Aus dem Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation der Deutschen Sporthochschule Köln
Geschäftsführender Leiter: Univ. Prof. Dr. Ingo Froböse

Transfer und Umsetzung eines europäischen Präventionskonzeptes am Beispiel eines Gewichtsreduktionsprogramms unter besonderer Berücksichtigung kulturspezifischer Rahmenbedingungen in der Türkei

Von der Deutschen Sporthochschule Köln
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Philosophie
genehmigte Dissertation

vorgelegt von
Ahmet Tarık Ergüven
aus Gaziantep/Türkei

Köln 2019

Vorsitzende des Promotionsausschusses:	Univ.-Prof. Dr. M. Thevis, Institut für Biochemie
Erster Gutachter:	Univ.-Prof. Dr. I. Froböse, Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation
Zweiter Gutachter:	Univ.-Prof. Dr. med. H.-G. Predel, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin
Datum der Disputation:	26.02.2019

Eidesstaatliche Versicherung

Hierdurch versichere ich: Ich habe diese Arbeit selbstständig und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen und technischen Hilfen angefertigt; sie hat noch keiner anderen Stelle zur Prüfung vorgelegen. Wörtlich übernommene Textstellen, auch Einzelsätze oder Teile davon, sind als Zitate kenntlich gemacht worden.

Hierdurch erkläre ich, dass ich die „Leitlinien guter wissenschaftlicher Praxis“ der Deutschen Sporthochschule Köln eingehalten habe.

Köln, im Februar 2019_____

Ahmet Tarık Ergüven

Danksagung

An erster Stelle gilt mein ganz besonderer Dank Herrn Univ.-Prof. Dr. Ingo Froböse für das Ermöglichen dieser Arbeit, die freundliche Überlassung des Themas, sein Vertrauen in meine Fähigkeiten, die kompetente Beratung in allen Phasen der Promotion und die fachlich wie menschlich stets hervorragende Betreuung.

Darüber hinaus bedanke ich mich bei allen Mitarbeitern des Instituts für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, die mich stets sehr hilfsbereit unterstützt haben.

Ein großer Dank gilt Herrn Necmi Kadıoğlu, Bürgermeister von Esenyurt, Herrn Yusuf Ocak, Leiter für Sportangelegenheiten, sowie Frau Gülen Toprak, Leiterin des Sportzentrums, die die Interventionsstudie erst möglich gemacht haben. Ebenso gilt mein Dank den Probandinnen, die sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen.

Ein herzlicher Dank für seine Unterstützung gilt meinem Freund Univ.-Prof. Dr. Mehmet Hacısalihoğlu, der mich am Anfang der Promotionsphase fachlich kompetent beraten hat.

Mein ganz persönlicher Dank gilt meinen Eltern, Mahmut und Emine und Geschwistern, die mich in der gesamten Promotionsphase unterstützt und in meinem Vorhaben ermutigt haben. Meinem Bruder Dr. phil. Mehmet Han Ergüven und meinen Schwestern Gülperi, Emine und Zehra danke ich für die stets ermunternde Unterstützung.

Schließlich bedanke ich mich bei Herrn Dr. Manfred Wegner für das abschließende Korrekturlesen.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung....4

Inhaltsverzeichnis I

1 Einleitung 1

1.1 Ausgangssituation und Problemstellung....1

1.2 Aufbau der Arbeit 7

2 Theoretische Grundlagen....10

2.1 Übergewicht und Adipositas....10

2.1.1 Definition und Klassifizierung....16

2.1.2 Ursachen von Übergewicht und Adipositas....18

2.1.3 Gesundheitliche Folgen und assoziierte Krankheiten....21

2.1.4 Kostenfaktor....22

2.1.5 Therapie von Übergewicht und Adipositas....24

2.1.5.1 Indikation zur Therapie....25

2.1.5.2 Therapieziele....26

2.1.5.3 Therapievoraussetzungen....27

2.1.5.4 Therapiealternativen 28

2.1.5.4.1 Basisprogramm 29

2.1.5.4.1.1 Ernährungstherapie 30

2.1.5.4.1.2 Bewegungstherapie....33

2.1.5.4.1.3 Verhaltenstherapie 34

2.1.5.4.2 Weitere Therapiealternativen....36

2.1.5.4.2.1 Medikamentöse Therapie....36

2.1.5.4.2.2 Chirurgische Therapie....37

2.2 Gewichtsreduktionsprogramme 38

2.2.1 Das Konzept „Das Turbo-Stoffwechsel-Prinzip“ des Zentrums für Gesundheit (ZfG) der Deutschen Sporthochschule Köln 38

2.2.1.1 Aufbau und Inhalt des Programms 39

2.2.1.1.1 Bewegung 39
2.2.1.1.2 Ernährung....41
2.2.1.1.3 Verhaltenstherapie 44
2.2.2 Weitere Beispiele für die Gewichtsreduktionsprogramme 45
2.2.2.1 M.O.B.I.L.I.S 45
2.2.2.1.1 Voraussetzungen und Kosten der Teilnahme 46
2.2.2.1.2 Aufbau, Dauer und Inhalt des Programms....47
2.2.2.1.1.1 Bewegung 48
2.2.2.1.1.2 Psychologie/Pädagogik 48
2.2.2.1.1.3 Ernährung....49
2.2.2.1.1.4 Medizinische Untersuchung....50
2.2.2.1.3 Zusammenfassung....50
2.2.2.2 Weight Watchers....51
2.2.2.2.1 Voraussetzungen und Kosten der Teilnahme 52
2.2.2.2.2 Aufbau, Dauer und Inhalt des Programms....52
2.2.2.2.1.1 Gruppentreffen....53
2.2.2.2.1.2 Ernährung....53
2.2.2.2.1.3 Verhalten....54
2.2.2.2.1.4 Bewegung 54
2.2.2.2.3 Zusammenfassung....54
2.3 Kultur 56
2.3.1 Ebenen der Kultur 57
2.3.2 Kulturmodell von Geert Hofstede: Kultur als mentale Programmierung 58
2.3.3 Der Ansatz der Kulturdimensionen-Modelle....61
2.3.3.1 Kulturdimensionen-Modell von Hofstede 62
2.3.3.1.1 Machtdistanz....64
2.3.3.1.2 Individualismus vs. Kollektivismus....65
2.3.3.1.3 Maskulinität vs. Femininität 67
2.3.3.1.4 Unsicherheitsvermeidung 68

2.3.3.1.5 Langfristige vs. kurzfristige Orientierung....71

2.3.3.2 Kulturdimensionsmodelle anderer Vertreter (Hall, Trompenaars) 72

2.3.3.2.1 Edward T. Hall....72

2.3.3.2.1.1 Monochron vs. Polychron....72

2.3.3.2.1.2 Proxemik....73

2.3.3.2.1.3 Low-Contex vs. High-Contex....73

2.3.3.2.2 Fons Trompenaars....74

2.3.3.2.2.1 Individualismus vs. Kollektivismus....74

2.3.3.2.2.2 Universalismus vs. Partikularismus....74

2.3.3.2.2.3 Sequentielle vs. synchrone Zeit....75

2.3.3.2.2.4 Spezifisch vs. Diffus....75

2.3.3.2.2.5 Leistung vs. Herkunft....76

2.3.3.2.2.6 Außen- vs. Innensteuerung (Orientierung zur Natur)....76

2.3.3.2.2.7 Neutral vs. Emotional....76

2.4 Kulturvergleich zwischen Deutschland und der Türkei....78

2.4.1 Länderinformationen....78

2.4.1.1 Esssystematik in Deutschland und in der Türkei....78

2.4.1.1.1 Verzehrstruktur nach Lebensmittelgruppen....78

2.4.1.1.2 Verzehrstruktur auf Mahlzeitebene....83

2.4.1.1.1.1 Verzehrstruktur zum Frühstück....83

2.4.1.1.1.2 Verzehrstruktur Mittagessen....83

2.4.1.1.1.3 Verzehrstruktur des Abendessens....84

2.4.1.2 Bewegungsverhalten in der Freizeit in Deutschland und in der Türkei....85

2.4.2 Einordnung Deutschlands in die Kulturdimensionen....86

2.4.3 Einordnung der Türkei in die Kulturdimensionen....88

2.4.4 Kulturunterschiede zwischen Deutschland und Türkei....90

2.5 Kulturdimensionen und deren Einfluss auf die Komponenten eines Gewichtreduktionsprogramms....91

2.5.1 Kulturdimension Machtdistanz und deren Einfluss auf die Komponenten eines Gewichtsreduktionsprogramms 93

2.5.2 Kulturdimension Individualismus vs. Kollektivismus und deren Einfluss auf die Komponenten eines Gewichtsreduktionsprogramms 95

2.5.3 Kulturdimension Maskulinität vs. Femininität und deren Einfluss auf die Komponenten eines Gewichtsreduktionsprogramms 101

2.5.4 Kulturdimension Unsicherheitsvermeidung und deren Einfluss auf die Komponenten eines Gewichtsreduktionsprogramms 102

2.5.5 Kulturdimension Kurz- vs. Langzeitorientierung und deren Einfluss auf die Komponenten eines Gewichtsreduktionsprogramms 104

2.6 Die Gründe für das Versagen der Diäten.....106

2.6.1 Physiologische Aspekte des Versagens einer Diät 107

2.6.2 Psychologische Faktoren 108

2.6.3 Öffentliche Kommunikation über Diäten 109

2.6.4 Konzeptabhängige Faktoren 110

2.6.5 Umfeld spezifischer Faktoren: die „adipogenen“ Lebensbedingungen 112

2.6.6 Personenabhängige Faktoren 113

2.6.7 Evolutionsbiologische Vorgaben.....113

3 Methodik.....115

3.1 Zielsetzung der Arbeit.....115

3.2 Interventionsstudie.....120

3.2.1 Rekrutierung der Partner zur Durchführung der Studie.....120

3.2.2 Ablauf der Interventionsstudie.....121

3.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien.....126

3.2.4 Probanden 126

3.2.5 Untersuchungsablauf der studienrelevanten Parameter.....127

3.2.5.1 Anthropometrische Parameter 128

3.2.5.2 Körperzusammensetzung.....129

3.2.5.3 Laborparameter 133
3.2.5.4 Ermittlung der Blutdruck-Werte 134
3.2.6 Ernährungs- und ausdauerorientierte Intervention 134
3.2.6.1 Ernährungsintervention 136
3.2.6.2 Bewegungsintervention 138
3.3 Die Befragung zur Ermittlung des Gesundheitsverhaltens der Beratungssuchenden 140
3.3.1 Aufbau und Inhalt des Fragebogens 141
3.3.2 Rekrutierung der Beratungssuchenden 144
3.3.3 Durchführung der Befragung 144
3.3.4 Datenerfassung und Auswertung 146
3.4 Das leitfadengestützte Experteninterview 146
3.4.1 Expertenbegriff und Auswahl der Experten 147
3.4.2 Aufbau und Inhalt des Leitfadens 150
3.4.3 Durchführung der Interviews 151
3.4.4 Datenerfassung und -auswertung nach Meuser und Nagel 152
3.4.4.1 Transkription von Interviews 152
3.4.4.2 Auswertung nach Meuser und Nagel 153
3.5 Erhebung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens mittels Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogen 155
3.5.1 Aufbau und Inhalt des Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogens 156
3.5.2 Rekrutierung von Protokollanten 157
3.5.3 Durchführung 157
3.5.4 Datenerfassung und -auswertung 158
3.6 Statistik 159
4 Ergebnisse 161
4.1 Ergebnisse der Interventionsstudie 161
4.1.1 Die studienrelevanten anthropometrischen Parameter 161

4.1.1.1 Anthropometrische Parameter zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) 161
4.1.1.2 Anthropometrische Parameter zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) 162
4.1.1.3 Entwicklung der anthropometrischen Parameter von t0 zu t1 .163
4.1.2 Körperzusammensetzung 165
4.1.2.1 Zum Zeitpunkt der Eignungsuntersuchung (t0) 165
4.1.2.2 Zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) 165
4.1.2.3 Entwicklung der Körperzusammensetzung von t0 zu t1 166
4.1.3 Die studienrelevanten Laborparameter 168
4.1.3.1 Zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) 168
4.1.3.2 Zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) 168
4.1.3.3 Entwicklung der Laborparameter von t0 zu t1 169
4.1.4 Ergebnisse der Ernährungs- und Bewegungsinterventionen 171
4.2 Ergebnisse der Befragung zum Gesundheitsverhalten der Beratungssuchenden 172
4.2.1 Aktivitätsverhalten 172
4.2.1.1 Tätigkeitsvorkommen bei der Arbeit 172
4.2.1.2 Verkehrsverhalten der Beratungssuchenden 176
4.2.1.3 Aktivitätsverhalten der Beratungssuchenden bei Sport, Fitness oder in der Freizeit 177
4.2.2 Ernährungsverhalten 181
4.2.3 Rauchverhalten 191
4.2.4 Alkoholkonsum 192
4.2.5 Stressempfinden und Stressbewältigungsmechanismen der Beratungssuchenden 193
4.2.6 Personenbezogenen Daten 195
4.3 Ergebnisse der leitfadengestützten Experteninterviews 199
4.3.1 Kategorie I: Kanäle der Informationsbeschaffung über die Gesundheit und über Lösungen zum Übergewichtsproblem 199
4.3.2 Kategorie II: Ursachen des Übergewichtsproblems 200

4.3.3 Kategorie III: Gründe der Gewichtreduktion....203
4.3.4 Kategorie IV: Einstellung zu Ernährung und Bewegung....203
4.3.5 Kategorie V: Kulturspezifische Gestaltung des europäischen Konzepts....205
4.4 Ergebnisse der Ernährungs- und Bewegungsprotokolle....207
4.4.1 Anthropometrische Daten der Protokollanten....207
4.4.2 Ernährungsgewohnheiten der Protokollanten....208
4.4.2.1 Verzehrstruktur auf Mahlzeitenebene....208
4.4.2.1.1 Frühstück....209
4.4.2.1.2 Mittagessen....210
4.4.2.1.3 Abendessen....211
4.4.3 Bewegungsverhalten der Protokollanten in der Freizeit....212
5 Diskussion....222
5.1 Diskussion der Methodik....222
5.1.1 Interventionsstudie....223
5.1.1.1 Strukturelle Rahmenbedingungen für die Interventionsstudie 223
5.1.1.2 Untersuchungsdesign....224
5.1.1.3 Probanden....225
5.1.1.4 Erhebung der studienrelevanten Parameter....226
5.1.1.4.1 Anthropometrische Messungen....226
5.1.1.4.2 Körperzusammensetzung....228
5.1.1.4.3 Laborparameter....229
5.1.1.5 Ernährungs- und Bewegungsinterventionen....230
5.1.1.5.1 Ernährungsmodifikation....230
5.1.1.5.2 Bewegungseinheiten....231
5.1.2 Gesundheitsverhalten der Beratungssuchenden....232
5.1.3 Leitfadengestützte Experteninterviews....234
5.1.4 Ernährungs- und Bewegungsprotokolle....236

5.2 Diskussion der Ergebnisse 239
5.2.1 Gesundheitsverhalten der Beratungssuchenden 239
5.2.1.1 Körperliches Aktivitätsverhalten 239
5.2.1.2 Ernährungsverhalten 243
5.2.1.3 Rauchverhalten 246
5.2.1.4 Alkoholkonsum 247
5.2.1.5 Freizeitverhalten bzw. Stressausgleichsmechanismen 248
5.2.1.6 Informationsbeschaffung betreffend die Gesundheit 252
5.2.2 Interventionsstudie 256
5.2.2.1 Effekte der Intervention auf anthropometrische Parameter 257
5.2.2.2 Effekte der Intervention auf Körperzusammensetzung 262
5.2.2.3 Effekte der Intervention auf Laborparameter 265
5.2.2.4 Ernährungs- und Bewegungseinheiten und Drop-out 268
5.2.2.4.1 Ernährungsintervention 270
5.2.2.4.2 Bewegungsintervention 271
5.3 Die kulturspezifische Modifikation des Präventionskonzepts 276
5.3.1 Wissensvermittlung und Information 276
5.3.2 Ernährungsmodul 277
5.3.2.1 Frühstück 279
5.3.2.2 Mittagsessen 282
5.3.2.3 Abendessen 284
5.3.3 Bewegungsmodul 285
5.3.4 Etablierung des Konzeptes 288
6 Schlussfolgerung und Ausblick 289
Literaturverzeichnis 292
Abkürzungsverzeichnis 327
Abbildungsverzeichnis 329
Tabellenverzeichnis 333

Anhang.....337

Abstract.....**Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Anmerkung: Aufgrund der besseren Lesbarkeit des Fließtextes wird im Nachfolgenden auf die Geschlechterunterscheidung verzichtet.

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation und Problemstellung

„Internationales Handeln ist zur Unterstützung nationaler Maßnahmen unverzichtbar.“ (WHO 2006, S. 2).

Übergewicht und Adipositas machen an den Staatsgrenzen nicht Halt. Von dem Ausmaß des Problems Über gewicht und Adipositas sind nicht mehr nur Industrieländer, sondern „zunehmend Entwicklungsländer und die Länder im wirtschaftlichen Umbruch“ (WHO 2006, S. 2), zu denen auch die Türkei zählt, betroffen (WHO 2000; WHO 2006, S. 2; Hyde 2008; Ng et al. 2014). In diesem Zusammenhang kann Übergewicht und Adipositas als eine weltweite Epidemie betrachtet werden (Sassi 2010; WHO 2000, WHO 2006, S. 2).

Die aktuellsten Daten des WHO Fact Sheet 311 von 2016 bestätigen diesen Trend auf weltweiter Ebene. Demzufolge waren im Jahr 2014 1,9 Milliarden Erwachsene übergewichtig und 600 Millionen davon adipös. Demgemäß sind 39 % der Erwachsenen weltweit übergewichtig und 13 % adipös (BMI > 30 kg/m^2) (WHO 2016a). In den von Eurostat veröffentlichten Daten der Erhebungsrunde 2010 ist die gleiche Tendenz zu verzeichnen; mehr als die Hälfte aller EU-Bürger sind entweder übergewichtig oder adipös (Eurostat 2010).

Die aktuellsten Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen aus Deutschland liefert die „Studie zur Gesundheit der Erwachsenen in Deutschland (DEGS1) des Robert-Koch-Instituts (RKI) (Mensink et al. 2013, S. 786 ff.). Demnach ist mehr als die Hälfte der deutschen Erwachsenen übergewichtig oder adipös. Die erwachsenen Männer sind mit 67,1 % (BMI > 25 kg/m^2) häufiger übergewichtig als die erwachsenen Frauen mit 53,0 % (GESBER 2015, S. 475 ff.).

Um die aktuellsten Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas in der Türkei zu erhalten, sollten zwei Quellen herangezogen werden. Erste Quelle ist die Türkei Gesundheitsuntersuchung (Türkiye Sağlık Araştırması, TSA) des türkischen Statistikamtes (Türk İstatistik Kurumu: TUIK), die alle zwei Jahre durchgeführt wird und die zuletzt im Jahr 2016 stattfand. Nach den Ergebnissen dieser Studie waren im Jahr 2016 insgesamt 34,3 % der Bevölkerung übergewichtig und 19,6 % adipös (TUIK 2017).

Die erwachsenen Frauen sind mit 54,0 % häufiger übergewichtig als die erwachsenen Männer mit 53,8 % (BMI > 25 kg/m²). Bei Adipositasprävalenz sind zwischen den Geschlechtern signifikante Unterschiede zu erkennen. Demzufolge sind 23,9 % der Frauen und 15,2 % der Männer adipös (TUIK 2017).

Die zweite Quelle, die ein noch gravierenderes Bild darlegt, ist die „Verzehr und Gesundheitsstudie“ des türkischen Gesundheitsministeriums von 2010, die nach eigenen Angaben des Gesundheitsministeriums die umfangsreichste Untersuchung in den letzten 36 Jahren darstellt (Beslenme ve Sağlık Araştırması, TSB 2013). Demzufolge sind 34,6 % der Bevölkerung übergewichtig, 30,3 % adipös und 2,9 % (BMI > 40 kg/m²) morbid adipös. Die erwachsenen Frauen sind mit 70,7 % häufiger übergewichtig (BMI > 25 kg/m²) als die erwachsenen Männer mit 59,6 %. Während bei den Männern die Prävalenz von Übergewicht bei 39,1 % und Adipositas bei 20,5 % lag, waren dagegen 29,7 % der Frauen übergewichtig und 41,0 % adipös. Somit haben nur 38,7 % der erwachsenen Männer und 26,6 % der erwachsenen Frauen ein BMI unter 25 kg/m² bzw. sind normal gewichtig (TSB 2013, S. 23 ff.).

Nach den aktuellsten Daten der „European Guidelines for Obesity Management in Adults“ von 2015 bezüglich der Adipositas-Prävalenz nimmt die Türkei unter den OECD-Ländern den ersten Platz ein (Yumuk et al. 2015, S. 404).

Abbildung 1: Prävalenz von Adipositas in Europa (Yumuk et al. 2015, S. 404)

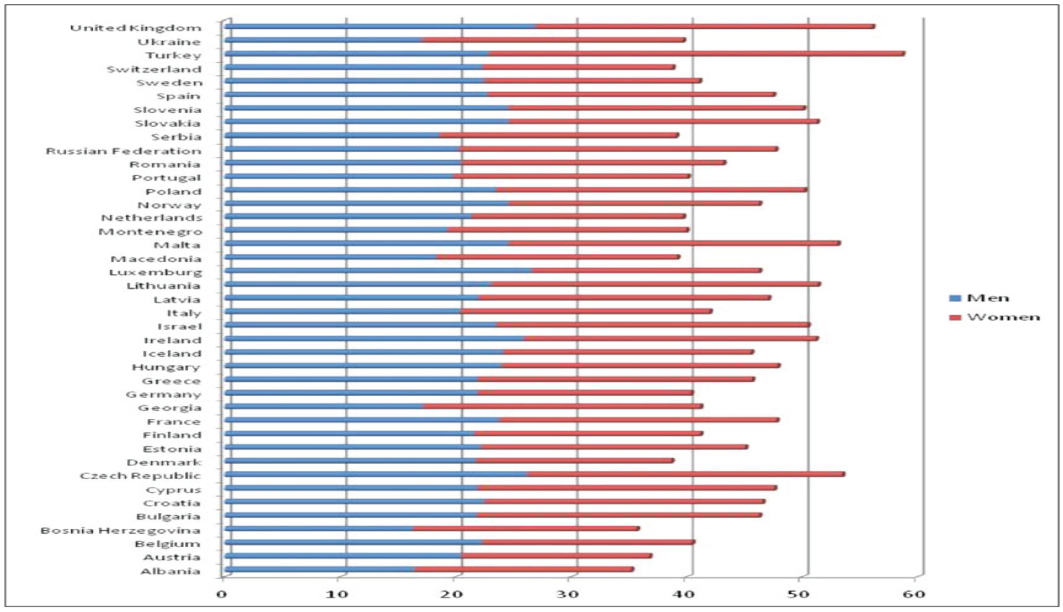


Fig. 1. Obesity prevalence in adults in Europe (Source: WHO 2014 data).

Die Ursachen des Übergewichts sind von unterschiedlicher Natur und komplex. Es ist eine Reihe verschiedener Faktoren vorhanden, die Übergewicht und Adipositas fördern können. Hauptursachen sind Fehlernährung bzw. Überernährung, Bewegungsmangel, der durch die Technisierung vorangetrieben und gefördert wird, sowie Stress und genetische Faktoren (Blüher et al. 2013, S. 47 ff.; Wirth 2000, S. 57 ff.).

Die gesundheitlichen Risiken und Folgen (siehe Kap. 2.1.3) von Übergewicht steigen wie negative Einflüsse auf das alltägliche Leben von Tag zu Tag. So werden z.B. Tätigkeiten, die als selbstverständlich anzusehen sind (Schnürsenkel binden), zu einem schweißtreibenden Akt; von Treppensteigen ganz zu schweigen. Die steigende Prävalenz von Übergewicht und damit verbundene gesundheitliche Folgen verursachen obendrein vermehrt Kosten und bedeuten eine höhere Belastung für das Gesundheitssystem.

Außerdem werden die Therapien von Übergewicht und Adipositas im Rahmen des Gesundheitssystems in Deutschland (Kroll 2014) sowie in der Türkei von den Ärzten und Diätassistenten nur in sehr begrenztem Umfang angeboten und realisierbar. In der Türkei erfolgt die kostenlose Beratung durch die Diätassistenten mit der Überweisung von Internisten, die in den städtischen Krankenhäusern beschäftigt sind. Die Beratung kann im Falle eines Vorliegens von Komorbiditäten in Anspruch genommen werden. Außer dieser Behandlungsmöglichkeit werden in den privaten Krankenhäusern und Kliniken Ernährungsberatungen angeboten, wobei hier die Betroffenen die Beratungskosten selbst tragen müssen. Dies und die oben genannten Gründe führen dazu, dass die Betroffenen kostengünstige Alternativen suchen und in Anspruch nehmen müssen, damit die negativen Effekte des Übergewichts gemildert oder gar komplett beseitigt werden können.

Für die Betroffenen in der Entscheidungsphase stehen neben den oben erwähnten Behandlungsmöglichkeiten unzählige und unterschiedliche Methoden zur Gewichtsreduktion zur Verfügung, die meistens kommerziell erwerblich sind. Außerdem kommen tagtäglich neue Methoden hinzu. Diese Vielfalt der angebotenen Behandlungsmethoden führt zu Verwirrungen, verursacht seitens der Betroffenen Verzweiflung. Zusätzlich entstehen größtenteils auch durch die Anwendung mancher Methoden negative gesundheitliche Folgen für die Anwender, die nicht mehr rückgängig gemacht werden können.

Hauptdefizit ist hier, dass in der Türkei bisher wenige qualitativ hochwertige evaluierte Gewichtsreduktionsprogramme entsprechend der Qualitätsstandards der S3-Leitlinie („Leitlinie mit allen Elementen systematischer Entwicklung“) existieren (Praxisbezogene Lücke) (Hauner et al. 2014).

Die Herausforderung liegt allerdings hier nicht darin, etwas Neues auf den Markt zu bringen, sondern - wie in der S3-Leitlinie erwähnt wird - die Methode anzubieten, die sich leicht in den Alltag der Betroffenen integrieren lässt und auf Dauer anwendbar ist (Hauner et al. 2014). Das angebotene Konzept sollte den Betroffenen erreichen, bei der Umsetzung praktikabel sein und den Anwendern genug Freiraum geben sowie deren Vorlieben und Gewohnheiten berücksichtigen. Im Fokus sollte das Leben stehen und nicht wie bei vielen angebotenen Lösungen das Essen, das immer wieder den Alltag unterbrechend eingenommen werden muss, z.B. mit fünf bis sechs Mahlzeiten pro Tag (Hauner et al. 2014; Göhner & Fuchs 2007; Dansinger & Schaefer 2006). Aus diesem Grund sollten die angebotenen Therapiemöglichkeiten zielgruppenspezifische Maßnahmen erhalten, da sonst ein Scheitern dieser Möglichkeiten bereits von Beginn an vorprogrammiert ist (Kuntz & Lampert 2010). Am allerwichtigsten ist es, dass das Konzept die Voraussetzungen für Gewichtreduktionsprogramme der S3-Leitlinien erfüllt (Hauner et al. 2014).

Die nach den Qualitätsstandards der S3-Leitlinie – evidenzbasiert – aufbauenden strukturierten Gewichtsreduktionsprogramme sind ausgereifte Methoden zur Behandlung des Übergewichts und bieten den Betroffenen die Möglichkeit, die negativen Effekte von Übergewicht und Adipositas zu reduzieren oder gar komplett zu beseitigen (Hauner et al. 2014). Die Grundlage der S3-Leitlinie bilden qualitativ bestverfügbare wissenschaftliche Erkenntnisse (Hauner et al. 2014). Die „evidenzbasierte interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ schafft Sicherheit, da die angebotenen Gewichtsreduktionsprogramme bestimmte Qualitätsstandards erfüllen müssen, damit die Anwender keinen Schaden davontragen.

Im Sinne „Think global and act local“ könnte ein nach den Qualitätsstandards der S3-Leitlinie für den europäischen Raum entwickeltes und erfolgreich umgesetztes Konstrukt unter Berücksichtigung der landesspezifischen Rahmenbedingungen in der Türkei zur Unterstützung der nationalen Bemühungen eingesetzt werden (WHO 2006, S. 2). Es könnte ein bedeutender Beitrag zur Eindämmung des

Übergewichts und der Adipositas in diesem Land geleistet werden und somit zur Entlastung des Gesundheitssystems beitragen.

Dabei ist durchaus denkbar, dass die Kultur als zentraler Einflussfaktor bei der landesspezifischen Gestaltung und Implementierung des Konstrukts eine bedeutende Rolle spielt, da die Bestandteile der Gewichtsreduktionsprogramme, wie z. B. das Ernährungs- und Bewegungsmodule, stark kulturspezifische Merkmale aufweisen.

Kulturforscher Geert Hofstede betont, dass ein Konzept in der Medizin oder in anderen Bereichen in einem Land nur erfolgreich implementiert werden kann, wenn die kulturspezifischen Rahmenbedingungen berücksichtigt, zielgruppenspezifisch genug ausgerichtet und an die Gegebenheiten des Landes angepasst werden (Hofstede 1993, S. 17; Hofstede et al. 2017). D. h.: Um in Deutschland für Deutschland entwickelte evidenzbasierte Therapiekonzepte beispielhaft in der Türkei von Übergewicht und Adipositas betroffenen Menschen anbieten zu können, müssen die kulturellen Rahmenbedingungen des Landes bei der Modifikation und Umsetzung des Gewichtsreduktionsprogramms berücksichtigt sein, da - wie in Kapitel 2.3 und 2.4 beschrieben wurde - Deutschland und die Türkei große Unterschiede in Werten und Praktiken aufweisen.

Kulturdimensionsmodelle schaffen hier Abhilfe und lassen anhand der Ausprägungen der Kulturdimensionen, die auf verschiedene Elemente des Gewichtsreduktionsprogramms auswirken, Schlussfolgerungen für die (kulturspezifische) Gestaltung kulturell angepasster Gesundheitskonzepte und speziell Gewichtsreduktionsprogramme zu (Marcus 2005). Eine klare Zuordnung der Kulturdimensionen zu den Gewichtsreduktionsprogramm-Komponenten kann den Wissenschaftlern helfen, bessere Entscheidungen über die Entwicklung neuer Konzepte für die Prävention und Therapie oder die zielgruppenspezifische Modifikation von bereits existierenden Konzepten zu treffen. Wer den Zusammenhang zwischen den Komponenten der Gewichtsreduktionsprogramme zu einer bestimmten Dimension versteht, wird in der Lage sein, ein Gesundheitskonzept kulturübergreifend in andere Länder zu übertragen, somit auch einen bedeutenden Beitrag zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas leisten und die Zusammenarbeit in dieser Hinsicht zwischen den Ländern fördern (Hofstede 1993; Hofstede et al. 2017; Marcus 2005, S. 58).

Dies erfolgt dann in zwei aufeinander folgenden Phasen: Die erste Phase ist eine genaue Analyse der Bedürfnisse, Vorlieben und Gewohnheiten (Schritt 1) der Zielgruppe, um dann in der zweiten Phase das Konstrukt soweit wie möglich an die kulturspezifischen Rahmenbedingungen anzupassen, um es erfolgreich etablieren zu können (Schritt 2).

Auf die Grundlagen von Evidenzen aufbauende Gewichtsreduktionsprogramme sind optimale Methoden zur Bekämpfung von Übergewicht (BMI>25 kg/m²), die kurz- und langfristige Effekte zeigen. Sie ermöglichen ohne große Nachteile die Behandlung des Übergewichts. Die Gewichtsreduktionsprogramme im Buchformat erreichen auf Grund ihrer geringeren Kosten eine Vielzahl von Menschen mit Übergewichtproblemen und bieten ihnen Zugang zu evaluierten Programmen. Das vom Zentrum für Gesundheit (ZfG) an der Sporthochschule Köln entwickelte Konstrukt „Das Turbo-Stoffwechsel-Prinzip“ (Kapitel 2.2.1) erfüllt die Qualitätsstandards der S3-Leitlinien für die Gewichtsreduktionsprogramme (Hauner et al. 2014, S. 58 ff.; Froböse 2014). Neben der Steigerung der körperlichen Aktivität, die im Vordergrund steht, sind ernährungs- und verhaltenstherapeutische Elemente sowie die Entspannung weitere feste Bestandteile des Gewichtsreduktionsprogramms (Froböse 2014, S. 17), da die Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie besonders effektiv für die Reduktion sowie Stabilisierung des verlorenen Gewichtes ist (Yumuk et al. 2015; Hauner et al. 2014; Washburn et al. 2014, S. 1; Shaw et al. 2006; Durioni & Lourenco 2005).

Bei der Erprobung des Konzepts „Das Turbo-Stoffwechsel-Prinzip“ anhand einer Bewegungs- und Ernährungsintervention in der Türkei stand die Praktikabilität hinsichtlich der kulturspezifischen Rahmenbedingungen im Vordergrund, um praxisbezogene Lücken zu schließen. Die Arbeit will neben der Kulturbezogenheit der Gewichtsreduktionsprogramme aufzeigen, ob sich im Rahmen einer ersten empirischen Überprüfung wechselseitige Beziehungen zwischen den Elementen der Gewichtsreduktionsprogramme selbst erkennen lassen. Um diese Annahme theoretisch und empirisch zu überprüfen und die Module des Konstrukts detailliert behandeln zu können sowie die spätere Umsetzung zu ermöglichen, werden neben der Interventionsstudie weitere Methoden für die Überprüfung und die Datenerhebung eingesetzt. Bislang wurde die Umsetzung eines Konstrukts auf diese Art und Weise am Beispiel eines Gewichtsreduktionsprogramms nicht erforscht, d.h. die kulturellen

Besonderheiten eines Landes und die mit der Abnehmpraxis einhergehenden Zusammenhänge sowie die damit verbundene Problematik nicht genau analysiert (Forschungslücke).

Die forschungsbezogene Lücke soll in dieser Arbeit ansatzweise geschlossen werden, wobei der Schwerpunkt auf Basis einer empirischen Erhebung und einer Literaturauswertung kulturspezifischer Probleme und wahrscheinlicher Lösungen bei der kulturspezifischen Gestaltung des Konstrukts zu erfassen und zu beschreiben ist, um die praxisbezogene Lücke zu schließen. Die Ergebnisse dieser Arbeit können auch als Ansatz für die Entwicklung von Therapie- und Präventionskonzepten von türkischstämmigen Personen in Deutschland herangezogen werden.

1.2 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in sechs Kapitel gegliedert.

Der Kapitel 1 umfasst die Hinführung zur Thematik, die Problemstellung und eine kurze Beschreibung des konzeptionellen Aufbaus der Arbeit.

Gegenstand des zweiten Kapitels ist die Erarbeitung und Darstellung der für die Arbeit relevanten begrifflichen und theoretischen Grundlagen. Kapitel 2.1 beschäftigt sich einerseits mit Prävalenz, der Definition und Klassifizierung, andererseits mit Kostenfaktoren und Therapiemöglichkeiten von Übergewicht und Adipositas. Im Detail wird neben der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der Welt, in Europa und Deutschland die Situation in der Türkei dargestellt und deren Ursachen sowie gesundheitliche und ökonomische Folgen beschrieben.

Um den Zusammenhang von Gewichtsreduktionsprogrammen und Kultur beschreiben zu können, ist eine nähere Betrachtung der Elemente der Therapie bei Übergewicht und Adipositas ein wichtiger Aspekt (Kapitel 2.1.6). Nur wenn die einzelnen Elemente bzw. Module eines Konstrukts zur Gewichtsreduktion genau definiert sind und klar abgegrenzt betrachtet werden, kann das Verhältnis zwischen Gewichtsreduktionsprogramm und Kultur bzw. der Einfluss der Kultur auf die Abnehmpraxis genauer nachvollziehbar sein. In diesem Zusammenhang werden einzelne Elemente der Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie anhand des Basisprogramms der Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ getrennt und weitgehend unabhängig

voneinander theoretisch und empirisch dargestellt, welche die Grundlage jedes Gewichtsreduktionsprogramms bilden. Daran anschließend wird bezugnehmend auf die S3-Leitlinien das Programm des Zentrums für Gesundheit (ZfG) der Deutschen Sporthochschule Köln, „Das Turbo-Stoffwechsel-Prinzip “, welches die Grundlage der Arbeit bildet, beschrieben und weitere nicht-kommerzielle und kommerzielle Gewichtsreduktionsprogramme beispielhaft an MOBILIS und Weigth Watchers dargestellt.

Sodann werden in Kapitel 2.3 der Begriff Kultur sowie mit der Kultur zusammenhängende Begriffe erläutert. Im Detail wird durch die theoretische Gegenüberstellung der Modelle erläutert, welches Modell als eine passende und umfassende Aussage zum Gesundheitsverhalten bzw. zur Erklärung der kulturspezifischen Gestaltung des europäischen Konstrukts zur Gewichtsreduktion in Betracht gezogen werden kann. Dazu zählen der Kulturbegriff, der Erklärungsansatz und das Kulturdimensionen-Modell zur kulturspezifischen Gestaltung des Konstrukts. Da der kulturvergleichende Ansatz bzw. das Kulturdimensionen-Modell von Hofstede diese Vorgaben erfüllt, wird es als geeigneter Ansatz und Modell zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen ausgewählt. Den Kern dieses Teilkapitels bildet der Ansatz der Kulturdimensionen, der für die Klassifikation und Unterscheidung von Kulturen herangezogen wird. Der Ansatz der Dimensionsmodelle ermöglicht es, basierend auf der Idee, dass die Gesellschaften gleiche Grundprobleme besitzen und nur die Antworten bzw. Lösungsstrategien zu den Problemen unterschiedlich sind, die Kulturunterschiede zwischen zwei oder mehreren Gesellschaften festzustellen und zu erklären (Hofstede 1993, S. 28; Trompenaars 1993, S. 21; Trompenaars & Hampden-Turner 1998, S. 26). Da Kulturansatz und Kulturdimensionsmodell von Hofstede und dessen Verständnis für den Fortgang dieser Arbeit von erheblicher Bedeutung sind, werden sie näher erläutert. Das Kulturmodell von Hofstede bietet dem Anwender einen handlungsbezogenen Ansatz anhand von fünf Dimensionen, um Kultur messbar zu machen und zu vergleichen. Darauffolgend werden die bedeutendsten zwei Kulturdimensionsmodelle, die auch für die kulturspezifische Modifikation von Bedeutung sind, dargestellt. Im Weiteren erfolgt in diesem Kapitel die Darstellung der Länderinformationen über Deutschland und die Türkei sowie die Einordnung der Länder in die Kulturdimensionen von Hofstede, wodurch die Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zwischen diesen Ländern sichtbar werden. Schließlich werden die Dimensionen mit dem Konstrukt zur

Gewichtsreduktion vernetzt. Am Ende des Kapitels werden die Gründe für das Versagen der Diäten erwähnt, um evaluierte bzw. nach S3-Leitlinien aufgebaute Gewichtsreduktionsprogramme von Diäten abzugrenzen.

Im dritten Kapitel erfolgt die Darstellung der Zielsetzung und Vorstellung des Forschungsdesigns der Arbeit. Da die verfügbaren Datensätze für eine Beantwortung der gestellten Forschungsfragen nicht ausreichen, erfolgt eine Erhebung von Primärdaten in vier Phasen: Interventionsstudie, Befragung von beratungssuchenden übergewichtigen Personen, leitfadengestützte Interviews mit Experten aus der Gesundheitsbranche und Erhebung des aktuellen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens mittels Ernährungs- und Bewegungsbogen, welche die spätere kulturspezifische Anpassung ermöglicht.

Im vierten Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse von Teilstudien in tabellarischen und graphischen Übersichten.

Im fünften Kapitel erfolgt zunächst die kritische Betrachtung der verwendeten Methoden. Darauf folgt unter Berücksichtigung der methodenkritischen Überlegungen und erwähnten Limitationen der Arbeit die systematische Aufarbeitung der Ergebnisse. Die inhaltliche Interpretation der Ergebnisse anhand von Daten aus den nationalen und internationalen Literatur und mit Bezug zu der Fragestellung der Arbeit wird diskutiert. Aus diesen Erkenntnissen werden Anhaltspunkte für die kulturspezifische Gestaltung des Konstrukts zur Gewichtsreduktion abgeleitet, die zu einer Modifikation des europäischen Konstrukts führen.

Kapitel sechs fasst abschließend die zentralen Ergebnisse der Arbeit zusammen und zeigt Ansatzpunkte für weiterführende Studien auf.

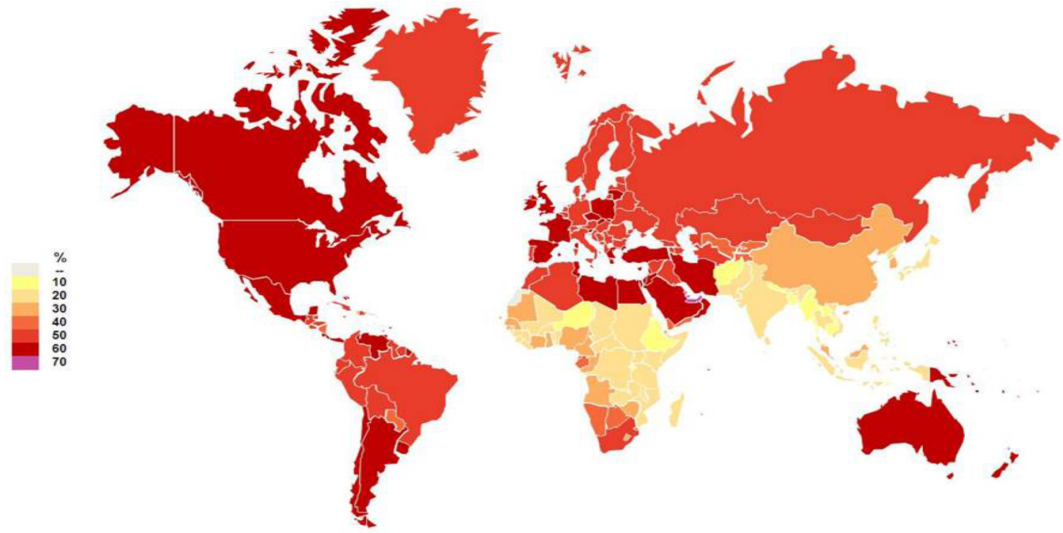
2 Theoretische Grundlagen

Dieses Kapitel bildet die theoretische Grundlage der Arbeit, die für die Bearbeitung der Fragestellung von Bedeutung ist.

2.1 Übergewicht und Adipositas

Von dem Problem Übergewicht und Adipositas sind nicht mehr nur Industrieländer betroffen; es greift vielmehr zunehmend auf Schwellenländer über (WHO 2000; Hyde 2008; Ng et al. 2014; Liuzzi & Di Blasio 2013). Zu diesen Ländern zählt unter anderem die Türkei. In diesem Zusammenhang kann Übergewicht und Adipositas als eine weltweite Epidemie betrachtet werden (Sassi 2010; WHO 2006; Liuzzi & Di Blasio 2013). Nach Einschätzungen der WHO könnte sich Adipositas bis zum Jahr 2025 zum wichtigsten globalen Gesundheitsproblem entwickeln (Vaidya 2006).

Abbildung 2: Weltweite Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (DAG 2015)



Die aktuellsten Daten des WHO Fact Sheet 311 von 2016 bestätigt diesen Trend. Im Jahr 2014 waren 1,9 Milliarden Erwachsene übergewichtig und 600 Millionen davon adipös. Somit sind 39 % der Erwachsenen weltweit übergewichtig (BMI 25 – 29,9 kg/m^2) und 13 % adipös (BMI > 30 kg/m^2) (WHO 2016c). Wenn der derzeitige Trend weiter anhält, werden im Jahr 2025 2,7 Mrd. Menschen

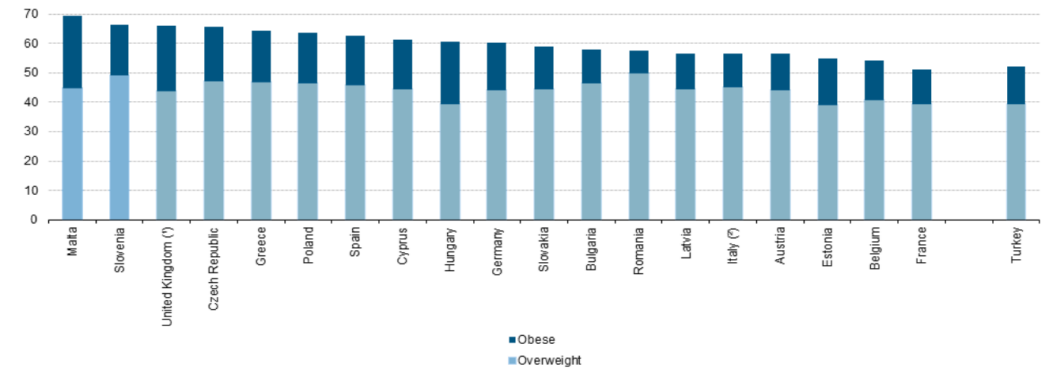
übergewichtig sein. Dies bedeutet eine Steigerung um rund ein Drittel in weniger als 10 Jahren (WOD 2015).

Europa

In Europa ist eine Verdreifachung der Prävalenz von Adipositas in den „letzten" zwanzig Jahren zu verzeichnen (WHO 2009). Das Europäische Statistikamt (Eurostat) vertritt ebenfalls die Meinung, dass die Zunahme von übergewichtigen Menschen in den EU-Mitgliedsländern ein alarmierendes Ausmaß angenommen hat. In den von Eurostat veröffentlichten Daten der Erhebungsrunde 2010 sind bereits mehr als die Hälfte aller EU-Bürger entweder übergewichtig oder adipös (Eurostat 2010).

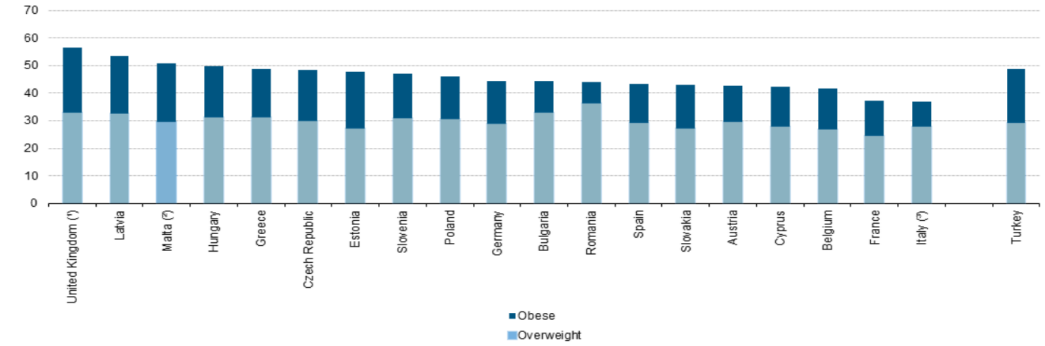
Die niedrigsten Prävalenzen von übergewichtigen und adipösen Erwachsenen sind in den Ländern Rumänien, Italien, Bulgarien und Frankreich zu beobachten. Der niedrigste Anteil der Übergewichtigen und Adipösen befindet sich in Frankreich, wo etwa 38 % der Bevölkerung als übergewichtig oder adipös gilt (Eurostat 2010). Dagegen sind die höchsten Prävalenzen von Übergewichtigen und Adipositas in den Ländern Großbritannien, Lettland, Malta, Estland, Ungarn und Tschechische Republik zu beobachten (Eurostat 2016). Demnach war im Jahr 2010 beinahe jeder zweite Brite und Deutsche übergewichtig oder adipös.

Abbildung 3: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Männern in der EU, in 2008 oder dem folgenden Jahr (%) (Eurostat 2016)



(*) England only. Source: Health survey for England, 2009.
(*) Source: Aspects of daily living survey, 2009.
Source: Eurostat (online data code: hlth_ehis_de1)

Abbildung 4: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Frauen in der EU, in 2008 oder dem folgenden Jahr (%) (Eurostat 2016)



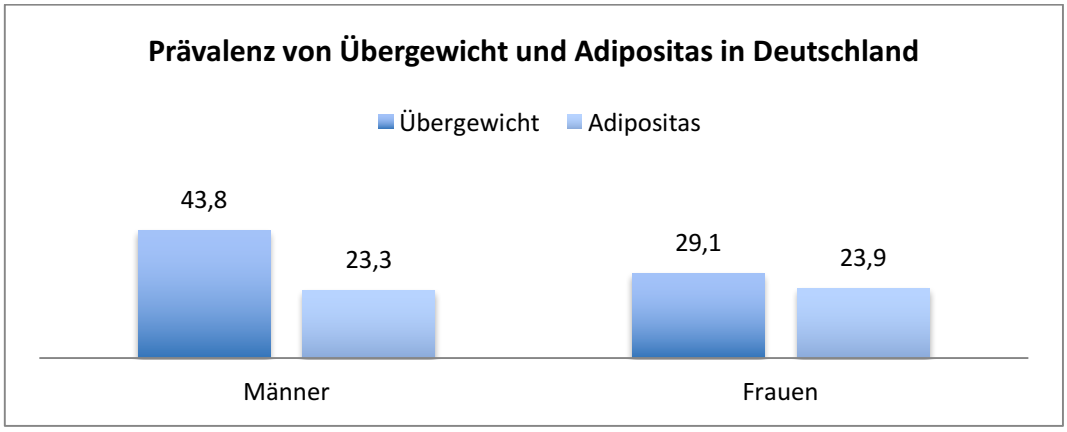
(*) England only. Source: Health survey for England, 2009.
(*) Low reliability.
(*) Source: Aspects of daily living survey, 2009.
Source: Eurostat (online data code: hlth_ehis_de1)

Für einige Länder wurden die Daten aus dem Jahr 2008 verwendet; die aktuellen Zahlen können eventuell noch höher ausfallen. Die aktuellen Zahlen für die in der Studie in Frage kommenden Länder sind von den Instituten des jeweiligen Landes erhoben worden, sodass die Aktualität der Daten gesichert ist. Auch die Statistiken aus Deutschland und aus der Türkei bestätigen die rapide Zunahme der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas.

Deutschland

Die aktuellsten Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland auf Basis von Messdaten liefert die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) vom Robert-Koch-Institut (RKI) (Mensink et al. 2013a, S. 786 ff.).

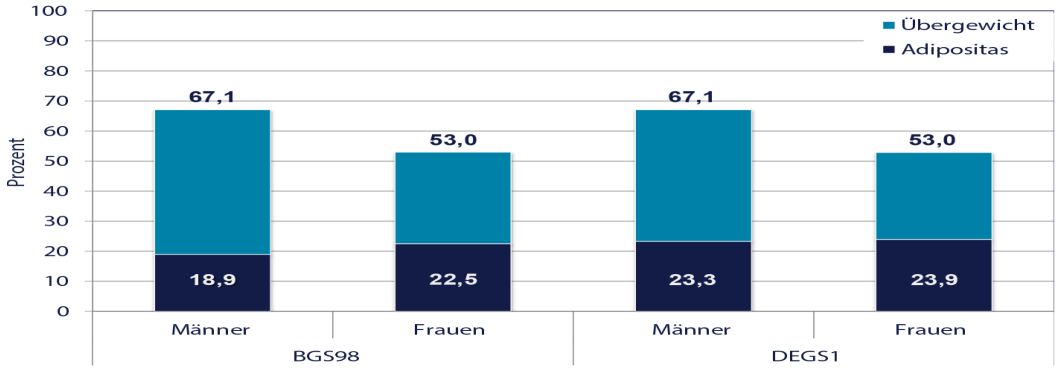
Abbildung 5: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Deutschland modifiziert nach DEGS1 (DEGS 2012)



Demnach ist mehr als die Hälfte der deutschen Erwachsenen übergewichtig oder adipös. Die erwachsenen Männer sind mit 67,1 % häufiger übergewichtig als die erwachsenen Frauen mit 53,0 % (GESBER 2015, S. 475 ff.).

Bei der Prävalenz von Adipositas ist zwischen den Geschlechtern kaum ein Unterschied zu beobachten; sie liegt bei 23,9 % für Frauen und 23,3 % für Männer (GESBER 2015, S. 475 ff.).

Abbildung 6: Entwicklung der Verbreitung von Adipositas bei Erwachsenen von BGS98 (1998) bis DEGS1 (2008/11) (RKI 2012b)



Wie aus der Abbildung fünf zu entnehmen ist, zeigt ein Vergleich der DEGS1-Daten mit den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS 98), dass der Anteil übergewichtiger Erwachsener konstant auf dem Niveau vom BGS 98 geblieben ist. Im gleichen Zeitraum ist jedoch bei der Adipositas-Prävalenz eine signifikante Zunahme zu verzeichnen, nämlich bei Männern. Während bei den Frauen eine geringe Erhöhung von 22,5 % auf 23,9 % festzustellen ist, lässt sich bei Männern eine deutliche Steigerung von 18,9 % auf 23,3 % beobachten.

Nach Angaben der DAG (2015) in der Pressemitteilung „Erster Welt-Adipositas-Tag“ sind in Deutschland derzeit 36,2 Mio. Menschen übergewichtig (DAG 2015). Das bedeutet, wenn die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas weiter ansteigt, werden in 10 Jahren rund 37 Mio. Menschen übergewichtig sein (DAG 2015). Es werden dann mehr Menschen Therapien benötigen und damit wird auch die Belastung des Gesundheitssystems ansteigen (DAG 2015).

Türkei

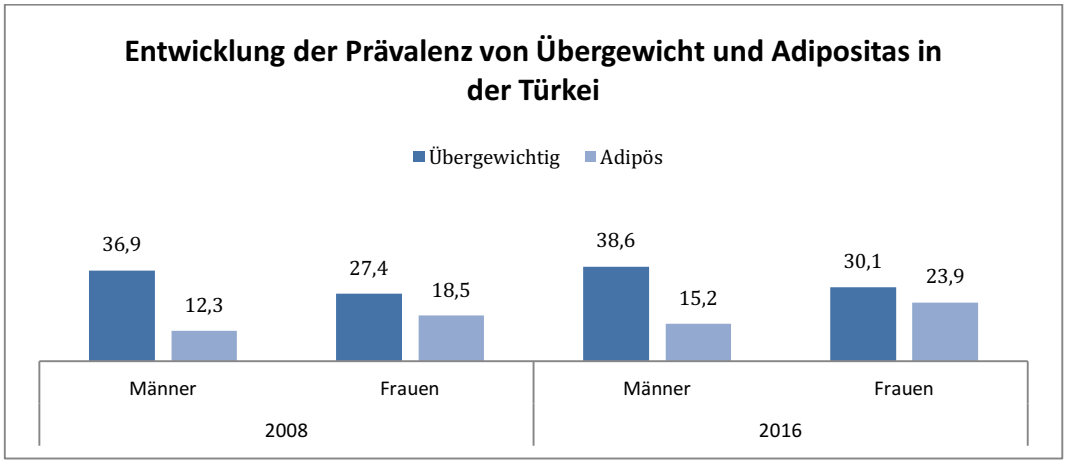
Die aktuellsten Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas liefert die Türkei Gesundheitsstudie (Türkiye Sağlık Araştırması, TSA) des türkischen

Statistikamtes (Türk İstatistik Kurumu, TUIK), die alle 2 Jahre durchgeführt wird und die zuletzt in 2016 stattfand. Nach den Ergebnissen dieser Studie waren im Jahre 2016 insgesamt 34,3 % der Bevölkerung übergewichtig und 19,6 % adipös (TUIK 2017).

Die erwachsenen Frauen sind mit 54 % häufiger übergewichtig als die erwachsenen Männer mit 53,8 % (BMI > 25 kg/m²). Bei der Adipositas-Prävalenz sind zwischen den Geschlechtern signifikante Unterschiede zu beobachten; sie liegt bei Frauen bei 23,9 % und bei Männern bei 15,2 % (TUIK 2017). Swinburn at al. (2011) erwähnt, dass bei Ländern mit geringeren Einkommen (Wenigverdienstländer) (low-income countries) die erwachsenen Frauen von Übergewicht betroffen sind, was für die Türkei hier zutrifft (Swinburn et al. 2011).

Ein Vergleich der Daten aus Gesundheitsstudien der Türkei zwischen 2008 (TSA) und 2016 (TSA) zeigt, dass der Anteil übergewichtiger Erwachsener leicht angestiegen ist, und zwar von 32,4 % auf 34,3 %. Im gleichen Zeitraum ist jedoch bei der Prävalenz von Adipositas eine signifikante Zunahme um 31,1 % von 15,2 % auf 19,6 % hauptsächlich bei Frauen zu verzeichnen. Bei Männern ist eine geringe Erhöhung der Prävalenz von Adipositas von 12,3 % auf 15,2 % festzustellen, bei Frauen ist ein deutlicher Anstieg von 18,5 % auf 23,9 % zu verzeichnen (TUIK 2017).

Abbildung 7: Entwicklung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der Türkei zwischen 2008-2016 in Anlehnung (TUIK 2017)



Ein anderes gravierendes Bild legt die „Verzehr- und Gesundheitsstudie des Gesundheitsministeriums“ von 2010 dar, die nach Angaben des

Gesundheitsministeriums die umfangsreichste Untersuchung der letzten 36 Jahre darstellt (TSB 2013, S. 23 ff.). Demzufolge liegt bei 34,6 % der Bevölkerung Übergewicht, bei 30,3 % Adipositas und bei 2,9 % (BMI> 40 kg/m²) morbide Adipositas vor. Die erwachsenen Frauen sind mit 70,7 % häufiger übergewichtig als die erwachsenen Männer mit 59,6 % (BMI > 25 kg/m²). Während bei den Männern die Prävalenz von Übergewicht bei 39,1 % und Adipositas bei 20,5 % lag, waren dagegen 29,7 % der Frauen übergewichtig und 41,0 % adipös. Somit haben nur 38,7 % der erwachsenen Männer und 26,6 % der erwachsenen Frauen ein BMI unter 25 kg/m² (TSB 2013, S. 23 ff.).

Verglichen mit den Daten aus Deutschland ist hier ein anderes Bild festzustellen. Während in Deutschland mehr Männer übergewichtig sind, sind in der Türkei eher die Frauen von Übergewicht betroffen.

Die Türkei Verzehr- und Gesundheitsstudie 2010 differenziert Übergewicht und Adipositas zusätzlich noch nach folgenden Merkmalen:

Nach Wohngebiet (Land oder Stadt): In den Städten waren 20,9 % der Männer und 40,4 % der Frauen adipös. Dagegen in ländlichen Gebieten lag die Prävalenz von Adipositas bei Männern bei 19,1 % und bei Frauen bei 42,9 %.

Nach Bildungsgrad: Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas sinkt bei Frauen mit zunehmendem qualifizierten Schulabschluss. Bei den weiblichen Analphabeten - die weder schreiben noch lesen können - lag die Häufigkeit von Adipositas bei 54,2 %. Bei den Frauen, die nicht die Grundschule abgeschlossen haben, lag die Prävalenz von Adipositas bei 48,2 % und dagegen bei den Frauen mit Abitur oder höheren Abschlüssen lag die Prävalenz von Adipositas nur bei 18,2 % (Winter 2013). Bei den männlichen Analphabeten lag die Häufigkeit der Adipositas bei 18,3 % und mit Abitur sowie einem höheren Abschluss bei 19,7 %. Nur höhere Schulabschlüsse haben einen signifikanten Einfluss bei den Frauen bezüglich der Prävalenz von Adipositas (Winter 2013).

Die Türkei Epidemiologie der Diabetes, Adipositas und Hypertonie Studie (Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Çalışması, TURDEP) wurde an 24.788 Erwachsenen ab einem Alter von 20 Jahren durchgeführt. Diese Untersuchung gibt Aufschluss über die Prävalenz von abdominalem Adipositas (Taillenumfang Männer ≥ 102 cm / Frauen ≥ 88 cm). Gemäß einer Bewertung nach diesen Kriterien lag die Prävalenz von Adipositas

im Durchschnitt bei 34,3 %. Differenziert nach Geschlecht zeigen die Ergebnisse signifikante Unterschiede. Während der Anteil der abdominalen Adipositas bei Männer im Mittel bei 16,9 % liegt, liegt er bei Frauen bei 48,4 % (TCSB 2013).

Laut der Nationalen Verzehrstudie II dagegen haben 27,4 % der Männer und 31,8 % der Frauen in Deutschland eine abdominale Adipositas (Max-Ruber-Institut 2008).

2.1.1 Definition und Klassifizierung

Der Begriff Adipositas stammt von dem lateinischen Wort für Fett (adeps) und wird im deutschsprachigen Raum benutzt. In der Türkei wird eher, wie im angelsächsischen Raum, das Wort (Obezite), „obesitas“, verwendet, was auch seinen Ursprung im Lateinischen hat. Es leitet sich ab aus den Wörtern „ob“ (wegen) und „edere“ (Essen); die deutsche Übersetzung lautet „gegessen haben“ (Haun 2012, S. 259). Gemäß den Erfahrungen aus der Studie ist das Wort (obez: adipös) sehr negativ behaftet, bis hin zu der Auffassung, dass es eine Beleidigung ist.

In dieser Arbeit wird die international anerkannte und häufig verwendete Einteilung für die Klassifizierung der WHO angewandt. Nach der WHO-Klassifizierung wird als Übergewicht (Präadipositas) klassifiziert, wenn ein BMI-Wert zwischen 25,0 und 29,9 kg/m² vorliegt. Übergewicht wird als Adipositas beschrieben, wenn der BMI-Wert größer als 30 kg/m² ist (WHO, 2016). Die Adipositas wird als eine Erhöhung des Körpergewichts durch eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettanteils definiert, welche der Gesundheit Schaden zufügen kann (Wirth & Hauner 2013, S. 2). Mit anderen Worten: Es besteht ein zu hoher Körperfettanteil in Relation zum Körpergewicht (Lehrke & Laessle 2009, S. 3).

Obwohl stets kritisiert ist der Body Mass Index (BMI) ein häufig verwendetes und einfach anzuwendendes Instrument zur Diagnose von Übergewicht und findet eine breitere Anwendung in epidemiologischen Studien (Wirth & Hauner 2013, S. 4). Er ist der Quotient aus Körpergewicht (kg) und dem Quadrat der Körpergröße (m²) einer Person, korreliert stark mit dem tatsächlichen Körperfettanteil bis „zu 95 % und gilt als das beste indirekte Maß für Körperfettmasse“ (Benecke & Vogel, 2005, S. 6). Ein weiterer Grund für die Anwendung des BMI ist, dass er eine Vergleichbarkeit zwischen großen Gruppen ermöglicht (Benecke & Vogel,

2005, S. 6).

Tabelle 1: Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des BMI (WHO 2016c)

Einteilung der Gewichtsklassen	BMI	Risiko für
Untergewicht	<18,50	niedrig
Normalgewicht	18,50-24,9	durchschnittlich
Übergewicht (auch Präadipositas)	25,00-29,9	gering erhöht
Adipositas Grad I	30,00-34,9	erhöht
Adipositas Grad II	35,00-39,9	hoch
Adipositas Grad III	≥40	sehr hoch

Nach der Klassifizierung der WHO (2016c) werden BMI-Werte unter 18,5 kg/m² als Untergewicht, Werte von 18,5 bis 24,9 kg/m² als Normalgewicht, BMI-Werte von 25-29,9 kg/m² als Übergewicht (Präadipositas) und Werte über 30 kg/m² als Adipositas eingestuft (WHO, 2016c). Adipositas wird zusätzlich in drei Schweregrade eingeteilt; BMI-Werte zwischen 30-34,9 kg/m² werden als Grad I oder als moderate Adipositas bezeichnet, Grad II-Adipositas BMI zwischen 35 und 39,9 kg/m² und BMI-Werte über 40 kg/m² als Grad III-Adipositas oder als morbide Adipositas (WHO 2016c).

Trotz der internationalen Anerkennung des BMI-Messverfahrens schlagen viele Autoren für die genauere Bestimmung des Übergewichts bzw. Grades der Adipositas weitere Methoden vor, da für die Entstehung von Risikofaktoren sowie für die Behandlungsformen die Körperfettmasse bzw. die Fettverteilung von entscheidender Bedeutung ist (Wirth & Hauner 2013, S. 3).

Da der Körperbau und die Muskelmasse einen Einfluss auf den BMI-Wert nehmen und nicht direkt der Fettanteil gemessen wird, besteht die Möglichkeit, dass Personen mit großem Muskelanteil mit dieser Formel als übergewichtig eingestuft werden können (Froböse 2014, S. 15). Aus diesem Grund ist die Aussagekraft des BMI als einziges Kriterium für Übergewicht und Adipositas nur begrenzt (Benecke & Vogel 2005, S. 7). Um eine sichere Diagnose und Abgrenzung von Übergewicht und Adipositas sowie den Schweregrad der Adipositas genau feststellen zu können, sollten weitere Methoden hinzugezogen werden. Es gibt zum einen noch recht einfach anzuwendende kostengünstige Methoden wie zum Beispiel die Messung der Hautfaltendicke, Broca-Index, die Taillenumfangsmessung sowie die Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA)

(Froböse 2014, S. 15) sowie Ultraschalluntersuchungen (Wirth 2000, S. 3 ff.). Die BIA ist eine praktikable und verlässliche Methode für die Bestimmung der Fettmasse im Körper, um den Schweregrad der Adipositas festzustellen, welche sich klinisch durchsetzen konnte (Wirth 1996, 193 ff.). Zum anderen gibt es kostenintensive Verfahren wie ein vollständiges Wiegen unter Wasser (Densitometrie) und Computer- und Kernspintomographie, die für die Probanden eine hohe körperliche Belastung darstellen. Aus diesem Grund werden diese Methoden begrenzt bei den gesundheitswissenschaftlichen Datenerhebungen eingesetzt (Benecke & Vogel 2005, S. 8).

Neben dem Körperfettanteil spielt aber auch die Fettverteilung eine entscheidende Rolle für die Gesundheit. Es besteht ein größeres medizinisches Risiko insbesondere bei der abdominalen Fettverteilung (viszerelas Fett) (Froböse 2014, S. 13; Lehrke & Laessle 2009: 5 ff.; Wirth, 2000, S. 9f.). Bei einem Bauchumfang > 80 cm bei Frauen bzw. > 94 bei Männern besteht das 1,5-2-fache Risiko für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen. Diese Komplikationen treten doppelt so häufig (signifikantes Risiko 2-4-fach), wenn der Bauchumfang/Taillenumfang bei Frauen > 88 cm und bei Männern > 102 cm liegt (Wirth & Hauner 2013, S. 4; Wirth 2000, S. 9). Durch die Taillenumfangsmessung kann die Fettverteilung an einem Körper festgestellt werden, die Aufschluss über die Fettverteilung im Körper gibt und damit auch eine Risikoklassifizierung möglich macht. Als Grenzwerte gelten bei Frauen > 80 cm und bei Männern > 94 (Wirth & Hauner 2013, S. 4).

Tabelle 2: Taillenumfang sowie kardiovaskuläres und metabolisches Risiko (Wirth und Hauner 2013, S. 4)

Taillenumfang (cm)	Mäßig erhöhtes Risiko	Deutlich erhöhtes Risiko
Frauen	> 80	> 88
Männer	> 94	> 102

2.1.2 Ursachen von Übergewicht und Adipositas

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas, wie oben beschrieben, steigt sowohl in Industrieländern als auch in Schwellenländern kontinuierlich. Es sind eine Reihe verschiedener Faktoren, die Übergewicht und Adipositas-Prävalenz fördern können. Hauptursachen sind Fehlernährung, Bewegungsmangel und

genetische Faktoren (Hauner et al. 2014, S.17; Blüher et al. 2013, S. 47 ff.; Wirth 2000, S. 57 ff.).

In der S3-Leitlinie werden die Ursachen von Übergewicht und Adipositas wie folgt abgebildet (Hauner et al. 2014, S.17; Blüher et al. 2013, S. 47 ff.; Wirth 2000, S. 57 ff.):

- familiäre Disposition, genetische Ursachen
- Lebensstil (z. B. Bewegungsmangel, Fehlernährung)
- ständige Verfügbarkeit von Nahrung
- Schlafmangel
- Stress
- depressive Erkrankungen
- niedriger Sozialstatus
- Essstörungen (z. B. Binge-Eating-Disorder, Night-Eating-Disorder)
- endokrine Erkrankungen (z. B. Hypothyreose, Cushing-Syndrom)
- Medikamente (z. B. Antidepressiva, Neuroleptika, Antidiabetika, einige Kontrazeptiva und Betablocker)
- andere Ursachen (z. B. Immobilisierung, Schwangerschaft, Nikotinverzicht)

Im Alltag wird der Körper des Menschen durch Technisierung immer weniger herausgefordert, sowohl im Berufsleben als auch in der Freizeit. Zusätzlich wird immer mehr ein inaktives Freizeitverhalten bevorzugt.

Laut Experten aus der Experteninterviewreihe begünstigt der Wohlstand die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas. Ein rapider Anstieg des Übergewichts in der Türkei ist dadurch begründet, dass der Bevölkerung einerseits für Verzehrausgaben mehr Geld zur Verfügung steht, andererseits dieser Wohlstand die Inaktivität fördert, indem Bewegung im Alltagsleben möglichst vermieden wird. Es werden inaktive Freizeitaktivitäten bevorzugt, die wiederum den Verzehr von energiereichen Nahrungsmitteln beinhalten (wie z.B. Freunde zum Essen treffen, zusammen Fernsehen schauen etc.).

Die Tabelle 3 zeigt die negativen Effekte, welche die Modernisierung mit sich

bringt und vor allem in den Industriestaaten, aber immer mehr auch in den Schwellenländern die Zunahme von Übergewicht und Adipositas fördert.

Tabelle 3: Negative Auswirkungen der Modernisierung auf den Lebensstil

Ort der Aktivität	Effekt der Modernisierung	Einfluss auf die Übergewicht-Prävalenz
Transport	Mehr Inanspruchnahme von Kraftfahrzeugen im alltäglichen Leben auch für die kurzen Distanzen.	Wenig zu Fuß gehen oder Fahrradfahren.
Zu Hause	Steigender Einsatz von modernen Hausgeräten (z.B. Geschirrspülmaschinen, Waschmaschinen, Staubsauger)	Weniger körperliche Arbeit
	Erhöhte Inanspruchnahme von Fertigessen	Erhöhter Konsum von Fertigprodukten
	Erhöhter Konsum von Fernsehen und Computerspielen	Weniger Zeit für körperliche Aktivitäten
Am Arbeitsplatz	Technisierung der Arbeit	Weniger körperlich fordernde Arbeit
Öffentliche Plätze	Bau von Fahrstühlen und Rolltreppen	Weniger körperliche Aktivität wie z. B. Treppensteigen
Städtisches Wohnen	Mehr Gewalt und unsichere Umgebung in Städten	Hindernis für Frauen und Kinder (Freizeitaktivitäten im Freien)
Städtische Planung	Nicht ausreichende und sichere Infrastruktur für Aktivitäten im Freien	Teure Grundstückspreise verhindern die Entstehung von mehr Parks
Neue Formen von Bauten	Hochsicherheitswohnblöcke werden gebaut, um Zufluchtsorte für anonymes Leben zu ermöglichen	Die gebauten Hochsicherheitswohnblöcke beinhalten auch alle erdenklichen Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung

Die unter dem Punkt „Städtisches Wohnen“ erwähnten Gründe spielen in der Türkei gerade in Großstädten eine immer wichtigere Rolle (auch Probanden der Interventionsstudie waren Opfer von Angriffen während ihrer sportlichen Aktivitäten im naheliegenden Park). Als Lösung und unvermeidlichen Ausweg, sich sicher zu fühlen werden immer mehr Mikrostädte gebaut (Wohnkomplexe mit allen erdenklichen Funktionen, Cafés, Einkaufsmöglichkeiten, Raum für Freizeitgestaltung), was wiederum die Bewegungsfreiheit von Menschen in den Großstädten vermehrt eingrenzt. Ein weiterer Grund, der zu den ‚dickmachenden’ Lebensumständen zählt, ist die Ehe, da die verheirateten Personen nicht mehr auf Partnersuche sind und sich nicht mehr attraktiv halten müssen (Zwick 2009). Damit fällt ein Ansporn weg, einen gesunden Lebensstil zu führen. Schwangerschaft und die darauffolgende Gewichtszunahme führt bei Frauen ungewollt zu Gewichtsproblemen (Bobrow et al. 2013). Die Scheidungen fördern die Gewichtzunahme mehr aus Gründen von Stress und Frust (WAZ 2011).

2.1.3 Gesundheitliche Folgen und assoziierte Krankheiten

Übergewicht (BMI >25 kg/m²) erhöht das Risiko der Entstehung von Folgeerkrankungen sowie die Entstehung von Gesundheitsstörungen (WHO 2000, S. 39 ff.) und führt zu Einschränkungen im alltäglichen Leben, die wiederum für die Betroffen „signifikant schlechtere körperliche Lebensqualität“ bedeuten (Khac 2011, S. 76). Im Detail bedeutet es, dass die alltäglichen Funktionen in Familie, Beruf und Gesellschaft nicht oder nur unzureichend erfüllt werden können (Wirth und Hauner 2013, S. 173 ff.; Hauner et al. 2014, S. 20 ff.). Außerdem verkürzt das Übergewicht die Lebenserwartung der Betroffenen deutlich. Häufig mit Übergewicht und Adipositas assoziierte gesundheitliche Probleme sind Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen oder Erkrankungen des kardiovaskulären Systems und des Bewegungsapparates (Wirth und Hauner 2013, S. 173 ff.; WHO 2000, S. 39 ff.; Wirth 2000, S. 141)

Nachfolgend werden in tabellarischer Form mit Übergewicht und Adipositas assoziierte Krankheiten abgebildet. Da die Abhandlung der Komorbiditäten der Adipositas nicht Gegenstand der Arbeit ist, wird hier für weiterführende Informationen auf Wirth und Hauner (2013) „Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie“ verwiesen.

Zusätzlich zu erwähnen ist, dass Adipositas auf Platz sechs (1990: Platz 10) der weltweit häufigsten Todesursachen steht (mehr als 3 Mio. Todesfälle im Jahr 2010, die auf erhöhte BMI zurückzuführen sind) (MOBILIS 2017b).

Tabelle 4: Mit Übergewicht und Adipositas assoziierte Erkrankungen (Wirth und Hauner 2013, S.173 ff.; Hauner et al. 2014, S. 17)

Mit Übergewicht und Adipositas assoziierte Krankheiten	
Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels	• Insulinresistenz • Abnorme Nüchternglucose • Gestörte Glukosetoleranz • Diabetes mellitus Typ II
Kardiovaskuläres System	• Koronare Herzkrankheit • Schlaganfall • Linksventrikuläre Hypertrophie • Herzinsuffizienz • Arterielle Hypertonie • Venöse Thromboembolien • Vorhofflimmern
Metabolische und hormonelle Funktion	• Dyslipidämien • Hyperurikämie • Gicht
Störungen der Hämostase	• Hyperfibrinogenämie • Erhöhter Plasminogen-Aktivator-Inhibitor
Respiratorisches System	• Schlafapnoe • Pickwick-Syndrom
Gastrointestinales System	• Cholezytolithiasis • Fettleber • Refluxösophagitis
Haut	• Intertrigo • Hirsutismus • Striae
Bewegungsapparat	• Gon- und Koxarthrose • Fersensporn • Sprunggelenksarthrose • Wirbelsäulensyndrom
Neoplasien	• Erhöhtes Risiko für Endometrium, Mamma-, Zervix, Prostata- und Gallenblasenkarzinom
Sexualfunktion	• Reduzierte Fertilität • Schwangerschaftskomplikationen
Psychosoziale Probleme	• Vermindertes Selbstwertbewusstsein • Soziale Isolation • Partnerprobleme • Berufsprobleme
Verschiedenes	• Verminderung der Lebensqualität • Erhöhtes Operationsrisiko • Erschwerte Untersuchungsbedingungen • Reduzierte Beweglichkeit und Ausdauer • Erhöhtes Unfallrisiko • vorzeitige Verrentung

2.1.4 Kostenfaktor

Unter anderem bringen die steigenden Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas enorme Belastungen für das Gesundheitssystem mit sich. Die Adipositas verursacht schätzungsweise einen weltweiten wirtschaftlichen Schaden

von zwei Billionen US-Dollar pro Jahr (Adipositas Tag 2015). Wie hier dokumentiert wird, ist Übergewicht nicht nur ein gesundheitliches Problem, sondern es resultieren erhebliche wirtschaftlich relevante Folgen daraus.

Die durch Adipositas verursachten Kosten können in direkte, indirekte und intangible Kosten unterteilt werden (Knoll 2010, S. 40 ff.).

Tabelle 5: Durch Adipositas verursachte Kostenarten modifiziert nach Knoll (2010)

Arten der Kosten	Zuweisung
Direkte Kosten (Ressourcenverbrauch)	Diagnostische, therapeutische, präventive, rehabilitative Maßnahmen
Indirekte Kosten (Ressourcenverlust)	• Arbeitsunfähigkeit • Vorzeitige Verrentung • Geringere berufliche Aufstiegschancen • Zeitaufwand der Angehörigen für die Versorgung des erkrankten Angehörigen
Intangible Kosten	• Psychische und soziale Auswirkungen = verminderte Lebensqualität • Befindlichkeitsstörungen und Schmerzen

Die WHO weist darauf hin, dass Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen bis zu 6 % der Kosten des Gesundheitswesens in Europa verursachen (WHO 2006, S. 2). Zudem sind die indirekten Kosten, die durch den Verlust an Produktivität entstehen, schätzungsweise doppelt so hoch wie die direkten Kosten (WHO 2006, S. 2). Die WHO schätzt sogar die Kosten von ernährungsabhängigen Erkrankungen auf 30 % der nationalen Gesamtausgaben in Deutschland im Gesundheitswesen (Stange & Leitzmann 2010, S. V).

Außerdem kann die Behandlung von mit Übergewicht assoziierten Erkrankungen wegen der vermehrten Arztbesuche, zunehmenden medikamentösen Behandlungen und Krankenhausaufenthalten zu hohen Kosten führen (RKI 2003). Wirth weist darauf hin, dass ein Großteil der Kosten im ambulanten Bereich und durch Kosten von Medikamenten für Begleiterkrankungen entstehen (Wirth 2008, S. 61). Außerdem erwähnt er, dass eine genauere Ermittlung der durch Adipositas verursachten Kosten in Deutschland schwierig ist, da die Adipositas in den vom Gesundheitsministerium veröffentlichten Zahlen nicht gesondert unter den ernährungsbedingten Krankheiten auftaucht und sie nur selten explizit diagnostiziert wird (Wirth 2008, S. 60).

Nach Schätzungen beliefen sich im Jahre 2003 die Kosten der direkten Gesundheitsausgaben für Adipositas und der assoziierten Begleit- und Folgeerkrankungen auf rund 12 Mrd. Euro (Bockelbrink et al. 2008). Nach den letzten Schätzungen, die sich auf die Prävalenz von ca. 16 Mio. adipösen Personen bezogen haben, entstehen im Gesundheitswesen Mehrkosten von mindestens 20,26 Mrd. Euro pro Jahr. Somit werden aktuell die direkten Kosten der Adipositas ausschließlich im Gesundheitswesen mit über 20 Mrd. Euro p.a. beziffert (Effertz et al. 2013). Bodylife berichtet, dass die Fehlernährung allein in Deutschland pro Jahr einen volkswirtschaftlichen Schaden in Höhe von 50 Mrd. Euro verursacht (Body Life 2011, S. 70).

Außerdem weist Wirth darauf hin, dass die intangiblen Kosten, die sich aus den psychischen und sozialen Auswirkungen der Krankheit und durch sie verursachten Schmerzen und Befindlichkeitsstörungen ergeben, kaum zu beziffern sind (Wirth 2008, S. 60).

Dagegen lagen im Jahre 2004 in der Türkei die direkten Kosten bei 4.5 Mrd. US-Dollar. Im Jahre 2012 stiegen diese auf 13.5 Mrd. US-Dollar an. In 2004 machten sie laut der Abteilung für Gesundheitstechnologie des Gesundheitsministeriums 1,16 % des Bruttoinlandsproduktes und in 2012 1,73 % des Bruttoinlandsproduktes aus (Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı – STD) (STD 2014, S. 113). Im gleichen Zeitraum stieg auch die Prävalenz von Adipositas in neun Jahren um ca. 42 % an (STD 2014, S. 113).

2.1.5 Therapie von Übergewicht und Adipositas

In der evidenzbasierten Leitlinie S3 zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas der Deutschen Adipositas Gesellschaft, der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung sowie der Deutschen Gesellschaft für Erfahrungsmedizin wird eine multimodulare Vorgehensweise bei der Therapie von Übergewicht und Adipositas vorgeschlagen (Wirth 2015, S. 4). Aus diesem Anlass ist es sinnvoll, die Indikationen zu kennen sowie die Ziele bei der Therapie genau zu definieren. Dieses Vorgehen ermöglicht es, die richtigen Maßnahmen bei der Therapie zu bestimmen und einzusetzen, die wiederum die Aussicht auf Erfolg erhöhen kann.

Außerdem existiert auf europäischer Ebene auch eine Leitlinie (European Guidelines for Obesity Management in Adults) von der European Association for

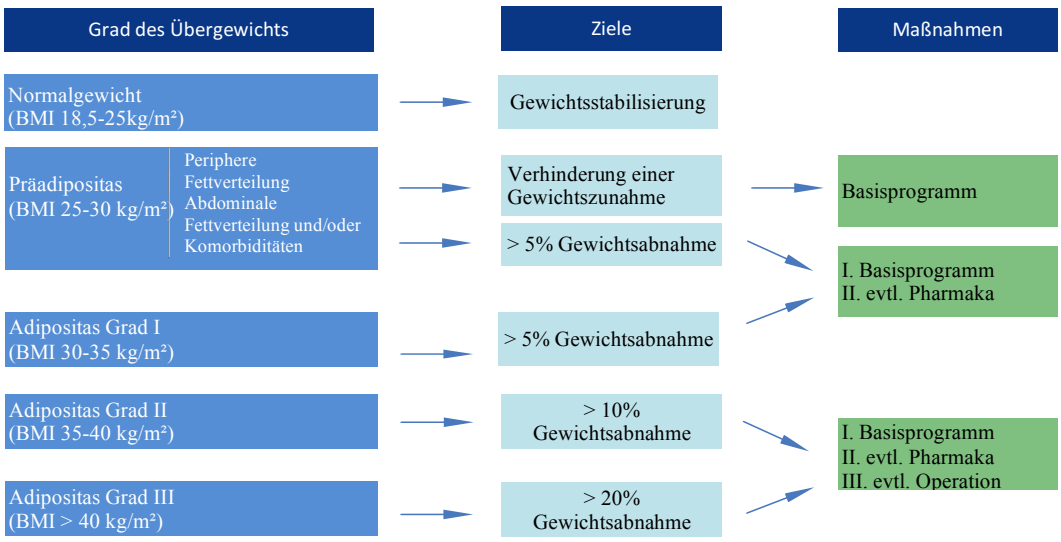
the Study of Obesity (EASO). Diese versucht, verschiedene europäische Leitlinien zu vereinen (Yumuk et al. 2015).

2.1.5.1 Indikation zur Therapie

Die beteiligten Gesellschaften legen in der Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ die Indikationen für eine medizinische Behandlung von Übergewichtigen und Adipösen fest.

Die folgenden Abbildungen nach Wirth (2000) zeigt den Überblick über die Indikation und die dazu vorgeschlagenen Behandlungsmöglichkeiten auf, die auf den Grad des Übergewichts bzw. Adipositas abgestimmt sind, die eine systematische Vorgehensweise darstellt. Nur im Falle von nicht ausreichendem Erfolg kommen die weiteren Therapiealternativen zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas in Frage (Hauner et al. 2014). Bei allen Behandlungsmöglichkeiten bzw. -optionen bildet das Basisprogramm das Fundament aller Therapiemaßnahmen.

Abbildung 8: Therapieziele und Therapiemaßnahmen in Abhängigkeit vom BMI und der Fettverteilung (Wirth 2000, S. 223) (modifiziert)



Kontraindikationen, die für eine Therapie sprechen, sind konsumierende Erkrankungen und eine Schwangerschaft (Hauner et al. 2014, S. 37).

2.1.5.2 Therapieziele

Wenn die Morbidität, Mortalität und psychosoziale Befindlichkeiten im Vordergrund stehen, dann rückt eine abgemilderte aber langfristige Reduzierung und Stabilisierung des reduzierten Körpergewichts um 5 bis 10 % des Ursprungsgewichts in den Fokus der Therapie (Hauner et al. 2014, S. 38; Yumuk et al. 2015, S 411; Pudel 2003). Eine schnelle Gewichtsreduktion ist nur im Falle einer bevorstehenden Operation erforderlich oder einer anderen Art von Behandlung, die aufgrund der Körperfülle nicht durchführbar ist (Hauner et al. 2014, S. 70 f.)

In der Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ unter Punkt 5.2, 5.3 und 5.4 werden die Ziele einer Gewichtsreduktionstherapie folgendermaßen definiert (Hauner et al. 2014, S 38; Wirth 2015; Hauner et al. 2007):

- langfristige Senkung des Körpergewichts
- BMI 25 bis 35kg/m²): >5% des Ausgangsgewichts
- BMI >35 kg/m²): >10% des Ausgangsgewichts
- Verbesserung von Adipositas-assoziierten Risikofaktoren (z.B. T2DM, Dyslipidämie, Hypertonie)
- Reduzierung von Adipositas-assoziierten Krankheiten (z.B. atherosklerotische Erkrankungen)
- Verminderung des Risikos für vorzeitige Sterblichkeit
- Verhinderung der Arbeitsunfähigkeit und der vorzeitigen Verrentung
- Verminderung von psychosozialen Störungen (z.B. Depression, Angst, Stigmatisierung)
- Steigerung der Lebensqualität

Es wird dabei darauf hingewiesen, dass die Ziele bei der Therapie realistisch gesetzt und an die persönlichen Voraussetzungen angepasst werden sollten. Außer der Gewichtsreduktion sollten auch der individuelle Gesundheitszustand, Risiken, Erwartungen und Ressourcen des Betroffenen im Vordergrund stehen (Hauner et al. 2014, S. 38). Gemäß der S3-Leitlinie ist von einer erfolgreichen Gewichtsreduktion bzw. Zielerreichung zu sprechen, wenn die eingesetzte Therapiemaßnahme innerhalb von sechs bis zwölf Monaten zu einer Gewichtsabnahme von mindestens 5 % des Ausgangsgewichts führt (Hauner et al. 2014).

Gewichtsstabilisierung

Bei Therapien stellt die Stabilisierung des erreichten Zielgewichtes ein essentielles Problem dar. In den europäischen Leitlinien sowie in der nationalen S3-Leitlinie wird betont, dass Adipositas eine „chronische Erkrankung mit hoher Rezidivneigung“ ist (Yumuk et al. 2015, S. 408; Hauner et al. 2014, S. 39). Demzufolge sollte das zusätzliche Ziel einer Therapie ergänzend zur Gewichtsreduktionphase die langfristige Gewichtsstabilisierung sein (Hauner et al. 2014, S. 74; Pudel 2003; Yumuk et al. 2015). Die Empfehlung der S3-Leitlinien zur Therapie von Übergewicht und Adipositas bezüglich der langfristigen Gewichtsstabilisierung lautet in der Empfehlung 5.4 folgendermaßen (Hauner et al. 2014, S. 396):

„Da die Adipositas als eine chronische Erkrankung mit hoher Rezidivneigung anzusehen ist, sollte den Betroffenen über die Phase der Gewichtsabnahme hinaus geeignete Maßnahmen zur langfristigen Gewichtsstabilisierung empfohlen werden.“

Die S3-Leitlinie begründet diese Empfehlung mit den Ergebnissen mehrerer Studien, die einen raschen Wiederanstieg des Gewichtes nach der Gewichtsreduktionsphase belegen (Hauner et al. 2014; Yumuk et al. 2015, S. 408; Bischoff et al. 2012;). Die Meta-Analysen zeigen, dass die Betroffenen, die an Programmen zur langfristigen Gewichtsstabilisierung teilnahmen, auf Dauer erfolgreicher waren und das verbesserte Gewicht eher halten konnten (Dombrowski et al. 2014; Ross et al. 2012). Diese Erkenntnis betont die Bedeutung der langfristig angesetzten Konzepte, die eine dauernde Stabilisierung des verlorenen Gewichtes sicherstellen und damit den eine rasche Gewichtsreduktion versprechenden Programmen vorzuziehen sind (Hauner et al. 2014). In der S3-Leitlinie werden für die Gewichtsstabilisierung die gleichen Maßnahmen wie bei Gewichtsreduktion (Elemente der Ernährungs- Bewegungs-, Verhaltens- und evtl. Pharmakotherapie) empfohlen. Hier wird zusätzlich darauf hingewiesen, dass sie sich bei der Durchführung hinsichtlich des Umfangs und der Dauer leicht unterscheiden (Hauner et al. 2014, S. 74 ff.).

2.1.5.3 Therapievoraussetzungen

Die Mitarbeit und die Motivation der Betroffenen und eine sorgfältige Anamnese sowie die Untersuchung der Betroffenen sind eine wichtige Voraussetzung für die

Therapie von Übergewicht und Adipositas, damit eine optimale und individuelle Therapieplanung garantiert wird (Hauner et al. 2014, S. 39). Auf Grund der klinischen Erfragungen sind die Experten der S3-Leitlinie der Ansicht, dass im Rahmen eines Gewichtsmanagements die Durchführung einer Anamnese sowie eine Untersuchung effektiv sein können und daher empfohlen werden sollte, um ein einigermaßen vollständiges Bild vom Betroffenen zu erhalten (Hauner et al. 2014, S. 39). In der Tabelle sechs werden die in der Empfehlung 5.5 der S3-Leitlinie bei Erstuntersuchung empfohlenen Schritte beschrieben (Hauner et al. 2014, S. 39).

Tabelle 6: Vorgehensweise bei der Erstuntersuchung (Hauner et al. 2014, S. 39)

Erstuntersuchung
Anamnese
▪ Gewichtsanamnese ▪ Familienanamnese ▪ Frühere Therapieversuche ▪ Ernährungsgewohnheiten, Essverhalten ▪ Bewegungsaktivität ▪ Motivation und ▪ Psychosoziale Anamnese
Untersuchungen
▪ Körpergröße und -gewicht, Taillenumfang, Blutdruck, Verfahren zur Ermittlung der Körperzusammensetzung (fakultativ) ▪ Klinische Untersuchung ▪ Nüchternglucose, HbA1c, oraler Glukosetoleranztest (fakultativ) ▪ Gesamt-, HDL- und LDL-Cholesterin, Triglyzeride ▪ Harnsäure ▪ Kreatinin, Elektroyte (fakultativ) ▪ TSH, ggf. endokrinologische Parameter (fakultativ) und weitere fakultative Empfehlungen

2.1.5.4 Therapiealternativen

Um mit Übergewicht und Adipositas assoziierten Krankheiten entgegen zu wirken und eine Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen, bedarf es des Einsatzes von Therapiemaßnahmen zur Gewichtsreduktion und der Stabilisierung des verbesserten Gewichts (Hauner et al. 2014, S. 29).

Die S3-Leitlinie schlägt für die effektive Gewichtsreduktion und die langfristige Gewichtsstabilisierung folgende Therapiealternativen vor:

Basisprogramm:

- Ernährungstherapie
- Bewegungstherapie
- Verhaltenstherapie

Mehrere Studien belegen, dass die Kombination dieser drei Elemente bei der Gewichtsabnahme effektiver und dauerhafter zu stabilisieren ist, als eine Therapie mit nur einem der Therapieelemente (Washburn et al. 2014, S. 1; Amati et al. 2008; Avenell et al. 2004; Curioni & Lourenco 2005; Andersen et al. 1999; Bensimhon et al. 2006; Berg 2003; Meyer & Meier 2010; NICE 2014; Shaw et al. 2006; Dierks 2015). Miller et al. (1997) bestätigt die Richtigkeit dieses Vorgehen anhand der Metaanalyse von 493 Studien ebenso wie Washburn et al. (2014) bei ihrem systematischen Review von Januar 1990 – Oktober 2013.

Weitere Therapiealternativen in Begleitung zum Basisprogramm, welche in der S3-Leitlinie empfohlen werden, sind:

- Medikamentöse Therapie
- Chirurgische Therapie

2.1.5.4.1 Basisprogramm

Das Basisprogramm der S3-Leitlinie stützt sich in erster Linie auf das Prinzip der Energiebilanz. Durch die Reduzierung der Kalorienaufnahme und durch vermehrte körperliche Aktivität wird ein höherer Energieverbrauch angestrebt. Dies kann erreicht werden, wenn die Compliance der Betroffenen vorhanden ist und diese bereit sind, ihren Lebensstil dauerhaft zu ändern (Hauner et al. 2014).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über das Basisprogramm nach der Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“, das die Grundlage für alle Gewichtsreduktionsprogramme bilden sollte, speziell auch für die kommerziell angebotenen Gewichtsreduktionsprogramme (Hauner et al. 2014, S. 42; Hauner et al. 2000; Yumuk et al. 2015, S. 410; NICE 2016; SIGN 2010). Für die Betroffenen wird auf dieser Basis die Sicherheit geschaffen, dass auch kommerzielle Gewichtsreduktionsprogramme ohne Nachteile zu den gewünschten Zielen führen können.

Tabelle 7: Das Basisprogramm der S3-Leitlinie zur Therapie von Übergewicht und Adipositas (Hauner et al. 2014, S. 42 ff.)

Basisprogramm		
Ernährungstherapie	Bewegungstherapie	Verhaltenstherapie
Strategie I: alleinige Reduktion des Fettverzehrs oder Kohlenhydratverzehrs	I. Für effektive Gewichtsabnahme und Erhaltung >150 Min./Woche mit einem Energieverbrauch von 1 200 bis 1 800 kcal/Woche **Ausdauersportarten:** ▪ Walking ▪ Jogging ▪ Radfahren ▪ Schwimmen	Einsatz von Techniken der Verhaltensmodifikation und Motivation, um langfristige Gewichtsreduktion bzw. -stabilisierung zu erreichen. Z.B.: ▪ Selbstbeachtung des Ess-, Trink- und Bewegungsverhaltens ▪ Einübung eines flexiblen kontrollierten Essverhaltens ▪ Erlernen von Stimuluskontrolltechniken ▪ soziale Unterstützung ▪ Rückfallpräventionsmanagement
Strategie II: mäßige energiereduzierte Mischkost		
Strategie III: Mahlzeitenersatz mit Formulaprodukten		
Strategie IV: Formuladiät		

2.1.5.4.1.1 Ernährungstherapie

Das erste Modul des Basisprogramms der Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas“ ist die Ernährungstherapie. Zweck der ernährungstherapeutischen Maßnahmen ist es, durch Verminderung der Nahrungszufuhr ein negatives Energiedefizit von etwa 500 kcal oder mehr pro Tag zu erreichen (Hauner et al. 2014, S. 46; Yumuk et al. 2015, S. 410; NICE 2014, S. 23). D.h., dass dem Körper weniger Energie zugeführt werden soll, als er braucht. In diesem Zusammenhang hat die Herabsetzung der Energiedichte der Nahrung und der Getränke eine bedeutende Rolle hinsichtlich der Reduktion der Energiezufuhr (Hauner et al. 2014).

Laut S3-Leitlinie bilden die folgenden Aspekte die Bestandteile einer Ernährungstherapie (Hauner et al. 2014, S. 44):

- Angebot von individualisierten Ernährungsempfehlungen für die Betroffenen.

- Angebot von Ernährungsberatungen im Rahmen einer medizinischen Betreuung für einzelne oder Gruppen von Personen mit Übergewichtsproblemen.
- umfassende Wissensvermittlung und Aufklärung über die Ziele, Prinzipien und praktischen Aspekte der Ernährungsumstellung für die Personen mit Übergewichtsproblemen.
- Berücksichtigung des persönlichen und beruflichen Umfelds bei der Ernährungsberatung und Umstellung.

Gemäß der S3-Leitlinie wird nach den individuellen Voraussetzungen ein stufenweises Vorgehen in der Ernährungstherapie als sinnvoll angesehen. Dieses systematische Vorgehen beginnt mit der einfachsten Option einer alleinigen Reduzierung der aufgenommen Fett- oder Kohlenhydratmenge. Je nach persönlichen Voraussetzungen der Betroffenen werden andere Optionen in Erwägung gezogen, die bis zum Einsatz der Formuladiäten gehen können (Hauner et al. 2014, S. 46; Wirth 2015: Yumuk et al 2015, S. 410):

Stufe 1: alleinige Reduktion des Fett- oder Kohlenhydratverzehrs

Stufe 2: mäßig energiereduzierte Mischkost (geringere Energiedichte)

Stufe 3: Mahlzeitenersatz durch Formulaprodukte

Stufe 4: alleinige Ernährung mit Formuladiät (zeitlich begrenzt, 800 bis 1200 kcal/Tag)

Stufe 1: allgemeine Reduktion des Fett- oder Kohlenhydratverzehrs

In dieser Stufe soll entsprechend den evidenzbasierten S3-Leitlinien zur „Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas“ (Hauner et al. 2014, S. 48) ein tägliches Energiedefizit von ca. 500 kcal oder mehr durch die Reduktion des Fett- oder Kohlenhydratverzehrs oder eine Kombination von beiden Elementen erreicht werden (Yumuk et al. 2015, S. 410). In erster Linie sollte das gewünschte Energiedefizit aber durch die Reduzierung des Fettanteils auf ca. 60 Gramm/Tag stattfinden (Hauner et al. 2014, S. 48). Die Studien belegen, dass damit eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von 3,2 bis 4,3 kg erreicht werden kann. Je höher das Ausgangsgewicht und der vorherige Fettverzehr waren, umso stärker ist die Gewichtsreduktion (Hauner et al. 2014, S. 48; Hauner et al. 2007).

Stufe 2: fettarme, energiereduzierte Mischkost

Die fettarme und energiereduzierte Mischkost hat in den Fachkreisen eine hohe

Akzeptanz und wird weltweit als Standard angesehen. Sie sollte für jede Therapie den Ausgangspunkt darstellen (Wirth 2003, S. 107; Hauner et al. 2007; Hauner et al. 2014, S. 46; Yumuk et al. 2015, S. 411). Es wird hierbei durch tägliche Kalorienaufnahme ein Energiedefizit von 500 kcal/Tag oder mehr angestrebt, um eine langfristige Gewichtsreduktion zu erreichen. Neben der Verringerung der Fettaufnahme auf ca. 60 Gramm pro Tag wird bei dieser Strategie auch der Verzehr von Kohlenhydraten und Eiweißen reduziert. Diese Form der Ernährung erlaubt nur eine langsame Reduzierung des Gewichtes, dafür ist der erreichte Erfolg jedoch langfristig. Bei strikter Befolgung dieser Form von Ernährung mit einer Gewichtsreduktion von 0,5 kg/Woche kann ein Gewichtsverlust von 5-6 kg in 6 Monaten erzielt werden. Je höher das Ausgangsgewicht, desto höher kann der Gewichtsverlust ausfallen (Wirth & Hauner 2013, S. 284). Gewöhnlich bietet diese Ernährungsform (optimierte Mischkost) eine ausreichende Nährstoffversorgung ohne Nebenwirkungen, d.h. ohne Mangelerscheinungen. Die optimierte Mischkost kann auch nach Beendigung der Reduktionsphase mit einer erhöhten und an den Leistungsumsatz angepassten Kalorienzahl weitergeführt werden. Diese Form der Ernährung lässt sich gut in den Alltag integrieren und gibt vor allem keine expliziten Verbote bei der Lebensmittelauswahl vor. Daher ist es sinnvoll, eine dauerhafte Umstellung auf diese Ernährungsform zu befolgen (Wirth 2003, S. 107; Hauner et al. 2007; Hauner et al. 2014, S. 49; Yumuk et al. 2015, S. 411).

Stufe 3: Mahlzeitenersatz mit Formulaprodukten

Bei Stufe drei können ein bis zwei Mahlzeiten täglich durch Formulaprodukte in Form von Getränken, Riegeln oder Suppen mit einem Kaloriengehalt von 200 kcal pro Mahlzeit ersetzt werden. Der Einsatz der Formulaprodukten ist abhängig von der Situation der Betroffenen; generell wird eine zeitlich begrenzte Anwendung empfohlen. Bei einer täglichen Energiezufuhr von 1200 - 1600 kcal kann durch diese Methode innerhalb von drei Monaten eine Gewichtsreduktion von 6,5 kg erhofft werden (Wirth 2003, S. 107; Wirth & Hauner 2013, S 285; Hauner et al. 2014, S. 49; Yumuk et al. 2015, S. 411).

Stufe 4: Formuladiät

Als letzte Stufe kann die Formuladiät zur Gewichtsreduktion in Betracht gezogen werden. Die DGEM weist darauf hin, dass die reine Formuladiät in Deutschland als bilanzierte Diät für den Einsatz in einem Zeitraum bis 12 Monaten zugelassen ist und ausschließlich nach Bedarf eingesetzt werden darf. Bei der Formuladiät

werden die Mahlzeiten teilweise oder ganz durch bilanzierte Fertigprodukte oder mit Flüssigkeit gemischtes Nährstoffpulver ersetzt. Die Formuladiät unterliegt in Deutschland der Diätverordnung (DiätV § 14a). Laut der DiätV muss der Brennwert eines Fomulaproduktes, das als Ausgleich einer Tagesration vorgesehen ist, mindestens 800 kcal betragen. Das Formulaprodukt, das für einen Mahlzeitersatz bestimmt ist, muss mindestens 200 kcal haben (http://www.buzer.de/gesetz/5588/a76584.htm). Der Einsatz der Formuladiät, die eine Energieaufnahme unter 800 kcal am Tag vorgibt, wird nur bei Personen mit einem BMI >30 kg/m^2 empfohlen, wenn diese eine schnellstmögliche Gewichtsreduzierung zum Beispiel aus medizinischen Gründen erreichen müssen. Bei dieser Art von Maßnahmen ist eine ärztliche Betreuung und Kontrolle aufgrund erhöhter Nebenwirkungsrisiken, wie zum Beispiel deutlicher Abfall des Blutzuckers und -drucks, empfehlenswert (Hauner et al. 2014, S. 49; Wirth & Hauner 2013, S 285; Wirth 2003, S. 107; Yumuk et al. 2015, 411).

