interesse an Herkunft und Verarbeitung von Lebensmitteln gering. Ein Drittel interessiert sich dafür, ein Viertel nicht. Ähnlich ist die Haltung der Eltern gegenüber regionalen Lebensmitteln. Nur ein Viertel gibt an, beim Einkauf darauf zu achten.

Selber zu kochen macht den Müttern Spaß. Die Hälfte der befragten Mütter kocht gerne und probiert auch gerne neue Rezepte aus. Dabei ist es für jede fünfte Mutter wichtig, dass die Zubereitung schnell geht. Auch wenn die Eltern eine gesunde Ernährung für sehr wichtig halten, findet knapp die Hälfte die Umsetzung im Familienalltag eher schwierig.

Informationen zu Esskultur und Ernährungserziehung wurden mit sechs Items erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Eltern durchaus unterschiedliche Vorstellungen zu Fragen der Esskultur und der Ernährungserziehung haben. Grund dafür könnte sein, dass diese Themen in der öffentlichen Debatte eine geringe Rolle spielen. 85 Prozent der Eltern legen Wert darauf, dass die Familie mindestens einmal am Tag gemeinsam isst und fast ebenso viele Eltern essen meistens gemeinsam mit ihrem Kind (79 %). Feste Tischregeln gibt es bei der Hälfte der Familien. Ein Drittel der Eltern legt Wert darauf, dass ihr Kind seinen Teller leer isst und über die Hälfte der Eltern erwarten das teilweise von ihrem Kind. Bei einem Viertel der Familien darf das Kind während des Essens hin und wieder Fernsehen. Bei jeder elften Familie ist das eher die Regel. Ebenso belohnen immerhin 33 Prozent der Eltern ihre Kinder mit Lebensmitteln oder Süßigkeiten.

Dass eine ausgewogene Ernährung und regelmäßige Bewegung zusammengehören und wichtige Bausteine für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil sind, ist den meisten Eltern bewusst. Das Thema Ernährung scheint allerdings einfacher im Alltag umzusetzen zu sein als das Thema Bewegung. Möglicherweise ist das Problembewusstsein der Eltern für mangelnde Bewegung und häufigen Medienkonsum weniger geschärft: Fast alle Eltern sind der Meinung, dass sich ihre Kinder ausreichend bewegen (Abb. 7) und machen das an bestimmten Kriterien wie Alltagsbewegung, günstige Wohnverhältnisse, Bewegung in der Kita und Teilnahme am Vereinsport fest.

### Erfolg der Bildungsangebote

Die Ergebnisse machen deutlich, dass der Praxisbezug der Bildungsangebote gut gelungen ist. Knapp ein Drittel der Eltern hat wichtige Informationen erhalten, die sie in Zukunft berücksichtigen wollen. Einem Viertel der Eltern

ist der Stellenwert einer gesunden Ernährung und die eigene Vorbildfunktion für die Kinder deutlich geworden. Jeder fünfte Teilnehmer gab jedoch an, durch die Teilnahme keine neuen Erkenntnisse gewonnen zu haben, was wohl auf das oft schon vorhandene Wissen von Eltern mit mittleren und höheren Bildungsabschlüssen zurückzuführen ist.

Ein „Lerneffekt“ – insbesondere beim theoretischen Ernährungswissen – war vor allem bei den Eltern zu beobachten, die mehrmals an Angeboten teilgenommen haben.

## Good-Practice-Angebote für die Übertragung auf ganz Bayern

Im Rahmen der Evaluation kristallisierten sich sechs Bildungsangebote heraus, die an allen Modellstandorten auf hohe Resonanz bei den Eltern gestoßen sind. Diese Angebote fanden überwiegend in der Lebenswelt der Eltern und Kinder statt und verbanden Wissensvermittlung mit Spaß und Erlebnis. Sie waren handlungsorientiert und sprachen bestimmte Grundbedürfnisse an. Zu diesen gehört beispielsweise das Bedürfnis, etwas mit den eigenen Händen zu schaffen, sinnliche Erfahrungen zu machen und Zeit mit den Eltern zu verbringen.

- Komm, wir frühstücken – Lieblingsbrotzeiten für Kita-Kinder: Frühstückswochen in der Kita
- Expedition Erzeugerbetrieb: Ein Besuch bei der Erlebnisbäuerin, beim Bäcker et cetera
- Das kommt uns nicht aus der Tüte – Leckere Gerichte schnell selbst gemacht: Eltern- und Kind-Kochkurs
- Lebensmittelschungel – Tipps und Tricks vom Einkaufscoach: Einkaufstraining im Supermarkt/Workshop in der Kita
- Mach mit, bleib fit – Spiel und Spaß für Groß und Klein: Aktionstag Wanderung mit Picknick
- Familien-Olympiade: Aktionswoche(n)

## Fazit

Das Setting Kita stellte sich als ein besonders geeigneter Zugangsweg für die Ansprache von Eltern mit Kindern im Vorschulalter heraus, unabhängig von Herkunft und sozioökonomischer Schicht. Kitas bieten ein großes Potenzial für Ernährungsbildung, idealerweise gehen Ernährungsbildung und Verpflegungsangebot Hand in Hand. Aus der Vielzahl der während der Modellphase durchgeführten Angebote und Maßnahmen ergaben sich im Rahmen der Evaluation sechs Good-Practice-Beispiele, die seit Herbst 2014 in ganz Bayern stattfinden. Es sind vor allem handlungsorientierte Bildungsangebote, bei denen Eltern und Kinder aktiv mitmachen. Die Evaluierung hat auch den Wissensbedarf vieler Eltern verdeutlicht, beispielsweise im Hinblick auf das Thema Kinderlebensmittel, Herkunft und Herstellung von Lebensmitteln sowie Unsicherheiten bei der Ernährungserziehung. Um Eltern anzusprechen, die zu den eher schwer erreichbaren Zielgruppen zählen, hat sich im Modellprojekt die Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern wie Familienzentren

## Evaluation – Was haben die Angebote gebracht?

N=478, Angaben in Prozent

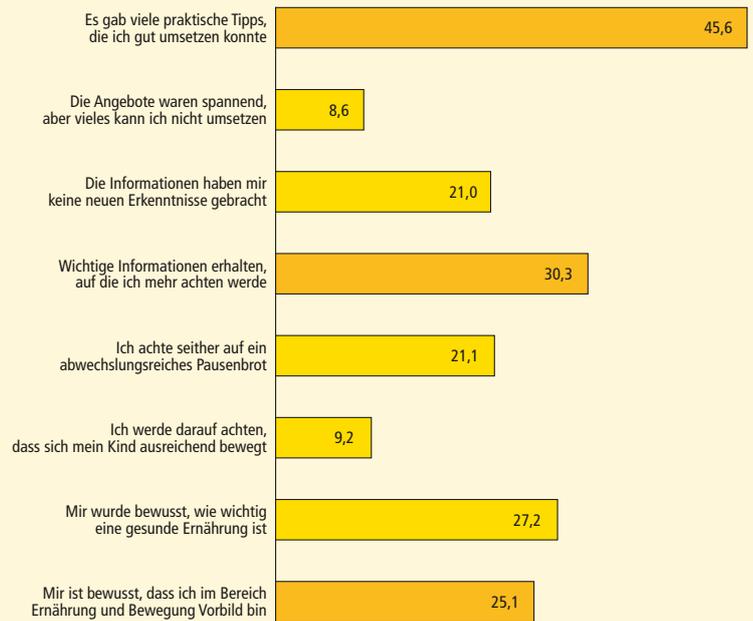


Abbildung 8: Nutzen der Modellangebote für die Eltern (KErn 2012)

oder Familienstützpunkten, Erziehungsberatungsstellen, den Tafeln oder den Integrationsbeauftragten der Landkreise bewährt, außerdem besonders niedrigschwellige Angebote, die durch ihren Erlebnischarakter oder ihre Beiläufigkeit die Hemmschwelle für eine Teilnahme herabsetzen.

Die Erfahrungen aus der Modellphase und die Ergebnisse der Evaluation sind in den vom KErn erstellten Handlungsleitfaden eingeflossen, der die 47 Ämter für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten in Bayern bei der Umsetzung der Maßnahmen unterstützen wird. Zur Qualitätssicherung führte das KErn vor dem Start der neuen Angebote im Herbst 2014 Schulungen der künftigen Ernährungs- und Bewegungsreferenten durch.

Die Literaturliste finden Sie im Internet unter „Literaturverzeichnisse“ als kostenfreie pdf-Datei.

### Die Autorin

Seit Gründung des Kompetenzzentrums für Ernährung (KErn) im September 2011 ist die Oecotrophologin im Bereich Ernährungsinformation und Wissenstransfer am Standort Freising tätig. Sie betreute das Modellprojekt zusammen mit ihrem Kollegen Thomas Schmidt vom KErn-Standort Kulmbach.



Angela Dietz  
Kompetenzzentrum für Ernährung (KErn)  
Am Gereuth 4  
85354 Freising  
Angela.Dietz@kern.bayern.de



Dr. Ute Zocher

# Biografisches Arbeiten und Gesundheitsförderung

**Das Erleben eigener biografischer Reflexion und der Transfer dieser Erfahrung auf die Ebene der beruflichen Tätigkeit zeigt die Potenz biografischen Arbeitens als Baustein der Entwicklung von Professionalität in Praxisfeldern der Gesundheitsförderung. Daraus lassen sich neue Wege und Konzepte in der Arbeit mit Individuen, Gruppen und Organisationen im Feld der Gesundheitsförderung aufbauen.**

*„Ich erlebe das tatsächlich als persönliche Minderschätzung, wenn man in der Austauschrunde mein persönliches Lieblingsessen abwertet. Und wenn ich mir dann überlege, dass ich in der Beratung oft – vielleicht schon allein mit meinem Gesichtsausdruck oder mit dem, was ich direkt so sage – zu verstehen gebe, dass das nichts ist, was sie da essen – ja?!“ (schüttelt den Kopf)*

Das sind die selbstkritischen Worte einer erfahrenen Ernährungsberaterin im Anschluss an eine biografische Übung zur eigenen Essgeschichte im Rahmen einer Fortbildung zum Thema „Biografie und Ernährung“.

## Gesundheit als Selbstbestimmungs-kompetenz

Gesundheit ist weit mehr als die Abwesenheit von Krankheit, Gesundheit bildet den „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ab“ (WHO 1946, zit. nach *Franzkowiak, Sabo 1998, 60ff.*). Zentral bei dieser historischen Definition, die die WHO unmittelbar nach Ende des Zweiten Weltkriegs formulierte, ist die Absage an ein rein medizinisch-naturwissenschaftlich ausgerichtetes Verständnis von Gesundheit und Krankheit und die Hinwendung zu einem subjektiv und sozial vermittelten Erleben ganzheitlichen Wohlbefindens. Mit der Ottawa-Charta (WHO 1986) ist diese Definition weiterentwickelt und in ein Leitlinienpapier zur Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe gesellschaftlicher Institutionen und Organe überführt worden.

Das Ziel der Gesundheitsförderung ist, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ih-

rer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Dazu bedarf es einerseits der Gesundheitskompetenz, die, laut Kickbusch (2006, 96ff.) die Fähigkeit des Einzelnen beschreibt, Gesundheitsinformationen aufzunehmen und zu verstehen, um eigene Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen verantwortlich zu entwickeln. Andererseits wird der Abbau von sozialer Ungleichheit, die zu gesundheitlicher Chancenungleichheit führt, zu einem zentralen Anliegen der Gesundheitsförderung erklärt (Kickbusch 2006). Die Ottawa-Charta schreibt dafür Strategien fest, die die Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung verstärkt in den sozialen Lebens- und Alltagswelten, den gesellschaftlichen Institutionen und politischen Entscheidungsgremien verankern und sie nicht nur und nicht in erster Linie als Aufgabe des einzelnen Individuums ansehen:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (WHO 1986, 5)

Mühsam und völlig unzureichend sind damit alle Bemühungen um Aufklärung des Individuums, wenn die institutionellen, sozialen und gesellschaftlichen Kontextbedingungen sowie die politischen und marktwirtschaftlichen Interessenkonflikte im Ringen um Gesundheit nicht mit bedacht und bearbeitet werden. Hier die Verantwortung für den Gesundheitszustand dem Einzelnen zuzuschreiben, ist als „blaming the victim“ zu bezeichnen (Bittlingmayer, Schnabel 2009) und hat sich insgesamt als wenig hilfreich erwiesen. Bittlingmayer spricht in diesem Zusammenhang von der „Unhintergebarkeit der Normativität“ in der Gesundheitsförderung. Welche Rolle kann der biografische Ansatz in dieser verhaltens- und verhältnisorientierten Strategie der Gesundheitsförderung spielen?

## Theorie: Biografie als individuelle Zusammenhangs- und Sinnbildung

„Biografie ist das Ergebnis eines umfassenden Stoffwechsels des Menschen mit den sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Welten, die ihn umgeben, sozusagen eine große Gestaltbewegung im Prozess der Selbstorganisation des Menschen.“ (Keil 2004, 112)

Die Kategorie „Biografie“ ist immer auf den einzelnen Menschen gerichtet und stellt das Subjekt in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, blendet aber gleichzeitig den Kontext, die umgebenden Lebenswelten und die kulturhistorischen Zusammenhänge nicht aus. Im Gegenteil, sie werden zu individuell verwandelter Substanz. Biografie ist damit ein Schnittstellenkonzept, das der komple-

xen und dialektischen Ausrichtung der Gesundheitsförderung im Hinblick auf Verhalten und Verhältnis, sprich Individuum und Gesellschaft, entspricht.

Biografie entfaltet sich als eine „im lebenslangen Prozess erworbene Aufschichtung und Interpretation von Erfahrungen, die bewusst oder unbewusst in unsere Weltdeutung und das heutige Handeln eingehen“ (Gudjons 2008, 21). Das bedeutet, dass – anders als mit dem Lebenslauf – mit der Biografie eines Menschen nicht nur die zeitliche Aneinanderreihung der Lebensereignisse und Erfahrungen in den Blick rückt, sondern deren individuelle Interpretation, in der sich auch soziale Deutungen und Bewertungen von Leben und Welt niederschlagen.

Im Rückgriff auf Dilthey beschreibt Marotzki (2006, 115f.) die konzeptionelle Dimension der Biografie als Zusammenhangsbildung: Die Leistung des menschlichen Bewusstseins bestehe darin, ständig Bezüge und Beziehungen zwischen den Teilen und dem Ganzen herzustellen. Dilthey spricht von der individuellen Sinnlogik, die auf diese Weise entsteht, und Haltung, Verhalten und Handlungen des Menschen wesentlich bestimmen. „Die Biografie ist somit ein vom Subjekt hervorgebrachtes Konstrukt, das als Einheit die Fülle von Erfahrungen und Ereignissen des gelebten Lebens zu einem Zusammenhang organisiert.“ (Marotzki 2006, 116)

Marotzki stellt in diesem Prozess zwei wesentliche Reflexionsformate heraus, die für die „ordnende Verstehensbegegnung“ mit Welt und Selbst bedeutsam sind:

- das diachrone Format, das den individuellen historischen Aneignungsprozess von Welt und Selbst beschreibt und das Subjekt in den Zeit- und Sozialgeist einbindet und
- das synchrone Format, das die sozialen und kulturellen Bedingungsgefüge betont, in denen das Individuum mit anderen zusammen kontinuierlich intersubjektivität herstellt und sich dieser fortlaufend vergewissert.

Beide Reflexionsformate sind für die Entstehung biografischer Ordnung fundamental und bilden damit die Struktur zum Aufbau von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, Glaubenssätzen und Lebensmottos, die Selbstwahrnehmung in gesellschaftlichen Prozessen et cetera. Entsprechend dem ersten Axiom Watzlawicks („Wir können nicht nicht kommunizieren.“) ist auch Biografie als unentrinnbar zu verstehen: Wir können nicht keine Biografie haben. Jede Situation ist nach Schütz und Luckmann biografisch geprägt. Entsprechend beugen sich auch Gesundheit und Gesundheitsförderung dem anthropologischen Prinzip und sind nicht jenseits biografischer Aufschichtungsprozesse und „jenseits individueller Konfiguration von Wahrnehmungs-, Handlungs- und Bewertungsdisposition“ (Dausien 2005, 29) zu denken. Die Fragen, die sich daraus ergeben, sind einerseits,

- inwiefern gesundheitsbezogene Beratungs- und Bildungsprozesse Individuen in ihrer biografischen Entwicklung ernst nehmen und unterstützen und andererseits,
- inwiefern diese Prozesse in die Strukturen von Settings – insbesondere der Gesundheitsförderung – eingehen (Biografie als Strukturgenerator für Institutionen, Kontexte).

„Biografie ist das Ergebnis eines umfassenden Stoffwechsels des Menschen mit den sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Welten ...“  
(Keil 2004, 112)



Foto: © Landesbildstelle Berlin

### Biografisches Arbeiten als Schlüssel zum Verstehen von Biografie

Biografisches Arbeiten gilt als Königsweg zur Erschließung von Biografien, zur Selbstreflexion und zur Entwicklung von Biografizität (vgl. Gudjons 2008; Hölzle 2011). Biografizität beschreibt die individuelle Fähigkeit, „moderne Wissensbestände an biografische Sinnressourcen anzuschließen und sich mit diesem Wissen neu zu assoziieren“ (Alheit 2003, 25). Alheit sieht darin eine Schlüsselqualifikation, die es uns ermöglicht, unser Leben innerhalb seiner Rahmenstrukturen immer wieder neu zu deuten und gleichzeitig die uns umgebenden Kontexte als gestaltbar und veränderbar wahrzunehmen. Biografizität beinhaltet also die Fähigkeit und Bereitschaft zu lebenslangem Lernen.

Biografisches Arbeiten findet im Rahmen methodisch organisierter Reflexion statt und ist prinzipiell in zahlreichen Kontexten der Jugend- und Erwachsenenbildung sowie der Beratung möglich und lässt sich mit unterschiedlichen Zielsetzungen durchführen (vgl. Gudjons, Dausien, Siebert). Dabei kann die Biografie selbst Gegenstand der Reflexion sein oder deren Bearbeitung wird genutzt, um bestimmte Themen, Situationen, Zusammenhänge zu beleuchten und weiter zu entwickeln.

Biografische Übungen mit Leitfragen der Reflexion regen diese Prozesse an. Sie führen zu intensiven Erkundungen der eigenen biografischen Realität und regen zum Austausch mit anderen Menschen an. Dabei können grundsätzlich ganz verschiedene kreative Techniken zum Einsatz kommen, um reflexive Prozesse zu stimulieren: Das Verfassen von Texten oder Gedichten, der malerische Ausdruck, das Theaterspiel, metaphorische Repräsentation et cetera. Durch Übungen lassen sich Richtung und Intensität der biografischen Arbeit beeinflussen, jedoch letztlich nicht gezielt steuern. Die erzählten Erinnerungen stellen aktuelle Konstruktionen dar, die Ausdruck der individuell bedeutsamen Erfahrungen und deren Interpre-

tation sind. Es geht nicht darum, dass das Individuum hier *wahrheitsgetreu* berichtet, sondern dass es im Erzählten seine aktuelle Sicht und Haltung dem eigenen Leben und der Welt gegenüber aktiv konstruiert und zum Ausdruck bringt. Biografisches Arbeiten fördert das Erzählen und Zuhören. Narration an sich unterstützt die Zusammenhangsbildung. Das Erzählen biografisch bedeutsamer Ereignisse und Lebensabschnitte folgt dem Gebot der Freiwilligkeit und kann jederzeit enden, wenn sich die Person unbehaglich fühlt.

Die Ziele biografischen Arbeitens liegen aus pädagogischer Sicht unter anderem darin,

- die eigene Geschichte wahrzunehmen und zu verstehen,
- Zusammenhänge zwischen Gestern, Heute und Morgen zu sehen, den „roten Faden“ im eigenen Leben zu erkennen,
- Muster im Handeln und Verhalten (Konstruktionsprinzip) wahrzunehmen und den sozialen Kontext dabei zu realisieren,
- interne/externe Ressourcen in der Lebensgestaltung, Krisen, Statuspassagen ausfindig zu machen,
- die Bedeutung individueller und sozialer Einflussgrößen zu erkennen,
- Selbsterkenntnis und Empathie zu stärken,
- die Anschlussfähigkeit für neues Wissen, Deutungs- und Handlungsmöglichkeiten zu erhöhen (Biografizität).

Eine wertschätzende Grundhaltung stellt die zentrale Bedingung dar, um biografische Arbeit mit Menschen anzuregen und durchzuführen. Es bedarf einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre und der Verschwiegenheit (Gudjons 2008; Hölzle 2011).

Reflexion und Austausch können nur gelingen, wenn sich die Leitung als aufmerksamer, empathischer und ressourcenorientierter Dialogpartner versteht und sich aller Wertungen im Sinne von „richtig“, „falsch“, „gut“ oder

„schlecht“ enthält. Die reflexive Auseinandersetzung des Leitenden mit seiner eigenen Biografie ist dabei Grundvoraussetzung.

Auch im Gesundheitsbereich verfolgt der biografische Ansatz im Prinzip die obenstehenden Ziele, ergänzt durch Aspekte, die die Themen Gesundheit, Krankheit und Gesundheitsförderung mit sich bringen, wie

- Wahrnehmung von und Umgang mit subjektiven Theorien von Gesundheit und Krankheit und ihrer Entstehung,
- Krankheit und Gesundheit im Lebensganzen,
- Verstehen und Stärken der Biografizität als Gesundheitskompetenz durch biografische Übungen,
- Wahrnehmung der Lebenswelten als gestaltbare Umwelten und Stärkung von Empowerment-Kompetenzen,
- gemeinschaftliche Organisation aufgrund biografischer Gemeinsamkeiten,
- Stärkung der Selbstbestimmung im Umgang mit dem Gesundheitssystem und seinen Vertretern.

## Praxis: Biografiearbeit mit Ernährungsexperten in Bildungs- und Beratungskontexten

Zunächst werden die Kollegen eingeladen, sich auf biografische Übungen einzulassen, die die eigene Beziehung zum Essen und zur Ernährung reflektieren, bevor es darum geht, die Methode für die Beratungspraxis nutzbar zu machen.

Schnell wird deutlich, dass im Sinne subjektiver Theorien und biografischer Verwobenheit das Thema Essen und Sich-Ernähren nicht vom restlichen Lebenskontext, von Werten und Haltungen, von Beziehungen und Lebensweise abzukoppeln ist. Allein eine Einstiegsübung, die den gestrigen Tag daraufhin befragt, wann man was, wie und wo gegessen/getrunken hat, ob es einem dabei physisch und psychisch gut ging, was die eigene Mutter dazu sagen würde et cetera, offenbart den Blick auf eine komplexe Lebensgestaltung, in der das Essen häufig vielfältigen Interessen, Zwängen und Dynamiken untergeordnet und/oder in Rituale eingebunden ist. Das, was aus Studium und Berufsalltag hinlänglich bekannt ist (vgl. z. B. Heindl 2003; Methfessel 2005; Barlösius 2011), wird nun am eigenen Leib spürbar und führt durch die Reflexion in der Gruppe zu neuen Sichtweisen. Dass die eigene Ernährungspraxis häufig entgegen der „richtigen ernährungsphysiologischen Herangehensweise“ verläuft, überrascht und beschämt viele Kollegen. Es bringt die Betroffenen in Konflikt mit ihrer eigenen professionellen Rolle und den anwesenden Ernährungsexperten.

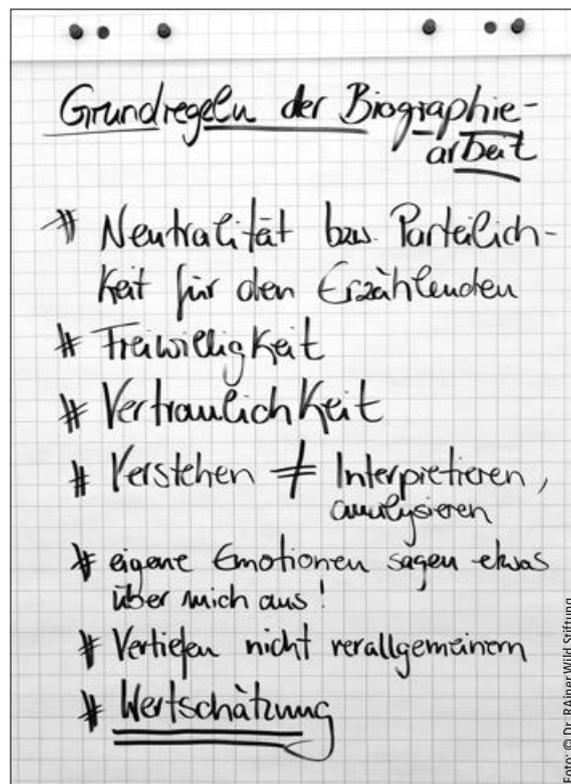
„Das kann man ja gar niemandem sagen! Ich habe auch bei mir die Tendenz verspürt, den Anderen in der Gruppe nicht alles zu erzählen, sondern so manches von dem, was ich gestern gegessen habe, unter den Tisch fallen zu lassen. Bescheuert, da schämt man sich, aber wir wissen doch, dass das Leben so ist und nicht dem Lehrbuch entspricht. Gott sei Dank konnte man sagen, dass es kein Standardtag war ...!“

Sich selbst „ertappt“ zu fühlen, zu spüren, wie das eigene Abweichen von der „richtigen Ernährung“ zu einem inneren Konflikt und zu großem Unbehagen führt, löst zahlreiche Reflexionen und Neubewertungen der professionellen Tätigkeit aus. Insbesondere wenn die Kolleginnen nachdenklich konstatieren: „Es ist doch verrückt, dass wir immer direkt analysieren und bewerten“ wird ein professioneller Habitus deutlich, der stark naturwissenschaftlich ausgerichtet ist und der häufig dazu führt, dass die Beziehung, der Prozess und das anzustrebende Ergebnis in Beratungs- und Bildungssituationen bereits im Vorfeld definiert wird.

Das gemeinsame Reflektieren der biografischen Übungen in Kleingruppen schwemmt weitere Versatzstücke der eigenen Biografie ans Tageslicht und unterstützt den individuellen Erinnerungsprozess. Darüber hinaus zeigt der Austausch, dass es Gemeinsamkeiten in den Geschichten, geteilte soziokulturelle Werte und zeitgeschichtliche Strömungen gibt, die für Menschen einer geografischen Region, einer Altersstufe oder einer bestimmten Lebensphase intersubjektiv von Bedeutung waren. Das ach so Individuelle und Einzigartige entpuppt sich zumindest in Facetten und bestimmten Phasen erkennbar als soziale Konstruktion.

Zunehmend ermöglichen Übungen – wie etwa die „timeline“, die anregt, die komplette eigene Lebensgeschichte unter dem Stichwort „Ernährung“ individuell zu erarbeiten, Gruppengespräche und Austauschrunden im Workshop, in denen viele ihre Ess-Geschichte erzählen. Jegliche Form der Bewertung sowie das Geben „guter Ratschläge“ bleiben mehr und mehr aus. Das Erzählen-Können und das urteilsfreie Zuhören nehmen die Kollegen positiv wahr und erleben es als wohltuend.

Die eigene „Normalvorstellung“ wird mit anderen „Normalitätsansprüchen“ konfrontiert und die entstehende



Die Grundregeln des biografischen Arbeitens werden zu Beginn des Workshops eingeführt und bleiben während der zwei Tage im Raum präsent.

Vielfalt rüttelt an persönlichen und professionellen Leitlinien und Interpretationsschemata alltäglicher Beratungs- und Bildungspraxis. Dadurch steigt die Bereitschaft, sich auf das Gegenüber einzulassen und es empathisch zu verstehen. Darin liegt eine Voraussetzung, um den Anderen in seiner – von der eigenen völlig verschiedenen Geschichte wahrzunehmen und wertschätzend anzuerkennen.

## Biografisch beraten

Die Teilnehmerinnen entwickeln im Workshop aus der biografischen Perspektive Konsequenzen für die Arbeitspraxis. Sie sind nicht mehr länger die unumstrittenen Experten in der Beratungssituation, im Gegenteil: Nur der Klient weiß um die innere Sinnlogik seines Tuns und der vermeintliche Fachexperte bemüht sich nun, dieser Logik auf die Spur zu kommen. Der Berater weiß nichts oder nur wenig über die biografischen Zusammenhänge seines Gegenübers. Dieses Nichtwissen ist die beste Voraussetzung, um sich authentisch dafür interessieren zu können und den Erzählungen aufmerksam zu folgen. Biografische Erzählungen bilden Struktur und Ziel für den Beratungsprozess und sind nicht länger klassische Anamnese oder Beiwerk, um eine angenehme Gesprächsatmosphäre herzustellen. Verantwortung und Kontrolle im Prozess verlagern sich stärker auf die Seite des Klienten. Das ursprünglich scheinbar klar definierte Problem – ein Ess- oder Ernährungsproblem entpuppt sich vielleicht sogar als Ressource und „Schadensbegrenzung“ in einem viel komplexeren Lebenszusammenhang, den es zu erkennen und anzuerkennen gilt. Das Ziel einer biografisch orientierten Bildungs- oder Beratungsmaßnahme definiert die Person selbst und nicht mehr der Ernährungsexperte. Kompetenzen und Stärken, die im Laufe des Lebens hilfreich waren, um schwierige Situationen zu meistern, Leid auszuhalten, Perspektiven und

Kontexte zu verändern, zeigen sich in den biografischen Erzählungen. Klient und Beratender entdecken erstere als Ressourcen für die aktuellen Veränderungen, besprechen und wertschätzen sie. Bildungs- und Beratungssituationen müssen über die Entwicklung individueller Kompetenzen hinausgehen und Veränderungsmöglichkeiten und Einflussnahmen auf soziale Lebensräume der Klienten stets mitprüfen und erarbeiten. Für viele Experten im Bereich der Gesundheitsbildung ist die Perspektive auf die Lebensverhältnisse und sozialen Bedingungen durch die Konzentration auf das Individuum und dessen „persönliches Problem“ verstellt – und werden oft als Ursache und/oder Lösung des Problems im Bildungs- und Beratungskontext übersehen. Die in diesem Zusammenhang bereits existierenden Beratungsmodelle (vgl. etwa Heindl 2003) sind im Workshop Thema und werden weiterentwickelt und angepasst.

Die Ernährungsexperten merken im Verlauf des Biografie-Workshops, wie schwer es ihnen fällt, diese veränderte Perspektive und die neue Rolle und hierbei insbesondere die wertschätzende ressourcenorientierte Haltung einzunehmen. Die Aufforderung, sich selbst als forschende, explorierende und teilhabende Partner zu verstehen und dem Gegenüber die aktive, wissende und prozessgestaltende Rolle weitestgehend zu überlassen, dabei den Blick auch auf die Kontexte zu richten, steht der bisherigen fachwissenschaftlichen professionellen Haltung häufig diametral entgegen.

Diese Schwierigkeit konnte eine Teilnehmerin der Fortbildung im Rahmen der Fallanalyse einer Reha-Patientin, die in einem Interview (Audiodreieproduktion) von ihren zahlreichen Erkrankungen, aber auch von ihren Hobbys und ihrer unterstützenden Familie berichtete, auf den Punkt bringen. Die Gruppe hatte die Aufgabe, sich während der Wiedergabe des Interviews mit der „biografischen Brille auf der Nase“ ausschließlich Notizen über Potenziale und Stärken dieser Patientin zu machen:

*„Ich habe während des Interviews richtig gemerkt, wie ich nach und nach wieder in meine professionelle Rolle gerutscht bin und all die Argumentationsketten der Frau, die ich schon so oft gehört habe, und meine Zweifel an der Aufrichtigkeit ihrer Erzählung wieder hoch kamen. Und plötzlich wurde ich immer wütender und habe das, was ich vorher als tolle Ressource der Frau angesehen hatte, plötzlich als Hemmnis und Selbstbetrug der Frau bewertet.“*

Diese Reflexion bringt die professionelle Herausforderung des Perspektivenwechsels zum Ausdruck und veranschaulicht die Dynamik der internen Auseinandersetzung der Teilnehmerinnen. Die abschließende Diskussion fasst wesentliche Eindrücke des Workshops zusammen:

- Biografisches Arbeiten ist „keine Technik, sondern eine innere Haltung“, die wachsen muss.
- Es ist dafür wichtig, „sich selbst anzugucken“.
- Es ist wichtig und sehr angenehm, „Zeit zu haben, um selbst biografisch zu arbeiten“.
- Es wäre bedeutsam, den Fokus des biografischen Arbeitens auf die eigene Profession zu lenken und die „eigene Beziehung zur „richtigen Ernährung“ zu erkunden“.

Die Teilnehmenden sollten für sie bedeutsame Gegenstände, Rezepte oder Bilder zum Thema „Essen“ mitbringen, um die Vorstellungsrunde im Workshop mit einer ersten kurzen biografischen Erzählung zu bereichern.



Foto: © Dr. Rainer Wild Stiftung

Wenn Gesundheitsförderung Biografie als Handlungs- und Deutungskonzept stärker in ihre Ansätze integriert, kommen gesundheitsbezogene Entwicklungen in Gang, die für die Individuen nachhaltig bedeutsam und realisierbar sein können, weil sie ihren Platz in ihrer biografischen Sinnlogik finden und diese erweitern. Darüber hinaus erscheinen Lebenskontexte als Ressourcen für diese Entwicklung, indem man sie dahingehend befragt und versucht, sie aktiv mitzugestalten (Hanses 2004). Die Auseinandersetzung mit der Dimension Biografie und das selbstreflexive biografische Arbeiten können bei Experten im Kontext der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsförderung eine entsprechende professionelle Haltung und Praxis fördern.

„Nichtnarratives Wissen versucht das Universelle zu erhellen, indem es das Besondere transzendiert; narratives Wissen versucht, indem es sich die Auseinandersetzung Einzelner mit den Lebensumständen näher ansieht, die Universalien des Menschseins zu erhellen, indem es das Besondere enthüllt.“ (Charon 2006, 9; zit. nach Hustvedt 2010, 35)

Dieser Beitrag basiert in Teilen auf einer empirischen Forschungsarbeit, die die Autorin in den Jahren 2008 bis 2011 im Rahmen eines Forschungsstipendiums des Schlieben-Lange-Programms (Baden-Württemberg) durchgeführt hat.

## Literatur

Alheit P: „Biographizität“ als Schlüsselqualifikation. Plädoyer für transitorische Bildungsprozesse. In: QUEM-report. Schriften zur beruflichen Weiterentwicklung. Heft 78, 7–22 (2003) Weiterlernen neu gedacht. <http://www.abwf.de/content/main/publik/report/2003/Report-78.pdf>, abgerufen am 13.05.2013

Alheit P, Hanses A: Institution und Biografie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In: Hanses: 8–29 (2004)

Alheit P, Dausien: Biografieforschung in der Erwachsenenbildung. In: Krüger H-H, Marotzki W: 431–459 (2006)

Barlösius E: Eine Soziologie des Essens: Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung. Juventa, Weinheim (2011)

Blättner B, Waller H: Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Kohlhammer (2011)

Franzowiak P, Sabo P (Hrsg.): Dokumente der Gesundheitsförderung. Verlag Peter Sabo, Mainz (1993)

Gudjons H, Wagener-Gudjons B, Pieper M: Auf meinen Spuren. Übungen zur Biografieforschung. Klinkhardt (2008)

Hanses A (Hrsg.): Biografie und Soziale Arbeit. Schneider Verlag, Hohengehren (2004)

Heindl I: Themenfeld Ernährung- zur Bedeutung der Biografieforschung in der Lehrerbildung. Haushalt & Bildung: Schwerpunkt: Biografie und Lernen 80 (1) (2003)

Hoefert HW, Klotter C: Gesunde Lebensführung – eine kritische Analyse eines populären Konzepts. Huber, Bern (2011)

Homfeldt HG (Hrsg.): Erziehung und Gesundheit. Deutscher Studienverlag, Weinheim (1991)



Foto: © Dr. Rainer Wild Stiftung

Hölzle C, Jansen I (Hrsg.): Ressourcenorientierte Biografieforschung. 2. Aufl., VS Verlag (2011)

Krüger H-H, Marotzki W (Hrsg.): Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biografieforschung. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (2006)

Keil A: Gesundheit und Krankheit als Biografische Gestaltbewegung. In: Hanses, 111–127 (2004)

Methfessel B: Fachwissenschaftliche Konzeption: Soziokulturelle Grundlagen der Ernährungsbildung. In: Hesecker H, Schlegel-Matthies K (Hrsg.): Paderborner Schriften zur Ernährungs- und Verbraucherbildung. Heft 7 (2005); [www.evb-online.de](http://www.evb-online.de)

Schnabel P-E: Zur Kritik medizin-paradigmatischer Normativitäten in der aktuellen Präventionspolitik in Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bittlingmayer et al. (Hrsg.): Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (2009)

Zocher U: Biographisch orientierte Gesundheitspädagogik. In: Knörzner W, Rupp R: Gesundheit ist nicht alles – was ist sie dann? Schneider Verlag, Hohengehren, 34–46 (2011)

**Immer wieder wird die biografische Arbeit der Kleingruppen im Plenum reflektiert und hinsichtlich der Alltagspraxis der Beraterinnen diskutiert.**

### Die Autorin

Dr. Ute Zocher (Dipl.-Pädagogin) hat den BA Studiengang Gesundheitsförderung an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg mit aufgebaut. Seit 2012 arbeitet sie freiberuflich als Dozentin und Fortbildnerin in der Gesundheitsförderung, Ernährungsberatung/-bildung, Schulentwicklung und Lehrerverberuflichung.



