

meisten geboten wurde und wo es am wenigsten auf aktive Mitarbeit ankam, dort fühlten sich die Teilnehmer am wohlsten. Allerdings drückt sich dies nicht auch im Ergebnis aus: die Angehörigen der reinen Informationsgruppe wiesen am Ende der 12 Sitzungen keinen signifikanten Rückgang ihrer Blutdruckwerte auf (was auch beim Selbstmessen der Fall war). Dagegen sanken die systolischen Werte bei der Selbstmessgruppe und die diastolischen bei den Teilnehmern, die eine Gewichtsreduktion von durchschnittlich 5 Kilogramm erreichen konnten, signifikant ab, wobei freilich nicht ganz auszuschließen ist, ob hierbei nicht die Statistik einen Streich gespielt hat. Was aus der Kontrollgruppe geworden ist, bleibt unbekannt. Eines aber hat sich gezeigt: es ist sehr wohl möglich, derartige Gesundheitsveranstaltungen in Gruppen in der Praxis des niedergelassenen Arztes durchzuführen, der damit seiner Aufgabe, vorsorgend tätig zu sein, gerecht werden kann.

9.) Kritische Überlegungen

Das Problem des Übergewichts gibt es seit etlichen Jahren, aber ein wirksames therapeutisches Vorgehen dagegen läßt immer noch auf sich warten. Abgesehen von der nur bei wenigen wirksamen Empfehlung, weniger zu essen (die berühmte "ausgewogene Mischkost"), ist ein Therapieangebot, das einen durchschlagenden Erfolg versprechen könnte, nach wie vor nicht in Sicht. Im Gegenteil: man hat den Eindruck, als drehe man sich im Kreis. In Nuancen abgeänderte Therapiekonzepte, die jeweils Anlaß sind für eine weitere Publikation, führen offenbar nicht weiter. Denn vieles davon verschwindet gleich danach wieder in der Versenkung, ohne daß man jemals wieder davon hört.

Daran mag mit schuld sein, daß es dem Anschein nach nicht möglich ist, sich auf vergleichbare Methoden zu einigen. Immer wieder wählt man andere Erfolgskriterien, erweitert hier, läßt dort etwas weg. Ist es nun ein Erfolg, wenn ein Patient direkt am Ende der Behandlung dünner geworden ist, oder wie lange müßte er dabei bleiben, um als Erfolg verbucht zu werden? 6 Monate nur? ein Jahr? Sind sieben verlorene Kilo nach neun Monaten wirklich ein Erfolg? Oder doch eher sieben Kilo nach 12 Wochen? Wie kann man ausschließen, daß das Engagement des Psychologen, der noch einen Titel in seinem Publikationsverzeichnis gebraucht hat, die Therapiegruppe zu ungewöhnlicher Leistung anstachelte, und daß es gar nicht die Methode war, die den Erfolg brachte? Warum werden nicht immer und überall Kontrollgruppen eingerichtet und mit untersucht? Kann man wirklich Aussagen über die Wirksamkeit einer Maßnahme machen, wenn man sie nur mit 100 oder noch nicht einmal so vielen Teilnehmern ausprobiert hat?

Warum spricht man in Berichten über verhaltenstherapeutische Bemühungen gegen ein zu hohes Körpergewicht so selten von den Abbrechern, den Versagern, den Fehlschlägen? Gibt es wirklich so wenige? Wenn das nicht der Fall ist, warum prüft man nicht die Beweggründe dieser Aussteiger? Oder nimmt man von vornherein nur Teilnehmer, deren Motivation einigermaßen sicher zu sein scheint? Müßte man dann aber nicht verstärkte Anstrengungen darauf legen, Konzepte zu entwickeln, mit denen man das Gros derjenigen erreicht, die nicht freiwillig kommen?

Abgesehen von den Selbsthilfegruppen scheint an den vom Fachmann

geleiteten Therapieversuchen zu kritisieren zu sein, daß die Konzepte schlecht übertragbar sind, daß sie beispielsweise nicht ohne weiteres in einer Volkshochschule wiederholt werden können, mit dem dort tätigen Personal. Viele Therapien sind einfach zu kompliziert, es wird zu viel hineingepackt, mit dem der Therapeut vielleicht noch umgehen kann, was eher die breite Masse der Therapiebedürftigen absolut überfordert. Die Kompliziertheit erfordert großes Engagement von beiden Seiten, und dazu dürfte der durchschnittliche dicke Patient kaum fähig sein. Viele der Maßnahmen dauern auch zu lange und schrecken potentielle Teilnehmer von vornherein ab. Mehr als ein Viertel Jahr zu übersehen bzw. sich auf länger zu verpflichten, das ist kaum zu verlangen. Einige Therapieelemente nehmen sich auch etwas weltfremd aus, z.B. die Belohnungen, die man sich selbst bei erfolgreichem Therapieverlauf gönnen soll: das sind alles Dinge, die man sich auch ohne Anlaß leisten kann, so daß der Anreiz fehlt. Ebenso die Alternativen "statt essen": hier wird Jogging empfohlen, ein Gespräch, Lesen usw., aber was sind das für Alternativen, wenn man sich zwischen ihnen und einer heiß begehrten Tafel Schokolade zu entscheiden hat? Oder für ältere Personen? Warum tut man nichts, um endlich auch die Männer zur Therapie zu bekommen, die sie vielleicht noch nötiger haben, weil zum Übergewicht meist noch andere Risikofaktoren hinzukommen, z.B. Rauchen?

Oder ist es vielleicht gar der falsche Weg, Übergewicht zu bekämpfen? Bereitet man den Boden für Hypochonder? Was wäre, wenn die These stimmt, daß wir seit 80 Jahren die gleiche Kalorienmenge zuführen, daß wir Zeitgenossen jetzt aber dick werden, nur weil wir uns weniger bewegen als die Vorfahren um 1900? Müßte man dann nicht das Augenmerkmal darauf legen, die Nation - soweit übergewichtig - zu körperlicher Aktivität zu bringen?

31. Protokoll der Tagungsdiskussion

B. Clotz

Es wurde deutlich, daß die Palette der Einflußmöglichkeiten auf das Ernährungsverhalten heute groß und durchaus differenziert ist. Insbesondere zum Übergewichtsproblem reicht sie von breit angelegten Aufklärungskampagnen über die Initiierung und Förderung von Selbsthilfegruppen und professionell betreuter Gewichtsreduktion bis hin zur stationären Therapie.

Aufklärungskampagnen über Ernährungsfragen durch Informationsbroschüren und Massenmedien, zählen zu den unspezifischen, dafür eine umso größere Zahl an Menschen ansprechenden Maßnahmen. Die Bewertung dieser Kampagnen blieb kontrovers. Wohlwollende Stimmen mutmaßten u.a., daß durch sie ganze Familien oder die Kollegen am Arbeitsplatz zusammen aktiviert werden könnten. Dies könne zur Folge haben, daß echte Selbsthilfegruppen entstünden, im Gegensatz zu solchen, die Fachleute initiieren. Das sei mehr als mit allen anderen Maßnahmen erreichbar und könne z.B. den Erfolg der "IdR"-Kampagne des Zweiten Deutschen Fernsehens mitbegründet haben.

Eher kritisch eingestellte Beiträge brachten zum Ausdruck, daß Appelle an die Vernunft - um solche handele es sich bei dem Informationsmaterial meistens - wenig effektiv seien, weil den Menschen meistens andere Dinge wichtiger seien (z.B. die Familienzufriedenheit o.ä.) als die Umsetzung von Einsicht in Handeln. Auch das Erzeugen von Angst, die derzeit fast einzige gebräuchliche Form mehr auf emotionaler Ebene anzusprechen und zu motivieren, sei nicht unproblematisch. Wenn im Übermaß die negativen Folgen ungünstiger Ernährung beschworen würden, könne dies zu Resignation führen. Beispielfhaft wurde eine Untersuchung an gefäßoperierten Rauchern zitiert, nach der von derjenigen Gruppe, welche über die Risiken des Weiterrauchens informiert wurden, weniger Pbn das Rauchen aufgegeben hätten als in der nichtinformierten Kontrollgruppe.

Wieder andere stellten nicht grundsätzlich den Wert von Breitenaufklärung in Frage, bezweifelten jedoch, ob hier bereits die optimale Form gefunden sei.

Sie argumentierten, daß bestimmte Schnellimbis-Ladenketten enorme und offensichtlich größere Veränderungen im Ernährungsverhalten der Bevölkerung bewirkt hätten als die Aufklärungskampagnen der Ernährungsfachleute, indem sie es verstanden hätten, "in Mode" zu kommen. Es wurde die Forderung laut, sich im Bemühen um bessere Ernährungsgewohnheiten gleichfalls stärker moderner Marketing-Methoden zu bedienen, eben "Mode" zu machen.

Weitere zu diesem Komplex aufgeworfene Fragen (z.B.: "Welche Art der Information und in welcher Aufmachung erreicht die Verbraucher am besten?" "Tragen Informationen überhaupt zu günstigen Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten bei?" "Wann kann Information schädlich

wirken?" usw.) mußten am Ende offen bleiben. Da im Bereich der Breitenaufklärung der persönliche Kontakt zu den Adressaten fehlt, ist die wissenschaftliche Effizienzkontrolle schwierig, wenn nicht unmöglich, weil sich dadurch das übliche Vorgehen von Vor- und Nachuntersuchung ausschließt.

Bei den spezifischeren Maßnahmen kamen vorwiegend verschiedene Gruppenkonzepte zur Gewichtsreduktion zur Sprache.

Am Beispiel der in Niedersachsen durch die Agrarsoziale Gesellschaft (ASG) initiierten Selbsthilfegruppen wurde aufgezeigt, daß wir bei diesem - mit einer Quote von 50% vergleichsweise erfolgreichen - wie bei den verhaltenstherapeutischen Programmen überhaupt, im Grunde nur wissen, daß das Paket im Ganzen, nicht jedoch, welche Maßnahmen im Einzelnen wirksam sind. Bedenkt man, daß Veränderung des Ernährungsverhaltens im Grunde Verhaltensänderung schlechthin bedeutet, so wird deutlich, daß es sich hier um einen sehr komplexen Vorgang handelt, welcher die soziale Umwelt und ihr Wechselspiel mit dem Einzelnen einschließt. Vermutlich seien empirisch so schwer erfassbare Faktoren wie Spaß, Lebensgefühl, Aktion und Motivation entscheidende Mitdeterminanten für den Erfolg.

Darüberhinaus wurde kritisiert, daß durch relativ abschreckende Teilnahmebedingungen eine übermäßige Klientenselektion stattfindet. Weil nur sehr motivierte Personen teilnahmen, führe dies zu geringen Abbrechquoten und einer Überschätzung des Erfolges. Darüberhinaus bedeuten diese harten Teilnahmebedingungen, daß bestimmte Bevölkerungskreise nicht erreicht würden, so daß sich diese Programme letztlich nur in einem bestimmten soziodemographischen Bevölkerungssegment bewegten.

Nicht allein bezogen auf Selbsthilfegruppen wurden in diesem Zusammenhang Forderungen laut, generell abschreckende Elemente besser zu vermeiden und die Klienten bei der Ausarbeitung von Maßnahmen und Programmen mehr zu beteiligen. Dabei wurde deutlich, daß die compliance-Bedingungen der jeweiligen Maßnahmen und Programme und in diesem Zusammenhang ganz besonders auch Fragen der Therapieabbrüche weitgehend ungeklärt sind und dringend der Klärung bedürfen. (Erfolgt der Abbruch schleichend oder plötzlich? Wie hat sich die persönliche Situation verändert? Welche Motive führen zum Therapieabbruch? etc.)

Bezüglich des Abbrecherproblems konnte bislang nur vom Beispiel einer Gewichtsreduktionsgruppe in einer allgemeinärztlichen Praxis mit vorwiegend weiblichen Hypertonikern berichtet werden. 25% der Patientinnen hätten die Therapie vorzeitig abgebrochen. Diese zeichneten sich gegenüber den anderen dadurch aus, daß sie jenseits der Gruppe ein reges soziales Leben führten (viel Kontakt, großer Bekanntenkreis, Teilnahme an Vereinsaktivitäten usw.).

Demnach scheine die regelmäßige Teilnahme an einer solchen Gruppe eher dann garantiert, wenn diese gleichzeitig auch die emotionalen und sozialen Bedürfnisse der Klienten zu erfüllen habe; ein Zusammenhang zum Therapieerfolg habe sich jedoch nicht ergeben.

Hinsichtlich des mehr therapieresistenten Kollektivs wurden dann noch gute Erfahrungen - auch längerfristig - mit dem in Freiburg entwickelten Modell einer interdisziplinär betreuten Gruppentherapie

berichtet, das erheblich kostengünstiger arbeite als die stationäre Gewichtsabnahme (bei 2-jähriger Katamnese) praktiziert werde.

Trotz dieser recht breiten Vielfalt an Möglichkeiten wurde auch Unzufriedenheit über den Mangel an mehr zielgruppenorientierten therapeutischen und präventiven Maßnahmen laut. Diese seien jedoch nur zu erstellen, wenn - als eine der dringlichsten Aufgaben kommenden der Forschung - die auslösenden Situationen und die beginnende Entwicklung von Übergewicht einmal systematisch beobachtet seien und zugrundegelegt werden könnten. Dies sei nur durch langfristig angelegte prospektive Studien realisierbar.

32. Bedeutung diätetischer Information im Konzept einer Veränderung der Ernährungsgewohnheiten (Wieviel »Diätetik« muß man wissen, um sich richtig zu ernähren?)

W. Aign

1. Einführung

Nach einer Schätzung der Deutschen Forschungsgemeinschaft entstehen in der Bundesrepublik Deutschland durch ernährungsabhängige Krankheiten pro Jahr Kosten in Höhe von etwa 2 % des Bruttosozialproduktes oder etwa 17 Milliarden D-Mark. Dies sind Kosten, die sich durch eine Änderung unserer Ernährungsgewohnheiten reduzieren ließen.

Wir haben heute recht genaue Vorstellungen darüber, wie eine Kost zusammengesetzt sein sollte, die einer Fehlernährung und damit Gesundheitsstörungen vorbeugen kann. Ebenso kennen wir Ernährungsnormen, die dazu beitragen, ernährungsbedingte Krankheiten zu bessern und zu heilen. Wir haben Daten über das Ernährungsverhalten des Bundesbürgers; der regelmäßig erscheinende Ernährungsbericht gibt Auskunft über die zu korrigierenden Ernährungsgewohnheiten.

So gilt es nur noch, den gesunden und den kranken Menschen auf seine Fehler aufmerksam zu machen und ihm den Weg zu weisen, seine Ernährung den wissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen. Die Erfahrung hat uns aber gezeigt, daß genau hier die eigentlichen Probleme beginnen.

Seit Jahren kennt man die zentrale Bedeutung der Ernährungs- und Diätberatung. Neue Berufsbilder wurden geschaffen; das öffentliche Gesundheitswesen, spezielle Institutionen, die Massenmedien und auch die Werbung nehmen sich dieser Aufgabe an. Doch wie sieht der Erfolg aus? Auf nationaler und internationaler Ebene werden Erfahrungen ausgetauscht und über die Möglichkeiten der Beeinflussung des Ernährungsverhaltens diskutiert. Hierbei steht meist die Methodik der Beratung im Mittelpunkt und so haben wir sehr genaue Vorstellungen darüber, wie Informationen weitergegeben werden sollen, wie man den Menschen aktivieren und motivieren kann. Die Frage der Didaktik aber, die Frage, was soll vermittelt werden, welche Lernziele müssen gesetzt werden und welche Informationen braucht der Ratsuchende, um sich richtig zu ernähren, wurden bisher stark vernachlässigt. Es gibt so gut wie keine "Lehrpläne" für die Ernährungs- und Diätberatung, und mir sind keine Untersuchungen bekannt, die die Effizienz einer Beratung in Beziehung zur Stoffauswahl gesetzt haben. Es ist also von Interesse, sich einmal Gedanken darüber zu machen, welche Informationen für eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten von Bedeutung sind. Am Beispiel der Diätberatung will ich dies im folgenden versuchen.

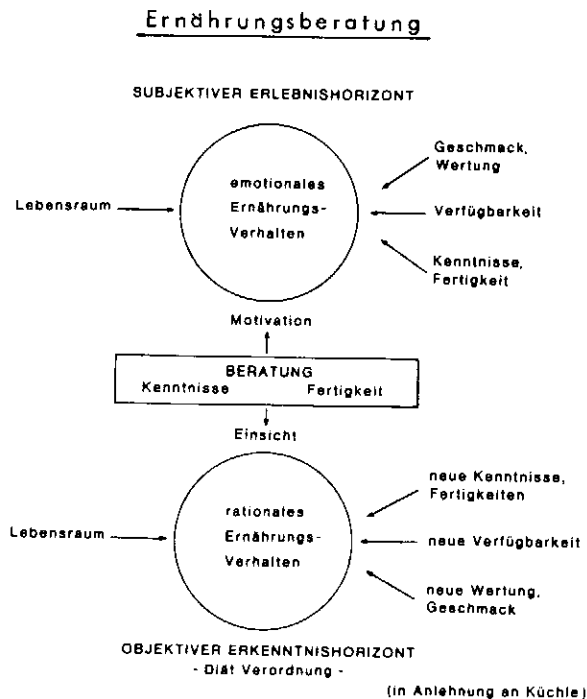
2. Grundlage der Ernährungs- und Diätberatung

Ernährungsberatung gilt als Teil einer vorbeugenden Gesundheitspflege und hat das Ziel, das Ernährungsverhalten auf Grund rationaler Einsicht zu ändern. Diätberatung, ein Spezialgebiet der Ernährungsberatung, dient der Vorbeugung, der Besserung und Heilung ernährungsabhängiger Krankheiten. Sie soll helfen, eine vom Arzt verordnete Diät in die Praxis zu übertragen (337). Eine Diätverordnung - meist in Form von Diät-Richtlinien - beschreibt die erforderlichen Maßnahmen wie Nährstoffzusammensetzung und -relation; Lebensmittelauswahl; Zubereitungstechnik und Mahlzeitenfrequenz, die auf physiologische und pathophysiologische Vorgänge im Körper einwirken oder an die Restfunktion erkrankter Organe angepaßt sind.

Die Veränderung eines spontanen Ernährungsverhaltens in ein diätetisch definiertes, setzt zunächst Wissen und Fertigkeiten voraus, um die Durchführung der oben aufgeführten Maßnahmen zu ermöglichen. Das Geschehen ist jedoch weitaus komplexer und erfordert ein umfassenderes Konzept.

Ein bisher überwiegend emotionales Verhalten, geprägt und motiviert durch einen subjektiven Erlebnis-Horizont und dem individuellen Lebensraum - der Begriff steht hier für die soziokulturellen Faktoren - soll verändert werden (vgl. Abb. 1). Das Ziel ist eine Ernährung, die sich auf Grund rationaler Einsicht und einem objektiven Erkenntnis-Horizont, der die Diät-Verordnung widerspiegelt, in den gleichgebliebenen Lebensraum einfügt.

Abb. 1



Ziel und Inhalt der Ernährungs- und Diätberatung muß also die Vermittlung sein von:

- Kenntnissen und Fertigkeiten für die Durchführung der Diät
- Wissen für die Bildung neuer Einsicht und Einstellung zum Essen

Die Bedeutung von Ernährungswissen und Einstellung zum Essen für das Ernährungsverhalten wurde in den letzten Jahren sehr häufig untersucht und diskutiert (124,186,506,569). Die Ergebnisse sind im wesentlichen:

- Das Ernährungswissen ist gering und sollte verbessert werden.
- Die Einstellung zum Essen ist recht positiv.
- Die Einstellung zur Gesundheit ist optimal.
- Aus Wissen und Einstellung können keine Rückschlüsse auf das Verhalten gezogen werden.

Für unsere Überlegungen ist von besonderer Bedeutung die Tatsache, daß anscheinend Wissen und Einstellung nur geringen Einfluß auf das Ernährungsverhalten haben. Also muß man sich fragen "kann der Verbraucher mit den gegebenen Informationen und seinem Wissen das vorhandene Angebot an Waren und Dienstleistungen zum Erhalt seiner Gesundheit nutzen" (221)? Wissen, aus dem man keine Konsequenzen ableiten kann, hat nur geringen Nutzen. Eine weitere Frage: hat der Verbraucher genügend Eigenverantwortung, um seine - vielleicht nur scheinbar - positive Einstellung zur Gesundheit in richtiges Ernährungsverhalten zu übertragen? All diese Fakten müssen bei der Auswahl der Beratungsinhalte berücksichtigt werden.

Zur Beantwortung der Frage "Was braucht der Diätbedürftige, um sich richtig zu ernähren?" sollte man von folgenden Überlegungen ausgehen:

- mit welchen Kenntnissen und Fertigkeiten wird der Patient in die Lage versetzt, im Rahmen seines individuellen Lebensraumes diätetische Richtlinien einzuhalten (vgl. Tab. 1).
- welches Wissen gibt ihm genügend Einsicht und Motivation, seine Ernährungsgewohnheiten zu ändern.

In der Didaktik kennt man hierfür folgende Analysen:

- eine Verhaltensanalyse, (was weiß er, was tut er?)
- eine Qualifikationsanalyse, (was braucht er, was muß er wissen, was können?)
- eine Zielgruppenanalyse, (was sagt ihm der Inhalt aus? Beschreibung des Lebensraumes)

Abb. 2

Wieviel Diätetik muß man wissen, um sich
richtig zu ernähren?

1. Was muß der Diätbedürftige wissen, was ist absolut notwendig?

Lernziel: Der Diätbedürftige soll seine Diät selbständig einhalten können

<u>T H E M A</u>	<u>I N H A L T</u>
1. <u>Diätetik</u>	- Grundprinzip der Diät-Verordnung - Diät-Richtlinien
2. <u>Lebensmittelkunde</u>	- Lebensmittelauswahl nach empfohlenen, erlaubten, einzuschränkenden und verbotenen Lebensmitteln - Austauschmöglichkeiten, diätetische Lebensmittel - Inhaltsstoffe im Hinblick auf die Diät-Verordnung (z.B. Fettgehalt, Natrium- oder Ballaststoffgehalt)
3. <u>Lebensmittel-Verarbeitung</u>	- im Rahmen der Diät-Verordnung (z.B. Speisen ohne Fett, ohne Zucker oder Kochsalz, Speisen mit viel Ballaststoffen) - neue Rezepte - Abwandeln herkömmlicher Rezepte
4. <u>Speiseplan-Gestaltung</u>	- im Hinblick auf - Nährstoffrelation - Mahlzeitenfrequenz - Lebensraum
5. <u>Nährstoff-Tabellen</u>	- Berechnen der "kritischen" Inhaltsstoffe - Arbeiten mit Austausch-Tabellen

2. Was sollte der Diätbedürftige wissen, was ist wichtig ?

Lernziel: Der Diätbedürftige soll seine Diät selbständig einhalten können und die Einsicht haben es auch zu wollen

<u>T H E M A</u>	<u>I N H A L T</u>
1. <u>Krankheitslehre</u>	- Erklärung und Risiken der Krankheit
2. <u>Diätetik</u>	- Prinzip und Wirkungsweise der Diät - Folgen bei Nichteinhalten der Diät
3. <u>Lebensmittelkunde</u>	- Inhaltsstoffe der Lebensmittel - Qualitätsbegriffe
4. <u>Ernährungslehre</u>	- Energie-Haushalt - Hauptnährstoffe, Mineralstoffe und Vitamine - ihre Aufgaben und Mangelercheinungen - ihr Vorkommen - ihr Bezug zur Krankheit
5. <u>Nährstofftabellen</u>	- Umgang mit Nährstofftabellen - Berechnen der eigenen Kost
6. <u>Selbstkontrolle</u>	- Aufstellen und Beurteilen von Ernährungsprotokollen

3. Was kann der Diätbedürftige wissen, was ist noch wissenswert ?

Lernziel: Der Diätbedürftige soll seine Diät-Verordnung selbständig in die Praxis übertragen können.

<u>T H E M A</u>	<u>I N H A L T</u>
alle unter 1 und 2 aufgeführten Themen	- vertiefte und detailliertere Kenntnisse und Fertigkeiten

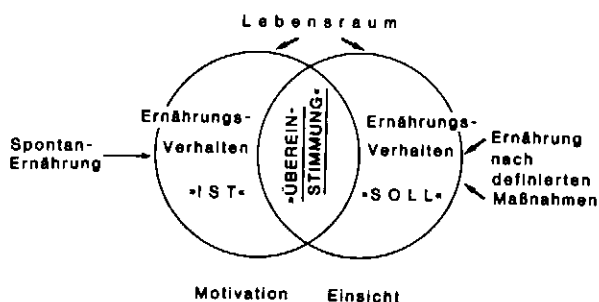
Für die Verhaltensanalyse ist in der Diätberatung die Ernährungsanamnese eine wesentliche Grundlage. Der Vergleich des Ist-Verhaltens mit dem Soll-Verhalten zeigt den Umfang des zu verändernden Verhaltens an (vgl. Abb. 2), der von der Art der Diät, dem Ausmaß der diätetischen Richtlinien und der Dauer der Diät geprägt wird. Je größer der Anteil der Übereinstimmung von spontaner Ernährung definierten Maßnahmen, desto weniger Informationen sind im Hinblick auf die Qualifikations-Analyse notwendig. Trotzdem empfiehlt es sich, eine Basis an Wissen und Fertigkeiten zu legen, um dem Diätbedürftigen die nötige Sicherheit für seine neue Lebenssituation zu schaffen.

Ein weiterer Vorteil für die Ermittlung der "Übereinstimmung" liegt in den konkreten Anknüpfungspunkten, die sich hier für die Beratung ergeben. Das bereits richtige Verhalten ermöglicht einen positiven Aufbau der Beratung. So kann Unsicherheit genommen und die Angst vor der Umstellung vermindert bzw. abgebaut werden.

Für die Motivation und den Aufbau einer "neuen" Einsicht, ist die Zielgruppenanalyse von Bedeutung. Hier sind die durch Alter, Geschlecht, sozialen Status, Beruf usw. bedingten Normen zu berücksichtigen. Dem Aufdecken der Grundbedürfnisse wie soziale Anerkennung, Sicherheit, Liebe, Selbstachtung und Unabhängigkeit gibt CORRELL (94) für die Auswahl und Intensität der Information besonderes Gewicht.

Abb. 3

Veränderung des Ernährungsverhaltens



3. Wieviel Diätetik muß man wissen, um sich richtig zu ernähren?

Aus den oben skizzierten Überlegungen geht hervor, daß es auf diese Frage keine einheitliche Antwort geben kann, trotzdem versuche ich, hier eine Diskussionsgrundlage vorzustellen.

Meiner Meinung nach sollten Beratungs-Themen und -Inhalte in 3 Gruppen unterteilt werden (vgl. Tab. 1):

1. Was muß der Diätbedürftige wissen, was ist absolut notwendig? 2. Was sollte der Diätbedürftige wissen, was ist wichtig? 3. Was kann der Diätbedürftige wissen, was ist noch wissenswert?

Zu 1.: Hier muß die Praxis im Vordergrund stehen, die Hilfe beim Übertragen der Diätverordnung in geeignete Lebensmittel, Zubereitungsarten und Speisepläne. Gute Beispiele liefert hier die DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (129) mit ihren Diätbogen, die zur Verstärkung einer mündlichen Beratung als Einzel- oder Gruppen-Beratung dienen sollen.

Diätetik kann sich in dieser Gruppe auf das Wissen zum Thema die Grundprinzipien der Verordnung beschränken wie: "fettarm", "kochsalzarm", "ballaststoffreich" und auf die Diät-Richtlinien wie: "5 Mahlzeiten", "leicht verdaulich", "keinen Alkohol".

Ein Schwerpunkt liegt in der Lebensmittelkunde, hier müssen die erlaubten und einzuschränkenden Lebensmittel erlernt werden. Sicherheit in der richtigen Auswahl ist wesentlicher als Kenntnisse über die Lebensmittelzusammensetzung (142). Diese Informationen, die in einem "assoziativem Bedeutungskomplex" vermittelt werden, werden auch besser behalten (124). Das Vorkommen der zu beachtenden Inhaltsstoffe, handelsübliche Deklaration und Austauschmöglichkeiten muß weiterer Inhalt der Beratung sein.

Der zweite Schwerpunkt liegt in der Lebensmittel-Verarbeitung. Neue Zubereitungstechniken, nach Möglichkeit in der Praxis geübt, neue Rezepte und das Abwandeln herkömmlicher Rezepte im Sinne der diätetischen Richtlinien, lassen den Diätbedürftigen erfahren, daß Diät nicht Verzicht bedeuten muß, daß sie gut schmecken und abwechslungsreich sein kann. Grundsätzlich sollte bei dieser Gruppe der Trend im Vordergrund stehen: "Diät heißt die Kunst des Erlaubens". Eine sinnvolle Begrenzung der Informationen schützt vor Verunsicherung.

Für die Speiseplangestaltung im Hinblick auf die diätetisch bedingte Nährstoffrelation, bietet sich das Einteilen in Lebensmittel-Gruppen nach Nährstoffgehalt an, wie wir es beispielsweise in "The Basic Seven", "Die gute 7" kennen, die in 30 Ländern in mehr oder weniger abgewandelter Form übernommen wurde, bei uns aber leider etwas in Vergessenheit geraten ist (130,589). Der Umgang mit Nährstoff-Tabellen scheint mir hier nur für die Diätformen erforderlich, die einzelne Inhaltsstoffe meiden oder bevorzugt verzehren sollten wie beispielsweise Kochsalz, Cholesterin, Purine, Ballaststoffe. Der Einsatz von Sonder- oder Austausch Tabellen ist da leichter zu handhaben den allgemeinen Nährstoff Tabellen vorzuziehen.

Zu 2.: Hier sollte der Diätbedürftige nicht nur die Fertigkeiten erlangen, seine Diät in seine Alltagswelt zu übertragen, er sollte zugleich soviel Einsicht und Motivation erhalten, um die Diät auch einhalten zu wollen. Aus der Lernpsychologie ist bekannt, daß dies durch entsprechendes Wissen erfolgen kann. So sollte auf der 2. Stufe, aufbauend auf dem unter 1. vermittelten Grundwissen, die Kenntnisse vertieft und ergänzt werden.

Neu hinzu kommt die Krankheitslehre; der Patient soll rein sachlich, ohne Angst erfahren, wie sich seine Krankheit auswirkt und welche Risiken bestehen. Die Diätetik wird auf die Wirkungsweise und die Folgen bei Nichteinhalten der Diät erweitert, um die Eigenverantwortung zu wecken. In der Lebensmittelkunde soll das Marktangebot näher beleuchtet werden mit dem Ziel, die Urteils-, Entscheidungs- und Handelsfähigkeit des Verbrauchers so zu stärken, daß er selbständig seine aktuellen Probleme lösen kann (127). Dies scheint in Zukunft für den Einkauf und die Verwendung diätetischer Lebensmittel von besonderer Bedeutung zu sein, wenn im Rahmen der EG-Bestimmungen der Krankheitsbezug als Aussage auf der Packung wegfallen soll. Einzelne Ausnahmen sind vorgesehen. Untersuchungen des Ernährungswissens (124) zeigen, daß in der ernährungsphysiologischen Beurteilung der Lebensmittel noch große Lücken und Unsicherheiten bestehen. So ist es wichtig, die Ernährungslehre mitaufzunehmen. Grundlage sollen Aussagen über Aufgaben, Wirkungsweise, Mangelerscheinungen, Vorkommen und Bezug zur Diät der einzelnen Nährstoffe sein. Umfang und Tiefe der Information sollen vom Ratsuchenden selbst bestimmt werden. Wesentlich ist auch die Selbstkontrolle durch Aufstellen und Beurteilen von Ernährungsprotokollen zur Aktivierung des eigenverantwortlichen Handelns.

Zu 3.: Zahlreiche Diätbedürftige, die ihr Ernährungsverhalten auf Dauer umstellen müssen, werden in Abhängigkeit von ihrem soziokulturellen Hintergrund und ihren Grundbedürfnissen, weitere Informationen suchen um noch mehr Sicherheit, Selbständigkeit oder Unabhängigkeit zu erlangen. Die Initiative zur weiterführenden Information muß vom Ratsuchenden ausgehen. Nur wenn er mehr wissen will, nach umfassenderen Informationen sucht, können die aufgeführten Themen und Inhalte sinnvoll vertieft werden. Hierfür eignen sich besonders Schriften und Bücher (z.B. 503,625, 940), Sendungen im Fernsehen und Rundfunk und Beiträge in Zeitschriften unter der Voraussetzung, daß nur objektiv gesichertes Wissen vermittelt wird. Leider ist gerade auf dem Gebiet der Ernährung die Verwirrung und Unsicherheit nicht zuletzt durch Massenmedien groß.

In den Bereich der weiterführenden Information fällt auch die Tätigkeit der Selbsthilfe-Organisationen wie es sie beispielsweise für Diabetiker, Patienten mit Herz- und Gefäßerkrankungen oder Zöliakie gibt.

5. Schlußfolgerungen für die Ernährungs- und Diätberatung

Nach den heute vorliegenden Unterlagen lassen sich noch keine verbindlichen Modelle für Inhalt und Aufbau von Beratungs-Programmen aufstellen. Gezielte Untersuchungen und breit angelegter Erfahrungsaustausch der Praktiker sind anzustreben.

Unabhängig davon lassen sich aber schon heute für die Diätberatung folgende Empfehlungen geben:

Die Information sollte so knapp wie möglich, klar und eindeutig in ihrer Aussage sein, einen unmittelbaren Praxisbezug haben und den Gegebenheiten des Patienten angepaßt sein. Jeder, der mit der Weitergabe von Ernährungs Informationen und Diät-Empfehlungen zu tun hat, trägt die Verantwortung dafür, daß er ausschließlich objektives wissenschaftlich gesichertes Wissen verbreitet.

33. Der übergewichtige Konsument. Welche Hilfen bietet die Verbraucherberatung

H. Fehrentz

1. Die Ernährungsberatung als Aufgabengebiet der Verbraucher-Zentralen

Verbraucher-Zentralen sind eingetragene Vereine, die sich die "Unterrichtung und Aufklärung der Verbraucher über marktgerechtes Verhalten und aktive Mitarbeit im Wirtschaftsablauf" zum Ziel gesetzt haben (597). Jedes Bundesland hat seine Verbraucher-Zentrale, der je nach Größe des Landes eine unterschiedliche Anzahl von Verbraucherberatungsstellen in einzelnen Städten zugeordnet ist.

Die Tätigkeit dieser Institutionen wird aus öffentlichen Mitteln finanziert. Das durch die Gelder verschiedener Ministerien auf Bundes- und Landesebene ermöglichte Beratungsangebot kann von jedem Bürger in der Regel kostenlos in Anspruch genommen werden. Von fast allen Verbraucherberatungsstellen wird über die folgenden Bereiche Beratung angeboten: Haushaltsgeräte, Textilien und Lebensmittel. Darüber hinaus werden Informationen über richtige Ernährung und Verwendung des Einkommens gegeben. Die Verbraucherberatung hilft bei der Durchsetzung von Reklamationen und in vielen größeren Städten steht ein Rechtsanwalt für die Rechtsberatung in der Beratungsstelle zur Verfügung. Größere Beratungsstellen bieten außerdem oft Wohn- und Energieberatung an (13, 595).

Bei der Verteilung der Verbraucheranfragen auf die einzelnen Sachgebiete ergibt sich ein deutlicher Schwerpunkt für die haushaltstechnische Beratung. Nach dem Tätigkeitsbericht der Verbraucher-Zentrale Niedersachsen für 1978 ist die haushaltstechnische Beratung mit 50 % vertreten (597). Reklamationen und Rechtsberatung belaufen sich auf circa 20 % und die Anfragen im Bereich Ernährung betragen etwa 10 %. Die Beratung über Wohnfragen, Textilien und Einteilung des Haushaltseinkommens ergeben zusammen ebenfalls 10 %.

Innerhalb der Ernährungsberatung kann nach ernährungsphysiologischen und ernährungswirtschaftlichen Themen unterschieden werden, wobei die Möglichkeit besteht, letztere noch in die Bereiche Ernährungstechnologie (Vorratshaltung, Nahrungszubereitung), Ernährungsökonomie (aktuelle Lebensmittelpreise, Darstellung der Preisentwicklung auf Erzeuger- und Verbraucherstufe), Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde zu untergliedern.

An einer Befragung zur Arbeit mit Übergewichtigen im Rahmen der Ernährungsberatung der Verbraucher-Zentralen nahmen im September/Oktober 1979 acht Verbraucher-Zentralen teil (154). Hiernach beträgt der Anteil der ernährungsphysiologischen Einzel- und Gruppenberatung 10 - 28 %, in einem Bundesland 50 %. Die Vortragstätigkeit liegt bei den ernährungsphysiologischen Themen mit 20 - 50 % höher als die eigentliche Beratung. Die Verbraucher-Zentrale

eines Stadtstaates bietet keine ernährungsphysiologische Beratung an.

Außer in der Beratungs- und Vortragstätigkeit werden ernährungsphysiologische Themen auch in Ausstellungen aufgegriffen. Der Tätigkeitsbericht der Ernährungsberatung der Verbraucher-Zentrale Niedersachsen für das 1. Halbjahr 1979 nennt folgende Ausstellungsthemen aus diesem Bereich: Fette in der Ernährung, Ernährung und Bewegung, Die Ernährung des Schulkindes und Schlank und schön im Handumdrehn? (596).

Die Schwerpunkte für besondere Aktivitäten im Bereich der Ernährungsberatung werden in der Hauptsache nach drei Gesichtspunkten gesetzt: Häufigkeit von Verbraucheranfragen in der zurückliegenden Zeit, Entscheidung der Beratungskräfte nach Aktualität bestimmter Themen sowie Erfolg von Aktionen in anderen Bundesländern. Neben der Ansprache des Verbrauchers in der Einzel- und Gruppenberatung, durch Vorträge oder Ausstellungen bietet sich für die Zentralen der Weg über die Medien an. Vor allem in mittelgroßen Städten bestehen gute Kontakte zu den lokalen Zeitungen. Schließlich kann der Konsument Informationen auch über einen bundeseinheitlichen telefonischen Ansedienst abrufen, bei denen es häufig um Ernährungsfragen geht. Darüber hinaus halten alle Verbraucherberatungsstellen umfangreiches Broschürenmaterial zu Fragen der richtigen Ernährung, Zusammensetzung von Lebensmitteln und lebensmittelrechtlichen Fragen bereit.

2. Das konkrete Beratungsangebot von Verbraucher-Zentralen für übergewichtige Konsumenten

Nach der im September/Oktober 1979 durchgeführten Befragung wird Einzelberatung für Übergewichtige nur von drei der acht Befragten, Gruppenberatung dagegen von sechs Zentralen angeboten. Die Anzahl der pro Zentrale in der Zeit zwischen 1.1.78 und 1.9.78 betreuten Gruppen liegt zwischen zwei und 33. Die Dauer der Gruppenarbeit beträgt 6 - 40 Wochen, wobei die Intensität der Betreuung durch eine Ernährungsberaterin sehr unterschiedlich ist. Insgesamt gab es in dem o.g. Zeitraum 82 Gruppen von Übergewichtigen, die durch Verbraucher-Zentralen beraten wurden. Diese Form der Beratung wird von drei Zentralen kostenlos angeboten, bei einer anderen nimmt die Institution DM 8,--, bei einer DM 25,-- und einmal wird von den Teilnehmern ein Betrag an die Volkshochschule gezahlt, mit der in diesem Fall zusammengearbeitet wird.

Die Verbraucher-Zentrale Niedersachsen arbeitet mit ihren Gruppen nach dem Trainingsprogramm der Agrarsozialen Gesellschaft "Ich nehme ab", das inzwischen über die Deutsche Gesellschaft für Ernährung zu beziehen ist, und war hier auch an der Erprobungsphase beteiligt (126).

Seit 1973 werden von der Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen "Diätclubs für Übergewichtige" angeboten. Die Zentrale gibt folgende Schwerpunkte ihrer Gruppenarbeit mit Übergewichtigen an: Regelmäßiges Wiegen der Teilnehmer, Kennenlernen von Nährstoffen und Nahrungsmitteln sowie Einhalten einer 1200 kcal-Kost, Vermittlung von Verhaltensregeln während der Reduktionskur und für die Zeit danach, praktische Kochvorführungen, Erfahrungsaustausch. Positiv

werden nach einer Teilnehmerbefragung der Einfluß der Gruppe und die Verhaltensregeln beurteilt. Die 1200 kcal-Kost wird als ausreichend sättigend empfunden. Schwierigkeiten ergeben sich nach dieser Befragung für manche Teilnehmer durch anfänglichen Heißhunger auf Süßes, auftretende Obstipation, Einhalten des Kostplanes innerhalb der Familie bei Festen oder im Urlaub und Verzicht auf bestimmte Getränke.

Die Verbraucher-Zentrale Baden-Württemberg, die auch schon seit einigen Jahren Diätclubs organisiert und leitet, gibt an, daß in der Gruppenarbeit nicht nur ernährungsphysiologische Hintergrundinformationen, sondern auch Regeln zur Änderung des Eßverhaltens vermittelt werden. Außerdem üben die Teilnehmer das Berechnen von Mahlzeiten.

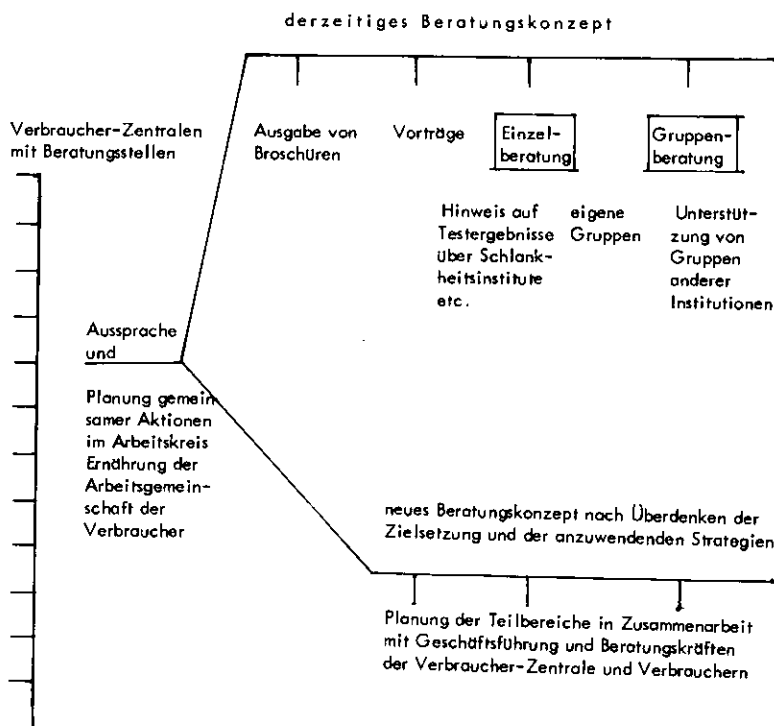
Von der Verbraucher-Zentrale Rheinland-Pfalz wird ein verstärktes Interesse Normalgewichtiger, die ihr Gewicht halten wollen, für die Teilnahme an Gruppentreffen, bei denen sie "richtiges Essen" lernen können, registriert. Im übrigen werden Kurse für Kinder als wünschenswert angesehen.

Die Verbraucher-Zentrale des Saarlandes führt ihre Gruppenberatung für Übergewichtige in Zusammenarbeit mit Volkshochschulen durch. Die angebotenen Kurse bestehen jeweils aus einem theoretischen und einem praktischen Teil.

Ergebnisse aus einer Befragung der Verbraucher-Zentralen
zur Arbeit mit Übergewichtigen (1979)

	Baden- Württemberg	Bayern	Berlin	Hamb- urg	Nieder- sachsen	Nord- rhein- Westf.	Rhein- land- Pfalz	Saar- land
Anzahl der Ernährungs- beratungskräfte	5	3 1/2	2	2	3 1/2	11	2	2 1/2
Anteil Einzel- und ernähr. phys. Beratung	28 %	10 %	-	22 %	15 %	keine Angaben	15 %	50 %
	65 %	8 %	-	20 %	30 %	k.A.	35 %	50 %
Gruppenberatung Anzahl der Gruppen (1978 / 79)	25	3	-	-	33	2	2	17
Dauer der Kurse in Wochen	6	10	-	-	40	8	13	7-8
Teilnehmer- gebühr	DM 8,--	keine	-	-	DM 25,--	keine	keine	an VHS

Hilfen der Verbraucherberatung für Übergewichtige Konsumenten



Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die Mehrzahl der Verbraucher-Zentralen im Bundesgebiet Gruppenberatung für Übergewichtige anbietet. In diesen Gruppen, die sich von mehreren Wochen bis zu einigen Monaten regelmäßig treffen, werden Kenntnisse über Nährstoffe und Lebensmittel vermittelt, sowie Hilfen für die Umstellung des Ernährungsverhaltens gegeben. Hierbei wird die Unterstützung der Gruppe bei der Einhaltung der Verhaltensregeln jeweils als besonders wichtig empfunden (154).

Über eine langfristig erfolgreiche Gewichtsabnahme der Mitglieder in den zuvor beschriebenen Gruppen liegen bisher nur vereinzelt Ergebnisse vor. Es wird jedoch von allen befragten Verbraucher-Zentralen betont, daß über die augenblicklichen Möglichkeiten der Zentrale hinaus eine starke Nachfrage nach Gruppenberatung für Übergewichtige besteht.

3. Die Möglichkeiten der Erweiterung des Beratungsangebotes für Übergewichtige durch Verbraucher-Zentralen

Bevor an eine Erweiterung und die Möglichkeit der Vereinheitlichung des Beratungsangebotes gedacht wird, stellt sich die Frage nach dem personellen und finanziellen Rahmen für diese Beratung.

Insgesamt sind bei den acht befragten Verbraucher-Zentralen 31 1/2 Stellen für Ernährungsberaterinnen vorhanden. Für die Tätigkeit in diesem Bereich stellte das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten im Jahr 1979 DM 2.580.350,- zur Verfügung (72). In einigen Ländern beteiligen sich die zuständigen Länderministerien ebenfalls an der Finanzierung der Ernährungsberatung.

Die Erfahrung aus den vergangenen Jahren zeigt, daß eine wesentliche Erhöhung der Mittel für die Erweiterung der Ernährungsberatung der Verbraucher-Zentralen seitens des Ministeriums unwahrscheinlich ist. In manchen Bundesländern werden Fragen zu Ernährungsthemen auch von Beraterinnen der Verbraucher-Zentrale beantwortet, die sonst schwerpunktmäßig über Haushaltsgeräte informieren. Eine weitere Einbeziehung dieser Beratungskräfte in die Ernährungsberatung ist jedoch aus fachlichen und arbeitsorganisatorischen Gründen nicht möglich.

Es ist also festzustellen, daß von 31 1/2 Ernährungsberaterinnen, die sich bei 10 - 28 % ihrer Einzel- und Gruppenberatung und bei 20 - 50 % ihrer Vorträge mit ernährungsphysiologischen Fragen beschäftigen, derzeit 82 Gruppen Übergewichtiger betreut werden. Das bedeutet rein rechnerisch eine Anzahl von 3 - 10 Ernährungsberaterinnen ausschließlich für diese Gruppenarbeit. Hieran ist leicht zu erkennen, daß eine Ausweitung bei derzeitigem Personalbestand kaum möglich ist, was auch die Befragung der Verbraucher-Zentralen ergeben hat. Im übrigen gibt es Verbesserungsvorschläge und Überlegungen für eine zukünftige Neuorientierung der Ernährungsberatung, die vor allem folgende zur Zeit bestehende Schwachpunkte ansprechen: "Es fehlen bisher noch weitgehend die konzeptionellen, finanziellen und personellen Voraussetzungen, um die relativ aufwendigen verhaltensrelevanten Beratungsmethoden in größerem Rahmen einsetzen zu können. Es fehlen außerdem verbindliche Zielvorgaben, darauf abgestimmte Strategien, eine zielgerechte Koordination und Finanzierung der verschiedenen Aktivitäten auf den verschiedenen Ebenen" (130).

Wenn das augenblickliche eigene Beratungsangebot kurzfristig nicht erweitert und grundlegend neu geordnet werden kann, stellt sich die Frage, wie die Verbraucher-Zentralen den Anfragen in diesem Bereich begegnen können. Zahlreiche kommerzielle Institutionen haben längst erkannt, daß mit dem Wunsch des Konsumenten nach Gesundheit und einer schlanken Figur viel Geld zu verdienen ist. Die von diesen Firmen gemachten Angebote können nicht immer als seriös und erfolgversprechend angesehen werden. Sie sind zudem teilweise weit überteuert und häufig nicht ohne Risiken für die Gesundheit zu verwirklichen.