2.1.5.4.1.2 Bewegungstherapie

Der zweite Baustein des Basisprogramms zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas ist die Bewegungstherapie (Hauner et al. 2014, S. 50; Wirth 2015, S. 6 f.; Yumuk et al. 2015, S. 411). Der Einsatz der bewegungstherapeutischen Maßnahmen ist begleitend zur Ernährungstherapie damit begründet, dass die Bewegung bei regelmäßiger Ausübung langfristig einen positiven Einfluss auf die Energiebilanz hat, da sie einen erhöhten Energieverbrauch hervorruft, der wiederum zur Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung führt (Schwingshandl et al. 1999; Hauner et al. 2014, S. 50; Yumuk et al. 2015, S. 411). Außerdem betonen Lehrke und Laessle, dass die Bewegung eine positive Wirkung auf die negativen gesundheitlichen Folgen von Übergewicht und Adipositas hat (Lehrke & Laessle 2009, S. 29).

Die optimalen und von Fachkreisen empfohlenen Sportarten, bei denen die großen Muskelgruppen zum Einsatz kommen und welche schonend für die Gelenke sind, sind Schwimmen, Radfahren oder Walking (Irwin et al. 2003). Beim Einsatz von Bewegungsmaßnahmen ist darauf zu achten, dass die Betroffenen keine Kontraindikationen für zusätzliche körperliche Aktivität zeigen (Hauner et al. 2014, S. 50).

Die zusätzlichen Bestandteile der Bewegungstherapie sind:

- Das Motivieren der Betroffenen zur mehr Bewegung im Alltag,
- Betroffene mit einem BMI über > 35 kg/m2 zu ermutigen, mit dem Bewegungsapparat schonende Sportarten zu treiben, beispielsweise Schwimmen,
- der Hinweis auf die Vorteile körperlicher Aktivitäten (metabolische, kardiovaskuläre und psychosoziale) und
- das Setzen von verständlichen, realistischen und an die individuellen Ressourcen angepassten Zielen.

Um messbar eine Gewichtsreduktion zu bewirken, wie in der S3-Leitlinie empfohlen wird, bedarf es eines Bewegungsumfangs von > 150 Min./Woche, der einen zusätzlicher Energieverbrauch von 1200 bis 1800 kcal/Woche erzeugt (Hauner et al. 2014, S. 52; Yumuk et al. 2015, S. 411; Wirth 2015, S. 6; Donnelly et al. 2009). Ein aerobes Ausdauertraining kombiniert mit Kräftigungsübungen bringt signifikant höhere Erfolge im Vergleich zu den Einzelmaßnahmen (Wirth 2015, S. 6; Jakicic et al. 2001). Außerdem sind die Art, Dauer und Intensität der Bewegung für den Therapieerfolg von großer Bedeutung (Saris et al. 2003). Die S3-Leitlinie empfiehlt bei Gewichtserhaltung den gleichen Bewegungsumfang (Hauner et al. 2014, s. 52). Klem und Kollegen (1997) sowie Jakicic und Kollegen (2001) vertreten bezüglich Bewegungsumfang die gleiche Meinung (Klem et al. 1997; Jakicic et al. 2001).

2.1.5.4.1.3 Verhaltenstherapie

Die dritte Komponente des Basisprogramms der S3 evidenzbasierten Leitlinie zur „Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas“ (2014) stellt neben der Ernährungs- und Bewegungstherapie die Verhaltenstherapie dar, um eine effektive Gewichtsreduktion bzw. langfristige Gewichtsstabilisierung zu erreichen (Hauner et al. 2007; Hauner et al. 2014, S. 53; Wirth 2015, S. 7; Yumuk et al. 2015, S 412).

Übergewichtige und Adipöse lassen in ihrem Leben mehrere erfolgslose Abnehmversuche über sich ergehen. Das führt dazu, dass die Betroffenen immer weniger daran glauben, dauerhaft ihr Gewicht zu reduzieren. Mit jedem Fehlversuch entwickeln die Betroffenen Selbstzweifel, Selbstwertverlust und Misserfolgserwartungen. Da die Ursachen für Übergewicht und Adipositas multifaktoriell sind, ist es für Erwachsene schwierig, ihr eigenes Verhalten zu

reflektieren. Jeder Erwachsene weiß, dass zu viel Essen zur Gewichtszunahme führt und das Sport und Bewegung wichtig und gesund für den eigenen Körper sind (Hauner et al. 2014). Dies tatsächlich aber in der Realität umzusetzen, ist eine völlig andere Sache. Hier können die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen wie „Techniken zur Selbstbeobachtung, Stimuluskontrolle oder Verstärkungsmechanismen (z.B. Loben)“ die Betroffenen unterstützen (Hauner et al. 2014; Yumuk et al. 2015, S 412). Alleiniges Ziel der Therapie ist nicht nur die Gewichtsreduktion, sondern auch die Schaffung von Möglichkeiten zur Erhöhung der Selbstsicherheit, der sozialen Kompetenz und die Normalisierung des Ess- und Bewegungsverhaltens (Bennecke 2002). Ein weiteres Ziel der eingesetzten therapeutischen Maßnahmen ist die Erhöhung der Bewältigungskompetenzen der Betroffenen bei persönlichen kritischen Situationen (Wirth 2000, S. 261; Hauner et al. 2007; Hauner et al. 2014, S. 53; Yumuk et al. 2015 S. 412; Wirth & Hauner, 2013, S. 310 f.). Zusätzlich helfen die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen den Betroffenen, eigene Handlungsmuster zu erkennen, zu beurteilen und ggf. zu verändern. Eine an die Betroffenen und ihre Situation angepasste verhaltenstherapeutische Maßnahme ist für den Erfolg des Programms unverzichtbar (Hauner et al. 2014, S. 53; Yumuk et al. 2015, S. 412; Wirth & Hauner, 2013, S. 310 f.). Die S3-Leitlinie liefert unterschiedliche Tools zu dauerhaften und erfolgreichen Lebensstiländerungen. In der Tabelle 8 werden die möglichen Bestandteile und Maßnahmen zur Verhaltenstherapie der S3-Leitlinie dargestellt.

Tabelle 8: Komponente der Verhaltenstherapie nach S3-Leitlinie (Hauner et al. 2014, S. 54)

Mögliche Komponente der Verhaltenstherapie
▪ Die Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt (Körpergewicht, Essverhalten und Bewegung) ▪ Die Einübung eines flexibel kontrollierten Ess- und Bewegungsverhaltens (im Gegensatz zur rigiden Verhaltenskontrolle) ▪ Stimuluskontrolle: Strategien hierfür sind Einkaufen nach dem Essen, Nahrungsaufnahme zu festen und geregelten Zeiten ▪ Zielvereinbarungen ▪ Soziales Kompetenztraining/Selbstbehauptungstraining ▪ Verstärkerstrategien (z.B. Belohnung von Veränderungen) ▪ Regelmäßiges Essen ▪ Prävention zur Vermeidung von Rückfällen ▪ Strategien zum Umgang mit wieder ansteigendem Gewicht ▪ Soziale Unterstützung

2.1.5.4.2 Weitere Therapiealternativen

Zwei weitere Therapiealternativen, die medikamentöse und die chirurgische Therapie können laut S3-Leitlinie begleitend zum Basisprogramm nur unter bestimmten Voraussetzungen eingesetzt oder in Erwägung gezogen werden.

2.1.5.4.2.1 Medikamentöse Therapie

Die S3-Leitlinie empfiehlt den Einsatz der medikamentösen Therapie bei Betroffenen nur in Kombination mit dem Basisprogramm (Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie). Wegen der erheblichen Nebenwirkungen der eingesetzten Präparate und auch wegen der geringeren Wirkungsweise stellt die medikamentöse Therapie für Adipositas keine Alternative zum Basisprogramm dar. Somit ist sie keine primäre Behandlungsform nach der S3-Leitlinie (2014) und sollte nur unter Aufsicht erfahrener Ärzte erfolgen (Yumuk et al. 2015, Wirth 2015, S. 7; Hauner et al. 2014, S. 63 ff.).

Unter den Empfehlungen von Punkt 5.35 bis 5.40 werden die Voraussetzungen für die medikamentöse Therapie 5.36 beschrieben, unter Punkt 5.37 die Fortführung der Behandlung, unter den Punkten 5.38 und 5.39 die eingesetzten Präparate sowie unter Punkt 5.40 der Einsatz von zu unterlassenden Präparaten für die Gewichtsreduktion.

Während einer medikamentösen Therapie eingenommene Präparate wirken auf zweierlei Weise. Entweder hemmen sie den Appetit und steigern das Sättigungsgefühl oder vermindern die Fettaufnahme im Darmtrakt (Hauner et al. 2013, S. 326). Präparate, die bei der medikamentösen Therapie eingesetzt werden, verursachen unangenehme Nebenwirkungen: Während ein Medikament Mundtrockenheit, Blutdruckerhöhung, Erhöhung der Herzfrequenz, Verstopfung, Schwindel oder Schlafstörungen verursacht, führt das andere Medikament zum gesteigerten Stuhldrang und zur verminderten Aufnahme fettlöslicher Vitamine (Malberger 2016). Während in Deutschland in der S3-Leitlinie „nur“ ein Medikament von Experten für die medikamentöse Therapie empfohlen wird (Hauner et al. 2014, S. 63), werden auf der europäischen Ebene mehrere Medikamente zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas vorgeschlagen (Yumuk et al. 2015, S. 412 ff.).

Die medikamentöse Therapie ist nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Weiterführende Informationen zur medikamentösen Therapie und zu eingesetzten

Präparaten sind in der S3-Leitlinie (Hauner et al. 2014) und in den europäischen Richtlinien für Adipositas-Management bei Erwachsenen der Europäischen Vereinigung zur Untersuchung der Fettleibigkeit zu finden (European Guidelines for Obesity Management in Adults of European Association for the Study of Obesity (EASO) (Yumuk et al. 2015).

2.1.5.4.2.2 Chirurgische Therapie

Wenn der Einsatz multimodaler Therapiemaßnahmen zur Gewichtsreduktion erfolglos bleibt, sollte in Einhaltung der unten aufgeführten Voraussetzungen eine chirurgische Therapie erwogen werden. Der Nachteil der Therapie ist, dass sie das Symptom Übergewicht therapiert und nicht die dem Übergewicht zu Grunde liegende Ursache. Zusätzlich bedeutet der Eingriff die Beschädigung eines gesunden Organs (Hauner et al. 2014, S. 66; Hauner et al. 2013, S. 332).

Die S3-Leitlinie gibt unter den Punkten 5.42 - 5.51 Empfehlungen, ab wann eine chirurgische Therapie in Betracht gezogen werden sollte und verweist für Details der bariatrischen Chirurgie auf die Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DAG 2010).

In der S3-Leitlinie werden unter den Punkten 5.44 und 5.45 die Indikationen für eine chirurgische Therapie definiert (Hauner et al. 2014, S. 66; Yumuk et al. 2015, S 414):

- Betroffene ab Adipositas Grad III (BMI $\geq$ 40 kg/m²)
- oder Adipositas Grad II (BMI $\geq$ 35 und $<$ 40 kg/m²) mit erheblichen Komorbiditäten (Diabetes mellitus Typ 2) oder
- Adipositas Grad I (BMI >30 und <35 kg/m²) bei Patienten mit T2DM (Sonderfälle).

Der chirurgische Eingriff ist für morbide Adipositas die effektivste Methode, die nach ihrem Einsatz meist zu einer dauerhaften Gewichtsreduktion führt (Yumuk et al. 2015, S 412; Favretti et al. 2007). Da die chirurgische Therapie ebenso wenig Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist, wird auch hier für weiterführende Informationen auf die S3-Leitlinie oder für die Indikationen für einen chirurgischen Eingriff auf die Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“ (DAG 2010) verwiesen.

2.2 Gewichtsreduktionsprogramme

Da Übergewicht und Adipositas ein großes Problem darstellen und eine große Nachfrage nach neuen Methoden besteht, existieren auf dem Markt diverse Gewichtsreduktionsprogramme mit unterschiedlichen Schwerpunkten, von denen jedoch die meisten nicht wissenschaftlich untersucht und evaluiert sind. Diese Vielfalt an Konzepten kann zu Irritationen führen, sodass sie hilfesuchende Menschen verunsichern. Hier sollte eine Eingrenzung vorgenommen werden, um für die Betroffenen Abhilfe zu schaffen.

Unter Gewichtsreduktionsprogrammen sollten nur die Programme verstanden werden, die aus den drei Elementen des Basisprogramms (Ernährung, Bewegung und Verhalten) bestehen und die Qualitätsstandards der S3-Leitlinie erfüllen (Hauner et al. 2014, S. 58; Yumuk et al. 2015; NICE 2014; SIGN 2010; Schwingshandl et al. 1999). Damit können diese Gewichtsreduktionsprogramme die Betroffenen in ihrem Vorhaben unterstützen und einen signifikanten Beitrag zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas leisten. Auf diese Weise können sie zusätzlich zur Entlastung des Gesundheitssystems beitragen.

2.2.1 Das Konzept „Das Turbo-Stoffwechsel-Prinzip“ des Zentrums für Gesundheit (ZfG) der Deutschen Sporthochschule Köln

Das Zentrum für Gesundheit (ZfG) der Deutschen Sporthochschule Köln betreibt die wissenschaftliche sowie anwenderorientierte Forschung im Bereich Gesundheit (Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation). Ein Fokus der Tätigkeit des ZfG liegt auf der Umsetzung der aktuellen Erkenntnisse der Wissenschaft in die praktischen Empfehlungen. Das Programm „Das Turbo-Stoffwechsel-Prinzip“ ist ein Resultat dieser Bemühungen. Es ist ein spezielles Programm, das nach zahlreichen wissenschaftlichen Studien entwickelt worden ist und das für den aktiven Stoffwechsel sorgt und gegen den Jojo-Effekt eingesetzt wird (Froböse 2014). Dieses „neue, ganzheitliche Konzept orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen und Vorlieben der Menschen“ (Froböse 2014, S. 98). Neben der Steigerung der körperlichen Aktivität, die im Vordergrund steht, sind die Ernährungs- und Verhaltensmodifikation sowie die Entspannung weitere feste Bestandteile des Programms (Froböse 2014, S. 17). Das Programm erfüllt auch die Qualitätsstandards der S3-Leitlinie für die Gewichtsreduktionsprogramme, denn die drei Elemente des Basisprogramms, Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie, sind feste Bestandteile des Konzepts (Hauner et al. 2014).

Wie unter Kapitel 2.6 beschrieben wird, führen die kalorienarmen Diäten ungewollt zu endokrinen Anpassungen im Körper, der den Stoffwechsel herunterfährt, um Energie zu sparen. Zusätzlich versucht der Körper während dieser Phase die überflüssigen Strukturen, nämlich Muskeln, abzubauen, die bei der Abnahme entscheidend wichtig sind (Froböse 2015, S. 93). Dieser Zustand bleibt auch nach den Diätversuchen bestehen, was bis zu einem Jahr dauern kann (Froböse 2015, S. 93). „Mit einem auf Sparflamme laufenden Stoffwechsel ist es nahezu unmöglich abzunehmen – egal wie energiearm, gesund oder fettbewusst wir essen“ (Froböse 2014). Das Programm „Das Turbo- Stoffwechsel-Prinzip “ setzt hier an und zielt darauf ab, den Stoffwechsel zu aktivieren und dauerhaft aktiv zu halten. Denn: Um langfristig gesund, schlank und fit zu bleiben, ist ein aktiver Stoffwechsel entscheidend (Froböse 2014).

2.2.1.1 Aufbau und Inhalt des Programms

Das Programm „Das Turbo-Stoffwechsel-Prinzip“ besteht aus folgenden ineinander greifenden Komponenten, die nur dauerhaft zusammen zum Ziel führen bzw. den Stoffwechsel aktivieren und aktiv halten (Froböse 2014, S. 98 f.):

- **Informationsvermittlung und Aufklärung**
- **Bewegung**
  - **Ausdauertraining:** an individuelle Voraussetzungen angepasstes regelmäßiges aerobes Ausdauertraining - (Nordic) Walking
  - **Muskelaufbautraining:** Die Kräftigungseinheiten bestehen aus mit dem eigenen Körper ohne zusätzliches Material durchführbaren Übungen, die am Zentrum für Gesundheit an der DSHS Köln entwickelt wurden
- **Ernährung:** Auf den Biorhythmus abgestimmte und auf die grundumsatzbasierte Ernährung - die richtige Nährstoffzufuhr zum richtigen Zeitpunkt
- **Verhaltenstherapeutische Elemente:** Sie ermöglichen, die Gewichtreduktionsphase zu bestehen und lange dabei zu bleiben

2.2.1.1.1 Bewegung

Im Mittelpunkt des Gewichtsreduktionsprogramms steht die Bewegung. Körperliche Aktivitäten – Ausdauer- und Kräftigungstraining – beeinflussen positiv den Stoffwechsel und die Fettverbrennung (Fleckenstein 2009). WHO

definiert die körperliche Aktivität in “Fact sheet Physical activity 2016” als “any bodily movement produced by skeletal muscles that requires energy expenditure – including activities undertaken while working, playing, carrying out household chores, travelling, and engaging in recreational pursuits.” (WHO 2016d). Und in GEDA 2012 wird auch die körperliche Aktivität ähnlich folgendermaßen beschrieben: „Als körperliche Aktivität wird jede Bewegung definiert, die durch die Skelettmuskulatur produziert wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt.“ (RKI 2014, S. 96).

Bei körperlicher Aktivität sollte es eine Unterscheidung zwischen zwei Arten von Aktivitäten geben; die Basisaktivitäten (Aktivitäten zur Bewältigung täglicher Routinen wie Stehen, langsames Gehen oder das Tragen von geringen Lasten) und gesundheitswirksame Aktivitäten. Die erste Art der Aktivität wird auch als „inaktiv“ klassifiziert. Die anderen Aktivitäten werden unter gesundheitswirksamen körperlichen Aktivitäten zusammengefasst, wie z. B. zügiges Gehen, Hausarbeit und körperliche Arbeit im Beruf sowie Freizeitaktivitäten, wie z.B. Sport (Hollmann & Strüder 2009), die bedeutend für Gesundheit und Wohlbefinden sind (Titze et al. 2010).

Die erhöhte körperliche Aktivität steigert den Leistungsumsatz (körperliche Arbeit, Bewegung und Sport) und führt zum Verbrauch zusätzlicher Energie, die die einzige aktiv beeinflussbare Komponente des Energieverbrauchs ist. Diese Komponente ist abhängig von Art, Intensität und Dauer der körperlichen Aktivität (Froböse 2014, S. 31).

Studien belegen, dass die Kombination von Ausdauer- und Krafttraining den Muskelabbau während der Reduktionsphase bei Übergewichtigen verhindert (Froböse 2014; Kraemer et al. 1999), dem Absinken der Grundumsatzrate entgegenwirkt und die wiederholte Gewichtzunahme reduziert (Amati et al. 2008). Außerdem werden durch die körperlichen Aktivitäten – die Kombination von Ausdauertraining und Kräftigungsübungen – zusätzlich Muskeln aufgebaut, die wiederum auch in Ruhephasen mehr Energie verbrauchen (Froböse 2015, S. 69), da die Muskelgewebe metabolisch aktiver als Fettgewebe sind. D.h., dass auch in der Ruhephase der Grundumsatz steigt (Froböse 2014, S. 30). Der Grundumsatz ist die Energiemenge, die ein Mensch bei völliger Ruhe zur Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Körperfunktionen braucht (Froböse 2014, S. 28). Die exakte Messung des Grundumsatzes kann mittels Spirometrie

erfolgen. Die BIA ist eine weitere Möglichkeit für die Feststellung des Grundumsatzes.

Den Schwerpunkt der Bewegungseinheiten bildet das Stoffwechsel orientierte Trainingsprogramm, das sich aus Ausdauer- und Kräftigungsübungen zusammensetzt (Froböse 2014). Walken oder Training auf dem Laufband mit niedriger Intensität (Borg-Wert 12) wird als erste Phase des Ausdauertrainings für den Turbo-Stoffwechsel empfohlen, da die Überbelastung relativ gering ist (Heming 2015, S. 98). Der Bewegungsapparat wird beim Walken weniger belastet als beim Laufen. Beim Walken gibt es immer Bodenkontakt und damit bleibt die Belastung des Bewegungsapparates gering (Froböse 2014, S. 103).

Ein weiterer Schwerpunkt der Bewegungseinheiten ist die Vermittlung praktischer Übungen für einen aktiveren Alltag.

2.2.1.1.2 Ernährung

Bei der Entwicklung des Gewichtsreduktionsprogramms vom Zentrum für Gesundheit der DSHS Köln wurden sowohl wissenschaftliche als auch praktische Kriterien berücksichtigt. Die Grundlage des Gewichtsreduktionsprogramms bezüglich Ernährungsmodifikation bildet die grundumsatzbasierte Ernährungsweise.

Dieses Vorgehen ist damit begründet, dass die sehr kalorienarmen Diäten während der Gewichtsreduktionsphase zügig den Stoffwechselprozess herunterfahren und nach der Beendigung des Programms die erneute Gewichtszunahme begünstigen (Froböse 2014). Lehrke und Laessle (2009, S. 25) betonen, dass diese Form von Diäten zu metabolischen und endokrinen Anpassungsvorgängen führt, die wiederum auch den Energieverbrauch senken, wodurch der Jo-jo Effekt entsteht (Froböse 2014). Auf Grund dessen liegt der Fokus vor allem in diesem Modul auf der Vermittlung einer an den Grundumsatz und den Biorhythmus angepassten Ernährung. Der Vorteil einer an Grundumsatz und Biorhythmus angepassten Ernährung ist, dass der Energiebedarf an die jeweiligen Personen und deren Gewichtklassen bzw. Geschlecht angepasst und das Essen zu entsprechend passenden Zeiten eingenommen wird (Froböse 2014).

Grundumsatz für Frauen

Grundumsatz = Größe - 100 (Idealgewicht) x 0.9 x 24 für den täglichen Energiebedarf.

Grundumsatz für Männer

Grundumsatz = Größe - 100 (Idealgewicht) x 1.0 x 24 für den täglichen Energiebedarf.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde zusätzlich, wie beschrieben, ein BIA-Gerät eingesetzt, das automatisch den Grundumsatz für jeden Probanden berechnet. Die Ergebnisse der BIA-Messung stimmten auch mit der oben genannten Formel überein.

Das Konzept „Das Turbo-Stoffwechsel-Prinzip“ baut auf drei Hauptmahlzeiten auf, die den in Deutschland üblichen und (traditionellen) Essgewohnheiten entsprechen und in der Praxis, ohne das alltägliche Leben zu beeinträchtigen, in einem Abstand von ca. fünf Stunden eingenommen werden können. Zwischenmahlzeiten sind in diesem Konzept nicht vorgesehen, da sie die Insulinausschüttung negativ beeinflussen, den Verdauungsprozess unterbrechen und den Fettstoffwechsel hemmen, d.h. die Fettverbrennung wird für lange Zeit gedrosselt (Froböse 2014).

Die inhaltliche Zusammensetzung des Ernährungsmoduls basiert auf der in der S3-Leitlinie empfohlenen optimierten Mischkost (Hauner et al. 2014, S. 46), da bei der Reduktionsphase nicht nur die Gesamtkalorienzahl, sondern auch die Kombination von aufgenommenen Lebensmitteln ein wichtiges Kriterium sind. Es sollte in dieser Phase auch eine optimale Versorgung mit allen notwendigen Nährstoffen erfolgen, wie Vitaminen und Mineralien (Froböse 2014). Die Ernährungsempfehlungen basieren auf den Richtlinien der „Deutschen Gesellschaft für Ernährung“. Die tägliche Nahrung setzt sich aus wenig Fett (25-30 %) und Kohlenhydraten (50-55 %), vielmehr vorwiegend aus sättigenden Vollkornprodukten (ballaststoffreich) und Eiweiß (15 %) zusammen (DGE 2011, S. 2).

Dabei orientiert sich die inhaltliche Zusammensetzung der Mahlzeiten an dem Biorhythmus. Da tagsüber der Energiestoffwechsel und nachts der Regenerationsstoffwechsel arbeiten, sollte sich die inhaltliche Zusammensetzung

an diesen Vorgängen orientieren. Morgens braucht der Organismus vorrangig Energie aus Kohlenhydraten und Fetten, um leistungsfähig zu sein. Nachts laufen die Reparatur- und Umbauprozesse im Organismus ab (Froböse 2015, S. 90). In der Tabelle 9 werden Grundsätze des Konzepts bezüglich ernährungstherapeutischer Maßnahmen aufgelistet:

Tabelle 9: Grundsätze des Programms bezüglich der Ernährung (Froböse 2014)

Merkmale	Details
Verzehr	▪ Moderate Fettzufuhr ▪ Verzehr eines hohen Anteils von Lebensmitteln pflanzlichen Ursprungs (Gemüse, Obst und Vollkorn, Getreideerzeugnisse, Hülsenfrüchte) ▪ Verzehr von fettarmen tierischen Lebensmitteln (Milch, Milchprodukte, Fleisch, Fisch usw.) ▪ hohe Ballaststoffzufuhr, besonders aus Getreide
3 Hauptmahlzeiten im Biorhythmus	▪ Frühstück: kohlenhydratreiche Kost, um die notwendige Energie für den Tag aufzutanken ▪ Mittag: Mischkost, um mit einem Misch-Gericht eine ausgewogene Nährstoffaufnahme zu sichern ▪ Abend: Proteinreiche Mahlzeit, um den Körper zur Regeneration vorzubereiten ▪ Keine Zwischenmahlzeiten
4- 5 Stunden Pause	▪ 4-5 Stunden zwischen den Mahlzeiten Pause, damit die Bauchspeicheldrüse nicht ständig Insulin ausschüttet (sonst keine optimale Verwertung der Nährstoffe und führt zu Aufbau von Fettpölsterchen) ▪ keine Mahlzeiten aussetzen
Getränke	▪ Zwischen Mahlzeiten werden nur kalorienfreie Getränke bevorzugt, um den Prozess Fettstoffwechsel nicht zu drosseln ▪ Aufnahme von reichlicher Flüssigkeit 2-3 Liter in Form von Mineralwasser und ungesüßten Tees ▪ Säfte und Limonaden und Cola-Getränke sind wegen ihres Zuckergehaltes unerwünscht, da das Trinken nicht zur Kalorienaufnahme beitragen soll
Rezepte	▪ Ausgerichtet an persönlichen Bedürfnissen und aktiven stoffwechselaktivierenden Gerichten

2.2.1.1.3 Verhaltenstherapie

Das Turbo-Stoffwechsel-Programm berücksichtigt auch die im Basisprogramm der S3-Leitlinie unter verhaltenstherapeutischen Maßnahmen empfohlenen Techniken zur Verhaltensänderung und integriert diese ins Programm. Somit wird auch eine langfristige und stabile Lebensstiländerung gesichert. Wie Froböse (2013) betont, scheitern „vier von fünf Abnehmwilligen, da sie sich unerreichbare Ziele setzen und den vielen Fallen des Alltags nicht entgehen können“ (Froböse 2013). Sowohl bei der Gewichtsreduktionsphase als auch bei der Stabilisierungsphase kommen folgende Verhaltensstrategien zur Umsetzung und zur Vermeidung von Rückfällen zum Einsatz:

- Vermittlung des theoretischen Wissens und Aufklärung: Es werden die Ursachen des Übergewichts, der Zusammenhang von Energiezufuhr und Energieverbrauch sowie ein angemessenes (Ess-) Verhalten vermittelt.
- Ideale Zeit für den Programmbeginn: Da der Beginn des Programms eine wichtige Rolle für ein Durchhalten des Programms spielt, wird die Zeit für den Programmbeginn angegeben; der Beginn des Programms sollte an einem langen Wochenende oder an den Urlaubstagen stattfinden, da die Änderungen (in der entspannten Zeit) leichter akzeptiert werden können (Froböse 2014).
- Begrenzter Einsatz der Waage: Die Nutzung der Waage wird begrenzt. Die Waage wird nur an den festgelegten Tagen und maximal ein- bis zweimal pro Woche eingesetzt. Dadurch können die kurzfristigen Schwankungen die Motivation des Betroffenen nicht negativ beeinflussen. Es werden zusätzliche und alternative Methoden zur Bestimmung von Erfolgen vorgeschlagen: Z. B. die Nutzung des Spiegels und Feststellung der Veränderungen des Körpers durch Anprobieren alter Lieblingskleider.
- Festlegung von Etappenzielen bzw. Schritt für Schritt zum Wunschgewicht: Die erreichten Zwischenerfolge motivieren und bieten Gelegenheit, dem Rückfall zu widerstehen.
- Dokumentation von Etappenerfolgen: Anlage einer Gewichtskurve über vier Wochen, die z. B. an den Kühlschrank geklebt wird.
- Einsatz von Belohnungen: Alte und lieb gewordene schlechte Gewohnheiten hindern das Abnehmen immens (Salamibrot am Abend, Verzehr von Snacks vor dem Fernsehen usw.). Solche Gewohnheiten

abzulegen, ist eine große Herausforderung. Zum nachhaltigen Durchbruch solcher Gewohnheiten oder zum Erreichen von Etappenzielen können Belohnungen eingesetzt werden, welche die Betroffenen mit einem Glücksgefühl verbinden und die dabei helfen, das Durchhaltevermögen zu stärken (z.B. ein Wellness-Wochenende, ein schickes Paar Schuhe usw.) (Froböse 2014, S. 46)).

- Beteiligung von Freunden und Partnern: Studien belegen, dass das Durchhalten und Erreichen von Zielen bei der Gewichtsreduktionphase in Gruppen erfolgreicher ist. Mitmachen in Abnehm- oder Sportgruppen kann motivieren und das Durchhalten fördern (Wirth & Hauner, 2013, 271)

Weitere Verhaltensstrategien, die zum Einsatz kommen können, sind:

- Keine Mahlzeit aussetzen
- ausreichend Trinken
- viel Alltagsaktivität, ggf. Sport, täglich 30 Minuten Bewegung
- weniger passive Medienzeit (Fernsehen u.a.)
- Einsatz von Entspannungsmethoden
- Führung von Ess-/Bewegungsprotokollen

Die praktische Umsetzung des Konzeptes wird in Kapitel 3.2.3 behandelt.

2.2.2 Weitere Beispiele für die Gewichtsreduktionsprogramme

Nachfolgend werden zwei weitere Gewichtsreduktionsprogramme vorgestellt, welche die Qualitätsstandards der S3-Leitlinie in unterschiedlichem Umfang erfüllen und nicht-kommerziell oder kommerziell in Anspruch genommen werden können.

2.2.2.1 M.O.B.I.L.I.S

Das M.O.B.I.L.I.S Programm (Multizentrisch organisierte bewegungsorientierte Initiative zur Lebensstiländerung in Selbstverantwortung) sieht die einzige effektive Lösung in der „dauerhaften Umstellung des Aktivitätsverhaltens in Richtung einer ausgeglichenen Energiebilanz und der gleichzeitigen Verbesserung der Ernährungsqualität“ (Berg jr. et al 2008, S. 2). Demzufolge zeigt das Programm den Betroffenen persönliche Wege zum Führen eines gesundheitsbewussten Lebensstils (Berg et al. 2008). Das Programm zielt damit auf eine bewusst langsame Änderung des Lebensstils, um die Überforderung und

Überbelastung der Teilnehmer zu vermeiden. Hierbei gilt die vielfältige körperliche Aktivität als Grundlage für dauerhaften Erfolg (Lagerstrøm 2010).

Das Programm entstand im Jahr 2004 aus der Zusammenarbeit von mehreren Instituten, dem Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für rehabilitative und präventive Sportmedizin, und der Deutschen Sporthochschule Köln, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin in Kooperation mit der BARMER Krankenkasse, mit dem Ziel, mithilfe der Therapie die Adipositas und assoziierte Risikofaktoren effektiv zu bekämpfen (Berg et al. 2008, S. 91, MOBILIS 2017).

2.2.2.1.1 Voraussetzungen und Kosten der Teilnahme

Eine Schulungsgruppe besteht aus 15 bis maximal 18 weiblichen und männlichen Teilnehmern. Die Teilnehmer müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllen: Sie sollten einen Eingangs-BMI von 30-40 kg/m^2 und mindestens einen Adipositas-assoziierten Risikofaktor aufweisen, das 18. Lebensjahr vollendet haben und 30 Minuten am Stück (zügig) gehen können (MOBILIS 2017). Ausschlusskriterien wurden wie folgt formuliert: Die Personen, die allgemeingültige Kontraindikationen gegen körperliche Belastung, Typ-1-Diabetes, Leber- und Nierenschäden mit Indikation zur Eiweißrestriktion, psychiatrische Erkrankungen und Essstörungen haben, Anti-Adiposita einnehmen sowie eine chirurgische Magenverkleinerung oder bösartige Tumorerkrankung hinter sich haben (krankheitsfreies Intervall < 5 Jahre), können an dem Schulungsprogramm nicht teilnehmen (Berg et al. 2008, S. 91; MOBILIS 2017).

Die Teilnahmegebühr, die 40 praktische Bewegungseinheiten, 20 theoretische Gruppensitzungen (Verhaltenstraining, Ernährungsberatung) sowie 3 ärztliche Untersuchungen beinhaltet, beträgt für das einjährige MOBILIS-Programm 785,00 Euro pro Person (MOBILIS 2017). Die Versicherten der Krankenkassen BARMER und der DAK-Gesundheit erhalten (nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) 685,00 Euro bei regelmäßiger Teilnahme (75 bzw. 80 %) nach Abschluss des Kurses unter der Voraussetzung einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung erstattet. Es verbleibt ein Eigenanteil von 100,00 Euro (Berg et al. 2008, S. 199; MOBILIS 2017).

Ebenfalls können die Versicherten anderer Krankenkassen an dem MOBILIS Programm teilnehmen. Vorab sollte eine Kostenübernahme über die Geschäftsstelle der jeweiligen Krankenkasse beantragt werden. MOBILIS

(gemeinnütziger Verein) verfolgt keinerlei kommerziellen Interessen. Somit ist ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis gewährleistet (MOBILIS 2017).

2.2.2.1.2 Aufbau, Dauer und Inhalt des Programms

Das MOBILIS Programm (§ 43 SGB V) arbeitet interdisziplinär mit den vier Therapieschwerpunkten Bewegung, Psychologie/Pädagogik, Ernährung und Medizin, für die anerkannte Experten zur Verfügung stehen (Berg et al. 2008, S. 91). Das Programm dauert ein Jahr. Jede Gruppe wird in dieser Zeit von je vier geschulten und qualifizierten Fachkräften betreut (MOBILIS 2017). Das Programm wird durch die medizinische Betreuung (drei Visiten) eines geschulten MOBILIS-Arztes unterstützt. (Berg et al. 2008, S. 91; Hauner et al. 2014; Lagerstrøm 2010). Tabelle 10 stellt die einzelnen Phasen des Programms und deren Inhalt dar.

Tabelle 10: Standardisiertes Konzept (MOBILIS 2017):

Phasen des Programms	Inhalte des Programms
Phase I (8 Wochen)	▪ 8 Bewegungseinheiten in der Halle und im Freien ▪ 8 Gruppensitzungen (Themen: 1x Auftakt, 1x Theorie Bewegung, 3x Ernährung und 3x Psychologie)
Phase II (16-18 Wochen)	▪ 22 Bewegungseinheiten in der Halle und im Freien ▪ 4 Gruppensitzungen (Themen: 4x Psychologie) ▪ 1 Ernährungs-Erfolgscheck ▪ 1 Praxissitzung Ernährung
Phase III (6 Monate)	▪ 10 Bewegungseinheiten im Freien ▪ 6 Gruppensitzungen (Themen: 5x Psychologie) ▪ 1 Praxissitzung Ernährung

In der ersten Hälfte des Programms werden zwei Termine pro Woche (Bewegungseinheiten und Gruppensitzungen) angeboten. In den darauffolgenden sechs Monaten finden zuerst wöchentliche Bewegungseinheiten und Gruppensitzungen, alsdann monatliche Treffen bzw. Gruppentreffen statt.

Den Teilnehmern, die Typ2-Diabetiker sind, wird zu Beginn des Programms eine zusätzliche Schulungseinheit zum Thema „Blutzucker – Bewegung – Medikation“ angeboten, die von einer Diabetesberaterin bzw. Diabetesassistentin oder von einem Diabetologen bzw. Mediziner mit Erfahrung in der Betreuung von Diabetespatienten gehalten wird (MOBILIS 2017).

2.2.2.1.1.1 Bewegung

Das MOBILIS Programm besteht aus 40 praktischen Bewegungseinheiten und einer theoretischen Einheit bezüglich des Themas Bewegung. Das Programm zielt auf eine bewusst langsame Änderung des Lebensstils, um die Überforderung und Überlastung der Teilnehmer zu vermeiden. Die praktischen Bewegungseinheiten und die theoretische Einheit finden unter der Anleitung eines Sportlehrers/Sportwissenschaftlers statt (MOBILIS 2017).

Der Bewegungsteil besteht aus 3 Phasen. Die Phase I besteht aus Einheiten, bei denen die Teilnehmer die Grundlagen für verschiedene körperliche Aktivitäten und Bewegungsformen, wie Kraft, Ausdauer, Flexibilität und Entspannung, kennenlernen. Die Körperwahrnehmungsschulung steht im Mittelpunkt zur Stärkung des Selbstbewusstseins (Berg et al. 2008, S. 198). In der darauffolgenden Phase II werden die in Phase I behandelten Grundlagen vertieft und systematisch erweitert. Ausdaueraktivitäten wie Gehen, Walking, ggf. Jogging und auch gezielte Übungen zur Kräftigung der Muskulatur (z. B. mit dem Thera-Band®) zur Koordination und zur Entspannung stehen unter anderem in dieser Phase im Mittelpunkt. Am Ende dieser Phase werden auch individuelle Wünsche der Teilnehmer (z. B. Einführung in Trendsportarten wie Aerobic, Yoga oder Pilates) berücksichtigt, um sie bereits jetzt in der Umsetzung eines aktiven Lebens nach Abschluss des Programms zu bestärken (Berg jr. et al. 2008, S. 91; MOBILIS 2017). In Phase III erfolgt nach der intensiven Betreuung der Phasen I-II nur noch im Abstand von ein bis zwei Wochen eine Bewegungseinheit (insgesamt ca. 10 Einheiten). Motto der Phase III ist „Fitness und Spiel als Bewegungserlebnis“. Die Trainingseinheiten werden weitgehend nur im Freien absolviert (MOBILIS 2017).

2.2.2.1.1.2 Psychologie/Pädagogik

Das Thema Verhaltensänderung wird in 12 Gruppensitzungen mit einem Dipl.-Psychologen/Dipl.-Pädagogen behandelt, wobei verhaltenstherapeutische Elemente (Selbstmanagementansatz) zum Einsatz kommen. Bei jeder Sitzung wird ein spezielles Thema behandelt, wie Ziele setzen, Verhaltenspläne, Barrierenmanagement, Unterstützung sowie Sabotage, Rückfälle vermeiden etc. Bei den Gruppensitzungen erfolgt die Vermittlung der theoretischen Informationen. Dabei werden die Teilnehmer für die schriftlichen und mündlichen Aufgaben vorbereitet (Berg et al. 2008, S. 92). Die Teilnehmer setzen dann die in

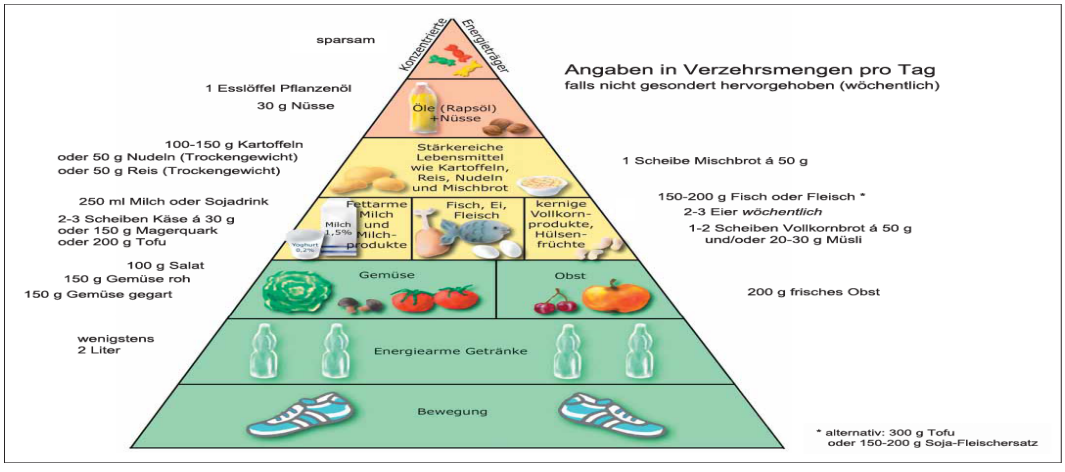
den Gruppensitzungen behandelten Themen und eingeleiteten Aufgaben im Alltag um und dokumentieren den Fortschritt (Fuchs et al. 2007; Göhner et al. 2012).
Das Programm enthält zur Selbstkontrolle hinsichtlich des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens und zur praktischen Umsetzung der MOBILIS-Ernährungsempfehlungen ein speziell entwickeltes 50+50 Punkte-Programm. Ziel ist eine dauerhafte und persönlich zufriedenstellende Strategie für den Ernährungsalltag in eigener Verantwortung (Berg et al. 2008, S. 92, MOBILIS 2017).

2.2.2.1.1.3 Ernährung

Der Ernährungsteil (6 Sitzungen) besteht aus drei Gruppensitzungen zur theoretischen Wissensvermittlung, zwei verhaltenstherapeutischen Gruppensitzungen, einem Ernährungs-Erfolgscheck sowie zwei Praxissitzungen, die von einer Diätassistentin/Dipl.-Oecotrophologin (Ernährungswissenschaftlerin) betreut werden.

MOBILIS arbeitet mit einem Orientierungsrahmen für die richtige Lebensmittelauswahl anstatt starren Diätplänen und strengen Einschränkungen beim Essen. Die Grundpfeiler der Empfehlungen sind fettgesunde, kohlenhydratbewusste und eiweißbetonte Ernährung (Berg et al. 2008, S. 92, MOBILIS 2017). Eine innovative Lebensmittelampel steht den Teilnehmern als Hilfe für die richtige Auswahl der Lebensmittel im Alltag zur Verfügung, mit deren Hilfe sie lernen können, Lebensmittel energetisch und qualitativ günstig auszuwählen. Es werden noch die Themen „Vermeidung von Nährstoffdefiziten bei der Abnehmphase“ und „sinnvolle Verteilung der Lebensmittelgruppen“ in Rahmen der Gruppensitzungen behandelt (MOBILIS 2017).

Abbildung 9: MOBILIS-Ernährungspyramide (Berg et al. 2008, S. 93)



2.2.2.1.1.4 Medizinische Untersuchung

Die an dem M.O.B.I.L.I.S. Programm teilnehmen Personen werden am Anfang, in der Mitte und am Ende des Programms von einem Allgemeinmediziner oder Internisten medizinisch untersucht (Anamnese, Blutwerte, Belastungs-EKG). Die Aufgabe des Arztes ist nur auf diese Untersuchungen begrenzt (Berg et al. 2008, S. 92; MOBILIS 2017). Dem Team des MOBILIS Programms wird ein ausführliches Manuel/Handbuch mit medizinischem Grundwissen zu Übergewicht, Adipositas, Gesundheit und Krankheit zur Verfügung gestellt, um die Teilnehmer über die Zusammenhänge von Übergewicht und Krankheitsrisiko zu informieren und ihnen in den Gruppensitzungen bzw. Bewegungseinheiten auf Nachfrage zu besagtem Themenkomplex Auskunft geben können.

2.2.2.1.3 Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Studie von Berg et al. (2008, S. 94) belegen, dass durch das Programm eine negative Energiebilanz von ca. 400 kcal/ Tag erreicht und bis 6,4 kg im Jahr Gewichtsverlust entstehen kann. Demgemäß sind eine langsame und stabile Gewichtsreduktion und -stabilisierung möglich (Berg jr. et al. 2008, S. 95).

Außerdem ist positiv hervorzuheben, dass „für jeden der vier Schwerpunkte standardisierte Manuale existieren, die kontinuierlich weiterentwickelt und einer laufenden Qualitätskontrolle unterzogen werden“ (Berg et al. 2008, S. 91). Diese aktualisierten Programmfassungen stehen den beteiligten Fachkräften kostenlos zur Verfügung (Berg et al. 2008, S. 91). Das Programm wird flächendeckend in Deutschland angeboten, was eine große Bereicherung für die Betroffenen ist. Seit Dezember 2004 werden von den MOBILIS Experten jährlich 20 bis 40 komplette Teams (Dipl.-Sportlehrer/ Sportwissenschaftler, Dipl.-Psychologen/ Dipl.-Pädagogen, zertifizierte Diätassistenten/ Dipl.-Ökotrophologen, internistisch ausgerichtete Mediziner) für neue Standorte ausgebildet, die dort MOBILIS Schulungen (flächendeckend) anbieten können (Berg et al. 2008, S. 91).

Ferner finden beim MOBILIS Programm „anhand der ärztlich dokumentierten Parameter (Case Report Form inklusive Laborparameter) sowie durch Fragebögen zur Aktivität und Lebensqualität (Freiburger Fragebogen zur Freizeitaktivität - Fragebogen zum Gesundheitszustand, SF 36)“ eine detaillierte Ergebnis- und Erfolgskontrolle statt (Berg et al. 2008, S. 93f.). Zusätzlich erfolgt die Erfassung der Teilnehmerzufriedenheit in den einzelnen Etappen des Schulungsprogramms

anhand von Fragebögen sowie die Auswertung nach einem „Balanced-Score-Card-System“ (Berg et al. 2008, S. 94).

Die S3-Leitlinie betont den Einfluss der Bezahlmodelle für die in Anspruch genommenen Programme und fügt hinzu, dass diese einen Einfluss auf die Compliance der Teilnehmer haben. Da der größte Teil der Kosten für das Programm erfolgsabhängig von den Gesundheitskassen zurückerstattet wird, ist die Mitarbeit signifikant höher als bei Selbstzahler-Programmen (Hauner et al. 2014, S. 61).

2.2.2.2 Weight Watchers

Das Weight Watchers Programm ist laut dem Unternehmen ein „wissenschaftlich fundiertes Gewichtsmanagement für einen modernen Lebensstil“ (Weight Watchers 2017b). Wie das Unternehmen auf seiner eigenen Homepage wirbt, steht „im Vordergrund nicht die kurzfristige und schnelle Gewichtsabnahme, sondern die dauerhafte Umstellung auf eine gesunde Ernährungs- und Lebensweise“ (Weight Watchers 2017b; Stern 2017). Die Methode beruht nach eigenen Angaben auf wissenschaftlichen Erkenntnissen (Weight Watchers 2017b) und wird als Konzept gemeinsam mit Ernährungswissenschaftlern, Medizinern, Bewegungstherapeuten und Psychologen ständig weiterentwickelt (Weight Watchers 2017b). Da Weight Watchers ein kommerzielles Unternehmen ist, werden ständig erweiterte Programmalternativen für die Abnehmwilligen angeboten. Sie können zum Beispiel außer Gruppentreffen mehrere Tools und Publikationen in Anspruch nehmen - teils kostenpflichtig - wie Points Calculator, Weight Watchers-Magazin und Kochbücher, firmeneigene Lebensmittelmarken (Müsli, Margarine oder Fertiggerichte) in eigenen Läden oder in Supermärkten verkaufte Lebensmittel, Bücher usw. Zusätzlich wird zum herkömmlichen Programmmodell seit einigen Jahren ein Onlineprogramm angeboten (Weight Watchers 2017b).

Das Unternehmen Weight Watchers ist in Deutschland seit 1970 aktiv und laut eigenen Angaben „größter Anbieter von Gewichtsmanagementprogrammen“, der in 30 Ländern tätig ist (Weight Watschers 2017b). Der Ursprung des Konzeptes entstand im Jahr 1963 durch Hausfrauen, welche mehrere erfolgslose Diäten hinter sich hatten und den Versuch unternahmen, das Gewichtsproblem in den Griff zu bekommen. Zentrales Unterscheidungsmerkmal des Konzeptes sind die wöchentlich stattfindenden Treffen mit Gleichgesinnten. In aktuellen Versionen

des Programms ist dies nicht zwingend erforderlich; Betroffene können auch das Onlineprogramm des Konzeptes in Anspruch nehmen (Weight Watchers 2017b). Hier stellt sich die Frage, ob die durch das Programm erreichten Erfolge weiterhin bestehen bleiben, wenn sich die Grundpfeiler des Konzeptes verändern. Studien belegen, dass das Abnehmen in der Gruppe unter dem Motto „Zusammen sind wir stark“ für die Teilnehmer leichter wird, da die gegenseitige Motivation hilfreich ist (Wirth & Hauner 2013).

2.2.2.2.1 Voraussetzungen und Kosten der Teilnahme

Nach Angaben des Magazins „Stern“ (2012) wird das Programm von Personen mit Übergewicht und Adipotas I (BMI ab 25 bis 35 kg/m^2) in Anspruch genommen (Hauner et al. 2014). Kinder unter 13 Jahren, Schwangere und Personen mit Essstörungen oder krankhaftem Übergewicht können nicht an einem Weight Watchers-Treffen teilnehmen (Stern 2012).

Für den MonatsPass PLUS zahlen Teilnehmer regulär 39,00 Euro. Dieses sogenannte Kombi-Paket beinhaltet Gruppentreffen und die Nutzung von App und Online-Angeboten. Außerdem stehen den Teilnehmern unterschiedliche Pakete zur Verfügung (Weight Watchers 2017a). Es werden auch kürzere Laufzeiten angeboten wie z.B. Weight Watchers Online Einstiegspaket, 59,95 Euro für das 3-Monate-Einstiegsangebot usw. (Weight Watchers 2017a).

2.2.2.2.2 Aufbau, Dauer und Inhalt des Programms

Nach Angaben des Unternehmens strebt das Diätkonzept eine ausgewogene Ernährungsweise an, wobei die verzehrten Lebensmittel reich an Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen sind (Weight Watschers 2017b). Das Konzept baut auf einem Punktesystem auf, bei dem allen Lebensmitteln Punkte zugeordnet sind, die aktuell als „SmartPoints“ bezeichnet werden (vorher „Points“ oder „Propoints“) (Weight Watchers 2017b). Im ursprünglichen Konzept (mit Gruppentreffen) legt ein Coach auf der Grundlage einiger Faktoren wie Ausgangsgewicht, Körpergröße, Geschlecht und Alter ein individuelles Punktebudget fest, das bestimmt, wie viele SmartPoints der Teilnehmer pro Tag verbrauchen darf, wenn er/sie abnehmen möchte. Dieses Budget wird regelmäßig angepasst. Zusätzlich sind wöchentliche SmartPoints-Budgets vorhanden, die man ebenfalls flexibel einsetzen kann: entweder alle auf einmal verzehren, verteilt auf mehrere Tage oder gar nicht (Stern 2017).

Ein Berechnungsbeispiel für die tägliche Punktezahl gibt der Stern (2017) wie folgt an: Für einen 38-jährigen Büroarbeiter, der 1,89 Meter groß ist, stehen täglich etwa 30 Punkte zur Verfügung. Zusätzlich gibt es für den Büroarbeiter wöchentliche Punkte, die er beliebig in der Woche ausgeben kann. Durch mehr Bewegung können noch Punkte hinzuverdient werden, die wiederum ausgegeben werden können (Stern 2017).

Die Dauer des Programms hängt von dem Erreichen der gesunden BMI-Spanne ab. Die erste Reduktionsphase zielt auf das Erreichen des Wunschgewichtes innerhalb der gesunden BMI-Gewichtsspanne. Darauf folgt eine sechswöchige Erhaltungsphase, bei der das individuelle Pointbudget schrittweise erhöht wird, bis ein ausgewogener Energiehaushalt erreicht ist und das Gewicht konstant bleibt. Nach erfolgreicher Stabilisierungsphase erhalten die Teilnehmer für ein Jahr freien Zugang zu den wöchentlichen Gruppentreffen. Dieses Vorgehen gewährleistet laut Unternehmensangaben, dass die Teilnehmer nach der Gewichtsreduktionsphase ihr Gewicht stabilisieren können (Stern 2017).

2.2.2.2.1.1 Gruppentreffen

Das Unternehmen Weight Watchers betont, dass „das beste ganzheitliche Konzept jedoch nur so gut wie seine Vermittlung ist“ (Weight Watchers 2017b). Aus diesem Grund spielt das wöchentliche Treffen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung des Konzepts, in dem das Programm praxisnah erklärt wird und die Teilnehmer motivationale Unterstützung bekommen. Die Leiter sind Personen, die selbst mit dem Konzept abgenommen haben, als Vorbilder agieren und ihre Erfahrungen weitergeben und motivieren (Weight Watchers 2017b). Die Gruppenleiter werden vom dem Unternehmen selbst ausgesucht und in einem Kurzprogramm ausgebildet.

2.2.2.2.1.2 Ernährung

Laut Unternehmen orientiert sich Weight Watchers an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und unterstützt eine ausgewogene, fettmodifizierte und ballaststoffreiche Mischkost bestehend aus Vollkornprodukten mit mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag sowie fettarmen Milchprodukten und mageren Fleischsorten. Der Ernährungsteil des Konzepts basiert auf dem Punktesystem und bildet die Basis. Anstatt Kalorien zählt man Punkte. Danach wird jedem Lebensmittel ein Punktewert zugeordnet,

der den Energie- und Nährstoffgehalt widerspiegelt. Diese Berechnung basiert auf den GI-Index der einzelnen Lebensmittel. Den Lebensmitteln mit hoher Energiedichte wird ein hoher Punktewert zugeordnet, während die Lebensmittel mit niedriger Energiedichte und hohem Nährstoffgehalt, wie das meiste Obst und Gemüse, einen Points Wert von Null haben. Es stehen auch eigene Produkte zum Verkauf, die die Punkte-Berechnung leichter machen. (Weight Watchers 2017b).

2.2.2.2.1.3 Verhalten

Laut Unternehmen ist das Thema Verhalten weiterhin ein wichtiger Baustein des Weight Watchers Programms. In Gruppentreffen lernen die Teilnehmer, „ihr Essverhalten zu verstehen, bewusster zu steuern und auch mit Rückschlägen fertig zu werden“ (Weight Watchers 2017b). In den Gruppentreffen finden die Teilnehmer praktische und individuell gemeinsam erarbeitete Handlungsalternativen. Ess- und Bewegungsverhalten werden ständig protokolliert und in der Gruppe diskutiert (Weight Watchers 2017b).

2.2.2.2.1.4 Bewegung

Bei Weight Watchers hat laut Angaben des Unternehmens das Thema Bewegung ebenfalls einen hohen Stellenwert (Weight Watchers 2017b). In den Gruppentreffen werden auch die Zusammenhänge von Bewegung, Energiebedarf und Körpergewicht behandelt. Die Teilnehmer erhalten „Anleitungen zu Übungen verschiedener Schwierigkeitsgrade, die speziell auf die Bedürfnisse übergewichtiger Menschen abgestimmt sind“ (Weight Watchers 2017b). Durch jeden Schritt im Alltag sammeln die Teilnehmer zusätzlich „ActivPoints", die sie wieder fürs „Essen“ ausgeben können. Die Mitglieder haben zusätzlich die Möglichkeit, durch unterschiedliche Apps ihr Bewegungsverhalten zu protokollieren und mit dem angebotenen Online-Programm zu synchronisieren (Weight Watschers 2017b).

2.2.2.2.3 Zusammenfassung

Nach Angaben des Unternehmens und auch nach der in Lancet erschienenen Studie ist das Weight Watchers Programm einer hausärztlichen Behandlung überlegen, wenn es um abnehmen geht. Es ist eine Reduktion des Körpergewichts von ca. 5 kg Körpergewicht pro Jahr möglich (Jebb et al. 2011; Hauner et al. 2014, S. 59). Eine andere unabhängige Studie von Dansinger et al. (2005) belegt dagegen, dass das Weight Watchers Programm in einem Jahr im Durchschnitt nur

zu mäßigen Gewichtsverlusten führt und auch nicht entscheidend besser abschneidet als andere Diät-Programme. Dansinger et al. (2005), die die vier Diätprogramme (Weight Watchers, der Low-Carb-Atkins-Diät, die ausgewogene Zone-Diät und die fettarme Ornish-Diät) in einer randomisierten Studie verglichen haben, kommen zudem Schluss, dass das Weight Watchers Programm einen Gewichtsverlust im Durchschnitt um drei Kilogramm pro Jahr bewirkt (Dansinger et al. 2005).

In einem im Spiegel erschienenen Artikel von Lubbadeh (2012) wird außerdem an der Unabhängigkeit der Studie von Jebb und Kollegen (2011) gezweifelt bzw. ihre Aussagekraft in Frage gestellt, da die Studie unter anderem von Hans Hauner initiiert worden sei, der auch als „wissenschaftlicher Berater von Weight Watchers“ international tätig ist, von dem Unternehmen bezahlt wird und als Präsident der Deutschen Adipositas Gesellschaft in den Leitlinien zur „Prävention und Therapie der Adipositas" das Weight Watchers Programm hervorhebt (Lubbadeh 2012).

Positiv zu bewerten ist hier, dass nach Angaben des Unternehmens das Weight Watchers Konzept immer weiterentwickelt wird und die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt (Weight Watchers 2017b). Außerdem werden immer neue Ideen angeboten, die den Teilnehmern das Abnehmen erleichtern können, wie etwa die Rezepte „Quick & Easy“, „Veggie“, „Low Carb“ oder „Familie“ für alltagstaugliche Lösungen und für jeden Ernährungstyp (WW2017b). Die neuere Version des Konzepts von Weight Watchers lässt sich auch alleine online nutzen (Ende Dezember 2015). Damit sind die wöchentlichen Gruppentreffen längst keine Voraussetzung mehr. Die Autoren Wirth und Hauner (2013) hingegen betonen, dass die Gruppendynamik zur besseren Nutzung und zum Erfolg eines Gewichtsreduktionsprogramms führt (Wirth & Hauner 2013, S. 349). Im Weiteren wird in dem im Spiegel erschienenen Artikel erwähnt, dass manche Experten an dem Konzept zweifeln, da die Gruppenleiter keine Fachleute sind, sondern meist geschulte ehemalige Teilnehmer. Das von Weigth Watchers angebotene Ausbildungsprogramm für Gruppenleiter über mehrere Wochen könne nicht eine langjährige Ausbildung im Ernährungsbereich ersetzen, weshalb die Gruppentreffen nicht kompetent betreut werden können (Lubbadeh 2012). Es wird noch ausgeführt, dass die Dauer des Weight Watchers-Ausbildungsprogramms - sechs Monate - kurz ist, die Teilnehmer des Schulungsprogramms die Möglichkeit haben, bereits nach 10

Wochen zu dem Titel „Fachmann oder Fachfrau für Ernährung und Gewichtsmanagement IHK“ zu gelangen“ und daraufhin selbstständig Gruppen organisieren können (Lubbadeh 2012).

Andererseits kann der ständige Namens- und Inhaltswechsel des Konzepts – „ProPoint“ oder „SmartPoints“ usw. - seitens der Verbraucher zu Verwirrungen führen. So hieß das Programm zum Jahreswechsel 2014/2015 „Mein Starter-Plan“, das aktuelle Programm dagegen „Feel Good".

Ein anderer Aspekt ist der; dass die Kosten, die durch das Programm entstehen, sich aufsummieren können je länger die Abnehmphase dauert. Bei den monatlichen Beiträgen und Ausgaben für Produkte können die Kosten für die Teilnahme im Jahr mehrere hundert Euro betragen. Wie Studien, die auch in gängigen wissenschaftlichen Arbeiten zu finden sind, belegen, sind immer mehr sozioökonomisch schwache Menschen von Übergewicht und Adipositas betroffen. Sie besitzen nicht die Mittel, um sich das Programm zu leisten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die hier dargestellten zwei Programme sich hinsichtlich der Strukturqualität deutlich voneinander unterscheiden. Während das MOBILIS Programm durch ein interdisziplinäres, professionelles Team aus Ernährungsfachkraft, Arzt, Psychologe und Bewegungsfachkraft vor Ort betreut bzw. durchgeführt wird, werden bei dem Weight Watchers Programm die Fachkräfte bzw. die Experten bei der Entwicklung des Konzepts eingesetzt (Weight Watchers 2017b). Des Weiteren enthalten die Programme die Elemente des Basisprogramms der S3-Leitlinie Ernährungstherapie, Bewegungssteigerung und Verhaltenstherapie in unterschiedlichem Ausmaß (Hauner et al. 2014, S. 60).

2.3 Kultur

In verschiedenen Fachdisziplinen (z.B. Anthropologie, Psychologie und Soziologie) existieren unterschiedliche Begriffsdefinitionen von Kultur. Diese Vielfalt der Kulturbegriffe wird von Forschern damit begründet, dass die einzelnen Definitionen nicht in der Lage sind, den reichlichen Bedeutungsinhalt des Begriffs Kultur umfassend wiederzugeben (Ogburn 1969, S. 33). Außerdem wird die Kultur „in unterschiedlichen Forschungsgebieten unter jeweils verschiedenen Zielsetzungen und Auffassungen betrachtet“ (Perlitz 2004; Maletzke 1996).

Der für diese Arbeit relevante Kulturbegriff, der die Basis der Arbeiten von Hofstede bildet und die anthropologische Sichtweise wiedergibt, ist wie folgt definiert (Kluckhohn 1951:86, 5; zitiert nach Hofstede 1984, S. 21).:

„Culture consists of patterned ways of thinking, feeling, and reacting, acquired and transmitted mainly by symbols, constituting the distinctive achievements of human groups, including their embodiments in artifacts; the essential core of culture consists of traditional (i.e. historical derived and selected) ideas and especially their attached values"

Übersetzung:

„Kultur besteht aus den Mustern des Denkens, Fühlens und Handelns, die vor allem durch Symbole gewonnen und überliefert werden und die unverwechselbare Leistungen menschlicher Gruppen darstellen, einschließlich ihrer Ausgestaltungen in Artefakten. Der wesentliche Kern der Kultur besteht aus traditionellen (d.h. historisch abgeleiteten und ausgesuchten) Ideen und insbesondere ihrer beigefügten Werte".

Wie diese Definition deutlich macht, ist die Kultur ein umfassender Begriff. Das Ziel dieses Kapitels ist es daher, den Begriff enger auf seine im Kontext der vorliegenden Arbeit relevanten Aspekte einzugrenzen. Eine anwendungs- und handlungsbezogene Definition des Begriffes Kultur ist notwendig und hilfreich. Demgemäß ist die Definition von Kultur von Geert Hofstede besonders geeignet. Seine Arbeiten bilden somit die Grundlage dieser Arbeit.

2.3.1 Ebenen der Kultur

Um eine Abgrenzung und einen Vergleich zwischen Gesellschaften zu ermöglichen, wird Kultur in den wissenschaftlichen Arbeiten auf unterschiedlichen Ebenen betrachtet, z. B. auf nationaler, regionaler, ethnischer, religiöser und sprachlicher Ebene sowie auf der Ebene des Geschlechts, der sozialen Klasse oder Organisation (Hofstede et al. 2017, S. 12 ff.; Kuhles 2002, S. 21; Hofstede 1993, S. 32; Trompenaars 1993, S. 20). Wie Hofstede vorschlägt, werden in dieser Arbeit politisch souveräne Staaten, wie Deutschland und die Türkei, als Grundlage für die kulturelle Eingrenzung angesehen, auch wenn es geographische Abweichungen der Kulturen geben kann (Hofstede 1993, S. 32; Trompenaars, 1993, S. 20; Hofstede et al. 2017, S. 12 ff.). Die Eingrenzung auf

Länderebene vorzunehmen, kann dazu beizutragen, dass die Zusammenarbeit zwischen den Ländern gefördert wird (Hofstede 1993, S. 27; Haller & Nägele 2013, S: 11).

2.3.2 Kulturmodell von Geert Hofstede: Kultur als mentale Programmierung

Die Arbeiten von Hofstede weisen folgende Merkmale auf, die für die Auswahl dieses Ansatzes von Bedeutung sind: Sie ermöglichen einen direkten Vergleich zwischen zwei Ländern basierend auf erhobenen Daten. Hofstede nutzt die Kulturdimensionen als Vergleichsgegenstand, ordnet die Kulturen nach den Ergebnissen im Koordinatensystem ein und bietet dadurch fast für alle Länder die Möglichkeit, die Kulturen anhand allgemeingültiger Maßstäbe zu analysieren und zu vergleichen (Fischer 1996, S. 27). Auf der Basis der sehr umfassenden Studie können durch die Ergebnisse erste Aussagen zu potentiellen Unterschieden zwischen einzelnen Kulturen vorgenommen werden (Emrich 2014). Zudem ist dies ein weit erforschter Ansatz; er hat unverändert aktuelle Bedeutung. Die Arbeiten der Autoren Hoppe (1990), Shane (1995), Helmreich und Merritt (1998), Mouritzen und Svara (2002), van Nimwegen (2002) und de Mooij (2001) bestätigen die Ergebnisse der Studie von Hofstede (Hofstede et al. 2017, S. 43f.; Emrich 2014). Sivakumar und Nakata (2001, S. 556) ermittelten zwischen 1981 und 1998, dass 134 Studien das Kulturmodell von Hofstede in ihren Studien einsetzten (Emrich 2014).

Trotz der Beliebtheit dieses Models bemängeln die Hauptkritiker zumeist das Alter der Studie, die zwischen 1968 und 1972 durchgeführt wurde. Damit könnte auch die Gültigkeit der Werte in Frage gestellt werden und die Durchführung in den IBM Standpunkten beschränken (Emrich 2014). Für die ausführliche Kritik zu Hofstedes Arbeiten wird hier auf das „interkulturelle Marketing“ von Emrich (2014) verwiesen.

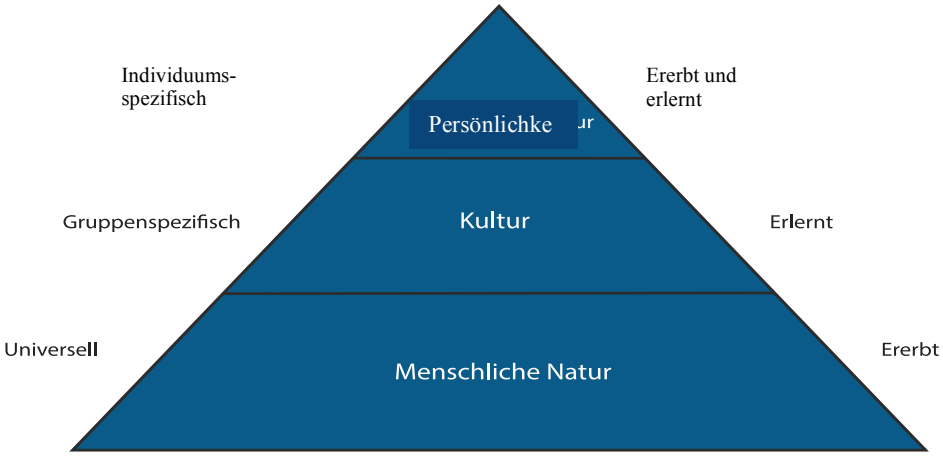
Durch die Arbeiten von Hofstede ist es möglich, kulturelle Unterschiede anhand der bestimmten Kulturdimensionen darzustellen bzw. zu beschreiben, um eine breite theoretische Grundlage für die kulturspezifische Gestaltung zu generieren.

Hofstede beschreibt die Kultur – auf Basis der Kulturdefinition von Kluckhohn 1951 - als eine in einer sozialen Umgebung erlernte „Software“ und definiert wie folgt (Hofstede 1993, S. 19):

„Kultur ist die kollektive Programmierung des Geistes, welche sich von anderen Gruppen unterscheidet“ (Hofstede 1984; Hofstede 1993, S. 19; Hofstede 1997, S. 3; Inglehart 1995, S. 29; Nass 1998, S. 17). D.h.: die Gesamtheit aller erlernten Muster des Denkens, Fühlens und potentiellen Handelns ist der Bestandteil der Kultur (Hofstede 1993, S. 19).

Er vergleicht derartige Denk-, Fühl- und Handlungsmuster damit, wie ein Computer programmiert ist, und beschreibt sie als „mentales Programm“. Er vertritt die Meinung, dass das Verhalten eines Menschen zum Teil durch seine mentalen Programme vorbestimmt ist (Hofstede 1993, S. 4 f.). Er fügt hinzu, dass er auch in der Lage ist, jeder Zeit alte Programme abzulegen und sich neue anzueignen. Die mentale Programmierung fängt in der Familie an und geht in der Nachbarschaft und Schule weiter (Hofstede 1993). Die meisten von diesen Mustern werden in der frühen Kindheit erworben, da der Mensch in dieser Phase noch sehr sensibel für die Beeinflussungs- und Lernprozesse ist (Hofstede 1993; Hofstede 1984). Mit fortschreitendem Alter lassen das Erlernen neuer Werte bzw. die Veränderung der erlernten Werte nach (Schwarzburg 2001, S. 13; Gould 2005, S. 91).
Hofstede betont, dass Kultur somit erlernt, nicht vererbt sei. Daher sollte sie auf der einen Seite von der menschlichen Natur und auf der anderen Seite von der individuellen Persönlichkeit abgegrenzt werden, wie in der Abbildung dargestellt ist (Hofstede 1993, S. 19; Hofstede 1997, S. 8).

Abbildung 10: Pyramide der mentalen Programmierung (Hofstede 1993, S. 19; Hofstede 2017, S. 5)

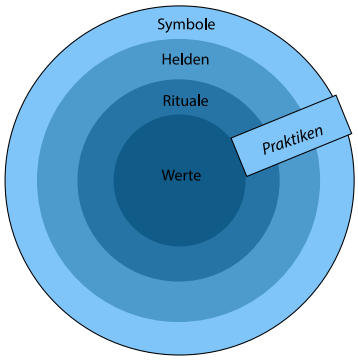


In der Pyramide der mentalen Programmierung (Abbildung 10) wird zwischen der menschlichen Natur, Kultur (Kollektiv) und Persönlichkeit differenziert, die Einfluss auf menschliches Verhalten nehmen (Hofstede 1993, S. 19). Die menschliche Natur ist angeboren, universell, unveränderbar (Hofstede 1993, S. 20; Inglehart 1995, S. 29) und kommt dem „Betriebssystem“ gleich (Hofstede 1984, S. 14; Hofstede 1993, S. 20). Diese Ebene der mentalen Programmierung beinhaltet z.B. die menschliche Fähigkeit, Gefühle wie Angst, Zorn, Freude, Liebe oder Traurigkeit zu verspüren (Hofstede 1984, S. 14). Hier bestimmt die Kultur, wie diese Gefühle ausgedrückt werden (Hofstede 1993, S. 20).

Die Persönlichkeit entsteht zuletzt in Kombination der menschlichen Natur (Gene) mit der Kultur eines Landes, was den Charakter des Einzelnen beeinflusst (Müller & Gelbrich 2004, S. 107). Die Persönlichkeit eines Individuums ist eine „einzigartige persönliche Kombination mentaler Programme, die es mit anderen Menschen teilt“ (Hofstede 1993, S. 20; Trompenaars 1993, S. 43).

Das Zwiebelschalenmodell von Hofstede (Abbildung 11) stellt den Gesamtzusammenhang von Ausdrucksformen der Kultur in verschiedenen Ebenen dar, da kulturelle Manifestationen in unterschiedlicher Weise geschehen (Trompenaars 2002, S. 27). Die Abbildung stellt die Kultur als ein System bestehend aus mehreren Schichten dar, wobei jede Schicht die andere voraussetzt - und damit auch beeinflusst (Hofstede 1993, S. 21). Die Schichten unterscheiden sich bezüglich Sichtbarkeit und Bedeutung (Inglehart 1995, S. 29). Die gesamte Manifestation von Kultur wird in Praktiken - Symbole, Helden und Rituale - und Werte eingeteilt, wobei die Werte – unsichtbar – den Kern der Manifestationen von Kultur bilden (Hofstede 1993, S. 22; Hofstede et al. 2017).

Abbildung 11: Die Manifestationen von Kultur (modifiziert) (Hofstede 1993, S. 21; Hofstede et al. 2017, S. 7)



Symbole, Helden und Rituale bilden die äußeren drei Schichten und werden unter Praktiken zusammengefasst. Alle drei Schichten sind von außen sichtbar, verändern sich schnell und sind als erkennbare Anzeichen der Kultur zu verstehen, z.B. Begrüßungsrituale (Hofstede 1993, S. 22).

Die Werte bilden den Kern der Kultur und bedeuten die allgemeine Neigung, bestimmte Umstände anderen vorzuziehen (Hofstede 1993, S. 23; Hofstede 1997; S. 8). Werte sind Gefühle mit einer Orientierung zum Plus oder zum Minus hin. Sie dienen dazu, auftretende Geschehnisse als positiv oder negativ zu beurteilen (Hofstede 1993, S. 23), z.B. als gut oder böse, hässlich oder schön usw. Sie sind von außen nicht sichtbar und bleiben dauerhaft bestehen (Hofstede 1993, S. 23; Hofstede 1997; S. 8; Inglehart 1995, S. 29). Hofstede und Inglehart betonen, dass eine Veränderung der Werte nur dann möglich ist, wenn eine dauerhafte Veränderung in den gesellschaftlichen Bedingungen herrscht, z.B. eine technologische Revolution oder Naturereignisse (Hofstede et al. 2017, S. 20 f.; Inglehart 1995, S. 29).

2.3.3 Der Ansatz der Kulturdimensionen-Modelle

Kulturdimensionen bieten als virtueller Raum die Möglichkeit zur vereinfachten Klassifizierung der Kulturen anhand der vorgegebenen Dimensionen. Sie gestatten durch die einzelnen Dimensionen eine relative Betrachtung der kulturellen Distanz durch die Abstände voneinander und ermöglichen genauere Aussagen über absolute Wertorientierungen der Gesellschaften (Beschnitt 2013). Laut Hofstede ist eine Dimension „ein Aspekt einer Kultur, der sich im Verhältnis zu anderen Kulturen messen lässt (Hofstede et al. 2017, S. 38; Hofstede 1993, S. 29). „Sie reflektieren wesentliche Bereiche möglicher kultureller Verschiedenheit“ (Beschnitt 2013). Die Kulturdimensionsmodelle sind daher ein wichtiges Messinstrument, um Kulturunterschiede zwischen Gesellschaften zu bestimmen. Somit können sie als hervorragender Orientierungspunkt für die länderspezifische Gestaltung von Gesundheitskonzepten dienen, da die Kulturen sich nicht nur in Sprache, Symbol und Praktiken, sondern auch hinsichtlich des Ausdrucks von Emotionen, Wahrnehmung und Denkstil unterscheiden. Diese kulturellen Unterschiede haben einen Einfluss auf die Erwartungen an die Zusammensetzung des Gewichtreduktionsprogramms etwa darauf, welche Art von Gewichtsreduktionsprogrammen bevorzugt werden.

Den Ausgangspunkt des Konzepts von Kulturdimensionen bildet die grundlegende Idee, dass es universell existierenden Grundprobleme gibt, mit denen sich alle Gesellschaften auseinandersetzen und für die auch Lösungen entwickeln werden müssen. „Jede Kultur unterscheidet sich von anderen durch die spezifische Art, wie sie mit gewissen Problemen umgeht“ (Hofstede 1993, S. 28; Trompenaars 1993, S. 21; Trompenaars & Hampden-Turner 1998, S. 26). Davon ausgehend kann behauptet werden, dass alle Kulturen miteinander vergleichbar sein müssen, sobald deren Antworten und Positionen zu den jeweiligen Wertfragen bekannt sind (Hofstede 1993, S. 28ff.). In der Vergangenheit wurden auf Basis dieser Überlegungen verschiedene Kulturdimensionen-Modelle entwickelt (Hall 1977; Hofstede 1993; Trompenaars, 1993; Schwartz 1994). Haas und Neumair betont (2006) dagegen, dass die Kultur „auf keiner Maßstabebene in ihrer Gänze gemessen werden kann“ (Haas &Neumair 2006, S. 361).

Das Ziel dieser Arbeit aus Sicht der kulturspezifischen Gestaltung des Konzepts ist es, durch das Wertesystem die resultierenden Verhaltensmerkmale der Menschen zu erkennen und zu identifizieren, die die zielgruppenspezifische Gestaltung des Präventionskonzepts erlauben, nicht hingegen das Wertesystem der Menschen in irgendeiner Weise zu messen. Hierbei helfen die Kulturdimensionen nach Hofstede, Hall und Trompenaars.

2.3.3.1 Kulturdimensionen-Modell von Hofstede

Hofstedes Arbeiten bezwecken, eine Hilfestellung im Umgang mit den Unterschieden im Denken, Fühlen und Handeln von Menschen zu bieten. Er zeigt, dass trotz der gewaltigen Vielfalt von Denkweisen eine Struktur in dieser Vielfalt existiert (Fischer 1996, S. 28; Hofstede 1993). In einem quantitativen Vorgehen mit der IBM-Wertestudie gelingt es ihm, die kulturellen Unterschiede anhand von fünf Dimensionen zu identifizieren, um sie dann vergleichbar und messbar zu machen. Somit unternimmt er den Versuch, die Kultur zu operationalisieren bzw. fassbar zu machen.

Seine Arbeiten basieren theoretisch auf den Arbeiten zweier amerikanischer Sozialanthropologinnen, insbesondere Ruth Benedict und Margaret Mead (Hofstede 1993; S. 27ff.). Mead und Benedict sowie Kluckhohn und Strodtbeck (1961) vertreten die Auffassung, dass alle Gesellschaften, ob modern oder traditionell, mit gleichen Grundproblemen konfrontiert sind. Allein bei der Lösung der Probleme zeigen die Gesellschaften unterschiedliche

Vorgehensweisen mit kulturspezifischen Merkmalen (Hofstede 1993, S. 27; Trompenaars & Hampden-Turner 1998, S. 27; Gould 2005, S. 81). Die Ergebnisse seiner Arbeiten (Wertestudie in 53 Ländern) bestätigen den unterschiedlichen Umgang mit den fünf Grundproblemen.

Hofstede filterte zuerst vier, in späteren Studien fünf universelle Grundprobleme der Gesellschaften heraus, die in jeder Kultur vorkommen und zwar in den folgenden Bereichen (Hofstede et al. 2017, S. 37 f.; Hofstede, 1993, S. 28):

1. Umgang mit sozialer Ungleichheit, einschließlich dem Verhältnis zur Autorität
2. Integration des Individuums in Gruppen
3. Rollenaufteilung zwischen Geschlechtern
4. Umgang mit Ungewissheit
5. Zeitorientierung und Planung (kurz oder lang)

Er vergleicht die Gesellschaften anhand dieser fünf universellen Grundprobleme und verwandelt sie in die fünf Kulturdimensionen:

- Machtdistanz (Power-Distance Index: PDI)
- Individualismus vs. Kollektivismus (Individualism Index: IDV)
- Unsicherheitsvermeidung (Uncertainty Avoidance Index: UAI)
- Maskulinität vs. Femininität (Masculinity Index: MAS)
- Langfristige vs. kurzfristige Orientierung (Long Term Orientation-Index: LTO

Die Basis des Modells der Kulturdimensionen von Hofstede bildete die Studie „Software of the Mind“. Er führte in den 1960er und 1970er Jahren in mehr als 70 Ländern – zuerst in 50 Ländern – mit 116.000 Mitarbeitern eine Fragebogenerhebung durch, in der standardisierte Fragen zur Erhebung gestellt wurden . Jedes Land, in dem er die Befragung durchführte, erhielt auf der Grundlage der Ergebnisse eine Zahl für jede Dimension. Somit ließ sich das Land auf die Dimension verorten und mit anderen erfassten Ländern vergleichen (Hofstede 1993, S. 28). Obwohl die Punktwerte aus den Antworten der IBM-Angestellten stammten, ist erstaunlich, dass sie keinerlei Auskunft über die Unternehmenskultur gaben, aber deutlich machten, wie unterschiedlich die Antworten auf die gleiche Frage in den verschiedenen Ländern sein können. Die Studie zeigt die Unterschiede der mentalen Programmierung auf, die eine

Nationalität zu einer anderen hat (Hofstede 1993, S. 40; Hofstede 1984, S. 72). Für die genauere Berechnung einzelner Indices für die Dimensionen und zu einzelnen Fragen wird hier auf „Interkulturelle Zusammenarbeit“ (1993) oder auf „Culture`s Conquences“ (1984) von Hofstede verwiesen.

Bevor eine direkte kulturelle Einordnung der verglichenen Länder Deutschland und Türkei stattfindet, werden hier zunächst Hofstedes Kulturdimensionen detailliert beschrieben, da die Studie bzw. daraus resultierende Kulturdimensionen die Grundlage für die vorliegende Arbeit bildet.

2.3.3.1.1 Machtdistanz

Die Machtdistanz ist die erste Dimension, die Hofstede durch seine Studien ermitteln konnte. Die Dimension Machtdistanz setzt sich mit der Tatsache auseinander, dass alle Menschen in den Gesellschaften nicht gleich sind. Machdistanz ist definiert als „das Ausmaß, bis zu welchem die weniger mächtigen Mitglieder von Institutionen bzw. Organisationen eines Landes erwarten und akzeptieren, dass die Macht ungleich verteilt ist“ (Hofstede 1993, S. 42; Gould 2005, S. 92). Mit Institutionen sind Familie, Schule und die Gemeinschaft gemeint, die die Hauptelemente einer Gesellschaft sind. Organisation ist dann der Ort des Arbeitens (Hofstede, 1993, S. 42).

Die Position im Machtdistanzindex zeigt die Abhängigkeit des Individuums von der Institution (Familie oder Arbeit). Menschen, die in den Ländern mit niedrigerem Machtdistanzindexwert leben, sind von den Institutionen weniger abhängig. Hofstede betont, dass ein niedriges Bildungsniveau, ein niedrigerer Status von Berufen höhere Machtdistanzwerte (PDI) erzeugen (Hofstede 1984, S. 77), wobei Gegenteiliges auch der Fall ist, d.h. ein hohes Bildungsniveau und höhere Berufe erzeugen niedrigere Machtdistanzwerte (Hofstede et al. 2017, S.86). Die Bildung ist ein entscheidender Faktor bei Machtdistanzwerten (Hofstede 1984, S. 77).
In der folgenden Tabelle 11 werden die Ausprägungen der Gesellschaften mit hoher bzw. niedrigerer Machtdistanz dargestellt.

Tabelle 11: Eigenschaften der Gesellschaften mit einer hohen und niedrigeren Machtdistanz (Hofstede et al. 2017, S. 86; Hofstede 1993, S. 67 ff.; Hofstede 1984, S. 96)

Die Ausprägungen der Gesellschaften mit hoher Machtdistanz	Ausprägungen der Gesellschaften mit niedrigerer Machdistanz
▪ Ungleichheit unter den Menschen wird erwartet und ist erwünscht ▪ eine starke Hierarchisierung ▪ Tendenz zu Zentralisation ▪ große Ungleichheit der Bedeutung der Akteure, wobei die Mächtigen zum Teil über den Regeln stehen ▪ Mitarbeiter erwarten, Anweisungen zu erhalten bzw. die Leute ▪ Entwicklung von Unabhängigkeit wird beim Kind nicht gefördert ▪ Erziehung der Kinder zur Gehorsamkeit	▪ Niedriges Ungleichheitsniveau unter den Menschen ▪ wenige Hierarchiestufen ▪ Tendenz zu Dezentralisation ▪ Starke Machtverteilung ▪ Mitarbeiter werden in Entscheidungen miteingezogen ▪ Förderung der Kinder zur Selbständigkeit ▪ Erziehung der Kinder durch Eltern zu ihresgleichen

Außerdem weist Hofstede darauf hin, dass Machtdistanzindexwerte (MDI) keine absoluten Länderpositionen, sondern nur relative Positionen der Länder zueinander darstellen. Quellen der Macht sind bei geringerer Machdistanz Status und Leistung, bei hoher Machtdistanz Alter und soziale Herkunft (Perlitz 2004, S. 423). Der überwiegende Teil der afrikanischen, asiatischen und lateinamerikanischen Länder und auch einige europäische Länder wie Frankreich, Belgien, Italien und Spanien zählen zu den Gesellschaften mit hoher Machtdistanz. Dagegen zählen zu den Gesellschaften mit niedrigerer Machtdistanz die USA, Deutschland, Großbritannien und hauptsächlich die skandinavischen Länder (Rothlauf 2006, S. 29 ff.).

2.3.3.1.2 Individualismus vs. Kollektivismus

Die zweite Dimension von Hofstedes Kulturdimensionsmodell besteht aus den zwei entgegengesetzten Polen Individualismus vs. Kollektivismus (Hofstede et al. 2017, S. 106 ff.; Hofstede et al. 2002, S. 35; Hofstede 1993, S 67). Hier ist darauf hinzuweisen, dass es bei dieser Dimension nicht um die Macht des Staates gegenüber dem Individuum geht, sondern um die Macht der Gruppe wie Familie gegenüber dem Individuum.

Nach Hofstede wird diese Dimension folgenderweise definiert: „Individualismus beschreibt Gesellschaften, in denen die Bindungen locker sind; man erwartet von jedem, dass er für sich selbst und seine unmittelbare Familie sorgt. Sein Gegenstück, der Kollektivismus, beschreibt Gesellschaften, in denen der Mensch von Geburt an in starke, geschlossene Gruppen integriert ist, die ihn ein Leben lang schützen und dafür bedingungslose Loyalität verlangen“ (Hofstede et a. 2017, S. 108; Hofstede et al. 2002, S. 35; Hofstede 1993, S. 67).

In den individualistisch orientierten Gesellschaften steht das Individuum im Vordergrund. In kollektivistisch orientierten Gesellschaften dagegen steht die Gruppe als Ganzes im Vordergrund.
In der folgenden Tabelle 12 werden die Werte von individualistisch und kollektivistisch orientierten Gesellschaften abgebildet.

Tabelle 12: Ausprägungen von individualistischen bzw. kollektivistischen Gesellschaften (Hofstede et al. 2017, S. 130; Hofstede 1984, S. 171; Hofstede 1993, S. 84; Huck 2004, S. 102):

Die Ausprägungen von individualistisch orientierten Gesellschaften	Die Ausprägungen von hoch kollektivistisch orientierten Gesellschaften
▪ Streben nach Selbstständigkeit ▪ Schwerpunkt auf Innovationen ▪ Die Identität in Person fundiert ▪ Glaube an individuelle Entscheidungen ▪ Kinder lernen, in „Ich“-Begriffen zu denken ▪ Low-Context-Kommunikation ▪ Diplome steigern den wirtschaftlichen Wert ▪ Sicheres Fahren	▪ Die kulturelle Orientierung vor allem in Familienformen und -größen, ▪ Begründung der Identität aus der Zugehörigkeit zu einem sozialen Netzwerk ▪ Glaube an kollektiven Gruppenentscheidungen ▪ Hohe Bedeutung von Tradition ▪ Kinder lernen, in „Wir“-Begriffen zu denken ▪ High-Context-Kommunikation ▪ Diplome schaffen Zugang zu Gruppen mit höherem Status ▪ Bilder formell gekleideter Menschen z.B. Ärzte ▪ Mehr Verkehrsunfälle

Hofstede stellt fest, dass der Grad an Individualismus offenbar sowohl innerhalb eines Landes als auch zwischen Ländern schwankt. Die Ergebnisse der Studie bezüglich dieser Dimension belegen, dass ein Zusammenhang zwischen dem Individualisierungsgrad (höhere IDV-Punktwerte) und nationalem Wohlstand besteht; sie untermauern den Zusammenhang im Falle der IBM-Studie statistisch. Das bedeutet, dass die wohlhabenden und individualisierten Gesellschaften höhere IDV-Punktwerte erreichen, während die ärmeren und traditionell

geprägten Gesellschaften niedrigere IDV-Punktwerte erzielen (Hofstede et al. 2017, S. 145; Hofstede et al. 2002, S. 35; Hofstede 1984, S. 168). Während beispielsweise Großbritannien, USA, Österreich oder die Niederlande einen hohen IDV-Index erzielen, besitzen die afrikanischen Länder, Singapur, Korea oder Thailand einen niedrigeren IDV-Index.

Als zweite Quelle des Individualismus bringt Hofstede die geographische Breite als Begründung für den Grad des Individualismus. Das bedeutet, dass die Länder mit gemäßigtem und kaltem Klima eher zu individualistischen Kulturen neigen, da das Überleben des Menschen in diesen Ländern stärker von der persönlichen Initiative abhängt. Diese fördert wiederum individualistische Orientierung in den Kulturen. Die Länder mit hohen Geburtsraten sind wiederum eher kollektivistische Länder (Hofstede 1993, S. 94). Die Ergebnisse korrelieren hoch signifikant mit geografischen, wirtschaftlichen und demografischen Indikatoren einzelner Länder. Es besteht ein positiver Zusammenhang (r=0,82) zwischen der Kulturdimension des Individualismus und der Höhe des nationalen Bruttosozialprodukts pro Einwohner eines Landes (Hofstede et al. 2017, S. 152; Hofstede 1993, S. 93).

2.3.3.1.3 Maskulinität vs. Femininität

Die Dimension Maskulinität vs. Femininität beinhaltet die kulturspezifische Rollenverteilung der Geschlechter. Je klarer die Geschlechterrollen in einer Gesellschaft definiert und abgegrenzt sind, desto maskuliner ist die Gesellschaft (Mann vs. Frau) (Hofstede et al. 2017, S. 156; Hofstede et al. 2002, S. 37; Hofstede, 1993, S. 101). Die relative Erwünschtheit des materiellen Erfolgs steht gegenüber der Lebensqualität“ (Gould 2005, S. 92).

Hofstede beschreibt die dieser Dimension zugrundeliegenden Begriffe „Maskulinität“ und „Femininität“ wie folgt: „Maskulinität kennzeichnet eine Gesellschaft, in der die Rollen der Geschlechter klar gegeneinander abgegrenzt sind: Männer haben bestimmt, hart und materiell orientiert zu sein, Frauen müssen bescheidener, sensibler sein und Wert auf Lebensqualität legen. Femininität kennzeichnet eine Gesellschaft, in der sich die Rollen der Geschlechter überschneiden: sowohl Frauen als auch Männer sollten bescheiden und feinfühlig sein und Wert auf Lebensqualität legen“ (Hofstede, 1993, S. 101). In der folgenden Tabelle 13 werden die Werte von maskulin vs. feminin orientierten Gesellschaften abgebildet.

Tabelle 13: Ausprägungen von Gesellschaften mit maskuliner und femininer Orientierung (Hofstede et al. 2017, S. 175; Hofstede 1984, S. 207 ff.; Hofstede 1993, S. 60 ff.):

Die Ausprägungen von maskulin orientierten Gesellschaften	Die Ausprägungen von feminin orientierten Gesellschaften
▪ Streben nach materiellem Erfolg ▪ Heldentum und starke Leistungsorientierung ▪ Gesellschaft von Konkurrenz und Erfolg geprägt bzw. stärkere Leistungsmotivation ▪ Groß und schnell ist schön ▪ Macht, Wettkampf, Aggressivität, Wachstum und Profit spielen daher eine zentrale Rolle ▪ Unabhängigkeitsideal ▪ Glaube an die Ungleichheit des Geschlechts ▪ Selbstbewusstsein der einzelnen Individuen	▪ Überschneidung der Geschlechterrollen ▪ Soziale Werte spielen bei Mann und Frau zentrale Rolle bei schwacher Rollenverteilung ▪ Wichtigkeit/Bedeutung der sozialen Beziehungen ▪ Schwächere Leistungsmotivation ▪ Klein und langsam ist schön ▪ Familienorientierung ▪ Der Glaube an die Gleichheit des Geschlechts ▪ Fürsorge ▪ Sympathie für Schwache

Hofstede unterstreicht die Bedeutung und die Auswirkungen des Geschlechts auf die mentale Programmierung und betont, dass ein wichtiger Teil der mentalen Programmierung in einer Gesellschaft durch das Geschlecht bestimmt ist. D.h.: die Nationalität hat keinen Einfluss darauf, ob Menschen als Mädchen oder Jungen auf die Welt kommen. Die Auswirkungen beider Faktoren auf die mentale Programmierung sind unbewusst (Hofstede, 1993, S. 104). Einen hohen MAS-Index weisen z.B. Österreich, Italien, Irland und Großbritannien auf, einen niedrigen z.B. die skandinavischen Länder.

2.3.3.1.4 Unsicherheitsvermeidung

Die vierte ermittelte Kulturdimension nach Hofstede befasst sich mit der Vermeidung von Unsicherheiten. Sie fragt sich, wie die Kulturen mit Unklarheiten und dem Unvorhersehbaren umgehen oder diese akzeptieren (Hofstede et al. 2017, S. 204 ff.).

Hofstede (1993) beschreibt die Unsicherheitsvermeidung „als den Grad, in dem die Mitglieder einer Kultur sich durch ungewisse oder unbekannte Situationen bedroht fühlen“ (Hofstede et al. 2002, S. 37 f.; Hofstede, 1993, S. 133). Die Ursachen von Ungewissheit können in politischen und wirtschaftlichen

Rahmenbedingungen liegen, aber auch aus dem täglichen Leben erwachsen. Er betont, dass außerordentliche Unsicherheit unerträgliche Angst verursacht und jede Gesellschaft Wege sucht, diese Angst in irgendeiner Weise zu lindern. Solche Wege können durch Technik, Recht und Religion zur Verfügung gestellt werden. Technik kann dazu beitragen, die von der Natur verursachten Unsicherheiten zu lindern. Gesetze und Regeln versuchen, die Unsicherheiten im Verhalten anderer Menschen abzuwehren (Hofstede et al. 2017, S. 204 ff.; Hofstede 1984, S. 114; Hofstede 1993, S. 133; Gould 2005, S. 92).

Wie die obengenannten Werte, werden auch Unsicherheitsgefühle erworben und erlernt. Sie werden in den grundlegenden Institutionen wie Familie, Schule und Staat weitergegeben und verstärkt (Hofstede 1993, S. 131). Die Art und Weise, wie die Gesellschaften mit der Unsicherheitsvermeidung umgehen, hängt davon ab, ob sie individualistisch oder kollektivistisch orientiert sind. Die individualistischen Länder mit starker Unsicherheitsvermeidung neigen tendenziell dazu, Regeln ausführlich und schriftlich festzuhalten (Low-Context-Kommunikation). Die Kontrollinstrumente sind hier Regeln, Gesetze, schriftliche Kommunikation, Instrumente, die Sicherheit verleihen (Haller & Nägele 2013). Dagegen sind in kollektivistischen Ländern mit starker Unsicherheitsvermeidung die Regeln häufig implizit und in der Tradition verwurzelt (High-Context-Kommunikation).

Ein Maß für die Norm der Unsicherheitsvermeidung spiegelt sich auch in den Ausgaben im Gesundheitswesen wieder. Hofstede stellte durch seine weiteren Arbeiten auf der Grundlage des Weltentwicklungsberichts von 1984 fest, dass der Unsicherheitsvermeidungsindex negativ mit dem Index der Krankenschwester pro Arzt korreliert. Er betont auch, dass der Index der Krankenschwester pro Arzt unabhängig vom absoluten Volumen des Gesundheitsbudgets bzw. vom Wohlstand des Landes ist. Länder mit starker Unsicherheitsvermeidung geben mehr Geld für Ärzte aus, Länder mit schwacher Unsicherheitsvermeidung mehr Geld für Krankenschwestern (Hofstede et al. 2017, S. 226). Die Krankenschwester stellt den Unwissenden (den Laien) dar, der in den Ländern mit schwacher Unsicherheitsvermeidung stärker respektiert wird. Der Arzt ist der Fachmann, der in den Ländern mit starker Unsicherheitsvermeidung Verehrung genießt. Ein Vergleich Deutschland/Türkei verdeutlicht dies. Während in Deutschland im Jahr 2015 371.302 Ärzte (http://www.bundesaerztekammer-.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerzte-statistik-2015/gesamtzahl-der-aerzte/2015;

12.10.2016) und 1.000.435 Krankenschwestern vorhanden waren und der Index 2,7 lautete, (https://de.statista.com/-statistik/daten/studie/243449/umfrage/anzahl-der-beschaeftigtenkrankenschwes-tern-und-hebammen-in-deutschland/2015; 12.10.-2016) waren es in der Türkei im gleichen Jahr 141.259 Ärzte und 152.803 Krankenschwestern (http://www.sagem.-gov.tr/dosyalar/SIY_2015_Haber_-Bulteni.pdf/2015; 12.10.-2016) der Index lautete 1,08. In der folgenden Tabelle 14 werden die Werte von Gesellschaften mit schwacher und starker Tendenz zur Unsicherheitsvermeidung abgebildet.

Tabelle 14: Die Charakteristiken der Gesellschaften mit schwacher bzw. einer starken Tendenz zur Unsicherheitsvermeidung (Hofstede et al. 2017, S. 224; Hofstede 1984, S 132 ff.; Hofstede 1993, S. 129 ff.; Huck 2004):

Die Ausprägungen von Gesellschaften mit schwacher Tendenz zur Unsicherheitsvermeidung	**Die Ausprägungen von Gesellschaften mit starker Tendenz zur Unsicherheitsvermeidung**
▪ Interesse an Konsum von neuen Produkten ▪ Niedrigere Angstlevel/Niveau in der Bevölkerung ▪ Wenig emotionaler Widerstand zu Veränderungen ▪ Der Konsum von Neuem, Unbekanntem wird bevorzugt ▪ Kleine Generationsunterschiede ▪ Flache Hierarchien in Organisationen ▪ Geringere Statusunterschiede ▪ Hoher Stellenwert für „gesunden Menschenverstand“ ▪ Innovationsbereitschaft ▪ Die Menschen vermitteln den Eindruck, ruhig, gelassen, träge, kontrolliert und faul zu sein ▪ Zeit ist ein Orientierungsrahmen ▪ Toleranz gegenüber abweichenden und innovativen Gedanken und Verhaltensweisen ▪ Aggression und Emotionen darf man nicht zeigen ▪ Geringer Stress; subjektives Gefühl des Wohlbefindens ▪ Soweit wie möglich wenige Regeln ▪ Unsicherheit (Ungewissheit) ist eine normale Erscheinung im Leben und wird täglich hingenommen, wie sie gerade kommt	▪ Starre Hierarchien ▪ höhere Angstlevel in der Bevölkerung ▪ hoher emotionaler Widerstand zu Veränderungen ▪ Bevorzugung des Konsums von Traditionellem und Bekanntem ▪ Große Generationsunterschiede ▪ Statusdenken ▪ Hohes Ansehen von Titeln ▪ Experten und Spezialisten besitzen einen hohen Stellenwert ▪ Tendenz zur Formalisierung und Standardisierung ▪ genereller Widerstand gegen Veränderungen – auch bezogen auf das Konsumverhalten ▪ Die Menschen wirken geschäftig, unruhig, emotional, aggressiv und aktiv ▪ Die Menschen fühlen sich im Durchschnitt weniger wohl ▪ Das Leben ist voller Eile, und Zeit ist Geld. ▪ Unterdrückung abweichender Gedanken und Verhaltensweisen; Widerstand gegen Innovation ▪ Großer Stress; subjektives Gefühl der Angst ▪ Die dem Leben innewohnende Unsicherheit wird als ständige Bedrohung empfunden, die es zu bekämpfen gilt ▪ Menschen sind konservativer ▪ Mehr Bedarf an Gesetzen und Regeln

Länder mit schwacher Unsicherheitsvermeidung sind z.B. Dänemark, Jamaika, Singapur, mit starker Unsicherheitsvermeidung z.B. Griechenland, Guatemala, Portugal.

2.3.3.1.5 Langfristige vs. kurzfristige Orientierung

Die fünfte Dimension langfristige vs. kurzfristige Orientierung, die in Hofstedes Kulturdimensionen aufgenommen wurde, basiert nicht auf den Daten der IBM-Studie, sondern wurde 1991 auf Grund der Ergebnisse der Chinesischen Wertestudie nachträglich dem Modell hinzugefügt. Diese Dimension entstammt den Forschungen Chinese Culture Connection von Michael Bond. Sie gibt an, wie groß der zeitliche Planungshorizont in einer Gesellschaft ist. Nicht das in der Vergangenheit Erreichte ist wichtig, sondern die Pläne, die die Gesellschaft für die Zukunft besitzt (Hofstede et al. 2017, S. 253 ff.; Hofstede et al. 2002, S. 38; Hofstede 1993).

Die Dimension langfristige vs. kurzfristige Orientierung beschreibt „ob eine Gesellschaft eine objektiv-zukunftsorientierte Grundhaltung gegenüber einer starren-gegenwartsorientierten Perspektive aufweist“ (Rothlauf, 2006, S. 32). In der folgenden Tabelle 15 werden die Werte von langfristig vs. kurzfristig orientierten Gesellschaften abgebildet.