Dr. Ute Zocher  
Keltenweg 10  
69221 Dossenheim  
[ute.zocher@gmx.net](mailto:ute.zocher@gmx.net)



Foto: © Robert Kneschke/Fotolia.com

Dr. Lioba Hofmann

# Gesundheitsförderung – Definition und Abgrenzung

Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit zu verbessern (Kaba-Schönstein 2011). Nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) handelt es sich um ein auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzendes Konzept, das auf die Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen abzielt ([www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de)).

## Abgrenzung Gesundheitsförderung – Krankheitsprävention

Die Begriffe „Krankheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“ werden nicht einheitlich verwendet und häufig sogar synonym benutzt. Der ältere Begriff „Krankheitsprävention“, meist als „Prävention“ bezeichnet, entwickelte sich in der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts und hat die Vermeidung des Auftretens von Krankheiten

zum Ziel: Auslöse- und Risikofaktoren von Krankheiten sollen zurückgedrängt oder ganz ausgeschaltet werden (**Übersicht 1**). An der Aufdeckung der Zusammenhänge waren vor allem Naturwissenschaftler und Mediziner beteiligt.

Der Begriff der „Gesundheitsförderung“ entwickelte sich aus den Debatten der WHO, in die neben bevölkerungsmedizinischen auch ökonomische, politische, kulturelle, psychische und soziale Aspekte eingingen. Im Gegensatz zur Krankheitsprävention mit ihren Vermeidungsstrategien handelt es sich hier um eine Promotionsstrategie, bei der Menschen durch die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen eine Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten erfahren (**Übersicht 2**).

Beide beschreiben Formen der Intervention, wobei die Krankheitsprävention in die pathogenetische Dynamik eingreift (z. B. Impfungen, Krebsvorsorge), die Gesundheitsförderung hingegen in die Verbesserung der Bedingungen der Lebensgestaltung von einzelnen Personen oder bestimmten Gruppen der Bevölkerung. Beide stehen in einem sich gegenseitig ergänzenden Verhältnis zu-

einander und haben das gemeinsame Ziel des individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinns (Hurrelmann et al. 2014; **Abb. 1**). Völlig trennscharf sind die Strategien in der Praxis nicht. So enthalten zum Beispiel Suchtpräventionsprogramme Präventionselemente wie die Information über Nebenwirkungen von Suchtmitteln und Gesundheitsförderungselemente wie die Steigerung von Lebenskompetenzen (Kaba-Schönstein 2011).

## Prinzipien und Merkmale der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung versteht sich als Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche. Sie umfasst sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (verhaltensorientierte oder individuelle Gesundheitsförderung) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen (verhältnisorientierte oder strukturelle Gesundheitsförderung) mit verschiedenen Akteuren, etwa aus dem Bildungsbereich, der Stadt- und Verkehrsplanung sowie der Jugendarbeit. Gesundheitsförderung richtet sich an alle Menschen in allen Lebenslagen. Es lassen sich jedoch auch bestimmte Zielgruppen benennen, die besonders gefördert werden sollen, zum Beispiel Lernende und Lehrende, Arbeitnehmer, Arbeitgeber, chronisch Kranke oder Menschen mit Behinderungen.

Ein **Setting** ist ein Sozialzusammenhang, der relativ dauerhaft und seinen Mitgliedern subjektiv bewusst ist. Er drückt sich durch formale Organisation (z. B. Schule oder Betrieb), regionale Situation (z. B. Kommune, Stadtteil, Viertel) oder gleiche Lebenslage (z. B. Rentner) aus. Er fokussiert die Lebenswelt der Menschen und damit die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren.

Dem Settingansatz liegt die Idee zugrunde, dass Gesundheit im Alltag herzustellen und aufrechtzuerhalten ist. Die Fokussierung auf definierte Sozialräume ermöglicht es, Zielgruppe und Akteure genauer zu bestimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen. Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen lassen sich sinnvoll miteinander verbinden (Altgeld, Kolip 2014; Hurrelmann et al. 2014).

Die Gesundheitsförderung soll Kompetenzen stärken, die es Individuen und Gruppen ermöglichen, Einfluss auf ihre Lebensumwelt zu nehmen. Sie beinhaltet Grundkonzepte wie Partizipation und Empowerment sowie die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse. Sie setzen entweder am Individuum, etwa über die Stärkung des Selbstwertgefühls, oder am sozialen Umfeld und den gesellschaftlichen oder rechtlichen Rahmenbedingungen an. Dem Settingansatz, also der Arbeit mit und in sozialen Kontexten, kommt besondere Bedeutung zu.

Die Gesundheitsförderung handelt auf Basis des salutogenetischen Wirkprinzips nach Antonovsky. **Übersicht 2** fasst Prinzipien, Merkmale und Ziele der Gesundheitsförderung zusammen (Altgeld, Kolip 2014; Kaba-Schönstein 2011; Hurrelmann et al. 2014).

### Übersicht 1: Klassifikation von Risiko- und Schutzfaktoren (Hurrelmann et al. 2014)

Risikofaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genetische, physiologische Dispositionen (z. B. Arterienverengungen, Gelenkanomalien, Neubildungen, Stoffwechselstörungen)</li> <li>• Behaviorale Dispositionen (z. B. Verhaltensweisen wie Rauchen, ungeschützter Geschlechtsverkehr, wenig Bewegung)</li> <li>• Psychische Dispositionen (z. B. dauerhafte Überlastung und Beziehungskonflikte)</li> <li>• Ökologische Dispositionen (z. B. erhöhte Strahlenbelastung durch Uranerze oder selenarme Böden)</li> </ul>
Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale und wirtschaftliche Faktoren (insbesondere gute Bedingungen am Arbeitsplatz, gute sozioökonomische Lebenslage)</li> <li>• Umweltfaktoren (insbesondere gute Luft- und Wasserqualität, gute Wohnbedingungen, gute soziale Netzwerke durch Freunde, Nachbarschaft)</li> <li>• Behaviorale und psychische Faktoren (insbesondere angemessene Bewegung, Ernährung und Spannungsbewältigung, geringer Konsum von legalen und illegalen Drogen, sicheres Gefühl von Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Eigenverantwortung, Optimismus, Resilienz und Schutzmotivierung)</li> <li>• Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen (insbesondere zu Bildungs- und Sozialangeboten, Transport- und Freizeitmöglichkeiten, Angeboten der Krankenversorgung, Pflege und Rehabilitation)</li> </ul>

### Übersicht 2: Prinzipien, Merkmale und Ziele von Gesundheitsförderung

Prinzipien und Merkmale von Gesundheitsförderung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielgruppenspezifische Ausrichtung von Maßnahmen</li> <li>• Querschnittsaufgabe: multisektoral ausgerichtet mit intersektoralen Kooperationen</li> <li>• Setting-Ansatz</li> <li>• Salutogenetische Perspektive: Ressourcen und Potenziale</li> <li>• Empowermentprinzip: Individuen, Gruppen und Organisationen sollen lernen, Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen</li> <li>• Komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz: verhaltensbezogene (individuelle) und verhältnisbezogene (strukturelle) Maßnahmen</li> <li>• Sozialkompensatorische Ausrichtung: soziale Gerechtigkeit und gesundheitliche Chancengleichheit</li> </ul>
Ziele von Gesundheitsförderung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereitstellung gesunder Arbeits- und Lebenswelten bei allen politischen Entscheidungen</li> <li>• Unterstützung persönlicher und sozialer Entwicklung von Individuen und Gruppen</li> <li>• Verbesserung und Optimierung der Gesundheitsversorgung</li> </ul>
<small>Quelle: <a href="http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/B_Basiswissen_GF/B1_Historische_Entwicklung_und_gesetzliche_Grundlagen1.html">http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/B_Basiswissen_GF/B1_Historische_Entwicklung_und_gesetzliche_Grundlagen1.html</a></small>

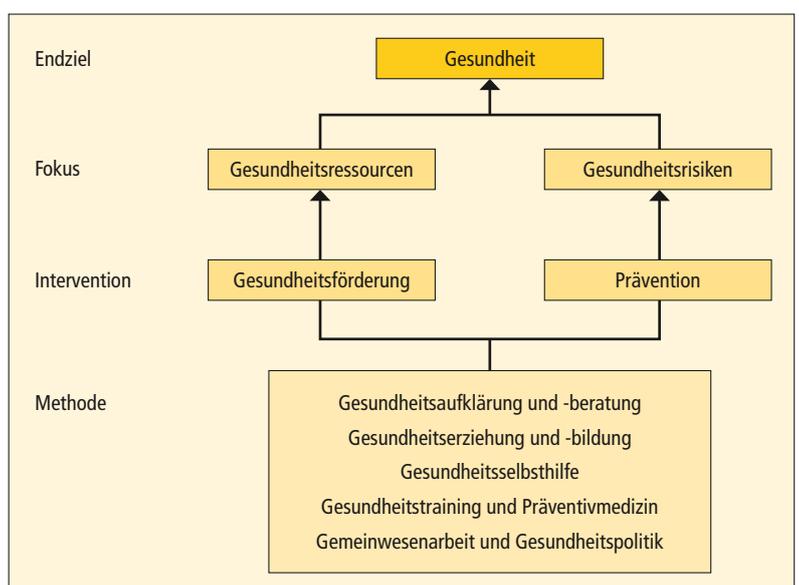
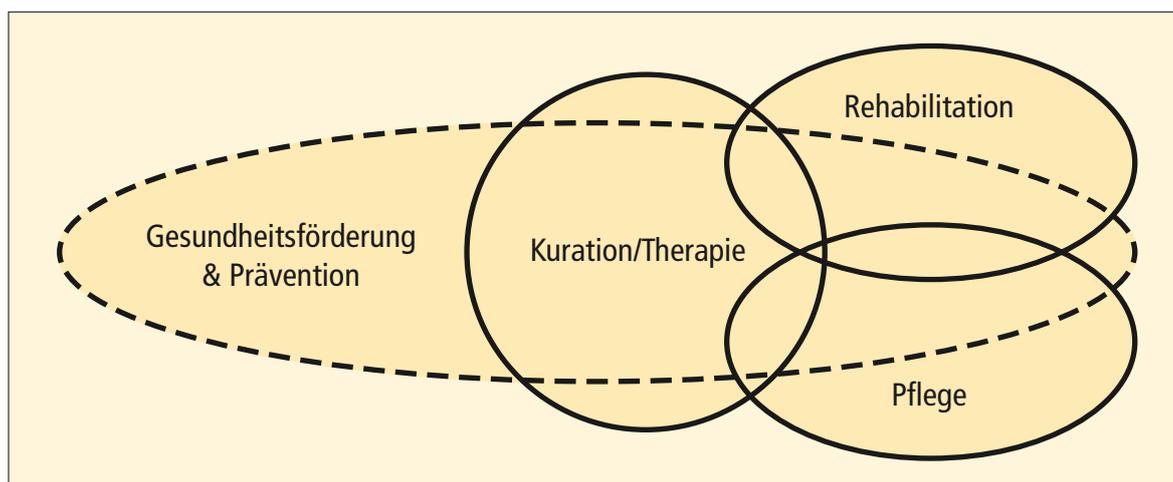


Abbildung 1: Gesundheitsförderung und Prävention

(<http://wiki.yoga-vidya.de/images/thumb/d/d1/Seite23.JPG/600px-Seite23.JPG>)

Abbildung 2: Ansätze von Gesundheitsförderung und Prävention setzen dabei nicht nur lange vor der Kuration/Therapie, Rehabilitation und Pflege ein, sondern ziehen sich durch alle der genannten Versorgungssegmente (Hurrelmann et al. 2014).



## Praxis der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderliche Ansätze finden wachsende Unterstützung, vor allem in sozialen Einrichtungen wie Schulen und Betrieben, aber auch auf kommunaler und regionaler Ebene. Möglicherweise spielt dabei der immer stärker werdende Druck eine Rolle, leistungsfähig und widerstandsfähig zu sein. So kommen insbesondere Angebote der Bewegungs-, Ernährungs- und Entspannungsförderung gut an. Dem gegenüber steht die Ausrichtung der Versorgungssysteme auf die Therapie von Erkrankungen. Die Zunahme chronischer Leiden würde eher eine erheblich stärkere Verankerung von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in der Gesundheitsversorgung erfordern (**Abb. 2**). Die verbreitetsten Erkrankungen ließen sich zum Beispiel durch eine bessere Ernährung, mehr Bewegung und Entspannung sowie Tabakabstinenz drosseln. Notwendig ist ein umfassendes Konzept, das auch Wirtschaft, Arbeit, Bildung, Wissenschaft, Umwelt, Städtebau, Verkehr und Verbraucherschutz einbezieht. Besonders wichtig ist die Auflösung gesundheitlicher Ungleichheit nach sozialer Lebenslage. Viele Präventionsprogramme erreichen die besonders bedürftigen Menschen mit niedrigem sozialen und ökonomischen Status nicht. Gleichzeitig könnte eine klare Zielgruppenausrichtung eine unbeabsichtigte Stigmatisierung bewirken. Daher sind Ansätze, die in

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky begründete das Konzept der **Salutogenese**. Er stellte die Krankheits- und Risikoorientierung der Medizin infrage. Gesundheit und Krankheit betrachtet er als Endpunkte eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, nicht als einander ausschließende Zustände. Der individuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus der dynamischen Wechselwirkung zwischen Gesundheitsrisiken und -ressourcen des Individuums mit seiner Umwelt. Wichtig ist, was Menschen trotz Risiken und Belastungen gesund hält. Personale und soziale Schutzfaktoren und Ressourcen bewirken, dass sich Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eher in Richtung Gesundheit bewegen, sie können die Wirkung von Risiken abmildern (Altgeld, Kolip 2014; [www.gesundheitsfoerderndehochschulen.de](http://www.gesundheitsfoerderndehochschulen.de))

der Lebenswelt der Bevölkerungsgruppen verankert sind und die diese selbst mitgestalten, aussichtsreicher. Zudem ist die Kompetenz, auf eigene Initiative Informationen und Anleitungen zu erschließen, bei sozial benachteiligten Gruppen unzureichend entwickelt.

### Settings, in denen heute Gesundheitsförderung stattfindet (Altgeld, Kolip 2014)

- gesunde Regionen
- gesunde Städte
- gesundheitsfördernde Schulen
- gesundheitsfördernde Hochschulen
- gesundheitsfördernde Betriebe
- gesundheitsfördernde Krankenhäuser
- gesundheitsfördernde Gefängnisse

## Literatur

Altgeld T, Kolip P: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Verlag Hans Huber, 45–55 (2014)

Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Verlag Hans Huber, 13–23 (2014)

Kaba-Schönstein L: Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. (2011) <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=393563b1212c73727ce42841e7e3ea4f&rid=angebote&id=200>

### Die Autorin

Dr. Lioba Hofmann absolvierte 1988 das Studium der Ernährungswissenschaft an der Universität Bonn. 1993 promovierte sie an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Bonn. Sie arbeitet als freie Fachjournalistin in Troisdorf.



Dr. Lioba Hofmann  
Theodor-Heuss-Ring 15  
53840 Troisdorf  
[LiobaHofmann@hotmail.de](mailto:LiobaHofmann@hotmail.de)

Dr. Annette Rexroth

# Nürnberger Bratwürste aus Kentucky? – TTIP und (noch) kein Ende in Sicht

Bei den laufenden Verhandlungen zwischen der EU und den USA über das Freihandelsabkommen TTIP stehen auch geografische Herkunftsbezeichnungen zur Diskussion. Verbraucherschützer und Erzeuger befürchten, dass es im Rahmen der TTIP-Verhandlungen zu einer Aufweichung der strengen EU-Bestimmungen kommen könnte.

Geografische Angaben sind im TRIPS-Übereinkommen zu handelsbezogenen Aspekten der Rechte des geistigen Eigentums von 1995 geregelt. Artikel 22 definiert geografische Angaben als Angaben, die eine Ware als aus dem Gebiet eines Mitglieds, aus einer Region oder aus einem Ort in diesem Gebiet stammend kennzeichnen, wenn eine bestimmte Qualität, der Ruf oder eine sonstige Beschaffenheit der Ware im Wesentlichen ihrem geografischen Ursprung zugeschrieben werden kann.

In der EU unterscheidet die Verordnung (EU) Nummer 1151/2012 über Qualitätsregelungen für Agrarerzeugnisse und Lebensmittel (ABl. L 343 vom 14. Dezember 2012, S. 1) drei verschiedene Angaben:

Bei der **geschützten Ursprungsbezeichnung (g. U.)** muss das betreffende Erzeugnis in einem bestimmten geografischen Gebiet nach einem anerkannten und festgelegten Verfahren erzeugt, verarbeitet und hergestellt worden sein (z. B. Allgäuer Bergkäse oder Parmaschinken).

Bei der **geschützten geografischen Angabe (g. g. A.)** ist es ausreichend, dass eine der drei Produktionsstufen (Erzeugung, Verarbeitung oder Herstellung) in einem bestimmten Herkunftsgebiet stattfindet (z. B. Nürnberger Rostbratwurst oder Schwarzwälder Schinken).

**Geschützte traditionelle Spezialitäten (g. t. S.)** müssen lediglich eine traditionelle Zusammensetzung aufweisen oder nach einem traditionellen Herstellungs- und/oder Verarbeitungsverfahren gewonnen worden sein (z. B. Seranoschinken oder Mozzarella).

In den USA schützt der US Trademark Act seit 1946 geografische Angaben. Dafür zuständig ist das amerikanische Patent- und Markenamt (United States Patent and Trademark Office, [www.uspto.gov](http://www.uspto.gov)). Geografische Angaben gelten als Handelsmarken (trademark), da sie einem Produkt einen bestimmten Ursprung zuweisen, eine bestimmte Qualität garantieren und wertvolle geschäftliche Interessen betreffen. So können Orangen die Herkunftsangabe „Florida“, Kartoffeln die Angabe „Idaho“ und Äpfel die Angabe „Washington State“ tragen.

Darüber hinaus können geografische Angaben als Gütezeichen (certification mark) registriert werden, sofern sie aus einem bestimmten Gebiet stammen, mit einem bestimmten Verfahren/Rohstoff oder von einer bestimmten Organisation hergestellt wurden. Ausländische Produkte können ebenfalls geschützt werden.

Die Bezeichnung **Roquefort** ist seit 1953 in den USA markenrechtlich geschützt. Sie darf nur für Käse verwendet werden, der ausschließlich aus Schafsmilch hergestellt wurde und in den natürlichen Höhlen in der französischen Gemeinde Roquefort gereift ist.

In Deutschland sind die nach dem geltenden EU-Recht geschützten Erzeugnisse in der Regel auch markenrechtlich geschützt. Anders als in der EU gibt es in den USA über den markenrechtlichen Schutz hinaus kein spezielles Registrierungssystem für geografische Herkunftsangaben bei Lebensmitteln. Die Amerikaner sehen darin einen unnötigen bürokratischen Aufwand. Im Vergleich mit der EU bietet das amerikanische System große Flexibilität, neben Ortsangaben auch bestimmte Worte, Slogans, ein Design, eine Farbe, sogar Töne und Gerüche zu schützen.

Die Europäische Kommission ist entschlossen, ihr System zu verteidigen, denn es sichert auch kleinen Erzeugern ihr Einkommen – ganz abgesehen vom kulturellen Wert. So blickt die Nürnberger Rostbratwurst auf eine 700-jährige Geschichte zurück und ist damit dreimal so alt wie die amerikanische Verfassung. Lebensmittel aus Deutschland sind im Ausland vor allem wegen ihrer herausragenden Qualität beliebt. Diese gilt es zu erhalten. Sie ist unverzichtbares Alleinstellungsmerkmal deutscher Spezialitäten auf dem Weltmarkt. Traditionsprodukte mit langjährigem internationalem Bekanntheitsgrad sind Aushängeschilder für die ganze Branche. Kein traditioneller Erzeuger wird sich auf dem Markt halten können, wenn sein Mitbewerber das gleiche Produkt in wertgeminderter Form zum deutlich geringeren Preis unter der gleichen Bezeichnung anbieten darf. Eine solche Irreführung der Verbraucher würde das Lebensmittelrecht insgesamt in Frage stellen. Schließlich soll es die Verbraucher und den redlich Handelstreibenden schützen.

Das Freihandelsabkommen muss auch ohne Nürnberger Rostbratwürstel aus Kentucky erfolgreich zum Abschluss kommen!

## Die Autorin

Dr. Annette Rexroth ist Diplom-Chemikerin und staatlich geprüfte Lebensmittelchemikerin. Als Referentin für Rückstände und Kontaminanten in Lebensmitteln ist sie beim Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft in Bonn tätig.

Dr. Annette Rexroth  
Oedinger Straße 50, 53424 Remagen  
[rexrothchem@arcor.de](mailto:rexrothchem@arcor.de)





Foto: © Oleg Doroshin/Fotolia.com

Gantrez SF verhindert das Kleben von Kaugummi an Oberflächen, auch an Papier.

## Neuartige Lebensmittelzutat bei Kaugummi

Mit ihrem Durchführungsbeschluss 2014/905/EU vom 11. Dezember 2014 (ABl. L 358 vom 13. Dezem-

ber 2014, S. 47) hat die Europäische Kommission das Inverkehrbringen von Methylvinylether/Maleinsäureanhydrid-Copolymer (Gantrez SF) als neuartige Lebensmittelzutat gemäß der Verordnung (EG) Nummer 258/97 zugelassen.

Bei Gantrez SF handelt es sich um ein wasserfreies Copolymer. Gemäß der Empfehlung 97/618/EG der Kommission vom 29. Juli 1997 zu den wissenschaftlichen Aspekten und zur Darbietung der für Anträge auf Genehmigung des Inverkehrbringens neuartiger Lebensmittelzutaten erforderlichen Informationen sowie zur Erstellung der Berichte über die Erstprüfung (ABl. L 253 vom 16. September 1997, S. 1) zählt das Produkt zur Kategorie 1.1.2, zu den reinen Chemikalien, die bisher in der EU keine Lebensmittel waren.

Copolymere ähnlicher chemischer Zusammensetzung werden seit rund zehn Jahren als Bioadhäsive in Körper-, Mund- und Wundpflegeprodukten sowie in Arzneimitteln verwendet. Sie haften zeitweise an bio-

logischem Gewebe und setzen dabei ihre Wirkstoffe frei.

Die neuartige Lebensmittelzutat soll Kaugummi bis zu einem maximalen Anteil von zwei Prozent zugesetzt werden. Das Copolymer bewirkt, dass sich die Kaugummimasse bei der Verarbeitung leichter von Oberflächen ablöst. Es hat keinen ernährungsphysiologischen Wert und wird in der Regel auch nicht mitverdaut.

Die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) hat in ihrer Stellungnahme selbst unter der Annahme, dass die gesamte in der Kaumasse enthaltene Menge des Copolymers in den Verdauungstrakt gelangt (beim versehentlichen Verschlucken des Kaugummis) keine toxikologischen Bedenken geäußert. Eine Spezifikation der neuartigen Lebensmittelzutat findet sich im Anhang des Beschlusses. ■

*Dr. Annette Rexroth, Lebensmittelchemikerin/Ministerialbeamtin, Remagen*

## BGH: „Energy & Vodka“ keine nährwertbezogene Angabe

Der Bundesgerichtshof (BGH) entschied am 9. Oktober 2014 (Az. I ZR 167/12), dass es sich bei der Bezeichnung „Energy & Vodka“ für ein alkoholhaltiges Mischgetränk nicht um eine unzulässige nährwertbezogene Angabe im Sinne der Health-Claims-Verordnung (HCVO) handelt. Das streitgegenständliche Mischgetränk besteht zu 26,7 Prozent aus Wodka und zu 73,3 Prozent aus einem koffeinhaltigen Erfrischungsgetränk. Es hat einen Alkoholgehalt von zehn Prozent. Das Oberlandesgericht (OLG) Hamm hatte die Bezeichnung „Energy & Vodka“ mit Urteil vom 10. Juli 2012 als nährwertbezogene Angabe im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 Nummer 4 HCVO angesehen und einen Verstoß gegen Artikel 4 Absatz 3 besagter Verordnung angenommen. Nach Ansicht der OLG-Richter suggeriere die Angabe „Energy & Vodka“ dem Verbraucher, dass das Getränk besondere positive Nährwertei-

schaften aufweise. Der Verbraucher schreibe dem Getränk eine anregende, stimulierende Wirkung auf seinen Organismus zu. Für ein Getränk mit einem Alkoholgehalt von zehn Volumenprozent sei die Angabe deshalb unzulässig.

Der BGH hat nun das Berufungsurteil aufgehoben und die Entscheidung des Landgerichts bestätigt, das die Klage abgewiesen hatte. Nach Auffassung des BGH ist die Bezeichnung eines alkoholhaltigen Mischgetränks als „Energy & Vodka“ nicht als nährwertbezogen im Sinne der HCVO zu beurteilen. Denn die Bezeichnung bringe weder unmittelbar noch mittelbar zum Ausdruck, dass das Getränk über besondere Eigenschaften verfüge. Mit der Bezeichnung „Energy & Vodka“ werde lediglich auf eine Eigenschaft des Produkts hingewiesen, die alle Lebensmittel der entsprechenden Gattung aufwiesen. In einem solchen Fall fehle der Bezeichnung die besondere Zielrichtung, die die HCVO bei nährwert- und gesundheitsbezogenen Anga-

ben regeln solle. Im Streitfall ergebe sich für die Verbraucher aus dem Zutatenverzeichnis und den weiteren Angaben auf dem Produkt problemlos, dass es sich um ein aus Wodka und einem Energydrink bestehendes Mischgetränk handele. Die entsprechende „energetische“ Wirkung dieses Getränks sei keine besondere Eigenschaft im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 Nummer 1 HCVO, sondern bei Energydrinks allgemein vorhanden.

Die Bezeichnung „Energy & Vodka“ verstößt nach Auffassung des BGH auch nicht gegen kennzeichenrechtliche Vorschriften der Verordnung (EG) Nummer 110/2008 über Spirituosen. Zwar müsse Wodka nach diesen Bestimmungen einen Mindestalkoholgehalt von 37,5 Volumenprozent aufweisen. Das schließe aber nicht aus, dass ein Energydrink, dem Wodka beigemischt sei, in der Bezeichnung einen Hinweis auf diese Spirituose enthalten dürfe. ■

*Dr. jur. Christina Rempe, Berlin*

## Neuartige Lebensmittelzutat: Öl aus *Schizochytrium sp.*

*Schizochytrium sp.* ist eine marine Mikroalge, deren Öl hohe Mengen an mehrfach ungesättigten Fettsäuren enthält. Am häufigsten tritt Docosahexaensäure (DHA) auf. Daher kann die Mikroalge zur kommerziellen Gewinnung von DHA-reichem Öl dienen. Dieses lässt sich sonst nur aus Fischöl hervorbringen. In Zeiten sinkender Fischbestände sind jedoch alternative DHA-Quellen von Interesse. DHA entfaltet positive Wirkungen vor allem auf das Herz-Kreislaufsystem.

Mit ihrer Entscheidung 2003/427/EG (ABl. L 144 vom 12. Juni 2003, S. 13) hatte die Europäische Kommission das Inverkehrbringen von DHA-reichem Öl aus der Mikroalge *Schizochytrium sp.* als neuartige Lebensmittelzutat im Sinne der Verordnung (EG) Nummer 258/97 erstmals genehmigt.

Die Genehmigung betraf die Verwendung des in Anhang 1 der Entscheidung spezifizierten Öls in Milchserzeugnissen (exkl. Getränke auf Milchbasis), Milchersatzerzeugnissen (exkl. Getränke), Streichfetten und Salatsoßen, Frühstückscerealien, Nahrungsergänzungsmitteln, diätetischen Lebensmitteln für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diäten) und in Lebensmitteln für eine kalorienarme Ernährung zur Gewichtsreduktion. Für jede Produktgruppe wurden spezifische Höchstgehalte festgelegt (Anhang 2).

Die Entscheidung 2009/778/EG (ABl. L 278 vom 23. Oktober 2009, S. 56) der Europäischen Kommission weitete das Verwendungsspektrum des in Rede stehenden Öls erstmals aus, und zwar auf Backwaren (Brot und Brötchen), Getreideriegel und nichtalkoholische Getränke (inkl. Getränke auf Milchbasis).

Mit ihrem Durchführungsbeschluss 2014/463/EU vom 14. Juli 2014 (ABl. L 209 vom 16. Juli 2014, S. 55) erweiterte die Europäische Kommission das Verwendungsspektrum für das Öl erneut. Es darf nun auch in Lebensmitteln für eine kalorienarme Ernährung im Sinne der Richtli-

nie 96/8/EG, in anderen Lebensmitteln für eine besondere Ernährung im Sinne der Richtlinie 2009/39/EG (exkl. Säuglings- und Folgenahrung) sowie in Speisefetten und nichtalkoholischen Getränken (inkl. Milchersatzgetränken und Getränken auf Milchbasis) verwendet werden.

Im Zutatenverzeichnis ist die neuartige Lebensmittelzutat als „Öl aus der Mikroalge *Schizochytrium sp.*“ anzugeben.

Die Entscheidungen 2003/427/EG und 2009/778/EG verlieren ihre Gültigkeit. Die Bestimmungen der Richtlinie 2002/46/EG zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über Nahrungsergänzungsmittel, der Verordnung (EG) Nummer 1925/2006 über den Zusatz von Vitaminen und Mineralstoffen zu Lebensmitteln, der Richtlinie 2009/39/EG über Lebensmittel, die für eine besondere Ernährung bestimmt sind sowie der Richtlinie 96/8/EG über Lebensmittel für eine kalorienarme Ernährung zur Gewichtsreduktion bleiben von der Genehmigung unberührt. ■

Dr. Annette Rexroth, Lebensmittelchemikerin/Ministerialbeamtin, Remagen

## Neuartige Lebensmittelzutat: *Clostridium butyricum*

Mit ihrem Durchführungsbeschluss 2014/907/EU vom 11. Dezember 2014 (ABl. L 359 vom 16. Dezember 2014, S. 153) hat die Europäische Kommission das Inverkehrbringen von *Clostridium butyricum* (CBM 588) als neuartige Lebensmittelzutat gemäß der Verordnung (EG) Nummer 258/97 zugelassen. Es soll in probiotischen Nahrungsergänzungsmitteln verwendet werden. *Clostridium butyricum* (CBM 588) ist ein grampositives, sporenbildendes, obligat anaerobes, nicht pathogenes, nicht genetisch verändertes Bakterium.

Gemäß der Empfehlung 97/618/EG der Kommission vom 29. Juli 1997 zu den wissenschaftlichen Aspekten und zur Darbietung der für Anträge auf Genehmigung des Inverkehrbringens neuartiger Lebensmittelzutaten erforderlichen Informationen sowie

zur Erstellung der Berichte über die Erstprüfung (ABl. L 253 vom 16. September 1997, S. 1) handelt es sich um ein Produkt der Kategorie 1.1.2, um einen unveränderten Mikroorganismus, der in der EU bisher nicht als Lebensmittel verwendet wurde. Das Bakterium ist im Boden weit verbreitet, es lässt sich im Stuhl von gesunden Kindern nachweisen und findet sich natürlicherweise auch in vergorener Milch und in Käse. Es vergärt ein dem Amylopektin ähnliches alpha-Polyglucan zu Buttersäure (sacharolytische Buttersäuregärung). Im Gegensatz zu anderen Clostridien produziert *Clostridium butyricum* keine Toxine und trägt auch keine Virulenzfaktoren. Vielmehr ist es in der Lage, das Wachstum seines hochpathogenen Verwandten *Clostridium difficile* zu hemmen. In Japan findet *Clostridium butyricum* seit langem Anwendung in Arzneimitteln und als Probiotikum zur Nahrungsergänzung. Der Stamm wurde erstmals 1963 aus einer Bodenprobe in Nagano isoliert. Darüber hinaus ist *Clostridium butyricum* als zootecnischer Futtermittelzusatzstoff (Darmstabilisator) gemäß der Verordnung (EG) Nummer 1831/2003 für Masthähnchen, Ferkel, Legehennen und Puten zugelassen. Die neuartige Lebensmittelzutat ist als „*Clostridium butyricum* MIYAIRI 588 (CBM 588)“ oder „*Clostridium butyricum* (CBM 588)“ zu kennzeichnen. Eine Spezifikation mit mikrobiologischen Reinheitskriterien findet sich im Anhang des Durchführungsbeschlusses 2014/907/EU. ■

Dr. Annette Rexroth, Lebensmittelchemikerin/Ministerialbeamtin, Remagen

*Clostridium butyricum* ist in Käse und vergorener Milch enthalten und in Japan seit langem als Probiotikum zugelassen.



## Startschuss für die branchenübergreifende „Initiative Tierwohl“

Verbraucher legen zunehmend Wert auf artgerechte Nutztierhaltung und wollen wissen, woher das Fleisch kommt, das sie essen. Das belegen Umfragen immer wieder. Die Bedeutung des Themas „Tierwohl“ haben auch Politiker erkannt. Im Koalitionsvertrag haben die Regierungsparteien deshalb die Entwicklung einer nationalen Tierwohl-Initiative vereinbart. Die Wirtschaft war ebenfalls nicht untätig. Auf der Internationalen Grünen Woche in Berlin im Januar fiel der Startschuss für die branchenübergreifende „Initiative Tierwohl“. Ihr Grundgedanke ist: Landwirte sollen zu tiergerechter Haltung animiert werden, ohne im Wettbewerb Nachteile zu erleiden. Wenn sie bestimmte Kriterien erfüllen, bekommen sie künftig Zuschüsse aus einem Tierwohl-Fonds, den der Lebensmittelhandel speist. Voraussetzung für Landwirte und Schlachtbetriebe ist die Teilnahme am QS-System, das sicherstellt, dass Produkte, die das QS-Prüfzeichen tragen, einer geschlossenen Kette aus zertifizierten landwirtschaftlichen Betrieben, Transportunternehmen und Schlachtbetrieben entstammen. Die organisatorische und finanzielle Umsetzung der Initiative verantwortet und kontrolliert die Gesellschaft zur Förderung des Tierwohls in der Nutztierhaltung mbH.

Der Begriff Tierwohl ist schwer zu definieren. Eine Grundlage kann das Konzept der „Fünf Freiheiten“ sein: Die Tiere sollen frei von Hunger und Durst, von Schmerz, Verletzungen und Krankheiten sowie von Angst und Stress sein.



## Beteiligte Branchen

### ■ Erzeuger

Grundlage der Arbeit der Initiative sind Kriterienhandbücher für Tierarten. In ihnen sind Maßnahmen zur tierschutzgerechten Haltung, Hygiene und Tiergesundheit festgeschrieben, die die Landwirte umsetzen müssen, die sich registrieren lassen und von Zuschüssen aus dem Tierwohlfonds profitieren wollen.