Die Stiftung Warentest hat das Angebot an Schlankheitsdiäten und Schlankheitsinstituten in den Jahren 1978 und 1979 untersucht. Schon die Überschriften der Testberichte - "Dicke Versprechen - magerer Erfolg" und "Der Geldbeutel wird am schlanksten" - lassen nicht viel Gutes erwarten (544) (545).

Durch regelmäßige Prüfung derartiger Angebote könnte die Stiftung Warentest die Arbeit der Ernährungsberaterinnen in den Verbraucher-Zentralen wirksam unterstützen. Diese machen die Testberichte wiederum weiten Verbraucherkreisen zugänglich und ergänzen die

Berichterstattung von Test eventuell durch zusätzliche Erläuterungen. In Zusammenarbeit mit Ärztekammer, Gesundheitsamt und Ordnungsamt besteht für die Verbraucherberatung die Möglichkeit, irreführende Werbemaßnahmen von Schlankheitsinstituten in bestimmten Regionen zu unterbinden.

Da die Durchführung zusätzlicher eigener Gruppenberatungen kaum möglich ist, kann durch die Verbraucher-Zentralen die Arbeit anderer Institutionen, die nach einem seriösen, erfolgreich erprobten Programm zu akzeptablen Preisen Beratung anbieten, unterstützt werden. Im Rahmen der personellen Möglichkeiten wäre auch eine fachliche Zusammenarbeit mit diesen Gruppen möglich. So beispielsweise durch Ausgabe von Ernährungsbroschüren, Merkblättern und Tabellen oder durch Anbieten von Fachvorträgen zu Ernährungsthemen nach Wünschen der Gruppenmitglieder.

Geht man von der derzeitigen personellen Situation der Verbraucherzentralen aus, so würde unter Umständen schon eine Vereinheitlichung des Trainingsmaterials für die Gruppenberatung Übergewichtiger eine zeitliche Entlastung und damit die Möglichkeit der Übernahme weiterer Gruppen bieten. Zu prüfen wäre auch, wie intensiv die Gruppen, die teilweise schon als Selbsthilfegruppen bestehen, durch eine Ernährungsberaterin betreut werden müssen. Hierbei stellt sich auch die Frage nach dem Umfang an "Ernährungswissen", das Abnahmewilligen in solchen Gruppen vermittelt werden muß oder sollte.

Zusätzliche Gelder aus Mitteln von Krankenkassen, Volkshochschulen oder auch Teilnehmerbeiträgen könnten unter Umständen die Einstellung weiterer Ernährungsberaterinnen ermöglichen und damit das Beratungsangebot für Übergewichtige erweitern.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß es bei etwa 10 % der Anfragen an die Verbraucherberatung um Ernährungsthemen geht. Hier von beziehen sich weniger als ein Drittel auf ernährungsphysiologische Fragen. Eine Befragung im September/Okttober 1979 ergab, daß die Mehrzahl der Verbraucher-Zentralen Gruppenberatung für Übergewichtige anbietet. Insgesamt werden 82 Gruppen betreut. Eine Ausweitung dieser Hilfe für Übergewichtige scheint unter den derzeitigen personellen und finanziellen Möglichkeiten der Zentralen kaum möglich. Sinnvoll erscheint die objektive Information über Beratungsmöglichkeiten bei anderen Institutionen und eine Vereinheitlichung der bisherigen Angebote für Gruppen Übergewichtiger bei den Verbraucher-Zentralen.

34. Diätverordnung – Diätverhalten. Erfahrungen aus der Praxis

M.-L. Kohnhorst, H. Buchenau

Seit mehr als 200 Jahren - HUFELAND 1762-1836 - sind diätische Maßnahmen als eine Möglichkeit anerkannt, Krankheiten zu lindern oder auch zu heilen (499). Sie sind, richtig verstanden und konsequent durchgeführt, ein integrierender Bestandteil eines ärztlichen Therapieplanes, der gegebenenfalls mit der medikamentösen Behandlung abgestimmt werden muß. Eine am Therapieziel orientierte Diät ist demnach eine ärztlich verordnete, reglementierte Ernährung, die von der üblichen Kost mehr oder minder abweicht.

Was unter moderner Diättherapie zu verstehen ist, hat CANZLER so formuliert: "Diättherapeutische Maßnahmen verfolgen das Ziel, Stoffwechselstörungen durch kontrollierte Zufuhr an Nährstoffen zu kompensieren und so deren klinische Folgen zu verhindern oder wenigstens zu mildern. Diättherapeutische Maßnahmen sind als biochemische Eingriffe aufzufassen, die nur aufgrund einer klaren Indikation eingesetzt werden dürfen. Darüber hinaus müssen ihre Wirkungen ebenso wie mögliche Nebenwirkungen so sorgfältig überdacht werden, wie die von Arzneimitteln."(84)

Der Durchschnittsbürger faßt den Diätbegriff keineswegs so eng. Für ihn ist die Rücksichtnahme auf individuelle Unverträglichkeiten, sind Einschränkungen wie z.B. die von Kochsalz, Zucker, Fett oder alkoholischen Getränken gleichbedeutend mit diätetischer Praxis, weil sie seine Ernährungsgewohnheiten tangieren.

Im folgenden soll in der gebotenen Kürze über Schwierigkeiten berichtet werden, die die Durchführung ernährungsmedizinischer Anordnungen erschweren oder gar verhindern. Es sind Erfahrungen, die sowohl bei der stationären als auch bei der ambulanten Behandlung gemacht werden. Da sie nicht nur vereinzelt, sondern sehr häufig vorkommen, dürften sie von allgemeinem gesundheitspolitischem Interesse sein.

Der am häufigsten festgestellte Grund, warum Diätbedürftige den für sie angeordneten ernährungsmedizinischen Maßnahmen skeptisch gegenüberstehen bzw. sie kategorisch ablehnen, ist der Mangel an Vorinformation und Sachkenntnis. In einem solchen Fall ist ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch unerläßlich. Diätpatienten erwarten von dem sie behandelnden Arzt eine klare Aussage über das anzustrebende Therapieziel, über die Wirkungen der definierten Diät auf den Stoffwechsel; sie wünschen u.a. auch über mögliche Erfolgskriterien informiert zu werden.

Es gehört zur Aufgabe der Diätassistentin, nicht nur die praktische Ausführung der Diätverordnung verantwortlich zu übernehmen, sondern die Diätführung durch regelmäßige informelle Gespräche mit dem Patienten evtl. auch mit seinen Angehörigen im positiven Sinne zu

beeinflussen. In der dem Krankenhausaufenthalt folgenden Rehabilitationsphase, die für die fachgerechte Weiterführung eines diätetischen Regimes besonders kritisch ist, fehlt es dem Patienten bzw. des für die Herstellung der Diät Verantwortlichen an Kontaktpersonen, die um sachkundigen Rat gebeten werden können. Bisher ist es als große Ausnahme anzusehen, wenn Diätassistentinnen in Arztpraxen, Gesundheitsämtern und Gesundheitszentren ausschließlich zur Beratung Diätbedürftiger eingesetzt sind.

Die Zahl der Patienten, die die angedeutete Situation realistisch einschätzt und ihre diätetische Behandlung darum von sich aus auf die Dauer ihres stationären Aufenthaltes beschränkt, muß sehr groß sein. Diese Hypothese kann durch die Auswertung von Krankengeschichten oder auch durch eine nachgehende Befragung erhärtet werden.

Von den Gründen, die die Patienten für ihren Wunsch, die Diätverordnung mit der Entlassung aus stationärer Behandlung abzusetzen, angeben, sollen nur die aufgeführt werden, die am häufigsten festgestellt worden sind:

- Zweifel an der Richtigkeit der Diätverordnung bzw. ihrer Interpretation - unüberschaubare Zahl von "Diät-Kuren" in der Presse
- Beibehaltung bisheriger - liebgewordener - Verzehrsgewohnheiten - auch mit Rücksicht auf die Familie
- berufliche Schwierigkeiten, die Diät sachgerecht und konsequent durchführen zu können
- Furcht vor sozialer Benachteiligung im Beruf
- Zweifel an der Praktikabilität im Haushalt, weil wichtige Voraussetzungen fehlen - Zeit, Geld, küchentechnische Ausstattung, allgemeine Grundkenntnisse der Hausfrau
- Scheu vor unangebrachter Rücksichtnahme - Familie, Freunde
- Aufgabe/Einschränkung von Hobby's

Vielfach ist Diätversagen eindeutig durch Mangel an Einsicht, an Kooperationsbereitschaft des Patienten und/oder seiner Angehörigen zu erklären.

Die Bemühungen, bisher versagte Akzeptanz einer auf die Erkrankung des Patienten abgestimmten Diät dennoch zu erreichen, können unterstützt werden durch:

- eine detaillierte Begründung der Diätverordnung durch den behandelnden Arzt - Langzeitwirkung -
- die Fortsetzung der begonnenen Beratung - kein Wechsel der Vertrauensperson
- das Angebot theoretischer, evtl. auch praktischer Unterweisung von Familienangehörigen - Sicherheit
- die Aushändigung von Informationsmaterial bzw. Angabe von Informationsquellen - Wissen ergänzen
- die Angabe von Sachverständigen-/Adressen - weiterführende Beratung/Unterweisung
- eine behutsam geführte Rücksprache mit Angehörigen des Patienten - Abklären, welche Einstellung sie zur Diät im allgemeinen wie im besonderen haben.

Die Erfahrung lehrt, daß es großer Anstrengung bedarf, um die Argumente des gegen seine Diät negativ eingestellten Patienten zu entkräften bzw. ihn für eine konsequente Diätführung zu gewinnen. Es hat sich bewährt, eine auf die häusliche Diätführung gezielte Aktion mit mehreren sorgfältig vorbereiteten Einzelgesprächen einzuleiten. Nur die individuelle Beratung ist geeignet, das notwendige Vertrauen zwischen Ratsuchendem und Ratgebendem zu schaffen, das seinerseits erst den Erfolg einer Zusammenarbeit garantiert.

In der Individualberatung erhält der um Rat gebetene intimere Kenntnis des Patienten, seiner Familie und Umwelt und damit wichtige Voraussetzungen, um Beratungsprogramme entwickeln und Beratungsprozesse steuern zu können. Die Einzelberatung wird in der Regel durch Beratungen in einer kleinen Gruppe abgelöst. Das geschieht nicht nur, um den Aufwand an Zeit und Kosten zu verringern, sondern vor allem, um die unbestreitbaren Vorteile der Gruppenberatung zu nutzen.

Ziel jeder während des stationären Aufenthaltes begonnenen Diätbehandlung und -unterweisung muß es sein, einen Lernprozess einzuleiten, der letztlich eine positive Einstellung zur ernährungsmedizinisch notwendigen Umstellung bewirkt. Um diesen Prozess zu beschleunigen, bedarf es gelegentlich des Rates und der Hilfe der Psychologen und Sozialpädagogen.

Die steigende Tendenz bei Stoffwechselerkrankungen und anderen zur Gruppe der Risikofaktoren gehörenden Krankheiten haben viele Ärzte und Verwaltungsbeamte veranlaßt, die Diätberatung neu zu bewerten und sie zu intensivieren. Tatsächlich hat die Zahl der Planstellen für Diätassistentinnen mit beratender Funktion innerhalb und außerhalb des klinischen Bereiches in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Analog dazu ist das Programm der berufsqualifizierenden Lehrgänge für Diätassistentinnen am Fortbildungsinstitut für Ernährungsberatung und Diätetik der Deutschen Gesellschaft für Ernährung an der Universität Düsseldorf geändert worden.

Die Resonanz der Diätbedürftigen auf das verstärkte Angebot an Fachberatung vor allem in mittleren Krankenhäusern und Kurkliniken ist zufriedenstellend bis gut, bei attraktiven Programmen und/oder besonderem Engagement der Beraterinnen auch sehr gut.

Ob der verstärkte Einsatz von Diätberaterinnen sich tatsächlich günstig auf das Diät- bzw. Ernährungsverhalten derer auswirkt, die systematisch unterwiesen worden sind, kann letztlich erst in einigen Jahren am sogenannten Langzeiterfolg gemessen werden. Er könnte bei gut motivierten Patienten wahrscheinlich durch ein weiterführendes Beratungsangebot in Gesundheitsämtern, -zentren u.a.m. gesichert werden. Wenn es zutrifft, daß sich die Medizin der Zukunft im Vorfeld der Krankheit abspielt, dann müssen auch diättherapeutische Maßnahmen ärztlicherseits früher und nachdrücklicher als es bisher üblich ist, vorgegeben werden. Die Einhaltung einer auf den individuellen Befund ausgerichteten Diät im Haushalt zu fordern, verpflichtet geradezu, den Betroffenen Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten. Bislang gibt es, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nur im klinischen Bereich - Poliklinik, Kurklinik, Kurverwaltung - Möglichkeiten, fachgerechte, praxisorientierte Diätkenntnisse zu erwerben. Mit anderen Worten: Das Gros der ambulant behandelten Patienten, das

seine gewohnte Ernährung von heute auf morgen nach diätetischen Richtlinien umzustellen hat, muß mit einem Minimum an mündlichen und einigen allgemein gehaltenen schriftlichen Informationen auskommen. Auf der Suche nach weiteren Orientierungshilfen stößt der im allgemeinen verunsicherte Patient nicht selten auf widersprüchliche Aussagen, die ausreichend aufzuklären, in der ärztlichen Sprechstunde kaum Zeit und Gelegenheit ist. Diese und ähnliche Erfahrungen sind absolut negativ zu bewerten; sie haben viele Diätbedürftige zu einer grundsätzlichen Ablehnung jeglicher Diätbehandlung veranlaßt. Außerdem haben sie bewirkt, daß viele zu sogenannten Hausmitteln oder auch Allheilmitteln greifen (312).

Es ist leicht nachzuweisen, daß grob umrissene, einmalig gegebene Diättempfehlungen nicht nur nutzlos sind, sondern, weil falsch verstanden, sogar schädlich sein können; fest steht, daß sie dem Ansehen der Diättherapie insgesamt schaden. Kooperatives Verhalten eines Patienten ist nur zu erwarten, wenn er seinerseits auf nachhaltige Erfolge hoffen kann.

Die nicht quantifizierbaren, im großen und ganzen aber bescheidenen Ergebnisse der Diättherapie bei Erwachsenen sind nicht mit den der pädiatrischen Diätetik zu vergleichen. Kinderärzte sind bei der Diätbehandlung von Säuglingen und Kleinkindern in hohem Maße auf das Verständnis der Eltern und auf die tätige Mitarbeit vor allem der Mütter angewiesen. Die notwendigen theoretischen und praktischen Diätkenntnisse werden während der stationären Behandlung des Kindes vermittelt.

Zweifellos haben Patienten und gegebenenfalls auch ihre Angehörigen einen berechtigten Anspruch darauf, vor Beginn einer Umstellung ihrer bisher gewohnten Ernährung ausreichend informiert und beraten zu werden. Die nachweisbaren Erfolge in der Kinderheilkunde zeigen, daß Diättherapie auch außerhalb der Klinik wirksam durchgeführt werden kann.

In der Tatsache, daß die häusliche Diät nicht durch eine fachlich vorgebildete Mitarbeiterin des Arztes, wie bei anderen Heilmaßnahmen z.B. durch eine Krankengymnastin oder Logopädin ausgeführt wird, liegt die aufgezeigte Diskrepanz zwischen Aufwand und Erfolg zum Teil begründet. Der "Durchschnittshausfrau" fehlen entsprechende Grundkenntnisse vornehmlich in Lebensmittelkunde, Nahrungsmittel-lehre und Küchentechnik, um eine einwandfreie Spezial- bzw. Rezepturdiät herstellen zu können. Der bei allen Altersgruppen feststellbare Nachholbedarf könnte durch anschauliche Unterrichtsprogramme der Fernsehanstalten abgedeckt werden. Sie könnten unauffällig Lücken schließen und ratsuchenden Diätbedürftigen praktisch verwertbare Anleitungen geben; sie könnten den Aufwand an Zeit und Kosten, der derzeit für Diätberatungen aufgewendet werden muß, indirekt verringern.

Diättherapeutische Ziele lassen sich rascher, sicherer und auch angenehmer für den Betroffenen erreichen, wenn

- die bisherigen Ernährungsgewohnheiten im Rahmen des Möglichen berücksichtigt werden
- der mit der Umstellung verbundene Lernprozess schrittweise, der derzeitigen Aufnahmekapazität des Diätbedürftigen entsprechend vollzogen wird
- es dem Ratgebenden gelingt, beim ersten Gespräch ein Vertrauensverhältnis herzustellen.

Die zunehmende Verschiebung des Krankheitspanoramas bringt es mit sich, daß der Diätbehandlung auch im außerklinischen Bereich wieder eine größere Bedeutung zukommt. "Es gibt Krankheiten, bei denen die Ernährungsbehandlung im Mittelpunkt der Therapie steht und unersetzliche Voraussetzung des diättherapeutischen Erfolges ist."(191) Es gibt andere Krankheiten, da stellt die Diät, richtig angewendet, eine Unterstützung anderer therapeutischer Maßnahmen dar. Der Erfolg einer ernährungsmedizinischen Behandlung hängt nicht nur von der Güte der Diätverordnung und ihrer praktischen Übersetzung ab, sondern gleichermaßen vom Informationsgrad des Patienten und seiner Einsicht und Bereitschaft zur Mitarbeit.

Diätverordnungen, richtig verstanden und konsequent durchgeführt, wirken sich zwangsläufig auf das unterschiedliche Ernährungsverhalten des Betroffenen aus. Sie beeinflussen wahrscheinlich auch das Ernährungsverhalten der Personen seiner engsten Umgebung und das umso mehr, je kleiner der Haushalt ist, in dem der Diätbedürftige lebt. Ob und wie weit bei diesem Prozess der Anpassung auch die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung hinsichtlich einer bedarfsgerechten vollwertigen Ernährung berücksichtigt werden, kann nach Art und Umfang nicht erfaßt werden.

35. Curriculare Aspekte der Fortbildungsplanung der Berater

A. Gördes-Glesen

1. Problemstellung

Ausgangspunkt bei der Konzipierung dieser Untersuchung war, daß Bund und Länder in den letzten Jahren zwar die Verbraucher- und Ernährungsberatung ständig weiter ausgebaut haben; neue wissenschaftliche Erkenntnisse jedoch über das Konsum- und Ernährungsverhalten der Bevölkerung deutlich gemacht haben, daß die herkömmlichen Beratungsstrategien einer Revision bedürfen. Eine wichtige Voraussetzung aber für die Realisierung dieser innovativen Beratungskonzepte ist, die in diesem Berufsfeld tätigen Beratungskräfte im Rahmen angemessener, bedarfsgerechter Fortbildungsmaßnahmen auf diese neuen Beratungsstrategien vorzubereiten (377).

Die methodischen Aspekte der Bestimmung, Operationalisierung und Revision von Lernzielen stehen in der berufsbezogenen Weiterbildung seit Mitte der 60-iger Jahre im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Diskussion (52). Im Bereich der Beraterfortbildung aber wurde kaum der Versuch unternommen, tragfähige Theorieansätze der Curriculumkonstruktion mit empirisch vorfindbaren Daten und Strukturen eines genau definierten Berufsfeldes zu verknüpfen (377).

2. Theoretischer Bezugsrahmen

Fortbildung ist ein wichtiger Bestandteil des beruflichen Sozialisationsprozesses der Berater. Er beinhaltet den Erwerb von Kenntnissen und das Erlernen bestimmter Fertigkeiten sowie die Aneignung einer sozialen Orientierung, die für bestimmte Rollensegmente und für die Rolle als Ganzes notwendig sind. Die Rollenanforderungen ergeben sich aus der Stellung des Beraters im Prozeß der Wissenstransformation und -anwendung im Rahmen eines klientorientierten Beratungsansatzes, sowie aus dem Stellenwert, der dem Berater in diesem Prozeß beigemessen wird (609). So werden im einzelnen bestimmte Rollenerwartungen an den Berater gestellt:

- von seiten der Beratungsorganisation,
- von seiten der Verbraucher,
- vom Berater selbst, aufgrund seines eigenen beruflichen Selbstverständnisses.

Bei der Erfüllung dieser Erwartungen entstehen sowohl bei den Beratern als auch bei den Beratungsinstitutionen unterschiedlich ausgeprägte Fortbildungsansprüche, aus denen Ziele und Inhalte der beruflichen Weiterbildung abzuleiten sind.

Voraussetzung für die Entwicklung von effizienten, bedarfsgerechten Fortbildungscurricula für die Beraterweiterbildung ist eine eindeutig definierte "Beratungsphilosophie", d.h. Beratungsziele und -strategien der Beratungsorganisationen müssen eindeutig festgelegt sein.

Die Aufgaben und Stellung der Berufsbildung im gesamten Qualifikationsprozeß der Berater verdeutlicht die Abbildung 1. Die Curriculum-Theorie hat eine zweifache Aufgabe (641):

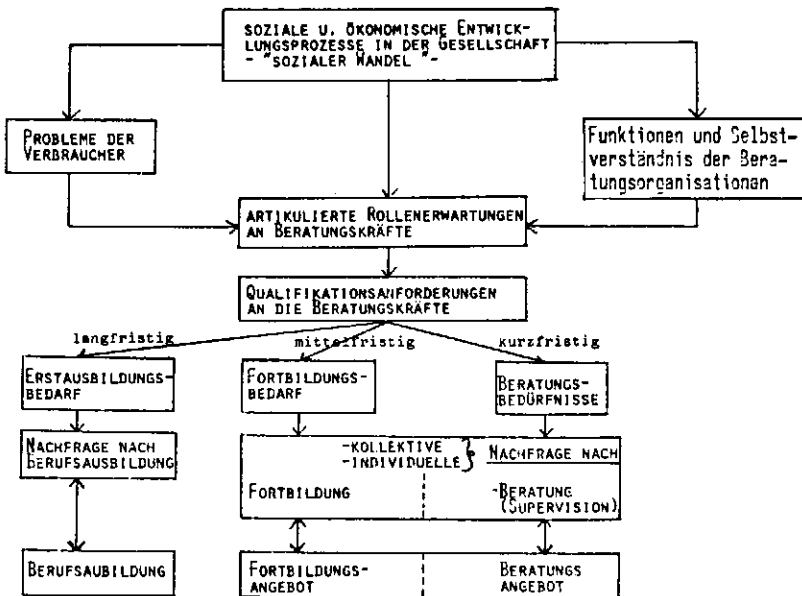
- "eine systematische Erstellung eines Begründungszusammenhanges für Curricula und
- die systematische Ermittlung von Bedingungen und Kriterien für curriculare Entscheidungen".

Aufgrund der bisher unzureichenden Auseinandersetzung mit diesem komplexen theoretischen Ansatz der Andragogik sind entdeckungs- und entscheidungsorientierte Curriculumentwicklungsstrategien in den Vordergrund zu stellen (515). Die übergeordnete Aufgabenstellung eines Curriculums für die Beraterfortbildung ist es, den Weiterbildungsverantwortlichen eine Planungs- und Orientierungshilfe an die Hand zu geben, die sie jedoch in ihren Entscheidungen nicht einengen bzw. festlegen darf. So muß ein offenes Rahmencurriculum angestrebt werden, das zu charakterisieren ist durch:

- eine Offenheit des Entwicklungsprozesses,
- eine instrumentelle und normative Offenheit,
- eine didaktische Variabilität und Inhaltsoffenheit sowie
- eine mögliche Individualisierung des Lernerfolges.

Abb. 1

Aufgaben und Stellung der Fortbildung im Qualifikationsprozeß der Berater



3. Aufgabenstellung

3.1. Zielsetzung der Untersuchung

Ziel dieser Untersuchung war es, die derzeitige Fortbildungssituation von Verbraucher- und Ernährungsberatern zu analysieren und Faktoren, die die Entwicklung und Implementation von curricularen Innovationen in diesem Berufsfeld bestimmen, aufzuzeigen.

3.2. Untersuchungsgegenstand und methodisches Vorgehen

Im gesamten Bundesgebiet mit Ausnahme von Westberlin wurde im Zeitraum zwischen dem 15.1. und dem 15.3.1979 eine repräsentative (n=106) Befragung aller Verbraucher- und Ernährungsberater der Verbraucherzentralen sowie der Deutschen Gesellschaft für Ernährung durchgeführt. Die Befragung erfolgte durch Interviewer anhand eines standardisierten Fragebogens.

4. Ergebnisse

Die sozio-demographische Situation der Berater ist gekennzeichnet durch:

- einen großen Anteil jüngerer Beratungskräfte zwischen 21 und 30 Jahren (=41%);
- einen fast hundertprozentigen Anteil von Frauen innerhalb dieses Berufsfeldes;
- einem im Vergleich zum Bundesdurchschnitt geringen Anteil von Verheirateten mit Kindern, wobei die Altersklasse der über 18-jährigen Kinder dominiert.

Der Anteil an Beraterinnen, die aus familiären Gründen daran gehindert werden, Weiterbildungsmaßnahmen zu besuchen, ist infolgedessen auch gering. Der relativ große Prozentsatz jüngerer, alleinstehender Beratungskräfte (=53%) legt die Vermutung nahe, daß die Ausgangssituation für Fortbildungsmaßnahmen im Bereich der Verbraucher- und Ernährungsberatung auch aufgrund eines recht hohen Berufsengagements günstig ist.

Hinsichtlich der Schul- und Berufsausbildung ergibt sich, daß ein Drittel der Beratungskräfte zwei und mehr Berufe erlernt haben; stark vertreten sind einerseits hauswirtschaftlich orientierte Berufe, andererseits aber auch beratsfremde Ausbildungsgänge, wie z.B. MTA, Kaufmann und Stewardess. Vor ihrer jetzigen Beratungstätigkeit haben demzufolge 77% der Befragten zwei und mehr Tätigkeiten ausgeübt, wobei wiederum die hauswirtschaftlichen und beratenden Berufe häufig genannt werden. Neben der Berufstätigkeit in einer Großküche bzw. in einem Großhaushalt rangieren auch Büro- und Verwaltungstätigkeiten im vorderen Bereich der Anzahl der Nennungen; Beratung und die Wahrnehmung von Lehraufgaben folgen erst im Anschluß daran.

Bei der Konzipierung von zukünftigen Fortbildungsprogrammen ist deshalb in verstärktem Maße darauf zu achten, daß die berufliche Weiterbildung in diesem Berufsfeld eine starke Kompensations- und Umschulungsfunktion wahrzunehmen hat. Sie muß kurzfristig wesentlich intensiver als bisher bei den Berufsanfängern ansetzen; denn 525 der Befragten gaben an, nicht gut genug für die Wahrnehmung von

Beratungsaufgaben ausgebildet worden zu sein und 80% antworteten, keine bzw. nur eine unzureichende Berufseinführung erhalten zu haben. Langfristig wird eine an den Bedürfnissen der Beratung orientierte Berufsausbildung in den beratungsrelevanten Berufsfeldern unabdingbar sein.

Die derzeit subjektiv empfundene Berufssituation der Berater läßt sich durch intra- und interpersonelle Rollenkonflikte kennzeichnen. Ursachen dafür sind:

- Finanzielle, personelle und zeitliche Restriktionen von seiten der Beratungsorganisation bzw. ihrer Trägerinstitutionen und Geldgeber, die zu Schwierigkeiten im Berufsalltag führen können und die der einzelne Berater nicht beseitigen kann.
- Eine subjektiv empfundene Diskrepanz zwischen den anzustrebenden Soll-Beratungszielen und den Zielen, die praktisch erreicht werden können (Ist-Beratungsziele); nicht zuletzt auch wegen der als mangelhaft empfundenen eigenen Qualifikation.

Die Berater befinden sich in einem Zwiespalt: Einerseits verstehen sie sich als ein Vermittler von verbraucherrelevanten Informationen, dessen Aufgabe sie aber aufgrund mangelhaft aufbereiteter Daten und Informationssysteme nicht befriedigend wahrnehmen können. Andererseits wird Beratung auch als eine pädagogische Bildungsaufgabe verstanden, die verschiedene aktivierende Hilfsformen umfaßt. Die Folge ist ein sehr differenziertes eigenes berufliches Selbstverständnis, das zu einer gewissen Unsicherheit bei der Ausrichtung und Durchführung der Beratungsarbeit führen kann.

Die Weiterbildungsmotivation der Berater, die aus sozialen Erfahrungen entsteht, ist hinsichtlich dieser beruflichen Situation sehr hoch. Aus verschiedenen Gesprächen mit Beratern nach den eigentlichen Interviews kann gefolgert werden, daß eine unreflektierte Unzufriedenheit mit dem eigenen Beratungsstil vorhanden ist. Bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten für ihre Konflikte wird der Fortbildung eine große Bedeutung beigemessen.

Das Streben nach sozialem Kontakt und nach einem Erfahrungsaustausch mit anderen Beratern -besonders begründet durch die isolierte Berufssituation in der Beratungsstelle- wird als weiteres Motiv des Weiterbildungsverhaltens wirksam.

Ziel und Aufgabe zukünftiger Fortbildung kann es somit nur sein, durch geeignete Methoden und Maßnahmen, die Berater zu befähigen, ihre eigene Rolle bewußt zu fixieren und sie ständig kritisch zu reflektieren. Die dazu notwendigen organisatorischen und inhaltlichen Rahmenvorgaben, die derzeit von den Beratern in quantitativer und qualitativer Hinsicht noch nicht als ausreichend betrachtet werden, müssen von den Beratungsorganisationen formuliert werden.

Die gegenwärtige Fortbildung wird von den Beratern recht kritisch beurteilt: Auf die Frage nach der Bewertung der derzeitigen beruflichen Weiterbildung antworteten 17,8% mit "sehr gut bis gut" und 55,7% mit "ausreichend bis völlig ungenügend". Die im einzelnen angeführten Kritikpunkte sind aus der Abbildung 2 zu entnehmen.

Eine Analyse der Fortbildungsinhalte ergibt eine Orientierung der fachwissenschaftlichen Fortbildung einerseits an traditionellen

Beratungsaufgaben im Bereich der Ernährungsphysiologie und -technologie sowie andererseits an derzeit im Berufsfeld häufig nachgefragten, aktuellen Beratungsgegenständen (z.B. Problematik der Lebensmittelkennzeichnung, Fragen zur gesunden kalorienarmen Ernährung und zu Reklamationshilfen). Obwohl die Berater Fortbildungsmaßnahmen mit diesen Inhalten selbst gerne wahrnehmen, ist kritisch zu hinterfragen, inwieweit nicht weitere bedeutsame Fortbildungsschwerpunkte erforderlich sind, insbesondere auf beratungsmethodischem Gebiet.

Abb. 2

Begründung für das nicht befriedigende
Fortbildungsangebot

Kritikpunkte	Anzahl der Nennungen
Es gibt zu wenig Möglichkeiten, Erfahrungen mit anderen Beratern auszutauschen.	50
Gerade neue Beratungsmethoden werden zu wenig eingeübt	48
Meistens reicht die Zeit nicht aus, um wichtige Fragestellungen ausführlich zu behandeln.	42
Das Fortbildungsangebot ist zu gering	41
Das Vorwissen der Teilnehmer bei Seminaren, Kursen und Fortbildungstagen ist zu unterschiedlich.	32
Die Mitsprache der Berater bei Planung und Gestaltung von Fortbildung ist unzureichend	32
Die Vor- und Nachbereitung von Fortbildungsmaßnahmen ist kaum möglich, da keine ausreichenden Begleitmaterialien vorliegen.	31
Das Fortbildungsangebot ist zu wenig auf die Probleme meines Arbeitsgebietes zugeschnitten.	26
Von seiten des Arbeitgebers aus gibt es keine eindeutig festgelegten Kriterien für die Auswahl von Teilnehmern an Fortbildungsmaßnahmen	24
Die Möglichkeiten zur selbständigen Fortbildung zu Hause sind zu gering, da verständliche und klar gegliederte Fortbildungsmaterialien fehlen.	23
Bei Seminaren und Kursen wird zu wenig in Kleingruppen gearbeitet.	21
Bei Seminaren und Kursen sind die Referenten häufig nicht in der Lage, mir Fachwissen in geeigneter Form zu vermitteln.	13
Die Themen von Fortbildungsveranstaltungen wiederholen sich zu oft, so daß mir im Laufe der Zeit innerhalb der Fortbildung zu wenig neue Informationen vermittelt werden.	10

Abb. 3

Die zukünftigen Fortbildungsziele im Urteil der Berater

Ziele:	Anzahl der Nennungen auf den einzelnen Rangplätzen:						Durchschnittlicher Rangplatz:
	1	2	3	4	5	6	
Ziel der Fortbildung sollte es sein, das Fachwissen des Beraters stets auf dem Laufenden zu halten	75	12	8	6	4	-	1,5
Ziel der Fortbildung sollte es sein, den Berater zu befähigen selbständig Beratungsstrategien für entstehende Probleme zu entwickeln	14	31	16	18	19	8	3,2
Ziel der Fortbildung sollte es sein, zeitgemäße Beratungsmethoden praxisnah einzulernen	5	25	29	25	20	1	3,3
Ziel der Fortbildung sollte es sein, zeitnahe Beratungsmethoden kennenzulernen	9	13	36	20	14	13	3,5
Ziel der Fortbildung sollte es sein, einen intensiven Gedanken- und Erfahrungsaustausch zwischen den Beratern zu ermöglichen	1	21	13	30	33	7	3,9
Ziel der Fortbildung sollte es sein, den beruflichen Aufstieg zu ermöglichen	1	4	4	6	14	75	5,3

Speziell das praktische Einüben neuerer zielgruppenadäquater Beratungsmethoden, z.B. im Bereich der Therapie von Übergewicht, wird auch zum Bedauern der Berater bisher nur unzureichend im Rahmen der Fortbildung aufgegriffen.

Die Ziele der Fortbildung, die nach Meinung der Berater in Zukunft angestrebt werden sollten, sind der Abbildung 3 zu entnehmen.

Trotz dieser kritischen Beurteilung durch die Berater gaben 66% der Befragten an, daß die bisherige Fortbildung ihnen einen "großen Nutzen" gebracht hat 34% zogen dagegen nur einen "geringen Nutzen" aus der derzeitigen beruflichen Weiterbildung.

5. Konsequenzen für die zukünftige Beraterfortbildung

Im Mittelpunkt der Fortbildungsplanung stehen somit folgende Fragen (392):

1. Lernplanung: Was soll gelernt werden und warum soll es gelernt werden?
2. Lernorganisation: Wie, wie lange, wo und womit soll gelernt werden?
3. Lernerfolgskontrolle: Ist optimal gelernt worden? Sind die ausgewählten Lernstrategien zieladäquat eingesetzt worden?

Wie die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, wenden die Ernährungsberater mehr als zwei Drittel ihrer Arbeitszeit für Lesen und Schreiben, Zuhören und Sprechen auf. Die verbleibende Arbeitszeit ist überwiegend der Vorbereitung und Planung von Beratungsaktivitäten vorbehalten.

Für diese kommunikativen und planerischen Aufgaben, die in Zukunft noch verstärkt auf die Berater zukommen werden, sind sie jedoch nicht ausreichend geschult. Im einzelnen sind somit folgende Schlüsselqualifikationen der Berater anzustreben (611):

1. Angemessenes Verhalten in allen individuellen Gesprächssituationen (mit Klienten, Vorgesetzten, Untergebenen, Multiplikatoren).
2. Anknüpfung und Pflege von Kontakten in schriftlicher bzw. gedruckter Form (Briefe, Anweisungen, Berichte).
3. Angemessene Umsetzung von Informationen in publizistisch wirksame Formen (Broschüren, Beratungshilfsmittel, Fachaufsätze).
4. Planung und Durchführung einschl. Kontrolle von Beratungsaktivitäten in Kleingruppen mit unterschiedlicher Zielsetzung (Informationsaustausch, Meinungsbildung und Entscheidungsfindung, Verhaltensänderung).
5. Konzeption und Organisation von Beratungsaktivitäten in Großgruppen (Vorträge, Demonstrationen, Forumdiskussionen) unter Einsatz geeigneter audio-visueller Hilfsmittel.
6. Planung und Durchführung einschl. Kontrolle von regionalen Beratungsprogrammen (Entwicklung von Beratungsschwerpunkten und Umsetzung in geeignete Kommunikationsstrategien).
7. Einsatz und Interpretation geeigneter Instrumente zur Erfolgskontrolle von Beratungsaktivitäten.

Ein zielgerichtetes Training muß den Ernährungsberatern deshalb Techniken, Fähigkeiten und Kenntnisse vermitteln, die ihnen ein Verständnis der Beratung als eine pädagogische Handlungsform ermöglichen, um dem Verbraucher wesentlich stärker als bisher bei der Erreichung seiner individuellen Ziele konkrete Hilfestellung anbieten zu können. Zu realisierende Lerninhalte sind folglich:

Im fachwissenschaftlichen Kompetenzbereich:

1. Ernährungsverhalten in Abhängigkeit von psychosozialen Bedingungen, Analyse der Ausbildung und Veränderung von Ernährungsgewohnheiten.
2. Ökonomische und technische Determinanten der Entscheidung bei der Nahrungsauswahl, -zubereitung und -aufnahme.

Im kommunikativen Kompetenzbereich:

1. Kommunikationstraining, Sensibilisierung für Kommunikationsprozesse.
2. Gesprächsführung in der Einzelberatung.
3. Gesprächsführung in der Gruppenberatung.
4. Beherrschung des geschriebenen Wortes in der Beratung.
5. Planung von Beratungsprogrammen.

Aus diesen Lernzielen ergibt sich die Notwendigkeit, das Einüben angemessener Verhaltensweisen durch die Anwendung aktiver Lehr- und Lernmethoden in den Mittelpunkt der Fortbildung zu stellen. Die Aneignung neuer Wissensinhalte ist in angemessenem Umfang damit zu koppeln (s. auch HOFFMANN, V. in diesem Buch).

Die Entscheidung über einzelne Weiterbildungsziele und -inhalte muß einer weiteren intensiveren Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis im Rahmen zukünftiger Forschungsprojekte und Modellversuche vorbehalten bleiben.

36. Methodenkurse für Ernährungsberater: Vorschläge zum Inhalt und Ablauf

V. Hoffmann

1. Einleitung

Während es Fachberatung in vielen Lebensbereichen schon sehr lange gibt, ist die wissenschaftliche Beschäftigung mit den Grundlagen und Methoden einer solchen Berufsaufgabe vergleichsweise neu. Wenn auch wiederkehrend beklagt wird, es gäbe keine einheitliche und geschlossene Theorie der Beratung, so liegen doch inzwischen aus zum Teil sehr unterschiedlichen Praxisfeldern der Fachberatung Diskussionsbeiträge vor, aus denen man schließen kann, daß sich die Vorstellungen annähern. Noch deutlicher als bei den grundlegenden Konzepten, wo sich psychologische Feldtheorie und sozial- und kommunikationspsychologische Ansätze langsam durchzusetzen beginnen, scheint die Annäherung im Methodenbereich voranzugehen. Vor allem die Techniken der nicht-direktiven Gesprächsführung (403,480), der themenzentrierten Interaktion (92) und allgemein gruppenspezifische Verfahren entwickeln sich dort zu einem Standardrepertoire der Methodenschulung von Fachberatern.

Von daher scheint mir die Zeit reif, trotz aller Vorläufigkeit von Einsichts- und Erfahrungsstand, einmal den Diskussionsstand um ein Methodenkursprogramm für Fachberater exemplarisch, in Form begründeter Vorschläge für Inhalte und Ablauf, zusammenzufassen.

Daß dies am Berufsfeld Ernährungsberatung geschieht, ergibt sich aus Anlaß der 3. AGEV-Tagung 1980 in Göttingen.

Ziel dieser Bemühung ist es, einen breiteren Kreis von Betroffenen (Berater, Träger, Fortbilder) zur Teilnahme an der Diskussion um beratungsmethodische Fortbildung anzuregen.

2. Vorklärung

Zum Einstieg in die Fragen der Kursgestaltung erscheint es mir sinnvoll, einige allgemeine Fragen vorweg zu klären.

2.1. Beratungsdefinition (nach 7)

Da über Ziele, Aufgaben und Methoden von Beratung durchaus verschiedene Auffassungen bestehen, soll eine Klärung der eigenen Position vorweg erfolgen.

Sowohl aus ethischen als auch aus pragmatischen Erwägungen heraus empfiehlt es sich m.E., Beratung schon in der Definition streng von allen manipulativen Sozialtechniken abzugrenzen.

Pragmatisch gesehen einfach deshalb, weil Manipulation, sobald sie als solche erkennbar wird, die Grundlage aller Weiterarbeit, nämlich das Vertrauen des Ratsuchenden zum Berater, zerstört.

Beratung soll daher verstanden werden als "der Prozeß, in dem der Berater versucht, durch geistige Hilfe den oder die Ratsuchenden zu solchem Handeln zu motivieren und zu befähigen, das geeignet ist, dessen oder deren akute Probleme zu lösen. Dabei ist der Berater allein dem Wohl des Ratsuchenden verpflichtet". Die Entscheidung für oder gegen bestimmte Handlungsalternativen "kann nur der Ratsuchende treffen, der auch die Verantwortung für die Folgen seiner Handlung alleine tragen muß". Damit ist der Berater jedoch nicht frei von Verantwortung. Er ist dem Partner und dem Träger der Beratungseinrichtung gegenüber verantwortlich für die Qualität seiner Beratung. Diese ergibt sich gleichrangig aus der Qualität der fachinhaltlichen Information und aus der des methodischen Vorgehens in der Beratungsinteraktion. Im einzelnen erscheint dabei wichtig:

- der Bezug auf die Situation des Partners, sein Erleben und Verstehen
- die fachliche Zuverlässigkeit der entwickelten Lösungen
- das Offenlegen der in den Lösungsalternativen enthaltenen sachlichen und persönlichen Risiken.

2.2. Januskopf - Gleichrang von Methode und Inhalt

Obwohl die Festlegung, daß Inhalt und Methode gleichermaßen wichtige und untrennbare Bestandteile der Fachberatung sind, so evident erscheint (mir zumindest), blieb Fortbildung für Fachberater lange auf fachinhaltliche Themen beschränkt. Methoden fehlen in der Ausbildung weitgehend und in die Fortbildung finden sie nur sehr schleppend Eingang. Allerdings hat es den Anschein, daß die Nützlichkeit einer methodischen Schulung für Fachberater nicht mehr ernsthaft bezweifelt wird. Die Träger und die Berater scheinen inzwischen motiviert. Um so mehr rücken die Fragen des was und vor allem des wie und des durch wen in den Vordergrund.

2.3. Ernährungsberatung, ein Sonderfall?

Lassen sich Überlegungen und Erfahrungen aus anderen Feldern der Fachberatung einfach auf die Ernährungsberatung übertragen, oder liegen hier andere Verhältnisse vor?

Mein Eindruck geht dahin, daß sich sehr viel übertragen läßt, in einigen, vor allem inhaltlichen Punkten gibt es vermutlich Abweichungen, bedingt durch die Besonderheit der Ernährungsproblematik.

Unterteilt man die Aufgaben in zwei Bereiche, nämlich in aktive Informationsarbeit zur Schaffung von Problembewußtsein und Problemeinsicht im Sinne von Aufklärung einerseits und in Unterstützung beim Problemlösen, bei der nötigen Verhaltensänderung, also mehr im eigentlichen Sinne von Beratung andererseits, so liegen die Verhältnisse im ersten Bereich sehr ähnlich zu anderen Fachberatungs-Berufsfeldern, im zweiten Bereich eher unterschiedlich.

Vor allem die Aufgaben von Verbraucheraufklärung, gesundheitlicher Aufklärung oder Ernährungsinformation erscheinen methodisch fast identisch. Geht es jedoch an die Vermittlung von Problemlösungen, so treten, bedingt durch unterschiedliches Problembewußtsein oder gar

durch vorhandenen Leidensdruck, und durch ganz unterschiedliche Lösungsangebote, auch verschiedene methodische Schwerpunkte auf.

Während zum Beispiel Selbsthilfegruppen (393) für Kranke oder Übergewichtige (291) gelegentlich die beste verfügbare Lösung darstellen, sind Selbsthilfegruppen für Verbraucher oder für Ratsuchende in der Berufs- oder Bildungsberatung schon als Vorstellung eher absurd.

Vergleicht man die Ernährungsberatung einmal mit der Verbraucherberatung, so hätte Ernährungsberatung vergleichsweise häufiger und intensiver auf Gruppenmethoden zurückzugreifen und dabei auch verhaltenstherapeutische Elemente wie Selbstkontrolle, Eigensteuerung, Selbstbelohnung und Verhaltensregeln einzusetzen.

Diese Besonderheiten sind in der Gestaltung von Methodenkursen für Ernährungsberater entsprechend zu berücksichtigen.

3. Überlegungen zum Methodenkurs-Programm

Nach der Nennung eines Kursziels soll dargestellt werden, von woher sich die Überlegungen für Inhalt und Ablauf von Kursen, bezogen auf das Kursziel, sinnvoll ableiten lassen und zu welchen vorläufigen Empfehlungen ich auf diesem Weg gekommen bin.

3.1. Kursziel

Folgende allgemeine Zielformulierung scheint mir sinnvoll: Die teilnehmenden Fachberater sollen über die Anregungen der Methodenkurse und deren Umsetzung in die Beratungspraxis größere Verhaltenssicherheit und Verhaltenswirksamkeit in der Beraterrolle erreichen.

Viel detailliertere Einzelziele sollten nicht vorgegeben werden. Sinnvollerweise entscheiden die Teilnehmer selbst darüber, in welchen Bereichen sie aus den Anregungen des Kursangebots Anstöße zur Verhaltensänderung sehen, und wie sie diesen Anstößen folgen wollen (lesen, lernen, üben, suchen, diskutieren, ausprobieren etc.).

Anstöße und Hinweise sollten die Kurse geben zu den drei Bereichen (92):

- Grundlagenverständnis zu menschlichem Verhalten und zu Verhaltensänderung sowie zu Kommunikation
- Diagnostische Fähigkeit (Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle, Fremdwahrnehmung, soziale Sensitivität, Prozeßanalyse, etc.)
- Techniken der Situationsanalyse, der Gesprächsführung, der Gruppenleitung, der Informationsaufbereitung, der Evaluierung etc.

Eine nähere Erläuterung und Begründung findet sich bei (8).

3.2. Ableitung von Kursinhalten

Grob kann man die Kursinhalte unterteilen in Basisinhalte, also der gerade genannten Einteilung folgend in Basiswissen, Basisfähigkeiten und Basistechniken und in fach- und problembezogene Methodeninhalte.

Die Basisinhalte wären somit der Teil, den jeder brauchen kann, der als Fachberater tätig ist und die weitergehenden Programmpunkte sollten sich logisch aus der Arbeitssituation des Beraters in Verbindung mit den wichtigsten Problemen seiner Ratsuchenden (Klienten, Beratungspartner, Adressaten) ableiten lassen.

Um es kurz zu halten, sollen einige der Bereiche, von denen Inhalte sinnvoll abgeleitet werden können, nur aufgezählt werden:

- Theoretische Konzepte der Fachberatung (vgl. 5,6,264,263,60)
- Probleme der Klienten (457)
- Bekannte und geeignete Problemlösungsalternativen (457)
- Ziele der Trägerorganisation
- Arbeitsbedingungen der Berater (198)
- Praktizierte Arbeitsweisen der Berater
- vorhandenes Methodenrepertoire bei den Beratern
- Insgesamt verfügbares und empfehlenswertes Methodenrepertoire
- Vermittlungsmöglichkeiten und Eignung von Vermittlungsmethoden für die Erweiterung des Methodenrepertoires (Kurs, on the job training (499), Methodenberatung, Projektbetreuung (117,239), Arbeitsgruppen)

3.3. Ableitung der Kursmethodik

Bei der Festlegung der Kursmethodik sollten vorhandene Erfahrungen berücksichtigt werden. Solche Erfahrungen liegen zum Beispiel voraus:

- Partizipativer und teilnehmerorientierter Erwachsenenbildung (96)
- Kommunikationstrainings (164,165)
- Gruppendynamischen Trainingskursen
- Bisherigen Methodenkursen für Ernährungsberater und für Fachberater anderer Fachgebiete*.