Tabelle 15: Ausprägungen der langfristig vs. kurzfristig orientierten Gesellschaften (Hofstede et al. 2017, S. 261 f.; Hofstede 1993, S. 190; Huck 2004)

Die Ausprägungen von langfristig orientierten Gesellschaften	Die Ausprägungen von kurzfristig orientierten Gesellschaften
▪ große Ausdauer und Beharrlichkeit in der Erreichung von Zielen ▪ persönliche Standhaftigkeit und Festigkeit ▪ Rangordnungen der Beziehungen nach dem Status, ▪ Einhaltung dieser Rangordnungen (Gehorsamkeit) ▪ hohe Sparquote ▪ hohe Investitionstätigkeit	▪ Wichtigkeit des Status ▪ Erwartung rascher Ergebnisse ▪ Dynamik, Sprunghaftigkeit ▪ geringe Sparquote ▪ Dogmatisch gegenwartsbezogene Perspektive ▪ Sozialer Druck, mit den anderen (z.B. mit Nachbarn) mitzuhalten, ist ausgeprägt ▪ Respekt vor Tradition bzw. Hegen von Werten, die auf die Vergangenheit und Gegenwart bezogen sind

Langfristig orientierte Länder sind China (mit Hongkong), Japan und Taiwan, kurzfristig orientierte Länder sind dagegen Großbritannien, Kanada, Pakistan und USA.

2.3.3.2 Kulturdimensionsmodelle anderer Vertreter (Hall, Trompenaars)

Es existieren neben dem Kulturdimensionsmodell von Hofstede weitere Kulturdimensionsmodelle beispielsweise von Edward T. Hall (1989) sowie Fons Trompenaars (1993), die in der wissenschaftlichen Literatur großes Interesse finden. Folgend werden diese kurz dargestellt.

2.3.3.2.1 Edward T. Hall

Halls Arbeiten wurden durch seine Tätigkeit geprägt. Hall stellte (1959/1973) bei der Einarbeitung der Diplomanden für auswärtige Einsätze fest, dass das Beherrschen der Sprache oder formaler Kulturen des Landes, wie die Ausbildung in Sprache, Geschichte, Regierung und Bräuchen, nicht ausreicht und nicht gleichzusetzen ist mit der Einführung in die nonverbale Sprache des jeweiligen Landes. Erst dann konnten die Diplomanden bei ihren Auslandseinsätzen wirksam handeln (Gould 2005, S. 85).

Seine Arbeiten bauten zuerst auf zwei nonverbalen Merkmalen auf, die in der interkulturellen Kommunikationstheorie wichtig sind: Zeit (Chronik) und Raum (Naht). In den folgenden Jahren identifizierte er noch den dritten Faktor Kontext, der die Reaktionen der Menschen auf die mündliche Abhandlung regelt (Gould 2005, S. 85).

2.3.3.2.1.1 Monochron vs. Polychron

Bei Edward T. Hall findet eine Differenzierung der Kulturen anhand der ersten Dimension der Chronemik, die Wichtigkeit des Zeitbezugs und der Aktivitäten statt (Monochron vs. Polychron). In polychronischen Kulturen spielt die Zeit eine untergeordnete Rolle, während sie in monochronischen Kulturen von zentraler Bedeutung ist. Die monochronen Kulturen sehen die Zeit als Linie, die in einzelne Phasen geteilt und geplant werden kann. Die Verabredungen und Zeiten werden genau eingehalten und die Erledigung der Aufgaben läuft nacheinander bzw. pro Zeiteinheit ab. In monochronen Kulturen ist Zeit ein wertvolles Gut. Die Menschen halten sich streng an Pläne und Strukturen. In polychronen Kulturen dagegen können die Aufgaben parallel laufen (Hall 1989, S. 18 ff.; Gould 2005,

S. 84; Burkert 2014, S. 37 f.). Hier ist zu betonen, dass diese Dimension stark mit dem Individualismus bzw. Kollektivismus zusammenhängt. Nordeuropa, die Vereinigten Staaten und Kanada zählen zu den monochronen Kulturen, während der Mittelmeerraum, Lateinamerika, der Mittlere Osten und Teile Asiens zu den polychronen Kulturen bzw. Ländern zählen (Gould 2005, S. 84; Burkert 2014, S. 37 f.).

2.3.3.2.1.2 Proxemik

Die Dimension der Proxemik, des Raums, differenziert, ob die Individuen für sich großen Raum bzw. großen räumlichen Abstand gegenüber anderen Menschen lassen oder nicht. In den Kulturen, in dem die Individuen für sich großen Raum für ihr Leben beanspruchen, kann die Missachtung des Raums durch die Anderen (Eindringung ohne Erlaubnis) zu einem aggressiven Verhalten führen. In den nordeuropäischen Ländern haben die Menschen einen ziemlich großen Raum (die unsichtbare Blase) für sich und halten großen Abstand voneinander. In kollektivistischen Gesellschaften, wie z.B. in Italien und im Mittleren Osten ist der Raum dagegen ziemlich klein (Hall 1989, S. 18 ff.; Gould 2005, S. 84 f. Burkert 2014, S. 36 f.). Dieses Raumverständnis kann bei der Kommunikation von Personen, die aus unterschiedlichen Kulturräumen stammen Schwierigkeiten bereiten, da wenig Abstand manchmal die Verletzung der Privatsphäre bedeuten kann oder als zu intim empfunden wird.

2.3.3.2.1.3 Low-Contex vs. High-Contex

Bei der dritten Dimension findet bei Edward T. Hall (1989, S. 105 ff.) eine Unterteilung der Kulturen statt, und zwar anhand der Dimension in Low-Context vs. High-Context auf der Grundlage ihrer Art der Kommunikation. Im angloamerikanischen, skandinavischen und germanischen Raum (in Deutschland) beobachtet man hauptsächlich die verbale Kommunikation. Die Informationen werden verbal sehr präzise ausgedrückt, was typisch für individualistische Kulturen ist. Es müssen keine weiteren Informationen hinzugedacht werden, um die Botschaft zu verstehen. Ein gutes Beispiel sind die langen Verträge in dieser Kulturen (Hall 1989, S. 105 ff.; Thomas 2014, S. 206 Burkert 2014, S. 38f.; Würtz 2006). Dagegen wird in den High-Context-Kulturen, zu denen vor allem die Mittelmeerstaaten (auch die Türkei), der Mittlere Osten, Südasien und Lateinamerika zählen, nur ein Bruchteil der Informationen verbal oder schriftlich übermittelt. Ein Großteil der Informationen ist in der physischen Umgebung

enthalten und muss zwischen den Zeilen gelesen werden, was in kollektivistischen Kulturen anzutreffen ist (Hall 1989, S. 105 ff.; Burkert 2014, S. 38 f.; Thomas 2014, S. 207; Gould 2005, S. 85 f.; Würtz 2006).

2.3.3.2.2 Fons Trompenaars

Trompenaars Modell basiert auf einer Datenbank mit über 55.000 beantworteten Fragen zur Kulturanalyse. Er vertritt die Meinung, dass das menschliche Handeln kulturbeeinflusst ist. Zwar könnten sich die Praktiken in verschiedenen Gesellschaften ähneln, jedoch auf unterschiedlichen Annahmen beruhen (Trompenaars & Hampden-Turner 1998, S. 31; Trompenaars & Woolliams 2003, S. 29 ff.; Gould 2005, S. 103). Er definiert die Kultur als „die Art und Weise, wie jede Gesellschaft die Probleme ihrer sozialen, zeitlichen und physischen Umgebung löst. Hier sind die universell identischen Grundprobleme gemeint“ (Gould 2005, S. 103). Trompenaars beschreibt Unterschiede zwischen den Kulturen anhand von sieben Dimensionen: die fünf von Talcott Parson (1951), die erklären, wie sich Menschen in einem sozialen System aufeinander beziehen, sowie zwei weitere kulturelle Dimensionen für Zeit und Umwelt von Kluckhohn und Strodtbeck (1961) und Edward T. Hall (1959/1973; zitiert nach Gould 2005, S. 104). Die sieben Dimensionen sind:

2.3.3.2.2.1 Individualismus vs. Kollektivismus

Diese Dimension beschreibt das Ausmaß der Bedeutung von persönlichen Vorteile oder sozialen Gruppen bei ihrem Handeln. In den individualistischen Gesellschaften wird die Meinung vertreten, dass alle Menschen die Freiheit haben, im Eigeninteresse zu handeln, da die Gesellschaft davon profitiert. Sie brauchen und wollen den Freiraum, alleine zu arbeiten und zu leben. In den kollektivistischen Gesellschaften dagegen lieben es die Menschen, eng zusammen zu arbeiten und zusammen zu leben, denn das Interesse der Gruppe hat Vorrang bei allem Handeln (Trompenaars & Hampden-Turner 1998, S. 31; Trompenaars & Woolliams 2003, S. 29 ff.; Gould 2005, S. 104).

2.3.3.2.2.2 Universalismus vs. Partikularismus

Diese Dimension beschreibt das Ausmaß, in dem die Menschen ihre Handlungen auf Regeln oder Beziehungen stützen bzw. die Absolutheit von Regeln oder die Existenz von Ausnahmen. In universalistischen Gesellschaften herrscht der Glaube an die Möglichkeit, universelle Prinzipien zu definieren, die in allen

Situationen gelten werden (Trompenaars & Woolliams 2003, S. 29 ff.; Gould 2005, S. 104). In den partikularistisch orientierten Gesellschaften lenken die Menschen ihr Handeln in der sozialen Situation. Rechtgrundsätze könnten in der Theorie unterstützt werden. Es müssen aber, um einem Freund zu helfen, Ausnahmen gemacht werden. In den universalistischen Gesellschaften basieren die Geschäfte auf Verträgen, in partikularistischen Gesellschaften dagegen verhandeln die Partner ihre Geschäfte neu, wenn sich das Personal verändert (Trompenaars & Hampden-Turner 1998, S. 31; Trompenaars & Woolliams 2003, S. 29 ff.; Gould 2005, S. 104).

2.3.3.2.2.3 Sequentielle vs. synchrone Zeit

Diese Dimension beschreibt, wie die Menschen Entscheidungen für ihre Handlungen auf Fakten der Vergangenheit basieren oder gegenwarts- und zukunftsorientiert treffen. Daraus folgend können die Menschen resistent/offen gegen/für Veränderungen sein oder nicht. Außerdem sind ihre Handlungen kurzfristig oder langfristig orientiert, d.h. entweder eine sofortige Befriedigung oder einen langfristigen Vorteil vorziehend. Die sequentiellen Kulturen sehen die Zeit linear, planen die Zeit und erledigen die Arbeiten nacheinander wie bei Hall's monochronischen Kulturen. Die synchronen Kulturen wie bei Hall's polychronischen Kulturen lassen die Aktivitäten ihre eigene Dynamik entwickeln. Es werden mehrere Aktivitäten zur gleichen Zeit erledigt (Trompenaars & Hampden-Turner 1998, S. 31; Trompenaars & Woolliams 2003, S. 29 ff.; Gould 2005, S. 106).

2.3.3.2.2.4 Spezifisch vs. Diffus

Diese Dimension untersucht, ob die Beziehungen zu anderen Personen begrenzt oder bedingungslos sind (Bedeutung der Privatsphäre). Für Menschen in spezifischen Gesellschaften können aus Kollegen keine Freunde werden. Sie sehen sich außerhalb der Arbeit nie. Dagegen sind in diffusen Gesellschaften die Arbeitskollegen untereinander befreundet und partizipieren an ihrem Privatleben. Aus diesem Grund fühlen sich Menschen in spezifisch orientierten Kulturen frei, Freunde zu kritisieren, da die Freundschaft nicht ein tiefes Maß an Intimität beinhaltet. In diffusen Kulturen vermeiden die Menschen dagegen, eine direkte Kritik zu äußern, da sie wissen, dass ihre Worte eine größere emotionale Wirkung besitzen. Das Schließen von Freundschaften dauert länger, diese bleiben aber

dauerhaft (Trompenaars & Hampden-Turner 1998, S. 31; Trompenaars & Woolliams 2003, S. 29 ff.; Gould 2005, S. 105).

2.3.3.2.2.5 Leistung vs. Herkunft

Diese Dimension beschreibt das Ausmaß, inwieweit der Status auf der Grundlage von persönlicher Leistung oder sozialer Rolle bzw. Herkunft gewährt wird. Kulturen mit Leistungsorientierung legen Wert auf Leistung und Handlung. Die Devise lautet: Etwas zu tun, ist besser, als nichts zu tun. Kulturen, in denen der Status auf der Grundlage von Geschlecht, Alter, familiären Verbindungen oder Berufspositionen erworben wurde, gehen davon aus, dass nichts zu tun besser ist, als in Eile zu handeln. In leistungsorientieren Kulturen hat die Jugend enorme Bedeutung um ihrer selbst willen. Bei herkunfts-/statusorientierten Kulturen spielen Erfahrungen und Reife eine bedeutende Rolle. Die Netzwerke in den leistungsorientierten Kulturen sind persönlich, in herkunftsorientierten Kulturen verstärken sie die offizielle Machtstruktur. Titel und Abschlüsse haben in den herkunfts-/statusorientierten Kulturen signifikante Bedeutung, da sie als die Quelle des Status angesehen werden. (Trompenaars & Hampden-Turner 1998, S. 31; Trompenaars & Woolliams 2003, S. 29 ff.; Gould 2005, S. 1005).

2.3.3.2.2.6 Außen- vs. Innensteuerung (Orientierung zur Natur)

Diese Dimension beschreibt die Möglichkeit, wie weit die Menschen ihre Natur und das soziale Umfeld kontrollieren oder kontrollieren können. Trompenaars vertritt wie Kluckhohn und Strodtbeck die Auffassung, dass die Menschen die Natur meistern oder mit ihr im Einklang leben können, manchmal aber auch von ihr beherrscht werden (Gould 2005, S. 106). Menschen in Kulturen mit Innenorientierung glauben, die externen Ereignisse kontrollieren zu können. Somit besitzen Technologie und menschliche Leistungen eine bedeutende Rolle. Diese Sichtweise bildet für diese Kulturen die Basis zu Innovation und Veränderung. In Kulturen mit Außenorientierung haben äußere Umstände einen bedeutenden Einfluss auf Menschen. Wenn ein Plan gescheitert ist, warten sie, bis sich neue Möglichkeiten anbieten, während Menschen der innengesteuerten Kulturen es nochmals versuchen (Trompenaars & Hampden-Turner 1998, S. 31 ff.; Trompenaars & Woolliams 2003, S. 29 ff.; Gould 2005, S. 106).

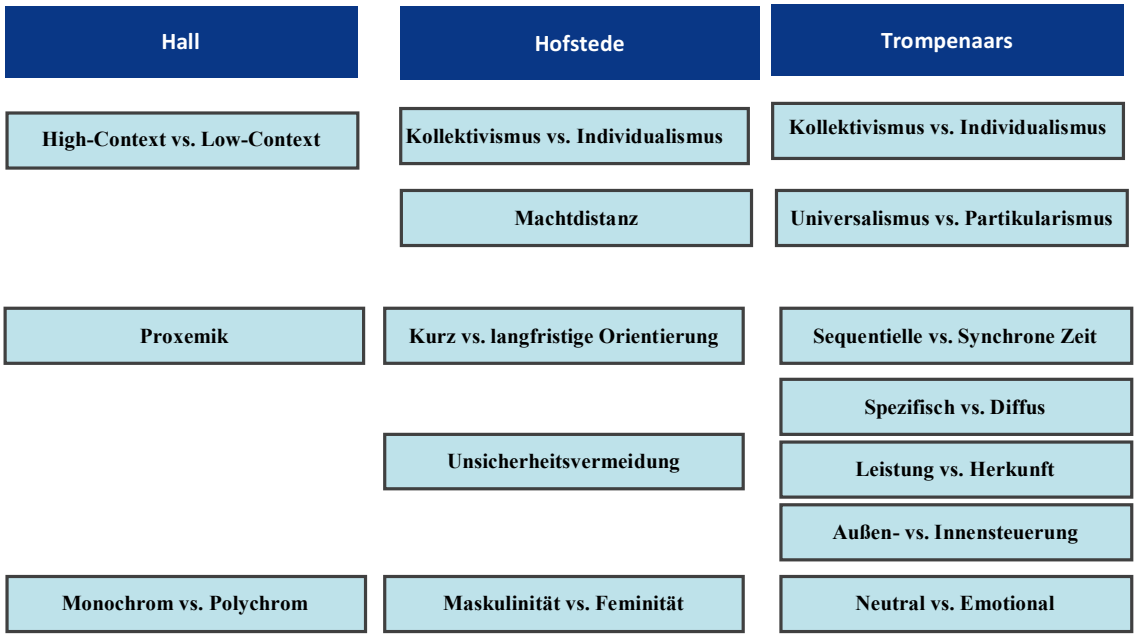
2.3.3.2.2.7 Neutral vs. Emotional

Diese Dimension beschreibt, wie Menschen ihre Emotionen verbergen oder

zeigen, d.h. den Grad der emotionalen Ausdrucksfreudigkeit einer Kultur (Trompenaars & Woolliams 2003, S. 30 ff.). Gould weist anlehnend an die Arbeiten von Gudykunst und Ting-Toomey (1988) darauf hin, dass alle Menschen auf einer entscheidenden Ebene identische Grundgefühle empfinden, aber sie nicht in gleicher Weise ausdrücken. So halten z. B. Menschen in neutralorientierten Kulturen ihre Gefühle zurück, während die Menschen in emotional orientierten Kulturen sie offen zeigen (Gould 2005, S. 104). In der Face-to-Face-Kommunikation beeinflusst jeder Stil die Verwendung der allgemeinen Präferenzen für nonverbale oder verbale Kommunikation wie den Augenkontakt, die Sprechrate, den Ton der Stimme, die Gestik und Mimik usw. (Trompenaars & Hampden-Turner 1998, S. 31 ff.; Trompenaars & Woolliams 2003, S. 29 ff.; Gould 2005, S. 104).

Obwohl dieses Modell theoretisch plausibel erscheint, ist es aber empirisch ungenügend gesichert, da Trompenaars der Öffentlichkeit kaum Datenmaterial aus seiner „Managerdatenbank“ zur Verfügung stellt und dies unabhängige Folgestudien erschwert (Gould 2005, S. 107).

Abbildung 12: Übersicht von verschiedenen Kulturdimensionen nach Apfelthaler



Quellte: http://www.kulturglossar.de/html/k-begriffe.html#kugelmodell)

2.4 Kulturvergleich zwischen Deutschland und der Türkei

Bevor ein Vergleich der Kulturpositionen zwischen Deutschland und der Türkei anhand Hofstedes Kulturdimensionen durchgeführt wird, werden die für diese Arbeit relevanten Länderinformationen dargestellt. Im Detail heißt das Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten (Esssystematik und körperliche Aktivität speziell in der Freizeit). Die Essgewohnheiten werden nach Häufigkeit der verzehrten Lebensmittel analysiert; zusätzlich werden sie auf Mahlzeitebene betrachtet. Diese Länderinformationen werden zu einem späteren Zeitpunkt als Untermauerung für die kulturspezifische Gestaltung des europäischen Konstrukts in die Diskussion einfließen.
Anschließend erfolgt die Einordnung der untersuchten Länder in die Kulturdimensionen und der direkte Kulturvergleich anhand dieser Kulturdimensionen.

2.4.1 Länderinformationen

In diesem Kapitel werden die für die vorliegende Arbeit relevanten Aspekte der Länder beschrieben.

2.4.1.1 Esssystematik in Deutschland und in der Türkei

In diesem Unterkapitel werden die Ernährungsgewohnheiten beider Länder verglichen, um Unterschiede zwischen der Esssystematik der beiden Länder darzustellen, die stark von der Landeskultur beeinflusst werden. Die Werte der einzelnen Länder beeinflussen immens die Esssystematik des jeweiligen Landes, wie bei der Zusammensetzung einzelner Mahlzeiten zu beobachten ist.

2.4.1.1.1 Verzehrstruktur nach Lebensmittelgruppen

Deutschland
Nach den Ergebnissen der BMEL-Ernährungsreports 2017 verzehren die Deutschen vorwiegend Fleischgerichte mit 53 %, gefolgt von Nudel- und Pasta-Variationen 38 %, Gemüsegerichte 20 %, Fisch 16 %, Suppen oder Eintopf 15 %, Kartoffelgerichte 14 % und als letztes Pizza 13 % sowie Geflügelgerichte mit 13 % (BMEL 2017, S. 6; Ehrenstein 2017). Besonderen Wert legen 55 % der Befragten auf eine einfache und schnelle Zubereitung der Mahlzeiten. Der Anteil derer, die täglich kochen, sinkt weiterhin von 41 % in 2015 auf 39 % in 2016 (BMEL 2017, S. 2). Als Folge ist der Anteil derer, die Tiefkühlpizza oder

Fertigprodukte verzehren, deutlich gestiegen; er liegt jetzt bei 41 % (BMEL 2017, S. 6; Ehrenstein 2017). Dieser Anteil liegt in der Altersgruppe 19-29 Jahre mit 72 % höher als in der Altersgruppe ab 60 Jahre mit 47 %. Demgemäß greifen 60 % dieser Altersgruppe (19-29) zu Tiefkühlpizza oder zu Fertiggerichten (BMEL 2017, S. 6; Ehrenstein 2017).

Laut TK-Ernährungsstudie können 89 % der Befragten häufig nicht auf Brot und Brötchen (mindestens dreimal pro Woche oder täglich) verzichten. Sie sind weiterhin fester Bestandteil des Frühstücks und des Abendbrots (TK 2017, S. 34). Ein weiteres Ergebnis der TK-Ernährungsstudie 2017 ist, dass 85 % der Befragten häufig frisches Obst und Gemüse verzehren, gefolgt von Milchprodukten wie Joghurt, Käse und Milch täglich 83 %, von Wurstwaren (58 %) und von Salat (57 %). Außerdem sind Fleisch mit 51 % und Kartoffeln mit 47 % ein fester Bestandteil des Speiseplans. Dies bestätigen die Ergebnisse des BMEL-Ernährungsreports 2017 (TK 2017, S. 35).

Geschlechtsspezifische Ergebnisse bezüglich Obst und Gemüse liefert GEDA 2012. Danach verzehren 70 % der Frauen und 48 % der Männer täglich Obst und Gemüse. Je älter sie werden, desto mehr Obst und Gemüse verzehren sie. Zudem steigt der Verzehr von Obst und Gemüse mit dem höheren Bildungsstand (RKI 2015; GEDA 2012, S. 103). In Portionen ausgedrückt verzehren Frauen im Durchschnitt 3,1 und Männer 2,4 Portionen Obst und Gemüse pro Tag (Mensink et al. 2013b, S. 781). Eigene Hand ist das Maß für eine Portion (DGE 2011). Die am meisten verzehrten Gerichte stellen sich wie folgt dar: 37 % der Menschen in Deutschland verzehren traditionelle Hausmannskost, mehrfach in der Woche Kartoffeln mit Fleisch und Soße, deftige Suppen oder Kohlgerichte, gefolgt von 23 % der Befragten, die Nudelgerichte wie Spaghetti Bolognese, Carbonara oder Lasagne bevorzugen (TK 2017, S. 35).

Im Durchschnitt liegt der Zeitaufwand für das Essen in Deutschland bei einer Stunde und 43 Minuten täglich; den größten Teil dieser Zeit verbringen die Deutschen zu Hause. Dieser Zeitaufwand steigt an den Wochenenden auf über zwei Stunden täglich (Heinzelmann 2016).

Die Essgewohnheiten in Deutschland verändern sich ständig. Es sind kulturelle Einflüsse der italienischen, spanischen, französischen und amerikanischen sowie türkischen Küche zu beobachten. Ebenso ist der Einfluss der asiatischen Küche in

Deutschland festzustellen.

Türkei

Nach den Daten aus 2003 sind die Grundnahrungsmittel der Bevölkerung in der Türkei Brot und andere Getreideerzeugnisse. 44 % des täglichen Energiebedarfs werden nur über Brot, 58 % des gesamten Energiebedarfs werden über Brot und andere Getreideerzeugnisse gedeckt (TCSB 2011, S. 24).

Im Jahr 2003 verzehrten die Erwachsenen (über 18-jährig) täglich 1,64 Portionen Obst und 1,57 Portionen Gemüse (TCSB 2006; zitiert nach TCSB 2011, S. 24). Nach den Ergebnissen der „Türkei Ernährung und Gesundheit Studie“ von 2010 werden im Durchschnitt 540 Gramm Obst und Gemüse täglich verzehrt (Kartoffel inklusive) (TCSB 2011, S. 20).

Die untere Abbildung gibt den zeitlichen Verlauf bzw. die Entwicklung des Grundnahrungsmittelverzehrs in der Türkei wieder. Deutlich ist ein Rückgang beim Verzehr von Brot und anderen Getreideerzeugnissen, von rotem Fleisch und Fisch bei den tierischen Fetten zu beobachten, dagegen ist eine Zunahme beim Verzehr von Milch und Joghurt, Geflügel und Ei zu verzeichnen (TCSB 2011, S. 24; TCSB 2013, S. 20).

Abbildung 13: Verzehr von unterschiedlichen Lebensmitteln in der Türkei in Gramm pro Tag (TCSB 2011, S. 20; SAGEM 2014, S. 303 ff.)

Lebensmitteln	1984	2010
Brot	360	197
Andere Getreideerzeugnisse	93	67
Hülsenfrüchte und Körner	36	15
Milch und Jogurt	69	106
Käse	23	44
Rotes Fleisch	38	26
Geflügel	4	30
Fisch	7	4
Eier	13	24
Gemüse (inkl. Kartoffel)	245	332
Obst	173	188
Pflanzliche Öle	24	21
Fette (tierisch) Margarine inkl.	24	9
Zucker und Süßigkeiten	42	31

Laut Angaben von SAGEM verzehren 85,4 % der Erwachsenen täglich Weißbrot. In den Städten verzehren 22,7 % der Frauen und 13,6 % der Männer Vollkornbrot; auf dem Land ist dieser Anteil bei Frauen und Männern gleich (10,5

%) (SAGEM 2014, S. 188). 47,6 % der Erwachsenen verzehren täglich grünes Gemüse, wobei hier 44,4 % der Erwachsenen Männer und 51,2 % der Erwachsenen Frauen sind. 51,5 % der Erwachsenen verzehren täglich Obst. Im Durchschnitt nehmen die Männer in der Altersgruppe zwischen 19-64 Jahren 15,2 Gramm Ballaststoffe täglich zu sich, während dies bei Frauen in der gleichen Altersgruppe 13,1 Gramm sind (SAGEM 2014, Seite 258). 55,1 % der Befragten verzehren täglich Milch und Joghurt. Der Anteil der täglich Käse verzehrenden Erwachsenen liegt bei 76 %, wobei 73,7 % Männer und 78,6 % Frauen sind. 39,1% der Erwachsenen verzehren überhaupt keinen Fisch, wobei der Anteil bei Frauen mit 42,1 % höher liegt als bei Männern mit 36,5 %. 29,7 % der Erwachsenen verzehren täglich Eier, während 26,9 % der Erwachsenen 1-2-mal pro Woche und 24,4 % 3-4 Mal pro Woche Eier essen (SAGEM 2014, S. 187 ff.).

55,5 % der Erwachsenen verzehren täglich Zucker, Honig, Marmelade oder Sirup. Der Anteil der Erwachsenen, die Fertigprodukte verzehren, ist sehr gering: 11,9%. Von ihnen verzehren 1-2-mal pro Woche Fertigsuppen, 9,2 % alle 2 Wochen und 7,2 % der Befragten einmal im Monat. Davon werden 20 % an Fladenbrot, türkische Pizza (Lahmacun) und Pizza verzehrt. Der Anteil der Erwachsenen, der 1-2-mal pro Woche Tiefkühlprodukte verzehrt, liegt bei 8,9 % (SAGEM 2014, S. 186 ff.).

Als Getränk wird in der Türkei am häufigsten Schwarztee konsumiert. Nach den Ergebnissen der Untersuchung nehmen bei Getränken die ersten drei Plätze Tee, Kaffee und Ayran ein, gefolgt von säurehaltigen Getränken. Der Anteil der Erwachsenen, die täglich Tee zu sich nehmen, liegt bei 92,3 %. 21,3 % der Erwachsenen trinken täglich Kaffee, 10,6 % der Frauen und 5,3 % der erwachsenen Männer trinken täglich Kräutertee. 22 % der Erwachsenen konsumieren 1-2 mal pro Woche Fruchtsäfte, 11,2 % 3-4 mal pro Woche und 7,9% der Befragten konsumieren täglich. 11,7 % der Erwachsenen trinken täglich Limos mit Kohlensäure. 84,9 % der Erwachsenen trinken keinen Alkohol, 94,8 % der Frauen und 76,1 % der Männer (SAGEM 2014, S. 186 ff; Hürriyet 2012; TOAD 2012). In 30 Tagen werden 52 Gläser Tee getrunken. An 25 Tagen im Monat wird Ayran getrunken (Hürriyet 2012). Wenig verzehrt werden Kräutertees und Power-Getränke (Hürriyet 2012, TOAD 2012).

Teetrinken ist ein fester Bestandteil der türkischen Kultur. Tee wird sogar ohne Aufforderung serviert und zwar zu jedem Anlass: beim Frühstück, während der

Mahlzeiten, gewöhnlich aber nach den Mahlzeiten. Teetrinken ist erst seit Ende des 19. Jahrhunderts ein Teil der türkischen Kultur. Er wird erst seit 70 Jahren flächendeckend getrunken. Im osmanischen Reich wurde der Anbau des Teegewächses Ende des 19. Jahrhunderts in Bursa/Türkei versucht. Dieses Vorhaben scheiterte, da die klimatischen Bedingungen für den Anbau nicht geeignet waren. Um den Anbau zu fördern, wurde 1942 „das Tee Gesetz“ (türkisch: Çay Kanunu) erlassen. Mit diesem Gesetz wurden der Anbau, die Verarbeitung und Vermarktung in staatliche Hand genommen. Die Maschinen, die im Jahr 1940 aus Großbritannien bestellt worden waren, erreichten das Land erst 1946. Die erste Teefabrik konnte somit 1947 in Rize mit der Produktion starten. Das staatliche Monopol für Herstellung und Verkauf wurde 1984 qua Gesetz aufgehoben (Agkün 2015). Heute ist Teeanbau zu einem Wirtschaftsfaktor geworden. Die Teeanbaugebiete am Schwarzmeer der Türkei zählen zu den weltweit größten. 96 % der Bevölkerung trinkt täglich Tee. Der Teeverbrauch pro Kopf und Jahr betrug 3,5 kg; er befindet sich somit auf dem ersten Platz weltweit (Agkün 2015).

Der Konsum von Wasser liegt in der Altersgruppe 19-30 Jahre bei Männern bei 1055,51 ml täglich und bei Frauen bei 913,62 ml täglich. In der Altersgruppe 31-50 Jahre dagegen liegt der Wasserkonsum bei Männern bei 998,88 ml und bei Frauen bei 957,23 ml täglich. Mit fortschreitendem Alter sinkt der Konsum von Wasser. Er liegt in der Altersgruppe 65-74 Jahre bei Männern bei 873,15 ml und bei Frauen bei 861,41 ml (SAGEM 2014, S. 333). Der Konsum von nicht-alkoholischen Getränken (Tee, Kaffee, Ayran und Getränke mit Kohlensäure) beträgt in der Altersgruppe von 19-50 Jahren bei Erwachsenen 665,19 ml. Mit fortschreitendem Alter sinkt der Konsum von nicht-alkoholischen Getränken; er liegt bei der Altersgruppe zwischen 65-74 Jahren bei Männern bei 486,33 ml und bei Frauen bei 369,10 ml (SAGEM 2014, S. 334).

Der Konsum von alkoholischen Getränken liegt bei Frauen zwischen 19-30 Jahren im Durchschnitt bei 4,79 ml und zwischen 31-50 Jahren bei 1,5 ml pro Tag. Bei Männern liegt der höchste Konsum von alkoholischen Getränken in der Altersgruppe zwischen 31-50 Jahren bei 39,62 ml pro Tag, bei Männern von 19-30 Jahren bei 25,35 ml. Auf dem Land wird in der Türkei mehr Alkohol konsumiert als in den Städten (SAGEM 2014, S. 337).

2.4.1.1.2 Verzehrstruktur auf Mahlzeitebene

Der unaufhaltsame Wandel des Lebensstils in Deutschland beeinflusst auch die traditionellen Essgewohnheiten. Laut Hradil wird Lebensstil als „die Art und Weise, wie die einzelnen ihr Alltagsleben organisieren“, definiert. (Hradil 2001, S. 46).

2.4.1.1.1.1 Verzehrstruktur zum Frühstück

Frühstück ist die erste und wichtigste Mahlzeit des Tages, bei der wichtige, Energie liefernde Stoffe zu sich genommen werden. Nach einer langen Nacht füllt diese Mahlzeit die leer gewordenen Energiedepots im Körper und bereitet diesen auf den Tag vor (Froböse 2014).

Die traditionelle Mahlzeitstruktur in Deutschland besteht weiterhin. Danach frühstücken zwei Drittel der Bevölkerung zwischen 6 bis 9 Uhr (Heinzelmann 2016). Das klassische deutsche Frühstück beinhaltet verschiedene Brotsorten und Brötchen, Butter oder Margarine, Marmelade, Honig und Milch, Kakao, Kaffee, Tee oder ein Glas Saft. Das Frühstück kann zusätzlich Käse- und Wurstsorten beinhalten. Einflüsse aus anderen Ländern sind beim Frühstück feststellbar; immer mehr wird Müsli zum Frühstück mit Milch oder Joghurt populär ebenso wie Quark, Obst und Cornflakes serviert werden (Heinzelmann 2016).

In der Türkei geht die traditionelle Ernährungsweise weiter, 68 % der Erwachsenen frühstücken regelmäßig (Hürriyet 2012). Das türkische Frühstück besteht hauptsächlich aus Brot, Suppe, Käse, Oliven, Marmelade, Honig, Ei und Gurken sowie Teigtaschen mit diversen Füllungen (Käse oder Fleisch) und weiteren Teigwaren. Zusätzlich zu den genannten Lebensmitteln werden Sesamringe und Wurstsorten gegessen. 25 % der Bevölkerung in der Türkei verzehren hauptsächlich Brot, Käse und Oliven. Dazu werden meistens ein oder mehrere Gläser Tee getrunken, seltener auch Kaffee (Hürriyet 2012).

2.4.1.1.1.2 Verzehrstruktur Mittagessen

Traditionsgemäß wird das Mittagessen in Deutschland relativ früh zwischen 12 und 14 Uhr eingenommen. Beim Mittagsessen werden meist Kartoffeln, Gemüse, Fleisch, Fisch, Salate, Nudeln, Reis, Obst, Pilze, Nüsse, Milch, Eier, Käse, Getreide und Gewürze verzehrt. Weitere Speisen können auch Flammkuchen oder Käse mit Brot, Kartoffelsalat, Speck, Wurst, Schinken, Rinderbraten, saftige

Schweineschnitzel, Putenbraten, Kalbsbraten usw. sein. Dazu wird Mineralwasser, Saft, auch ein guter Wein oder bevorzugt Bier getrunken. Als Nachspeise isst man Pudding, Quark, Obst-Kompott oder Eis (Heinzelmann 2016). Nach den BMEL-Daten 2017 nehmen 57 % der Befragten (hier sind Erwerbstätige, Schüler und Studenten gemeint) die Mittagsmahlzeit von zu Hause mit, 21 % der Befragten essen in der Kantine, 5 % in Restaurants und 20 % der Befragten lassen diese Mahlzeit ganz ausfallen (BMEL 2017, S. 10; Ehrenstein 2017).

In der Türkei wird die Mittagsmahlzeit auch zwischen 12 und 14 Uhr zu sich genommen. 63 % der Bevölkerung nehmen regelmäßig ihre Mittagsmahlzeit zu sich, 37 % der Bevölkerung dagegen unregelmäßig (Hürriyet 2012). 34 % der Befragten nehmen ihre Mittagsmahlzeit mindestens sechs mal pro Woche außer Haus ein (Hürriyet 2012). Es werden traditionell Speisen wie zum Beispiel Gemüse- oder Fleischeintöpfe gegessen. Dazu werden Suppe, Brot, Salat, Reis oder Weizengris (Bulgur) verzehrt (Hürriyet 2012). Optional stehen noch unterschiedliche Sorten Nachtische zur Verfügung, wie Milchreis oder andere Teigwaren. Ayran (Jogurt/Wassergemisch) als Getränk ist ein wichtiger Bestandteil der Mittagsmahlzeit. Zum Abschluss des Essens werden in der Türkei Tees serviert, die meistens ein Geschenk des Hauses sind. In vielen Restaurants sind Brotkorb und eine Flasche Wasser ein fester Bestandteil jedes Tisches. Nach den Daten von SAGEM nehmen 35,3 % der Befragten das Mittagsbrot von Zuhause mit, 34,4 % essen am Arbeitsplatz bzw. der Arbeitgeber stellt ihnen eine Mahlzeit zur Verfügung, 25,3 % essen in Restaurants (SAGEM 2014, S. 175).

2.4.1.1.1.3 Verzehrstruktur des Abendessens

Zwischen 18 und 20 Uhr wird in Deutschland das Abendbrot bzw. Abendessen eingenommen. In Deutschland wandelt sich das Abendbrot immer mehr zur Hauptmahlzeit, z. B. in Familien, in den beide Eltern berufstätig sind (Heinzelmann 2016). Teils herrscht auch weiterhin die traditionelle Mahlzeitstruktur bei der das Abendessen eine kalte Mahlzeit ist. Es werden verschiedene Brotsorten, Butter, Käse, Wurstaufschnitt und Salat gegessen, dazu wird Früchtetee, Kräutertee, kühles Bier, ein Glas Weiß- oder Rotwein getrunken (Heinzelmann 2016).

Das Abendessen ist die wichtigste Mahlzeit in der Türkei und wird spät mit der Familie zu sich genommen. 72 % der Bevölkerung in der Türkei nehmen

regelmäßig ihr Abendessen zu sich (Hürriyet 2012). Das Wetter und natürlich die Arbeitszeiten spielen eine Rolle, weshalb das Essen spät eingenommen wird. Bei langen Arbeitszeiten findet das Abendessen um ca. 20 Uhr oder später statt und dauert länger. Die Hauptspeise wird jedem Einzelnen separat serviert, Reisgerichte und Salat befinden sich meist in der Mitte des Tisches und jeder nimmt sich, soviel er möchte. Zuerst wird Suppe serviert, danach folgt die Hauptspeise. Als Getränke werden Ayran und nach Geschmack kohlensäurehaltige Getränke gereicht. Die Vorspeisen sind größtenteils vegetarisch. Das Weißbrot und andere Getreideerzeugnisse sind weiterhin Hauptnahrungsmittel der Menschen, wie die Statistiken belegen (TOAD 2012, SAGEM 2014). Überwiegend werden abends in der Türkei Brot, Salat, Suppe, Joghurt und Reisgerichte verzehrt. Der Anteil derer, die täglich Speisen ohne Fleisch verzehren, ist sehr gering. Hauptspeisen, die mit Olivenöl zubereitet werden, werden kaum abends verzehrt (Hürriyet 2012).

2.4.1.2 Bewegungsverhalten in der Freizeit in Deutschland und in der Türkei

Körperliche bzw. sportliche Aktivitäten in der Freizeit haben gesundheitsförderliche Potenziale, regulieren Stress und tragen zu einer gesünderen Lebensweise bei (RKI 2014, S. 1). In GEDA 2012 wird die sportliche Aktivität folgendermaßen definiert: „Sport, als eine spezifische Form körperlicher Bewegung, ist mit gesundheitsförderlichen Potenzialen verbunden, die sich nicht nur über physiologische Prozesse, sondern ebenso im Zusammenhang mit der Stressregulation, der Ausformung personaler und sozialer Kompetenzen sowie der Entwicklung einer insgesamt gesünderen Lebensweise entfalten können“ (RKI 2005; 2008; 2014). Auf Basis der Daten der GEDA 2012 des Robert-Koch-Instituts wird der aktuelle Stand des Anteils der sportlich aktiven Bevölkerung beschrieben. Für die Türkei wird die Beschreibung des Anteils der sportlich aktiven Bevölkerung durch die aktuellen Daten der TCSB (Ministerium für Gesundheit) und weitere repräsentative Studien dargestellt.

Deutschland

Laut GEDA-2012-Studie sind sowohl 66 % der Frauen als auch Männer sportlich aktiv. Der Anteil der Personen, die mehr als 2 Stunden pro Woche Sport treiben, liegt bei Frauen bei 41 % und bei Männern bei 47 %. Die jungen Erwachsenen treiben öfter Sport als die älteren. Während bei Erwachsenen zwischen 18 und 29 Jahren 85 % der Männer und 84 % der Frauen sportlich aktiv sind, sind bei

Personen ab 65 Jahren im Durchschnitt 51 % der Frauen und Männer sportlich aktiv (RKI 2014, S. 1).

Ähnliche Daten wie die GEDA-Untersuchung liefert der DKV Report 2015. Demzufolge sind 84 % der jungen Erwachsenen (zwischen 18 und 29 Jahren) in ihrer Freizeit körperlich aktiv (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 20).

Türkei

Nach den Ergebnissen der repräsentativen Studie von 2004 des türkischen Gesundheitsministeriums „Ernähren wir uns gesund und schützen wir unser Herz?“ (Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım, SBKK) wird bei Personen ab 30 Jahren belegt, dass eine körperliche Aktivitätsgewohnheit nicht vorhanden ist. Demnach sind nur 3,5 % der Befragten regelmäßig körperlich aktiv, d.h. sie treiben an mindestens drei Tagen pro Woche 30 Minuten moderat Sport (TCSB 2011, S. 24). Laut den Ergebnissen der Türkei Ernährungs- und Gesundheitsstudie von 2010 leben 71,9 % der Personen ab 12 Jahre inaktiv, 9,1 % nicht ausreichend und nur 20 % der Bevölkerung ausreichend in der Freizeit körperlich aktiv (TBSA 2010; TCSB 2011, S. 24).

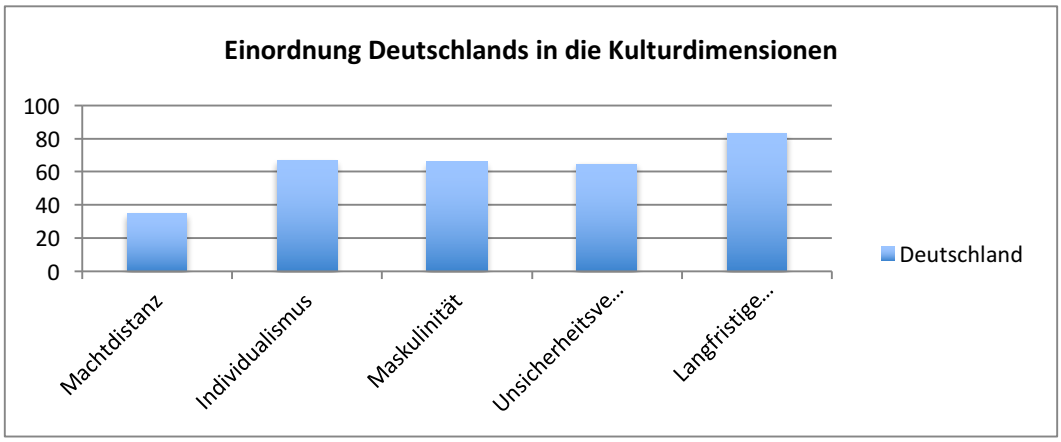
Laut der Studie des Vereins Türkei Adipositas Untersuchung (türkisch: Türkiye Obezite Araştırma Derneği: Türkiye’de Beslenme Alışkanlıkları ve Fiziksel Hareketlilik Düzeyi Saptama Araştırması) „Untersuchung der Bestimmung der Essgewohnheiten und des körperlichen Aktivitätsniveaus in der Türkei“ werden als körperliche Aktivität Walken und Reinigung genannt. 36,7 % der Befragten betreiben überhaupt keine körperliche Aktivität. Diese Quote liegt bei Männern bei 50 % (TOAD 2012; Hürriyet 2012).

Nach der repräsentativen Befragung mit dem Titel „das Verständnishandbuch der Türkei“ (türkisch: Türkiyeyi Anlama Klavuzu, TAK) treiben 46 % der Befragten keine von den folgenden körperlichen Aktivitäten: Walken, Laufen, Gymnastik. Nur 20 % der Befragten sind pro Woche mehr als einmal körperlich aktiv bzw. treiben solche körperliche Aktivitäten (TAK 2013, S. 38).

2.4.2 Einordnung Deutschlands in die Kulturdimensionen

Folgende Abbildung zeigt im Überblick die Position Deutschlands in den verschiedenen Dimensionen.

Abbildung 14: Einordnung Deutschland in die Kulturdimensionen von Hofstede (Hofstede 2016a)



Machtdistanz

Deutschland erreicht bezüglich der PDI-Dimension einen niedrigeren Wert (Punktzahl 35), was geringere Machtdistanz bedeutet. Das hat zur Folge, dass das Land sehr dezentralisiert ist und von einem starken Mittelstand getragen wird (Hofstede 2016a).

Individualismus vs. Kollektivismus

Deutschland ist eine individualistisch geprägte Gesellschaft (Punktzahl 67). Nach Hall ist sie in die „low context culture" einzuordnen. Die Besonderheit von low context-Kulturen ist, dass alles beim Namen genannt wird und präzise Angaben gemacht werden. Hier gilt generell die Aussage: Gemeint ist, was gesagt wurde. Somit gelten die Deutschen als sachorientiert, realistisch, pünktlich und zuverlässig (Hofstede 2016a).

Maskulinität vs. Femininität

Deutschland zählt eher zur maskulinen Gesellschaft (Punktzahl 66). Die Leistung ist enorm wichtig und wird früh gebraucht. Das schlägt sich im Schulsystem nieder, das bereits nach der Grundschule die Kinder nach ihren Leistungen in verschiedene Schularten trennt. „Leben, um zu arbeiten" ist hier das ausschlaggebende Motto, wobei die Menschen aus ihren Aufgaben ein beachtliches Selbstwertgefühl ziehen. Der Status wird gern präsentiert, vor allem durch Autos, Uhren und technische Geräte (Hofstede 2016a).

Hier sollte hinzugefügt werden, dass das familiäre Umfeld stark davon abhängt, ob eine Gesellschaft individualistisch oder kollektivistisch ausgerichtet ist, da dies

bei der Erziehung des Kindes einen entscheidenden Einfluss hat (Hofstede 1993, S. 106).

Unsicherheitsvermeidung

Deutschland zählt zu den Ländern mit mittelstarker Unsicherheitsvermeidung (65). Die Deutschen versuchen in hohem Maße, jegliche Art von Unsicherheit zu vermeiden. Individualistische Gesellschaften mit einer starken Unsicherheitsvermeidung mögen Pläne, Regeln und Gesetze, die ihnen im Alltag die Orientierung ermöglichen. Sie neigen zur Formalisierung und Standardisierung aller Abläufe. Die Kompensation einer hohen Unsicherheit wird mit starkem Know-how-Einsatz versucht. Ausdruck der hohen Unsicherheitsvermeidung kann beispielhaft an einer hohen Sparquote festgemacht werden, die finanzielle Sicherheit bringt (Hofstede 2016a).

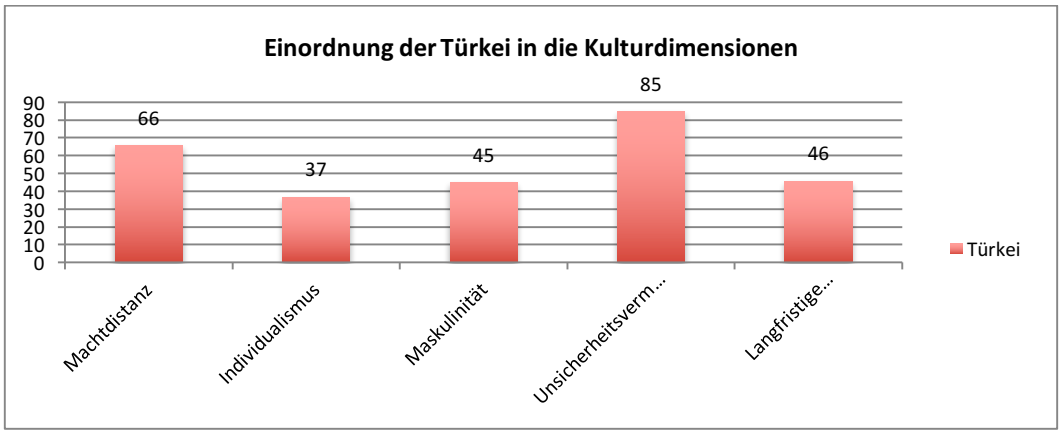
Lang- vs. kurzfristige Orientierung

Deutschlands hohe Punktzahl von 83 zeigt, dass es ein pragmatisches Land ist. In Gesellschaften mit pragmatischer Orientierung glauben die Menschen, dass die Wahrheit sehr viel von Situation, Kontext und Zeit abhängt. Sie zeigen eine Fähigkeit, Traditionen leicht an veränderte Bedingungen anzupassen, eine starke Neigung zu sparen und zu investieren, sie neigen zu Sparsamkeit und Beharrlichkeit bei der Erreichung der Ergebnisse (Hofstede 2016a).

2.4.3 Einordnung der Türkei in die Kulturdimensionen

Die dimensionsspezifische Einordnung der Türkei ist in Abb. 15 dargestellt.

Abbildung 15: Einordnung der Türkei in die Kulturdimensionen (Hofstede 2016b)



Machtdistanz

Die Türkei erreicht in dieser Dimension 66 Punkte. Das bedeutet, dass für den türkischen Stil charakteristisch ist: Abhängig, hierarchisch, Vorgesetzte oft unzugänglich; der ideale „Boss“ ist eine Vaterfigur. Macht ist zentralisiert und Manager verlassen sich auf ihre Chefs und Regeln. Die Mitarbeiter erwarten Anweisungen, was sie tun sollen. Die Kommunikation ist indirekt und der Informationsfluss selektiv. Die gleiche Struktur kann in der Familieneinheit beobachtet werden, wo der Vater eine Art Patriarch ist, dem sich andere unterwerfen (Hofstede 2016b).

Individualismus vs. Kollektivismus

Die Türkei erreicht in der Dimension Individualismus vs. Kollektivismus eine Punktzahl von 37. Es zeigt sich, dass die Türkei zu den kollektivistisch orientierten Gesellschaften zählt. D.h.: die Erwartungen der Gruppe sind wichtig. Menschen gehören zu den unterschiedlichen Gruppen (Familien oder Organisationen), die sich einander verbunden fühlen und gegenseitig Verantwortung übernehmen. Die Türkei ist nach Hall in die „high context culture“ einzuordnen. In diesen Gesellschaften ist eine indirekte Kommunikation üblich. Das heißt, dass es nicht üblich ist, Dinge beim Namen zu nennen (Hofstede 2016b).

Maskulinität vs. Femininität

Das familiäre Umfeld hängt stark davon ab, ob eine Gesellschaft kollektivistisch oder individualistisch ausgerichtet ist. Die Position auf dem Maskulinität vs. Femininität-Index sollte unter diesen Gesichtspunkt bewertet werden (Hofstede 1993, S. 106). Mit der Punktzahl 45 befindet sich die Türkei auf der femininen Seite der Skala. Dies bedeutet, dass die beiden Elternteile dominant sind, andererseits die weicheren Aspekte der Kultur wie Nivellierung mit anderen, Sympathie für den Bedürftigen bewertet und gefördert werden. Freizeit ist wichtig für Türken, es ist die Zeit, in der die Familie und Freunde zusammenkommen, um das Leben zu genießen. Der Status wird angezeigt, er kommt aber mehr aus der hohen Machtdistanz heraus (Hofstede 2016, Hofstede 1993, 106; Hofstede 2016b).

Unsicherheitsvermeidung

Die Türkei erreicht in der Dimension Unsicherheitsvermeidung die Punktzahl 85.

Das zeigt, dass in der Türkei ein enormer Bedarf an Gesetzen und Regeln vorhanden ist. Die Menschen nutzen viele Rituale, um die Angst zu lindern. (Hofstede 2016b).

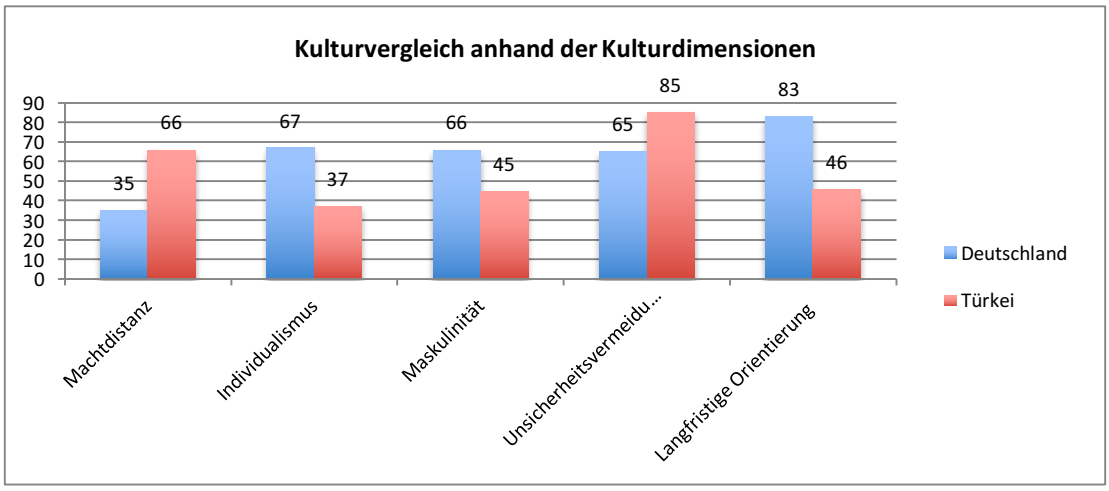
Kurzfristige vs. langfristige Orientierung

Die türkische Zwischenstufe von 46 liegt in der Mitte der Skala, sodass keine dominante kulturelle Präferenz abgeleitet werden kann, neigt aber zu kurzfristiger Orientierung. Dies bedeutet, dass die Menschen ständig in Eile sind und ein Leben mit Stress führen (Hofstede 2016b).

2.4.4 Kulturunterschiede zwischen Deutschland und Türkei

Wie aus der Abb. 16 Kulturvergleich anhand der Kulturdimensionen von Hofstede ersichtlich ist, existieren deutliche Kulturunterschiede zwischen Deutschland und der Türkei.

Abbildung 16: Kulturvergleich anhand der Kulturdimensionen (Hofstede 2016)



Deutschland ist durch eine kleinere Machtdistanz (Wert 35) und eine individualistische Ausrichtung der Gesellschaft (Wert 67) gekennzeichnet. Die Türkei dagegen ist durch eine große Machtdistanz (PDI) (Wert 66) und eine kollektivistische Ausrichtung der Gesellschaft (Wert 37) charakterisiert. Ein niedrigerer IDV-Index bedeutet hohe kollektivistische Ausrichtung der Gesellschaft (Hofstede et al. 2017). Deutschland nimmt eine hohe Werteposition auf der MAS-Dimension ein und zählt zu den maskulin orientierten Kulturen (66). Dagegen nimmt die Türkei eine mittlere Werteposition auf der MAS-Dimension ein und liegt dem femininen Pol der Skala (45) näher. Hier aber soll diese

Dimension in Verbindung mit der Kollektivismus vs. Individualismus-Dimension analysiert werden, da die Familienform eine bedeutende Rolle spielt. In der Türkei ist aufgrund der Familienform die Mutter für die Erziehung der Kinder zuständig. Abb. 15 präsentiert Vergleichbares hinsichtlich der Unsicherheitsvermeidung, wobei Deutschland einen deutlich niedrigeren Wert (65) als die Türkei (85) ausweist. Beide Länder streben nach Unsicherheitsvermeidung. Bezüglich einer Langzeitorientierung zählt Deutschland zu den langzeitorientierten Gesellschaften (83), die Türkei eher zu den kurzfristig orientierten Gesellschaften (46).

Die deutlichen Unterschiede zwischen Deutschland und der Türkei beruhen auf den Dimensionen der Machtdistanz (35:66), des Individualismus bzw. Kollektivismus (67:37), der langfristigen bzw. kurzfristigen Orientierung (83:46). Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Türkei durchgehend einen großen kulturellen Unterschied zu Deutschland aufweist, der auch starken Einfluss auf die Komponenten eines Gewichtsreduktionsprogramms hat.

2.5 Kulturdimensionen und deren Einfluss auf die Komponenten eines Gewichtreduktionsprogramms

Wie in Kapitel 2.4 beschrieben wurde, weisen Deutschland und die Türkei große Unterschiede in den Werten und auch in den Praktiken auf, die anschließend am Beispiel des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens der Bevölkerung dargestellt wurden. Aufgrund der deutlichen Abweichungen der Türkei von Deutschland kann mit hoher Sicherheit davon ausgegangen werden, dass sich diese kulturellen Unterschiede auch in den Erwartungen an das Gewichtreduktionsprogramm wiederspiegeln, die stets bei der Modifikation des Programms zu berücksichtigen sind (Hofstede 1993, S. 21). Aus diesem Grund kann ein für Deutschland entworfenes Konzept nicht ohne weiteres bzw. nicht ohne kulturspezifische Modifikation in einem Land wie der Türkei umgesetzt werden.

Bevor über die Analyse des Einflusses der einzelnen Dimensionen auf ein Gewichtsreduktionsprogramm zu sprechen ist, sollten hier zuerst die einzelnen Komponenten des Gewichtsreduktionsprogramms im Buchformat beschrieben werden.

Die Gewichtsreduktionsprogramme im Buchformat, die die Qualitätsstandards der S3-Leitlinie erfüllen (Hauner et al. 2014), enthalten die folgenden Komponenten:

- Mentales Model
- Information und Aufklärung (Wissensvermittlung)
- Ernährungstherapeutische Maßnahmen
- Bewegungstherapeutische Maßnahmen
- Verhaltenstherapeutische Maßnahmen sowie
- Gestaltung /Erscheinungsbild (Marcus 2005, S. 51).

Die hier beschriebenen Komponenten sollten auch in Zukunft die kulturspezifische Modifikation für den Transfer anderer Gesundheitskonzepte ermöglichen, die in der Gesundheitsförderung sowie bei der Therapie von Übergewicht und Adipositas eingesetzt werden.

Mentales Model
Das mentale Modell beschreibt, wie die Inhalte und Daten bei einem Thema angeordnet und miteinander verbunden sind. Hierzu zählen Hierarchie von Inhalt, Aufgaben, Informationen, Ablauf, Medien, Werkzeuge und Ziel (Marcus 2005, S. 52).

Information und Aufklärung
Diese Komponente beschreibt die Art und Weise sowie Inhalt und Umfang der Informationsvermittlung und Aufklärung. Hierzu zählen knappe oder ausführliche Texte sowie sowohl Texte als auch Bilder und Abbildungen.

Ernährungstherapeutische Maßnahmen
Diese Komponente umfasst Umfang, Inhalt und Art sowie Dauer der ernährungstherapeutischen Maßnahmen des Konzepts. Hierzu zählen die Zusammensetzung und der Aufbau der einzelnen Mahlzeiten sowie Struktur und Ablauf der Maßnahmen als Wochen- oder Tagespläne für Mahlzeiten oder die freie Kombination von Lebensmitteln bzw. Rezepten.

Bewegungstherapeutische Maßnahmen
Diese Komponente umfasst Umfang, Inhalt und Art sowie Dauer der bewegungstherapeutischen Maßnahmen. Hierzu zählen Aufbau, Zusammensetzung sowie Dauer der Bewegungseinheiten.

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen
Diese Komponente umfasst Umfang, Inhalt und Art der verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, die systematisch das Verhalten langfristig ändern können. Hierzu zählen Art und Umfang der Strategie und Intervention.

Erscheinungsbild
Das Erscheinungsbild umfasst alle zentralen Wahrnehmungsattribute, d.h. visuelle und taktile Merkmale (nonverbal), die man wahrnehmen kann. Hierzu zählen die Farbe, Grafiken, Abbildung, Schriftarten, verbaler Stil (informell/formal) (Marcus 2005, S. 52 f.)

2.5.1 Kulturdimension Machtdistanz und deren Einfluss auf die Komponenten eines Gewichtsreduktionsprogramms

Wie wirkt sich nun eine unterschiedliche Machtdistanz in der Praxis aus, wenn ein Präventionskonzept zur Gewichtsreduktion in einer anderen Kultur als dem Ursprungsland eingesetzt wird?

Der entscheidende Unterschied liegt hier im Aufbau und in der Vermittlung der Informationen über das Konzept und die Übergewichtsproblematik, über die inhaltliche Anordnung und Zusammensetzung der Ernährungs- und Bewegungsmodule sowie das Erscheinungsbild.

In dieser Dimension (Machtdistanz-Index) erreicht Deutschland einen niedrigeren Wert (35), die Türkei einen hohen Wert (66). Bei einem hohen Machtdistanz-Index-Wert, wie in der Türkei, wird eine ungleiche Verteilung von Macht erwartet und erwünscht. Ist eine starke Hierarchisierung vorhanden, kommt Autoritäten eine hohe Bedeutung zu und Personen warten auf Anweisungen. Außerdem wird die Entwicklung von Selbstständigkeit beim Kind nicht gefördert. Kinder werden zur Gehorsamkeit erzogen, was in der Schule fortgesetzt wird. Ferner erwarten sie, vorgeschriebenen Pfaden und Anweisungen zu folgen. In den Ländern mit niedrigeren Machtdistanz-Index-Werten dagegen, wie in Deutschland, werden Personen in Entscheidungen miteinbezogen; bei Kindern wird die Selbstständigkeit gefördert und sie werden durch die Eltern zu ihresgleichen erzogen. Dies wird in der Schule fortgesetzt (Hofstede 1993; Hofstede et al. 2017).

Übertragen auf das Gewichtsreduktionsprogramm und bezogen auf die einzelnen Module bedeutet dies, dass in Ländern, die einen hohen Machtdistanz-Index-Wert vorweisen, bei der Wissensvermittlung eher streng vorgegebene Pfade und ein klar strukturiertes Konzept sowie eingeschränkte Auswahlmöglichkeiten erwartet werden, was eine logische Abfolge der erhaltenen Erziehung ist. Dagegen werden in Ländern mit niedrigerem Machtdistanz-Index-Wert, wie Deutschland,

unterschiedliche und mehrere Alternativen als vorhanden erwartet; die Kombination dieser Alternativen wird den Individuen selbst überlassen (Hofstede 1993; Hofstede et al. 2017).

Diese Ausprägungen beeinflussen auch Inhalt und Umfang der Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltensmodule bzw. therapeutischen Maßnahmen, wie sie vermittelt werden sollten. Klar strukturierte Ernährungs- und Bewegungspläne mit eingeschränkten Auswahlmöglichkeiten werden in den Ländern mit hohem Machtdistanz-Index-Wert erwartet und erwünscht, die wiederum eine logische Abfolge der Erziehung sind. Personen erwarten Anweisungen, die sie befolgen möchten (Hofstede 1993; Hofstede et al. 2017). Dagegen werden in Ländern mit niedrigem Machtdistanz-Index-Wert, wie in Deutschland, mehrere Alternativen zu einzelnen Modulen angeboten, beispielsweise für das Frühstück im Ernährungsmodul. Lebensmittel, die morgens im Rahmen des Konzeptes verzehrt werden können, werden nach dem Baukastenprinzip angeboten. Dadurch können die Menschen nach Geschmack und Vorliebe Lebensmittel individuell kombinieren, was die logische Abfolge der Erziehung ist, da die Kinder zur Selbstständigkeit geführt worden sind und Entscheidungen allein zu treffen gelernt haben (Hofstede 1993; Hofstede et al. 2017). Für das Bewegungsmodul wird ähnliches Vorgehen bevorzugt. D.h.: in Ländern mit hohem Machtdistanz-Index-Wert erwarten und wünschen die Menschen klar aufgebaute Programme mit wenigen Auswahlmöglichkeiten. In Ländern mit niedrigem Machtdistanz-Index-Wert, wie Deutschland, werden dagegen mehrere Alternativen bzw. eine Auswahl hinsichtlich der Kombination von Bewegungseinheiten angeboten.

Auch bezüglich Bildgebung und Textgestaltung ist anzunehmen, dass in der Türkei mehr Abbildungen oder Bilder bei der inhaltlichen Gestaltung der Ernährungs- und Bewegungsmodule sowie bei der Informationsvermittlung über das Konzept erwartet werden, die die klare Umsetzung des Konzeptes ermöglichen. Ein Ernährungsplan für jeden Tag, ein Trainingsplan über den gesamten Zeitraum der Gewichtsreduktionsphase, die für das Konzept vorgesehene Dauer, die täglichen Trainingseinheiten mit Übungen – all dies sind Informationen, die als Bringschuld zu betrachten sind. Dagegen wird in Deutschland mehr Text (Lehrtext) über das Konzept erwartet; hier ist die Information eine Holschuld (Haller & Nägele 2013).

2.5.2 Kulturdimension Individualismus vs. Kollektivismus und deren Einfluss auf die Komponenten eines Gewichtsreduktionsprogramms

Wie wirkt sich nun die Kulturdimension Individualismus vs. Kollektivismus in der Praxis aus, wenn ein Konzept zur Gewichtreduktion in einer anderen Kultur als dem Ursprungsland eingesetzt wird?

Der entscheidende Unterschied liegt in dem Aufbau und der Art und Weise der Vermittlung von Informationen, in der inhaltlichen Gestaltung der Ernährungs- und Bewegungsmodule und in dem Erscheinungsbild.

In dieser Dimension erreicht Deutschland einen hohen Wert (67), die Türkei dagegen einen niedrigen Wert (37). Das bedeutet, dass die Türkei zu den kollektivistisch orientierten Ländern zählt.

Die Menschen innerhalb individualistisch orientierter Gesellschaften legen hohen Wert auf Individualität, streben nach Selbstständigkeit und sind inner-directed. In diesen Gesellschaften steht die Innovation im Mittelpunkt und ist eine niedrige Kontextorientierung vorhanden. Als Ergebnis der niedrigeren Kontextorientierung erwarten und benötigen die Menschen in diesen Gesellschaften mehr Informationen in Textform über das Konzept und die Umsetzung, bzw. einen Lehrtext (mehr Text als Grafiken) und häufige Updates und Revisionen. Außerdem erwarten sie viele unterschiedliche Alternativen bzw. Möglichkeiten (breite Aktionshierarchie), da die Menschen an individuelle Entscheidungen glauben.

Dagegen stehen in den kollektivistischen Kulturen, wie in der Türkei, die Interessen der Gruppe im Vordergrund (Gruppenorientierung), die Menschen sind outer-directed (Äußere-geführte Kulturen) und legen bei der Entscheidungsfindung Wert auf die Empfehlungen der anderen. Diese Gesellschaften besitzen hohe Kontextorientierung. D.h.: als logische Folge bevorzugen sie die grafischen Informationen und Darstellungen (gleiche oder größere Menge an Grafiken im Verhältnis zum Text) und erwarten ergebnisorientierte Informationen; Hintergrundinformationen vor neuen Informationen. In diesen Gesellschaften hat die Tradition hohe Bedeutung, die einerseits die Innovation hemmen und andererseits häufige Updates und Revisionen verhindern kann (Hofstede 1993; Hofstede et al. 2017).

Außerdem sollen den Menschen in kollektivistischen Gesellschaften begrenzte

Optionen und Instrumente sowie wenige Alternativen zur Auswahl stehen (tiefe Handlungshierarchie) - sowohl für das Bewegungsmodul als auch für das Ernährungsmodul. Es wird eine geringe Auswahl an Gerichten und ein klar strukturierter Ernährungsplan einerseits und eine begrenzte Auswahl an Bewegungs- und Ernährungsplänen andererseits erwartet. Schließlich werden klar strukturierte Tages- und Monatsabläufe für alle Module des Programms verlangt (Marcus, A. 2005, S. 62).

Als logische Abfolge der Erziehung erwarten außerdem die Menschen in den kollektivistischen Gesellschaften vorgeschriebene Pfade und Anweisungen, da die Entwicklung von Unabhängigkeit der Personen bzw. der Kinder nicht gefördert wird. Das Kind wird zum Gehorsam erzogen, zu Hause, in der Schule und später im Berufsleben. Das hemmt das selbstständige Denken (Hofstede 1993). Diese Zusammenhänge haben eine starke Auswirkung auf die Gestaltung des Konzeptes (Hofstede 1993, S. 67f.; Hofstede et al. 2017). Das kann übertragen auf die Gewichtsreduktionsprogramme heißen, dass die Personen vorgegebene und klar strukturierte Pfade für die Reduktionsphase in Form von Ernährungs- und Bewegungsplänen erwarten (Marcus 2005, S. 62).

In individualistischen Gesellschaften wird die Entwicklung der Selbstständigkeit bei Kindern und Erwachsenen gefördert (Hofstede et al. 2017; Marcus 2005; Hofstede 1993), was bei der inhaltlichen Gestaltung des Programms von großer Bedeutung ist. Das kann z. B. bezogen auf Gewichtsreduktionsprogramme heißen, dass es für die individualistischen Länder wie Deutschland von großer Bedeutung ist, die Gewichtsreduktionsphase frei zu gestalten, wie es beispielhaft in der Literatur im deutschsprachigen Raum, etwa „Das Turbo-Stoffwechsel-Prinzip“ (Froböse 2013) oder „Schlank im Schlaf“ von Pappe (2006), dargestellt wird. Es werden für das Frühstück unterschiedliche Modelle angeboten, wie z. B. Frühstücksbaukasten, klassisches Brotfrühstück oder Müslifrühstück. Dabei wird es den Anwendern überlassen, welche Alternative sie in Anspruch nehmen. In der im deutschsprachigen Raum vorhandenen Literatur wird ähnliches Vorgehen auch für mittags und abends angeboten, d.h. es wird auf unterschiedliche und mehrere Rezepte je Mahlzeit hingewiesen, unter denen der Abnehmer wählen kann.

Eine andere und wichtige Unterscheidung zwischen den individualistischen und kollektivistischen Gesellschaften ist ihre Kontextorientierung, die einen Einfluss auf den Aufbau und die inhaltliche Gestaltung hat, wie die Untersuchungen von

Wissenschaftlern belegten (Sun 2001, Cyr et al. 2003; zitiert nach Schmitz 2005). Die Halls-Vorstellung von Kontext ist für die Informationsvermittlung und Aufklärung, den inhaltlichen Aufbau und die Gestaltung von Ernährungs- und Bewegungsmodulen sowie für das Erscheinungsbild von großer Bedeutung. Die individualistischen Gesellschaften zeichnen sich durch schwache Kontextorientierung aus. Die Menschen aus Kulturen mit schwacher Kontextorientierung (individualistische Kulturen) erwarten mehr Information als Menschen aus einer Kultur mit starker Kontextorientierung. Es unterscheiden sich auch die Menge und die Art der erwarteten Information zwischen diesen beiden Kulturen (Cyr et al. 2003; zitiert nach Schmitz 2005). Menschen in der Türkei als Angehörige einer stark kontextorientierten Kultur können sich nicht auf die explizite verbale Botschaft konzentrieren. Deswegen werden sie grafische Elemente des Programms wichtiger finden und werden die grafischen Darstellungen den textlichen Darstellungen vorziehen. Aus diesem Grund sollten die Konzeptentwickler neben dem schriftlichen Text nonverbale Elemente berücksichtigen. Der Kontext kann in den nonverbalen Elementen des Buches ausgedrückt werden, wenn nicht alle Informationen in Textformat übermittelt oder in dieser Klarheit geschaffen werden kann, bedarf es in diesem Zusammenhang einer Ergänzung durch die nonverbalen Elemente des Buches. Daraus abgeleitet kann eine konkrete (statt einer abstrakten bzw. textlichen Form) Darstellung der Information für das bessere Verständnis des Konzeptes bei den abnehmwilligen Personen führen (Choong; Salvendy 2000: 29 zitiert nach Schmitz 2005). „Die Illustration einer Informationsstruktur als ein Baumdiagramm mit mehreren Stufen statt einer rein textlichen Darstellung“ (Choong; Salvendy 2000: 45 zitiert nach Schmitz) bzw. bildliche Orientierung (Pictorial orientation) vs. textliche Gestaltung (Script orientation) (Honold 1999, S. 197). Hieraus abgeleitet bedeutet es für bewegungstherapeutische Maßnahmen in kollektivistischen Gesellschaften, wie der Türkei, dass die Kräftigungsübungen detailliert mit den Bildern (Anfangs- und Endposition) erklärt werden sollten, statt darzulegen, wie die einzelne Übungen zu realisieren sind (Gould 2005, Evers 1997). Dagegen wird in Deutschland aufgrund der schwächeren Kontextorientierung mehr Information in textlicher Form erwartet bzw. bevorzugt; es können die Bewegungsabläufe jedoch auch mit einem Bild und Lehrtext dargestellt werden.

Die Werte Innovationsbereitschaft oder Tradition bzw. Offenheit für Neues vs. Verschlossenheit vor Neuem beeinflussen wie folgt das Ernährungsmodul: In

individualistischen Gesellschaften können neue und unterschiedliche Rezepte für die einzelnen Mahlzeiten zur Verfügung stehen, die die Vielfalt der angebotenen Zutaten berücksichtigen. In fast allen Lebensmittelmärkten in Deutschland sind Zutaten für indische, chinesische und eine Vielzahl anderer Speisen ohne Probleme zu finden. (http://www.intercultural-network.de/einfuehrung/-risikobereitschaft.shtml.) Dagegen sind Menschen in kollektivistischen Gesellschaften, z. B. Türkei und Spanien, konservativer und legen einen hohen Wert auf Tradition. Dieser Wert schlägt sich bei den Gerichten nieder (Hofstede, 1993, S. 84; Huck, 2004, S. 102). Die Menschen in kollektivistischen Gesellschaften, wie der Türkei, greifen beim Kochen nahezu ausschließlich auf die erprobte einheimische Küche zurück und setzen einheimische Zutaten ein. Dies sollte bei der inhaltlichen Gestaltung und dem Aufbau des Ernährungsmoduls berücksichtigt werden. Dieses Vorgehen kann die Akzeptanz und den Transfer des Konzeptes erleichtern und eine dauerhafte Umsetzung sicherstellen.

Außerdem sollte in kollektivistischen Ländern die Esssystematik auf Mahlzeitebene stärker berücksichtigt werden, d.h. z.B. für die Türkei, dass das Frühstück größtenteils aus eiweißhaltigen Lebensmitteln, Brot und Tee besteht. Da Neues allgemein als gefährlich bzw. bedrohlich angesehen (Hofstede 1993) wird, ist die Akzeptanz von Neuem gering (Hofstede, 1993, S. 84; Huck, 2004, S. 102).

Ferner schöpfen Menschen in kollektivistischen Gesellschaften ihre Identität aus der Zugehörigkeit zu der (bestimmten) Gruppe oder aus einem sozialen Netzwerk und legen Wert auf Gruppenentscheidungen und -meinungen. Dies kann einerseits negativ auf das Bewegungsverhalten bei Frauen wirken, die nur als Hausfrauen und Mutter angesehen werden. Es hat somit einen starken Einfluss auf das Bewegungsverhalten der Frauen. Andererseits wird auch deutlich, aus welchem Grund die Gewichtsabnahme erfolgt, der meistens von außen kommt, und zwar als Druck aus dem sozialen Umfeld (Familie, Nachbarn, Kinder und Verwandte). Dies hat auch einen starken Einfluss auf die Auswahl der Abnehmmethode und auf den Abnehmprozess (Haller & und Nägele 2013, S. 53), da die Menschen auf die Empfehlungen von anderen großen Wert legen und diese als hilfreiche Information betrachten (Schmitz 2005). Laut der TAK-Studie (2013) empfinden 70 % der türkischen Bevölkerung es als wichtig, was das Umfeld denkt. D.h., dass die Meinungen der anderen bei kollektivistischen Gesellschaften einen starken

Einfluss haben auf die Auswahl der Abnehmmethode und die Abnehmgründe (Haller & und Nägele 2013, S. 53). Aus diesem Grund geht es in erster Linie um das Erscheinungsbild bzw. das verlorene Gewicht, die von außen erkennbar sind.

Dagegen ist die Gesundheit in individualistischen Gesellschaften, wie Deutschland, ein persönliches Anliegen. Der Abnehmprozess wird hauptsächlich aus eigener Initiative begonnen, wobei die persönliche Gesundheit eine große Rolle spielt. Die Empfehlungen von anderen werden „eher negativ bewertet und als Werbung angesehen“ (Schmitz 2005). Zusätzlich kann das Verständnis der Zeit nach Edward T. Hall (Monochron vs. Polychron) in diese Dimension aufgenommen werden, da diese Dimension stark mit dem Individualismus bzw. Kollektivismus zusammenhängt. Nach Edward T. Hall tendieren die kollektivistischen Gesellschaften eher zu polychronen Kulturen. Das bedeutet, dass die Menschen dazu neigen, mehrere Aufgaben gleichzeitig zu erledigen, was nicht zum Erreichen der Ziele führen kann. Dagegen scheinen die individualistischen Gesellschaften eher zu monochronen Kulturen zu neigen. Sie sehen die Zeit als eine Linie und erledigen die einzelnen Aufgaben nacheinander, was das Erreichen der Ziele erleichtert (Gould 2005).

Des Weiteren spielen Titel eine große Rolle, weswegen Experten einen hohen Stellenwert einnehmen. Dies führt dazu, dass für Werbekampagnen gerne Experten in uniformähnlicher Berufskleidung herangezogen werden, da die Werbung mit solchen Statussymbolen auf größere Akzeptanz stößt. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Vorgehensweise in den TV-Morgenprogrammen, in denen bei der Behandlung von Gesundheitsthemen die Moderatoren und auch Programmgäste in der Regel in weißen oder blauen Kitteln auftreten.

Wie aus den Beispielen in Abbildung 17 zu entnehmen ist, sind nonverbale Elemente des Buches in kollektivistischen Gesellschaften von Bedeutung, wobei das angebotene Gewichtsreduktionsprogramm hauptsächlich im Cover von dem Experten präsentiert und mit dem Experten in Verbindung gebracht wird (Hofstede 1993; Hofstede et al. 2017).

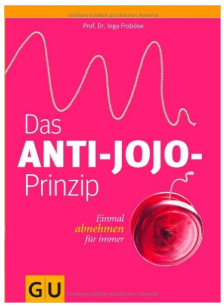
Abbildung 17: Beispiele für Covers aus der Türkei bezüglich des Expertenstatus (http://www.dr.com.tr/kategori/Kitap)

Außerdem können die Gruppenorientierung und individualistische Einstellung auch bei dem Aufbau des Erscheinungsbildes und bei der Etablierung des Konzeptes von Bedeutung sein. Amazon wirbt auf seiner Webseite in Deutschland mit dem Satz: „Dass könnte Ihnen auch gefallen“; auf der Basis von vorherigen Käufen werden Produkte vorgeschlagen oder gezeigt (individualistische Gesellschaften). In einer kollektivistischen Gesellschaft wie in der Türkei würden dagegen eher „Top-Seller“ zusagen, was auf „Herdentrieb“ und Konformität deutet. Zusätzlicher Text, der auf den Covers zu finden ist, bestätigt diese Ansicht beispielsweise wie folgt: „5 Millionen Franzosen können sich nicht irren“, „20 Millionen weltweit verkaufte Exemplare“, „12. Buch des Autors“, „Schnelldiät, die die ganze Welt benutzt“ usw. Die Empfehlung anderer Menschen oder Gruppen sind für viele von großem Wert.

Abbildung 18: Beispiele für Covers bezüglich „Herdentrieb“ (http://www.dr.com.tr/kategori/Kitap)

Dagegen steht in Deutschland das Konzept im Vordergrund, das auf Dauer als komplettes Konzept bevorzugt wird.

Abbildung 19: Cover-Beispiele aus Deutschland (www.gu.de)



2.5.3 Kulturdimension Maskulinität vs. Femininität und deren Einfluss auf die Komponenten eines Gewichtsreduktionsprogramms

Wie wirkt sich nun die Kulturdimension Maskulinität vs. Femininität in der Praxis aus, wenn ein Konzept zur Gewichtsreduktion in einer anderen Kultur als dem Ursprungsland eingesetzt wird? Der entscheidende Unterschied liegt hier in dem Aufbau der Inhalte der Ernährungs- und Bewegungsmodule sowie des Erscheinungsbilds.

In dieser Dimension hat Deutschland einen sehr hohen Wert; die Türkei dagegen erreicht beim Maskulinität-Index nur einen mittleren Wert. Sie befindet sich in dieser Kulturdimension eher im Mittelfeld, d.h. dass die Gesellschaft die Werte beider Pole gleichermaßen besetzen kann, obwohl sich die Türkei zur maskulinen Gesellschaft zählt.

Diese Dimension beschreibt, inwieweit in einer Kultur geschlechtsspezifische Unterschiede (Rollenverteilung der Geschlechter) betont werden. Die Menschen in maskulin orientierten Gesellschaften streben nach materiellem Erfolg, die Gesellschaft ist von Konkurrenz und Erfolg geprägt: „groß und schnell ist schön“. Außerdem glaubt sie an die Ungleichheit des Geschlechts und an das Selbstbewusstsein der einzelnen Individuen (Gould 2005). Übertragen auf den Gewichtsreduktionprozess bedeutet dies, dass die Abnehmwilligen das Abnehmen als Wettbewerb sehen oder einen Wettbewerb daraus machen. Alles was man hat, wird zur Schau gestellt. In feminin orientierten Gesellschaften überschneiden sich dagegen die Geschlechterrollen, soziale Werte spielen für beide Geschlechter eine zentrale Rolle, soziale Beziehungen sind wichtig, die Leistungsmotivation ist schwach ausgeprägt. Außerdem gilt in feminin orientierten Gesellschaften „klein und langsam ist schön“, die Menschen sind familienorientiert und glauben an die

Gleichheit des Geschlechts, sie haben Sympathien für Schwache (Hofstede et al. 2002, S. 37; Hofstede 1993, S. 60 ff.; Gould 2005).

Diese Dimension sollte mit der Individualismus- und Kollektivismus-Dimension zusammen betrachtet werden. In der kollektivistischen Gesellschaft ist die gesellschaftliche Rolle der Geschlechter festgelegt. Hier haben die Frauen die Rolle der Ehefrau, Hausfrau und Mutter zu übernehmen und für die Erziehung der Kinder zu sorgen (Familienorientierung) (Hofstede 1993, S. 60 ff.; Hofstede et al 2002; Hofstede et al. 2017). Dies beeinflusst den Lebensraum und Lebensstil der Frauen, indem die Frauen hauptsächlich zuhause sind und mit den Kindern die Zeit „in ihren vier Wänden" verbringen. Die individuelle Zeit ist für die Frau wenig vorhanden, da das Kind und die Familie Vorrang haben (Hofstede 1993, S. 60 ff.; Hofstede et al. 2002; Hofstede et al. 2017). Diese Haltung macht sich vermehrt in der unteren und mittleren Klasse bemerkbar. Sie hat einen starken Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung des Bewegungsmoduls, da die Bewegungsfreiheit der Frau durch den sozialen Druck eingeschränkt wird. Aus diesem Grund sollten dem Lebensstil „Leben in den vier Wänden" angepasste Bewegungsmodule bzw. Trainingsprogramme zur Verfügung stehen.

2.5.4 Kulturdimension Unsicherheitsvermeidung und deren Einfluss auf die Komponenten eines Gewichtsreduktionsprogramms

Wie wirkt sich nun die Kulturdimension Unsicherheitsvermeidung in der Praxis aus, wenn ein Konzept zur Gewichtreduktion in einer anderen Kultur als dem Ursprungsland eingesetzt wird?

Der entscheidende Unterschied liegt in der Vermittlung der Informationen, der Inhalte der Ernährungs- und Bewegungsmodule sowie des Erscheinungsbildes.

In dieser Dimension erreicht Deutschland einen sehr hohen Wert; wie oben beschrieben, erreicht die Türkei bei UAI-Index einen hohen Wert. In den Gesellschaften mit starker Unsicherheitsvermeidung wirken Menschen geschäftig, unruhig, aktiv. Außerdem sind sie hoch gestresst wegen eines hohen Angstlevels, haben hohen emotionalen Widerstand gegen Veränderungen, sind konservativer, besitzen ein hohes Beharrungsvermögen, haben ein enges Verhältnis zur Tradition und sind innovationsfeindlich. Des Weiteren zeigt sich „das Leben voller Eile"; das Motto „Zeit ist Geld" und die Unterdrückung abweichender Gedanken und Verhaltensweisen sind symptomatisch. Zusätzlich besteht bei diesen

Gesellschaften, wie in der Türkei, mehr Bedarf an Gesetzen und Regeln (Hofstede 1993; Hofstede 2016).

Dagegen herrscht in Gesellschaften mit schwacher Unsicherheitsvermeidung das Interesse am Konsum von neuen Produkten, Innovationsbereitschaft, niedriger Angstlevel, wenig emotionaler Widerstand gegenüber Veränderungen. Der Konsum von neuen und unbekannten Produkten wird bevorzugt; ferner sind geringere Statusunterschiede vorhanden. Die Menschen vermitteln den Eindruck, ruhig, gelassen und kontrolliert zu sein. Die Zeit ist der Orientierungsrahmen, es gibt weniger Stress und weniger Regeln.

Wie in der Kulturdimension Individualismus vs. Kollektivismus betont wurde, wird in den kollektivistischen Gesellschaften mit hoher Unsicherheitsvermeidung eher der Verzehr traditionaler Produkte bzw. Gerichte bevorzugt. Somit sollten die traditionalen Gerichte der feste Bestandteil des Ernährungsmoduls sein. Dies ist auch bei den in den Märkten vorhandenen Zutaten bemerkbar. Diese Dimension sollte zusammen mit der Dimension Individualismus vs. Kollektivismus zusammenbetrachtet werden. Während in individualistischen Ländern alles niedergeschrieben und mit Gesetzen geregelt wird, da die Menschen die Welt als veränderbar und kontrollierbar halten und sie durch Technik und Gesetze regeln wollen, vertreten die kollektivistischen Gesellschaften die gegenteilige Ansicht. Für die soziale Welt wird eher Tradition als Regulierungsmechanismus angenommen.

Diese Dimension beeinflusst auch das Bewegungsmodul, in dem der Umfang und der Inhalt des Programms beeinflusst werden. Es sollten kurze Programme mit großen Erfolgversprechen eingesetzt bzw. integriert werden, die in kurzer Zeit zu absolvieren sind. Außerdem schlägt sich diese Dimension in den kollektivistischen Gesellschaften auf den Covers von Gewichtsreduktionsprogrammen nieder. Das Leben ist voller Eile, und das Programm sollte in kürzester Zeit den größten Erfolg erzielen, beispielsweise in „30 Tagen 30 kg“ oder „in 21 Tagen 10 Jahre“ (Abbildung 20).

Abbildung 20: Coverbeispiele für „Zeit ist Geld“ oder schnelle Ergebnisse (www.dr.com.tr)

2.5.5 Kulturdimension Kurz- vs. Langzeitorientierung und deren Einfluss auf die Komponenten eines Gewichtsreduktionsprogramms

Wie wirkt sich die Kulturdimension „langfristige vs. kurzfristige Orientierung“ in der Praxis aus, wenn das Gesundheitskonzept zur Therapie von Übergewicht in einer anderen Kultur als dem Ursprungsland eingesetzt wird?

Der größte Unterschied zwischen den beiden untersuchten Kulturen besteht, neben der Beziehung zwischen dem Einzelnen und der Gruppe, in der langfristigen und kurzfristigen Orientierung. Der entscheidende Unterschied liegt in der Zielsetzung und in der Zielerreichung (Geduld). Daraus resultierend beeinflusst dies die Auswahl der Gewichtsreduktionsprogramme bzw. der Abnehmmethode und deren Komponenten. Außerdem hat es Einfluss auf die Art und den Umfang der Informationen sowie die Gestaltung des Erscheinungsbildes.

In dieser Dimension erreicht Deutschland einen sehr hohen Wert (83), die Türkei dagegen einen niedrigen Wert (46). Die Ausprägungen der langfristig orientierten Gesellschaften, zu denen auch Deutschland zählt, sind: Große Ausdauer und Beharrlichkeit in der Erreichung von Zielen, persönliche Standhaftigkeit und Festigkeit, hohe Sparquote, hohe Investitionstätigkeit (Zukunftsorientierung), Toleranz für lange Wege, die umfangreiches Wissen liefern (Berendt 2004, S. 64f). In den Ausprägungen der kurzfristig orientierten Gesellschaften erwarten Menschen schnelle und sichtbare Ergebnisse in kürzerer Zeit, sind dynamisch, hastig (sprunghafter), legen hohen Wert auf Status, besitzen dogmatische, gegenwartbezogene Perspektiven und haben sozialen Druck, mit anderen mitzuhalten sowie Respekt vor Tradition.

Diese Dimension kann sich auf die Auswahl der verwendeten Gewichtsreduktionsmethode auswirken. Während in langzeitorientierten Gesellschaften eine lange Abnehmphase erwartet werden kann (Toleranz für lange Wege), neigen die Angehörigen kurzfristig orientierter Gesellschaften dazu, Crash-Diäten in Betracht zu ziehen. In langfristigen Gesellschaften sind langfristige Ziele und damit zusammenhängende Gesundheit von zentraler Bedeutung, in kurzfristig orientierten Gesellschaften dagegen schnelle Erreichung der Ziele bzw. schnell sichtbare Ergebnisse (dogmatisch gegenwartsbezogene Perspektive). Die unteren zwei Abbildungen (Abbildung 21 und 22) zeigen bildhaft die Unterschiede der Zielsetzungen anhand Covers (Hofstede et al. 2017, S. 261 f.; Marcus 2005, S. 57 f.; Hofstede et al. 2002, S. 38; Hofstede 1993, S. 190).

Abbildung 21: Beispiele aus Deutschland für Langzeitorientierung (www.gu.de)

Abbildung 22: Beispiele aus der Türkei für Kurzzeitorientierung (http://www.dr.com.tr/kategori/Kitap)

Kurzfristige Orientierung der Gesellschaft ist bei der Gestaltung des Erscheinungsbildes von großer Bedeutung und sollte stets berücksichtigt werden (Gould 2005). Die Erwartung schneller Ergebnisse schlägt sich folgendermaßen

bei der Gestaltung des Erscheinungsbildes nieder. (von links nach rechts): „fühl dich gut in 21 Tagen“, „21 Tage 10 Kilo“, „Achtung! Achtung! Ich nehme schnell ab“, „in 32 Monaten 203 Kilo“, „33 Tage Diät“, „Einfache Diät“, „in 30 Tagen 10 Jahre“). Diese Beispiele geben einen Einblick in die Auswirkungen kultureller Einflüsse auf die Gestaltung der Büchercovers. Außerdem sollten die Entwickler des Konzeptes auf dem Cover des Buches integriert sein.

Wie aus obigen Ausführungen ersichtlich, spielen verschiedenste kulturbedingte Faktoren eine Rolle für die Auswahl, Umsetzung und Wirksamkeit des Konstrukts zur Gewichtsreduktion.

2.6 Die Gründe für das Versagen der Diäten

Studien belegen, dass in den ersten vier Jahren nach der Gewichtsreduktion 95 % der Betroffenen ihr Gewicht nicht halten können oder rückfällig werden (Kramer et al. 1989), da die Diäten eine zeitlich begrenzte Gewichtsreduktion bewirken und die Betroffenen das verlorene Gewicht nach der Abnehmphase wieder aufgeholt haben (Wooley & Garner 1994, S. 655; TK 2013; Froböse 2014, S. 7). Das liegt daran, dass viele Übergewichtige die Diäten als temporäre Lösung für ihr Problem sehen und versuchen, mit starker Kalorienreduktion eine negative Energiebilanz zu erreichen, um zu einer raschen Reduktion des Körpergewichts zu gelangen. Wenn dies auch durch die Diätmaßnahme erreicht wird, so bleibt der Erfolg von kurzer Dauer, da diese rasche Senkung des Gewichtes einen Prozess in Gang setzt, der als „Jo-Jo-Effekt“ bezeichnet oder auch „Weight Cycling“ genannt wird (Eltrott 2013b, S. 49; Froböse 2013; 2015; Hauner et al. 2014). Das liegt daran, dass die Diäten viele Aspekte bei der Gewichtsreduktion nicht berücksichtigen oder nicht in der Lage sind, alle Gegenmaßnahmen für eine Wiederzunahme einzuleiten. Die Autoren Wooley & Garner (1994, S. 655) vertreten die Auffassung, dass nicht die Betroffenen Schuld an dem Versagen von Diätversuchen haben, sondern die angewandten Behandlungsmethoden. Außerdem erwähnen sie weitere verantwortliche Ursachen, wie die Erblichkeit, evolutionsbiologische Vorgaben oder die Physiologie des Energiestoffwechsels (Wooley & Garner 1994, S. 655).

Im Folgenden werden aufbauend auf den Arbeiten von Susan C. Wooley & David M. Gamer (1994) und Thomas Ellrott (2012; 2013) unterschiedliche Ursachen für das Scheitern einer Gewichtsreduktion durch Diäten dargestellt.

2.6.1 Physiologische Aspekte des Versagens einer Diät

Wooley und Garner (1991, S. 743) stellen in der Review beispielhaft durch die Ergebnisse mehrerer Studien dar (Barrows & Snook 1987; Elliot et al. 1989; Finer et al. 1986; Leibel & Hirsch 1984), dass die Übergewichtigen während der Reduktionsphase durch die reduzierte Kalorienaufnahme die gleichen bzw. noch größere metabolische Anpassungen gegenüber ihren schlanken Kontrollgruppen aufwiesen. Im Vergleich zu dem der Abnehmphase vorausgehenden Zeitraum besaßen sie einen 28 % niedrigeren Grundumsatz (Wooley & Garner 1991, S. 743).

Die Ursache der Senkung des Energieverbrauchs, die durch die Diät und Energieknappheit zustande kommt, ist der Abbau von Magermasse (Muskeln und innere Organe) (Ellrott 2013b, S. 49 ff.; Froböse 2014, S. 21), ein ökonomischerer und sparsamerer Stoffwechsel sowie eine Ökonomisierung motorischer Prozesse, was bedeutet, dass der Energieverbrauch für die gleiche Tätigkeit sinkt. Somit sinkt auch der Energieverbrauch des Organismus unter den Ausgangswert vor der Diätphase (Lehrke & Laessle 2009; Ellrott 2013a; Froböse 2015: Froböse 2014, S. 19). Mit anderen Worten führt die Kalorienrestriktion zu „metabolischen und endokrinen Anpassungsvorgängen, die den Energieverbrauch absenken“ (Lehrke & Laessle 2009; MacLean et al. 2010). Diese Sparflammenphase bleibt auch eine Weile nach dem Beenden der Diätphase bestehen (Froböse 2014).

Auch die Studie von MacLean und Kollegen (2010) mit Zwillingen belegt diese Anpassungsmechanismen des Organismus während der Gewichtsreduktionsphase. Sie fügen hinzu, dass nach der Reduktionsphase andere metabolische Bedingungen als vor der Gewichtsreduktionsphase herrschen. Anstatt zugunsten der Betroffenen zu arbeiten, um wieder eine Gewichtszunahme zu verhindern, arbeitet der Stoffwechsel gegen die Betroffenen und beeinflusst die hormonellen und neurologischen Prozesse, die wieder zur Gewichtzunahme führen und zu einer treibenden Belastung für den Organismus werden (MacLean et al. 2010; Akpulat 2008).

Außerdem betonen Wooley und Garner (1991, S. 743), dass auch die kurzfristige Senkung der Kalorienaufnahme mit kleinen Gewichtsänderungen zu drastischen metabolischen Anpassungen führen kann. Sie stellen beispielhaft an der Studie von Bray (1969) dar, dass nur 3 % Gewichtsreduktion einen bis zu 17 %igen Rückgang des Grundumsatzes bei übergewichtigen Patienten verursachen

(Wooley & Garner 1991, S. 743). Triffoni-Melo und Kollegen (2015) berichten von ähnlichen Anpassungsvorgängen (5%), die bei morbid adipösen Frauen (BMI >40 kg/m2) zu beobachten sind (Triffoni-Melo et al. 2015).

Sumithran und Kollegen (2011) stellen fest, dass sich während und nach der Gewichtsreduktionphase Levels von in Appetitregulation beteiligten Hormonen signifikant ändern. Außerdem fügen sie hinzu, dass an der Appetitregulation beteiligte Hormone auch versuchen, nach der Reduktionsphase wieder das verlorene Gewicht in kürzester Zeit auszugleichen. Ein weiteres Ergebnis der Studie von Sumithran und Kollegen (2011) ist, dass die Personen nach der Gewichtsreduktionsphase eine erhöhte Präferenz für kalorienreiche Lebensmittel haben, die die Zunahme fördern (Rolls et al. 2006). Durch die Studie wurde durch Änderungen im Hirnaktivitätsmuster belegt, dass abnehmende Personen nach der Reduktionsphase mehr Belohnung durch Lebensmittel bevorzugen, während Gehirnbereiche, die für die Kontrolle der Nahrungsaufnahme zuständig sind, weniger aktiv bleiben (Sumithran et al. 2011).

Eine zusätzliche physiologische Auswirkung der Diät ist die erhöhte Insulinsensitivität durch Ingangsetzung des Gewichtsverlustes und damit zustande kommende vermehrte Fetteinlagerung. Die Zellen reagieren durch Gewichtsverlust empfindlicher gegenüber Insulin. Die Kombination einer gesenkten Grundumsatzrate und erhöhter Nahrungsaufnahme fördert den Zustand vom schnellen Ausgleich des Gewichtverlustes durch Gewichtszunahme (Rolls et al. 2006). Nach der Gewichtsreduktionsphase schaltet der Stoffwechsel zugunsten der Fetteinlagerung um und aufgenommene Kalorien werden vermehrt in Fett umgewandelt. Als Endergebnis ist das verlorene Gewicht in kürzester Zeit wieder vorhanden (Wooley & Garner 1991, S. 743; Yost et al. 1995; Froböse 2014, S. 11).

2.6.2 Psychologische Faktoren

Die Diäten sind nicht in der Lage, das Essverhalten von Menschen, das in hohem Maße durch langfristig stabilisierte Gewohnheiten geprägt ist, durch kurze Diätphasen zu ändern (Ellrott 2013b, S. 49; Heshmat 2011, S. 172). Dazu gehört auch noch das langfristige und stabile Einkaufsverhalten, das sich auch nicht durch Diätregeln über kurze Zeit ändern lässt. Ellrott (2013b; 49) stellt an einem Beispiel dar, dass ein 50-Jähriger den Verzehr von drei Mahlzeiten etwa 50.000 Mal in seinem Leben getätigt hat. Über Jahrzehnte stabilisiertes Ess- und

Einkaufsverhalten führen dazu, dass die Ess- und Einkaufsentscheidungen gewohnheitsmäßig ablaufen und nicht bewusst getroffen werden. Das über Jahrzehnte gelernte und stabilisierte Essverhalten führt gerade dazu, dass nach der Diätphase zur alt gewohnten Lebensweise zurückgekehrt wird (Goodrick & Foreyt 1991; Ellrott 2013b, S. 49).

Stroebe und Kollegen (2007) beschreiben außerdem, dass das Essen emotional ist und der Verstand „nur als stummer Gast am Nachbartisch“ sitzt. Wenn er versucht, sich einzumischen, verdirbt er das Menü. Weiterhin stellen Stroebe und Kollegen durch die Studie fest, dass „ein starker Zusammenhang von gehemmtem, stark kontrolliertem Essverhalten und einem hohen Body-Mass-Index vorhanden ist“ (Stroebe et al. 2007, S. 26).

Ein weiterer Grund ist, dass das Essen zur Affektregulation genutzt wird. Im Normalfall folgt das Essen den inneren Reizen von Hunger, Durst und Sättigung. Wenn diese gesunde Regulation der Nahrungsaufnahme, die Zeitpunkte der Nahrungsaufnahme und die Verzehrmenge, die durch die Eltern bereits im Kindesalter beigebracht wurden, gestört werden, indem sie das Essen zur Affektregulation wie Belohnung, Beruhigung oder Bestrafung oder Maßnahme gegen Langweile einsetzen, dann legen die Eltern den Grundstein für spätere Frust- oder Stress-Esser (Ellrott 2013b, S. 52), wodurch die Fähigkeiten zur Selbstregulation der Nahrungsaufnahme beeinflusst werden. Dieses Verhalten fördert später ein problematisches Ess- und Diätverhalten, was zum wiederholten Diätversagen und damit wieder zur Gewichtszunahme führt (Ellrott 2013b, S. 44 ff.; Heshmat 2011, S. 181 f.).

2.6.3 Öffentliche Kommunikation über Diäten

Die öffentliche Kommunikation über Diäten ist außerordentlich widersprüchlich. Die Diätbotschaften, wie „Fett macht fett“ oder „Fett macht schlank“, führen zu Verwirrungen bei den Übergewichtigen. Andererseits wird durch die Werbung glaubhaft gemacht, dass das Abnehmen leicht ist und dass es möglich ist, in kurzer Zeit mehrere Kilo zu verlieren. Aussagen wie „in 7 Tagen zur Traumfigur“ wecken bei Übergewichtigen die Vorstellung, dass es möglich ist, in kurzer Zeit Gewicht zu reduzieren. Solche Botschaften verleiten den Betroffenen zur unrealistischen Zielen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden diese Ziele in der festgesetzten Zeit nicht erreicht. Damit bricht auch die Motivation der Betroffenen zusammen. Das sind Gründe, weshalb die Übergewichtigen eine Diät entweder

nicht beginnen oder die begonnenen Maßnahmen nach kurzer Zeit wieder abbrechen (Ellrott 2013b, S. 50).