Schweinezüchter müssen sieben Grundanforderungen erfüllen. Dazu zählt etwa die Teilnahme an einem Antibiotika-Monitoring. Darüber hinaus muss der Landwirt mindestens eines von zwei Wahlpflichtkriterien umsetzen (mindestens 10 % mehr Platz im Stall und/oder freier Zugang zu Raufutter wie Silage und Heu). Für die Einhaltung dieser mindestens acht Kriterien erhält der Landwirt pauschal einen Tierwohlzuschuss in Höhe von 500 Euro pro Jahr plus einen individuellen Zuschuss pro Tier. Für die getrennten Bereiche Ferkel und Mast gibt es zweimal 500 Euro. Betriebe, die freiwillig mehr für das Tierwohl tun, bekommen weitere Zuschüsse, bis maximal neun Euro pro Tier.

Für Geflügelhalter gibt es ein ähnliches System. Sie müssen sechs Grundanforderungen (z. B. Teilnahme an einem Qualitätssicherungssystem) und mindestens ein Wahlpflichtkriterium (Verringerung der Besatzdichte und/oder Versorgung der Tiere mit Beschäftigungsmaterial) erfüllen. Der Zuschuss berechnet sich nach Zahl und Lebendgewicht der Tiere.

### ■ Fleischwirtschaft

Betriebe der Fleischwirtschaft können mit der Trägergesellschaft eine Teilnahmevereinbarung abschließen. Damit verpflichten sie sich unter anderem zur Umsetzung einer zertifizierten Qualitätssicherung. Darüber hinaus spielen die Schlachtunternehmen bei der Gesamtorganisation der Initiative eine wichtige Rolle. Sie melden wöchentlich die Menge der von den Tierwohl-Landwirten an sie gelieferten Tiere an die Clearingstelle der Initiative. Darüber hinaus erfassen sie Befunddaten, etwa zu Organveränderungen. Diese geben sie einerseits zurück an die Land-



wirte, andererseits soll eine indexierte Befunddatenerfassung etabliert werden. Bei Überschreiten einer aus dem Index noch abzuleitenden Kennziffer muss der Tierhalter Maßnahmen zur Verbesserung der Tiergesundheit ergreifen.

Die Initiative geht davon aus, dass sich viele Schlachtbetriebe an der Initiative beteiligen werden, da nur die Halter einen Tierwohl-Zuschuss erhalten können, deren Tierzahlen ein Tierwohl-Schlachthof an die Initiative meldet. Bislang hat die Initiative allerdings keine Teilnahmekriterien für Schlachtbetriebe veröffentlicht. Für sie gelten die gesetzlichen Vorgaben im Rahmen des QS-Systems. Aktuell ist auch noch nicht klar, ob Tierwohl-Schlachtbetriebe künftig Fleisch von Tierwohl- und Nicht-Tierwohl-Landwirten zusammen verarbeiten können.

### ■ Lebensmitteleinzelhandel

Zahlreiche Unternehmen des Lebensmitteleinzelhandels haben ihre Teilnahme an der Initiative zugesagt. Mit dabei sind vor allem große Handelsketten, die nach Angaben der Initiative bis zu 85 Prozent des Marktes abdecken. Pro Kilogramm verkaufter Fleischware zahlen die Unternehmen unabhängig vom jeweiligen Marktpreis einen Beitrag von vier Cent in den Tierwohl-Fonds. Auf Grundlage der Verkaufsmengen der Vorjahre rechnet die Initiative mit 85 Millionen Euro pro Jahr. Sie kann damit nach eigenen Angaben das Tierwohl von bis zu acht Millionen Schweinen, 300 Millionen Hähnchen und 15 Millionen Puten verbessern. Das wären gut ein Drittel der in Deutschland gehaltenen

Schweine und rund die Hälfte der Jungmasthähnchen. Ob der Handel seinen Fonds-Beitrag ganz oder teilweise an den Kunden weitergeben wird, muss sich im Wettbewerb zeigen. Der Kunde kann jedoch damit rechnen, dass es bei seinem Händler nur einen Preis für das Schweineschnitzel geben wird – egal aus welcher Haltung es stammt.

## Zeitplan

Seit dem 1. Januar 2015 zahlen teilnehmende Einzelhändler in den Fonds ein. Ab Anfang Mai können sich Schweine haltende Betriebe über Koordinierungsstellen anmelden und werden durch unabhängige Kontrolleure der Initiative Tierwohl überprüft und zertifiziert. Für Geflügel beginnt das Registrierungsverfahren voraussichtlich im Juli. Die Organisatoren gehen davon aus, dass Schweinefleisch im Sommer 2015 in den Läden ankommen wird, Geflügelfleisch im Herbst. Registrierte Fachleute werden die Einhaltung der Kriterien in den Betrieben regelmäßig unangekündigt kontrollieren. Die Handelsketten haben ihre Teilnahme zunächst für drei Jahre zugesagt. Dann kommt das Projekt auf den Prüfstand. Denkbar sind auch Ausweitungen der Initiative, zum Beispiel in Richtung Rind- und Kalbfleisch sowie Milchwirtschaft.

## Kritische Stimmen

Die Idee der Initiative Tierwohl – vor allem ihr Branchen übergreifender Ansatz, die hohe Beteiligung des Handels und die Tatsache, dass Landwirte mit tiergerechter Haltung belohnt werden – wird vielfach gelobt. Gleichzeitig bemängeln der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), die Verbraucher Initiative und der Deutsche Tierschutzbund, dass die Transparenz für den Verbraucher nicht ausreichend gewährleistet und damit bewusstes Einkaufen nicht möglich sei. Das Problem ist: Ein Händler, der an der Initiative teilnimmt, kann zwar künftig mit dem Tierwohl-Logo werben, doch in seiner Verkaufstheke wird Fleisch aus Tierwohl-Betrieben neben solchem aus Nicht-Tierwohl-Betrieben liegen, zum gleichen Preis. Der Käufer

fer kann weder abschätzen, wie viel Fleisch unter welchen Produktionsbedingungen entstanden ist, noch kann er gezielt ein Produkt aus Tierwohl-Haltung erwerben. Für die konkreten Produkte sind weder zusätzliche Labels noch erläuternde Informationen auf den Verpackungen vorgesehen. Die Initiative hat die fehlende Kennzeichnung damit begründet, dass sie über so viele Stufen nicht machbar und außerdem nicht notwendig sei, da ja 85 Prozent der Händler teilnahmen. Und man wolle dem Verbraucher nicht noch ein Label zumuten. Kritiker fragen deshalb, ob die Initiative ihr Ziel, das Verbrauchervertrauen zu stärken, so erreichen kann.

Der vzbv befürchtet, dass Siegel wie das Bioland-Label oder das Label „Für mehr Tierschutz“ vom Deutschen Tierschutzverband, die wesentlich strengere Kriterien anlegen als die neue Initiative, vom Markt verschwinden könnten. Der Deutsche Tierschutzbund mahnt dazu an, die Kriterien der Initiative seien nicht weitreichend genug. Der Landwirt könne sich einzelne Kriterien herauspicken, gefordert seien jedoch Maßnahmenpakete. Der Tierschutzbund kritisiert darüber hinaus, dass die Initiative bei der Schlachtung keine Verbesserungen gegenüber den gesetzlichen Forderungen bringe. Diese garantierten keinen stressfreien Betäubungs- und Tötungsvorgang. Auch, ob die heutigen Kalkulationen aufgehen und der Fonds für alle Betriebe, die mitmachen wollen, ausreicht, sei fragwürdig. Zum einen wird ein hoher Anteil der Fondsmittel für den Aufbau der Infrastruktur und der Verwaltung benötigt. Zum anderen enthält die Rechnung der Initiative und ihrer Partner mehrere Unbekannte: Niemand weiß, wie viele Betriebe sich mit wie vielen Tieren beteiligen wollen. Auch die Fleischabsatzmengen können sich ändern. Denkbar wäre auch, dass mehr Einzelhandelsunternehmen einsteigen und in den Topf einzahlen. Bei allen Unwägbarkeiten steht eines fest: Wenn der Fonds leer ist, können keine weiteren Erzeuger dazu stoßen. Hinzu kommt: Die Abgabe des Handels in den Tierwohl-Fonds ist unabhängig von der Preisentwicklung des Fleisches. Da-

## Die Tierwohl-Initiative der Bundesregierung

Bundesagrarminister Schmidt hat 2014 die Initiative „Eine Frage der Haltung – neue Wege für mehr Tierwohl“ ins Leben gerufen. Sie setzt auf den Dialog zwischen Wirtschaft, Wissenschaft, Politik und Verbrauchern sowie auf „verbindliche Freiwilligkeit“.

Die Initiative fördert neue Ansätze für eine verbesserte Tierhaltung durch einen organisierten Informationsaustausch, die Unterstützung von Best-Practice-Modellen und wissenschaftliche Begleitung. Ein Beratergremium („Kompetenzkreis Tierwohl“) dient als Prüfinstanz für konkrete Vorschläge, vor allem aber als Ideengeber bei der Umsetzung der Initiative.

Bei der Vorstellung der Initiative hatte der Bundesagrarminister deutlich gemacht: Falls das Engagement der Wirtschaft nicht zu den notwendigen Verbesserungen führt, könnten auch Änderungen des Rechtsrahmens in Erwägung gezogen werden.

# EINE FRAGE DER HALTUNG

Neue Wege für mehr Tierwohl

mit können Händler auch künftig ihr Fleisch zu Preisen vermarkten, die die Produktionskosten nicht decken.

## Fazit

Unterm Strich bleibt aus heutiger Sicht: Die Idee, sich auf breiter Basis für eine artgerechte Tierhaltung einzusetzen, ist im Interesse von Verbrauchern und Tieren. Allerdings sind wichtige Punkte noch ungeklärt. Es wird vom Willen und Engagement aller Beteiligten abhängen, ob die Initiative Tierwohl tatsächlich etwas bewirken kann. ■

*Eva Neumann, Fachjournalistin, Berlin*

## Weitere Informationen:

- <http://initiative-tierwohl.de/>
- <http://www.bmel.de/>
- <https://www.q-s.de/>
- <http://www.aid.de/landwirtschaft/tierwohl.php>
- <http://www.tierschutzbund.de/news-storage/landwirtschaft/041013-kritik-initiative-tierwohl.html>
- <http://www.tierschutzbund.de/news-storage/landwirtschaft/170114-pressekonferenz-zur-gruenen-woche.html>



produzieren, entwickeln dadurch ebenfalls Resistenzen gegenüber Beta-Laktam-Antibiotika. Zu den betroffenen Bakteriengattungen gehören insbesondere Enterobakterien wie *Escherichia coli* und *Klebsiella pneumoniae*, also Keime, die auch im menschlichen Darm zuhause sind. Studien zufolge sind bis zu sieben Prozent der Bevölkerung Träger von ESBL-bildenden Bakterien, führte Köck aus. Fest stehe, dass sie auch von Nutztieren und über Lebensmittel auf den Menschen übertragbar sind. Doch welche Bedeutung diesen Übertragungsquellen zukommt, lasse sich nicht quantifizieren. ESBL-bildende Keime spielen jedoch eine große Rolle als Erreger von in Kliniken und Pflegeheimen erworbenen Infektionen.

### Verletzungen und Operationen als Risiko

Sowohl MRSA- als auch ESBL-bildende Keime sind zunächst nicht gefährlicher als nichtresistente Keime. Gefährlich werden sie dann, wenn

sie durch Verletzungen oder bei einer Operation ins Innere des Körpers und ins Blut gelangen und dort Wundinfektionen, Lungenentzündungen oder Blutvergiftungen auslösen. In der Regel fallen die resistenten Keime erst auf, wenn der Patient auf ein verabreichtes Antibiotikum nicht reagiert. Damit geht wertvolle Therapiezeit verloren. Besonders für junge, schwache und alte Patienten kann das lebensgefährlich sein.

### Präventive Maßnahmen

Je weiter sich die resistenten Keime bei Menschen und Tieren ausbreiten und je mehr Formen sie entwickeln, desto größer wird die Gefahr. Der Kampf gegen die Keime kann überall dort ansetzen, wo sie übertragen werden oder sich verbreiten können. Wesentliche Schritte sind die Beschränkung des Einsatzes von Antibiotika in der Human- und Veterinärmedizin auf das absolut notwendige Maß sowie umfassende Hygienemaßnahmen in der gesamten Lebensmittelkette – von der

Tierproduktion über die Fleischverarbeitung bis zur Zubereitung beim Verbraucher. ■

Eva Neumann,  
Fachjournalistin, Berlin

#### Quellen:

- Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR): BfR-Forum Herausforderung Antibiotikaresistenzen – eine ganzheitliche Betrachtung und neueste Erkenntnisse zur Risikowahrnehmung. Berlin 22.01.2015
- Europäisches Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC): <http://ecdc.europa.eu/de/eaad/antibiotics/Pages/facts.aspx>

#### Weitere Informationen:

- [www.aid.de/landwirtschaft/tiergesundheit\\_tierarzneimittel\\_fragen\\_antworten.php](http://www.aid.de/landwirtschaft/tiergesundheit_tierarzneimittel_fragen_antworten.php)
- [www.bfr.bund.de/cm/350/bfr-verbrauchermonitor-2015-spezial-antibiotikaresistenzen.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/350/bfr-verbrauchermonitor-2015-spezial-antibiotikaresistenzen.pdf)
- <http://www.bfr.bund.de/cm/343/fragen-und-antworten-zu-methicillin-resistenten-staphylococcus-aureus-mrsa.pdf>
- <http://www.bfr.bund.de/cm/343/fragen-und-antworten-zu-esbl-und-ampc-bildenden-antibiotikaresistenten-keimen.pdf>

## Allergenkennzeichnung loser Ware

### Vorläufige Durchführungsverordnung erlassen

Seit dem 13. Dezember 2014 müssen allergene Zutaten nicht nur auf verpackten Lebensmitteln gekennzeichnet werden, die Lebensmittel-Informations-Verordnung (EU 1169/2011) sieht vor, dass Verbraucher auch bei loser Ware, beispielsweise in der Bäckerei, beim Metzger, auf dem Wochenmarkt oder im Restaurant Informationen über allergene Zutaten erhalten. Dazu wurde im Dezember noch eine vorläufige Lebensmittelinformations-Ergänzungsverordnung (VorlL-MIEV) erlassen. Der Verbraucher kann die Allergeninformation schriftlich oder unter bestimmten Bedingungen auch mündlich erhalten. Eine schriftliche Allergeninformation ist an verschiedenen Stellen möglich:

- auf einem Schild an oder in der Nähe des Lebensmittels,

- auf einem Aushang in der Verkaufsstätte,
- in einer sonstigen leicht zugänglichen schriftlichen Information (z. B. Kladder, Prospekt, PC, Terminal, Ausdruck aus Waagen),
- in Restaurants, Kantinen oder anderen Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung auf Speise- oder Getränkekarten oder im Preisverzeichnis. Dort ist auch die Verwendung von Fußnoten zulässig.

Eine mündliche Auskunft ist nur zulässig, wenn sie auf Nachfrage vor Abgabe des Lebensmittels erfolgt und gleichzeitig eine schriftliche Dokumentation der allergenen Zutaten und Hilfsstoffe vorliegt. Bei dem Lebensmittel oder im Verkaufsraum muss gut sichtbar darauf hingewiesen werden, dass sich die Kunden zu Allergenen kundig machen können. Wichtig ist, dass die schriftliche Information auf Nachfrage zugänglich ist.

Nach Einschätzung des Deutschen Allergie- und Asthmabundes e. V. (DAAB) wird die endgültige Lebens-

mittelinformations-Anpassungsverordnung (Durchführungsverordnung) in der ersten Jahreshälfte 2015 erscheinen. Erst dann wird es wohl auch entsprechende Sanktionen von Seiten der Lebensmittelkontrolleure für eine unzureichende oder falsche Kennzeichnung geben, denn die vorläufige Durchführungsverordnung kam für das Lebensmittelhandwerk und die Gastronomie sehr kurzfristig. Allergiker können sich aber schon jetzt mündlich über die Inhaltsstoffe von Spaghetti Carbonara im Restaurant oder des Teilchens beim Bäcker informieren. ■

Sonja Lämmel, DAAG;  
Gesa Maschkowski, Wissenschaftsredakteurin, aid infodienst

#### Weitere Informationen:

- *aid-Kompaktinfo Nr. 390 zum kostenfreien Download* <http://shop.aid.de/0390/Allergenkennzeichnung-fuer-Einsteiger>
- [http://www.aid.de/verbraucher/kennzeichnung\\_lebensmittelinformationsverordnung.php](http://www.aid.de/verbraucher/kennzeichnung_lebensmittelinformationsverordnung.php)

## Mehr als Fleischverzicht: Vegetarier essen anders

Dass sich Vegetarier und Veganer in ihrer Ernährung von Fleischessern unterscheiden, liegt in der Natur der Sache. Worin diese Unterschiede über den Fleischverzehr hinaus bestehen, haben amerikanische Wissenschaftler untersucht. Sie griffen dafür auf Daten aus der Adventist Health Study 2 (AHS-2) zurück. Diese untersucht die Auswirkungen der Ernährung auf den Gesundheitszustand in der Gemeinschaft der Siebenten-Tages-Adventisten in den USA. Diese evangelische Freikirche legt ihren Mitgliedern eine gesunde Ernährung als biblisches Gebot nahe. Zigarettenkonsum kommt daher gar nicht, Alkoholkonsum eher selten vor. Ein relativ großer Anteil der Mitglieder ernährt sich vegetarisch oder vegan. Daher sind direkte Vergleiche verschiedener Ernährungsweisen vor einem ähnlichen gesellschaftlichen Hintergrund möglich.

### Studiendesign

Für die Analyse der seit 2002 gesammelten Daten verwendeten die Forscher um Michael J. Orlich einen detaillierten Ernährungsfragebogen. Die erfassten Lebensmittel wurden in 17 Hauptgruppen (z. B. Fleisch, Obst) und diese in 58 Untergruppen (z. B. verarbeitetes rotes Fleisch, unverarbeitetes rotes Fleisch) untergliedert. Die Probanden wurden ihrerseits fünf Ernährungsgruppen zugeordnet:

- Veganer  
(Fleisch, Fisch, Milch und sonstige tierische Produkte < 1×/Mon.)
- Lakto-Ovo-Vegetarier  
(Eier und Milchprodukte ≥ 1×/Mon., Fleisch < 1×/Mon.)
- Pesco-Vegetarier  
(Fisch ≥ 1×/Mon., Fleisch < 1×/Mon.)
- Semi-Vegetarier  
(Fleisch ≥ 1×/Mon., Fleisch oder Fisch ≤ 1×/Wo.)
- Nicht-Vegetarier  
(Fleisch ≥ 1×/Mon., Fleisch oder Fisch > 1×/Wo.)



Foto: © Photographee.eu/Fotolia.com

### Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen tatsächlich wesentliche Unterschiede in der gesamten Ernährung. So verzehrten Veganer und Vegetarier deutlich weniger zugesetzte Fette, Süßigkeiten und Snacks als Nichtvegetarier und tranken häufiger Wasser. Außerdem aßen sie nicht nur deutlich mehr, sondern auch vielfältigere pflanzliche Lebensmittel. So standen frisches Obst, Beeren und Zitrusfrüchte sowie grünes Blattgemüse und Nüsse bei ihnen häufiger auf dem Speisezettel. Sie aßen mehr Kartoffeln als Nichtvegetarier, allerdings deutlich seltener in frittiert oder gebratener Form, und sie bevorzugten häufiger Vollkorn- und Sojaprodukte. Insgesamt aßen sie nicht nur weniger Fett, sondern mieden auch tierische und feste pflanzliche Fette (z. B. Margarine) zugunsten pflanzlicher Öle mit einem höheren Gehalt an mehrfach ungesättigten Fettsäuren. Zudem tranken sie deutlich weniger Kaffee, Alkohol und zuckerhaltige Softdrinks als Nichtvegetarier.

Die Ergebnisse belegen, dass zumindest in der Studienpopulation Vegetarier deutlich mehr für ihre Ernährung tun als „nur Fleisch zu vermeiden“. Dadurch nehmen sie vermutlich mehr sekundäre Pflanzenstoffe und Antioxidanzien auf als Nichtvegetarier. Möglicherweise sind daher die beobachteten positiven Effekte nicht allein auf das Fehlen von Fleisch zurückzuführen, sondern auch auf den geringeren Konsum an Süßigkeiten, Snacks, verarbeiteten Fetten und gesüßten Getränken sowie auf ihre Bevorzugung von Vollkorn-Getreideprodukten.

### Diskussion

Ein Nachteil der Studie ist, dass sie auf einer Teilnehmerkohorte beruht, die sich deutlich von der US-amerikanischen Durchschnittsbevölkerung unterscheidet. Es ist also nicht ohne weiteres möglich, die Ergebnisse auf alle Vegetarier zu übertragen. So könnte sich ein Studienteilnehmer, der sich für eine fleischlose Ernährung entschieden hat, aus religiösen Gründen besonders mit den gesundheitlichen Aspekten dieser Ernährungsweise beschäftigen. Das muss aber nicht für jemanden gelten, der aus Tierschutzgründen Vegetarier wird. Hinzu kommen nationale Unterschiede in den Ernährungsgewohnheiten. Ein Vergleich mit einer ähnlich umfangreichen britischen Studie (ERPIC-Oxford) zeigte, dass britische nichtadventistische Vegetarier und Veganer deutlich weniger frisches Obst und Gemüse und mehr stärkehaltige pflanzliche Produkte verzehrten als die AHS-2-Probanden.

Dennoch sind die vorliegenden Ergebnisse bei vergleichbaren Ernährungsstudien unbedingt zu berücksichtigen. Derartige Unterschiede treten ähnlich möglicherweise auch in anderen Studienkohorten auf. Es könnte daher sinnvoll sein, sie während der Studie mit einem entsprechenden Fragebogen zu erfassen, um mögliche unabhängige Einflüsse bei der Auswertung angemessen berücksichtigen zu können. ■

Dr. Margit Ritzka,

Diplom-Biochemikerin, Meerbusch

Quelle: Orlich MJ et al.: Patterns of food consumption among vegetarians and non-vegetarians. *Brit J Nutr* 112, 1644–1653 (2014)

## Warum rotes Fleisch nicht gut fürs Herz ist

Rotes Fleisch schadet den Blutgefäßen und erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Lange Zeit dachte man, das läge an seinem hohen Gehalt an gesättigten Fettsäuren und Cholesterin. Mittlerweile gibt es jedoch mehrere Studien, die die üblichen Verdächtigen entlasten. Die verblüffende Erkenntnis eines US-amerikanischen Forscherteams lautet: Nicht das Fleisch verursacht Arteriosklerose, sondern das, was die Bakterien der Darmflora daraus machen.

Rotes Fleisch ist besonders reich an L-Carnitin. Mit seiner Hilfe werden langkettige Fettsäuren als Energiequelle in die Mitochondrien der Zellen transportiert. Bei Sportlern und Menschen, die abnehmen wollen, genießt es einen gewissen Ruf als leistungssteigerndes Nahrungsergänzungsmittel, das die Fettverbrennung ankurbelt. Aber auch manche Bakterien im menschlichen Darm haben L-Carnitin zum Fressen gern. Dabei entsteht Trimethylamin (TMA), das im menschlichen Organismus schnell zu Trimethylamin-N-Oxid (TMAO) umgebaut wird. Das wiederum ist mit einer Zunahme an arteriosklerotischen Plaques bei Menschen wie Mäusen assoziiert. Wie TMAO dabei wirkt, ist noch nicht völlig aufgeklärt. Zum einen scheint es die Aufnahme von Cholesterin in die Zellen der Arterienwände zu fördern, zum anderen unterbindet es den Abtransport von Cholesterin aus ihnen.

Das Tückische daran: L-Carnitin wirkt extrem anziehend. Je mehr man davon verzehrt, desto mehr Bakterien siedeln sich im Darm an, die es abbauen können und dabei schädliches TMAO erzeugen. Das macht das Phänomen extrem kostabhängig.

In der vorliegenden Studie produzierten Vegetarier und Veganer beim Verzehr derselben Menge L-Carnitin deutlich weniger TMAO als Fleischesser. Das könnte eine Erklärung dafür sein, warum Vegetarier und Veganer ein deutlich niedrigeres Herz-Kreislauf-Risiko haben

als Fleischesser. Mäuse produzieren bei carnitinhaltiger Fütterung ebenfalls mehr TMAO als mit Standardfutter und entwickeln ebenfalls Arteriosklerose. Dabei haben Mäuse und Menschen eine völlig unterschiedliche Darmflora. In beiden Fällen zieht eine carnitinreiche Diät jedoch verschiedene Arten Carnitinliebender, TMAO-produzierender Bakterien an.

Mittlerweile hat das Forscherteam bei anderen Bakterienarten einen weiteren Abbauweg für L-Carnitin entdeckt. Dieser erfolgt über Gamma-Butyrobetain ( $\gamma$ -BB) und scheint etwa tausend Mal effektiver zu sein als der erste. Beide Stoffwechselwege erzeugen jedoch letztendlich TMAO und beide gehen mit einer Erhöhung des Herz-Kreislauf-Risikos einher. Das untermauert die zentrale Rolle von TMAO bei der Entstehung von Arteriosklerose. Der Weg über  $\gamma$ -BB scheint jedoch noch deutlich wirksamer zu sein als der bereits bekannte, und die entsprechenden Bakterien siedeln sich in mehr Bereichen des Darms an.

Während Grillfans angesichts dieser Nachricht gequält zusammenzucken dürften, denken beteiligte Wissenschaftler schon über einen neuen Ansatz für die Bekämpfung der Arteriosklerose nach: Könnte man die Enzyme der Mikrobiota, die letztlich zur Bildung von TMA führen, gezielt hemmen, wäre der Weg frei für fleischliche Genüsse ohne Reue. Das entsprechende Verfahren dürfte allerdings noch auf sich warten lassen. Bis dahin gilt bei rotem Fleisch weiterhin: Weniger ist mehr. ■

Dr. Margit Ritzka,  
Diplom-Biochemikerin, Meerbusch

### Quellen:

- Koeth RA et al.: Intestinal microbiota metabolism of L-carnitine, a nutrient in red meat, promotes atherosclerosis. *Nature Medicine*, 19, 576–585 (2013)
- Koeth RA et al.:  $\gamma$ -Butyrobetaine is a proatherogenic intermediate in gut microbial metabolism of L-carnitine to TMAO. *Cell Metabolism* 20, 799–812 (2014), doi: 10.1016/j.cmet.2014.10.006. Epub 04.11.2014
- [http://www.wissenschaft.de/leben-umwelt/medizin/-journal\\_content/56/12054/4886798/](http://www.wissenschaft.de/leben-umwelt/medizin/-journal_content/56/12054/4886798/) (08.12.2014)

## Vegane Ernährung beeinflusst Darmmikrobiota positiv

Gründe für einen veganen Lebensstil sind oft ethischer Natur, aber auch gesundheitliche Aspekte spielen eine Rolle. So zeigen wissenschaftliche Studien, dass Veganer im Vergleich zu Mischköstlern einen niedrigeren BMI (body mass index) und ein geringeres Körpergewicht aufweisen. Dadurch sinkt das Risiko für Diabetes, Bluthochdruck und Stoffwechselstörungen.

### Unterschiede in der Darmflora bei vegetarischer, veganer und omnivorer Kost

Eine Untersuchung von Glick-Bauer et. al. (2014) zeigte, dass sich die vegane Darmmikrobiota deutlich von der omnivoren unterscheidet, aber nur gering von der vegetarischen. Eine Ernährung reich an Ballaststoffen führt zur vermehrten Produktion von kurzkettigen Fettsäuren im Darm. Der dadurch sinkende pH-Wert des Darmmilieus hemmt die Ansiedlung pathogener Keime. Eine Veränderung der fäkalen Bakterienprofile trat bereits nach vier Wochen veganer oder vegetarischer Kost im Vergleich zu omnivoren Kontrollen auf. Stuhlproben bei veganer Diät zeigten signifikant weniger mikrobielle Keimzahlen für *Bacteroides*, *Bifidobacterium*, *E. coli* und *Enterobacteriaceae*. Eine ähnliche Zusammensetzung erreichte auch die vegetarische Diät.

### Fazit

Die Komposition der intestinalen Mikrobiota lässt sich also durch die Ernährung verändern, ein vollständiger Wechsel vorherrschender Enterotypen scheint aber nicht stattzufinden, da die Bakterienpopulation insgesamt sehr robust ist und nach diätischen Interventionen häufig zum Basisniveau zurückkehrt. ■

Yakult

Quelle: Glick-Bauer M, Yeh MC: The health advantage of a vegan diet: exploring the gut microbiota connection. *Nutrients* 6 (11), 4822–4838 (2014)

## Länger leben mit Vollkornprodukten!?

Wer regelmäßig zu Vollkornprodukten greift, ist gesundheitlich im Vorteil. Weniger Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ein geringeres Risiko für Typ-2-Diabetes und Dickdarmkrebs – das sind einige der Effekte, die mit dem Konsum von Vollkorn in Zusammenhang stehen. Ob der Verzehr von Vollkorn auch die Gesamtmortalität sowie die kardiovaskulär und krebsbedingte Sterblichkeit beeinflusst, ist bislang wenig erforscht. Unklar ist auch die quantitative Ausprägung des Effekts im Sinne einer Dosis-Wirkungs-Beziehung. Eine Forschergruppe unter der Leitung von Sun Qi von der Abteilung für Ernährung der Harvard School of Public Health in Boston (USA) analysierte daher die Daten der beiden bekanntesten Langzeitbeobachtungsstudien der Welt, der Nurses' Health Study (NHS; 1984–2010) und der Health Professions Study (HPS; 1986–2010). Der Datensatz der NHS umfasste 74.341 Frauen, die HPS 43.777 Männer. Alle Studienteilnehmer waren zu Studienbeginn frei von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Tumoren. Im Beobachtungszeitraum (Frauen bis zu 26 Jahren; Männer bis zu 24 Jahren) erhielten die Teilnehmer alle zwei bis vier Jahre einen validierten Ernährungsfragebogen, auf dem sie ihre Ernährungsgewohnheiten dokumentierten. Auch die Zahl der Todesfälle wurde registriert. Sun Qi und Kollegen setzten dann den Vollkornverzehr in Beziehung zur Sterblichkeit (Wu et al. 2015).

### Vollkornverzehr und Mortalität

Im Beobachtungszeitraum starben insgesamt 26.920 Studienteilnehmer. Frauen in der Gruppe mit dem höchsten Vollkornverzehr nahmen täglich im Mittel etwa 35 Gramm Vollkorn zu sich, Männer etwa 53 Gramm pro Tag. Die Zufuhr in der Gruppe der „Vollkornmuffel“ lag deutlich niedriger (Frauen knapp 4 g/d; Männer etwa 6 g/d). Unter Berücksichtigung des Lebensalters ermittelten die Forscher für den Verzehr von Vollkorn und der Gesamt-

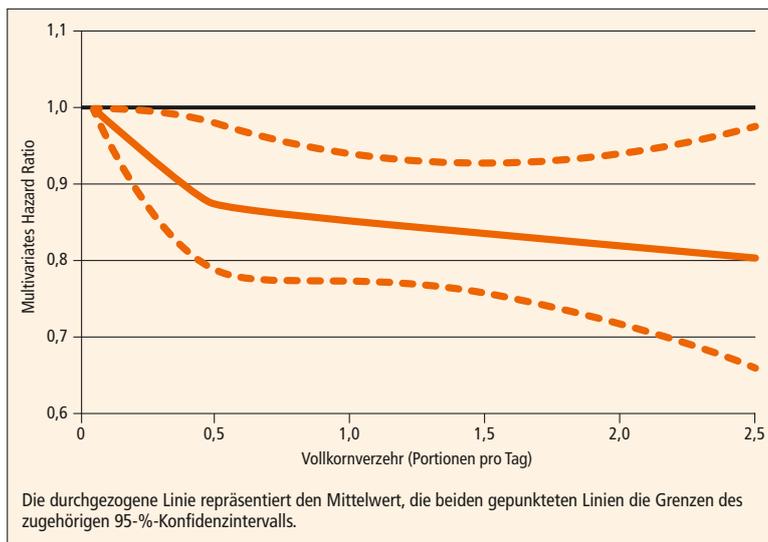


Abbildung 1: Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Vollkornverzehr und kardiovaskulärer Sterblichkeit

sterblichkeit eine inverse Beziehung: je mehr Vollkornprodukte, desto geringer die Sterblichkeit. Beim Vergleich der obersten mit der untersten Quintil des Vollkornverzehrs errechnete sich ein um 46 Prozent vermindertes Sterberisiko. Einen ähnlichen Zusammenhang dokumentierten Wu et al. (2015) im Hinblick auf die kardiovaskuläre Sterblichkeit, während die krebsbedingte Mortalität weniger stark beeinflusst wurde.

### Koinzidenz oder Kausalität?

In einem zweiten Schritt ging das Wissenschaftler-Team aus Harvard der Frage nach, ob der aufgedeckte Zusammenhang auf den Vollkornverzehr als solchen oder auf andere Lebensstilelemente zurückgeht. Frühere Studien hatten bereits gezeigt, dass Liebhaber von Vollkorn sich insgesamt gesundheitsbewusster verhalten. Das bestätigte sich auch in dieser Untersuchung. Die Vollkornliebhaber waren körperlich aktiver, rauchten seltener, tranken weniger Alkohol, achteten insgesamt auf eine gesündere Ernährung (höherer Verzehr von Obst, Gemüse, Nüssen und Fisch, weniger verarbeitete Fleischwaren) und griffen häufiger zu Multivitaminpräparaten als „Vollkornmuffel“. Ist die verminderte Sterblichkeit der „Vollkornesser“ vielleicht nur Ausdruck einer insgesamt gesundheitsbewussteren Lebensweise? Um das zu klären setzten die Forscher eine Reihe ausgeklügelter sta-

tistischer Berechnungsverfahren ein. Dabei bereinigten sie die Daten um eine Vielzahl von Störgrößen wie BMI, Rauch- und Bewegungsverhalten, Gesamtenergiezufuhr, Alkoholkonsum, Qualität der Ernährung (bemessen am Alternative Healthy Eating Index; AHEI), Einnahme von Aspirin und Multivitaminpräparaten. Ergebnis: Der Effekt des Vollkornverzehrs nahm zwar deutlich ab, blieb aber im Grundsatz erhalten. Für die Gesamtmortalität errechneten die Forscher eine Reduktion um neun, für die kardiovaskuläre Sterblichkeit um 15 Prozent. Für die Krebsmortalität war kein signifikanter Effekt zu finden.

### Dosis-Wirkungs-Beziehung

In einer weiteren Analyse untersuchte das Forscherteam den Dosis-Wirkungs-Zusammenhang von Vollkornverzehr und Sterblichkeit. Dabei zeigte sich: Mit jeder zusätzlichen Portion Vollkorn (28 g/d) sinkt die Gesamtsterblichkeit um fünf und die kardiovaskuläre Mortalität um neun Prozent (Abb. 1). In Bezug auf die Krebssterblichkeit fand sich kein signifikanter Dosis-Wirkungs-Effekt.

### Substitutionseffekte

Schließlich gingen die Forscher der Frage nach, wie sich die Sterblichkeit verändern würde, wenn an die Stelle von raffinierten Getreideprodukten (übliche Backwaren und Nudeln) aus niedrig ausgemahlene Mehlen,

weißer Reis etc.) ein isokalorischer Austausch von Vollkornprodukten erfolgte. Hier ergab die Modellrechnung eine Senkung der Gesamtmortalität um vier Prozent, der kardiovaskulären Sterblichkeit um acht Prozent. Für rotes Fleisch fiel die Substitutionsanalyse deutlicher aus (10 % Senkung der Gesamtsterblichkeit; 20 % Senkung der kardiovaskulären Mortalität).