*Das ausgefeilteste Curriculum gibt es vermutlich aus der Fachhochschulausbildung für Berufsberater der BfA in Mannheim.

Langjährige Erfahrungen liegen aus einigen Bundesländern mit Methodenkursen für landwirtschaftliche und ländlich-hauswirtschaftliche Beratungskräfte vor.

Die neueste Diskussion über Methodenkurse wurde vermutlich im Bereich Verbraucherberatung geführt. Die Stiftung Verbraucherinstitut lud im Mai 1979 dazu ein. Entsprechend dem dort entwickelten Konzept ist ein Fortbildungsprogramm für Verbraucherberater inzwischen angelaufen, das in gleichem Umfang beratungsmethodische und fachinhaltliche Seminarblöcke enthält (vgl. 543,611). Der erste beratungsmethodische Basiskurs ist unter Leitung von PUDEL und MOHLEIB 1979 durchgeführt worden (456).

Fragt man statt nach Bereichen, nach Informationsquellen, so sind zu berücksichtigen sowohl subjektive Vorstellungen der Teilnehmer als auch objektivierbare Elemente, die über den Fortbildungsträger und das Fortbilderteam in das Kurskonzept eingehen:

- Die erlebten Arbeitsprobleme der Berater
- Die artikulierten Fortbildungswünsche der Berater
- Die entsprechend Punkt 3.2. abgeleiteten und deshalb vom Fortbilder für sinnvoll angesehenen Kursinhalte
- Empfehlenswerte kursdidaktische Prinzipien, die entsprechend Punkt 3.3. vorhandene Erfahrungen ausreichend einbeziehen
- Aus Literatur und der Erfahrung des Fortbilders bekannte didaktische Möglichkeiten, Übungen, Materialien.

3.4. Empfohlene Kursmethodik

Einige der wichtigsten kursdidaktischen Prinzipien, die ich für empfehlenswert halte, möchte ich jetzt auflisten, um damit auch zu verdeutlichen, zu welchen vorläufigen Schlüssen aus der Ableitung einer Kursmethodik entsprechend Punkt 3.3., ich bis heute selbst gelangt bin.

- Berücksichtigung von Teilnehmerwünschen und Teilnehmererwartungen bei der Programmvorbereitung und Einbeziehung der Teilnehmer bei Entscheidungen zum Programmablauf während des Kurses.
- Aufbereitung der Inhalte in vielen kleinen Bausteinen, zur flexiblen, teilnehmerorientierten Programmgestaltung. Es sollten mindestens doppelt so viele Bausteine vorbereitet sein, wie zeitlich drankommen können. Auch nicht vorstrukturierte Phasen sollten im Programm vorgesehen sein.
- Die Vermittlung der Inhaltsbausteine sollte über ein teilnehmerorientiertes, gruppendynamisches Programm erfolgen. Dies erfordert eine ausreichend lange Einstiegsphase, um persönlich miteinander vertraut zu werden und zu wissen, welche wechselseitigen Erwartungen bestehen, und einen offenen, angstfreien und nicht-autoritativen Kommunikationsstil.
- Vorrang von Übungen vor Theorie, von Selbsterleben und Selbsterkennen vor Fremdvermittlung.

- Technische Möglichkeiten zur permanenten Visualisierung sind zu nutzen. Ergebnisse von Gruppenarbeit, Diskussionsergebnisse, wichtige Stationen im Kursgeschehen sind auf Folie, noch besser aber auf Wandplakaten festzuhalten. Der Plenumsraum wird mit den Plakaten "tapeziert", in eine Lernlandschaft verwandelt. Wichtige Folien können kopiert werden. Fotografierbares kann z.B. über Sofortbild und Fotokopie den Teilnehmern unmittelbar ausgehändigt werden.

- Demonstration der Inhalte möglichst am "hier und jetzt". Prozeßanalyse unterstützt durch Video-Aufzeichnung. Anschließend sollte jeweils der Bezug zur realen Arbeitssituation der Teilnehmer thematisiert werden, damit das Kursgeschehen über ausreichende Erfahrungsorientierung auch neue Handlungsorientierung vermittelt.

- Übereinstimmung von Inhalt und Methode. Der Methodenkurs muß selbst partizipativ, teilnehmerorientiert und ausreichend nicht-direktiv geleitet und gestaltet werden. Trainer müssen das, was sie inhaltlich vermitteln wollen, auch durch konsequentes eigenes Verhalten demonstrieren.

- Wenn der Schwerpunkt des Kursgeschehens auf Selbsterleben und Selbsterkennen liegt, ist es besonders wichtig, ausreichend Hinweise für die kognitive Verarbeitung der Kurserlebnisse nachzureichen, damit daraus auch Erfahrungen werden können. Maßnahmen dazu sind die Übergabe von Kurspapieren jeweils nach den Übungen, die Übergabe von Kopien von im Kurs erarbeiteten Ergebnissen, die Aufstellung einer kleinen Handbibliothek während des Kurses und die Aushändigung einer Literaturliste als Anregung zum Weiterlesen.

- Die Fortbildung kann nicht auf Kursprogramme beschränkt bleiben. Kurse können nur Teilfunktionen der Fortbildung übernehmen. Die Transferproblematik kann zwar innerhalb des Kurses angesprochen werden, ist jedoch erst durch Maßnahmen, die über den Kurs hinausgehen, lösbar. Diese Forderung wird im nächsten Punkt näher behandelt.

3.5. Empfohlene Kursreihe mit Kursergänzung

Sollen Kursinhalte tatsächlich Umsetzung in den Berufsalltag der Teilnehmer erfahren, scheint es dringend empfehlenswert, es nicht bei Kursprogrammen zu belassen. Zusätzlich zu Kursen sollte den Beratern eine Praxis-Betreuung zur Verfügung stehen, d.h. Hilfestellung, Anleitung und Unterstützung von praxis- und methodenerfahrenen Kollegen.

Möglichkeiten einer solchen Methodenberatung und Praxisbetreuung liegen in der Zusammenarbeit bei:

Projekten einzelner Berater

Projektbezogenen Arbeitsgruppen

Erfahrungsaustausch

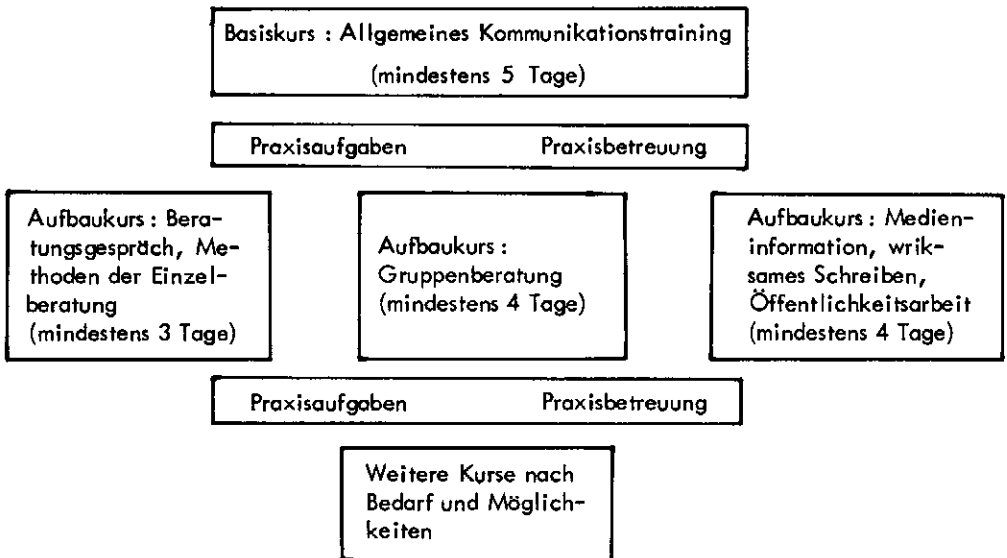
Supervision (zu verstehen als Methoden-Feedback)

Kollegen in der Funktion des Methoden-Beraters sollten in Fragen der Planung, Durchführung und Evaluierung neuer Beratungsmaßnahmen spezielle Kenntnisse und Erfahrungen haben, die über das hinausgehen, was zum allgemeinen Fortbildungsangebot der Kollegen gehört.

Für das eigentliche Kursangebot empfehle ich eine Kursreihe aus einem Basiskurs und vorerst drei voneinander unabhängigen, auf dem Basiskurs aufbauenden Fortsetzungskursen. Weitere Fortsetzungskurse sind dann nach Bedarf und vorhandenen Möglichkeiten zu entwickeln und anzubieten.

Zwischen Basiskurs und Aufbaukursen sollten Praxisaufgaben geschaltet werden, z.B. Protokolle von Beratungsaktivitäten, Erprobung neuer Beratungsmethoden. Wenn die Voraussetzungen dafür gegeben sind, könnte dazu auch Praxisbetreuung erfolgen.

Damit ergibt sich folgender Vorschlag:



Grundsätzlich sollten Beratungsträger ihren Beratern keine Fortbildung verordnen, keine Berater abordnen, entsenden, sie nicht zu Kursen einberufen, sondern diesen die Teilnahme freistellen und durch Gewährung von Bildungsurlaub und durch Kostenübernahme erleichtern.

Damit können sich die Teilnehmer am Basiskurs die Reihenfolge der Aufbaukurse so festlegen, wie sie ihrem Arbeitsschwerpunkt und Fortbildungsinteresse entspricht.

3.6. Empfohlene Übungsbereiche

Inzwischen gibt es umfangreiche Literatur über Gruppendynamik und Gruppenpädagogik und dabei auch zahlreiche Übungshandbücher, in denen bewährte Arrangements beschrieben sind (11,165,213,310,439,602). Darüber hinaus verfügen erfahrene Fortbilder im Bereich Beratungsmethodik über zusätzliche, nicht veröffentlichte Übungsrepertoires und die schriftlich schwer vermittelbare Kunst, aus "nichts", ohne Vorbereitung, je nach Kurssituation, die kursinternen Begebenheiten zu thematisieren und zum Erfahrungs- und Übungsgegenstand zu machen.

Nachfolgend nur eine beispielhafte Stichwortliste zu Übungsbereichen, die im Rahmen der vorgeschlagenen Kursreihe in Frage kommen.

Wahrnehmung, Beobachtung

Selbstbild, Fremdbild

Verstehen, Behalten, Verständlichkeit

offene Kommunikation, Feedback

Kommunikationsstörungen, Metakommunikation

Führungsstil

Kooperation

Konflikt und Entscheidung

Problemlösen

Gesprächsführung

Gruppenprozeß-Analyse

reflektierendes Zuhören

nicht-direktives Beratungsgespräch

Rollenspiel mit schnell wechselnder Beraterrolle

Diskussionsleitung, Rhetorik

Leiten von Zusammenkünften

Gruppenmoderation

Selbsthilfe-Gruppen-Betreuung, Selbstkontrolle, Selbstbelohnung, Verhaltensregeln

Lesen, Schreiben, Verständlichkeit

Redigieren, Kurzfassen

Wort- und Bildwahl

Testen von Wort- und Bildmaterial

3.7. Empfohlene Rahmenbedingungen

Ein Programm in der vorgeschlagenen Art erfordert spezielle Voraussetzungen, die hier kurz angesprochen werden sollen:

- 2 Trainer und 10 - 16 Teilnehmer, weniger Teilnehmer ist besser als mehr.
- Teilnehmer und Trainer wohnen in der Tagungsstätte, so daß der Kontakt am Abend fortbesteht und Ablenkungen durch Beruf, Familie usw. weitgehend ausgeschaltet sind.
- Die Tagungsstätte muß Unterkunft und Verpflegung bieten können, einen Plenumsraum und 3 Kleingruppenräume zur Verfügung stellen. An technischer Ausstattung wird vermutlich gebraucht: Video-Anlage, Over-headprojektor, Tonbandgerät, Dia-Projektor, Kopierautomat, Flip-Charts, Steck-Wände, Tafel, etc.
- Die Trainer sollten Erfahrungen aus Gruppendynamik und Beratungsmethodik mitbringen, die "Vermittlungsmethode der Methodenvermittlung" beherrschen.

4. Schlußwort

Dieser Beitrag soll anregen und ermutigen. Faßt man die Vorschläge als absolutes Soll auf, so tut er dies wahrscheinlich nicht. Gedacht sind die Vorschläge daher auch mehr als Richtungsweiser und konkrete Utopie. Auch wenn manches hier vorgeschlagene nicht gleich realisierbar erscheint, so wollte ich einmal das aus meiner Sicht Wünschenswerte nennen und wenigstens zum Teil auch begründen, um dadurch das davon Machbare vielleicht voranzubringen.

Wie in der Beratung die gute Beziehung zum Klienten Grundvoraussetzung ist, die dann, wenn sie einmal erreicht ist, auch methodische Schnitzer durchaus verkräftet, so ist im Methodenkurs die erkennbar gute Absicht und die Offenheit gegenüber den Teilnehmern der Kitt, der einen Kurs auch dann zusammenhält, wenn nicht alle Rahmenbedingungen und Einzelelemente optimal gestaltet werden konnten.

37. Klienten-Beteiligung: ein Weg zur erfolgreichen Ernährungsberatung

F. Mühleib

- Klientenbeteiligung - wozu?

Im Planungsraum des regionalen Beratungszentrums sitzen drei Verbrauchervertreter, drei Ernährungsberaterinnen, ein Vertreter des zuständigen Ministeriums, ein Pädagoge und ein Mediziner als Fachleute sowie zwei Vertreter der örtlichen Verbraucherverbände. Gemeinsam diskutiert man den Rahmenplan für die Ernährungsberatung im kommenden Jahr; gerade haben die Repräsentanten der Verbraucher dargelegt, wo und aus welchen Gründen ihrer Meinung nach in der kommenden Periode Beratungsschwerpunkte gesetzt werden müssen.

Ein Bild, das etwa in amerikanischen Beratungsinstitutionen zum Alltag gehört, bei uns allerdings noch utopisch anmutet. Nach wie vor sind Beratungsplanung und -programmierung Fremdworte für die meisten Beratungskräfte, ganz zu schweigen von der Klientenbeteiligung. Man arbeitet "von der Hand in den Mund"; die verfügbare Zeit wird ausgefüllt von der Bewältigung der Aktualitäten und der Erledigung der Verwaltungsaufgaben. Für langfristig ausgerichtetes, konzeptionelles Arbeiten bleibt da kaum noch Raum. Wie man als Berater bei all dem noch eine Beteiligung von Klienten bewerkstelligen soll, bleibt einem völlig schleierhaft.

Außerdem: Was nützt eine solche Klientenbeteiligung der Beratung eigentlich? Beginnen wir die Begründung mit einem Ausflug in theoretische Gefilde. Beteiligung bzw. Partizipation von Klienten an Planung und Abwicklung der Beratung läßt sich zunächst aus dem Selbstverständnis der Beratung erklären. Beratung will verstanden werden als "Hilfe zur Selbsthilfe". Sie definiert sich als "systematische Aktivität, die dem Klienten helfen will, sich seiner jetzigen und zukünftig zu erwartenden Probleme bewußt zu werden und die durch Übertragung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten die Lösung dieser Probleme ermöglichen und erleichtern will" (591).

(Ernährungs-)Beratung sieht in ihrem Klienten also den mündigen Bürger. Mündigkeit ist wiederum undenkbar ohne die Möglichkeit zur Selbstbestimmung. Auf die Beratung bezogen verlangt dies die aktive Teilnahme der Klienten an den Entscheidungen über Beratungsmaßnahmen. Die Beratung darf den Klienten nicht von oben herab bevormunden, sondern muß sich in ihren Aktivitäten konkret an den subjektiven Problemen der Klienten orientieren.

Dies ist nur möglich, wenn der Klient von einem "Gegenstand" der Beratung zu ihrem Partner wird, der nicht nur Anspruch auf die aktive Teilnahme am individuellen Problemlösungsprozeß, etwa in der Einzelberatung, hat, sondern der auch über Beteiligungsverfahren die Entwicklung des Beratungsangebotes mitbestimmen können muß.

Praktiker rümpfen bei solchen Sätzen schnell die Nase. Sie riechen ihnen zu sehr nach "Beratungsideologie". Allerdings tun solche

Grundlegungen not, schon um letztendlich vor lauter Pragmatismus nicht zu vergessen, warum eigentlich von "Klientenbeteiligung" geredet wird. Lassen wir nun einen Praktiker zu Wort kommen: "Es ist wichtig, daß wir Klientenbeteiligung als Mittel zum Zweck betrachten und nur dann benutzen, wenn die zu erwartenden Resultate den Einsatz rechtfertigen" (567).

Plausible praktische Gründe zur Klientenbeteiligung liegen zur Genüge auf der Hand; um nur einige zu nennen (436):

- Klientenbeteiligung hilft, umfassende Informationen für Planungs- und Entscheidungsprozesse in der Beratung zu sammeln.
- Sie liefert der Beratung eine öffentliche Legitimation für ihre Aktivitäten.
- Sie hilft, adäquate Problemlösungen für die verschiedensten Beratungsprobleme zu identifizieren.
- Sie vermindert den Widerstand gegen Beratungsprogramme unter den Klienten und beschleunigt von der Beratung angestrebte Veränderungsprozesse.
- Sie fördert die Diffusion von Innovationen und erleichtert Lernprozesse.

Wenn hier davon die Rede ist, Partizipation helfe bei der Informationssuche, liefere Legitimation etc., so begründen sich diese Behauptungen konkret in den Aufgaben des Klienten innerhalb des Beteiligungsverfahrens.

- Was können Klienten zur Beratung beitragen?

Wenn wir von der anfänglichen Beratungsdefinition ausgehen, in der es heißt, Beratung solle dem Klienten bei der Lösung seiner Probleme helfen, so ergibt sich daraus für die Beratungsinstitution die Aufgabe, bei der Auswahl ihrer Aktivitäten zunächst beim Klienten selbst nach relevanten Informationen zu suchen. Die Klienten selbst sind am besten dazu in der Lage, ihre Probleme zu formulieren (300). Nur durch eine Beteiligung von Klienten geht man sicher, keine Probleme zu übersehen und die tatsächlichen, subjektiv relevanten Probleme zu erfassen. Berater(innen) wissen zwar meist sehr genau, was sein sollte, haben also klare Vorstellungen über die Soll-Situation bezüglich Wissen, Einstellungen und Fähigkeiten der Klienten; dies nützt jedoch wenig, wenn keine exakten Vorstellungen über den Ist-Zustand, die Ausgangssituation, vorhanden sind. Immer wieder wird die Erfahrung gemacht, daß große Unterschiede zwischen den "echten" Problemen der Klienten, und dem, was die Berater(innen) dafür halten, bestehen (606). Klientenbeteiligung hilft, subjektive Fehleinschätzung bzw. die Überbewertung nicht-repräsentativer Erfahrungswerte und Annahmen von Beratungskräften zu vermeiden.

Mit dieser Situation muß sich auch die Ernährungsberatung auseinandersetzen. Ein Beispiel: Während die Ernährungsberatung in den letzten Jahren ihr Hauptaugenmerk immer wieder auf die Übergewichtsproblematik legte, zeigen erste Ergebnisse eines Versuchs zur Erprobung eines beteiligungsorientierten Planungsverfahrens für die Ernährungsberatung, daß gerade in den etwas vernachlässigten Bereichen der Ernährungsökonomie und auch der Ernährungstechnologie massive Probleme und konkrete Beratungsbedürfnisse bei verschiedenen Klientengruppen vorhanden sind (612).

Klientenbeteiligung hilft jedoch nicht nur bei der Suche nach beratungsrelevanten Informationen, sie unterstützt auch den Implementierungsprozeß durch die Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Partizipation an der Konzeption von Beratungsaktivitäten führt zu einer hohen Identifikation der Klienten mit den daraus abgeleiteten Programmen und Maßnahmen (336). Verbrauchergruppen, die wissen, daß Beratungsprogramme unter der Mitwirkung ihresgleichen entstanden sind, werden eher zur Teilnahme an Beratungsveranstaltungen und nachfolgend zur adäquaten Wissens-, Einstellungs- oder Verhaltensänderung bereit sein, als bei einer Planung ausschließlich "von oben nach unten", in deren Rahmen eine anonyme Beratungsinstitution skeptischen Klienten am grünen Tisch entworfene Programme vorsetzt. Gerade in diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß Beteiligung nicht zuletzt auch dazu beiträgt, die Beratung und ihr Angebot den Verbrauchern bekannt zu machen und gegenseitiges Vertrauen zu schaffen (267).

- Wo können Klienten eingesetzt werden?

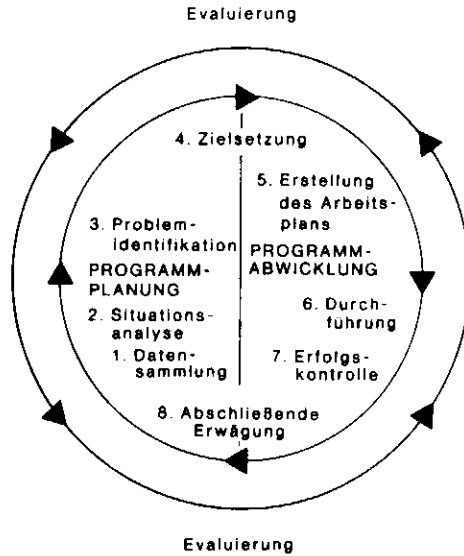
Klientenbeteiligung in der Beratung heißt bei all dem sicher nicht, wie manch einer hier befürchten wird, daß Entscheidungen über Beratungsaktivitäten künftig ganz den Klienten überlassen bleiben sollen. Partizipation fordert vielmehr, den Klienten dort gezielt mitarbeiten und mitentscheiden zu lassen, wo er wertvolle und unentbehrliche Dienste für die Programmgestaltung liefern kann.

Wo im einzelnen die Beteiligungsmöglichkeiten bestehen, wollen wir uns am idealtypischen Ablauf einer Programmentwicklung in der Beratung klarmachen. Geht man von einer Beratung aus, die nicht rein reaktiv auf den Zulauf von Klienten in der Einzelberatung wartet, sondern versucht, systematisch bestimmte Ziele zu verfolgen, so wird sich eine solche Beratung einem kontinuierlichen Entwicklungsprozeß, bestehend aus Programmplanung und Programmdurchführung, unterziehen, beides unter ständiger Evaluierung und Weiterentwicklung. Die Abbildung 1 versucht, diesen kontinuierlichen Prozeß zu veranschaulichen.

Unter geringfügiger terminologischer Abwandlung der Bezeichnungen für die einzelnen Phasen skizziert SKOOG in Anlehnung an das PESSON'sche Phasenmodell die Beteiligungsmöglichkeiten für die Betroffenen (vgl. Tab.1). Hier wird im übrigen deutlich, daß neben den Klienten eine Reihe weiterer "Betroffener" einbezogen werden sollten. Als wichtigste sind hier angeführt: Externe Fachleute, externe Verwaltungen sowie Einflußpersonen, die allerdings u.U. als Teilgruppe der Klienten definiert werden können. Hinzu kommen als "Betroffene" natürlich die Mitarbeiter der Beratungsinstitution: Interne Fachleute und die interne Administration, mit anderen Worten: Berater(innen) und Verwaltungs- bzw. Führungspersonal aus den Leitstellen der Beratung (etwa den Verbraucherzentralen)(521).

Abb. 1

Prozeß der kontinuierlichen Programmentwicklung
in der Beratung



Tab. 1

Beteiligung verschiedener Gruppen an den Entwicklungsphasen eines Beratungsprogramms

Beteiligte Gruppen \ Phase	Klienten		Einflußpersonen		Externe Fachleute		Interne Fachleute		Externe Administration		Interne Administration	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
1. Problem-exploration	x											
2. Lösungs-exploration		x			x		x					
3. Festlegung von Prioritäten mit Legitimation	x	x			x		x		x			
4. Ausarbeitung des Beratungsplans					x		x					x
5. Entwurfs-Evaluierung		x		x	x		x		x		x	
6. Implementierung des Programms				x	x		x					x
7. Ergebnis-kontrolle		x		x	x		x		x		x	

a = alle (wichtigen)

b = Delegierte von

Anhand des in Tab. 1 dargestellten Schemas läßt sich nun beispielhaft ein idealtypischer Programmentwicklungsprozeß unter Beteiligung aller Betroffenen skizzieren (115).

Phase 1

Erste Aufgabe des klientorientierten Planungsverfahrens wäre die Durchführung einer Problemexploration. Auf möglichst repräsentativer Basis muß ermittelt werden, welche Probleme und Bedürfnisse die Klienten der Zielgruppe im Problembereich empfinden. Dazu organisieren Berater(innen) Kliententreffen, bei denen unter Einsatz geeigneter Methoden (Gruppendiskussion, Nominal-Group-Technique (114)) die Probleme auf möglichst breiter Ebene identifiziert und erfaßt werden. Der Berater ist dabei ausschließlich Moderator, der durch gezielte Lenkung des Prozesses auf die Erarbeitung einer möglichst vollständigen themenspezifischen Problemsammlung hinarbeitet. Je mehr solcher Gruppen im Beratungsbezirk gebildet werden, desto klarer und aussagekräftiger wird das entstehende Bild der Ist-Situation im anvisierten Problembereich.

Phase 2

Aus der Vielzahl dieser "Basisgruppen" werden im nächsten Schritt Delegierte gewählt, die nun als Klientenvertreter mit in die nächste Phase des Planungsprozesses, die Lösungsexploration, einsteigen. Dort erarbeiten sie zusammen mit verschiedenen Spezialisten adäquate Lösungsvorschläge für die verschiedenen ermittelten Probleme. Als "Spezialisten" werden hier sowohl Methodiker hinzugezogen, die konkrete Auskunft zum "wie" der Lösungsalternativen geben können, als auch Fachleute der betroffenen Sachgebiete, die Aussagen über die möglichen Inhalte machen können.

Phase 3

Aus diesen Gruppen werden wiederum Repräsentanten ausgewählt, die auf der folgenden Planungsebene, der Entwicklung von Prioritäten und Ableitung von konkreten Zielen, mitarbeiten. Hier arbeitet man zusammen mit Vertretern externer Institutionen, etwa potentieller Geldgeber oder solcher Institutionen, mit denen eine Zusammenarbeit geplant ist. Aufgabe dieser Gruppen ist die Ableitung von Prioritäten innerhalb der bisher erarbeiteten Vorlagen und die kritische Überprüfung der vorliegenden Lösungsvorschläge auf ihre Durchführbarkeit. Diese Phase dient vor allem auch dazu, durch die Reduzierung utopischer Pläne auf ein realistisches Maß späteren Frustrationen sowohl auf seiten der planenden Teilnehmer als auch bei den Organisatoren vorzubeugen.

Phase 4

Die Ergebnisse dieser Phase werden nun im nächsten Schritt in der Entwicklung des eigentlichen Beratungsplans umgesetzt. Bei diesem Beratungsplan handelt es sich um die technisch-organisatorische Ausarbeitung des Programms. Beteiligung von Klienten scheint in dieser Phase wenig sinnvoll. Diese Aufgabe sollte den Fachleuten und Verwaltungsexperten der Beratungsinstitution überlassen werden.

Phase 5

Die fünfte Phase des Programmentwicklungsprozesses dient der Evaluierung des nun im Rohkonzept fertigen Programmes. Die "Plan-Konstrukteure" aus Phase 4 erläutern und diskutieren ihre Planungen und Ergebnisse mit Repräsentanten aus den ersten drei Instanzen. Abweichungen von Vorgaben der vorgelagerten Gremien werden begründet, eventuell können Programmrevisionen vorgenommen werden. Neben der Optimierung des Programms dient diese Phase vor allem dazu, Interesse und Motivation der Teilnehmer aus den verschiedenen Instanzen erneut zu wecken und sie für eine aktive Unterstützung der nachfolgenden Implementierung zu gewinnen.

Phase 6/7

Während nun die Durchführung und Abwicklung des Programms im wesentlichen Sache der Beratungsinstitution unter Beteiligung von Fachleuten und Einflußpersonen (Multiplikatoren, Meinungsführer, Verbraucher-"Advokaten") ist, evaluieren in der abschließenden Ergebniskontrolle Vertreter aller Betroffenenengruppen das abgelaufene Programm, um aus positiven und negativen Erfahrungen neue Erkenntnisse für weitere Planungsprozesse zu gewinnen.

- Wie organisiert man Klientenbeteiligung?

Die beschriebene Modellskizze läßt eine Reihe grundsätzlicher Fragen offen (428):

- Wer soll die Klientenvertreter auswählen?
- Aus welchem Reservoir sollen diese Vertreter gewählt werden?
- Welche Auswahlmethode soll angewandt werden?
- Welche Funktion haben die Klientenvertreter?
- über welchen Zeitraum sollen die ausgewählten Klientenvertreter eingesetzt werden?
- Welche technisch-organisatorischen Voraussetzungen müssen geklärt sein?

Ich will versuchen, kurz auf jedes dieser Probleme einzugehen. Zunächst zu der Frage, wer die Klientenvertreter auswählen soll. Im Idealfall bestimmt die gesamte Klientel bzw. die gesamte Zielgruppe ihre Delegierten für den Planungsprozeß. Für die Ernährungsberatung sicher ein utopisches Procedre, da hier, wie bei allen anderen Problemen der praktischen Umsetzung von Beteiligungsverfahren in einer Institution mit knappen Mitteln, die finanziellen und zeitlichen Kosten für die Aufstellung eines Programms so niedrig wie möglich gehalten werden müssen. Weniger aufwendige Wege bestehen etwa darin, die Berater(innen) die Auswahl im lokalen Beratungsbezirk selbst vornehmen zu lassen oder aber die Aufgabe der Beratungsadministration zu übertragen.

Als "Pool" für die Auswahl von Klientenvertretern bietet sich entweder die Auswahl aus der Gesamtheit der Zielgruppe bzw. der Gesamtheit einer lokalen/regionalen Verbraucherschicht an oder man rekrutiert die Teilnehmer über bestehende, organisierte Gruppen. So könnten etwa, wollte man z.B. für eine Ernährungserziehungsaktion die Gruppe der Eltern mit Kindern im Vorschulalter ansprechen, die Klientenvertreter über eine Ansprache der Kindergärten gewonnen werden. Entsprechend könnten bei einer für alte Menschen geplanten Auf-

klärungsaktion Klienten über Altenvereine, Altentagesstätten etc. angesprochen werden.

Sollen zielgruppenübergreifend alle Klienten eines Beratungsbezirks erreicht werden, empfiehlt sich zunächst die Erarbeitung eines Populationsprofils. Anhand dessen kann eine Auswahl von Klientenvertretern ohne die Gefahr, bestimmte Gruppen zu vernachlässigen, vorgenommen werden. Letzteres sicher ein sinnvoller, leider jedoch wiederum relativ aufwendiger Vorschlag.

Auch für die konkrete Auswahlmethode findet sich eine Reihe von Möglichkeiten, angefangen von der klassischen Wahl durch die Gesamtheit der Klienten über eine von der Beratung durchgeführte Stichprobe nach einem Random-Verfahren bis hin zu einer dem Zufall überlassenen Teilnahme "Freiwilliger" im Anschluß an einen Aufruf der Beratungsinstitution oder der direkten Bestimmung der Teilnehmer durch eine Aufforderung von seiten der Beratungsverantwortlichen. Den Gegebenheiten der Praxis dürfte eine freiwillige Teilnahme nach Bekanntgabe des Anliegens durch die Beratung am ehesten gerecht werden.

Was die Funktion der Klienten betrifft, so muß in erster Linie darüber nachgedacht werden, ob ihre Rolle rein beratender Art sein soll oder ob ihnen konkrete Entscheidungsbefugnis eingeräumt werden soll. Diese Frage wird, je nach der erreichten Stufe im Planungs- und Beteiligungsprozeß, unterschiedlich zu beantworten sein. Sie sollte jedoch in jedem Fall vorher für die einzelnen Stufen geklärt werden, um Ärger und Enttäuschungen sowohl auf seiten der Berater als auch der Klienten zu vermeiden.

Bei der Frage nach dem Zeitraum, über den eine einmal konstituierte Gruppe von Beteiligten im Einsatz bleiben soll, geht es im wesentlichen darum, das Heranwachsen einer Gruppe von "Partizipationsprofis" zu vermeiden und durch einen häufigeren Wechsel der beteiligten Klienten dem grundsätzlichen Anspruch jedes Klienten auf Beteiligung, wenn nicht gerecht zu werden, so doch wenigstens näher zu kommen. Werden ausgewählte Klientenvertreter über zu lange Distanz beteiligt, kann sich bei diesen Personen eine Planungsroutine und Eigendynamik der Interessen entwickeln, die den ursprünglichen Absichten des Beteiligungsverfahrens zuwiderläuft. Deswegen scheint es sinnvoll, Beteiligte von Zeit zu Zeit auszuwechseln.

Als Voraussetzung für eine erfolgsversprechende Verbraucheraktivierung bedarf es als erstes einer möglichst großen Bürgernähe der Beratung. "Ansprache und Beratung muß aus der Sicht der Beratungsinstitution mehr als Bring- denn als Holschuld verstanden werden. Die aktive Suche nach beteiligungsbereiten Verbrauchern kann nur durch räumliche Dezentralisation der Beratungstätigkeit bewerkstelligt werden. Beratungsstellen- bzw. -kräftemobilität auf der einen, Schaffung vieler, ständig erreichbarer lokaler Anlaufstellen auf der anderen Seite sind notwendige Voraussetzungen zur Erreichung desselben Ziels: der wirkungsvollen Präsentation der Verbraucherberatung als einer den Interessen der Bürger dienenden Einrichtung." (598)

Welche Erfolge Ernährungsberatung durch Klientenbeteiligung erzielen kann, dafür mögen die positiven Ergebnisse erster

„Selbsthilfegruppen“ im Bereich der Übergewichtigen-Beratung hinweisen (293). Dort wird, auf einer mehr „psychologischen“ Ebene, direkte, selbstbestimmende Partizipation praktiziert. Allerdings wird die Beteiligung hier erst auf der Stufe der Programmdurchführung angesetzt; sie ist mehr oder weniger geplanter Bestandteil des fertigen Programms. Wichtig ist jedoch künftig vor allem auch die Klientenbeteiligung an der Beratungsplanung und -programmierung. Beteiligung darf nicht als „Beratungsmethode“ im Rahmen von Implementierungsprozessen mißverstanden werden bzw. auf die Anwendung in diesem Bereich beschränkt bleiben, sondern muß bereits von Beginn der Beratungsplanung an ihren Platz in der Beratungsarbeit finden.

38. Elternverhalten und Kindererziehung

G. Gutezeit

Elternverhalten und Kindererziehung stehen in einem engen Wechselverhältnis. Das Elternverhalten fließt indirekt, aber stetig in die Erziehung ein. Dissoziationen zwischen Elternverhalten und elterlichen Erziehungsabsichten führen daher unweigerlich zu Fehlschlägen in der Erziehung. Dies gilt ebenso für die Erziehung zu einem vernünftigen Nahrungsverhalten.

Das Nahrungsaufnahmeverhalten des Kindes steht wegen seiner lebenserhaltenden Funktion vom Anbeginn im Mittelpunkt elterlicher Sorge und Fürsorge, einerlei ob die Mutter sich zum Stillen oder zur Flaschenfütterung entschieden hat. Diese Entscheidung wird durch die Anleitung in den Entbindungsstationen der Kliniken, wo heute über 90 % der Kinder geboren werden, nur unwesentlich beeinflusst. Selbsterfahrungen der Mütter und die vorausgegangene Betreuung durch den Arzt oder die Hebamme mit ihren Anregungen sind hierbei von grundsätzlicherer Bedeutung für die Art und Weise der Säuglingsernährung (523). In den letzten zwei Jahren hat die Stillbereitschaft der Mütter dank der "rooming-in"-Bewegung - Zusammensein von Mutter und Kind auf den Entbindungsstationen - zugenommen. Schwedische Untersuchungen wiesen nach, daß Mütter, denen sofort nach der Geburt Kontakt zu ihren Kindern gewährt wurde, nach drei Monaten noch zu 56 % ihre Kinder stillten, während Mütter ohne diesen Kontakt dies nur noch in 19 % der Fälle taten (111). Stillen ist neben dem damit gewährten Immunitätsschutz (151) auch wegen des Wärme und Geborgenheit vermittelnden Hautkontaktes vorzuziehen (214,395).

Die Entscheidung für das Stillen oder Flaschenfütterung ist oft mit der Erziehung oder Gewöhnung an feste Nahrungspausen (4-Stundenrhythmus) oder an einen weniger starren Rhythmus gekoppelt. Der ad libitum-Fütterung wird dabei der Vorzug gegeben, da sich Säuglinge ohnehin in einem Zeitraum von ca. 8 Wochen auf einen eigenen Rhythmus einstellen (288). Es gibt aber Stimmen, die darauf hinweisen, daß Kinder, die von Anfang an auf einen bestimmten Rhythmus in der Ernährung eingestellt werden, eher zu einem besseren Schlaf-Wachrhythmus finden (86).

Unsichere Mütter finden in der Flaschenfütterung insofern Vorteile, als sie die Nahrungsmenge besser kontrollieren können, eher Einsicht in den Verlauf der Nahrungsaufnahme gewinnen und Nachtfütterung erleichtert wird. Andererseits verführt die Flaschenfütterung jedoch zu Manipulationen, Wechsel der Sauger, inkonstante Temperatur, Vergrößerung des Saugerloches, Wechsel der Personen usw. - die sich auf den in seinen Umstellungsmöglichkeiten begrenzten Säugling negativ im Sinne einer Störung des noch instabilen Saugaktes auswirken. Dabei ist bei konstanter Einhaltung der Reiz-Reaktionsbedingungen eine Gewöhnung an einheitliche Zeitintervalle und eine Verbesserung in der Koordinierung des Saugrhythmus bald zu erreichen. Ausgeglichenere, selbstsichere Mütter unterstützen diese Lernprozesse

durch ein relativ gleichartiges und wenig störanfälliges Verhalten in der Nahrungsaufnahmesituation. Untersuchungen haben gezeigt, daß der Wechsel der Beziehungspersonen beim Füttern in den ersten acht Wochen auf die Säuglinge sehr beunruhigend wirkt, während eine individuell abgestimmte Fütterung durch erfahrene Mütter die besten Gedeihbedingungen bietet, zusätzlich aber auch zu einer höheren Sensitivität führt (75).

Bei aller Bedeutung, die der Nahrungsaufnahme im 1. Lebensjahr beigemessen wird, sollte eine Überbewertung vermieden werden. Auch der Säugling lebt nicht von Brot allein. Ein differenziertes Eingehen auf die spezifischen Bedürfnisse ist unbedingt notwendig. So wurden unterschiedlich hohe Zustände des Aktiviertseins bei verschiedenen Beschäftigungen der Mutter mit dem Säugling gemessen, und sie waren beim Spiel höher als beim Trinken oder dem Füttern mit dem Löffel (433). Die Konzentration der Mutter auf den Nahrungsaufnahmeprozess beim Kind während des Fütterns löst gleichzeitig höhere Aktivierungen, gemessen an der Herzschlagfrequenz, aus, während sich diese bei Abgelenktheit der Mutter reduzieren (374). Hierbei wurde die Trinkmenge nicht registriert, sonst hätte man fragen können, ob die Zuordnung zu biologischen oder "linearen" Trinkkurven nur eine Funktion des Deprivationszustandes des Organismus nach längerer Nahrungskarenz (287) ist oder auch in Beziehung zum Aktivationsniveau des Kindes steht. Die Fähigkeit der Mutter zur spezifischen Beantwortung der Bedürfnisse des Kindes von Anfang an, ermöglicht ihm eine optimale Verhaltensorganisation. Einseitige Fehlinterpretationen kindlicher Bedürfnisse unter dem Aspekt - unruhige Aktivitäten des Kindes bedeuten Hunger - werden von unsicheren und weniger sensiblen Müttern häufig vorgenommen. Da ihr Verhalten durch eine vordergründige Beruhigung des Kindes negativ bekräftigt wird, schleift sich diese Fehlinterpretation schnell ein, zumal die nahrungsspendende Mutter immer noch als das Ideal der Mutterliebe gilt und hierdurch Fehlschlüsse vorgebahnt und erleichtert werden.

Die Ergebnisse zum 1. Lebensjahr lassen erkennen, daß im frühesten Kindesalter Lernprozesse modifizierend auf die internen physiologischen Reize einwirken. Somit kommt es bereits sehr früh zu einer Konditionierung des Erlebens von Hunger und Sättigung an Außenreizen, wobei dem Säugling an Lernmöglichkeiten Habituation, klassische und instrumentelle Konditionierung zur Verfügung stehen (170,408). Es ist von wesentlicher Bedeutung, ob sich die Mutter in der Beurteilung des Sättigungsgrades des Kindes vom Außenreiz der leeren Flasche oder von den psychophysischen Reaktionen des Kindes leiten läßt. Das unbedingte Leer-Trinken der Flasche und das Leer-Essen des Tellers entstammen einer Grundhaltung, in der das gelegentliche unter der Norm bleiben in der Nahrungsaufnahme mit größerer Angstlichkeit verfolgt wird als das regelmäßige über der Norm liegen (139). Mehr noch, unsichere Eltern werden durch jede im Variationsspielraum liegende Verhaltensabweichung des Säuglings aus dem Konzept gebracht und variieren ihr eigenes Verhalten häufiger, als es dem Aufbau von stabilen Reiz-Reaktionsverhältnissen dienlich ist. So sind es zwei Verhaltensweisen in der Erziehung, die den Verhaltensaufbau stören: Rigidität mit restriktiven und Variabilität mit ständig wechselnden Maßnahmen. Dabei könnten Mütter bei engerem Kontakt zum Baby gleich nach der Geburt jenen Zuwachs an Ausgeglichenheit und Intensität gewinnen, der ihr Erziehungsverhalten von vornherein mit mehr Angemessenheit ausstattet (304).

Im Verlauf der Entwicklung sind die Variationen im Nahrungsangebot, die erweiterte Selektion von Nahrung und die Herausbildung neuer Eßtechniken weitere Ziele, die die Kleinkindzeit und Kindheit überdauern. Zur gelungenen Realisierung dieser Ziele sind Vorsicht, Geduld und Konsequenz notwendig. Das Umstellen des Säuglings vom Trinken zum Essen - zur Nahrung höherer Konsistenz - erfordert Geschick und Einplanung der Intentionen des Kindes. Wo dies ungeschickt mit Zwang gehandhabt wird, ist Eßverweigerung oder Fixierung im Trinkverhalten die Folge. Mit dem Neuangebot an Nahrung werden dem Kind häufig unbekannte Geschmacks-qualitäten zugemutet. Von Primaten wird generell die Geschmacks-qualität "süß" bevorzugt. Mit dieser Qualität kann zunächst ohne größere Einschränkung bei langsamer Reduzierung variiert werden (486).

Probleme bereitet das selbständige Essen-Wollen des Kindes jenen Müttern, die aus Sauberkeitsgründen diesem Begehren zunächst ambivalent gegenüberstehen. Reglementieren hilft hier oft nicht weiter, da Trotzreaktionen und autoritäre Gegenmaßnahmen leicht eskalieren. Experimentelle Untersuchungen zeigen jedoch, daß ein Nahrungsangebot, das den neuen Eßtechniken entgegenkommt - z.B. Brei für den Löffel - das Selbständigwerden des Kindes in der neuen Eßtechnik unterstützt (586). Der Erfolg fördert die Selbständigkeit im Eßverhalten, und bald kann das Kind auch flüssigere oder Nahrung gemischter Konsistenz mit dem Löffel zuführen. Ein gleiches Vorgehen sollte auch bei der Beherrschung anderer Besteckteile wie Gabel oder Messer gewählt werden.

Die Variationen in der Nahrungsauswahl sollten die Wünsche und Bedürfnisse des Kindes weitgehend berücksichtigen. Die autoritäre Forderung: gegessen wird, was auf den Tisch kommt - berücksichtigt weder die Geschmacksgebundenheit des Kindes noch seine größere Empfindsamkeit gegenüber mechanischen Reizen (z.B. fettes Fleisch als Auslöser des Brechreizes). Eltern sollten sich fragen, ob ihr Eßverhalten wirklich Modellcharakter für das Kind hat, und zwar sowohl im Hinblick auf Eßtempo, Nahrungsselektion, Nahrungsmenge und Eßtechnik. Das sich beim Essen Zeit nehmende Kind, das scharfe Speise ablehnende Kind, das Fett meidende Kind demonstriert in jedem Fall bessere und gesündere Eßweisen als seine Eltern. Ein Kind braucht Zeit, um sich mit neuen Geschmacksqualitäten, anderer Nahrung oder neuen Eßtechniken abzufinden und diese sollte man ihm gewähren. Kinder werden ohnehin mit dem Alter werden die Eßgewohnheiten der Erwachsenen und ihre Kultur übernehmen und sei es nur, um als erwachsen zu gelten. Eltern sollten daher nicht zwingen, sondern das der Neugier entspringende, vorsichtige Experimentierverhalten des Kindes in der Nahrungsauswahl unterstützen und seine Versuche, neue Geschmacksqualitäten zu erproben, bekräftigen. Nahrung und Geschmack unterliegen auf verschiedenen Altersstufen unterschiedlicher Bevorzugung. Während bei jüngeren Kindern im Grundschulalter Nudelgerichte als Spitzenreiter genannt werden, bevorzugten Pubertätierende (12-14jährige) Pommes frites und Fleischgerichte (215,534). Diesen Tatsachen kann eine Familie durch abwechslungsreiche Kost Rechnung tragen und dies wurde von den befragten Schülern auch so empfunden.

Sicher können und sollen Eltern den Kindern nicht ausschließlich Wunschkost anbieten. Ist dem Kind jedoch gestattet, von bevorzugter Nahrung einmal etwas mehr zu essen und von weniger bevorzugter Nahrung weniger zu nehmen, so würde sich eine vernünftige Varianz-

breite beim Kind unter diesen Bedingungen einpendeln. Wir haben bei In Vivo-Beobachtungen an 9-10jährigen Schülern in der Schulverpflegung gefunden, daß die Varianzbreite in der Menge der Nahrungsauswahl bei normalgewichtigen Kindern sehr viel geringer war als bei übergewichtigen. Dabei ist es nicht die Geschmacksorientierung allein, die die EBmenge bestimmt. Größere Gefahren birgt die Orientierung des EBverhaltens nach pseudokognitiven bzw. magischen Gesichtspunkten, wobei soziale oder psychische Konsequenzen ins Auge gefaßt werden. Beispiele: "Wenn du den Teller leer ißt, scheint die Sonne. Wenn du alles ißt, wirst du stark. Wenn du noch einen Löffel ißt, freut sich der Opa". Bei oft logischem Unsinn bringen sich die Eltern im günstigsten Fall dabei lediglich um ihre Glaubwürdigkeit, im ungünstigsten Fall wird das Kind jedoch zum Alleschlucker, weil es sich des psychischen Drucks nicht erwehren kann. Es wird ein EBverhalten anezogen, das bei geringem Druck gute Absichten bereits über Bord wirft (414).

Es bleibt offen, ob bestimmte direktive Formen der Erziehung - z.B. autoritäre, restriktive, verwöhnende, überprotektive, entmutigende und überfordernde - oder das Verhalten der Eltern, das indirekt in die Gesamterziehung einfließt, die Entwicklung von Deviationen und Störungen in der Nahrungsaufnahme begünstigen. Eine Festlegung auf Erziehungsstile als Kausalfaktoren gestörten Verhaltens in der Nahrungsaufnahme wäre eine zu einfache und vordergründige Hypothese, selbst wenn man davon ausgeht, daß z.B. Übergewichtige in der Unterschicht häufiger zu finden sind als in der Mittel- und Oberschicht und in der Unterschicht eher restriktiv erzogen werden. Dem ist die Beobachtung entgegenzuhalten, daß verschiedene die Entfaltung behindernde Erziehungsstile zu gleicher Symptomatik und gleiche Erziehungsstile wiederum zu verschiedener Symptomatik führen können. Es ist daher zu hinterfragen, welche Inhalte in den unterschiedlichen Erziehungsstilen, die den Verhaltensspielraum des Kindes einengen, zum Generalthema der Erziehung gemacht werden und unter diesem Aspekt zu argumentieren. Dort, wo sich am Essen Konflikte entzünden, wo das Essen zur problemüberladenen Ausfragestunde gedeiht, wo ständig in das EBverhalten und die Nahrungswahl hineinkorrigiert wird, wo die Nahrung zum einseitigen Ausdruck von Belohnung und Strafe als Bekräftigung erzieherischer Absichten benutzt wird, wo sie über das Verlassensein und die Langeweile hinwegtrösten und -helfen soll, wo Nahrung also zum psychischen Surrogat für viele andere Möglichkeiten existenzieller Bestätigung wird, da wird mit dem Auftreten von Störungen im EBverhalten zu rechnen sein.