Ein weiterer Grund, der für das Versagen der Diäten verantwortlich ist, ist die nicht sinngemäße Verwendung des Begriffs „Diät". Ellrott (2013) weist auf die falsche Anwendung des Begriffes im deutschsprachigen Raum hin, die von den meisten Personen nur als kurzfristige Maßnahme für eine begrenzte Zeit zur schnellen Gewichtssenkung verstanden wird (Ellrott 2013b, S. 50; Beiner 2008). Dagegen wird im englischsprachigen Raum „Diät" als eine Ernährungsform gesehen, die langfristig oder dauerhaft ohne Verzicht beibehalten werden kann. In diesem Sinne bedeutet Diät eine langfristige bzw. dauerhafte Ernährungsumstellung. Wie durch mehrere Studien belegt wurde, ist für einen dauerhaften Erfolg ein über Jahre verändertes Essverhalten bzw. eine anhaltende Veränderung des Lebensstils erforderlich (Ellrott 2013b, S. 50).

2.6.4 Konzeptabhängige Faktoren

Viele Diäten bauen auf unterschiedliche Aspekte bzw. Nahrungsmittelgruppen, wie z. B. eine fettarme Diät (Low-Fat-Diät) oder eine kohlenhydratarme Diät (Low-Carb-Diät) (Nothmann & Müller-Nothmann 2007). Hier taucht allerdings folgendes Problem auf: Während sich eine fettarme Diät im Alltag bei der Gewichtsreduktionsphase relativ gut umsetzen und durchhalten lässt, ist eine andere Diät ohne oder mit wenig Kohlenhydraten kaum oder nur schwer durchzuhalten. Somit gilt: eine „one-size-fits-all-Diät" gibt es nicht (Ellrott 2015).

Auf einen zweiten Aspekt ist hinzuweisen: Bei vielen Diäten basiert das gesamte Konzept auf bestimmten Nahrungsmitteln oder Nahrungsmittelgruppen und ist damit katastrophal einseitig **(**Froböse 2014, S. 11; Nothmann & Müller-Nothmann 2007), obwohl heutzutage die Auswahl an Nahrungsmitteln so groß wie nie ist. Die angebotene Vielfalt an Nahrungsmitteln macht es den Menschen schwer, die Diät durchzuhalten, denn auf Dauer macht der Verzehr von stets gleichen Lebensmitteln keinen Spaß. Somit wird bei solch einer abwechslungslosen Ernährungsweise schnell die Lust verloren, wie etwa bei Diätformen der „Ananas- oder Kohlsuppe-Diäten" (Lehrke & Laessle 2009). Michael Hamm betont, dass die einseitigen Diäten ineffektiv und sogar gefährlich sind, da sie bis hin zu einer Essstörung führen könnten. Der Körper ist auf die Zufuhr von unterschiedlichen Nährstoffen angewiesen. Diese Zufuhr kann am besten gedeckt werden, wenn die Vielfalt von Lebensmitteln optimal genutzt wird (Beiner 2008).

Des Weiteren haben die Diäten rigide diätische Grenzen bzw. Kontrollvorgaben (Verbote oder absolute Gebote), die bei kleinen Überschreitungen zu Essanfällen oder Heißhungerattacken führen können (Ellrott 2013b, S. 51). Das Schuldgefühl, gegen eine strenge Diätregel verstoßen zu haben, führt zu der Reaktion, dass die Diät als gescheitert erklärt wird. Dann wird begonnen, maßlos und undiszipliniert zu essen, bevor ein nochmaliger Diätversuch unternommen wird. Es wird daher vorgeschlagen, dass die Regeln Verhaltensspielräume beinhalten sollten. „Flexible Kontrolle“ ist hierzu das passende Schlagwort (Ellrott 2013b, S. 51; Ellrott 2013a, S. 65).

Außerdem sind die Diäten nicht zum Gewichthalten optimiert: Der Einsatz von Diäten wird als Maßnahme zur kurzfristigen Reduzierung des Körpergewichts gesehen (Lehrke & Laessle 2009; Ellrott 2013b, S. 50).

Ernährung ist nur ein Teilaspekt des Lebensstils. Wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben, sind die auf ein einziges Modul aufbauenden Interventionen auf Dauer nicht umsetzbar und erfolgreich. Aus diesem Grund wird eine Veränderung des Gewichts nur durch diätische Maßnahmen selten erreicht. In den S3-Leitlinien für die „Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas“ wird die Kombination von Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie bei der Behandlung von Übergewicht und Adipositas empfohlen (Basisprogramm) (Hauner et al. 2014).

Ferner sind viele Diäten so komplex und aufwendig aufgebaut, dass sie sich langfristig nicht in den Alltag integrieren lassen. Selbst hoch motivierte Menschen schaffen es kaum, sie auf Dauer durchzuhalten. Sie werden zu einer noch größeren Belastung, wenn sie stundenlanges Kochen vorschreiben oder das grammgenaue Abwiegen und Punkte zählen (Ellrott 2013b, S. 49).

Schließlich sind Aufbau und Vorgehensweise bei Diäten zusätzlich für ihr Scheitern verantwortlich. „Top-Down-Ansätze bzw. von oben vorgegebene Ziele und Einschränkungen führen häufig zu Widerständen“ (Ellrott 2013b, S. 51). Bei vielen Diäten werden die Abnehmziele oder die Auswahl von Lebensmitteln „von oben“ verordnet, ohne dass die Betroffenen selbst am Entscheidungsprozess teilhaben. Dieses Vorgehen führt bei den Betroffenen zu Non-Compliance bzw. psychologischer Reaktanz (Widerstand gegen Einschränkungen). Sie halten sich nicht an die Diätregeln, da sie innerlich nicht vom Sinn und von der Wirkung der

eingesetzten Regeln überzeugt sind (Ellrott 2013b, S. 51).

2.6.5 Umfeld spezifischer Faktoren: die „adipogenen“ Lebensbedingungen

Das soziale Umfeld hat einen bedeutenden Einfluss darauf, dass Diäten scheitern können, da die sozialen Netzwerke, in denen die Individuen integriert sind, das individuelle Verhalten der Einzelnen immens beeinflussen. D.h.: Wenn sie in einem Netzwerk agieren, indem die Menschen eine gesundheitsbewusste Lebensweise führen (ausgewogene Ernährung, körperlich aktiv in der Freizeit), werden sich auch die einzelnen Personen in der Gruppe genauso verhalten, was zu einem Abnehmerfolg führen kann. Das Gegenteil beobachtet man, wenn in Netzwerken mehrere Teilnehmer Übergewichtsprobleme vorweisen. Dies kann das Durchhalten der Abnehmphase erschweren (Ellrott 2013b, S. 50f.).

Wie in dem Artikel von Ellrott (2013b) weiter erwähnt wird, haben Menschen in westlichen Ländern eine extreme Vielfalt und Bandbreite an Lebensmitteln zur Auswahl (200.000 unterschiedliche Lebensmittel) (Hauner 2013). Dazu zählt auch die beeindruckende Vielfalt in Supermärkten und Restaurants sowie die Menge, die konsumiert wird (Ellrott 2013b, S. 51). Je mehr unterschiedliche Produkte zur Verfügung bzw. Alternativen nach Ende einer Reduktionsphase zur Auswahl stehen, desto unwahrscheinlicher wird eine Weiterführung der niedrigeren Nahrungs- bzw. Kalorienaufnahme sein wie während der Diätphase (Ellrott 2013b, S. 51; Holzapfel & Hauner 2011). Ellrott stellt am Beispiel der Buffetexperimente von Wansink (2004) dar, dass die Menschen mehr konsumieren, wenn eine große Auswahl zum Verzehren vorhanden ist (Ellrott 2013b, S. 51). Ellrott nennt noch einen anderen Grund, weshalb die angebotene Vielfalt von Lebensmitteln zum Scheitern einer Diät führen kann; es sind ökonomische Überlegungen, nach denen die Menschen für ihr Geld möglichst viele verschiedene Lebensmittel kaufen und verzehren wollen (Ellrott 2013b, S. 51).

Zusätzlich ist zu bedenken, dass der Verzehr aus großen Packungen zu mehr Konsum verleitet, was insgesamt mehr Kalorien bedeuten kann. Bei den außenreizabhängigen Essern wird das Essverhalten bzw. die Menge und Häufigkeit des Essens durch externe, äußere Signale bestimmt. Diese Menschen sind nicht mehr in der Lage, ihr Essverhalten durch Hunger und Sättigung zu steuern. Die Verpackungsgröße signalisiert den Betroffenen, wieviel sie noch essen können. Im Falle einer großen Verpackung oder von großen Portionen

bedeutet dies (als äußeres, externes Signal), dass sie noch viel essen können. Stoppsignale sind erst die leeren Teller und Verpackungen oder leeren Flaschen (Ellrott 2013b, S. 51). Dieser Mehr-Verzehr wird durch den Verzicht bei der nächsten Mahlzeit nicht kompensiert (Ellrott 2013b, S. 51; Berg et al. 2009).

Außerdem ist das Essen ein sozialer Akt und wird entscheidend durch die kulturellen Rahmenbedingungen vor Ort beeinflusst (Heshmat 2011, S. 179 ff.). Das Essverhalten (Vorlieben, Abneigungen und weitere Einflussfaktoren für die Nahrungsaufnahme) einer Person wird von klein auf durch einen lebenslangen soziokulturellen Lernprozess geprägt (Ellrott 2013a, S. 57), der nicht schnell zu verändern ist.

2.6.6 Personenabhängige Faktoren

Menschen, die abnehmen wollen, setzen sich von Anfang an unrealistische Ziele wie z.B. 15 kg in sechs Wochen, ein Wert, der im festgesetzten Zeitraum nicht zu erreichen ist (Despeghel 2007). Da dieses Ziel mit hoher Wahrscheinlichkeit verfehlt wird, bricht auch die Motivation zusammen. Eingeleitete Maßnahmen werden beendet (Ellrott 2013b, S. 52; Despeghel 2007). Personen, die höhere Selbststeuerungsfähigkeiten besitzen, sind in der Lage, ihr Essverhalten besser zu kontrollieren. Damit können sie auch Diätvorgaben besser einhalten und das gewollte Ergebnis erreichen (Joseph et al. 2011; zitiert nach Ellrott 2013b, S. 52). Zielsetzungen, Prioritäten, Impulskontrollen, emotionale Regulation, eine zielführende Initiierung der Sequenzierung von Handlungen sowie Selbstkontrolle sind Bestandteile der Selbststeuerungsfähigkeiten (Ellrott 2013b, S. 52; Heshmat 2011, S. 175).

2.6.7 Evolutionsbiologische Vorgaben

Das menschliche Erbgut ist so optimiert, dass der Mensch auch bei knapper Nahrung einen bestimmten Zeitraum überlebt. Die immer wiederkehrenden Hunger- und Dürreperioden führten zur Entwicklung von vielseitigen Überlebensprogrammen, um das Verhungern der Menschen zu vermeiden (Froböse 2014, S. 12). Dagegen hat der Mensch bisher noch nie für eine längere Zeitspanne im Überfluss gelebt, wie es heute der Fall ist. Das führt dazu, dass die fest verankerten Überlebensprogramme dafür sorgen, dass die „zuviel“ aufgenommenen Nahrungskalorien gespeichert werden. Diese „zuviel“ aufgenommenen Kalorien werden im Körperfett gespeichert, da dies die

effektivste Form des Kalorienspeicherns ist (Froböse 2014, S. 13). Die Devise war “Iss, was du bekommen kannst!“ (Elltrott 2013b, S. 52). Die festverankerten Überlebensprogramme arbeiten heutzutage gegen die Menschen, da es nicht möglich ist, in kurzer Zeit den Körper genetisch für den Überfluss von Nahrungen umzuprogrammieren (Elltrott 2013b, S. 52).

Wie oben beschrieben wird, existieren zahlreiche Gründe für ein Scheitern der Diäten. Die Ursachen für das Gewichtsproblem lassen sich teilweise umgehen, indem ein gesunder Lebensstil praktiziert wird. Dazu gehören ausgewogene Ernährung, ausreichende körperliche Aktivität im Alltag, Vermeiden von Stress und Implementierung von Ausgleichmechanismen (Ellrott 2013b, S. 52; Froböse 2014).

3 Methodik

Nach der Darstellung der Zielsetzung und der Vorstellung des methodischen Vorgehens folgt die detaillierte Darstellung der im Rahmen dieser Arbeit eingesetzten Methoden.

3.1 Zielsetzung der Arbeit

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas steigt unaufhaltsam, wie in anderen Teilen der Welt auch in der Türkei, was aktuelle Statistiken belegen. Beispielsweise beträgt in der Türkei die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Frauen 70,7 % mit steigender Tendenz (TSB 2013, S. 23 ff.).

Die die Qualitätsstandards der S3-Leitlinie erfüllenden und im deutschsprachigen Raum erfolgreich umgesetzten Konzepte, wie „Das Turbo-Stoffwechsel-Prinzip“, sind erfolgversprechende Möglichkeiten, die Problematik „Übergewicht und Adipositas“ ohne negative Effekte kurz- und langfristig zu behandeln und vielen Menschen kostengünstig zugänglich zu machen. Es ist aber nicht möglich, die Konzepte eins zu eins in andere Länder zu übertragen, insbesondere nicht in die Türkei. Die Kultur und die Werte des Landes, in welchem das Programm zum Einsatz kommen soll, besitzen einen deutlichen Einfluss auf die Elemente der Gewichtsreduktionsprogramme. Daher lauten die Forschungsfragen der Arbeit:

- Welche inhaltliche kulturspezifische Modifikation eines Gesundheitskonzepts ist für die erfolgreiche Umsetzung in der Türkei notwendig?
- Welche kulturspezifischen Besonderheiten einer Ernährungs- und Bewegungsintervention finden sich in der Türkei im Vergleich zu Deutschland?
- Wie müsste ein an die kulturspezifischen Rahmenbedingungen angepasstes Gewichtsreduktionsprogramm für die Türkei gestaltet werden?

Die zentrale Zielsetzung der vorliegenden experimentellen Arbeit ist es daher zu untersuchen, ob ein europäisches Konzept zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas in seiner Originalfassung unter den kulturspezifischen Rahmenbedingungen in der Türkei eingesetzt werden kann. Falls das nicht möglich ist, stellt sich die Frage, wie ein europäisches Konzept gegebenenfalls

gestaltet bzw. modifiziert werden sollte, damit übergewichtigen und adipösen Personen ein zielgruppenspezifisch gestaltetes Gewichtsreduktionsprogramm zur Verfügung steht.

Um eine breite Grundlage zur kulturspezifischen Modifikation des Konzeptes für den Transfer zu schaffen, ist außerdem die Feststellung des Gesundheitsverhaltens sowohl übergewichtiger und adipöser als auch sonstiger in der Türkei lebender Menschen von zentraler Bedeutung. Im Einzelnen geht es dabei um die Analyse und Beurteilung der Einstellung zur Bewegung und Ernährung, der Ess- und Bewegungssystematik sowie der Wege zur Informationsbeschaffung, die stark kulturspezifische Ausprägungen aufweisen.

Dabei konzentriert sich die Studie auf folgende Schwerpunktfragen:

- Inwieweit kann das Gewichtsreduktionsprogramm in seiner ursprünglichen Form in der Türkei realisiert werden? Tauchen bei der Umsetzung des Programms Probleme auf und von welcher Art sind diese Probleme?
- Welche Effekte hat eine sechsmonatige bewegungs- und ernährungsbasierte Intervention auf Körpergewicht, BMI, Taillenumfang, Körperzusammensetzung und Laborparameter der Probanden?
- Wie sieht das Gesundheitsverhalten der Übergewichtigen und Adipösen in der Türkei aus? Welche Informationskanäle werden zur Klärung der Gesundheitsfragen bzw. zur Behandlung des Übergewichts von Menschen in Anspruch genommen?
- Wie sieht die Abnehmpraxis in der Türkei aus (Gründe und Methoden)?
- Wie sieht das aktuelle Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Personen in der Türkei sowie der in Deutschland lebenden Türkeistämmigen aus?

Durch die Bearbeitung der oben genannten Fragestellungen sollte eine kulturspezifische Modifikation für den Transfer des europäischen Konzepts für die spätere Umsetzung möglich werden.

Zur empirischen Überprüfung der Übertragbarkeit des europäischen Konzeptes und zu seiner kulturspezifischen Gestaltung wurde ein umfangreiches Erhebungsinstrumentarium zusammengestellt. Es besteht aus einer Interventionsstudie in Form von Bewegungs- und Ernährungsinterventionen, einer

standardisierten Befragung von Beratungssuchenden, einer leitfadengestützten Experteninterviewreihe aus der Gesundheit und benachbarten Bereichen und dem Führen von Ernährungs- und Bewegungsprotokollen. Dieser kombinierte Einsatz unterschiedlicher Erhebungsmethoden ermöglicht auf effiziente Weise die vollständige Erhebung notwendiger Daten für eine genauere Beantwortung der Forschungsfrage. Außerdem führt dieses Vorgehen zu einem vollständigen Bild des Untersuchungsgegenstandes aus verschiedenen Perspektiven. Es stellt sicher, dass durch die ermittelten Daten eine breite Grundlage für die zielgruppenspezifische Modifikation des Konzeptes geschaffen wird und dass die Validität der Angaben gesichert und die Schwächen einer Methode durch die Stärken einer anderen Methode kompensiert werden (Lamnek 1995).

Für die Erarbeitung der Übertragbarkeit des europäischen Konstrukts zur Gewichtsreduktion wurden vier methodische Zugänge kombiniert und in zwei Phasen durchgeführt:

Phase I
Interventionsstudie

Erstens erfolgte eine Interventionsstudie in Form der Ernährungs- und Bewegungsintervention mit dem Ziel der Erprobung des europäischen Konstrukts zur Gewichtsreduktion unter kulturspezifischen Rahmenbedingungen in der Türkei. Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses war dabei die Erprobung des europäischen Konzepts in seiner ursprünglichen Form in der Türkei. Damit ist festzustellen, wie praktikabel das Programm für die Abnehmer ist, in welcher Umsetzungsphase Probleme auftreten, von welcher Art diese Probleme sind und welche Erkenntnisse sich daraus ableiten lassen, die zur kulturbezogenen Gestaltung des Gewichtsreduktionsprogramms beitragen können. Zusätzlich konnten durch die 26-wöchige Intervention die Auswirkungen der Interventionen auf anthropometrische Parameter, Körperzusammensetzung und Laborparameter erhoben werden. Außerdem lieferten die wöchentlich stattfindenden Gruppengespräche mit den Probanden wichtige Informationen bezüglich Erwartungen an das Gewichtreduktionsprogramm aus Sicht der Betroffenen.

Befragung zur Ermittlung des Gesundheitsverhaltens von Übergewichtigen und Adipösen

Die S3-Leitlinie betont die Wichtigkeit der Kenntnis des Gesundheitsverhaltens der Zielgruppe, damit ein Gesundheitskonzept auch langfristig umsetzbar ist (Hauner et al. 2014). Mit Gesundheitsverhalten ist der Teil des Verhaltens

gemeint, der sich bewusst auf die Erhaltung der Gesundheit von Individuen bezieht (Brieskorn-Zinke 2006). Hier sind sowohl die Ausübung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (beispielsweise regelmäßige sportliche Aktivität, eine gesunde Ernährung usw.) als auch die Vermeidung von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen (Drogen – und Substanzkonsum wie Tabak und übermäßiger Alkoholkonsum) gemeint (Schwarzer 2004, S.3). Anhand von fünf Lebensstilfaktoren, die sich aus Bewegungsverhalten, Ernährungsverhalten, Freizeitverhalten sowie Rauch- und Alkoholkonsumverhalten zusammensetzen, kann das Gesundheitsverhalten der Menschen dargestellt werden.

Für die Erhebung des Gesundheitsverhaltens wurde eine standardisierte face-to-face Befragung mit Beratungssuchenden durchgeführt, die in einem städtischen Krankenhaus eine Ernährungsberatung in Anspruch nahmen. Im Fokus des Erkenntnisinteresses stand eine differenzierte und detaillierte Analyse des Gesundheitsverhaltens von übergewichtigen und adipösen Beratungssuchenden in der Türkei. Für die Datenerhebung über das Gesundheitsverhalten von Beratungssuchenden wurde ein vom Zentrum für Gesundheit an der DSHS Köln entwickelter und zur Verfügung gestellter standardisierter Fragebogen eingesetzt. Mit dem eingesetzten Fragebogen war eine differenzierte Analyse der Daten hinsichtlich körperlicher Aktivität in unterschiedlichen Lebensbereichen (wie Arbeit, Transport und Freizeit) sowie die Beantwortung der Frage, wie oft und mit welcher Intensität diese Tätigkeiten ausgeführt werden, möglich. Außerdem ermöglichte der Fragebogen eine detaillierte Erfassung des Ernährungsverhaltens der Befragten. Weitere Fragestellungen waren die Themen Rauchen, Alkoholkonsum und Stressempfinden sowie Stressabbau. Im Weiteren wurde die Dauer des Sitzens ermittelt, da Sitzen als ein eigenständiger Risikofaktor für die Gesundheit betrachtet wird (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 4). Anhand dieser differenzierten Erhebung der Daten und der daraus gewonnenen Ergebnisse lassen sich Ansätze für eine zielgruppenorientierte Gestaltung des europäischen Konzeptes ableiten (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 3). Der Erhebungszeitraum erstreckte sich über drei Monate.

Phase II
Leitfadengestütztes Experteninterview

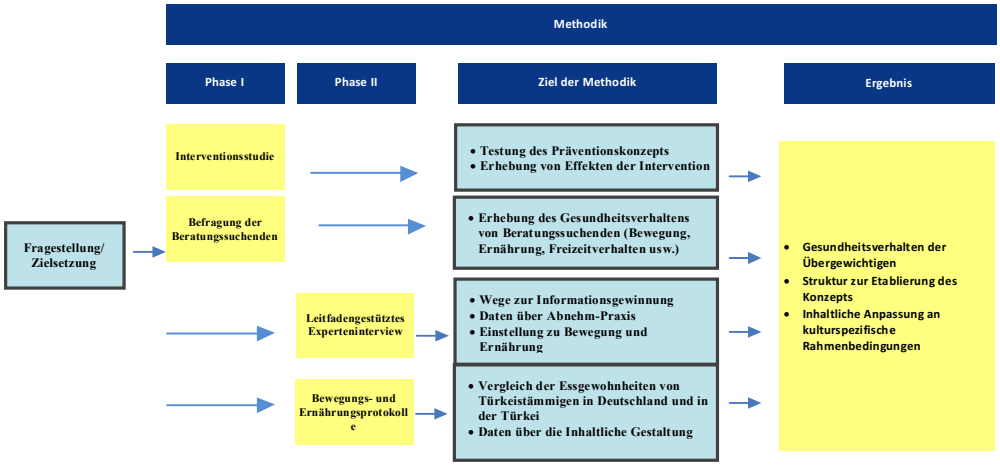
Des Weiteren wurde in der zweiten Hälfte der Studienzeit mit acht relevanten Experten aus den Bereichen Gesundheit und anderen für den

Forschungsgegenstand in Frage kommenden Disziplinen (wie Sozialwissenschaften und Kommunalverwaltung) jeweils ein ca. dreißigminütiges face-to-face leitfadengestütztes Interview geführt, um eine möglichst vollständige und objektive Analyse der Informationen bezüglich der Abnehmpraxis zu gewährleisten (exploratives Erkenntnisziel). Relevante Themen für die Interviews waren die genutzten Kanäle der Informationsbeschaffung betreffend Gesundheit, besonders bei der Therapie von Übergewichtigen, die Einstellungen der Bevölkerung zu Bewegung und Ernährung, die Erwartungen an ein Gewichtsreduktionsprogramm sowie die Erhebung der kulturspezifischen Daten bezüglich inhaltlicher Modifikation des europäischen Präventionskonzepts zur Gewichtsreduktion. Der eingesetzte Interviewleitfaden befindet sich im Anhang der Arbeit. Außerdem konnten durch die Experteninterviewreihe die in bisherigen Untersuchungen ermittelten Daten überprüft werden (überprüfendes Erkenntnisziel) (Gieg 2008).

Durchführung von Ernährungs- und Bewegungsprotokollen

Schließlich führten je 30 in der Türkei als auch in Deutschland lebende türkeistämmige Menschen Ernährungs- und Bewegungsprotokolle durch, um einerseits die Aktualität der Daten über die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten zu gewährleisten und andererseits die für die zielgruppenspezifische inhaltliche Gestaltung notwendigen Daten zu erheben. Es wurde ein Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogen entwickelt, um die für die Arbeit relevanten Daten zu erheben, die der Analyse des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens dienten. Bei der Auswahl der Personen war das einzige Kriterium die Bereitschaft, über sieben Tage das Ernährungs- und Bewegungsprotokoll zu führen.

Abbildung 23**:** Untersuchungsablauf der Arbeit



Die vorliegende Arbeit wurde von der Ethikkommission der Deutschen Sporthochschule Köln geprüft und zugelassen.

Außerdem wurde eine Auswertung der relevanten Fachliteratur durchgeführt, um bereits vorhandenes Wissen über den Untersuchungsgegenstand für die Bedarfsanalyse und die Umsetzung bzw. die kulturspezifische Gestaltung des Konstrukts nutzbar zu machen.

3.2 Interventionsstudie

Bei der hier beschriebenen Interventionsstudie handelte es sich um eine Längsschnittuntersuchung im Prä-Post-Gruppendesign. Im Vordergrund stand bei der Intervention in Form der Bewegungs- und Ernährungsintervention einerseits die Erprobung der Praktikabilität des europäischen Konstrukts unter kulturspezifischen Rahmenbedingungen, andererseits die Bestimmung seiner Effekte auf die anthropometrischen Parameter wie Bauchumfang, Körperzusammensetzung und Laborparameter.

3.2.1 Rekrutierung der Partner zur Durchführung der Studie

Um eine Interventionsstudie in diesem Umfang realisieren zu können, mussten die unten aufgeführten Voraussetzungen erfüllt werden:

- Es sollten ausreichend Ausdauergeräte zur Verfügung stehen, um allen Probanden die gleichzeitige Trainingsdurchführung zu ermöglichen.
- Die Sportanlage bzw. das Sportzentrum sollte zentral liegen, um Studienabbrüche aus Gründen der Entfernung zu minimieren.
- Es sollte vor allem für den Studienleiter leicht erreichbar sein, um jederzeit Beratungen bzw. Trainingseinheiten durchführen zu können.

Auf der Basis der oben genannten Kriterien kamen für das Projekt vier Partner in der naheliegenden Umgebung in Frage. Dennoch konnte trotz intensiver Bemühungen nur ein Partner für dieses Vorhaben gewonnen werden, nämlich nur die Gemeinde Esenyurt/Istanbul.

Als erster Schritt wurden das geplante Vorhaben, dessen Zweck sowie Dauer und Umfang dem Leiter der Abteilung für Sportangelegenheiten der Gemeinde Esenyurt vorgestellt und die eingesetzten Erhebungsinstrumentarien (z. B. BIA Messung) erläutert. Nach Erhalt der mündlichen Zusage für die geplante

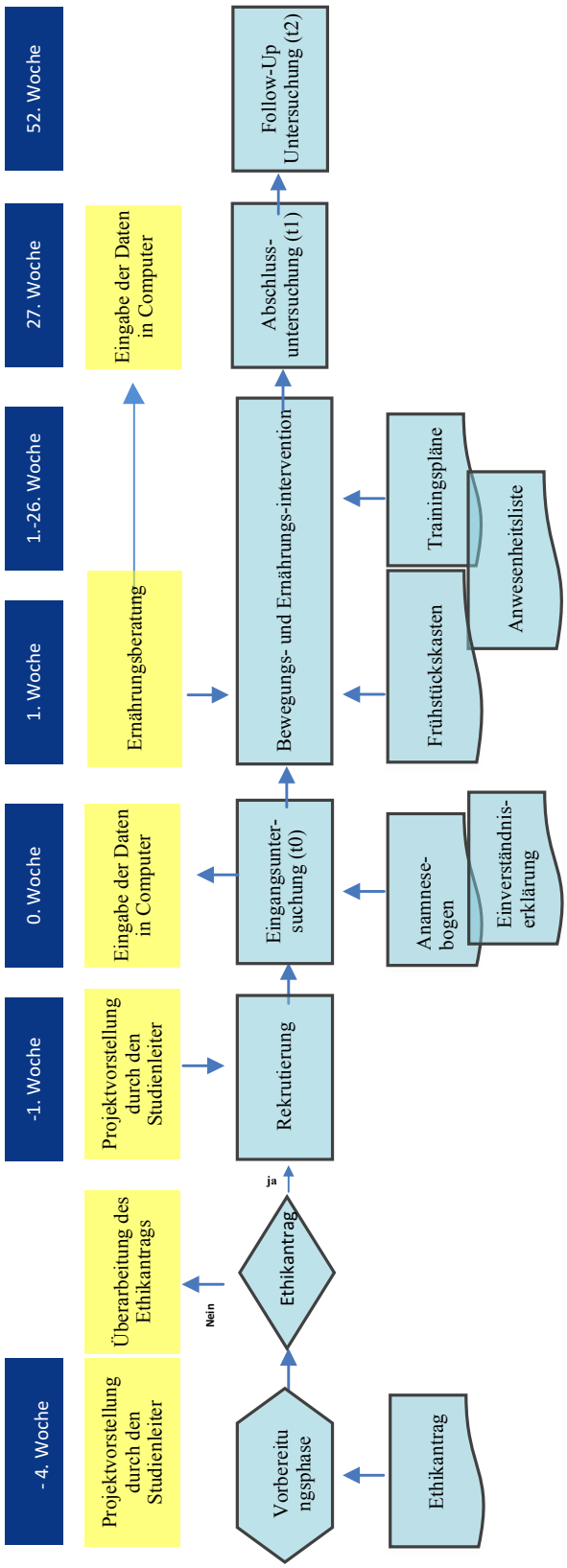
Interventionsstudie wurde von der Abteilung für Sportangelegenheiten eine Infoveranstaltung zur Bekanntmachung der Interventionsstudie organisiert. Alle Bewohner des Viertels wurden durch ein Informationsschreiben per SMS über die Veranstaltung informiert und zu der Infoveranstaltung eingeladen. Im Anschluss an die Informationsveranstaltung haben sich die Interessenten der Studienteilnahme in die zur Verfügung gestellten Listen eingetragen. Es wurde der Zeitpunkt des Eingangsuntersuchungstermins (t0) mitgeteilt.

Zur Durchführung der Interventionsstudie stellte die Gemeinde Esenyurt/Istanbul verschiedene Räumlichkeiten zur Verfügung. Im Gürbüz Süleymanoğlu Sportzentrum in Esenkent wurden die bewegungs- und ernährungsorientierten Intervention inkl. alle studienrelevanten Untersuchungen durchgeführt (ausgenommen die Blutuntersuchung). Dieses zentralliegende Sportzentrum ist sowohl mit öffentlichen Verkehrsmitteln als auch mit dem Auto sehr gut erreichbar.

3.2.2 Ablauf der Interventionsstudie

Durch die ausführliche Eingangsuntersuchung (t0), die unter anderem eine Anamnese beinhaltete, konnten aktuell vorhandene gesundheitliche Risiken in Folge des Übergewichts ermittelt werden. Dies ermöglichte außerdem eine zuverlässige individuelle Betreuung während der Interventionszeit. Die darauf aufbauende 26-wöchige bewegungs- und ernährungsorientierte Intervention wurde größtenteils im Fitnessstudio durchgeführt. Im Anschluss daran erfolgte zum Zeitpunkt (t1) eine nochmalige Erhebung aller studienrelevanten Parameter. Nach weiteren sechs Monaten (t2 = Follow up) war die letztmalige Erhebung aller studienrelevanten Parameter geplant, um Langzeit-Effekte der Intervention zu ermitteln. In Abbildung 24 werden die einzelnen Untersuchungszeiträume in einer Gesamtübersicht dargestellt.

Abbildung 24: Studienablauf der Interventionsstudie



In der Anlaufphase konnten die Interessenten während der Infoveranstaltung ausführlich über den Zweck und Ablauf der Studie aufgeklärt werden.

Zu Beginn der Studie waren für jeden Probanden der Bewegungs- und Ernährungsintervention drei Untersuchungen geplant. Die Eingangsuntersuchung (t0) diente zur Analyse der Ausgangswerte, bevor eine 26-wöchige Interventionsphase starten konnte. Nach Beendigung der 26-wöchigen Intervention fand die Kontroll- bzw. Abschlussuntersuchung (t1) statt, welche den bisherigen Trainingserfolg bzw. die Effekte der Intervention auf die studienrelevanten Parameter aufzeigen sollte. Darauf folgend war eine abermals 26-wöchige Verstetigungsphase geplant, während der die Probanden die erlernten Inhalte der Bewegungs- und Ernährungsintervention selbstständig fortsetzen sollten. Im Anschluss an die Verstetigungsphase sollte eine Follow-Up Untersuchung (t2) durchgeführt werden, um die nachhaltigen Effekte der Intervention aufzuzeigen. Dies konnte aus Gründen von Non-Compliance (Mitarbeit) und Fehlen der Umsetzung der Empfehlungen bezüglich Bewegung und Ernährung nicht durchgeführt werden. In der Studienphase hatten die Probanden die Möglichkeit, jederzeit ihre Trainingseinheiten im Sportzentrum zu absolvieren.

Die Untersuchungen zu allen Untersuchungszeitpunkten fanden in den von der Gemeinde zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten von 8:00 bis 10:00 Uhr statt. Die unten aufgelisteten studienrelevanten Parameter wurden nüchtern erhoben:

1. Durchführung einer ausführlichen Anamnese bei der Eingangsuntersuchung (t0)
2. Anthropometrische Parameter (Körpergröße, Gewicht, BMI, Taillenumfang)
3. Ermittlung der Körperzusammensetzung mittels Bioelektrischer Impedanzanalyse (BIA) mit der Marke Nurti Guard S von der Firma Data Input GmbH (Körperfettanteil, Muskelanteil, Phasenwinkel, Ernährungsindex usw.)
4. Bestimmung der Blutparameter (Cholesterin, HDL, LDL, Triglyzeride, Nüchternglucose, HbA1c und Gamma-GT (GGT). Die Blutwerte wurden im normalen Ambulanzbetrieb abgenommen. Die Ergebnisse lagen anschließend in Papierform vor.

Die Eingangsuntersuchung (t0) erstreckte sich wegen hoher Probandenzahl über zwei Tage. Die Abschlussuntersuchung (t1) fand wegen der geringeren Fallzahl an einem Tag statt.

Eingangsuntersuchung (t0)

Anhand eines Anamnesebogens wurden am ersten Tag durch den Studienleiter die allgemeinen Daten der Probanden wie Name und Geburtsdatum erfragt. Der Anamnesebogen (Anhang IV) beinhaltete weitere Fragen bezüglich derzeitiger körperlicher Beschwerden, der Einnahme von Medikamenten, vergangener Vorfälle wie Operationen, familiärer Vorerkrankungen, Nikotin- und Alkoholkonsum sowie sportlicher Aktivitäten. Die bei der Eingangsuntersuchung (t0) durchgeführte Anamnese dient zur Erkennung bzw. Feststellung von Risiken und gesundheitlichen Auffälligkeiten (z.B. Hypertonie), die eine Teilnahme an der Bewegungsintervention nicht zulassen würden. Die Studioleiterin machte darauf aufmerksam, dass einige Teilnehmer nicht die Wahrheit über ihren Gesundheitszustand sagen würden. Aus diesem Grund war die Studioleiterin während dieser Phase immer anwesend. Die Anamneseerhebung erfolgte durch den Studienleiter mittels face-to-face Interview.

Am zweiten Untersuchungstag (t0) wurden die studienrelevanten anthropometrischen Parameter wie Körpergröße, -gewicht, Bauchumfang, Blutdruck und Puls der Probanden bestimmt. Zusätzlich wurde zur Bestimmung der Körperzusammensetzung eine BIA-Messung durchgeführt. Blut wurde separat im normalen Ambulanzbetrieb abgenommen; die studienrelevanten Parameter des Blutbildes lagen anschließend in Papierform vor.

Die Probanden, die zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung gesundheitliche Auffälligkeiten (z. B. Hypertonie) aufwiesen, wurden gebeten, mit dem behandelnden Arzt die Teilnahme an der Studie abzuklären. Außerdem wird vor dem Beginn der Mitgliedschaft von der Sportzentrumsleitung immer eine ärztliche Eignungsprüfung zum Sport verlangt, um mögliche Risiken für das Herz-Kreislauf-System abzuklären.

Interventionsphase

Die 26-wöchige Interventionsphase bestand aus Bewegungs- und Ernährungsmodulen. Zu Beginn der Bewegungs- und Ernährungsintervention wurden alle Probanden in einer Gruppenberatung mittels Flipchart-Präsentation

über den Zweck der Studie und die für die Studie relevante Ernährungsform informiert. Es wurde den Probanden ausreichend Zeit eingeräumt, um sich über die Studie ausführlich zu informieren. Die Bewegungs- und Ernährungsintervention wird in Kapitell 3.2.6 ausführlich beschrieben.

Abschlussuntersuchung (t1)

Nach der 26-wöchigen Interventionsphase (t1) erfolgte eine erneute Erhebung aller studienrelevanten Parameter, um die Effekte einer Bewegungs- und Ernährungsintervention aufzuzeigen.

Der Ablauf der Abschlussuntersuchung (t1) entsprach vollkommen der Eingangsuntersuchung (t0). Zu Beginn der Abschlussuntersuchung erfolgte noch einmal die Erfassung der Daten zu Körpergewicht und Taillenumfang sowie zur Körperzusammensetzung. Zudem wurden die Probanden erneut gebeten, die Blutuntersuchung im normalen Ambulanzbetrieb durchführen zu lassen, um die für die Studie relevanten Laborparameter in Papierform zu erhalten.

Selbstständig geführte Stabilisierungsphase

Im Anschluss an die Kontrolluntersuchung (t1) wurden die Probanden gebeten, die erlernten Inhalte der Bewegungs- und Ernährungsintervention über weitere 26 Wochen selbstständig fortzusetzen. Sie hatten dazu die Möglichkeit, weiterhin im Sportzentrum flexibel zu trainieren. Zudem wurden die Probanden angehalten, auch die Informationen und Tipps der Ernährungsberatung weiterhin in ihrem Alltag zu befolgen.

Follow-Up Untersuchung (t2)

Nach sechs Monaten selbstständiger Umsetzung der erlernten Inhalte der Bewegungs- und Ernährungsintervention wurden die Probanden zu einer Follow-up Untersuchung (t2) eingeladen. Die Follow-up Untersuchung (t2) konnte einerseits mangels regelmäßiger Durchführung des Bewegungsprogramms seitens der Probanden bzw. Non-Compliance, andererseits wegen niedriger Probandenzahl (3) nicht realisiert werden.

Die erhobenen Daten wurden computerbasiert in einer Excel-Datei mit hinterlegten Referenzwerten festgehalten.

3.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Bei der Auswahl der Probanden der Studie galten folgende Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien der Tabellen 16 und 17.

Tabelle 16: Einschlusskriterien

Einschlusskriterien
• Vorlage einer schriftlichen Einverständniserklärung von einzelnen Probanden zur Teilnahme an der geplanten Studie • Bereitschaft zur aktiven Teilnahme an den Ernährungs- und Bewegungsinterventionen • KEIN regelmäßiges, strukturiertes Ausdauer- und Krafttraining in den letzten 6 Monaten • Vollendigung des 18. Lebensjahres • Ein BMI ab 26 kg/m² • keine Kontraindikationen gegen körperliche Belastung und Gewichtsreduktion, die die Probanden hindern könnte, am Bewegungsprogramm teilzunehmen

Tabelle 17: Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterien
• Personen, die Psychopharmaka, Abmagerungsmittel und/oder Appetitzügler einnehmen • Anamnese einer schweren Herz-, Nieren- oder Lebererkrankung mit Indikation zur Eiweißrestriktion • Psychiatrische Erkrankungen und Essstörungen (Bulimie, Bulimia nervosa, „binge eating disorder“) • Bestehende Erkrankungen oder pathologische Befunde, die die Auswertung der Studie beeinflussen könnten

Zusätzlich ist hier nochmal zu erwähnen, dass bei der Mitgliedschaftsaufnahme eine ärztliche Unbedenklichkeitserklärung seitens der Studioleitung bzw. zuständigen Behörde gefordert wird, um die möglichen Risiken bei Ausdauereinheiten zu minimieren.

3.2.4 Probanden

Während der Informationsveranstaltung trugen sich 40 Interessenten unter Einhaltung der Einschluss- und Ausschlusskriterien in die zur Verfügung gestellte Liste ein. Zur Eingangsuntersuchung (t0) erschienen jedoch nur 30 Interessenten.

In der Tabelle 18 sind die anthropometrischen Parameter der 30 Probanden zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) als Mittelwerte und Standardabweichungen (mw ± sw) dargestellt.

Tabelle 18: Anthropometrische Parameter der Probanden zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0).

Parameter	n	mw ± sw	Spanne (min-max)
Alter (J)	30	38,50 ± 7,50	24 - 52
Größe (cm)	30	163,00 ± 5,00	150 - 173
Gewicht (kg)	30	87,30 ± 13,90	69,00 - 117,00
BMI (kg/m^2)	30	32,90 ± 4,70	26,00 - 44,90
Taillenumfang (cm)	30	105,00 ± 9,10	91,00 - 119,00

Zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung betrugen das durchschnittliche Alter 38,50 ± 7,50, die Körpergröße im Mittel 163,00 ± 5,00 cm, das Körpergewicht im Durchschnitt 87,30 ± 13,90 kg. Der hieraus ermittelte durchschnittliche BMI der Probanden war 32,90 ± 4,70 kg/m². Der Taillenumfang der Probanden lag bei der Eingangsuntersuchung im Durchschnitt bei 105,00 ± 9,10 cm.

3.2.5 Untersuchungsablauf der studienrelevanten Parameter

Zu beiden Untersuchungszeitpunkten (t0, t1) fand die Erhebung der studienrelevanten Parameter mit der Ausnahme von Blutparametern jeweils in der Zeit von 8:00 bis 10:00 Uhr im Fitnessstudio statt und lief wie folgt ab:

1. Erfassung des Gesundheitszustands der Probanden mittels Anamnesebogen und einmalige Messung des Blutdrucks bei der Eingangsuntersuchung (t0).

2. Bestimmung der anthropometrischen Daten wie Alter, Größe, Gewicht, BMI und Bauchumfang

3. Messung der Körperzusammensetzung mittels BIA mit dem Gerät Nutri Guard S der Firma Data Input GmbH

4. Die Bestimmung der Laborparameter erfolgte im normalen Ambulanzbetrieb; anschließend lagen die studienrelevanten Parameter in Papierform vor.

Tabelle 19: Tabellarische Darstellung der erhobenen Parameter

Bezeichnung	Art der Parameter
Anthropometrische Parameter	▪ Alter ▪ Körpergröße ▪ Körpergewicht ▪ Body Mass Index ▪ Taillenumfang
Körperzusammensetzung mittels BIA	▪ Körperfett ▪ Ganzkörperwasser (Total Body Water, TBW) ▪ Fettfreie Masse (Fat Free Mass, FFM) ▪ BCM/ECM-Index ▪ Phasenwinkel = Xc/R
Laborparameter (Lipid- und Zuckerstoffwechel)	▪ Gesamtcholesterin ▪ Triglyzeride ▪ HDL-Cholesterin ▪ LDL-Cholesterin ▪ Nüchternglucose ▪ HbA1c ▪ Gamma-GT

Die Erhebung der anthropometrischen Parameter beinhaltet die Bestimmung des Körpergewichts, der Körpergröße und des Taillenumfangs der Probanden.

3.2.5.1 Anthropometrische Parameter

Die folgenden studienrelevanten anthropometrischen Parameter wurden zum Beginn und zum Ende der Studie erhoben: Körpergröße (cm), Körpergewicht (kg), Taillenumfang (cm). Nach den Messungen wurden die erhobenen Daten in eine Excel-Datei eingetragen.

Die Eingangsuntersuchung begann mit der Eingabe der Körpergrößen der jeweiligen Probanden, die aus den Personalakten im Fitnessstudio entnommen wurden. Eine genauere Messung der Körpergröße war während der Eingangsuntersuchung aus technischen Gründen nicht möglich, da die geeignete Apparatur nicht zur Verfügung stand. Das Körpergewicht der Probanden wurde jeweils zu Beginn und am Ende der Intervention unter standardisierten Bedingungen mittels einer geeichten Waage mit Digitalanzeige der Firma Seka ohne Schuhe und mit Sportkleidung ermittelt. Für die Kleidung wurde das Messergebnis um 1 kg korrigiert.

Bestimmung des Body-Mass-Index (BMI)

Der BMI ist eine international anerkannte und häufig angewendete Methode zur Bestimmung des Körperfettanteils. Mit Hilfe des ermittelten Körpergewichts und der Körpergröße wurde mit der folgenden Formel der BMI-Wert berechnet:

BMI= Körpergewicht (kg)/Körpergröße (m²)

Bestimmung des Taillenumfangs

Der Taillenumfang als ein weiterer Parameter zur Klassifizierung der Fettverteilung und abdominalen Adipositas wurde mit einem flexiblen, unelastischen Maßband (FIBERGLASS © 200) am stehenden Probanden in Zentimeter (cm) gemessen. Um Untersucherabhängigkeiten zu reduzieren, wurden die Messungen zu beiden Untersuchungszeitpunkten ausschließlich durch eine geschulte Person nach Empfehlungen der WHO durchgeführt, d.h. die Messung erfolgte, indem das Maßband in der Mitte zwischen dem unteren Rand der Rippen und der höchsten Stelle des Beckenknochens horizontal um die Probanden gelegt wurde (Wirth 2003). Wie bei allen anderen Untersuchungen erfolgte die Messung des Taillenumfangs nüchtern.

3.2.5.2 Körperzusammensetzung

Um genauere Aussagen über den Fettanteil des Körpers und die Bestimmung der Fettverteilung (Vanhöfen 2014, S. 21) sowie Effekte der Interventionen treffen zu können, wurde in dieser Studie das Bioelektrische Impedanzanalyse Gerät (BIA-Gerät) für die Bestimmung der Körperzusammensetzung verwendet. Aus diesem Grund wurde am Beginn und Ende der Intervention BIA-Messungen durchgeführt, um die Veränderungen der Körperzusammensetzung durch Ernährungs- und Bewegungsintervention zu bestimmen.

Die BIA ist eine nicht-invasive, sicher, schnell und einfach durchführbare und zudem kostengünstige Messmethode zur Ermittlung der Körperzusammensetzung (Edlinger 2002; Lee et al. 2015). Stiedenroth (2009) erwähnt, dass die BIA von den Autoren Fischer & Lembcke (1991) als ein sehr genaues Verfahren beschrieben wird. Laut Stiedenroth (2009) ist es „für die epidemiologischen Untersuchungen sowie für Verlaufsbestimmungen geeignet“. Damit können die Veränderungen in der Körperzusammensetzung während einer Interventionsphase festgestellt werden (Pencharz & Azcue 1996). Da es sich hier um eine nicht-invasive Methode der Analyse und Erfassung der Körperzusammensetzung handelt, ist der Einsatz beliebig; auch die Messungen können wiederholt werden. (Pirlich et al. 2000; Stiedenroth 2009).

Außerdem kann durch die Messungen gesichert werden, dass die durch eine reduzierte Nahrungsaufnahme bzw. durch regelmäßige Trainingseinheiten entstehenden negativen Auswirkungen auf den Ernährungszustand bzw. auf die Gesundheit rechtzeitig erkannt und daraus entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Bei der Bioelektrischen Impedanzanalyse wird das Gesamtkörpergewicht im ersten Schritt in Magermasse und Fettmasse unterteilt. Die Bestandteile der Magermasse sind die Aktivzellmasse und die extrazelluläre Masse. Die Muskel-, Organ- und Nervenzellen bilden die Aktivzellmasse, während die extrazelluläre Masse aus dem Bindegewebe, Flüssigkeiten, Blut und Knochen besteht. Es wird bei der Therapie des Übergewichts die Reduktion des Körperfettanteils bei gleichzeitiger Erhaltung der Magermasse bzw. des Zellanteils angestrebt (Pirlich et al. 2000). In diesem Zusammenhang helfen die BIA-Messungen bei der Bestimmung des Zellanteils und somit auch, durch die Registrierung dieser Größen, bei der quantitativen Erfassung der Trainingserfolge (DIG 2009, S. 13). So kann die Körperzusammensetzung während einer Gewichtsreduktion zu unterschiedlichen Zeitpunkten überwacht und der Erfolg der Therapie bestimmt werden (Pirlich et al. 2000; Kyle et al. 2004; Goele K et al. 2008).

Bei BIA-Messungen wurde das Gerät Nutri Guard S der Firma Data Input GmbH verwendet, die Messungen wurden nach den Anwendungsempfehlungen der Hersteller durchgeführt (DIG 2013). Als BIA-Software wurde Nutri Plus Version 5.3.0 ebenfalls von Data Input GmbH zur Berechnung verschiedener Parameter der Körperzusammensetzung eingesetzt. Die mitgelieferte Software berechnet unter Eingabe der für die Berechnung benötigten Daten Geschlecht, Name, Geburtsdatum, Größe, aktuelles Körpergewicht sowie der aus dem BIA-Gerät abgelesenen Werten die folgenden Parameter:

Body Mass Index, Körperfett in kg, Körperfett in %, Körperwasser, Magermasse (fettfreie Masse, BCM plus ECM), ECM (Interstitium, Knochen, Bindegewebe), BCM (Muskel- u. Organzellmasse), ECM/BCM Index (ein Maß für den Ernährungszustand, %-Zellanteil (Anteil BCM in der Magermasse), Grundumsatz, Phasenwinkel (Qualität der Magermasse), Extrazelluläres Wasser (ECW), Intrazelluläres Wasser (ICW). Die Messung incl. Ergebnisausdruck dauert ca. 2-3 Minuten.

Funktionsweise der Bioelektrischen Impedanzanalyse

Die Grundlage der Messung basiert auf der Tatsache, dass die verschiedenen Gewebearten des Körpers den Strom in unterschiedlicher Intensität durchleiten. Das Skelett und Körperfett setzen dem Wechselstrom einen Widerstand entgegen, der als Gesamtwiderstand (Impedanz: Z) definiert wird (DIG 2009, S. 18). Bestandteile der Impedanz sind die Resistanz (R) und die Reaktanz (Xc). Extrazellulärer Raum lässt den Strom ungehindert passieren, der hier gemessene Widerstand wird als Resistanz (R) bezeichnet. Die stoffwechselaktiven Zellen verhalten sich wegen ihrer aus Lipoproteinschicht bestehenden Zellmembranen wie elektrische Kondensatoren und lösen einen kapazitiven Widerstand (Reaktanz: Xc) aus (DIG 2009).

Der Phasenwinkel

Der Zustand der Zellen und der Gesundheitszustand des Organismus können über Phasenwinkel ermittelt werden (Schindler & Ludwik 2004, S. 308). Der Phasenwinkel ergibt sich aus der direkten Messung von Resistanz (R) und Reaktanz. Er ist direkt proportional zur Reaktanz. Die Reaktanz (Xc) ist sowohl ein Maß für die BCM (Menge) als auch für die Membranintegrität der Zellen (Pirlich 2007; DIG 2009, S. 18).

Das Phasenwinkelniveau bei gesunden Menschen liegt zwischen 5,0 und 7,5°. Mangelnder Trainingszustand (Inaktivität), Schädigung der Muskulatur (Übertraining), Verschlechterung des Ernährungszustandes (Mangelernährung oder Katabolie) haben einen negativen Einfluss auf die Phasenwinkel und führen zur Senkung des Phasenwinkelniveaus (DIG 2009, S. 18; Lee et al. 2015). Phasenwinkel kleiner 4,4° ist ein Zeichen der Malnutrition, die für den Organismus einen bedrohlichen Zustand bedeutet. Bei den Menschen mit Malnutrition kann mit kürzeren Überlebenszeiten gerechnet werden. Selberg und Selberg (2002) kommen durch ihre Arbeiten zu dem Ergebnis, dass der Phasenwinkel für die klinische Erhebung des Ernährungszustandes den größten Aussagewert hat.

Tabelle 20: Kategorisierung und Klassifizierung des Phasenwinkels (DIG 2009, S. 18)

Frauen (°)	Männer (°)	Beurteilung von Ernährungs- und Trainingszustand
> 7,5	> 7,9	Nur im Leistungssport und Bodybuilding
6,5-6,9	7,0-7,9	„sehr gut“: Ausgezeichneter Ernährungs- und Trainingszustand
6,0-6,4	6,5-6,9	„gut“: Hinweis auf regelmäßige sportliche Aktivität. Ausreichende Versorgung mit Makronährstoffen
5,5-5,9	6,0-6,4	„befriedigend“: Häufigste Werte (Großteil d. Bevölkerung). Hinweis auf mäßige sportliche Aktivität. Grundversorgung mit Makronährstoffen
5,0-5,4	5,5-5,9	„ausreichend“: Mäßiger Ernährungs- und Trainingszustand Z.B. einseitige Ernährung, wenig körperliche Betätigung
4,0-4,9	4,5-5,4	„mangelhaft“: Schlechter Ernährungszustand oder eingeschränkte Nahrungszufuhr und Beweglichkeit
<4,0	<4,5	„ungenügend“: Sehr schlechter Ernährungszustand. Deutliches Zeichen der Malnutrition
<2,0	<2,5	Nur bei Inaktivitätsatrophie mit Muskelschwund (apallisches Syndrom)

ECM/BCM-Index zur Feststellung des Ernährungszustandes

Die BIA-Messung ermöglicht außerdem über ECM/BCM-Index die Feststellung des Ernährungszustandes. Der BCM-Anteil (Body Cell Mass) der Körperzellmasse besteht aus Zellen der Skelettmuskulatur, des Herzmuskels, der inneren Organe, des Gastrointestinaltraktes, des Blutes, der Drüsen und des Nervensystems. Er ist bei gesunden Personen höher als der ECM-Anteil (die extrazelluläre Masse). Der ECM-Anteil besteht aus Fasern des Binde- und Stützgewebes und der Knochen. Geschlecht, sportliche Aktivität und Lebensalter haben einen Einfluss auf die Höhe des BCM, die im Durchschnitt bei Männern zwischen 53-59 % und bei Frauen zwischen 50-56 % liegt.

„Das Verhältnis von ECM zu BCM ermöglicht eine genaue Aussage über den Ernährungszustand der Personen“ (Adunka 2009). Bei gesunden Menschen liegt dann der ECM/BCM-Index unter eins. Aus Gründen der Mangelernährung, Inaktivität oder einer katabolen Stoffwechsellage sinkt der BCM-Anteil ab, wobei der ECM/BCM-Index größer als eins wird. Der steigende ECM/BCM-Index bedeutet eine Verschlechterung des Ernährungszustandes (DIG 2009, S. 18).

Tabelle 21: Kategorisierung und Klassifizierung von ECM/BCM-Index (DIG 2009, S. 18)

Frauen und Männer	Beurteilung
0,6	Nur im Leistungssport und Bodybuilding
0,8 und 07	„sehr gut“: Ausgezeichneter Ernährungs- und Trainingszustand
0,9	„gut“: Hinweis auf regelmäßige sportliche Aktivität und ausreichende Versorgung mit Makronährstoffen
1,0	„befriedigend“: Häufigste Werte (Großteil d. Bevölkerung). Hinweis auf mäßige sportliche Aktivität. Grundversorgung mit Makronährstoffen
1,1	„ausreichend“: Mäßiger Ernährungs- und Trainingszustand. Z.B. einseitige Ernährung, wenig körperliche Betätigung
1,2	„mangelhaft“: Schlechter Ernährungszustand, eingeschränkte Nahrungszufuhr und Beweglichkeit
1,3	„ungenügend“: Sehr schlechter Ernährungszustand und deutliches Zeichen der Malnutrition
> 1,3	Nur bei massiver Wassereinlagerung und/oder Katabolie oder bei schweren Störungen des Wasserhaushaltes

3.2.5.3 Laborparameter

Durch die Ermittlung der Laborparameter können einerseits Risikofaktoren bezüglich des Gesundheitszustandes ermittelt, andererseits durch die Veränderung der Parameter die Effekte einer Intervention festgestellt werden. Folgende Laborparameter sind für diese Arbeit relevant:

Fettstoffwechsel: Gesamt-Cholesterin, Triglyzeride, HDL-Cholesterin und LDL-Cholesterin

Zuckerstoffwechsel: Glukose nüchtern, HbA1c-Wert (%) [ein wichtiger Laborwert bei Diabetes] und Gamma-GT. In der Tabelle 22 werden die Richtlinien der Laborparameter dargestellt.

Tabelle 22: Referenzwerte für die erhobenen Laborparameter (Elsenhans 2006)

Laborparameter	Normwerte
HDL – Cholesterin (mg/dl)	> 40 mg/dl
LDL – Cholesterin (mg/dl)	< 160 mg/dl
Triglyzeride (mg/dl)	75 – 200mg/dl
Gesamt-Cholesterin (mg/dl)	120 – 250 mg/dl
Nüchternglucose (mg/dl)	70 – 100mg/dl
HbA1c (%)	< 4,6 % des Hämoglobins
Gamma-GT	▪ Männer: bis 60 U/l ▪ Frauen: bis 40 U/l

3.2.5.4 Ermittlung der Blutdruck-Werte

Um die Risiken während der Intervention bzw. bei den Ausdauereinheiten zu reduzieren, wurde bei der Eingangsuntersuchung einmalig eine Blutdruckmessung durchgeführt. Sie wurde am linken Handgelenk nach zehnminütiger Pause im Sitzen mit dem digitalen Blutdruckmessgerät von der Firma Sanitas Type: SBM 06 indirekt nach der Methode von Riva Rocci Korotkoff vollautomatisiert bestimmt. Es wurde darauf geachtet, dass sich „das Gerät während der Messung auf Höhe des Herzens befindet“ (Klier 2015/16). Die Grenzwerte der WHO wurden für die Klassifikation der Blutdruckwerte eingesetzt. In folgender Tabelle 23 wird die Einteilung der Blutdruckwerte gemäß der WHO dargestellt.

Tabelle 23: Einteilung der Blutdruck-Werte laut WHO (Croci 2017; Klier 2015/16)

Klassifikation	systolisch (mmHg)	diastolisch (mmHg)
optimaler Blutdruck	< 120	< 80
normaler Blutdruck	120-129	80-84
hoch-normaler Blutdruck	130-139	85-89
milde Hypertonie (Stufe 1)	140-159	90-99
mittlere Hypertonie (Stufe 2)	160-179	100-109
schwere Hypertonie (Stufe 3)	≥ 180	≥ 110

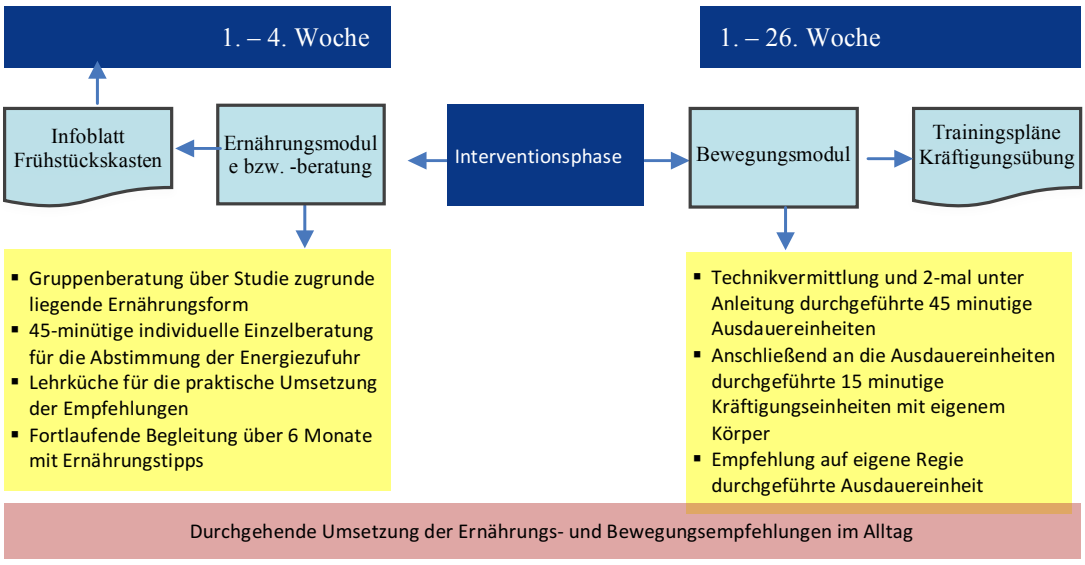
3.2.6 Ernährungs- und ausdauerorientierte Intervention

Die im Rahmen der Arbeit durchgeführte 26-wöchige Intervention setzte sich aus den Bereichen Ernährung und Bewegung (Ausdauer- und Kräftigungstraining) zusammen. Mit insgesamt 52 praktisch angeleiteten (2-mal pro Woche) sowie 26 in eigener Regie durchgeführten Trainingseinheiten stand die körperliche Aktivität im Fokus der Intervention. Der Ernährungsteil war jedoch ebenfalls ein wichtiger Bestandteil des 26-wöchigen Programms und fand zu Beginn der Intervention in Form von einem individuellen Beratungsgespräch und drei Gruppensitzungen sowie als wöchentliches Treffen parallel zu den Bewegungseinheiten statt. Die wöchentlichen Treffen, die im Laufe der Intervention stattfanden, dienten zur Klärung der entstehenden Fragen im Laufe der Intervention und zu Motivationszwecken.

Die Probanden wurden am ersten Untersuchungstag bei der Eingangsuntersuchung (t0) in das Führen eines Ernährungstagebuches eingewiesen, in dem die tägliche Nahrungsaufnahme mit genauer Angabe von Menge und Tageszeit festgehalten werden sollte. Diese Ernährungstagebücher bildeten die Basis von individuellen 45-minütigen Ernährungsberatungen zur Erstellung von individuellen Ernährungsplänen gemäß der der Studie zugrundeliegenden Ernährungsform, die in der zweiten Woche parallel zur ersten Gruppensitzung in der Informationsvermittlung zur Ernährungsform eingeführt wurde. In der ersten Gruppenstunde wurden dann beispielhaft anhand einiger Ernährungstagebücher der Probanden mögliche Verbesserungsvorschläge in Anlehnung an die der Studie zugrundeliegenden Ernährungsform besprochen.

Erstellte bzw. zur Verfügung gestellte Ernährungs- und Bewegungspläne dienten zur praktischen Umsetzung der geplanten Ziele und zur Konkretisierung der dafür notwendigen Verhaltensänderungen. Zusätzlich deckten die Ernährungs- und Bewegungspläne den Informations- bzw. Anleitungsbedarf an freien in Eigenregie geführten Interventionseinheiten.
Die Abbildung 25 veranschaulicht den Ablauf der Bewegungs- und Ernährungsintervention mit den jeweiligen Phasen und Inhalten.

Abbildung 25: Ablauf der Bewegungs- und Ernährungsintervention



Als unterstützendes Material wurde den Probanden außerdem das Infoblatt „Frühstückskasten“ und „Kräftigungsübungen“ in Türkisch ausgehändigt. Daraus sind die Mengen und die Auswahl fürs Frühstück zu entnehmen.

3.2.6.1 Ernährungsintervention

In Anlehnung an das in Kapitel 2.2.1 beschriebene Konzept „Das Turbo-Stoffwechsel-Prinzip“ erfolgte die Ernährungsmodifikation in den ersten vier Wochen der Interventionsphase parallel zur Bewegungsintervention an vier Terminen, die als individuelle Einzelberatungen und Gruppensitzungen vom Studienleiter persönlich durchgeführt wurden. Von den vier Terminen war der erste Termin eine 45-minutige individuelle Einzelberatung. Ziel der Einzelberatung war dabei, anhand der in der Eingangsuntersuchung gewonnenen Daten und des in der ersten Woche durchgeführten 3-tägigen Ernährungsprotokolls die aktuellen Ernährungsgewohnheiten und die gesundheitliche Situation der Probanden zu analysieren, um ihnen darauf basierend konkrete und individuell abgestimmte Empfehlungen bezüglich der Ernährungsumstellung mit auf den Weg zu geben. In Anlehnung an das in Kapitel 2.2.1 beschriebenen Programms wurden die aktuelle gesundheitliche Situation und die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung (BMI, Bauchumfang und Körperzusammensetzung sowie Laborparameter) mit den Probanden besprochen und individuelle Ernährungspläne erstellt.

Die darauffolgenden drei Ernährungsberatungstermine fanden in der Gruppe mit 16 Teilnehmern statt. Die Sitzungen dauerten jeweils ca. 2 Stunden und fanden in den Räumlichkeiten des Fitnessstudios statt, das die Gemeinde zur Verfügung stellte.

In der ersten Gruppenstunde wurden folgende Themen behandelt:

- Vielfältige Ursachen von Übergewicht
- Bestandteile von Nahrungsmitteln und die Brennwerte
- Kohlenhydrate und die Rolle der richtigen Auswahl
- Aufgaben und das Vorkommen von Fetten, Fettbedarf sowie Fettspartipps
- Aufgaben, das Vorkommen und der Bedarf von Eiweiß
- Das vom Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule entwickelte und in Kapitel 2.2.1 beschriebene Konzept
- Bedeutung der grundumsatzbasierten Ernährung bei der Gewichtsreduktion
- Besprechung von einigen Ernährungsprotokollen zum Zwecke eines besseren Verständnisses der zugrundeliegenden Ernährungsform

In der zweiten Gruppenstunde wurden die folgenden Schwerpunkte behandelt:

- Mahlzeitenverteilung
- Tipps bezüglich der Anzahl und Tageszeit der Nahrungsaufnahmen
- Wichtigkeit der Flüssigkeitsaufnahme von ein bis zwei Litern pro Tag, geeignete Flüssigkeitsauswahl, Trinkverhalten und Zeiten
- Die Bedeutung von Vitaminen und Mineralstoffen
- Die Bedeutung und Menge von Obst- und Gemüseverzehr für die Deckung von Vitaminen und Mineralstoffen
- Erläuterung der 10 DGE-Regeln für gesunde und ausgewogene Ernährung

Die dritte Gruppenstunde wurde als Lehrküche am Beispiel eines Frühstücks organisiert. Zusätzlich wurden die folgenden Themenbereiche in der Stunde behandelt:

- Frühstücksgestaltung mit praktischen Tipps zur Umsetzung
- Bedarfsgerechte Deckung des Energiebedarfs morgens
- Portionsgrößen
- Geeignete Flüssigkeitsauswahl
- Tipps zur praktischen Umsetzung von anderen Mahlzeiten
- Behandlung des Themas Qualität der Nahrung, um eine möglichst nährstoffreiche Ernährung trotz reduzierter Energieaufnahme zu sichern

Auf die Art und Weise konnte gesichert werden, dass die erlernten Inhalte der der Studie zugrundeliegenden Ernährungsform richtig umgesetzt werden konnten. Diese praktische Stunde diente zusätzlich zur Klärung weiterer Fragen. Die hier beschriebenen Ernährungsempfehlungen basierten auf dem in Kapitel 2.2.1 beschriebenen Konzept, dessen Grundlage die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) bilden (DEG 2011).

Da das Wissen allein für die dauerhafte Änderung des Essverhaltens nicht ausreicht, wurde in den wöchentlichen Treffen mit den Probanden die Umsetzung der geplanten Verhaltensänderungen thematisiert und aufgegriffen, die zur Festigung des neu erlernten Verhaltens beitragen sollte (Hauner et al. 2014). Zur Steigerung der Selbstsicherheit wurde das Essen bei den Treffen mit Freunden bzw. Verwandten thematisiert, da dies einen großen Bestandteil des sozialen Lebens ausmacht. Des Weiteren wurden Restaurantbesuche vereinbart, um die Vermittlung praktischer Umsetzungskompetenzen zu erweitern. Außerdem

dienten die wöchentlichen Treffen zu Motivationszwecken und zur Lösungshilfe bei im Alltag auftretenden Schwierigkeiten.

3.2.6.2 Bewegungsintervention

Das zeitaufwendigste Element der Bewegungs- und Ernährungsintervention bildeten die angeleiteten Ausdauer- und Kräftigungseinheiten. Das 26-wöchige Ausdauermodul bestand aus zwei angeleiteten Ausdauer- und Kräftigungseinheiten pro Woche (60 Minuten pro Einheit) sowie aus einer freien, selbst durchgeführten Bewegungseinheit.

In Anlehnung an die Kapitel 2.1.5.4.1.2 und 2.2.1.1.1 zum Thema des empfohlenen Bewegungsumfangs für die Gewichtsreduktion wurden im Rahmen der 26-wöchigen Interventionsphase folgende Aktivitäten in der Gruppe oder eigenständig umgesetzt:

- 2-mal wöchentlich 30-45-minütiges aerobes Ausdauertraining über 26 Wochen
- 15-minütiges Kräftigungstraining der Muskelgruppen mit 6 unterschiedlichen Übungen mit eigenem Körper im Anschluss an die Ausdauereinheiten
- eine weitere wöchentlich in Eigenregie durchgeführte Ausdauereinheit inkl. Kräftigungseinheit
- Steigerung der Alltagsaktivitäten im Beruf und in der Freizeit.

Die Planung und Durchführung der ausdauerbasierten Interventionseinheiten erfolgte in Absprache mit der Studioleitung. Die Bewegungseinheiten konnten nur an bestimmten Tagen und Uhrzeiten angeboten werden, da die Probanden hauptsächlich Hausfrauen waren und die Interventionen in einem Frauenstudio stattfanden. Die Bewegungseinheiten fanden in der Regel im Sportzentrum oder bei gutem Wetter zur Motivationssteigerung im Freien statt. In der ersten Trainingsstunde wurde jeder Proband in die richtige Handhabung der Ausdauergeräte eingewiesen. Zudem wurden die Ausdauereinheiten nur in Begleitung von Sportwissenschaftlern und lizenzierten Trainern durchgeführt, um Risiken während des Trainings zu minimieren. Bei der dritten freien Ausdauereinheit, die eigenständig durchgeführt werden sollte, war ebenfalls ein Sportwissenschaftler oder ein Fitnesstrainer präsent.

In der Ausdauereinheit wurde auf dem Laufband im aeroben Bereich ein individuelles Ausdauerprogramm nach der Dauermethode absolviert. Zu Beginn und Ende jeder Ausdauereinheit erfolgte jedes Mal eine 5-minütige Aufwärm- bzw. Cool-Down-Phase.

Abbildung 26: Darstellung der Ausdauergeräte und Probanden

Je nach Belastbarkeit führten die Probanden zwischen 30-45-minütiges moderat intensives Walking, Laufband- oder Ergometertraining durch, da die Probanden hinsichtlich ihrer körperlichen Fitness unterschiedliche Voraussetzungen mitbrachten.

Alle Ausdauergeräte verfügten über eine Pulsmesseinrichtung, somit konnte ein sicheres Training gewährleistet werden. Die Trainingssteuerung erfolgte mittels berechneter individueller Herzfrequenz, welche 50-70 % der maximalen Herzfrequenz (Maximalherzfrequenz = 220 minus Lebensalter) entsprach. Um im Freien effektiv und sicher trainieren zu können, wurden die Probanden ebenfalls unterrichtet, die individuelle Belastbarkeit mit Hilfe der Borg-Skala (Abbildung 20) einzuschätzen. Zur Motivationssteigerung wurden die Ausdauereinheiten bei schönem Wetter unter Anleitung auch im Freien absolviert.

Abbildung 27: Borg-Skala (modifiziert) (Borg 1998, S. 30)

Rating of perceived exertion (RPE)	Subjektives Empfinden
6-7	Sehr, sehr leicht
8-9	Sehr leicht
10-11	Recht leicht
12-13	Etwas anstrengender
14-15	Anstrengend
16-17	Sehr anstrengend
18-19	Sehr, sehr anstrengend
20	

Das sich den Ausdauereinheiten anschließende Kräftigungstraining bestand aus sechs Kräftigungsübungen mit dem eigenen Körpergewicht und wurde als Zirkeltraining in der Gruppe unter Anleitung durchgeführt. Das Zirkeltraining beinhaltete dabei verschiedene Übungen für den Unter-, Oberkörper und den Rumpf (Muskulatur). Die Trainingspläne für die Kräftigungseinheiten (in Kategorien Beginner I, II und III sowie Fortgeschritten I, II, III) wurden vom Zentrum für Gesundheit der DSHS Köln zur Verfügung gestellt. Die nach trainingsmethodischen Prinzipien aufgebauten Trainingsprogramme wurden monatlich an die Leistungen der Probanden angepasst. Für die Positionswechsel wurden zwischen den Übungen kurze Pausen eingelegt.

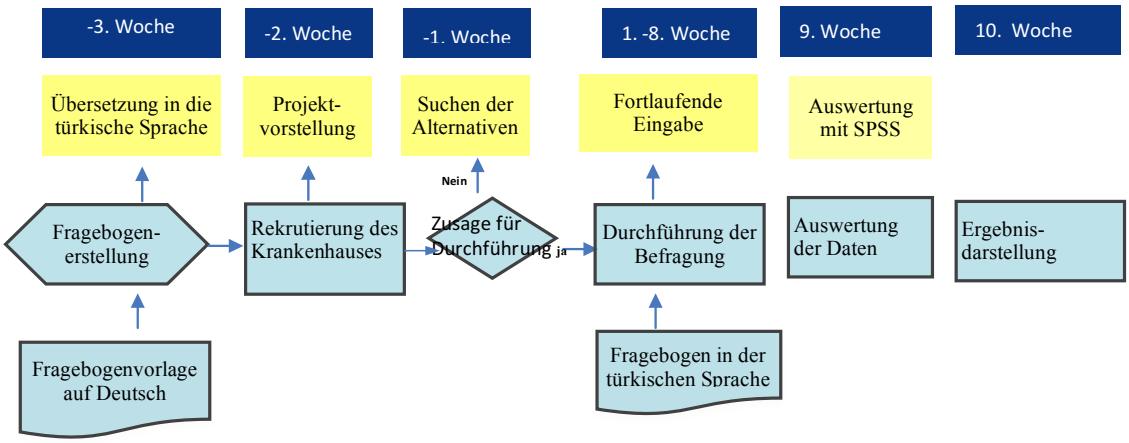
Zusätzlich wurden die Probanden aufgefordert, mindestens einmal wöchentlich eine dritte Ausdauertrainingseinheit in Eigenregie im Sportzentrum durchzuführen und zusätzlich ihre Alltagsaktivitäten zu steigern.

3.3 Die Befragung zur Ermittlung des Gesundheitsverhaltens der Beratungssuchenden

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens von Beratungssuchenden mit Übergewichtsproblemen der vom Zentrum für Gesundheit der Sporthochschule Köln für die Studie „Wie gesund lebt Deutschland?“ im Auftrag der DKV entwickelte und zur Verfügung gestellte standardisierte Fragebogen eingesetzt (siehe Anhang V). Standardisiert ist dieser in dem Sinn, dass der Fragewortlaut, die Fragereihenfolge und die Antwortkategorien genau vorgegeben sind (Baumgarth & Bernecker 1999, S. 56)
Die Befragung erfolgte face-to-face in Form von paper-and-pencil-Interviews, um über die eingesetzten Fragenkomplexe bzw. über die fünf Lebensstilfaktoren die

Daten über das Gesundheitsverhalten der übergewichtigen und adipösen Beratungssuchenden zu erheben. Abbildung 28 beschreibt den Ablauf der Befragung mit Beratungssuchenden.

Abbildung 28: Ablauf der Befragung zum Gesundheitsverhalten der Beratungssuchenden



Die Module des Fragebogens erfassen die wichtigsten Aspekte des Lebensstils: das Bewegungs-, Freizeit-, Ernährungs-, Rauchverhalten, den Alkoholkonsum und das Stressverhalten bzw. Ausgleichmechanismen bei Stress sowie persönliche Daten (Alter, Geschlecht und Gewicht). Zusätzlich zu diesen Modulen wurden die soziodemographischen Merkmale der Beratungssuchenden sowie das Bildungsniveau, das Arbeitsverhältnis und das Einkommen (freiwillige Angabe) ermittelt. Der in dieser Studie eingesetzte, vom Zentrum für Gesundheit (ZfG) der Deutschen Sporthochschule entwickelte und evaluierte, standardisierte Fragebogen basiert auf „Global Physical Activity Questionnaire“ GPAQ (WHO) und den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015).

3.3.1 Aufbau und Inhalt des Fragebogens

Die Module des vom Zentrum für Gesundheit zur Verfügung gestellten Fragebogens werden in Tabelle 24 in einem kurzen Überblick dargestellt. Anschließend werden die Inhalte einzelner Bereiche erläutert. Der Fragebogen bestand aus 6 Modulen mit insgesamt 36 Fragen. Die Beantwortung des 6. Moduls war optional. Der Fragebogen in türkischer Sprache ist als Anhang V beigefügt.

Tabelle 24: Überblick der Themenkomplexe des Fragebogens zum Gesundheitsverhalten

Modul	Bereiche	Anzahl der Items
1	Fragestellungen zum Bewegungsverhalten	14
2	Fragestellungen zum Ernährungsverhalten	10
3	Fragestellungen zum Rauchverhalten	1
4	Fragestellung zum Alkoholkonsum	1
5	Fragestellungen zum subjektiven Stressempfinden und zur Stressbewältigung	2
6	Personenbezogene und soziodemographische Fragestellungen	8
Gesamt		36

Modul 1 mit bewegungsrelevanten Fragestellungen (14 Items)

Anhand des „Global Physical Activity Questionnaire“ (GPAQ der WHO), das die Grundlage des Bewegungsmoduls bildete, konnte das Aktivitätsverhalten der Beratungssuchenden, die sich aus den Bereichen Arbeit, Verkehr und Freizeit zusammensetzten, differenziert erhoben werden. Aus Gründen der Relevanz wurde zusätzlich bei der körperlichen Aktivität nach der Intensität unterschieden, jeweils nach der moderaten (etwas schnellere Atmung und leichte Transpiration) oder nach der intensiven (heftige Beschleunigung der Atmung und starke Transpiration) körperlichen Aktivität (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 20).

Fragenkomplex zur Arbeit (6 Items)

Der erste Abschnitt des Moduls beschäftigte sich mit den Arten körperlicher Aktivität, die die Beratungssuchenden in den vergangenen sieben Tagen im Rahmen ihrer Arbeit ausgeübt hatten. Unter Arbeit werden alle körperlichen Aktivitäten zusammengefasst, die täglich erledigt werden müssen (bezahlt oder unbezahlt, Studium/Ausbildung, Arbeiten im Haushalt und in der Landwirtschaft sowie Arbeitssuche) (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015).

Fragenkomplex zum Transport – Verkehrsverhalten (1 Items)

Der Fragenkomplex zum Transport – Verkehrsverhalten beschäftigte sich mit der Fragestellung, wie die Befragten gewöhnlich zu den Orten ihrer regelmäßigen Bedürfnisse gelangen, zum Beispiel zur Arbeit, zum Einkaufen, zu Freunden oder zu Freizeitstätten.

Fragenkomplex zum Freizeitverhalten (7 Items)

Im Fragenkomplex zum Freizeitverhalten wurde der Beratungssuchende zuerst nach den intensiven und anschließend den moderaten Sport-, Fitness- und Freizeitaktivitäten befragt. Hier wurde auch nach den intensiven (z.B. Jogging, sportliches Schwimmen oder Radfahren) und moderaten (z.B. Walken, Golfen, Wandern oder Gymnastik) Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten unterschieden. Zusätzlich wurde die wöchentliche Häufigkeit und Dauer der Aktivität erhoben. Außerdem wurde die tägliche Sitzdauer der Beratungssuchenden erfasst, da heutzutage die Inaktivität als eigenständiger Risikofaktor für die Gesundheit feststeht (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015), der in der Türkei mit 15 % Ursache von Todesfällen ist und weltweit 9 % beträgt (http://www.globalphysicalactivityobservatory.com/card/?country=TR).

Modul 2 mit ernährungsrelevanten Fragestellungen (10 Items)

Dieses Modul des Fragebogens zielte auf spezielle Aspekte des Ernährungsverhaltens in den vergangenen sieben Tagen ab. Im Rahmen dieses Moduls wurden folgende Items erhoben: Zahl und Dauer von Mahlzeiten (Haupt- und Zwischenmahlzeiten), quantitative Angaben zum täglichen Trinkverhalten sowie Angaben zur Häufigkeit des Verzehrs von Obst und Gemüse, Vollkornprodukten, Milchprodukten, Meeresfrüchten, Fleisch und Süßigkeiten pro Woche.

Modul 3: Fragestellungen zum Rauchverhalten (1 Items)

Dieses Modul bezweckte, das Rauchverhalten der Beratungssuchenden zu erfassen.

Modul 4: Fragestellung zum Alkoholkonsum (1 Items)

Dieses Modul beschäftigte sich mit der Häufigkeit des Alkoholkonsums.

Modul 5: Fragestellungen zu subjektivem Stressempfinden und Stressbewältigung (2 Items)

In diesem Modul wurden die Daten über das Stressverhalten bzw. über das Stressniveau der Befragten erfasst. Ferner wurde gefragt, welche Methoden zum Ausgleich des alltäglichen Stresses eingesetzt werden. Dabei standen mehrere Antwortkategorien zur Auswahl: Essen, Sport, Bewegung (Spazierengehen), Entspannungsverfahren (Yoga, autogenes Training), Freunde treffen, Fernsehen, Lesen, Musik oder sonstiges.

Modul 6 mit personenbezogenen soziodemographischen und sozioökonomischen Fragestellungen (8 Items)
Im Modul 6 erfolgte die Erhebung der Vielzahl von sozio-demographischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Einkommen, Bildung sowie Beruf (freiwillig).

3.3.2 Rekrutierung der Beratungssuchenden

In der vorliegenden Untersuchung wurden nur die Personen befragt, die im städtischen Krankenhaus zum Zeitpunkt der Erhebung einen Ernährungsberater (Diplom-Diätassistent) aufgesucht hatten. Die Ergebnisse sind daher nur für diesen Personenkreis aussagekräftig und nicht repräsentativ. Diese Erhebung liefert wichtige Erkenntnisse bezüglich des Gesundheitsverhaltens von übergewichtigen und adipösen Menschen in der Türkei.

Für die Durchführung der mündlichen Befragung konnte ein städtisches Krankenhaus in Istanbul gewonnen werden. Dieses Krankenhaus beschäftigte zwei Ernährungsexperten (Diplom-Diätassistent), von denen eine für die Vorbereitung der Menüs des Krankenhauses zuständig war und die andere Ernährungsberatungen bei den Übergewichtigen und Adipösen durchführte. Die Beratungssuchenden konnten nur durch die Überweisung des im Krankenhaus arbeitenden Internisten diese Ernährungsberatungen in Anspruch nehmen. In städtischen Krankenhäusern ist eine direkte Patientenaufnahme für die kostenlose Beratung durch die Ernährungsberater (gesetzlich) noch nicht möglich. In privaten Krankenhäusern werden die Beratungskosten von den Patienten selbst getragen; damit ist eine direkte Inanspruchnahme der Ernährungsberatung möglich.

Die Erstberatungen finden mit den Betroffenen von Montag bis Freitag vormittags nach vorheriger Terminvereinbarung statt. Zwei der fünf Tage waren bereits für die kooperierenden Berufsschulen zu Lernzwecken reserviert. Somit standen die restlichen drei Vormittage für die Befragungen zur Verfügung. Der Studienleiter führte über drei Monate an zwei Tagen pro Woche die Erhebungen persönlich in mündlicher Form durch. Der dritte Termin konnte nicht wahrgenommen werden, weil er sich mit der Bewegungs- und Ernährungsintervention überschnitt.

3.3.3 Durchführung der Befragung

Der Pretest
Der vom Zentrum für Gesundheit (ZfG) der Sporthochschule Köln zur Verfügung gestellte Fragebogen wurde in die türkische Sprache übersetzt. Nach der

Übersetzung des Fragebogens in die türkische Sprache und vor der eigentlichen Durchführung der Befragung wurde im Sportzentrum, wo die Bewegungs- und Ernährungsinterventionen stattfanden, ein Pretest mit fünf Personen durchgeführt, um die Verständlichkeit des Fragebogens zu testen. Die Ergebnisse des Pretests führten dazu, dass einige Fragen komplett weggelassen (z.B. Bundesländer, Postleitzahl) oder modifiziert werden mussten (z.B. Einkommenshöhe, Bildungsstatus):

- Die Fragen „In welchem Bundesland leben Sie bzw. Region?“ (Frage H3), „Wie lautet ihre Postleitzahl?“ (Frage H4), und „Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem Sie leben bzw. Gemeinde?“ (Frage H9) wurden weggelassen und nicht in die Auswertung genommen. Da die Befragung nur an einem Standort durchgeführt wurde, waren diese Fragen damit irrelevant. Außerdem kannte die Mehrheit der Befragten ihre Postleitzahl nicht, da Postwege für die Information und Benachrichtigungen kaum genutzt werden.
- Eine Modifikation fand bei den Fragen „Welchen Abschluss haben Sie?“, „Wie hoch ist ihr monatliches Nettoeinkommen?“ sowie „Trinken Sie Alkohol und was trinken Sie?“ statt.

Nach der Modifikation wurde ein weiterer Pretest durchgeführt, um die vorgenommenen Änderungen zu prüfen. Damit wurde festgestellt, dass durch die Änderungen die Befragung verbessert wurde.

Die Befragungen wurden über drei Monate hinweg jeweils Dienstag und Donnerstag vormittags in der Praxis des Krankenhauses für die Ernährungsberatungen durchgeführt an denen 269 Personen teilnahmen. Personen, die eine Kontrolluntersuchung hatten, wurden nicht befragt, da sie bereits ein Diätprogramm in Anspruch nahmen und Empfehlungen der Ernährungsberaterin umsetzten, die „fünf Mahlzeiten am Tag, viel trinken, wenig Fettverzehr sowie täglich zu absolvierende Bewegungseinheiten“ beinhalteten.

Nach der Erstberatung wies die Ernährungsberaterin die Patienten auf die Befragung hin und bat um die freiwillige Teilnahme. Die Patienten erhielten nach dem Einverständnis mit der Teilnahme eine kurze Erläuterung durch den Studienleiter über Zweck, Dauer und Inhalt der Befragung, zu den ermittelten Parametern sowie eine Zusicherung, dass die Daten anonym erhoben werden.

Jeder Beratungssuchende hatte ca. 30 Minuten Zeit, um die Fragen zu beantworten. In der Regel lag die für die Beantwortung benötigte Zeit bei ca. 20 Minuten. Die Befragung wurde an die strukturellen Gegebenheiten angepasst und aus mehreren Gründen mündlich durchgeführt. Die Gründe dafür waren, dass die Beratungssuchenden nur begrenzte Zeit zur Verfügung hatten. Außerdem war ein Großteil der Befragten nicht in der Lage, die Fragen richtig zu lesen und darauf eine Antwort zu geben. Die Durchführung der Befragung in mündlicher Form ermöglichte ebenfalls die mündliche Validierung, d.h. es konnte mündlich bestätigt werden, ob die Fragen auch richtig verstanden wurden.

3.3.4 Datenerfassung und Auswertung

Die Daten wurden auf standardisierten Fragebögen erfasst, die zu einem späteren Zeitpunkt in die vorbereitete computerbasierte Excel-Datenbank eingegeben und anschließend in die Softwareprogramme SPSS® Version 25 exportiert und ausgewertet wurden.

Die Auswertung der einzelnen Module erfolgte unter Berücksichtigung der internationalen und nationalen Richtlinien [WHO und DGE] zu den entsprechenden Themen.

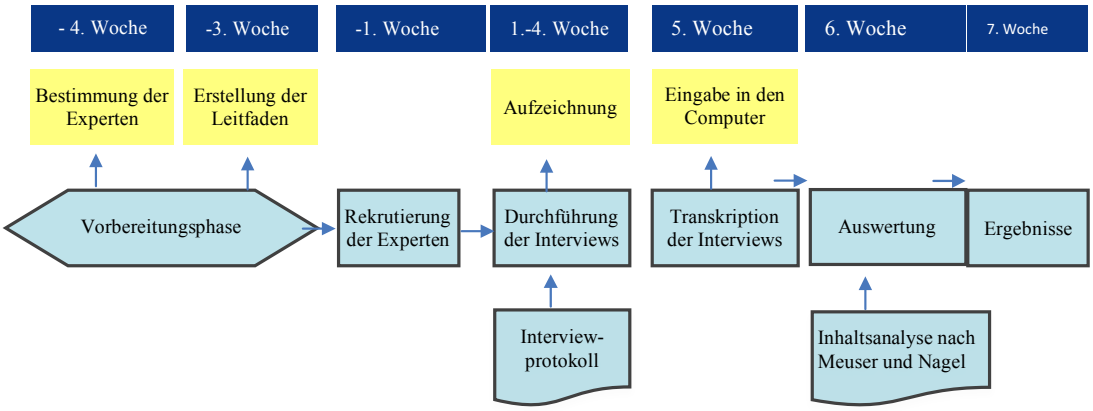
3.4 Das leitfadengestützte Experteninterview

Experteninterviews sind in der qualitativen Sozialforschung als „teilstrukturierte Interviews einzuordnen und zwar ganz unabhängig von ihrer Stellung im Forschungsprozess als explorative, systematisierende oder theoriegenerierende Interviews“ (Bogner et al. 2014, S. 27 ff.).

In der vorliegenden Arbeit wurde das leitfadengestützte Experteninterview als Untersuchungsmethode eingesetzt, um die Akteure zu dem Bereich Gesundheit bzw. benachbarten Disziplinen zu befragen. Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses stand die Informationsgewinnung bezüglich der kulturspezifischen Anpassung sowie die Erfassung der notwendigen Daten bzw. des Hintergrundwissens für die inhaltliche Gestaltung sowie Etablierung des europäischen Konzepts (exploratives Erkenntnisziel). Schwerpunkte bildeten dabei die Analyse der Kanäle zur Informationsbeschaffung bezüglich Gesundheit bzw. Gewichtsabnahme, der Ursachen für Übergewicht, der Gründe für Gewichtsreduktion, der Einstellungen zu Ernährung und Bewegung sowie der

Erwartungen an ein Konzept zur Gewichtsreduktion. Zusätzlich ergänzen und bestätigen die Aussagen der Experten die Ergebnisse aus den anderen Teilstudien, die im Rahmen dieser Arbeit eingesetzt wurden oder aus der einschlägigen Literatur gewonnen wurden (überprüfendes Erkenntnisziel). Je mehr Antworten zu einzelnen gestellten Fragen übereinstimmten, desto fundierter wird die daraus abgeleitete wissenschaftliche Erkenntnis (Gieg 2008). Die Ergebnisse fließen unterstützend als Einzel- und/oder Gesamtergebnis in die Diskussion sowie kulturspezifische Modifikation des Präventionskonzeptes ein.

Abbildung 29: Ablauf des leitfadengestützten Experteninterviews



Die durch die Interviews gewonnenen Informationen wurden durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Meuser und Nagel ausgewertet (Meuser & Nagel 2009). Die ausführlichen Auswertungsschritte werden unter Abschnitt 3.4.4.2 behandelt.

3.4.1 Expertenbegriff und Auswahl der Experten

In der wissenschaftlichen Literatur existieren unterschiedliche Auffassungen über die Definition des Begriffs „Experte“. In dieser Arbeit werden die Begriffsdefinitionen von Meuser & Nagel (2002) bzw. Gläser & Laudel [2006) angewendet, die den Expertenstatus vom Forschungsinteresse abhängig machen. Als Experte wird eine Person bezeichnet, die in „irgendeiner Weise Verantwortung für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung trägt, die privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen hat oder über spezielles Wissen zu dem untersuchten Tatbestand verfügt“ (Bogner et al. 2002, S. 75; Gläser & Laudel 2006, S. 12). Somit ist der

Expertenstatus grundsätzlich vom jeweiligen Forschungsinteresse abhängig und eine Zuschreibung (Meuser & Nagel 2002, S. 443; Bogner et al. 2014, S. 11).

Zwei Gründe betonen die Wichtigkeit von Interviews mit Experten: Einerseits besitzen Experten ein bestimmtes Wissen bezüglich des Forschungsgegenstandes, andererseits ist dieses Wissen besonders praxiswirksam (Bogner et al. 2014, S. 13). Um einen Teil der Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit als Gesamtheit beantworten zu können, wurden die mit dem Forschungsgegenstand in Verbindung gebrachten Fachbereiche analysiert. Beim Thema „Umsetzung eines Konstrukts zur Gewichtsreduktion“ läuft das Expertenwissen zweifelsohne bei den Ernährungs-, Sport-, Sozialwissenschaften und auf kommunaler Ebene zusammen, da die Umsetzung eines Gesundheitskonstrukts auf diesen Ebenen erfolgt und von ihnen beeinflusst wird.

Die Expertenauswahl stützte sich auf folgende Leitfragen (Gläser & Laudel 2006; Gläser und Laudel 2004):

- Hat die Arbeit des Experten einen hohen Stellenwert für die Bekämpfung der Probleme Übergewicht und Adipositas, sodass er als Experte in den Prozess zur kulturspezifischen Anpassung/Modifikation des europäischen Konzepts einbezogen werden sollte?
- Trägt das spezifische Expertenwissen des Interviewpartners zur strukturellen und inhaltlichen Gestaltung des europäischen Konstrukts und zur Ermittlung der notwendigen Daten bzw. des Kontextwissens bei?
- Vertritt der Experte ggf. eine wichtige Position bzw. Funktion in Gesundheitseinrichtungen (Leiter, Berater usw.)?

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung fielen folgende Personen unter den Expertenbegriff:

- Ausgewählte Leiter und Angestellte öffentlich-rechtlicher, privatwirtschaftlich-gemeinnütziger und privatrechtlich-kommerzieller Gesundheitseinrichtungen aus Istanbul.
- Akteure aus Institutionen und Universitäten, die im Bereich des Untersuchungsgegenstandes tätig sind
- Akteure aus städtischen Krankenhäusern, privaten Krankenhäusern und Schönheitskliniken, die in die Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas involviert sind

- Weitere Wissensträger in den Gesundheitseinrichtungen von Istanbul wie z. B. Fitness- und Sportcentern (Sportwissenschaftler bzw. Fitnesstrainer).
- Akteure, die aufgrund ihrer Position in einer Gesundheitseinrichtung bzw. einer Behörde an Entscheidungsprozessen über die Umsetzung und Durchführung von Präventionskonzepten beteiligt sind.

Die meisten Kontakte zu den in Frage kommenden Experten wurden aufgrund des persönlichen Netzwerkes hergestellt. Zwei weitere Experten wurden in den vorangegangenen Interviews von Experten empfohlen. Die erste Kontaktaufnahme zu diesen Experten erfolgte hauptsächlich telefonisch. Bei der ersten Kontaktaufnahme wurde kurz das Forschungsvorhaben vorgestellt und ein Termin für die Durchführung des Interviews mit den Experten vereinbart. Für das leitfadengestützte Interview waren vorerst 12 Experten geplant, um alle in Frage kommenden Gesundheitseinrichtungen bzw. Bereiche des Forschungsgegenstands abzudecken. Auf Grund von Überschneidungen mit vorherigen Beschäftigungsverhältnissen der Experten in in Frage kommenden Institutionen konnte die Anzahl der Experten auf acht reduziert werden. In Tabelle 25 sind die Funktionen, Aufgabengebiete und Berufserfahrungen der interviewten Experten abgebildet.

Tabelle 25: Funktionen und Aufgabengebiete der Experten

Funktion	Aufgabengebiet	Berufserfahrung (Jahr)	Dauer (Minute)	Code
Sportwissenschaftler als Trainer	Betreuung der Kunden und Erstellung von Plänen	5	20	E1
Ernährungsberaterin	Diätassistentin in den städtischen Krankenhäusern und privaten Gesundheitsanbietern (Fitnesscentern)	5	23	E2
Lehrkraft	Dozent an der Universität für das Fachgebiet Sport und Trainingslehre	27	22	E3
Clubleiterin	Leitung eines Sportzentrums auf kommunaler Ebene	5	21	E4
Lehrkraft für Ernährungswissen-schaften	Dozent an der Universität für das Fachgebiet Ernährung	15	33	E5
Ernährungsberaterin	Diplom-Diätassistentin in den privaten Krankenhäusern und privaten Gesundheitsanbietern (Beautycentern)	16	28	E6
Leiter und Lehrkraft für Sportsoziologie	Dozent an der Universität für das Fachgebiet Sportsoziologie und Leiter in einem öffentlich-rechtlichen Unternehmen	12	25	E7
Leiter der Abteilung für Sportangelegenheiten	Leitung und Organisation von Sportangeboten auf kommunaler Ebene	15	23	E8

3.4.2 Aufbau und Inhalt des Leitfadens

Für die Erhebung der notwendigen Daten und die Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt, der sich an der Zielsetzung der Arbeit orientierte. Der Leitfaden dient der Strukturierungshilfe des Themenfeldes der Untersuchung und als konkretes Hilfsmittel während der Erhebung. Er gibt dem Interviewer Orientierung und die Freiheit, das Gespräch an die Interviewsituation anzupassen sowie die Fragestellungen nach Verlauf des Gesprächs zu positionieren (Bogner et al. 2014, S. 27). Außerdem wird die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten durch den Leitfaden erleichtert (Bogner et al. 2014, S. 27).

Die Erfahrungen der diesbezüglichen Literatur zeigen, dass es sinnvoll ist, den Leitfaden in mehrere Module zu gliedern, die nach Bedarf kombiniert werden, da die Experten aus unterschiedlichen Fachdisziplinen stammen und verschiedene Themenschwerpunkte vertreten können. Diese Art der Gestaltung des Leitfadens gestattet einerseits die Vergleichbarkeit zwischen den Interviews, andererseits gestattet sie die zeitsparende und zielorientierte Durchführung (Bogner et al. 2014, S. 27 ff.; Lamnek 2005).

Der für diese Arbeit eingesetzte Leitfaden bestand aus folgenden fünf Modulen und wurde an den jeweiligen Interviewpartner angepasst:

Modul 1: Fragen zu Informationskanälen der Informationsbeschaffung bezüglich Gesundheit bzw. Gewichtsreduktion
Die Fragestellungen dieser Kategorie bezweckten die Herauskristallisierung bzw. Feststellung der Informationskanäle bezüglich Gesundheitsfragen und Gewichtsreduktion. Daraus können wahrscheinliche Wege der Implementierung bzw. der Umsetzung des Konzepts ermittelt werden.

Modul 2: Fragen zu Ursachen der Gewichtsproblematik
Die Fragestellungen dieser Kategorie wurden allen Experten gestellt, um die Ursachen des Problems Übergewicht und Adipositas in der Türkei zu erfassen. Mit diesen Fragen sollte ermittelt werden, welche Ursachen zu Gewichtsproblemen führen und ob die Ursachen kulturell bedingte Hintergründe besitzen. Daraus können weitere Ansatzpunkte bzw. nützliche Erkenntnisse zur kulturspezifischen Anpassung des europäischen Konzepts gewonnen werden.

Modul 3: Fragen zu Beweggründen des Abnehmens und Auswahl der Methoden

Die Fragen der dritten Kategorie nach den Beweggründen für die Gewichtsreduktion und nach der Begründung der Auswahl der Behandlungsmethode wurden allen Experten gestellt. Aufbauend auf die gewonnenen Aussagen kann der zielgruppenspezifischen Gestaltung des Konstrukts nähergekommen werden und können bestimmte Elemente des Konstrukts zielgruppenspezifisch hervorgehoben werden.

Modul 4: Fragen der Einstellung zu Ernährung und Bewegung

Das vierte Modul beschäftigt sich mit den wichtigen Fragestellungen der Einstellung zu Bewegung und Ernährung. Einstellungen zu Ernährung und Bewegung liefern wichtige Informationen über die zielgruppenspezifische Anpassung des europäischen Konzepts, da Ernährung und Bewegung zwei der wichtigsten Bausteine eines Gewichtsreduktionsprogramms darstellen.

Modul 5: Fragen zur inhaltlichen Gestaltung bzw. Anpassung und erfolgreichen Umsetzung eines Konstrukts zur Gewichtsreduktion in der Türkei

Die fünfte und letzte Kategorie beschäftigt sich mit der wichtigen Fragestellung über die Erwartungen der türkischen Übergewichtigen und mit der Erhebung der zur kulturspezifischen Gestaltung notwendigen Daten. Mit diesen Fragen soll ermittelt werden, welche Aspekte bei der kulturspezifischen inhaltlichen Gestaltung beachtet werden sollen. Die Fragen dieser Kategorie wurden Experten im Bereich Ernährung gestellt, da die Therapie grundsätzlich durch Ernährungsberater vollzogen wird. Modul 2 liefert zu diesem Modul zusätzliche Informationen.

3.4.3 Durchführung der Interviews

Pretest

Vorab wurde der Leitfaden zur Kontrolle der Interviewtauglichkeit und Verständlichkeit getestet (Bogner et al. 2014, S. 34; Lamnek 2005: Horst 2004). Das im Rahmen des Pretests durchgeführte Interview diente lediglich der Optimierung des Leitfadens und zur Erfassung der notwendigen Zeit für die Interviews und floss nicht in die Auswertung (Koch 2012, S. 65). Dieser Pretest wurde mit einem Experten im Bereich Fitness durchgeführt. Der Experte war in

der Lage, zu den meisten Modulen des Leitfadens eine Aussage und eine Bewertung der Fragestellung abzugeben.