### Fazit

Nach Ansicht des Wissenschaftlerteams um Sun Qi untermauern die Studienergebnisse „aktuelle Ernäh-

rungsrichtlinien, die eine Erhöhung des Konsums von Vollkornprodukten empfehlen, um chronischen Krankheiten vorzubeugen. Auch liefern sie vielversprechende Hinweise, dass eine Ernährung, reich an Vollkornprodukten, die Lebenserwartung steigern könnte“. Die DGE-Leitlinie „Kohlenhydratzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten“ beschreibt die Evidenz für einen Schutzeffekt von Vollkornprodukten für Typ-2-Diabetes und koronare Herzkrankheit als wahrscheinlich (Hauner 2011). ■

*Dr. Alexander Ströhle, Hannover*

Quellen:

Hauner H: Zusammenfassung der Ergebnisse der Leitlinie zur Kohlenhydratzufuhr. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. Bonn (Hrsg.): Evidenzbasierte Leitlinie. Kohlenhydratzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten. 158–161 (2011); <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/ws/ll-kh/10-Zusammenfassung-der-Ergebnisse-DGE-Leitlinie-KH.pdf>

Wu H, Flint AJ, Qi Q, van Dam RM, Sampson LA, Rimm EB, Holmes MD, Willett WC, Hu FB, Sun Q: Association between dietary whole grain intake and risk of mortality: two large prospective studies in US men and women. *JAMA Intern Med* Jan. 5 (2015); doi: 10.1001/jamainternmed.2014.6283. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25559238

## Gesünder leben gelingt eher zu zweit

Bei zusammenlebenden Paaren stimmen oft beide Partner in ihren gesunden und ungesunden Lebensweisen überein. Als besonders riskant gelten Rauchen, Übergewicht, zu wenig Bewegung, ungünstige Ernährung und Alkoholkonsum. Verhaltensänderungen des einen Partners wirken sich meist auch auf den anderen aus. Diese Auswirkungen erforschten Jane Wardle und ihre Kollegen vom University College London bei 3.722 verheirateten und unverheirateten Paaren. Alle Testpersonen waren älter als 50 Jahre.

Zu Beginn der prospektiven Studie war wenigstens einer der beiden Partner übergewichtig, Raucher oder zu wenig körperlich aktiv. Die Forscher kontrollierten die Veränderung des Körpergewichts nach vier Jahren, Rauchverhalten und sportliche Aktivität nach zwei Jahren.

### Ergebnisse

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen gelang die Umstellung auf eine gesündere Lebensweise mit größerer Wahrscheinlichkeit, wenn der Partner dasselbe Ziel verfolgte. So schaffte es zu zweit etwa die Hälfte, mit dem Rauchen aufzuhören, aber nur acht Prozent schafften es allein, wenn der Partner weiterrauchte. War der andere bereits Nichtraucher, lag die Quote bei 17 Prozent.

Auch beim körperlichen Training und einer Gewichtsabnahme um mindestens fünf Prozent waren die Erfolgsaussichten am größten, wenn sich beide Partner umstellen wollten. Für eine übergewichtige Person, die abnehmen wollte, wirkte es sich nicht positiv aus, wenn der Partner bereits normalgewichtig war. Das gemeinsame Bemühen hat also einen stärkeren Effekt als die passive Vorbildfunktion des anderen.

### Fazit

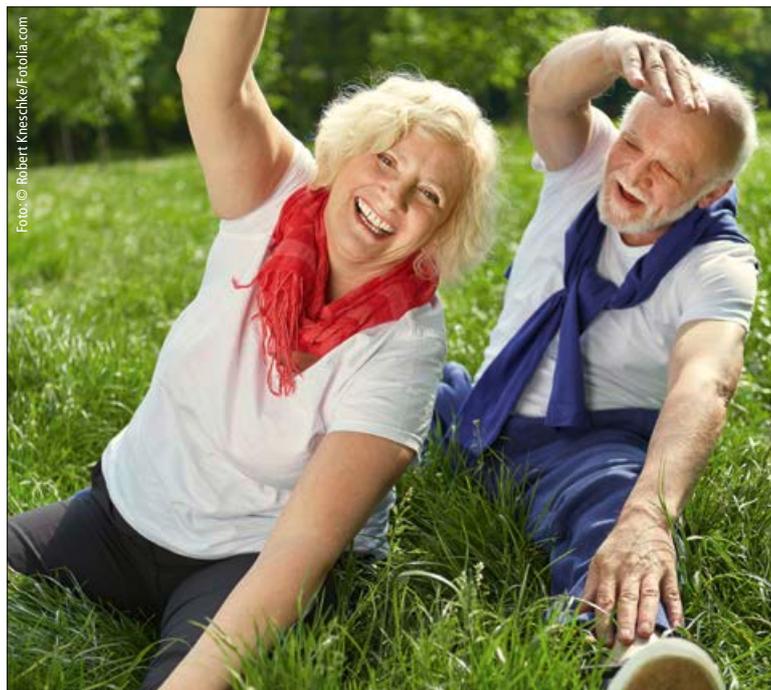
Da sich Lebenspartner in ihrem Verhalten gegenseitig stark beeinflus-

sen, könnten Gesundheitsempfehlungen zur Verhaltensänderung effektiver sein, wenn sie auf das Paar und nicht auf die Einzelperson abzielen, glauben die Autoren. Sie schränken ein, dass die Ergebnisse ihrer Studie nicht unbedingt auf jüngere Paare übertragbar sein müssen. ■

*Dr. Joachim Czichos, wsa*

Quelle: Jackson SE et al.: The influence of partner's behavior on health behavior change – The English Longitudinal Study of Ageing. *JAMA Internal Medicine*; doi: 10.1001/jamainternmed.2014.7554

Link:  
University College London, Health Behaviour Research Centre: <http://www.ucl.ac.uk/hbrc>



Dr. Lioba Hofmann

# Essbare Blüten

**Der Einsatz essbarer Blüten in Küche und Heilkunst erfolgt schon seit über 2.000 Jahren. Gerichte mit essbaren Blüten erleben gegenwärtig eine Renaissance.**

Schon die Ägypter, Chinesen, Griechen und Römer verwandten Blüten als Dekorations-, Heil- oder Lebensmittel. Dass Blüten von Kräutern (z. B. Majoran, Salbei, Thymian) oder von Wildkräutern (z. B. Gänseblümchen, Löwenzahn) essbar sind, wissen die Meisten. Weniger bekannt ist, dass das auch auf zahlreiche Wiesen-, Feld- und Gartenblumen (z. B. Gladiolen, Nelken, Dahlien) oder auf Balkonblumen (z. B. Begonien, Geranien) zutrifft.



Von folgenden Pflanzenarten lassen sich die Blüten verwenden:

- Bäume (Laubbäume, Obstbäume)
  - Blumen (Beet-, Topf-, Schnitt-, Herbst- und Sommerblumen)
  - Gemüse (Blüten-, Frucht-, Kohl-, Lauch- und Sprossengemüse)
  - Kräuter (Duft-, Tee, Küchen-, Salat-, Wild- und Unkräuter)
  - Sträucher (Blüten-, Duft-, Obst- und immergrüne Sträucher)
- (<http://www.garten-treffpunkt.de/lexikon/bluetensalat.aspx>, Fromme 2000).

## Verwendungsmöglichkeiten

Blüten sind sehr empfindlich. Deshalb sollte man sie erst unmittelbar vor der Verwendung pflücken. Ihr Aroma entfaltet sich frisch und roh am wirkungsvollsten, verblühte Blumen besitzen nur noch wenig Aroma. Die Knospen, etwa von Kapuzinerkresse, Gänseblümchen oder Löwenzahn, lassen sich wie Kapern einlegen. Salate kann man mit scharfen Kapuzinerkresseblüten oder nussig schmeckenden Gänseblümchen garnieren. Salbei, Schnittlauch, Ver-

gissmeinnicht, Veilchen und Rosen lassen sich ebenso für Blattsalate verwenden. Auch die Köpfchen von Ringelblume, Löwenzahn, Lavendel, Gundelrebe und Schafgarbe sind schmackhaft in Gemüse, als Salat oder Salatbestandteil. Dahlien mit mild-würzigem und säuerlichem Geschmack, Begonien oder Chrysanthemen eignen sich als Blüteinlage für Suppen. Dabei hat nicht jede Sorte das gleiche Aroma. Auch Hauptgerichte lassen sich mit würzig schmeckenden Kräuterblüten aufpeppen. Holunder-, Robinien- und Zucchini Blüten kann man zum Ausbacken verwenden. Die kleineren männlichen Zucchini Blüten lassen sich besser im Teig ausbacken und die größeren weiblichen Blüten sind besser zum Füllen geeignet. Auch in Sekt (Kleine Begonie oder Rose), Bowlen (ein Sträußchen Holunder- oder Waldmeisterblüten) und Eiswürfeln (Borretsch, Lavendel oder Veilchen) machen sie sich gut, ebenfalls als Blütenbutter oder Kräuterblütenquark. Zu Obst und Süßspeisen passen duftig aromatische bis mild-süßliche Blüten wie Rosen, Veilchen, Malven oder kleine Stiefmütterchen. Blüten aromatisieren Essig, Öl, Fruchtsaft, Wein und Wasser. Fein gehackt geben sie Vinaigrettes und Aufstri-

### Essbare Blüten im Jahreswechsel

(Fromme 2000; [www.forum-ernaehrung.at](http://www.forum-ernaehrung.at) vom 5.5.2014; <http://rohspirit.de/rohkost-rezepte/wildkraeuter-wirkung/essbare-blumen-blueten/>)

#### Frühjahr:

Bärlauch, Flieder, Holunder, Huflattich, Löwenzahn, Schlüsselblume, Schnittlauch, Stiefmütterchen, Sumpfdotterblume, Tausendschön, Veilchen, Vogelmiere, Waldmeister, Weinreben, Wiesenblumen wie Gänseblümchen (März bis November)

#### Frühsommer:

Begonie, Klatschmohn (nur die Blütenblätter), Rosen (April bis September)

#### Sommer:

Apfel, Ackersenf, Astern, Basilikum, Beinwell, Bohnenkraut, Borretsch, Dill, Disteln, Echte Ochsenzunge, Eibisch, Fenchel, Fetthenne, Flieder, Funkie, Geißblatt, Gewürztagetes, Giersch, Gundermann, Glockenblume, Indianernessel, Kamille, Kapuzinerkresse, Klettertrompete, Knoblauch, Knoblauchrauke, Königskerze, Kornblume, Kürbisblüten, Lavendel, Levkojen, Lindenblüte, Löwenmäulchen, Malven, Majoran, Melisse, Minze, Nachtkerze, Nelke, Oregano, Pelargonie, Petunie, Pfingstrose, Phlox, Primel, Raupenblume, Ringelblume, Rotklee, Rucola, Salbei, Schafgarbe, Scharbockskraut, Schlafmütze, Schwarzer Holunder, Sonnenblume (bis Herbst), Spornblume, Taglilie, Thymian, Tulpen, Wiesenschaumkraut, Wilde Kornblume, Ysop, Zichorie, Zierapfel, Zucchini Blüten

#### Herbst:

Aster, Beinwell, Chrysantheme, Dahlie, Indianernessel, Parakresse, Rauke, Steinkraut

chen eine besondere Note. Aus den wohlriechenden Blüten von Wildrose, Schlehe und Holunder können Liköre, Säfte und Weine bereitet werden (aid 2013; Fromme 2000; Holler 2000; Walde-Frankenberger 2003).

## Ernährungsphysiologische Bedeutung essbarer Blüten

Essbare Blüten enthalten Vitamin A, C, Riboflavin, Niacin und Mineralstoffe wie Kalzium, Phosphor, Eisen und Kalium (Lara-Cortes et al. 2013). Studien zufolge enthalten Chrysanthemen, Nelken und Veilchen nennenswerte Mengen an Mineralstoffen, insbesondere Kalium (Rop et al. 2012). Bunte Blütenblätter verwöhnen nicht nur Auge und Gaumen, sondern sollen auch gesundheitsförderliches Potenzial besitzen. Blüten weisen einen besonders hohen Gehalt an ätherischen Ölen auf. Die Wirkungen reichen von entzündungshemmend über appetitanregend bis krampflösend (Wal-

### Giftige Pflanzen (www.enu.at)

Akelei, Christrose, Eisenhut  
Fingerhut, Goldregen, Herbstzeitlose  
Maiglöckchen, Oleander  
Pfaffenhütchen, Rainfarn  
Scharfer Hahnenfuß, Schierling  
Seidelbast, Steinklee, Tollkirsche

de-Frankenberger 2003; Schocke 2013). Der Studienkreis „Entwicklungsgeschichte der Arzneipflanzenkunde“ an der Universität Würzburg hat den violett blühenden Spitzwegerich zur Arzneipflanze des Jahres 2014 gewählt. Ihm werden wohltuende Eigenschaften bei Husten und Juckreiz nach Insektenstichen zugeschrieben. Auch Studien aus Asien beleuchten den Polyphenolgehalt von Blütenblättern und weisen auf mögliche gesundheitsförderliche Effekte essbarer Blumen hin. Phenolsäuren schützen möglicherwei-

### Blüten richtig sammeln und zubereiten

(www.enu.at; Walde-Frankenberger 2003)

- Nur Blüten von ungespritzten Pflanzen aus dem eigenen Garten, vom Waldrand oder auf naturbelassenen Wiesen, die nicht neben stark befahrenen Straßen liegen, verwenden.
- Zierblumen aus Blumenfachgeschäften sind nicht zum Verzehr geeignet, weil sie mit Dünger oder Pflanzenschutzmitteln behandelt werden.
- Bei Unsicherheit ein Fachbuch zur Pflanzenbestimmung zu Rate ziehen, ansonsten stehen lassen.
- Knospen oder Blüten, die sich gerade geöffnet haben, verwenden.
- Nur so viele Blüten pflücken, wie verwertet werden sollen.
- Im Sommer ist der beste Erntezeitpunkt morgens, wenn die Blüten noch im Schatten stehen.
- Ganze Blüten lassen sich in einer Schale mit Wasser einige Stunden frisch halten.
- Stiele und grüne Kelchblätter vor der Verwendung entfernen. Um versteckte Insekten los zu werden, Blüten ausschütteln oder absuchen. Bei Bedarf vorsichtig unter kaltem Wasser reinigen und trocken tupfen.
- Falls nur Blütenblätter verwendet werden (Rosen, Nelken, Chrysanthemen, Lavendel, Sonnenblume) diese erst kurz vor dem Servieren auszupfen. Staubgefäße und Stempel beseitigen.
- Als Alternative zum Sammeln bietet sich die Aufzucht auf Balkon, Fensterbank oder im Garten an. Ökoläden, ausgewählte (Bio)-Supermärkte, Gemüsefachgeschäfte, Naturkostläden und Reformhäuser liefern Kräutersamen und frische Pflanzen. Auch Bestellungen über das Internet oder Großhändler (z. B. für Restaurants) sind möglich.

se vor verschiedenen Tumorarten, erweitern die Blutgefäße und können den Blutdruck senken. Beispielsweise enthalten die orangefarbenen Blütenblätter der Tagetes rund 0,94 Gramm Phenolsäuren pro 100 Gramm Trockengewicht.

Für die Praxis sind diese Ergebnisse meist nicht relevant, da essbare Blüten – wenn überhaupt – nur in sehr geringen Mengen aufgenommen werden. Zudem gibt es bis dato keine Studien, die mögliche gesundheitsförderliche Effekte essbarer Blüten im Detail über einen längeren Zeitraum untersuchen (<http://www.forum-ernaehrung.at/artikel/detail/news/detail/News/bluetenpracht-auf-dem-teller>). Ihr Anblick, Geruch und Geschmack kann jedoch den Genuss beim Essen erheblich steigern und so manche Mahlzeit aufpeppen, ohne kalorienmäßig groß zu Buche zu schlagen. Allergiker sollten die Verträglichkeit der Blüten vorsichtig austesten. Insbesondere Chrysanthemen lösen häufiger allergische Reaktionen aus (Fromme 2000).

## Steckbriefe

### ■ Kapuzinerkresse

2013 wurde die Kapuzinerkresse mit ihren orangen bis roten Blütenblättern zur Heilpflanze des Jahres ausserkoren. Sie soll durchblutungsfördernd wirken und Beschwerden bei Harn- und Atemwegsinfekten lindern. Bereits die Inkas nutzten die Pflanze als Schmerz- und Wundheilmittel. Die Glucosinolate werden bei Einnahme in die Senföle (Isothiocyanate) umgewandelt. Die Senfölglykoside sind für das scharfe Aroma verantwortlich und wirken appetitanregend und antibakteriell, Kapuzinerkresse enthält außerdem hohe Mengen an Vitamin C. Positive Erfahrungen wurden in den letzten Jahren durch Studien



Kapuzinerkresse

### Blüten richtig trocknen

(<http://www.gartenlexikon.de/pflanzen/ringelblume.html>)

Man kann sowohl die kompletten Blüten als auch die ausgezupften Blütenblättchen trocknen. Dazu erntet man sie möglichst bei warmem, trockenem Sommerwetter und legt sie locker auf Papier aus. Wichtig ist, dass ausreichend Luft an die Blüten gelangt. Sind sie dürr, bewahrt man sie am besten in lichtundurchlässigen, verschließbaren Behältern auf.

zum antimikrobiellen Wirkspektrum der Senföle wissenschaftlich untermauert (Mayer 2013).

Blütezeit ist von Juli bis Oktober. Sie wächst mit ihren kreisrunden Blättern kriechend, hängend oder kletternd und ist recht anspruchslos. Die Blüten der Kapuzinerkresse – ihre Form erinnert an die Kapuzen von Mönchskutten – sind bis zu fünf Zentimeter groß und schmecken wie die Knospen milder als Samen und Blätter der Pflanze, die einen leicht pfeffrigen Geschmack aufweisen. Sie eignen sich sowohl zum Dekorieren als auch zum Verfeinern von Salaten, Essig und Süßspeisen. Interessant schmecken mit Frischkäse gefüllte Kapuzinerkresseblüten (aid Presseinfo 17/07).

#### ■ Schwarzer Holunder

Holunderblüten wachsen als weiße Blütendolden im Juni/Juli an drei bis zehn Meter hohen Sträuchern. Sie schmecken intensiv aromatisch und leicht süßlich. Sie enthalten unter anderem Flavonoide, Gerbstoffe und ätherische Öle. Holunderblüten wirken fiebersenkend und stimulieren Schweißbildung, Stoffwechsel und körperliche Abwehr. Die Blüten werden häufig für Sirupe und Essenzen verwendet. Sie eignen sich auch zum Aromatisieren von Bowle, Limonade, Essig und Gelee. Zum Beispiel kann man einem halben Liter Orangensaft zehn Holunderblütendolden beifügen, über Nacht im Kühlschrank stehen lassen und als Saft, Eis oder Gelee verarbeiten. Sie schmecken auch in süßen Pfannkuchenteig eingetaucht und in heißem Fett gebacken (Food-Monitor vom 3.4.2008; Walde-Frankenberger 2003).

#### ■ Borretsch

Die von Mai bis September blühende Pflanze mit fleischigen, haarigen Blättern hat anfangs rosafarbene Blüten, die sich während des Öffnens leuchtend blau färben. Borretsch enthält viele Schleimstoffe, Mineralstoffe, ätherische Öle, Kieselsäure und Saponine. Die Blüten eignen sich gut zum Dekorieren von Salaten, kalten Platten und sommerlichen Getränken sowie zum Kandieren. Man sollte sie kurz vor dem Servieren zu den Speisen geben, da sie



Borretsch

sich schnell verfärben (<http://www.garten-literatur.de/Pflanzen/Rezepte/blueten.htm>; <http://www.botanikus.de/Heilpflanzen/Borretsch/borretsch.html>).

#### ■ Nachtkerze

Die Nachtkerze wächst auf trockenen, steinigen und sandigen Böden, in Steinbrüchen und an Dämmen. Sie ist weit verbreitet und anspruchslos, sie blüht von Juni bis Oktober (<http://www.pflanzen-lexikon.com/Box/Oenothera.html>). Erst am Abend öffnen sich die ährenförmig am Stiel sitzenden Blüten. Die leuchtend gelben Blüten schmecken süßlich bis buttrig und haben eine leicht scharfe Note. Sie schmecken in Salat, aufgespießt mit Cocktailtomaten auch als Fingerfood. Süße Kaltschalen, herzhaftes Suppen und



Nachtkerze

Gazpachos lassen sich ebenfalls mit den Nachtkerzenblüten würzen (Gesundheitsseiten 24 vom 8.5.2008).

#### ■ Rose

Im alten China und im Orient waren Rosen ein beliebtes Gewürz für Reisgerichte und Konfekt. Die Blütenblätter schmecken süßlich. Sowohl die Blüten der wilden als auch der veredelten Rose sind essbar und bereichern Salate, herzhaftes und süße Speisen. Rosenblätter schmecken als Sirup, Saft oder kandiert. Sie enthalten Vitamin C, Gerbstoffe, Flavonoide sowie ätherische Öle und wirken stoffwechselfördernd. Die wilde Rose wächst an Waldrändern und Lichtungen und blüht von Mai bis September (aid-Presseinfo vom 30.4.2008; aid 2013; Guthmann et al. 2007; Walde-Frankenberger 2003).

#### ■ Veilchen

Veilchen wachsen an lichten oder halbschattigen Stellen im Wald und auf schattigen Wiesen. Die Blütezeit liegt bei März bis April. Ihre violetten Blüten schmecken mild. Als Tee wirken sie schleimlösend, hustenlindernd und abschwellend. Veilchenblüten enthalten reichlich Mineralstoffe und Vitamine sowie ätherische Öle. Das feine Aroma eignet sich zum Verfeinern von Essig, pikanten und süßen Speisen oder Kuchen. Die entstielteten Blüten mit Wasser, Zitronensaft und Gelierzucker eine halbe Stunde geköchelt bis ein eingedickter Sud entsteht, ergeben eine köstliche Blütenmarmelade (aid 2013; [www.verwurzelt-in-tirol.at](http://www.verwurzelt-in-tirol.at)).

#### ■ Ringelblume

Von Mai bis Oktober sieht man die auffallend gelben oder orangefarbenen Blütenköpfe der sehr pflegeleichten Pflanze. In Ägypten galt sie als Verjüngungsmittel. Sie wirkt krampflösend, gallefördernd und harmonisierend auf den Stoffwechsel sowie entzündungshemmend und wundheilungsfördernd. Die Blüten können auch getrocknet als Tee oder aromatisches Gewürz in Salaten, Frischkäse und Suppen verwendet werden. Die Knospen können in Essig und Öl eingelegt werden. Die gelben Blütenblätter färben



Ringelblume

ben Reisgerichte und Kuchen genau wie Safran. Der Farbstoff löst sich nur in fetthaltigen Substanzen, deshalb die Blütenblätter kleingeschnitten mit etwas Öl verreiben (Walde-Frankenberger 2003; <http://www.gartenlexikon.de/pflanzen/ringelblume.html>).

#### ■ Gänseblümchen

Das Gänseblümchen blüht fast das ganze Jahr über, wenn die Temperatur über Null Grad bleibt und ist auf Wiesen und Rasen zu finden. Es wirkt blutreinigend, dient als Wundheilmittel und regt Stoffwechsel und Appetit an. Mit ihrem nussigen Geschmack passen die Blütenköpfchen zu Salaten und Quark, können das Butterbrot, Gemüse und Suppen würzen. Die Knospen eignen sich als falsche Kapern zum Einlegen oder schmecken frittiert als Croutons. Geschlossene Blüten schmecken süßlich (Guthmann et al. 2007; Schocke 2013).

#### ■ Löwenzahn

Löwenzahn wächst auf Wiesen, Äckern und an Wegrändern. Er hat stoffwechsel- und appetitanregende sowie magenwirksame und verdau-

ungsfördernde Eigenschaften. Seine Hauptblütezeit ist April bis Juni, er blüht aber bis in den Oktober hinein. Geschlossene Blüten können gebrauten oder als Kapern eingelegt werden. Die Blüten schmecken honigartig bis bitter und können als Würzmittel über Salate gestreut oder zu Gelee und Sirup verarbeitet werden (Guthmann et al. 2007; Walde-Frankenberger 2003; Schocke 2013).

#### ■ Spitzwegerich

Er wächst an Wegrändern, auf Wiesen und Weiden. Die zarten Blüten findet man von Mai bis Juli. Sie schmecken wie Champignons. Man kann sie knabbern, Salaten beimischen, in der Pfanne dünsten oder in Öl- oder Essigwasser einlegen. Spitzwegerich enthält Flavonoide, Saponine, Zink, Kalium sowie Vitamin C und B (Guthmann et al. 2007; Schocke 2013).



Spitzwegerich

#### Literatur

aid Presseinfo: Kapuzinerkresse, essbare Blüte aus dem Garten. Nr. 17 (2007)

aid Presseinfo vom 03.04.2008: Schwarzer Holunder: Essbare Blüten aus Garten, Wald und Wiese (2008)

aid Presseinfo vom 30.04.2008: Wildrosen – Essbare Blüten aus Garten, Wald und Wiese (2008)

aid Presseinfo: Rose, Veilchen, Gänseblümchen: Viele Blüten sind essbar. Nr. 28 (2013)

Fromme S: Mit Blüten kochen. UGB-Forum 4, 197–198 (2000)

Guthmann J, Fleischhauer SG, Spiegelberger R: Essbare Wildpflanzen. AT-Verlag (2007)

#### Rezepte

- <http://www.garten-literatur.de/Pflanzen/Rezepte/blueten.htm>
- <http://www.br.de/themen/ratgeber/inhalt/rezepte/essbare-blueten-blumenrezepte-pflanzen100.html>
- <http://eatsmarter.de/rezepte/zutaten/bluete-rezepte>
- <http://www.kuechengoetter.de/rezepte/warenkunde/13998/Blueten.html>

#### Bücher

- Claudia Költringer (Autor), Bettina Salomon (Fotograf): Essbare Blüten: Bunte Rezepte für Speisen und Getränke. blv-Verlag. 2012
- Irene Dalichow: Gesund mit essbaren Blüten, Herbig-Verlag. 2013
- Ursel Bühring: Blütenküche: Farbenfroh, dekorativ, lecker. Verlag Eugen Ulmer. 2012
- Steffen Guido Fleischhauer, Jürgen Guthmann, Roland Spiegelberger: Enzyklopädie essbare Wildpflanzen. 2000 Pflanzen Mitteleuropas. Bestimmung, Sammeltipps, Inhaltsstoffe, Heilwirkung, Verwendung in der Küche. AT-Verlag 2013

#### Links

- <http://www.pflanzen-portal.com/essbare-blueten.php>
- <http://www.garten-treffpunkt.de/lexikon/bluetensalat.aspx>
- <http://rohspirit.de/rohkost-rezepte/wildkraeuter-wirkung/essbare-blumen-blueten/>

Holler K: Köstliche Gartenblumen – Essbare Blüten. Natur und Heilen 5, 48–51 (2000)

Lara-Cortes E, Osorio-Diaz P, Jemenez-Aparicio A, Bautista-Banios S: Nutritional content, functional properties and conservation of edible flowers. Review. Arch Lationoam Nutr 63, 197–208 (2013)

Mayer G: Arzneipflanze des Jahres 2013 – Große Kapuzinerkresse – Tropaeolum majus L. Zeitschrift für Phytotherapie 34, 34–35 (2013)

Die vollständige Literaturliste finden Sie im Internet unter „Literaturverzeichnisse“ als kostenfreie pdf-Datei.

#### Das Wunschthema unserer Leser in der kommenden Ausgabe: Quinoa und Amaranth

#### Die Autorin

Dr. Lioba Hofmann absolvierte 1988 das Studium der Ernährungswissenschaft an der Universität Bonn. 1993 promovierte sie an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Bonn. Sie arbeitet als freie Fachjournalistin in Troisdorf.

Dr. Lioba Hofmann  
Theodor-Heuss-Ring 15, 53840 Troisdorf  
[LiobaHofmann@hotmail.de](mailto:LiobaHofmann@hotmail.de)



#### Blüten zur Teebereitung (Dalichow 2013)

Ackerstiefmütterchen, Heckenrose, Holunder, Kamille, Königskerze, Linde, Malve, Ringelblume, Rose, Rotklee, Taubnessel, Thymian, Schafgarbe, Schlehe (nicht zu viel!), Schlüsselblume, Sonnenblume, Veilchen, Wegwarte, Weißdorn

Christine Maurer

# Das konstruktive Gespräch



Lehrende oder Beratende sind von Zeit zu Zeit gefordert, ein Problem bei Schülern oder Klienten anzusprechen. Das fällt uns Menschen oft schwer, denn einerseits wollen wir nicht verletzen, andererseits fehlen uns „Techniken“, wie wir ein Problem auf den Punkt bringen können. Was hilft?

## Warum will ich das Problem ansprechen?

Wichtig ist, sich klar zu machen, vor welchem Hintergrund das Problem angesprochen werden soll. Eigentlich gibt es nur drei Gründe, ein Problem anzufassen:

### ■ Emotionale Betroffenheit

Der Schüler oder Klient hat etwas gesagt oder getan, was negative Emotionen bei Ihnen verursacht hat. Prüfen Sie genau, ob Ihre Gefühle auch tatsächlich mit dem Problem zu tun haben. Wenn nicht, wird sich die andere Person verteidigen oder rechtfertigen oder ihrerseits „angreifen“ – und Ihr Gespräch dreht sich im Kreis.

### ■ Rollenkonstellation

Sie haben die Aufgabe, das Problem anzusprechen, weil Sie zum Beispiel

Klassenlehrer sind und der Schüler klar vereinbarte Regeln zum Umgang miteinander verletzt hat. Oder in der Beratungsgruppe gibt es eine Vereinbarung zur Vertraulichkeit und ein Teilnehmender hat diese verletzt. Prüfen Sie genau, ob Sie auch tatsächlich aus der Rollenkonstellation den Auftrag für ein solches Problemgespräch ableiten können. Wenn nicht, wird sich die andere Person verteidigen oder rechtfertigen oder ihrerseits „angreifen“ – und Ihr Gespräch dreht sich im Kreis.

### ■ Gemeinsame Aufgabe

Sie haben mit dem „Problemverursacher“ eine gemeinsame Aufgabe oder Verantwortung und der Umgang mit dieser gemeinsamen Verantwortung verursacht das Problem. Vielleicht leiten Sie gemeinsam mit einem Beraterkollegen eine Gruppe und der Kollege hat die Vorbereitung für einen Gruppenabend nicht gemacht. Oder Sie sind als Lehrer in einer Klasse zur Vertretung eingesetzt und der eigentliche Lehrer hat das versprochene Unterrichtsmaterial nicht im Lehrerzimmer hinterlegt. Prüfen Sie genau, ob Sie wirklich eine gemeinsame Verantwortung oder Aufgabe mit dem „Problemverursa-

cher“ haben. Wenn nicht, wird sich die andere Person verteidigen oder rechtfertigen oder ihrerseits „angreifen“ – und alles dreht sich im Kreis.

## Was genau will ich ansprechen?

Wenn Sie im ersten Schritt für sich geklärt haben, dass Sie das Problem tatsächlich ansprechen sollten, dann prüfen Sie auch: Was genau will ich im Gespräch zum Ausdruck bringen?

1. Wollen Sie Ihren Gefühlen Ausdruck geben (oder „Dampf ablassen“)?
2. Wollen Sie für Ihr Gegenüber eine klare Grenze ziehen?
3. Sind Sie in einer Rollenkonstellation, wo Sie nach dem Auftauchen des Problems eine klare Anordnung zu geben haben?
4. Wollen Sie ein Problemlösungsgespräch führen?

**Ad 1:** Wenn Sie den „Problemverursacher“ darüber in Kenntnis setzen wollen, in welchem „Gefühlszustand“ Sie sind, ist das kein „Gespräch“. Sie informieren den Anderen – und das war's. Ein Entschuldigen oder Anerkennen Ihrer Gefühlslage können Sie nicht einfordern. Wenn sich etwas verändern soll, dann sind Sie bei einem Problemlösungsgespräch. Wenn Sie einem Schüler oder Klienten, einem Kollegen oder Vorgesetzten, der Sie verärgert hat, Ihre Gefühle mitteilen, dann ändert diese Mitteilung an den ursprünglichen Gefühlen erst einmal nichts.

**Ad 2:** Wenn Sie eine Grenze ziehen wollen, dann bedeutet das in der Regel, dass die Sache nicht noch einmal passieren soll. Oder jemand hat Grenzen überschritten, von denen Sie zuvor nicht wussten, dass sie da sind. In diesen Fällen bedeutet das Gespräch, die Grenze für zukünftige Situationen deutlich zu machen. Sie teilen dem Anderen mit, wo in Zukunft die Grenze ist – und das war's. Auch hier muss es keine Entschuldigung geben.

**Ad 3:** Wenn die Beziehung zum „Problemverursacher“ beinhaltet, dass Sie seine Aktionen oder sein Verhalten beeinflussen dürfen, dann tun Sie das – ohne dabei Dampf abzulassen. Wenn ein Schüler oder Klient zum Beispiel Regeln verletzt hat, dann weisen Sie ihn darauf hin. Ein gutes „Regelwerk“ beinhaltet immer auch eine Konsequenz für das Nichteinhalten von Regeln. Wer Vertraulichkeiten aus einer Beratungsgruppe ausplaudert, kann von dieser ausgeschlossen werden. In der Schule gibt es eine klare „Eskalation“: vom mündlichen Tadel über einen Klassenbucheintrag zu Sozialstunden oder dem Ausschluss von Klassenaktivitäten.

**Wie führe ich ein Problemlösungsgespräch?**

Schließen Sie eine Vereinbarung mit Ihrem Gegenüber, dass Sie ein Gespräch führen wollen. Den Schüler auf dem Flur anzusprechen oder den Klienten aus der Beratungsgruppe zu bitten, nach dem Ende der Gruppenstunde noch etwas zu bleiben, sind keine Vereinbarungen. Fragen Sie nach einem für beide Seiten passenden Termin und nennen Sie ein Stichwort für das Gespräch, ohne bereits in die Klärung einzusteigen. Bereiten Sie sich auf das Gespräch vor.

**Die Drei-Schritt-Strategie**

**1. Wahrnehmung mitteilen**

Benennen Sie das problematische Verhalten, indem Sie Ihre Wahrnehmungen mitteilen. Beschreiben Sie das problematische Verhalten Ihres Gegenübers mit Daten, Fakten und Informationen so konkret wie möglich.

**2. Bedeutung und Folgen zeigen**

Machen Sie klar, welche Bedeutung das Verhalten für Sie hat. Benennen Sie dabei – je nach Situation – die menschlichen, fachlichen oder organisatorischen Folgen.

**3. Das Anliegen formulieren**

Machen Sie konkret und spezifisch deutlich, was Sie zur Lösung des Problems von der anderen Person erwarten – als Bitte, Wunsch, Erwartung, Forderung oder Anweisung.

**Übersicht 1** zeigt Beispiele dazu.

Weitere Techniken können Sie nach Bedarf anwenden.

**Eine Stellungnahme des Gegenübers einholen**

Schon der Volksmund sagt: „Jede Medaille hat zwei Seiten.“ Daher ist es in einem Problemlösungsgespräch wichtig, den Anderen zu hören. Wie sieht seine oder ihre Welt aus? Was hat er oder sie erlebt? Und was kann er nicht wissen oder nachvollziehen? Es kann sein, dass das Problem für den Anderen gar nicht existiert oder weniger bedeutsam ist als für Sie. Vielleicht scheint das Problem für Ihr Gegenüber auch nicht lösbar zu sein oder Sie sind „schuld“. Dann brauchen Sie andere Ansätze als ein normales Problemlösungsgespräch. Warten Sie zum Beispiel, bis sich die Situation wiederholt oder ähnlich auftritt und sprechen Sie Ihr Gegenüber direkt darauf an. Manchmal hilft es auch, das Problem ruhen

zu lassen und zu warten, ob es wieder auftaucht. In beiden Fällen können Sie eine konkrete Vereinbarung mit Ihrem Gegenüber treffen.

**Unterschiedliche Wahrnehmungen klären**

Wenn Ihr Gegenüber und Sie die Situation unterschiedlich erleben, ist das normal. Solange die Bereitschaft zur Problemlösung da ist, werden Sie vorankommen. Wenn ein Schüler beispielsweise meint, er habe die Regeln eingehalten, Sie aber anderer Meinung sind, könnten Sie vereinbaren, dass Sie beim nächsten „Fall“ den Schüler sofort ansprechen.