Die Bedeutung, die damit der Nahrung und dem Nahrungsaufnahmeverhalten im Rahmen der Erziehung innerhalb der Familie beigemessen wird, gibt daher den Ausschlag, ob EBstörungen innerhalb einer Gruppe von Erziehungsstilen auftreten, deren Gemeinsamkeit in der übergebürrlichen Bevormundung des Kindes besteht. Wenn Eltern immer alles ganz genau und viel besser als ihr Kind wissen, was ihm nützt, lähmen sie die Entwicklung der Eigenständigkeit, Selbstbestimmung und -verantwortung und jeglicher Aktivität. Hieraus ist abzuleiten, daß EBstörungen im Kindesalter nur zu überwinden sind, wenn sie von Korrekturmaßnahmen am Erziehungsstil und Modellverhalten der Eltern begleitet werden.

39. Ernährungserziehung im Spannungsfeld zwischen Familie und Schule

G. Koscielny

1. Problemstellung

Gesellschaftliche Entwicklungen bedingen die Veränderung gesellschaftlicher Situationen. Werden aus Mangelgesellschaften Überflußgesellschaften, so verändern sich die zu lösenden Probleme und fordern vom Individuum ein Umdenken und eine Veränderung seiner Verhaltensweisen. Umdenken und Veränderung erfolgt in unmittelbaren lebensbedrohenden Zwangssituationen relativ schnell. Das Individuum paßt sich der Situation an und versucht so, sein individuelles Leben zu schützen. So zwingt in der Regel ein Mangel zu einem sehr schnellen individuellen Anpassungsprozeß. Problematischer dagegen ist das Umdenken in der Überflußsituation.

Mit der Veränderung der menschlichen Ernährungssituation in den letzten 50 Jahren, d. h., mit der Entwicklung aus einer Mangelsituation in eine Überflußsituation und mit der Entwicklung der körperlichen Anforderungen an menschliche Arbeitsleistung haben sich eine vielfältige Anzahl notwendiger Anpassungsprozesse im Bereich der Ernährung gestellt. Da der Überfluß und die folgebedingten Krankheiten eines Ernährungsfehlverhaltens jedoch keine unmittelbar erlebte Bedrohung für das Individuum darstellten, sind bis heute viele der notwendigen Anpassungsprozesse des Ernährungsverhaltens nicht vollzogen. Der Mensch nutzt den Überfluß für eine reichhaltige und dabei weitgehend falsche Ernährung und lebt zum Teil in den Gewohnheiten seiner durch körperliche Arbeit angestregten Vorfahren. Die quantitativ und qualitativ überhöhte Nahrungsaufnahme führt zu einem sich ständig ausweitenden gesellschaftlichen Problem ernährungsbedingter Erkrankungen (125).

Die bisher nicht vollzogene Anpassung an die veränderte Situation kann sich derzeit kaum in einem kurzfristigen Prozeß vollziehen, sondern ist meines Erachtens lediglich durch Maßnahmen der Ernährungs- und Gesundheitserziehung als langfristige Zielsetzung und gesellschaftliche Aufgabe zu verstehen.

Zur Erreichung der Ziele müssen die an dem Erziehungsprozeß beteiligten Institutionen Hand in Hand und mit größter Gemeinsamkeit wirken. Damit wird es erforderlich sein, daß eine sehr enge Zusammenarbeit zwischen der Institution Schule als staatliche Erziehungseinrichtung sowie der Institution Kindergarten mit der Familie als prägende und individuelle Erziehungsgruppe erfolgt. Darüber hinaus kann die Ernährungsberatung, die durch die öffentlichen Verbraucherberatungsstellen und sonstige Verbraucherinstitutionen getragen wird, eine unterstützende und informierende Funktion übernehmen.

Alle bisher genannten Institutionen existieren in der Bundesrepublik Deutschland, dennoch steht die Ernährungserziehung heute erst am Beginn ihrer Arbeit. Aufgrund einer bisher noch weitgehend unzureichenden Standortbestimmung und einer kaum tragenden Wirkung

in der Realität, steht sie zur Zeit noch in einem Spannungsverhältnis zur Familienerziehung. Ihre Rolle als präventive Maßnahme des Gesundheits- und Umweltverhaltens, ist bisher kaum in die individuellen und gesellschaftlichen Bewußtseinsprozesse eingegangen.

Wie wir im weiteren nachweisen wollen, ist zur Zeit sowohl die Familie, als Institution der Ernährungserziehung, als auch die Schule nicht oder nur sehr bedingt in der Lage, den Erziehungsauftrag zu einem bewußten und gesundheitlichen Ernährungsverhalten zu realisieren.

2. Zum Begriff der Ernährungserziehung

Eine Definition zum Begriff der Ernährungserziehung, die sich auf eine weitgehende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dieser Problematik beruft, ist zur Zeit nur schwer möglich. Die ersten Überlegungen des wissenschaftlichen Umfeldes und der Zielsetzung, die Ernährungserziehung verfolgen sollte, sind bisher meines Wissens kaum in einem ausreichenden Maße dargestellt. Betrachten wir das Verständnis der Ernährungserziehung von seiten der beteiligten Erziehungsinstitutionen, so zeigt sich, bezogen auf die jeweilige Institution, ein sehr eingegengtes und begrenztes Verständnis der zu leistenden Erziehungsaufgaben.

In der Familie als Erziehungsinstitution wird die Ernährungserziehung nicht als eine spezielle oder gesonderte Erziehungsmaßnahme verstanden, in der eine Vielzahl bewußter Erziehungsziele zu erreichen angestrebt werden, sondern sie ist beiläufiges Handlungsfeld in dem Gesamtverständnis von Erziehung in der Familie. Die Mehrheit der Erziehungsträger innerhalb der Familie besitzt keine ausreichenden Kenntnisse der Ernährungsproblematik und gibt damit lediglich eigenes Verhalten und eigene Gewohnheiten zum Teil unreflektiert an die Kinder und Jugendlichen weiter. Ernährungserziehung ist hier häufig die Weitergabe von speziellen Verhaltensnormen, z. B. Tischsitten, Eßbräuche, die der Erziehende in seiner eigenen Sozialisation verinnerlicht hat. Die Familie kann damit nur das weitergeben, was ihre Träger, d.h., in der Regel die Erziehungsberechtigten auch selber aufgenommen und verstanden haben. Horkheimer schreibt in diesem Zusammenhang: "die Familie besorgt als eine der wichtigsten erzieherischen Mächte, die Reproduktion der menschlichen Charaktere, wie sie das gesellschaftliche Leben erfordert ..." (262).

Das bedeutet, solange sich die gesellschaftlichen Normen, die Ernährungsverhalten steuern, nicht verändern, reproduziert die Familie immer wieder das gleiche, auf der entsprechenden normativen Grundlage entstandene Verhalten. Der Erziehungsprozeß ist damit durch ein gewohnheitsmäßiges Verhalten der Familie und des einzelnen Individuums überlagert und führt nicht zu einem veränderten Bewußtsein und Ernährungsverhalten. Lenski sagt dazu: "der Mensch ist ein Gewohnheitstier und läßt sich gern von dem gesellschaftlichen Gegenstück der Gewohnheiten, von den Bräuchen, darin stützen" (350). Da durch Gewohnheitsbildung und gewohnheitsmäßiges Verhalten der Mensch in der Lage ist, Energie und Aktivität einzusparen und sie somit gegen ein übermäßiges Informationsangebot abzuschotten, werden auch Gewohnheiten im Erziehungsprozeß übertragen, ob sie nun für den zu Erziehenden sinnvoll sind oder nicht. GLATZEL spricht in diesem Zusammenhang von einem ererbten Ernährungsverhalten, das jedoch in

der Regel nur auf die Übernahme von familiären Ernährungsgewohnheiten zurückzuführen ist (192).

Die Prägung des Begriffs Ernährungserziehung durch die Institution Schule ist jahrzehntelang von dem gleichen, noch heute existierenden, eingeengten Verständnis, das in den Familien vorherrscht, ausgegangen. So wurde Ernährungserziehung bis weit in die fünfziger Jahre hinein und zum Teil auch noch heute in den Lehrplänen eingeengt auf den Bereich der Hauswirtschaft als Fach für die Mädchenbildung betrachtet. Hieraus resultierte eine Zielsetzung, die Ernährungserziehung zu einem Kochunterricht werden ließ, der lediglich die Funktion hatte, den Mädchen die technischen Fähigkeiten des Kochens zu vermitteln, sowie die normativen Gesichtspunkte von Tischsitten und Eßbräuchen in das Bewußtsein zu integrieren. Technologie und Rezepturen standen damit im Vordergrund. Familie und Schule befanden sich somit in Konsens. Mit den beginnenden fünfziger Jahren und zunehmend in den sechziger Jahren begann sich in der Schule und in der Lehrplanentwicklung eine Veränderung zu vollziehen, die zur Folge hatte, daß verstärkt ernährungsphysiologische Gesichtspunkte in die Lehrpläne aufgenommen wurden. Das Verständnis der Ernährungserziehung erweiterte sich somit. Die Fragestellung der Technologie erhielt eine neue Bedeutung unter dem Gesichtspunkt einer nährstoffschonenden Zubereitung von Nahrungsmitteln. Auch die Problematik der Rezepturen im Kochunterricht wurde ergänzt durch die ernährungsphysiologischen Probleme bei der Zusammensetzung und Auswahl von Mahlzeiten. Trotz dieser Entwicklung blieb die Ernährungserziehung jedoch sehr häufig ein Fach der Mädchenbildung, das nun neben der technologischen eine zusätzliche, naturwissenschaftliche Prägung erfahren hatte.

Mit der ernährungsphysiologischen Seite, die in die Ernährungserziehung Eingang gefunden hatte und mit dem wachsenden gesellschaftlichen Problem der Oberernährung, erhielt die sozialwissenschaftliche Komponente vor allem in Bezug auf das Ernährungsverhalten als Handlungsbereich, eine immer größer werdende Bedeutung. Erste, wenn auch immer noch recht zaghafte Schritte der Integration der Sozialwissenschaften in den Komplex der Ernährungserziehung, wurden mit Beginn der siebziger Jahre in einigen Bundesländern vollzogen (322). Der Ernährungserziehung wurden nun zu den bereits vorhandenen Komponenten, die Problemstellungen des Auswahl- und Einkaufsverhalten der Verbraucher- und Konsumentenseite hinzugefügt, sowie in einem bestimmten Maß handlungsbezogene Problemstellungen, die sich auf spezielle Ernährungsverhaltenssituationen, wie z. B. das Schulfrühstück, beziehen.

Die Ernährungserziehung erhält damit ihren realitätsbezogenen multidisziplinären Charakter. Ernährungsverhalten als selbstentscheidendes und reflektiertes Verhalten wird zur Zielsetzung des Unterrichts. Die Probleme der technologischen Hilfestellung und der ernährungsphysiologischen Auswahl, der Wirkung und Zusammensetzung der einzelnen Nahrungsmittel und Nährstoffkomponenten, muß meines Erachtens verstärkt in den Rahmen der ökonomischen und sozialen Verhaltensbezüge eingegliedert werden. Ernährungserziehungsunterricht wird damit zu einem Problemlösungsunterricht, der sich auf spezielle Verhaltenssituationen beruft. Damit erhält die institutionelle Ernährungserziehung die Aufgabe, im Vorfeld der Veränderung der familiären Ernährungserziehung zu wirken und langfristig auch in den Familien ein Abrücken von traditionsbedingten Gewohnheiten und

überholten Ernährungsnormen zu erreichen.

3. Individuelle Grundvoraussetzungen der Ernährungserziehung

Die Wirkung eines Erziehungskonzeptes ist wie jede Informationsweitergabe stark davon abhängig, daß die angebotenen Inhalte nicht in Konflikt mit den psychischen Grundbedürfnissen des Individuums stehen, sondern positiv auf die individuelle Bedürfnislage treffen. Die Art und Weise, in der sich nun Bedürfnisse für das Individuum darstellen, ist abhängig von den sozialen Bedingungen unter denen sich die Bedürfnisse entwickeln konnten, d. h., daß sie in der Orientierung am sozialen System sich ausgebildet haben (261). Der Ursprung für die Ausbildung der Bedürfnisse allerdings liegt in den menschlichen Trieb- und Motivstrukturen. Soll Ernährungserziehung nun positiv greifen, so muß sie berücksichtigen, daß sowohl physiologische als auch psychische Aspekte das menschliche Ernährungsverhalten bedingen und steuern. Die Chance der Wirkung der Ernährungserziehung liegt damit in der Begründung entsprechender Bedürfnisstrukturen, die sich die Trieb- und Motiv-ebene zu Nutzen macht.

Zwei Ansätze scheinen mir in diesem Zusammenhang diskussionswürdig. Ernährungsverhalten läßt sich auf einer behavioristischen Ebene als physiologisch begründetes Hungermotiv erklären, d. h., als das Bedürfnis des Individuums zur Nahrungsaufnahme. Studien und Experimente über den Hypothalamus, einer in der Hirnbasis gelegenen relativ kleinen spezialisierten Ansammlung von Hirnzellen, haben die unmittelbare Abhängigkeit des Hungergefühls von der Steuerung dieses Hirnzentrums nachgewiesen. Der Hypothalamus steuert demzufolge die Funktion verschiedener Organe und Verhaltensfunktionen, z. B. Wasserhaushalt, Atmung, Herzaktivität, Wärmeregulierung, Blutdruck, Essen, Trinken und viele Bereiche des emotionalen Verhaltens (327). In diesen Untersuchungen wird deutlich, daß durch die Beeinflussung der entsprechenden Hirnzellen unmittelbare Verhaltensbeeinflussung erfolgen kann. So z. B. wurde in einem Tierexperiment durch Manipulation im Gehirnbereich Freßlust bzw. Freßunlust hervorgerufen. Damit wird der Hunger auf eine Basis gestellt, die allein physiologisch erklärbar erscheint und so als organischer Trieb auf der Grundlage des homoösthatischen Prinzips, das Individuum dazu veranlaßt, in einem relativ gleichbleibenden Zyklus zur Nahrungsaufnahme und damit zum inneren Gleichgewicht des Organismus zu kommen. Ohne Zweifel ist das physiologisch erklärte Hungermotiv eine der stärksten Antriebskräfte des menschlichen Ernährungsverhaltens. Dennoch erklärt es kaum, warum Menschen und zum Teil auch Tiere unabhängig vom physiologisch spürbaren Hungergefühl, Freßverhalten zeigen.

David Katz hat in weiteren Tierexperimenten nachgewiesen, daß neben den physiologischen Motiven, Ernährungsverhalten durch die Umweltsituation gesteuert und motiviert sein kann. In seiner Zweikomponententheorie des Hungers zeigt er, wie durch die Umweltsituation Freßverhalten bei Tieren verstärkt oder eingeschränkt werden kann (297).

Diese behavioristischen Untersuchungen waren Anlaß genug, einen Ansatz zu entwickeln, der die psychischen Ursachen, d. h. die Triebe und Motivationsebenen als psychische Basis für das Ernährungsverhalten betrachtet. Ausgangspunkt dieses Erklärungsansatzes ist die

Triebtheorie von Sigmund FREUD. An diesem Ansatz kann meines Erachtens am besten die Bedeutung lustvoller Befriedigung durch Ernährung sowie der soziale Bezug mit der Nahrungsaufnahme verdeutlicht werden. Mit Hilfe der folgenden Thesen der Triebtheorie soll der Zusammenhang von Tribernahrung und -verhalten verständlich gemacht werden:

1. Es ist zu unterscheiden zwischen Reizen, die aus der Außenwelt stammen und solchen, die aus dem Inneren des Individuums heraus wirken. Diese inneren Reize werden als Triebreize bezeichnet, die ähnlich wie physiologische Reize zur Wirkung kommen, jedoch vor allem auf die Psyche des Individuums wirken. Derartigen Triebreizen kann sich das Individuum nicht entziehen. Es kann lediglich durch Befriedigung eine Überwindung der Reize schaffen. So wie der Hunger als physiologischer Reiz das Individuum dazu veranlaßt, Nahrung aufzunehmen, so kann z. B. Appetit oder anders ausgedrückt, lustvolle Oralität, als innerer Wunsch das Individuum dazu veranlassen, Nahrung aufzunehmen. Hierbei kann für den Menschen unbewußt eine Verwechslung von Hunger und Appetit stattfinden. Das bedeutet, daß zwar die physiologischen Grundtatsachen des Hungers eigentlich nicht vorhanden sind und dennoch ein Hungergefühl auftreten kann, das allerdings seine Ursache in einem psychischen Triebreiz haben kann.

2. Auch wenn der Triebreiz nicht der Außenwelt entstammt, so besteht dennoch eine enge Verkopplung. Die Befriedigung des Triebreizes ist nämlich lediglich in der Auseinandersetzung mit der Außenwelt möglich, die die nötigen Befriedigungsmöglichkeiten bietet. Somit kann sich zwar die Form der Triebbefriedigung mit der Umwelt verändern, aber dennoch bleibt die Triebstruktur des Individuums die verhaltensmotivierende Größe. Das bedeutet, daß nicht die spezielle Nahrung Ursache für das Ernährungsverhalten darstellt, sondern daß sie maximal ein Impuls für die Auslösung des Triebreizes sein kann.

3. Die Triebbewältigung erfolgt unter dem Primat des Lustprinzips und zwar in dem Sinne, "daß Unlustempfindung mit Steigerung, die Lustempfindung mit Herabsetzung des Reizes zu tun hat" (Freud). Unter Lust ist in diesem Zusammenhang die Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung des Individuums durch ein diese Befriedigung gewährleistendes Objekt zu verstehen. Das bedeutet, daß nicht jedes Nahrungsmittel in jeder Situation die gleichen Befriedigungsqualitäten besitzt, sondern entsprechend der Triebursache, d.h., physiologischer oder psychischer Triebreiz, seine Bedeutung erfährt.

4. Da das Individuum sich in der Regel dem inneren Triebreiz nicht entziehen kann, erhalten diese den Charakter des Drängenden. Der Drang des Triebes verursacht im Individuum Unruhe und Aktivität und führt dazu, daß nach Befriedigungsmöglichkeiten gesucht wird. So kann der Wunsch nach Befriedigung durch spezielle Nahrungsmittel zu einem entsprechenden Kaufverhalten führen.

5. Um das Ziel des Triebes, nämlich die Befriedigung, zu erreichen, muß das Individuum den Reizzustand an der Triebquelle abbauen. Der physiologisch begründete Hungertrieb kann bedingt durch die Gabe von Nährstoffen abgebaut werden. Dennoch bleibt, da das Hungern in der Regel an eine lustvolle Nahrungsaufnahme gekoppelt ist, die Befriedigung des psychischen Triebreizes zum endgültigen Abbau des Hungergefühls notwendig. Hierin liegt letztendlich die Erklärung dafür, daß eine Nahrungsaufnahme z. B. durch Sondenernährung in der

Regel nicht die Beseitigung des Hungergefühls und damit des Wunsches nach Nahrungsaufnahme zur Folge hat.

6. Das Objekt, mit dem Triebbefriedigung erreicht werden kann, ist relativ variabel. Es unterscheidet sich von Individuum zu Individuum und kann sich im Zuge der menschlichen Entwicklung und der gesellschaftlichen Entwicklungsprozesse verändern. So kann ein und dasselbe Objekt auch die Befriedigung verschiedener Triebe ermöglichen. Diesen Fall der sogenannten Triebverschränkung (Adler) treffen wir im Bereich der Ernährung recht häufig an. Die Befriedigung oraler Bedürfnisse, die entwicklungsgeschichtlich libidobesetzt sind, kann so z. B. durch Nahrungsaufnahme erreicht werden, obwohl ihr Ursprung wohl eher im Sexualtrieb als im Nahrungstrieb zu suchen ist.

7. Um nun den Trieb zu befriedigen, d.h., den Reizzustand abzubauen, ist das Individuum gezwungen, dieses an der Triebquelle zu realisieren. Unter Triebquelle verstehen wir mit Freud ein Organ oder Körperteil, das den Reiz in der Psyche des Individuums repräsentiert (172). Für den Ernährungsbereich ist es relativ schwierig, eine spezifische Triebquelle oder besser einen speziellen Ort der Befriedigungsmöglichkeit zu definieren. Die behavioristischen Forschungen haben uns zwar gezeigt, daß Magen und Gehirn in einem ursächlichen Zusammenhang zum Eß- und Ernährungsverhalten stehen, dennoch muß darüber hinaus auf die Funktion der Sinnesorgane Mund, Nase und in gewissem Maße Tastorgane, Augen und Ohren hingewiesen werden. Alle Sinnesorgane haben Teil an der Befriedigung der Nahrungstriebe und sind in der Regel mit ihnen unmittelbar verknüpft. Erikson weist in diesem Zusammenhang auf sogenannte Organmodi hin, die in Verbindung mit den Triebzonen und Triebqualitäten Oralität, Analität und Genitalität stehen (146). Über die einzelnen Organe lernt der Mensch in seinen Entwicklungsphasen den Umgang mit der Umwelt und die Triebbefriedigung an bestimmten Objekten. So wird in der ersten Phase menschlicher Entwicklung, der sogenannten oralen Phase, die Modalität des Einverleibens, d.h. des Insichaufnehmens der Nahrung gelernt. Der Mensch lernt in diesem Zusammenhang, die Objekte zu unterscheiden, die ihm eine unterschiedliche Qualität der Triebbefriedigung ermöglichen. Er lernt außerdem seine körperlichen Quellen der Befriedigungsmöglichkeit kennen. Aufgrund der in der prägenitalen Entwicklung entstehenden Beziehung zwischen Oralität und Libido und aufgrund des sozialen Bezugs zwischen Mutter und Kind, entsteht eine Beziehung, die über die einzelnen Entwicklungsstufen ständig erhalten bleibt. Da die Körperzonen, die in der Prägenitalität mit Libido besetzt sind, meist neben ihrem eigentlichen Hauptaufgabenbereich auch andere Funktionen zur Verfügung haben, entsteht die Tatsache, daß Triebbefriedigung nicht allein an einer einzigen Quelle, d.h., über ein spezielles Organ oder Körperteil erreicht werden kann. Somit verbinden sich durch die physische Ebene psychische Bereiche und lassen die Befriedigung ein und des gleichen Triebes an unterschiedlichen Triebquellen zu. Das bedeutet, daß die Triebbefriedigung auch durch Ersatzmaßnahmen erreicht werden kann. Hieraus scheint mir erklärbar, daß in einer Reihe von psychischen Streßsituationen Nahrungsmittel immer wieder als Ersatzbefriedigungsmöglichkeit herangezogen werden.

Aus den bisherigen Ausführungen läßt sich nun unschwer erkennen, daß Ernährungsverhalten als individueller Prozeß auf der Basis zweier Komponenten erklärt und beschrieben werden kann:

1. Ernährungsverhalten besitzt eine physiologische Komponente, es ist Triebbefriedigung durch Nahrungsaufnahme zum Zweck der physiologischen Sicherung und Reproduktion des Körpers.

2. Ernährungsverhalten ist psychische Triebbefriedigung, die libidobesetzt ist und an orale Lustempfindungen gekoppelt ist. Hungergefühle besitzen in diesem Zusammenhang nur sekundäre Bedeutung. Die psychische Befriedigung erfolgt durch die lustbetonte, orale Aufnahme spezieller Nahrungsmittel, die durch ein Appetitgefühl gesteuert wird.

Betrachten wir im weiteren diese beiden Möglichkeiten, so zeigt sich, daß die Situation eines Ernährungsverhaltens unter physiologischem Hunger in den Überflußgesellschaften in der Regel überwunden erscheint. Nahrungsaufnahme findet meist in Abhängigkeit von Normen statt, wie z. B. die zeitliche Fixierung einzelner Mahlzeiten. Der physiologische Hunger spielt dabei häufig eine untergeordnete Rolle. Diese entsprechenden Überflußsituationen beinhalten aber auch die Tatsache, daß die Nahrungsauswahl überwiegend als Prozeß lustbetonter Befriedigung verstanden wird. Die daraus erwachsenden Befriedigungsmöglichkeiten eröffnen dem Menschen nun darüber hinaus die Möglichkeit, Nahrung auch zur Kompensation anderer Triebe und psychischer Probleme einzusetzen.

Die Entwicklung der Umweltsituation, die den Menschen heute in ein häufig fremdbestimmtes und zeitlich genau definiertes Arbeitsleben preßt, verlangt von ihm die Fähigkeit, Triebe zu bewältigen und ihre Befriedigung zu verschieben. In der Freud'schen Systematik der Persönlichkeitsinstanzen gesprochen bedeutet das, daß das "Es" im Menschen, das die lustvolle Befriedigung der Triebe fordert, durch ein "Oberich", d.h. ein Normengefüge, deutliche Begrenzungen und Beschränkungen erfährt. Der Mensch, d.h., das "Ich" im Individuum steht unter dem Zwang, sich an die reale Welt anzupassen, in ihr zu handeln und zu entscheiden. Das bedeutet nun, daß Triebbefriedigung nicht zu jeder Zeit und in jeder Richtung erfolgen kann, sondern verdrängt oder verschoben werden muß. Eine Verdrängung ist allerdings nur eine zeitliche Aufschiebung des Konfliktes, so daß später der Drang zur Befriedigung des Triebes wieder hervorbricht. Das Individuum hat daneben jedoch die Möglichkeit, Triebe im Zuge der Sublimierung so zu verschieben, daß sie auf andere Ziele und Objekte gerichtet sind (172). Sublimierung in einem weiteren Sinn bedeutet die Abfuhr von Triebspannungen in einem Prozeß, der Triebbefriedigung gleichkommt (178). Da der Mensch dazu neigt, Triebbefriedigungen unter dem Lustprinzip zu realisieren, eröffnet sich für sehr viele Menschen die Möglichkeit, im Zuge einer Regression auf die positiven Erfahrungen der Oralität zurückzugreifen. Derartige Triebbefriedigungen äußern sich dann im Essen, Trinken und Rauchen. Ernährungsverhalten wird damit zu einem Ventil psychischer Probleme (vgl. 323).

Bis heute lag m.W. keine wissenschaftliche Arbeit vor, die den empirischen Beweis der Zusammenhänge zwischen psychischen Konflikten, Triebverschiebung und Sublimierung und Ernährungsverhalten beweist. Jedoch weisen einige Untersuchungsergebnisse verschiedener Wissenschaftler darauf hin, daß eine enge Verflochtenheit zwischen Ernährungsverhalten und psychischen Faktoren zu bemerken ist.

Deshalb versuchte ich in einer empirischen Untersuchung über

Schülerernährungsverhalten, einige Hinweise zum Problem der Abhängigkeit psychischer Faktoren und Ernährungsverhalten zu finden. Mit Hilfe einer projektiven Befragungstechnik sollten sich Schüler in psychische Spannungssituationen hineindenken und darüber Auskunft geben, welche Verhaltensweise im Bereich ihres Ernährungsverhaltens sie eher akzeptieren würden. Dabei wurde deutlich, daß Streßsituationen wie z. B. Ärger nach Klassenarbeiten, Ärger in der Familie, Trauer und Angst von dem überwiegenden Teil der Schüler, d.h. zwischen 50 % und 60 % der Schüler, durch Nahrungsverweigerung beantwortet werden. Bemerkenswert ist allerdings, daß zwischen 20 % und 40 % der befragten Schüler in derartigen Situationen auch dazu neigen, einen erhöhten Nahrungsmittelkonsum als Trost und Ersatzbefriedigung zu realisieren. Bedenkt man darüber hinaus, daß ein weiteres Ergebnis dieser Untersuchung zeigte, daß bei ca. 40 % der Schüler Nahrungsmittel als sogenannte Trostpflaster eingesetzt wurden, so könnte damit erklärt werden, warum in entsprechenden Streßsituationen Sublimierungstendenzen mit Hilfe von Nahrungsmitteln beobachtbar sind (323).

Tendenzen der Sublimierung von Trieben im Bereich der Sexualentwicklung der Schüler mit Hilfe oralen Verhaltens, d. h. durch eine entsprechende Nahrungsaufnahme, durch Trinkverhalten oder Rauchverhalten, finden sich ebenfalls in der gleichen Untersuchung, trotz sehr vorsichtiger Einschätzung der Ergebnisse. Die Zusammenhänge zwischen Ernährung und sexueller Entwicklung wurden lediglich über einige Testfragen analysiert, so daß die Ergebnisse sicher noch nicht generalisierbar sind, sondern lediglich als vorsichtige Tendenzen, die einer weiteren Untersuchung bedürfen, zu bezeichnen sind.

Die Ergebnisse ließen nach ersten Überprüfungen von geschlechtsspezifischen und altersspezifischen Abhängigkeiten deutlich werden, daß Jugendliche mit Sexualerfahrungen seltener Zwischenmahlzeiten konsumieren als ihre entsprechenden Altersgenossen. Dabei zeigte sich, daß bei den Jugendlichen ohne Sexualerfahrungen der Zwischenmahlzeitenkonsum deutlich in Richtung "süß" tendiert; von ihnen werden häufiger Schokolade, Kuchen oder Obst als Zwischenmahlzeit eingenommen. Dagegen weisen Jugendliche mit Sexualerfahrungen einen Zwischenmahlzeitenkonsum in Richtung eiweißhaltiger oder kräftiger Speisen aus. Bei ihnen wird verstärkt ein Quarkkonsum beobachtet, sowie eine häufigere Einnahme von Pommes frites sowie Bratwurst als bei den entsprechenden Altersgenossen ohne Sexualerfahrungen.

Bezüglich des Kaufes von Süßigkeiten bestätigte sich das genannte Ergebnis in der weiteren Auswertung.

Deutlich seltener findet sich der Süßigkeitenkauf bei Jugendlichen, die Angaben, ein sexuelles Leben zu haben. Diese Gruppe erklärte auch auf die Frage: "Ich habe oft Appetit auf etwas Süßes" weitaus seltener, daß dies auf sie zutrifft.

Die weiteren Ergebnisse aus dem Bereich des Trink- und Rauchverhaltens der Jugendlichen weisen deutlich Verhaltensdifferenzen zwischen den beiden Untersuchungsgruppen aus. Möglichkeiten der lustbetonten Oralität und damit der Sublimierung durch Oralverhalten, scheinen bei Jugendlichen, die sexuelle Beziehungen haben, verstärkt durch solche Produkte realisiert zu werden, die der Erwachsenenwelt zuzurechnen sind. Bei ihnen war ein weitaus häufigerer

Bierkonsum, Konsum von Wein und sonstigen alkoholischen Getränken festzustellen, sowie eine Tendenz, häufiger als in der anderen Gruppe colahaltige Getränke zu konsumieren. Dagegen wurde in der anderen Gruppe der Jugendlichen ohne Sexualerfahrungen ein relativ häufiger Milch- und Limonadenkonsum beobachtet.

Auch im Bereich des Rauchverhaltens wurde sehr deutlich, daß die Oralitätsverlagerung in Richtung Erwachsenenwelt dokumentiert wird. Während rund 60 % der Jugendlichen ohne Sexualerfahrungen angaben, keine Zigaretten zu rauchen, waren es in der anderen Gruppe lediglich 20 % der befragten Schüler. Sie wiesen ein deutlich erhöhtes Rauchverhalten auf.

Das beschriebene Ergebnis läßt Tendenzen deutlich werden, daß mit dem Entwicklungsstand der Sexualität bei den Schülern veränderte Sublimierungs- und Oralitätsbedürfnisse entstehen. Wenn auch bei allen Schülern Tendenzen einer lustbezogenen Nahrungsaufnahme bei Zwischenmahlzeiten beobachtbar waren, so entstehen dennoch im Zuge der körperlichen Entwicklung deutliche Oralitätstendenzen, die sich an die normengeprägte Verhaltenswelt der Erwachsenen anlehnen.

Eine weitere Überprüfung dieser Ergebnisse scheint mir dringend notwendig; als Verfahren sollten zwei gleich große Stichproben im Sinne der Splitballot-Methode als Quotenstichprobe herangezogen werden.

4. Formen der familiären Ernährungserziehung

Die biologische und psychische Struktur des Individuums bildet die Basis, auf der sich menschliches Ernährungsverhalten entwickelt. In welcher Form sich nun Ernährungsverhalten gestaltet, entscheidet der soziale Bedingungsrahmen, unter dem sich die individuelle Entwicklung vollzieht. Soziale und kommunikative Prozesse lassen aus dem ursprünglich triebgeleiteten Verhalten der Nahrungsaufnahme ein gesellschaftlich normiertes und strukturiertes Verhalten werden. Der Mensch lernt in Bezug zu den sozialen Gruppen seiner Umwelt, sein Verhalten so zu organisieren, daß es von der Gemeinschaft verstanden und akzeptiert wird.

Der Prozeß des Erlernens von Verhaltensweisen, und damit der Prozeß des Erlernens von Ernährungsnormen, ist im Rahmen der Sozialisationsentwicklung des Individuums als Erziehung zu verstehen. Wie schon zu Anfang erwähnt, sind die Erziehungsprozesse in der Regel als Gruppenprozesse durch unterschiedliche Sozialisationsinstanzen geprägt. Im Bereich des Ernährungsverhaltens und damit der Ernährungserziehung besitzen die Familie und innerhalb der Familie, die speziellen Bezugspersonen, eine ausschlaggebende Bedeutung für die spätere Entwicklung des individuellen Verhaltens. Andere Sozialisationsinstanzen treten im Verlauf der späteren Entwicklung hinzu. So findet zum Beispiel die Orientierung des Verhaltens in der Gruppe von Freunden und Bekannten statt, sowie durch gezielte Erziehungsprozesse, wie sie sich in der Organisation Schule finden lassen.

Die Wirkung des Erziehungs- und Sozialisationsprozesses ist in Bezug auf das menschliche Ernährungsverhalten abhängig von dem jeweiligen Entwicklungsstand des einzelnen Individuums. Das Erlernen erfolgt dabei sehr häufig nicht über einen bewußten Prozeß der rationalen Verhaltensprägung, sondern durch eine Übernahme von Verhaltens-

mustern und Rollen, die von dem Einzelnen in den sozialen Gruppen innerhalb der Gesellschaft in gleicher Weise erlernt und realisiert werden. OBIDITSCH (419) schreibt in diesem Zusammenhang: "Ein großer Teil dieser kulturellen Bedeutung wird vom Kind in der Weise angeeignet, daß es sich in die Rollen anderer einlebt, diese übernimmt und selbst durchzuspielen beginnt."

Wie Becker (32) nun in einem Vierphasenmodell zeigt, erfolgt die Übernahme von Verhaltensmustern und das Erlernen sozialer Rollen in den einzelnen zeitlichen Entwicklungsphasen des Menschen recht unterschiedlich:

Phase 1: In der Entwicklung des Säuglings sind die Verhaltensweisen noch wenig eindeutig und artikuliert und bewegen sich im wesentlichen auf der Basis der Bedürfnisse nach Nahrung und Zuneigung. Das Verhalten des Säuglings muß durch seine Umwelt gedeutet und in entsprechender Art und Weise in Befriedigung umgesetzt werden. Die Nahrungsaufnahme ist in dieser Entwicklungsstufe ein physiologisch bedingter Prozeß, der immer einen stark sozialen Charakter trägt. Nahrung und zwischenmenschliche Beziehung ist für den Säugling unmittelbar verbunden (vgl. 145).

Phase 2: Das Kind erwirbt die Fähigkeit, seine Bedürfnisse und vor allen Dingen den Wunsch nach Nahrung in entsprechender Weise zu artikulieren. Dabei entsteht die Erwartung an die Umwelt, diese Bedürfnisse auch in einer entsprechenden Form zu befriedigen. Positive Erfahrungen führen dabei zu dem Wunsch nach Wiederholung des entsprechenden Verhaltens und es bilden sich damit erste Gewohnheitsstrukturen. Auf bestimmte Bedürfnisausprägungen erfolgt in der Regel dann die entsprechende Form der Bedürfnisbefriedigung. Derartig entstandene gewohnheitsmäßige Verhaltensweisen können nur schwer überwunden werden und wirken in den späteren Entwicklungsphasen fort.

Phase 3: Mit der Weiterentwicklung des kindlichen Bewußtseins beginnt das Kind, Verhaltensweisen in der Umwelt zu beobachten und zu imitieren. Die Imitation erfolgt in dieser Situation meist orientiert an den Verhaltensweisen der unmittelbaren Bezugsperson (419). So werden Verhaltensweisen der Eltern nachgeahmt und Kinder übernehmen damit die Grundstrukturen des durch die Eltern vorgelebten Ernährungsverhaltens. Normen, die in diesem Bezug durch die Eltern übernommen und realisiert werden, werden auf das Kind übergeleitet.

Phase 4: Mit der Erweiterung des Handlungsspielraumes des heranwachsenden Kindes entwickelt sich auch eine erweiterte wahrnehmbare und erlebbare Umwelt. Das Kind erlebt Verhaltensweisen und Normen, sowie Rollen anderer Personen seines sozialen Lebenskreises und versucht, in entsprechenden Situationen die wahrgenommenen Rollen und Verhaltensweisen nachzuspielen. Hieraus ergibt sich ein erweitertes Repertoire des Verhaltens und die Fähigkeit, sich an entsprechende Umweltsituationen anzupassen (419). Wenn auch im Verlauf der weiteren Sozialisation immer wieder Verhaltensanpassungen und Übernahmen neuer Rollen und Normen stattfinden, so bleibt dennoch die Wirkung der im Zuge der Primärsozialisation übernommenen Verhaltensstrukturen vorherrschend.

Die bereits genannte Schüleruntersuchung sollte im weiteren den

Nachweis liefern, welche Rolle die Übernahme von Verhaltensweisen im Rahmen der familiären Ernährungserziehung spielt und welche Normen noch heute in diesem Bereich ihre Gültigkeit besitzen. Die Untersuchung wurde an einer Stichprobe von 1185 Schülern der 9. Klassen der Eingangsstufe der Berufsschule in Hannover durchgeführt.

Den Schülern wurden Fragen zu ihrem eigenen und dem Ernährungsverhalten von Vater und Mutter vorgelegt. Dabei war als Ergebnis festzustellen, daß relativ häufig eine Abhängigkeit der eigenen Ernährungsverhaltensweisen von denen der Eltern existiert. Die Stärke der Abhängigkeit scheint von der Intensität der Bindung zwischen dem Kind und den einzelnen Elternteilen geprägt zu sein. So war weitaus häufiger der Einfluß des Verhaltens der Mutter auf den Jugendlichen zu beobachten als der des Vaters.

Eindeutig war zu beobachten, daß die Verhaltensweise "Ich lasse oft etwas auf dem Teller" einen relativ engen Bezug zu dem entsprechenden Verhaltensweisen der Eltern aufwies. So erklärten diese Schüler weitaus häufiger, daß die Mutter meist nur sehr wenig ißt, der Vater deutlich seltener in die Kategorie eingestuft wird "Mein Vater nimmt sich meist noch etwas nach" und auch die Mutter in der Tendenz nicht zu den Frauen gehört, die sich meist noch eine zweite Portion nachnehmen.

Auch das Einnehmen relativ großer Portionen ist ein erlerntes Ernährungsverhalten, das in der Regel auf Grund der Übernahme der Verhaltensweisen der Eltern erfolgt. Die befragten Jugendlichen, die angaben, gern eine große Portion zu essen, hatten auch deutlich häufiger Eltern, die ein entsprechendes Verhalten zeigen. Auch in diesem Zusammenhang zeigt die Untersuchung klar, daß das Verhalten der Mutter etwas häufiger mit dem Verhalten des Schülers korreliert. Eindeutig zeigt sich weiterhin, daß diejenigen Personen, die gern große Portionen zu sich nehmen, in der Regel auch nichts auf dem Teller übrig lassen. Außerdem wird deutlich, daß das Essen von großen Portionen einen relativ engen Bezug zu dem Nachnehmeverhalten von Mutter und Vater aufweist. Werden gern große Portionen konsumiert, so ist es in derartigen Familien durchaus üblich, auch nachzunehmen, das heißt eine zweite Portion zu essen.

Auch die Gewichtsproblematik scheint, wenn auch nicht sehr stark, so von dem EB-Verhalten der Eltern beeinflußt zu sein. So antworteten die Schüler, die erklärten, "Ich wiege mehr als mir lieb ist", in der Tendenz, daß Vater und Mutter relativ häufig eine große Portion konsumieren bzw. sich etwas nachnehmen. Darüber hinaus sind in Bezug auf die Gewichtsproblematik Tendenzen der Abhängigkeit zwischen Jugendlichen und Eltern feststellbar.

Die hier dokumentierten Verhaltensanpassungen zwischen Eltern und Kind lassen sich ebenso als Verhaltensanpassungen zwischen Vater und Mutter fixieren. So wird deutlich, wenn Übergewichtigkeit beim Vater feststellbar ist, so liegt sie auch sehr häufig bei der Mutter vor. Auch im Bereich der Verhaltensweisen entstehen in der Regel Annäherungen zwischen den Elternteilen und dem Kind. Ist es in der Familie üblich, sich meist noch etwas nachzunehmen, so trifft das relativ häufig auf beide Elternteile zu und auch auf den Jugendlichen in dieser Familie.

Verhaltensweisen sind häufig Ausprägung von Einstellungen, die

innerhalb einer Gruppe entstehen und akzeptiert sind. Es konnte in der Untersuchung nachgewiesen werden, daß in Familien, in denen der Schüler antwortete, daß gern gegessen wird, eine enge Korrelation zu dem Aspekt der quantitativen Nahrungsaufnahme festzustellen ist. Sowohl Vater als auch Mutter sowie die Schüler neigen in derartigen Familien dazu, häufiger als in anderen, relativ große Portionen zu konsumieren und nachzunehmen. Die Problematik des Übergewichtes ist hier häufiger als in anderen Familien festzustellen.

Außerdem war zu beobachten, daß auch Einstellungen gegenüber Gerichten von den Eltern auf die Schüler übertragen werden können. Fast drei Viertel der befragten Schüler erklärten, daß es für sie zutrifft oder zumindest bedingt zutrifft, daß sie das Lieblingsgericht ihrer Eltern auch gern mögen.

Die hier zitierten Ergebnisse machen deutlich, daß die zuvor beschriebenen theoretischen Überlegungen, der Übertragung von Ernährungsverhalten und Ernährungseinstellung, durch Nachahmung und Rollenübernahme in der Familie eine erhöhte Bedeutung haben. Der Erziehungsprozeß läuft in diesem Zusammenhang sowohl für den Erzieher als auch für den zu Erziehenden als ein nicht gestalteter und unbewußter Anpassungsvorgang ab. Die so entstandenen Verhaltensweisen und Ernährungsgewohnheiten sind auf Grund ihrer unbewußten Entstehung in ihrer Wirkung nur schwer überwindbar und veränderbar.

Neben diese Form der unbewußten Erziehung, durch Vorleben und Imitation, tritt in der Familie ein Erziehungsprozeß, in dem bestimmte Maßnahmen als bewußtes elterliches Erziehungsverhalten eingesetzt werden. Auch wenn Eltern dabei die Erziehungsmaßnahme als eine zielgerichtete Handlung verstehen, so bleibt im weiteren die Frage offen, an welchen Kriterien und Werten sich diese Handlung mißt. Wie wir an anderer Stelle bereits erklärt haben, reproduziert sich die Gesellschaft durch die von ihr fixierten Normen und Werte in ihrer sozialen Abhängigkeit immer wieder selbst. Das bedeutet, daß vielfach Erziehungsnormen, die sich in einem historisch gesellschaftlichen Prozeß entwickelt haben, zur Anpassung der Kinder und Jugendlichen an die erwarteten Verhaltensmuster und Rollen herangezogen werden. Unsere Untersuchung sollte nun zeigen, in welcher Form und in welcher Normenanpassung Ernährungserziehung als bewußter Erziehungsprozeß in den Familien stattfindet. Den Schülern wurde ein Katalog von elterlichen Ermahnungen vorgegeben, bei denen die Vermutung nahe lag, daß sie als traditionelle Ernährungsnormen auch heute noch ihre Bedeutung im Erziehungsprozeß haben könnten. Es ergab sich folgendes Ergebnis, das den Einsatz derartiger Ermahnungen beschreibt:

Die Ermahnung aufzuessen, scheint relativ bedeutungslos geworden zu sein, nur ein geringer Prozentsatz von 13 % wird dazu angehalten, die angebotene Portion auch vollständig aufzuessen.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bei der Ermahnung, vor dem Essen die Hände zu waschen. Diese Erziehungsnorm wurde nur von einem Fünftel der Schüler angegeben und scheint zumindest in der Altersgruppe der 14 bis 16jährigen relativ bedeutungslos als Erziehungsnorm zu sein.

Die traditionelle Ermahnung, bei Tisch nicht zu reden, besitzt nur noch bei einem verschwindend geringen Anteil von 6 % eine Bedeutung,

hier zeigt sich, daß sich bestimmte Tischsitten und damit Erziehungsnormen wesentlich geändert haben.

Die Erziehungsnorm des ordentlichen Essens scheint jedoch eine sehr große Bedeutung zu besitzen, fast die gesamte Schülerschaft, nämlich rund 97 % erklärten, daß sie diese Ermahnung in ihrer Familie gehört haben.

Bedenkt man die Entwicklung der gesellschaftlichen Problematik des Übergewichts, so ist erstaunlich, daß der Wert der Erziehungsnorm nicht zuviel und zwanghafte Maßnahme ist das Verfahren, den Rest einer Mahlzeit, d. h. das, was der Jugendliche auf dem Teller übriggelassen hat, ihm später vorzusetzen und ihn so zum Aufessen zu zwingen. Dieser Erziehungsstil trifft nur in sehr wenigen Fällen unserer befragten Schülergruppe zu, lediglich 2 % der Schüler antworteten, daß dieses für ihre Familie zuträfe und jeder 10. machte die Angabe, daß dieser Erziehungsstil manchmal in seiner Familie geübt wird.

Zur Beeinflussung des Eßverhaltens werden in der Familie verschiedene Maßnahmen der Verhaltensbeeinflussung eingesetzt. Eine sehr harte und zwanghafte Maßnahme ist das Verfahren, den Rest einer Mahlzeit, d. h. das, was der Jugendliche auf dem Teller übriggelassen hat, ihm später vorzusetzen und ihn so zum Aufessen zu zwingen. Dieser Erziehungsstil trifft nur in sehr wenigen Fällen unserer befragten Schülergruppe zu, lediglich 2 % der Schüler antworteten, daß dieses für ihre Familie zuträfe und jeder 10. machte die Angabe, daß dieser Erziehungsstil manchmal in seiner Familie geübt wird.

Weitaus häufiger als durch unmittelbaren Zwang wird Eßverhalten in der Familie durch verbale Beeinflussung gesteuert. Im Bereich der verbalen Beeinflussung sind vier verschiedene Formen zu beobachten:

1. Harte und drohende Aussagen

Fast wie eine Erpressung muß es dem Kind anmuten, daß es durch die folgenden Aussagen zum Eßverhalten gezwungen werden soll. Die erste etwas weichere Aussage "iß dich jetzt satt, nachher gibt es nichts mehr" wurde immerhin von etwa einem Drittel der befragten Schüler als solche angegeben, die man zu Hause hört.

Eine weitaus härtere Einflußnahme auf das Eßverhalten wird von etwa einem Fünftel der Schüler angegeben. Sie sagt aus "Wenn du das nicht ißt, bekommst du gar nichts."

2. Beeinflussung durch Gesundheitsaussagen

Eine Reihe von Aussagen, die ebenfalls einen relativ stark drohenden Charakter besitzen, sind die Beeinflussungsmaßnahmen, die den Jugendlichen durch drohende Aussagen bezüglich von Krankheit und Gesundheit zu Eßverhalten veranlassen soll. Knapp ein Fünftel der Schüler gab an, daß die Aussage "iß, sonst wirst du nicht gesund" von den Eltern benutzt wird. Ca. 15 % der Schüler erklärten, daß sie auch häufiger zuhause erklärt bekommen, "Wenn du nicht aufißt, wirst du nicht groß und stark". Die Negativaussage "iß, sonst wirst du noch krank" findet sich allerdings relativ selten, bei knapp 8 % der antwortenden Schüler.