Zu Beginn der Interviews wurden im Interviewprotokollbogen die relevanten, persönlichen und organisatorischen Daten des Experten, wie z. B. Name, Alter, Dauer des derzeit ausgeübten Berufs, Ort, Zeit sowie Dauer des Interviews, festgehalten (Anhang VI). Die Erfassung der persönlichen Daten ermöglichte es, neben der Beschreibung der Expertenauswahl den Expertenstatus und damit auch die Auswahl zu legitimieren.

Alsdann fand eine kurze Vorstellung des Promotionsvorhabens und die Begründung des Sinns und Zwecks der durchgeführten Interviews statt. Vor den Interviews wurde allen Experten die Anonymität und die vertrauliche Behandlung der erhobenen Daten zugesichert. Anschließend wurde von den Experten die Erlaubnis eingeholt, das Gespräch auf einen Ton-Träger aufzeichnen zu dürfen. Alle Experten erteilten eine mündliche Zusage, die durchgeführten Interviews aufzunehmen.

Insgesamt wurden neun Experten interviewt, wobei ein Interview zum Zweck des Pretests eingesetzt wurde und die Ergebnisse dieses Interviews nicht in die Auswertung einflossen. Die Experten setzten sich aus vier weiblichen und vier männlichen Experten, die 24 bis 55 Jahre alt und seit mindestens 5 bis 27 Jahren in ihrem derzeitigen Beruf tätig waren. Die Interviews fanden in dem Zeitraum von einem Monat statt. Alle wurden aus praktischen Gründen in Istanbul geführt. Die Interviews fanden in den jeweiligen Einrichtungen der Experten statt und dauerten einschließlich Vorinterviewphase zwischen 30 bis 60 Minuten

3.4.4 Datenerfassung und -auswertung nach Meuser und Nagel

Um die Gütekriterien Reliabilität und Validität der Daten zu prüfen, wurden alle Interviews von einer anderen Wissenschaftlerin analysiert. Die Ergebnisse der vorgenommenen Reduktionsschritte wurden geprüft. Dieser Prozess ist für einen validen Erkenntnisgewinn notwendig.

3.4.4.1 Transkription von Interviews

Alle geführten Experteninterviews, die mit Genehmigung der Experten auf Tonbandgerät aufgezeichnet wurden, wurden im Anschluss transkribiert (Meuser & Nagel 1997, S. 488). Die hieraus gewonnenen Transkriptionen bildeten die

Ausgangslage für die Auswertung. Die transkribierten Interviews in türkischer Sprache sind als Anhang VII beigefügt.

Es wurde eine wörtliche Transkription durchgeführt, da bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Meuser und Nagel der Inhalt des Interviews zentral ist (Meuser & Nagel 2009, S. 476 f.; Meuser & Nagel 2002, S.441 f.). Um die Lesbarkeit der Texte zu erhöhen, wurden Unvollständigkeiten, Wiederholungen und Füllwörter nicht übertragen und eventuelle grammatikalische Fehler korrigiert. Um die Interviews anonym auswerten zu können, wurde jedem Experten eine Ziffer zugeordnet. „E1“ bedeutete in diesem Zusammenhang „Experte 1“. Da die Nennung des Namens des Unternehmens die Anonymität des Experten gefährdet, wurde darauf verzichtet.

3.4.4.2 Auswertung nach Meuser und Nagel

Da es in dieser Arbeit in erster Linie um Informationsgewinnung geht, erfolgte die Auswertung der transkribierten Interviews mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Meuser und Nagel (Meuser & Nagel 2009, S. 476 f.). Für eine ausführliche Beschreibung sowie die Begründung der Auswahl dieser Methode wird hier an die Quelle „Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse“ verwiesen (Gläser & Laudel 2010).

Der Zweck des Einsatzes der Inhaltsanalyse ist es, „das überindividuell Gemeinsame herauszuarbeiten, Aussagen über Repräsentatives, über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanzstrukturen, Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationen und Deutungsmuster zu treffen“ (Meuser und Nagel 2002, S. 452; Bogner et al. 2014, S. 78; Horst 2004). Die Inhaltsanalyse konzentriert sich auf das Wissen der Experten. Durch die Befragung mehrerer Experten und das gewonnene Expertenwissen ist man in der Lage, ein vollständiges Bild von dem Untersuchungsgegenstand zu erhalten (Bogner et al. 2014, S. 78). Für die konkrete Auswertung schlagen Meuser und Nagel (2009) die folgenden nacheinander ablaufenden Auswertungsschritte vor (Meuser & Nagel 2009, S. 476 ff.; Meuser & Nagel 2002, S. 456 ff.):

1 **Paraphrase:** Der erste Schritt des Verdichtens von Textmaterial erfolgt mittels der Paraphrasierung. In diesem Schritt werden alle nicht inhaltsrelevanten Textbestandteile durchgestrichen. Die Aussagen von Experten werden textgetreu und in chronologischer Reihenfolge

wiedergegeben (Meuser & Nagel 2009, S. 476 ff.; Meuser & Nagel 2002, S. 456).

2 **Thematisches Ordnen:** Im nächsten Schritt werden die paraphrasierten Passagen mit themenrelevanten Überschriften versehen. Die Passagen, die gleiche oder ähnliche Themen behandeln, werden zusammengestellt; es wird eine Hauptüberschrift zum Zwecke der Übersicht und Vergleichbarkeit formuliert. Ein leitfadengestütztes Interview mit Experten ist bereits auf gewisse Themen konzentriert und lässt sich inhaltlich präziser abgrenzen sowie betiteln. Dadurch werden die Antworten direkt den einzelnen Fragenkategorien zugeordnet - leitfadenorientierte Kategorienbildung (Meuser & Nagel 2009). Im Prozess der Auswertung ist der Experte als Person unerheblich, da er nur das Medium zur Erlangung von relevanten Informationen darstellt. In dieser Phase findet auch die Trennung des Textes von der Person bzw. dem Experten statt (Bogner et al. 2002, S. 85; Meuser & Nagel 2002, S. 457 ff.).

3 **Thematischer Vergleich:** Erst bei dieser Phase erfolgt eine Auswertung über das einzelne Interview hinaus. Die Logik des Vorgehens entspricht der Überschriftenbildung. Hier wird nur nach thematisch vergleichbaren Passagen zwischen den Interviews gesucht. Ziel bei dem thematischen Vergleich der Textpassagen zwischen den Interviews ist eine weitere Verdichtung bzw. Reduktion des Datenmaterials. Hier erleichtert die leitfadenorientierte Kategorienbildung die Vergleichbarkeit zwischen den Interviews. Um Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Abweichungen und Widersprüche aufzuzeigen, werden mit Hilfe der Überschriften die vergleichbaren Textabschnitte zusammengefügt (Bogner et al. 2002, S. 85; Meuser & Nagel 2002, S. 459 ff.).

4 **Konzeptualisierung:** In diesem Schritt erfolgt die Ablösung von den Texten und auch von den Fachausdrücken der Experten. „Das Gemeinsame im Verschiedenen wird begrifflich gestaltet, d.h. in die Form einer Kategorie gegossen“ (Bogner et al. 2002, S. 85). Ziel ist eine Systematisierung von Bedeutungen, die Vereinheitlichung und Verallgemeinerung. Die Verallgemeinbarkeit bleibt ebenfalls auf die erhobenen Daten beschränkt (Meuser & Nagel 2002, S. 462 ff.).

5 **Theoretische Generalisierung:** Die letzte Stufe ist komplett vom Expertenwissen losgelöst und befasst sich nur mit soziologischen Theorien. Ziel ist es, die Kategorien und deren Zusammenhänge

untereinander systematisch einzuordnen und zu Typologien und Theorien zu verknüpfen (Meuser & Nagel 2009 S. 464; Bogner et al. 2002, S. 89; Meuser & Nagel 2002, S. 463 ff.).

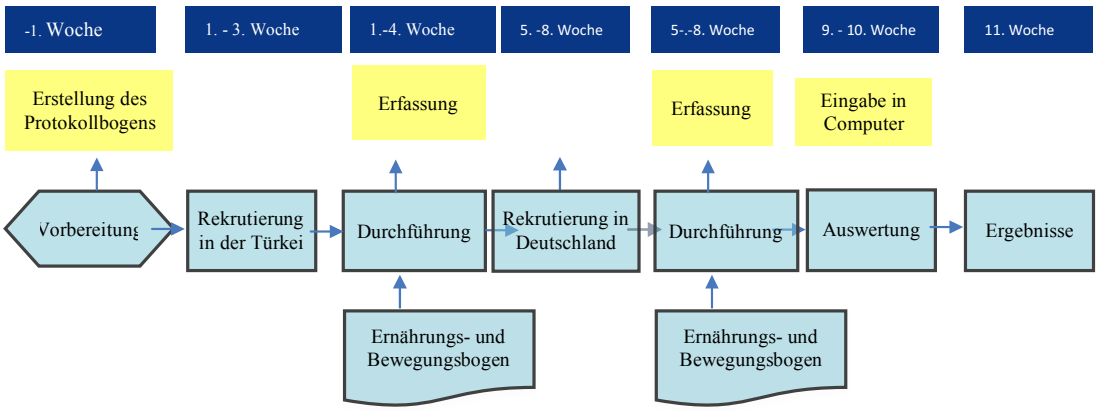
Bogner und Kollegen (2002) schlagen für das Ausmaß der Auswertung folgende Vorgehensweise vor, die abhängig von der Funktion des Experteninterviews ist. Wenn die Experteninterviews zur Ermittlung von Betriebswissen eingesetzt werden, ist die theoretische Generalisierung das Ziel. Geht es um die Erfassung des Kontextwissens bzw. liegt das Erkenntnissinteresse am Kontextwissen, kann die Auswertung auf der Stufe der (soziologischen) Konzeptualisierung beendet werden (Bogner et al. 2002, S. 89).

3.5 Erhebung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens mittels Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogen

Für die kulturspezifische Modifikation des Konzeptes ist die Erfassung des aktuellen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens von enormer Bedeutung. Die Gewohnheiten und die Vorlieben der Zielgruppe zu kennen und bei der Konzeptgestaltung zu berücksichtigen, erhöht die Akzeptanz und damit auch die schnelle Etablierung des Konzeptes. Das ist besonders wichtig in den Gesellschaften, die traditionell ausgerichtet sind und großen Wert auf Tradition legen (Hofstede 1993; Hofstede et al. 2017), da dies einen starken Einfluss auf die inhaltliche Zusammensetzung des Ernährungs- und Bewegungsmoduls hat.

Ernährungs- und Bewegungsprotokoll ermöglichen die Analyse von Ernährungs- und Bewegungsverhalten bzw. -gewohnheiten einer bestimmten Personengruppe unter realen Bedingungen in einem bestimmten Zeitraum, da keinerlei Einflussfaktoren auf Ernährungs- und Bewegungsverhalten ausgeübt oder diese kontrolliert werden (De Castro 1994).

Abbildung 30: Ablauf der Erhebung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens



Das Ernährungs- und Bewegungsprotokoll bietet im Rahmen der vorliegenden Arbeit exzellente Möglichkeiten, die zielgruppenspezifisch relevanten Daten bezüglich des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens von in der Türkei lebenden Menschen sowie von in Deutschland lebenden Türkeistämmigen zu erfassen.

3.5.1 Aufbau und Inhalt des Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogens

In der vorliegenden Untersuchung wird aus Gründen der Relevanz nur auf die Bereiche Bewegungsverhalten in der Freizeit (Häufigkeit und Dauer) sowie auf Ernährungsverhalten (Verzehrstruktur und Inhalt auf Mahlzeitebene sowie Häufigkeit der Mahlzeiten) eingegangen. Für die Ermittlung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens wurden für den Einsatz konzipierte Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogen eingesetzt. Die Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogen beinhalten mehrere Module, die nachfolgend erläutert werden.

Abbildung 31: Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogen

Persönliche Daten	**Name**		**Größe**		**Gewicht:**	**Alter**	**Geschlecht**	**Beruf**
ERNÄHRUNGSMODUL							**BEWEGUNGSMODUL**	
Tag	**Frühstück**	**Zwischen**	**Mittag**	**Zwischen**	**Abend**	**Zwischen**	**Tätigkeit und Dauer**	**Art und Dauer der Sport**
Montag								
Dienstag								
Mittwoch								
Donnerstag								
Freitag								
Samstag								
Sonntag								

Im ersten Bereich des Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogens wurden die persönlichen Daten der Protokollanten wie Name, Alter, Gewicht, Größe und Beruf erhoben, um die zielgruppenspezifischen Interpretationen der Ergebnisse zu erleichtern und zwischen zwei Erhebungsstandorten den Vergleich zu ermöglichen.

Der zweite Bereich des Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogens ermöglichte die Erfassung von Ernährungsverhalten bzw. -gewohnheiten, um die für die zielgruppenspezifische Gestaltung notwendigen Daten auf Mahlzeitebene zu erfassen. Im Modul Ernährung wurden folgende Items erhoben: Häufigkeit der Mahlzeiten, Verzehrstruktur auf Mahlzeitebene (verzehrte Speisen, Beilagen und Nachspeisen sowie Art der Getränke). In dem vorbereiteten Protokollbogen wurden, um den zeitlichen Ablauf des Verzehrs unterscheiden zu können, die

Mahlzeiten in Blöcke aufgeteilt, nämlich Frühstück, Zwischenmahlzeit 1, Mittagessen, Zwischenmahlzeit 2, Abendessen, Zwischenmahlzeit 3.

Danach wurden im Rahmen des Bewegungsmoduls folgende Items erhoben: Die Art der verrichteten Tätigkeit (Arbeit), die Art der körperlichen Aktivität in der Freizeit, die Häufigkeit der körperlichen Aktivität in der Freizeit pro Woche und die Dauer der körperlichen Aktivität pro Einheit.

3.5.2 Rekrutierung von Protokollanten

In der vorliegenden Arbeit wurden 30 Personen in der Türkei und 30 in Deutschland lebende Türkeistämmige gebeten, ein 7-tägiges Ernährungs- und Bewegungsprotokoll zu führen. Die weiteren 15 Protokollbogen, die nicht vollständig ausgefüllt waren, wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Auch hier beeinflusste die Schreib- und Lesekompetenz der Protokollanten die Erhebung der notwendigen Daten. Die Teilnehmer für diesen Teil der Arbeit wurden im Freundes- bzw. Bekanntenkreis rekrutiert.

3.5.3 Durchführung

Die erste Erhebungsphase fand von Mai bis Juli 2015 in der Türkei statt, die zweite Erhebungsphase erfolgte im August und September 2015 in Köln (NRW) bzw. in Trostberg (Bayern) (Wohnorte des Studienleiters). Das tägliche Schreiben des Protokolls dauerte ca. 5-10 Minuten, die Protokollierer schätzten den Verzehr von Lebensmittelmengen ab oder gaben diesen in üblichen Haushaltmaßen wie Gläser, Teller oder Portionen an. Alle Teilnehmer wurden zuvor persönlich vom Studienleiter in die Führung des Ernährungs- und Bewegungsprotokolls eingewiesen, um eine möglichst einheitliche Eintragung und eine gute Vergleichbarkeit der erhobenen Daten zu erreichen. Die Protokollanten notierten täglich ihr Ernährungs- und Bewegungsverhalten in den Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogen, um wie bei der Recall-Methode infolge mangelnden Erinnerungsvermögens eine fehlende Eintragung zu vermeiden. Die Dauer der Erhebung wurde in Deutschland durch die Sommerferien beeinflusst, da die in Deutschland lebenden Türkeistämmigen sich während des Sommers in der Türkei aufhielten und für die Führung von Ernährungs- und Bewegungsprotokollen nicht gewonnen werden konnten.

3.5.4 Datenerfassung und -auswertung

Von jedem Protokollanten wurden sieben Protokolle, die jeweils einen Tag behandeln, ausgefüllt. Somit wurden in dieser Arbeit insgesamt 420 individuelle Ernährungs- und Bewegungsprotokolle ausgewertet. Für die Erfassung und Auswertung der Daten sowie die grafische Darstellung der Ergebnisse in Form von Tabellen und Abbildungen wurde das Datenverarbeitungsprogramm Microsoft Excel Version 2011 für Mac und SPSS Version 25 verwendet.

Vor der Auswertung der erhobenen Daten wurden als Ausgangsdateien zunächst zwei EXCEL-Tabellen (für jeden Erhebungsstandort getrennt) angelegt. Die Tabellen erhielten dabei folgende Parameter, die einerseits einen Vergleich zwischen den Gruppen ermöglichen und andererseits als Basis für die kulturspezifische Gestaltung verwendet wurden:

- Persönliche Daten: Alter, Größe, Gewicht, Geschlecht und Beruf der Protokollanten
- Sortierung nach Mahlzeiten (Frühstück, Mittagsessen und Abendessen)
- Verzehrstruktur auf Mahlzeitebene (Hauptspeisen, Beilagen, Getränke, Backwaren usw.)
- Aktivitätsverhalten in der Freizeit: Häufigkeit pro Woche, Dauer und Art der körperlichen Aktivität

Der Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogen beinhaltete hauptsächlich nominale (Art der Speisen, Geschlecht und Beruf) sowie metrischen Variablen (Alter, Dauer und Häufigkeit der Aktivitäten) zur Erfassung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens. Aufgrund dessen wurde für die Auswertung der Daten hauptsächlich mit Häufigkeitszählungen deskriptiv und explorativ gearbeitet, um wahrscheinliche Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede zwischen zwei Standorten zu bestimmen (Behnke et al. 2006).

Im Rahmen der Auswertung des Ernährungsmoduls wurden die folgenden studienrelevanten Parameter bestimmt:

- Verzehrstruktur auf Mahlzeitebene (Frühstück, Mittagsessen und Abendessen): Die Auswertung der Zwischenmahlzeiten erfolgte nicht, da nichts Nennenswertes eingetragen wurde; damit bestätigt sich die Untersuchung von TOAD, wonach nur 4,4 % der Bevölkerung

Zwischenmahlzeiten zu sich nehmen (TOAD 2012).
- Auswertung nach Verzehrhäufigkeiten ausgewählter Lebensmittel bzw. Gerichte auf Mahlzeitebene.
- Separate Erfassung der Getränke zu den Mahlzeiten und deren Verzehrhäufigkeit.

3.6 Statistik

Alle erhobenen Daten wurden in Excel-Datenbanken erfasst, anschließend in die Softwareprogramme SPSS® Version 25 exportiert und ausgewertet. Das Datenverarbeitungsprogramm Microsoft Excel® Version 2016 für Mac und die Statistik- und Analyse-Software SPSS® Version 25 wurden auch für die grafische Darstellung der Ergebnisse in Form von Tabellen und Abbildungen eingesetzt.

Interventionsstudie
In der statistischen Analyse wurden nur sieben Probanden berücksichtigt, da nur von diesen vollständigen Datensätzen für beide Untersuchungszeitpunkte (t0, t1) vorlagen. Zunächst erfolgte im Rahmen der deskriptiven Statistik die Darstellung der Verteilungseigenschaften der wichtigsten erfassten Daten (anthropometrische Parameter, Ergebnisse der Blutuntersuchung, BIA-Messung etc.) als arithmetischer Mittelwert (mw) und Standardabweichung (sw) sowie in minimalen (min) und maximalen (max) Werten. Aufgrund der geringen Anzahl an Probanden wurde eine nichtparametrische Auswertung der Daten durchgeführt. Um das Vorliegen der statistischen Signifikanz bezüglich der Effekte der Intervention (Pre-Post) zu überprüfen, wurde für die abhängigen Stichproben der Wilcoxon-Paarvergleichstest verwendet.

Befragung
Die Daten wurden auf standardisierten Fragebögen erfasst, die zu einem späteren Zeitpunkt in die vorbereitete computerbasierte Excel-Datenbank eingegeben und anschließend in die Softwareprogramme SPSS® Version 25 exportiert und ausgewertet wurden. Im Rahmen der deskriptiven Statistik erfolgte sowohl die Darstellung der Verteilungseigenschaften der erhobenen Daten mittels des arithmetischen Mittelwertes (mw) und der Standardabweichung (sw) als auch die Beschreibung der Studienpopulation, wobei hauptsächlich Häufigkeitszählungen, Chi-Quadrat und Kreuztabellen angewendet wurden. Diese Daten wurden anschließend mit dem Chi-Quadrat-Test auf Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen (Frauen vs. Männer) geprüft.

Ernährungs- und Bewegungsprotokolle

Die für die Arbeit relevanten Parameter der 420 verwertbaren Ernährungs- und Bewegungsprotolle wurden in Excel-Datenbanken erfasst und anschließend in die Softwareprogramme SPSS® Version 25 exportiert und ausgewertet. Mittels deskriptiver Statistik erfolgte sowohl die Darstellung der Verteilungseigenschaften der erhobenen Daten (anthropometrische Parameter, Dauer und Häufigkeit des Aktivitätsverhaltens in der Freizeit etc.) mittels arithmetischen Mittelwertes (MW) und Standardabweichung (SW) als auch die Beschreibung der Studienpopulation, wobei der unabhängige T-Test für unabhängige Stichproben und Kreuztabellen sowie der Pearson-Korrelationskoeffizient angewendet wurden. Um das Vorliegen statistischer Signifikanz bezüglich der länderspezifischen Unterschiede der zwei Gruppen (TR-DE) zu überprüfen, wurde der T-Test für unabhängige Stichproben verwendet (Benninghaus 2001). Mittels des Pearson-Korrelationskoeffizienten konnte der Zusammenhang zwischen zwei metrischen Merkmalen beschrieben werden, z.B. welche Rolle Geschlecht und Beruf im Zusammenhang mit dem Bewegungsumfang spielten.

Die statistische Signifikanz beschreibt die Wahrscheinlichkeit, dass ein gemessener Unterschied nicht auf Zufälligkeit beruht. Die Höhe der Irrtumswahrscheinlichkeit (p) drückt sich im Signifikanzniveau aus. Sämtliche statistische Prüfungen wurden mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p \leq 0{,}05$ als signifikant angenommen sowohl beim T-Test und Wilcoxon als auch bei dem Chi-Quadrat-Test. In der nachfolgenden Tabelle 26 werden die Richtwerte für das Signifikanzniveau und Z-Werte für unterschiedliche Konfidenzniveaus sowie die Einordnung des Korrelationskoeffizienten „r“ dargestellt.

Tabelle 26 Richtwerte für das Signifikanzniveau (p-Werte und Z-Werte) sowie des Pearson-Korrelationskoeffizienten (in Anlehnung an BÜHL 2008)

p-Wert	Interpretation	Z-Wert	Konfidenz-niveau	Wert	Interpretation Pearson-Korrelationskoeffizienten
$p > 0{,}05$	nicht signifikant	< -1,65 oder > +1,65	90%	$r \leq 0{,}2$	sehr geringe Korrelation
$p \leq 0{,}05$	signifikant	< -1,96 oder > +1,96	95%	$0{,}2 < r \leq 0{,}5$	geringe Korrelation
$p \leq 0{,}01$	sehr signifikant	< -2,58 oder > +2,58	99%	$0{,}5 < r \leq 0{,}7$	mittlere Korrelation
$p \leq 0{,}001$	hoch signifikant			$0{,}7 < r \leq 0{,}9$	hohe Korrelation
				$r > 0{,}9$	sehr hohe Korrelation

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der studienrelevanten Ergebnisse der Ernährungs- und Bewegungsintervention, der Befragung mit beratungssuchenden Übergewichtigen und der leitfadengestützten Experteninterviews sowie der Ernährungs- und Bewegungsprotokolle aus der Türkei und aus Deutschland.

4.1 Ergebnisse der Interventionsstudie

Die Ergebnisse der Interventionsstudie werden im Folgenden in graphischer und in tabellarischer Form dargestellt und erläutert. Die Untersuchungsergebnisse werden anhand des Mittelwerts (mw), der Standardabweichung (sw), des Minimums (min) und des Maximums (max) dargestellt. Sie setzen sich aus den in der Eingangsuntersuchung (t0) und der Kontroll- bzw. Abschlussuntersuchung (t1) gewonnenen studienrelevanten Daten zusammen. Allerdings liegen zu den Untersuchungszeitpunkten unterschiedliche bzw. teils nur wenige Fallzahlen vor, da im Verlauf der Studie aus gesundheitlichen oder familiären Gründen einige Probanden vorübergehend oder komplett nicht an der Studie teilnehmen konnten. Außerdem nahm die Probandenzahl im fortgeschrittenen Interventionszeitraum durch Ausscheiden aus der Untersuchung ab.

4.1.1 Die studienrelevanten anthropometrischen Parameter

4.1.1.1 Anthropometrische Parameter zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0)

In der Tabelle 27 sind die anthropometrischen Parameter der Probanden zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) dargestellt. Die Probanden waren im Mittel 38,50 ± 7,50 (mw ± sw) Jahre alt, 163,00 ± 5,00 cm groß und 87,30 ± 13,90 kg schwer und ihr BMI-Wert betrug im Mittel 32,90 ± 4,70 kg/m^2. Der Taillenumfang der Probanden lag im Mittel bei 105,00 ± 9,10 cm.

Tabelle 27: Anthropometrische Parameter der Probanden zum Beginn der Intervention (t0).

Parameter	n	mw ± sw	Spanne (min-max)
Alter (J)	30	38,50 ± 7,50	24 - 52
Größe (cm)	30	163,00 ± 5,00	150 - 173
Gewicht (kg)	30	87,30 ± 13,90	69,00 - 117,00
BMI (kg/m^2)	30	32,90 ± 4,70	26,00 - 44,90
Taillenumfang (cm)	30	105,00 ± 9,10	91,00 - 119,00

Von 30 Probanden waren 12 (40 %) übergewichtig nach WHO-Klassifizierung und 18 adipös (60 %). Gemäß WHO-Klassifizierung wiesen sechs Personen Grad I Adipositas, 11 Personen Grad II und eine Person Grad III auf [WHO 2016c].

4.1.1.2 Anthropometrische Parameter zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1)

Es lagen zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) nur von sieben Probanden vollständige Datensätze vor. In der Tabelle 28 sind die anthropometrischen Parameter dieser Probanden zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) abgebildet.

Tabelle 28: Anthropometrische Parameter zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1)

Parameter	n	mw ± sw	Spanne (min-max)
Alter (Jahren)	7	41,7 ± 7,5	31 - 52
Gewicht (kg)	7	82,5 ± 16,00	60 -108
BMI (kg/m^2)	7	31,24 ± 3,73	25,3 - 36,8
Taillenumfang (cm)	7	92,9 ± 9,6	78 - 108

Die Probanden waren bei der Abschlussuntersuchung (t1) im Mittel 41,7 ± 7,5 Jahre alt, 1,62 ± 7,9 cm groß, im Durchschnitt 82,5 ± 16,0 kg schwer und ihr BMI-Wert betrug im Mittel 31,24 ± 3,73 kg/m^2. Der Taillenumfang der Probanden lag am Ende der Intervention (t1) im Mittel bei 92,9 ± 9,6 cm.

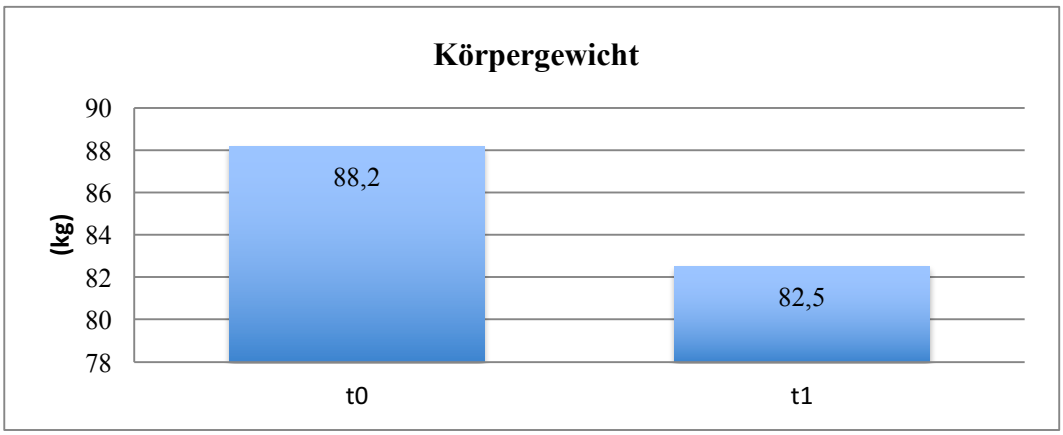
4.1.1.3 Entwicklung der anthropometrischen Parameter von t0 zu t1

In der Tabelle 29 sind die Ergebnisse der sieben Probanden, die die Intervention erfolgreich beendet haben, zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) und zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) gegenübergestellt.

Tabelle 29: Entwicklung der anthropometrischen Parameter von t0 zu t1

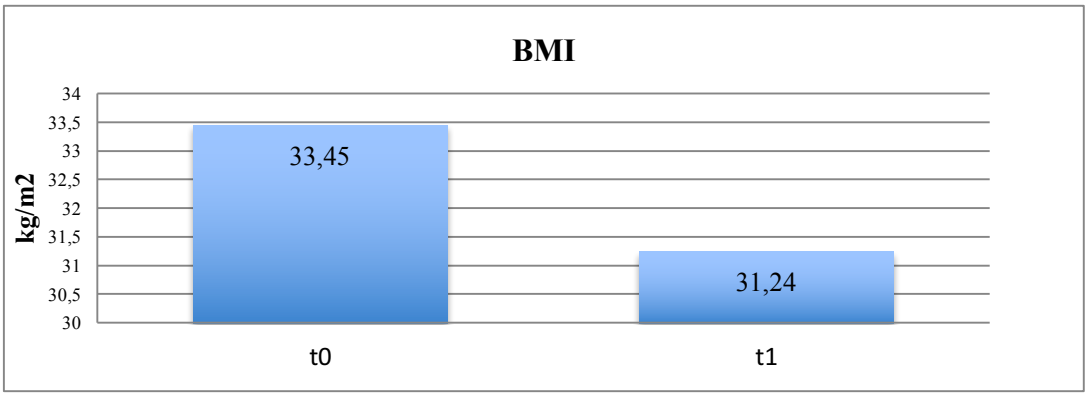
Parameter	n	Eingangsunter-suchung(t0) mw ± sw	Abschlussunter-suchung (t1) mw ± sw	Differenz	Prozent %	p-Wert
Gewicht (kg)	7	88,2 ±16,0	82,5 ± 16,0	- 5,70	6,4	0,018
BMI (kg/m^2)	7	33,45 ± 3,61	31,24 ± 3,73	- 2,21	6,4	0,018
Taillenumfang (cm)	7	103,7 ± 9,6	92,9 ± 9,6	- 10,8	10,4	0,018

Abbildung 32: Entwicklung der Mittelwerte des Körpergewichts von t0 – t1 (n= 7)



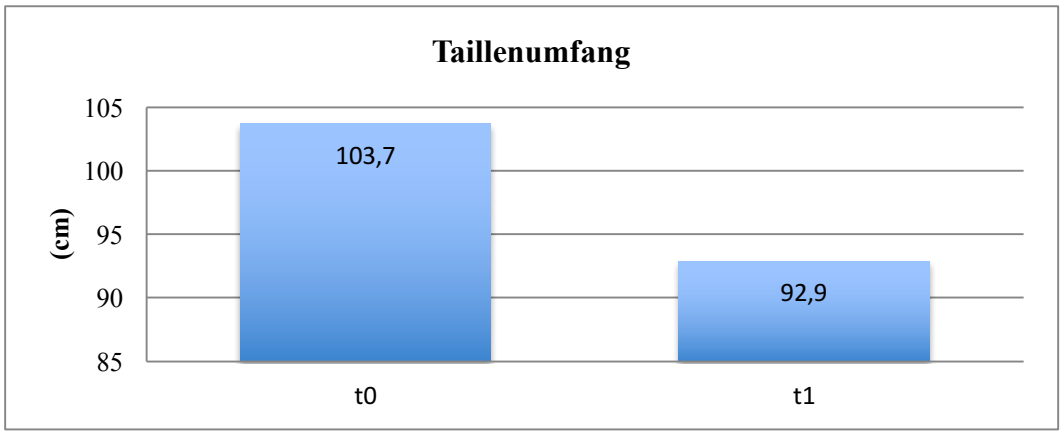
Zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) lag das Körpergewicht der sieben Probanden, die die Studie erfolgreich abgeschlossen haben, im Durchschnitt bei 88,2 ± 16,0 kg. Zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung konnte eine signifikante Abnahme des mittleren Körpergewichts auf 82,5 ± 16,0 kg belegt werden. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte einen signifikanten Unterschied (z = -2.371, p = .018) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen.

Abbildung 33: Entwicklung der Mittelwerte des BMI von t0 – t1 (n= 7)



Gemäß den Veränderungen des mittleren Körpergewichtes kam es auch zu einer Abnahme des BMIs im Verlauf der Studie. Zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) lag der Body Mass Index (BMI) der Probanden im Mittel bei 33,45 ± 3,61 kg/m^2. Zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) konnte eine signifikante Abnahme des mittleren BMI auf 31,24 ± 3,73 kg/m^2 (6,4%) diagnostiziert werden. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte einen signifikanten Unterschied (z = -2.366, p = .018) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen.

Abbildung 34: Entwicklung der Mittelwerte des Taillenumfangs von t0 – t1 (n= 7)



Der Taillenumfang lag zu Beginn der Studie (t0) bei den sieben Probanden, die die Studie erfolgreich abgeschlossen haben, im Mittel bei 103,7 ± 9,6 cm. Auch hier konnte zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) eine signifikante Abnahme des durchschnittlichen Taillenumfangs auf 92,9 ± 9,6 cm festgestellt werden. Der Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben konnte einen signifikanten Unterschied (z = -2.371, p = .018) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen.

4.1.2 Körperzusammensetzung

4.1.2.1 Zum Zeitpunkt der Eignungsuntersuchung (t0)

In der Tabelle 30 sind die mittels BIA-Messung ermittelten Parameter der Probanden zum ersten Untersuchungszeitpunkt (t0) abgebildet.

Tabelle 30: Körperzusammensetzung bei der Eingangsuntersuchung (t0)

Parameter	(n)	mw ± sw	Spanne (min-max)
Körperfett (kg)	28	38,94 ± 11,52	23,90 - 63,80
Körperwasser (Liter)	28	40,78 ± 5,13	32,70 - 52,10
Magermasse (BCM plus ECM) (kg)	28	55,71 ± 7,01	44,70 - 71,20
ECM (kg)	28	27,16 ± 3,64	21,50 - 34,60
BCM (kg)	28	28,54 ± 3,86	21,70 - 36,60
ECM/BCM Index	28	0,96 ± 0,10	0,78 - 1,17
% Zellanteil (Anteil BCM i.d. Magermasse)	28	51,22 ± 2,52	46,10 - 56,10
Grundumsatz (kcal)	28	1517,14 ± 122,65	1300,00 - 1770,00
Phasenwinkel (°)	28	5,87±0,51	4,90-6,90

4.1.2.2 Zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1)

In der Tabelle 31 sind die mittels BIA ermittelten Parameter der sieben Probanden zum Zeitpunkt der Kontroll- bzw. Abschlussuntersuchung (t1) abgebildet.

Tabelle 31: Körperzusammensetzung zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1)

Parameter	n	Abschlussuntersuchung (t1) mw ± sw	Spanne (min-max)
Körperfett (kg)	7	31,8 ± 10,6	16,90 - 47,2
Körperfett in %	7	37,0 ± 6,0	28,2 - 43,7
Körperwasser (Liter)	7	37,0 ± 4,6	31,3 - 45,0
Magermasse (BCM plus ECM) (kg)	7	50,4 ± 6,1	42,7 - 61,0
ECM (kg)	7	23,8 ± 3,1	18 - 28
BCM (kg)	7	27,1 ± 3,7	22,9 - 33,4
ECM/BCM Index	7	0,90 ± 0,1	0,73 - 1,07
Grundumsatz (kcal)	7	1432,9 ± 147,8	1340,0 - 1670,0
Phasenwinkel Xc/R (°)	7	6,4 ± 0,6	5,3 - 7,3

4.1.2.3 Entwicklung der Körperzusammensetzung von t0 zu t1

In der Tabelle 32 sind die Ergebnisse zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) und der Kontroll- bzw. Abschlussuntersuchung (t1) der Intervention gegenübergestellt.

Tabelle 32: Entwicklung mittels BIA ermittelte Parameter von t0 zu t1

Parameter	n	Eingangsuntersuchung (t0)	Abschlussuntersuchung (t1)	Differenz	Prozent %	p-Wert
Körperfett (kg)	7	37,7 ± 9,3	31,8 ± 10,6	- 5,9	15,64	0,018
Körperfett in %	7	41,5 ± 4,0	37,0 ± 6,0	- 4,5	10,84	0,018
Körperwasser (Liter)	7	40,4 ± 6,6	37,0 ± 4,6	- 3,4	8,41	0,042
Magermasse (BCM plus ECM) (kg)	7	55,2 ± 9,0	50,4 ± 6,1	- 4,8	8,69	0,034
ECM (kg)	7	27,2 ± 4,3	23,8 ± 3,1	- 3,4	12,50	0,018
BCM (kg)	7	27,9 ± 5,2	27,1 ± 3,7	- 0,8	2,86	0,553
ECM/BCM Index	7	1 ± 0,1	0,90 ± 0,1	- 0,1	10	0,018
Grundumsatz (kcal)	7	1428,57 ± 136,73	1432,9 ± 147,8	4,33	0,3	0,28
Phasenwinkel Xc/R (°)	7	5,8 ± 0,6	6,4 ± 0,6	0,6	10	0,075

Zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) lag das Körperfett in Kilogramm der sieben Probanden bei der BIA-Messung im Durchschnitt bei 37,7 ± 9,3 kg. Zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung konnte eine signifikante Abnahme des mittleren Körperfetts auf 31,8 ± 10,6 kg belegt werden. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte einen signifikanten Unterschied (z = -2.366, p = .018) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen. Bei allen Probanden war eine deutliche Verringerung des Körperfetts im Laufe der Studie von 0,8 kg bis maximal 7,0 kg zu belegen.

Zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) lag der Körperfettanteil in % der sieben Probanden im Durchschnitt bei 41,5 ± 4,0 %. Zum Ende der Studie (t1) konnte eine signifikante Abnahme des mittleren Körperfettanteils auf 37,0 ± 6,0 % belegt werden. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte einen signifikanten Unterschied (z = -2.366, p = .018) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen. Bei allen Probanden war eine deutliche Verringerung des Körperfettanteils im Lauf der Studie über 10,84 % zu beobachten.

Zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) lag das Körperwasser der sieben Probanden bei der BIA-Messung im Durchschnitt bei 40,4 ± 6,6 Liter. Zum Ende

der Studie (t1) konnte eine signifikante Abnahme des mittleren Körperwassers auf 37,0 ± 4,6 Liter belegt werden. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte einen signifikanten Unterschied (z = -2.032, p = .042) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen.

Zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) lag die Magermasse der sieben Probanden bei der BIA-Messung im Durchschnitt bei 55,2 ± 9,0 kg. Zwischen Eingangs- (t0) und Abschlussuntersuchung (t1) konnte eine signifikante Abnahme der durchschnittlichen Magermasse auf 54,4 ± 6,1 kg festgestellt werden. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte einen signifikanten Unterschied (z = -2.120, p = .034) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen.

Zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) lag die ECM der sieben Probanden bei der BIA-Messung im Durchschnitt bei 27,2 ± 4,3 kg. Zum Ende der Studie konnte eine signifikante Verringerung der mittleren ECM auf 23,8 ± 3,1 kg belegt werden. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte einen signifikanten Unterschied (z = -2.366, p = .018) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen.

Zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0) lag die BCM der sieben Probanden bei der BIA-Messung im Mittel bei 27,89 ± 5,2 kg. Zum Ende der Studie konnte keine signifikante Abnahme der mittleren BCM auf 27,1 ± 3,7 kg belegt werden. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte keinen signifikanten Unterschied (z = -.593, p = .553) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen.
Zu Beginn der Studie lag der ECM/BCM Index der sieben Probanden bei der BIA-Messung im Durchschnitt bei 1 ± 0,1. Zum Ende der Studie konnte eine signifikante Abnahme des mittleren ECM/BCM Index auf 0,9 ± 0,1 belegt werden. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte einen signifikanten Unterschied (z = -2.366, p = .018) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen.
Zu Beginn der Studie lag der Grundumsatz der 7 Probanden bei der BIA-Messung im Durchschnitt bei 1428,57 ± 136,73 kcal. Zum Ende der Studie konnte keine signifikante Zunahme des mittleren Grundumsatzes auf 1432,9 ± 147,8 kcal belegt werden. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte keinen signifikanten Unterschied (z = -1.063, p = .28) zwischen den beiden

Messzeitpunkten nachweisen.
Zu Beginn der Studie lag der Phasenwinkel der 28 Probanden bei der BIA-Messung im Durchschnitt bei 5,8 ± 0,6°. Zum Ende der Studie konnte keine signifikante Zunahme des mittleren Phasenwinkels auf 6,4 ± 0,6° belegt werden. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte keinen signifikanten Unterschied (z = -1.778, p = .075) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen.

4.1.3 Die studienrelevanten Laborparameter

4.1.3.1 Zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0)

In Tabelle 33 finden sich die studienrelevanten Laborparameter der Probanden zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0).

Tabelle 33: Laborparameter zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0).

Parameter	n	mw ± sw	Spanne (min-Max)	Standardwerte
Triglyzeride mg/dl	26	136,61 ± 46,30	50 - 227	0 - 150
Gesamtcholesterin mg/dl	26	214,53 ± 37,11	149 - 308	0 - 200
HDL-Cholesterin mg/dl	26	50,5 ± 7,65	37 - 70	35 - 70
LDL- Cholesterin mg/dl	26	130,95 ± 27,50	86 - 192	0 - 130
Gamma-GT (GGT) U/L	22	17,95 ± 6,35	9 - 34	0 - 38
Nüchternglucose mg/dl	26	96,76 ± 6,68	85 - 112	74 - 106
HbA1c %	7	5,49 ± 0,87	4,16 - 6,9	4.8 - 5.6

Die Mittelwerte der Triglyzeride lagen bei 136,61 ± 46,30 mg/dl, das Gesamtcholesterin im Mittel bei 214,53 ± 37,11 mg/dl, HDL- Cholesterin bei 50,5 ± 7,65 mg/dl und LDL- Cholesterin bei 130,95 ± 27,50 mg/dl.
Die Nüchternglucose von 26 Probanden lag im Mittel bei 96,76 ± 6,68 mg/dl, der HbA1c-Wert der sieben Probanden im Mittel bei 5,49 ± 0,87 % und Gamma-GT U/L von 22 Probanden im Mittel bei 17,95 ± 6,35.

4.1.3.2 Zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1)

In Tabelle 34 sind die studienrelevanten Laborparameter der sieben Probanden, die die Intervention erfolgreich abgeschlossen haben, zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) abgebildet.

Tabelle 34: Die Laborparameter zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1)).

Parameter	n	mw ± sw	Spanne	Standartwerte
Triglyzeride mg/dl	7	104,75 ± 33,83	52 - 154	0 - 150
Gesamtcholesterin mg/dl	7	218 ± 26,79	186 - 267	0 - 200
HDL-Cholesterin mg/dl	7	50,00 ± 6,18	39 - 59	35 - 70
LDL- Cholesterin mg/dl	7	168,33 ± 31,21	134 - 195	0 - 130
Gamma- GT (GGT) U/L	4	11,75 ± 0,95	11 - 13	0 - 38
Nüchternglucose mg/dl	7	92,57 ± 5,59	85 - 103	74 - 106
HbA1Cc%	3	5,13 ± 0,15	5 - 5,3	4.8 - 5.6

Die Mittelwerte der Triglyzeride lagen bei 104,75 ± 33,83 mg/dl, das Gesamtcholesterin im Mittel bei 218 ± 26,79 mg/dl, HDL- Cholesterin bei 50,00 ± 6,18 mg/dl und LDL- Cholesterin bei 168,33 ± 31,21 mg/dl, Gamma-GT U/L von vier Probanden bei 11,75 ± 0,95, Nüchternglucose im Mittel 92,57 ± 5,59mg/dl und der HbA1c-Wert von drei Probanden lag durchschnittlich bei 5,13 ± 0,15 %.

4.1.3.3 Entwicklung der Laborparameter von t0 zu t1

In der Tabelle 35 sind die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung (t0) und Kontroll- bzw. Abschlussuntersuchung (t1) gegenübergestellt.

Tabelle 35: Entwicklung der Laborparameter von t0 zu t1

Parameter	n	Eingangsunter-suchung (t0) mw ± sw	Abschlussuntersuchung (t1) mw ± sw	Differenz	p-Wert
Triglyzeride mg/dl	7	151,0 ± 41,06	112,3 ± 28,39	-31,86	0,028
Gesamtcholesterin mg/dl	7	226,3 ± 38,55	218 ± 28,94	-8,3	0,61
HDL-Cholesterin mg/dl	7	49 ± 7,57	49,6 ± 6,55	0,60	0,553
LDL- Cholesterin mg/dl	7	137,7 ± 23,37	145,7 ± 29,39	8	0,237
Gamma-GT (GGT) U/L	3	17,4 ± 5,47	12,0 ± 1,00	-5,4	0,854
Nüchternglucose mg/dl	7	97,3 ± 4,23	93,00 ± 5,92	-4,19	0,018
HbA1c %	3	5,49±0,87	5,1 ± 0,15	-0,39	0,16

Lipidstoffwechsel

Im Laufe der Bewegungs- und Ernährungsintervention sanken die Triglyzeride bei den Probanden signifikant um 31,86 mg/dl (31,86 %) auf 112,3 ± 28,39. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte einen signifikanten Unterschied (z = -2.197, p = .028) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen. Im gleichen Zeitraum (t0 –t1) reduzierte sich das Gesamtcholesterin der Probanden leicht (nicht signifikant) um 8,3 mg/dl und lag im Mittel bei 218,00 mg/dl. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte keinen signifikanten Unterschied (z = -.508, p = .61) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen. Das HDL-Cholesterin stieg bei den Probanden nicht signifikant um 0,60 mg/dl an und lag zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) im Mittel bei 49,6 ± 6,55 mg/dl. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte keinen signifikanten Unterschied (z = -.594, p = .553) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen. Im Laufe der Bewegungs- und Ernährungsintervention (t0 – t1) stieg demgegenüber das LDL-Cholesterin bei Probanden nicht signifikant von 137,7 ± 23,37 auf um 8 mg/dl an und lag zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) im Mittel bei 145,7 ± 29,39. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte keinen signifikanten Unterschied (z = -1.183, p = .237) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen.

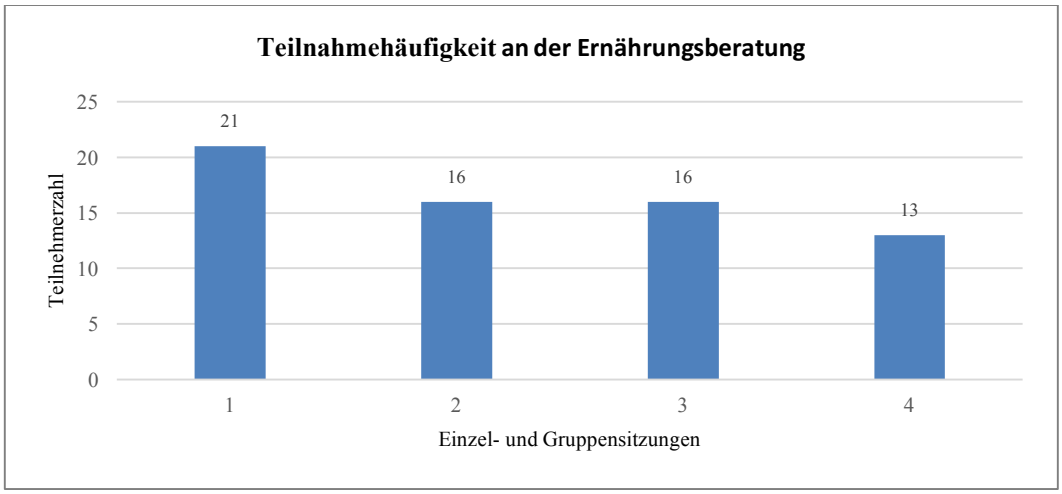
Zuckerstoffwechsel

Im Laufe der Intervention (t0 – t1) sank der Gamma-GT-Wert bei den Probanden nicht signifikant um 5,4 U/L (31,00 %) (p = 0,854) und lag zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung bei 12,0 ± 1,00 U/L. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte keinen signifikanten Unterschied (z = -.184, p = .854) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen. Die Nüchternglucose sank bei den Probanden signifikant um 4,19 mg/dl (4,33 %) und lag zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) im Mittel bei 93,00 ± 5,92 mg/dl. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte einen signifikanten Unterschied (z = -2.375, p = .018) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen. Die HbA1c (%) sank bei drei Probanden im gleichen Zeitraum nicht signifikant um 0,39 (6,75 %) auf 5,1 ± 0,15 %. Der Wilcoxon - Test für abhängige Stichproben konnte keinen signifikanten Unterschied (z = -1.214, p = .225) zwischen den beiden Messzeitpunkten nachweisen.

4.1.4 Ergebnisse der Ernährungs- und Bewegungsinterventionen

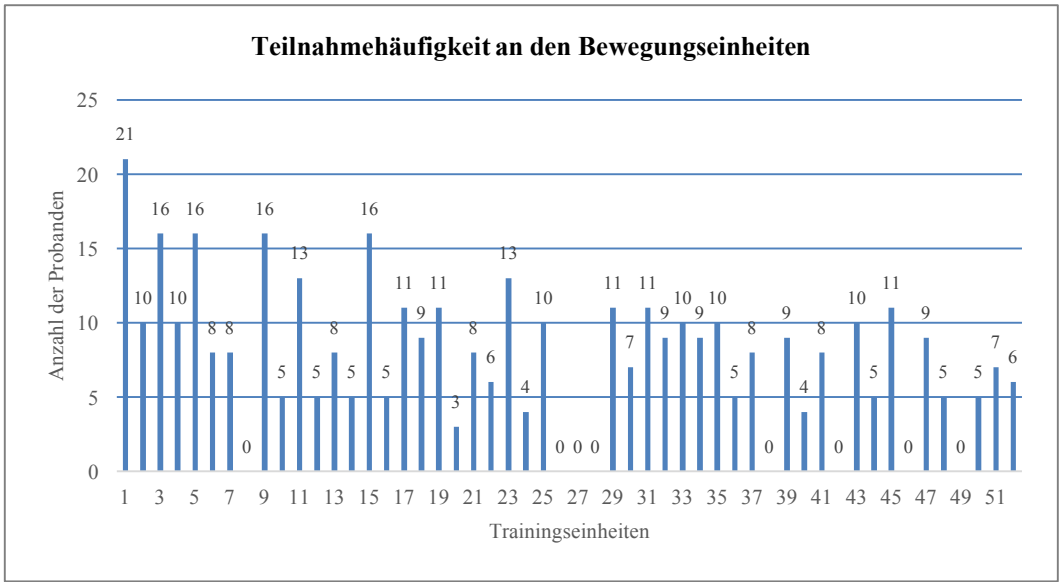
Die Ernährungs- und Bewegungseinheiten wurden unterschiedlich in Anspruch genommen. In Abbildung 35 und 36 wird die Teilnahmehäufigkeit an den Ernährungsberatungen und Bewegungseinheiten dargestellt.

Abbildung 35: Teilnahmehäufigkeit an der Ernährungsberatung



Somit nahmen im Durchschnitt 16,5 ± 3,32 Probanden an den Ernährungsgruppensitzungen teil.

Abbildung 36: Teilnahmehäufigkeit an den Bewegungseinheiten



An den Bewegungseinheiten nahmen im Durchschnitt 7,62 ± 4,84 Probanden teil.

4.2 Ergebnisse der Befragung zum Gesundheitsverhalten der Beratungssuchenden

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Befragung der Beratungssuchenden in graphischer und tabellarischer Form.

4.2.1 Aktivitätsverhalten

4.2.1.1 Tätigkeitsvorkommen bei der Arbeit

Abbildung 37: Intensives Tätigkeitsvorkommen bei der Arbeit (n= 259)

Abb. 37 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach dem Inhalt der Arbeit bezüglich der intensiven körperlichen Aktivität der Beratungssuchenden an einem gewöhnlichen Tag. 12,35 % (32) der Befragten gaben an, dass ihre Arbeit intensive körperliche Aktivitäten mit einer Mindestdauer von 10 Minuten beinhaltet. 87,64 % (227) der Befragten verneinten dies.

Tabelle 36: Geschlechterspezifische Verteilung des intensiven Tätigkeitsvorkommens bei der Arbeit

Kreuztabelle			Intensives Tätigkeitsvorkommen bei der Arbeit		
			Ja	Nein	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	17	190	207
		% innerhalb des Geschlechts	8,2%	91,8%	100,0%
	männlich	Anzahl	15	37	52
		% innerhalb des Geschlechts	28,8%	71,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	32	227	259
		% innerhalb des Geschlechts	12,4%	87,6%	100,0%

Der Anteil an „Intensives Tätigkeitsvorkommen“ bei der Arbeit von Beratungssuchenden unterschied sich bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 16.340, p = .000

Abbildung 38: Häufigkeit der intensiven Aktivitäten bei der Arbeit (n= 259)

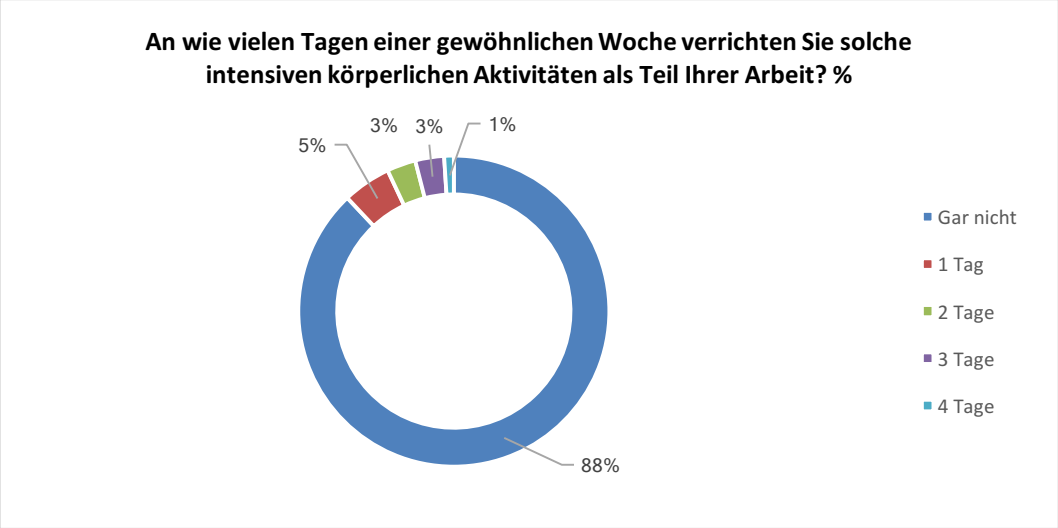


Abb. 38 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach der Häufigkeit der intensiven körperlichen Aktivitäten als Teil der Arbeit der Beratungssuchenden. 87,64 % (227) der Befragten gaben an, keine, 5,02 % (13) 1 Tag, 3,2 % (9) 2 Tage, 2,70 % (7) 3 Tage, 1,44 % (3) 4 Tage körperliche Aktivitäten durchzuführen.

Tabelle 37: Geschlechterspezifische Verteilung der Häufigkeit des intensiven Tätigkeitsvorkommens bei der Arbeit

Kreuztabellen			Häufigkeit der intensiven körperlichen Aktivitäten bei der Arbeit					
			Gar nicht	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	190	6	6	2	3	207
		% innerhalb des Geschlechts	91,8%	2,9%	2,9%	1,0%	1,4%	100,0%
	männlich	Anzahl	37	7	3	5	0	52
		% innerhalb des Geschlechts	71,2%	13,5%	5,8%	9,6%	0,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	227	13	9	7	3	259
		% innerhalb des Geschlechts	87,6%	5,0%	3,5%	2,7%	1,2%	100,0%

Der Anteil der Häufigkeit der intensiven körperlichen Aktivitäten von Befragten bei der Arbeit unterschied sich bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) =

24.500, p = .000 Die Antwort auf die Frage nach der Dauer der intensiven körperlichen Aktivität von Beratungssuchenden an einem Arbeitstag lautete, dass die Befragten im Mittel 12 ± 34,8 Minuten mit der intensiven körperlichen Aktivität die Zeit verbringen.

Abbildung 39: Moderates Tätigkeitsvorkommen bei der Arbeit (n= 259)

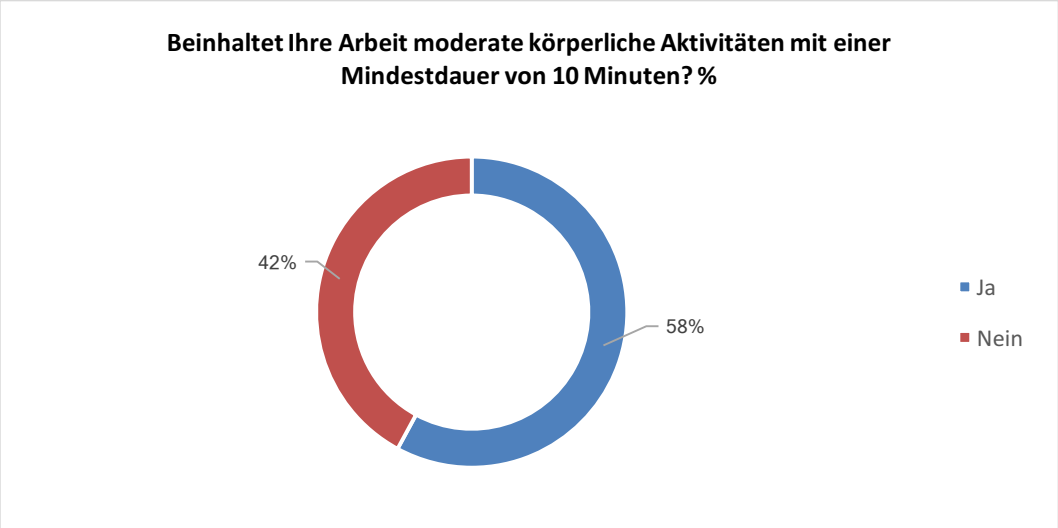


Abb. 39 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach dem Inhalt der Arbeit bezüglich der moderaten körperlichen Aktivität der Beratungssuchenden an einem gewöhnlichen Tag. 57,92 % (150) der Befragten gaben an, dass ihre Arbeit moderate körperliche Aktivitäten mit einer Mindestdauer von 10 Minuten beinhaltet. 42,08 % (109) der Befragten verneinten dies.

Tabelle 38: Geschlechterspezifische Verteilung des moderaten Tätigkeitsvorkommens bei der Arbeit

Kreuztabellen			moderates Tätigkeitsvorkommen bei der Arbeit		
			Ja	Nein	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	120	87	207
		% innerhalb des Geschlechts	58,0%	42,0%	100,0%
	männlich	Anzahl	30	22	52
		% innerhalb des Geschlechts	57,7%	42,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	150	109	259
		% innerhalb des Geschlechts	57,9%	42,1%	100,0%

Der Anteil an moderates Tätigkeitsvorkommen bei der Arbeit von Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = .001, p = .971.

Abbildung 40: Häufigkeit der moderaten Aktivitäten bei der Arbeit (n= 259)

Abb. 40 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach der Häufigkeit der moderaten körperlichen Aktivitäten als Teil der Arbeit der Beratungssuchenden. 33,2 % (86) der Befragten gaben an, gar keine, 5,8 % (15) 1 Tag, 8,9 % (23) 2 Tage, 12,7 % (33) 3 Tage, 4,6 % (12) 4 Tage, 8,5 % (22) 5 Tage, 10,8 % (28) 6 Tage und 15,4 % (20) 7 Tage körperliche Aktivitäten durchzuführen.

Tabelle 39: Geschlechterspezifische Verteilung der Häufigkeit der moderat körperlichen Aktivität bei der Arbeit

			Häufigkeit der moderaten körperlichen Aktivitäten bei der Arbeit								
			Gar nicht	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage	6 Tage	7 Tage	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	68	13	18	25	9	17	19	38	207
		%innerhalb des Geschlechts	32,9%	6,3%	8,7%	12,1%	4,3%	8,2%	9,2%	18,4%	100,0%
	männlich	Anzahl	18	2	5	8	3	5	9	2	52
		%innerhalb des Geschlechts	34,6%	3,8%	9,6%	15,4%	5,8%	9,6%	17,3%	3,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	86	15	23	33	12	22	28	40	259
		%innerhalb des Geschlechts	33,2%	5,8%	8,9%	12,7%	4,6%	8,5%	10,8%	15,4%	100,0%

Der Anteil der Häufigkeit der moderat körperlichen Aktiven bei der Arbeit unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 9.345, p = .229. Die Antwort auf die Frage nach der Dauer der moderaten körperlichen Aktivität von Beratungssuchenden an einem Arbeitstag lautete, dass die Befragten im Mittel 220,1 ± 191,4 Minuten moderat körperlich aktiv sind.

4.2.1.2 Verkehrsverhalten der Beratungssuchenden

Abbildung 41: Tägliches Verkehrsverhalten (n= 259)

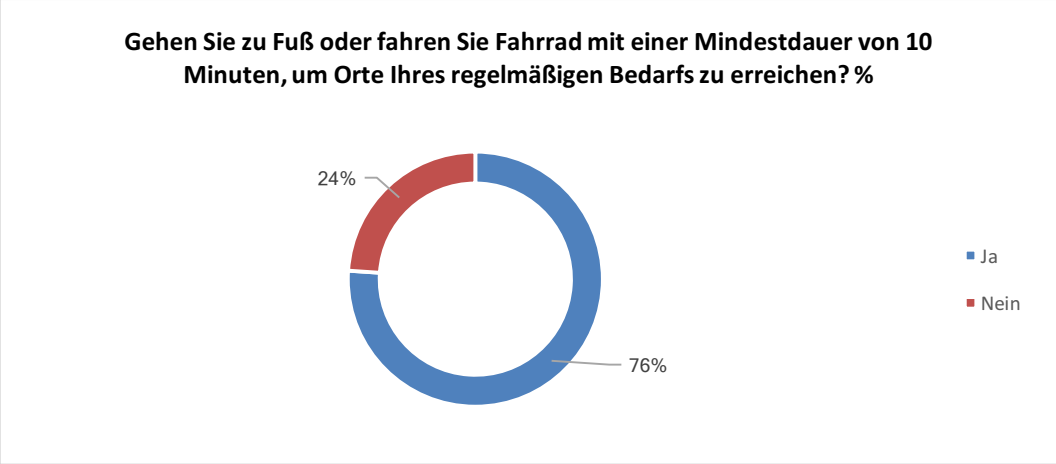


Abb. 41 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach dem Aktivitätsverhalten beim Erreichen des Ortes des Bedarfs der Beratungssuchenden an einem gewöhnlichen Tag. 76,06 % (197) der Befragten gaben an, dass sie den Ort ihres regelmäßigen Bedarfs zu Fuß oder mit dem Fahrrad erreichen. 23,94 % (62) der Befragten verneinten dies.

Tabelle 40: Geschlechterspezifische Verteilung des Verkehrsverhalten der Beratungssuchenden

Kreuztabellen			Verkehrsverhalten der Beratungssuchenden		
			Ja	Nein	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	160	47	207
		% innerhalb des Geschlechts	77,3%	22,7%	100,0%
	männlich	Anzahl	37	15	52
		% innerhalb des Geschlechts	71,2%	28,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	197	62	259
		% innerhalb des Geschlechts	76,1%	23,9%	100,0%

Der Anteil an Aktivitätsverhalten der Beratungssuchenden beim Transport unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = .861, p = .354.

4.2.1.3 Aktivitätsverhalten der Beratungssuchenden bei Sport, Fitness oder in der Freizeit

Abbildung 42: Intensives Sport-, Fitness- oder Freizeitverhalten (n= 259)

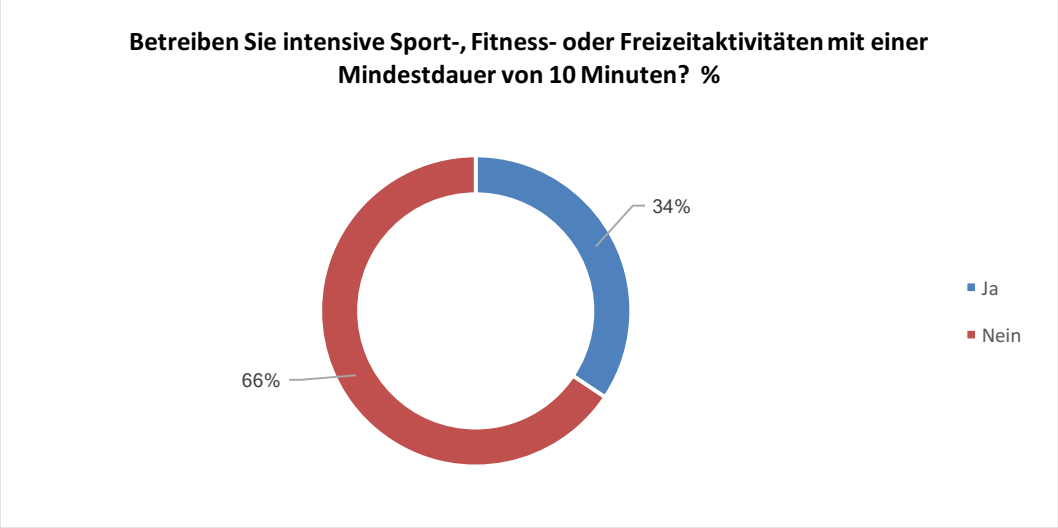


Abb. 42 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach intensivem Sportverhalten der Beratungssuchenden an einem gewöhnlichen Tag. 34,36 % (89) der Befragten gaben an, dass sie intensive Sport-, Fitness oder Freizeitaktivitäten betreiben. 65,64 % (170) der Befragten verneinten dies.

Tabelle 41: Geschlechterspezifische Verteilung der intensiven Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten

Kreuztabellen			Intensive Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten		
			Ja	Nein	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	65	142	207
		% innerhalb des Geschlechts	31,4%	68,6%	100,0%
	männlich	Anzahl	24	28	52
		% innerhalb des Geschlechts	46,2%	53,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	89	170	259
		% innerhalb des Geschlechts	34,4%	65,6%	100,0%

Der Anteil an intensivem Sport-, Fitness- oder Freizeitverhalten der Beratungssuchenden unterschied sich bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 4.010, p = .045.

Abbildung 43: Häufigkeit des intensiven Sport-, Fitness- oder Freizeitverhaltens (n= 259)

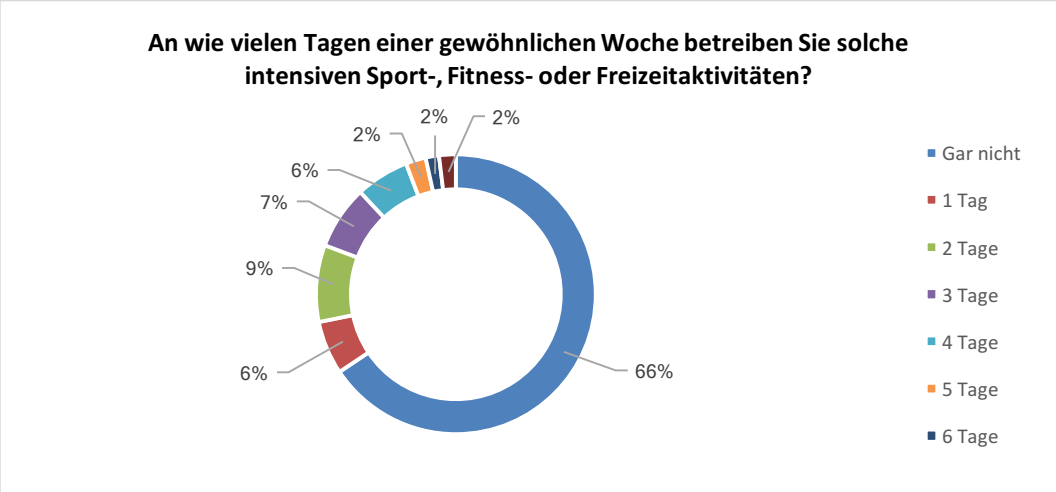


Abb. 43 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach der Häufigkeit der intensiven Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten der Beratungssuchenden. 62,9 % (163) der Befragten gaben an, dass sie gar nicht, 6,2 % (16) 1 Tag, 8,9 % (23) 2 Tage, 7,3 % (19) 3 Tage, 6,2 % (16) 4 Tage, 5,0 % (13) 5 Tage, 1,5 % (4) 6 Tage und 1,9 % (5) 7 Tage intensiv Sport treiben.

Tabelle 42: Geschlechterspezifische Verteilung der Häufigkeit der intensiven Sport-, Fitness- und Freizeitaktivitäten

			Häufigkeit der intensiven Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten								
			Gar nicht	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage	6 Tage	7 Tage	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	137	11	20	12	10	10	3	4	207
		% innerhalb des Geschlechts	66,2%	5,3%	9,7%	5,8%	4,8%	4,8%	1,4%	1,9%	100,0%
	männlich	Anzahl	26	5	3	7	6	3	1	1	52
		% innerhalb des Geschlechts	50,0%	9,6%	5,8%	13,5%	11,5%	5,8%	1,9%	1,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	163	16	23	19	16	13	4	5	259
		% innerhalb des Geschlechts	62,9%	6,2%	8,9%	7,3%	6,2%	5,0%	1,5%	1,9%	100,0%

Der Anteil an der Häufigkeit der intensiven Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten der Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 10.171, p = .179. Die Antwort auf die Frage nach der Dauer der intensiven Sport-, Fitness oder Freizeitaktivitäten der Befragten an einem Tag ergab, dass 259 Personen im Mittel 21,92 ± 35,63 Minuten die intensiven Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten treiben.

Abbildung 44: Moderate Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten (n= 259)

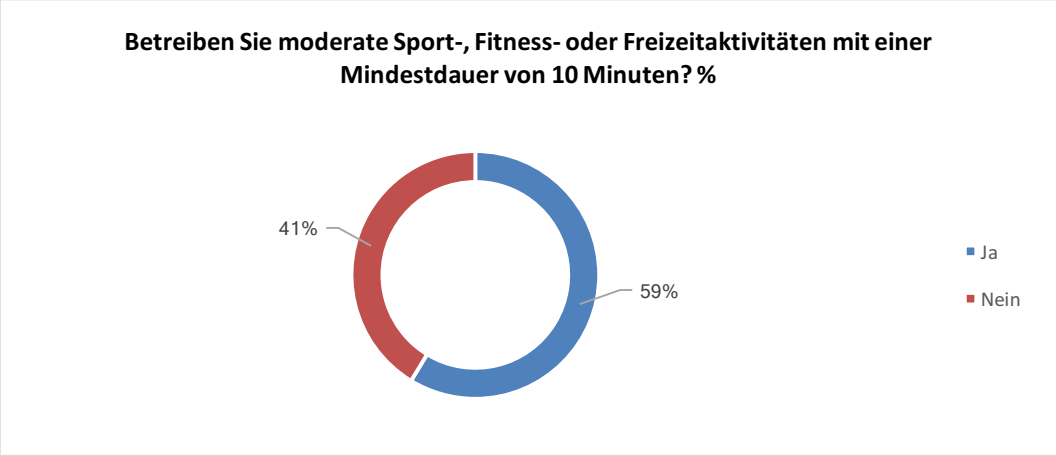


Abb. 44 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach moderatem Sportverhalten der Beratungssuchenden an einem gewöhnlichen Tag. 58,69 % (152) der Befragten gaben an, dass sie moderate Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten treiben. 41, % (107) der Befragten verneinten dies.

Tabelle 43: Geschlechterspezifische Verteilung der moderaten Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten

Kreuztabelle			Moderate Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten		
			Ja	Nein	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	119	88	207
		% innerhalb des Geschlechts	57,5%	42,5%	100,0%
	männlich	Anzahl	33	19	52
		% innerhalb des Geschlechts	63,5%	36,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	152	107	259
		% innerhalb des Geschlechts	58,7%	41,3%	100,0%

Der Anteil an moderatem Sport-, Fitness- oder Freizeitverhalten der Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = .612, p = .434.

Abbildung 45: Häufigkeit der moderaten Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten (n= 259)

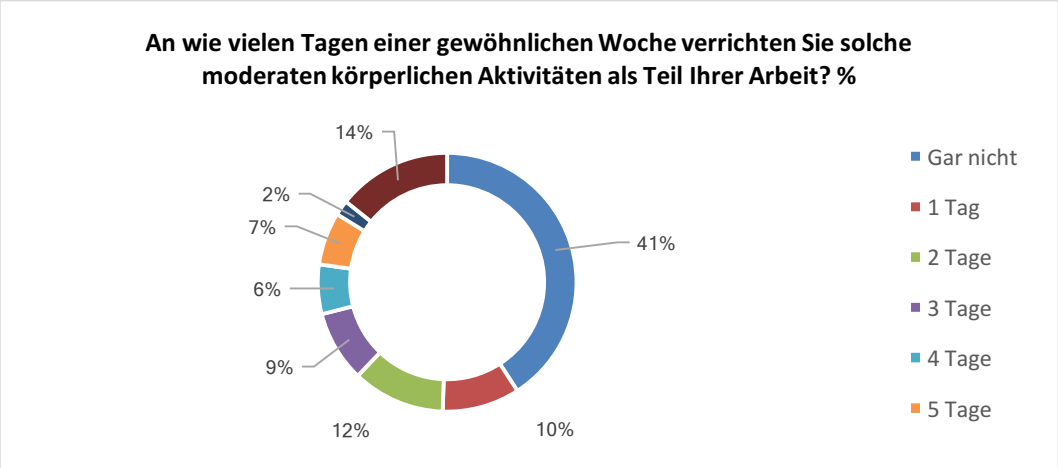


Abb. 45 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach der Häufigkeit der moderaten Sport-, Fitness- und Freizeitaktivitäten der Beratungssuchenden. 40,9 % (106) der Befragten gaben, an gar nicht, 9,7 % (25) 1 Tag, 11,6 % (30) 2 Tage, 8,9 % (23) 3 Tage, 6,2 % (16) 4 Tage, 6,6 % (17) 5 Tage, 1,9 % (5) 6 Tage und 14,3 % (37) 7 Tage moderate Sport-, Fitness- und Freizeitaktivitäten zu treiben.

Tabelle 44: Geschlechterspezifische Verteilung der Häufigkeit der moderaten Sport-, Fitness- und Freizeitaktivitäten

Kreuztabelle			Häufigkeit der moderaten Sport-, Fitness- und Freizeitaktivitäten								
			Gar nicht	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage	6 Tage	7 Tage	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	87	21	24	18	11	14	5	27	207
		% innerhalb des Geschlechts	42,0%	10,1%	11,6%	8,7%	5,3%	6,8%	2,4%	13,0%	100,0%
	männlich	Anzahl	19	4	6	5	5	3	0	10	52
		% innerhalb des Geschlechts	36,5%	7,7%	11,5%	9,6%	9,6%	5,8%	0,0%	19,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	106	25	30	23	16	17	5	37	259
		% innerhalb des Geschlechts	40,9%	9,7%	11,6%	8,9%	6,2%	6,6%	1,9%	14,3%	100,0%

Der Anteil an der Häufigkeit moderater Sport-, Fitness- und Freizeitaktivitäten der Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 4.282, p = .747. Die Antwort auf die Frage nach der Dauer der moderaten Sport-, Fitness- und Freizeitaktivitäten der Beratungssuchenden an einem gewöhnlichen Tag ergab, dass 259 Personen im Mittel 29,08 ± 34,35 Minuten moderate Sport-, Fitness- und Freizeitaktivitäten treiben.

Die Antwort auf die Frage nach der Dauer der im Sitzen verbrachten Zeit der Beratungssuchenden an einem gewöhnlichen Tag lautete, dass die Befragten ihre Zeit im Mittel 6,84 ± 5,29 Stunden sitzend verbrachten.

4.2.2 Ernährungsverhalten

In diesem Modul wird eine Darstellung nach Art, Häufigkeit und Menge von verzehrten Lebensmitteln sowie Trinkmenge und Trinkverhalten von Beratungssuchenden gegeben.

Abbildung 46: Häufigkeit des Obst- und Gemüseverzehrs (n= 259)

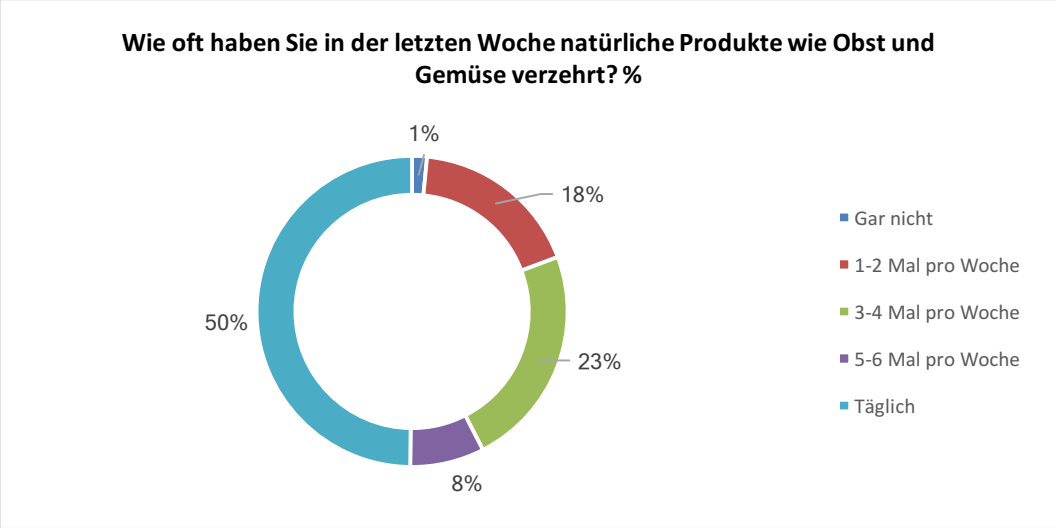


Abb. 46 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach der Häufigkeit des Verzehrs von Obst und Gemüse der Beratungssuchenden. 1,5 % (4) der Befragten gaben an, überhaupt kein Obst und Gemüse zu essen, 17,8 % (46) 1-2 mal pro Woche, 23,17 % (60) 3-4 mal pro Woche, 7,72 % (20) 5-6 mal pro Woche und 49,81 % (129) gaben an, täglich Obst und Gemüse zu verzehren.

Tabelle 45: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse pro Woche

			Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse pro Woche					
			Gar nicht	1-2 mal pro Wo	3-4 mal pro Wo	5-6 mal pro Wo	täglich	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	2	32	44	19	110	207
		% innerhalb des Geschlechts	1,0%	15,5%	21,3%	9,2%	53,1%	100,0%
	männlich	Anzahl	2	14	16	1	19	52
		% innerhalb des Geschlechts	3,8%	26,9%	30,8%	1,9%	36,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	46	60	20	129	259
		% innerhalb des Geschlechts	1,5%	17,8%	23,2%	7,7%	49,8%	100,0%

Der Anteil an Obst- und Gemüseverzehr der Beratungssuchenden unterschied sich bezüglich des Geschlechts nicht, χ^2 (1, N = 259) = 12.064, p = .017

Abbildung 47: Menge des Obst- und Gemüseverzehrs (n= 259)

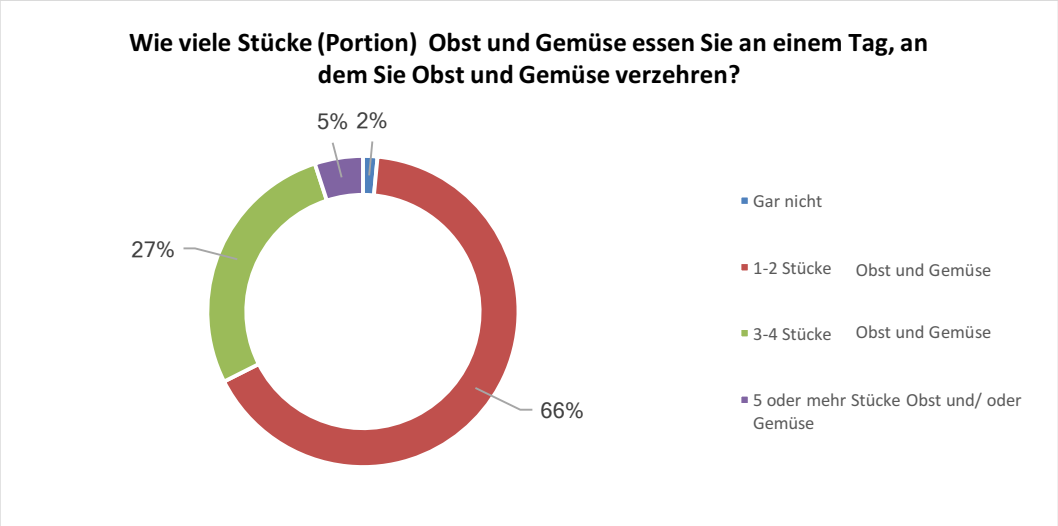


Abb. 47 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten der Beratungssuchenden auf die Frage nach der Menge des täglichen Verzehrs von Gemüse und Obst. 1,5 % (4) der Befragten gaben an, gar nicht, 66,0 % (171) 1-2 Stücke, 27,4 % (71) 3-4 Stücke und 5,0 % (13) 5 oder mehr Stücke Obst und Gemüse zu verzehren.

Tabelle 46: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse pro Tag

			Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse pro Tag				
			Gar nicht	1 Portion	2 Portionen	3 Portionen	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	2	142	51	12	207
		% innerhalb des Geschlechts	1,0%	68,6%	24,6%	5,8%	100,0%
	männlich	Anzahl	2	29	20	1	52
		% innerhalb des Geschlechts	3,8%	55,8%	38,5%	1,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	4	171	71	13	259
		% innerhalb des Geschlechts	1,5%	66,0%	27,4%	5,0%	100,0%

Der Anteil an Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse der Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 7.408, p = .060.

Abbildung 48: Verzehrhäufigkeit von kalziumreichen Produkten pro Woche (n= 259)

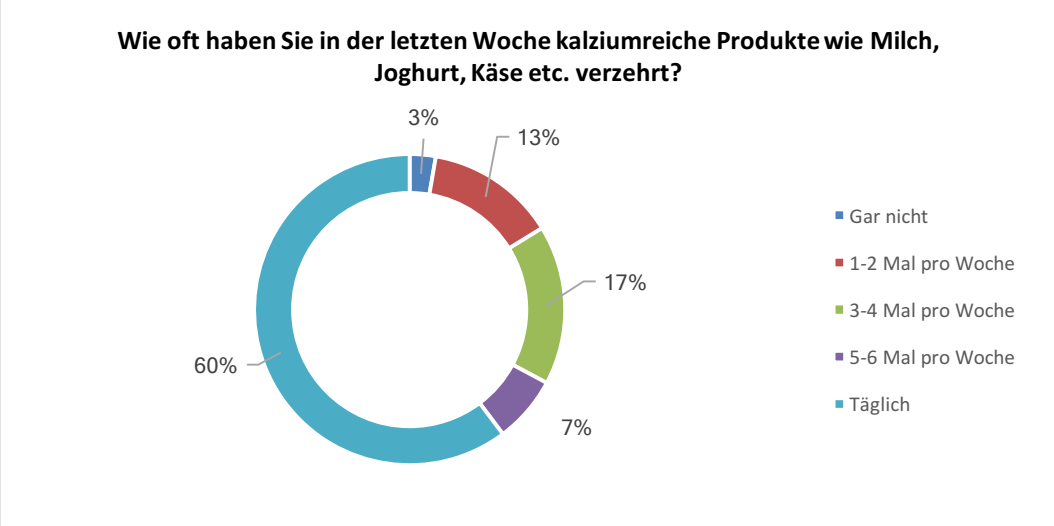


Abb. 48 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten der Beratungssuchenden auf die Frage nach der Häufigkeit des Verzehrs von kalziumreichen Produkten. 2,70 % (7) der Befragten gaben an, gar nicht, 13,51 % (35) 1-2 mal pro Woche, 16,60 % (43) 3-4 mal pro Woche, 6,95 % (18) 5-6 mal pro Woche und 60,23 % (156) täglich kalziumreiche Produkte zu verzehren.

Tabelle 47: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Milch und Milcherzeugnissen pro Woche

Kreuztabellen			Verzehrhäufigkeit von Milch und Milcherzeugnissen pro Woche					
			Gar nicht	1-2 mal pro Wo	3-4 mal pro Wo	5-6 mal pro Wo	täglich	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	6	26	30	14	131	207
		% innerhalb des Geschlechts	2,9%	12,6%	14,5%	6,8%	63,3%	100,0%
	männlich	Anzahl	1	9	13	4	25	52
		% innerhalb des Geschlechts	1,9%	17,3%	25,0%	7,7%	48,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	7	35	43	18	156	259
		% innerhalb des Geschlechts	2,7%	13,5%	16,6%	6,9%	60,2%	100,0%

Der Anteil an der Verzehrhäufigkeit von Milch und Milcherzeugnissen der Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 5.251, p = .263.

Abbildung 49: Verzehrhäufigkeit von Vollkornprodukten pro Woche (n= 259)

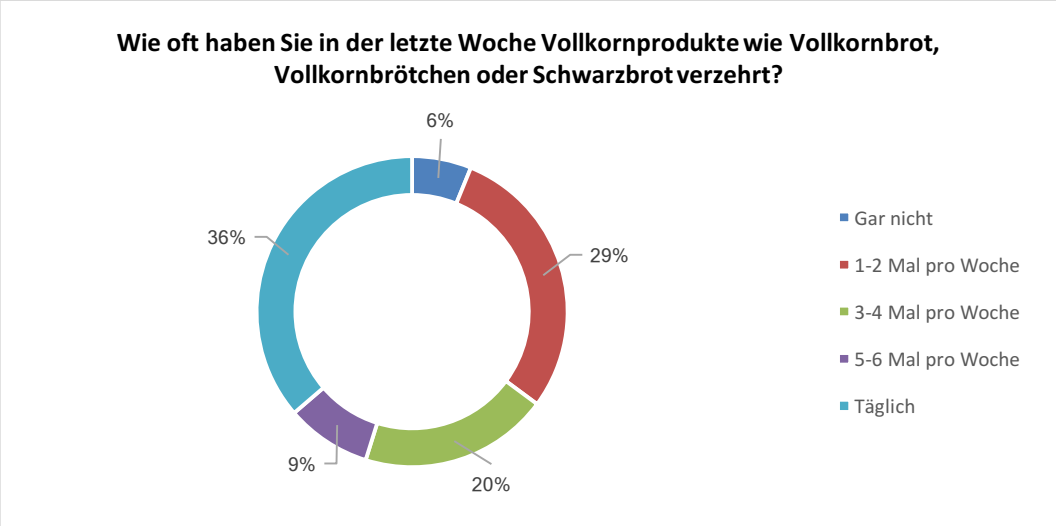


Abb. 49 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten der Beratungssuchenden auf die Frage nach der Häufigkeit des Verzehrs von Vollkornprodukten. 6,18 % (16) der Befragten gaben an, gar keine Vollkornprodukte, 28,96 % (75) 1-2 mal pro Woche, 19,69 % (51) 3-4 mal pro Woche, 8,88 % (23) 5-6 mal pro Woche und 36,29 % (94) täglich Vollkornprodukte zu verzehren.

Tabelle 48: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Vollkornprodukten pro Woche

			Verzehrhäufigkeit von Vollkornprodukten pro Woche					
			Gar nicht	1-2 mal pro Wo	3-4 mal pro Wo	5-6 mal pro Wo	täglich	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	10	62	38	20	77	207
		% innerhalb des Geschlechts	4,8%	30,0%	18,4%	9,7%	37,2%	100,0%
	männlich	Anzahl	6	13	13	3	17	52
		% innerhalb des Geschlechts	11,5%	25,0%	25,0%	5,8%	32,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	16	75	51	23	94	259
		% innerhalb des Geschlechts	6,2%	29,0%	19,7%	8,9%	36,3%	100,0%

Der Anteil an der Verzehrhäufigkeit von Vollkornprodukten der Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 5.252, p = .262.

Abbildung 50: Verzehrhäufigkeit von Fleisch pro Woche

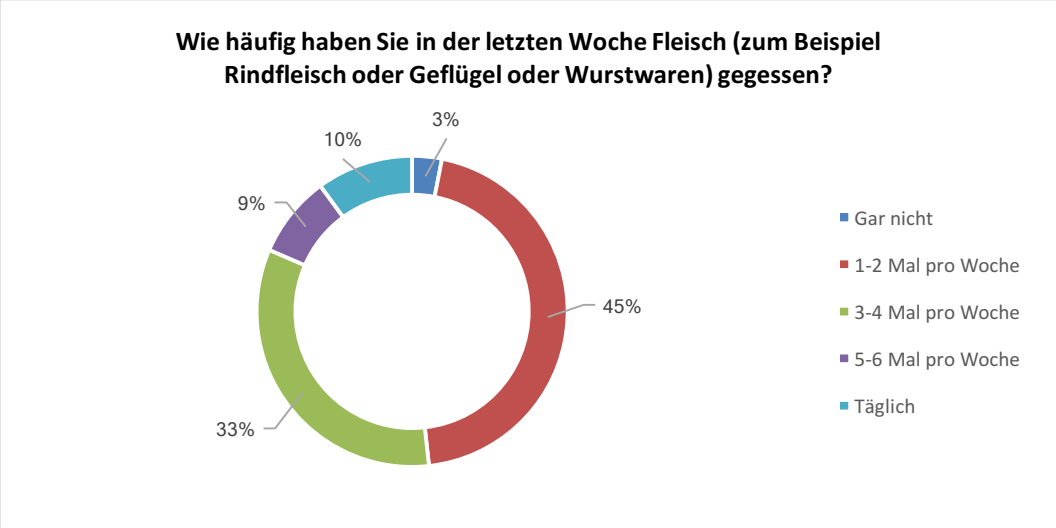


Abb. 50 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten der Beratungssuchenden auf die Frage nach der Häufigkeit des Verzehrs von Fleisch. 3,09 % (8) der Befragten gaben an, gar keine Fleischprodukte, 45,17 % (117) 1-2 mal pro Woche, 33,20 % (86) 3-4 mal pro Woche, 8,49 % (22) 5-6 mal pro Woche und 10,04 % (26) in den letzten sieben Tagen täglich Fleisch verzehrt zu haben.

Tabelle 49: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Fleischerzeugnissen pro Woche

			Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Fleischerzeugnissen pro Woche					
			Gar nicht	1-2 mal pro Wo	3-4 mal pro Wo	5-6 mal pro Wo	täglich	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	7	93	65	20	22	207
		% innerhalb des Geschlechts	3,4%	44,9%	31,4%	9,7%	10,6%	100,0%
	männlich	Anzahl	1	24	21	2	4	52
		% innerhalb des Geschlechts	1,9%	46,2%	40,4%	3,8%	7,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	8	117	86	22	26	259
		% innerhalb des Geschlechts	3,1%	45,2%	33,2%	8,5%	10,0%	100,0%

Der Anteil an der Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Fleischerzeugnissen der Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 3.322, p = .505.

Abbildung 51: Verzehrhäufigkeit von Fisch oder Meeresfrüchten (n= 259)

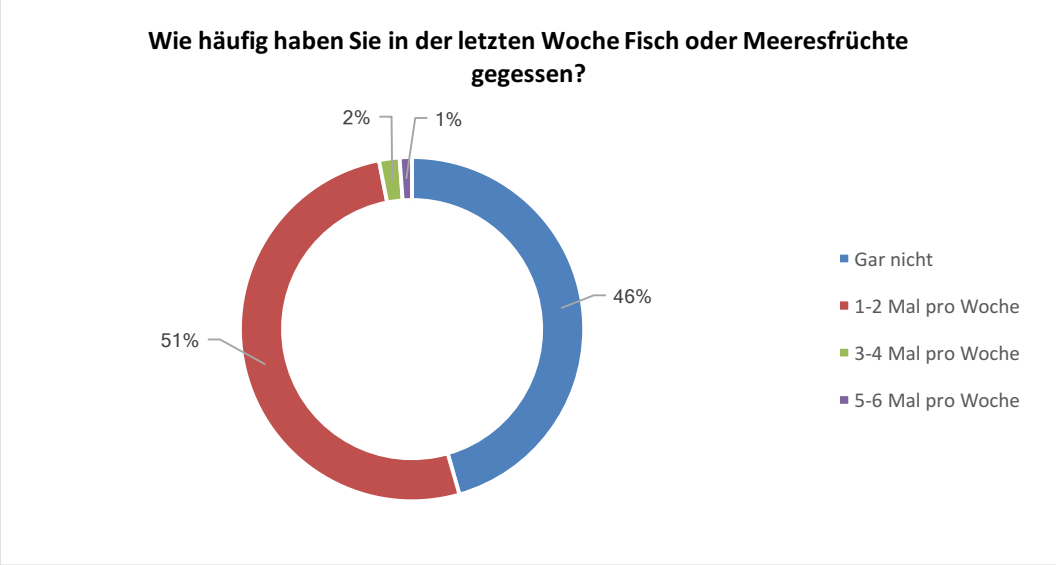


Abb. 51 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten der Beratungssuchenden auf die Frage nach der Häufigkeit des Verzehrs von Fisch oder Meeresfrüchten. 45,56 % (118) der Befragten gaben an, keinen Fisch bzw. keine Meeresfrüchte, 51,35 % (133) 1-2 mal pro Woche, 1,93 % (5) 3-4 mal pro Woche, 1,16 % (3) 5-6 mal pro Woche Fisch und Meeresfrüchte zu verzehren.

Tabelle 50: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Fisch und Meeresfrüchten

Kreuztabelle			Verzehrhäufigkeit von Fisch und Meeresfrüchten				
			Gar nicht	1-2 mal pro Wo	3-4 mal pro Wo	5-6 mal pro Wo	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	87	115	2	3	207
		% innerhalb des Geschlechts	42,0%	55,6%	1,0%	1,4%	100,0%
	männlich	Anzahl	31	18	3	0	52
		% innerhalb des Geschlechts	59,6%	34,6%	5,8%	0,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	118	133	5	3	259
		% innerhalb des Geschlechts	45,6%	51,4%	1,9%	1,2%	100,0%

Der Anteil an der Verzehrhäufigkeit von Fisch und Meeresfrüchten der Beratungssuchenden unterschied sich bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 12.090, p = .007.

Abbildung 52: Verzehrhäufigkeit von Süßigkeiten und Knabbereien pro Woche (n= 259)

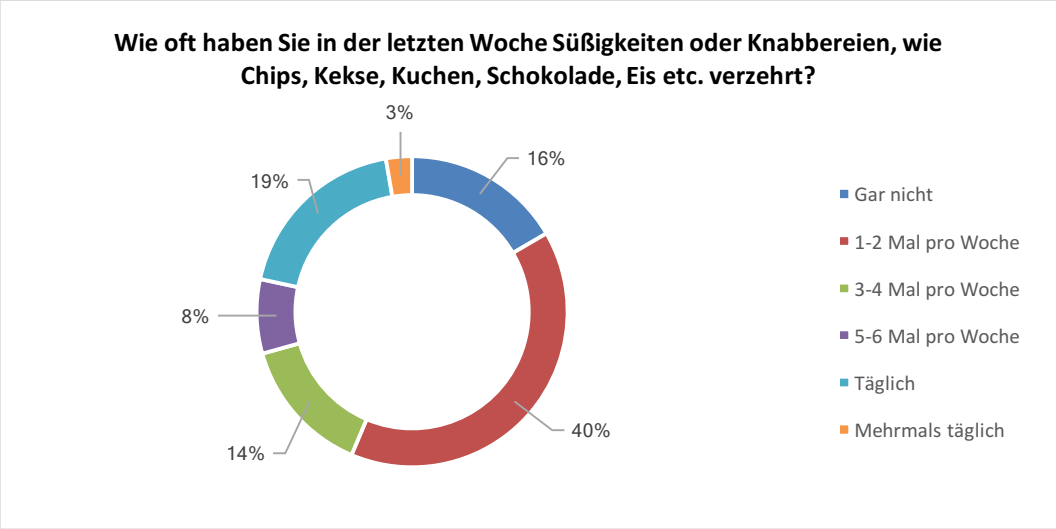


Abb. 52 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten der Beratungssuchenden auf die Frage nach der Verzehrhäufigkeit von Süßigkeiten und Knabbereien. 16,60 % (43) der Befragten gaben an, keine Süßigkeiten bzw. Knabbereien, 39,77 % 1-2 mal pro Woche, 14,29 % (37) 3-4 mal pro Woche, 7,72 % (20) 5-6 mal pro Woche, 18,92 % (49) täglich und 2,70 % (7) mehrmals täglich Süßigkeiten und Knabbereien zu verzehren.

Tabelle 51: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Süßigkeiten

Kreuztabelle			Verzehrhäufigkeit von Süßigkeiten und Knabbereien pro Woche						
			Gar nicht	1-2 mal pro Wo	3-4 mal pro Wo	5-6 mal pro Wo	täglich	Mehrmals täglich	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	32	83	28	15	43	6	207
		% innerhalb des Geschlechts	15,5%	40,1%	13,5%	7,2%	20,8%	2,9%	100,0%
	männlich	Anzahl	11	20	9	5	6	1	52
		% innerhalb des Geschlechts	21,2%	38,5%	17,3%	9,6%	11,5%	1,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	43	103	37	20	49	7	259
		% innerhalb des Geschlechts	16,6%	39,8%	14,3%	7,7%	18,9%	2,7%	100,0%

Der Anteil an Verzehrhäufigkeit von Süßigkeiten und Knabbereien der Beratungssuchen unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 3.507, p = .612.

Die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach der Anzahl der Haupt- und Zwischenmahlzeiten der Beratungssuchenden an einem Wochentag (Montag bis Freitag) ergaben, dass die Befragten im Mittel 2,59 ± 0,65 Hauptmahlzeiten und 1,09 ± 1,12 Zwischenmahlzeiten zu sich nehmen.

Tabelle 52: Geschlechterspezifische Verteilung der Anzahl der Hauptmahlzeiten

			Anzahl der Hauptmahlzeiten			
			1	2	3	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	5	68	134	207
		% innerhalb des Geschlechts	2,4%	32,9%	64,7%	100,0%
	männlich	Anzahl	3	12	37	52
		% innerhalb des Geschlechts	5,8%	23,1%	71,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	8	80	171	259
		% innerhalb des Geschlechts	3,1%	30,9%	66,0%	100,0%

Der Anteil an der Anzahl an Hauptmahlzeiten der Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 3.058, p = .217.

Tabelle 53: Geschlechterspezifische Verteilung der Anzahl von Zwischenmahlzeiten

Kreuztabellen			Anzahl der Zwischenmahlzeiten					
			Keine	1	2	3	5	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	87	41	47	31	1	207
		% innerhalb des Geschlechts	42,0%	19,8%	22,7%	15,0%	0,5%	100,0%
	männlich	Anzahl	22	16	8	6	0	52
		% innerhalb des Geschlechts	42,3%	30,8%	15,4%	11,5%	0,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	109	57	55	37	1	259
		% innerhalb des Geschlechts	42,1%	22,0%	21,2%	14,3%	0,4%	100,0%

Der Anteil an der Anzahl der Zwischenmahlzeiten der Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 3.914, p = .418.

Abbildung 53: Dauer der Hauptmahlzeiten (n= 259)

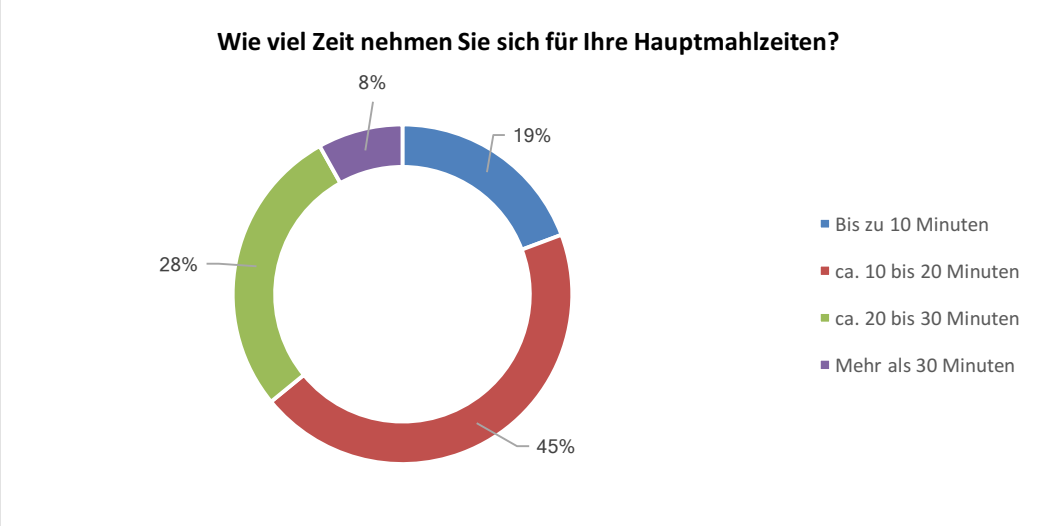


Abb. 53 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach der Dauer der Hauptmahlzeiten der Beratungssuchenden. 19,31 % (50) der Befragten gaben bis zu 10 Minuten an, 44,79 % (116) zwischen 10 bis 20 Minuten, 27,80 % (72) zwischen 20 bis 30 Minuten und 8,11 % (21) gaben an, sich mehr als 30 Minuten für die Hauptmahlzeit Zeit zu nehmen.