**Problembewusstsein fördern**

Sollten Sie den Eindruck gewinnen, Ihr Gegenüber verstehe gar nicht, was Sie meinen, lässt sich sein Verständnis mit folgenden Techniken fördern:

**Übersicht 1: Drei-Schritt-Strategie zum Ansprechen eines Problems**

Beispiele	Warum will ich ein Problem ansprechen?		
	Weil ich emotional betroffen bin	Weil es zu meiner Rolle gehört	Weil das Problem in einer gemeinsamen Aufgabe entstanden ist
<b>1. Wahrnehmung mitteilen</b>	Lehrer zum Schüler: Ich habe gehört, dass es in Facebook Fotos von mir aus meinem Unterricht gebe. Die Fotos wurden kommentiert, mein Unterricht sei zum Einschlafen. Das war zwar in einer Gruppe in Facebook, bei der ich nicht Mitglied bin. Schüler haben sich auf dem Schulhof darüber lustig gemacht und dadurch habe ich davon erfahren. Meines Wissens bist du der Administrator dieser Gruppe.	Lehrer zum Schüler: Am Schuljahresbeginn haben wir in der Klassenlehrerstunde vereinbart, dass zwei Schülern – nach dem Alphabet – die Reinigung des Klassenraums übernehmen. Ich habe gestern und heute den Raum sehr schmutzig vorgefunden. Die Stühle waren nicht hochgestellt und die Abfalleimer voll. Nach meiner Liste warst du an der Reihe.	Berater zum Kollegen: Für die letzte Beratungsstunde hatten wir nach meiner Erinnerung abgesprochen, dass wir die Themen aufteilen. Mir fehlte deine Vorbereitung zu den Gruppenregeln.
<b>2. Bedeutung und Folgen zeigen</b>	Die Art und Weise, wie mein Unterricht dargestellt wird, hat mich verletzt. Es ist normal, dass Schüler Kritik am Unterricht haben. Aber ich möchte darauf reagieren können.	Wenn die Stühle nicht auf den Tischen sind, können die Putzfrauen nicht auf und unter den Tischen wischen. Gerade bei Regen werden die Schultaschen schmutzig. Der Müll in den Abfalleimern stinkt über Nacht und am nächsten Morgen riecht es unangenehm im Klassenraum.	Das hat mich sehr geärgert. In der neuen Gruppe dauerte es viel länger, bis die Gruppenregeln vereinbart waren. Deshalb konnten wir am ersten Abend die Planung für die nächsten Treffen nicht abschließen.
<b>3. Das Anliegen formulieren</b>	Bitte lösche die Bilder und Kommentare aus der Gruppe. Ich werde in der nächsten Stunde mit deiner Klasse über den Unterrichtsstil sprechen.	Bitte stelle sicher, dass ihr, du und dein Klassenkamerad, euch absprecht und mindestens einer von euch den Reinigungsdienst auf alle Fälle macht.	Bitte informiere mich nächstes Mal frühzeitig, wenn du eine Absprache nicht einhalten kannst.

Danach kann das Gegenüber seine Sichtweise darstellen.

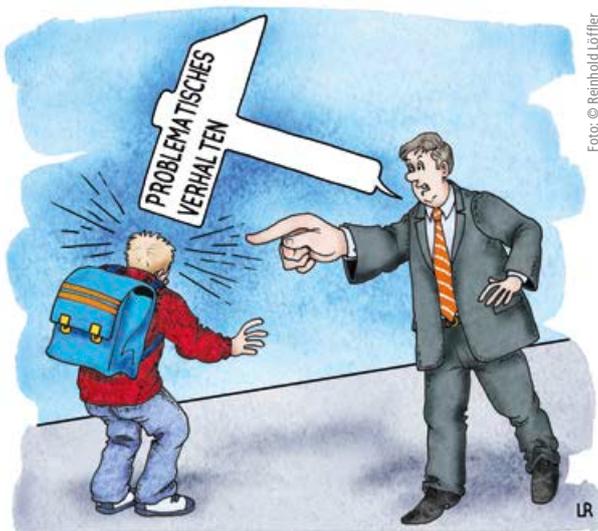


Foto: © Reinhold Löffler

So nicht! Für ein konstruktives Gespräch ist auch der passende Rahmen bezüglich Ort und Zeit wichtig.

### ■ Das Problem ein weiteres Mal beschreiben

Benennen Sie sachlich und ohne Wertung, was aus Ihrer Sicht das Problem ist. Falls Sie damit nicht „ankommen“, ist das vielleicht auch ein Zeichen dafür, noch einmal in die Selbstprüfung zu gehen und das Gespräch zu vertagen.

### ■ Eine Identifikation anbieten

Als Lehrer könnten Sie dem Schüler anbieten: „Als Schüler würde ich mich gestört fühlen, wenn jemand während einer Gruppenarbeit laut Musik hört.“

### ■ Zum Perspektivwechsel auffordern

Als Mitglied in einer Beratungsgruppe könnten Sie als Berater anbieten: „Wie würden es Ihnen gehen, wenn Sie im Supermarkt von einer Nachbarin auf Ihre Teilnahme in einer Adipositas-Gruppe angesprochen würden?“

### ■ Eine Interpretation des Verhaltens anbieten

Bieten Sie wertschätzend eine mögliche positive Interpretation für das Verhalten des Anderen an. Für den Schüler könnte das so aussehen: „Ich vermute, dass du etwas gute Laune in die Gruppenarbeit hineinbringen wolltest?“ Für das Mitglied der Beratungsgruppe könnte gelten: „Ich könnte mir vorstellen, dass Sie begeistert von der Gruppe erzählt haben und Ihnen der Name eines Mitglieds herausgerutscht ist?“ So schaffen Sie eine andere, positive Gesprächsgrundlage.

### ■ Unausgesprochene Aussagen offen legen

Hinter der Abwehr in einem Problemlösungsgespräch könnte eine noch nicht ausgesprochene Aussage stecken. Für den Schüler könnte sie lauten: „Heißt das, dass die Gruppenarbeit aus deiner Sicht langweilig und nutzlos war?“ Für den Klienten in der Adipositas-Gruppe könnte das sein: „Möchten Sie vielleicht sagen, dass die Vereinbarung zur Vertraulichkeit für Sie nicht passt?“ Vielleicht können Sie danach über die tatsächlichen Sichtweisen des Anderen sprechen. Damit sind Sie in der Problemlösung einen Schritt weiter.

### ■ Mögliche Konsequenzen aufzeigen

Das haben Sie für sich in der Selbstprüfung schon geklärt. Was passiert, wenn das Gegenüber zu keiner Lösung mit Ihnen kommt? Sprechen Sie das offen an: „Bei einer nächsten Gruppenarbeit in der Klasse wirst du alleine arbeiten. Dann sind die anderen nicht durch deine Musik beeinträchtigt“. Und für den Klienten könnte es so lauten: „Wir werden beim nächsten Gruppentreffen die Vereinbarungen zur Vertraulichkeit mit allen besprechen. Wenn Sie die Anderen nicht von Ihrer Meinung überzeugen können, müssen Sie die Gruppe verlassen.“ Wichtig ist, dass die angekündigten Konsequenzen dann auch eintreten.

### Ein festgefahrenes Gespräch abrechnen

Wenn sich das Gespräch im Kreis dreht, dann ist es gut, dieses zu vertagen. Vereinbaren Sie, wann Sie und Ihr Gegenüber wieder in Kontakt treten. Oder machen Sie deutlich, was der Andere tun sollte, damit das Gespräch weitergehen kann.

### Erwartungen äußern oder Anweisungen geben

Je nach dem in welcher Rollenkonstellation Sie sind, ist es Ihre Aufgabe, eine klare Anweisung zu geben. Zum Schüler können Sie sagen: „Ich erwarte, dass du in der nächsten Gruppenarbeit dein Handy auslässt“. Und zum Klienten: „Ich erwarte von Ihnen, dass Sie sich ab jetzt an die Vereinbarungen zur Vertraulichkeit halten.“ Seien Sie in Ihren Aussagen und in Ihrer Körpersprache konsequent und bestimmt. Achten Sie aber darauf, innerhalb des Auftrags Ihrer Rolle zu bleiben.

### Bilanz ziehen

Ein Problemlösungsgespräch zielt auf die Veränderung von Bisherigem ab. Damit die neuen Vereinbarungen nicht der Anlass neuer Probleme sind, ist es wichtig, am Ende Bilanz zu ziehen. Wenn Sie im Gespräch zu einer Lösung gekommen sind, fassen Sie diese noch einmal zusammen. Sagen Sie deutlich, wer was für die Lösung tun wird. Wenn es noch offene Punkte gibt, benennen Sie auch diese. Wenn es noch Ungeklärtes gibt, dann zeigen Sie das ebenfalls auf. Bitten Sie auch Ihr Gegenüber um eine Zusammenfassung. So können Sie Missverständnisse gleich erkennen. Wenn es zu Ihrer Rollenkonstellation passt, verschriftlichen Sie die Lösung. Die Techniken der Autoren Gührs und Nowak sind hier „pur“ dargestellt, ohne den Bezug zur Transaktionsanalyse. Wem die Ansätze der Autoren gefallen, kann weiterlesen.

Zum Weiterlesen:

Gührs M, Nowak C: Das konstruktive Gespräch – Ein Leitfaden für Beratung, Unterricht und Mitarbeiterführung mit Konzepten der Transaktionsanalyse. 6. Auflage, Verlag Christa Limmer, Meezen, 2006, ISBN 3-928922-00-9

#### Die Autorin

Christine Maurer, seit 1992 selbstständig, arbeitet im Bereich Training, Beratung und Coaching. Sie ist Industriefachwirtin, Therapeutin und Supervisorin.

Christine Maurer  
cope OHG  
Postfach 1282, 64630 Heppenheim  
christine.maurer@cope.de





## Ernährung im Fokus bietet Ihnen 6 x im Jahr

- Aktuelles aus der Lebensmittelpraxis
- Ernährungsmedizin und Diätetik
- Ernährungsbildung und Kompetenzentwicklung
- Methodik und Didaktik der Ernährungsberatung
- Esskultur und Ernährungskommunikation
- Aktuelle Ernährungsstudien ...

## Sie haben die Wahl!

### 1 Print-Online-Abo

24,00 €/Jahr

- Sechs Ausgaben per Post
- Im Archiv alle Ausgaben online – kostenfrei!!
- Anmelden und Benachrichtigungsservice nutzen [www.aid.de/newsletter](http://www.aid.de/newsletter)

### 2 Online-Abo

20,00 €/Jahr

- Sechs Ausgaben zum Download
- Im Archiv alle Ausgaben online – kostenfrei!
- Anmelden und Benachrichtigungsservice nutzen [www.aid.de/newsletter](http://www.aid.de/newsletter)

### 3 Ermäßigtes Online-Abo

10,00 €/Jahr

#### für Schüler, Studenten und Auszubildende

- Sechs Ausgaben zum Download
- Im Archiv alle Ausgaben online – kostenfrei!
- Anmelden und Benachrichtigungsservice nutzen [www.aid.de/newsletter](http://www.aid.de/newsletter)
- Ausbildungsnachweis einreichen

[www.aid-medienshop.de](http://www.aid-medienshop.de)



### Mein Abo<sup>1</sup>

- Ja**, ich möchte das **Print-Online-Abo** mit sechs Heften der Zeitschrift *Ernährung im Fokus* und der Downloadmöglichkeit der PDF-Dateien für 24,00 € im Jahr inkl. Versand und MwSt.
- Ja**, ich möchte das **Online-Abo** mit sechs Ausgaben der Zeitschrift *Ernährung im Fokus* zum Download für 20,00 € im Jahr inkl. MwSt.\*
- Ja**, ich möchte das **Online-Abo für Schüler, Studenten und Auszubildende** mit sechs Ausgaben der Zeitschrift *Ernährung im Fokus* zum Download für 10,00 € im Jahr inkl. MwSt. Einen Nachweis reiche ich per Post, Fax oder Mailanhang beim aid-Vertrieb IBRo<sup>2</sup> ein.

Name/Vorname

Beruf

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

Datum/Unterschrift

### Geschenk-Abo<sup>1</sup>

Ich möchte das angekreuzte Abo\* verschenken an:

Name/Vorname des Beschenkten

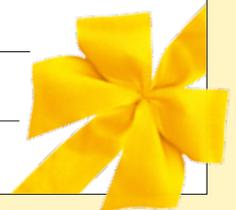
Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

Datum/Unterschrift

Rechnung bitte an nebenstehende Anschrift senden.



<sup>1</sup> Ihr Abo gilt für ein Jahr und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, falls es nicht mindestens drei Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird. Die Lieferung beginnt im Folgemonat nach Bestelleingang, falls nicht anders gewünscht. Die Bezahlung erfolgt per Paypal, Lastschrift oder gegen Rechnung.

Diese Bestellung können Sie innerhalb einer Woche schriftlich widerrufen.

<sup>2</sup> aid-Vertrieb c/o IBRo Versandservice GmbH, Kastanienweg 1, 18184 Roggentin  
Telefon: +49 (0)38204 66544, Fax: +49 (0)38204 66992, 0228 8499-200  
E-Mail: [abo@aid.de](mailto:abo@aid.de), Internet: [www.aid-medienshop.de](http://www.aid-medienshop.de)

Annalena Wall

# Betriebliche Gesundheitsförderung – Ein Beispiel aus der Praxis

Gesunde und motivierte Mitarbeiter sind das wertvollste Gut eines Unternehmens. In diesem Sinne hat der aid infodienst e. V. in Bonn die hausinterne Arbeitsgruppe Betriebliche Gesundheitsförderung gegründet. In Folge einer Mitarbeiterbefragung wurden vier Maßnahmen umgesetzt, zwei davon sind bereits evaluiert.

Gerade Büroarbeit mit langem Sitzen und Arbeiten am PC führt bei vielen Mitarbeitern zu Rückenschmerzen und Verspannungen. Nach Berichten gesetzlicher Krankenkassen verursachten in den letzten Jahren Muskel- und Skeletterkrankungen, also auch Krankheiten des Rückens und der Wirbelsäule, die meisten Fehltage (BKK Dachverband 2013, DAK-Gesundheit 2013). Aber auch Übergewicht und Adipositas als Folge einer unausgewogenen Ernährung und zu wenig Bewegung sowie psychosoziale Belastungen resultieren oftmals in Leistungseinbußen, verbunden mit Unzufriedenheit und Arbeitsausfällen.

## Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014) definiert Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) so: „Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie der Gesellschaft



zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.“ Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) bildet dabei den Rahmen (**Übersicht 1**). Unter betrieblichem Gesundheitsmanagement versteht man „die Entwicklung integrierter, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und vom Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugutekommen“ (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2014).

## Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Sowohl Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber profitieren von der Betrieblichen Gesundheitsförderung (**Übersicht 2**).

## Best-Practice-Beispiel: Betriebliche Gesundheitsförderung im aid infodienst

Der Betriebsrat zeigte die Rolle und die Handlungsmöglichkeiten einer Betrieblichen Gesundheitsförderung für den aid infodienst auf. Mit Vereinbarungen zu Gleitzeit und Mitarbeitergesprächen sowie der Gründung einer Resonanzgruppe, in der Mitarbeiter aus allen Ebenen auf Augenhöhe miteinander sprechen, setzte der aid infodienst bereits gesundheitsförderliche Maßnahmen um. Im Oktober 2013 fiel die Entscheidung, zusätzlich eine Arbeits-

**Übersicht 1: Die drei Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements**  
(Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2014)

Betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz	Betriebliches Eingliederungsmanagement	Betriebliche Gesundheitsförderung
Für den Arbeitgeber verpflichtend		Freiwilliges Angebot des Arbeitgebers

gruppe zu gründen, die sich gezielt mit Gesundheitsförderung beschäftigen sollte (AG BGF). Interessierte Mitarbeiter fanden sich zusammen und entwickelten in enger Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung, der zuständigen Mitarbeiterin für Arbeitsschutz und dem Betriebsrat entsprechende Maßnahmen.

Um von Anfang an eine starke Mitarbeiterbeteiligung zu gewährleisten, legte die AG den Kollegen fünf konkrete Vorschläge zur Abstimmung vor (**Übersicht 3**).

Für die Durchführung von Gesundheitskursen und Bewegungsangeboten stellte die Geschäftsführung 60 Minuten Arbeitszeit pro Woche zur Verfügung. Um den Mitarbeitern Informationen zu den durchgeführten Maßnahmen zugänglich zu machen, richtete die AG einen Ordner im Intranet ein.

### ■ Bewegungspause

Mit dem Ziel, Verspannungen zu lockern, einen körperlichen und geistigen Ausgleich zu schaffen, das Gemeinschaftsgefühl zu stärken, ein gemeinsames Gruppenerlebnis zu schaffen und Abwechslung in den Arbeitsalltag zu bringen, bietet die AG BGF seit Anfang 2014 regelmäßig stattfindende Bewegungspausen an. Diese finden in Selbstorganisation zweimal pro Woche zu festgelegten Zeiten statt. Ein Mitarbeiter führt die teilnehmenden Kollegen durch Kräftigungs-, Koordinations-, Dehn- und Lockerungsübungen. Die Bewegungspause dauert durchschnittlich sieben Minuten. Über den Zeitpunkt der Bewegungspausen entschieden die Mitarbeiter per Abfrage. Im Zeitraum Januar 2014 bis Juli 2014 nahmen im Schnitt zehn Personen an den Bewegungspausen teil.

Mittels Fragebogen evaluierte die AG nach zwei Monaten die bis dahin stattgefundenen Bewegungspausen. Alle Mitarbeiter (n=67) fanden die Fragebögen ausgedruckt auf ihrem Schreibtisch und konnten diese nach dem Ausfüllen anonym in einen dafür vorgesehenen Karton werfen. 45 Mitarbeiter gaben ihren Fragebogen ab – die Response-Quote lag damit bei 71 Prozent. Die Befragung ergab, dass insgesamt 33 Personen an den Bewe-

**Übersicht 2: Vorteile der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Bundesministerium für Gesundheit 2014)**

Arbeitgeber	Arbeitnehmer
Sicherung der Leistungsfähigkeit aller Mitarbeiter	Verbesserung des Gesundheitszustandes und Senkung gesundheitlicher Risiken
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung der Motivation durch Stärkung der Identifikation mit dem Unternehmen</li> <li>• Kostensenkung durch weniger Krankheits- und Produktionsausfälle</li> <li>• Steigerung der Produktivität und Qualität</li> <li>• Imageaufwertung des Unternehmens</li> <li>• Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzierung der Arztbesuche</li> <li>• Verbesserung der gesundheitlichen Bedingungen im Unternehmen</li> <li>• Verringerung von Belastungen</li> <li>• Verbesserung der Lebensqualität</li> <li>• Erhaltung und/oder Zunahme der eigenen Leistungsfähigkeit</li> <li>• Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und Verbesserung des Betriebsklimas</li> <li>• Mitgestaltung des Arbeitsplatzes und des Arbeitsablaufs</li> </ul>

**Übersicht 3: Vorgeschlagene Maßnahmen der AG Betriebliche Gesundheitsförderung im aid und Anzahl der Mitarbeiter, die sich für die entsprechende Maßnahme eingetragen haben. Mehrfachnennungen möglich.**

Maßnahme	Anzahl Mitarbeiter [n=67]
Kurs zur Rückenschule	37
Bewegungspausen	32
Stressbewältigungsseminar	15
Organisation einer Mittagsverpflegung	13
Einbau einer Dusche	11

gungspausen teilgenommen hatten. Vor allem nicht beeinflussbare Faktoren wie Termine und Urlaub hinderten die Mitarbeiter daran, an den Bewegungspausen teilzunehmen. 97 Prozent der Befragten fanden die Bewegungspausen gut oder sehr gut. 40 von 67 Mitarbeitern sprachen sich dafür aus, diese Maßnahme weiterhin anzubieten. Die Mehrheit der Befragten wünschte sich, dass die Bewegungspause zweimal pro Woche stattfindet. Den Schwierigkeitsgrad empfand der Großteil der Befragten als genau richtig. 82 Prozent würden gerne per Mail über neue Termine informiert werden. Die Befragung wies positive Effekte auf die Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter aus (**Abb. 1**). 80 Prozent der Befragten motivierte die Bewegungspause für die Arbeit, 66 Prozent konnten „den Kopf frei bekommen“ und fühlten sich danach konzentrierter. Das zeigten auch die Antworten auf die offene Frage „Was hat Ihnen an der Bewegungspause besonders gut gefallen?“ (**Übersicht 4**).

Die Frage „Was hat Ihnen nicht so gut gefallen, was gibt es noch zu

verbessern oder was wünschen Sie sich?“ machte den Wunsch nach regelmäßigen Terminen, gerne auch mit Musik, deutlich.

### ■ Stressbewältigungsseminar

Hektik, wachsende Anforderungen und zunehmender Termindruck beeinflussen den Alltag vieler Menschen negativ. Das Stressbewältigungsseminar bot den Mitarbeitern einen Einblick in die körperlichen Abläufe bei Stress und beleuchtete die unterschiedlichen Einflussfaktoren. Anhand verschiedener Themenblöcke, zum Beispiel zur Achtsamkeit, erarbeiteten die Mitarbeiter Möglichkeiten, bestimmte Verhaltensweisen zu ändern, und lernten Übungen kennen, um in Zukunft besser mit dem eigenen Stress umgehen zu können. Der Kurs fand einmal wöchentlich über sieben Wochen statt, eine Einheit dauerte 45 Minuten. Der aid infodienst konnte das Seminar kostenfrei anbieten, da die Durchführung eine zu dieser Zeit beim aid beschäftigte Praktikantin mit entsprechender Qualifikation übernahm. An dem Kurs nahmen 15 Mitarbeiter teil.

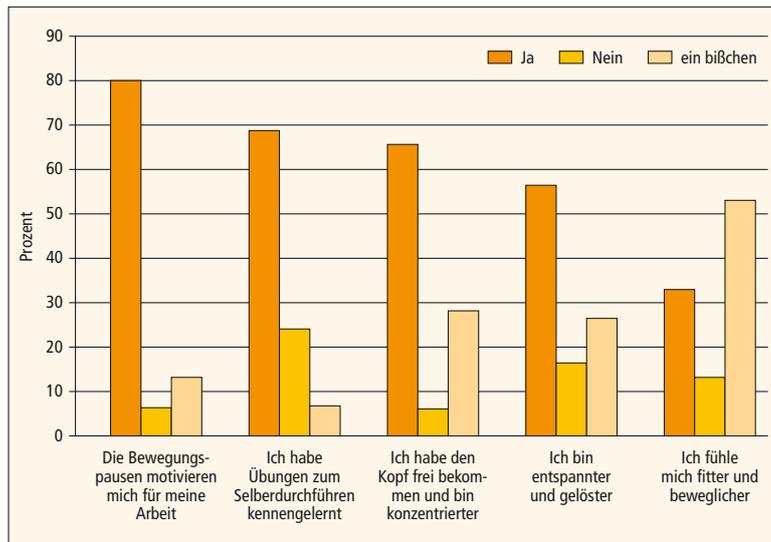


Abbildung 1:  
Positive Effekte der  
Bewegungspausen

#### Übersicht 4: Auswahl an Antworten auf die Frage „Was hat Ihnen an der Bewegungspause besonders gut gefallen?“

- Übungen zu sehen, die am Arbeitsplatz einfach bei Bedarf durchzuführen sind
- Ich habe gelernt, wie sinnvoll eine kurze Arbeitsunterbrechung ist und wie positiv sich das auf Konzentration und Kreativität auswirkt
- Es ist für mich ein hilfreicher „Zwang“ kurz innezuhalten, um neue Kraft zu schöpfen, das tue ich sonst nicht, sondern arbeite komplett durch
- Man war danach gelockert und entspannt
- Nicht nur die Lockerungsübungen, auch der Spaß hat sehr zur Entspannung und „Kopf frei bekommen“ beigetragen
- Die gute Stimmung fördert ein positives Arbeitsklima
- Das Zusammenkommen
- Das unkomplizierte Miteinander

Parallel zur Evaluation der Bewegungspause erhielten die Teilnehmer des Seminars einen Extra-Fragebogen. Zwölf der 15 Teilnehmer nahmen an der Befragung teil. Das entspricht einer Response-Quote von 80 Prozent. Der Großteil der Befragten hatte das Gefühl, nach dem Seminar besser mit Stress umgehen zu können, und hatte ein höheres Bewusstsein für Stress und seine vielen Facetten. 92 Prozent der Befragten hat das Seminar insgesamt sehr gut oder gut gefallen. Alle Teilnehmer sprachen sich dafür aus, ein solches Seminar zu wiederholen. Gut die Hälfte der Befragten wünschte sich sowohl theoretische Grundlagen als auch Entspannungsübungen als Inhalte des Seminars. 42 Prozent würden eine Fokussierung auf Entspannungsübungen vorziehen.

#### ■ Rückenschule

Nicht nur die Schreibtischarbeit und das lange Sitzen am Computer verursachen oftmals Rückenprobleme. Zusätzlich verstärken psychologische

Belastungen wie zum Beispiel Konflikte am Arbeitsplatz und Stress die Beschwerden. Daher organisierte die AG BGF in Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse einen Rückenkurs. Dieser fand von April bis Juli in den Räumlichkeiten des aid statt und umfasste zehn Einheiten à 45 Minuten. Das ganzheitliche Bewegungsprogramm dient der Reduzierung rüchenspezifischer gesundheitlicher Risiken und richtet sich an gesunde Personen im Alter von 20 bis 55 Jahren. Um das Erlernte zu Hause wiederholen und weiterführen zu können, erhielten die Teilnehmer ein Skript. An dem ersten Kurs nahmen 18 Mitarbeiter des aid teil. Im September 2014 fand für die restlichen 15 Interessenten derselbe Kurs noch einmal statt. Die Rückenschule war für die aid-Mitarbeiter kostenfrei.

#### ■ Organisation einer Mittagsverpflegung

Neben der Bewegung ist auch die Ernährung ein wichtiger Bestandteil der Betrieblichen Gesundheitsför-

derung. Da für die aid-Mitarbeiter keine Kantine oder Mensa zur Verfügung steht, entstand die Idee, ein warmes Mittagessen ins Büro liefern zu lassen. Ziel war, nicht nur ein Essen anzubieten, sondern auch einen Anreiz zu schaffen, sich für das Essen Zeit zu nehmen und es gemeinsam mit den Kollegen einzunehmen. Da nur 13 Mitarbeiter an diesem Vorschlag Interesse hatten, ließ sich die Idee, einen Caterer zu engagieren, nicht umsetzen. Dafür hätten dreibis viermal pro Woche 20 Essen abgenommen werden müssen. Um Alternativen zu sondieren, lud die AG die Interessenten zeitnah zu einem gemeinsamen Termin ein. Die Gruppe entschied, einmal pro Woche eine Sammelbestellung bei nahegelegenen Restaurants aufzugeben. Im Wechsel kümmern sich zwei der Gruppenmitglieder um die Organisation der Mittagsmahlzeit. Sie laden alle aid-Mitarbeiter per Mail ein, aus der entsprechenden, eingescannten Speisekarte zu wählen und sich in eine Liste einzutragen. Nach der Lieferung essen alle gemeinsam in einem der Besprechungsräume. Im Schnitt nehmen acht Mitarbeiter das Angebot wahr.

#### ■ Einbau einer Dusche

Um den Mitarbeitern sportliche Betätigung vor der Arbeit oder während der Mittagspause zu erleichtern, entstand die Idee zum Einbau einer Dusche. Die Möglichkeit, sich nach dem Joggen oder Radfahren frisch zu machen, könnte Sport treibende Mitarbeiter unterstützen und noch nicht aktive Mitarbeiter zum Sport motivieren. Im Gegensatz zu den anderen Maßnahmen wäre hier der organisatorische Aufwand weit aus größer. Die Abfrage zeigte das Interesse von elf Mitarbeitern an einer Dusche.

Die Umsetzung der Idee ist noch nicht erfolgt. Hier sind weitere Informationen nötig, auch, um den Nutzen gegen die Kosten abzuwägen.

#### ■ Feedback und Verstetigung

Die Einführung der Betrieblichen Gesundheitsförderung im aid ist bei den Mitarbeitern auf große Zustimmung gestoßen. Das ist an den Ergebnissen der Evaluation und an persönlichen Gesprächen deutlich erkenn-

bar. Die positive Wirkung auf das Arbeitsklima hoben die Mitarbeiter besonders hervor.

Die Bewegungspausen finden jetzt bereits seit Januar 2014 zweimal pro Woche immer zur gleichen Uhrzeit statt. Auch die Anregung, die Bewegungspausen mit Musik zu begleiten, wurde aufgenommen. Wechselnde „Kursleiter“ sorgen für Abwechslung und die Aufteilung von Arbeit und Verantwortung auf mehrere Schultern. Schön zu beobachten ist, dass sich mit der Zeit immer mehr Kollegen freiwillig gemeldet haben, um eine Bewegungspause anzuleiten. So ließen sich unter anderem die Elemente Kräftigung, Rückenschule, Koordination und Tai Chi kombinieren. Es hat sich gezeigt, dass die Bewegungspause im Ausnahmefall auch ohne vorgesehenen Leiter stattfinden kann. Die Gruppe organisiert sich dann selbst. Für die Bewegungspause spricht, dass sie ohne viel Aufwand und ohne Kosten zu bewerkstelligen ist. Ziel ist weiterhin, die Bewegungspause in den Arbeitsalltag zu integrieren und weiterzuentwickeln.

Viel positives Feedback erhielt die AG BGF auch zur Rückenschule. Idealerweise sollte diese regelmäßig angeboten werden. In diesem Fall müsste allerdings die Finanzierung gesichert sein. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden nach Paragraph 3 Nummer 34 des Einkommenssteuergesetzes unterstützt. „[...] 500 Euro kann ein Unternehmen pro Mitarbeiter und Jahr [...] lohnsteuerfrei für Maßnahmen der Gesundheitsförderung investieren.“ (*Bundesministerium für Gesundheit 2013*). Möglich wäre auch, dass sich die Mitarbeiter finanziell beteiligen. Die Durchführung in den Räumlichkeiten des aid und die Dauer der Einheiten mit 45 Minuten haben sich bewährt.

### ■ Ausblick

In Zukunft will sich die AG zusätzlich dem Thema „Psychische Belastungen“ widmen. Nach den Muskel- und Skeletterkrankungen sind psychische Erkrankungen die zweithäufigste Ursache für Krankentage (*BKK Dachverband 2013; DAK-Gesundheit 2013*). Von insgesamt 522 Millionen Arbeitsunfähig-



Foto: © aid

Mitarbeiter in der Rückenschule

keitstagen entfielen 60 Millionen (11,4 %) auf psychische- und Verhaltensstörungen (*Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013*). Grund dafür können veränderte psychische Belastungen am Arbeitsplatz, etwa durch Zeitdruck und/oder die neuen Kommunikationstechnologien sein oder auch ein neues Verständnis für diese Krankheitsbilder in der Gesellschaft.

### ■ Fazit

Es wird sich zeigen, wie sich die Betriebliche Gesundheitsförderung im aid weiterentwickeln wird, aber die ersten Schritte sind getan. Die Aktionen und das Engagement der AG sind auf große Zustimmung bei den Mitarbeitern gestoßen. Interesse und Sensibilität für die Gesundheit am Arbeitsplatz sind sowohl bei den Mitarbeitern als auch auf der Führungsebene gewachsen. Die Betriebliche Gesundheitsförderung ist daher unbedingt als Bereicherung des Arbeitsalltags zu werten.

### Literatur

Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/steuerliche-vorteile.html> (2013)

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): [www.bmg.bund.de/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/vorteile.html](http://www.bmg.bund.de/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/vorteile.html) (2014)

BKK Dachverband (Hrsg.): <http://www.bkk-dachverband.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/artikel/bkk-gesundheitsreport-2013-rueckenschmerzen-sorgen-fuer-meiste-ausfalltage-krankenstand-2013-steig/> (2013)

DAK-Gesundheit (Hrsg.): DAK-Gesundheitsreport 2013. Hamburg (2013); [http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger\\_bundesweiter\\_Gesundheitsreport\\_2013-1318306.pdf](http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf)

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Gesunde Mitarbeiter – gesundes Unternehmen – Eine Handlungshilfe für das Betriebliche Gesundheitsmanagement (2014); <http://psyga.info/ueber-psyga/materialien/handlungshilfe-bgm/>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2012 – Unfallverhütungsbericht Arbeit, Dortmund (2013); [http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2012.html;jsessionid=DB5CCCAF7E12AE92D80DB83E586B2BC4.1\\_cid380](http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2012.html;jsessionid=DB5CCCAF7E12AE92D80DB83E586B2BC4.1_cid380)

### Die Autorin

Annalena Wall hat nach dem Masterstudium „Public Health Nutrition“ an der Hochschule Fulda beim aid infodienst e. V. in der Redaktion Ernährung und im Bereich Presse und Marketing gearbeitet. Sie war Mitbegründerin der AG Betriebliche Gesundheitsförderung. Nach ihrer Tätigkeit im Bereich Wissenstransfer der Dr. Rainer Wild-Stiftung arbeitet sie heute als freie Autorin.

Annalena Wall  
[annalena.wall@hotmail.com](mailto:annalena.wall@hotmail.com)



Stephanie Rieder-Hintze

# Arabisch, ein wenig französisch und enorm vielfältig: Libanon

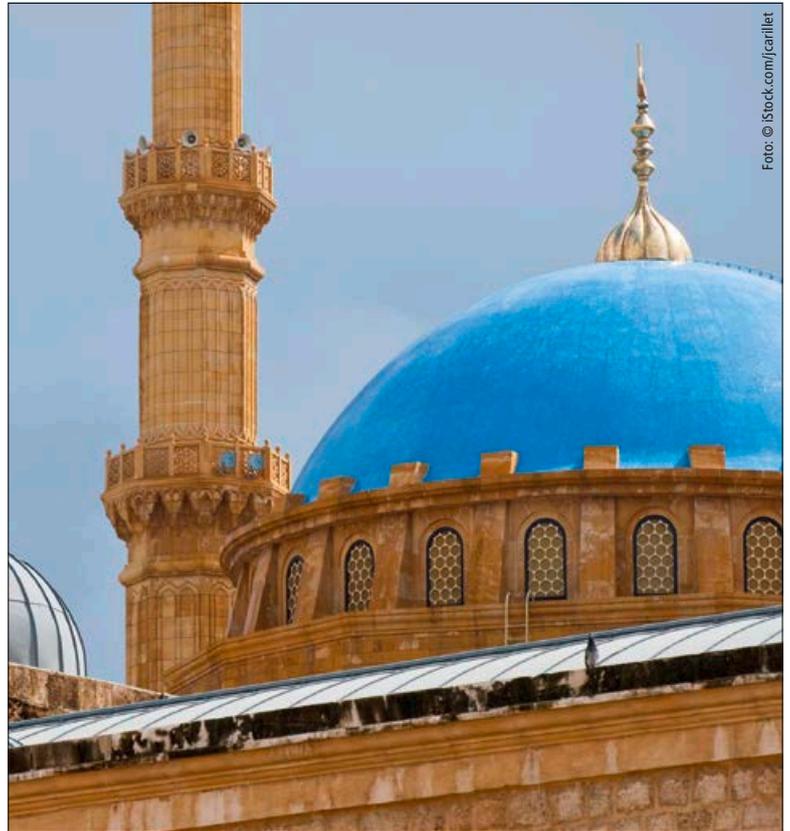


Foto: © iStock.com/jcanillet

Croissants, Reis, Minze, Lammhack, Nüsse, Butterschmalz, Joghurt und Baklava – so bunt und von unterschiedlicher Herkunft wie diese Zutaten und Speisen sind, ist auch die Esskultur des Landes, in dem sie alle gleichberechtigt ihren Platz haben: der Libanon. Knapp sechs Millionen Einwohner hat das Land heute; mehr als zwei Millionen von ihnen leben in der Hauptstadt Beirut. Aber man geht davon aus, dass mindestens ebenso viele Menschen libanesischer Abstammung überall in der Welt verstreut ihre Heimat gefunden haben; vermutlich sogar noch mehr. Und so ist die libanesischer Esskultur weltweit verbreitet; zu finden in spezialisierten Restaurants, aber auch in zahlreichen Familien rund um den Globus. Die kulinarischen Übergänge zu den Nachbarländern sind fließend, auch wenn die libanesischer Küche als die feinste und abwechs-

lungsreichste in der arabischen Welt gilt. Ob Israel, Jordanien, Syrien, teilweise auch Ägypten und die Türkei – viele Spezialitäten finden sich dort zumindest ähnlich wie im Libanon. Im Libanon gibt es rund zwanzig offiziell anerkannte Religionsgemeinschaften. Schätzungen gehen davon aus, dass heute gut 40 Prozent der Libanesen Christen, der Rest Moslems sind. Das Verhältnis war bis in die 1960er-Jahre genau anders herum. Die vergangenen fünf Jahrzehnte haben das einstige Vorzeigeland („Schweiz des Ostens“) verändert. Bis zum Beginn des langen Bürgerkrieges Mitte der 1970er-Jahre (er endete 1990) hatte der Libanon, seit 1920 französisches Mandatsgebiet, eine hohe Anziehungskraft für Europäer, die hier auch ihre Esskultur(en) pflegten. In der auf den Bürgerkrieg folgenden Besatzungszeit durch Syrien, dessen Ess- und Kochtraditio-

nen auch heute noch eng mit denen des Libanon verwoben sind, sowie in den vergangenen Jahren gelang es dem Land nur ansatzweise, die alte Eleganz und Ausstrahlung wiederzuerlangen.