3. Aussagen mit sozialem Bezug

Die folgenden beiden Aussagen haben gegenüber den anderen nicht den unmittelbar drohenden und zwanghaften Charakter. Sie gehen davon aus, daß die Einsicht in die Gemeinschaft der Familie dem Kind hilft, sein Eßverhalten an die Familiengewohnheiten anzupassen. Bedenkt man, daß die Lernprozesse in bezug auf das Eßverhalten durch Imitationen und Rollenübernahme zustande kommen, so ist wahrscheinlich, daß diese Aussagen eine relativ positive Wirkung nach sich ziehen können. Etwa 20 % der Schüler geben an, daß die Aussage "Mutter hat sich so viel Mühe beim Kochen gegeben" in der Familie zur Eßmotivation herangezogen wird. Knapp 16 % ziehen verstärkt den Anlehnungseffekt an Bezugspersonen zur Eßmotivation heran. Hier wird in den Familien die Aussage verwendet, Vater/Mutter/Freund mag das auch so gern. Auch die Aussage "Ich habe dir etwas Schönes gekocht" zielt auf den sozialen Bezug des Elternteils zu dem Jugendlichen und damit den sozialen Charakter des Ernährungsverhaltens. Diese Form wird sehr häufig verwendet. So erklärten fast die Hälfte aller Schüler, daß sie diese Aussage zuhause hören.

4. Aussagen, die auf die Gewohnheitsbildung zielen

Die Entwicklung eines gewohnheitsmäßigen Ernährungsverhaltens ist, wie aus den vorstehenden theoretischen Überlegungen zu erkennen, durchaus üblich. Gewohnheitsbildung ist eine Angelegenheit, die als eine Erleichterung auch im sozialen Umgang zu verstehen ist. So kann sich z. B. die Mutter bei der Auswahl und Zusammenstellung der Nahrung auf die Gewohnheiten und Lieblingsmahlzeiten der Familienmitglieder verlassen. Die Aussage "Das hat dir doch sonst auch immer geschmeckt" enthält einen Aufforderungscharakter, der auf das gewohnheitsmäßige Verhalten des Jugendlichen abgestellt ist. Diese Aussage wird recht häufig in den Familien benutzt. Rund 40 % der befragten Schüler erklärten, daß diese Aussage in ihren Familien gebraucht wird.

5. Aussagen, die den Liebesbezug zum Eßverhalten herstellen

Die folgenden beiden Aussagen tragen zwar auch sehr stark den Charakter des sozialen Bezuges, sie heben sich jedoch von den anderen darin ab, daß sie von dem unmittelbaren Libidoaspekt und der Liebesbeziehung zwischen Mutter und Kind ausgehen. Die beiden nachstehenden Aussagen tragen jedoch unterschiedlichen Charakter. Während die erste Aussage als eine positive Verstärkung, unter Einbeziehung des liebevollen Handelns des zu Erziehenden, zu verstehen ist, trägt die zweite Aussage ein drohendes Moment, das die stärkste Form der erpresserischen Wirkung auf den Schüler überhaupt darstellt.

Die erste Aussage "Sei lieb und iß das auf" wurde allerdings auch relativ selten, nämlich von nur rund 7 % der Schüler, als in der Familie üblich bezeichnet. Erschreckend ist dagegen die Tatsache, daß rund 90 % der Schüler erklärten, daß die scharfe Form "Wenn du das nicht aufißt, habe ich dich nicht mehr lieb" ein übliches Erziehungsverfahren in den Familien darstellt. Wenn auch zu erwarten ist, daß die Negativkopplung zwischen Eßverhalten und Liebesentzug im Erziehungsprozeß die stärkste Wirkung zeigen kann, so scheint mir diese Form wohl doch die gefährlichste Erziehungswaffe unter allen. Sie schafft Verbindungen, die Nahrung zum Liebesersatz werden läßt.

In extremen Fällen erwächst hieraus ein Ernährungsverhalten, das immer dann, wenn soziale und vor allem liebesbezogene Konfliktsituationen entstehen, den Menschen zu Ersatzhandlungen im Bereich der Nahrungsaufnahme veranlassen.

Die Untersuchung bestätigt im wesentlichen die am Beginn stehenden theoretischen Überlegungen zur Ernährungserziehung in der Familie. Sie beweist die These vom Imitationslernen und von der Rollenübernahme in Bezug auf das Erlernen von Ernährungsverhalten und zeigt, wie entsprechende Erziehungsmechanismen passend auf die physischen Voraussetzungen des Ernährungsverhaltens und den Sozialisationsprozeß eingesetzt werden. Dabei wird deutlich, daß ein nicht unbeträchtlicher Erziehungsrahmen vor allem durch drohende und erpressende Erziehungsmaßnahmen abgesteckt ist.

Geht man nun in der Zielsetzung einer modernen und zukunftsweisenden Ernährungserziehung davon aus, daß der Jugendliche und spätere Erwachsene, vor allem in einem Prozeß bewußten Lernens, zu einem selbstentschiedenen Ernährungsverhalten erzogen werden soll, dann wird es notwendig, ihm die Chance einer Flexibilität gegenüber allen Normprägungen und normgeprägtem Verhalten zu geben. Diese Chance verändert sich jedoch mit der Art der eingesetzten Erziehungspraktiken in der Familie. Hoffmann und Aaronfred (1) haben in einer Untersuchung über Erziehungspraktiken festgestellt, daß sich die Einflußnahme in unterschiedlicher Erziehungsform im Prozeß der Sozialisation auf die Normenakzeptanz auswirkt. Das bedeutet, daß durch die Disziplinierungstechniken der Induktion und Sensitivierung am ehesten die Chance eines flexiblen Verhaltens gegenüber den Normenprägungen und normativem Verhalten entsteht. Aaronfred erklärt hierzu, daß gerade durch eine extensive, verbale Bewertung des kindlichen Verhaltens kognitive Voraussetzungen geschaffen werden, die es dem Kind möglich machen, Verhaltensstandard und eigenes Verhalten kognitiv zu reflektieren und zu kontrollieren. Dagegen führen Eingriffe der Eltern durch angsterzeugende Maßnahmen, durch Machtbehauptung und Liebesentzug zu einer starken Fixierung der damit verbundenen Verhaltensnormen und zu dem Problem späteren unreflektierten Verhaltens. Die Chance der Verhaltensänderung wird bei Kindern, die einem derartigen Erziehungsprozeß ausgesetzt waren, nur schwer, wenn überhaupt möglich sein. Diese Verhaltensweisen werden im späteren Leben in der Regel relativ stark und unflexibel sein und damit in der gesellschaftlichen Dimension zu einer Verstärkung und Unflexibilität der Gesellschaft führen. Fend erklärt in diesem Zusammenhang: "Kinder flexibler Eltern zeigen demgemäß auch weniger generalisierte Hemmungen und weniger generalisierte Angstzustände. Die normative Orientierung der Kinder scheint eine simple Reflexion der normativen Orientierung der Eltern zu sein" (156).

Für die Ernährungserziehung in der Familie kann damit der Schluß gezogen werden, daß die Anpassungsprozesse an das erwartete Ernährungsverhalten nicht unter Zwang erfolgen dürfen, sondern als langfristige, erklärende Maßnahmen eingesetzt werden und eine Einsicht in die Zusammenhänge bei den Kindern hervorrufen müssen.

Aus einem derartigen Erziehungsverhalten erwächst dann auch bei den Eltern eine Reflexion der angestrebten Erziehungsziele. So wird die Frage der Pünktlichkeit der Essenseinnahme, die immerhin noch in den Familien von einem Drittel der befragten Schüler ein wesentliches Erziehungsmittel ist, auch im Bezug auf die Notwendigkeit

hinterfragt. Entsprechendes gilt für die regelmäßige Einnahme der Mahlzeiten, die in 92 % der beobachteten Fälle als Zielvorstellung des Ernährungsverhaltens durchzusetzen versucht wird. Die Erziehungsnorm, das zu essen, was zu Hause auf den Tisch kommt, scheint dagegen eine Forderung zu sein, die sich innerhalb der Gesellschaft schon weitgehend gelockert hat. Für ca. 13 % der Schüler trifft dies zwar noch voll zu, und für ein weiteres Viertel ist dieses manchmal Erziehungspraktik in der Familie. Etwa die Hälfte aller Schüler steht jedoch zu Haus nicht unter dem Zwang, alles essen zu müssen, was auf den Tisch kommt. Hier sind Liberalisierungstendenzen zu beobachten, die eine Mitauswahl der Nahrung durch das Kind zulassen. Nur etwa 6 % aller befragten Schüler erklärten, daß sie nur selten einen Wunsch nach bestimmten Speisen äußern dürfen.

Diese beobachteten Liberalisierungstendenzen scheinen nun im Widerspruch zu der Zwangsmaßnahme der Erziehung durch Liebesentzug zu stehen, die wir vorher beobachtet haben. Bedenkt man aber, daß die befragten Jugendlichen zwischen 14 und 16 Jahre sind, so ist davon auszugehen, daß bereits starke gewohnheitsmäßige Anpassungsvorgänge bei der Nahrungsauswahl entstanden sind, die die Konflikthäufigkeit bei der Nahrungswahl zwischen Eltern und Kindern auf ein relatives Minimum beschränkt haben. Der Einsatz der Erziehungspraktik Liebesentzug liegt meist in einem früheren Erziehungsstadium der Jugendlichen. Daß sie dennoch diese Aussage in dem beobachteten Umfang angekreuzt haben, macht deutlich, welche starke Wirkung derartige Erziehungsaussagen auch im späteren Entwicklungsprozeß haben. Es ist zu vermuten, daß die Anpassungsprozesse bereits in dieser Altersstufe sehr intensiv durchgeschlagen haben. Eine Bestätigung dieser Vermutung fand sich bereits in den zuvor getroffenen Aussagen über die Anlehnung des Ernährungsverhaltens zwischen Eltern und Kindern.

5. Formen der schulischen Ernährungserziehung

Neben der primären Erziehung des Ernährungsverhaltens durch die Familie, tritt im späteren Verlauf der Entwicklung des Kindes die Erziehungsinstanz der Schule, die auf einer rationalen Basis versucht, Ernährungswissen an den Schüler heranzutragen. Die Zielsetzungen einer derartigen Ernährungserziehung sind in den Handreichungen, Richtlinien und Lehrplänen der Bundesländer fixiert. Eine Analyse der Lehrpläne des allgemeinen Schulwesens der Bundesrepublik Deutschland, die 1976 durchgeführt wurde, spiegelt die derzeitige Situation der Zielsetzungen im Bereich der Ernährungserziehung wider (322).

Die Analyse zeigte, daß in den einzelnen Bundesländern ein unterschiedliches Spektrum des Unterrichtsangebotes gefordert wird. Die Fächer, in denen Ernährungserziehung nach den entsprechenden Lehrplänen stattfinden soll, sind Hauswirtschaft, Biologie, Chemie, Sozialkunde, Wirtschaftskunde, Politik, Sachkunde und Arbeitslehre. Die Untersuchung wies nun relativ eindeutig nach, daß in fast allen Bundesländern in den einzelnen Schulbereichen Inhalte der Ernährungserziehung angeboten werden. Problematisch war dabei allerdings, daß die Inhalte sehr häufig fachspezifisch aufgegliedert werden, so daß im Chemieunterricht die chemischen Aspekte behandelt werden, im hauswirtschaftlichen die technologischen und hauswirtschaftlichen, im Sozialkundeunterricht die wirtschaftlichen

und zum Teil im Arbeitslehreunterricht die berufsbezogenen Gesichtspunkte, die alle in einer an sich verbundenen ernährungsbezogenen Problemstellung stehen. Die Verknüpfung der einzelnen Inhalte, d.h. der Inhalte, die in unterschiedlichen Fächern und von verschiedenen Lehrern unterrichtet werden, ist zwar in der Regel in den entsprechenden Lehrplänen bzw. Handreichungen und Richtlinien gefordert, dennoch bleibt fraglich, ob dieses Ziel auch tatsächlich von der Schule erreicht wird. Unterbleibt die durch die Schule angebotene Verknüpfung der Inhalte, so erwächst daraus für den Schüler die Notwendigkeit, die Inhalte selbst zu verbinden. Ob der Schüler nun diese Aufgabe zu leisten in der Lage ist, entscheidet darüber, ob der entsprechende Unterricht auch tatsächlich in der Realität wirksam werden kann.

Die Wirksamkeit der Ernährungserziehung ist von der Form abhängig, in der sie im schulischen Bereich tatsächlich zum Zuge kommt. Dabei ist nicht so sehr entscheidend, welche Zielsetzungen in Handreichungen, Richtlinien und Lehrplänen formuliert sind, sondern in welcher didaktischen Form die multidisziplinären Inhalte einer Ernährungserziehung angeboten werden. D. h., daß die Wirkung der Ernährungserziehung sich vor allem dann verbessert, wenn in einem problem- und situationsbezogenen Unterricht naturwissenschaftliche, technische und sozialwissenschaftliche Inhalte der Ernährungserziehung verbunden werden. Hieraus folgt die Forderung, daß Unterrichtsinhalte nicht in speziellen Fächern wissenschaftssystematisch behandelt und dem Schüler angeboten werden dürfen, sondern daß sie ganzheitlich an exemplarischen Lebenssituationen vermittelt werden müssen. Schulorganisatorisch bedeutet dies, daß alle Inhalte der Ernährungserziehung in einem speziellen Fachunterricht werden müssen. In der jetzigen Schulsituation bietet sich im Primarstufenbereich das Fach Sachunterricht an, das allerdings nicht in einer fachspezifischen Aufteilung unterrichtet werden darf, sondern in Form eines integrierten Unterrichts. Im Hauptschulbereich wäre eine Integration der Ernährungserziehung im hauswirtschaftlichen oder aber im arbeitstechnischen Unterricht wünschenswert. Für die Realschulen und Gymnasien gilt an sich die gleiche Forderung wie für die Hauptschulen, doch ist hier zu bemerken, daß entgegen der Tatsache, daß in allen Hauptschulen ein hauswirtschaftlicher oder arbeitstechnischer Unterricht stattfindet, dies für Realschulen und Gymnasien der Bundesrepublik noch längst nicht der Regelfall ist (vgl. 322).

Die Forderung nach einer Integration der gesamten Inhalte der Ernährungserziehung unterstützt auch eine Untersuchung zur Ernährungserziehung aus der Sicht des Lehrers, die im Jahre 1977 in Niedersachsen durchgeführt wurde (322). Es zeigte sich, daß die überwältigende Mehrheit, nämlich rund drei Viertel der befragten Lehrer, der Auffassung sind, daß Ernährungserziehung einen interdisziplinären Charakter trägt. Ferner wurde deutlich, daß ihre Zuordnung vor allem im Fach Hauswirtschaft erfolgen sollte, und daß ein nicht unerheblicher Anteil von einem Viertel der Lehrkräfte sogar der Auffassung ist, daß sich Ernährungserziehung am besten in einem Fach der Gesundheitserziehung vermitteln ließe. Als besondere Zielsetzung für die Ernährungserziehung nannten die befragten Lehrer die folgende Rangordnung der Ziele:

1. "Veränderung der Schülereinstellung zur Ernährung"
2. "Befähigung zum Erkennen alternativer Ernährungsmöglichkeiten"
3. "Vermittlung von theoretischen Kenntnissen der Ernährung"
4. "Befähigung zum Erkennen sozialer und ökonomischer Bedingungen der Ernährung"
5. "Fertigkeiten der Nahrungszubereitung"
6. "Beeinflussung der Eltern durch Ernährungsbewußtsein der Schüler" (vgl. 322)

Die Untersuchung macht an dieser Stelle deutlich, daß vor allem die verhaltensbezogenen Zielsetzungen der Ernährungserziehung für den Lehrer wichtig erscheinen. Das bedeutet, daß die in der bisherigen Ernährungslehre und Ernährungserziehung üblichen naturwissenschaftlichen und technischen Inhalte in den Bezug zum Verhalten des Individuums gesetzt werden müssen. Ein Blick in die Handreichungen, Richtlinien und Lehrpläne der einzelnen Bundesländer macht nun aber deutlich, daß sehr häufig die verhaltensbezogenen Aspekte zu kurz kommen (vgl. 322). Die Einsichten und Zielvorstellungen der Lehrer stehen damit im Konflikt zu den Forderungen, die an ihn durch Handreichungen und Richtlinien gesetzt sind. Die Verbindlichkeit der entsprechenden Handreichungen, Richtlinien und Lehrpläne führt dazu, daß in der realen Unterrichtssituation verhaltensbezogene Aspekte zu kurz kommen und Unterrichtsinhalte als eine systematische Vermittlung naturwissenschaftlichen und technologischen Wissens an den Schüler herangebracht werden. Tabelle 1, die aus der Lehrerbefragung zur Ernährungserziehung stammt, macht deutlich, daß vor allem naturwissenschaftliche Unterrichtsinhalte, die den Bereich der Ernährungslehre betreffen, dem Schüler umfänglich angeboten werden, während nur ein geringer Anteil der Lehrkräfte auf die sozialwissenschaftliche Problematik und auf bestimmte verhaltensbezogene Aspekte.

Diese reale Unterrichtssituation hat sicher seine Ursache in den entsprechenden Formulierungen der Handreichungen, Richtlinien und Lehrplänen in den Bundesländern, sie ist aber auch auf die derzeitige Ausbildungs- und Studiensituation der Lehrer zurückzuführen. Eine Bestätigung dieser Vermutung findet sich in Tabelle 2, die den Weiterbildungsbedarf der Lehrkräfte in Bezug auf die verschiedenen Themenstellungen deutlich macht. Deutlich ist zu erkennen, daß vor allem interdisziplinäre und sozialwissenschaftliche, aber auch verhaltensbezogene Inhalte den stärksten Nachfragebedarf bei den Lehrkräften hervorrufen. Ein Vergleich zwischen dem Weiterbildungsbedarf nach sozialwissenschaftlichen und naturwissenschaftlichen Inhalten läßt klar erkennen, daß gut ein Drittel häufiger Mehrbedarf nach Zusatzqualifikationen im Bereich der Sozialwissenschaften gegenüber den Naturwissenschaften gewünscht wird (vgl. 322).

Das Gewicht, das naturwissenschaftliche und zum Teil auch technologische Inhalte in den Ernährungserziehungen besitzen und das Fehlen an entsprechenden gesellschaftlichen Unterrichtsinhalten, sowie die häufig fehlende Integration der entsprechenden Inhalte, läßt einen Wirkungsverlust der Ernährungserziehung in der realen Anwendung der Jugendlichen vermuten.

Tab. 1

Alle Lehrer, die Ernährungslehre durchführen					
Frage 14: Welche der folgenden Inhalte werden in Ihrem Unterricht realisiert, welche sollten unterrichtet werden und welche halten Sie für nicht so wichtig?					
Alle Angaben in %					
	wird realisiert	sollte unterrichtet werden	Summe der vorstehenden	halte ich für nicht so wichtig	
Vitamine	49,8	11,7	61,5	6,0	
Kohlenhydrate	48,7	11,9	61,6	6,8	
Mineralstoffe	47,4	12,1	59,5	7,2	
Fette - Fettsäuren	42,3	12,6	54,9	10,9	
Proteine - Aminosäuren	37,9	12,8	50,7	14,3	
Lebensmittel pflanzl. + tier. Herkunft	48,7	11,9	60,6	6,8	
Stoffwechselphysiologie	33,2	17,4	50,6	13,0	
Ernährungsbedingte Krankheiten	33,0	20,8	53,8	7,7	
Ernährung des gesunden Menschen:					
b) Schulkind	35,7	21,1	56,8	8,9	
c) Jugendliche	34,5	22,8	57,3	9,2	
Energetische Seite der Ernährung	29,8	17,0	46,8	16,4	
Getränke und Genussmittel	36,2	18,5	54,7	10,8	
Verderb von Lebensmitteln	30,2	20,9	51,1	12,1	
Lebensmittelanalyse	32,3	15,5	47,8	12,1	
Konservierung von Lebensmitteln	28,3	20,8	49,1	14,9	
Nahrungsmittelgewinnung	27,9	21,7	49,6	12,3	
Ernährung des gesunden Menschen:					
d) Erwachsener	26,8	23,4	51,2	13,0	
a) Säugling	23,0	22,6	45,6	15,5	
Bedeutung der Vorratshaltung	23,4	20,8	44,2	20,2	
Welternährung	28,7	24,9	53,6	9,1	
Verbraucherverhalten/information	27,0	21,1	48,1	12,5	
Konsum, Absatz, Marketing, Werbung	24,0	20,6	44,6	18,1	
Markt und Preisbildung	24,0	20,4	44,4	19,8	
Techniken der Nahrungszubereitung	21,7	12,5	34,2	26,0	
Beurteil. vorgef. Nahrungsmittel	19,6	18,5	38,1	20,2	
Wurzmittel	19,2	14,7	33,9	16,2	
Ernährung d. gesund. älteren Menschen	19,1	26,8	35,9	15,7	
Vernichtung von Nahrungsmitteln	19,4	18,9	48,2	14,5	
Psychische Ursachen von Hunger und Durst, Motivation, Trieb ...	17,2	21,9	39,1	19,8	
Sitten und Bräuche bezügl. Essen	16,2	18,5	34,7	28,9	
Formen und Aufgabe priv. Haushalt	15,7	14,0	29,7	27,9	
Ernährungsberatung	11,9	26,4	38,3	18,9	
Neue Nahrungsquellen	11,3	27,7	39,0	12,8	
Marktstruktur + Wettbewerb	10,2	13,8	24,0	31,9	
Lebensmittelgesetz	10,2	21,5	31,7	21,3	
Erarbeit. v. Rezeptoren/wirtschaftl.	10,9	16,8	27,7	25,8	
Erarbeit. v. Rezeptoren/physiologisch	12,5	17,5	30,0	24,7	
Betriebslehre d. privaten Haushalts	8,1	16,6	24,7	36,8	
Arbeitswissen, Aspekt d. priv. Haushalts	7,4	14,2	21,6	34,7	
Soz./Kommunik. Aspekte d. Essens	5,7	18,5	24,2	33,8	
Soz. Schichtung und Ernährung	4,9	18,3	23,2	34,0	
Erarb. v. Rezepten/soziologisch	4,7	15,8	20,5	30,0	
Erarb. v. Rezepten/Gemeinschaftsv.	4,7	14,2	18,9	31,7	
n = (530)					

Tab. 2

Alle Lehrer, die Ernährungslehre durchführen	
	Frage 14: In welchem der Bereiche benötigen Sie noch zusätzliche Informationen?
	Alle Angaben in %
Neue Nahrungsquellen	21,5
Lebensmittelgesetz	17,5
Techniken der Nahrungsvor- und zubereitung	11,7
Beurteilung vorgefertigter Lebensmittel	14,0
Nahrungsmittelgewinnung	9,8
Lebensmittelanalyse	12,8
Erarbeitung von Rezepten unter physiologischen Aspekten	9,8
Erarbeitung von Rezepten unter Berücksicht. Gemeinschaftsverpflegung	9,4
Stoffwechselphysiologie	9,3
Erarbeitung von Rezepten unter wirtschaftlichen Aspekten	10,0
Erarbeitung von Rezepten unter soziologischen Aspekten	10,9
Verbraucherverhalten	11,7
Weiternährungsprobleme	10,2
Vernichtung von Nahrungsmitteln	11,7
Ernährungsberatung	10,8
Arbeitswissenschaftliche Gesichtspunkte des Haushalts	11,7
Marktstruktur und Wettbewerb	13,4
Betriebslehre des privaten Haushalts	10,4
Soziale Schichtung (Sozialprestige) und Ernährung	10,6
Soziale und kommunikative Aspekte des Essens	10,2
Psychische Ursachen von Hunger und Durst, Motivation, Trieb ...	10,4
Formen und Aufgaben des privaten Haushalts	4,0
Sitten und Bräuche (und Tabus) in Bezug auf Essen	7,2
Markt und Preisbildung	8,1
Konsum, Absatz, Marketing und Werbung	8,9
Bedeutung der Vorratshaltung	6,6
Lebensmittel pflanzlicher und tierischer Herkunft	3,8
Getränke und Genußmittel	6,0
Würzmittel	8,3
Verderb von Lebensmitteln	8,1
Konservierung von Lebensmitteln	8,5
Ernährung des gesunden Menschen a) Säugling	7,0
Ernährung des gesunden Menschen b) Schulkind	4,7
Ernährung des gesunden Menschen c) Jugendliche	5,1
Ernährung des gesunden Menschen d) Erwachsene	6,2
Ernährung des gesunden Menschen e) ältere Menschen	6,4
Ernährungsbedingte Krankheiten	7,2
Die energetische Seite der Ernährung	8,5
Proteine - Aminosäuren	7,0
Fette - Fettsäuren	7,2
Vitamine	6,0
Mineralstoffe	6,4
Kohlenhydrate	5,7
n = (530)	

Die Frage des Wirkungsverlustes sollte durch unsere empirische Schülerbefragung überprüft werden (322). Die Ergebnisse ließen folgende Tendenzen erkennen:

- Nur knapp 40 % der befragten Schüler erklärten, daß sie bereits Themen der Ernährung im Unterricht behandelt haben.

- Als Fächer, in denen Ernährungslehreinhalte vermittelt werden, wurden fast ausschließlich die Fächer Hauswirtschaft und Biologie angegeben. Lediglich im Bereich der Gymnasien wurden Inhalte mit dem Bezug auch im erdkundlichen Unterricht angeboten.

- Die Effektivität der bestehenden Ernährungserziehung scheint relativ gering zu sein. Nur etwa 15 % der Schüler, die Ernährungslehreinhalte im Unterricht behandelt haben, erklärten, daß sie auch an das im Unterricht Gelernte häufig denken, wenn sie sich etwas zu essen kaufen. Ein weiteres Drittel der Schüler gab an, zwar auch daran zu denken, jedoch relativ selten. Und die Hälfte aller befragten Schüler scheint nie ihr Wissen aus dem Ernährungslehreunterricht auch in der Praxis anzuwenden.

Eine Überprüfung dieses Ergebnisses am Aspekt des Kaufverhaltens von Süßigkeiten und Pommes frites bestätigte die Tendenz der Schüleraussagen und Schülerelbsteinstufungen. Eindeutig zeigt sich, daß Schüler, die nie oder auch nur selten an die im Unterricht erlernten Ernährungslehreinhalte denken, weitaus häufiger zum Süßigkeiten- und Pommes-frites-Konsum neigen als solche Schüler, die das gelernte Wissen auch in ihrem Entscheidungsprozeß berücksichtigen. Noch deutlicher als in der Frage von Süßigkeiten- und Pommes-frites-Kauf zeigt sich dieses in einem weiteren Test, in dem ernährungsphysiologisch positiv einzuschätzende Nahrungsmittel oder Mahlzeitenzusammenstellungen anderen gegenübergestellt wurden. Die beobachtbaren Tendenzen lassen erkennen, daß wiederum die Schüler, die nie oder selten über die gelernten Inhalte des Ernährungsverhaltens und der Ernährungslehre nachdenken, weitaus häufiger als die andere Gruppe zum Konsum von Bratwurst mit Pommes frites oder Kotelett mit Pommes frites neigen, während Schüler, die sich die gelernten Inhalte bewußt machen, eine weitaus stärkere Tendenz zu Obst bzw. Kotelett mit Gemüse aufweisen.

Auch an einigen Nahrungsmitteln, die Schüler dann wählen würden, wenn sie sich ihr Frühstück selbst zusammenstellen könnten, wird die beschriebene Tendenz bestätigt. Nahrungsmittel wie Milch, Obst, Müsli, Knäckebrot und Quark werden deutlich häufiger von den Schülern bevorzugt, die angaben, häufig beim Essenskauf die gelernten Unterrichtsinhalte der Ernährungserziehung zu reflektieren. Diese Gruppe wählt aber auch deutlich seltener ein Nahrungsmittel wie Nutella, das dagegen stark von denen bevorzugt wird, die angaben, Ernährungslehreinhalte beim Kauf von Nahrungsmitteln selbst nicht zu berücksichtigen.

Die Ursache für das unterschiedliche Schülerverhalten vermutete ich in der differenzierten Form, in der Lehrer Ernährungserziehung im Unterricht realisieren und den daraus erwachsenen Einstellungen der Schüler zum Unterricht. Die Ergebnisse stützen in hervorragender Art und Weise die These, daß ein wirkungsvoller Ernährungserziehungsunterricht ein Unterricht sein muß, der Spaß

macht, sich an die Schülerprobleme anlehnt, die Schüler interessiert und ihnen einsichtig macht, wozu die einzelnen angebotenen Inhalte erlernt werden müssen. Es wird deutlich, daß weitaus häufiger die Schüler, die beim Kauf von Nahrungsmitteln an das im Ernährungslehreunterricht Gelernte denken, nicht die Negativ-Aussagen über den Ernährungslehreunterricht wählten. So zeigte sich, daß z.B. nur jeder zehnte Schüler, der angab, häufig sein Ernährungswissen zu reflektieren, auch erklärte, daß der Unterricht langweilig sei, während immerhin 25 % der Schüler, die einer derartigen Reflexion nie nachgehen, meinten, der Unterricht sei langweilig.

Auch die Antwortenkategorie "Man weiß oft nicht, wozu die einzelnen Inhalte, die durchgenommen werden, gut sind", wurde weitaus häufiger von Schülern, die nie ihre Einsichten aus dem Ernährungslehreunterricht in die Praxis umsetzen, genannt. Diese Gruppe der Schüler sagte außerdem weitaus häufiger als die andere, daß der Unterricht zu wenig Bezug auf unsere eigenen Ernährungsprobleme nimmt, und daß er sie kaum interessiert bzw. beeinflußt. Diese Schüler haben in der Regel auch weniger Spaß an dem Ernährungslehreunterricht gegenüber den Schülern, die häufig ihr Ernährungswissen in der Praxis reflektieren.

Damit verstärkt sich immer weiter die Forderung nach einem an Lebenssituationen der Schüler orientierten Unterricht, der einen Einblick in die lebensnahen Zusammenhänge von Wissen und Verhalten für den Schüler bietet und stark motivierend wirkt.

Wie wichtig die Art der Formulierung des angebotenen Unterrichts für die Motivation des Schülers ist, wurde außerdem deutlich in einem Vergleich von Unterrichtsinhalten, die in unterschiedlicher Formulierung an verschiedener Stelle des Fragebogens dem Schüler zur Auswahl vorgelegt wurden. So wurde als Frage 29 eine Liste mit Themenvorschlägen aus dem Bereich der Ernährung vorgegeben, aus der der Schüler die Themen aussuchen sollte, über die er gern mehr wissen wollte. In Frage 68 wurden dann alle Schüler mit einer schülerbezogenen Formulierung der zuvor bereits gestellten Themen nochmals konfrontiert. Hier sollten sie nun angeben, welche Themenbereiche sie besonders interessieren. Die Aufgabenstellung war gleich, und der Abstand zwischen den beiden Fragen war ein derart erheblicher, daß zu erwarten war, daß keine Beeinflussung der beiden Fragen mehr stattfinden konnte. Das Ergebnis machte beeindruckend deutlich, wie stark die Motivation der Schüler für den Unterricht bereits von der Themenformulierung abhängig ist. Fast alle Themen, die eine unmittelbare persönliche Anlehnung an die Lebensbereiche der Schüler aufzeigten, führten zu deutlich erhöhtem Interesse bei den befragten Schülern. Die nachfolgend eingefügte Tabelle macht meines Erachtens so eindrucksvoll deutlich, wie aus einer Themenformulierung, die einen schülerzentrierten und lebensbezogenen Unterricht impliziert, eine erhöhte Bereitschaft für den Unterricht bei den Schülern erwächst.

6. Konflikte zwischen familiärer und schulischer Ernährungserziehung

Das Konfliktfeld zwischen schulischer und familiärer Ernährungserziehung basiert vor allen Dingen auf der unterschiedlichen Interessenlage und der daraus sich ergebenden Zielsetzung der Erziehung in Familie und Schule. Wie wir in den vorhergehenden Abschnitten gesehen haben, fehlt es der Familie vor allen Dingen an

ausreichendem Wissen über die Probleme der Ernährung und ihre Auswirkung auf den gesundheitlichen Zustand, so daß eine relativ starke Zentrierung der Familie auf die Einhaltung einiger Verhaltensnormen, die überwiegend auf das Eßverhalten gerichtet sind, existieren. Darüber hinaus beinhalten in der Familie vor allen Dingen soziale und lustbezogene Komponenten die Interessenlage der Erziehungsmaßnahmen.

Die Schule dagegen formuliert ihr Erziehungsinteresse auf der Basis eines rationalen und durch die Erkenntnisse der naturwissenschaftlich-technisch orientierten Ernährungswissenschaft geprägten Niveaus. Ihr Ziel ist gemäß der Handreichungen und Richtlinien, vor allem den Schülern Wissen über gesunde und vernünftige Ernährung zu vermitteln, sowie die technischen Fähigkeiten zur Herstellung von Mahlzeiten zu lehren.

Solange nun die Gesellschaft in einer Situation lebte, in der der Einzelne seinen Nahrungsbedarf eben gerade ausreichend decken konnte, traten zwischen der Zielsetzung von Schule und Familie kaum Konflikte auf. Beide waren vor allem daran interessiert, die vorhandene Nahrung so einzusetzen, daß hieraus die notwendige physische Bedarfsdeckung gewährleistet war. Mit dem Zeitpunkt, mit dem ein Überangebot an Nahrungsmitteln die Auswahl und damit die lustbezogenen Komponenten des Ernährungsverhaltens umfangreich verbesserte, erwachsen Gefahren einer sich verändernden Interessenlage innerhalb der Familie. Beeinflußt durch eine verstärkt einsetzende Werbung für Nahrungsmittel, die neben einigen rationalen Argumenten immer wieder stark auf den lustbezogenen Aspekt der Zufriedenheit und sozialen Sicherheit angelegt war, entwickelten sich die Einstellungen und Interessen zwischen Familie und Schule immer weiter auseinander. Der Einzelne verlor damit grundlegende Kenntnisse über Nahrungsmittel, die bisher vor allem auch in der Familie vermittelt wurden und wird damit immer stärker abhängig von dem industriellen Angebot an den Nahrungsmittelmärkten. Grundlegende technologische und auch ernährungsphysiologische Kenntnisse, die über Generationen hinweg weitergegeben wurden, erhielten im Rahmen der Familienerziehung immer weniger Bedeutung und wurden somit auch nicht mehr im Erziehungsprozeß integriert. Lehrer, die zu den Vorkenntnissen, die Schüler im Unterricht der Ernährungslehre aus der Familie mitbringen, gefragt wurden, bestätigten, daß nur ein verschwindend geringer Prozentsatz von knapp 10 % der Schüler gute Vorkenntnisse aus der Familienerziehung erhalten und nur ein weiteres Drittel überhaupt einige Kenntnisse besitzen (Vgl. Lehrerbefragung, bei 322). Die gleichen befragten Lehrer sagten auch aus, daß sehr häufig das Ernährungsverhalten in der Familie als entgegenstehende Bedingung zur schulischen Ernährungserziehung zu betrachten sei. Bedenkt man nun, daß in einem Sozialisationsprozeß die beiden Sozialisationsinstanzen, die sich an und für sich gemeinsam um die Verwirklichung der Ziele einer Ernährungserziehung bemühen sollten, in einer gegenseitigen Negativ-Beeinflussung befinden, so fordert dies gerade dazu auf, sich die Konflikte bewußt zu machen und eine Überwindung anzustreben.

Chancen für einen wirksamen Erziehungsprozeß im Bereich der Ernährung liegen meines Erachtens nur in einem langfristigen Modell gezielter und bezugsgruppenbezogener Erziehungsprozesse. Die Ansatzpunkte sind meines Erachtens nur durch die gemeinschaftliche Arbeit der beteiligten Erziehungsinstitutionen, Kindergarten, Schule

und Ernährungsberatung, zu leisten, die gleichsam einen Erziehungsprozeß des Individuums und damit der Familie bewirken müssen. So sollte z. B. eine Unterrichtseinheit zur Ernährungserziehung, die in der Schule durchgeführt wird, in jedem Fall mit Maßnahmen der Ernährungsberatung als Elternerziehung gekoppelt sein. Hieraus läßt sich am ehesten erreichen, daß die vom Schüler gelernten und durch die Schule vermittelten Inhalte auch mit Bereitschaft in den Familien aufgenommen und umgesetzt werden können. Entscheidend in diesem Prozeß wird aber in jedem Fall der didaktische Ansatz der Maßnahme sein. Eine Ernährungserziehung, die sich weiterhin nur auf der Basis rationaler Wissensvermittlung bewegt, bleibt in der Realität weitgehend wirkungslos. Ihre Chance besteht allein in ihrer Anpassung an die Interessen und die Verhaltensweisen des zu Erziehenden und der daraus erwachsenden Bereitschaft, sich mit dem angebotenen Stoff auseinanderzusetzen und das Wissen in einem Prozeß der eigenen Verhaltensreflexion auch tatsächlich umzusetzen.

40. Kommentierende Zusammenfassung

J.P. Stössel

Vorbemerkung

Als mir vor einigen Monaten die Idee einer alternativen Tagungsgestaltung unterbreitet wurde, hörte sich alles sehr reizvoll an, und ich dachte, es dürfte mir nicht allzu schwer fallen, einige Beiträge, die Fachleute verschiedener Disziplinen zu einem bestimmten Thema vorgelegt haben, in einem Kurzreferat zusammenzufassen, und zwar so, daß die spezifische Problematik jeweils auch für die Teilnehmer aus anderen Fachgebieten verständlich ist. Schließlich, so dachte ich damals, habe ich mich oft genug in das Labyrinth traditioneller Kongresse gewagt, ohne zwischen endlos aneinander gereihten Vorträgen, blind endenden Diskussionen und - am sprichwörtlich runden Tisch - sich im Kreis drehenden Experten-Gesprächen den Faden zu verlieren.

Nachdem ich aber nun die mir zugedachten "Hintergrundpapiere", insgesamt mehr als 100 Seiten, zum Thema Ernährungsberatung und -erziehung gelesen habe, bin ich im Zweifel, ob ich das von Spezialisten gesponnene Problemknäuel in 20 Minuten entwirren kann. Aber ich habe diese Aufgabe übernommen, muß also versuchen, ihr gerecht zu werden. Es kann nur ein Versuch sein, doch indem ich Sie teilhaben lasse an diesem Versuch, meine zeitweilige Ratlosigkeit, meine Fragen nicht verberge, können wir in der Diskussion vielleicht gemeinsam doch noch den Ausgang finden.

Zu den Beiträgen:

Bevor ich mich auf das Thema einlassen konnte, reizte mich Frau AIGN zum Widerspruch. Sie stellt in ihrem Manuskript einleitend fest, wir hätten heute recht genaue Vorstellungen darüber, wie eine Kost zusammengesetzt sein sollte, die einer Fehlernährung und damit Gesundheitsstörungen vorbeugen kann. Gegen Ende ihrer Ausführungen finde ich jedoch einen Satz, der meines Erachtens im Widerspruch zu dieser Aussage steht. Da heißt es: "Gerade auf dem Gebiet der Ernährung ist die Verwirrung und Unsicherheit nicht zuletzt durch die Massenmedien sehr groß". Hier wird der Schwarze Peter den Massenmedien zugeschoben. Doch woher beziehen diese denn ihre Informationen? Doch wohl auch von Experten. Ob sie wirklich kompetent sind oder bloß mit dem Geldschein eines Auftraggebers fachliche Autorität vortäuschen, ist für die Öffentlichkeit kaum zu durchschauen. Die Diskussion um die "guten" und "schlechten" Fette ist nur ein Beispiel dafür, daß die Grenzen dessen, was Frau AIGN als "objektiv gesichertes Wissen" annimmt, offenbar nicht so eindeutig zu bestimmen sind. Die Massenmedien spiegeln letztlich nur wieder, was Fachleute oder solche, die sich dafür ausgeben, an Verwirrung und Unsicherheit hervorrufen.

Mit diesen Anmerkungen möchte ich zur Vorsicht mahnen. Gleichwohl gehe ich davon aus, daß man sich über bestimmte Prinzipien der Kostzusammensetzung und des Ernährungsverhaltens einigen kann, die nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft eine hinreichend verlässliche Grundlage für die Erziehung und Beratung abgeben.

Damit komme ich endlich zum Thema, muß allerdings auch hier gleich wieder meine journalistische Freiheit in Anspruch nehmen, indem ich die im Programm ausgedruckte Reihenfolge umstoße, sie gleichsam vom Kopf auf die Füße stelle. Denn Beratung hat nach einer Definition von Waltraude AIGN das Ziel, "das Ernährungsverhalten auf Grund rationaler Einsicht zu ändern", und Volker HOFFMANN beschreibt sie als "Prozess, in dem der Berater versucht, Ratsuchende "durch geistige Hilfe" zu motivieren und zu befähigen, das zur Lösung ihrer akuten Probleme geeignet ist. Die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung und Problemlösung ergibt sich jedoch erst, wenn die Weichen in der Entwicklung des Individuums falsch gestellt wurden, das heißt: Die Ernährungsberatung soll die Fehler der Ernährungserziehung korrigieren.

Aus diesem Grund erscheint es mir sinnvoll, zunächst die beiden Beiträge zum Thema Erziehung daraufhin zu untersuchen, ob sie Möglichkeiten aufzeigen, wie sich das allenthalben beklagte Fehlverhalten vermeiden ließe. Guter Rat ist bekanntlich auch in Fragen der Ernährung teuer, und wenn es stimmt, daß ernährungsabhängige Krankheiten jedes Jahr zwei Prozent des Bruttozialprodukts der Bundesrepublik verschlingen, dann wäre Vorbeugen hier ebenfalls billiger als Heilen, der Erziehung also der Vorrang gegenüber der Beratung einzuräumen. Das ist leichter gesagt als getan.

Denn das Ernährungsverhalten wird zunächst und vor allem in der Familie geprägt; dort ist es aber meist kein bewußtes Erziehungsziel, sondern eine Art Abfallprodukt. Nachahmung und Rollenübernahme bestimmen maßgeblich das spätere Ernährungsverhalten, und diese Erziehung läuft als - für beide Seiten - unbewußter Anpassungsvorgang ab. Die so entstandenen Verhaltensweisen und Gewohnheiten sind daher nur schwer einer Veränderung zugänglich.

GUTEZEIT erinnert daran, daß die Nahrungsaufnahme wegen ihrer lebenserhaltenden Funktion im ersten Lebensjahr häufig überbewertet wird. "Auch der Säugling", so wird in dem Beitrag zur Freude des Journalisten formuliert, "lebt nicht von Brot allein". Vor allem unsichere und wenig sensible Mütter beurteilen kindliche Bedürfnisse oft einseitig unter dem Aspekt von Hunger und Sättigung, reagieren entsprechend auf unruhige Aktivitäten mit Nahrungszufuhr und können sich durch den vordergründigen Erfolg der Beruhigung in ihrem Verhalten bestätigt fühlen. So wird das Erleben von Hunger und Sättigung frühzeitig losgelöst von den quasi angeborenen physiologischen Reizen und an Außenreize gekoppelt, zumal viele Mütter den Sättigungsgrad weniger an den Reaktionen des Kindes als vielmehr an der leeren Flasche messen. Damit wird der spätere Vielfraß und Alleschlucker, der dem Überfluss und den Versuchungen des Nahrungsmittelangebotes ausgeliefert ist, sozusagen programmiert. Die Gefahr einer Fehlentwicklung ist um so größer, je stärker der Erziehungsstil generell durch Bevormundung geprägt ist und je mehr Bedeutung dem Essen beigemessen wird, wenn also die Nahrung als pädagogisches Hilfsmittel mißbraucht wird oder als Ersatz für andere, nicht gestillte Bedürfnisse herhalten muß.

Reichhaltiges Anschauungsmaterial zur Wirkung des elterlichen Vorbildes sowie gesellschaftlich geprägter Erziehungsnormen liefern die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, die Herr KOSCIELNY bei Berufsschülern in Hannover durchführte. Er wird mir hoffentlich nachsehen, daß ich aus seinen umfangreichen Ausführungen nur einige Schlaglichter herausgreife. Zum Beispiel: Wenn die Eltern gerne und viel essen, tun es die Kinder in der Regel auch. Man kann das auch wissenschaftlich ausdrücken, doch der Volksmund sagt nichts anderes: Wie die Alten singen, so zwitschern auch die Jungen.

Überraschender sind die Resultate im Hinblick auf die elterlichen Erziehungsmaßnahmen, die größtenteils nur eine Reproduktion historisch entstandener gesellschaftlicher Normen sind. Immerhin: Die Ermahnung, den Teller leer zu essen, scheint relativ bedeutungslos geworden zu sein. Nur 13 % der befragten Schüler wurden dazu angehalten. Dieses erfreuliche Resultat wird jedoch dadurch relativiert, daß lediglich 10 % der Schüler ermahnt werden, nicht zu viel zu essen. Rund ein Viertel der Befragten erklärte nämlich, sie müßten auf ihre Figur achten, 20 % wogen nach eigenen Angaben mehr als ihnen lieb war.

Die Studie macht darüber hinaus deutlich, daß drohende und erpresserische Maßnahmen noch immer eine bedeutsame Rolle in der familiären Erziehung spielen. Besonders problematisch in Bezug auf das Ernährungsverhalten ist die Negativkoppelung zwischen Essen und Liebeszug. Für rund 90 % der befragten Schüler gehörte der Satz: "Wenn du nicht aufißt, hab ich dich nicht mehr lieb" zum üblichen Erziehungsrepertoire in der Familie. Das kann dazu führen, daß der Betreffende in Konfliktsituationen beim Essen und Trinken Zuflucht sucht, auf orale Ersatzbefriedigungen ausweicht; die Nahrung wird zum Liebessurrogat.

Angsterzeugende Maßnahmen, Machtbehauptung, Verweigerung der emotionalen Zuwendung, also alle Arten von Zwang engen den Spielraum des Kindes ein, verbauen ihm die Möglichkeit, sein Verhalten später kognitiv zu reflektieren und zu kontrollieren. Die Chancen einer nachträglichen Verhaltensänderung schätzt KOSCIELNY in solchen Fällen als gering ein. Seine Forderung: Die Kinder sollten durch langfristige erklärende Maßnahmen, welche Einsicht in die Zusammenhänge ermöglichen, an ein adäquates Ernährungsverhalten herangeführt werden. Doch wer kann die Eltern zu einem solchen Erziehungsstil erziehen? Und wie lassen sich überholte gesellschaftliche Normen, die von den Familien übernommen und weitergegeben werden, der veränderten Situation anpassen?

Die Antwort des Autors ist derzeit mehr Wunsch als Wirklichkeit. Er postuliert eine Art konzertierter Aktion von Kindergarten, Schule und Ernährungsberatung, die über einen individuellen Erziehungsprozess in die Familien hineinwirkt. Konkret bedeutet das: eine bestimmte Unterrichtseinheit zur Ernährungserziehung in der Schule müßte stets mit Ernährungsberatung als Elternerziehung verknüpft werden. Nur so lasse sich verhindern, was bisher noch die Regel sei: daß das Ernährungsverhalten in der Familie den von der schulischen Ernährungserziehung verfolgten Zielen diametral entgegensteht. Die dort vermittelten Inhalte stoßen in der Familie weder auf Verständnis noch auf Bereitschaft, sie umzusetzen. Erschwerend kommt hinzu, daß sich die Ernährungserziehung in der Schule weitgehend auf die rationale Wissensvermittlung beschränkt, wobei nach wie vor sozial-

wissenschaftliche Probleme gegenüber naturwissenschaftlichen und technologischen Inhalten zu kurz kommen, überdies isoliert dargeboten und nicht in Beziehung zum Verhalten des Individuums gesetzt werden. Es bleibt dem Schüler selbst überlassen, die in verschiedenen Fächern vermittelten Inhalte zu integrieren. Entsprechend gering ist auch die Effektivität der Ernährungserziehung, falls sie überhaupt in nennenswertem Umfang stattfindet.

Nur 15 % der von KOSCIELNY befragten Schüler denken häufig an das im Unterricht Gelernte, wenn sie sich etwas zu essen kaufen. Für mehr als die Hälfte der Befragten bleibt die schulische Ernährungslehre graue Theorie ohne praktische Konsequenzen. Ändern ließe sich das nur, wenn der Unterricht unmittelbar an die Probleme der Schüler anknüpfte, durch den Bezug auf ihren Lebensbereich Interesse wecken und einsichtig machen würde, wozu der angebotene Lehrstoff gut ist, daß also tatsächlich nicht nur für die Schule, sondern für das Leben gelernt werden kann, eine Idealforderung, die ja wohl nicht nur für die Ernährungserziehung gilt.