Tabelle 54: Geschlechterspezifische Verteilung der Dauer der Hauptmahlzeiten

Kreuztabellen			Dauer der Hauptmahlzeiten				
			Weniger als 10 Min.	10-20 Min	20-30 Min	Mehr als 30 Min.	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	39	88	61	19	207
		% innerhalb des Geschlechts	18,8%	42,5%	29,5%	9,2%	100,0%
	männlich	Anzahl	11	28	11	2	52
		% innerhalb des Geschlechts	21,2%	53,8%	21,2%	3,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	50	116	72	21	259
		% innerhalb des Geschlechts	19,3%	44,8%	27,8%	8,1%	100,0%

Der Anteil an der Dauer der Hauptmahlzeiten der Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 3.798, p = .284.

Abbildung 54: Trinkmenge pro Tag (n= 259)

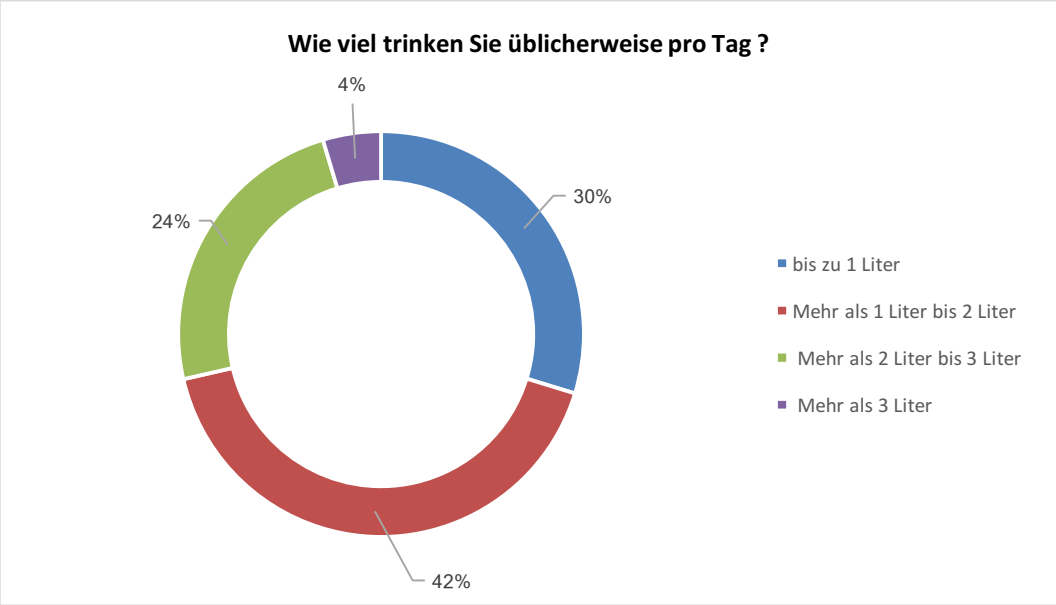


Abb. 54 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach der Höhe der Trinkmenge der Beratungssuchenden. 29,73 % (77) der Befragten gaben bis zu 1 Liter an, 41,70 % (108) mehr als 1 Liter bis 2 Liter, 23,94 % (62) mehr als 2 Liter bis 3 Liter und 4,63 % (12) gaben an, mehr als 3 Liter pro Tag zu trinken.

Tabelle 55: Geschlechterspezifische Verteilung der Menge der Flüssigkeitszufuhr pro Tag

			Menge der Flüssigkeitszufuhr pro Tag				
			Weniger als 1 L	1-2 Liter	2-3 Liter	Mehr als 3 Liter	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	65	82	51	9	207
		% innerhalb des Geschlechts	31,4%	39,6%	24,6%	4,3%	100,0%
	männlich	Anzahl	12	26	11	3	52
		% innerhalb des Geschlechts	23,1%	50,0%	21,2%	5,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	77	108	62	12	259
		% innerhalb des Geschlechts	29,7%	41,7%	23,9%	4,6%	100,0%

Der Anteil an der Menge der Flüssigkeitszufuhr pro Tag der Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 2.436, p = .487.

4.2.3 Rauchverhalten

Abbildung 55: Rauchverhalten der Beratungssuchenden (n= 259)

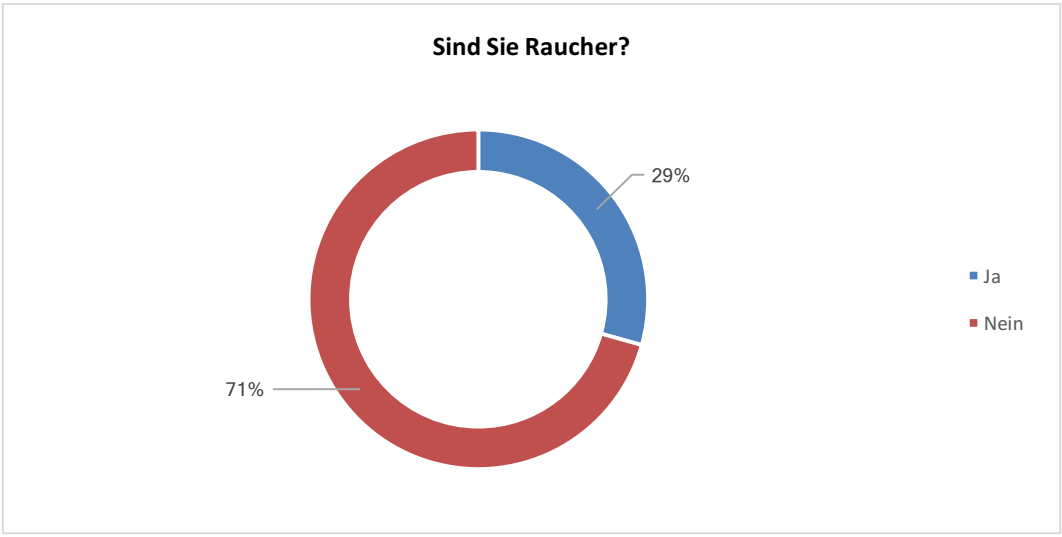


Abb. 55 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach dem Rauchverhalten der Beratungssuchenden. 29,34 % (76) der Befragten gaben an, dass sie rauchen 70,66% (183) der Befragten verneinten dies.

Tabelle 56: Geschlechterspezifische Verteilung des Rauchverhaltens

Kreuztabellen			Rauchverhalten		
			Ja	Nein	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	55	152	207
		% innerhalb des Geschlechts	26,6%	73,4%	100,0%
	männlich	Anzahl	21	31	52
		% innerhalb des Geschlechts	40,4%	59,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	76	183	259
		% innerhalb des Geschlechts	29,3%	70,7%	100,0%

Der Anteil am Rauchverhalten der Befragten unterschied sich bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 3.825, p = .050.

4.2.4 Alkoholkonsum

Abbildung 56: Häufigkeit des Alkoholkonsums der Beratungssuchenden (n= 259)

Abb. 56 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten der Beratungssuchenden auf die Frage nach dem Konsum von Alkohol. 5,79 % (15) der Befragten gaben an zu trinken, 20 (8,49) verneinten diese Frage und 224 (86,48) der Befragten machten dazu keine Angaben.

Tabelle 57: Geschlechterspezifische Verteilung des Trinkverhaltens

Kreuztabelle			Trinkverhalten der Beratungssuchenden			
			Kein Kommentar	Ja	Nein	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	177	13	17	207
		% innerhalb des Geschlechts	85,5%	6,3%	8,2%	100,0%
	männlich	Anzahl	47	2	3	52
		% innerhalb des Geschlechts	90,4%	3,8%	5,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	224	15	20	259
		% innerhalb des Geschlechts	86,5%	5,8%	7,7%	100,0%

Der Anteil am Alkoholkonsumverhalten von Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = .861, p = .650.

4.2.5 Stressempfinden und Stressbewältigungsmechanismen der Beratungssuchenden

Abbildung 57: Stressniveau der Beratungssuchenden (n= 259)

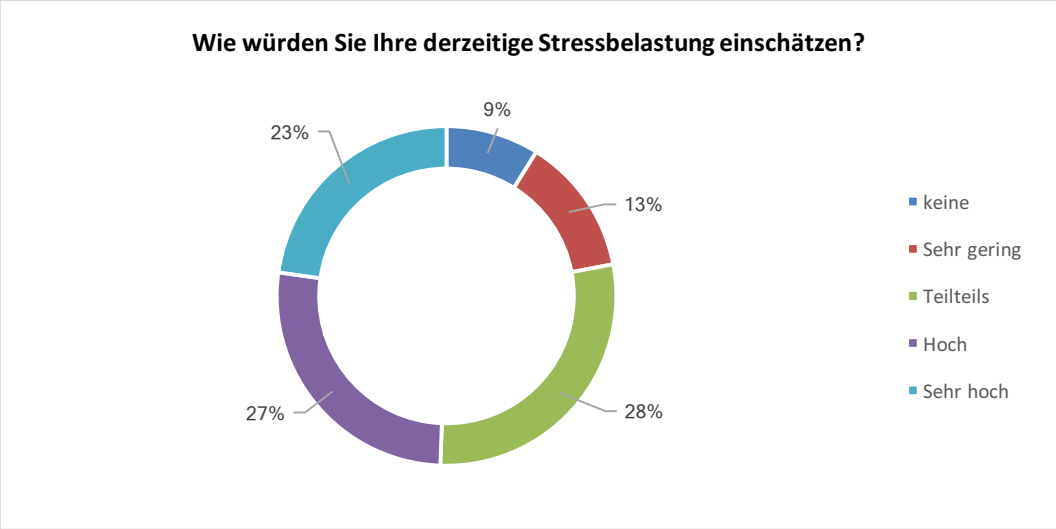


Abb. 57 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten der Beratungssuchenden auf die Frage nach der derzeitigen Stressbelastung. 8,88 % (23) der Befragten gaben an, keine Stressbelastung zu haben, 13,13 % (34) eine sehr geringe, 28,57 % (74) eine mittlere, 26,64 % (69) eine hohe und 22,78 % (59) gaben an, sehr gestresst zu sein.

Tabelle 58: Geschlechterspezifische Verteilung der Stressbelastung

Kreuztabellen			Stressbelastung der Beratungssuchenden					
			Keine	sehr gering	mittlere	hoch	sehr hoch	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	17	27	53	56	54	207
		% innerhalb des Geschlechts	8,2%	13,0%	25,6%	27,1%	26,1%	100,0%
	männlich	Anzahl	6	7	21	13	5	52
		% innerhalb des Geschlechts	11,5%	13,5%	40,4%	25,0%	9,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	23	34	74	69	59	259
		% innerhalb des Geschlechts	8,9%	13,1%	28,6%	26,6%	22,8%	100,0%

Der Anteil an der Stressbelastung der Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 8.717, p = .069.

Abbildung 58: Häufigkeit der in Anspruch genommenen Freizeitaktivitäten (n= 259)

Die am häufigsten genannten Freizeitaktivitäten (Mehrfachnennung möglich) im täglichen Leben waren Essen (61), Sport treiben (59), sich bewegen (77), Entspannungsmethoden wie Yoga (24), Freunde treffen (82), Fernsehen (84), Lesen (51), Musik (75) und Sonstiges (91).

Wie aus der obigen Abbildung 50 zu entnehmen ist, beinhalteten die meisten Nennungen ein inaktives Freizeitverhalten (wie z.B. Essen, Freunde treffen, Fernsehen, Lesen, Musik und Sonstiges).

Auch hier bestehen keine geschlechterspezifischen Unterschiede bezüglich der Bevorzugung der Freizeitaktivitäten.

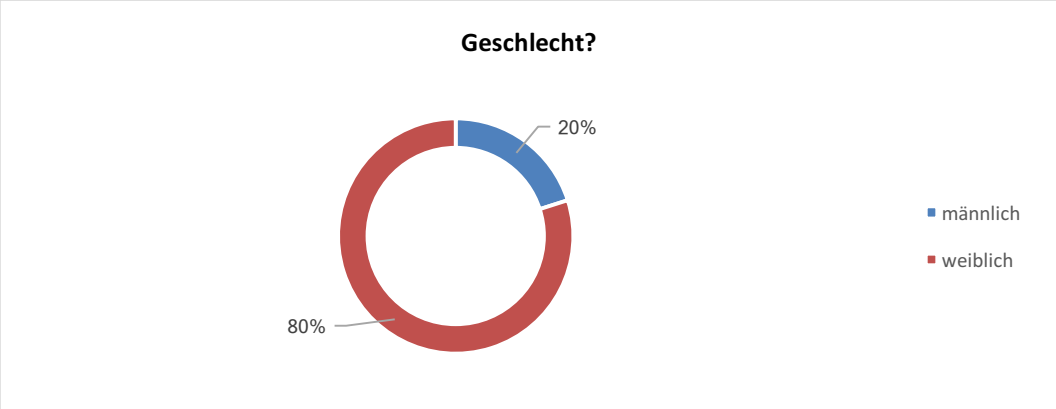
4.2.6 Personenbezogenen Daten

Die Tabelle 59 zeigt die anthropometrischen Daten der 259 Beratungssuchenden im Überblick. Die 259 Beratungssuchenden waren im Mittel 36,2 ± 12,8 Jahre alt, 165,91 ± 8,59 groß, 76,63 ± 17,26 kg schwer und hatten im Durchschnitt einen BMI-Wert von 27,87 ± 6,22 kg/m².

Tabelle 59: Anthropometrische Daten der Beratungssuchenden

Parameter	n	mw ± sw
Alter (J)	259	36,21 ± 12,87
Größe (cm)	259	165,91 ± 8,59
Gewicht (kg)	259	76,63 ± 17,26
BMI (kg/m²)	259	27,87 ± 6,22

Abbildung 59: Geschlechterverteilung der Beratungssuchenden (n= 259)



Von den 259 Beratungssuchenden waren 207 (80%) weiblich und 52 (20%) männlich.

Abbildung 60: Die berufliche Situation der Beratungssuchenden (n= 259)

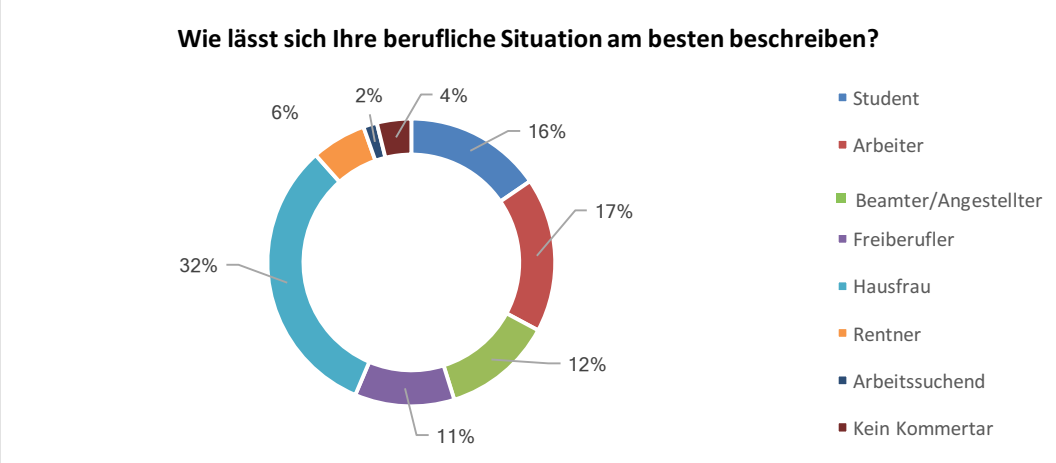


Abb. 60 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach der beruflichen Situation der Beratungssuchenden, welche zu 15,44 % (40) Studenten, 17,57 % (45) Arbeiter, 12,36 % (32) Beamte/Angestellte, 11,20 % (29) Freiberufler, 32,05 % (83) Hausfrauen, 6,18 % (16) Rentner und 1,54 % (4) Arbeitssuchende zu sein angaben. 3,86 % (10) der Personen machten keine Angaben.

Tabelle 60: Geschlechterspezifische Verteilung der beruflichen Situation

Kreuztabellen			Berufliche Situation der Beratungssuchenden								
			Student	Arbeiter	Beamter	Freiberufler	Hausfrau	Rentner	Arbeitssuchend	Kein Kom.	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	28	31	21	25	83	11	2	6	207
		% innerhalb des Geschlechts	13,5%	15,0%	10,1 %	12,1 %	40,1 %	5,3%	1,0%	2,9%	100,0 %
	männlich	Anzahl	12	14	11	4	0	5	2	4	52
		% innerhalb des Geschlechts	23,1%	26,9%	21,2 %	7,7%	0,0%	9,6%	3,8%	7,7%	100,0 %
Gesamt		Anzahl	40	45	32	29	83	16	4	10	259
		% innerhalb des Geschlechts	15,4%	17,4%	12,4 %	11,2 %	32,0 %	6,2%	1,5%	3,9%	100,0 %

Der Anteil an der beruflichen Situation der Beratungssuchenden unterschied sich bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 37.460, p = .000.

Abbildung 61: Bildungsniveau der Beratungssuchenden (n= 259)

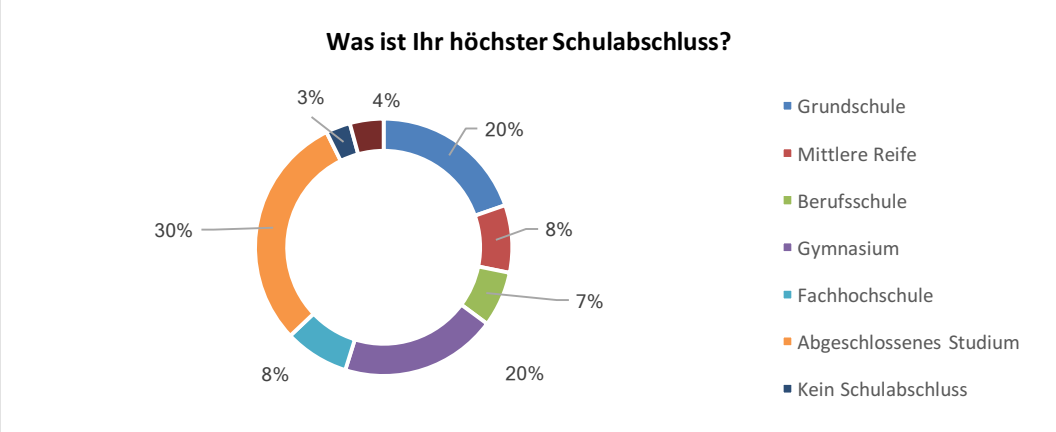


Abb. 61 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach dem höchsten Schulabschluss der Beratungssuchenden. 19,69 % (51) der Befragten gaben an, Grundschul-, 8,49 % (22) Mittelschul-, 6,95 % (18) Berufsschul-, 19,69

% (51) gymnasialen, 8,11 % (21) Fachhochschul- und 29,73 % (77) Universitätsabschluss zu haben. 3,09 % (8) haben keinen Schulabschluss. 4,25 % (11) der Befragten machten dazu keine Angaben.

Tabelle 61: Geschlechterspezifische Verteilung des Bildungsniveaus

Kreuztabelle			Das Bildungsniveau der Beratungssuchenden								
			Grundschule	Mittelschule	Berufsschule	Gymnasium	Fachhochschul	Universität	Kein Ab.	Kein Komm.	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	46	20	17	41	15	50	7	11	207
		% innerhalb des Geschlechts	22,2%	9,7%	8,2%	19,8%	7,2%	24,2%	3,4 %	5,3 %	100,0 %
	männlich	Anzahl	5	2	1	10	6	27	1	0	52
		% innerhalb des Geschlechts	9,6%	3,8%	1,9%	19,2%	11,5%	51,9%	1,9 %	0,0 %	100,0 %
Gesamt		Anzahl	51	22	18	51	21	77	8	11	259
		% innerhalb des Geschlechts	19,7%	8,5%	6,9%	19,7%	8,1%	29,7%	3,1 %	4,2 %	100,0 %

Der Anteil an Abschlüssen von Befragten unterschied sich bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, N = 259) = 22.155, p = .002.

Abbildung 62: Einkommenshöhe der Beratungssuchenden (n= 259)

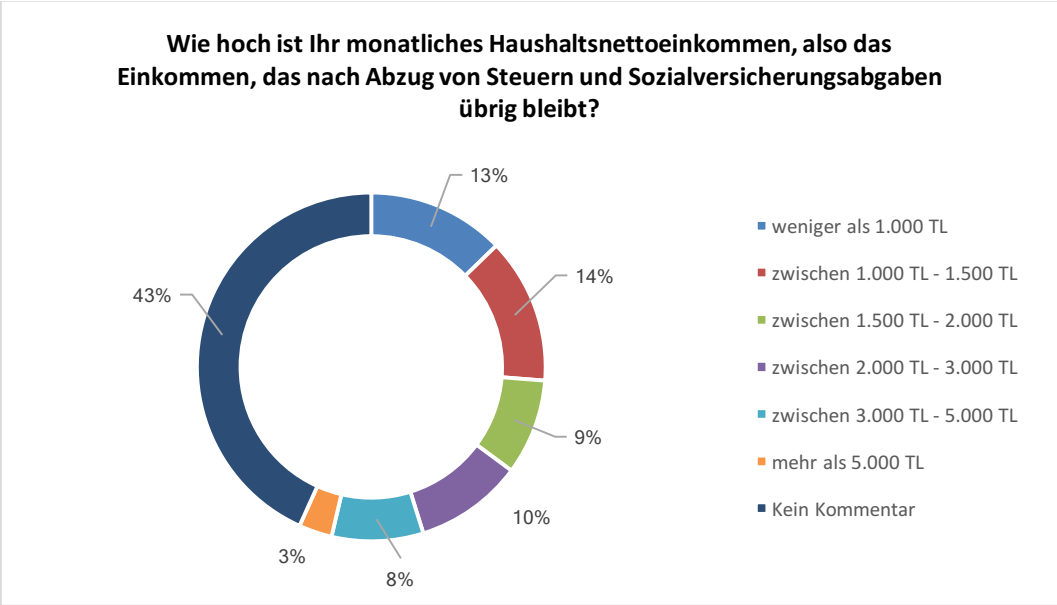


Abb. 62 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworten auf die Frage nach der Höhe des Einkommens der Beratungssuchenden. 12,74 % (33) der Befragten gaben ein Nettohaushaltseinkommen von weniger als 1.000 TL an, 13,51 % (35) zwischen 1.000 TL - 1500 TL, 8,88 % (23) zwischen 1.500 TL - 2.000 TL, 10,24 % (26) zwischen 2000 TL - 3.000 TL, 8,49 % (22) zwischen 3.000 TL - 5.000 TL und 3,09 % (8) mehr als 5.000 TL. 43,24 % (112) der Befragten machten dazu keine Angaben.

Tabelle 62: Geschlechterspezifische Verteilung der Höhe des Einkommens

Kreuztabellen			Die Höhe des Einkommens von Beratungssuchenden in TL							
			< 1.000	1.000-1.500	1.500-2.000	2.000-3.000	3.000 - 5.000	>5.000	Kein Komm.	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	25	29	18	15	16	5	99	207
		% innerhalb des Geschlechts	12,1%	14,0%	8,7%	7,2%	7,7%	2,4%	47,8 %	100,0%
	männlich	Anzahl	8	6	5	11	6	3	13	52
		% innerhalb des Geschlechts	15,4%	11,5%	9,6%	21,2%	11,5 %	5,8%	25,0 %	100,0%
Gesamt		Anzahl	33	35	23	26	22	8	112	259
		% innerhalb des Geschlechts	12,7%	13,5%	8,9%	10,0%	8,5%	3,1%	43,2 %	100,0%

Der Anteil an Einkommen von Befragten unterschied sich bezüglich des Geschlechts, χ^2 (1, $N = 259$) = 15.822, $p = .015$.

4.3 Ergebnisse der leitfadengestützten Experteninterviews

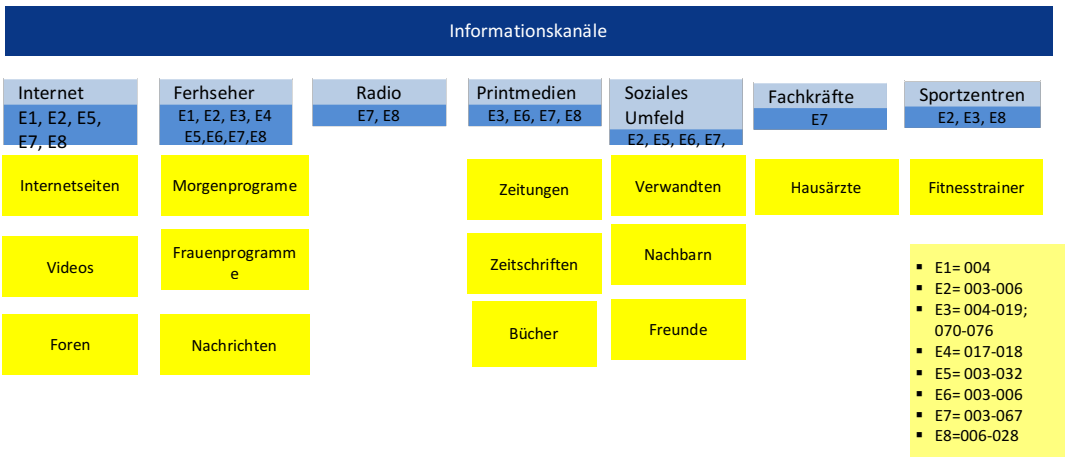
In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der leitfadengestützten Experteninterviews, die mit mehreren Gesundheitsexperten und mit Experten aus benachbarten Disziplinen in der Türkei durchgeführt wurden. Die Zuordnung der Antworten auf die Fragestellungen, die im Folgenden in der durch den Leitfaden vorgegebenen Reihenfolge dargestellt werden, erfolgt bei den leitfadengestützten Interviews mit Experten entsprechend den Themenkomplexen. Dadurch sind die thematische Zuordnung und die Lesbarkeit optimal gewährleistet.

4.3.1 Kategorie I: Kanäle der Informationsbeschaffung über die Gesundheit und über Lösungen zum Übergewichtsproblem

Die Fragestellungen dieses Moduls bzw. dieser Kategorie wurden allen Experten gestellt, da alle mit dem Problem Übergewicht in irgendeiner Weise konfrontiert sind. Das aus diesem Modul gewonnene Wissen wurde auf einem Tonband erfasst und fließt für die kulturspezifische Modifikation des europäischen Konzepts unterstützend in die Diskussion ein.

Die Abbildung des Kategoriensystems der Informationskanäle stellt unterschiedliche Wege zur Wissensbeschaffung in Sachen Gesundheit bzw. Abnehmpraxis dar. Das daraus gewonnene Wissen fließt für die kulturspezifische Modifikation des europäischen Präventionskonzepts unterstützend in die Diskussion ein.

Abbildung 63: Kategoriensystem der Informationskanäle



Die am meisten genutzten Informationskanäle der Menschen in der Türkei sind aus Sicht der Experten das Fernsehen (8 Nennungen) und das Internet (5). Während im Fernsehen Frauenprogramme, Morgenprogramme und Nachrichten

für die Informationsquelle genutzt werden, werden im Internet die Foren und Videos als Informationsquelle in Anspruch genommen. Zusätzlich identifizierten zwei Experten das Radio (2) als weiteren Informationskanal zur Wissensbeschaffung bezüglich der Gesundheit bzw. des Übergewichtsproblems.

Im Weiteren ist nach Meinung der Experten das soziale Umfeld eine wichtige Informationsquelle für Menschen (5), wenn es ums Abnehmen geht. In diesem Bereich wurden am häufigsten Nachbarn (4), Freunde (3) sowie Verwandte (3) erwähnt. Außerdem sahen die Experten Printmedien (Zeitungen, Zeitschriften, Magazine) (4), Sportzentren (3) und den Hausarzt (1) als weitere Wege zur Informationsgewinnung. Aus Sicht einiger Experten werden Bücher im Verhältnis zum Fernsehkonsum zur Informationsgewinnung kaum in Anspruch genommen.

Die Experten wiesen zusätzlich daraufhin, dass das aus Fernseherprogrammen, Radio, Internet sowie das aus der sozialen Umgebung gewonnene Wissen Gefahren mit sich bringt, da das Gewichtsproblem multifaktoriell ist und die angebotenen Lösungen individuell an die Betroffenen angepasst werden sollten. Dies ist laut Expertenmeinungen durch diese Kanäle nicht möglich. Des Weiteren erwähnten die Experten, dass im Fernsehen auftretende Fachleute unterschiedliche Standpunkte über Methoden und Anwendungen zur Gewichtsreduktion vertreten, die wiederum zur Verunsicherung der Betroffenen führen, was das Problem Übergewicht noch verschärft.

4.3.2 Kategorie II: Ursachen des Übergewichtsproblems

Bei dieser Frage wurde den Experten die Möglichkeit gegeben, die Gründe des Übergewichts in der Türkei zu identifizieren. Das Kategoriensystem wird in der Abbildung 56 bildlich dargestellt. Das daraus gewonnene Wissen fließt für die kulturspezifische Gestaltung des europäischen Gewichtsreduktionsprogramms unterstützend in die Diskussion ein.

Abbildung 64: Kategoriensystem der Ursachen des Übergewichtsproblems

Die wesentliche Ursache aus Sicht der Experten, die die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas beeinflusst, liegt in der Ernährungsweise der Betroffenen (8 Nennungen). Am häufigsten nannten sie in dieser Kategorie die Themen „übermäßigen Verzehr von Nahrungsmitteln“ (4), „unregelmäßige Esszeiten“ (2), „Verzehr von Nahrungsmitteln spät abends“ (1) sowie „Verzehr von sehr kalorienhaltigen Nahrungsmitteln“ (2). Dahinter folgte „übermäßiger Konsum von Teigwaren“ (2), „schlechte Qualität der Lebensmittel“ (1) sowie „Verzehr von Fast Food“ (1). Zuletzt wurde als Ursache von Übergewicht die „Snack-Kultur“ benannt (1).

Eine weitere wichtige Ursache sahen die Experten in dem Aktivitätsverhalten von Menschen (6 Nennungen). Am häufigsten erwähnten sie hier ein Nichtvorhandensein der Bewegungskultur, die in den Schulen nicht vermittelt werde (4) sowie Desinteresse der Menschen (1). Dies wurde damit begründet, dass es der Sportpolitik bis jetzt nicht gelungen ist, den gesundheitlichen Nutzen des Sports bzw. die Bedeutung der körperlichen Aktivität in den Schulen zu vermitteln. Einige Experten (E3, E7) betonten, dass von Seiten der Politik und der Schulen den Themen Sport und Bewegung wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird. Ein Experte stellt beispielhaft dar, wie gut bzw. schlecht die Türkei allgemein in den internationalen Wettkämpfen abschneidet; dies kann exemplarisch als Indiz für das Versagen der Vermittlung des Sports in der Sportpolitik angesehen werden. Dahinter folgte aus Sicht der Experten, dass Sport in den Schulen weder durch die Schulleitung noch die Sportlehrer gefördert werde, da Sport von der Schulleitung und auch von den Sportlehrern als Lückenfüller betrachtet werde. Die Schulleitung und die Sportlehrer beeinflussen zusätzlich negativ die Entwicklung einer Bewegungskultur.

Des Weiteren wurden von den Experten infrastrukturelle Rahmenbedingungen und Missverstädterung (falsche Städteplanung) (3 Nennungen) als Ursache des Übergewichtsproblems in der Türkei erwähnt. Von den Experten wurden genannt: nicht ausreichendes Vorhandensein von Fußgänger- und Fahrradwegen, keine Sicherheit im Straßenverkehr für Fußgänger und Radfahrer sowie begrenzte Bewegungsmöglichkeiten im Freien. Detailliert dargestellt meinten die Experten: das Leben spielt sich meistens in geschlossenen Räumen ab. Es werden immer mehr Freizeitaktivitäten wie Sparziergänge in Einkaufszentren, Treffen in Cafés oder Zuhause in Anspruch genommen. Die begrenzten infrastrukturellen

Rahmenbedingungen wirken sich aus Sicht der Experten ebenfalls negativ auf das Bewegungsverhalten der Einheimischen aus und fördern die Inaktivität, was als weitere Ursache für das Gewichtsproblem angesehen werden kann. Mehrere Experten nannten positiv die Bemühungen der Kommunen, versuchsweise mehr Sportstätten und teilweise kostenlos anzubieten. Diese Angebote finden jedoch überwiegend wiederum in geschlossenen Räumen statt, da den Kommunen aus Gründen der Knappheit an freien Grundstücken keine andere Wahl bleibt. Dies fördert das Leben im geschlossenen Räumen weiter. Die Unsicherheit im Straßenverkehr, die begrenzte Infrastruktur für Bewegung sowie die Missverstädterung stellten für einige Experten auch eine Gefahr dar, die zukünftige Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zu erhöhen. Die innovativen Konzepte gegen Übergewichtsprobleme unter Berücksichtigung der Infrastruktur fänden keine Unterstützung.

Als weitere Ursachen identifizierten die Experten, dass die körperliche Tätigkeit nur mit körperlicher Arbeit bzw. Geldverdienen (2 Nennungen) assoziiert wird, dass körperliche Tätigkeit nur die ökonomisch Schlechtergestellten wahrnehmen würden und dass sie ein Zeichen der Unterklasse wäre. Je reicher man wird, desto mehr vermeidet man den Einsatz körperlicher Aktivitäten. Als weitere Ursache von Übergewicht sahen die Experten, dass viele Frauen das Hausleben als Lebensstil (1) betrachten und die meiste Zeit mit den Kindern in der Wohnung verbringen, statt das Spielen der Kinder draußen zu fördern. Dieses Verhalten fördert wiederum die Inaktivität.

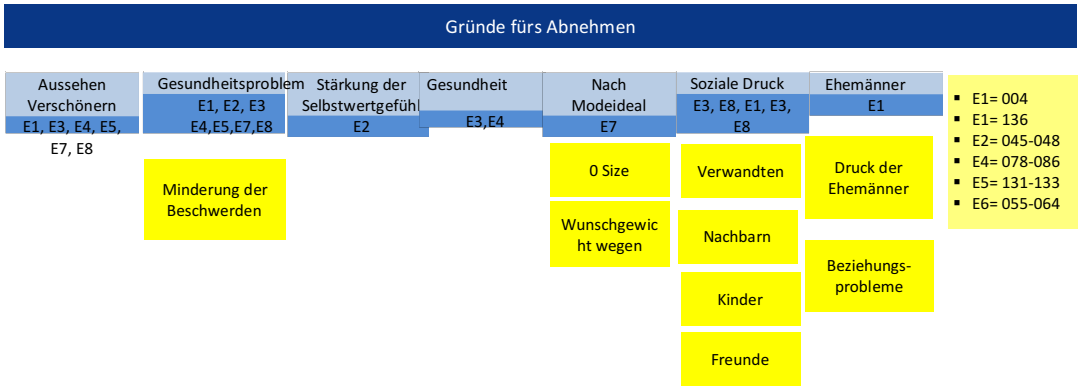
Zusätzlich identifizierten die Experten als weitere Ursachen des Übergewichtsproblems die sozialen und gesellschaftlichen Ereignisse. In diesem Bereich wurden am häufigsten genannt: Treffen zum Essen (5 Nennungen), keine Ablehnung des Essensangebots (1) sowie Essen als Grund für das Zusammenkommen (1). Danach folgten aus Sicht von zwei Experten, dass die Meinungsverschiedenheiten der Fachleute über Ernährung und Bewegung die Unsicherheit in der Bevölkerung fördern, was wiederum zu falscher Ernährungsweise führt. Als letzter Grund wurde aus Sicht der Experten die Faulheit (Inaktivität) der Menschen (4) erwähnt, sich für Bewegung und Sport zu engagieren.

4.3.3 Kategorie III: Gründe der Gewichtreduktion

Die Fragen dieser Kategorie wurden allen Experten gestellt, da alle in das Problem Übergewicht in irgendeiner Weise involviert sind.

Das Kategoriensystem der Gründe für das Abnehmen ist in der Abbildung 65 bildlich dargestellt. Das daraus gewonnene Wissen fließt für die kulturspezifische Gestaltung des europäischen Gewichtsreduktionsprogramms unterstützend in die Diskussion ein.

Abbildung 65: Kategoriensystem der Gründe für Gewichtsreduktion



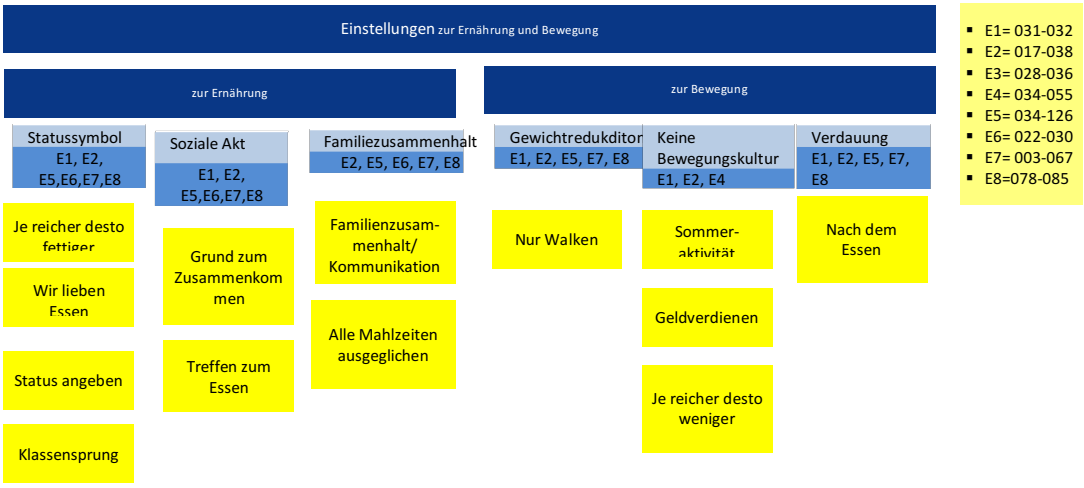
Die wichtigsten Gründe für die Gewichtsreduktion sind aus Sicht der Experten die Eliminierung von gesundheitlichen Beschwerden (7 Nennungen) und ein besseres Aussehen (6 Nennungen). Als weiteren Grund fürs Abnehmen identifizierten die Experten den sozialen Druck der Umgebung. In diesem Bereich wurden am häufigsten die Verwandten (5 Nennungen), Nachbarn (2), Freunde (3) und Kinder (1) erwähnt. Weiterhin sahen die Experten Beziehungsprobleme wegen Übergewicht bzw. Männerdominanz (1) als Gründe für das Abnehmen. Aus Sicht einiger Experten war die allgemeine Gesundheit (2) ein weiterer Grund für das Abnehmen. Des Weiteren wurden von den Experten als Gründe der Wille zur Steigerung des Selbstwertgefühls (1) und der Wunsch nach „Zero Size“ (0 Beden) (1) genannt.

4.3.4 Kategorie IV: Einstellung zu Ernährung und Bewegung

Bei diesem Modul wurde den Experten die Möglichkeit gegeben, die Gründe der Einstellungen zu Ernährung und Bewegung in der Türkei zu identifizieren. Das Kategoriensystem der Einstellungen zu Ernährung und Bewegung ist in Abbildung 66 bildlich dargestellt. Das daraus gewonnene Wissen fließt für die

kulturspezifische Gestaltung des europäischen Konstrukts bzw. Gewichtsreduktionsprogramms unterstützend in die Diskussion ein.

Abbildung 66: Kategoriensystem der Einstellung zur Ernährung und Bewegung in der Türkei



Einstellungen zur Ernährung:

Geschichtlich betrachtet hat die Essenskultur in der Türkei aus Sicht der Experten insgesamt einen hohen Stellenwert. Wenn es um ein Zusammenkommen oder Treffen mit Freunden geht, wird an gemeinsames Essen gedacht (6 Nennungen). Laut mehreren Experten (5) hat das Essen auch für den Familienzusammenhalt eine wichtige Rolle. Nach Meinung der Experten lieben die Einheimischen das Essen, was sich auch bei der Vielfalt der Angebote an Speisen zeigt. Eine Mahlzeit wird beispielhaft von den Experten (E5) als Abendessen wie folgt beschrieben: Wir fangen mit der Suppe an, danach kommt die Hauptspeise, als Beilage Reisgericht und Salat, und dazu wird viel Brot serviert. Nach dem Essen werden süße Speisen gegessen und es wird Tee getrunken, abschließend kommt noch Obst auf den Tisch. Einige Experten vertraten auch die Meinung, je reicher die Menschen werden, desto reichhaltiger sind die Tische aufgedeckt und umso fettiger wird auch das Essen (Statussymbol). „Ich habe das Geld und ich kann es mir leisten“ (6).

Einstellungen zur Bewegung:

Am häufigsten erwähnten die Experten in dieser Kategorie folgende Themen: Fehlen von Bewegungskultur (6), Sport zur Gewichtsreduktion (5) Einsatz von Sport nur zur Verdauung (5) nach dem Essen, Sport als Sommeraktivität sowie körperliche Aktivität nur fürs Geldverdienen. Als weiteren Grund für die negative Einstellung zur Bewegung identifizierten die Experten ein Zeichen der

Klassentrennung. Je reicher man wird, desto bewegungsfreier lebt man. Weiterhin sahen die Experten den Sport als Mittel zur Gewichtsreduktion (5) oder zu Verdauungszwecken eingesetzt, z.B. in Form von Walken.

Aus Sicht der Befragten fehlen Politikern klare Strategien und Visionen hinsichtlich einer Vermittlung der Bedeutung des Sports im Schulalter; das fördere ein Nicht-Bewusstsein des Nutzens körperlicher Aktivitäten. Nach Meinung mehrerer Experten (3 Nennungen) wird Sport bis heute als nebensächlich oder überflüssig empfunden. In dieser Subkategorie wurde körperliche Aktivität nur als Sommeraktivität und fürs Geldverdienen eingesetzt; je reicher man wird, desto weniger wird sich bewegt. Ein Experte betonte, dass die Familien Kinder lieber Fragen beantworten lassen, anstatt sie zu körperlicher Aktivität zu motivieren. Kinder könnten bessere Noten in den Prüfungen erzielen und hätten damit bessere Chancen auf einen Studienplatz. Das öffentliche Leben verlagert sich nach Meinung einiger Experten immer mehr vom Außen- in den Innenraum z.B. durch den Bau von Einkaufszentren.

4.3.5 Kategorie V: Kulturspezifische Gestaltung des europäischen Konzepts

Das Kategoriensystem der kulturspezifischen Gestaltung des europäischen Konstrukts für das Abnehmen ist in der Abbildung 67 bildlich dargestellt. Das daraus gewonnene Wissen fließt für die kulturspezifische Gestaltung des europäischen Konstrukts unterstützend in die Diskussion ein.

Abbildung 67: Kategoriensystem der kulturspezifischen Gestaltung des europäischen Konstrukts

Aus Sicht der Experten werden als Kanäle der Informationsbeschaffung Fernsehen (8 Nennungen) und Internet (5) in Anspruch genommen. Damit bieten für das vorgesehene Vorhaben auch Fernsehen und Internet großes Potential bei der Etablierung und Erreichung der Zielgruppe. Des Weiteren ist der Lebensstil der Bevölkerung aus Sicht der Experten (5 Nennungen) ein entscheidender Anhaltspunkt für die Gestaltung des Konstrukts. Von Experten wurden genannt: Genießer, faul, Zuhause lebend, ohne Lebensstiländerung sowie traditionell.

Im Weiteren wurden für die Gestaltung des Produktes inhaltliche und gestaltungsbezogene Themen aufgegriffen. Einige Experten wiesen auf die Praktikabilität und die Rezepte (2 Nennungen) hin. Ein Experte fügte noch hinzu, dass die Leute nicht offen für Neues sind und ihren Lebensstil nicht verändern wollen. Sie wollen nach der Gewichtsreduktion genauso leben wie gewohnt. Weiter nannte ein Experte, dass die angebotenen Konzepte ganz schnelle und hohe Abnehmerfolge versprechen sollten. Wie aus den Expertenmeinungen zu entnehmen ist, sind die Menschen nicht bereit, ihren Lebensstil zu ändern; im Gegenteil: das Konzept sollte an den Lebensstil angepasst werden.

Manche Experten vertraten die Ansicht, dass das Konstrukt in der Ernährungstherapie Vorlieben und Gewohnheiten mitberücksichtigen (3 Nennungen) und anwenderfreundlich sein sollte. Das bedeutet: Gerichte sollten den Geschmack der Menschen ansprechen, es sollten traditionelle Gerichte mit einheimischen Zutaten sein, die die Menschen überall kaufen können. Gerichte/Rezepte mit exotischen Zutaten bzw. Kräutern wären fehl am Platze wie z. B. Avocado. Aus Sicht eines Experten beinhalten die angebotenen Diäten Zutaten, die nicht überall käuflich sind (2).

Die Erwartungen der Menschen an ein Gewichtsreduktionsprogramm erweisen sich aus Sicht einiger Experten für eine gesunde Therapielösung als hinderlich. Durch ihr eiliges und ungeduldiges Verhalten erschweren die Menschen die Umsetzung eines Gesundheitsprogramms. Der gelebte Lebensstil beeinträchtigt die Etablierung eines nach dem Basisprogramm aufgebauten Gewichtsreduktionsprogramms. Die Methoden, die aktuell beliebt sind, bieten auch Hinweise, welche Umsetzungswege nach Umfang und Inhalt die Gewichtsreduktionsprogramme haben sollten.

Aus Sicht der Experten werden für die Gewichtsreduktion Methoden wie die von den Nachbarn/Verwandten empfohlenen Diäten (2), z.B. einseitige Ernährung (1),

Nichts essen (1) bevorzugt. Außerdem probieren sie die Programme aus, die sie im Internet oder Fernsehen sehen.

4.4 Ergebnisse der Ernährungs- und Bewegungsprotokolle

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Ernährungs- und Bewegungsprotokolle, die in der Türkei und in Deutschland mit den Türkeistämmigen durchgeführt wurden.

4.4.1 Anthropometrische Daten der Protokollanten

Die Detailauswertung ergab, dass die Protokollanten in der Türkei im Durchschnitt 35,8 ± 11,9 Jahre alt waren, 1,64 ± 0,1 cm groß, im Mittel 74,1 ± 15,2 kg schwer und einen durchschnittlichen BMI von 27,9 ± 5,5 kg/m² aufwiesen. Demgegenüber waren die in Deutschland lebenden Türkeistämmigen im Durchschnitt 38,4 ± 13,2 Jahre alt, 1,70 ± 0,1 cm groß, im Mittel 80,1 ± 17,5 kg schwer. Der BMI der Protokollanten betrug im Durchschnitt 27,8 ± 5,3 kg/m². Die Protokollanten wiesen im Durchschnitt einen BMI-Wert > 25 kg/m² auf und waren nach WHO-Kriterien als übergewichtig einzustufen. Dies galt sowohl für die Protokollanten aus der Türkei als auch für die Protokollanten aus Deutschland.

Tabelle 63: Anthropometrische Daten der Protokollanten im Ländervergleich (n= 30)

Parameter	Alter	mw ± sw	Minimum - Max	p-Wert
Alter (J)	Türkei	35,8 ± 11,9	13 - 53	0,4
	Deutschland	38,4 ± 13,2	16 - 80	
Körpergröße (m)	Türkei	164 ± 10	150 - 185	0,007
	Deutschland	170 ± 10	1,56 - 1,88	
Körpergewicht (kg)	Türkei	74,1 ± 15,2	50 - 107	0,16
	Deutschland	80,1 ± 17,5	53 - 125	
BMI (kg/m²)	Türkei	27,9 ± 5,5	19 - 40,1	0,92
	Deutschland	27,77 ± 5,3	19,5 - 37,3	

Ein Vergleich der anthropometrischen Daten zeigt, dass kaum Unterschiede zwischen den Protokollanten aus der Türkei und aus Deutschland zu erkennen sind. Nur beim Körpergrößenvergleich der Protokollanten ist ein signifikanter Unterschied feststellbar ($p < 0,05$).

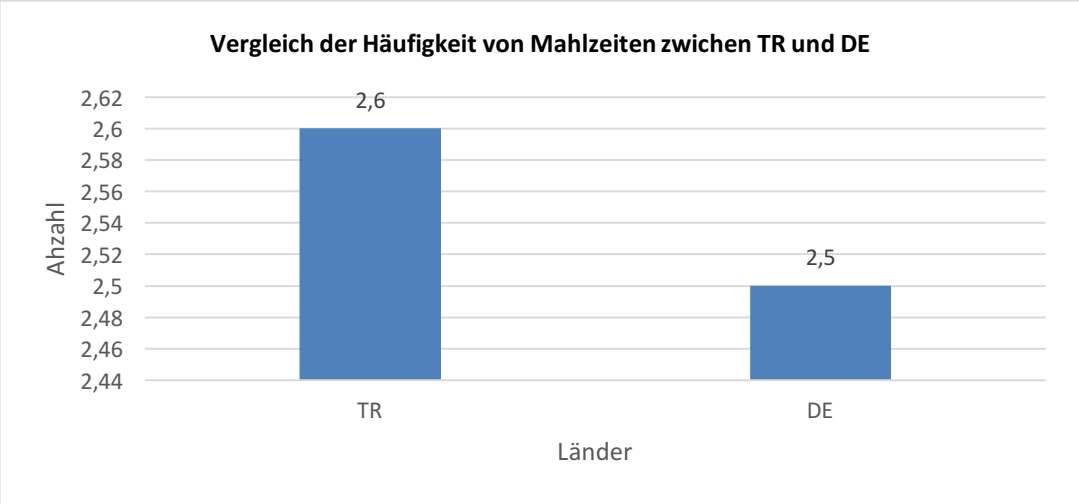
Von dreißig Protokollanten in der Türkei waren 23 weiblich und sieben männlich.

Demgegenüber waren in Deutschland 18 weiblich und 12 männlich. Die in der Türkei lebenden Protokollanten wiesen folgende Berufe auf: Angestellter (13), Hausfrau (7), Student (8), Arbeiter (3) Freiberufler (2). Dagegen übten die in Deutschland lebenden Türkeistämmigen folgende Berufe aus: Angestellter (12), Hausfrauen (9), Student (2), Arbeiter (6) und Rentner (1). Die Abbildung 63 stellt schaubildlich die erhobenen anthropometrischen Parameter im Ländervergleich Türkei/Deutschland dar.

4.4.2 Ernährungsgewohnheiten der Protokollanten

Die Daten über das aktuelle Ernährungsverhalten der Menschen sowohl in der Türkei und als auch der in Deutschland lebenden Türkeistämmigen ist ein wichtiger Aspekt hinsichtlich der kulturspezifischen Modifikation des europäischen Konzepts.

Abbildung 68: Vergleich der Häufigkeit von Mahlzeiten Türkei und Deutschland (n= 30)



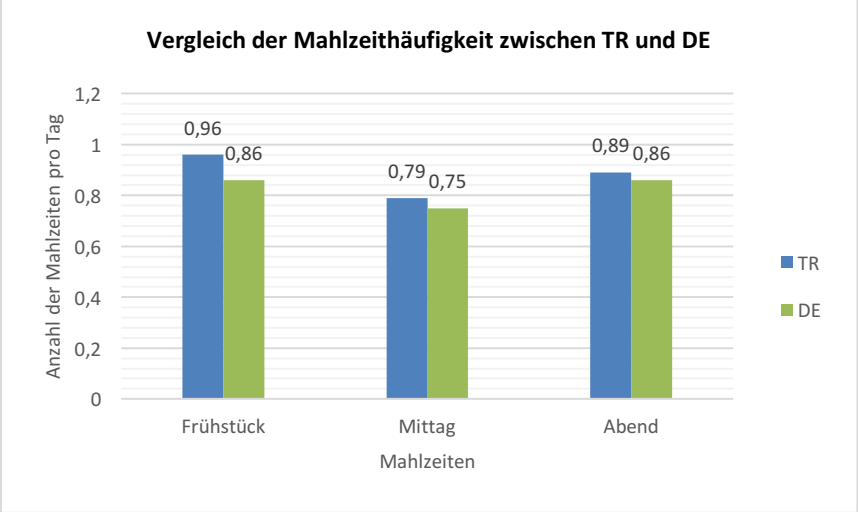
Während die Protokollanten in der Türkei täglich im Mittel 2,6 ± 0,3 Hauptmahlzeiten einnahmen, nahmen in Deutschland lebenden Türkeistämmigen im Mittel bei 2,5 ± 0,3 Hauptmahlzeiten zu sich. In einem t-Test für unabhängige Stichproben ergab sich kein signifikanter Effekt bezüglich der Häufigkeit der eingenommenen Mahlzeiten zwischen den Untersuchungsstandorten $p = .053$.

4.4.2.1 Verzehrstruktur auf Mahlzeitenebene

Da das Konstrukt sich auf die Idee von drei Hauptmahlzeiten (Frühstück,

Mittagessen, Abendessen) stützt, wurden die relevanten Daten für diese Mahlzeiten ermittelt und verglichen, um Anhaltspunkte für die Realisierung in Deutschland ableiten zu können.

Abbildung 69: Vergleich der Mahlzeithäufigkeit zwischen TR und DE (n= 30)



Auf Mahlzeitenebene betrachtet nahmen die in der Türkei lebenden Protokollanten im Durchschnitt 0,96 ± 0,07 Frühstück, 0,79 ± 0,20 Mittagessen und 0,89 ± 0,16 Abendmahlzeit zu sich. Die in Deutschland lebenden Türkeistämmigen nahmen 0,88 ± 0,24 Frühstück, 0,75 ± 0,28 Mittagessen und 0,86 ± 0,26 Abendessen zu sich. In einem t-Test für unabhängige Stichproben ergab sich ein signifikanter Effekt bezüglich Anzahl des Frühstücks (p=.036). Bei den anderen Mahlzeiten gab es keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Anzahl der Mahlzeiten (Mittags p= .601 und Abends p= .670).

4.4.2.1.1 Frühstück

Für beide untersuchte Gruppen spielt das Frühstück eine bedeutende Rolle. Insgesamt gab es zwischen den beiden Standorten nur geringe Unterschiede hinsichtlich verzehrter Lebensmittel beim Frühstück. Die größten Unterschiede traten bei dem Verzehr von Getränken auf.

In der Tabelle 64 wird die Verzehrstruktur auf Mahlzeitenebene am Beispiel des Frühstücks im Vergleich dargestellt. Die Abbildung ermöglicht somit auch die direkte Gegenüberstellung einzelnen Kategorien.

Tabelle 64: Verzehrstruktur des Frühstücks im Ländervergleich TR/DE

Art der Lebensmittel	Türkei	Deutschland
Warme Speisen	• Toast mit Käse und Wurst (6) • Menemen (9) • Börek (12) • Gebratene Gemüse (6) • Suppe (2)	• Toast mit Käse und Wurst (10) • Menemen (1) • Börek • Gebratene Gemüse (9)
Brot und Backwaren	• Weißbrot (23) • Vollkorn (12) • Blätterteig (2) • Sesamring (8) • Fladenbrot (2)	• Weißbrot (22) • Vollkorn (5) • Brötchen (8) • Blätterteig (3) • Bretzel (4)
Getränke	• Tee (28) • Wasser (4) • Kaffee (2) • Orangensaft (2) • Milch (3)	• Tee (21) • Wasser (10) • Kaffee (8) • Orangensaft • Mokka
Aufstriche und CO	• Oliven (18) • Marmelade (14) • Honig (10) • Nutella (5) • Müsli (6) • Haferflocken (2)	• Oliven (21) • Marmelade (7) • Honig (6) • Nutella (2) • Müsli (2) • Sesam/Trauben Mischung (2)
Tierisches	• Hirtenkäse (28) • Ei (26) • Butter (7) • Gouda (5) • Frischkäse (4) • Sahne (2) • Wurst (4)	• Hirtenkäse (25) • Ei (21) • Butter (5) • Gouda (3) • Frischkäse (2) • Sahne (3) • Wurst (8) • Joghurt (3)
Gemüse und Obst	• Gurken (16) • Tomaten (21) • Salat (3) • Paprika (6) • Petersilie (7) • Wassermelone (2) • Melone (2) • Trauben (1)	• Gurken (15) • Tomaten (22) • Salat (3) • Paprika (5) • Wassermelone • Banane (2) • Nektarine • Apfel

In der Türkei sowie in Deutschland lebende Personen verzehren beim Frühstück neben proteinhaltigen Lebensmitteln wie verschiedene Käsesorten und Ei: Oliven und süße Brotaufstriche wie Honig und Marmelade sowie wenige warme Speisen. Als Getränk wird von in der Türkei lebenden Personen Tee (28 Nennungen) und Kaffee (2) sowie von in Deutschland lebenden Türkeistämmigen hauptsächlich Tee (21 Nennungen) und Kaffee (8) getrunken.

4.4.2.1.2 Mittagessen

Hinsichtlich der Art der Gerichte des Mittagessens konnten im Türkei-Deutschland-Vergleich keine gravierenden Unterschiede festgestellt werden. In der Tabelle 65 wird die Verzehrstruktur auf Mahlzeitenebene am Beispiel des Mittagsessens dargestellt. Die Abbildung ermöglicht somit auch die direkte Gegenüberstellung der einzelnen Kategorien. Wie aus der Abbildung zu entnehmen ist, spielt das Mittagessen für beide untersuchten Gruppen eine

bedeutende Rolle.

Tabelle 65: Verzehrstruktur des Mittagsessens im Vergleich Türkei und Deutschland

Art der Lebensmittel	Türkei	Deutschland
Hauptgericht	• Nudel mit Tomatensoße und Hackfleisch (1)/ Gemüse (6) • Börek (8) • Döner (6) • Gegrillte Fleisch (9) • Hühnerfleisch (6) • Putenschnitzel (2) • Fisch (5) • Menemen (3) • Lahmacun (1) • Gefüllte Gemüse (5) • Sesam Ring (2) • Gemüseeintopf mit Fleisch (12) • Sandwich mit Tomate und Käse (3) • Hamburger (2)	• Nudel mit Tomatensoße und Hackfleisch (10) • Pizza (3) • Börek (8) • Gegrilltes Fleisch (10) • Hühnerfleisch (4) • Putenschnitzel (3) • Fisch (2) • Grüne Bohnen mit Olivenöl • Menemen (4) • Lahmacun (3) • Gefüllte Gemüse (5) • Gemüseeintopf mit Fleisch (13) • Sandwich mit Tomate und Käse (6) • Belegtes Brötchen mit Käse (11)
Beilagen	• Reisgericht (15) • Salat (Hirten) (13) • Suppe (11) • Kartoffeln (5) • Gemüse (7) • Joghurt (12) • Gebratene Paprika • Zaziki (cacik) (2) • Gouda (2)	• Reisgericht (16) • Salat (Hirten) (14) • Suppe (4) • Kartoffeln (8) • Gemüse (16) • Joghurt (7) • Gebratene Gemüse (2) • Zaziki (cacik) (2) • Eingelegte Gurken
Brot und Backwaren	• Weißbrot (15) • Vollkorn (13) • Blätterteig (1) • Fladenbrot (2)	• Weißbrot (13) • Vollkornbrot (2) • Blätterteig (2) • Brötchen (2)
Getränke	• Ayran (8) • Wasser (3) • Tee (4) • Kaffee (2) • Cola (5) • Milch (3)	• Ayran (7) • Wasser (11) • Tee (5) • Kaffee • Cola • Mokka (2)
Obst	• Wassermelone (7) • Melone (3) • Apfel (4) • Pfirsich (2) • Pflaumen (2) • Erdbeer	▪ Wassermelone (4) ▪ Birnen (4) ▪ Apfel (4) ▪ Pfirsich (5) ▪ Trauben (4) • Mandarine (5)
Nachtisch	• Schokolade (3) • Obstkuchen (3) • Milchreis (3) • Kekse (1) • Baklava • Eis (2)	▪ Schokolade (4) ▪ Obstkuchen (2) ▪ Milchreis (2) ▪ Nüsse (4) ▪ Walnuss (3)

4.4.2.1.3 Abendessen

In Tabelle 66 wird die Verzehrstruktur auf Mahlzeitenebene am Beispiel des Abendessens im Vergleich dargestellt. Die Abbildung ermöglicht somit auch hier die direkte Gegenüberstellung der einzelnen Kategorien. Für beide untersuchten Gruppen spielt das Abendessen eine bedeutende Rolle, da es meist zusammen mit allen Familienmitgliedern zu sich genommen wird.

Tabelle 66: Verzehrstruktur Abendessen im Vergleich Türkei und Deutschland

Art der Lebensmittel	Türkei	Deutschland
Warme Speisen	• Nudeln mit Tomatensoße und Hackfleisch (9) • Pizza mit Wurst (2) • Döner (2) • Gegrilltes Fleisch (11) • Frikadellen (9) • Fisch (5) • Brathähnchen (14) • Menemen (4) • Bohnen mit Fleisch (7) • Grüne Bohnen mit Fleisch (8) • Gemüseeintopf mit Fleisch (19) • Gefüllte Frikadellen (1) • Gefüllte Gemüse mit Reis (7) • Gefüllte Teigtaschen (3)	• Nudeln mit Tomatensoße und Hackfleisch (8) • Pizza mit Wurst (10) • Döner (6) • Gegrilltes Fleisch) (6) • Frikadellen (10) • Fisch (6) • Brathähnchen (7) • Bohnen mit Fleisch (9) • Grüne Bohnen mit Fleisch (12) • Gemüseeintopf mit Fleisch (11) • Gefüllte Gemüse (20) • Gefüllte Teigtaschen (7) • Sandwich mit Tomate und Käse (6) • Lahmacun (6) • Lasagne (3)
Beilagen	• Salat (23) • Suppe (16) • Joghurt (18) • Reisgericht mit Reis (11) • Gebratene Gemüse (9) • Gegrillte Tomaten (8) • Gegrillte Paprika (4) • Kartoffeln (9) • Käse (4) • Zaziki (cacik) (3)	• Salat (21) • Suppe (26) • Joghurt (13 • Reisgericht mit Reis (21) • Reisgericht mit Bulgur (16) • Gebratene Gemüse (2) • Tomaten (3) • Gekochte Kartoffeln (14) • Eingelegte Gurken (2) • Zaziki (cacik) (3)
Brot und Backwaren	• Brot (17) • Vollkorn (3) • Fladenbrot (4)	• Brot (14) • Brötchen (2) • Blätterteig (2)
Getränke	• Ayran (8) • Wasser (6) • Tee (6) • Mokka (4) • Kaffee (2) • Cola (10) • Milch (5) • Bier (2)	• Ayran (3) • Wasser (13) • Tee (11) • Cola (3) • Mokka (3) • Milchkaffe (2)
Obst	• Wassermelone (10) • Melonen (4) • Pflaumen (3) • Banane (1) • Nektarine (2) • Apfel (3) • Trauben (3) • Kirschen (3) • Erdbeeren (3) • Orangen (2)	• Pfirsich (4) • Wassermelone (4) • Pflaumen • Banane (4) • Nektarine (2) • Apfel (5) • Trauben (4)
Nachtisch	• Kuchen (5) • Nüsse (3) • Milchreis (4) • Eis (2) • Schokolade (3)	• Kuchen (2) • Nüsse (4) • Milchreis • Milchschnitte • Kekse (2) • Schokolade (5)

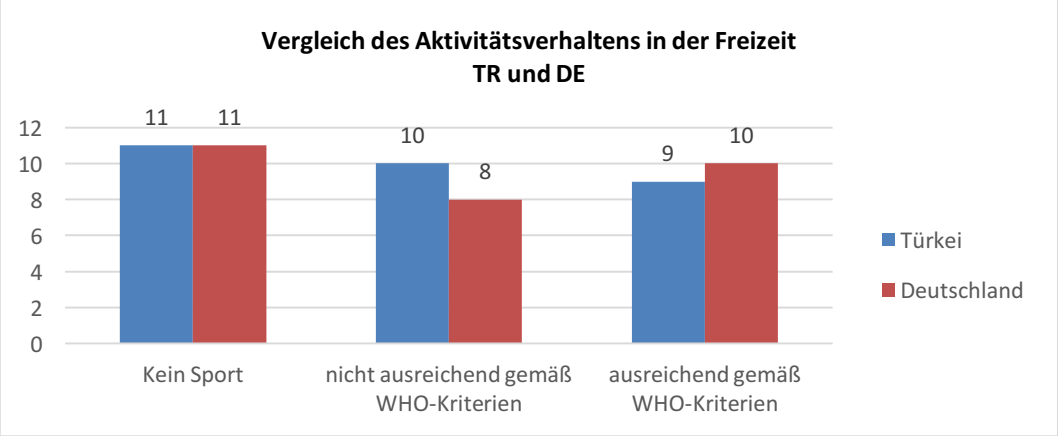
Beim Abendessen fanden sich bezüglich der Art der verzehrten Speisen keine deutlichen Unterschiede im Vergleich Deutschland/Türkei. Hier fiel nur die Vielfalt an verzehrten Getränken in der Türkei auf, vor allem durch mehr kohlensäurehaltige Getränke, während sich der Verzehr dieser Getränke in Deutschland in Grenzen hielt.

4.4.3 Bewegungsverhalten der Protokollanten in der Freizeit

In dem Protokollbogen wurden Daten über das Bewegungsverhalten in der

Freizeit erhoben. In der Abbildung 70 werden die oben beschriebenen Parameter grafisch dargestellt, um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu verdeutlichen. Im Bewegungsmodul wurden Häufigkeit und Dauer und Art der körperlichen Aktivitäten in der Freizeit protokolliert.

Abbildung 70: Aktivitätsverhalten der Protokollanten in der Freizeit im Landesvergleich TR und DE (n= 30)



Die Ergebnisse der Erhebung bezüglich Bewegungsgewohnheiten legen dar, dass gemäß WHO-Kriterien 36,6 % (11) der Protokollanten in der Türkei in ihrer Freizeit inaktiv waren. Davon waren neun weiblich und zwei männlich. Auf Berufe bezogen waren Arbeiter, die bei der Arbeit körperlich aktiv waren, und Hausfrauen 33,3 % der Personen (10) unzureichend in ihrer Freizeit aktiv (1-4 Tage pro Woche), wobei sechs davon weiblich und vier männlich waren. Nur 30 % (9) der Protokollanten erfüllten gemäß den WHO-Kriterien (fünf Tage oder mehr in der Woche über 30 Minuten) die Benchmarks, wobei es hier sechs weibliche und nur zwei männliche waren. Auch die Erhebung mit in Deutschland lebenden Türkeistämmigen gemäß WHO-Kriterien ergab ähnliche Daten. Hier bewegten sich 36,6 % (11) der Protokollanten in ihrer Freizeit gar nicht bzw. waren inaktiv, wobei von ihnen sechs weiblich und fünf männlich waren. Auf Berufe bezogen waren Arbeiter, die während der Arbeit körperlich aktiv waren, und Hausfrauen 28 % der Personen (acht, die sich in der Freizeit unzureichend bewegten 1-4 Tage pro Woche), wobei sechs davon weiblich und zwei männlich waren. Nur 36,6 % der Personen (11) erfüllten die WHO-Kriterien (fünf Tage oder mehr in der Woche über 30 Minuten), wobei es hier sechs weibliche und fünf männliche Personen waren. Allerdings liegen Umfang und Dauer der Aktivität von in Deutschland lebenden Türkeistämmigen, die die WHO- Kriterien erfüllen,

im Durchschnitt um 1 Stunde höher als bei den in der Türkei lebenden Protokollanten.

In der Tabelle 67 werden Häufigkeit und Dauer des Aktivitätsverhaltens pro Woche in tabellarischer Form dargestellt, um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzuzeigen.

Tabelle 67: Vergleich der körperlichen Aktivität bezüglich Häufigkeit und Dauer in der Freizeit TR/DE (n= 30)

Parameter	Land	mw ± sw	p-Wert
Häufigkeit pro Woche	Türkei	2,6±2,6	0,64
	Deutschland	2,5±1,9	
Dauer	Türkei	2,4±2,5	0,27
	Deutschland	3,5±3,5	

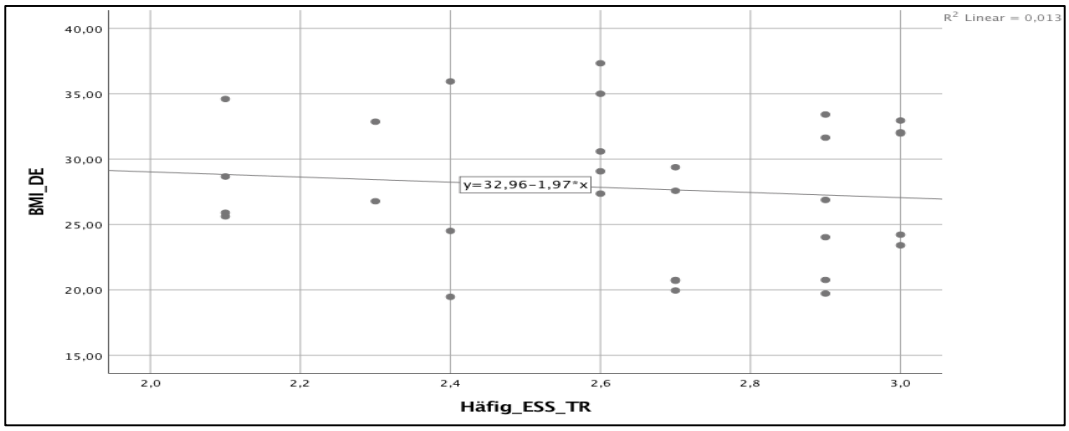
Im Weiteren werden unabhängige Variable auf ihren Zusammenhang geprüft.

Mahlzeithäufigkeit – BMI in der Türkei (n= 30)

	Korrelationen	BMI_TR
Häufig_ESS_TR	Korrelation nach Pearson	-,158
	Signifikanz (2-seitig)	,405
	N	30

Die Korrelation nach Pearson zeigte einen sehr geringen negativen Zusammenhang ($r(30) = -144$, $p > .05$) von Mahlzeithäufigkeit und BMI der Protokollanten in der Türkei.

Abbildung 71: Zusammenhang Mahlzeithäufigkeit und BMI TR (n= 30)

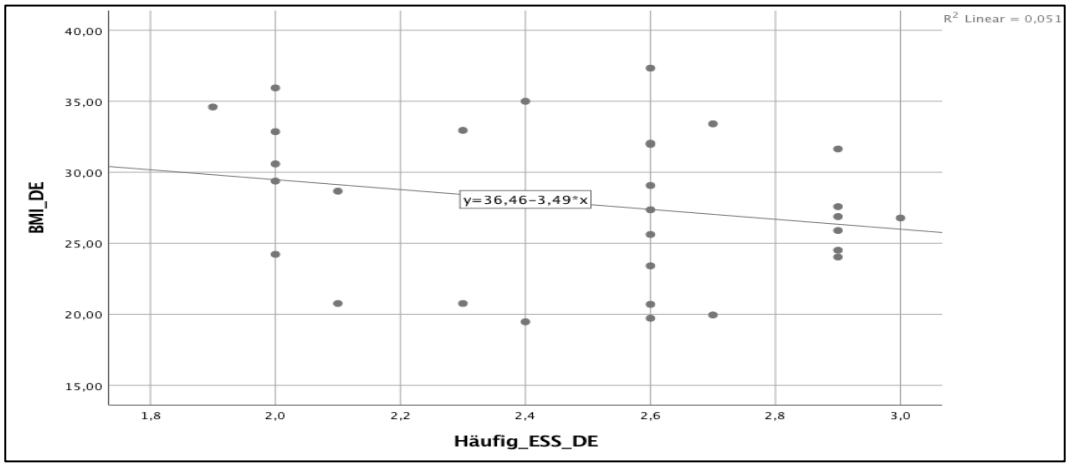


Mahlzeithäufigkeit – BMI in Deutschland (n= 30)

	Korrelationen	BMI_DE
Häufig_ESS_DE	Korrelation nach Pearson	-,226
	Signifikanz (2-seitig)	,231
	N	30

Die Korrelation nach Pearson zeigte einen sehr geringen negativen Zusammenhang ($r(30) = -226$, $p > .05$) Mahlzeithäufigkeit und BMI der türkeistämmigen Protokollanten in Deutschland.

Abbildung 72: Zusammenhang Mahlzeithäufigkeit und BMI DE (n= 30)

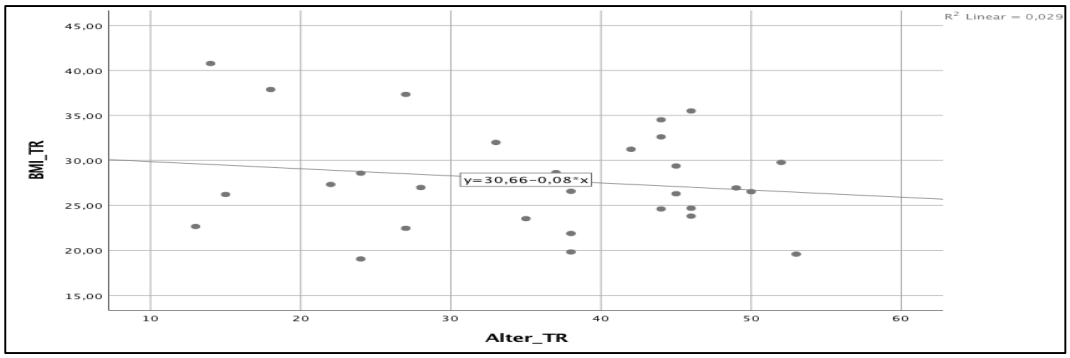


Alter – BMI in der Türkei (n= 30)

	Korrelationen	BMI_TR
Alter_TR	Korrelation nach Pearson	-,170
	Signifikanz (2-seitig)	,369
	N	30

Die Korrelation nach Pearson zeigte einen sehr geringen negativen Zusammenhang ($r(30) = -.170$, $p > .05$) von Alter und BMI der Protokollanten in der Türkei.

Abbildung 73: Zusammenhang Alter und BMI in der Türkei (n= 30)



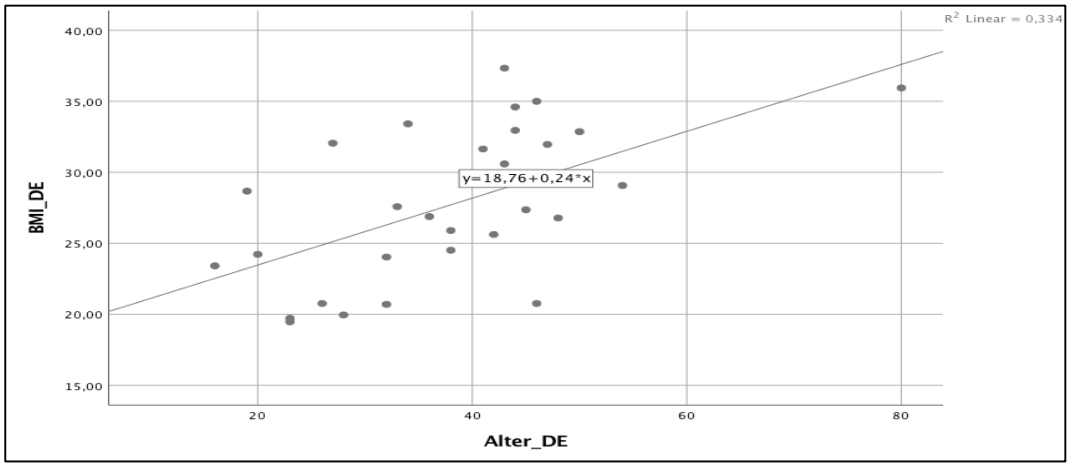
Alter und BMI in Deutschland

	Korrelationen	BMI_DE
Alter_DE	Korrelation nach Pearson	,578**
	Signifikanz (2-seitig)	,001
	N	30

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Die Korrelation nach Pearson zeigte einen mittleren positiven Zusammenhang ($r(30) = .578$, $p < .01$) von Alter und BMI der türkeistämmigen Protokollanten in Deutschland.

Abbildung 74: Zusammenhang Alter und BMI in Deutschland (n= 30)

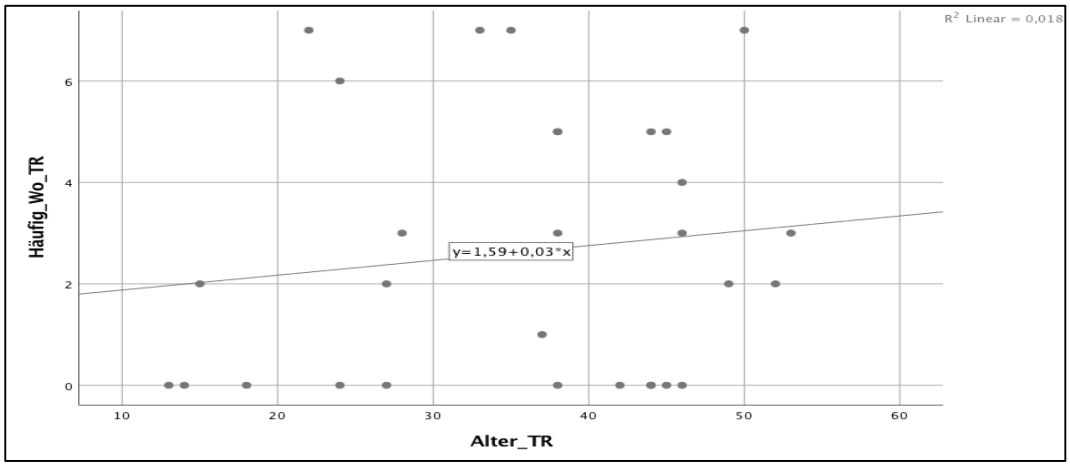


Alter-Häufigkeit der körperlichen Aktivität in der Freizeit pro Woche in der Türkei

	Korrelationen	Häufigkeit pro Woche_TR
Alter_TR	Korrelation nach Pearson	,135
	Signifikanz (2-seitig)	,477
	N	30

Die Korrelation nach Pearson zeigt einen sehr geringen positiven Zusammenhang ($r(30) = .135$, $p > .05$) von Alter und Häufigkeit der Bewegungseinheiten pro Woche der Protokollanten in der Türkei.

Abbildung 75: Zusammenhang Alter und Häufigkeit der Bewegungseinheiten pro Woche in der Türkei (n= 30)

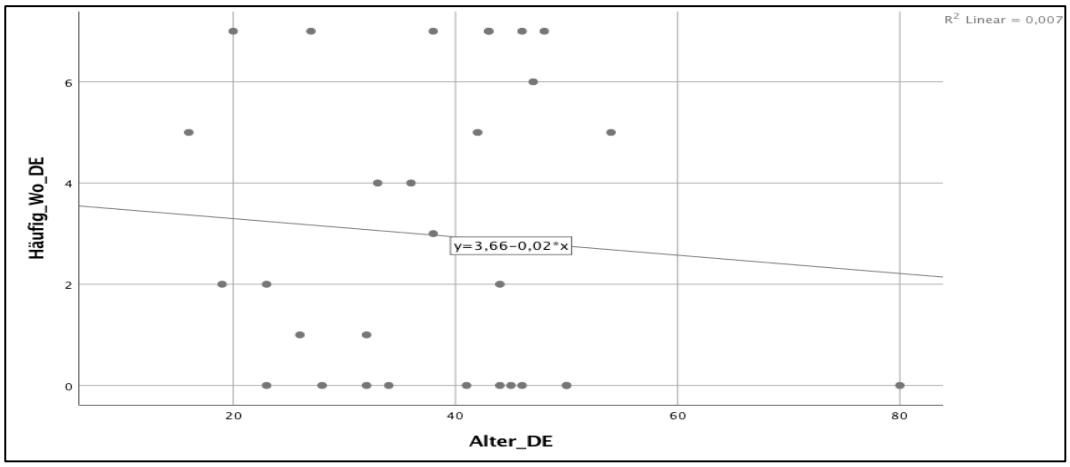


Alter-Häufigkeit der körperlichen Aktivität in der Freizeit pro Woche in Deutschland

	Korrelationen	Häufigkeit pro Woche_DE
Alter_DE	Korrelation nach Pearson	-,081
	Signifikanz (2-seitig)	,671
	N	30

Die Korrelation nach Pearson zeigte einen sehr geringen negativen Zusammenhang ($r(30) = -.081$, $p > .05$) von Alter und Häufigkeit der Bewegungseinheiten pro Woche der türkeistämmigen Protokollanten in Deutschland.

Abbildung 76: Zusammenhang Alter und Häufigkeit der Bewegungseinheiten pro Woche in Deutschland (n= 30)

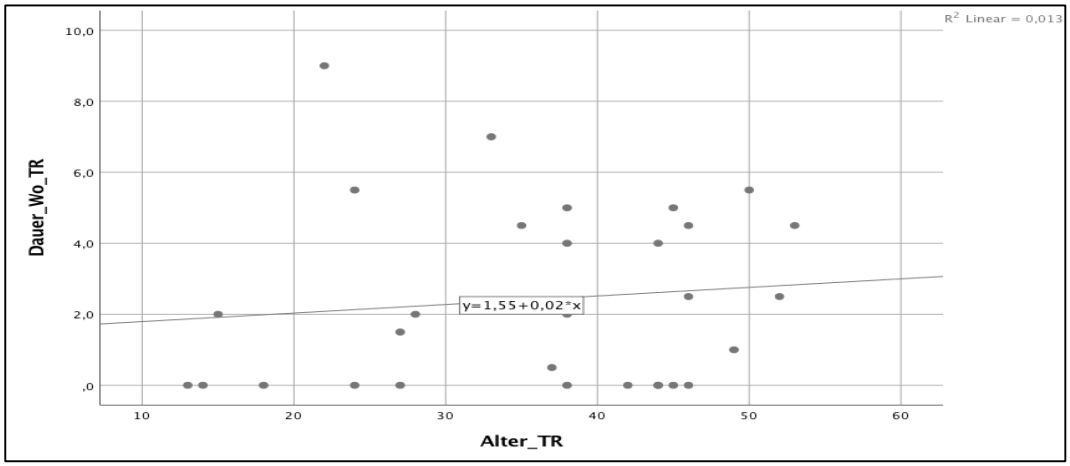


Alter-Dauer der körperlichen Aktivitäten in der Freizeit in der Türkei

	Korrelationen	Dauer pro Woche_TR
Alter_TR	Korrelation nach Pearson	,113
	Signifikanz (2-seitig)	,551
	N	30

Die Korrelation nach Pearson zeigte einen sehr geringen positiven Zusammenhang ($r(30) = .113$, $p > .05$) von Alter und Dauer der Bewegungseinheiten der Protokollanten in der Türkei.

Abbildung 77: Zusammenhang Alter und Dauer der körperlichen Aktivitäten in der Freizeit TR (n= 30)

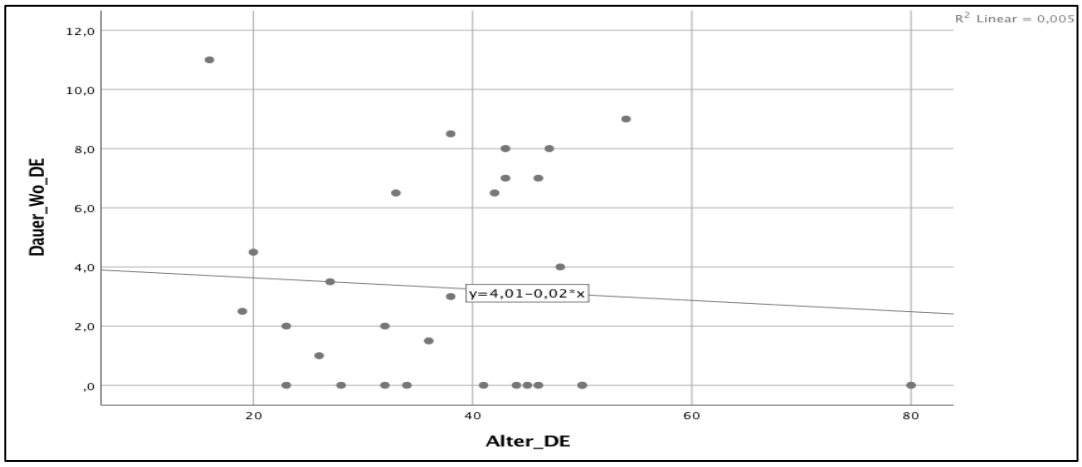


Alter-Dauer der körperlichen Aktivitäten in der Freizeit in Deutschland

	Korrelationen	Dauer pro Woche_DE
Alter_DE	Korrelation nach Pearson	-,072
	Signifikanz (2-seitig)	,705
	N	30

Die Korrelation nach Pearson zeigte einen sehr geringen negativen Zusammenhang ($r(30) = -.072$, $p > .05$) von Alter und Dauer der Bewegungseinheiten pro Woche der türkeistämmigen Protokollanten in Deutschland.

Abbildung 78: Zusammenhang Alter und Dauer der körperlichen Aktivitäten in der Freizeit DE (n= 30)

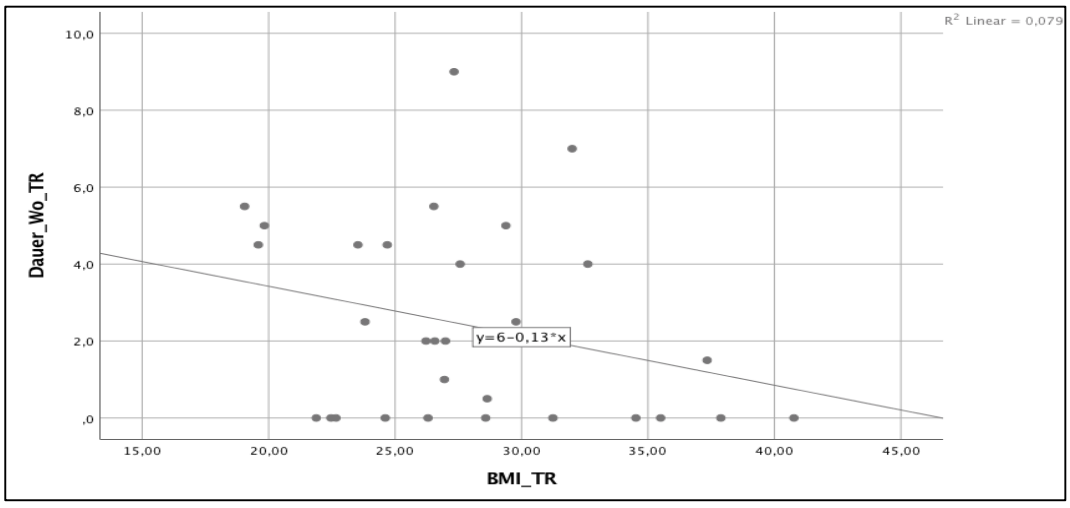


BMI- Dauer der körperlichen Aktivitäten in der Freizeit in der Türkei

	Korrelationen	Dauer pro Woche_TR
BMI_TR	Korrelation nach Pearson	-,281
	Signifikanz (2-seitig)	,133
	N	30

Die Korrelation nach Pearson zeigte einen geringen negativen Zusammenhang ($r(30) = -.281$, $p > .05$) von BMI und Dauer der Bewegungseinheiten pro Woche der Protokollanten in der Türkei.

Abbildung 79: Zusammenhang BMI und Dauer der körperlichen Aktivitäten pro Woche in der Türkei (n= 30)

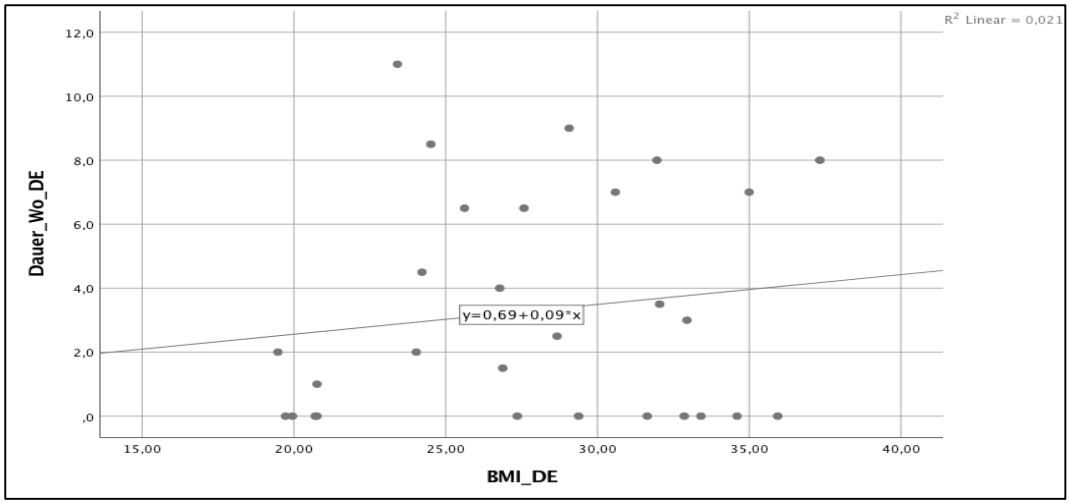


BMI- Dauer der körperlichen Aktivitäten in der Freizeit in Deutschland

	Korrelationen	Dauer pro Woche_DE
BMI_DE	Korrelation nach Pearson	,143
	Signifikanz (2-seitig)	,450
	N	30

Die Korrelation nach Pearson zeigte einen geringen positiven Zusammenhang ($r(30) = .143$, $p > .05$) von BMI und Dauer der Bewegungseinheiten pro Woche der türkeistämmigen Protokollanten in Deutschland.

Abbildung 80: Zusammenhang BMI und Dauer der körperlichen Aktivitäten pro Woche in Deutschland (n= 30)

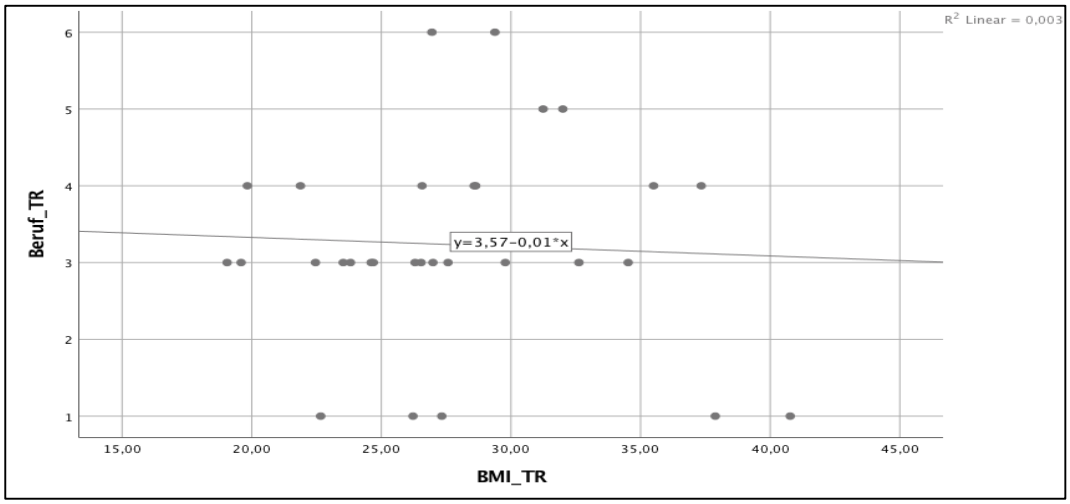


BMI- Beruf in der Türkei

	Korrelationen	Beruf_TR
BMI_TR	Korrelation nach Pearson	,050
	Signifikanz (2-seitig)	,792
	N	30

Die Korrelation nach Pearson zeigte einen geringen Zusammenhang ($r(30) = .050$, $p > .05$) von BMI und Berufe der Protokollanten der Türkei.

Abbildung 81: Zusammenhang Beruf und BMI TR (n= 30)

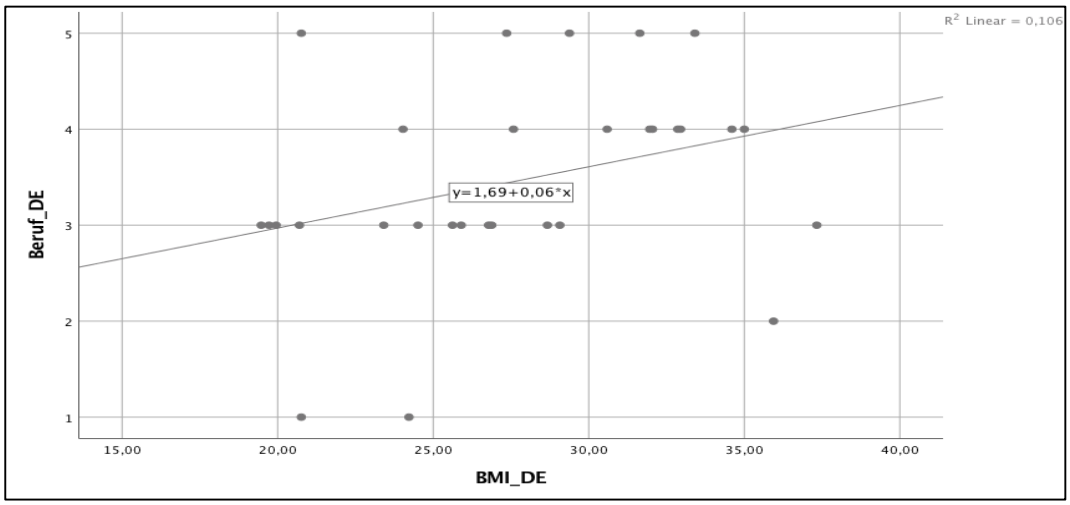


BMI-Beruf in Deutschland

	Korrelationen	Beruf_DE
BMI_DE	Korrelation nach Pearson	,325
	Signifikanz (2-seitig)	,080
	N	30

Die Korrelation nach Pearson zeigte einen geringen positiven Zusammenhang ($r(30) = .325$, $p > .05$) von BMI und Berufe der türkeistämmigen Protokollanten in Deutschland.

Abbildung 82: Zusammenhang Beruf und BMI DE (n= 30)



5 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde ein nach der S3-Leitlinie aufgebautes europäisches Präventionskonzept, „Das Turbo-Stoffwechsel-Programm“, das zur Therapie von Übergewicht (BMI $\geq$ 25 kg/m^2) entwickelt wurde, unter kulturspezifischen Rahmenbedingungen getestet, um die Effekte, die Praktikabilität und die Umsetzungsmöglichkeiten der Originalfassung in der Türkei festzustellen und daraus Anhaltpunkte für die kulturspezifische Modifikation des Konzepts abzuleiten, damit den von Übergewicht betroffenen, in der Türkei lebenden Personen ein fundiertes und im Alltag praktikables Präventionskonzept zur Gewichtreduktion zur Verfügung steht.

Die meisten Untersuchungen im Rahmen dieser Arbeit wie die Interventionsstudie, die Befragung der beratungssuchenden Personen, das leitfadengestützte Experteninterview sowie die erste Phase der Untersuchung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens mittels Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogen fanden hauptsächlich in Istanbul statt. Nur die zweite Phase der Erhebung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens mittels Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogen, die dazu diente, die erforderlichen Daten für die inhaltliche Gestaltung bzw. Modifikation zu erhalten, wurde in Köln und in Trostberg durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung der beratungssuchenden Personen, die Erhebung des Gesundheitsverhaltens der übergewichtigen und adipösen Menschen diente, bildeten zusammen mit der Interventionsstudie die breite Grundlage der zielgruppenspezifischen Modifikation. Die weiteren im Rahmen dieser Arbeit eingesetzten Untersuchungsmethoden, das leidfadengestützte Experteninterviews und die Ernährungs- und Bewegungsprotokolle unterstützten die Beantwortung der Forschungsfragen und die zielgruppenspezifische Modifikation des europäischen Konzepts.

5.1 Diskussion der Methodik

Die methodischen Einflüsse und andere Störvariablen, die trotz sorgfältiger und detaillierter Studienplanung während der Studie aufgetreten sind, könnten die Aussagekraft der erhobenen Daten und der Ergebnisse beeinflusst haben und zu einer reduzierten Aussagekraft der erhobenen Daten führen. Aus diesem Grund wurde der Methodenmix angewandt, um die Schwächen einer Methode mit anderen Methoden auszugleichen und die Zuverlässigkeit der Ergebnisse soweit

wie möglich abzusichern. Außerdem könnten die Ergebnisse der Ernährungs- und Bewegungsintervention, der Befragung mit Beratungssuchenden und der Ernährungs- und Bewegungsprotokolle saisonal bedingt beeinflusst sein, da z.B. der Verzehr von Fisch und anderen Meeresfrüchten in Sommermonaten nicht üblich ist oder Trainingseinheiten hitzebedingt nicht in vollem Umfang umgesetzt werden können.

5.1.1 Interventionsstudie

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde das europäische Konzept, das vom Zentrum für Gesundheit (ZfG) der Deutschen Sporthochschule entwickelt wurde, „Das Turbo-Stoffwechsel-Programm“ in Form der Ernährungs- und Bewegungsintervention in Ursprungsform in der Türkei erprobt, um die Praktikabilität und Umsetzbarkeit bzw. Praxistauglichkeit unter kulturspezifischen Rahmenbedingungen zu erfassen bzw. zu analysieren.

5.1.1.1 Strukturelle Rahmenbedingungen für die Interventionsstudie

Laut Verzehr- und Gesundheitsstudie der Türkei von 2010 (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması TBSA 2010) des Gesundheitsministeriums nimmt Istanbul mit 33 % adipösen Personen den ersten Platz gemeinsam mit West Anatolien und der Nord Schwarzmeer-Region ein (TCSB 2016). Nach Angaben des Türkischen Statistikamtes leben im Jahre 2016 14.160.467 Menschen in Istanbul (TUIK 2016). Das heißt, dass von der Gesamtbevölkerung jeder fünfte in Istanbul lebt und jeder dritte davon von Adipositas betroffen ist.

Abbildung 83: Verteilung der Adipositasprävalenz in der Türkei (TCSB 2016)

Die Umsetzung einer Intervention zur Therapie von Übergewicht und Adipositas in der Türkei ist in starkem Maße von infrastrukturellen Bedingungen (Vorhandensein von Parks, Gehwegen und Fitnessstudios usw.) abhängig, die durch die Sicherheit im öffentlichen Raum stark beeinflusst werden. Zusätzlich kann die Umsetzung der Intervention von der Compliance und Motivation der teilnehmenden Personen und von der Entfernung zum Studienort beeinträchtigt sein (Delpeuch et al. 2009, S. 98 ff).

Die Ernährungs- und Bewegungsintervention und damit verbundenen Untersuchungen fanden in einem öffentlich-rechtlichen Sportzentrum der Gemeinde Esenyurt im Stadtteil Esenkent statt. Die Gemeinde Esenyurt liegt auf der europäischen Seite Istanbuls und hatte rund 795.010 Einwohnern in 2016 (2014: 686.968) (TUIK 2017). Das Sportzentrum liegt sehr zentral und war für die Teilnehmer gut zu Fuß zu erreichen. Die Probanden konnten das Sportzentrum sieben Tage ohne Einschränkungen nutzen.

5.1.1.2 Untersuchungsdesign

Das Hauptinteresse lag darin, „den Umfang der Verbesserungen im Laufe der Studie zu bestimmen“ (Fleckenstein 2009) sowie die Testung des Konstrukts bzw. Programms hinsichtlich der Praktikabilität und Umsetzbarkeit unter kulturspezifischen Rahmenbedingungen in den Vordergrund zu stellen und nicht die interne Validität des Programms zu evaluieren, da die Effizienz der eingesetzten Interventionsmaßnahmen bereits durch mehrere Studien gesichert wurde (Hauner et al. 2014; Froböse 2014; Fleckenstein 2009, S. 150). Trotz des Erhalts wertvoller Informationen durch die Interventionsstudie existieren einige Einschränkungen in ihrem Aufbau.

Die Rekrutierung von Partnern und Probanden dauerte mehrere Monate. Es konnte nur ein Partner für die Interventionsstudie gewonnen werden. Es fehlte die Unterstützungsbereitschaft der umliegenden privaten Fitnessstudios, den Mitgliedern die Teilnahme an der Interventionsstudie zu ermöglichen. Trotz intensiver Bemühungen seitens des Studienleiters konnte kein weiterer Partner bzw. Fitnessanbieter für die Interventionsstudie gewonnen werden. Für die Inhaber von privaten Fitnessstudios stand Profit im Vordergrund, statt die Räumlichkeiten für wissenschaftliche Untersuchungen zur Verfügung zu stellen.

Die Zusammenarbeit mit einem einzigen Partner führte dazu, dass bei dieser Interventionsstudie mit einer kleinen Anzahl von Probanden gearbeitet werden musste und keine Vergleichsgruppe gebildet werden konnte, da ein Informationsaustausch zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe nicht ausgeschlossen werden kann und somit die Effekte der Intervention beeinflusst würden. Eine andere in der Literatur erwähnte Limitation ist die Dauer der Interventionsstudien, die die Vergleichbarkeit mit anderen Studien erschwert (Avenell et al. 2004). Darüber hinaus erschwerten auch die Einschlusskriterien die Rekrutierung der Probanden auf freiwilliger Basis, an der Studie teilzunehmen. Eine weitere Schwäche der Interventionsstudie ist, dass keine männlichen Probanden für die Studie gewonnen werden konnten, da das Sportzentrum, das für Interventionen zur Verfügung gestellt wurde, in der Zeit nur für Frauen zugänglich war.