## Französische Prägung

Dafür hat sich der französische Einfluss nicht nur in Form der Croissants durch alle Turbulenzen gehalten. Französisch gilt als Verkehrs- und Elitesprache des Libanon. Laut Wikipedia sind etwa 40 Prozent der Libanesen frankophon und auch in der (höheren) Bildung spielt Französisch bis heute eine große Rolle. Hauptsprache des Landes ist jedoch Arabisch. Der Blick auf die aktuelle Esskultur zeigt ein harmonisches Miteinander arabisch-orientalischer und französisch-mediterraner Komponenten – Croissants und Fladenbrot passen,

auch im übertragenen Sinn, offenbar recht gut zusammen. Dazu kommt die enorme Vielfalt an Obst und Gemüse. In der fruchtbaren Bekaa-Ebene, jenseits des Gebirges, das sie von der Mittelmeerküste trennt, herrscht Landwirtschaft vor. Allerdings ist hier meist künstliche Bewässerung für den Getreide-, Obst- und Weinanbau sowie die Milchwirtschaft notwendig. Diese Produkte machen einen erheblichen Teil der Exporte des Landes aus.

**Vorspeisen ohne Grenzen**

Fast alle Länder des arabischen Raums sowie die Türkei sind für ihre außergewöhnliche Vielfalt an Vorspeisen bekannt, die Salate, Cremes, Dips, Suppen und kleine Gerichte umfasst. Doch der Libanon toppt alle: Kenner der Region kommen auf

mehrere 100 verschiedene „Mezze“, die es zu entdecken gilt. Die Vorbereitung dieser auf den ersten Blick manchmal eher unscheinbaren Speisen kostet teilweise viel Zeit. Sie kommen in unzähligen kleinen Schüsseln auf den Tisch. Üblicherweise gibt es viel mehr Köstlichkeiten als die Tafelrunde je komplett verzehren könnte, zumal es sich ja erst um die Vorspeisen handelt. Hier kommt die arabische Gastfreundschaft und Großzügigkeit ins Spiel. Was man nicht aufessen kann, reicht man an Nachbarn oder Familienmitglieder weiter.

Eine der bekanntesten Vorspeisen, die es auch in (Süd-)Frankreich gibt, ist das als Petersiliensalat bezeichnete „Tabouleh“. Hauptbestandteil ist Bulgur, vorgekochter und wieder getrockneter Weizen, den es in unterschiedlichen Schrotgraden gibt. Der

deutsche Name irritiert ein wenig, denn neben Petersilie sind es vor allem frische Minze, Zitronensaft und gehackte Lauchzwiebeln, die dem Gericht das besondere Aroma verleihen. Je kühler es serviert wird, umso aromatischer schmeckt es. Das gilt auch für den Arabischen Brotsalat, für den man getoastete Fladenbrotstückchen mit Gurken, Tomaten, Lauchzwiebeln, frischen Kräutern, Endiviensalat, Paprika und Radieschen mischt und mit einer Soße aus Knoblauch, Zitronensaft und Olivenöl vermischt. Ebenfalls beliebt sind Auberginen- und Gurkensalat, beide mit Lauchzwiebeln und Joghurt-Knoblauch-Soße angemacht.

Weitere bekannte Mezze sind: „Hummus“ („pur“, aber auch in Varianten mit Hackfleisch, Pinienkernen und Zimt), gefüllte Weinblätter, Blätterteigtaschen mit Spinat oder

Spezialitäten aus dem Libanon: Mahshi (gefülltes Gemüse), Tahina (Sesamsoße), Hackbällchen, Tee mit süßem Gebäck



Käse, gebratener Löwenzahn sowie „Muhamra“. Walnüsse und Pinenkerne werden dafür feingehackt, Lauchzwiebeln, Radieschen, Knoblauchzehe und Chilischoten kleingeschnitten, alles in Olivenöl erhitzt und mit Chilipfeffer abgeschmeckt. Ein Klassiker sind „Falafel“, die im Libanon und seinen Nachbarländern aus Kichererbsen, in ihrem Herkunftsland Ägypten aus braunen Bohnen geformt werden. Falafel sind eine Vorspeise oder ein Imbissgericht im Fladenbrot mit Salat und Tahinasoße (Sesamsoße). Viele Berufstätige sind für ihr Mittagessen auf Imbissstände mit solchen Angeboten angewiesen. Das gemeinsame Essen in der Familie findet, wenn überhaupt, am Abend statt. Brot ist an jeder liba-

nesischen Tafel von Anfang an dabei. Für die Mezze zum Beispiel bedient sich jeder am Fladenbrot, das dem Aufnehmen von Soßen, Cremes sowie diversen Salaten und anderen Gerichten dient. Brot ist für alle arabischen Küchen weit mehr als eine Beilage; es ist integraler Bestandteil und Basis nahezu jeder Mahlzeit. Zu den Mezze zählen auch Suppen. Im Libanon beliebt ist Joghurtsuppe. Hierfür rührt man Joghurt in eine warme Brühe ein und fügt eine Mehlschwitze hinzu, sodass das Ganze sämig wird. Zur Abrundung kommt frische Minze dazu. Hackbällchen in der Suppe machen diese zu einer vollwertigen warmen Mahlzeit. Auch die ebenfalls beliebte Spinatsuppe enthält meist Hack-

bällchen, die durch Kardamompulver und eine Prise Zimt ihre besondere Würze erhalten.

### Vegetarisch gut

Die libanesische Küche kennt, wie fast alle arabischen Küchen, unzählige vegetarische Gerichte. Das liegt auch daran, dass Fleisch für viele Menschen in diesen Ländern (zu) teuer ist. Folglich gibt es – weder in der bodenständigen Alltagsküche noch an Festtagen – kaum Fleischzubereitungen, die einem europäischen Braten oder Steak vergleichbar wären. Stattdessen sind die meisten Fleischgerichte als Ragout oder aus Hackfleisch zubereitet.

Reis, Linsen, Bohnen, Kichererbsen und Zwiebeln sind vielerorts die (kostengünstige) Grundlage vegetarischer Gerichte, die sich durch die abwechslungsreichen Würzungen und scharfen Soßen verfeinern lassen.

Gemüse wird geschmort, gefüllt oder überbacken. Vor allem gefülltes Gemüse („Mahshi“) ist beliebt: Tomaten, Zucchini, Paprika, Artischocken, Weinblätter, Kartoffeln und sogar Kohlblätter dienen als Hülle für Tomatenpüree, diverse Gewürze und Reis. Schmackhaft sind auch Reis-Fleisch-Füllungen (Rinder- oder Lammhack) mit Minze, Koriander oder Piment sowie Pinienkernen oder Mandeln. Eine libanesische Spezialität ist „Ruz bil khalta“, Reis mit Nüssen und Rosinen. Mit Hackfleisch oder Hühnerleber entsteht ein komplettes Gericht.

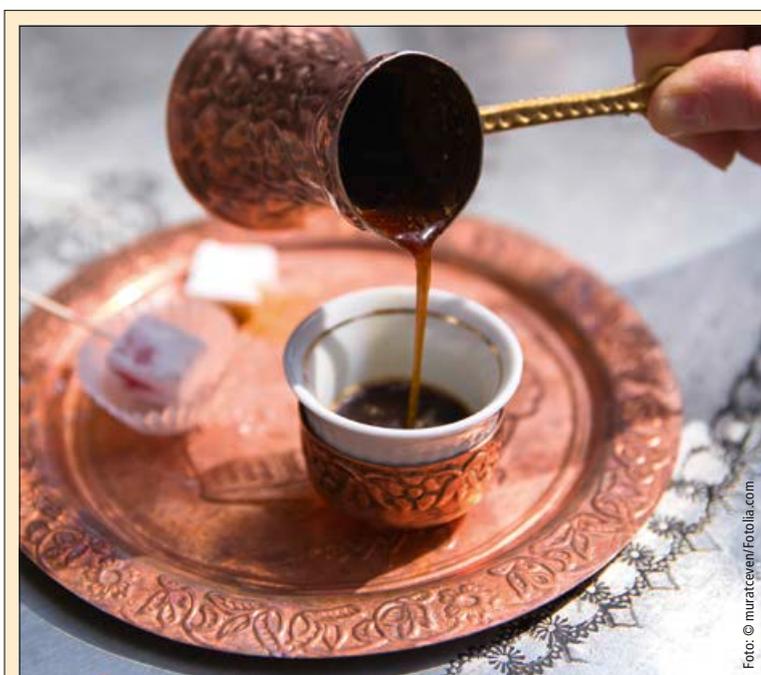


Foto: © muratceven/Fotolia.com

### Kaffee auf Arabisch

Vermutlich stammt Kaffee aus dem heutigen Äthiopien und erreichte von dort etwa im 15. Jahrhundert den Nahen und Mittleren Osten. Europäische Reisende berichteten von dem neuen Getränk, bevor es sich über die Handelsrouten weiter nach Europa verbreitete. Typisch für den Nahen Osten, und damit auch für den Libanon ist bis heute der arabische Kaffee „Ahwa“.

Hierzulande heißt diese Zubereitung „türkischer“ oder „griechischer“ Kaffee. Grundlage ist fein gemahlene, schwarz gebranntes Kaffeepulver, das mit Wasser in einem Kännchen aus Kupfer oder Aluminium, einer „Kanaka“, in mehreren Schritten aufgekocht wird (nur so bildet sich der gewünschte Schaum auf der Oberfläche), und zum Schluss als dicker Satz auf den Boden der Tasse sinkt. Den fertigen Kaffee gießt man ganz vorsichtig in die kleinen Tassen und Gläser. Das geschieht üblicherweise erst am Tisch. Da man wegen des abgesunkenen Kaffeesatzes nicht umrühren sollte, süßt man das Getränk vorher. Im Kaffeehaus sind von „schwarz“ (ohne Zucker) bis „extra“ (sehr süß) unterschiedlichste Varianten zu haben. Im Libanon ist die Zugabe von Kardamon beliebt: Das Gewürz wird gemeinsam mit dem Kaffeepulver in das bereits einmal aufgekochte Wasser gegeben.

### Fisch und Fleisch

Der Libanon hat eine lange Mittelmeerküste, sodass Fisch früher für viele Bewohner ein vergleichsweise günstiger Eiweißlieferant war. Heute sind allerdings deutliche Einschränkungen in Form von Überfischung und durch ökologische Probleme offenkundig.

In der Alltagsküche ist die häufigste Zubereitungsform von Fisch Marinieren mit Zitrone und Anbraten in Olivenöl. Dazu reicht man verschiedene Soßen, zum Beispiel Knoblauchpaste mit frischem Koriander. Außerdem gibt es – wie bei den Gemüsegerichten – Füllungen unterschiedlichster Art, etwa Paprika und

### Auf die Würze kommt es an

Für viele Vorspeisen, aber auch für etliche warme (Haupt-)Gerichte kommen im arabischen Raum Würzmischungen zum Einsatz.

Die bekannte Mischung „Baharat“ gibt es in regional unterschiedlicher Zusammensetzung. Sie kann aus folgenden Zutaten bestehen: Pfeffer (auch als Schote), Paprika, Koriander, Nelken, Kreuzkümmel, Kardamom, Muskatnuss, Zimt, Piment, Ingwer oder Bockshornklee. Das Kochbuch „Die libanesisische Küche“ nennt als für den Libanon notwendige Bestandteile Piment, Zimt, Nelken, Ingwer, Pfeffer, Muskat und Bockshornklee. Dazu kommen aber immer noch – meist großzügig dosiert – frische Kräuter wie Petersilie, Minze oder Koriander.



Foto: © iStock.com/dearandtransparent

Walnüsse; dazu passt Tahinasoße. Auch Fleisch und Geflügel mariniert man für zahlreiche Gerichte. Typisch libanesisch ist geschmortes Lammfleisch mit Zucchini oder Auberginen und Joghurt. Obwohl im Libanon im Vergleich zu anderen arabischen Staaten sehr viele Christen leben, deren Religion den Verzehr von Schweinefleisch nicht verbietet, spielt es in der landestypischen Küche praktisch keine Rolle.

Überall in der arabischen Welt heißen Fleischspieße „Shish kebab“. Sie bestehen meist aus mariniertem Lammfleisch. Die Fleischstücke steckt man abwechselnd mit Zwiebeln, Paprika und Tomaten auf Spieße und grillt sie über Holzkohle oder im Ofen. Diese Spezialität wird eher im Restaurant bestellt. Sie ist kein typisches Alltagsgericht, die Hackfleischspieße „Kofta“ dagegen schon. Dafür wird Rinder- oder Lammhack mit Bulgur vermischt. Eines der beliebtesten Hackfleischgerichte (ebenfalls mit Bulgur gemischt) heißt „Kibbeh“ und ist in verschiedenen Varianten verbreitet: als Auflauf überbacken mit einer Füllung aus Walnüssen oder Pinienkernen, Zwiebeln und Zimt; als gefüllte Bällchen (die sich kalt auch gut als Mezza eignen) sowie als Hackfleischbällchen, die in Joghurt gekocht, anschließend in Knoblauchpaste und Butterschmalz geschwenkt und zum Schluss mit Koriander und Minze gewürzt werden.

„Schawarma“ heißt die Fleischzubereitung (Lamm, Rind, Geflügel), die an die bei uns bekannten Döner Kebabs erinnert: Das Fleisch wird in großen Stücken auf einem Spieß gedreht. Doch es gilt nicht nur als beliebter Imbiss, sondern wird als Geschnetzeltes auch zuhause zubereitet; hier mariniert man das Fleisch vorher, meist mit Zitronensaft und landestypischen Gewürzen.

### Süßes und Flüssiges

Zum Abschluss eines (festlichen) Essens gibt es in vielen arabischen Ländern, auch im Libanon, kein Dessert im mitteleuropäischen Sinn. Stattdessen sind frisches Obst (Orange, Melone, Granatapfel o. ä.), dazu eine Tasse stark gesüßten Schwarz- oder Grüntees üblich. Die Teekultur spielt eine herausragende Rolle. Tee passt immer: Bei der Begrüßung, beim Abschluss eines Geschäfts oder nach dem Essen. Die zahlreichen süßen Leckereien kommen bei der Bewirtung von Gästen zum Einsatz: am

Nachmittag, zwischendurch und besonders gern an Festtagen. An diesen Spezialitäten zeigt sich die bis heute enge Verbundenheit mit der osmanischen Esskultur. Ein Beispiel ist Baklawa. Aromatisiert werden viele Süßigkeiten mit Zitronensaft, Orangenblüten- oder Rosenwasser. Auch Zuckersirup ist allgegenwärtig, etwa bei den typischen Walnusspfannkuchen oder bei „Kunufa“, Teigfäden, die mit zerlassener Butter, Mandeln, Rosinen und Ricotta oder türkischem Joghurt im Ofen überbacken werden. „Awami“ heißt ein in Öl ausgebackenes kleines Hefgebäck, das ebenfalls Zuckersirup als süße Krönung braucht. Außerdem gibt es aromatische Puddings (z. B. mit Aprikosen) oder „Basbousa“, eine Art Grießschnitte, die viel Joghurt und Kokos- oder Mandelraspeln enthält.

*Zum Weiterlesen:*

*Selma Hage: „Die libanesisische Küche“, Verlag Phaidon by Edel (2013)*

#### Die Autorin

Stephanie Rieder-Hintze M. A. ist Journalistin. Nach vielen Jahren in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit einer großen Stiftung arbeitet sie heute als freie Autorin.

Stephanie Rieder-Hintze  
Muffendorfer Hauptstraße 9  
53177 Bonn  
stephanie@rieder-hintze.de



Valerie Böker · Dr. Silya Nannen-Ottens

# Divertikelkrankheit: Primär- und Sekundärprävention mit Ballaststoffen

**Ballaststoffe tragen im Wesentlichen über ihre physikalischen Eigenschaften zur Prävention und Behandlung von Symptomen der Divertikelkrankheit bei. Entgegen früherer Annahmen können Betroffene Nüsse und Samen bedenkenlos verzehren.**

Auch nach Veröffentlichung der S2-Leitlinien bleiben Fragen zur Ernährungstherapie bei Divertikelkrankheit offen. Aufgrund heterogener Datenlage und fehlender Evidenz lässt sich keine verbindliche Aussage bezüglich der Rolle von Ballaststoffen in der Primär- und Sekundärprävention von Kolondivertikeln treffen. Von Patientenseite besteht jedoch nach wie vor ein dringendes Informationsbedürfnis bezüglich der Ernährung.

## Darmassoziierte Effekte von Ballaststoffen

Gemäß der „Urhypothese“ von Neil S. Painter und Denis P. Burkitt liegt die Entstehung von Dickdarmdivertikeln in der vergleichsweise niedrigen Ballaststoffversorgung westlicher Nationen begründet (Painter, Burkitt 1971). Bis heute wird diese in den 1970er-Jahren aufgestellte „Ballaststoff-Hypothese“ kontrovers diskutiert, da sich ein signifikanter Zusammenhang bislang nur im Tierrmodell nachweisen ließ (Fischer et al. 1985). Peery et al. (2012) sprechen sogar von gegenteiligen Effekten einer ballaststoffreichen Kost, da in einer aktuellen Querschnittstudie mit Probanden aus der Health Professionals Study mehrheitlich eine Divertikulose festzustellen war, wenn der Ballaststoffkonsum laut Befragungen im obersten Viertel lag. Trotz großer Kohorte und statistisch signifikanter Ergebnisse reicht eine Studie aber nicht aus, um Ballaststoffe im



Rahmen der Primär- oder Sekundärprävention als kontraindiziert zu bezeichnen. Eine Vielzahl weiterer Studien deutet mehrheitlich auf präventive Effekte hin.

## Methodik und Studienauswahl

Mithilfe einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken Cochrane Library, Science Direct und PubMed wurde die aktuelle Datenlage untersucht und konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet. Berücksichtigung fanden alle relevanten Veröffentlichungen aus dem Zeitraum vom 01.01.2009 bis einschließlich 15.04.2014. Anschließend fand eine Bewertung der Studien nach Evidenzklassen statt. In die engere Auswahl kamen Studien, die mindestens den Evidenzgrad IIb erhielten.

Publikationen, die über Probanden asiatischer Herkunft berichteten, wurden aussortiert. Morphologische Charakteristika und kulturell geprägte Lebensstilfaktoren bringen bei mongolisch stämmigen Popula-

tionen anders als bei kaukasischen Populationen eine rechtsseitig lokalisierte Divertikelkrankheit hervor (Nakaji et al. 2002), wodurch sich falsch-positive oder falsch-negative Schlüsse ziehen lassen könnten. Studien, die sich mit dem Zusammenhang von Probiotikagabe und Divertikelkrankheit beschäftigten, wurden hingegen vereinzelt aufgenommen (jedoch keiner systematischen Bewertung unterzogen), da sie lediglich einen Eindruck aktueller Fragestellungen vermitteln sollten.

## Ballaststoffe in der Primär- und Sekundärprävention

In einer aktuellen Übersichtsarbeit wurde zusammengetragen, inwiefern eine ballaststoffreiche Diät die Symptome einer Divertikelkrankheit verbessern, Komplikationen reduzieren oder Rezidive vermeiden kann (Ünlü et al. 2012). In die Bewertung gingen ausschließlich Studien mit Evidenzgrad 1a ein. Die Studienpopulation bestand aus Erwachsenen mit unkomplizierter Divertikelkrankheit oder in Remission nach akutem

Entzündungsschub. Die Effektivität einer ballaststoffreichen Kost wurde hinsichtlich der Sekundärprävention evaluiert. Unter den Studien befand sich eine dreimonatige Intervention mit Verzehr von Knäckebröten mit hohem (6,7 g) und niedrigem (0,6 g) Ballaststoffgehalt (BS), die eine signifikante Differenz hinsichtlich Auftreten und Intensität von Symptomen und Schmerzen zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zeigte. Die Versuchsgruppe profitierte vom hohen Ballaststoffgehalt durch eine Abschwächung der zuvor berichteten Symptome und Schmerzen (Brodribb 1977). Die zweite RCT-Studie verglich im Crossover-Design vier Monate lang die Anwendung zweier Ballaststoff-Supplemente mit einem Placebo bei 58 Patienten, die an symptomatischer unkomplizierter Divertikelkrankheit (SUDK) litten. Die aktive Intervention umfasste den täglichen Verzehr von kleiehaltigen Knäckebröten (6,99 g BS/d) oder einem Getränk, das Ispaghula-Flohsamen enthielt (9,04 g BS/d). Eine Varianzanalyse offenbarte keine statistisch signifikanten Differenzen zwischen den Versuchs- und Kontrollgruppen hinsichtlich der erhobenen Parameter. Wie die Autoren erwarteten, stiegen bei aktiver Intervention Stuhlgewicht und Stuhlfrequenz bei gleichzeitig weicherer Stuhlkonsistenz an. In der Versuchsgruppe mit Einnahme von Flohsamen konnte zusätzlich gezeigt werden, dass diese das Stuhlvolumen und die Transitzeit signifikant verändern (Ornstein et al. 1981). Eine kleine RCT-Studie mit 30 Probanden verglich die therapeutische Wirksamkeit der täglichen Einnahme von Methylcellulose mit einem Placebo hinsichtlich darmmodulierender Effekte. Unter Supplementierung mit Methylcellulose war ein signifikanter Rückgang in den Symptomscores zu beobachten (Hodgson 1972). Ergänzend konnte eine Fall-Kontrollstudie von Leahy et al. (1985) innerhalb eines Untersuchungszeitraumes von neun Jahren zeigen, dass eine faserhaltige Kost möglicherweise protektiv hinsichtlich Abmilderung und Auftreten von Symptomen einer unkomplizierten Divertikelkrankheit wirkt, wenn täglich eine Menge von mindestens

25 Gramm Ballaststoffen über die Nahrung aufgenommen wird. Neuere Forschungen befassten sich unter anderem damit, wie Ballaststoffe in ihrem therapeutischen Wirkungsspektrum im Vergleich zu bestimmten Medikamenten abschneiden. So untersuchte eine aktuelle Proof of Concept-Studie über ein Jahr lang bei Patienten mit SUDK den Effekt einer Ballaststoff-Supplementierung mit Flohsamenschalen (3,5 g/d) im Vergleich zu einer prophylaktischen Antibiose mit Rifaximin (800 mg/d). Es stellte sich heraus, dass eine vorbeugende Antibiose keinen Vorteil gegenüber einer Ballaststoff angereicherten Ernährung erzielen kann (Lanas et al. 2012). Lahner et al. (2012) ergänzten die Erkenntnis um darmassoziierte Potenziale von Ballaststoffen innerhalb einer multizentrischen RCT-Studie mit 52 Probanden, indem sie den zusätzlichen Einsatz von probiotischen Kulturen untersuchten. Bei der Kohorte handelte es sich ebenfalls um Patienten mit einer SUDK mit abdominalen Schmerzen oder Blutungen. Die Wissenschaftler schlussfolgerten, dass eine ballaststoffreiche Diät zwar abdominale Beschwerden der SUDK senkt, jedoch ein effektiverer Einsatz in Kombination mit Probiotika-Gaben möglich ist.

#### ■ Präventive Effekte einer vegetarischen Ernährung

Im Rahmen der EPIC-Oxford Studie wurden 47.033 vegetarisch lebende Männer und Frauen ab 20 Jahren aus England und Schottland zu ihrer Ernährung befragt (Crowe et al. 2012). Relevante Endpunkte in der Analyse stellten der Konsum von Fleisch, Fisch, Milchprodukten, Eiern und Ballaststoffen dar. Vegetarier und Veganer hatten ein um 30 Prozent geringeres Risiko für eine Divertikelkrankheit als Fleisch- oder Fischesser. Der Effekt der Risikoreduktion war bei veganer Ernährung ausgeprägter. Allerdings erreichten diese Ergebnisse keine statistische Signifikanz, da nur eine vergleichsweise kleine Probandenzahl vegan lebte. Die Dauer der vegetarischen Ernährungsweise hatte überraschenderweise keinen Einfluss auf die Stärke der Risikoreduktion. Umgekehrt stand die Höhe des Fleischkonsums

in keiner signifikanten Relation zum Erkrankungsrisiko. Eine inverse Korrelation war dagegen zwischen der dosisabhängigen Ballaststoffaufnahme und dem Erkrankungsrisiko erkennbar. Unabhängig von ihrer Ernährungsweise hatten Studienteilnehmer mit einem Ballaststoffverzehr in der obersten Quintile auch hier ein um 42 Prozent geringeres Risiko gegenüber der untersten Quintile.

Die Ergebnisse der EPIC-Oxford Studie und die Beobachtungen der Health Professionals Follow-Up Studie kommen überein, dass eine hohe Ballaststoffaufnahme unabhängig von Geschlecht, Alter oder sonstiger Zusammensetzung der Kost das Risiko für die Divertikelkrankheit senkt. Ein Zusammenhang zwischen Transitzeit und Erkrankung ließ sich aufgrund inkonsistenter Daten zwar nicht ableiten, aber die Vermeidung einer Obstipation sollte dennoch Bestandteil der Primärprävention sein.

#### ■ Wirkung unterschiedlicher Ballaststoffe

Für die Gesunderhaltung des Dickdarms sind vor allem die physiologischen Eigenschaften der unverdaulichen Nahrungsbestandteile relevant, die je nach Struktur Darmperistaltik und Stuhlvolumen mehr oder weniger stark beeinflussen. Man unterscheidet grundsätzlich zwischen wasserlöslichen und wasserunlöslichen Ballaststoffen.

Wasserlösliche Ballaststoffe werden auch als Quellstoffe bezeichnet, denn ihre Struktur weist Hohlräume auf, in die sich Wasser einlagern kann. Die beim Gärungsprozess entstehenden kurzkettigen Fettsäuren, insbesondere Butyrat, stellen Energiesubstrate für die Microbiota des Colons dar und schaffen ein saures Milieu, das pathogene Erreger abwehrt und die Darmmotilität stimuliert. Resistente Stärken, die eine Sonderstellung in der Klassifizierung unverdaulicher Nahrungsbestandteile einnehmen, unterliegen ebenfalls einer starken Fermentation. Man unterscheidet drei Typen natürlicher Herkunft, von denen die Stärke in cellulosehaltigen Strukturen wie Vollkornprodukten sowie die retrogradierte Form im Dickdarm besonders effektiv sind. Sie sind bevorzugtes Nahrungs-

substrat für die Mikroorganismen. Wasserunlösliche Ballaststoffe fördern als Füllstoffe eher die Volumenzunahme der Faeces. Die steigende Bakterienmasse sowie Gasbildung aufgrund der zugeführten löslichen Ballaststoffe verkürzen zusätzlich die Transitzeit, die wiederum eine verringerte Wasserrückresorption bewirkt und in weichen, voluminösen Stühlen resultiert (Huth, Burkart 2004).

Aldoori et al. (1998) identifizierten in einer groß angelegten Kohortenstudie (HPFS) zur Untersuchung verschiedener Ballaststofffraktionen in Nahrungsmitteln Cellulose als besonders effektiv in der Risikoreduktion einer Divertikelkrankheit. Cellulose ist als Hauptbestandteil pflanzlicher Zellwände nicht nur in Vollkorn-

produkten vertreten, sondern kann ebenso hohe Gehalte in Früchten, Gemüse und Leguminosen vorweisen. In der heutigen Ernährung wird über Obst und Gemüse im Durchschnitt sogar mehr Cellulose aufgenommen. Cellulose könnte deshalb eine Schlüsselsubstanz in der Primär- und Sekundärprävention der Divertikelkrankheit sein (Aldoori, Ryan-Harshman 2002).

#### ■ Wirkung von Körnern und Samen

Die Partikelgröße ist ein weiteres wichtiges Kriterium bei der Bewertung präventiver Potenziale von Ballaststoffen, da sie das Stuhlgewicht beeinflussen. Große Partikel werden langsamer abgebaut, während klei-

nere Partikel die verfügbare Oberfläche für Darmbakterien erweitern und damit die Verdaubarkeit steigern. Cellulose aus gemahlener Kleie wird deutlich schneller verdaut als aus grober (Cabr  2011). Körner und Leguminosen passieren den Darm zum Teil unverändert, was lange als Risiko für Komplikationen der Divertikulose galt. Strate et al. (2008) untersuchten diese Hypothese innerhalb der HPFS und stellten fest, dass der Konsum von Nüssen, Körnern und Popcorn entgegen früherer Annahmen weder das Risiko für Divertikulose erhöht noch Komplikationen wie Divertikulitis oder Divertikelblutungen verursacht. Gleiches ließ sich auch für die Samen im Fruchtfleisch von Beerenobst nachweisen.

Übersicht 1: Beispiele für Ballaststoffquellen aus dem BLS 3.01 in EBISpro für Windows 2011

Produktgruppe	Lebensmittel	Ballaststoffgehalt in g pro 100 g	davon wasserlöslich	davon wasserunlöslich
Getreide und Getreideprodukte	Weizenkleie	45,1	5,5	39,5
	Haferflocken	9,7	4,9	5,1
	Grünkern	9,9	3,4	5,4
	Roggenmehl (Type 1150)	7,7	3,1	4,9
	Amaranth	9,3	3,4	5,9
	Quinoa	6,9	1,3	5,4
	Roggenmischbrot	7,2	2,9	3,6
	Eierteigwaren	3,4	2,4	1,0
	Weizenmehl (Type 405)	2,8	1,7	2,3
	Reis (unpoliert)	2,2	1,3	0,9
Gemüse und Gemüseprodukte	Leinsamen	22,7	22,1	0
	Schwarzwurzel	18,3	4,6	13,7
	Linsen	10,6	4,2	6,4
	M�hre	3,1	1,7	1,9
	Sellerieknolle	2,5	1	1,6
	Broccoli	3,0	1,3	1,7
	Pastinake	2,1	0,6	1,5
	Spinat	1,8	1,4	1,2
	Kürbis	2,2	0,9	1,2
	Aubergine	1,4	1,4	1,4
	Kartoffel	1,2	0,4	0,8
	Fenchel	2,0	0,5	1,5
	Feldsalat	1,5	0,3	1,2
	Kohlrabi	1,5	0,5	1,0
Obst und Obstprodukte	Erdnuss	11,7	1,2	11,5
	Walnuss	4,6	0	4,6
	Avocado	4,1	0	4,1
	Heidelbeere	4,9	1,4	3,5
	Himbeere	4,7	1,0	3,7
	Birne	2,8	0,6	2,7
	Orange	2,2	0,6	1,0
	Apfel	2,0	0,5	1,5
	Aprikose	1,5	0,7	0,8
	Mango	1,7	0,6	1,1
	Erdbeere	2,0	0,6	1,0

## Empfehlungen für die Ballaststoffzufuhr bei Divertikelkrankheit

Aus aktuellen Daten der NVSII und EFSA geht hervor, dass Erwachsene mehrheitlich die empfohlene Zufuhr von 30 Gramm Ballaststoffen am Tag nicht erreichen (NVSII 2008). Die verzehrte Menge liegt im Mittel zwischen 15 und 30 Gramm und nimmt ab einem Alter von 65 Jahren noch einmal ab (EFSA 2010). Unterschiedliche Ballaststofffraktionen haben unterschiedlichen Einfluss auf die Darmperistaltik. Deshalb ist eine tägliche Variation in der Lebensmittelauswahl sinnvoll. In Anlehnung an die D-A-C-H-Referenzwerte sowie unter Verträglichkeitsaspekten erscheint es hilfreich, die empfohlene Zufuhr jeweils zur Hälfte aus Cerealien sowie Obst und Gemüse umzusetzen (Schulze-Lohmann 2012). Eine Übersicht über geeignete Ballaststoffquellen aus der täglichen Ernährung enthält **Übersicht 1** mit aktuellen Daten aus dem Bundeslebensmittelschlüssel. Isolierte Ballaststoffe wie Flohsamenschalen oder Kleie weisen gegenüber komplexen Nahrungsmitteln keinen signifikanten Vorteil auf, erleichtern jedoch die Bedarfsdeckung, was vor allem bei älteren Patienten relevant sein kann (Haack et al. 1998). Nüsse sollten aufgrund ihres hohen Fett- und Energiegehalts nur in kleinen Rationen und im Rahmen eines gesundheitsbewussten Lebensstils konsumiert werden.

Diätetische Maßnahmen können nur in entzündungsfreien Phasen greifen und sollten in einen langsamen Kostaufbau integriert werden. Das Ernährungskonzept zur präventiven und therapeutischen Behandlung muss langfristig umsetzbar sein. Insbesondere der Anteil an wasserlöslichen Ballaststoffen sollte in den ersten Wochen nach einem akuten Entzündungsschub gering bleiben, um die Gasbildung im Darm zu reduzieren (Kreft 2001). Für die Praxis bedeutet das eine kontinuierliche Steigerung des Ballaststoffanteils in der Ernährung durch den Verzehr fein vermahlener Vollkornbrote sowie entsprechender Vollkornvarianten bei Getreideprodukten, vorzugsweise aus Dinkel, Hafer, Roggen oder Gerste, sowie



Foto: © Zerbor/Faolia.com

drei Portionen Gemüse und zwei Portionen Obst am Tag. Hülsenfrüchte wie rote Linsen, Bohnen und Erbsen sollten ebenfalls regelmäßig auf dem Speiseplan stehen. Die Einführung von Ballaststoffpräparaten wie Flohsamenschalen, Leinsamen oder Kleie sollte erst nach zwei bis drei Wochen ballaststoffreicher Kost in geringer Dosierung und unter Einhaltung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr von mindestens zwei Litern pro Tag erfolgen. Kleie empfinden Betroffene oft als wenig schmackhaft, während sie Lein- und Flohsamen gut akzeptieren (Kreft 2001).

Entsprechend der Datenlage zur Partikelgröße der zugeführten Ballaststoffe können Flohsamen in Originalgröße und Leinsamen als Schrot verzehrt werden. Kleie aus Hafer oder Weizen bietet sich aufgrund ih-

res hohen Celluloseanteils und ihrer geringen Partikelgröße als gut bekömmliche Ballaststoffquelle zur Anreicherung von Müsli, Joghurt und Smoothies an.

### Fazit

Eine ovo-lacto-vegetabile Kost, die reich an Ballaststoffen ist, ist auch im Rahmen der Primärprävention der Divertikelkrankheit zu empfehlen. Die vermehrte Zufuhr sollte sowohl wasserlösliche als auch wasserunlösliche Ballaststoffe miteinbeziehen. Über die Gabe von Ballaststoffpräparaten ist patientenindividuell zu entscheiden.

Die Literaturliste finden Sie im Internet unter „Literaturverzeichnis“ als kostenfreie pdf-Datei.

#### Für das Autorinnenteam

Prof. Dr. Silya Nannen-Ottens ist seit 2011 Professorin für Ernährungswissenschaft und Ernährungsgewerbe an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg. Nach dem Studium zur Diplom-Ökotrophologin promovierte sie an der Medizinischen Hochschule in Hannover. Sie ist parallel zu ihrer Lehrtätigkeit in verschiedenen Praxen und Kliniken als Ernährungstherapeutin tätig.