Meine Damen und Herren, Sie alle wissen, wie weit wir von diesem Ideal entfernt sind. Daran wird sich in absehbarer Zeit vermutlich nichts ändern. An die Schule werden ja aus anderen Bereichen ähnliche Forderungen gestellt, Lehrer und Schüler sind aber schon jetzt hoffnungslos überfordert. Müssen wir also auf eine durchgreifende Bildungsreform warten, die vielleicht auch die institutionelle Ernährungserziehung einmal in die Lage versetzt, im Vorfeld der übereinstimmend als notwendig erkannten Veränderung familiärer Erziehungspraktiken wirksam zu werden? Die meisten von Ihnen verneinen diese Frage allein durch ihre berufliche Praxis, die davon auszugehen scheint, daß Hans durchaus noch lernen kann, was Hänschen nicht gelernt hat.

Ich muß gestehen, daß dieser Optimismus für mich während der Lektüre der ersten Beiträge immer fraglicher wurde. So erfuhr ich beispielsweise von Frau GOERDES, neue wissenschaftliche Erkenntnisse über das Konsum- und Ernährungsverhalten der Bevölkerung hätten deutlich gemacht, "daß die herkömmlichen Beratungsstrategien einer Revision bedürften". Das kann ja nur heißen, daß bisherige Konzepte nicht den gewünschten Erfolg hatten. Auf die entscheidende Frage nach der Effektivität der Ernährungsberatung fand ich jedoch in den zu diesem Thema vorliegenden Beiträgen keine Antwort. Gilt also generell, was Marie-Luise KOHNHORST und Helga BUCHENAU bezüglich des verstärkten Einsatzes von Diätberaterinnen anmerken, daß nämlich erst in einigen Jahren am sogenannten Langzeiterfolg gemessen werden könne, ob sich das Diät- bzw. Ernährungsverhalten der systematisch Beratenen tatsächlich im angestrebten Sinne verändert habe?

Meine Frage lautet: Gibt es kontrollierte Studien, in denen grundsätzlich die Wirksamkeit der Ernährungs- und Diätberatung nachgewiesen wurde? Oder wurden gar verschiedene Methoden und/oder Inhalte von Beratungsprogrammen hinsichtlich ihrer Effizienz verglichen? Bei der Beantwortung dieser Frage kommen wir wieder auf das zurück, was ich eingangs problematisierte: Lassen sich tatsächlich wissenschaftlich begründbare und allgemein verbindliche Standards für das Ernährungsverhalten definieren, an denen der Erfolg der Beratung gemessen werden kann? Es mag an meiner journalistischen Außenseiterposition liegen, daß ich diese Frage so hartnäckig stelle. Doch in fast allen Beiträgen finde ich direkte oder indirekte Hinweise, daß

die Verfasser mit dem bisher auf diesem Gebiet Erreichten nicht zufrieden sind. Demnach scheinen sie genau zu wissen, was die Beratung erreichen soll. Wenn dem so ist, dann lasse ich mich gerne belehren und in die fachspezifische Diskussion verwickeln. Ist das Ziel klar, kann es in der Tat nur noch um die Wege gehen, wie es am schnellsten, sichersten und mit dem geringsten Aufwand zu erreichen ist. Hier stoße ich jedoch ebenfalls auf Widersprüche. Frau AIGN beklagt, daß man zwar über das WIE der Beratung sehr viel, über das WAS dagegen viel zu wenig diskutiert habe. Es existieren ziemlich präzise Vorstellungen darüber, wie Informationen weitergegeben werden sollten, wie man Menschen aktivieren und motivieren könne. Vernachlässigt worden seien aber bisher die Lernziele. Man habe sich kaum Gedanken gemacht, welche Informationen für die Veränderung von Ernährungsgewohnheiten relevant seien. Demgegenüber kritisiert Herr HOFFMANN, in der Ausbildung der Ernährungsberater fehle bisher weitgehend die methodische Schulung, in die Fortbildung finde sie nur schleppend Eingang. Der von ihm vorgeschlagene Methodenkurs soll den Beratern gewisse Verhaltenssicherheit und Verhaltenswirksamkeit ermöglichen.

Daß dies notwendig ist, bestätigt Frau GOERDES mit den Ergebnissen einer Fragebogen-Erhebung bei Ernährungsberatern, die ihren Angaben zufolge unzufrieden sind mit ihrem Beratungsstil, ohne genau sagen zu können, warum. Durch eine berufsbezogene Weiterbildung hoffen sie, ihre Qualifikationen zu erhöhen und so die subjektiv empfundene Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit, dem anzustrebendem Ziel und dem praktisch Erreichten zu überwinden. Dazu empfiehlt Herr HOFFMANN auch konkrete Utopie - einen Basiskurs: Allgemeines Kommunikationstraining sowie je einen Aufbaukurs: Beratungsgespräche und Methoden der Einzelberatung, Gruppenberatung und Medieninformation.

Das alles nützt freilich nur, wenn der Berater auch weiß, was er mit diesen Fertigkeiten erreichen will, denn, so HOFFMANN, Inhalt und Methoden seien gleichermaßen wichtig und untrennbar.

So kann ich mich also wieder dem Manuskript von Frau AIGN zuwenden, die am Beispiel diätetischer Informationen die Inhalte von Beratungsprogrammen in drei Gruppen unterteilt: Was ist absolut notwendig? Was ist wichtig? Was ist wissenswert? Im ersten Fall sei das Lernziel, daß die Diät selbständig eingehalten werden könne, im zweiten Fall kommt die Einsicht hinzu, das auch zu wollen, während auf der dritten Stufe die zuvor vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten auf Initiative des Ratsuchenden weiter vertieft und ergänzt werden.

Daß Informationen mit unmittelbarem Praxisbezug den Vorrang haben sollten, scheint mir ein Gemeinplatz zu sein, der aber offenbar immer noch zu wenig beachtet wird. Durch die Analyse des Ist- und Soll-Verhaltens läßt sich der Grad der Übereinstimmung ermitteln, um konkrete Anknüpfungspunkte für die Beratung zu finden, die bereits vorhandenen wünschenswerten Verhaltenselemente positiv zu verstärken. Diese Forderung deckt sich mit den Vorstellungen von Friedhelm MÜHLEIB, der für eine Klientenbeteiligung bei der Ernährungsberatung plädiert. Er leitet dies aus dem Selbstverständnis der Beratung ab, das mit dem Slogan "Hilfe zur Selbsthilfe" charakterisiert wird. Erfreulicherweise wird diese Formel hier endlich einmal mit Inhalt gefüllt. Ausgangspunkt von MÜHLEIBS

Überlegungen ist die Einsicht, daß die Klienten selbst am ehesten in der Lage sind, die Probleme zu formulieren, bei deren Lösung ihnen die Berater helfen sollen. Diese hätten zwar oft sehr klare Vorstellungen, was sein sollte, welches Wissen, welche Einstellungen und Fähigkeiten bei den Klienten vorhanden sein sollten, wobei jedoch nicht selten die tatsächliche Ausgangssituation übersehen oder falsch eingeschätzt wird. Zwischen den "echten" Problemen der Klienten und dem, was die Berater dafür halten, können mitunter erhebliche Diskrepanzen bestehen. Die Beteiligung der Klienten an der Konzeption von Beratungsaktivitäten verhindert, daß über die Köpfe der Betroffenen hinweg geplant und diesen ein fertiges Programm vorgesetzt wird, das ihren subjektiv bedrängenden Problemen unter Umständen gar nicht entspricht. Überdies fördert die aktive Mitwirkung die Identifikation mit den geplanten Maßnahmen, also auch die Bereitschaft, die angestrebten Veränderungen zu realisieren.

Das von MÜHLEIB skizzierte Modell zur Programmplanung unter Beteiligung der Klienten sollte meines Erachtens möglichst bald, seinem Vorschlag entsprechend, als Pilot-Projekt auf regionaler Basis erprobt werden, damit die Ernährungsberatung nicht, wie das bisher meist der Fall ist, von der Hand in den Mund arbeitet, sondern langfristig ausgerichtete Konzepte verwirklichen kann, wobei die Mündigkeit der potentiellen Patienten kein Schlagwort ist. Die Klienten sollen den Mund nicht nur zum Essen aufmachen. Dieses Beispiel könnte auch bei den Verbraucherzentralen Schule machen, die nach den Ermittlungen von Helga FEHRENTZ in der Mehrzahl Gruppenberatung für Übergewichtige anbieten, jedoch die Nachfrage bei weitem nicht befriedigen können. Ein möglicher Ausweg sind die in diesem Bereich bereits bestehenden Selbsthilfe-Gruppen. Sie demonstrieren, wenn auch erst auf der Stufe der Programm-Durchführung, welche Chancen die direkte, selbstbestimmte Beteiligung der Betroffenen bietet. Würde dieses Konzept künftig auf die Beratungsplanung und die Programmgestaltung ausgeweitet, wäre das auch ein Versuch, im Gesundheitswesen mehr Demokratie zu wagen.

Meine Damen und Herren. Wenn ich hier abbreche, so versuche ich aus der Not eine Tugend zu machen. Ich konnte nicht alles bringen, wollte aber jedem etwas geben, und sei es nur die Möglichkeit zum Widerspruch.

41. Protokoll der Tagungsdiskussion

B. Clotz

Schwerpunkte in der Diskussion waren Fragen der Ernährungserziehung und die Rolle des Klienten bei Aufklärung, Beratung und Therapie. Am Rande wurden erneut Fragen der Konzeption von Aufklärungsmaterialien berührt.

1. Zur Ernährungserziehung

Man war sich einig, daß der Ernährungserziehung große Bedeutung zukommt, sowohl zur Prävention wie auch bei der Herausbildung von ungünstigen Ernährungsvorlieben und -gewohnheiten. Viele plädierten daher dafür, dieses Feld nicht allein den Eltern zu überlassen, welche die eigenen Fehler an die Kinder weitergäben, sondern über die Schule frühzeitig Einfluß zu nehmen. Dies könne entweder durch Ernährungsfortbildung für Lehrer geschehen oder dadurch, daß Ernährungsberater von Verbraucherzentralen oder ähnlichen Einrichtungen in die Schulen kämen, um mit dem Lehrer gemeinsam entsprechende Unterrichtseinheiten zu erarbeiten und abzuhalten. Einigen erschien es dabei unerlässlich, gleichzeitig die Eltern einzubeziehen, um die Kinder nicht in einen Konflikt zwischen Elternhaus und Schule zu bringen. Ein solcher Konflikt könne dazu führen, daß das Wissen nicht umgesetzt werde und so wirkungslos bleibe. Andere hielten dem entgegen, daß Kinder durchaus auch erzieherisch auf ihre Eltern zurückwirken könnten, so daß die Elternbeteiligung bei einem solchen Vorhaben nicht unverzichtbar sei und ein solcher Unterricht auch ohne sie sinnvoll sein könne. Vereinzelt wurde von guten Erfahrungen mit Ernährungsunterricht in Schulen berichtet.

Einigkeit herrschte ferner dahingehend, daß der inhaltlichen Konzeption bei der Ernährungserziehung besonders große Bedeutung zukommt. Die Begriffe, wie z.B. "Kohlenhydrate", müßten kindgemäß geboten und mit klaren Handlungsanweisungen verknüpft werden, andernfalls bestehe die Gefahr, daß die Kinder mit dem Wissen überfrachtet würden und es wie Vokabelkenntnisse im Grunde leer und ohne Handlungskonsequenzen bleibe. Nach Ansicht d. Verf. darf in diesem Zusammenhang aber nicht vergessen werden, daß Kinder noch mehr als Erwachsene die Fähigkeit zu einer internen Regulation ihrer Nahrungsaufnahme besitzen, so daß es darauf ankommen muß, diese zu erhalten und zu fördern und sie nicht zu vermehrter Orientierung an Außenkonzepten, wie z.B. Kalorien, in Konkurrenz zu bringen.

Einige grundsätzliche Fragen blieben auch hier offen. So z.B., wie Lehrer, Eltern und Kinder für Ernährungskunde motiviert werden können, wieviel Wissen über Ernährung für einen gesunden Normalbürger überhaupt notwendig ist, und wie eine gesunde Kost im Einzelnen auszusehen hat. Dabei tauchte auch nochmal die Frage auf, ob die Broschüren z.B. der DGE, unter diesen Gesichtspunkten betrachtet, überhaupt günstig konzipiert sind. Die Schwierigkeit sei, daß solche Empfehlungen doch stark auf den Einzelfall abgestimmt d.h. ausgehend von den bestehenden Gewohnheiten konzipiert werden müßten; was für den einen gelte, könne für den anderen gerade ungünstig sein.

2. Zur Rolle des Klienten bei Aufklärung, Beratung und Therapie

Unwiderrprochen wurde bemängelt, daß durchgängig bei allen Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungsweise den Adressaten und Klienten zu wenig Mitsprache bei Konzeption und Anwendungsweise eingeräumt werde, so daß sie in die Rolle reiner Objekte, d.h. passiver Empfänger dieser Maßnahmen gedrängt seien. Dies bedeute eine Entmündigung des Einzelnen, indem quasi propagiert werde, daß er die Verantwortung für seine Ernährung, will er eine vernünftige Lebensweise verwirklichen, in die Hände der Experten legen müsse.

Als in dieser Hinsicht krasserer Fall wurde die Breitenaufklärung apostrophiert, bei der die Adressaten unfreiwillig zu "Klienten" würden bei einer nicht ausdrücklich gewünschten Beratung. Hier werde zusätzliche Verunsicherung auch durch das große und oft widersprüchliche Angebot von Empfehlungen erzeugt, das teilweise geprägt sei von ernährungswissenschaftlich fragwürdigen Außenseitern, z.B. die Atkins-Diät, und die vom Verbraucher hinsichtlich ihrer Seriosität kaum eingeschätzt werden könnten.

Am positivsten wurde unter diesem Blickwinkel das Konzept der Selbsthilfegruppen bewertet. Hier seien verantwortungsvolle Bewußtwerdung und aktive Erarbeitung gegeben. So ermöglichten z.B. Selbsthilfegruppen für übergewichtige Frauen durch das Gespräch unter den Betroffenen die Auseinandersetzung mit dem Problem der Weiblichkeit in optimaler Weise.

Andere Stimmen warnten aber auch vor einer Selbsthilfe-Euphorie. Als Grundlage hätten die Selbsthilfegruppen ihre Berechtigung, sie könnten jedoch bis heute nicht als Allheilmittel gelten. Dazu sei ihre Effizienz noch zu wenig belegt, darüberhinaus gestalte sich die Forschung hier schwierig, wobei noch viele sogenannte "Selbsthilfegruppen" ihren Namen zu unrecht trügen.

Eine weitere Problematik um die Klientenrolle werde von den in der Ernährungsberatung tätigen selbst miterzeugt, so ein weiterer Argumentationsstrang, nämlich dadurch, daß zu häufig von "Therapie" gesprochen werde. Dies wecke bei den Betroffenen die Vorstellung von Krankheit, so daß viele gern die Krankenrolle übernähmen, was eine passive Konsumhaltung zusätzlich begünstige. Andere dagegen würden dadurch abgeschreckt, das bestehende Angebot überhaupt in Anspruch zu nehmen. Dies könne auch zur Erklärung dafür mit herangezogen werden, daß vorwiegend Frauen die Ernährungsberatung aufsuchten. Diese tendierten aufgrund ihrer traditionellen gesellschaftlichen Rolle eher dazu, die Krankenrolle einzunehmen.

Als eine mögliche Ursache für die mangelhafte Klientenbeteiligung wurde der Erfolgsdruck angesprochen, unter dem viele Stellen und Institutionen heute arbeiten müssen. Sie seien vielfach in ihrer finanziellen Existenz (z.B. Weiterförderung) davon abhängig, daß sie möglichst rasch hohe Zahlen und Erfolgsquoten nach außen hin dokumentieren könnten. Dies führe notwendigerweise zu einem Perfektionismus, mit dem man den Klienten nur noch als Objekt betrachten könne. Darüberhinaus zwingt dieser Erfolgsdruck dazu, Massenveranstaltungen gegenüber dem individuellen Vorgehen den Vorzug zu geben. Insgesamt gehe der Zwang zur Quantität auf Kosten der Qualität.

Die Frage, wie denn eine optimale Klientenbeteiligung zu erreichen sei, wurde jedoch kaum beantwortet. Es gab Plädoyers dafür, daß neben den neuen Erkenntnissen der Medizin und der Ernährungswissenschaft die "Volkserfahrung" nicht in Vergessenheit geraten solle, wie auch die allgemeinen Eßsitten und -gewohnheiten der Bevölkerung mit zu berücksichtigen seien.

Angesichts der Tatsache, daß der Bedarf an Ernährungsberatung das Angebot weit übersteige, sprach sich ein weiterer Standpunkt dafür aus, Klienten vor allem bei der Frage Mitbestimmung einzuräumen, wo Ernährungsberatung beginnen und zum Einsatz gelangen solle, um eine möglichst effektive Ausschöpfung des Angebots zu gewährleisten.

42. Protokoll der Schlußdiskussion:

Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung des Ernährungsverhaltens

(Moderator: W. Wehland)

A. Weddige

Ziel dieser Diskussion sollte nicht die Beantwortung der eher grundlagen-orientierten Frage sein, was unter dem Ernährungsverhalten zu verstehen ist, sondern die der eher anwendungs-orientierten Frage, wie das Ernährungsverhalten zu verändern ist.

Es wurde bald klar, daß nach bisheriger Erfahrung die Hoffnung auf eine generelle Lösung mit einem einzigen Beratungs-, bzw. Therapie-Konzept für Klienten aller Art aufgegeben werden muß. Entsprechend der unterschiedlichen Anforderungen der Klienten an die Beratung scheint es angemessener zu sein, eine zielgruppen-orientierte Beratungspalette anzubieten.

I. Welche Zielgruppen sollen mit dem zur Verfügung stehenden Informations-, Beratungs- bzw. Therapieangebot erreicht werden?

Als Diskussionsgrundlage diene folgende Einteilung der Zielgruppen:

Gruppe 1: Gesunde Menschen, die sich nicht angemessen ernähren

Gruppe 2: Risikoklienten, die "normalen Dicken"

Gruppe 3: Kranke, gefährdete Risikopatienten, z.B. Diabetiker, Klienten mit extremem Über- bzw. Untergewicht

Gleich zu Beginn der Diskussion wurde übereinstimmend festgestellt, daß für diese drei Gruppen unterschiedliche Vorgehensweisen von der Informationsgabe über Beratung bis zur Therapie notwendig erscheinen.

Getrennt für die jeweilige Zielgruppe wurde versucht, auf folgende Frage Antworten zu finden.

II. Haben wir überhaupt geeignete Informations-, Beratungs- bzw. Therapieangebote? Wo liegen die Möglichkeiten und Grenzen der Angebote?

Gruppe 1: Gesunde Menschen, die sich nicht angemessen ernähren.

Schon zu Anfang der Diskussion wurde deutlich, daß kein klares Konzept über das Verständnis von "gesundem, richtigem, günstigem, angemessenem" Ernährungsverhalten besteht.

Um die Frage der Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung des Ernährungsverhaltens beantworten zu können, müßte jedoch vorher geklärt werden, welche Faktoren die jeweilige Ausprägung des Ernährungsverhaltens bestimmen.

Ausgehend von der Annahme, daß die Determinanten des Ernährungs-

verhaltens hinreichend bekannt sind, ergibt sich hier die grundlegende Frage, ob wir überhaupt das Recht haben, uns mit Informationen und Beratungsangeboten an Gruppe 1 zu wenden.

Nehmen wir uns als Ernährungs-"Fachleute" nicht zu wichtig und tragen durch unsere Arbeit dazu bei, daß das Individuum auch noch auf dem Ernährungssektor mit Informationen und Beratungsangeboten überschüttet und letztlich überfordert wird?

Ist es nicht eher so, daß wir durch vermehrte Informationen über gesunde Ernährung beim Individuum ein schlechtes Gewissen erzeugen und gerade dadurch intendierte Änderungen blockieren?

Oder ist die Informationsvermittlung aus Gründen der Prophylaxe erforderlich, um zu verhindern, daß die heute 20-jährigen in den nächsten Jahren übergewichtig werden? Folgt man diesem Gedanken, ist es naheliegend, im Sinne der Prävention auch und gerade diejenigen Gruppen anzusprechen, die sich heute (noch) richtig ernähren.

Oder sollten nur den speziell gefährdeten Zielgruppen der heute noch Gesunden Informations- und Beratungsangebote gemacht werden? Dieses Vorhaben muß jedoch vorerst daran scheitern, daß aufgrund mangelnder Prädiktoren für die Entstehung von Übergewicht diese gefährdeten Gruppen nur ungenügend beschrieben werden können.

Wenn wir wissen, daß wir informieren wollen, bleibt noch die Frage offen, worüber wir informieren wollen. Einigkeit herrschte darin, daß die Gefahr besteht, die Individuen mit viel zu vielen und zusätzlich widersprüchlichen Informationen zu überfluten, so daß die Umsetzung in konkrete Veränderungen des Ernährungsverhaltens nicht gewährleistet ist. Bei der Frage, welche Informationen einerseits unbedingt notwendig und andererseits ausreichend sind, wurde auf die Broschüre der DGE "10 Regeln für eine vernünftige Ernährung" verwiesen, die eine mögliche Grundlage bei der Erarbeitung der unverzichtbaren Information darstellen könnte. Wenn wir wissen, worüber wir informieren und beraten sollen, wäre der nächste Schritt, zu überlegen, wie wir informieren sollten, um eine möglichst große Wirkung im Hinblick auf die Veränderung des Ernährungsverhaltens zu erzielen.

Es wurde klar, daß es nicht ausreicht, Botschaften mit hohem Aufforderungscharakter zu versehen, sondern daß zusätzlich konkrete Angebote zur Umsetzung des neu erworbenen Ernährungswissens in verändertes Ernährungsverhalten erforderlich sind. Die Erfahrung zeigt jedoch auch dann, daß allein die Einsicht der Beratenden in Zielvorgabe und konkrete Maßnahmen nicht hinreichend ist, um die jahrelang eingespielten Eßgewohnheiten dauerhaft zu verändern. Nicht nur der "denkende", sondern auch der "fühlende" und "handelnde" Mensch muß angesprochen werden; Motivationen zur Veränderung müssen erzeugt und neue Verhaltensweisen von einem Modell gelernt werden.

An dieser Stelle wird deutlich, daß in der Diskussion hinsichtlich der Methoden teilweise zwischen Gesunden, die sich ungünstig ernähren (Gruppe 1) und Risikoklienten, also leicht Über- bzw. Untergewichtigen (Gruppe 2), nicht mehr klar unterschieden wurde. Der Schwerpunkt der Beeinflussung von Gruppe 1 lag jedoch eindeutig auf der Vermittlung von Informationen.

Weiterhin wurde hier vorgeschlagen, im Sinne der Prävention schon Kindern in der Schule alternative Handlungsmöglichkeiten beizubringen; Erwachsene sollten verstärkt durch entsprechende Kurse in der Erwachsenenbildung angesprochen werden.

Ebenso wurde überlegt, Methoden des Marketings unter Zuhilfenahme der Massenmedien gezielt einzusetzen. Man kam überein, daß Wurfsendungen per Post als weniger effektiv zu beurteilen sind als häufige, in kurzen Abständen wiederholte Spots in Rundfunk und Fernsehen.

Will man effektive Aufklärungsarbeit leisten, ist die Erfolgskontrolle unerläßlich. Da die Gewichtsabnahme als valides Erfolgskriterium der Veränderung der Eßgewohnheiten hier nicht zur Verfügung steht, muß auf schlechter quantifizierbare, invalide Kriterien zurückgegriffen werden.

Abschließend ist festzustellen, daß bei der Beschäftigung mit der Frage, ob wir für Gesunde, die sich teilweise falsch ernähren, überhaupt geeignete Angebote haben, mehr neue Fragen aufgeworfen wurden, als Antworten gefunden werden konnten.

Unklar blieb, ob es uns an brauchbaren Konzepten für Gruppe 1 fehlt, oder ob wir durchaus über geeignete Konzepte verfügen, die zwar in Modellversuchen entwickelt wurden, die jedoch noch nicht hinreichend erprobt sind.

Ebenso ungeklärt blieb, ob wir allein mit Informationen oder mit Informationen und konkreten Beratungsangeboten an Gruppe 1 herantreten sollten. Weiterhin war strittig, ob wir uns auf diejenigen Methoden beschränken können, die erfolgreich kontrollierbar sind oder ob wir uns verstärkt auf unsere Intuition und Kreativität verlassen sollten.

Einigkeit herrschte zumindest darin, daß die vorrangige Aufgabe darin bestehen sollte, Fazit zu ziehen, d.h. die bisherigen Forschungsergebnisse aufzuarbeiten und für die Praxis nutzbar zu machen.

Gruppe 2: Risikoklienten, die "normalen Dicken"

Bei der Diskussion dieser Zielgruppe blieb besonders die Frage im Raum, ob man aufgrund der in Ansätzen bestehenden gesundheitlichen Gefährdung dieser Personengruppe ein Risikobewußtsein vermitteln und entsprechend beraten sollte, oder ob man eher der Auffassung folgen soll: "Die Fetten leben kürzer, aber sie essen länger - und manche sagen, sie sollen ein Recht darauf haben!"

Übereinstimmend wurde jedoch festgestellt, daß hier bereits brauchbare Beratungskonzepte erarbeitet sind, daß diese Konzepte jedoch bisher nur bei eingegrenzten Zielgruppen erprobt wurden und Effizienzkontrollen einzelner Konzepte, sowie ihr systematischer Vergleich untereinander bisher noch aussteht. Als dringend notwendig wurde eine Bestandsaufnahme mit bereits gesicherten Ergebnissen und ein entsprechend präziser Lückenkatalog erachtet, um eindeutige Prioritäten in der Grundlagen- und Therapieforchung setzen zu können.

Gruppe 3: Kranke, gefährdete Risikoklienten

Diese Zielgruppe war nur am Rande Gegenstand der Diskussion. Daß geeignete Therapiekonzepte vorhanden sind, wurde nicht in Frage gestellt. Extremes Unter- bzw. Übergewicht oder Diabetes mellitus stellen eindeutige klinische Kriterien bei der Entscheidung für die Therapie dar.

III. Sind die organisatorischen, finanziellen und personellen Rahmenbedingungen ausreichend, um die vorhandenen Angebote wirksam werden zu lassen?

Im Laufe der Diskussion zeichnete sich die einhellige Meinung ab, daß es zwar eine Fülle von Beratungsangeboten gibt, daß aber die Koordination zwischen den Institutionen, die häufig nach verschiedenen Konzepten vorgehen, entschieden verbessert werden müßte.

So wird z.B. vorgeschlagen, die Ernährungsberatung mit anderen verwandten Beratungsangeboten (z.B. Hauswirtschafts-, Erziehungs- oder Verbraucherberatung) zu koppeln, so daß integrierte Beratungszentren entstehen. Es wird aber auch zu bedenken gegeben, daß gerade aufgrund der Unterschiedlichkeit der Zielgruppen eine zentrale Organisation der Beratung nicht sinnvoll sei.

Als ein Konzept mit Zukunft wird die Organisation von Selbsthilfegruppen (z.B. von der ASG) genannt, da hier finanzielle und personelle Aufwendungen gegenüber anderen Konzepten auf ein Minimum beschränkt bleiben.

Am Ende dieser Abschlußdiskussion der Tagung "Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung des Ernährungsverhaltens" blieb bei vielen Teilnehmern ein Gefühl übrig, das sich am ehesten mit den Worten beschreiben läßt:

"Immer mehr sind wir in der Lage, das zu wissen, was wir wissen wollen, - aber: was wollen wir wissen?"

Literatur

- 1 AARONFRED, J.: Conduct and conscience, the socialization of internalized control of behavior. New York 1968.
- 2 ABRAHAMS, V.C., HILTON, S.M., MALCOLM, J.L.: Sensory connections to the hypothalamus and midbrain and their role in the reflex activation of the defense reaction. *J. Physiol.* 164, 1-16 (1962).
- 3 ADOLPH, E.F.: Urges to eat and to drink. *Am. J. Physiol.* 151, 110-125 (1947).
- 4 AGRAS, S.W., BARLOW, D.H., CHAPIN, H.N., ABEL, G.G., LEITENBER, H.: Behavior modification of anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiat.* 30, 279-286 (1974).
- 5 ALBRECHT, H.: Innovationsprozesse in der Landwirtschaft. Saarbrücken 1969.
- 6 ALBRECHT, H.: Widerstände und Hemmfaktoren bei Berufswechsel und Umschulung von Landwirten - ihre Berücksichtigung in der sozio-ökonomischen Beratung - Reihe: Landwirtschaft - Angewandte Wissenschaft, 197. Hiltrup 1977.
- 7 ALBRECHT, H., HOFFMANN, V.: Grundsätzliche Fragen zum Verständnis von Beratung. Report on the third international seminar on extension education, 19-21 (1978).
- 8 ALBRECHT, H., HRUSCHKA, E.: Bemerkungen zur Methodik der Beratung. *Der Förderungsdienst. Sonderheft 2, 22, 7-10* (1974).
- 9 ALVAREZ-BUYLLA, R., CARRASCO-ZANINI, J.: A conditioned reflex which reproduces the hypoglycemic effect of insulin. *Acta Physiol. Latinoam* 10, 153-158 (1960).
- 10 ANAND, B.K., PILLAI, R.V.: Activity of single neurons in the hypothalamic feeding centers: Effect of gastric distension. *J. Physiol.* 192, 63-77 (1967).
- 11 ANTONS, K.: Praxis der Gruppendynamik. Übungen und Techniken. Göttingen 1974.
- 12 ARAB, L., SCHLIERF, G., SCHELLENBERG, B., KOHLMEIER, M.: Eine Kosten-Nutzen-Analyse bei Methoden für Ernährungserhebungen. Probleme der Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften 6, 131 (1979).
- 13 ARBEITSGEMEINSCHAFT der Verbraucher e.V.: Im Dienst des Verbrauchers agv. (o.J.).

- 14 ARIES, V.C., CROWTHER, J.S., DRASAR, B.S., HILL, M.J., ELLIS, F.R.: The effect of a strict vegetarian diet on the fecal flora steroid concentration. *J. Pathol.* 103, 54 (1971).
- 15 ASKAR, A.: Serotonin und Tryptamin. Herkunft, Stoffwechsel und Funktion im menschlichen Organismus. *Akt. Ernährung* 4, 125-131 (1978).
- 16 ASP, N.-G., CARLSTEDT, J., DAHLQUIST, A., JOHANNSON, C., PAULSSON, M.: Chemical analyses of what old people eat and their states of health during 6 years of follow-up. *Scand. J. Gastroenterol.* 14, 57, 128 (1979).
- 17 ATWATER, W.O., BENEDICT, F.G.: Experiments on the metabolism of matter and energy in the human body. *Bull. U.S. Dept. Agric.* 69, 112 (1899).
- 18 ATWATER, W.O., BENEDICT, F.G.: A respiration calorimeter with applications for the direct determination of oxygen. Carnegie Institution of Washington. D.C. Publication 42, 193. Washington 1905.
- 19 BABA, K.: Anorexia nervosa - einige Betrachtungen zur Psychogenese und Psychopathie. *Zeitschr. psychosomat. Med. Psychoanal.* 22, 267-277 (1978).
- 20 BACHMANN, W.: Ernährungsverhalten von Schülern. Obernburg/M. 1976.
- 21 BALCK, F., KOCH, U.: Ein Fragebogen zur Messung des Selbstwertgefühls. Unveröffentlichtes Manuskript. Sonderforschungsbereich 115, Projekt C 4. Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf 1978.
- 22 BALOGH, M., KAHN, H.A., MEDALIE, J.H.: Random repeat 24-h dietary recall. *Am. J. Clin. Nutr.* 24, 304 (1971).
- 23 BARBER, T.X., CHAUNCEY, H.H., WINER, R.A.: Effect of hypnotic and nonhypnotic suggestions on parotid gland response to gustatory stimuli. *Psychosomat. Med.* 26, 374-380 (1964).
- 24 BARCAI, A.: Family therapy in the treatment of anorexia nervosa. *Am. J. Psychiat.* 128, 286-290 (1971).
- 25 BARRETT, A.M.: Neuropharmacology of appetite regulation. *Proc. Nutr. Soc.* 37, 193-199 (1978).
- 26 BASLER, H.D.: Ober den Zusammenhang zwischen Übergewichtsmaßen und der subjektiven Einschätzung des Gewichts. *Lebensversicherungsmedizin* 26, 36 (1974).
- 27 BASLER, H.D.: Verhaltenstherapie als Möglichkeit zur Beeinflussung von Risikofaktoren. In: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen: Gesundheitspolitisch relevante Herz- und Kreislauferkrankungen. WID0-Materialien 7, 173 (1979).

- 28 BASLER, H.D., OTTE, H., SCHNELLER, Th., SCHWOON, D.: Verhaltenstherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. Stuttgart 1979.
- 29 BASSETT, J.M.: Early changes in plasma insulin and growth hormone levels after feeding in lambs and adult sheep. Aust. J. Biol. Sci. 27, 157-166 (1974).
- 30 BEAL, V.A.: The nutritional history in longitudinal research. J. Am. Diet. Ass. 51, 426 (1967).
- 31 BEAUMONT, W.: Experiments and Observations on the Gastric Juice and the Physiology of Digestion. New York 1959.
- 32 BECKER, H.: Soziologie als Wissenschaft vom soziologischen Handeln. Würzburg (o.J).
- 33 BEISEL, W.R.: Metabolic balance studies-their continuing usefulness in nutritional research. Am. J. Clin. Nutr. 32, 271-247 (1979).
- 34 BEMIS, K.M.: Current approaches to the etiology and treatment of anorexia nervosa. Psychol. Bull. 85, 593-617 (1978).
- 35 BINGHAM, S., CUMMINGS, J.H., MC NEIL, N.J.: Intakes and sources of dietary fiber in the British population. Am. J. Clin. Nutr. 32, 1313 (1979).
- 36 BLINDER, B.J., FREEMAN, D.M.A., STUNKARD, A.J.: Behavioral therapy of anorexia nervosa: Effectiveness of activity as a reinforcer of weight gains. Am. J. Psychiat. 126, 1093-1098 (1970).
- 37 BLOOM, S.R., EDWARDS, A.V., HARDY, R.N.: The role of the autonomic nervous system in the control of glucagon insulin and pancreatic polypeptide release from the pancreas. J. Physiol. 280, 9-23 (1978).
- 38 BLOOM, S.R., EDWARDS, A.V., HARDY, R.N.: The role of the autonomic nervous system in the control of pancreatic endocrine response to milk ingestion in the calf. J. Physiol. 280, 37-53 (1978).
- 39 BLOOM, S.R., POLAK, J.M.: Gut hormones. Proc. Nutr. Soc. 37, 259-271 (1978).
- 40 BODENSTEDT, A.A.: Selbsthilfe: Überlegungen zur entwicklungsstrategischen Verwendbarkeit eines allgemeinen sozialen Handlungsmusters. In: ders. (Hrsg.): Selbsthilfe: Instrument oder Ziel ländlicher Entwicklung. Saarbrücken 1975.
- 41 BODENSTEDT, A.A.: Unveröffentlichtes Manuskript aus Workshop über Fragen der Ernährungssoziologie. Institut für Agrarsoziologie. Gießen 1979.

- 42 BOETTICHER, K.G.: 73. Studie über den Gesundheitszustand, die Ernährungsgewohnheiten sowie sozialen Einstellungen alter Menschen in der BRD. Forschungsgruppe für Gerontologie e.V., Gießen 1973.
- 43 BOKKENHEUSER, V.D., WINTER, J., KELLY, W.G.: Metabolism of biliary steroids by human fecal flora. *Am.J.Clin.Nutr.* 31, 221 (1978).
- 44 BOOTH, D.A.: Acquired behavior controlling energy intake and output. In: STUNKARD, A.(ed.): *The psychiatric clinics of North America, symposium on obesity. Basic mechanisms and treatment.* Philadelphia 1978.
- 45 BOOTH, D.A. (ed.): *Hunger models.* New York 1978.
- 46 BOOTH, D.A., MILLER, N.E.: Lateral hypothalamus mediated effects of a food signal on blood glucose concentration. *Physiol. Behav.* 4, 1003-1009 (1969).
- 47 BOOTH, D.A., CHASE, A., CAMPBELL, A.T.: Relative effectiveness of protein in the late stages of appetite suppression in man. *Physiol. Behav.* 5, 1299-1302 (1970).
- 48 BOOTH, D.A.: Satiety and appetite are conditioned reactions. *Psychosomat. Med.* 39, 76-81 (1977).
- 49 BOOTHBY, W.M., SANDIFORD, J.: Normal values for standard metabolism. *Am.J.Physiol.* 90, 290-291 (1929).
- 50 BRADLEY, P.: The ponderostat and a physiological model of obesity. *Am. J. Clin. Nutr.* 31, 1975-1977 (1978).
- 51 BRADY, J.P., RIEGER, W.: Behavioral treatment of anorexia nervosa. In: THOMPSON, T., DOCKENS, W.S. (eds.): *Application of behavior modification: International Symposium on behavior modification at Minneapolis, 1972.* New York 1975.
- 52 BRANDENBURG, G.: *Weiterbildung und Arbeitsmarktpolitik.* Göttingen 1975.
- 53 BRANDES, J.S.: Insulin induced overeating in the rat. *Physiol. Behav.* 18, 1095-1102 (1977).
- 54 BRAY, G.A.: Peripheral metabolic factors in the regulation of feeding. In: SILVERSTONE, T. (ed.): *Appetite and Food intake. Dahlem-Konferenzen,* Berlin 1976.
- 55 BRAY, G.A., YORK, D.: Hypothalamic and genetic obesity in experimental animals: An autonomic and endocrine hypothesis. *Physiol. Rev.* 59, 3, 719-809 (1979).
- 56 BRAY, G.: *The Obese Patient.* In: SMITH, L.H.jr. (ed.): *Major Problems in Internal Medicine Series.* Philadelphia 1976.

- 57 BRAY,G.A., CAMPFIELD,L.A.: Metabolic factors in the control of energy stores. *Metabolism* 24, 99-117 (1975).
- 58 BRAY,G.A.: Peripheral metabolic factors in the regulation of feeding, appetite and food intake. In: SILVERSTONE, T. (ed.): *Appetite and Food Intake*, 141-176. Dahlem-Konferenzen, Berlin 1976.
- 59 BRAY,G.A.: Endocrine factors in the modulation of food intake. *Proc. Nutr. Soc.* 37, 301-309 (1978).
- 60 BROBECK,J.R.: Food intake as a mechanism of temperature regulation. *Yale J. Biol. Med.* 20, 545-552 (1948).
- 61 BROBECK,J.R.: Food and temperature. *Rec. Progr. Horm. Res.* 16, 439-459 (1960).
- 62 BRODRIBB,A.J.M., GROVES,C.: Effect of bran particle size on stool weight. *Gut.* 19, 60 (1978).
- 63 BRÜSCHEN,E.: Ernährungserhebungen in Entwicklungsländern, Bd.1. Materialien des Zentrums für regionale Entwicklungsforschung. Gießen 1978.
- 64 BROWN,S.M., FALK,H.L.: Letter to the editor: Dietary fibre and chemically induced bowel tumors. *Lancet* II, 1252 (1978).
- 65 BRUCH,H.: Death in anorexia nervosa. *Psychosomat. Med.* 33, 135-144 (1971).
- 66 BRUCH,H.: Eating disorders in adolescence. In: ZUBIN,J., FREEDMAN, A.(eds.): *Psychopathology of adolescence*, 181-196. New York 1970.
- 67 BRUCH,H.: Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within. New York 1973.
- 68 BRUCH,H.: Psychotherapie bei Magersucht und Fettsucht des Kindes. In: BIERMANN,G. (Hrsg.): *Handbuch der Kinderpsychotherapie. Ergänzungsband*, 394-406. München 1976.
- 69 BRUCH,H.: Transformation of oral impulses in eating disorders: A conceptual approach. *Psychiat. Quart.* 35, 3, 458-581 (1961).
- 70 BUCK,F.M.: A test of heightened responsiveness in an alcoholic population. *J. Abnorm. Psychol.* 88, 361-368 (1979).
- 71 BUDEBERG,B., BUDEBERG,C.: Familientherapie bei Anorexia nervosa. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 28, 37-43 (1979).
- 72 BUNDESMINISTERIUM für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten: persönliche Mitteilung. 1980.

- 73 BURKITT,D.P.: Epidemiology of cancer of the colon and rectum. *Cancer* 28, 3 (1971).
- 74 BURKITT,D.P., WALKER,A.R.P., PAINTER,N.S.: Dietary fiber and disease. *JAMA* 229, 1068 (1974).
- 75 BURNS,P., SANDER,L.W., STECHLER,G., HARRY,J.: Distress in feeding: Short term effects of caretakers environment of the first 10 days. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.* 11, 3, 427-439 (1972).
- 76 BURTON,M.J., ROLLS,E.T., MORA,F.: Effects of hunger on the responses of neurons in the lateral hypothalamus to the sight or taste of food. *Expl. Neurol.* 51, 668 (1976).
- 77 BYKOV,K.M.: Cerebral cortex and the internal organs (GANTT, W.A.H.(ed. and trans.)). New York 1957.
- 78 CABANAC,M.: Physiological role of pleasure. *Sci.* 173, 1103 (1971).
- 79 CANANAC,M., DUCLAUX,R.: Obesity: Absence of satiety aversion to sucrose. *Sci.* 168, 496-497 (1970).
- 80 CAMPBELL,J.F., BINDRA,D., KREBS,H., FERENCHAK,R.P.: Responses of single units of the hypothalamic ventromedial nucleus to environmental stimuli. *Physiol. Behav.* 4, 183-187 (1969).
- 81 CAMPBELL,R.G., HASHIM,S.A., VAN ITALLIE, Th.B.: Studies of food-intake regulation in man. Responses to variations in nutritive density in lean and obese subjects. *New Engl. J. Med.* 285, 1402-1407 (1971).
- 82 CAMPBELL,L.S., DAVIS,J.: Peripheral control of food intake: interaction between test diet and postingestive chemo-reception. *Physiol. Behav.* 12, 377-384 (1974).
- 83 CANTWELL,D.P. et.al.: Anorexia nervosa: An effective disorder? *Arch. Gen. Psychiat.* 34, 1087-1093 (1977).
- 84 CANZLER,H.: Entwicklungstendenzen der Ernährungs-Medizin. Vortrag anlässlich des 50-jährigen Bestehens der staatlich anerkannten Lehranstalt für Diätassistentinnen. Wuppertal 1978.
- 85 CAPOGROSSI,M.C., FRANZENDESE, A., DIYIROLAMO, M.: Suppression of food intake by adenosine and inosine. *Am. J. Clin. Nutr.* 32, 1762-1768 (1979).
- 86 CAREY,W.B.: Breast feeding and night waking. *J. Pediat.* 87, 2, 327 (1976).
- 87 CARLSON,A.J., HOETZEL,F.: Relation of diet to diverticulosis of the colon in rats. *Gastroenterol.* 12, 108 (1949).

- 88 CERASI, E., LUFT, R.: Plasma insulin response to glucose infusion in healthy subjects and in diabetes mellitus. *Acta Endocrinol.* 55, 278-304 (1967).
- 89 CHAUNCEY, H.H., WINER, R.A., BARBER, T.X.: Influence of verbal suggestion on the parotid gland response to gustatory stimuli. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 116, 898-901 (1964).
- 90 CHEN, W.-F., PATCHEFSKY, A.S., GOLDSMITH, H.S.: Colonic protection from Dimethylhydrazine by a high fiber diet. *Surg. Gyn. Obstet.* 147, 503 (1978).
- 91 CLEATOR, I.G.M., GOURLAY, R.H.: Release of immunoreactive gastric inhibitory polypeptide (IR-GIP) by oral ingestion of food substances. *Am. J. Surg.* 130, 128-135 (1975).
- 92 COHN, R.: Das Thema als Mittelpunkt interaktioneller Gruppen. *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 3, 251-259 (1970).
- 93 COLL, M., MEYER, A., STUNKARD, A.J.: Obesity and food choices in public places. *Arch. Gen. Psychiat.* 36, 795-797 (1979).
- 94 CORRELL, W.: *Motivation und Überzeugung in Führung und Verkauf*, 13-28. München 1976.
- 95 CREMER, H.-D.: *Die große Nährwerttabelle*. München 1980.
- 96 CREMER, M.: Überlegungen zum Curriculum von Akademieveranstaltungen. *Aktuelle Gespräche* 23, 4, 13-23 (1974).
- 97 CREMERIUS, J.: Zur Prognose der Anorexia nervosa (11 sechsundzwanzig- bis neunundzwanzigjährige Katamnesen psychotherapeutisch unbehandelter Fälle). *Zeitschr. Psychother. med. Psychol.* 24, 56-69 (1978).
- 98 CRESTA, M.: New method of assessing food consumption by age-groups on the basis of overall family data. *Nutr. Newsletter. FAO* 8, 2, 37 (1970).
- 99 CRISP, A.H.: Some aspects of the relationship between body weight and sexual behavior with particular reference to massive obesity and anorexia nervosa. *Int. J. Obesity* 2, 17-32 (1978).
- 100 CRISP, A.H., KALUCY, R.S.: Aspects of perceptual disorders in anorexia nervosa. *Brit. J. Med. Psychol.* 47, 349-361 (1974).
- 101 CRISP, A.H., PALMER, R.L., KALUCY, R.S.: How common is Anorexia nervosa? *Brit. J. Psychiat.* 128, 549-554 (1976).
- 102 CRITCHLEY, M.: Periodic hypersomnia and megaphagia in adolescent males. *Brain* 85, 627-656 (1962).

- 103 CRUSE, J.P., LEWIN, M.R., CLARK, C.G.: Failure of bran to protect against experimental colon cancer in rats. *Lancet* II, 1278 (1978).
- 104 CUMMINGS, J.H.: Nutritional implications of dietary fiber. *Am. J. Clin. Nutr.* 31, 21 (1978).
- 105 CUMMINGS, J.H.: What is fiber? In: SPILLER, G.A., AMEN, R.J. (eds.): *Fiber in human nutrition*. London 1976.
- 106 CURRY, D.L., BENNETT, L.L., GRODSKY, G.M.: Dynamics of insulin secretion by the perfused rat pancreas. *Endocrinol.* 83, 572-584 (1968).
- 107 DANIEL, R.M., HENDERSON, J.R.: Effect of vagal stimulation on plasma insulin and glucose levels in the baboon. *J. Physiol.* 192, 317-327 (1967).
- 108 DAVIS, J.D., COLLINS, B.J., LEVINE, M.W.: Peripheral control of meal size: Interaction of gustatory stimulation and post-ingestional feedback. In: NOVIN, D., WYRWICKA, W., BRAY, G.A. (eds.): *Hunger: Basic Mechanisms and Clinical Implication*, 395-408. New York 1976.
- 109 DAVIES, L., HOLDSWORTH, M.D.: A technique for assessing nutritional "at-risk" factors in residential homes for the elderly. *J. Human Nutr.* 33, 165 (1979).
- 110 DAVIES, P.S., RHODES, J.: Maintenance of remission in ulcerative colitis with sulphasalazine or a high fibre diet: A clinical trial. *Brit. Med. J.* 1, 1524 (1978).
- 111 DeCHATEAU, P., WIBERG, B.: Longterm-effect on motherinfant behaviour of extra contact during the first hour post partum II. A follow up study at three months. *Acta paediat. Scand.* 66, 145-151 (1977).
- 112 DECKE, E.: Effects of task on the eating behavior of obese and normal persons. In: SCHACHTER, S.: *Emotion, Obesity and Crime*. New York 1971.
- 113 DECKE, E.: Unveröffentlichte Daten 1975.
- 114 DELBECQ, A.L. et.al.: *Techniques for Program Planning*. Illinois 1975.
- 115 DELBECQ, A.L., VAN DE VEN, A.H.: A Group Process Model for Problem Identification and Program Planning. *J. Appl. Behav. Sci.* 7, 4, 466-493 (1971).
- 116 DELSE, F.C., FEATHER, B.W.: The effects of augmented sensory feedback on the control of salivation. *Psychophysiol.* 5, 15-21 (1968).