5.1.1.3 Probanden

Vor der Studie feststehende genauere Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien ermöglichten die Bildung einer möglichst homogenen Probandengruppe. Viele Teilnahmeinteressierte mussten von der Studie ausgeschlossen werden, da sie nicht in der Lage waren, die Bewegungseinheiten ohne Probleme zu absolvieren oder die eingenommenen herzkreislaufregulierenden Medikamente als Risikofaktor bei den Bewegungseinheiten betrachteten. Wie beim Eingangsgespräch festgestellt wurde, besaßen die Probanden vor Studienbeginn unterschiedliche sportliche Voraussetzungen. So mussten die Ausdauereinheiten in der Anfangsphase individuell gestaltet und an die Probanden angepasst werden, da einige Probanden sonst körperlich überfordert gewesen wären.

Bei der Interventionsstudie musste mit einer geringeren Probandenzahl von 30 Personen gearbeitet werden, da die Teilnahme an einer Intervention mit einem enormen zeitlichen Aufwand verbunden war und auch die infrastrukturellen Rahmenbedingungen begrenzt waren, die als eine weitere Schwäche angesehen werden können. Bei der Auswertung der Effekte der Ernährungs- und Bewegungsintervention lag eine noch niedrigere Fallzahl von sieben Personen zugrunde, die die 26-wöchige Intervention einigermaßen absolvierten. Trotz intensiver Bemühungen des Studienleiters konnten keine niedrigeren Drop-outs erreicht werden, obwohl unterschiedliche Trainingszeiten für die angeleiteten Bewegungseinheiten – täglich bis vier Einheiten – angeboten und eine intensive

Probandenpflege in Form von persönlichen Gesprächen durchgeführt wurden. Dies erschwert zusätzlich die statistische Auswertung sowie die Interpretation der Daten enorm.

5.1.1.4 Erhebung der studienrelevanten Parameter

Zu Studienbeginn (t0) wurden alle studienrelevanten Parameter der Probanden morgens zwischen 8 und 10 Uhr nüchtern in Sportkleidung und mit geeichten Geräten unter gleichen Bedingungen (Räumlichkeiten und erfahrene Personen) erhoben, um die Validität der Daten sicherzustellen. Nach einer 26-wöchigen Interventionsphase erfolgte eine nochmalige Erhebung der studienrelevanten Parameter unter gleichen Bedingungen. Eine im Studiendesign vorgesehene Follow-up-Messung konnte aus mehreren, oben genannten Gründen nicht durchgeführt werden.

5.1.1.4.1 Anthropometrische Messungen

Es wurde strengstens darauf geachtet, dass die Messungen der anthropometrischen Parameter der Probanden (Körpergröße, -gewicht, Taillenumfang) zu beiden Untersuchungszeitpunkten soweit wie möglich durch den Studienleiter erhoben, um Fehlerquellen bei der Erhebung zu minimieren. Nur die Taillenumfangmessungen wurden durch geschulte Mitarbeiterinnen des Sportzentrums vorgenommen, da die Probanden weiblich waren.

Körpergröße
Eine methodische Schwäche der Studie sind die Angaben zur Körpergröße der Probanden. Da kein geeignetes und geeichtes Gerät zur Messung der Körpergröße zur Verfügung stand, wurden die Daten über die Körpergrößen der Probanden aus den Personalakten des Sportzentrums entnommen. Es könnte möglich sein, dass die Werte von den aktuellen Körpergrößen abweichen.

Körpergewicht
Um zuverlässige Messdaten zu erhalten, wurden die Messungen mit einem geeichten Gerät unter standardisierten Bedingungen und vom Studienleiter persönlich durchgeführt. Trotzdem kann beim Wiegen das Entstehen von Messfehlern im Umgang mit der Waage nicht komplett ausgeschlossen werden. Abweichungen vom tatsächlichen Gewicht können auch durch das Wiegen in Sportkleidung entstehen.

BMI

BMI ist eine in epidemiologischen Studien oft eingesetzte und international etablierte Methode zur groben Einschätzung des Ausmaßes von Übergewicht und Adipositas. Er wird auch von verschiedenen Fachgesellschaften als Methode zur Abschätzung des Körperfettanteils empfohlen (Wirth & Hauner 2013). Der BMI lässt eine grobe Beurteilung der Köperzusammensetzung zu, da er signifikant mit dem Körperfettanteil korreliert. In der Literatur werden über die Korrelation unterschiedliche Angaben gemacht, wie r=.7 bis .8 (Helmert & Schorb 2007) bzw. r=.95 (Benecke & Vogel 2005, S. 7). Mehrere Faktoren können die richtige Interpretation von BMI-Werten beeinflussen, wie Geschlecht, Alter, Trainingszustand sowie denkbare Fehler bei der Datenerhebung (Schauerte 2014). Frauen und ältere Personen weisen bei gleichen BMI-Werten einen höheren Körperfettanteil als die jüngeren und Männer auf. Zusätzlich kann eine erhöhte Muskelmasse auf den BMI-Wert Einfluss nehmen (Froböse 2015; Schauerte 2014, S. 98).

Taillenumfang

BMI ist eine ideale Methode, eine grobe Einschätzung des Ausmaßes des Übergewichts zu bestimmen, nicht aber zur Bestimmung der Körperfettverteilung. Die Messung des Taillenumfangs ist eine praktische und simple Methode zur Erfassung des Ausmaßes der abdominalen Adipositas (Schorb 2015). Die aktuelle S3-Leitlinie zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas empfiehlt die Messung des Taillenumfangs bereits ab einem BMI von 25 kg/m^2, wobei ein erhöhtes Risiko des Auftretens von mit Adipositas assoziierten Krankheiten wahrscheinlicher wird, da das viszerale Fettgewebe in Körpermitte stark metabolisch aktiv ist (Hauner et al. 2014). Im Weiteren können durch die wiederholte Erfassung des Taillenumfangs im Verlauf der Studie die Effekte der Intervention erkannt werden (Fleckenstein 2009).

In der internationalen Literatur sind zwei unterschiedliche Methoden zur Bestimmung des Taillenumfangs zu finden. Eine Methode, die die Messung zwischen unterster Rippe und Beckenkamm vorschlägt, ist die von der WHO empfohlene Messmethode, die bei dieser Studie eingesetzt wurde. Bei der anderen, die von dem National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) empfohlen wird, wird die Messung unmittelbar oberhalb des Beckenkamms durchgeführt (Schauerte 2014).

Der Einsatz der unterschiedlichen Methoden für die Bestimmung des Taillenumfangs könnte die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit denjenigen anderer Studien beeinträchtigen (Schauerte 2014). Außerdem können Fehlerquellen einerseits durch nicht korrekte Handhabung des Maßbandes seitens der Untersucher, beispielsweise durch zu hohes oder zu niedriges Anlegen des Maßbandes, entstehen oder andererseits durch das Fehlverhalten eines Probanden, der während der Messung den Bauch einzieht (Schauerte 2014).

5.1.1.4.2 Körperzusammensetzung

Im Rahmen der Arbeit wurde zur genaueren Ermittlung der Körperzusammensetzung sowie Erfassung der Therapieerfolg die sichere, nicht invasive Methode Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) eingesetzt (Kyle et al. 2004; DIG 2009, S 48). BIA ist leicht und schnell durchführbar und zudem eine kostengünstige Methode. Vor allem haben die BIA-Messungen eine hohe Validität bei der Erfassung sich verändernder Fettmasse bei der Reduzierung des Gewichtes während einer Interventionsphase bei Menschen mit einer BMI zwischen 16 bis 34 kg/m^2 (Kyle et al. 2004, S. 1449). Sie ermittelt gleichwertige Ergebnisse wie Densitometrie (das vollständige Wiegen unter Wasser), die bei der Bestimmung der Körperzusammensetzung als Goldstandard gilt (Kyle et al. 2004, S. 1449, Segal et al. 1991).

Die Bestimmung der Körperzusammensetzung mittels BIA-Messgeräten ist besonders bei Ernährungs- und Bewegungsinterventionen effektiv und sinnvoll. Sie ermöglicht einerseits die Feststellung, welche Depots für die Energiebereitstellung genutzt werden. Andererseits kann durch die Folgemessungen gesichert werden, ob die eingesetzten Maßnahmen Mangelzustände verursachen (Gerber et al. 2007). Verschiedene Einflussfaktoren wie Hydratationszustand und Fettverteilung können die Messergebnisse der BIA beeinträchtigen. Außerdem beeinflussen auch die präzise Arbeit der Studienleiter (Kyle et al. 2004) und andere Einflussfaktoren wie Mahlzeiten, Sport, Körpergröße, Gewicht, Position des Probanden, fettige Haut und Positionierung der Elektroden die Ergebnisse der BIA-Messungen (Bosy-Westphal et al. 2006). Der Hersteller von BIA-Geräten setzt für eine verlässliche Messung eine Nahrungskarenz von mindestens vier Stunden sowie den Verzicht auf Sport in den letzten 12 Stunden voraus (Kyle et al. 2004, S. 1431; Bosy-Westphal et al. 2006). Ob die Probanden diese Bedingungen eingehalten haben, konnte nicht kontrolliert

werden.

Eine weitere Methode zur Bestimmung der Körperzusammensetzung ist die Densitometrie (das vollständige Wiegen unter Wasser). Diese Methode ist sehr aufwendig, mit hohen Kosten verbunden und die Messungen sind nicht unter standardisierten Bedingungen durchführbar. Sie ist auch eine wenig geeignete Methode in epidemiologischen Studien (Benecke und Vogel 2005, S. 8).

Zur Bestimmung der Körperzusammensetzung existiert eine weitere nicht-invasive Methode, die in empirischen Studien vermehrt eingesetzt wird: Es ist die Hautfaltendickenmessung (Calipometrie) mittels Kaliper. Diese Methode ermöglicht die indirekte Berechnung des Gesamtkörperfetts durch die Erfassung des Ausmaßes von subkutanem Fettgewebe, das an bestimmten Stellen des Körpers in Relation zur Gesamtkörperfettmasse steht (Schindler & Ludvik 2004). Während der Ernährungs- und Bewegungsinterventionen kann der Organismus, um den täglichen Energiebedarf zu decken, unterschiedliche Depots zur Energiebereitstellung nutzen. Somit können die Effekte der Ernährungs- und Bewegungsintervention nicht exakt mit der Hautfaltenmessung ermittelt werden (Schauerte 2014). Außerdem verliert die Haut mit fortschreitendem Alter an Elastizität, was zur ungenaueren Messung führen kann.

5.1.1.4.3 Laborparameter

Um möglichst identische Werte zu erhalten, wurden die Probanden gebeten, morgens nüchtern beim Arzt die Blutabnahme für die notwendigen Laborparameter durchführen zu lassen. Ob dies eingehalten wurde, kann nicht beurteilt werden, da die Ergebnisse später in Papierform vorlagen. Eine andere Schwäche ist, dass die Labore mit unterschiedlichen Standards arbeiten und es nicht möglich war, bei allen Probanden trotz ausdrücklichem Hinweis auf die für die Studie notwendigen Parameter diese in Papierformat zu erhalten. So lagen beispielsweise weniger Datensätze über die HbA1c (%) Werte und Gamma-GT-Werte von Probanden vor, da diese Parameter standardmäßig nicht in den hausärztlichen Praxen Anwendung finden. Daher sollten die Ergebnisse dieser Parameter in dieser Arbeit kritisch betrachtet werden.

5.1.1.5 Ernährungs- und Bewegungsinterventionen

Die Ernährungs- und Bewegungsinterventionen fanden überwiegend in den Räumlichkeiten des Sportzentrums des Bezirks Esenyurt/Istanbul statt.

5.1.1.5.1 Ernährungsmodifikation

Die in Kap. 2.2.1.1.2 dargestellten ernährungswissenschaftlichen Aspekte einer Therapie von Übergewicht bildeten die Grundlage für die Ernährungsmodifikation und der im Rahmen der Intervention vermittelten Inhalte, die auf den Empfehlungen der S3-Leitlinie (Kap. 2.1.6.4.1.1) und DGE beruhen. Wie die Berechnungen darlegten, nahmen an den Ernährungssitzungen im Durchschnitt 15,25 ± 5,37 Probanden teil.

Es stellte sich bei der ersten Gruppensitzung heraus, dass Kalorienbewusstsein nicht vorhanden war (TOAD 2012). In den türkischen Küchen ist der Einsatz von Küchenwaagen nicht weit verbreitet, da auch in den Fernsehprogrammen die Rezepte in den haushaltsüblichen Maßeinheiten wie Wasserglas oder Mokkatasse angegeben werden. Bei gekochtem Essen wird als Maßeinheit „Esslöffel“ verwendet. Um das Ernährungsmodul des der Studie zugrundeliegenden Konzeptes zu vermitteln und das Kalorienbewusstsein der Probanden zu erweitern, wurde vom Studienleiter bei allen Gruppensitzungen die Küchenwaage zur Verfügung gestellt und die Anwendung der Küchenwaage nähergebracht. Die Küchenwaage wurde in der Lehrküche „Frühstück“ bei der dritten Gruppensitzung intensiv eingesetzt. Alle verzehrten Lebensmittel wurden abgewogen und in Kalorienmengen wiedergegeben, um das Kalorienbewusstsein der Probanden zu verfestigen. Durch das Abwiegen der einzelnen Lebensmittel erfuhren die Probanden, wieviel die haushaltsüblichen Maßeinheiten in Kalorien oder in Gramm ausmachen, sodass sie anschließend kalorienbewusster ihr Essen zubereiten und verzehren konnten. Während der Interventionsphase fanden außerdem wöchentliche Beratungsgespräche in der Gruppe statt, die zu Motivationszwecken, zur Klärung von Problemen und Beseitigung von Barrieren sowie zur Verfestigung des Erlernten dienten. Dabei wurden die für die Modifikation des Konstrukts relevanten Inhalte der Gruppengespräche schriftlich festgehalten. Es wurde bei jeder Sitzung viel Zeit für die Fragen eingeräumt; im Durchschnitt dauerten die wöchentlichen Beratungsgespräche über eine Stunde. Die während der Gruppengespräche gewonnenen Erkenntnisse können sehr gut für die zielgruppenspezifische Modifikation angewandt werden, wie „ohne Brot

keine Mahlzeit“ oder Verzehr von bestimmten Käsesorten zum Frühstück. Die Lehrküche Frühstück legte offen, dass die Probanden eine falsche Ernährungsweise auf Grund falscher Information umsetzen, wie z. B. jeden Morgen Petersilie beim Frühstück zu verzehren (Es dient laut Experten aus den Morgenprogrammen zur Entwässerung des Körpers oder verhindert die Wassereinlagerung im Körper).

5.1.1.5.2 Bewegungseinheiten

Bewegung ist ein zentraler Bestandteil der Therapie von Übergewicht und Adipositas (Hauner et al. 2014 und Froböse 2014; Wirth & und Hauner 2013). In Kapitel 2.1.5.4.1.2 wird der aktuelle Forschungsstand zu Bewegungsempfehlungen und Dosis-Wirkungs-Beziehung für bewegungstherapeutische Maßnahmen im Rahmen des Gewichtsreduktionsprogramms dargestellt.

Gemäß der Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ soll sowohl während der Reduktions- als auch Stabilisierungsphase ein „überwachtes, individuell dosiertes und aufgebautes körperliches Training regelmäßig mit einem Umfang von > 150 min pro Woche durchgeführt werden“ (Hauner et al. 2014), das zu einem zusätzlichen Kalorienverbrauch in Höhe von 2000 kcal pro Woche führen sollte (Hauner et al. 2014).

Der 26-wöchige Teil der Ernährungs- und Bewegungsintervention bestand aus zwei pro Woche für 60 Minuten angeleiteten Ausdauer- und Kräftigungseinheiten und aus einer in Eigenregie ausgeführten gleichen Einheit. Die Grundlage dieses Trainings bildeten die Trainingseinheiten in Form von Ausdauereinheiten nach der Dauermethode auf dem Laufband mit moderat-intensiver Intensität 50 - 70 % Hfmax (die maximale Herzfrequenz) über 30 - 45 Minuten mit anschließenden Kräftigungsübungen mit dem eigenen Körper, die zweimal als angeleitete Gruppentrainings wöchentlich und einmal in Eigenregie ausgeführt wurden. Es nahmen im Durchschnitt nur 7,62 ± 4,94 Probanden an den angeleiteten Trainingseinheiten teil.

Der Trainingsumfang der angeleiteten Bewegungseinheiten, die aus einem aeroben Ausdauertraining und anschließendem Muskelkräftigungstraining

bestanden, wurde nach dem Prinzip der progressiven Belastungssteigerung stufenweise erhöht und an die Leistungen der Probanden angepasst (Froböse 2014; Weineck 2009). Die empfohlene Trainingsdauer konnte in der vorliegenden Studie in der Anfangsphase aus Gründen von unterschiedlichen körperlichen Voraussetzungen nicht erreicht werden. Einige Probanden mussten nach 20-minütiger Ausdauereinheit das Training auf dem Laufband beenden oder auf dem Fahrradergometer fortsetzen, was für die Probanden leichter zu bewältigen war. Durch die Anpassung an die individuellen Voraussetzungen betrug die Gesamtdauer des Ausdauertrainings auf dem Laufband am Ende 45 Minuten je Trainingseinheit. Die Probanden konnten die Trainingseinheiten von dieser Dauer ohne Probleme absolvieren.

Die Teilnahme an den Bewegungseinheiten wurde in Anwesenheitslisten festgehalten. Wie diese belegen, wurden von 78 geplanten Bewegungseinheiten nur 46 (68,97 %) angeleitete Trainingseinheiten umgesetzt. Wegen zweiwöchiger Schulferien Anfang Februar wurden die Bewegungseinheiten über zwei Wochen unterbrochen, da es für die Probanden nicht infrage kam, ihre Kinder alleine zu lassen. Zusätzlich kam es zu Trainingsausfällen aufgrund persönlicher und gesundheitlicher Probleme der Probanden. Somit können die Ergebnisse nicht ganz die tatsächlichen Effekte der Ernährungs- und Bewegungsintervention wiedergeben, da wöchentlich im Durchschnitt nur 1,77 Trainingseinheiten absolviert wurden. Dadurch konnte die mit > 150 Minuten empfohlene Trainingszeit pro Woche nicht erreicht werden (Hauner et al. 2014; Froböse 2014). Es sind bessere Effekte nicht auszuschließen, wenn die Intervention in vollem Umfang (dreimal wöchentlich) tatsächlich umgesetzt worden wäre. Aber wie die Studie offenlegt, beeinflussen die kulturspezifischen Rahmenbedingungen die Umsetzung der Intervention signifikant (Hofstede et al. 2017; Hofstede 1993).

5.1.2 Gesundheitsverhalten der Beratungssuchenden

Anhand eines vom Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule (ZfG) zur Verfügung gestellten, standardisierten Fragebogens erfolgte die Erfassung des Gesundheitsverhaltens von übergewichtigen und adipösen Personen, um eine breite Grundlage für die inhaltliche Gestaltung des Konstrukts zu schaffen.

Da die standardisierte Befragung aus quantitativen Fragen besteht, kann ohne großen Zeitaufwand von den Befragten eine Menge an Informationen beschafft werden. Die Vergleichbarkeit einzelner Ergebnisse, die leichte Erfassung und Auswertung der Ergebnisse (Böhler 2004, S. 86) sowie die hohe Reliabilität der Ergebnisse aufgrund des Standardisierungsgrades sind weitere Vorteile der standardisierten Befragung (Koch 1996, 65; Möhring & Schlütz 2010). Ein anderer Vorteil der standardisierten Befragung ist, dass sie ökonomisch und praktikabel bei großen Stichproben ist (De Toia 2013) und in kürzester Zeit große Personengruppen befragt werden können (Bös 2001; Raab-Steiner & Benesch 2008; Möhring & Schlütz 2010; Häder 2010). Außerdem erlaubt sie die Erhebung von konkreten Daten über einen unerforschten Untersuchungsgegenstand (Ferrari 2011, S. 188).

Diese Methode weist allerdings folgende methodische Schwächen auf: Die Antworten zu den gestellten Fragen können teilweise durch psychologische Effekte (sozial erwünschtes Verhalten) beeinflusst sein (Mayer 2009), die dann nicht das aktuelle Gesundheitsverhalten wiederspiegeln oder davon abweichen. Eine weitere Schwäche der Befragung ist, dass die Antworten zu den gestellten Fragen nicht richtig sind (Konrad 2007, S. 54). Diese Schwäche konnte teilweise durch die mündliche Bestätigung minimiert werden. Somit konnte auch direkt validiert werden, ob eine Frage richtig verstanden und die Antwort richtig gegeben wurde. Da die Befragung anonymisiert erhoben wurde, waren die Befragten bereit, die Fragen korrekt zu beantworten. Einige Beratungssuchende hatten Angst, an der Befragung teilzunehmen. Diese Beratungssuchenden wurden ausführlich über Zweck und Inhalt der Befragung aufgeklärt und konnten so für die Erhebung gewonnen werden. Eine weitere Schwäche, die in der Literatur genannt wird, ist, dass die standardisierte Befragung auf Grund ihrer formalen Einengung zur Reduzierung des Informationsgehaltes beitragen kann und damit auch die Validität der Ergebnisse belastet wird (Baumgarth & Bernecker 1999, S. 57).

Die standardisierte Befragung wurde face-to-face persönlich vom Studienleiter durchgeführt, da einerseits die Lesekompetenz von mehreren beratungssuchenden Personen nicht für das Ausfüllen der Fragebogen ausreichte, andererseits die für die Einzelerhebung zur Verfügung stehende Zeit begrenzt war. Die Fragen über „Bundesland“, „Postleitzahl“ konnten bei der Erhebung nicht umgesetzt werden, da die Befragung an einem einzigen Standort durchgeführt wurde und die

Nutzung der Postleitzahl nicht üblich ist. Da in der Türkei das Schulsystem von dem in Deutschland abweicht, wurde auch in diesem Punkt eine landesbezogene Modifizierung vorgenommen. Die Einkommenshöhe wurde den landesspezifischen Grenzen angepasst. Da die meisten Beratungssuchenden bei der Frage bezüglich Einkommenshöhe keine Angaben machten, kann diese Frage nicht in der Studie berücksichtigt werden. Erkenntnistheoretisch besitzen die Befragungen in der Türkei teils ein negatives Bild.

5.1.3 Leitfadengestütztes Experteninterview

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt, um verschiedene Fragestellungen zu vertiefen und die Daten aus anderen Teilstudien zu bekräftigen. Besonderer Klärungsbedarf bestand bei den Themen Kanäle der Informationsgewinnung der übergewichtigen Personen, bevorzugte Methoden zur Gewichtsreduktion, Einstellungen zu Ernährung und Bewegung und Erwartungen an ein Gewichtsreduktionsprogramm sowie kulturspezifische Gestaltung des Gewichtsreduktionsprogramms betreffend das Ernährungsmodul.

Leitfadengestützte Experteninterviews sind als eine qualitative Befragungsmethode der empirischen Sozialforschung einzuordnen (Bogner et al. 2014, S. 1). Experteninterviews ermöglichen es, qualitative Informationen über einen bestimmten Untersuchungsgegenstand zu erhalten (Bogner & Menz 2009, S. 7 ff.; Gläser & Laudel 2004). Die Forscher können durch den Einsatz von Experteninterviews lange Forschungsprozesse ersparen (Aufenanger 2011, S. 104; Kaiser 2014, S. V), wenn die richtigen Experten für die Untersuchung gewonnen werden können. „Außerdem versprechen sie eine Art Erfolgsgarantie“ (Bogner et al. 2014, S. 2). Des Weiteren werden die Experten nicht nur deswegen befragt, „weil sie über ein bestimmtes Wissen verfügen, sondern vielmehr, weil dieses Wissen in besonderer Weise praxiswirksam und damit orientierungs- und handlungsleitend für andere Akteure ist“ (Bogner et al. 2014, S. 14).

Der Begriff Experte wird in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedlich definiert und es herrscht Uneinigkeit über den Begriff. Der Begriff Experte entstammt dem lateinischen Wort „expertus: erprobt, bewährt“ (Bogner et al. 2014, S. 9). Nach Bogner und Menz (2005, S. 40) ist der Begriff Experte „als eine Person zu begreifen, die durch Zuschreibung besonderer Kompetenzen über einen

sozialen Status in der Lage ist, ihre Handlungsorientierungen und Situationsdefinitionen auch durchsetzungsfähig zu machen“ (Bogner & Menz 2005, S.40). Gläser und Laudel (2004) vertreten dagegen einen weitergefassten Expertenbegriff und definieren Experten als „Menschen, die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen“ (Gläser & Laudel 2004, S. 10). Nach deren Auffassung ist auch die Familie der Spieler, die Informationen über den Spieler verfügt, als Experte definiert.

Nach Meuser und Nagel (2005) kommt als Experte in Frage, „wer in irgendeiner Weise Verantwortung für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung trägt oder über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt“ (Meuser & Nagel, 2005, S. 73; Meuser & Nagel 2009; Bogner et al. 2014, S. 48). Somit stehen Experten als Repräsentanten einer Organisation oder Institution im Vordergrund der Untersuchung und nicht die Person an sich bzw. deren Biographie (Meuser & Nagel 2009; 2002). Laut dieser Definition sollten die Experten außer der spezifischen Expertise (Wissen) über „klar definierte Wirklichkeitsausschnitte“ für den Untersuchungsgegenstand verfügen (Meuser & Nagel 2009; 2002; 1991) und aufgrund ihrer Positionen auch „Entscheidungs- und Durchsetzungskompetenz besitzen“ (Bogner et al. 2014, S. 11).

Eine in der wissenschaftlichen Literatur erwähnte Schwäche des Experteninterviews, die während der Erhebungsphase mit Experten berücksichtigt werden muss, besteht darin, dass die Experten von tatsächlichen Fragen abweichen könnten, da der Leitfaden aus offenen Fragen besteht (Bogner et al. 2014). Auch könnten die Experten dazu neigen, ihre eigenen Leidensgeschichten zu erzählen (Mieg & Näf 2005). Eine weitere Schwäche dieser Methode ist, dass die geschaffene Frage-Antwort-Situation wenig förderlich für den Aufbau einer Vertrauensbasis sein kann. Oder es kann bei unerfahrenen Interviewern das Problem geben, dass diese sklavisch am Leitfaden haften. Andererseits bietet dieses Vorgehen mit offenen Fragen den Experten eine Möglichkeit, die Fragestellungen frei zu kommentieren und zu erläutern, was zu weiteren und neueren Erkenntnissen führen könnte, die für den Forschungsprozess von Bedeutung sein könnten, die jedoch im Leitfaden nicht berücksichtigt wurden (Bogner et al. 2014).

Zur Durchführung und Unterstützung des Interviewprozesses wurde ein Interviewleitfaden entwickelt. Die Gründe für die Entwicklung wurden in Kapitel

3.3.2 beschrieben (Bogner et al. 2014, S. 27; Kaiser 2014, S.69). Bei der Erstellung des Leitfadens wurde darauf geachtet, dass die Fragen verständlich formuliert waren. Bei einem Sportwissenschaftler wurde der Leitfaden auf Verständlichkeit und Dauer getestet. Trotzdem kam es während der Interviews zu Verständnisschwierigkeiten, da die Experten aus unterschiedlichen Branchen kamen oder andere Bildungshintergründe besaßen, die aber direkt korrigiert werden konnten.

5.1.4 Ernährungs- und Bewegungsprotokolle

Es sind unterschiedliche Methoden zur Erfassung des Ernährungsverhaltens in der wissenschaftlichen Literatur vorhanden, die je nach Zielsetzung der Arbeit eingesetzt werden können. Es existieren zwei Vorgehensweisen für die Erfassung des Ernährungsverhaltens, die unter indirekte und direkte, letztere wieder unter retrospektiven und prospektiven Methoden zusammengefasst werden (Straßburg 2010). Die Daten, die für andere Zwecke erhoben werden, bilden die Grundlage der indirekten Methoden, wie „Agrarstatistiken und die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe“ (Straßburg 2010). Bei den direkten Methoden erfolgt die Erhebung des Ernährungsverhaltens entsprechend direkt je nach Fragestellung der Untersuchung. Die Methoden 24-h-Recall (24-h-Erinnerungsprotokoll), Diet History Interview (Ernährungsgeschichte) und Food Frequency Questionnaire (FFQ, Verzehrshäufigkeitenfragebogen) sind unter retrospektive Methoden einzuordnen. Retrospektive Methoden, wie aus dem Namen abzuleiten ist, werden für die Erfassung des zurückliegenden Ernährungsverhaltens eingesetzt. Das Erinnerungsvermögen der Teilnehmer kann die Wertigkeit der Erhebung immens beeinflussen, da „underreporting“ möglich ist, d.h. es können keine genaueren Angaben über verzehrte Lebensmittel gemacht werden oder sie werden vergessen (Straßburg 2010). Prospektive Methoden haben dagegen den Vorteil einer genaueren Erfassung des tatsächlichen Ernährungsverhaltens, da eine zeitnahe Eintragung von verzehrten Lebensmitteln erfolgt. Sie sind kostspielig und zeitaufwendig. Aus diesem Grund sollte die Konzentration auf der Erfassung ganz bestimmter Aspekte des Ernährungsverhaltens, wie z. B. der Häufigkeit des Verzehrs bestimmter Lebensmittel, der Vorlieben und Abneigungen usw. liegen (Straßburg 2010). Verzehrprotokolle in Form von Wiege- oder Ernährungsprotokollen, die Duplikatmethode (Doppelportionstechnik: gleiche Menge im Labor analysiert), Beobachtungsmethoden durch Foto/Video (die Bilderfassung des Essens) sowie der Einsatz von Fotohandys zählen zu den

prospektiven Methoden zur Erhebung des Ernährungsverhaltens von Personen (Straßburg 2010). Die Beobachtungsmethoden durch Foto/Video und den Einsatz von Fotohandys sollten die Teilnehmer entlasten, indem das Ernährungsverhalten nicht mehr schriftlich festgehalten werden muss, was täglich bis zu 10 Minuten in Anspruch nehmen kann (Straßburg 2010).

Die kosten- und zeitintensivste Erhebungsmethode unter den protokollierenden ist das Wiegeprotokoll. Die Einweisung der Teilnehmer ist entscheidend für die Qualität der Erhebung. Die Einweisung in die richtige Handhabung mit der Waage und das Abwiegen erfordert gut geschultes Personal; außerdem sollte die notwendige Waage den Teilnehmern zur Verfügung gestellt werden. Ein zusätzlicher Nachteil ist die zeitaufwendige Dateneingabe und -aufbereitung (Straßburg 2010).

Ernährungsprotokolle sind eine vereinfachte Variante der Wiegemethode (Straßburg 2010). Hier wird genauso wie bei den Wiegeprotokollen vorgegangen und zeitgenau erfasst, was verzehrt wird, es wird aber nicht exakt abgewogen, sondern die Mengen werden in haushaltsüblichen Maßeinheiten protokolliert, wie ein Glas Wasser usw.. Verzehrprotokolle weisen den Vorteil auf, dass das zeitnahe Protokollieren die Genauigkeit und Vollständigkeit der verzehrten Lebensmittel ermöglicht (Straßburg 2010). Nachteile der Verzehrprotokolle können dagegen Under-/Overreporting sein. Es ist kosten- und zeitaufwendig (Straßburg 2010). Die Verzehrprotokollmethode weist auch einen weiteren Schwachpunkt, das sog. Undereating auf, da die Protokollierer ihr Essverhalten während der Erhebungsphase hemmen können (Biesalski & Grimm 2004, S. 340 f.). In der vorliegenden Arbeit konnten durch die folgenden Schritte die genannten Schwachpunkte teilweise reduziert werden. Den Protokollierern wurde der Sinn und Zweck des Protokollierens ausführlich erläutert. Außerdem waren Protokollanten nicht direkt Untersuchungsgegenstand oder mit der Problematik konfrontiert und mussten keine Konsequenzen tragen.

Um eine detaillierte Übersicht über die aktuellen Ernährungsgewohnheiten, die Verzehrmenge oder den Mahlzeitenrhythmus sowie das Bewegungsverhalten zu erhalten, war die Erhebung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens durch Ernährungs- und Bewegungsprotokolle (prospektive Methode) zutreffend, da die Nachteile der retrospektiven Methoden ausgeglichen werden können. Aus diesem Grund wurde ein Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogen entwickelt, um die

aktuellen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Zielgruppe zu erfassen, da die gängigen Formulare nicht die notwendigen Daten in der für die Studie relevanten Form liefern konnten und in dieser Untersuchung nicht praktikabel und geeignet waren. Die daraus gewonnenen Daten liefern einerseits aktuelle Informationen über das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Protokollanten, die eine Wissensbereicherung für die beiden Standorte bedeuten und tragen andererseits dazu bei, die inhaltliche Gestaltung des Konzepts zu vervollständigen.

Die Rekrutierung von freiwilligen Protokollanten stellte sich als schwierig dar. Es konnten nur durch Verwandte und Bekannte Protokollanten rekrutiert werden. Das Führen des Ernährungs- und Bewegungsprotokolls erfordert Schreib- und Lesekompetenz. Dies führte dazu, dass nur bestimmte Personen und Altersgruppen in Frage kamen. Die Freiwilligen wurden in das richtige Ausfüllen der Protokollbogen eingewiesen, somit konnte das korrekte Ausfüllen der Protokolle gesichert werden. Neben den Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Protokollanten wurden andere Parameter wie Beruf, Alter, Geschlecht, Körpergröße und Körpergewicht registriert. Dies ermöglichte auch einen Vergleich zweier Länder.

Aufgrund saisonaler Einflüsse können die Gerichte variieren, da die Zubereitung von vorhandenen Lebensmitteln abhängt. Somit können saisonale Einflüsse nicht ausgeschlossen werden. Dennoch lieferten die Ernährungs- und Bewegungsprotokolle wichtige Informationen über die Gewohnheiten der untersuchten Gruppe.

Da in den türkischen Haushalten das Wiegen in der Küche weder üblich noch verbreitet ist, wurden für die Erfassung der Verzehrmengen als Hilfsmittel die haushaltsüblichen Maße wie Wasserglas oder Teller verwendet. Die Konzentration lag vor allem in der Erfassung der studienrelevanten Gesichtspunkte des Ernährungsverhaltens wie Verzehrstruktur auf Mahlzeitenebene, Häufigkeit des Verzehrs bestimmter Lebensmittel, um der Modifikation des europäischen Konstrukts näher zu kommen.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

In dem folgenden Kapitel werden die gewonnenen Ergebnisse bewertet und anhand von Daten aus der nationalen und internationalen Literatur diskutiert. Im Anschluss wird basierend auf den bisherigen Forschungserkenntnissen auf eine mögliche Gestaltung des Gewichtsprogramms für die Türkei eingegangen.

5.2.1 Gesundheitsverhalten der Beratungssuchenden

Wie ist das Gesundheitsverhalten der übergewichtigen Personen?

Die im Rahmen der Arbeit eingesetzte standardisierte Befragung liefert wichtige Daten über das Gesundheitsverhalten der Übergewichtigen anhand von fünf Lebensstilfaktoren (Bewegungs-, Ernährungs-, Freizeitverhalten sowie Rauch- und Alkoholkonsum). Außerdem fließen die Ergebnisse der Experteninterviewreihe unterstützend in die Diskussion bezüglich des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens der Bevölkerung und Informationskanäle der Abnehmpraxis ein.

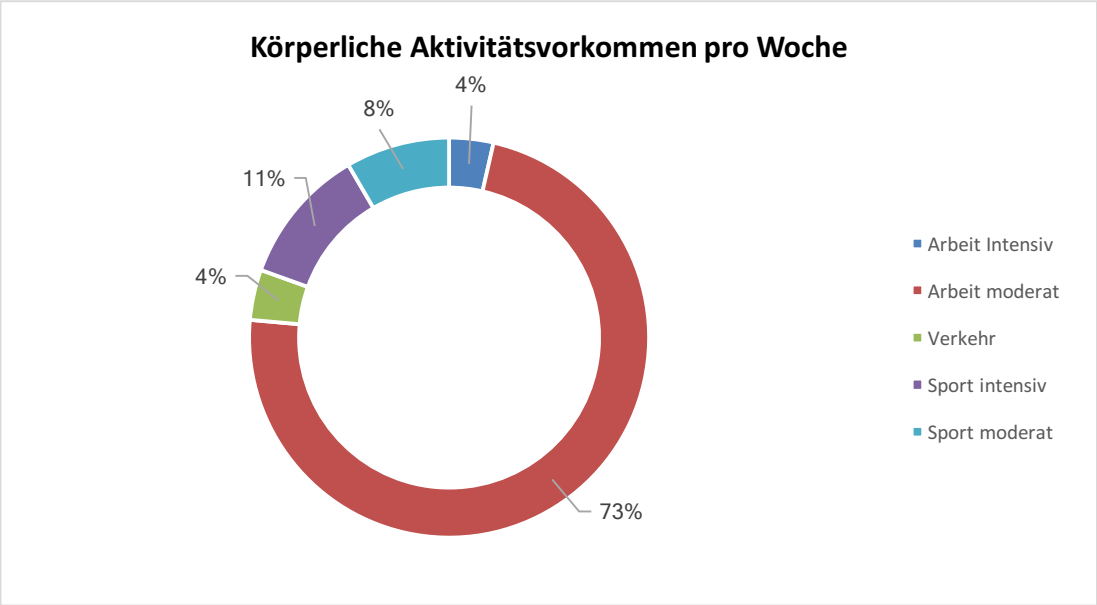
5.2.1.1 Körperliches Aktivitätsverhalten

Körperliche Aktivität ist eine bedeutende Gesundheitsdeterminante und lebensnotwendig (DKV-Report 2015/Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 18). Das Fehlen körperlicher Aktivität führt zur Entwicklung von vielen Risikofaktoren und somit auch zur erhöhten Mortalität. Wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben, sterben 15 % der Menschen in der Türkei an den Folgen des Bewegungsmangels. Bewegungsmangel gilt als anerkannter modifizierter Risikofaktor neben den „Herz-Kreislaufkrankheiten insbesondere Krankheiten des Zucker- und Fettstoffwechsels sowie des muskulo-skelettalen Systems“ (Predel & Tokarski 2005, S. 833). Damit die körperliche Aktivität gesundheitswirksam wird, sollte sie „geplant, strukturiert, zielgerichtet und regelmäßig stattfinden“ (Predel & Tokarski 2005, S. 833). Bewegungsmangel wird hier nicht in dem Erreichen der internationalen Aktivitätsempfehlung der WHO definiert. Die WHO empfiehlt für die Erwachsenen mindestens 150 Minuten moderater (min. 30 Minuten an fünf Tagen Mindestdauer 10 Minuten) oder 75 Minuten intensiver körperlicher Aktivität pro Woche auszuüben (WHO 2016a; WHO 2016d; Pfeifer et al. 2016, S. 32 f.; Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 12). In MET-Minuten ausgedrückt beträgt der Umfang mindestens 600 MET-Minuten pro Woche (DKV 2012;

Froböse & Wallmann-Sperlich 2015). Mit ausreichender moderater und intensiver körperlicher Aktivität können die negativen Effekte des Bewegungsmangels bekämpft werden (Predel & Tokarski 2005, S. 833). Dieser Umfang der Bewegung reicht nicht aus, richtig fit zu werden und abzunehmen (Froböse &Wallmann-Sperlich 2015).

WHO fügt noch zusätzlich in "Fact sheet Physical activity 2016" an, dass der Bewegungsumfang moderat-intensive körperliche Aktivitäten um 300 min pro Woche oder vergleichbares betragen sollte, damit die Erwachsenen zusätzliche gesundheitliche Vorteile davontragen (WHO 2016d).
Es bedarf weiterer und vielseitiger körperlicher Aktivität, um allen Körpersystemen gerecht zu werden. Das bedeutet, dass für die Erhaltung der Muskelmasse und damit auch der Muskeltraft alle große Muskelgruppen (zweimal oder mehrmals) durch Muskelkräftigungsübungen in der Woche beansprucht werden müssen (WHO 2016d; Froböse & Wallmann-Sperlich 2015; Pfeifer et al. 2016). Hierbei können das eigene Körpergewicht (z.B. Liegestütz) und Hilfsmittel (z.B. Hanteln, Theraband) eingesetzt werden (Rütten & Pfeifer 2016, S. 32; WHO 2016d).
Die körperlichen Aktivitäten in unterschiedlichen Bereichen (Arbeit, Transport und Freizeit) differenziert zu erfassen, ermöglicht die Diagnose, in welchem Bereich hauptsächlich körperliche Aktivitäten anfallen. Dadurch können die Ergebnisse gezielt als Grundlage für die kulturspezifische Modifikation eines Konzepts eingesetzt oder entsprechende Präventionskonzepte entwickelt werden. Da die körperlichen Aktivitäten außerdem im Alltag in unterschiedlichen Intensitäten durchgeführt werden können, ist es sinnvoll, diese Aktivitäten in MET-Einheiten (das metabolische Äquivalent) wiederzugeben, damit die Auswirkungen der körperlichen Aktivitäten auf den Organismus genauer erfasst werden können. Die Auswertung der vorliegenden Arbeit berücksichtigt sowohl die Dauer als auch die Intensität der körperlichen Aktivitäten (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 13)

Abbildung 84: Körperliches Aktivitätsvorkommen pro Woche



Die Auswertung des Moduls bezüglich Aktivitätsverhalten der Beratungssuchenden ergab, dass 77 % der Aktivitäten im Bereich Erwerbsarbeit plus Hausarbeit anfallen, gefolgt von Aktivitäten in der Freizeit mit 19 % (Sport, Spazierengehen) und von 4 % beim Transport. Insgesamt waren die Beratungssuchenden pro Woche 5231,16 ± 6401,71 MET Minuten aktiv. Im Detail waren die Beratungssuchenden im Durchschnitt 4.027 MET-Minuten mit intensiven und moderaten körperlichen Aktivitäten beschäftigt; im Detail 187,18 ±617,98 mit intensiven und 3810 ± 3924,95 MET Minuten mit moderat körperlichen Aktivitäten bei der Arbeit. Während die Häufigkeit und Dauer des intensiven Tätigkeitsvorkommens bei der Arbeit signifikante Geschlechterunterschiede aufwies, gab es bezüglich der Häufigkeit und Dauer der moderaten körperlichen Aktivitäten bei der Arbeit keine signifikanten Unterschiede auf Geschlechterebene. Ergänzend waren die Beratungssuchenden im Durchschnitt 212,97 ± 119,71 MET-Minuten zu Fuß unterwegs. Der Anteil an Aktivitätsverhalten der Beratungssuchenden beim Verkehrsverhalten unterschied sich nicht signifikant bezüglich der Geschlechter. Des Weiteren betrug die Dauer der intensiven Sport-, Fitness und Freizeitaktivitäten der Befragten im Mittel 580,94 ± 1164,51 MET Minuten und der moderaten Freizeitaktivitäten im Mittel 439,72 ± 6401,71 MET Minuten pro Woche. Insgesamt waren die Befragten im Durchschnitt 1.121,56 MET-Minuten pro Woche aktiv. Auch hier gab es keine signifikanten Unterschiede auf Geschlechterebene in Bezug auf die Häufigkeit auf

die Dauer der intensiven und moderaten Sport-, Fitness- und Freizeitaktivitäten.

Beim Vergleich mit der in Deutschland durchgeführten DKV-Studie vom 2015 „Wie gesund lebt Deutschland?“ stellt sich heraus, dass die sich Anteile für alle drei Formen der körperlichen Aktivitäten unterscheiden. Auch in Deutschland entsteht die höchste und wichtigste Form der körperlichen Tätigkeit bei der Arbeit mit 42 % Anteil an der Gesamtaktivität, gefolgt von 35 % Freizeitaktivität (Sport, Sparzierengehen, Fahrradtouren) und 24 % Transport (DKV-Report 2015; Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 26). Der Unterschied kann beim Transport wahrscheinlich damit begründet werden, dass viele Personen in Deutschland als Verkehrsmittel das Fahrrad in Anspruch nehmen, was auch mit der gut ausgebauten Infrastruktur und höheren Sicherheit im Straßenverkehr zusammenhängt. Auch der Anteil von Personen, die in ihrer Freizeit aktiv sind, fällt höher aus, was einerseits damit begründet werden kann, dass Gesundheitsbewusstsein vorhanden ist und die Gesundheit als Teil der Eigenverantwortung angesehen wird; andererseits fördert das Vorhandensein von infrastrukturellen Rahmenbedingungen (Parks, Gehwege) die körperliche Aktivität.

Aus der Türkei gibt es bezüglich des körperlichen Aktivitätsverhaltens widersprüchliche bzw. nicht übereinstimmende Daten, wie bei der Übergewichts- und Adipositasprävalenz festgestellt wurde (siehe Kapitel 2.1). Das kann daran liegen, dass die Untersuchungen jeweils andere Studiendesigns hatten und unterschiedliche Parameter im Rahmen der Studie erhoben wurden. Dementsprechend wurde das körperliche Aktivitätsverhalten abweichend erfasst. In den Untersuchungen wird in der Türkei hauptsächlich die körperliche Aktivität in der Freizeit erfasst, was mit der vorliegenden Arbeit übereinstimmen könnte, besonders mit den Ergebnissen der Ernährungs- und Bewegungsprotokolle. Somit können Ergebnisse aus der Türkei folgenderweise dargestellt werden. Laut Angaben der „Chronische Krankheiten und Risikofaktoren-Prävalenz-Studie der Türkei“ (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması) des Amtes für Gesundheitswesen des Gesundheitsministeriums (Halk Sağlıgı Kurumu) (2013) bewegen sich nur 23 % der Männer ausreichend, 22 % der Männer mittelmäßig und 55 % unzureichend. Dagegen sind 13 % der Frauen ausreichend, 18 % mittelmäßig und 69 % unzureichend körperlich aktiv (Horasan 2013). Körperliche Aktivität zählt nicht zu den Stärken der Bevölkerung in der Freizeit (TAK 2013). Körperliche Aktivität in der Freizeit wird nur von 12 % der

Bevölkerung regelmäßig betrieben. Sie ist eine Gewohnheit überwiegend von Eliten im städtischen Leben (TAK 2013, S. 17). Der hohe Anteil der körperlichen Aktivitäten in der vorliegenden Studie in der Freizeit kann damit erklärt werden, dass, wie die Experten in der Experteninterviewreihe meinen, die Personen in Abnehmphasen vermehrt Sport treiben.

5.2.1.2 Ernährungsverhalten

Ausgewogene Ernährung ermöglicht den Menschen, ein langes und gesundes Leben zu führen. Außerdem kann sie vielen gesundheitlichen Risiken vorbeugen. Die Auswertung des Moduls zum Ernährungsverhalten erfolgte unter Berücksichtigung der Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zur vollwertigen Ernährung (DGE 2011; Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 12). Demnach wird eine vollwertige Ernährung mit Gemüse, Obst, Fisch, etwas Fleisch, wenig Süßigkeiten und Knabbereien, mit geregelten Mahlzeiten, für die man sich genügend Zeit nimmt, und ausreichend Trinken empfohlen (DGE 2011).

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt, täglich zwei Portionen Obst (insgesamt 250 g) und drei Portionen Gemüse (insgesamt 400 g) zu konsumieren (DGE 2011; Froböse & Wallmann-Sperlich 2015). Die Regel fünf Portionen Gemüse und Obst pro Tag wird nur von 5,02 % (13) der Beratungssuchenden erreicht. Auf 259 Personen bezogen verzehren die Beratungssuchenden im Durchschnitt vier Mal pro Woche Obst und Gemüse und im Mittel 2,62 Portionen täglich. Nur annähernd 49,81 % (129) der Befragten konsumieren täglich Obst und Gemüse. Im Detail stellt man fest, dass 65,47 % (170) 1-2 Portionen, 26,64 % (69) 3-4 Stücke Obst und Gemüse täglich verzehren. Der Anteil der Verzehrhäufigkeit an Obst- und Gemüse pro Woche unterschied sich bezüglich des Geschlechts nicht signifikant. Die Ergebnisse der Studie stimmen annähernd mit den Daten der „Chronische Krankheiten und Risikofaktoren-Prävalenz-Studie“ des Gesundheitsministeriums der Türkei (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması) bezüglich der Menge überein. Demnach verzehren 4 % gar kein Gemüse und Obst, 10,4 % 1 Portion, 41,3 % 2 Portionen, 18,5 % 3 Portionen, 12,6 % 4 Portionen, 13,0 % 5 Portionen und mehr. Im Durchschnitt werden täglich 2,7 ± 0,01 Portionen Obst und Gemüse verzehrt. Mit dem fortschreitenden Alter erhöht sich auch der Obst- und Gemüseverzehr (Horasan 2013, S. 161). Dagegen verzehren in Deutschland

laut der DKV-Report 17 % der befragten Frauen täglich fünf oder mehr Stücke Obst und Gemüse (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 13).

In der vorliegenden Arbeit gaben 36,29 % (94) der Befragten an, täglich Vollkornprodukte zu verzehren. Auch hier konnten keine signifikanten geschlechterspezifischen Unterschiede festgestellt werden. Die „Chronische Krankheiten und Risikofaktoren-Prävalenz-Studie“ (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması) des Gesundheitsministeriums der Türkei (2013) liefert bezüglich des täglichen Verzehrs von Vollkornprodukten niedrigere Daten. Demnach verzehren 11,5 % der Männer und 15,8 % der Frauen täglich Vollkornprodukte (Horasan 2013). Im Durchschnitt nehmen die Männer in der Altersgruppe zwischen 19-64 Jahren 15,2 Gramm Ballaststoffe täglich zu sich, während dies bei Frauen in der gleichen Altersgruppe 13,1 Gramm sind (SAGEM 2014, S. 258). In Deutschland verzehren dagegen 53 % der Frauen und 44 % der Männer täglich Vollkornprodukte (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 13).

Im Weiteren gaben 60,23 % (156) der Befragten an, täglich kalziumreiche Produkte zu verzehren, was unter den Daten vom SAGEM (2014) liegt. Auch hier wurden keine signifikanten geschlechterspezifischen Unterschiede festgestellt. Laut Angaben von SAGEM (2014) verzehren 55,1 % der Befragten täglich Milch und Joghurt. Der Anteil von täglich Käse verzehrenden Erwachsenen liegt bei 76 % (SAGEM 2014, S. 187 ff.).

3,09 % (8) der Befragten gaben an, gar nicht, 45,17 % (117) ein bis zwei Mal pro Woche, 33,20 % (86) drei bis vier Mal pro Woche, 8,49 % (22) fünf bis sechs Mal pro Woche und 10,04 % (26) täglich in den letzten sieben Tagen Fleisch verzehrt zu haben. Der Anteil der Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Fleischerzeugnissen der Beratungssuchenden unterschied sich nicht signifikant bezüglich des Geschlechts.

Außerdem verzehren 51,35 % (133) der Befragten ein bis zwei Mal pro Woche Fisch, 45,56 % (118) der Befragten dagegen kein Fisch. Der Anteil an Verzehrhäufigkeit von Fisch und Meeresfrüchten der Beratungssuchenden unterschied sich bezüglich des Geschlechts. Laut Angaben der SAGEM verzehren 39,1 % der Erwachsenen überhaupt kein Fisch, wobei der Anteil bei Frauen (42,1 %) höher liegt als bei Männern (36,5 %) (SAGEM 2014, S. 187 ff.). Dagegen verzehren nach DKV-Report in Deutschland 60 % der Befragten ein- bis zweimal

pro Woche Fisch, 25 % der Befragten essen keinen Fisch (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015). Wahrscheinliche Gründe, warum in der Türkei wenig Fisch konsumiert wird, können einerseits sein, dass der Fischverzehr in der Türkei saisonalen Schwankungen unterliegt, d.h. Fisch wird vermehrt in den kalten Monaten bzw. nur im Winter gegessen, andererseits führen hohe Fischpreise in den Sommermonaten dazu, dass die Menschen weniger Fisch konsumieren.

Insgesamt isst jeder fünfte der Beratungssuchenden, nämlich 18,92 % (49), täglich Süßigkeiten und Knabbereien. Der Anteil der Verzehrhäufigkeit von Süßigkeiten und Knabbereien der Beratungssuchenden unterschied sich nicht bezüglich des Geschlechts. In Deutschland dagegen isst nach dem DKV-Report insgesamt jeder Vierte täglich oder sogar mehrmals täglich solche „ungesunden“ Lebensmittel (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 13). Beide Geschlechter greifen jedoch mit 26 % gleich häufig in Deutschland täglich oder mehrmals täglich zu Knabbereien und Süßigkeiten (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 13).

Im Weiteren zeigen die Ergebnisse bezüglich der Flüssigkeitszufuhr, dass 70,27 % (182) der Befragten zwischen 1-2 Liter täglich tranken. Sie erfüllen somit die Empfehlungen der DGE und die Ernährungsempfehlungen des Amtes für Gesundheitswesen des Gesundheitsministeriums der Türkei (Türkiye Beslenme Rehberi“ (TÜBER 2015) gleichermaßen; eine tägliche Flüssigkeitszufuhr von ca. 1,5 Liter in Form von Wasser und energiearmen Getränke wird empfohlen (DGE 2011; TÜBER 2015). Auch hier wurden keine signifikanten geschlechterspezifischen Unterschiede festgestellt. Bezüglich der Flüssigkeitszufuhr liefert SAGEM (2014) mit der vorliegenden Studie schwächere Ergebnisse. Demzufolge liegt der Wasserkonsum der Bevölkerung für die Altersgruppe zwischen 19-50 Jahren im Durchschnitt unter einem Liter (981 ml). Mit fortschreitendem Alter sinkt der Konsum von Wasser und liegt in der Altersgruppe 65-74 Jahre um 873,15 ml bei Männern und um 861,41 ml bei Frauen (SAGEM 2014, S. 333). Ein Teil des Flüssigkeitsbedarfs wird über andere Flüssigkeiten gedeckt. Der Konsum von nicht-alkoholischen Getränken (Tee, Kaffee, Ayran und Getränke mit Kohlensäure) beträgt in der Altersgruppe von 19-50 Jahren 665,19 ml. Mit dem fortschreitenden Alter sinkt auch hier der Konsum von nicht-alkoholischen Getränken und liegt bei der Altersgruppe zwischen 65-74 Jahren bei Männern bei 486,33 ml und bei Frauen bei 369,10 ml (SAGEM 2014, S. 334).

Außerdem nehmen die Beratungssuchenden an einem Wochentag (Montag bis Freitag) im Mittel 2,59 ± 0,65 Hauptmahlzeiten und 1,09 ± 1,12 Zwischenmahlzeiten zu sich. Auch hier wurden bezüglich Anzahl der Haupt- und Zwischenmahlzeiten keine geschlechterspezifischen Unterschiede festgestellt. Damit stimmen die Ergebnisse der Befragung bezüglich der Häufigkeit der Hauptmahlzeiten mit den Ergebnissen von Ernährungs- und Bewegungsprotokollen überein, da auch die Protokollanten täglich 2,6 ± 0,3 Mahlzeiten zu sich nahmen. Die Untersuchung von TOAD (2012) dokumentiert, dass nur 4 % der Befragten Zwischenmahlzeiten zu sich nehmen. Es kann hier die Ergebnisse der TOAD (2012) bezüglich der Zwischenmahlzeiten nicht bestätigt werden, da in der Befragung im Rahmen der vorliegenden Studie ein abweichendes Ergebnis ermittelt wurde. Es kann auch dran liegen, dass die Abnehmwilligen bereits über Freunde eine Diätphase angefangen haben, die aus drei Hauptmahlzeiten und zwei bis drei Zwischenmahlzeiten besteht, wie es auch bei der durchgeführten Befragung in einem Krankenhaus der Fall war.

Eine andere Empfehlung der DGE bezieht sich auf die Dauer der Mahlzeit. Hier wird empfohlen, sich beim Essen Zeit zu lassen, damit Sättigungsempfinden auftritt (DGE 2011). Die Ergebnisse der Befragung bezüglich der Dauer der Mahlzeiten machen deutlich, dass nur 8,11 % (21) der Beratungssuchenden sich mehr als 30 Minuten für jede Hauptmahlzeit Zeit nehmen. Gravierend ist, dass 19,31 % (50) der Befragten sich sogar nur unter 10 Minuten, 44,79 % (116) zwischen 10 bis 20 Minuten, 27,80 % (72) zwischen 20 bis 30 Minuten Zeit nehmen (Hofstede 1993; Hofstede et al. 2017). Auch bei diesem Parameter wurden keine geschlechterspezifischen Unterschiede festgestellt.

5.2.1.3 Rauchverhalten

Das Rauchen erhöht vielfach das Risiko an Krankheiten wie Arteriosklerose, Herzinfarkt oder Lungenkrebs zu sterben (Markwort 2010, S. 228). Es kann deswegen von einem gesunden Verhalten gesprochen werden, wenn die Beratungssuchenden nicht rauchen (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 16).

Die Auswertung der Befragung ergibt, dass 29,34 % (76) der Befragten rauchten. Im Detail auf Geschlechterebene betrachtet rauchten 26,6 % (55) der Frauen und 40,4 % (21) der Männer. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Befragung liegt der Gesamtraucheranteil der Beratungssuchenden mit 29,34 % und bei Frauen mit 26,6 % über dem TUIK (TUIK 2016). Nach aktuellen Daten der TUIK von 2016

konsumieren im Durchschnitt 26, 5 % der Bevölkerung Tabakerzeugnisse. Auf Geschlechterebene betrachtet, rauchen 40,1 % der Männer und 13,3 % der Frauen (http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?-istab_id=2393, 15.05.2017).

Nach den Ergebnissen der DKV-Untersuchung bezüglich des Rauchkonsums sind 24 % der Bevölkerung in Deutschland Raucher. Auf Geschlechterebene betrachtet sind es 26 % der Männer und 22 % der Frauen (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 16). Die Ergebnisse der TUIK bezüglich des Gesamtanteils (26,5 %) stimmen fast mit den Daten des DKV-Reports von 2015 (24 %) überein (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015).

5.2.1.4 Alkoholkonsum

Der unregelmäßige Alkoholkonsum ist nicht gesundheitsschädlich (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 13). Auf Grund des hohen biologischen Brennwertes des Alkohols sollte dieser in Maßen getrunken werden. Außerdem beeinflusst bzw. hemmt er die Fettoxidation (Völler et al. 2004). Als Richtlinie gilt ein Alkoholkonsum von bis 300 ml Bier oder 200 ml Wein am Tag (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 12). Laut D-A-CH-Referenzwerten werden zurzeit als akzeptable Menge 10 g/Tag für gesunde Frauen und 20 g/Tag für gesunde Männer angesehen. Dies sollte nicht als eine Empfehlung für den täglichen Alkoholkonsum verstanden werden (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 12; DGE 2010; Toeller et al. 2005). 5,79 % (15) der Befragten gaben an, dass sie alkoholische Getränke konsumieren, 20 % (8,49) davon verneinten dies und 86,48 % (224) der Befragten machten dazu keine Angaben. Der Anteil des Alkoholkonsumverhaltens von Beratungssuchenden unterschied sich nicht signifikant bezüglich des Geschlechts.

Nach Angaben der „Gesundheitsuntersuchung 2012“ (Sağlık Araştırması 2012) der TUIK konsumieren nur 10,4 % der Bevölkerung Alkohol; auf Geschlechterebene betrachtet konsumieren 17,2 % der Männer und 3,8 % der Frauen Alkohol. 79,9 % der Bevölkerung hat nie Alkohol konsumiert (TUIK 2013). Somit stimmen die Ergebnisse dieser Studie bezüglich des Alkoholkonsums bei Frauen nicht mit den Daten des TUIK (2013) überein, da in der vorliegende Arbeit der Anteil der Frauen, die regelmäßig Alkohol konsumieren bei 6,3 % lag. Eine andere Formulierung nutzt SAGEM bezüglich des Alkoholkonsums, indem sie den Anteil der Nicht-Verzehrer nennt, beispielsweise 84,9 % der Erwachsenen trinken keinen Alkohol, wobei es hier

94,8 % der Frauen und 76,1 % der Männer sind (SAGEM 2014, S. 186 ff; Hürriyet 2012). Somit stimmt der Frauenanteil der vorliegenden Befragung hinsichtlich des Alkoholkonsums (6,3%) annähernd mit den Daten von SAGEM (2014) (5,2 %) überein. Der niedrige Anteil der Alkoholkonsumenten kann in der vorliegenden Studie auch in der Gesamtbetrachtung damit erklärt werden, dass 80 % der Befragten weiblich waren. Außerdem bestanden Hemmungen bezüglich der Angabe des Alkoholkonsums.

Anti-Rauchen- und Anti-Alkohol-Kampagnen in Deutschland zielen darauf, die Bevölkerung zu sensibilisieren, über Gefahren aufzuklären und ein Umdenken im Umgang mit Genussmitteln zu fördern (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 48). Eine andere Vorgehensweise wird für die Eindämmung des Rauchverhaltens und Alkoholkonsums in der Türkei gewählt; durch Gesetz vom 11. Juni 2013 mit der Nummer „6487“ werden Umgang, Verkauf sowie die Werbung für Alkohol und Zigaretten zum Schutze der Jugend allgemein in öffentlichen Räumen und in den Medien geregelt (Milliyet 2014). In einem Auszug des Gesetzes heißt es: „Alle Werbungen sind bezüglich alkoholischer Getränke und Zigaretten in öffentlichen Räumen untersagt. Außerdem dürfen alkoholische Getränke und Zigaretten im Fernsehen und Printmedien weder vermarktet noch verkauft, in Filmen und in Musikclips gezeigt sowie über Postwege versandt werden“ (Milliyet 2014). Im Weiteren wird der Verkauf in Shops sowie an den Tankstellen zwischen 22:00 und 06:00 untersagt. In Bars kann weiterhin verkauft werden usw.. Dieser Vergleich legt den kulturellen Unterschied beim Umgang mit dem gleichen Problem offen; Sensibilisieren, Aufklären und Umdenken fördern oder durch Verbote den Sachverhalt regeln (Hofstede 1993; Hofstede et al. 2017).

5.2.1.5 Freizeitverhalten bzw. Stressausgleichsmechanismen

Die Auswertung des Bereichs Stressverhalten und Ausgleichsmechanismen der Beratungssuchenden gibt Aufschluss darüber, wie die Menschen ihre Freizeit verbringen und sie gestalten. Stress hat einen großen Einfluss für das Wohlbefinden bzw. auf die Gesundheit eines Menschen (Froböse & Wallmann-Sperlich 2015, S. 12). Der wiederum durch den gelebten Lebensstil und weitere Faktoren beeinflusst wird. Der Lebensstil, der als eine stabile und regelmäßige Struktur im täglichen Leben bezeichnet wird, beeinflusst auch das Stressverhalten der Menschen, der wiederum von der Kultur bestimmt. Die Kultur beeinflusst zudem die in Anspruch genommenen Methoden zur Stressbewältigung.

Schließlich steuern die Werte als unsichtbarer Teil der Kultur das Verhalten der Menschen (Hofstede et al. 2017; Hofstede 1993).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit gaben 8,88 % (23) der Befragten an, keinen Stress zu haben, 13,13 % (34) sehr gering, 28,57 % (74) mittelmäßig, 26,64 % (69) hoch; 22,78 % (59) gaben an, sehr gestresst zu sein. Der Anteil an Stressbelastung der Beratungssuchenden unterschied sich nicht signifikant bezüglich des Geschlechts.

Die am häufigsten genannten Freizeitaktivitäten zum Stressausgleich im täglichen Leben waren Essen 23% (61), Freunde treffen 31,6 % (82), Fernsehen 32,4 % (84), Lesen 19,7 % (51), Musik 28,9 (75) Sport treiben 22,7 % (59), sich bewegen 29,7 % (77), Entspannungsmethoden wie Yoga 9,2 % (24) und sonstiges 35,1 % (91). Es liegen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Methode zum Ausgleich von Stress zwischen den Geschlechtern vor. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen, laufen Freizeitaktivitäten hauptsächlich in den vier Wänden oder in geschlossenen Räumen ab. Die meisten Ausgleichmechanismen beinhalten inaktive Freizeitbeschäftigungen (Essen, Freunde treffen, Fernsehen, Lesen, Musik und sonstiges).

Diese Art und Weise zu leben, bestimmt selbstverständlich die Art der Ausgleichmechanismen sowie das Freizeitverhalten. Zwei Quellen liefern ähnliche bzw. übereinstimmende Daten bezüglich des gelebten Lebensstils. Nach TAK (2013) legen 69 % der Befragten Wert darauf, „Das Leben in den eigenen vier Wänden“ zu verbringen. Die Befragten sind zudem offen, was das Leben in den vier Wänden bereichert (Freizeitaktivitäten) (TAK 2013, S. 16). Eine weitere Studie liefert noch höhere Zahlen bezüglich des gelebten Lebensstils. Laut Angaben der „Chronische Krankheiten und Risikofaktoren-Prävalenz-Studie“ des Gesundheitsministeriums der Türkei (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması) (2013) ziehen 75 % der Bevölkerung es vor, in den vier Wänden die meiste Zeit zu verbringen, da sie sich in der Umgebung nicht sicher fühlen oder die Außenwelt voller Probleme betrachten (Horasan 2013). Der Sicherheitsaspekt zählt zu den Gründen, warum die Menschen immer mehr Zeit in geschlossenen Räumen verbringen. Auch das öffentliche Leben verlagert sich immer mehr in Innenräume, z. B. durch den Bau von Einkaufszentren. Jedes Viertel besitzt mindestens ein oder mehrere MEGA-Einkaufshäuser.

Die Arbeiten des Autors Zwick (2007; 2011) aus Deutschland bestätigen, dass die Türkeistämmigen ein haushaltorientiertes Leben führen (Zwick 2011). Außerdem betont er, dass die Türkeistämmigen in ihrer Freizeit lieber Zeit mit ihrer Familie verbringen und weniger sportlichen Aktivitäten nachgehen. Die körperliche Aktivität in der Freizeit spielt eine untergeordnete Rolle, da bereits im Alltag und Berufsleben „zumeist anstrengende körperliche Tätigkeiten" ausgeführt werden (Zwick 2007; 2011). Außerdem weist er in seiner Arbeit darauf hin, dass bei der Freizeitgestaltung das gemeinsame Essen bei den Türkeistämmigen eine wichtige Rolle spielt und Familienbesuche und Feiern direkt mit Essen in Verbindung gebracht werden (Schwimmen mit Picknick kombiniert) (Zwick 2011). Zusätzlich berichtet Zwick, dass „die türkischen Familien keine gemeinsamen Freizeitaktivitäten unternehmen, sondern jedes Familienmitglied die Freizeit nach eigenen Vorstellungen gestaltet, wobei die Mediennutzung einen breiten Raum einnimmt" (Zwick 2011, S. 80).

Des Weiteren beeinflussen auch die längeren Arbeitszeiten das Freizeitverhalten der Menschen in der Türkei. Längere Arbeitszeiten bedeuten, dass den Menschen weniger freie Zeit zur Verfügung steht. Während in Deutschland 5,0 % der Beschäftigen 50 Stunden oder mehr pro Woche arbeiten, wobei die Männer mit 8 % gegenüber den Frauen mit 2 % häufiger betroffen sind, liegt der Anteil der Beschäftigten in der Türkei bei 41 %, wobei 45 % der Männer, aber nur 31 % der Frauen über 50 Stunden oder mehr pro Woche arbeiten. Der OECD-Durchschnitt liegt bei 13,0 % (OECD 2016).

Ein Faktor, der die Bevorzugung der körperlichen Aktivitäten bzw. aktiven Ausgleichmechanismen in der Freizeit von Menschen beeinflusst, ist die Einstellung zur Bewegung. Die Menschen assoziieren die körperliche Aktivität nur mit dem Geldverdienen. Außerdem wird Sport nur zur Verdauungszwecken, in Zeiten der Gewichtsreduktion (5 Nennungen) eingesetzt und nur als Sommeraktivität betrachtet, wie die Ergebnisse der Experteninterviewreihe bestätigen. Als weiteren Grund für die negative Einstellung zur Bewegung identifizierten die Experten Zeichen der Klassentrennung. Je reicher man wird, desto bewegungsärmer wird gelebt. Zusätzlich waren mehrere Experten darüber einig, dass eine Bewegungskultur nicht vorhanden ist (6) und auch nicht in der Schule vermittelt wird. Aus Sicht der Experten fehlen den Politikern klare Strategien und Visionen hinsichtlich der Vermittlung der Bedeutung des Sports

im Schulalter. Nach Meinung mehrerer Experten (3 Nennungen) wird Sport bis heute als nebensächlich oder überflüssig empfunden.

Die vorliegende Arbeit liefert mit der Arbeit von Aksay (2010), die die „Soziale und kulturelle Kontextbedingungen des Sportengagements von Mädchen in der Türkei“ untersuchte, übereinstimmende Ergebnisse bezüglich des Vorgehens in den Schulen. Alle befragten Mädchen im Rahmen der Studie von Aksay äußerten dazu, dass sie auf Grund der „unmotivierten Lehrer, mangelnder Sportanlagen und fehlender Geräte nicht die Möglichkeit haben, an einer qualitativ hochwertigen Sportstunde teilzunehmen“ (Aksay 2010, S. 169). Aus diesem Grund sehen die Mädchen häufig die Sportstunden „auch nicht mehr als freies Bewegen“. Nach den Ergebnissen der Arbeit von Aksay (2010) zeigen die Aussagen fast aller befragten Mädchen, dass ihre „Sportlehrer sich nicht aktiv genug in den Sportunterricht einbringen würden“ (Aksay 2010, S. 169).

Außerdem beeinflusst das soziale Umfeld das Bewegungsverhalten der Frauen, wie sich die Frauen während der Befragung äußerten; es ist nicht möglich, täglich zwecks Sport aus dem Hause zu gehen, da es stark von ihrem sozialen Umfeld kritisiert wird. Deswegen ist das Fernsehen laut TAK-Befragung (2013) die wichtigste Alltagsbeschäftigung der Frauen, gefolgt vom Kochen. Obwohl der Beruf Koch in der Türkei den Männern zugeschrieben wird, wird weiterhin die Meinung vertreten, dass das Kochen Hauptaufgabe der Frauen ist (TAK 2013, S. 36). Die Arbeit von Aksay (2010) vertritt in diesem Punkt ähnliche Ansichten: „Das soziale Umfeld hat großen Einfluss auf das Erziehungsverhalten der Eltern und damit auch auf den Alltag von Mädchen. Familien leben in der türkischen Gesellschaft in der Regel nicht nur für sich, sondern orientieren sich mit ihren Werten und Normen stark an ihrem sozialen Umfeld. Insbesondere Mädchen und deren Familien aus Mittel- und Unterschichten fürchten sich in vielen Situationen vor negativen Reaktionen des sozialen Umfelds“ und „Sport wird in der türkischen Gesellschaft für den weiblichen Körper als unnötig betrachtet und ist in erster Linie eine Männerdomäne“ (Aksay 2010, S. 170). Aksay weist in seiner Arbeit (2010) darauf hin, dass der „Sport als Freizeitbeschäftigung unter türkischen Frauen und Mädchen wenig populär ist und staatliche Maßnahmen zur Förderung der Freizeitaktivitäten sich vorrangig auf die Förderung kultureller Aktivitäten beziehen“ (Aksay 2010, S. 169).

Abschließend kann das städtische Umwelt als ein sehr wichtiger Faktor genannt

werden, der die körperliche Aktivität beeinflusst. Die städtisch bebaute Umwelt und die tägliche Beförderung gehören zu den wichtigsten Barrieren oder Förderern täglicher körperlicher Aktivität. Das heißt, dass die Sicherheit allgemein und im Straßenverkehr, die Verfügbarkeit von Fahrrad- oder Wanderwegen, die Nähe zur Natur oder zu grünen Flächen, das Vorhandensein von Treppen in öffentlichen Gebäuden und die Verfügbarkeit von Freizeit- und Sporteinrichtungen die körperliche Aktivität in städtischen Gegenden fördern können.

Die zitierten Studien machen deutlich, dass die körperliche Aktivität in der Freizeit nicht zu den Stärken der Bevölkerung zählt, dass das soziale Umfeld starken Einfluss auf das Bewegungsverhalten der Frauen besitzt und dass infrastrukturelle Rahmenbedingungen nicht ausreichend vorhanden sind und dass sich das Leben bei den meisten Menschen in ihren vier Wänden abspielt (Aksay 2010; Zwick 2007; Zwick 2011; TOAD 2012; TAK 2013, S. 36).

5.2.1.6 Informationsbeschaffung betreffend die Gesundheit

Welche Kanäle nutzen die Menschen in der Türkei zur Informationsbeschaffung bezüglich der Gesundheit bzw. zu Lösungen von Übergewichtsproblemen?
Das richtige Verhalten von Menschen hängt tendenziell von ihrem Wissenstand zum Thema gesundheitsförderndes und gesundheitsschädigendes Handeln ab (Zwick 2007). Wie die obigen Darstellungen zeigen, beweisen die Befragten in vielen Bereichen falsches oder kein gesundes Verhalten. Hier spielen die Wege zur Informationsbeschaffung und die Qualität des Wissens über die genannten Themen eine wichtige Rolle. Das kann damit begründet werden, dass die Informationsquellen, die die Bevölkerung nutzt, keine zuverlässigen bzw. qualitativ hochwertigen Informationen liefern. Zuverlässige Informationskanäle können den Betroffenen helfen, an richtiges, umfassendes sowie wissenschaftlich gesichertes Wissen zu kommen und ihre gesundheitliche Lage besser einzuschätzen. In unserem Fall können die übergewichtigen Personen richtige Methoden für sich auswählen und anwenden, um sicher und nachhaltig ihr Gewicht zu reduzieren und das verbesserte Gewicht auch langfristig zu halten. Damit können die übergewichtsinduzierten Risikofaktoren gemildert werden.

Die Werte der Menschen in einer Gesellschaft bzw. Kultur haben großen Einfluss darauf, welche Kanäle zur Informationsbeschaffung genutzt werden, was auch die Qualität des erreichten Wissens enorm beeinflusst. In diesem Zusammenhang ist

die Kenntnis über meistgenutzte Informationskanäle zur Wissensbeschaffung bezüglich der Gesundheit und speziell der Gewichtsreduktion aus zwei Gründen von Relevanz. Erstens kann dadurch festgestellt werden, welche Quellen die Personen für die Informationsbeschaffung für vertrauenswürdig einstufen; zweitens spielen diese Informationskanäle eine entscheidende Rolle bei der Etablierung des Konzeptes, da das Erreichen der Betroffenen damit möglich wird.

Außerdem haben Zugangsbarrieren einen signifikanten Einfluss darauf, welche Informationskanäle genutzt werden. Fernseher und Radio sind ohne weitere Kosten jederzeit und fast überall verfügbar und können ohne Einschränkung in Anspruch genommen werden (MRI 2008, S. 104). Bücher und Magazine dagegen sind mit Kosten verbunden oder brauchen ein gut ausgebautes Bibliotheksnetz. Damit kann die Bevölkerung kostengünstig an die Printmedien kommen.

Nach den im Rahmen der vorliegenden Arbeit eingesetzten Experteninterviews sind aus Sicht der Experten die meist genutzten Informationskanäle der Menschen in der Türkei der Fernseher (8 Nennungen) und das Internet (5). Während im Fernsehen Frauenprogramme, Morgenprogramme und Nachrichten für die Information genutzt werden (TAK 2013), werden im Internet Foren und Videos als Informationsquelle in Anspruch genommen. Zusätzlich identifizierten zwei Experten das Radio als weiteren Informationskanal zur Wissensbeschaffung bezüglich der Gesundheit bzw. des Übergewichtsproblems. Im Weiteren ist nach Meinung der Experten das soziale Umfeld ein wichtiger Informationskanal von Menschen (5), wenn es ums Abnehmen geht. In diesem Bereich wurden am häufigsten Nachbarn (4), Freunde (3) sowie Verwandte (3) erwähnt. Außerdem sahen die Experten Printmedien (Zeitungen, Zeitschriften) (4), Sportzentren (3) und den Hausarzt (1) als weitere Wege zur Informationsgewinnung. Aus Sicht einiger Experten werden Bücher im Verhältnis zum Fernsehkonsum zur Informationsgewinnung kaum in Anspruch genommen.

Andere Quellen bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bezüglich der hauptsächlichen Nutzung des Fernsehens und des Internets als Informationskanäle. Laut der Studie der UNESCO sehen die Menschen im Durchschnitt täglich sechs Stunden fern und verbringen drei Stunden im Internet (TRTHABER 2013). Die Studie der Türkei Adipositas Forschungsgemeinschaft „Untersuchung der Bestimmung der Essgewohnheiten und des körperlichen Aktivitätsniveaus in der Türkei“ (türkisch: Türkiye Obezite Araştırma Derneği:

Türkiye'de Beslenme Alışkanlıkları ve Fiziksel Hareketlilik Düzeyi Saptama Araştırması) liefert mit der UNESCO-Studie übereinstimmende aber schwächere Ergebnisse bezüglich des Fernseh- und Internetkonsums. Laut der TOAD (2012) verbringen Menschen in der Türkei täglich im Durchschnitt 4 Stunden 37 Minuten Zeit vor dem Fernseher und Computer (2 Stunden 20 Minuten vor dem Fernseher und 2 Stunden und 17 Minuten vor dem Computer).

Auch nach der repräsentativen TAK-Befragung von Ipsos KMG (TAK 2013, S. 36) ist das Fernsehen die wichtigste soziale Alltagaktivität der Bevölkerung. Für einen Großteil der Bevölkerung ist Fernsehen sowohl Informationsquelle als auch Unterhaltungsmedium. Nach den Daten der TAK (2013) sehen 84 % der Bevölkerung täglich fern, mit 21 % folgen Radiosendungen. Die Nachrichten sind die beliebtesten Sendungen im Fernsehen, der Anteil beträgt 65 %, gefolgt von einheimischen Serien mit 62 % (TAK 2013, S. 63). 72 % der Männer bevorzugen die Nachrichtenprogramme, gefolgt von 46 % mit einheimischen Serien. Gegenteiliges beobachtet man bei Frauen. Während 77 % der Frauen die einheimischen Serien bevorzugen, schauen 57 % der Frauen gerne Nachrichtenprogramme (TAK 2013, S. 63). Im Weiteren nutzen laut den Ergebnissen der TAK durchschnittlich 46 % der Bevölkerung Internet als Informationsmedium. In der Marmararegion beträgt dieser Wert sogar 55 %, in Ost-, Südost Anatolien und in der Schwarzmeerregion liegt der Anteil dagegen niedriger (TAK 2013, S. 81). Der Anteil der Bevölkerung, der täglich Zeitung liest, beträgt 18 % (TAK 2013, S. 63).

Nach Angaben der TUIK (2014) existieren in der Türkei insgesamt 1190 Radio- und Fernsehkanäle; davon sind 258 Fernsehkanäle (215 davon national), die restlichen 932 sind Radiokanäle (Hürriyet 2015; TUIK 2014). Dagegen sind in Deutschland laut Angaben der Statista (2017) im Jahr 2016 76 Kanäle empfangbar.

Andere Quellen geben detaillierte Ergebnisse bezüglich Printmedien an, speziell über Bücher als Informationsquellen. Diese stimmen mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit überein. Laut der TRTHABER (2013) beträgt der Anteil der Menschen, die Bücher lesen, nach der Untersuchung der UNESCO in Europa 21 %, in der Türkei ist dieser Anteil dagegen 1 zu 10.000. Die Menschen verbringen im Durchschnitt nur 6 Stunden ihrer Zeit jährlich mit Bücherlesen, was der Zeit des täglichen Fernsehkonsums entspricht. Laut der Studie der UNESCO sehen die

Personen im Durchschnitt täglich 6 Stunden fern und verbringen 3 Stunden im Internet TRTHABER (2013). Diese Daten unterscheiden sich signifikant von den Ergebnissen der TOAD (2 Stunden 20 Minuten vor dem Fernseher und 2 Stunden und 17 Minuten vor dem Computer) (TOAD 2012).

Ein anderer Artikel von Ciftci (2015), der in Hürses Zeitung erschienen ist, enthält noch detailliertere und ergänzende Daten über das Leseverhalten und die Einstellung zu Büchern. Beispielsweise macht die Gegenüberstellung der Ausgaben für Bücher und andere Parameter deutlich, wieweit sich in dieser Hinsicht die Türkei von Deutschland unterscheidet. Während in Deutschland jährlich ca. 65.000 Bücher gedruckt werden, werden in der Türkei 6.031 Bücher gedruckt (Schulbücher ausgenommen). Während in Deutschland jährlich für Bücher 122 Dollar ausgegeben werden, werden in der Türkei 45 Cent jährlich ausgegeben. Während auf 1.022 Personen in Deutschland ein Buch kommt, ist es in der Türkei ein Buch auf 10.600 Personen. Während in Deutschland 12.134 Bibliotheken vorhanden sind, sind es in der Türkei 1.292. 22 % der Bevölkerung lesen täglich Zeitungen, 25 % hören Radio und 94 % sehen täglich fern (Çifci 2015).

Demgegenüber erhält man aus den deutschen Quellen bezüglich der meistgenutzten Informationskanäle ein anderes Bild.

Die aktuellen Daten über die meistgenutzten Informationsquellen der Bevölkerung im Allgemein können der Statista-Datenbank entnommen werden. Laut Statista wurden in 2017 als Informationsquelle in Anspruch genommen: 79,5 % Verwandte, Freunde und Bekannte; 69,5 % Internet; 58,1 % Berichte im Fernsehen; 42,5 % Artikel aus der Zeitung; 32,4 % Artikel in Zeitschriften; 28,5 % Berichte aus dem Radio; 18,8 aus Fachzeitschriften, 15,4 % aus Sachbüchern (Statista 2018).

Eine weitere Arbeit von Hagen und Donsbach (2008) liefert Informationsquellen speziell für die Gesundheit oder in Gesundheitsfragen. Laut Hagen und Donsbach beziehen Eltern Informationen über die Gesundheit zu 80 % aus Printmedien, zu 74 % aus Fernsehsendungen, zu 66 % aus privaten Gesprächen und zu 62 % aus Arztpraxen (Hagen & Donsbach 2008, S. 352 f.).

Laut der Nationalen Verzehrstudie (NVS) II von 2008 des Max-Rubner-Instituts (MRI) nimmt die Bevölkerung speziell bezüglich der Ernährung wiederum

unterschiedliche Informationsquellen in Anspruch. Bezogen auf alle Befragten ist der Bereich „Zeitungen/Wochenzeitungen/Wochenmagazin“ in der Summe der Nutzung die meistgenutzte Informationsquelle mit 56,0%, gefolgt mit 54,4 % „Angaben auf Lebensmittelverpackungen“, 54,0 % von Freunden und Familie; 50,5 % Fernsehen, Radio, Fach- und Kochbücher sowie Informationsbroschüren und -blätter von der Industrie und Fachzeitschriften mit 36,3 % bis 32,2 %. Außerdem werden auch mit abnehmender Reihenfolge Kollegen, Ärzte, Krankenkassen usw. als Informationsquelle für die Ernährung oder Ernährungsfragen in Anspruch genommen. Diese Informationsquellen liegen in der Häufigkeit ihrer Nutzung zwischen 26,0 % und 15,1 % (MRI 2008, S. 104). Wegen leichten Zugangs werden die allgemeinen Publikumsmedien sowie die Informationen der Hersteller zu den bedeutendsten Quellen der Informationsbeschaffung in der Bevölkerung (MRI 2008, S. 104).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bezüglich der in Anspruch genommenen Informationskanäle mit den hier beschriebenen Quellen bzw. Studien aus der Türkei übereinstimmen, da auch in der vorliegenden Studie als meistgenutzte Kanäle sowohl für die Informationsbeschaffung als auch für die Freizeitbeschäftigung der Fernseher und das Internet genannt wurden. Außerdem ist das soziale Umfeld eine der wichtigsten Informationsquellen der Bevölkerung in der Türkei. Die Experten weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das gewonnene Wissen aus Fernsehprogrammen, Radio, Internet sowie der sozialen Umgebung Gefahren mit sich bringt, da das Gewichtsproblem multifaktoriell ist und die angebotenen Lösungen individuell an den Betroffenen angepasst werden sollten. Dies wäre laut Expertenmeinungen durch diese Informationskanäle nicht möglich. Des Weiteren erwähnten die Experten, dass im Fernsehen auftretende Fachleute unterschiedliche Standpunkte über Methoden und Anwendungen zur Gewichtsreduktion vertreten, die wiederum zur Verunsicherung der Betroffenen führen, was das Problem Übergewicht noch verschärft.

5.2.2 Interventionsstudie

Wie wirken sich die Effekte der 26-wöchigen Ernährungs- und Bewegungsintervention auf die anthropometrischen Parameter, auf die Körperzusammensetzung sowie auf die Laborparameter in der Türkei aus? In welchen Phasen entstehen Probleme und von welcher Art sind diese Probleme?

Das europäische Präventionskonzept wurde anhand einer ernährungs- und bewegungsbasierten Intervention in Istanbul erprobt, um die Effekte auf die oben genannten Parameter festzustellen und die Schwächen bzw. Probleme bei der Abnehmpraxis herauszufinden sowie aus der Sicht der Probanden bzw. Betroffenen zu bewerten.

5.2.2.1 Effekte der Intervention auf anthropometrische Parameter

Welche sind die Effekte der 26-wöchigen Ernährungs- und Bewegungsintervention auf Körpergewicht, Body-Mass-Index, Taillenumfang in der Türkei?

Laut der S3-Leitlinie bieten die auf dem Basisprogramm aufbauenden Gewichtsreduktionsprogramme kurz und langfristig beste Chancen zur Reduzierung und Stabilisierung des Körpergewichts. Sie führen somit zur Reduzierung der Risikofaktoren, die mit Übergewicht und Adipositas zusammenhängen (Hauner et al. 2014).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit konnten durch die umgesetzte ernährungs- und bewegungsbasierte Intervention nach 26-wöchiger Interventionsphase bei Probanden bezüglich Körpergewicht, BMI und Taillenumfang signifikante Effekte erzielt werden. Das durchschnittliche Körpergewicht verringerte sich bis zur Kontroll-/Abschlussuntersuchung um 6,4 %. Die durchschnittliche Gewichtsreduktion lag somit nach 26 Wochen bei 5,70 kg. Im Verlauf der Studie gelang es insgesamt 71,42 % der Probanden, ihr individuelles Ausgangsgewicht um mindestens 5% zu reduzieren (Hauner et al. 2000). 14,71 % erzielten sogar eine Gewichtsreduktion von mindestens 10 % gegenüber ihrem anfänglichen Körpergewicht. Im gleichen Zeitraum reduzierte sich gemäß den Veränderungen des mittleren Körpergewichts auch der BMI der Probanden um 6,4 %. Die durchschnittliche Reduktion des BMI lag somit nach der 26-wöchigen Interventionsphase bei 2,21 kg/m^2. Weiterhin mussten nach den WHO-Kriterien für den BMI-Wert alle Probanden nach Beendigung der Interventionsmaßnahmen als übergewichtig ($\geq$ 25 kg/m^2) eingestuft werden, obwohl eine deutliche Reduktion bei dem mittleren BMI der Probanden zu verzeichnen war. Zu Beginn der Bewegungs- und Ernährungsintervention zeigten 35,71 % der Probanden unter Berücksichtigung der WHO-Kriterien für den BMI Präadiptas (Übergewicht), 21,42 % Adipositas I°, 39,28 % eine Adipositas II° und nur 3,57 % eine Adipositas III°. Demgegenüber hatten am Ende der Bewegungs- und

Ernährungsintervention 60 % der Probanden Übergewicht, 20 % Adipositas I° und 20 % Adipositas II°. Dies zeigt bei der Schweregradeinteilung eine klare Verschiebung zum Besseren.

Im gleichen Zeitraum reduzierte sich der durchschnittliche Taillenumfang der Probanden ebenfalls signifikant um 10,4 %. Die durchschnittliche Reduktion des Taillenumfangs lag somit nach 26 Wochen bei 10,8 cm. Während bei der Eingangsuntersuchung (t0) die Taillenumfänge eine Spanne von 92 - 118 cm aufwiesen, sank diese Spanne zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) auf 78 - 108 cm. Die Bandbreite des Rückgangs erstreckte sich von 2 cm bis maximal 18 cm. Dieser Rückgang konnte durch die BIA-Messungen dergestalt bestätigt werden, dass er durch die Abnahme des Fettanteils und die Reduktion des ECM zu Stande gekommen war (Fleckenstein 2009). 100 % der Probanden waren zu Beginn der Studie mit einem Taillenumfang > 88 cm als abdominal adipös einzuordnen. Am Ende der 26-wöchigen Interventionsphase war eine deutliche Veränderung dieser Verteilung festzustellen. 20 % der Probanden wiesen einen Taillenumfang < 88 cm, 20 % der Probanden = 88 cm auf und nur 60 % der Probanden hatten einen Taillenumfang > 88 cm.

Da die Interventionsstudien aus mehreren Gründen (Studiendesign, eingesetzte Messmethoden oder Instrumente, organisatorische und infrastrukturelle Rahmenbedingungen sowie der inhaltliche Aufbau der Interventionen bezüglich Ernährungs- und Bewegungsmodulen) unterschiedlich aufgebaut sind, ist es nicht möglich, eine identische bzw. vergleichbare Studie zu finden. Deswegen können die Ergebnisse mit anderen Studien nur annähernd verglichen und gegenübergestellt werden (Schauerte 2014). Im Falle von Taillenumfang beschreiben vorliegende Studien uneinheitliche Effekte, da sie, wie in der Methodendiskussion (Kap. 5.1.2) beschrieben wurde, unterschiedliche Messverfahren einsetzen, die die Vergleichbarkeit der Studien erschweren. Außerdem kann falsche Handhabung der Messinstrumente während der Messungen zu abweichenden Ergebnissen führen (Schauerte 2014).

Die Ergebnisse der Arbeit von Scholz (2011) und Akpulat (2008) bezüglich der Gewichtsveränderungen während der Interventionsphase stimmen mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit überein. Auch bei Akpulat (2008) sank das Gewicht nach 6 Monaten signifikant um 6,5 kg (6,5%) und bei Scholz (2011) um 5,3% des Ausgangwertes. Scholz et al. (2005) konnten dagegen geringere

Gewichtverluste in der Evaluationsstudie vom DGE-Programm „ICH nehme ab“ bei Frauen nach 12 Monaten zwischen 2-3 kg und bei Männern zwischen 4-5 kg belegen. Schwächere Ergebnisse liefern auch Dansinger et al. (2005) in der randomisierten Studie, wobei sie mehrere kommerzielle Diäten (Atkins, Ornish, Weight Watchers und Zone Diets for Weight Loss**)** verglichen und meist nur durchschnittliche Gewichtsreduktion im Bereich von 3 kg erreichten. Die Ergebnisse der in den S3-Leitlinien genannten Gewichtsreduktionsprogrammen liefern ebenfalls ähnliche Daten und bewirken einen mittleren Gewichtverlust von im Durchschnitt 2,3 bis 5,0 kg in einem Jahr (Hauner et al. 2014).

Die vorliegende ernährungs- und bewegungsbasierte Intervention liefert übereinstimmende Ergebnisse mit der Arbeit von Akpulat (2008) in Bezug auf die Reduktion der BMI-Werte. Bei ihm wurde auch nach 6 Monaten eine Reduktion des BMI-Wertes um 2,7 kg/m^2 (7,47 %) beobachtet, wobei bei Akpulat die Veränderung höher ausfiel, da sie auf höhere Ausgangswerte zurückzuführen ist (Akpulat 2008). Auch die Studie von Fleckenstein (2009) liefert mit der vorliegenden Studie übereinstimme Ergebnisse. Es konnte eine Reduzierung des mittleren BMIs um 5,59 % (2,09 kg/m^2) registriert werden, wobei hier die Reduktion des BMI schwächer ausfiel als bei der vorliegenden Arbeit.

Des Weiteren stimmen die Ergebnisse der vorliegenden ernährungs- und bewegungsbasierten Intervention bezüglich des Taillenumfangs mit den ähnlich aufgebauten Studien überein (Dengel et al. 1998; Fleckenstein 2009; Akpulat 2008; Scholz et al. 2005). In der Studie von Akpulat (2008) kam es auch zu einer signifikanten Abnahme des Taillenumfangs um 8,5 cm (7,4 %) nach 6 Monaten. In der Studie von Fleckenstein (2009), in der ebenfalls eine Reduzierung des Taillenumfanges beabsichtigt war, sank der Taillenumfang in 9 Monaten um 5,92 cm (4,89 %). Bei Scholz et al. 2005 wurde dagegen eine schwache Taillenumfangsreduktion um 3,1 cm (3,2 %) innerhalb 24 Wochen registriert. Fleckenstein begründet die Reduktion des Taillenumfangs durch die Umwandlung von Fettmasse in Muskelmasse während der Intervention (Fleckenstein 2009). Ebenso registrieren die Studien von Dengel et al. (9 %) und von Oh et al. (6,2 cm) sowie von Berg et al 7,2 cm (6,45%) eine stärkere Reduzierung des Taillenumfangs (Dengel et al. 1998; Oh et al. 2008, Berg jr et al. 2008). Dabei ist zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Messmethoden zur Erfassung des Taillenumfangs vorhanden sind (Schauerte 2014). Außerdem können Ungenauigkeiten oder die falsche Handhabung des Messinstruments bei den

Messungen unterschiedliche Ergebnisse liefern. Daher besitzen die Taillenumfangsmessungen nur eine geringe Aussagekraft und sollten kritisch betrachtet werden (Fleckenstein 2009).

Die weiteren Reviews und Metaanalysen von mehreren Autoren bestätigen die positive Auswirkungen von Lebensstil-Interventionen auf die anthropometrischen und weiteren Parameter.

Die Metaanalyse von Chen et al. (2014) fasst beispielsweise anhand von 16 Studien die Evidenz der Auswirkungen umfassender Veränderungen des Lebensstils betreffend Ernährung, Bewegung und Bildung auf klinische Marker bei Patienten mit Typ-2-Diabetes zusammen und kommt zu dem Schluss, dass die Lebensstil-Interventionen signifikante Vorteile bei Risikofaktoren zeigen. Lebensstil-Interventionen bei den Patienten Typ-2-Diabetes zeigten signifikante Verbesserungen hinsichtlich der kardiovaskulären Krankheits-assoziierten Risikofaktoren (BMI, HbA1c). HDL-Cholesterin und LDL-Cholesterin-Spiegel wurden durch Lebensstil-Intervention nicht signifikant verändert.

Auch in der Metaanalyse von David et al. (2014) auf der Basis von acht Studien, in der die Autoren Nur-Diät bzw. körperliche Aktivität mit kombinierten Gewichtsmanagementprogrammen (BWMP: behavioral weight management programs) verglichen haben, war der Gewichtverlust bei Nur-Diät-Interventionen und kombinierten Gewichtsmanagementprogrammen (Diät plus körperliche Aktivität) kurzfristig am größten, aber längerfristig in kombinierten BWMP am größten. Außerdem berichten die Autoren, dass die Programme, die nur auf körperlicher Aktivität aufbauen, sowohl kurz- als auch langfristig weniger effektiv sind als kombinierte Programme, die körperliche Aktivität mit Ernährung kombinieren (David et al. 2014). Laut Aussagen der Autoren erreichten die kombinierten Interventionen im Durchschnitt nach 3 bis 6 Monaten im Mittel 5, 33 kg und nach 12 bis 18 Monaten im Durchschnitt 6,29 kg (David et al. 2014).

Ebenfalls in der systematischen Review und Metaanalyse von Baillot et al. (2015) auf der Basis von 56 Studien, die die Effekte der Lebensstil-Interventionen bzw. kombinierten Ernährungs- und Bewegungsinterventionen untersuchte, waren der gepoolte Gewichtverlust mit 8,9 kg und eine BMI-Reduktion um 2,8 kg/m^2 signifikant. Außerdem wurde eine signifikante Reduzierung des Taillenumfanges kurzfristig um 4,78 cm und mittelfristig um 6,26 cm registriert.

Schwächere Ergebnisse liefert die systematische Review von Haqq et al. (2015) auf der Basis von 11 Studien (von 1966-April 2013) bezüglich der anthropometrischen Parameter sowie Körperzusammensetzung. Haqq et al. (2015) kommen auf der Basis von 11 Studien zu dem Ergebnis, dass die Lebensstil-Interventionen gegenüber der üblichen bzw. konventionellen Beratung/Pflege (usual care) eine signifikante Verbesserung der Körperzusammensetzung veranlasst. In die Review wurden randomisiert kontrollierte Studien zu Bewegungsintervention allein oder Lebensstil (Bewegung und Diät) Intervention bei Menschen mit PCOS (Polycystic Ovarian Syndrome) eingeschlossen und ausgewertet. Die Review untersuchte die Wirkungen von Lebensstil-Intervention auf die Körperzusammensetzung, glykämische Kontrolle und kardio-respiratorische Fitness bei Frauen mit PCO-Syndrom. Der mittlere Body-Mass-Index reduzierte sich signifikant um 1,12 kg/m^2, das mittlere Körpergewicht signifikant um 3,42 kg, und der Taillenumfang signifikant um 1,64 cm sowie das Körperfett signifikant um 1,71% (Haqq et al. 2015).

Ferner kommen Hassan et al. (2016) auf der Grundlage von 17 Studien zu dem Ergebnis, dass die Personen, die eine Lebensstil-Intervention (Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie) erhalten, gegenüber der Kontrollgruppe höhere Gewichtsverluste zwischen 1 - 11,5 kg hatten. Die zwischen 2004 bis 2014 veröffentlichten Studien mit einer Dauer von 12 Wochen wurden in die systematische Review eingeschlossen. Von 17 Studien berichteten nur 14 Studien einen Gewichtsverlauf vom Baseline bis Follow-up. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Interventionen, die die Ernährungsmaßnahmen mit Bewegung kombinierten, die größten Gewichtsverluste erreichten (Hassan et al. 2016).

In der aktuellen randomisierten Studie (N=243) von De Roon at al. (2017), die die Langzeiteffekte der Gewichtsreduktionsprogramme mit oder ohne Bewegungsprogramm (Exercise) bei postmenopausal Frauen untersuchte, erzielten beide Gruppen signifikante Gewichtsverluste. Ziel war es, in 16 Wochen Programm einen Gewichtsverlust von 5-6 kg zu erreichen. Bei der Nur-Diätprogrammgruppe (N=97) sollte durch Ernährungsumstellung bzw. Kalorienrestriktion ein wöchentliches Defizit von 3500 kcal erreicht werden. Die Bewegungsprogrammgruppe (N=98) sollte dagegen zwei einstündige Ausdauertrainings kombiniert mit Krafttraining und zwei einstündige moderate Ausdauertrainings in Form von Nordic Walking pro Woche absolvieren. Außerdem erhielt die Bewegungsprogrammgruppe eine relativ kleine

Kalorienrestriktion. Laut Aussagen der Autoren erreichten die beiden Gruppen ihr gesetztes Ziel nach 16-wöchiger Interventionsphase. Nach einem Jahr zeigten sich bei der Follow-up Untersuchung weiterhin signifikante Gewichtsverluste, wobei die Differenz zu Baseline bei der Bewegungsprogrammgruppe mit 4,3 kg höher ausfiel als bei der Diätgruppe mit 3,4 kg (De Roon et al. 2017). Diese Studie zeigt einen weitgehend anhaltenden Gewichtsverlust ein Jahr nach Abschluss eines Gewichtsreduktionsprogramms mit und ohne Bewegung bei übergewichtigen postmenopausalen Frauen. Obwohl die wichigste Übungsgruppe im Vergleich zur Diätgruppe körperlich aktiver war, unterschied sich die Gewichtsabnahme nicht zwischen den Gruppen (De Roon et al. 2017). Die Ergebnisse von De Roon et al. (2017) stimmen mit der vorliegenden Studie überein, da auch in der vorliegenden Studie keine Kalorienrestriktion, sondern Anpassung des Energiebedarfs an den Grundumsatz vorgesehen war. Außerdem stimmen auch Umfang und Inhalt der Bewegungseinheiten überein, wobei in der vorliegenden Studie die Ausdauereinheiten über drei Tage stattfanden. Zwei einstündige Ausdauertrainings kombiniert mit Krafttraining konnten soweit wie möglich umgesetzt werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie über die Auswirkungen auf das Köpergewicht und den BMI bestätigen damit die Ergebnisse der oben beschriebenen Studien, da auch in dieser Studie Probanden im Durchschnitt um 5,70 kg abgenommen und eine BMI-Reduzierung von 2,1 kg/m^2 sowie Reduzierung des Taillenumfangs von 10,8 cm erreicht haben. Anhand der Ergebnisse lässt sich zweifelsfrei die Effektivität des Präventionskonzepts in Form von Ernährungs- und Bewegungsintervention grundsätzlich erkennen.

5.2.2.2 Effekte der Intervention auf Körperzusammensetzung

Wie sind die Effekte der 26-wöchigen Ernährungs- und Bewegungsintervention auf die Körperzusammensetzung (Körperfettgehalt, Magermasse, BCM/ECM Index, Phasenwinkel und Grundumsatz) in der Türkei?

Die BIA-Messungen sind eine sichere, zuverlässige und valide Messmethode, wie die Körperzusammensetzung durch die ernährungs- und bewegungsbasierten Maßnahmen verändert wird. Es kann genau nachvollzogen werden, ob die Fettmasse durch die Interventionsmaßnahmen reduziert und Muskelmasse aufgebaut wurde (Hamberger 2011).

Fettmasse

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit reduzierte sich ebenfalls signifikant das durchschnittliche Körperfett der Probanden während der 26-wöchigen Interventionsphase um 5,9 kg (15,64 %).