Prof. Dr. Silya Nannen-Ottens  
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Life Sciences  
Ulmenliet 20, 21033 Hamburg  
silya.ottens@haw-hamburg.de



Dr. Christoph Klotter

# Systemische Ansätze: Der Klient in seiner Familie

Wir fragen uns, warum jemand stark adipös ist. Spontan fällt uns ein:

- Wir leben gleichsam im Schlaraffenland. Wir haben seit Jahrzehnten genug zu essen – eine historisch nahezu einmalige Situation. Verständlich, dass wir da ab und zu nicht widerstehen, mehr essen als uns gut tut, zumal Lebensmittel ständig verfügbar sind: in der U-Bahn das eben gekaufte Stück Kuchen essen, auf der Straße beim Gehen einen Milchkaffee trinken.
- Unsere genetische Programmierung ist nicht auf Überflussgesellschaft eingestellt: Sie verlangt danach, möglichst viel zu essen, um so das Überleben zu sichern.
- Das limbische System, das Belohnung verlangt, unterstützt diese genetische Programmierung. Essen ist eine gute Belohnung. Die Vernunft hat dem limbischen System gegenüber einen schweren Stand.
- Wir brauchen uns kaum noch zu bewegen. Die Technisierung des Alltags (Fahrstühle, Autos, elektrische Hausgeräte) führt dazu, dass wir deutlich weniger Energie verbrauchen als früher.
- Die stark adipöse Person hat ein ungünstiges Essverhalten erlernt. Wenn sie fernsieht, muss sie etwas knabbern. Wenn sie nach Hause kommt, ist der erste Schritt der zum Kühlschrank. So koppelt sie die Ankunft zu Hause mit dem Gang zum Kühlschrank (Pawlow). Diese Person ist mit ihrem Privatleben nicht zufrieden. Sie belohnt sich mit übermäßigem Essen für ihren Frust (Skinner). Diese Person hat nie einen anderen Umgang mit dem Essen gelernt. Ihre ganze Familie isst so (Bandura).
- In ihrer Kindheit ist einiges schief gelaufen. Ihre Eltern waren eher lieblos und so ist diese Person auf der ewigen Suche nach Liebe, die sie mit dem Essen verwechselt, weil für das Baby Gestilltwerden



Foto: © pegues/fotolia.com

mit Geliebten identisch ist. Oder die Eltern haben sie nicht richtig aus der oralen Phase entlassen. Diese Person geht dann davon aus, dass sie ein lebenslangliches Anrecht hat, gut versorgt zu werden. Diese Person hat eine Ich-Schwäche: Das Ich kann sich gegen starke Es-Impulse nicht durchsetzen. Sie leidet unter mangelnder Impulskontrolle (Freud). Da die Mutter-Kind-Interaktion gestört war, die Mutter alle Unmutsäußerungen des Babys stets mit Flaschegeben beantwortet hat, anstatt zu schauen, ob die Windelnass war, hat dieses nicht gelernt, innere Reize zu differenzieren und wird ein Leben lang alle Missempfindungen mit Essen beantworten (Hilde Bruch).

Diese möglichen Verursacher lassen sich prinzipiell in drei Kategorien einteilen:

## 1. Das Individuum

Die starke Adipositas ist vom Individuum selbst verschuldet. Es hat zum

Beispiel ein falsches Essverhalten erworben (Lerntheorien). Oder es ist nicht in der Lage, mit Vernunft und einem starken Willen das Essverhalten zu steuern.

## 2. Der Körper

Körperliche Faktoren wie die genetische Programmierung oder das limbische System schränken Vernunft und Willenskraft stark ein.

## 3. Die Umwelt

Umgebungsvariablen wie die Technisierung des Alltags machen die Gewichtskontrolle schwer bis unmöglich.

In der ersten Kategorie geben wir dem Individuum die Schuld. Die beiden anderen relativieren die Schuld oder verneinen sie. Unsere Gesellschaft liebt es, dem Individuum die Schuld zu geben. Wenn das Individuum schuld sein soll, dann sind Gesellschaft und Politik entlastet. Das macht unserer Gesellschaft die Individuumszentrierung so attraktiv.

## Das Menschenbild

Die stark adipöse Person steht am Pranger, weil sie dem Anschein nach die Haupttugend unserer Kultur missachtet: die Selbstkontrolle. Wir individualisieren die Verantwortung etwa für Adipositas, weil das unserem westlichen Menschenbild entspricht. Es lässt sich so formulieren: Einsam stehen wir auf einem Feldherrenhügel und planen und dirigieren unser Leben. Verstand und Willenskraft sind die Gestalter dieses Lebens. Es gehört zu den wesentlichen Aufgaben und Fähigkeiten des Menschen, seine Gefühle und seine körperlichen Impulse im Griff zu haben. Diese dürfen keinen Einfluss auf die Lebensgestaltung ausüben. Wir erschaffen uns gleichsam selbst. Die Umwelt spielt nur bedingt eine Rolle. Und wenn sie jemals eine Rolle gespielt hätte, zum Beispiel in der Kindheit, dann sind wir dazu fähig, negative Erfahrungen zu verarbeiten und zu korrigieren. Dieses Menschenbild führt zu dem Konzept des mündigen Bürgers und Konsumenten, der eigenverantwortlich sein Essverhalten steuern kann. Wir konzipieren den Menschen als ein Wesen, das zuerst für sich alleine ist und in einem zweiten Schritt auf andere Menschen zugeht. Zuerst Autonomie, dann das potenzielle Zusammensein, je nach Lust und Laune.

Beratungskräfte sollten überprüfen, mit welchem Menschenbild sie in der Ernährungsberatung arbeiten. Welche der drei genannten Kategorien herrscht vor? Gelten unterschiedliche Menschenbilder bei unterschiedlichen Klienten? Welche Konsequenzen hat das Menschenbild für die Arbeit? Unterscheidet sich das rationale Menschenbild vom emotionalen? Theoretisch kann es der Beraterin ganz klar sein, dass Adipositas durch körperliche Faktoren bedingt ist, auf der emotionalen Ebene ärgert sie sich trotzdem, dass es die stark adipöse Klientin wieder nicht geschafft hat, den gemeinsam aufgestellten Essensplan einzuhalten.

## Der Mensch als Zoon politikon

Von Aristoteles, dem wichtigsten Nachfolger Platons in der europäischen Philosophiegeschichte, stammt die Idee, dass der Mensch ein Lebewesen in der Gemeinschaft ist (*zoon politikon*). Die Gemeinschaft bestimmt zu guten Anteilen das Leben des Einzelnen. Bezogen auf das Essen bedeutet das, dass Menschen das essen, was ihre Kultur und ihre soziale Lebenslage ihnen vorgibt. Die individuellen Präferenzen spielen eine vergleichsweise geringe Rolle. Wir verspeisen nun einmal keine Insekten, nehmen zum Frühstück keine Fischsuppe zu uns und trinken dazu auch kein Glas Wein, wie es König Ludwig XIV. noch getan hat. Vielmehr ekeln wir uns vor dem Glas Wein.

Die Art und die Regeln des Zusammenlebens der Menschen in einer Gemeinschaft bestimmen darüber mit, wer wir sind und wie wir funktionieren.

## Das System Familie

Ein System wie eine Familie kann, wie von Freud ausgeführt, nicht nur Essprobleme verursachen, sie kann sie regelrecht produzieren, weil sie ein Mitglied der Familie mit einem Essproblem oder anderen Problemen braucht. Dann wäre nicht das Individuum krank, vielmehr wäre es nur Symptomträger, unbewusst von der Familie ausgewählt. Der Symptomträger muss seinen Kopf hinhalten, ohne dass ihm das bewusst wäre.

Das System Familie braucht den Symptomträger, damit das System stabil bleibt. Mit ihm können schwere Konflikte in der Familie bestehen bleiben. Sie brechen nicht auf. Das Elternpaar kann sich hassen, aber solange die Tochter anorektisch ist, bleibt der Ehekonflikt im Hintergrund. Schließlich dreht sich alles um die Tochter. Tatsächlich wird sie gebraucht, um den Ehekonflikt zu überdecken. Schon ein Klinikaufenthalt beschert dem Ehepaar prekäre Wochen. Wie gut, wenn die Tochter wieder zu Hause ist und wieder abnimmt. Die Tochter hat von der Symptomträgerschaft den Vorteil, im Mittelpunkt zu stehen und für die Eltern so wichtig zu sein. Sie fühlt sich geschmeichelt, ohne die Schäden zu bedenken, die sie bei sich selbst anrichtet.

Hilfreich ist, die Klientin in ihrem System zu verstehen. Hat sie die Essprobleme hauptsächlich aufgrund ihrer Lebenssituation, wegen persönlicher Probleme oder spielen sie eine Rolle in einem pathogenen System? Übernimmt sie etwas von dem Leiden der anderen? Wird sie als Symptomträgerin gebraucht?

## Beispiel 1

Ein Mädchen war wegen einer Anorexia nervosa zwölf Monate in einer Klinik. Ihre Mutter hat sie in diesen Monaten einmal besucht. Ihr erster Satz war: „Ganz schön fette Waden!“ Wir sehen, dass die Mutter es



Manche Familien benötigen einen „Symptomträger“, der von Problemen innerhalb des Systems Familie ablenkt.

nicht begrüßt, dass die Tochter, die lebensbedrohlich magersüchtig war, zugenommen hat. Es kommt vor, dass zwischen Mutter und Tochter – wie in diesem Fall – ein Kampf um Leben und Tod entbrennt, und die Mutter es in Kauf nimmt, dass die Tochter stirbt.

Was hat die Mutter von der anorektischen Tochter? Da die Mutter nach der Trennung der Eltern viele Partnerschaften hat (die Partner sind vornehmlich dafür da, die Mutter zu bewundern), ist die Tochter ihr Partnerersatz. Sie ist die beste Freundin, der die Mutter alles anvertraut, auch intime Details. Die Tochter ist in einem Alter, das für derartige intime Geständnisse nicht angemessen ist. Die Mutter kann ihre Impulse, vor allem ihre sexuellen, nicht kontrollieren, da sie jederzeit und dringend auf Sexualität angewiesen ist. Die magersüchtige Tochter hat sich ihr Essverhalten nicht nur angewöhnt, um niemals so impulsausgeliefert zu sein wie die Mutter, sie ist für die Mutter eine Instanz der Selbstkontrolle. Ohne ihre Tochter wäre die Mutter ihren sexuellen Impulsen noch viel stärker ausgeliefert. Daher braucht die Mutter sie. Und die Tochter denkt, sie muss der Mutter bedingungslos dienen, weil ja die Mutter außer ihr keine verlässliche Bezugsperson hat und ohne sie verloren wäre. Zumindest nimmt die Tochter das an.

Die anorektische Symptomatik hat noch eine weitere Funktion. Der Vater leidet unter einer Zwangsstörung. Indem die Anorexia nervosa auch ei-

nen Zwangsaspekt besitzt, bringt sie die getrennt lebenden Eltern gleichsam wieder zusammen. Sie repräsentiert den Vater im Leben mit der Mutter.

Die Klientin erzählt einen Traum. Sie käme mit der Mutter in die Therapie, sie seien beide Werwölfe, aber der Therapeut verstünde deren Sprache. Die Mutter bringt sie mit, weil sie sich noch nicht als getrenntes und autonomes Individuum erlebt. Sie ist mit ihr noch zu stark verwoben. Schließlich übernimmt sie psychische Funktionen bei der Mutter. Der anorektischen Kontrolle ihres Essverhaltens kommt damit auch die Aufgabe zu, die Illusion der Selbstständigkeit aufrechtzuerhalten. Sie kann darüber bestimmen, was und wie viel sie isst.

Der Behandlungserfolg bestand darin, dass die Klientin lernte, ihrer Mutter nicht mehr als Partnerersatz zur Verfügung zu stehen. Sie konnte sich von der Mutter abgrenzen. Als die Mutter das nach etlichen Jahren merkte, beendete sie die Beziehung zur Tochter. Sie unterband jeden Versuch der Tochter, wieder Kontakt aufzunehmen.

Die Klientin hatte dann auch gelernt, nicht nur von Keksen und Äpfeln zu leben. Und sie war nicht mehr suizidgefährdet.

Trotz der unbestreitbaren Erfolge war der Abschied nach Abschluss der Therapie weder herzlich noch freundlich. Sie warf dem Therapeuten vor, dass er diese und jene Therapietechnik nicht angeboten hätte, wo sie doch so wirksam seien. Sie konnte den Abschied nicht bedauern oder betrauern. Sie brauchte Vorwürfe, Missstimmung, um gehen zu können.

Wir müssen anerkennen, dass uns unsere Familien nicht immer gut tun, dass unser Umfeld nicht immer nur günstig für uns ist, dass Mutter oder Vater nicht immer nur das Beste für uns wollen. Das liegt in der Regel nicht daran, dass Mutter oder Vater böse sind, sondern dass sie nicht anders können, dass sie Angst haben unterzugehen, wenn der Symptomträger fehlt.

In der Ernährungsberatung geht es also darum zu schauen, wie förderlich oder wie schädigend das

nähere Umfeld ist. Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska (Klotter 2014) stellt Strategien zur Verhaltensänderung wie „Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen“ und damit auch „Wahrnehmen schädigender Umweltbedingungen“ vor. Eine andere Strategie lautet „Neubewertung der persönlichen Umwelt“, sich also klar zu machen, wie ich zu meiner Umwelt stehe und wie diese zu mir steht. Die Anorektikerin aus Beispiel 1 könnte sich etwa fragen, ob sie ihre Mutter wirklich bedingungslos unterstützen muss, ob sie dazu für immer verpflichtet ist, ob ihre Mutter das überhaupt einfordern darf.

Wir müssen also wissen, in welchem Umfeld unsere Klienten leben und wie dieses Umfeld sie beeinflusst – im Positiven wie im Negativen.

## Beispiel 2

Eine Klientin hatte sehr gut abgenommen, bis der Prozess zum Erliegen kam und sie wieder zunahm, ohne dass deutlich war warum. Irgendwann teilte sie beim Herausgehen im Nebensatz mit: „Mein Mann hat mir gesagt, dass, wenn ich weiter abnehme, ich gleich die Koffer packen könne.“ Er hatte ihr also gedroht, sie zu verlassen oder sie hinauszuerwerfen, weil er es mit der Angst zu tun bekam, dass sie nun in seiner Phantasie für andere Männer attraktiver wurde. Das hielt er nicht aus. Und sie ertrug ihre Angst nicht, vor die Tür gesetzt zu werden und legte wieder an Gewicht zu.

In diesem Fall könnte es, falls machbar, ratsam sein, den Ehepartner in die Beratung mit einzubeziehen. Allerdings müssen beide das wollen, die Klientin und der Ehepartner. Es kann dann zu dritt geklärt werden, was dem Ehemann Angst macht. Der Ehemann weigerte sich, an der Beratung teilzunehmen. Und die Klientin bewertete ihren Partner neu.

## Systemische Familienmodelle

Entscheidend bei diesem Beispiel ist, nicht nur den Partner neu zu bewerten, sondern auch das eigene Erleben und Verhalten. Aus sys-

**Einsame Mütter überfordern ihre Töchter zuweilen in der Rolle als Partnerersatz.**



temischer Sicht wäre es falsch, den anderen für etwas verantwortlich zu machen und sich selbst herauszunehmen. Die Frau im zweiten Beispiel hätte ja anders auf die Drohung ihres Mannes reagieren können. Sie hätte sie als leere Worte auffassen können, sie hätte mit ihm ausführlich reden und ihm darlegen können, dass Abnehmen für sie nicht bedeutet, einen anderen Mann zu suchen. So lässt sich auch vermuten, dass es nicht nur der Ehemann war, der nicht an der Beratung teilnehmen wollte, sondern auch die Klientin, die ihr Privileg, im Mittelpunkt zu stehen, zumindest vorübergehend hätte aufgeben müssen.

Systemische Familientherapeuten könnten auch vermuten, dass die Klientin gar nicht an einer *richtigen* Lösung interessiert ist. Das ungelöste Problem hilft ihr, zumindest für den Augenblick. Sie hat eine Ausrede gefunden, warum sie nicht mehr abnehmen muss. Tatsächlich hatte sie fast automatisch abgenommen, weil sie sich in einen Arbeitskollegen verliebt und sich mit ihm auch schon verabredet hatte. Die Drohung ihres Mannes war also auch mit ihrer Angst vor der Zukunft verknüpft: Was passiert mit meiner Ehe, wenn ich eine Affäre anfangen?

In systemischer Sicht geht es also nicht darum, einen Schuldigen zu finden, sondern die Strukturen und Interaktionsformen in einer Familie näher anzuschauen. Auch die in Beispiel 1 vorgestellte Anorektikerin war nicht nur armes Opfer der Mutter, sondern Teil des Interaktionsgeschehens. Ihre enge Bindung an die Mutter bot ihr die Chance, um das Thema Partnerschaft herum zu kommen. Sie hatte noch nie eine Beziehung gehabt, geschweige denn eine sexuelle Begegnung. Ihre Begründung war: „Ich möchte keine Mutter-Sau werden.“

## Fazit

In der Einzelberatung ist die Gefahr groß, dass wir uns mit dem Klienten solidarisieren oder gar identifizieren. Dann bin ich wütend auf die besitzergreifende Mutter der Anorektikerin.

Das tut der Klientin vielleicht emotional gut, solange sie meine Empörung spürt, die ich nicht verbalisiere. Aber die Empörung trägt dazu bei, dass ich die Beteiligung der Klientin – zu ihrem Nachteil – übersehe.

Ein systemischer Familienansatz verlangt also eine relative Neutralität. Ich fühle mit dem Klienten. Aber ich schlage mich nicht auf seine Seite. Ich übernehme zwar seine Perspektive, aber ich schaue auch, welchen Nutzen er von seinem Problem hat und was und wie viel ihm daran liegt, es nicht aufzugeben. Und ich schaue, was seine Familie davon hat, das Problem aufrechtzuerhalten.

Wir Menschen lieben es zu richten und die Schuld möglichst schnell zu verorten. Systemisch zu denken, bedeutet, damit aufzuhören – im Interesse des Klienten, um seine Beteiligung zu verstehen. Es bedeutet auch, einfache Ursache-Wirkungs-Gefüge, unilineare Kausalitäten, aufzugeben.

Wir können dann nicht mehr sagen: Marco ist zum Mörder geworden, weil sein Vater ihn verprügelt hat und weil seine Mutter Alkoholikerin war. Nein, Marco hat mitgewirkt. Er hat auf seine Umgebung reagiert – von Anfang an.

Die Baby Watcher, hervorgegangen aus der Psychoanalyse, haben Patienten nicht nur darüber berichten lassen, wie ihre Kindheit gewesen ist, sondern sie haben sie direkt beobachtet und dabei festgestellt: Das Baby gestaltet die Interaktion mit den Eltern von Anfang an mit (*Dornes 1994*).

Der französische Philosoph Jean-Paul Sartre zitiert dazu den deutschen Philosophen Ludwig Feuerbach: „Die materialistische Lehre, dass die Menschen Produkte der Umstände und der Erziehung sind, vergisst, dass die Umstände eben von den Menschen verändert werden und dass der Erzieher selbst erzogen werden muss.“ (*Sartre 1983, S. 71*)

Angenommen, wir würden uns erzählen lassen, wie unsere Klienten aufgewachsen sind, wie die Esskultur in der Familie war, dann gehen wir immer noch davon aus, dass die Eltern als Vorbild zentralen Einfluss auf das Essverhalten der Kinder haben (Bandura). Den haben sie auch, aber

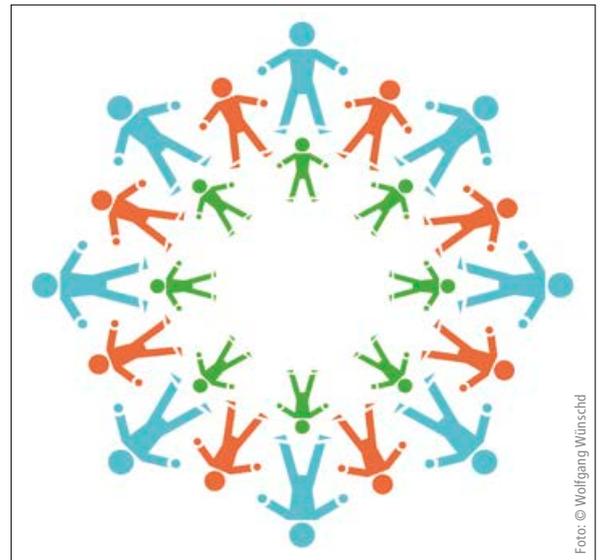


Foto: © Wolfgang Wünsch

**Der Mensch ist ein Einzelwesen und immer Teil eines Systems.**

das Kind gestaltet mit. Bestimmte Lebensmittel mag es, bestimmte nicht. Das eine Kind geht gerne mit einkaufen, das andere nicht.

Es geht also darum, die Geschichte der aktiven Beteiligung mit im Auge zu behalten. Dann sind unsere Klienten nicht nur Objekte, sondern Subjekte ihrer Geschichte. Dann kann es vorkommen, dass unsere Klienten staunen, was sie alles mit beeinflusst haben. Das kann das Selbstvertrauen stärken und die Reflexion der eigenen Beteiligung ermöglichen.

## Ausblick

Der nächste Beitrag stellt systemische Familienmodelle sowie daraus abgeleitete Interventionsverfahren vor, die für die Ernährungsberatung sehr nützlich sein können.

## Literatur

Dornes M: Der kompetente Säugling. Fischer, Frankfurt (1994)

Sartre JP: Die progressiv-regressive Methode. In: Marxismus und Existentialismus. Rowohlt, Reinbek (1983)

## Der Autor

Prof. Dr. habil. Christoph Klotter (Dipl. Psych., Psychologischer Psychotherapeut), Professur für Ernährungspsychologie und Gesundheitsförderung an der HS Fulda.

Prof. Dr. habil. Christoph Klotter  
Hochschule Fulda – FB Oecotrophologie  
Marquardstr. 35, 36039 Fulda  
Christoph.Klotter@he.hs-fulda.de



Lehrbuch  
**Prävention und Gesundheitsförderung**

Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz, Jochen Haisch (Herausgeber), Verlag Hans Huber, Bern 2014

470 Seiten  
ISBN 978-3-456-85319-2  
Preis: 39,95 Euro



## Lehrbuch: Prävention und Gesundheitsförderung

Das nun in der vierten Auflage erschienene Lehrbuch bietet in 39 Kapiteln einen guten Ein- und Überblick über Möglichkeiten und Grenzen der Prävention und Gesundheitsförderung. Ein großes Autorenteam beschreibt, wie sich Krankheiten im

Lebenslauf vorbeugen oder die Gesundheit bei verschiedenen Zielgruppen stärken lässt. Außerdem geht es in dem Buch um den Umgang mit somatischen oder psychosomatischen Krankheiten, um Prävention in verschiedenen Settings und die gesundheitspolitische Umsetzung.

Das umfangreiche Buch wendet sich in erster Linie an Studierende gesundheitswissenschaftlicher oder medizinischer Studiengänge. Für Ökotrophologen interessante Themen tauchen in Kapiteln wie Prävention von Diabetes oder Anorexia nervosa und der Prävention im Öffentlichen Gesundheitsdienst, in Familie und Schule oder am Arbeitsplatz auf.

Die einzelnen Themen sind klar gegliedert und schließen mit Prüfungsfragen, Literaturangaben und Leseempfehlungen ab.

Besonders erwähnenswert ist der von den Herausgebern beschriebene

bio-psycho-soziale Ansatz, der über das herkömmliche Arzt-Patienten-Verhältnis hinausgeht. Dabei betrachtet der Arzt oder Therapeut Risiken und Ressourcen, die Patienten oder Klienten für das Gleichgewicht von Gesundheit und Krankheit mitbringen, aus biomedizinischem und psycho-sozialem Blickwinkel. Schade, dass sich diese umfassende Sicht zur Unterstützung der Patienten nicht wie ein roter Faden durch das Buch zieht – so verschenkt es etwas von seinem Potenzial.

Was der Leser in den meisten Kapiteln vergeblich sucht, sind Beispiele aus der Praxis, die als good practice gelten und Anregungen für eigene Projekte bieten. Somit ist das Buch eher für diejenigen geeignet, die sich umfangreich theoretisch mit allen wesentlichen Aspekten von Prävention und Gesundheitsförderung befassen wollen.

*Nicole Rehrmann, Lüneburg*

**Endlich gut drauf!**  
Wie Sie Ihre Glückshormone natürlich anregen

Dr. Günter Harnisch  
Mankau Verlag,  
Murnau 2014

Taschenbuch  
126 Seiten  
ISBN 978-3-86374-172-3  
Preis: 9,95 Euro



## Endlich gut drauf! Wie Sie Ihre Glückshormone natürlich anregen

„Jeder ist seines Glückes Schmied“ – ein altbekanntes Sprichwort, in dem mehr Wahres steckt, als mancher vermutet. Denn das eigene Wohlbefinden hängt maßgeblich von der verfügbaren Menge des Neurotrans-

mitters Serotonin im Körper ab. Dr. Günter Harnisch hat ein Glücksprogramm entwickelt und zeigt mehrere Möglichkeiten auf, wie sich die Ausschüttung dieses Glücksbotschaftsstoffes auf natürliche Weise fördern lässt.

Das Glücksprogramm basiert auf neuesten Forschungsergebnissen aus der Neurobiologie und besteht aus den vier Säulen Ernährung, Hautstimulierung, Bewegung und Sonnenlicht sowie Macht der Gedanken. Dabei verknüpft der Autor uraltes Erfahrungswissen mit neuesten Erkenntnissen aus der Forschung: die Bedeutung der Inkanahrung, die Wirkungen von griechischem Eisenkraut, natürliche Heilmethoden wie Akupressur und vieles mehr. Dabei sei es nicht erforderlich, alle vier Säulen zu durchlaufen, um das Wohlbefinden zu steigern, teilt Harnisch mit.

Neben dem Glücksprogramm beschäftigt sich das Buch auch mit den Fragen, was Glück eigentlich ist, worin die Gründe eines zu niedrigen Serotoninspiegels liegen und inwie-

weit Stress dem Glücksempfinden in die Quere kommen kann.

Das Buch ist sehr gut strukturiert. So schließt jedes Kapitel mit einem „Konkrete Tipps“-Kasten, der noch einmal alle wichtigen Aspekte zusammenfasst und praktische Übungen erläutert. Dabei ist die Gestaltung des Buches recht nüchtern, nur vereinzelte Zeichnungen veranschaulichen die jeweils beschriebenen Inhalte. Trotz der wissenschaftlichen Fundierung des Buches ermöglicht der flüssige Schreibstil des Autors ein interessantes Leseerlebnis, das eher dem eines Romans als eines Fachbuchs gleicht.

Wer gerne „seines Glückes Schmied“ sein und sein Wohlbefinden mithilfe kleiner Veränderungen im Alltag steigern möchte, erhält mit diesem Buch einen geeigneten Ratgeber. In welchem Umfang sich positive Effekte einstellen werden, wird natürlich von Mensch zu Mensch variieren.

*Pia Falke, Coburg*

## Die 50 größten Diätlügen Irrtümer rund um Kilos, Kalorien und Schlankheitskuren

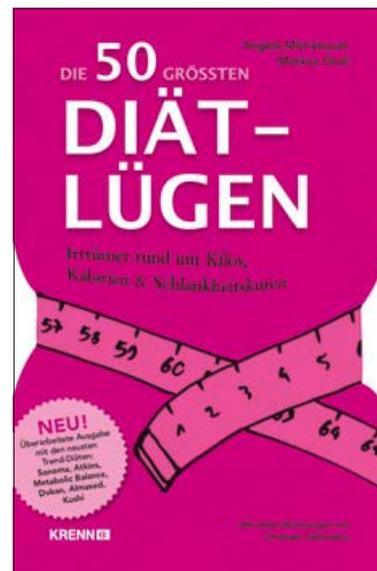
Spätestens der Beginn der Badesaison bringt es alljährlich an den Tag: Körperrundungen hier und Körperwölbungen dort als Folge zu üppiger Kalorienzufuhr. Die Besitzer solcher Rundungen stellen oft – und ebenfalls alljährlich – die berechtigte Frage, welche Reduktionsdiät hier helfen kann. Helfen wollen nämlich viele – von seriösen bis skandalösen, von wirkungsmächtigen bis gesundheitsschädigenden Diäten.

Den 50 größten Diätlügen rücken die beiden Autoren Angela Mörixbauer und Markus Groll nun mit der aktualisierten Neuauflage zu Leibe. In fünf großen Kapiteln umkreisen sie die Scharlatane unter den Reduktionsdiäten und entlarven sie als wirkungslos, bizzar, harmlos oder gefährlich. Als erstes stellen die Autoren Diäten vor, die nicht das halten, was sie versprechen. Darunter befinden sich kuriose Promi-Diäten mit Glitzerfaktor – wie die Autoren sie gutgelaunt nennen – aber auch altbekannte wie

die Trennkost, FdH und die Atkins Diät.

Das Zuviel an Kalorien ist oft psychischen Belastungen geschuldet, insofern beginnt Abnehmen im Kopf, lernt der Leser weiter und wird unter anderem in eine Diskussion über das erstrebenswerte Körpergewicht, das nicht unbedingt mit Modelmaßen identisch ist, verwickelt.

Weiter besprechen die Autoren Mittel, die eine Diät angeblich unterstützen und damit noch effektiver machen. Hier tauchen „Wundermittel“ auf, die in der Tat oft Mittel zum Wundern sind – allerdings über die Dreistigkeit, mit der gelogen wird. Auch populäre Missverständnisse aus der Ernährungswissenschaft kommen zur Sprache: Fruchtzucker ist natürlich ebenso Kalienträger wie Olivenöl Fett enthält. Die Autoren belassen es jedoch nicht beim Aufdecken von Lügen, Falschaussagen und Hochstapelei, sie erklären dem Leser immer auch, wie er gut verträglich Gewicht reduzieren und seinem Ziel immer ein Stück näher kommen kann.



**Die 50 größten Diätlügen**  
Irrtümer rund um Kilos, Kalorien und Schlankheitskuren

Angela Mörixbauer,  
Markus Groll, Krenn  
Verlag, 2013

192 Seiten  
ISBN 978-3-99005-  
164-1  
Preis: 18,90 EUR

Am Schluss des Buches weiß der Leser sehr viel besser die schwarzen Schafe unter den Reduktionsdiäten zu erkennen, er weiß, worauf es beim Abnehmen ankommt und er hat sich über ein gut gelautes, mit witzigen Cartoons ausgestattetes Buch amüsiert, das hält, was es verspricht.

Brigitte Plehn, Krefeld

## Morgens, mittags, abends

Ein Bilderbuch für die  
Biografiearbeit

Jeder Mensch hat seine eigene Lebensgeschichte. Bei Personen, die an Demenz erkrankt sind, gerät diese häufig in Vergessenheit. Wer allerdings etwas über die individuelle Lebensgeschichte weiß, kann demente Menschen im Hier und Jetzt besser verstehen. Genau hier setzt Biografiearbeit an, die eine Brücke zwischen Gestern und Heute bauen will.

Das Bilderbuch der Sozialpädagogin Beate Wolf und des Illustrators Thomas Haubold lässt sich dafür gut nutzen. Denn die plakativ-illustrativ gemalten Bilder im Stil der Nachkriegszeit bieten viele Anlässe für Gespräche, in denen Vergessenes leicht wieder auftauchen kann. Auf zwölf Seiten widmet sich das

Buch verschiedenen Themen im Tagesablauf – dem Aufstehen und Frühstück, Arbeiten und Hauswirtschaften, der Freizeit und dem Feierabend. Jede Doppelseite zeigt auf einer Seite großflächig eine Szene, während die andere Seite zum Thema passende, charakteristische Gegenstände der damaligen Zeit aufführt. Diese einzelnen Bilder sind mit auffordernden Fragen wie „Haben Sie morgens gerne die Zeitung gelesen?“, „War der Einkaufsweg sehr weit?“ oder „Konnten Sie ein Musikinstrument spielen?“ verknüpft und können damit Gesprächsanlässe bieten.

Wie sich der Rahmen gestalten lässt, in dem anregende Gespräche zustande kommen, greift Beate Wolf im ersten Teil des Buches auf. Neben Tipps für eine gelungene Atmosphäre geht sie auf die Bedeutung der Beziehungsebene zwischen den Gesprächspartnern und die Grenzen



**Morgens, mittags,  
abends,**  
Ein Bilderbuch für die  
Biografiearbeit

Beate Wolf, Thomas  
Haubold, Schlütersche  
Verlagsgesellschaft,  
Hannover 2013

32 Seiten,  
ISBN 978-3-89993-  
287-4  
Preis: 32,00 Euro

der Biografiearbeit ein: Wenn sich beispielsweise Demenzkranke nicht erinnern möchten oder wenn Trauer, Wut oder Ängste hochkommen.

Die bunten, fröhlichen Bilder sollen jedoch überwiegend positive Erinnerung wecken und eine frohge-launte Stimmung verbreiten. Wenn außerdem Vorlieben und Abneigungen im Pflegealltag erkennbar werden oder sich das Selbstwertgefühl der alten Menschen stärken lässt, hat das Buch seinen Zweck erfüllt.

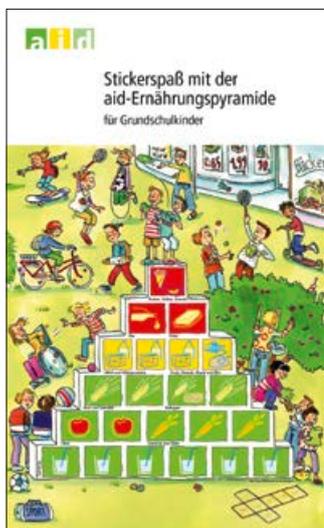
Nicole Rehrmann, Lüneburg

## Stickerspaß mit der aid-Ernährungspyramide für Grundschul Kinder

Das Stickerspiel macht Kinder neugierig. Es weckt ihre Lust, sich selbstständig mit dem eigenen Essen und Trinken zu beschäftigen, und ist deshalb auch fürs Wartezimmer beim (Zahn-)Arzt interessant. Neben über 50 Lebensmittelstickern gibt es 17 Bewegungsstickers. Sie liefern Ideen für einen bewegteren (Schul-)Alltag. So motiviert die Stickerkarte Grundschul Kinder spielerisch für vielseitiges Essen und Trinken, für Bewegung und schärft ihren Blick über den Tellerrand hinaus. Denn hinter jeder Lasche der gefalteten Pyramidenklappkarte versteckt sich eine Mach-Mit-Aufgabe, die die Kinder auffordert, genau hinzuschauen, ihr Essen zu hinterfragen und die Eltern einzubinden.

Besonders im Unterricht, für Vertretungsstunden und im offenen Ganztags ist der Stickerspaß eine spannende Sache. Hier ist er idealer Ausgangspunkt für Gruppengespräche, Ernährungspraxis und kleine Aktionen, die im beiliegenden Leitfaden beschrieben sind. Außerdem lassen sich die Sticker mit dem aid-Ernährungsführerschein kombinieren: Ob die Ernährungspyramide eingeführt, wiederholt oder vertieft wird – Stickerspaß macht (fast) allen Grundschulkindern Spaß.

5-er Pack mit einem Leitfaden:  
Bestell-Nr.: 3998, Preis: 4,50 Euro



## GartenKinder

Gärtnern mit Kindern – Natur macht neugierig!

Pflanzen beim Keimen beobachten, mit den Händen in der Erde wühlen, leckere Kräuter und Gemüse ernten – Gärtnern macht Kindern Spaß. Das Heft bietet Anleitungen für Kinder, Eltern und Erzieher zum Säen, Pflegen und Ernten von über 17 ausgewählten Pflanzen und bietet zusätzlich tolle Spiel- und Basteltipps.

Auf spielerische Weise nähern sich die Kinder der Natur und erfahren, dass Pflanzen Lebewesen sind, die wachsen und sich verändern, die man pflegen und in ihrer Entwicklung begleiten muss. Die Anleitungen kommen dabei allein mit Bildern aus, sodass sie für Kinder verständlich sind. Für lesefreudige Erwachsene sind sie um schriftliche Materiallisten, Basteltipps, weiterführende Literatur und wissenschaftliche Zusatzinformationen ergänzt.