- 117 DENZINGER, P., EGLOFF, K.: Spezialisten zur Beratungsmethodik im Beratungsdienst der Niederlande. In: Ausbildung und Beratung 32, 3, 55-58 (1979).
- 118 DEUTSCH, J.A.: The stomach in food satiation and the regulation of appetite. Progr. Neurobiol. 10, 135-153 (1978).
- 119 DEUTSCH, J.A., YOUNG, W.G., KALOGERIS, T.J.: The stomach signals satiety. Science 201, 165-166 (1978).
- 120 DEUTSCH, J.A., THIEL, T.R., GREENBERG, L.H.: Duodenal motility after cholecystokinin injection on motility. Behav. Biol. 24, 393-399 (1979).
- 121 DEUTSCH, R.: Conditioned hypoglycemia: A mechanism for saccharin-induced sensitivity to insulin in the rat. J. Comp. Physiol. Psychol. 86, 350-358 (1974).
- 122 DEUTSCHE Gesellschaft für Ernährung: Ernährungsbericht 1976,
123 Frankfurt 1976.
- 124 DEUTSCHE Gesellschaft für Ernährung: Ernährungsbericht 1980.
Frankfurt 1980.
- 125 DEUTSCHE Gesellschaft für Ernährung: Ernährungsbericht 1972.
Frankfurt 1973.
- 126 DEUTSCHE Gesellschaft für Ernährung: Ich nehme ab, Frankfurt
1979.
- 127 DEUTSCHE Gesellschaft für Hauswirtschaft: Handbuch der
Beratung. Bad Godesberg 1975.
- 128 DEYOUB, P.L.: Relation of suggestibility to obesity. Psychol.
Reports 43, 175-180 (1978).
- 129 DIATBOGEN, Der Patient am Familientisch. Frankfurt.
- 130 DEUTSCHE Gesellschaft für Ernährung (Hrsg), Die Er-
nährung älterer Menschen. Frankfurt 1979.
- 131 DIEHL, J.M.: Ernährungspsychologie. Frankfurt 1978.
- 132 DIEHL, J.M.: Frühstücksgewohnheiten und ihre Beziehungen zu
psychologischen Variablen. Dissertation, Fachbereich
Psychologie, Universität Gießen 1978.
- 133 DOUGLAS, C.G.: A method of determining the total respiratory
exchange in man. J. Physiol. (London) 42, 17-18 (1911).
- 134 DUPRE, J.: Regulation of the secretions of the pancreas. Ann.
Rev. Med. 21, 299 (1970).

- 135 EASTWOOD, M.A., EASTWOOD, M. Ward: Epidemiology of bowel disease. In: SPILLER, G.A., AMEN, R.J. (eds.): Fiber in human nutrition, 9, 207. New York, London 1976.
- 136 EASTWOOD, M.A., SMITH, A.N., BRYDON, W.G., PRITCHARD, J.: Comparison of bran, isphagula and lactulose on colon function in diverticular disease. Gut. 19, 1144 (1978).
- 137 EDHOLM, O.G., FLETSCHER, J.G. et.al.: The energy expenditure and food intake of individual men. Brit.J. Nutr. 9, 286-300 (1955).
- 138 EHMANN, G.K., ABERT, D.J., JAMIESON, J.L.: Injections into the duodenum and the induction of satiety in the rat. Canad. J. Psych. 25, 147-166 (1971).
- 139 EID, E.E.: Follow up study of physical growth of children, who had excessive weight gain in the first six month of life. Brit. Med. J. 74, 2 (1979).
- 140 ELCHAZLY, M., BERNASEK, J., THOMAS, B.: Einflußnahme von Ballaststoffen auf Stoffwechselfvorgänge. Akt. Ernährungsmed. 2, 35-42 (1977).
- 141 ELIAS, E., GIBSON, G.J., GREENWOOD, L.F., HUNT, J.N., TRIPP, J.H.: The slowing of gastric emptying by monosaccharides and disaccharides in test meals. J. Physiol. 194, 317-326 (1968).
- 142 EMMONS, L., HAYES, M.: Nutrition knowledge of mothers and children. J. Nutr. Ed. 5, 2, 134-139 (1973).
- 143 ERIKSON, E.H.: Jugend in der Krise. Stuttgart 1970.
- 144 ERIKSON, E.H.: Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart 1961.
- 145 ERIKSON, E.H.: Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit. In: Identität und Lebenszyklus. Frankfurt 1966.
- 146 ERIKSON, E.H.: Trieb und Umwelt in der Kindheit. In: Freud in der Gegenwart. Frankfurter Beiträge zur Soziologie 6 (1957).
- 147 ERNÄHRUNGSBERICHT 1980: Psychosoziale Bewertung der Ernährung. Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Frankfurt 1980.
- 148 ESTES, W.K. (ed.): Handbook of Learning and Cognitive Processes. Hillsdale 1975.
- 149 FABRY, P.: Metabolic consequences of the pattern of food intake. In: CODE, C.F. (ed.): Handbook of Physiology 1, 1, 31. Washington 1967.
- 150 FAHRENBERG, J., SELG, H., HAMPEL, R.: Freiburger Persönlichkeitsinventar - Handanweisung. Göttingen 1978.

- 151 FANCONI: Die Ernährung des gesunden Kindes. In: FANCONI, WALLGREEN: Lehrbuch der Pädiatrie, 90-110. Stuttgart 1972.
- 152 FAO: Review of food consumption surveys. FAO: Rom 1977.
- 153 FARRELL, D.J., GIRLE, L., ARTHUR, J.: Effects of dietary fibre on the apparent digestibility of major food components and on blood lipids in man. Aust. J. Exp. Biol. Med. Sci. 56, 469-479 (1978).
- 154 FEHRENTZ, H.: Fragen zur Arbeit mit Übergewichtigen im Rahmen der Ernährungsberatung der Verbraucher-Zentralen. Unveröffentlicht 1979.
- 155 FEIGHNER, J.P. et.al.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiat. 26, 57-63 (1972).
- 156 FEND, H.: Konformität und Selbstbestimmung. Weinheim 1971.
- 157 FERSTER, C.B., NURNBERGER, J.I., LEVITT, E.E.: The control of eating. Journal of Mathetics 87-109 (1962).
- 158 FERSTL, R., DE JONG, R., BRENGELMANN, J.C.: Verhaltenstherapie des Übergewichts. München 1978.
- 159 FERSTL, R., JOKUSCH, U., BRENGELMANN, J.C.: Die verhaltenstherapeutische Behandlung des Übergewichts, Internationales Journal für Gesundheitserziehung 18, 119 (1975).
- 160 FICHTER, M.M., WOSCHNER-STOCKHEIM, M.: Die Pubertätsmagersucht - Symptomatik, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Pädiatrische Praxis 22, 411-422 (1979-1980).
- 161 FISCHER, U., HOMMEL, H., ZIEGLER, M., MICHAEL, R.: The mechanism of insulin secretion after oral glucose administration. In: Multiphasic course of insulin mobilization after oral administration of glucose in conscious dogs. Differences to the behaviour after intravenous administration. Diabetologia 8, 104-110 (1972).
- 162 FISHMAN, J.: Appetite and sex hormones. In: SILVERSTONE, T. (ed.): Appetite and Food Intake, 207-216. Dahlem Konferenzen, Berlin 1976.
- 163 FITTKAU, B.: Kommunikations- und Verhaltenstraining für Erzieher. Gruppendynamik III, 3, 252-274 (1972).
- 164 FITTKAU, B.: Förderung der Kommunikationsfähigkeit - ein Trainingskonzept für die betriebliche Fortbildung -. Psychologie und Praxis 22, 3, 122-132 (1978).
- 165 FITTKAU, MÖLLER-WOLF, SCHULZ VON THUN: Kommunizieren lernen (und umlernen). Braunschweig 1977.

- 166 FITZEN, H., STELLER, W., ZENTGRAF, H.: Die Aktion "Gesundes Frühstück", Verhalten von Schulkindern beim ersten und zweiten Frühstück. Ernährungs-Umschau 25, 238 (1978).
- 167 FITZGERALD, T.K.: Nutritional anthropologist discusses methodology. J. New Zealand Diet. Ass. 31, 11 (1977).
- 168 FLEISZER, D., MAC FARLANE, J., MURRAY, D., BROWN, R.A.: Protective effect of dietary fibre against chemically induced bowel tumours in rats. Lancet II, 552 (1978).
- 169 Food and Agricultural Organization (FAO): List of major foods consumed in selected countries. FAO: Rome, Paper No. FAO-ESNMisc./76/4, 1976.
- 170 FOPPA, K.: Lernen, Gedächtnis, Verhalten. Köln 1966.
- 171 FOREYT, J.P. (ed.): Behavioral Treatments of Obesity. Oxford 1977.
- 172 FREUD, S.: Gesammelte Werke, 10. Band (Werke aus den Jahren 1913-1917) 1967.
- 173 FRIEDMAN, M.I., STRICKER, E.M.: The physiological psychology of hunger: a physiological perspective. Psych. Rev. 83, 409-431 (1976).
- 174 FRIES, H.: Secondary amenorrhea, self induced weight reduction and anorexia nervosa. Acta Psychiatrica Scandinavica. Suppl. 248. Kopenhagen 1974.
- 175 FROHMAN, L.A., BERNARDIS, L.L.: Effects of hypothalamic stimulation on plasma glucose, insulin and glucagon levels. Am. J. Physiol. 221, 1596-1603 (1971).
- 176 FROHMANN, L.A., EZDINLI, E.Z., JAVID, R.: Effect of vagotomy and vagal stimulation on insulin release. Diabetes 16, 443-448 (1967).
- 177 FRUMKIN, K., NATHAN, R.J., PROUT, M.F., COHEN, M.C.: Nonpharmacological control of essential hypertension in man: A critical review of the experimental literature. Psychosomatic Medicine 40, 294 (1978).
- 178 FORSTENAU, P.: "Sublimierung" in affirmativer und negativ-kritischer Anwendung. In: Jahrbuch der Psychoanalyse, 4. Stuttgart 1967.
- 179 GARATTINI, S., SAMANIN, R.: Anorectic drugs and brain neurotransmitter. In: SILVERSTONE, T. (ed.): Appetite and Food Intake, 83-108. Dahlem Konferenzen, Berlin 1976.
- 180 GARROW, J.S.: A survey of three slimming and weight control organisations in the UK. Recent Advances in Obesity Research I, 301 (1975).

- 181 GARROW, J.S.: Energy Balance and Obesity in Man. Biomedical Press. Elsevier/North-Holland 1978.
- 182 GELLER, J.L.: Treatment of Anorexia nervosa by the integration of behavior therapy and psychotherapy. *Psychother. Psychosomat.* 26, 167-177 (1975).
- 183 GMF (Hrsg.): Frühstücksgewohnheiten von Arbeitnehmern. Unveröffentlichtes Manuskript, Bonn 1978.
- 184 GENSICKE, P.: Anorexia nervosa - ein familiales Sozialisationsdefizit? Die starren Rollen und die rigiden Verhaltensmuster beeinträchtigen eine erfolgreiche Identitätsfindung. *Zeitschr. Psychosomat. Med. u. Psychoanalyse* 25, 201-215 (1979).
- 185 GERGELY, S.: Ernährungserhebungen aus historischer Sicht. *Probleme der Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften* 6, 45 (1979).
- 186 GESELLSCHAFT für Konsum-, Markt- und Absatzforschung e.V.: Gesundheit, Aufgabe und Herausforderung für die 80er Jahre an Marketingforschung. Tagungsbericht 1979. Nürnberg 1979.
- 187 GIBBS, J., FALASCO, J.D., MCHUGH, P.R.: Cholecystokinin - decreases food intake in rhesus monkeys. *Am. J. Physiol.* 230, 15-18 (1976).
- 188 GIBBS, J., SMITH, G.P.: Cholecystokinin and satiety in rats and rhesus monkeys. *Am. J. Clin. Nutr.* 30, 758-761 (1977).
- 189 GIBBS, J., SMITH, G.P.: The gut and preabsorptive satiety. *Acta Hepato-Gastroenterol.* 25, 413-416 (1978).
- 190 GIFFORD, S., MUROWSKI, B.J., PILOT, M.: Anorexia nervosa in one of identical twins. *Int. Psychiat. Clin.* 7, 139-228 (1970).
- 191 GLATZEL, H.: Krankenernährung - ein diätisches Lehrbuch. 1953.
- 192 GLATZEL, H.: Verhaltensphysiologie der Ernährung. München 1973.
- 193 GLATZEL, H., RETTENMAIER, G.: Ernährungsphysiologische Brotvergleiche, Blutzuckerspiegel und Sättigung. *Nutr. Dieta* 6, 3-20 (1964).
- 194 GLATZEL, H.: Ernährung, Ernährungskrankheiten, Appetitlosigkeit, 204-248. München 1976.
- 195 GLICK, Z., MAYER, J.: Hyperphagia caused by cerebral ventricular infusion of phloridrin. *Nature* 219, 1374-1378 (1968).
- 196 GLICK, Z.: Intestinal satiety with and without upper intestinal factors. *Am. J. Physiol.* 236, R142-R146 (1979).

- 197 GLUCKSMAN, M.L.: Psychiatric observations on obesity. In: REICHS-MAN, F.(ed.): Hunger and Satiety in Health and Disease, 194-212. Basel 1972.
- 198 GÖRDES-GIESEN, A.: Untersuchung zur Ermittlung des derzeitigen Fortbildungsbedarfs von Verbraucher- und Ernährungsberatern. Vorläufige Zusammenfassung der Ergebnisse. Unveröffentlichtes Skript. Bonn 17.5.1979.
- 199 GOLDFINE, I.D., ABRAIRA, C., GRUENEWALD, D., GOLDSTEIN, M.S.: Plasma insulin levels during imaginary food ingestion under hypnosis. Proc. Soc. Ex. Biol. Med. 133, 274-276 (1970).
- 200 GOLDFINE, I.D., RYAN, W.G., SCHWARTZ, I.B.: Proc. Soc. Exptl. Biol. Med. 131, 329 (1969).
- 201 GOLDMAN, R., JAFFA, M., SCHACHTER, S.: Yom Kippur, Air France, dornictory food and the eating behavior of obese and normal persons. J. Person. Soc. Psychol. 10, 117-123 (1968).
- 202 GOTTSCHALDT, K.: Ober Persona-Phänomene. Zeitschr. Psychol. 157, 163-200 (1954). Massive obesity and anorexia nervosa. Int. J. Obesity 2, 17-32 (1978).
- 203 GRECO, A.V., MENNA, R., GHIRLANDA, E., ALTOMONTE, L., REBUZUI, A.G., BERTOLI, A.: Early insulin and glucagon response to subsequent pulses of arginine, glucose and tolbutamide in normal man. Am. J. Physiol. 236 (2), E85-E89 (1979).
- 204 GREENWAY, F.L., BRAY, G.A.: Cholecystokinin and satiety. Life Sciences 21, 769-772 (1977).
- 205 GRIGGS, R.C. and STUNKARD, A.J.: The interpretation of gastric motility: II. Sensivity and bias in the perception of gastric motility. Arch. Gen. Psychiat. 11, 82-89 (1964).
- 206 GRIMES, D.S., GORDON, L.: Satiety value of wholemeal and white bread. Lancet 2, 106 (1978).
- 207 GRODSKY, G.M.: A threshold distribution hypothesis for packet storage of insulin and its mathematical modeling. J. Clin. Invest. 51, 2047-2059 (1972).
- 208 GROMUS, B.: Ein Fragebogen zur Erfassung der Therapiemotivation Übergewichtiger. Unveröffentlichter Fragebogen, Abt. Med. Psychologie. Hamburg 1978.
- 209 GROMUS, B.: Interdisziplinäre Adipositas-Therapie: Verlauf, Erfahrungen und Ergebnisse von sechs Monaten follow up. Med. Psychol. 3, 212 (1978).
- 210 GROMUS, B., GRUBE, G., HEDDRICH, M., KOCH, U., ROTHER, G., WILKE, H.: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin, 84, 1567. München 1978.

- 211 GROSS, B.A., SILVER, I.A.: Electro-physiological studies on the hypothalamus. Br. med. Bull. 22, 254-260 (1966).
- 212 GROWDON, J.H., WURTMAN, R.J.: Dietary influence on the synthesis of neurotransmitters in the brain. Nutr. Rev. 37, 129-136 (1979).
- 213 GUDJONS, H.: Praxis der Interaktionserziehung. Bad Heilbrunn 1978.
- 214 GUTEZEIT, G.: Der Einfluß psychischer Faktoren auf die Nahrungsaufnahme des Kindes. Ernährungsumschau 8, 504-509 (1970).
- 215 GUTEZEIT, G.: Rückwirkungen der Schulverpflegung auf das Elternhaus. Ernährungsumschau 3, 82-87 (1976).
- 216 GUTEZEIT, G., DELFS-HEUER, F., GROSSE, R.: Zur Behandlung einer schweren Eßstörung bei einem 7-jährigen retardierten Mädchen. Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 25, 161-173 (1976).
- 217 GUTHRIE, H.A.: Introductory Nutrition 3, 350. St. Louis 1975.
- 218 HABER, G.B., HEATON, K.W., MURPHY, D., BURROUGHS, L.F.: Depletion and disruption of dietary fibre. Effects on satiety plasma-glucose and serum-insulin. Lancet 2, 679-682 (1977).
- 219 HAENEL, H., FRENGER, F., ROTHE, M., VETTER, K.: Ballaststoffe in der menschlichen Ernährung. Das deutsche Gesundheitswesen 33, 501 (1978).
- 220 HAGEN, R.L.: Group therapy versus bibliotherapy in weight reduction. Beh. Ther. 5, 222-234 (1974).
- 221 HAGENMÖLLER, K.F.: Gesundheit, Aufgabe und Herausforderung für die 80er Jahre an Marketingforschung. Tagungsbericht 1979. Nürnberg 1979.
- 222 HALL, R.J.C.: Normal and abnormal food intake. Gut. 16, 744-752 (1975).
- 223 HALMI, K.A.: Anorexia nervosa: Recent investigations. Ann. Rev. Med. 29, 137-148 (1978).
- 224 HAMBURGER, W.W.: Psychological aspects of obesity. Bull. New York Acad. Med. 33, 771-782 (1957).
- 225 HARMUTH-HOENE, A.E., SCHELENZ, R.: Der Einfluß von Guarmehl in der Nahrung auf die Stickstoffbilanz, den Proteinstoffwechsel und die Transitzeit der Nahrung in Ratten. Nutr. Metab. 22, 32-43 (1978).

- 226 HARPER, A.E.: Protein and amino acids in the regulation of food intake. In: NOVIN, D., WYRWICKA, W., BRAY, G.A. (eds.): *Hunger: Basic Mechanisms and Clinical Implications*, 103-114. New York 1976.
- 227 HARPER, A.E., BOYLE, P.C.: Nutrients and food intake. In: SILVERSTONE, T. (ed.): *Appetite and Food Intake*, 197-208. Dahlem Konferenzen, Berlin 1976.
- 228 HARRIS, M.B.: Self-directed program for weight control: A pilot study. *J. Abnorm. Psychol.* 74, 263-270 (1969).
- 229 HARVEY, R.F., POMARE, E.W., HEATON, K.W.: Effect of increased dietary fibre on intestinal transit. *Lancet* II, 1278 (1973).
- 230 HASELMEYER, F., PUDEL, V.: Klinisch-experimentelle Überprüfung der von Homme entwickelten Methode "Coverants (verdeckte Reaktionen)" und einer neuentwickelten Zerrspiegelmethode bei der Adipositas-therapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*. Im Druck.
- 231 HASHIM, S., VAN ITALLIE, T.: Studies in normal and obese subjects with a monitored food-dispensing device. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 131, 654-661 (1965).
- 232 HAUTZINGER, M.: Entschluß und Ausführung von Selbstkontrollverhalten. *Psychologische Beiträge* 21 (1979).
- 233 HAUTZINGER, M.: Evaluierung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen bei Adipositas. *Mitteilungen der Dt. Ges. Verhaltenstherapie* 11, 121-125 (1979).
- 234 HAUTZINGER, M.: Therapie bei Übergewicht. Ein Überblick über Genese und Therapie von Adipositas. *Therapie der Gegenwart* 112, 604-638 (1978).
- 235 HAUTZINGER, M.: Verhaltenstraining bei Übergewicht. Salzburg 1978.
- 236 HAUTZINGER, M., KAUL, S.: Effektivitätsprüfung und Effektivitätsvergleich verschiedener Selbstkontrolltechniken anhand eines Gewichtsreduktionsprogramms. Sonderband II der *Mitteilungen der Dt. Ges. Verhaltenstherapie*. Tübingen 1977.
- 237 HAUTZINGER, M., KAUL, S.: Verhaltenstraining bei Übergewicht. Ein verhaltenstherapeutisches Selbstkontrollprogramm zur Beratung und Behandlung Übergewichtiger. In: *Arbeitsbücher zur psychologischen Schulung*. Salzburg 1978.
- 238 HAUTZINGER, M., KEMMERER, L.: Ablehnungstraining und Entspannungstraining kombiniert mit einem Selbstkontrollprogramm bei der Behandlung von übergewichtigen Patienten in Gruppen. *Mitteilungen der Dt. Ges. Verhaltenstherapie* 10, 86-97 (1978).

- 239 HAVERKORT, B.: Beraterfortbildung auf Dienststellenebene in den Niederlanden. *Ausbildung und Beratung* 29, 12, 211-213 (1976).
- 240 HAYASHI, T., ARARI, M.: Natural conditioned salivary reflex of man alone as well as in a group. In: ZOTTERMAN, Y.(ed.): *Olfaction and Taste (Vol.1)*. Oxford 1963.
- 241 HEARST, E.: The classical-instrumental distinction reflexes, voluntary behavior and categories of associative learning. In: ESTES, W.K.(ed.): *Handbook of Learning and Cognitive Processes*. 2, 181-224 (1975).
- 242 HEATON, K.W.: Dietary fibre in relation to cholesterol and bile acid metabolism and the pathogenesis of gallstones. *Akt. Ernährungsmed. Suppl.* 1 (1978).
- 243 HEATON, K.W.: Food fiber as an obstacle to energy intake. *Lancet* II, 1418 (1973).
- 244 HEATON, K.W.: Food fibre as an obstacle to energy intake. *Lancet* 2, 1418-1421 (1973a).
- 245 HEGSTED, D.M.: Balance studies. *J. Nutr.* 106-307 (1976).
- 246 HELLER, S.N., HACKLER, R.L.: Changes in the crude fiber content of the American diet. *Am. J. Clin. Nutr.* 31, 1510 (1978).
- 247 HENKIN, R.I.: New aspects in the control of food intake and appetite. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 300, 321-334 (1977).
- 248 HERETICK, D.M.L.: Experimenter expectation and compliance among obese females. *Journal of Social Psychology*, 108, 95-101 (1979).
- 249 HERMAN, C.P., MACK, D.: Restrained and unrestrained eating. *J. Personality* 43, 647 (1975).
- 250 HERMAN, C.P., POLIVY, J.: Anxiety, restraint and eating behavior. *J. Abnorm. Psychol.* 84, 666 (1975).
- 251 HERMAN, C.P. and POLIVY, J.: Effects of an observer on eating behavior: The induction of "sensible" eating. *J. Pers.* 47, 85-99 (1979).
- 252 HERMAN, C.P., POLIVY, J., PLINER, P., THRELKELD, J., MUNIC, D.: Distractibility in dieters and nondieters: An alternative view of "externality". *J. Pers. Soc. Psychol.* 36, 536-548 (1978).
- 253 HERTZLER, A.A., OWEN, C.: Sociology study of food habits - a review, *J. Amer. Diet. Ass.* 69, 377 (1976).

- 254 HEXT, M. and MURCHLAND, A.: Adolescent anorexia nervosa: The patient, an approach. *J. Psychiat. Nursing and Ment. Health Serv.* 18-23 (1972).
- 255 HILL, M.J.: Metabolic Epidemiology of dietary factors in large bowel cancer. *Cancer Research* 35, 3398 (1975).
- 256 HILL, D.E., MAYES, S., DI BATTISTA, D., LOCKHART-EWERT, R., MARTIN, J.M.: Hypothalamic regulation of insulin release in rhesus monkeys. *Diabetes* 26, 726-31 (1977).
- 257 HIRSCH, J.: Discussion. In: REICHSMAN, F. (ed.) *Advances in psychosomatic medicine* 7. Hunger and Satiety in Health and Disease. Basel 1972.
- 258 HOEBEL, B.G. and HERNANDEZ, L.: Feeding and weight regulation: Basic mechanisms. In: STUNKARD, A. (ed.): *The Psychiatric Clinics of North America - Obesity: Basic Mechanisms and Treatment*, 473-492. Philadelphia 1978.
- 259 HOEBEL, B.G.: Feeding: neural control of intake. *Ann. Rev. Physiol.* 33, 533 (1971).
- 260 HOMMEL, H., FISCHER, U., RETZLOFF, K. and KNÖFLER, H.: The mechanism of insulin secretion after oral glucose administration. II. Reflex insulin secretion in conscious dogs bearing fistulas of the digestive tract by sham feeding of glucose or tap water. *Diabetologia* 8, 111-116 (1972).
- 261 HONDRICH, K.O.: *Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung*. Reinbek 1975.
- 262 HORKHEIMER, M.: *Studien über Autorität und Familie*, 5. Paris 1939.
- 263 HRUSCHKA, E.: Psychologische Grundlagen des Beratungsvorgangs. In: *Probleme der Beratung* 107-136. Stuttgart 1964.
- 264 HRUSCHKA, E.: *Versuch einer theoretischen Grundlegung des Beratungsprozesses*. Meisenheim am Glan 1969.
- 265 HUANG, C.T., GOPALA KRISHNA, G.S., NICHOLS, B.F.: Fiber, intestinal sterols and colon cancer. *Am. J. Clin. Nutr.* 31, 516 (1978).
- 266 HUGHES, C.C., MAHONEY, J.M.: Obesity and perceptual reactance. *J. Gen. Psychol.* 98, 259-269 (1978).
- 267 HUNT, G.J.: *Citizen Participation in Health Programs: Suggestions for Improvements*. Paper prepared for presentation at the Annual Meeting of the American Sociological Associations. New York 1973.

- 268 HUNT, I.F., LUKE, L.S., MURPHY, N.J., CLARK, V.A., COULSON, A.H.: Nutrient estimates from computerized questionnaires vs. 24-hr. recall interviews. *J. Am. Diet. Ass.* 74, 656 (1979).
- 269 HUNT, J.N., KNOX, M.T.: Regulation of gastric emptying. In: *Handbook of Physiology*. 6, IV, 1917-1936, Am. Physiol. Soc. Washington 1968.
- 270 HUNT, J.N., STUBBS, D.F.: The volume and energy content of meals as determinants of gastric emptying. *J. Physiol. Lond.* 245, 209-225 (1975).
- 271 HUTH, K., MICHALSKY, U., CREMER, H.-D., SCHMAHL, F.W.: Körpergewicht und Ballstoffe. *Med. Welt* 29, 121-123 (1978).
- 272 HUTTON, R.A., WOODS, S.C. and MAKOUS, W.: Conditioned hypoglycemia.: Pseudoconditioning controls. *J. Comp. Physiol. Psychol.* 71, 198-202 (1970).
- 273 IRSIGLER, K., VEITL, V. et.al.: Calorimetric Results in Man: Energy output in normal and overweight subjects. *Metabolism* 28, 11 (1979).
- 274 JACOBS, H.L. and SHARMA, K.N.: Taste versus calories. Sensory and metabolic signals in the control of food intake. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 157, 1084-1128 (1969).
- 275 JAMES, W.P.T., BRANCH, W.J., SOUTHGATE, D.A.T.: Calcium binding by dietary fibre. *Lancet* 1, 638 (1978).
- 276 JANOWITZ, H.D., HOLLANDER, F., ORRINGER, D., LEVY, M.H., WINKELSTEIN, A., KAUFMAN, M.R. and MARGOLIN, S.G.: A quantitative study of the gastric secretory response to sham feeding in a human subject. *Gastroenterology* 16, 104-116 (1950).
- 277 JENKINS, G.N. and DAWES, C.: The psychic flow of saliva in man. *Arch. Oral. Biol.* 11, 1203-1204 (1966).
- 278 JENKINS, D.A.J., LEEDS, A.R., SLAVIN, B., MANN, J., JEPSON, E.M.: Dietary fiber and blood lipids: Reduction of serum cholesterol in type II hyperlipidemia by guar gum. *Am. J. Clin. Nutr.* 32, 16 (1979).
- 279 JENKINS, D.J.A., WOLEVER, T.M.S., LEEDS, A.R., GASSULL, M.A., HAISMAN, P., DILAWARI, J., GOFF, D.V., METZ, G.L., ALBERTI, K.G.M.M.: Dietary fibre, fibre analogues and glucose tolerance: Importance of viscosity. *Brit. Med. J.* 1, 1392 (1978).
- 280 JENKINS, D.A.J., NINEHAM, R., CRADDOCK, C., CRAIG-McFEELY, C., DONALDSON, K., LEIGH, T., SNOOK, J.: Fibre and diabetes. Letter to the editor. *Lancet* 1, 434 (1979).

- 281 JENKINS, D.J.A., GOFF, D.V., LEEDS, A., ALBERTI, K., WOLEVER, T., GASSULL, M.A., HOCKADAY, T.D.R.: Unabsorbable carbohydrates and diabetes: Decreased post-prandial hyperglycaemia. *Lancet* 2, 172-174 (1976).
- 282 JENKINS, D.J.A., WOLEVER, T.M.S., LEEDS, A.R., GASSULL, M.A., HATSMAN, P., DILAWARI, J., GOFF, D.V., METZ, C.L., ALBERTI, K.G.M.M.: Dietary fibre, fibre analogues and glucose tolerance: importance of viscosity. *Brit. Med. J.* 1392-1394 (1978).
- 283 JENNES, A., HACKMAN, R.C.: Salivary secretion during hypnosis. *J. Exp. Psychol.* 22, 58-66 (1938).
- 283a JOKUSCH, U.: Bewertung einer Selbstkontrolltherapie des Übergewichts aufgrund langfristiger Nachkontrollen. Unveröffentl. Manuskript. Inst. f. Therapieforschung. München 1976.
- 284 JOHNSON, L.R.: Gastrointestinal hormones and their functions. *Ann. Rev. Physiol.* 39, 135-158 (1977).
- 285 DE JONG, A., STRUBBE, J.H., STEFFENS, A.B.: Hypothalamic influence on insulin and glucagon release in the rat. *Amer. J. Physiol.* 233 (5), E 380-388 (1977).
- 286 JORDAN, H.A.: Voluntary intragastric feeding oral and gastric contributions to food intake and hunger in man. *J. Comp. Physiol. Psychol.* 68, 498-506 (1969).
- 287 JUNG, F.: Untersuchungen zur Nahrungsaufnahme von Kindern und Neugeborenen unter besonderer Berücksichtigung der psychischen Aktivierung. *Math. nat. Diss.* Göttingen 1976.
- 288 JUNG, F., PUDEL, V.: Zur Auswirkung von psychischer Aktivierung auf die Nahrungsaufnahme von Kindern. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 26, 85-90 (1977).
- 289 JUNG, R.P., SHETTY, P.S., JAMES, W.P.T., BARRAND, M.A., CALLINGHAM, B.A.: Reduced thermogenesis in obesity. *Nature* 279, 322-323 (1979).
- 290 KAHLKE, W., GROMUS, B., KOCH, U., WILKE H.: Kooperation von Internisten, Psychologen und Ernährungsberatern bei der Adipositasbehandlung. *Therapiewoche* 28, 8144 (1978).
- 291 KAPPUS, W.: Gemeinsam geht es besser. Erfahrungen aus Selbsthilfegruppen für Übergewichtige und Hinweise für die Praxis. Kleine Reihe Nr. 19 der Agrarsozialen Gesellschaft. Göttingen 1979.
- 292 KAPPUS, W.: Ich nehme ab. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.), Frankfurt 1979.

- 293 KAPPUS, W. et.al.: Selbsthilfegruppen zur Änderung des Ernährungsverhaltens und zur Gewichtsabnahme. Agrarsoziale Gesellschaft e.V. (Hrsg.) - Materialsammlung 143. Göttingen 1979.
- 295 KARAMANOS, B., BUTTERFIELD, W.J.H., ASMAL, A.C., WHICHELOW, M.J.: The pattern of early insulin response to oral glucose. Postgrad. Med. J. 47, 440-443 (1971).
- 295 KARST, H., MÜHR, M., SEPPELT, B.: Das Ernährungsinterview. 1. Mitt. Ein Methodenvergleich zwischen Jahresanamnese und wiederholter Tagesbefragung. Die Nahrung 23, 53 (1979).
- 296 KASPER, H.: Der Einfluß von Pflanzenfasern-Ballaststoffen auf die Nährstoffausnutzung. In: ROTTKA, H. (Hrsg.): Pflanzenfasern-Ballaststoffe in der menschlichen Ernährung. Stuttgart 1979.
- 297 KATZ, D.: Hunger und Appetit. Leipzig 1932.
- 298 KEHRER, H.E.: Behandlung der Pubertätsmagersucht mit Verhaltenstherapie. Der Nervenarzt 43, 129-135 (1972).
- 299 KELSAY, J.L.: A review of research on effects of fiber intake in man. Am. J. Clin. Nutr. 31, 142 (1978).
- 300 KELSEY, L.D., HEARNE, C.C.: Cooperative extension work. New York 1963.
- 301 KELTZ, F.R., KIES, C., FOX, H.M.: Urinary ascorbic acid excretion in the human as effected by dietary fibre and zinc. Am. J. Clin. Nutr. 31, 1167 (1978).
- 302 KENDELL, R.E., HALL, D.J., HAILEY, A., BABIGIAN, H.M.: The epidemiology of anorexia nervosa. Psychol. Med. 3, 220-203 (1973).
- 303 KENNEDY, G.G.: The role of the depot fat in the hypothalamic control of food intake in the rat. Proc. Roy. Soc. 140, 578-592 (1953).
- 304 KENNEL, J.H., DERAULD, R., WOLFE, H., CHESLER, D.: Maternal behavior one year after early and extended post partum contact. Developmental Med. Child Neurol. 16, 172-179 (1974).
- 305 KERN, F. jr., BIRKNER, H.J., OSTROWER, V.S.: Binding of bile acids by dietary fiber. Am. J. Clin. Nutr. 31, 175 (1978).
- 306 KERR, A.: Salivary Secretions in Man. Oxford 1961.
- 307 KEYES, A., BROZEK, J., HERSHEL, A., MICHELSON, D., TAYLOR, H.: The Biology of Human Starvation. Minneapolis 1950.

- 308 KILLEFFER, F.A., STERN, W.E.: Chronic effects of hypothalamic injury-report of a case of near total hypothalamic destruction resulting from removal of a craniopharyngioma. Arch. Neurol. 22, 419-429 (1970).
- 309 KINDERMANN, K.: Experimentelle Untersuchung zum simultanen Einfluß innerer und äußerer Reize auf das menschliche Eßverhalten. Zeitschr. exp. angew. Psychol. 17, 145-165 (1980).
- 310 KIRSTEN, E.R., MÖLLER-SCHWARZ, J.: Gruppentraining. Ein gruppendynamisches Übungsbuch. Stuttgart 1973.
- 311 KISSEL, S. and ARKINS, V.: Anorexia nervosa reexamined. Child Psychiat. Human Develop. 3, 255-263 (1973).
- 312 KLEINSCHMIDT, Th.: Der diätetische Imperativ in Prävention und Rehabilitation - eine Zwischenbilanz; Vortrag anläßlich der 19. ordentlichen Mitgliederversammlung der GÖTEGEMEINSCHAFT DIÄTVERPFLEGE e.V. Bad Tölz 1980.
- 313 KLOSINSKI, G.: Einsatz einer kombinierten "Mal- und Märchentherapie" bei einer Pubertätsmagersucht. Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 206-215 (1978).
- 314 KNICK, B., KNICK, J., EDENHOFNER, S., GRUNER, H.J., KASPER, H.: Langzeiterfahrungen mit einem computervermittelten Reduktionsdiätprogramm. Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med. 82. München 1976.
- 315 KOCH, U., BALCK, F.: Ein Fragebogen zur Messung sozialer Angst. Unveröffentlichtes Manuskript, Sonderforschungsbereich 115, Projekt C 4, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf 1978.
- 316 KOCH, U., GROMUS, B.: Ambulante Modifikation des Eßverhaltens - ein interdisziplinärer Ansatz. Vortrag im Rahmen des Symposiums "Psychosoziale Probleme und psychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten bei Herzinfarktpatienten", Benedikt-Kreutz-Rehabilitationszentrum Bad Krozingen, 16.-17.11.1979.
- 317 KOCH, U., LASCHINSKY, D.: Ein Fragebogen zur Erfassung der Situation am Arbeitsplatz und in der Familie (KOLA). Psychol. Praxis 4 (1979).
- 318 KOFRANYI, E., MICHAELIS, H.F.: Ein tragbarer Apparat zur Bestimmung des Gasstoffwechsels. Arbeitsphysiol. 11, 148-150 (1940).
- 319 KOMATSU, H., OKUDA, T.: A survey on the measurement of food weight by the human eye. Japan. J. Nutr. 31, 248 (1973).

- 320 KOPPLE, J.D., SWENSEID, M.E.: Evidence that histidine is an essential amino acid in normal and chronically uremic man. *J. Clin. Invest.* 55, 881 (1975).
- 321 KORKSGAARD, S., SKANSIG, O.B.: Increase in weight after treatment with depot neuroleptics. *Acta Psychiatr. Scandinavica* 59, 139-145 (1979).
- 322 KOSCIELNY, G.: Ernährungserziehung. München 1979.
- 323 KOSCIELNY, G.: Schülerbefragung. Unveröffentlichte Untersuchung.
- 324 KRALY, F.S., BLASS, F.M.: Increased feeding in rats in a low ambient temperature. In: NOVIN, D., WYRWICKA, W., BRAY, G.A. (eds.): *Hunger: Basic Mechanisms and Clinical Implications.* 77-88. New York 1976.
- 325 KRANTZ, D.S.: A naturalistic study of social influences on meal among moderately obese and nonobese subjects. *Psychosomat. Med.* 41. 19-27 (1979).
- 326 KRASSNER, H.A., BROWNELL, K.D., STUNKARD, A.J.: Cleaning the plate: Food left over by overweight and normal weight persons. *Beh. Res. and Ther.* 17, 155-156 (1979).
- 327 KRECH, D., CRUTCHFIELD, R.S.: Grundlagen der Psychologie, I, II. Weinheim 1972.
- 328 KRITCHEVSKY, D.: Influence of dietary fiber on bile acid metabolism. *Lipids* 13, 982 (1978).
- 329 KRITCHEVSKY, D., STORY, J.A.: Fiber, Hypercholesteremia and Atherosclerosis. *Lipids* 13, 366 (1978).
- 330 KROTKIEWSKI, M., SJÖSTRÖM, L., SULLIVAN, L.: Early biphasic peripheral insulin response to cephalic stimulation in obese and lean women. In: VAGUE, J., VAGUE, Ph. (ed.): *Diabetes and Obesity.* Excerpta Medica 47-52. Amsterdam 1979.
- 331 KRÜGER, W.: Beratung in der Weiterbildung. Paderborn 1978.
- 332 KOCHLE, E.: Methods of Communication: Practical Psychology Nutrition Education. IV. International Congress of Dietetics Stockholm 1965.
- 333 KOCHLER, J.: Gruppendynamische Verfahren in der Aus- und Weiterbildung. München 1979.
- 334 KUHLO, W.: Neurophysiologische und klinische Untersuchungen beim Pickwick-Syndrom. *Arch. Psychiat.* 211, 170-192 (1968).
- 335 KUN, E., HORVATH, I.: The influence of oral saccharin on blood sugar. *Proc. Soc. Exptl. Biol. Med.* 66, 175-177 (1947).

- 336 LACY, M.P.: The Effects of Involvement on the Participants in Cooperative Extension Program Planning. Phil. Diss., University of Wisconsin, Madison 1961.
- 337 LANDGREBE, I., AIGN, W.: Probleme und Technik der Ernährungs- und Diätberatung im Handbuch der Ernährungslehre und Diätetik, III. Stuttgart 1974.
- 338 LANGER, I., SCHULZ von THUN, N.F., TAUSCH, H.R.: Verständlichkeit in der Schule, Verwaltung, Politik und Wissenschaft. München 1974.
- 339 LeBOW, M.D., GOLDBERG, P.S., COLLINS, A.: Eating behavior of overweight and nonoverweight persons in the natural environment. J. Cons. Clin. Psychol. 45, 1204 (1977).
- 340 LEE, A.B., GOLGMAN, M.: Effect of starving on normal and overweight students. J. Soc. Psychol. 108, 165-169 (1979).
- 341 LEIBOWITZ, S.F.: Brain catecholaminergic mechanism for control of hunger. In: NOVIN, D., WYRWICKA, W., BRAY, G.A. (eds.): Hunger: Basic Mechanisms and Clinical Implications. 1-18. New York 1976.
- 342 LEITZMANN, C.: Die physiologische Regulation der Nahrungsaufnahme. Ernährungs-Umschau 25, 115-120 (1978).
- 343 LEITZMANN, C., OVERBECK, D., AIGN, W., VAN STRATUM, P., CREMER, H.-D.: The influence of energy density on food intake. Int. J. Obesity 2, 379 (1978).
- 344 LEITZMANN, C.: Der Einfluß von Pflanzenfasern-Ballaststoffen auf den Energiehaushalt. In: ROTTKA, H. (Hrsg.): Pflanzenfasern-Ballaststoffe in der menschlichen Ernährung. 113-116. Stuttgart 1979.
- 345 LEITZMANN, C., CREMER, H.-D.: Der Einfluß zugesetzter Ballaststoffe auf die Lebensmittelqualität. Ernährungs-Umschau 26, 12 (1979).
- 346 LEITZMANN, C., MEYER-PLOEGER, A.: Der Einfluß von Johannisbrotkernmehl auf die Stickstoffausscheidung gesunder Probanden. XVI. Wiss. Kongr. der DGE. Gießen 1979.
- 347 LE MAGNEN, J.: Activite de l'insulin sur la consommation spontaee de solutions rapides. Compt. Rend. Soc. Biol. 147, 1753, 1953.
- 348 LE MAGNEN, J.: Metabolically driven and learned feeding responses in man. In: BRAY, C.(ed.): Recent Advances in Obesity Research II, 45-53. London 1978.
- 349 LE MAGNEN, J.: In: DENTON, D.A., COGHLAN, J.P. (eds.): Olfaction and Taste, 381. London 1975.

- 350 LENSKI, G.: Macht und Privileg, eine Theorie der sozialen Schichtung. Frankfurt/Main 1973.
- 351 LEON, G.R. and ROTH, L.: Obesity: Psychological causes correlations and speculations. Psychol. Bull. 84, 117-139 (1977).
- 352 LEVITZ, L.S.: The susceptibility of human feeding behavior to external controls. In: BRAY, G.(ed.): Obesity in Perspective. DHEW Publication, 75-708 (1975).
- 353 LEWIS, B.A.: Physical and biological properties of structural and other nondigestible carbohydrates. Am. J. Clin. Nutr. 31, 82 (1978).
- 354 LICHKO, A.E.: Conditioned reflex hypoglycemia in man. Pavlov. J. Higher Nerv. Activity 9, 731-737 (1959).
- 355 LIEBMAN, R., MINUCHIN, S., BAKER, L.: An integrated treatment program for anorexia nervosa. Amer. J. Psychiat. 131, 432 (1974).
- 356 LOCKHART-EWART, R.B., MOK, C., MARTIN, J.M.: Neuroendocrine control of insulin secretion. Diabetes 25, 96-100 (1976).
- 357 LOUIS-SYLVESTRE, J.: Preabsorptive insulin release and hypoglycemia in rats. Am. J. Physiol. 230, 56 (1976).
- 358 LUPTON, M., SIMON, L., BARRY, V., KLAWANS, H.L.: Biological aspects of anorexia nervosa. Science 18, 1341-1348 (1976).
- 359 LYON, J.L., SORENSON, A.W.: Colon cancer in a low-risk population. Am. J. Clin. Nutr. 31, 227 (1978).
- 360 LYTLE, L.D., MESSING, R.B.: Appetite in the regulation of food intake for energy (animal and man). Prog. Food Nutr. Sci. 2, 49-58 (1976).
- 361 McDONALD, J.: The effects of dietary fiber: Are they all good. In: SPILLER, G.A., AMEN, R.J. (eds.): Fiber in Human Nutrition. II, 263. London 1976.
- 362 McFARLAND, D.J.: Feedback Mechanisms in Animal Behavior. London 1971.
- 363 McKAY, E.M., CALLOWAY, J.W., BARNES, R.H.: Hyperalimantation in normal animals produced by protamine insulin. J. Nutr. 20, 59-66 (1940).
- 364 MAHLE, W.A.: Provokation der Praxis. In: FEIL, G. (Hrsg.): Fernsehforschung: Feedback oder Anpassung? Berlin 1977.
- 365 MARR, J.W.: Individual dietary surveys: Purposes and methods. World Review of Nutrition and Dietetics 13, 105 (1971).

- 366 MARSHALL, J.F.: Neurochemistry of central monoamine systems as related to food intake. In: SILVERSTONE, T. (ed.): Appetite and Food Intake. 43-64, Dahlem Konferenzen. Berlin 1976.
- 367 MAWSON, A.R.: Anorexia nervosa and the regulation of intake: A review. *Psychol. Med.* 4, 289-308 (1974).
- 368 MAYER, J.: Glucostatic mechanisms of regulation of food intake. *New Engl. J. Med.* 249, 13-19 (1953).
- 369 McCANCE, E.M., WIDDOWSON et.al.: The Composition of Foods. Biomedical Press. Elsevier/North-Holland.
- 370 McCLOY, J., McCLOY, R.F.: Enkephalins, hunger and obesity. *Lancet* 2, 156 (1979).
- 371 McHUGH, P.R., MORAN, T.H., BARTON, G.N.: Satiety, a graded behavioral phenomenon regulating caloric intake. *Science* 190, 167-169 (1975).
- 372 McKENNA, R.J.: Some effects of anxiety level and food cues on the eating behavior of obese and normal subjects: A comparison of the Schachterian and psychosomatic conceptions. *J. Pers. Soc. Psychol.* 22, 311-319 (1972).
- 373 McLAUGHLIN, C.L., BAILE, C.A.: Cholecystokinin, amphetamine and diazepam and feeding in lean and obese Zucker rats. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 10, 87-93 (1979).
- 374 MEARES, R., HORVATH, T.: A psychological approach to the study of attachment: The mothers attention and her infants heart rate. *Austral. and New Zealand J. Psychiat.* 8, 3-7 (1974).
- 375 MELLINKOFF, S.M., FRANKLAND, M., GREIPEL, M.: Effect of amino acid and glucose ingestion on arteriovenous blood sugar and appetite. *J. Appl. Physiol.* 9, 85-87 (1956).
- 376 MENDEN, E., ELMADFA, I., AIGN, W., LÄMMLE, S. (Hrsg.): Durchführung einer Reduktionsdiät mit hohem Brot-Anteil. *Fortschr. Med.* 972-976 (1976).
- 377 METAPLAN: Metaenquete über die Entwicklung der den Verbraucher dienenden Institutionen. 50 ff. Quickborn 1975.
- 378 MEYER, J.E.: Psychopathology and eating disorders. In: SILVERSTONE, T.(ed.): Appetite and Food Intake. Report of the Dahlem Workshop on Appetite and Food Intake. Berlin 1976.
- 379 MEYER, J.E.: Anorexia nervosa of adolescence. The central syndrome of the Anorexia nervosa group. *Brit. J. Psych.* 118, 539-542 (1971).