Die Anleitungen stammen aus dem Ordner „Gärtnern mit Kindern - Natur macht neugierig!“ der Stiftung Besser essen. Besser leben. Er wurde für das Projekt „GartenKinder“ konzipiert, das die Stiftung mit dem Deutschen LandFrauenverband als Kooperationspartner für Kindergärten und Kitas anbietet.

Bestell-Nr.: 1624  
Preis: 5,00 Euro



## Kennzeichnungsvorschriften

für Gemeinschaftsverpflegung und Gastronomie

Sind da Nüsse drin? Enthält dieses Essen Gluten? Wer Speisen und Getränke an Gäste abgibt, muss diese Fragen beantworten können. Das fordert das Lebensmittelrecht, um Verbraucher vor Täuschung und Gesundheitsgefahren zu schützen, sowohl im gewerblichen Bereich als auch bei der kostenlosen Abgabe von Speisen. Das aid-Heft fasst alle wichtigen Vorschriften zusammen und verdeutlicht die Umsetzung anhand von Beispielen.

Bei der Angabe von Nährwerten und Allergenen auf Speisekarten, Tafeln und Aushängen gibt es wichtige Änderungen durch die Umsetzung der Lebensmittelinformationsverordnung (LMIV) seit Dezember 2014. Erklärungen und Abbildungen veranschaulichen auch die Kennzeichnung von Bioprodukten, Lebensmitteln „ohne Gentechnik“ und Getränken. Notwendige Angaben zu Zusatzstoffen, über spezielle Zutaten für Fleischerzeugnisse und Besonderheiten wie Warnhinweise für Azofarbstoffe erläutert der Text.

Das Heft gibt Verantwortlichen in der Gastronomie praxisnahe Hilfestellungen und liefert wichtige Tipps zur sinnvollen Information der Gäste.

Bestell-Nr.: 1578  
Preis: 3,00 Euro





## Besuchen Sie uns auf [www.ernaehrung-im-fokus.de](http://www.ernaehrung-im-fokus.de)

- Aktuelle Ausgabe zum Download
- Zeitschriften-Archiv – für Abo-Kunden kostenfrei!
- Online-Spezial: Entwicklungen im Lebensmittelrecht 2014
- Online-Spezial: Fasten

Wir freuen uns auf Sie!

Zur Startseite  
[www.ernaehrung-im-fokus.de](http://www.ernaehrung-im-fokus.de)



## In der kommenden Ausgabe lesen Sie:

### Titelthema

#### Ernährungsempfehlungen: Ihr Wirken und Scheitern

Ernährungsempfehlungen in Europa haben geschichtliche Wurzeln: Platon predigte Mäßigung, die bürgerliche Aufklärung baute auf die Erziehbarkeit des Menschen. Heute fassen wir Ernährungsempfehlungen als unerwünschten Eingriff in unsere Privatsphäre auf. Oft essen wir genau das, was nicht erlaubt ist, mit besonderem Genuss.



Foto: © Mike/Fotolia.com

### Esskultur

#### Persische Kochkunst

Bereits im Mittelalter wird die „persische Kochkunst“ in Europa erwähnt und hoch gelobt. Eine Ursache ist die unglaubliche Vielfalt und im wahren Sinn des Wortes Farbenpracht der Zutaten, Aromen, Kräuter und Gewürze, die fast immer ganz frisch und in überraschenden Kombinationen und Zubereitungsformen zum Einsatz kommen.



Foto: © Pantofotolia.com

### Prävention & Therapie

#### FODMAP – Die Sicht der Ernährungstherapie

Eine neue Welle von Ernährungsempfehlungen hat die Patienten mit chronischen gastrointestinalen Beschwerden erreicht: FODMAP. Grundidee ist ein stufenweiser Abbau exzessiver Gehalte an Fruktose, Laktose, Fruktanen, Galaktanen und Polyolen bis zur Karenz. Losgelöst von einer ursprünglich als notwendig erachteten ernährungstherapeutischen Begleitung gelangen vor allem Pauschalverbotslisten zu den Patienten.



Foto: © Denis Junke/Fotolia.com

### Ernährung im Fokus

Bestell-Nr. 5582, ISSN 1617-4518

Herausgegeben vom  
aid infodienst  
Ernährung, Landwirtschaft,  
Verbraucherschutz e. V.  
Heilsbachstraße 16  
53123 Bonn  
[www.aid.de](http://www.aid.de)  
E-Mail: [eif@aid.de](mailto:eif@aid.de)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

### Abbonentenservice:

Telefon +49 (0)38204 66544, Telefax 0228 8499-200, [abo@aid.de](mailto:abo@aid.de)

### Redaktion:

Dr. Birgit Jähmig, Chefredaktion und v. i. S. d. P.  
Telefon 0228 8499-117, Fax 0228 8499-2117, E-Mail: [b.jaehmig@aid-mail.de](mailto:b.jaehmig@aid-mail.de)  
Claudia Schmidt-Packmohr, Redaktion  
Telefon 0228 8499-156, E-Mail: [c.schmidt-packmohr@aid-mail.de](mailto:c.schmidt-packmohr@aid-mail.de)  
Dr. Claudia Müller, Schlussredaktion  
Telefon 0228 3691653, E-Mail: [info@ernaehrungundgesundheit.de](mailto:info@ernaehrungundgesundheit.de)  
Walli Jonas-Matuschek, Redaktionsbüro und Bildrecherche  
Telefon 0228 8499-157, E-Mail: [w.jonas-matuschek@aid-mail.de](mailto:w.jonas-matuschek@aid-mail.de)

### Fachlicher Redaktionsbeirat:

Prof. Dr. Silke Bartsch, Pädagogische Hochschule Karlsruhe, Abteilung Alltagskultur und Gesundheit  
Prof. Dr. h. c. Reinhold Carle, Institut für Lebensmittelwissenschaft und Biotechnologie der Universität Hohenheim  
Prof. Dr. Andreas Hahn, Institut für Lebensmittelwissenschaft und Ökotrophologie der Universität Hannover  
Prof. Dr. Rainer Hufnagel, Fachhochschule Weihenstephan-Triesdorf, Fachbereich Lebensmittelmanagement und Ernährungs- und Versorgungsmanagement  
Prof. Dr. Christoph Klotter, Hochschule Fulda, Fachbereich Oecotrophologie  
PD Dr. Monika Kritzmler, Seminar für Soziologie der Universität St. Gallen, Schweiz  
Prof. em. Dr. Wolfhart Lichtenberg, Hamburg  
Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe, Fachinstitut für Wirtschaftslehre der Haushalts- und Verbrauchsforschung der Universität Gießen  
Dr. Friedhelm Mühleib, Diplom-Oecotrophologe, Fachjournalist, Zülpich  
Dr. Annette Rexroth, Referat 315, Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Bonn  
Dr. Uwe Spiekermann, Institut für Wirtschafts- und Sozialgeschichte der Universität Göttingen

Ernährung im Fokus erscheint alle zwei Monate als Informationsorgan für Fach-, Lehr- und Beratungskräfte. Es werden nur Originalbeiträge veröffentlicht. Die Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung des Herausgebers wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bücher wird keine Haftung übernommen. Nachdruck – auch auszugsweise oder in abgeänderter Form – mit Zustimmung der Redaktion gestattet. Der aid infodienst ist ein gemeinnütziger Verein, der mit öffentlichen Mitteln gefördert wird. Er kann daher frei von Werbung und kommerziellen Interessen arbeiten.

### Grafik:

grafik.schirmbeck, 53340 Meckenheim  
E-Mail: [mail@grafik-schirmbeck.de](mailto:mail@grafik-schirmbeck.de)

### Druck:

Druckerei Lokay e. K.  
Königsberger Str. 3, 64354 Reinheim

### Titelfoto:

© PhotoSG/Fotolia.com

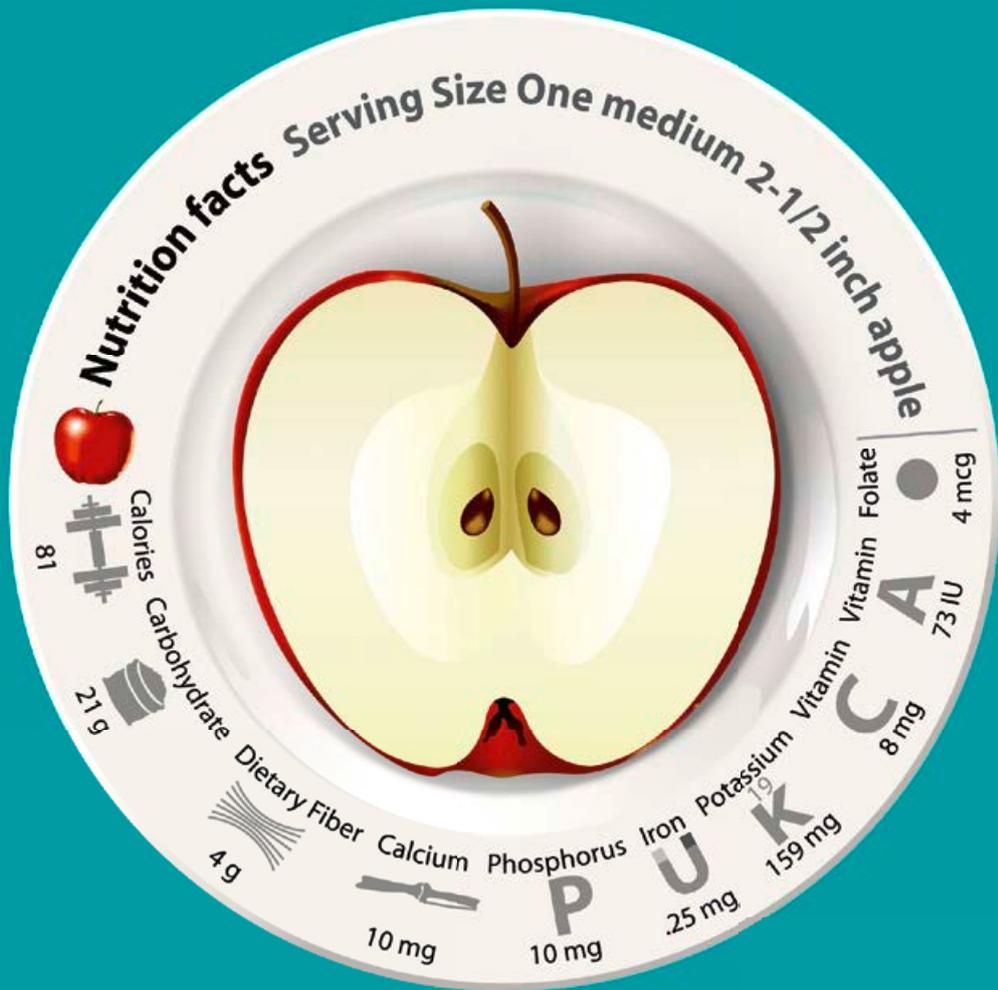


Dieses Heft wurde in einem klimaneutralen Druckprozess mit Farben aus nachwachsenden Rohstoffen bei der EMAS-zertifizierten Druckerei Lokay hergestellt (D-115-00036). Das Papier besteht zu 100 Prozent aus Recyclingpapier.



# Ernährungsempfehlungen

## Fette Ratschläge, magere Relevanz?



Programm, Anmeldung und  
weitere Informationen unter [www.aid.de](http://www.aid.de)

aid-Tagungsbüro | c/o pressto – agentur für medienkommunikation | Thomas Eckelmann  
Telefon: 0221 888858-12 | Telefax: 0221 888858-88 | E-Mail: [aid@pressto.biz](mailto:aid@pressto.biz)

## KURZ GEFASST

## Im Osten erkranken mehr Menschen an Diabetes Typ 2

Schopf S et al.: *J Epidemiol Community Health* 0, 1–8 (2014).  
doi:10.1136/jech-2014-203998

## TITELTHEMA

## Frühstücksverhalten von Kindern und Jugendlichen: Wie lässt es sich gesundheitsförderlich beeinflussen?

Adolphus K, Lawton CL, Dye L: The effects of breakfast on behavior and academic performance in children and adolescents. *Front Hum Neurosci* 7, 425 (2013)

Affenito SG, Thompson DR, Barton BA, Franko DL, Daniels SR, Obarzanek E, Schreiber GB, Striegel-Moore RH: Breakfast consumption by African-American and white adolescent girls correlates positively with calcium and fiber intake and negatively with body mass index. *J Am Diet Assoc* 105 (6), 938–45 (2005)

Alexy U, Wicher M, Kersting M: Breakfast trends in children and adolescents: frequency and quality. *Public Health Nutr* 13 (11), 1795–802 (2010)

Buyken AE, Alexy U, Kersting M, Remer T: Die DONALD Kohorte. Ein aktueller Überblick zu 25 Jahren Forschung im Rahmen der Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Study. *Bundesgesundheitsbl* 55, 875–84 (2012)

Croezen S, Visscher TL, Ter Bogt NC, Veling ML, Haveman-Nies A: Skipping breakfast, alcohol consumption and physical inactivity as risk factors for overweight and obesity in adolescents: results of the E-MOVO project. *Eur J Clin Nutr* 63 (3), 405–12 (2007)

Eilat-Adar S, Koren-Morag N, Siman-Tov M, Livne I, Altmann H: School-based intervention to promote eating daily and healthy breakfast: a survey and a case-control study. *Eur J Clin Nutr* 65 (2), 203–9 (2011)

Franko DL, Thompson D, Bauserman R, Affenito SG, Striegel-Moore RH: What's love got to do with it? Family cohesion and healthy eating behaviors in adolescent girls. *Int J Eat Disord* 41 (4), 360–7 (2008)

Fulkerson JA, Sherwood NE, Perry CL, Neumark-Sztainer D, Story M: Depressive symptoms and adolescent eating and health behaviors: a multifaceted view in a population-based sample. *Prev Med* 38 (6), 865–75 (2004)

Hallström L, Vereecken CA, Ruiz JR, Patterson E, Gilbert CC, Catasta G, Díaz LE, Gómez-Martínez S, González Gross M, Gottrand F, Hegyi A, Lehoux C, Mouratidou T, Widham K, Aström A, Moreno LA, Sjöström M: Breakfast habits and factors influencing food choices at breakfast in relation to socio-demographic and family factors among European adolescents. The HELENA Study. *Appetite* 56 (3), 649–57 (2011)

Hallström L, Labayen I, Ruiz JR, Patterson E, Vereecken CA, Breidenassel C, Gottrand F, Huybrechts I, Manios Y, Mistura L, Widham K, Kondaki K, Moreno LA, Sjöström M: Breakfast consumption and CVD risk factors in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr* 16 (7), 1296–305 (2013)

Hoyland A, Dye L, Lawton CL: A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutr Res Rev* 22 (2), 220–43 (2009)

Kapantais E, Chala E, Kaklamanou D, Lanaras L, Kaklamanou M, Tzotzas T: Breakfast skipping and its relation to BMI and health-compromising behaviours among Greek adolescents. *Public Health Nutr* 14 (1), 101–8 (2011)

Keshi-Rahkonen A, Kaprio J, Rissanen A, Virkkunen M, Rose RJ: Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *Eur J Clin Nutr* 57 (7), 842–53 (2003)

Klotter C: Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben – Eine Streitschrift zur Gesundheitsförderung. Reinhardt, München (2009)

Konzept & Analyse AG: Berufstätige – Frühstück fällt häufig aus. <http://www.ernaehrungs-umschau.de/suche/?id=3957>; abgerufen am 30.11.2014 (2009)

Kurth BM: Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 49 (10), 1050–8 (2006)

Larson N, MacLehose R, Fulkerson JA, Berge JM, Story M, Neumark-Sztainer D: Eating breakfast and dinner together as a family: associations with sociodemographic characteristics and implications for diet quality and weight status. *J Acad Nutr Diet* 113 (12), 1601–9 (2013)

Lazzeri G, Pammolli A, Azzolini E, Simi R, Meoni V, de Wet DR, Giacchi MV: Association between fruits and vegetables intake and frequency of breakfast and snacks consumption: a cross-sectional study. *Nutr J* 12, 123 (2013)

Levin KA, Kirby J: Irregular breakfast consumption in adolescence and the family environment: underlying causes by family structure. *Appetite* 59 (1), 63–70 (2012)

Lien L: Is breakfast consumption related to mental distress and academic performance in adolescents? *Public Health Nutr* 10 (4), 422–8 (2007)

Lippevelde W van, Te Velde SJ, Verloigne M, Van Stralen MM, De Bourdeaudhuij I, Manios Y, Bere E, Vik FN, Jan N, Fernández-Alvira JM, Chinapaw MJ, Bringolf-Isler B, Kovacs E, Brug J, Maes L: Associations between family-related factors, breakfast consumption and BMI among 10- to 12-year-old European children: the cross-sectional ENERGY-study. *PLoS One* 8 (11), e79550 (2013)

Manios Y, Moschonis G, Androutsos O, Filippou C, Van Lippevelde W, Vik FN, Te Velde SJ, Jan N, Dössegger A, Bere E, Molnar D, Moreno LA, Chinapaw MJ, De Bourdeaudhuij I, Brug J: Family sociodemographic characteristics as correlates of children's breakfast habits and weight status in eight European countries. The ENERGY (European Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth) project. *Public Health Nutr* [Epub ahead of print] (2014)

Mhurchu CN, Gorton D, Turley M, Jiang Y, Michie J, Maddison R, Hattie J: Effects of a free school breakfast programme on children's attendance, academic achievement and short-term hunger: results from a stepped-wedge, cluster randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health* 67 (3), 257–64 (2013)

Monteagudo C, Palacín-Arce A, Bibiloni Mdel M, Pons A, Tur JA, Olea-Serrano F, Mariscal-Arcas M: Proposal for a Breakfast Quality Index (BQI) for children and adolescents. *Public Health Nutr* 16 (4), 639–44 (2013)

- Moore GF, Moore L, Murphy S: Normative and cognitive correlates of breakfast skipping in 9-11-year-old schoolchildren in Wales. *Appetite* 53 (3), 332–7 (2009)
- Moore GF, Murphy S, Chaplin K, Lyons RA, Atkinson M, Moore L: Impacts of the Primary School Free Breakfast Initiative on socio-economic inequalities in breakfast consumption among 9–11-year-old schoolchildren in Wales. *Public Health Nutr* 17 (6), 1280–9 (2013)
- Moore GF, Tapper K, Murphy S, Lynch R, Raisanen L, Pimm C, Moore L: Associations between deprivation, attitudes towards eating breakfast and breakfast eating behaviours in 9-11-year-olds. *Public Health Nutr* 10 (6), 582–9 (2007)
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Fulkerson JA: Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? *J Adolesc Health* 35 (5), 350–9 (2004)
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Fulkerson JA, Larson N: Changes in the frequency of family meals from 1999 to 2010 in the homes of adolescents: trends by sociodemographic characteristics. *J Adolesc Health* 52 (2), 201–6 (2013)
- Nicklas TA, Morales M, Linares A, Yang SJ, Baranowski T, De Moor C, Berenson G: Children's meal patterns have changed over a 21-year period: the Bogalusa Heart Study. *J Am Diet Assoc* 104 (5), 753–61 (2004)
- O'Dea JA, Wagstaff S: Increased breakfast frequency and nutritional quality among schoolchildren after a national breakfast promotion campaign in Australia between 2000 and 2006. *Health Educ Res* 26 (6), 1086–96 (2011)
- Papoutsou S, Briassoulis G, Wolters M, Peplis J, Iacoviello L, Eiben G, Veidebaum T, Molnar D, Russo P, Michels N, Moreno LA, Tornaritis M: No breakfast at home: association with cardiovascular disease risk factors in childhood. *Eur J Clin Nutr* 68 (7), 829–34 (2014)
- Pearson N, Biddle SJ, Gorely T: Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. *Appetite* 52 (1), 1–7 (2009)
- Pearson N, Williams L, Crawford D, Ball K: Maternal and best friends' influences on meal-skipping behaviours. *Br J Nutr* 108 (5), 932–8 (2012)
- Precht TE, Strassner C, Krahl TVE: Schulfrühstück – Was kann Deutschland aus den US-Erfahrungen lernen? *Ernährungs Umschau* 61 (2), 20–6 (2014)
- Reddan J, Wahlstrom K, Reicks M: Children's perceived benefits and barriers in relation to eating breakfast in schools with or without Universal School Breakfast. *J Nutr Educ Behav* 34 (1), 47–52 (2002)
- Robert Koch Institut (Hrsg.): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. [http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs\\_tn\\_broschuere\\_web.pdf](http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs_tn_broschuere_web.pdf); abgerufen am 30.11.2014 (2014)
- SINUS Markt- und Sozialforschung GmbH: AOK-Familienstudie 2014 – Forschungsbericht des SINUS-Instituts. Teil 1: Repräsentativbefragung von Eltern mit Kindern von 4 bis 14 Jahren. [http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2014/aok\\_familienstudie\\_2014\\_gesamtbericht\\_band\\_1.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2014/aok_familienstudie_2014_gesamtbericht_band_1.pdf); abgerufen am 30.11.2014 (2014)
- Sjöberg A, Hallberg L, Höglund D, Hulthén L: Meal pattern, food choice, nutrient intake and lifestyle factors in The Göteborg Adolescence Study. *Eur J Clin Nutr* 57 (12), 1569–78 (2003)
- Smith AP: Stress, breakfast cereal consumption and cortisol. *Nutr Neurosci* 5 (2), 141–4 (2002)
- Tapper K, Murphy S, Lynch R, Clark R, Moore GF, Moore L: Development of a scale to measure 9-11-year-olds' attitudes towards breakfast. *Eur J Clin Nutr* 62 (4), 511–8 (2008)
- Terschläsen AM, Müller K, Willinger K, Kersting M: Der Einfluss von Mahlzeiten, Nährstoffen und Flüssigkeit auf die kognitive Leistungsfähigkeit bei Kindern. *Ernährungs Umschau* 57 (6), 302–7 (2010)
- Vissers PA, Jones AP, Corder K, Jennings A, van Sluijs EM, Welch A, Cassidy A, Griffin S: Breakfast consumption and daily physical activity in 9-10-year-old British children. *Public Health Nutr* 16 (7), 1281–90 (2013)

## Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung – Konzept und Ergebnisse eines Modellprojektes

- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, Staatsinstitut für Frühpädagogik München (Hrsg.): Der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung. 5. Aufl. 2012, Cornelsen Verlag, Berlin (2006)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsförderung konkret, Band 13 (2010)
- BZgA-Leitfaden zu den Qualitätskriterien, <http://www.bzga-ernaehrung.de/index.php?id=6>
- Grünwald-Funk D: Analyse und Handlungsempfehlungen zur zielgruppengenaue Planung und kommunikativen Erreichbarkeit von Eltern mit Kindern im Alter von 2 bis 6 Jahren in Bayern. Interne Projektunterlagen (2012)
- KiGGS-Studie: <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/studie/kiggs-im-ueberblick.html>
- Laverack G: „Bottom-up“ und „Top-down“-Programme: Plädoyer für eine Strategie der parallelen Zielverfolgung („Parallel tracking“). In: BZgA (Hrsg.): Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention. KNP-Tagung am 19. und 20. Mai 2011 in Bonn, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 41, 23–32 (2012)

## Biografisches Arbeiten und Gesundheitsförderung

Alheit P: „Biographizität“ als Schlüsselqualifikation. Plädoyer für transitorische Bildungsprozesse. In: QUEM-report. Schriften zur beruflichen Weiterentwicklung. Heft 78, 7–22 (2003) Weiterlernen neu gedacht. <http://www.abwf.de/content/main/publik/report/2003/Report-78.pdf>, abgerufen am 13.05.2013

Alheit P, Hanses A: Institution und Biografie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In: Hanses: 8–29 (2004)

Alheit P, Dausien: Biografieforschung in der Erwachsenenbildung. In: Krüger H-H, Marotzki W: 431–459 (2006)

Barlösius E: Eine Soziologie des Essens: Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung. Juventa, Weinheim (2011)

Blättner B, Waller H: Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Kohlhammer (2011)

Franzowiak P, Sabo P (Hrsg.): Dokumente der Gesundheitsförderung. Verlag Peter Sabo, Mainz (1993)

Gudjons H, Wagener-Gudjons B, Pieper M: Auf meinen Spuren. Übungen zur Biografiearbeit. Klinkhardt (2008)

Hanses A (Hrsg.): Biografie und Soziale Arbeit. Schneider Verlag, Hohengehren (2004)

Heindl I: Themenfeld Ernährung- zur Bedeutung der Biografiearbeit in der Lehrerbildung. Haushalt & Bildung: Schwerpunkt: Biografie und Lernen 80 (1) (2003)

Hoefert HW, Klotter C: Gesunde Lebensführung – eine kritische Analyse eines populären Konzepts. Huber, Bern (2011)

Homfeldt HG (Hrsg.): Erziehung und Gesundheit. Deutscher Studienverlag, Weinheim (1991)

Hölzle C, Jansen I (Hrsg.): Ressourcenorientierte Biografiearbeit. 2. Aufl., VS Verlag (2011)

Krüger H-H, Marotzki W (Hrsg.): Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biografieforschung. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (2006)

Keil A: Gesundheit und Krankheit als Biografische Gestaltbewegung. In: Hanses, 111–127 (2004)

Methfessel B: Fachwissenschaftliche Konzeption: Soziokulturelle Grundlagen der Ernährungsbildung. In: Hesecker H, Schlegel-Matthies K (Hrsg.): Paderborner Schriften zur Ernährungs- und Verbraucherbildung. Heft 7 (2005); [www.evb-online.de](http://www.evb-online.de)

Schnabel P-E: Zur Kritik medizin-paradigmatischer Normativitäten in der aktuellen Präventionspolitik in Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bittlingmayer et al. (Hrsg.): Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (2009)

Zocher U: Biographisch orientierte Gesundheitspädagogik. In: Knörzer W, Rupp R: Gesundheit ist nicht alles – was ist sie dann? Schneider Verlag, Hohengehren, 34–46 (2011)

## EXTRA

### Gesundheitsförderung – Definition und Abgrenzung

Altgeld T, Kolip P: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Verlag Hans Huber, 45–55 (2014)

Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Aufl., Verlag Hans Huber, 13–23 (2014)

Kaba-Schönstein L: Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. (2011) <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=393563b1212c73727ce42841e7e3ea4f&id=angebote&idx=200>

## WISSEN FÜR DIE PRAXIS

### Resistente Keime – Wenn Antibiotika nicht mehr helfen

Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR): BfR-Forum Herausforderung Antibiotikaresistenzen – eine ganzheitliche Betrachtung und neueste Erkenntnisse zur Risikowahrnehmung. Berlin 22.01.2015

Europäisches Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC): <http://ecdc.europa.eu/de/eaad/antibiotics/Pages/facts.aspx>

## NEUES AUS DER FORSCHUNG

**Mehr als Fleischverzicht: Vegetarier essen anders**

Orlich MJ et al.: Patterns of food consumption among vegetarians and non-vegetarians. *Brit J Nutr* 112, 1644–1653 (2014)

**Warum rotes Fleisch nicht gut fürs Herz ist**

Koeth RA et al.: Intestinal microbiota metabolism of L-carnitine, a nutrient in red meat, promotes atherosclerosis. *Nature Medicine*, 19, 576–585 (2013)

[http://www.wissenschaft.de/leben-umwelt/medizin/-/journal\\_content/56/12054/4886798/](http://www.wissenschaft.de/leben-umwelt/medizin/-/journal_content/56/12054/4886798/) (08.12.2014)

Koeth RA et al.:  $\gamma$ -Butyrobetaine is a proatherogenic intermediate in gut microbial metabolism of L-carnitine to TMAO. *Cell Metabolism* 20, 799–812 (2014), doi: 10.1016/j.cmet.2014.10.006. Epub 04.11.2014

**Vegane Ernährung beeinflusst Darmmikrobiota positiv**

Glick-Bauer M, Yeh MC: The health advantage of a vegan diet: exploring the gut microbiota connection. *Nutrients* 6 (11), 4822–4838 (2014)

**Länger leben mit Vollkornprodukten!?**

Hauner H: Zusammenfassung der Ergebnisse der Leitlinie zur Kohlenhydratzufuhr. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. Bonn (Hrsg.): Evidenzbasierte Leitlinie. Kohlenhydratzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten. 158–161 (2011); <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/ws/II-kh/10-Zusammenfassung-der-Ergebnisse-DGE-Leitlinie-KH.pdf>

Wu H, Flint AJ, Qi Q, van Dam RM, Sampson LA, Rimm EB, Holmes MD, Willett WC, Hu FB, Sun Q: Association between dietary whole grain intake and risk of mortality: two large prospective studies in US men and women. *JAMA Intern Med* Jan. 5 (2015); doi: 10.1001/jamainternmed.2014.6283. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25559238

**Gesünder leben gelingt eher zu zweit**

Jackson SE et al.: The influence of partner's behavior on health behavior change – The English Longitudinal Study of Ageing. *JAMA Internal Medicine*; doi: 10.1001/jamainternmed.2014.7554

**Link:** University College London, Health Behaviour Research Centre: <http://www.ucl.ac.uk/hbrc>

## WUNSCHTHEMA

**Essbare Blüten**

aid Presseinfo: Kapuzinerkresse, essbare Blüte aus dem Garten. Nr. 17 (2007)

aid Presseinfo vom 03.04.2008: Schwarzer Holunder: Essbare Blüten aus Garten, Wald und Wiese (2008)

aid Presseinfo vom 30.04.2008: Wildrosen – Essbare Blüten aus Garten, Wald und Wiese (2008)

aid Presseinfo: Rose, Veilchen, Gänseblümchen: Viele Blüten sind essbar. Nr. 28 (2013)

Fromme S: Mit Blüten kochen. *UGB-Forum* 4, 197–198 (2000)

Guthmann J, Fleischhauer SG, Spiegelberger R: Essbare Wildpflanzen. *AT-Verlag* (2007)

Holler K: Köstliche Gartenblumen – Essbare Blüten. *Natur und Heilen* 5, 48–51 (2000)

Lara-Cortes E, Osorio-Diaz P, Jemenez-Aparicio A, Bautista-Banios S: Nutritional content, functional properties and conservation of edible flowers. *Review. Arch Lationoam Nutr* 63, 197–208 (2013)

Mayer G: Arzneipflanze des Jahres 2013 – Große Kapuzinerkresse – *Tropaeolum majus* L. *Zeitschrift für Phytotherapie* 34, 34–35 (2013)

Rop O, Micek J, Jurikova T, Neugebauerova J, Vabkova J: Edible Flowers – a new promising source of mineral elements in human nutrition. *Molecules* 17, 6672–6683 (2012)

Schocke S: Wildkräuter. *Ernährungs Umschau* 5, S19–S22 (2013)

Walde-Frankenberger B: Essbare Blüten – Genuss nicht nur für die Augen. *Naturarzt* 6, 40–41 (2003)

## FORUM

**Betriebliche Gesundheitsförderung – Ein Beispiel aus der Praxis**

Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/steuerliche-vorteile.html> (2013)

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): [www.bmg.bund.de/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/vorteile.html](http://www.bmg.bund.de/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/vorteile.html) (2014)

BKK Dachverband (Hrsg.): <http://www.bkk-dachverband.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/artikel/bkk-gesundheitsreport-2013-rueckenschmerzen-sorgen-fuer-meiste-ausfalltage-krankenstand-2013-steig/> (2013)

DAK-Gesundheit (Hrsg.): DAK-Gesundheitsreport 2013. Hamburg (2013); [http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger\\_bundesweiter\\_Gesundheitsreport\\_2013-1318306.pdf](http://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf)

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): *Gesunde Mitarbeiter – gesundes Unternehmen – Eine Handlungshilfe für das Betriebliche Gesundheitsmanagement* (2014); <http://psyga.info/ueber-psyga/materialien/handlungshilfe-bgm/>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2012 – Unfallverhütungsbericht Arbeit*, Dortmund (2013); [http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2012.html;jsessionid=DB5CCCAF7E12AE92D80DB83E586B2BC4.1\\_cid380](http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2012.html;jsessionid=DB5CCCAF7E12AE92D80DB83E586B2BC4.1_cid380)

## PRÄVENTION &amp; THERAPIE

**Divertikelkrankheit: Primär- und Sekundärprävention mit Ballaststoffen**

Aldoori WH et al.: A prospective study of dietary fiber types and symptomatic diverticular disease in men. *American Society for Nutritional Services* 1. April 128 (4) (1998)

Aldoori W, Ryan-Harshmann M.: Preventing diverticular disease: review of recent evidence on high-fibre diets. *Canadian Family Physician*, Oktober 48 (2002)

American Dietetic Association: Position of the American Dietetic Association: Vegetarian diets. *Journal of the American Dietetic Association* (2009)

Brodrigg AJM: Treatment of symptomatic diverticular disease with a high-fibre diet. *The Lancet*, 26. März (1977)

Cabré E: Nutrition in the prevention and management of irritable bowel syndrome, constipation and diverticulosis. *The European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism* April 6 (2) (2011)

Crowe FL, Appleby PN, Allen NE, Key TJ: Diet and risk of diverticular disease in Oxford cohort of European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): prospective study of British vegetarians and non-vegetarians. *British Medical Journal (BMJ)*, 19. Juli, 343 (2011)

EFSA: Scientific opinion on dietary reference values for carbohydrates and dietary fibre. *EFSA Journal* 8 (3) (2010)

Fischer N et al.: Cereal dietary fiber consumption and diverticular disease: a lifespan study in rats. *The American Journal of Clinical Nutrition*, November 42 (5) (1985)

Haack VS et al.: Increasing amounts of dietary fiber provided by foods normalizes physiologic response of the large bowel without altering calcium balance or fecal steroid excretion. *American Journal of Clinical Nutrition*, September 68 (3) (1998)

Hodgson J: Effect of methylcellulose on rectal and colonic pressures in treatment of diverticular disease. *British Medical Journal*, September, 3 (1972)

Huth K, Burkard M: *Ballaststoffe*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH, Stuttgart (2004)

Kreft D: Flohsamenschalen – lösliche Ballaststoffe zur Therapie der chronischen Obstipation. *Ernährungs Umschau* 48 (12) (2001)

Lahner E et al.: High-fibre diet and *Lactobacillus paracasei* B21060 in symptomatic diverticular disease. *World Journal of Gastroenterology*, 7. November, 18 (41) (2012)

Lanas A, Ponce J, Bignamini A, Mearin F: One year intermittent rifaximin plus fibre supplementation vs. fibre supplementation alone to prevent diverticulitis recurrence: A proof of concept study. *Digestive and Liver Disease*, 11. Mai, 45 (2013)

Leahy AL, Ellis RM, Quill DS, Peel ALG: High fibre diet in symptomatic diverticular disease of the colon. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 67 (3) (1985)

Nakaji S et al.: Comparison of etiology of right-sided diverticula in Japan with that of left-sided diverticula in the West. *International Journal of Colorectal Disease*, November, 17 (6) (2002)

NVSI: [www.mri.bund.de](http://www.mri.bund.de). (2008); <http://www.mri.bund.de/NationaleVerzehrsstudie>, abgerufen Mai 2014

Ornstein MH et al.: Are fibre supplements really necessary in diverticular disease of the colon? A controlled clinical trial. *British Medical Journal*, 25. April, 282 (1981)

Painter NS, Burkitt DP: Diverticular disease of the colon: a deficiency disease of western civilization. *British Medical Journal*, 22. Mai, 2 (1971)

Peery AF et al.: A high-fiber diet does not protect against asymptomatic diverticulosis. *Gastroenterology*, Februar, 142 (2) (2012)

Schulze-Lohmann P, DGE: *Ballaststoffe. Grundlagen, präventives Potenzial, Empfehlungen für die Lebensmittelauswahl*. Ernährungs Umschau, Juli (2012)

Strate LL et al.: Nut, corn and popcorn consumption and the incidence of diverticular disease. *The Journal of the American Medical Association*, 27. August, 300 (8) (2008)

Ünlü C, Daniels L, Vrouwenraets BC, Boermeester MA: A systematic review of high-fibre dietary therapy in diverticular disease. *International Journal of Colorectal Disease*, April, 27 (2012)

**Systemische Ansätze: Der Klient in seiner Familie**

Dornes M: Der kompetente Säugling. Fischer, Frankfurt (1994)

Sartre JP: Die progressiv-regressive Methode. In: Marxismus und Existentialismus. Rowohlt, Reinbek (1983)