- 380 MEYER, J.E.: Psychopathologie und Klinik des Jugendalters. In: Psychiatrie der Gegenwart, II/1. Berlin 1972.
- 381 MEYER, J.E., TUCHELT-GALLWITZ, A.: Psychiatrisch-psychologische Untersuchungen an weiblichen Fettsüchtigen. Zeitschr. Psychosomat. Med. 13, 73-107 (1967).
- 382 MEYER, J.E., PUDEL, V., HUSZARIK-FELGENDREHER, M.: Zum Eßverhalten im höheren Lebensalter. Experimentelle Studien an gesunden und dementen alten Menschen. Nervenarzt z. Zt. im Druck.
- 383 MEYER, P.D., DEN BESTEN, L., MASON, E.E.: The effects of a high-fiber diet on bile acid pool size, bile acid kinetics and biliary lipid secretory rates in the morbidly obese. Surgery 85, 311 (1979).
- 384 MILICH, R.S.: A critical analysis of Schachter's theory of obesity. J. Abnorm. Psychol. 84, 586-588 (1975).
- 385 MILLER, B., SCHNEITLER, H., STROHMEYER, G.: Fehlernährung als Ursache gastrointestinaler Erkrankungen. Internist 18, 485 (1977).
- 386 MILLER, B., STROHMEYER, G.: Divertikulose und Karzinom des Dickdarms als Faserstoffmangelkrankheiten: Tatsache oder Hypothese? Internist 20, 195 (1979).
- 387 MILLER, J.J., MOGENSEN, G.J., STRAVAKY, G.W.: Effects of stimulation of the septum, sciatic nerve and olfactory bulb on lateral hypothalamic neurons. Federation Proc. 29, 837 (1970).
- 388 MILLER, N.E.: Effect of learning on gastro-intestinal functions. Clinics in Gastroenterol 6, 533-546 (1977).
- 389 MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L., BAKER, L.: Psychosomatic Families. Anorexia nervosa in Context. Cambridge, Mass. u. London 1978.
- 390 MÖBERG, S., CARLSBERGER, G.: The effect of gastric emptying of test meals with various fat and osmolar concentration. Scand. J. Gastroenterol. 9, 29-32 (1974).
- 391 MÖHR, M., KARST, H., GAGSCH, E., KAYSER, M., RÄKE, I.: Zur praktischen Durchführung differenzierter Ernährungsmechanismen. Ernährungsforschung 18, 211 (1973).
- 392 MÜLLER, C.: Technik der Lernplanung. 5.Aufl., 23 ff. Weinheim/Basel 1976.
- 393 MOELLER, M.L.: Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen. Hamburg 1978.

- 394 MOLTZ, J.H., FAWCETT, C.P., McCANN, S.M., DOBBS, R.H., UNGER, R.H.: The hypothalamus-pancreatic axis: Evidence for a neurohormonal pathway in the control of the release of insulin and glucagon. *Endocrinol. Res. Commun.* 2, 537-47 (1975).
- 395 MONTAGUE, A.: Körperkontakt - Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. Stuttgart 1974.
- 396 MOON, R.D.: Monitoring human eating patterns during the ingestion of non-liquid foods, *Int. J. Obesity* 3, 281 (1979).
- 397 MOORE, J.G., SCHENKENBERG, T.: Psychic control of gastric acid: Response to anticipated feeding and biofeedback training in a man. *Gastroenterol.* 66, 954-959 (1974).
- 398 MOORE, J.G., MOTOKI, D.: Gastric secretory and humoral response to anticipated feeding in men. *Gastroenterol.* 7, 71-75 (1979).
- 399 MORGAN, R.W., JAIN, M., MILLER, A.B., CHOI, N.W., MATTHEWS, V., MUNAN, L., BURCH, J.D., FEATHER, J., HOWE, G.R., KELLY, A.: A comparison of dietary methods in epidemiologic studies, *Am. J. Epidem.* 107, 488 (1978).
- 400 MORGANE, P.J.: The function of the limbic and rhinic forebrain, limbic midbrain systems and reticular formation in the regulation of food and water intake. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 157, 806-824 (1969).
- 401 MORGANE, P.J., JACOBS, H.L.: Hunger and Satiety. *World Rev. Nutr. Diet.* 10, 101-213 (1969).
- 402 MORRISON, S.D.: The hypothalamic syndrome in rats. *Fed. Proc.* 139-142 (1977).
- 403 MUCCHIELLI, R.: Arbeitsbücher zur psychologischen Schulung. Salzburg (o.J.).
- 404 MULLEN, J.D.: Dietary fiber sources for human studies. *Am. J. Clin. Nutr.* 31, 103 (1978).
- 405 MUNRO, J.T.: Clinical aspects of the treatment of obesity by drugs: a review. *Int. J. Obesity* 3, 171-180 (1979).
- 406 NEULOH, O., TEUTEBERG, H.-J.: Ernährungsfehlverhalten im Wohlstand. Paderborn 1979.
- 407 NEWCOMBE, R.G.: Bran and experimental colon cancer (Letter to the editor). *Lancet* I, 108 (1979).
- 408 NICKEL, H.: Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Stuttgart 1974.

- 409 NICOLAIDIS, S.: Early systemic responses to orogastric stimulation in the regulation of food and water balance. Functional and electrophysiological data. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 157, 1176-1203 (1969).
- 410 NISBETT, R.E.: Determinants of food intake in obesity. *Science* 159, 1254-1255 (1968).
- 411 NISBETT, R.E.: Hunger, obesity and the ventromedial hypothalamus. *Psychol. Rev.* 79, 433 (1972).
- 412 NISBETT, R.E.: Taste, deprivation, and weight determinants of eating behavior. *J. Pers. Soc. Psychol.* 10, 107-116 (1968).
- 413 NISBETT, R.E., KANOUSE, D.E.: Obesity, food deprivation and supermarket shopping behavior. *J. Pers. Soc. Psychol.* 12, 289 (1969).
- 414 NISBETT, R.E., STORMS, M.: Cognitive and social determinants of food intake. In: LONDON, H., NISBETT, R.E. (eds.): *Thought and Feeding: Cognitive Alterations of Feeding States*. Chicago 1974.
- 415 NOVIN, D., WYRWICKA, W., BRAY, G.A. (eds.): *Hunger: Basic Mechanisms and Clinical Implications*. New York 1976.
- 416 NOVIN, D.: Visceral mechanisms in the control of food intake. In: NOVIN, D., WYRWICKA, W., BRAY, G.A. (eds.): *Hunger: Basic Mechanisms and Clinical Implications*. 357-368, New York 1976.
- 417 NOVIS, B.H., BANK, S., MARKS, T.N.: The cephalic phase of pancreatic secretion in man. *Scand. J. Gastroenterol.* 6, 417-421 (1971).
- 418 NUTRITION Canada - Food consumption patterns report. Department of National Health and Welfare. Ottawa 1974.
- 419 OBIDITSCH, F.: *Einführung in die Soziologie der Erziehung*. Villingen 1969.
- 420 OLTERS DORF, U.: Unveröffentlichtes Manuskript, Gießen 1980.
- 421 OOMURA, Y., OHTA, M., ISHIBASHI, S., KITA, H., OKAJIMA, T., ONO, T.: Activity of chemosensitive neurons related to the neurophysiological mechanism of feeding. In G. Bray (Ed.): *Recent Advances in Obesity, Research II*. 17-26, London 1978.
- 422 OOMURA, Y.: Significance of glucose, insulin and free fatty acid on the hypothalamic feeding and satiety neurons. In: NOVIN, D., WYRWICKA, W., BRAY, G.A. (eds.): *Hunger: Basic Mechanisms and Clinical Implications*. 145-157. New York 1976.

- 423 OPITZ, K.: Pharmakologische Beeinflussung des Appetits. ZWR 85, 604-608 (1976).
- 424 ORBACH, S.: Antidiätbuch. Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Eßsucht. München 1979.
- 425 OVERBECK, D.: Der Einfluß der Energiedichte auf Körpergewicht, Nahrungsaufnahme, Flüssigkeitsaufnahme und Blutlipide bei ideal-, normal- und übergewichtigen gesunden Probanden. Diss., FB 19. Gießen 1978.
- 426 PAINTER, N.S., ALMEIDA, A.Z., COLEBOURNE, K.W.: Unprocessed bran in treatment of diverticular disease of the colon. Brit. Med. J. 2, 137 (1972).
- 427 PAINTER, N.S., BURKITT, D.P.: Diverticular disease of the colon, a 20th century problem. In: SMITH, A.N., SAUNDERS (eds.): Clinics in Gastroenterology. 4, 3 (1975).
- 428 PALMER, Z.B., SISSON, R.L., KYLE, C., HEBB, A.: Community Participation in the Planning Process. Consumer Participation in Health Planning. Health Education Monographs 32, 5-21 (1972).
- 429 PANGBORN, R.M.: Parotid flow stimulated by the sight, feel and odor of lemon. Mot. Skills. 27, 1340-1342 (1968).
- 430 PARRA-COVARUBIAS, A., RIVERA-RODRIGUEZ, I., ALMAREZ-UGALDE, A.: Cephalic phase of insulin secretion in obese adolescents. Diabetes 20, 800-802 (1971).
- 431 PAVLOV, I.P.: Lectures on conditioned reflexes. (GANTT, W.H., Transl.) New York: International Publications, (First published 1928) 1941.
- 432 PAVLOV, I.P.: The work of the digestive glands. (Thompson, W.H., Transl.) London 1902.
- 433 PEERY, J.C., STERN, D.N.: Mother-infant gazing during play, bottle feeding and spoon feeding. J. Psychol. 91, 207-215 (1975).
- 434 PERISSE, J., SIZARET, F., FRANCOIS, P.: The effect of income on the structure of the diet. Nutr. Newsletter. FAO 7, 3, 1 (1969).
- 435 PERLEY, M.S., KIPNIS, D.M.: Plasma insulin response to oral and intravenous glucose, studies in normal and diabetic subjects. J. Clin. Invest. 46, 1954-1962 (1967).
- 436 PESSON, L.L.: Extension Program planning with participation of clientele. In: SANDERS, H.C.: The Cooperative Extension Service. Englewood Cliffs, 94-109 (1966).

- 437 PETZOLD, R., SCHÖFFLING, K.: Sprechstunde: Diabetes. GU-Ratgeber. München 1979.
- 438 PFAFF, H.-P., AIGN, W., OLTERSODORF, U.: Beurteilung ausgewählter Lebensmittel durch Verbraucher der Stadt Lahn. Ernährungslehre und -Praxis 5, 2 (1979).
- 439 PFEIFFER, J.W., JONES, J.E.A.: Arbeitsmaterial zur Gruppendynamik. Gelnhausen 1974.
- 440 PHILLIPS, R.L., LEMON, F.R., BEESON, W.L., KUZMA, J.W.: Coronary heart disease mortality among Seventh-Day Adventists with differing dietary habits: a preliminary report. Am. J. Clin. Nutr. 31, 191 (1978).
- 441 PHILLIPS, R.L.: Role of life-style and dietary habits in risk of cancer among Seventh-Day Adventists. Cancer Res. 35, 3513 (1975).
- 442 POLIVY, J., HERMAN, C.P., YOUNGER, J.C., ERSKINE, B.: Effects of a model on eating behavior: The induction of a restrained eating style. J. Pers. 47, 100-117 (1979).
- 443 POLIVY, J., HERMAN, C.P., WARSH, S.: Internal and external components of emotionality in restrained and unrestrained eaters. J. Abnorm. Psychol. 87, 497-504 (1978).
- 444 PORIKOS, K.P., BOOTH, G., VAN ITALLIE, T.B.: Effect of covert nutritive dilution on the spontaneous food intake of obese individuals: a pilot study. Am. J. Clin. Nutr. 30, 1638-1644 (1977).
- 445 PORTE, D.jr., GIRARDIER, L., SEYDOUX, J., KANAZAWA, Y., POSTERNAK, J.: Neural regulation of insulin secretion in the dog. J. Clin. Invest. 52, 210-214 (1973).
- 446 PORTER, R.J., BASSETT, J.M.: Early insulin release following suckling in neonatal lambs and rabbits. Diabetologia 16, 4, 235-9 (1979).
- 447 POWLEY, T.L.: The ventromedial hypothalamic syndrome. Satiety and a cephalic phase hypothesis. Psychol. Rev. 84, 89-126 (1977).
- 448 POWLEY, T.L., KEESEY, R.E.: Relationship of body weight to the lateral hypothalamic feeding syndrome. J. Comp. Physiol. Psychol. 70, 25-36 (1970).
- 449 PREISER, S.: Problemorientiertes Verhaltenstraining als praxisnahe Aus- und Fortbildungsmethode. Psychologie und Praxis 19, 2, 49-62 (1975).
- 450 PRICE, J.M., GRINKER, J.: Effects of degree of obesity, food deprivation and palatability on eating behavior of humans. J. Comp. Physiol. Psychol. 85, 265-271 (1973).

- 451 PRICE, J.M., SHEPOSH, J.P., TIANO, F.E.: A direct test of Schachter's internal-external theory of obesity in a naturalistic setting. In: A. HOWARD (ed.): Recent Advances in Obesity Research. I. London 1975.
- 452 PUDEL, V.: Appetitverhalten unter experimenteller Kontrolle. Psychol. Diss., Universität Göttingen 1972.
- 453 PUDEL, V.: Das Check-List-Protokoll als einfache Methode zur Erfassung der Ernährungsgewohnheit Adipöser. Int. Zeitschr. Vitamin- und Ernährungsforschung 44 246 (1974).
- 454 PUDEL, V.: Der Einfluß vorgetauschter Kalorien auf das Sättigungsgefühl Übergewichtiger. Zeitschr. exp. angew. Psychol. 10, 653-662 (1973).
- 455 PUDEL, V.: Human feeding in the laboratory. In BRAY, G. (ed.): Recent Advances in Obesity Research. 66-74. London 1978.
- 456 PUDEL, V.: Konzept zur Durchführung eines Basisseminars zu Methoden der Beratung. Unveröffentlichtes Skript. Göttingen 1979.
- 457 PUDEL, V.: Zur Psychogenese und Therapie der Adipositas. Untersuchungen zum menschlichen Appetitverhalten. Heidelberg 1978.
- 458 PUDEL, V., METZDORFF, M.: Zum Sättigungsgefühl Übergewichtiger in Abhängigkeit von realer und vorgetauschter Kalorienvariation. Unveröffentlichtes Manuskript 1979.
- 459 PUDEL, V., METZDORFF, M., OETTING, M.: Zur Persönlichkeit Adipöser in psychologischen Tests unter Berücksichtigung latent Fettsüchtiger. Z. Psychosom. Med. 21, 345 (1975).
- 460 PUDEL, V., OETTING, M.: Eating in the laboratory: Behavioural aspects of the positive energy balance. Int. J. Obesity 1, 369-386 (1977).
- 461 RABAST, U.: Selbsthilfegruppen, eine kostensparende und erfolgreiche Behandlungsmethode. In: Pro und contra aktueller Therapien bei Adipositas, Aktuelle Berliner Fortbildungsreihe 2. Friedberg 1978.
- 462 RABIN, B.M.: Ventromedial hypothalamic control of food intake and satiety: a reappraisal. Brain Research 43, 317-342 (1972).
- 463 RAMSAY, R.W., JONGMANS, H.: Self-control techniques and obesity. In: BRENGELMANN, J.C. et.al.(eds.): Progress in behavior therapy. Heidelberg 1975.
- 464 RAND, W.M., SCRIMSHAW, N.S., YOUNG, V.R.: Determination of protein allowances in human adults from nitrogen balance data. Am. J. Clin. Nutr. 30, 1129 (1977).

- 465 RATHJE, W.L., HARRISON, G.G.: Monitoring trends in food utilization: Application of an archaeological method. Federation Proceedings 37, 49 (1978).
- 466 REEVES, A.G., PLUM, F.: Hyperphagia, rage and dementia accompanying a ventromedial hypothalamic neoplasm. Arch. Neurol. 20, 616-624 (1969).
- 467 REH, E.: Manual on household food consumption surveys FAO Nutritional Studies 18, Rome 1962.
- 468 REICHSMAN, F. (ed.): Advances in psychosomatic medicine 7, Hunger and satiety in health and disease. Basel 1972.
- 469 REZEK, M., HAVLICIK, V., FRIESEN, H.: Insulin dependence of paradoxical overeating: Effect of mannoheptulose, somatostatin and cycloheximide. Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab. Gastrointest. Physiol. 5 (3), E205-E211 (1979).
- 470 REZEK, M., NOVIN, D.: Duodenal nutrient infusion: Effects of feeding in intact and vagotomized rabbits. J. Nutr. 106, 812-820 (1976).
- 471 RICHTER, M.: Die Behandlung des Übergewichts mit Hilfe der Selbstkontrollmethode. Forschungsab. Inst. f. Therapieforschung. München 1976.
- 472 RICHTER, M.: Die Behandlung des Übergewichts. Untersuchung zur Wirksamkeit eines standardisierten Selbstkontrollprogramms über das Medium Fernsehen. Diss. Phil. Münster 1978.
- 473 RICHTER, M.: Psychische Auswirkungen subklinischer Vitaminmangelzustände. Ernährungs-Umschau 26, 12 (1979).
- 474 RODIN, J.: Causes and consequences of time perception differences in overweight and normalweight people. J. Pers. Soc. Psychol. 31, 898 (1975).
- 475 RODIN, J.: Has the distinction between internal versus external control of feeding outlived its usefulness? In: Bray, G. (ed.): Recent Advances in Obesity Research II. 75-85. London 1978.
- 476 RODIN, J.: Obesity and external responsiveness. In: HOWARD, A. (ed.): Recent Advances in Obesity Research, I. London 1975.
- 477 RODIN, J.: The relationship between external responsiveness and the development and maintenance of obesity. In: NOVIN, D., WYRWICKA, W., BRAY, G. (eds.): Hunger Basic Mechanism and Clinical Implications. New York, 1976.
- 478 RODIN, J. et al.: Prediction of successful weight loss in an out patient obesity clinic. Int. J. Obesity 1, 79-87 (1977).

- 479 RODIN, J., SLOCHOWER, J.: Externality in the nonobese: Effects of environmental responsiveness on weight. *J. Pers. Soc. Psychol.* 33, 338 (1976).
- 480 ROGERS, C.R.: Die nicht-direktive Beratung. München 1972.
- 481 ROSENTHAL, B.S., MARX, R.D.: Differences in eating patterns of successful and unsuccessful dieters, untreated overweight and normal weight individuals. *Addictive Behaviors* 3, 129-134 (1978).
- 482 ROSENTHAL, B., McSWEENEY, F.K.: Modeling influences on eating behavior. *Addictive Behaviors* 4, 205-215 (1979).
- 483 ROSENZWEIG, M.R.: The mechanism of hunger and thirst. In: ROSENZWEIG, L.(ed.): *Psychology in the Making*. New York 1962.
- 484 ROSMAN, B., MINUCHIN, S., LIEBMAN, R.: Family lunch session: An introduction to family therapy in anorexia nervosa. *J. Orthopsychiat.* 45, 846-853 (1975).
- 485 ROWLAND, C.V.: Anorexia nervosa: A survey of the literature and review of 30 cases. *Int. Psychiat. Clin.* 7, 37-137 (1970).
- 486 ROZIN, P.: Psychobiological and cultural determinants of food choice. In: SILVERSTONE, T. (ed.): *Appetite and Food Intake, Report of the Dahlem-Workshop on Appetite and Food Intake*. Berlin 1976.
- 487 RUDERMANN, A.J., WILSON, G.T.: Weight, restraint, cognition and counterregulation. *Beh. Res. Ther.* 17, 581-590 (1979).
- 488 RUSSEL, G.: Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 9, 429-448 (1979).
- 489 SALLER, C.F., STRICKER, E.M.: Hyperphagia and increased growth in rats after intraventricular injection of 5,7-dihydroxytryptamine. *Science* 192, 385-387 (1976).
- 490 SAMONDS, K.W., DONATO, K., HEGSTED, D.M.: The use of James-Stein estimators in the evaluation of nutrition survey data. *Federation Proceedings* 37, 845 (1978).
- 491 SANDSTEAD, H.H., MUNOZ, J.M., JACOB, R.A., KLEVAY, L.M., RECK, S.J., LOGAN, G.M., DIUTZIS, F.R., INGLETT, G.E., SHUEY, W.C.: Influence of dietary fiber on trace element balance. *Am. J. Clin. Nutr.* 31, 1800 (1978).
- 492 SARLES, H., DANI, R., PREZELIN, G., SOUVILLE, C., FIGARELLA, C.: Cephalic phase of pancreatic secretion in man. *Gut.* 9, 214-221 (1968).

- 493 SCHACHTER, S.: Cognitive effects on bodily functioning: Studies of obesity and eating. In: GLASS, D.(ed.): Neurophysiology and Emotion. Rockefeller University and the Russel Sage Foundation. New York 1967.
- 494 SCHACHTER, S.: Emotion, Obesity and Crime. New York 1971.
- 495 SCHACHTER, S.: Obesity and eating, Science 161, 751-756 (1968).
- 496 SCHACHTER, S.: Some extraordinary facts about obese humans and rats. Am. Psychol. 26, 129-144 (1971).
- 497 SCHACHTER, S., GOLDMAN, R., GORDON, A.: The effects of fear, food deprivation and obesity on eating. J. Pers. Soc. Psychol. 10, 91-97 (1968).
- 498 SCHACHTER, S., GROSS, L.: Manipulated time and eating behavior. J. Pers. Soc. Psychol. 10, 98-106 (1968).
- 499 SCHADEWALDT, H.: Diäta - Methoden der Gesundheitsbelehrung historisch gesehen. Festrede anlässlich des Festaktes zur Verleihung des "Hufeland-Preises 1974".
- 500 SCHAFFERS, M.: Berufliche Einzelberatung. Eine programmierte Unterweisung. In: BfA (Hrsg.): Aus- und Fortbildung in der Bundesanstalt für Arbeit. Nürnberg 1975.
- 501 SCHAIK, TH.F.S.M. van: Erhebungen über Ernährung und Lebensmittelverbrauch. In: ROTTKA, H. (Hrsg.): Internationales Symposium über Methoden von Verzehrerhebungen. Abhandlungen aus dem Bundesgesundheitsamt 12, 37 (1976).
- 502 SCHLECHTER, P.J., PRAKASH, N.J.: Failure of oral L-histidine to influence appetite or effect zinc metabolism in man: a double-blind study. Am. J. Clin. Nutr. 32, 1011-1014 (1979).
- 503 SCHLIERF, G., GEISS, R.D., VOGEL, G.: Ernährung bei Fettstoffwechselstörungen. Ärztlicher Rat, Stuttgart 1976.
- 504 SCHMID, P., SCHLICK, W., LAGEDER, A., GRABNER, E., IRSIGLER, K.: Hunger und Sättigung als Funktion verschiedener Diätformen. Wien, Med. Wochenschr. 126, 610-619 (1976).
- 505 SCHMIDT-WILCKE, H.A.: Die diätetischen Probleme nach Magenresektion. Ernährungs-Umschau 25, 192-196 (1978).
- 506 SCHNEIDER, L. et.al.: Ergebnisbericht über eine Modellaktion Computer Ernährungsberatung des Institutes für empirische Psychologie. Köln, Unveröffentlicht.
- 507 SCHULTE, W., BECKER, K., NAIKEN, L.: Food consumption, food balance sheets and food supplies. In: RAO, K.K.P.N. (ed.): Food consumption and planning. Int. Encyclopedia Food Nutr. 15, 1 (1976).

- 508 SCHUTZ, H.G.: Food and food-use classification systems, *Food Technology* 29 (3), 52 (1975).
- 509 SELIGMAN, E.: A psychological study of anorexia nervosa. *J. Analyt. Psychol.* 21, 193-209 (1976).
- 510 SELVINI, M.P.: Die Bildung des Körperbewußtseins. Die Ernährung des Kindes als Lernprozess. *Psychother. Psychosom.* 15, 293-312 (1967).
- 511 SELVINI-PALAZZOLI, M.: *Self-starvation*. London 1974.
- 512 SHAPIRO, L.R.: Streamlining and implementing nutritional assessment: The dietary approach. *J. Am. Diet. Ass.* 75, 230 (1979).
- 513 SHARE, I., MARTYRINK, E., GROSSMANN, M.I.: Effect of prolonged intragastric feeding on oral food intake in dogs. *Am. J. Physiol.* 169, 229-235 (1952).
- 514 SHARMA, K.N., ANAND, B.K., DUA, S., SINGH, B.: Role of stomach regulation of activities of the hypothalamic feeding centers. *Am. J. Physiol.* 201, 593-598 (1961).
- 515 SIEBERT, H.: *Curricula für die Erwachsenenbildung*, 41 ff. Braunschweig 1974.
- 516 SIEGEL, S.: Conditioning insulin effects. *J. Comp. Physiol. Psychol.* 89, 189-199 (1975).
- 517 SIEMIATYCKI, J.: A comparison of mail, telephone, and home interview strategies for household health surveys. *Am. J. Pub. Health* 69, 238 (1979).
- 518 SILVERSTONE, J.T.: Psychosocial aspects of obesity. *Proc. Soc. Med.* 61, 13-17 (1968).
- 519 SILVERSTONE, T.: *Appetite and Food Intake*. Dahlem Konferenzen. Berlin 1976.
- 520 SILVERSTONE, T., BESSER, M.: Insulin, blood sugar and hunger. *Postgrad Med. J. (June Suppl.)*, 427-429 (1971).
- 521 SKOOG, D.: *A Study of Program Planning for the Swedish Advisory Service with Emphasis on Involvement*. University of Wisconsin, 1973.
- 522 SLADE, P.D., RUSSEL, G.F.M.: Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychol. Med.* 3, 188-199 (1973).
- 523 SLOPPER, K., MCKEAN, L., BAUM, D.J.: Factors influencing breast feeding. *Arch. Disease Childhood.* 50, 165-170 (1975).

- 524 SMART, P.J., BEUMONT, P.J.V., BEORGE, G.C.W.: Some personality characteristics of patients with anorexia nervosa. *Brit. J. Psychiat.* 128, 57-60 (1976).
- 525 SMITH, D.A., GEE, M.I.: A dietary survey to determine the relationship between diet and cholelithiasis. *Am. J. Clin. Nutr.* 32, 1519 (1979).
- 526 SMITH, G.P., GIBBS, J.: Cholecystokinin and satiety: theoretic and therapeutic implications. In: NOVIN, D., WYRWICKA, W., BRAY, G.A. (eds.): *Hunger: Basic Mechanisms and Clinical Implications*. New York 1976.
- 527 SOUTHGATE, D.A.T.: Dietary fiber: analysis and food sources. *Am. J. Clin. Nutr.* 31, 107 (1978).
- 528 SOUTHGATE, D.A.T., BINGHAM, S., ROBERTSON, J.: Dietary fibre in the British diet. *Nature* 274, 51 (1978).
- 529 SPENCER, J.A., FREMOUW, W.J.: Binge eating as a function of restraint and weight classification. *J. Abnorm. Psychol.* 88, 262-267 (1979).
- 530 SPIEGEL, Th.: Caloric regulation of food intake in man. *J. Comp. Physiol. Psychol.* 84, 24-37 (1973).
- 531 SPIEGEL, T.A., JORDAN, H.A.: Effects of simultaneous oral-intragastric ingestion on meal patterns and satiety in humans. *J. Comp. Physiol. Psychol.* 92, 133-141 (1978).
- 532 SPILLER, G.A., CERNOFF, M.C., SHIPLEY, E.A., BEIGLER, M.A., BRIGGS, G.M.: Can fecal weight be used to establish a recommended intake of dietary fiber (plantix)? *Am. J. Clin. Nutr.* 30, 659 (1977).
- 533 STACHER, G., BAUER, H., STEINRINGER, H.: Cholecystokinin decreases appetite and activation evoked by stimuli arising from the preparation of a meal in man. *Physiol. and Beh.* 23, 325-331 (1979).
- 534 STAECK, L.: Akzeptanz der Schulverpflegung. In: *Internationale Arbeitstagung: Schulverpflegung*. Wiss. Leitung: SCHLIERF, G., Deutsche Gesellschaft für Ernährung. Frankfurt/M. 1976.
- 535 STASSE-WOLTHUIS, M., KATAN, M.B.: Faecal weight, transit time and recommendations for dietary fiber intake. Letter to the editor. *Am. J. Clin. Nutr.* 31, 909 (1978).
- 536 STEINBERG, A.A., YALCH, R.F.: When eating begets buying: The effects of food samples on obese and nonobese shoppers. *J. Consumer Res.* 4, 243-246 (1978).
- 537 STEINMETZ, S.R.: Artikel Selbsthilfe. In: VIERKANDT, A. (Hrsg.): *Handwörterbuch der Soziologie*, 1939. Neuaufgabe 518, 1959.

- 538 STEFFENS, A.B.: The influence of insulin injections and infusion on eating and blood glucose and free fatty acids. *Physiol. Behav.* 4, 823-825 (1969).
- 539 STEFFENS, A.B.: Influence of reversible obesity on eating behavior, blood glucose and insulin in the rat. *Am. J. Physiol.* 228, 1738-1744 (1975).
- 540 STELLER, W.: Brot und Kleingebäck im Außer-Haus-Verzehr. *Die Brotindustrie* 8, 279 (1976).
- 541 STEPTOE, A.: New approaches to the management of essential hypertension with psychological techniques. *J. Psychosomat. Res.* 22, 339 (1978).
- 542 STERN, J.: Endocrine interactions in regulation of body weight by female rats. *J. Comp. Physiol. Psychol.* 86, 926-929 (1974).
- 543 STIFTUNG VERBRAUCHERINSTITUT: Fortbildungsprogramm für Verbraucherberater(innen). Unveröffentlichtes Skript. Berlin 15.6.1979.
- 544 STIFTUNG WARENTEST: Schlankeitsdiäten. *Test* 13, 8, 62 (1978).
- 545 STIFTUNG WARENTEST: Schlankeitsinstitute. *Test* 14, 4, 21 (1979).
- 546 STOLLEY, H., DROESE, W., SCHLAGE, C.: Nahrungsmittelverbrauch und Nährstoffversorgung von Kleinkindern und Schulkindern. *Monatsschrift für Kinderheilkunde.* 121, 539 (1973).
- 547 STRAUSS, A., YALOW, E.: Cholecystokinin in the brains of obese and nonobese mice. *Science* 203, 68-69 (1979).
- 548 STRICKER, E.M., ZIGMOND, M.J.: Recovery of function following brain damage: Implications for motivated ingestive behavior. In: SILVERSTONE, T (ed.): *Appetite and Food Intake.* 65-82. Dahlem Konferenzen, Berlin 1976.
- 549 STROHBEEN, K.: Arbeitnehmerbefragung in Kiel über Frühstücks- und Zwischenmahlzeitgewohnheiten im Vergleich zu Ergebnissen ähnlicher Befragungen in anderen Städten. (Diplom-Arbeit) Kiel 1979.
- 550 STRUBBE, J.H., STEFFENS, A.B.: Rapid insulin release after ingestion of a meal in the unanaesthetized rat. *Am. J. Physiol.* 229, 1019-1022 (1975).
- 551 STUART, R.B.: A three-dimensional program for the treatment of overeating. *Beh. Res. Ther.* 9, 177-186 (1971).
- 552 STUART, R.B.: Behavioral Control of overeating. *Beh. Res. Ther.* 5, 357-365 (1967).

- 553 STUART, M.: Results of the use of unprocessed bran in colonic and rectal disorders. *Med. J. Aust.* 2, 196 (1978).
- 554 STUNKARD, A.J.: The success of TOPS, a self-help-group. *Postgrad. Med.* 51, 143 (1972).
- 555 STUNKARD, A.J., BURT, V.: Obesity and the body image I. *Am. J. Psychiat.* 123, 1443-1447 (1967).
- 556 STUNKARD, A., KAPLAN, D.: Eating in public places: a review of reports of the direct observation of eating behavior. *Int. J. Obesity* 1, 89 (1977).
- 557 STUNKARD, A.J., KOCH, C.: The interpretation of gastric motility. I. Apparent bias in the reports of hunger by obese persons. *Arch. Gen. Psychiat.* 11, 74-82 (1964).
- 558 STUNKARD, A.J., MAHONEY, M.J.: Behavioral treatment of eating disorders. In: LEITENBERG, H.(ed.): *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. Englewood, N.J. 1976.
- 559 STUNKARD, A.J., MENDELSON, M.: Obesity and the body image I. *Am. J. Psychiat.* 123, 1296-1300 (1967).
- 560 STURDEVANT, R.A.L., GOETZ, H.: Cholecystokinin both stimulates and inhibits human food intake. *Nature* 261, 713-715 (1976).
- 561 SUKHAMATE, P.V., MAGREN, S.: Models for protein deficiency *Am. J. Clin. Nutr.* 31, 1237 (1978).
- 562 SURWIT, R.S., SHAPIRO, D., GOOD, M.I.: Comparison of cardiovascular biofeedback, neuromuscular biofeedback, and meditation in the treatment of borderline essential hypertension. *J. Consult. Clin. Psychol.* 46, 252 (1978).
- 563 SZYBINSKI, Z. et.al.: *Polish Archives of Internal Medicine* 1976.
- 564 TAIPALE, V., TUOMI, O., AUKEE, M.: Anorexia nervosa. An illness of two generations? *Acta Paedopsychiatrica* 38, 21-25 (1971).
- 565 TARTELLIN, M.F., GORSKI, R.A.: Variations in food and water intake in the normal and acyclic female rat. *Physiol. Behav.* 7, 847-852 (1971).
- 566 TASK FORCE on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association: *Progress Report of the Preparation of DSM-III*, St. Louis University of Missouri Press 1976.
- 567 TAYLOR, C.E.: Making the Plan Effective. In: REINKE, W.A. et. al.(eds.): *Health Planning*, 35-43. Baltimore 1972.

- 568 TEPPERMAN, J.: Some aspects of the control of carbohydrate and fat metabolism. In: SINK, J. (ed.): *Animal Science*, Philadelphia: Pennsylvania State University Press 1974.
- 569 TEUSCHNER, A.: *Diabetes-Instruktion*. Stuttgart 1973.
- 570 TEUTEBERG, H.J.: Die Einwirkung sozialer und kultureller Faktoren auf das Ernährungsverhalten - ein wissenschaftsgeschichtlicher und systemtheoretischer Überblick. *Ernährungs-Umschau* 21, 40 (1974).
- 571 TEUTEBERG, H.J.: Die Rolle von Brot und Kartoffeln in der historischen Entwicklung der Nahrungsgewohnheiten. *Ernährungs-Umschau* 26, 149 (1979).
- 572 THEANDER, St.: Anorexia nervosa. *Acta Psychiat. Scand. Suppl.* 214. Kopenhagen 1970.
- 573 THOMAS, B.: Beeinflussung des Stoffwechsels durch Ballaststoffe. *Akt. Ernährungsmed.* 2, 61-66 (1977).
- 574 THOMAS, B., RIENERMANN, U.: Die Rohfaseraufnahme in den letzten 100 Jahren. *Ernährungs-Umschau* 23, 301 (1976).
- 575 THOMPSON, M.M., MAYER, J.: Hypoglycemic effects of saccharin in experimental animals. *Am. J. Clin. Nutr.* 7, 80-85 (1959).
- 576 THOUVENOT, C.: Studies in food geography in France. *Social Sciences and Medicine* 12, 43 (1978).
- 577 TOLKSDORF, U.: Essen und Trinken in alter und neuer Heimat. In: RIEMANN, E. (Hrsg.): *Jahrbuch für Ostdeutsche Volkskunde* 21, 341 (1978).
- 578 TOLSTRUP, K.: Die Charakteristika der jüngeren Fälle von Anorexia nervosa. In: MEYER, J.-E., FELDMANN, H. (Hrsg.): *Anorexia nervosa*. Stuttgart 1965.
- 579 TOLSTRUP, K.: The treatment of anorexia nervosa in childhood and adolescence. *J. Child Psychol. and Psychiat.* 16, 75-78 (1975).
- 580 TRIMBLE, E.R., SIEGEL, E.G., BERTHOUD, H.-R., RENOLD, A.E.: Control of insulin secretion in transplanted pancreatic islets. X. Karlsburg Symposium, Sept. 4-6, Karlsburg, DDR 1979.
- 581 TRÜGER, J.: Gewichtsreduktion per Radio: Bilanz eines Schlankheitskurses im Süddeutschen Rundfunk. *Ernährungslehre und -praxis* 6 u. 7. Frankfurt 1979.
- 582 TROWELL, H.: The development of the concept of dietary fiber in human nutrition. *Am. J. Clin. Nutr.* 31, 3 (1978).

- 583 TROWELL, H.: Diabetes mellitus and dietary fiber of starchy foods. *Am. J. Clin. Nutr.* 31,53 (1978).
- 584 TROWELL, H.C.: Western diseases, western diets and fibre. *East African Medical Journal* 55, 283 (1978).
- 585 TSCHEGG, E., SIGMUND, A., VEITL, V. et.al.: An Isothermic, Gradient-Free, Whole-Body Calorimeter for Long-Term Investigations of Energy Balance in Man Metabolism. 28, 7 (1979).
- 586 TWARDOZ, S., CAZALDO, M., RISLEY, T.R.: Menus for toddlers day care: Food preference and spoon use. *Young children* 30, 2, 129-144 (1975).
- 587 UNGERSTEDT, U.: Adipsia and aphagia after 6-hydroxy-dopamine induced degeneration of the nigro-striatal dopamina system. *Acta Physiol. Scand. Suppl.* 367, 95-122 (1971).
- 588 ULBRICHT, G., MÜHR, M., RÄKE, I.: Methodische Grundlagen zur ernährungsphysiologischen Bewertung des Pro-Kopf-Verbrauches an Lebensmitteln. *Die Nahrung* 23, 337 (1979).
- 589 US DEPARTMENT OF AGRICULTURE: Food, The Hassle-Free Guide to a Better Diet. Washington 1979.
- 590 VAN BUSKIRK, S.S.: A two-phase perspective on the treatment of anorexia nervosa. *Psychol. Bull.* 84, 529-538 (1977).
- 591 VAN DEN BAN, A.: Inleiding tot vorlichtingskunde. Boom/Meppel 1974.
- 592 VAN ITALLI, T.B., SCHUPF SMITH, N., QUARTERMAIN, D.: Short-term and long-term components in the regulation of food intake: evidence for a modulatory role of carbohydrate status. *Am. J. Clin. Nutr.* 30, 742-757 (1977).
- 593 VAN ITALLI, T.B.: Dietary fiber and obesity. *Am. J. Clin. Nutr.* 31, 43-52 (1978).
- 594 VAN SOEST, P.J.: Dietary fibers: their definition and nutritional properties. *Am. J. Clin. Nutr.* 31, 12 (1978).
- 595 VERBRAUCHER-ZENTRALE NIEDERSACHSEN e.V.: Merkblatt über die Tätigkeit der Verbraucher-Zentrale Niedersachsen 1979.
- 596 VERBRAUCHER-ZENTRALE NIEDERSACHSEN e.V.: Tätigkeitsbericht 1.Halbjahr 1979 Referat Ernährung. Unveröffentlicht 1979.
- 597 VERBRAUCHER-ZENTRALE NIEDERSACHSEN e.V.: Tätigkeitsbericht 1978, 1979.
- 598 INSTITUT FOR ANGEWANDTE VERBRAUCHERFORSCHUNG e.V.: Zusammenfassung der wichtigsten vorliegenden Ergebnisse des Projektes "Möglichkeiten zur Beteiligung von Verbrauchern am Prozeß der Verbraucherinformation und Beratung". Unveröffentlichtes Manuskript, Köln 1977.

- 599 VIGERSKY, R.A. (ed.): Anorexia nervosa. New York 1977.
- 600 VIJAYAN, E., McCANN, S.M.: Endocrinol. 100, 1729 (1977).
- 601 VISEK, W.J.: Diet and cell growth modulation by ammonia. Am. J. Clin. Nutr. 31, 216 (1978).
- 602 VOPEL, K.W., KIRSTEN, R.E.: Kommunikation und Kooperation. Ein gruppenspezifisches Trainingsprogramm. München 1974.
- 603 WADE, G.N.: Gonadal hormones and behavioral regulation of body weight. Physiol. Behav. 8, 523-534 (1972).
- 604 WAGONFIELD, S.W., WOLOWITZ, H.M.: Obesity and the self-help-group. A look at TOPS, Am. J. Psychiat. 125, 145 (1968).
- 605 WALKER, A.R.P.: Gastrointestinal diseases and fiber intake with special references to South African populations. In: SPILLER, G.A., AMEN, R.J. (eds.): Fiber in human nutrition, 10, 241. London 1976.
- 606 WATKINS, N.O.: Needs and Problems in Program Development as viewed by an Extension Director. In: BOONE, E.J.(ed.): Program Development in Cooperative Extension. Madison, Wisconsin 1962.
- 607 WATTS, J.McK., JABLONSKI, P., TOOULI, J.: The effect of added bran to the diet on the saturation of bile in people without gallstones. Amer. J. Surg. 135, 321 (1978).
- 608 WEBER, M.: Wirtschaft und Gesellschaft. Köln 1964.
- 609 WEGGEMANN, S.: Beratung für Haushalt und Verbrauch - eine künftige Aufgabe der Weiterbildung. In: Hauswirtschaft und Wissenschaft 26, 1, 5-10 (1978).
- 610 WEHLAND, W.: Falsches Ernährungsverhalten - ein Aufklärungsproblem? Verbraucherdienst 23, 275 (1978).
- 611 WEHLAND, W.: Überlegungen zur künftigen beratungsmethodischen Fortbildung von Verbraucherberatern. Diskussionspapier für die Arbeitstagung "Methodik der Verbraucherberatung", veranstaltet von der "Stiftung Verbraucherinstitut" vom 16.-18.5., Berlin 1979.
- 612 WEHLAND, W., MOHLEIB, F.: Entwicklung eines Programmleitplans für Informations- und Aufklärungsaktivitäten im Bereich der Ernährung. Unveröffentlichter Untersuchungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten. Bonn 1979.
- 613 WEISS, A.: Characteristics of Successful Weight Reducers: A Brief Review of Predictor Variables. Addictive Behavior, 1-9, Hawai.

- 614 WENLOCK, R.W., BUSS, D.H.: Wastage of edible food in the home: a preliminary study. *J. Human Nutr.* 31, 405 (1977).
- 615 WICKS, A.C.B., YEATES, J., HEATON, K.W.: Bran and bile: Time-course of changes in normal young men given a standard dose. *Scand. J. Gastroenterol.* 13, 289 (1978).
- 616 WIEGELMANN, G.: Tendenzen kulturellen Wandels in der Volksernährung des 19. Jahrhunderts. In: HEISCHKEL-ARTELT, E. (Hrsg.): Ernährung und Ernährungslehre im 19. Jahrhundert, 11. Göttingen 1976.
- 617 WILEY, J.H., LEVEILLE, G.A.: Significance of insulin in the metabolic adaptation of rats to meal ingestion. *J. Nutr.* 100, 1073-1080 (1970).
- 618 WILSON, C.S.: Child following: a technic for learning food and nutrient intakes. *J. Tropic. Pediat. Environment. Child Health* 20, 9 (1974).
- 619 WILSON, R.B., HUTCHESON, WIDEMAN, L.: Dimethylhydrazine-induced colon tumors in rats fed diets containing beef fat or corn oil with and without wheat bran. *Am. J. Clin. Nutr.* 30, 176 (1977).
- 620 WINER, R.A., BARBER, T.X., CHAUNCEY, H.H.: Further studies on the influence of verbal suggestion on the parotid gland response to gustatory stimuli. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 119, 1-4 (1965).
- 621 WIRTHS, W.: Darstellung verschiedener Methoden von Verzehrerhebungen, In: ROTTKA, H. (Hrsg.): Internationales Symposium über Methoden von Verzehrerhebungen, Abhandlungen aus dem Bundesgesundheitsamt 12, 23 (1976).
- 622 WIRTHS, W.: Kleine Nährwerttabelle der DGE e.V., 26. Auflage. Frankfurt a.M. 1976.
- 623 WIRTHS, W., ROTTKA, H., ANDERS, H., BECK, P., MESEBERG, D., NOURNEY, M., STELLER, W.: Vergleich von Methoden zu Untersuchungen über Verzehrsgewohnheiten. *Ernährungsmedizin* 2, 61 (1979).
- 624 WOLFF, F.W.: Peripheral and hormonal mechanisms, group report 2. In: SILVERSTONE, T. (ed.): Appetite and Food Intake. Dahlem Konferenzen, 219-229. Berlin 1976.
- 625 WOLFRAM, G., REINHARDT, M., TICK, E.: Ernährung bei Gicht und Hyperurikämie. Ärztlicher Rat. Stuttgart 1978.
- 626 WOLLERSHEIM, J.P.: Effectiveness of group therapy based upon learning principles in the treatment of overweight women. *J. Abnorm. Psychol.* 76, 462-474 (1970).

- 627 WOODS, S.C.: Conditioned hypoglycemia: Effect of vagotomy and pharmacological blockade. *Am. J. Physiol.* 223, 1424 (1972).
- 628 WOODS, S.C., ALEXANDER, K.R., PORTE, D.jr.: Conditioned insulin secretion and hypoglycemia following repeated injections of tolbutamide in rats. *Endocrinol.* 90, 227-231 (1972).
- 629 WOODS, S.C., DECKE, E., VASSELLI, J.R.: Metabolic hormones and regulation of body weight. *Psychol. Rev.* 81, 26-43 (1974).
- 630 WOODS, S.C., HUTTON, R.A., MAKOUS, W.: Conditioned insulin secretion in the albino rat. *Proc. of the Soc. Exper. Biol. Med.* 133, 964-968 (1970).
- 631 WOODS, S.C., MAKOUS, W., HUTTON, R.A.: Temporal parameters of conditioned hypoglycemia. *J. Comp. Physiol. Psychol.* 69, 301-307 (1969).
- 632 WOODS, S.C., PORTE, D.: Neural control of the endocrine pancreas. *Physiol. Rev.* 54, 596-619 (1974).
- 633 WOODS, S.C., SHOGREN, R.E.jr.: Glycemic responses following conditioning with different doses of insulin in rats. *J. Comp. Physiol. Psychol.* 81, 220-225 (1972).
- 634 WOODS, S.C., VASSELLI, C., JOSEPH, R., KAESTNER, E., SZAKMARY, G.A., MILBURN, P., VITIELLO, M.: Conditioned insulin secretion and meal feeding in rats. *J. Comp. Physiol. Psychol.* 91 (1), 128-133 (1977).
- 635 WOODS, S.C., PORTE, D.: Insulin in the set-point regulation of body weight. In: NOVIN, D., WYRWICKA, W., BRAY, G.A. (ed.): *Hunger: Basic Mechanisms and Clinical Implications*, 273-280. New York 1976.
- 636 WOOLEY, O.W.: Long-term food regulation and the obese and nonobese. *Psychosomat. Med.* 33, 436-444 (1971).
- 637 WOOLEY, S.C.: Physiologic versus cognitive factors in short term food regulation in the obese and nonobese. *Psychosomat. Med.* 34, 62-68 (1972).
- 637a WOOLEY, S.C., WOOLEY, O.W.: Salivation to the sight and thought of food: A new measure of appetite. *Psychosomat. Med.* 35, 136-142 (1973).
- 638 YOULAND, D., ENGLE, A.: Dietary data methodology-practices and problems in HANES. *J. Amer. Diet. Ass.* 68, 22 (1976).
- 639 ZENTGRAF, H.: Die Zwischenmahlzeit in der Gemeinschaftsverpflegung. *Krankenhaus-Umschau* 12 (1979).

- 640 ZENTGRAF, H.: Aller guten Dinge sind fünf. In: GMF (Hrsg.): Zwischenmahlzeiten - 30 Rezeptideen aus der Praxis für die Praxis. Bonn 1979.
- 641 ZIMMERMANN, W.: Von der Curriculumtheorie zur Unterrichtsplanung. 50ff. Paderborn 1977.
- 642 ZUCKER, L.: Body weight and age as factors determining estrogen responsiveness in the rat feeding system. Behav. Biol. 7, 527-542 (1972).

Mit Beiträgen von:

Alm, W.; Basler, H.-D.; Bodenstedt, A.; Böing, H.; Buchonau, H.;
Glatz, B.; Diehl, J.; Fehrentz, H.; Ferö, R.; Görde-Giesen, A.;
Gromus, B.; Gutezeit, G.; Haehn, K.-D.; Hautzinger, M.; Hoffmann, V.
Kahke, W.; Kappus, W.; Kindermann, K.; Kleemann, G.; Koch, U.;
Kohnhorst, M.-L.; Koscielny, G.; Kunz, K.; Leitzmann, C.; Meyer, J.-E.
Mühle, U.; Mühleb, F.; Müller-Christiansen, K.; Ottersdorf, U.;
Pudel, V.; Rabast, U.; Richter, M.; Rottka, H.; Stössel, J.P.;
Strauß, V.E.; Tolksdorf, U.; Tröger, J.; Veltl, V.; Weddige, A.;
Zentgraf, H.

Zu den Themen:

Das Ernährungsverhalten in der Bundesrepublik Deutschland

**Regulation menschlicher Nahrungsaufnahme
Grundlagen, klinische Befunde, Psychopathologie**

**Verhaltenswissenschaftliche Grundlagen des Ernährungs-
verhaltens**

**Moderne Konzepte zur Veränderung des Ernährungs-
verhaltens**

**Ernährungsberatung und -erziehung in der Bundes-
republik Deutschland**