Dies stimmt mit dem Ergebnis der Studie vom B. Fleckenstein (2009) überein, der in seinen Untersuchungen eine durchschnittliche Fettreduktion von 3,8 kg (7,24 %) beobachtete. Diese Verminderung konnte durch die BIA-Messungen insofern bestätigt werden, dass sie hauptsächlich durch die Abnahme des Fettanteils zu Stande gekommen ist (Fleckenstein 2009). Der mittlere Gewichtsverlust von 5,9 kg beinhaltete in der vorliegenden Interventionsstudie somit eine Fettreduktion von 3,38 kg. Mit der vorliegenden Arbeit übereinstimmende Ergebnisse liefert auch die MIRA-Studie „ICH nehme ab"- Programm der DGE e. V. (MIRA-DGE), da bei dieser auch der Gewichtsverlust bei den Frauen überwiegend auf einer Reduktion des Körperfetts um 5 % beruht (Scholz et al 2005). Die bereits beschriebene Review von Haqq et al. (2015) berichtet auch eine signifikante Abnahme des prozentualen Körperfettanteils um 1,71 %.

Magermasse (BCM plus ECM)

Während der 26-wöchigen Interventionsphase sank die Magermasse (BCM plus ECM) auch nicht signifikant um 4,8 kg (8,69 %). Im gleichen Zeitraum verringerte sich das mittlere ECM signifikant um 3,4 kg (12,5 %). Allerdings veränderte sich das BCM der Probanden im gleichen Zeitraum nicht signifikant um 0,8 kg (2,86 %). Es ist anhand der Ergebnisse davon auszugehen, dass sich die fettfreie Muskelmasse und der Flüssigkeitsanteil im Verlauf der Interventionsstudie reduziert haben, wie der ECM/BCM-Index darlegt.

ECM/BCM-Index (Ernährungsindex)

Gemäß der Veränderungen ECM und BCM verbesserte sich der durchschnittliche ECM/BCM-Index, der auch als Ernährungsindex bezeichnet wird, im Verlauf der Interventionsstudie signifikant. Demzufolge sank der ECM/BCM-Index signifikant um 0,1 (10 %) innerhalb der 26-wöchigen Interventionsphase. Anhand der Messgenauigkeit der BIA kann folglich davon ausgegangen werden, dass es zu keiner Verschlechterung der Nährstoffversorgung während der Ernährungs- und Bewegungsintervention gekommen ist (Endruhn 2011). Durch die BIA-Messungen konnte bestätigt werden, dass die Reduzierung des Körpergewichts hauptsächlich durch die Abnahme des Körperfettanteils und ECM zu Stande kam

(Fleckenstein 2009). Ein hoher ECM/BCM-Index bedeutet eine Verschlechterung des Ernährungszustandes, da bei katabolen Veränderungen mit Rückgang der BCM kompensatorisch Wasser im Extrazellulärraum deponiert wird und diese Erhöhung der ECM bedeutet (Endruhn 2011; Hamberger 2011, S. 119; Lee et al. 2015]

In der vorliegenden Interventionsstudie wurde eine signifikante Reduzierung des Körperwassers um 3,4 kg (8,41 %) verzeichnet, die mit der Reduktion bei ECM übereinstimmt. Eine hohe ECM kann nur durch Wasserverschiebung bedingt sein, da die ECM sonst aus den unveränderbaren Bestandteilen Binde- und Stützgewebe sowie Knochen besteht (Hamberger 2011). Schwächere Ergebnisse liefert die Arbeit von Fleckenstein (2009) betreffend die Reduzierung von mittlerer Fettmasse um 7,24 % und Magermasse um 2,15 % nach dreimonatiger Interventionsphase. Der Umfang der Reduktion der Magermasse fällt in der vorliegenden Studie höher aus als die Ergebnisse der Studie von Fleckenstein (2009), wobei die Verminderung der Magermasse nach einem Jahr bei ihm im Mittel 1,52 kg betrug, d.h. höher ausfällt als in der vorliegenden Studie.

Phasenwinkel

Im Weiteren ist der wichtige Parameter zur Beurteilung der Messergebnisse der Phasenwinkel, der die Effizienz der Bewegungseinheiten beschreibt (Hamberger 2011, S. 119: Froböse 2014). In der vorliegenden ernährungs- und bewegungsbasierten Intervention verbesserte sich der Phasenwinkel nicht signifikant um 0,6° (10 %) in 26-wöchiger Interventionsphase. Anhand der Messgenauigkeit der BIA ist folglich davon auszugehen, dass es zu einer Verbesserung des Trainingszustandes während der Ernährungs- und Bewegungsintervention kam. Ein niedriger Phasenwinkel wird in der Literatur als Zeichen der Mangelernährung angenommen, die „mit der damit verbundenen verringerten Körperzellmasse (BCM) und einer gleichzeitigen Steigerung der extrazellulären Masse (ECM) interpretiert“ werden (Stobäus et al. 2010; Hamberger 2011).

Grundumsatz

In der vorliegenden Studie konnte eine leichte, nicht signifikante Erhöhung des kalkulierten Grundumsatzes im Mittel um 4,3 kcal (0,3 %) während der 26-wöchigen Interventionsphase festgestellt werden. Demgegenüber registrierte Scholz et al. (2005) bei oben beschriebener Studie eine geringfügige Reduzierung des kalkulierten Grundumsatzes bei Frauen um 22 kcal (1,5 %) während der 24-

wöchigen Interventionsphase. Er kommt zu dem Schluss, dass trotz einer 1 %igen Magermassereduktion die resultierende geringfügige Abnahme des Grundumsatzes um ca. 25 kcal durch die verhaltensmodifizierenden Maßnahmen langfristig zur Fettreduktion ohne größeren Verlust an Magermasse führen können (Scholz et al 2005).

5.2.2.3 Effekte der Intervention auf Laborparameter

Wie sind die Effekte der 26-wöchigen Ernährungs- und Bewegungsintervention auf Laborparameter (Lipidstoff- und Zuckerstoffwechsel) in der Türkei?

Lipidstoffwechsel: Cholesterin, Triglyzeride, LDL, HDL

Lipide werden eng mit dem Risiko einer Vielzahl von Stoffwechselstörungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes) in Verbindung gebracht (Zheng, Y. & Qi, L. 2014; Powers et al. 2007; Wandere et al. 2016). Besonders ist erhöhtes LDL-Cholesterin ein unabhängiger Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten. Laut Aussagen der Powers et al. (2007) und Wandere et al. (2016) ist die kardiovaskuläre Erkrankung in den USA eine der häufigsten Todesursachen. Im Jahr 2012 waren weltweit rund 31,4 % der Todesfälle auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückzuführen (Wadhera et al. 2016). Laut Metaanalyse von Powers et al. (2007) stehen unterschiedliche Lebensstil-Interventionsalternativen zur Verfügung, die speziell LDL-Cholesterin effektiv senken können. Folglich sind die Beratungen durch Ärzte, Diätassistenten, Apotheker zur Gewichtsabnahme, zur Bewegung und zum Alkoholkonsum die effektiven Alternativen, um LDL-Cholesterin signifikant zu senken. Speziell bei ein bis zwei Gläsern täglichen Alkoholkonsums hilft die Senkung des LDL-Cholesterin-Spiegels, wenn diese regelmäßig länger als vier Wochen konsumiert werden (Powers et al. 2007), was auch Gefahren mit sich bringen kann, da „chronischer, übermäßiger Alkoholkonsum fast jedes Organ und jedes Gewebe des menschlichen Körpers schädigt“ (DGE 2010). Außerdem reduziert die körperliche Aktivität (Aerobic Exercise) signifikant LDL-Cholesterin. Ebenfalls ist moderate Evidenz für die alternativen körperlichen Aktivitäten (Yoga und Tai-Chi sowie Meditation) vorhanden (Powers et al. 2007).

In der vorliegenden ernährungs- und bewegungsbasierten Intervention sanken nach 26-wöchiger Intervention von allen Parametern des Lipidstoffwechsels nur die Triglyzeride bei den Probanden signifikant um 31,86 mg/dl (21 %). Außerdem sank im gleichen Zeitraum das Gesamt-Cholesterin nicht signifikant um 8,3 mg/dl

(3,6 %). Des Weiteren stieg HDL-Cholesterin nicht signifikant um 0,60 mg/dl (1,2 %). Ein nicht signifikanter Anstieg um 8 mg/dl (5,8 %) beim LDL-Cholesterin wurde im gleichen Zeitraum bei Probanden registriert. Nur der leichte Anstieg des HDL-Cholesterins könnte daran liegen, wie Wipfinger (2010) erklärt und darauf hinweist, dass der fettarme ernährungsinduzierte Abfall von HDL-Cholesterin durch die körperliche Aktivität kompensiert wird. Anhand der Arbeiten von Halle und Berg (2002) und Leon et al. (2002) begründet er dieses Phänomen.

Die ähnlich aufgebaute Studie von Akpulat (2008), die aus Ernährungsmodifikation und Ausdauertraining bestand, lieferte im gleichen Zeitraum (26 Wochen) bezüglich einiger Parameter des Lipidstoffwechsels identische und teils höhere Ergebnisse. Der HDL-Wert verbesserte sich beispielsweise bei ihm signifikant um 5.4 mg/dl (12,2 %); bei den anderen Parametern ist eine nicht signifikante Verbesserung zu verzeichnen. Bei Fleckenstein sank dagegen das Gesamtcholesterin signifikant um 18,92 mg/dl (9,14 %). Außerdem fand eine leichte Reduzierung der Triglyzeride um 35,29 mg/dl (18,45 %) statt (Fleckenstein 2009). Annähernde Ergebnisse berichten auch Oh et al. (2008), die nach 6 Monaten eine Reduzierung der Triglyzeride um 52,2 mg/dl im Vergleich zum Durchschnittwert bei Beginn der Studie wie bei vorliegender Studie registrierten.

Die systematische Review von Aucott et al. (2011), die die langfristigen Auswirkungen von Diät- und Lebensstil-Interventionen bei Erwachsenen (18-65 Jahre) mit einem BMI < 35 kg/m^2 bewertete, konnte eine Veränderung bzw. Verbesserung auf Gewichts- und Lipidparameter aufzeigen. Durch die systematische Review von Aucott et al (2011) konnte eine Evidenz von signifikant anhaltendem Gewichtsverlust 1,2 kg und der signifikant reduzierten Triglyzeride 0,10 mmol/l belegt werden. Darüber hinaus stellten die Autoren einen anhaltenden Langzeitverlust (1 bis 3 Jahre) von 1 kg mit einer 1,3-, 1,6- und 0,34-%igen Senkung des Gesamtcholesterins, der Triglyzeride und des LDL-Cholesterins sowie eine 4 %ige Erhöhung des HDL-Cholesterins fest (Aucott et al. 2011).

Auch die Metaanalyse von Chen et al. (2014) konnte anhand von 16 Studien belegen, dass die umfassenden Veränderungen des Lebensstils (Ernährung, Bewegung und Bildung) einen positiven Effekt auf Lipidparameter haben.

Demnach konnten nicht signifikante aber positive Verbesserungen bezüglich des HDL-Cholesterin- und LDL-Cholesterin-Spiegels durch Lebensstil-Interventionen erreicht werden.

Die oben beschriebene Review von Haqq et al. (2015) berichtete auch, dass die Lebensstil-Intervention zum Vergleich gewöhnlicher Beratung „usual care" signifikante Effekte auch auf das Lipidprofil, Gesamtcholesterin -0,09 mmol/l und LDL-Cholesterin -0,15 mmol/l hat. Die Autoren kommen anhand der Ergebnisse zu dem Schluss, dass die Lebensstil-Interventionen optimal für die Verbesserung der Körperzusammensetzungsparameter, des Insulins, des Gesamt- und LDL-Cholesterins bei Frauen mit PCOS sind (Haqq et al. 2015).

Die systematische Review und Metaanalyse (56 Studien) von Baillot et al. (2015), die die Evidenz der Auswirkungen umfassender Veränderungen des Lebensstils (Ernährung, Bewegung und Bildung) auf klinische Marker bei Patienten mit Typ-2-Diabetes untersuchten, kommen auf der Basis von 56 Studien gleichermaßen zu dem Schluss, dass die Lebensstil-Interventionen (ab 2010 hauptsächlich bei Frauen) wichtige Vorteile bei Risikofaktoren zeigen. Tatsächlich wurden signifikante Effekte auf Körpergewicht, BMI, Fettmasse, Taillenumfang, Blutdruck, Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyceride, HbA1c und Nüchterninsulin gefunden, die eindeutig mit klinisch relevanten gesundheitsfördernden Wirkungen auf Glukose- und Lipidstoffwechsel, Blutdruck und psychosoziale Folgen (z. B. Gemütslage, Lebensqualität und Körperbild) haben, wenn der Gewichtsverlust um 5 % - 10 % beträgt (Bailllot et al. 2015). Signifikante Effekte der kombinierten Lebenstil-Interventionen auf das Gesamtcholesterin (-01,17; -0,81) und Nüchternglucose (-0,83; -0,24) konnten nur in den kurzfristigen Studien festgestellt werden (Baillot et al. 2015). Außerdem führt die Lebensstiländerung zur Reduktion von gewichtsbedingten Komorbiditäten (Diabetes, Hypertonie, Hyperlipidämie, Schlafapnoe, Osteoarthritis) bei übergewichtigen Personen (Baillot et al. 2015). Baillot et al. (2015) kommen anhand von 56 Studien auch zu dem Schluss, dass die meisten Lebensstil-Interventionen, die eine körperliche Aktivitätskomponente (PA component) enthalten, bei Adipösen der Klassen II und III wirksam sind.

Dagegen kommen Wadhera et al. (2016, S. 476) anhand ihrer Review zu dem Schluss, dass die körperliche Aktivität, unabhängig von dem Gewichtsverlust, nicht signifikant LDL-Cholesterin reduziert oder den HDL-Cholesterin-Spiegel

verbessert, wie in der vorliegenden Studie zu beobachten ist.

Zuckerstoffwechsel: Nüchternglucose, Gamma GT, HbA1c
Wie sind die Effekte der 26-wöchigen Ernährungs- und Bewegungsintervention auf Zuckerstoffwechselparameter (Nüchternglucose, Gamma GT, HbA1c) in der Türkei?

In der vorliegenden ernährungs- und bewegungsbasierten Intervention im Laufe des 26-wöchigen Zeitraums sank die Nüchternglucose bei den Probanden signifikant um 4,19 mg/dl (4,33 %). Außerdem sanken die Gamma-GT-Werte nicht signifikant um 5,4 U/L (31,00 %) und die HbA1c (%) bei 3 nicht signifikant um 0,39 (6,75 %).

Die ähnlich aufgebaute Arbeit von Akpulat (2008), die Atkinson mit dem Standardprogramm (Ernährungsmodifikation plus Ausdauertraining) verglich, lieferte im gleichen Zeitraum (6 Monate bzw. 26 Wochen) bezüglich Zuckerstoffwechselparameter identische, teils bessere Ergebnisse. So verbesserte sich die Nüchternglucose beispielsweise signifikant um 6,8 mg/dl (6,9 %) nach der 26-wöchigen Interventionsphase. Bei den anderen Parametern (HbA1c) ist wie bei vorliegender Studie eine nicht signifikante Verbesserung zu verzeichnen (Akpulat 2008).

Auch die Metaanalyse von Chen et al. (2014) konnte anhand von 16 Studien belegen, dass die umfassenden Veränderungen des Lebensstils wie Ernährung, Bewegung und Bildung einen positiven Effekt auf Lipidparameter haben. Demnach konnten signifikante Verbesserungen bezüglich HbA1c bei Patienten mit Typ-2-Diabetes durch Lebensstil-Interventionen erreicht werden. Alle 16 Studien berichteten Daten für eine Veränderung gegenüber dem Ausgangswert in HbA1c (Chen et al. 2014).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie in Bezug auf Auswirkungen von Lipid- und Zuckerstoffwechsel bestätigen damit die Ergebnisse der oben beschriebenen Studien, da auch in der vorliegenden Interventionsstudie mit den beschriebenen Studien vergleichbare Ergebnisse registriert wurden.

5.2.2.4 Ernährungs- und Bewegungseinheiten und Drop-out

Wieweit konnte das Konzept in Originalfassung realisiert werden? In welcher Phase tauchen Probleme auf und welcher Art sind diese Probleme?

Im Verlauf der Studie konnte durch die Anwesenheitsliste festgehalten werden, wie hoch die Teilnahme an den Ernährungs- und Bewegungseinheiten waren. Wie die Zahlen darlegen, nahmen im Durchschnitt 16,5 ± 3,32 Probanden an den Ernährungssitzungen und 7,62 ± 4,84 Probanden an den Bewegungseinheiten teil. Obwohl unterschiedliche Trainingszeiten für Ernährungssitzungen und für die angeleiteten Bewegungseinheiten – täglich bis vier Einheiten – angeboten und eine intensive Probandenpflege in Form von persönlichen Gesprächen stattfand, lag zum Abschlussuntersuchungszeitpunkt (t1) nur von sieben Probanden ein kompletter Datensatz vor. Das Drop-out betrug somit 77 % (23 Personen). Außergewöhnlich war, dass zwei Probanden direkt beim zweiten Untersuchungstag und über 14 Probanden binnen einer Woche unerwartet die Studie abgebrochen haben (Hofstede et al. 2017; Hofstede 1993). Es ist wahrscheinlich, dass die Werte „Die Menschen erwarten rasche Ergebnisse“ und „sie sind sprunghaft“ der Grund ist, weshalb die Probanden so rasch die Studie beendet haben (Hofstede et al. 2017).

Die Probanden, die die Studie frühzeitig abgebrochen haben, wurden telefonisch kontaktiert und nach den Ausscheidungsgründen befragt. Die Sportzentrumsleiterin nahm die Gründe des Abbruchs entgegen. Diese sind folgend aufgelistet:

- Keine Zeit fürs Training (3 Nennungen)
- Krankheiten in der Familie (6), da die Probanden für die Pflege der Kranken zuständig waren
- persönliche Gründe (1)
- familiäre Probleme (3)
- mangelnde Compliance und Motivation (10)

Fidelix et al. (2015) erwähnen anhand der Arbeit von Fuster (2012), dass im Durchschnitt 50 % der Erwachsenen jegliche Therapien abbrechen. Beispielsweise liegt die Abbruchsquote (Drop-out) beim „Erfolgreich abnehmen“ oder „Erhöhung der körperlichen Aktivität“ auf gleichem Niveau. Eine niedrigere Abbruchsrate von 30 % nach einem Jahr zeichnet die Studie von Scholz et al. (2005). Auch die in den S3-Leitlinien zitierten Studien haben eine niedrigere Abbruchsquote zwischen 14 % bis 51 % (Hauner et al. 2014, Berg et al. 2008). Bei Dansinger et al. (2005) betrug die Abbruchsrate nach 2 Monaten 21 %, nach 6 Monaten 38 % und nach 12 Monaten 42 %.

5.2.2.4.1 Ernährungsintervention

Es fanden im Rahmen der Interventionsstudie für die Vermittlung der notwendigen Informationen über das europäische Konzept, wie in den vorherigen Kapiteln im Detail beschrieben, eine Einzelberatung und drei Gruppensitzungen statt. Außerdem wurden wöchentliche Beratungsgespräche mit den verbliebenen Probanden durchgeführt, um die im Verlauf der Intervention entstehenden Fragen zu beantworten. Die Ernährungsberatungen bzw. -sitzungen wurden unterschiedlich in Anspruch genommen, wie die Anwesenheitsliste offenlegte (21-16-16-13). An der ersten Sitzung (Einzelberatung) nahmen 21 Probanden teil. Die Probanden, die nicht dabei waren, teilten auch nicht den Grund der Nichtteilnahme mit. Somit fehlten bereits bei der ersten Ernährungssitzung 30 % (9) der Probanden. Die Leiterin des Sportzentrums wies darauf hin, dass am Anfang bei neuen Programmen immer ein ähnliches Verhalten zu beobachten sei. Es besteht großes Interesse am Beginn eines Kurses; die Mitglieder hören aber sehr schnell wieder auf (Hofstede et al. 2017; Gould 2005; Hofstede 1993). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wird im Sportzentrum bei vielen Kursen (Yoga, Pilates und Spinning) und auch in den anderen Instituten mit Anwesenheitslisten gearbeitet. Die Personen, die mehr als zwei- oder dreimal unentschuldigt oder ohne wichtigen Grund fehlen, werden von dem Kurs ausgeschlossen und in Einzelfällen für das darauffolgende Quartal nicht zugelassen, da diese Angebote meistens unentgeltlich sind.

An der ersten Gruppensitzung nahmen somit nur 16 und an den darauffolgenden Sitzungen 16 und 13 Probanden teil. Trotz des Bemühens des Studienleiters konnte kein Proband wiedergewonnen werden. Der Grund dafür könnte die Art der Vermittlung der Information bezüglich des Konzepts sein [Hofstede 1993; Hofstede et al 2017). Den Rahmen für die Modifikation zu beschreiben, die Grundumsatz bezogene Kalorienaufnahme zu bestimmen und die inhaltliche Zusammensetzung von Mahlzeiten den Probanden zu überlassen, scheint in der Türkei nicht die richtige Vorgehensweise zu sein, wie Hofstede in dem Buch „Die interkulturelle Zusammenarbeit“ darauf hinwies (Hofstede et al. 2017; Hofstede 1993). Er beschreibt, dass bei den Gesellschaften, die kollektivistisch orientiert sind und hohe Machtdistanzwerte vorweisen, eine andere Vorgehensweise eingesetzt werden sollte (Hofstede et al. 2017; Hofstede 1993) als in individualistischen Gesellschaften mit niedriger Machtdistanz, wie Deutschland. Als Ergebnis sollte in den kollektivistischen Ländern stark mit strukturierten

Plänen bzw. Ernährungsplänen gearbeitet werden (Hofstede et al. 2017; Hofstede 1993).

Es wurden auch zusätzlich wöchentliche Beratungstermine angeboten, um weitere Fragen der Umsetzung zu klären oder entstehende Probleme zu beheben. Die Studioleitung des Sportzentrums, indem die ernährungs- und bewegungsbasierten Interventionen stattfanden, unterstützte das Vorhaben der Bewegungs- und Ernährungsintervention stark. Die Gruppensitzungen trugen zu der Erkenntnis bei, wie schlecht die Probanden informiert waren und kein objektives Bild über ausgewogene Ernährung besaßen (TOAD 2012). Es wurde auch anhand der geführten Ernährungsprotokolle festgestellt, dass die meisten Probanden ihren Tagesbedarf an Kalorien nicht deckten. Eine weitere Erkenntnis, die durch die Studie zu Tage trat und auch von TOAD (2012) erwähnt wurde, war, dass das Kalorienbewusstsein bei den Personen nicht vorhanden ist. Um diesem Problem einigermaßen entgegenzuwirken und den Probanden in diesem Punkt weiterzuhelfen sowie das Kalorienbewusstsein der Probanden zu erweitern, wurde in der dritten praktischen Einheit „Lehrküche Frühstück“ auch eine Küchenwaage eingesetzt. Im Weiteren präsentierte jeder Proband bei dieser Gelegenheit seinen Frühstücksteller (was sie normalerweise frühstücken). Auf der Grundlage von persönlichem Grundumsatzbedarf wurden notwendige Korrekturen bezüglich des Inhalts vorgenommen und mit den Probanden diskutiert. Eine Erkenntnis daraus ist, dass kohlenhydratbetontes Frühstück nicht komplett bei den Probanden bzw. in der Türkei umsetzbar ist, da die Probanden sich ein Frühstück ohne Käse (in Salzlacke eingelegt) oder Ei nicht vorstellen können. Ein weiteres Ergebnis von Gruppensitzungen ist es, dass die Probanden nicht ausreichend Ballaststoffe zu sich nahmen. Entsprechend wurden diesbezüglich Maßnahmen ergriffen und erläutert, wie diese Lücke auszugleichen ist, (statt Weißbrot Vollkornalternative und ausreichender Verzehr von Obst und Gemüse sowie Hülsenfrüchten). Durch die Gruppengespräche konnte noch bestätigt werden, dass die Familie sehr lange aufbleibt, wodurch wiederum das Bedürfnis nach Essen, geweckt wird. Ein Grund dafür ist, dass der Familienvater erst spät nach Hause kommt und entsprechend auch länger wach bleibt.

5.2.2.4.2 Bewegungsintervention

Die bewegungsbasierte Intervention dieser Studie bestand aus zwei einstündigen angeleiteten und einer auf Eigenregie geführten Trainingseinheiten, die sich aus

30-45-minütigen Ausdauereinheiten mit moderat-intensiver Intensität und 15-minütigen Kräftigungsübungen zusammensetzten. In der Summe sollten die Bewegungsempfehlungen von 150 Minuten pro Woche erreicht werden.

Um die ausreichende Probandenanzahl von 30 für die Interventionsstudie zu erreichen, wurden vier Trainingseinheiten pro Tag angeboten, die um 09:00, 11:00, 14:00 und 18:30 Uhr stattfanden. Im Laufe der Interventionsphase kam es zusätzlich zu Verschiebungen dieser Trainingszeiten auf Wunsch von Probanden oder des Studioleiters. Von allen Trainingseinheiten bestand bis Ende der Interventionsphase nur die um 09:00 stattfindende Trainingseinheit. Es war hier während der Interventionsphase zu beobachten, dass eine informelle Gruppenbildung zustande kam, die die Durchführung der Bewegungseinheiten beim Beginn der Interventionsphase beeinflusste. Es wurde eine Person von den anderen als Verantwortlicher für die Gruppe benannt. Es wurde eine Whatsapp-Gruppe gegründet, in der alle Gedanken bezüglich des Programms ausgetauscht wurden. Mit der Zeit war durch das wachsende Vertrauen in den Studienleiter dieser Zusammenhalt nicht mehr so stark ausgeprägt wie noch am Anfang.

Weiterhin brachte die Bewegungsintervention zu Tage: Obwohl die Übungen für Anfänger konzipiert waren, konnten am Beginn weder die Ausdauereinheiten auf dem Laufband noch die Kräftigungsübungen in vollen Umfang bezüglich der Dauer und Wiederholungszahl absolviert werden. Es wurde bei Kräftigungseinheiten erst auf die richtige Ausführung der Übungen geachtet. Darauffolgend wurden mit jeder Woche die Wiederholungszahlen an die Probanden angepasst. Während ein Proband die volle Wiederholungszahl schaffte, war ein anderer Proband in der Lage, nur wenige Wiederholungen zu schaffen. Wie oben beschrieben, brachten die Probanden unterschiedliche gesundheitliche Voraussetzungen bezüglich Fitness mit. Außerdem ist positiv zu vermerken, dass keine Hemmungen bestanden, mit einem männlichen Studienleiter zu trainieren, obwohl alle Probanden weiblich waren. Diese akzeptierten den Studienleiter als Statusperson (Hofstede 1993; Hofstede et al. 2017).

Die bei der Planung der Interventionsstudie vorgesehene Verstetigungsphase kam aus unterschiedlichen Gründen nicht zustande (Korczak & Kister 2013), da die dabeigebliebenen Probanden aus verschiedenen Gründen die Bewegungseinheiten nicht absolvieren konnten. Die Probanden bestanden hauptsächlich aus Hausfrauen mit mehreren schulpflichtigen Kindern. Sie mussten sich während der

Sommerpause um die Kinder kümmern. Zusätzlich hätten die Probanden durch Fasten negative gesundheitliche Folgen bzw. Risiken haben können, da eine Ausdauereinheit im Sommer zu vermehrtem Wasserverlust führen kann und da die Fastendauer bis 14 Stunden am Tag betrug. Außerdem fehlte es an Compliance und Motivation seitens der Probanden, regelmäßig die Trainingseinheiten zu absolvieren. Darüber hinaus verbrachten die meisten Probanden den Sommer in anderen Städten, was auch zu einem Nicht-Besuchen des Sportzentrums führte. Es kann nicht beurteilt werden, ob an diesen Orten die geeigneten infrastrukturellen Rahmenbedingungen für Bewegungseinheiten vorhanden waren.

Zusammenfassung

Anhand der Ergebnisse lässt sich zweifelsfrei die Effektivität des Konstrukts in Form von Ernährungs- und Bewegungsintervention grundsätzlich erkennen, da diese sowohl das durchschnittliche Körpergewicht der Probanden als auch damit verknüpft den BMI, den Taillenumfang und die Körperzusammensetzung im Verlauf der Intervention deutlich reduzierten. Außerdem konnte dokumentiert werden, dass eine erfolgreiche Abnahme des Körpergewichts zu einer signifikanten Verbesserung der stoffwechselbedingten Parameter führt. Im Detail kam es zu einer signifikanten Verbesserung der Nüchternglucose, der Triglyzeride und zu einer tendenziellen Verbesserung des HDL-Wertes und des Gesamt-Cholestrerins sowie zu einen nicht signifikanten Anstieg des LDL-Wertes.

Es wären wahrscheinlich noch bessere Ergebnisse durch die Intervention im gleichen Zeitraum erzielbar gewesen, wenn die Probanden die vorgesehenen Bewegungseinheiten der Intervention tatsächlich im vollen Umfang umgesetzt hätten, d.h. ohne Unterbrechung und komplett. Wie aus den Studien bekannt ist, beeinflussen Umfang und Dauer der Bewegungseinheiten den Erfolg des Programms (Hauner et al. 2014). Hier waren Zeitmangel und familiäre Probleme entscheidend für die Nicht-Realisierung der Bewegungseinheiten. Ein Follow-up kam wegen fehlender Compliance nicht zustande.

Auch die Autoren Baillot et al. (2015) kommen zu dem Schluss, dass die Lebensstil-Interventionen für die Gesundheit von Menschen mit Adipositas I und II förderlich ist. Somit stimmen die Ergebnisse mit den hier beschriebenen Studien und Reviews überein (Akpulat 2008; Fleckenstein 2009; Oh et al. 2008; Baillot et al. 2015).

Die hohe Abbruchsquote kann auch damit zusammenhängen, dass die Informationsvermittlung anhand der Kalorienbasis nicht angenommen bzw. nicht verstanden wurde, obwohl zusätzliche Beratungseinheiten angeboten wurden. Laut der Untersuchungen TOAD (2012) ist bei 90 % der Bevölkerung Kalorienbewusstsein nicht vorhanden; die Probanden brauchen tatsächlich einen stark strukturierten Ernährungsplan, wie immer wieder von verbliebenen Probanden erwähnt wurde. Somit ist erkenntnistheoretisch sicher, dass die Probanden tatsächlich einen schwarz auf weiß zusammengestellten Tagesplan brauchten, der den täglichen Ablauf bezüglich der Nahrungsaufnahme und auch der Bewegung regelt. Außerdem sollten bei der inhaltlichen Gestaltung des Ernährungsmoduls die traditionellen Gerichte bzw. Nahrungsmittel berücksichtigt werden. Die Probanden baten den Studienleiter zusätzlich um die Aushändigung des Kräftigungsprogramms in Papierformat mit Bildern, obwohl die Kräftigungseinheiten jede Woche unter Anleitung stattfanden.

Bezüglich der Frage, ob sich ein europäisches Konstrukt in Originalform unter kulturspezifischen Rahmenbedingungen umsetzen lässt, und an welchen Phasen Probleme entstehen und von welcher Art diese Probleme sind, lässt sich festhalten, dass die kulturspezifischen Faktoren bei der Umsetzung einzelner Module eine bedeutende Rolle spielen. Die Ergebnisse zeigen, dass es eine zielgruppenspezifische Modifikation hinsichtlich des Konzepts geben muss. Erklärt werden kann dies damit, dass 14 Probanden bereits nach der ersten Woche und in den darauffolgenden 22 Wochen weitere neun Probanden die Studie abgebrochen haben. Somit absolvierten nur sieben Probanden die 26-wöchige Interventionsphase.

Außerdem ist es notwendig, hausmittelübliche Maßeinheiten während der Zubereitung und bei der Portionierung der Gerichte einzusetzen, da die Küchenwaage in türkischen Küchen nicht weit verbreitet ist und hauptsächlich Maßeinheiten wie Wasserglas, Mokkatasse oder Esslöffel für gekochtes Essen gebräuchlich sind. Es soll hier auch erwähnt werden, dass die Zusammenarbeit mit der Sportzentrumsleitung reibungslos lief und alle notwendigen Rahmenbedingungen wie Räumlichkeiten für Vorträge und Gruppengespräche von der Leitung zur Verfügung gestellt wurden.

Bei kritischer Betrachtung der Planung und Durchführung der Trainingsintervention empfiehlt sich für zukünftige Studien, soweit wie möglich

kürzere Trainingseinheiten anzubieten. Die Ergebnisse dieser Ernährungs- und Bewegungsinterventionsstudie zeigen, dass Landeskultur mit der Abnehmpraxis zusammenhängt. Sie beeinflusst stark die Elemente des Gewichtsreduktionsprogramms (Hofstede et al. 2017; Huck 2004; Hofstede 1993). Abschließend kommen wir anhand der erhobenen Daten und gewonnenen Erkenntnisse zu dem Schluss, dass der Ernährungs- und Bewegungsplan für die gesamte Dauer der Abnehmphase erstellt und zur Verfügung gestellt werden müsste und auch Kräftigungseinheiten beinhalten sollte. Mit entsprechender kulturspezifischer Modifikation kann das Konzept viele Menschen kostengünstig erreichen und einen bedeutenden Beitrag zur Milderung der Problematik Übergewicht beitragen.

5.3 Die kulturspezifische Modifikation des Präventionskonzepts

Wie müsste ein an die kulturspezifischen Rahmenbedingungen angepasstes Gewichtsreduktionsprogramm für die Türkei gestaltet sein?

5.3.1 Wissensvermittlung und Information

Wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben wurde, müsste für die kollektivistischen Gesellschaften bei der Informationsvermittlung anders vorgegangen werden, damit das Konzept bei den Menschen ankommt. Die kollektivistischen Gesellschaften, wie die Türkei, besitzen hohe Kontextorientierung (Hofstede et al. 2017; Marcus 2005). D.h.: sie bevorzugen und erwarten grafische Informationen und Darstellungen (gleiche oder größere Menge an Grafiken zu Text) und erwarten ergebnisorientierte Informationen vor konzeptabhängigen Informationen. Dies beeinflusst den Aufbau und Inhalt von Ernährungs- und Bewegungsmodulen gleichermaßen (Hofstede 1993; Marcus 2005; Hofstede et al. 2015).

Des Weiteren erwarten Menschen in den kollektivistischen Gesellschaften, wie in der Türkei, aufgrund der genossenen Erziehung vorgeschriebene Pfade und Anweisungen, da die Entwicklung von Unabhängigkeit bei Personen bzw. Kindern nicht gefördert wird (Hofstede et al 2017), was das selbstständige Denken hemmt (Hofstede 1993). Dieses Verständnis hat eine starke Auswirkung auf die Gestaltung des Konzeptes (Hofstede 1993, S. 67f.; Hofstede et al. 2017). Die Personen erwarten vorgegebene und klar strukturierte Pfade für die gesamte Reduktionsphase in Form von Ernährungs- und Bewegungsplänen (Implementierungspläne für jeden Tag), wie die im Rahmen dieser Arbeit stattgefundene Ernährungs- und Bewegungsintervention bewiesen hat (Marcus 2005, S. 62).

Außerdem sollten den Menschen in kollektivistischen Gesellschaften, wie in der Türkei, begrenzte Optionen und Instrumente und wenige Alternativen zur Auswahl stehen (tiefe Handlungshierarchie), sowohl für das Bewegungs- als auch für das Ernährungsmodul. Es wird eine geringe Auswahl an Gerichten und ein klar strukturierter Ernährungsplan und die begrenzte Auswahl an Bewegungs- und

Ernährungsplänen erwartet (Marcus 2005, S. 62; Gould 2005; Hofstede et al. 2017).

5.3.2 Ernährungsmodul

Das Essen ist „mit Werten, sozialen Bedeutungen, Alltagsroutinen und Symbolen verknüpft und kulturell gehandhabt, geregelt sowie kommuniziert“ (Methfessel 2005; Brombach 2011).

60 % der in der Türkei lebenden Menschen sehen sich in Traditionen gebunden und geben zu, dass sie ihre Gewohnheiten nicht verändern werden. Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter und liegt in der Altersgruppe von 35 - 44 Jahren bei 64 %, ab 45 Jahren bei 63 % (TAK 2013, S. 46). Das wirkt sich genauso auf ihre Gewohnheiten aus. Deshalb sollten im Ernährungsmodul traditionelle einheimische Rezepte mit einheimischen Zutaten (aus Gründen der Erreichbarkeit) verwendet werden.

Anhand der Ergebnisse der Ernährungs- und Bewegungsprotokolle ist festzustellen, dass weiterhin die traditionelle Ernährungsweise auch bei in Deutschland lebenden Türkeistämmigen anhält, wenn auch kleine Abweichungen vorhanden sind.

Morgens wird hauptsächlich herzhaft gefrühstückt, Weißbrot dominiert und als Getränk ist Tee unverzichtbar. Lediglich beim Frühstück war eine kleine Diskrepanz in der Art der aufgenommenen Getränke und Brotsorten bzw. Teigwaren zwischen den Protokollanten in der Türkei und den in Deutschland lebenden Türkeistämmigen festzustellen, da viele in Deutschland lebenden türkeistämmige Protokollanten ähnliche verfügbare Produkte der Region in Betracht zogen (Bretzel statt Sesamring).

Zum Mittagsessen, wie es sich auch hier herausstellte, sind keine gravierenden Unterschiede bei der inhaltlichen Zusammensetzung zwischen Türkei und in Deutschland lebenden Türkeistämmigen vorhanden. Sowohl die Protokollanten aus der Türkei als auch aus Deutschland verzehren ähnliche Gerichte und Beilagen zu den Hauptmahlzeiten.

Hauptmahlzeiten beginnen allgemein mit Suppe oder mit kleinen warmen oder kalten Vorspeisen. Hauptspeisen bestehen meistens aus Fleisch. Dazu wird Brot verzehrt (Güler 2010, S. 28). Hauptspeisen werden meistens mit Reisgerichten als

Beilage und dazu Hirtensalat in Schüsseln serviert (Kofahl 2015). Güler weist in ihrer Arbeit darauf hin, dass die Gutverdiener (Menschen mit höherem sozioökonomischen Status) weniger Brot und Getreideerzeugnisse verzehren dagegen vermehrt Reis (Güler 2010, S. 28). Der sozioökonomische Status entscheidet darüber, welche Nahrungsmittel vermehrt verzehrt werden.

Ähnliche Ergebnisse liefert auch ein Münchener Forschungsprojekt von Schmid (2002), das mit dem Ziel stattfand, die Ernährungsgewohnheiten von ausgewählten Zuwanderergruppen darzustellen sowie Veränderungen in der Ernährungsweise zu untersuchen. Demnach besteht weiterhin Hackfleischverzehr aus Schaffleisch; außerdem hat die Verzehrhäufigkeit an Geflügel zugenommen. Die Autorin vermutet, dass ein Teil des Schaffleisches durch Geflügel ersetzt wird. Ein weiteres Ergebnis ihrer Arbeit ist, dass die „Türkinnen“ weiterhin die zentralen Getreideprodukte wie Brot, Teigwaren und Reis verzehren (Schmid 2003). Die Autorin erwähnt noch, dass die „Türkinnen“ in Deutschland hohen Kartoffelverzehr übernommen haben. Erkenntnistheoretisch wie auch in der Türkei festzustellen ist, erfolgt die Substitution des Schaffleisches durch Geflügel aus ökonomischen Gründen, da der Geflügelpreis zum Teil ein Drittel des Schaffleischpreises ausmacht. Außerdem verzehren sie häufig weiterhin Suppen (Gemüsesuppen und Suppen aus Hülsenfrüchten, Linsen). Als Getränk wird neben Wasser der Schwarztee getrunken (Schmid 2002).

Nach den Ergebnissen sollten Rezepte mit kurzen Vorbereitungszeiten für die Gerichte geplant sein, wie sich durch Ernährungs- und Bewegungsprotokolle ergab. Außerdem weist zusätzlich die Dauer der Mahlzeiten darauf hin, dass die Menschen in Eile sind, was auch auf die Zubereitungszeit übertragen werden kann (Hofstede 1993; Hofstede et al. 2017).

Ein weiterer Aspekt, der bei der Gestaltung des Ernährungsmoduls zu beachten ist, ist die Tatsache, dass der Einsatz der Küchenwaage in der Türkei nicht weit verbreitet ist. Nach der TOAD-Untersuchung ist bei 90 % der Befragten und damit dem türkischen Volk ein Bewusstsein über Kalorienberechnung nicht vorhanden TOAD (2012). Aus diesem Grund ist darauf zu achten, dass z. B. der Teelöffel als Maßangabe oder andere benutzt werden. Ein Teelöffel in Deutschland entspricht in der Türkei einem Nachtischlöffel. Aus diesem Grund werden Rezepte, wenn sie unter Freunden ausgetauscht oder im Fernsehen zubereitet werden, in haushaltsüblichen Maßeinheiten wiedergegeben. Die

haushaltsüblichen Maßeinheiten sind Wasserglas, Ei (als Maßeinheit für Fleisch), Mokkatasse, Streichholzpackung und Zwieback-Scheiben. Auch Mehl und andere trockene Lebensmittel (Hülsenfrüchte) werden in Wasserglas-Einheiten angegeben. Außerdem kommen Ess-, Nachtisch- und Teelöffel zum Einsatz.

Außerdem ist ausreichende Flüssigkeitszufuhr ohne Zucker allgemein von internationalen und nationalen Gesellschaften empfohlen und ein fester Bestand des Konzeptes und sollte deswegen verteilt auf den ganzen Tag in das Programm integriert werden. Der Tee ist ein fester Bestandteil des Alltags. Dies sollte ebenfalls bei der Modifikation Berücksichtigung finden.

Weiterhin hat die Religion ohne Zweifel eine große Bedeutung in der Türkei. Es sollte daher der Fastenmonat Ramadan bei der Modifikation des Konzeptes berücksichtigt werden. Dies wird sowohl von in Deutschland lebenden Türkeistämmigen als auch in der Türkei in unterschiedlichem Maß beachtet (Schmidt 2002; Aksay 2010). Es darf während des Fastenmonats von Sonnenaufgang bis -untergang nichts gegessen und getrunken werden.

Da das Konzept „Das Turbo-Stoffwechsel-Programm“ drei Mahlzeiten vorsieht, wird ein modifiziertes Konzept auch drei Hauptmahlzeiten haben, was mit der Verzehrstruktur von den Menschen auch in der Türkei übereinstimmt (TOAD 2012).

Außerdem sieht das Konzept eine grundumsatzbasierte Kalorienzufuhr vor. Wie die Ergebnisse der unterschiedlichen Teilstudien in der vorliegenden Studie belegt haben, haben die Probanden, Beratungssuchenden und Protokollanten annähernd übereinstimmende Körpergrößen: Probanden aus der Intervention 163 ± 5; Beratungssuchenden 165, 91 ± 8,59 und Protokollanten aus der Türkei 164 ± 10 . Diese Mittelwerte können für die Berechnungen der Kalorienaufnahme als Basis berücksichtigt werden.

5.3.2.1 Frühstück

Konkret sollte das Frühstück inhaltlich nach der Auswertung der erhobenen Daten bezüglich des Frühstücks aufgebaut sein. Nach der Auswertung des Ernährungsmoduls des Protokollbogens verzehren dreißig der in der Türkei lebenden Personen neben Käse (eingelegtem Weißkäse) (28 Nennungen), Ei (26), Oliven (18), Marmelade (14), Honig (10), Butter (7), Nutella (5), Wurst (4), und als warme Speisen Börek (12), Menemen (Ei, Tomate, Paprika) (9) und Toast mit

Käse und Wurst (6). Weitere feste Bestandteile des Frühstücks in allen Jahreszeiten sind Tomaten (21 Nennungen), Gurken (16), Petersilie (7) und Paprika (6). Dagegen verzehren in Deutschland lebende Türkeistämmigen beim Frühstück neben Käse (25 Nennungen), Ei (21), Oliven (21), Marmelade (7), Honig (6), Butter (5), Nutella (2), Wurst (8) und als warme Speisen Börek (Teigtaschen) (1), Menemen (1) und Toast mit Käse und Wurst (10). Außerdem verzehren sie Tomaten (22 Nennungen), Gurken (15) und Paprika (5). Wie in der vorliegenden Studie wurde in der Studie von Schmid (2002) ein ähnliches Ernährungsverhalten bezüglich Frühstück festgestellt, wobei die Protokollanten überwiegend „herzhafter" als in der Türkei lebende Personen frühstücken (Schmid 2003). Es werden in Deutschland süße Aufstriche weniger verzehrt als in der Türkei. Das kann damit begründet werden, dass in Deutschland lebende Türkeistämmige weiterhin stark an den traditionellen Essgewohnheiten festhalten. Ein weiterer Aspekt, der durch diese Arbeit zu Tage kam, ist der, dass sehr schnell zubereitetes Essen Beliebtheit genießt, wie Toast mit Käse und Wurst, was binnen ein paar Minuten zubereitet und verzehrt werden kann. Ebenso werden andere Gerichte, die schnell zubereitet werden können, in Anspruch genommen (Hofstede 1993; Hofstede 2006). In sehr geringem Umfang wird auch Obst beim Frühstück verzehrt (Wassermelone, Banane).

Im Weiteren sind das Weißbrot und andere Getreideerzeugnisse ein fester Bestandteil des Frühstücks. Hier stehen 3 hauptsächliche Alternativen für die Türkei: Weißbrot (23 Nennungen), Vollkornbrot (12) und Sesamring (8). Wie im Rahmen der vorliegenden Arbeit festgestellt wurde, verzehren in Deutschland lebende Türkeistämmige hauptsächlich Getreideerzeugnisse aus Weißmehl in Form von Brot (22) und Brötchen (8). Im Weiteren werden Vollkornbrot (5) und Bretzel (4) verzehrt. Hier ist festzustellen, dass der Sesamring in Deutschland bzw. in Bayern durch Bretzel ersetzt wurde.

Die Studie vom TOAD 2012 liefert mit der vorliegenden Arbeit übereinstimmende Daten. Demnach verzehrt die Bevölkerung beim Frühstück hauptsächlich Brot, Sesamring, Börek (Teigtaschen). Das Brot ist weiterhin das zentrale Grundnahrungsmittel der Bevölkerung (TOAD 2012; Schmid 2003; Besler 2012). Nach Besler wird 44 % der Energie mit Brot ausgeglichen und 58 % mit Brot plus anderen Getreideerzeugnissen (Besler 2012).

Die Daten von SAGEM (2014) bestätigen den hohen Konsum betreffend Brot und

Getreideerzeugnissen. Diese Daten stimmen mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit überein. Demnach verzehren 85,4 % der Erwachsenen täglich Weißbrot. In den Städten verzehren 22,7 % der Frauen und 13,6 % der Männer Vollkornbrot und auf dem Land beträgt dies sowohl bei Frauen als auch bei Männern 10,5 % (SAGEM 2014, S. 188). Auch bezüglich des Käseverzehrs liefert SAGEM mit dieser Arbeit übereinstimmende Ergebnisse. Demnach verzehren 76 %, davon 73,7 % Männer und 78,6 % Frauen, täglich Käse (SAGEM 2014, S. 187 ff.). Außerdem verzehren 29,7 % der Erwachsenen täglich Eier, während 26,9 % der Erwachsenen 1-2 Mal pro Woche, 24,4 % 3-4 Mal pro Woche Eier verzehren (SAGEM 2014, S. 187 ff.). Des Weiteren verzehren 55,5 % der Erwachsenen täglich Zucker, Honig, Marmelade und Sirup (SAGEM 2014, S. 186 ff.), wie auch Ergebnisse der im Rahmen dieser Studie eingesetzten Ernährungs- und Bewegungsprotokolle bestätigten. Das gilt für die in der Türkei lebenden Menschen.

Die Auswertung der Ernährungs- und Bewegungsprotokolle liefert auch mit anderen Studien bzw. Arbeiten übereinstimmende Ergebnisse bezüglich der Art des Getränkeverzehrs. Demnach wird in der Türkei meistens morgens Schwarztee (28 Nennungen) und Kaffee (2) getrunken. Dagegen trinken in Deutschland lebende Türkeistämmige ebenfalls hauptsächlich Schwarztee (21) gefolgt von Kaffee (8). Der häufige Konsum des Kaffees in Deutschland kann damit begründet werden, dass die Preise für den Kaffee erschwinglicher sind. Somit müsste Tee auch ein fester Bestandteil des Frühstücks sein. Hier ist nicht zu vergessen, dass der Tee hauptsächlich mit Zugabe von Zucker getrunken wird.

Bezüglich der verzehrten Getränke nehmen laut den Ergebnissen der Untersuchung von SAGEM (2014) die ersten drei Plätze Tee, Kaffee und Ayran ein, gefolgt von kohlensäurehaltigen Getränken, wobei Ayran und kohlensäurehaltige Getränke zu den Mittags- und Abendmahlzeiten getrunken werden. Der Anteil der Erwachsenen, die täglich Tee trinken, liegt bei 92,3 %. Außerdem trinken 21,3 % der Erwachsenen täglich Kaffee (SAGEM 2014, S. 186 ff.; TOAD 2012). Mit anderen Worten ausgedrückt werden in 30 Tagen 52 Gläser Tee getrunken. An 25 Tagen im Monat wird Ayran getrunken (Hürriyet 2012). Wenig verzehrt werden Kräutertees und Power-Getränke (Hürriyet 2012, TOAD 2012). In der vorliegenden Studie verzehrten die Protokollanten in der Türkei weniger Kaffee als bei der Studie von TOAD (2012).

5.3.2.2 Mittagsessen

Wie die Auswertung der Ernährungs- und Bewegungsprotokolle darlegt, halten sowohl die Leute in der Türkei als auch die Türkeistämmigen in Deutschland an der traditionellen Essstruktur beim Mittagsessen weiterhin fest. Aus diesem Grund müsste bei der Modifikation des europäischen Konzeptes diese Essstruktur auf diese Mahlzeitebene berücksichtigt und entsprechend das Ernährungsmodul gestaltet werden.

Beim Mittagessen fanden sich bezüglich der Art der verzehrten Speisen kaum Unterschiede im Vergleich Deutschland/Türkei. Wie aus der Tabelle 64 zu entnehmen ist, sind sowohl die verzehrten Hauptspeisen als auch Beilagen nahezu identisch. Folglich werden in der Türkei als Hauptspeise Gemüseeintopf mit Fleisch (12 Nennungen), Brathähnchen (6), gegrilltes Fleisch (9), Nudeln mit Tomatensoße und Hackfleisch (Bolognese: 9), Frikadellen (9), grüne Bohnen mit Fleisch (8), Bohnen mit Fleisch (7), gefülltes Gemüse mit Reis (5), Döner (6), Fisch (5), gefüllte Teigtaschen (8) und Sandwich (3) eingenommen.

In Deutschland lebende Personen verzehren dagegen mittags als Hauptspeise Gemüseeintopf mit Fleisch (13 Nennungen), Brathähnchen (4), gegrilltes Fleisch (10), Nudeln mit Tomatensoße und Hackfleisch (Bolognese: 7), Frikadellen (10), grüne Bohnen mit Fleisch (12), Bohnen mit Fleisch (9), gefülltes Gemüse mit Reis (5), Fisch (2), Lahmacun (3), gefüllte Teigtaschen (8) sowie Pizza mit Wurst (3) und Toast mit Einlagen (11).

Der Verzehr von Suppen in der Türkei (11) und in Deutschland (4) ist sehr unterschiedlich. Während in der Türkei als Beilagen zum Mittagsessen Reisgerichte (15 Nennungen), Salat (13), Joghurt (12), Gemüse (7) und Kartoffeln (5) verzehrt werden, essen in Deutschland lebende Türkeistämmige Reisgerichte (16 Nennungen), Salat (14), Joghurt (7), Gemüse (16) und Kartoffeln (8). Hier ist zu bemerken, dass viele der hier beschriebenen bzw. aufgelisteten Hauptspeisen als Zutaten Kartoffeln beinhalten. Dazu werden in der Türkei noch zur Mahlzeit Weißbrotvarianten (17 Nennungen) und Vollkorn (13) verzehrt und in Deutschland Weißbrotvarianten (17) und Vollkornbrot (2) als fester Bestandteil der Mahlzeit.

„Rotes Fleisch wird aufgrund der hohen Preise jedoch äußerst sparsam verwendet und meistens z. B. als Hackfleisch“ (Schmid 2002). Fast alle oben erwähnten

Hauptspeisen beinhalten unterschiedliche Fleischvarianten (Fleisch aus Rind, Pute oder Hähnchen). Um preiswertes Fleisch der Bevölkerung anbieten zu können, wurden Mitte 2017 notwendige Schritte vom Staat unternommen. Es wird in ausgewählten Supermarktketten günstiges Fleisch aus dem Ausland als Stück und Hackfleisch von einem staatlichen Unternehmen angeboten.

Auch beim Getränkeverzehr sind keine gravierenden Unterschiede zwischen den Ernährungsgewohnheiten beider untersuchten Gruppen festzustellen. Als Getränke werden während des Essens Ayran (8 Nennungen) und Wasser (3), kohlensäurehaltige Getränke (5) Tee (4), Kaffee (2) bevorzugt verzehrt und in Deutschland Ayran (7), Wasser (11), kohlensäurehaltige Getränke (1), Tee (5) und Kaffee (1). Tee und Kaffee werden gewöhnlicher Weise im Anschluss an das Essen getrunken. Außerdem trinken nach der Auswertung des Ernährungsmoduls in Deutschland mehr Personen Wasser als in der Türkei. Das kann auch daran liegen, dass die Protokollanten in der Türkei bezüglich des Wasserkonsums keine genaueren Angaben gemacht haben oder, wie auch die Daten der SAGEM bestätigen, dass die in der Türkei lebenden Personen unter 1 Liter Wasser täglich konsumieren. Auch hier liefert die vorliegende Arbeit mit den anderen Studien oder Daten aus SAGEM und TOAD übereinstimmende Ergebnisse. Wie im Rahmen der vorliegenden Arbeit festgestellt wurde, ist kein regelmäßiger Konsum von Fruchtsäften oder ähnlichem die Rede. 22 % der Erwachsenen konsumieren 1-2 Mal pro Woche Fruchtsäfte, 11,2 % 3-4 Mal pro Woche und 7,9 % der Befragten konsumieren täglich. 11,7 % der Erwachsenen trinken täglich Limos mit Kohlensäure (SAGEM 2014, S. 186 ff; Hürriyet 2012; TOAD 2012).

Zusätzlich wird deutlich, dass in beiden Untersuchungsgruppen täglich wenig Obst verzehrt wird. Es wurde sowohl durch die Befragung als auch durch die Ernährungs- und Bewegungsprotokolle festgestellt, dass täglich nicht ausreichend Obst und Gemüse verzehrt wird bzw. die Empfehlungen der Gesellschaften DGE und TÜBER nicht erfüllt werden (DGE 2011b; TUBER 2015). Aus diesem Grund sollte auch der Obst- und Gemüseverzehranteil bei Mahlzeiten entsprechend dem Konzept erhöht werden, da er zur Erhöhung des Ballaststoffanteils führt.

5.3.2.3 Abendessen

Wie die Auswertungen der Ernährungs- und Bewegungsprotokolle nachweisen, halten sowohl die Menschen in der Türkei als auch die Türkeistämmigen in Deutschland überwiegend an der traditionellen Essstruktur auch abends weiterhin fest. Aus diesem Grund müsste bei der Modifikation des europäischen Konzeptes diese Essstruktur auf Mahlzeitebene berücksichtigt und das Ernährungsmodul entsprechend gestaltet werden.

Beim Abendessen fanden sich bezüglich der Art der verzehrten Speisen kaum Unterschiede im Vergleich Deutschland/Türkei. Wie aus der Tabelle 65 zu entnehmen ist, sind sowohl die verzehrten Hauptspeisen als auch Beilagen fast identisch. Demnach werden in der Türkei als Hauptspeise Gemüseeintopf mit Fleisch (19 Nennungen), Brathähnchen (14), gegrilltes Fleisch (11), Nudeln mit Tomatensoße und Hackfleisch (Bolognese: 9), Frikadellen (9), grüne Bohnen mit Fleisch (8), Bohnen mit Fleisch (7), gefülltes Gemüse mit Reis (7), Fisch (5) und gefüllte Teigtaschen (3) sowie Pizza mit Wurst (2) eingenommen.

In Deutschland lebende Personen verzehren dagegen abends als Hauptspeise Gemüseeintopf mit Fleisch (11 Nennungen), Brathähnchen (7), gegrilltes Fleisch (6), Nudeln mit Tomatensoße und Hackfleisch (Bolognese: 8), Frikadellen (10), grüne Bohnen mit Fleisch (12), Bohnen mit Fleisch (9), gefülltes Gemüse mit Reis (20), Fisch (6), Lahmacun (6), Döner (6) und gefüllte Teigtaschen (7) sowie Pizza mit Wurst (10). In Deutschland ist außerdem festzustellen, dass auch Toast mit unterschiedlichen Beilagen (6) gegessen wird. Als eine Diskrepanz ist der Verzehr von Suppen in der Türkei (16 Nennungen) und in Deutschland (26 Nennungen) zu sehen (Schmid 2002), da die Türkeistämmigen öfter Suppe trinken als in der Türkei lebende Protokollanten.

Als Beilagen zum Abendessen werden in der Türkei Reisgerichte (11 Nennungen), Salat (23), Joghurt (18), gebratene Gemüse (9) gegrillte Tomaten (8) und Kartoffeln (9) verzehrt. Dagegen verzehren in Deutschland lebende Türkeistämmige Reisgerichte (21 Nennungen), Salat (21), Bulgur (16), Joghurt (13), gebratene Gemüse (2) und Kartoffeln (14). Hier ist zu bemerken, dass viele der hier beschriebenen bzw. aufgelisteten Hauptspeisen als Zutaten meistens Kartoffeln beinhalten. Dazu werden in der Türkei noch zur Mahlzeit Weißbrotvarianten (21 Nennungen) und Vollkornbrot (3) verzehrt und in

Deutschland Weißbrotvarianten (16) und Vollkornbrot (0), das ein fester Bestandteil der Mahlzeit ist.

Es fällt die Vielfalt der verzehrten Getränke (kohlensäurehaltige Getränke) in der Türkei auf, während sich der Verzehr dieser Getränke in Deutschland in Grenzen hält. Das könnte auch daraus erklärt werden, dass die Getränke in Deutschland nicht richtig protokolliert wurden, wie durch Schwierigkeiten bei der Erhebungsphase bestätigt wurde. Als Getränke werden während des Essens Ayran (8 Nennungen) und Wasser (6), kohlensäurehaltige Getränke (10), Tee (4), Kaffee (6) bevorzugt verzehrt und in Deutschland Ayran (3), Wasser (13), kohlensäurehaltige Getränke (3), Tee (11) und Kaffee (5). Tee und Kaffee werden normalerweise im Anschluss an das Essen getrunken.

Zusätzlich wird auch bei dieser Mahlzeit deutlich, dass in beiden Untersuchungsgruppen täglich wenig Obst verzehrt wird. In der Türkei werden hauptsächlich Wassermelonen (10 Nennungen), Melonen (4), Pflaumen (3), Äpfel, Nektarien, Kirschen und Trauben (3 Nennungen) verzehrt, während in Deutschland Äpfel (5), Pfirsiche, Wassermelonen, Bananen und Trauben (4) verzehrt werden.

5.3.3 Bewegungsmodul

Bewegung bzw. körperliche Aktivität in bestimmtem Umfang ist laut S3-Leitlinie bzw. nach „Das Turbo-Stoffwechsel-Programm“ der wichtigste Baustein des Basisprogramms bzw. Gewichtsreduktionsprogramms. Eine Erhöhung um 150 Minuten pro Woche könnte zu einer negativen Energiebilanz führen, die auf Dauer zur Gewichtsreduktion beiträgt (Hauner et al. 2014).

Die Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogenauswertungen hinsichtlich Häufigkeit und Dauer sportlicher Aktivitäten pro Woche zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Standorten (Türkei und Deutschland). Gemäß der WHO-Kriterien bewegen sich nur 9 (30 %) der Protokollanten in der Türkei über 30 Minuten fünf Mal in der Woche und erfüllen die WHO-Kriterien. Die restlichen 21 (70 %) der Protokollanten bewegen sich entweder gar nicht oder unzureichend. 11 (39 %) davon sind weder in der Türkei noch in Deutschland in ihrer Freizeit körperlich aktiv. Ähnliche Ergebnisse bezüglich des Bewegungsverhaltens erhält man bei der Auswertung der Protokollbogen von den

in Deutschland lebenden Türkeistämmigen. Demnach erfüllen nur 10 (33 %) der Protokollanten die WHO-Kriterien über fünf Tage je 30 Minuten körperlich aktiv zu sein. Außerdem stellt man anhand der Ergebnisse fest, dass die türkeistämmigen Protokollanten sich im Durchschnitt eine Stunde pro Woche mehr bewegen. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass in Deutschland mehr und bessere infrastrukturelle Rahmenbedingungen existieren. Dieser Ländervergleich macht deutlich, dass trotz besserer infrastruktureller Rahmenbedingungen keine signifikanten Unterschiede bezüglich Dauer und Häufigkeit beim Bewegungsverhalten in der Freizeit vorhanden sind. Die Gesamtauswertung macht deutlich, dass die Kultur wahrscheinlich einen großen Einfluss auf das Bewegungsverhalten der Protokollanten hat.

Durch die Auswertung des Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogens stellt man fest, dass die Frauen und Studenten die Inaktiven in ihrer Freizeit in der Türkei sind. Dagegen sind in Deutschland die Arbeiter (körperlich aktiv während der Arbeit) und Hausfrauen hauptsächlich in ihrer Freizeit nicht aktiv. Bei den Studenten kann diese Inaktivität damit begründet werden, dass die Bewegung bzw. körperliche Aktivität zweitrangig ist, da die Studenten unter Erfolgsdruck stehen. Es werden lieber Fragen beantwortet, statt körperlich in der Freizeit aktiv zu sein, wie die Experten festgestellt haben.

Wie die Ergebnisse des Bewegungsmoduls beiläufig belegen, wird es nicht möglich sein, das Bewegungsmodul des Konzeptes mit draußen absolvierten Ausdauereinheiten zu realisieren, da das Bewegungsverhalten keinen großen Umfang vorweist. Außerdem werden die oben angeführten kulturellen Gründe wie familienorientiertes Leben, Lebensstil (Leben in den eigenen vier Wänden von ca. 75 % Bevölkerung), outer-directed (Äußere-geführt) stark das Bewegungsmodul in Art und Umfang beeinflussen (TAK 2013; Horasan 2013). Körperliche Aktivität in der Freizeit wird regelmäßig nur von 12 % absolviert (TAK 2013, S. 17).

Ferner werden die unten aufgelisteten Einflussfaktoren, die auch kulturspezifische Wurzeln besitzen, das Bewegungsmodul stark beeinflussen.

Laut Angaben des Betterlife Index von OECD stehen in Deutschland im Durchschnitt 1,8 Räume pro Person zur Verfügung. In der Türkei dagegen durchschnittlich pro Person 1,1 Räume, die gegenüber dem OECD-Durchschnitt von 1,8 darunterliegen (OECD 2016). Zu wenige Räume pro Person können auch

das Aktivitätsverhalten der Personen bzw. Bevölkerung beeinflussen. Das bedeutet, dass die Wohnfläche gemeinsam genutzt wird und zu körperlichen Aktivitäten nur wenig Raum bleibt.

Sicherheit ist ein weiterer Faktor, der bei der Gestaltung der Ausdauereinheiten im Freien eine Rolle spielen könnte. Wie auch teilweise von den Probanden der Interventionsstudie berichtet wurde, wurden diese Opfer von Angriffen und mussten Ausdauereinheiten im Park unterbrechen. In diesem Zusammenhang berichtet der OECD Better Life Index, dass 74,6 % der Bevölkerung in Deutschland sich sicher fühlen, was über dem OECD-Durchschnitt von 68,3 % liegt. In der Türkei dagegen sagen 60,4 % der Bevölkerung, dass sie sich sicher fühlen, wenn sie in der Nacht alleine unterwegs sind (OECD 2016).

Außerdem sollte bei der kulturspezifischen Modifikation des Konzepts neben dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten der türkischen Bevölkerung auch das arbeitsplatzspezifische Umfeld berücksichtigt werden. Nach Angaben des OECD-Betterlife-Index haben 41 % der Beschäftigen eine 50-Stunden-Woche (OECD 2016). Daher nahmen Menschen auch 6 Mahlzeiten wöchentlich draußen ein, hauptsächlich Mittagsmahlzeiten.

Überdies wird die zur Verfügung stehende freie Zeit den Inhalt des Programms beeinflussen. Bei einer 50-Stunden-Woche plus langen Transportwegen bleibt der arbeitenden Bevölkerung nicht ausreichend Zeit für körperliche Aktivitäten, da 41 % der Beschäftigen 50 Stunden oder mehr pro Woche arbeiten (OECD 2016). Während in Deutschland den Vollzeitbeschäftigten für die Grundbedürfnisse wie Essen, Schlafen und Freizeitaktivitäten (für Familie, Freunde, Hobbies und Fernsehen) durchschnittlich 15,6 Stunden zur Verfügung stehen, stehen den Vollzeitbeschäftigten in der Türkei für die gleichen Grundbedürfnisse im Durchschnitt 12,2 Stunden zur Verfügung, was weniger ist als der OECD-Durchschnitt von 14,9 Stunden (OECD 2016).

Das Bewegungsmodul sollte den dominierenden Lebensstil als Basis nehmen und entsprechende Trainingseinheiten zur Verfügung stellen, wobei auch hier das Programm kurzgehalten werden sollte (Hofstede 1993; Marcus 2005). Wie in dem Buch „Das Fitness-Minimalprogramm“ auf Seite 69 für das Abnehmen vorgeschlagen wird, könnte ein Programm, das Treppenprogramm und Muskelaufbautraining kombiniert und die infrastrukturellen Rahmenbedingungen

im Haus nutzt, für das Gewichtsreduktionsprogramm in der Türkei eingesetzt werden (Froböse 2015). Als zweite Alternative (geringe Auswahl) kann ein Programm/Trainingsplan im Freien oder Fitnessstudio integriert werden (Hofstede 1993, Marcus 2005). In diesem Teilmodul sollten die zur Verfügung gestellten Übungen immer mit zwei Bilderaufnahmen zu Beginn, während der Durchführung und zu Ende der Übungen dargestellt werden. Außerdem werden das Haus bzw. die vier Wände für die Ausdauer und als Trainingsort in erster Linie berücksichtigt und als Alternative zu draußen angeboten. Ein Grund, warum die Crash-Diäten bzw. nur ernährungsbasierte Diäten ausgewählt oder in Anspruch genommen werden, ist der, dass sie ortsunabhängig eingesetzt werden, da Bewegungseinheit nicht existiert (TAK 2013; Horasan 2013). Besonders abends länger wach zu bleiben, stellt auch Herausforderungen an die Gestaltung des kulturspezifischen Programms dar. Der Fernseher ist abends, wie die Statistiken belegen, sowohl Informations- als auch Unterhaltungsmedium, was stark den Lebensstil beeinflusst und zu Inaktivität führt.

5.3.4 Etablierung des Konzeptes

In dieser Arbeit konnte festgestellt werden, dass die Kulturdimensionen in unterschiedlichem Maß einen bedeutenden Einfluss auf die Elemente eines Gewichtsreduktionsprogramms haben; besonders die Dimensionen Machtdistanz, Individualismus-Kollektivismus sowie kurz- und langfristige Orientierung. Dies ist stets nicht nur bei der inhaltlichen Gestaltung, sondern auch bei der Etablierungsphase zu berücksichtigen.

Wie sich bei der Informationsbeschaffung bezüglich Gesundheit sowie Übergewichtsproblematik herausstellte, sind begrenzte und bestimmte Kanäle zur Informationsbeschaffung als auch zur Etablierung vorhanden. Dazu können gezielt das Social Media sowohl bei der Umsetzung (kurze Videos betreffend Zweck und Inhalt des Präventionskonzepts, Ernährungsmodul und Bewegungsmodul sowie Aufklärungsvideos) als auch die Etablierungsphase (Verbreitung und Bekanntmachung des Konzepts) genutzt werden, da in kollektivistischen Gesellschaften, wie in der Türkei, vieles über nonverbale Elemente übertragen oder vermittelt wird (Hofstede et al. 2017; Schauerte 2014; Hofstede 1993, Hall 1967, zitiert nach Gould 2005).

6 Schlussfolgerung und Ausblick

Wie die aktuellen Statistiken belegen, ist auch die Türkei von der Problematik Übergewicht stark betroffen. Beispielsweise beträgt die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Frauen in der Türkei 70,7 % mit steigender Tendenz.

Die im deutschsprachigen Raum nach den Qualitätsstandards der S3-Leitlinie entwickelten und umgesetzten europäischen Konzepte sind erfolgversprechende Möglichkeiten, die Problematik Übergewicht und Adipositas zu bekämpfen. Sie erreichen viele Personen kostengünstig. Grundsätzlich könnten die europäischen Konzepte in der Abnehmpraxis und bei der Therapie von Übergewicht und Adipositas in verschiedenen Ländern eine bedeutende Rolle spielen und damit einen wichtigen Beitrag auch in den internationalen Bemühungen gegen Übergewicht und Adipositas leisten sowie zur Entlastung des Gesundheitssystems im jeweiligen Land beitragen (WHO 2006). Leider ist es aber nicht möglich, die Konzepte eins zu eins in die anderen Länder zu übertragen, da die Kultur des jeweiligen Landes, in welchem das Programm zum Einsatz kommen soll, einen deutlichen Einfluss auf die Elemente des Konzepts bzw. die Gewichtsreduktionsprogramme besitzt, beispielsweise auf die Art und Weise der Informationsvermittlung oder auf die Ernährungs- und Bewegungsmodule.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher erstens**,** das Präventionskonzept unter den kulturspezifischen Rahmenbedingungen zu erproben, um die Praktikabilität und Umsetzungsmöglichkeiten herauszufinden und bei der Umsetzung entstehende Probleme und ihre Art zu identifizieren. Zweitens alle die Erhebung für die zielgruppenspezifische Modifikation notwendigen Daten durch den Einsatz von relevanten Methoden, um für die zielgruppenspezifische Modifikation eine breite Grundlage zu schaffen.

Die Arbeit kann in erster Linie belegen, dass das mittels der Ernährungs- und Bewegungsintervention umgesetzte Konzept „Das Turbo-Stoffwechsel-Programm“ auch in der Türkei unter anderen kulturspezifischen Rahmenbedingungen signifikante Effekte auf die anthropometrischen und weiteren Parameter zeigt. Die gesellschaftlichen und infrastrukturellen Faktoren bzw. Rahmenbedingungen, die durch die Landeskultur geprägt sind, beeinflussen aber stark den Erfolg des eingesetzten Konzeptes sowie die angestrebte

Lebensstiländerung, die für die Gewichtsreduktion und Erhaltung des reduzierten Gewichtes immens wichtig ist. Deswegen war das Programm in seiner ursprünglichen Form und seinem Umfang auf Dauer nicht umsetzbar, wie die durchschnittliche Beteiligungsquote an den Ernährungsberatungen und Bewegungseinheiten und das Nicht-Zustandekommen einer Follow-up Phase belegen. Die Arbeit hat durch die Interventionsstudie gezeigt, dass die kulturspezifischen Merkmale einen enormen Einfluss auf die Abnehmpraxis haben.

Die Ergebnisse der standardisierten Befragung mit den Beratungssuchenden bringen zu Tage, dass das Gesundheitsverhalten der Übergewichtigen von einem gesunden Lebensstil weit entfernt ist, beispielsweise kann dies anhand der Sitzdauer (im Mittel 6,86 ± 5,28 Stunden) sowie gegebener Ausgleichmechanismen gezeigt werden, die sich hauptsächlich vor dem Fernseher oder mit Freunden abspielen. Außerdem beschränkt sich der größte Anteil der Bewegung auf die körperlichen Tätigkeiten während der Arbeit.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis dieser Arbeit ist, dass keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Protokollanten in der Türkei und den Türkeistämmigen in Deutschland vorliegen, die als Manifestationen der Kultur unter „Praktiken“ zusammengefasst werden können (Hofstede et al. 2017; Hofstede 1993). Die Ergebnisse der Ernährungs- und Bewegungsprotokolle machen deutlich, dass ein für die Türkei modifiziertes Konstrukt ohne weiteres bei Türkeistämmigen in Deutschland zur Therapie von Übergewicht und Adipositas eingesetzt werden und einen deutlichen Beitrag zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas in diesem Land leisten kann. Somit könnten die Ergebnisse dieser Arbeit im Hinblick auf die Etablierung des Konstrukts auch bei Türkeistämmigen in Deutschland nützlich sein.

Außerdem zeigen die Ergebnisse der Untersuchung, dass ein Handlungsbedarf für die in Deutschland lebenden Türkeistämmigen besteht und dass die deutschen Behörden schnellstmöglich Präventionskonzepte für diese Gruppe entwickeln bzw. Wege finden sollten, diese Menschen zu erreichen, damit die Problematik Übergewicht nicht erst entsteht.

Auch die Autoren Korczak und Kister (2013) weisen darauf hin, dass ein nachhaltiger Gewichtsverlust nur gelingt, wenn langfristig auch eine Lebensstilveränderung stattfindet, die wiederum stark, wie diese Arbeit offenlegt,

von Werten der Landeskultur abhängt. Die Ergebnisse der Experteninterviews bestätigen, dass dieser Ansatz und diese Vorgehensweise in traditionellen Gesellschaften nicht durchsetzbar sind (Hofstede 1993; Hofstede et al. 2017), da die Betroffenen die Reduktionsphase lediglich für temporär halten und später zu ihrem gewohnten Lebensstil zurückkehren wollen. In diesem Zusammenhang dienen das Kulturdimensionenmodell von Hofstede und die Modelle anderer Vertreter dazu, wie diese Arbeit dokumentiert, die Kultur zu operationalisieren und eine sichere und zuverlässige Grundlage für die Entwicklung von Präventionskonzepten zu schaffen.

Wie diese Arbeit belegt, beeinflusst die Landeskultur bzw. damit zusammenhängende gesellschaftliche und infrastrukturelle Rahmenbedingungen die Umsetzung eines Präventionskonzepts immens. Somit sollten in naher Zukunft infrastrukturelle Rahmenbedingungen für mehr Freiheit für Bewegung entwickelt werden. Es sollten, anstatt sich auf die von außen abgeschotteten Lebenswelten zu beschränken, Bewegungsalternativen im Freien geschaffen werden. Die Nähe zu Sporteinrichtungen ist eine weitere Voraussetzung für die Förderung des Bewegungsverhaltens der Bevölkerung.

Wie durch die vorliegenden und die zitierten Studien deutlich wurde, sollte mit dem Ziel der Erhöhung der Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung bzw. Prävention vieles getan werden. Bei den zukünftigen Studien sollten aus diesem Grund im Fokus die Erhöhung der Gesundheitskompetenz und die Gesundheitsförderung stehen, damit die Übergewichtsproblematik nicht erst entsteht. Als wirksamste Maßnahme zur Begrenzung von Übergewicht sollte die Veränderung der gesellschaftlichen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen angestrebt werden. Dies ist erst dann möglich, wenn „die Gesundheit auf allen gesellschaftlichen Handlungsfeldern mitgedacht wird, bei Bildung, Städte- und Raumplanung, Familienpolitik, Architektur, Erwerbstätigkeit, Verkehrspolitik („Health in all policies“)“ (DKV-Report 2010). Erste Schritte in dieser Hinsicht könnten die Sicherheit für Fußgänger, Radfahrer und Rollstuhlfahrer im Straßenverkehr sein. Durch flächendeckende und sichere Fußgänger- und Fahrradwege könnten beispielsweise mehr freie Bewegungsmöglichkeiten ausgebaut werden.

Literaturverzeichnis

Adipositas Tag (2015): https://www.uni-hohenheim.de/uploads/tx_newspmfe/-pm_15-10-11_Adipositas-Tag_2015-10-09_status_10.pdf, 27.12.2015

Adunka, C. (2009): Wertigkeit anthropometrischer Parameter zur Evaluierung des Ernährungsstatus bei lebertransplantierten Patienten. Dissertation der Medizinischen Universität Graz, https://online.medunigraz.at/mug_online/-wbabs.getDocument?pThesisNr=16437&pAutorNr=59042&pOrgNR=1, Donnerstag, 28. September 2017.

Akpulat, S. (2008): Adipositas- Einfluss von niedrig- Kohlenhydrat Diät und normal Kohlenhydrat Diät auf metabolische Parameter, Grundumsatz und Insulinsensitivität. veröffentlichte Dissertation der Medizinischen Fakultät Charite´-Universitätsmedizin Berlin, http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/-MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000004851/dissertation_akpulat.pdf ?hosts=, 07.01.2016.

Akgün, M. (2015): Çayın Türkiye tarihi ve dünya birinciliği!. http://www.radikal.com.tr/gusto/cayin-turkiye-tarihi-ve-dunya-birinciligi1323372/ von 29/03/2015, 15.03.2016.

Aksay, E. (2010): „Soziale und kulturelle Kontextbedingungen des Sportengagements von Mädchen in der Türkei“ Dissertation der Deutschen Sporthochschule Köln.

Amati, F.; Dubé, J. J.; Shay, C. et al. (2008): Separate and combined effects of exercise training and weight loss on exercise efficiency and substrate oxidation. Journal of Applied Physiology, 105 (3), 825-831. https://www.ncbi.-nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2536819/ Stand: 15.12.2016.

Andersen, R. E.; Wadden, T. A.; Bartlett, S. J. et al. (1999): Effects of lifestyle activity vs. structured aerobic exercise in obese women: a randomized trial. J Am Med Assoc (JAMA), 281(4), 335–340. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/-9929086, 12.09.2016.

Aucott, L.; Gray, D.; Rothnie, H. et al. (2011): Effects of lifestyle interventions and long-term weight loss on lipid outcomes – a systematic review. obesity reviews (2011) 12, e412–e425. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21371252, 11.12.2017.

Aufenanger, S. (2011): Interview. In: Ayaß; R.; Bergmann, J. (Hrsg.): Qualitative Methoden der Medienforschung. Verlag für Gesprächsforschung, Mannheim

Avenell, A.; Broom, J.; Brown, T. J. et al. (2004): Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. Health Technol Assess 2004; 8 (21): iii-182. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15147610, 16.04.2016

Baillot, A.; Romain, A. J.; Boisvert-Vigneault, K. et al. (2015): Effects of Lifestyle Interventions That Include a Physical Activity Component in Class II and III Obese Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE 10 (4): e0119017. http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10-.1371/journal.pone.0119017&type=printable, 11.12.2017.

Baumgarth, C.; Bernecker, M. (1999): Marketingforschung. Oldenburg-Verlag, München, (u.a.).

Behnke, J.; Baur, N.; Behnke, N. (2006): Empirische Methoden der Politikwissenschaft. Schöningh Verlag, Paderborn (u.a.).

Beiner, J. (2008): Warum Diäten einfach nicht funktionieren, Veröffentlicht am 23.05.2008. https://www.welt.de/103930168, 16.03.2017 oder https://www.-welt.de/gesundheit/article2026024/Warum-Diaeten-einfach-nicht-funktionieren.html.

Benecke, A.; Vogel, H. (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 16 Herausgeber: Robert Koch-Institut. http://www.gbe-bund.de/pdf/-Heft16.pdf Stand: 14.12.2015.

Benninghaus, A. (2001): Einführung in die Sozialwissenschaftliche Datenanalyse. 6. überarb. Aufl., Oldenburg, München.

Berg, A.; Berg jr., A.; Frey, I. et al. (2008): Ergebnisse zu M.O.B.I.L.I.S. – einem Bewegungsorientierten Schulungsprogramm für adipöse Erwachsene. Dtsch Arztebl 2008; 105: 197- 203. https://www.aerzteblatt.de/pdf/105/11/-m197.pdf, 15.12.2015.

Berg jr., A.; Frey, I.; Hamm, M. et al. (2008): Das M.O.B.I.L.I.S.-Programm. 90 Gewichtsreduktionsprogramme für Erwachsene Adipositas 2/2008. Adipositas. https://portal.uni-freiburg.de/sport/institut/Arbeitsbereiche/psychologie/-psych_proj/mob/berg_et_al._2008_mobilis.pdf, 15.03.2016.

Bensimhon, D. R.; Kraus, W. E.; Donahue, M.P. (2006): Obesity and physical activity: a review. Am Heart J, 151(3), 598–603. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/-pubmed/16504621, 12.03.2016.

Berg, A. (2003): Körperliche Aktivität und Übergewicht - was können Sport und Bewegung leisten? Akt Ernähr Med, 28(5), 292–299

Beschnitt, M. (2913): Nutzen Sie ‚Kulturdimensionen' zur erfolgreichen Internationalisierung und Lokalisation. http://www.usabilityblog.de/2013/11/-nutzen-sie-kulturdimensionen-zur-erfolgreichen-internationalisierung-und-lokalisation/, 30.11.2016.

Biesalski, H. K.; Grimm, P. (2004): Taschenatlas der Ernährung. Thieme, Stuttgart.

Bischoff, S .C.; Damms-Machado, A.; Betz, C. et al. (2012): Multicenter evaluation of an interdisciplinary 52-week weight loss program for obesity with regard to body weight, comorbidities and quality of life-a prospective study. Int J Obes (Lond); 36(4): 614-24. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/-PMC3322430/, 15.05.2016.

Blüher, S.; Blüher, M.; Kiess, W. et al. (2013); Ätiologie. In: Wirth, A.; Hauner, H. (Hrsg.): Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie. Springer, Berlin

Bobrow, K. L.; Quigley, M. A.; Green, J. et al. (2013): Persistent effects of

women's parity and breastfeeding patterns on their body mass index: results from the Million Women Study. International Journal of Obesity (2013) 37, 712–717. https://www.nature.com/articles/ijo201276.pdf, 12.07.2016.

Bockelbrink, A.; Stöber, Y.; Roll, S. et al. (2008): Medizinische und ökonomische Beurteilung der bariatrischen Chirurgie (Adipositaschirurgie) gegenüber konservativen Strategien bei erwachsenen Patienten mit morbider Adipositas. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta203_bericht_de.pdf, 15.06.2016.

Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.) (2002): Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (2014): Interviews mit Experten -Eine praxisorientierte Einführung. In: Bohnsack, R.; Flick, U. ; Lüders, Chr.; Reichertz, J. (Hrsg.). Springer Verlag, Wiesbaden

Bogner, A.; Menz, W. (2009): Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte, in: Bogner, Alexander et. al: Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder, 3. überarb. Auflage, Springer Verlag, Wiesbaden, S. 7–34.

Borg, G. (1998): Borg's perceived exertion and pain scales. Human Kinetics, Champaign Il., http://w3.psychology.su.se/staff/gbg/Borg1998.pdf, 15.05.2015.

Bosy-Westphal A.; Danielzik, S.; Dörhofer, R. et al. (2006): Referenzwerte für den Phasenwinkel der Bioelektrischen Impedanzanalyse (BIA) unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und BMI. Akt. Ernähr Med 2006;31

Böhler, H. (2004): Marktforschung, 3. Ausgabe, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Brieskorn-Zinke, M. (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege: ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. 3. Auflage. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

Brombach, Ch. (2011): Soziale Dimensionen des Ernährungsverhaltens Ernährungssoziologische Forschung Ernährungsumschau, 6/2011 DOI:

10.4455/eu.2011.970. Zürich. https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/-Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2011/06_11/EU06_2011_318_324.qxd.pdf, 14.03.2016.

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) (2017): Deutschland, wie es isst- Der BMEL-Ernährungsreport 2017. http://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Broschueren/Ernaehrungsreport2017.pdf?__blob=publicationFile, 17.03.2017.

Burkert, A. K. (2014): The Importance of High Context Cultures vs. Low Context Cultures in intercultural training. A thesis presented to the University of Waterloo and the University of Mannheim for the degree of Master of Arts in Intercultural German Studies Waterloo, Ontario, Canada/Mannheim, Germany. https://uwspace.uwaterloo.ca/bitstream/handle/10012/8775/Burkert_Anna.pdf?sequence=1, 16.09.2016.

Chen, L.; Pei, J.-H.; Kuang, J. et al. (2014): Effect of lifestyle intervention in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis. Metabolism 2015 Feb;64(2):338-47. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25467842, 12.11.2017.

Çifci, M. (2015): İnsanlar Ne Kadar Kitap Okuyor? http://www.hurses.com.tr/-goster.php?id=3472&tur=3, 23.10.2016

Croci, S. (2017): Blutdruckwerte. https://www.blutdruckdaten.de/lexikon/-blutdruck-normalwerte.html, 17.05.2017.

Curioni, C.C.; Lourenco, P.M. (2005): Long-term weight loss after diet and exercise: a systematic review. Int J Obes (Lond) 2005; 29 (10): 1168-1174. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15925949, 16.04.2016.

Dansinger, M.L.; Gleason, J.A.; Griffith, J.L.; et al. (2005): Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. JAMA 2005; 293: 43–53. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/200094, 16.07.2016

Dansinger, M.L.; Schaefer, E.J. (2006): Low-carbohydrate or low-fat diets for the

metabolic syndrome? Curr Diab Rep 2006; 6: 55–63. https://www.ncbi.nlm.-nih.gov/pubmed/16522282, 12.10.2016.

Data Input GmbH (DIG) (2009): Das B.I.A.-Kompendium 3. Ausgabe, Darmstadt. http://www.data-input.de/_site/_data/pdf/Kompendium_III_ Ausgabe-_2009.pdf, 30.12.2014.

Data Input GmbH (2013): Gebrauchsanleitung Nurtiduard_S. http://www.data-input.de/media/pdf-deutsch/Gebrauchsanleitung_Nutriguard_S.pdf, 15.11.2013.

David J. J.; Hartmann-Boyce, J.; Jebb, S. A. et al. (2014): Diet or Exercise Interventions vs Combined Behavioral Weight Management Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis of Direct Comparisons. J Acad Nutr Diet. 2014; 114: 1557-1568. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25257365, 12.11.2017.

De Castro, J. M. (1994): Family and friends produce greater social facilitation of food intake than other companions. National Centrefor Biotechnology Information. 56, 445 – 455. https://www.researchgate.net/profile/-John_De_Castro/publication/15227633_Family_and_friends_produce_greater_social_facilitation_of_food_intake_than_other_companions/links/0deec53763d817f48b000000.pdf, 15.03.2016.

DKV-Report (2010): DKV-Report „Wie gesund lebt Deutschland?“ – Handlungsoptionen. www.ergo.de/~/media/.../PDF/.../20100810-DKV-Report-Handlungsoptionen.pdf, 12.11.2017.

Dengel, D. R.; Hagberg, J.M.; Pratley, R. E. et al. (1998): Improvements in blood pressure, glucose metabolism, and lipoprotein lipids after aerobic exercise plus weight loss in obese, hypertensive. Metabolismjornal. http://dx.doi.org/-10.1016/S0026-0495(98)90281-5. http://www.metabolismjournal.com/article/-S0026-0495(98)90281-5/pdf, 16.03.2017.

Despeghel, M. (2007): Zur Wirksamkeit von präventivmedizinischen Maßnahmen in der Gesundheitsförderung – ein praktischer Ansatz zur Entwicklung eines präventivmedizinischen Konzepts zur Erreichung einer langfristigen

gesundheitskonformen Verhaltensweise. genehmigte Dissertation der Deutschen Sporthochschule Köln. Köln.

De Roon, M.; Van Gemert, W. A.; Peeters, P. H. et al. (2017): Long-term effects of a weight loss intervention with or without exercise component in postmenopausal women: A randomized trial. Preventive Medicine Reports 5 (2017) 118–123, http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.12.006, 12.11.2017

De Toia, D. (2013): Lebensstil von Typ-2-Diabetikern unter Berücksichtigung soziodemografischer Variablen. genehmigte Dissertation der Deutschen Sporthochschule Köln.

Dierks, S. (2015): Integration des Transtheoretischen Modells zur Evaluation eines kommerziellen Online-Gewichtsreduktionsprogramms. veröffentlichte Dissertation der Agrar- und Ernährungswissenschaftlichen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. http://macau.uni-kiel.de/servlets/-MCRFileNodeServlet/dissertation_derivate_00006094/Diss_Dierks.pdf, 18.03.2017

Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) (2015): Pressemitteilung - Erster Welt-Adipositas-Tag. http://adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/Medien/German_ Prevelance.jpg, 30.12.2015.

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) (2010): S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas. http://www.adipositasgesellschaft.de/-fileadmin/PDF/Leitlinien/ADIP-6-2010.pdf, 17.06.2016.

DGE (2010): Prävention durch moderaten Alkoholkonsum? Presseinformation: Presse, DGE aktuell 02/2010 vom 02. Februar. https://www.dge.de/presse/-pm/praevention-durch-moderaten-alkoholkonsum/, 13.03.2016.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2011): Richtwerte für die Energiezufuhr aus Kohlenhydraten und Fett. https://www.dge.de/fileadmin/-public/doc/ws/position/DGE-Positionspapier-Richtwerte-Energiezufuhr-KH-und-Fett.pdf, 15.05.2016.

Dombrowski, S. U.; Knittle, K.; Avenell, A. et al. (2014): Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. BMJ 2014;348: g2646 doi: 10.1136/bmj.g2646 Page 1 of 12. http://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.-g2646.full.pdf, 12.11.2017.

Donnelly, J. E.; Blair, S. N.; Jakicic, J. M. et al. (2009): American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. Med Sci Sports Exerc 2009;41(2):459-71, https://journals.lww.com/acsm-msse/fulltext/2009/02000/-Appropriate_Physical_Activity_Intervention.26.aspx. 12.09.2016.

Endruhn, S. (2011): Die Bioelektrische Impedanzanalyse bei Patienten mit einer Amyotrophen Lateralsklerose Eine prospektive Pilotstudie. Dissertation der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. http://vts.uni-ulm.de/docs/2012/-8211/vts_8211_12009.pdf, 04.09.2015.

Edlinger, E. (2002): Die Bedeutung der bioelektrischen Impedanzanalyse (BIA) im geriatrischen Bereich. Journal für Ernährungsmedizin 2002; 4 (4) (Ausgabe für Schweiz) 22-23. http://www.kup.at/kup/pdf/1312.pdf, 12.10.2016.

Effertz, T.; Linder, R.; Verheyen, F. (2013): Die ökonomischen Kosten von Adipositas. http://www.wiso.uni-hamburg.de/fileadmin/bwl/rechtderwirtschaft/-institut/2013_09_24_DGepiPoster_Kosten_von_Adipositas_in_Deutschland_Tobias_Effertz.pdf, 05.02.2016.

Ehrenstein, C. (2017): Ernährungsreport 2017 – So essen die Deutschen. https://www.welt.de/wirtschaft/article160822594/So-essen-die-Deutschen.html oder https://www.welt.de/160822594, 15.03.2017.

Ellrott, T. (2013a): Psychologische Aspekte der Ernährung, in: Diabetologie 2013; 8: 57–70. http://www.ernaehrungspsychologie.org/images/-stories/ellrott%20t%20%20psychologische%20aspekte%20des%20ernhrung.%20diabetologie%202013%208%20r57-r70.pdf, Stand: 17.03.2017.

Ellrott, T. (2013b): "Warum scheitern die meisten Diäten auf lange Sicht?". MMW - Fortschritte der Medizin, Nr. 5/2013, S. 49-52. www.springermedizin.de/4133064, 17.03.2017.

Elsenhans, I (2006): Normalwerte in der Labordiagnostik. https://www.thieme.de/viamedici/klinik-faecher-klinische-chemie-1536/a/klinische-chemie-labor-normalwerte-3886.htm, 15.12.2016.

Emrich, Ch. (2014): Interkulturelles Marketing-Management; Erfolgsstrategien – Konzepte – Analysen. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Favretti, F.; Segato G.; Ashton D. et al. (2007). Laparoscopic adjustable gastric banding in 1,791 consecutive obese patients: 12-year results. Obes Surg. 2007 Feb; 17 (2): 168-75. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17476867, 12.11.2016.

Ferrari, N. (2011): Gewichtsstatus, motorische Leistungsfähigkeit und Bewegungsverhalten von Vorschul- und Grundschulkindern in Nordrhein-Westfalen unter besonderer Berücksichtigung sozialer und regionaler Unterschiede. genehmigte Dissertation der Deutschen Sporthochschule Köln. http://esport.dshs-koeln.de/245/1/Dissertation_Ferrari.pdf, 20.01.2015.

Fidelix, Y.L.; Farias Júnior J.C.; Lofrano-Prado, M.C. et at. (2015): Multidisciplinary intervention in obese adolescents: predictors of dropout. Einstein. 2015;13(3):388-94. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/-PMC4943784/pdf/1679-4508-eins-13-3-0388.pdf, 09.10.2016.

Fleckenstein, B. (2009): Verhalten von anthropometrischen Parametern, kardiovaskulären Risikofaktoren und kardiopulmonaler Leistungsfähigkeit von Beschäftigten mit Metabolischem Syndrom im Rahmen einer Betrieblichen Gesundheitsförderung. Genehmigte Dissertation der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg. https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/frontdoor/deliver/index/docId/3834/file/fleckensteindiss.pdf, 03.05.2016.

Fischer, M. (1996): Interkulturelle Herausforderungen im Frankreichgeschäft - Kulturanalyse und Interkulturelles Management. Springer Verlag, Wiesbaden

Froböse, I. (2015): Das Fitness-Minimalprogram. Kleiner Aufwand – große Wirkung. 1. Auflage, Gräfe und Unzer Verlag, München.

Froböse, I. (2014): Das Turbo Stoffwechsel Prinzip – So stellen Sie den Körper dauerhaft auf >> schlank<< um. 2. Auflage, Gräfe und Unzer Verlag, München.

Froböse, I. (2013): Anti- Jojo-Prinzip. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Froböse, I.; Wallmann-Sperlich, B. (2015): DKV-Report 2015 "Wie gesund lebt Deutschland?". http://www.ergo.com/~/media/ERGOcom/PDF/Studien/DKV/-20150126-DKV-Report-2015-Wie-gesund-lebt-Deutschland.pdf, 26.01.2015.

Fuster, V. (2012): An alarming threat to secondary prevention: low compliance (lifestyle) and poor adherence (drugs). Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2012 Jul; 65 Suppl 2: 10-6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22921169, 25.10.2016.

Gallagher, R.; Armani, E.; White, H. et al. (2012): Multi-component weight-loss interventions for people with cardiovascular disease and/or type 2 diabetes mellitus: a systematic review. Eur J Cardiovasc Nurs. 2013 Aug;12(4):320-9. doi: 10.1177/1474515112471002. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/-23303770, 27.11.2016.

Gerber, L.; Goerres, G.; Ueberhart, D.; Suter, P. (2007): Messung der Körperzusammensetzung im Praxisalltag. Praxis, 96,1717–1725. https://econtent.-hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1661-8157.96.44.1717, 11.08.2016.

GESBER (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf, 29.12.2015.

Gieg, M. [2008]: Betriebliche Altersversorgung in Deutschland und Großbritannien. Reiner Hampp Velag, München [u.a.].

Gläser, J.; Laudel, G. (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 2., durchgesehene Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Gould, E.W. (2005): Synthesizing the Literature on Cultural Values. In: Akin, N. (Hrsg.): Usability and internationalization of information technology, Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers, London, 79-122.

Güler, S. (2010): Türk Mutfak Kültürü ve Yeme İçme Alışkanlıkları. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı 26 Nisan 2010. http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423876631.pdf, 08.12.2015

Göhner, W.; Schlatterer, M.; Seelig, H. et al. (2012): Two-Year Follow-Up of an Interdisciplinary Cognitive- Behavioral Intervention Program for Obese Adults. The Journal of Psychology 2012; 146: 371-391. https://pdfs.semanticscholar.org/-b436/b4b374f2a8172b8e9c71fbd2f30a6aded72e.pdf, 12.10.2016.

Göhner, W.; Fuchs, R. (2007): Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Hogrefe, Göttingen.

Häder, M. (2010): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 2., überarbeitete Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Hagen, L. M.; Donsbach, W. (2008): Prävention aus Bevölkerungssicht – Einstellungen und Wege zu ihrer Veränderung. In: Kirch W., Badura B., Pfaff H. (Hrsg): Prävention und Versorgungsforschung. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 341-357.

Hall, E. T. (1989): Beyond Culture. Doubleday Verlag, London (u.a.).

Haller, P.M.; Nägele, U. (2013): Praxishandbuch Interkulturelles Management - Der andere Weg: affektives Vermitteln interkultureller Kompetenz. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Hamberger, N. A. (2011): „Untersuchung der klinischen und ökonomischen Effizienz einer Prävention von Mangelernährung im Umfeld von operativen Eingriffen“. Veröffentlichte Dissertation der Universität Wien. https://core.ac.uk/download/pdf/11596016.pdf, 11.10.2016.

Haqq, L.; McFarlane, J.; Dieberg, G. et al. (2015): The Effect of Lifestyle Intervention on Body Composition, Glycemic Control, and Cardiorespiratory Fitness in Polycystic Ovarian Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism, 2015, 25, 533-540 http://dx.doi.org/10.1123/ijsnem. 2013-0232. https://journals.human-kinetics.com/doi/pdf/10.1123/ijsnem.2013-0232, 12.11.2017.

Haas, H.-D.; Neumair, S. M. (Hrsg.) (2006): Internationale Wirtschaft: Rahmenbedingungen, Akteure, räumliche Prozesse. (Edition Internationale Wirtschaft) Gebundene Ausgabe. Oldenbourg, München.

Hassan, Y.; Head, V.; Jacob, D. et al. (2016): Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: a systematic review. clinical obesity 6, 395-403, December 2016. https://s3.amazonaws.com/objects.readcube.com/ articles/down-loaded/wiley/4904658f62b90de5f6d47fcf16828116e22f8951a118666224cee9321 7c9b29f.pdf?, 12.11.2017.

Haun, M. (2012). Schwere Körper?. In: Filter, D.; Reich, J. (Hrsg.): “Bei mir bist du schön...”: Kritische Reflexionen über Konzepte von Schönheit und Körperlichkeit. Centaurus, Freiburg. 259-283.

Hauner, H.; Wechsler, J.G.; Kluthe, R. et al. (2000): Qualitätskriterien für ambulante Adipositas-Programme. Akt Ernährungsmed 2000; 25: 163–5. http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/qualitatskriterien-.pdf, 15.05.2015

Hauner, H.; Buchholz, G.; Hamann, A. et al. (2007): Evidenzbasierte Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositas Gesellschaft, Deutschen Diabetes-Gesellschaft, Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/Adipositas-Leitlinie-2007.pdf,

12.07.2016.

Hauner, H. (2013): Langzeiterfolge meist enttäuschend - Über Sinn und Unsinn von Diäten. MMW-Fortschr. Med. Nr. 5 / 2013 (155. Jg.). http://link.springer-.com/article/10.1007/s15006-013-0289-2, 14.04.2017

Hauner, H.; Wirth A.; Gola, U. et al. (2013): Management und Therapie. In: Wirth, A.; Hauner, H. (Hrsg): Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie. 4. Auflage, Springer-Verlag, Berlin.

Hauner, H.; Berg, A.; Bischoff, S. C. et al. (2014): Interdisziplinäre Leitlinie S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas". Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin. 2. Auflage. http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014.pdf, 12.05.2016

Heinzelmann, U. (16.06. 2016): Essen ist fertig, Deutschland! http://www.faz.-net/aktuell/stil/essen-trinken/deutsche-und-ihre-vorlieben-beim-essen-14257310, 17.03.2017.

Heming, Ch. (2015): Effekte einer multimodalen Intervention zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen auf die körperliche Leistungsfähigkeit und das Bewegungsverhalten bei Personen mit hohem kardiovaskulärem Risiko - Ergebnisse der PräFord-Interventionsstudie -. Dissertation an der Deutschen Sporthochschule Köln. https://d-nb.info/1090921721/34, 12.11.2017

Heshmat, Sh. (2011): Eating Behavior and Obesity - Behavioral Economics Strategies for Health Professionals. Springer Publishing Company, New York

Hofstede, G.; Hofstede, G. J.; Minkov, M. (2017): Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management, 6. Auflage, Beck-Wirtschaftsberater im dtv, München.

Hofstede, G. (2016a): What about Germany?. https://www.geert-hofstede.com/-

germany.html, 24.05.2016.

Hofstede, G. (2016b): What about Turkey? Unter: https://www.geert-hofstede.com/turkey.html, 24.05.2016.

Hofstede, G. J.; Pedersen, P. B.; Hofstede, G. (2002): Exploring culture: exercises, stories, and synthetic cultures. Intercultural Press, Inc., London

Hofstede, G. (1993): Interkulturelle Zusammenarbeit. Gabler, Wiesbaden.

Hofstede, G. (1984): Culture`Consequences, International Differences in Work-Related Values. Sage Publications, London.

Hollmann, W. & Strüder, H. K. (2009). Sportmedizin. Grundlagen für körperliche Aktivität, Training und Präventivmedizin. Schattauer, Stuttgart.

Holzapfel, C.; Hauner, H. (2011): Gewichtserhaltung nach Gewichtsabnahme – wie der Körper sein Gewicht verteidigt. Dtsch med Wochenschr 2011; 136 (3): 89-94. https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055-/s-0030-1269445, 17.03.2017.

Honold, P. (1999): Learning How to Use a Cellular Phone: Comparison Between German and Chinese Users. Technical Communication Second Quarter 1999. https://pdfs.semanticscholar.org/ecc4/76ffe29b6f03de1314bc04402298ca4d54f2.pdf, 1.05.2017

Horasan, G. D. (2013): Beslenme. In: Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Hrsg.). www.thsk.gov.tr. Ankara. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/-kitaplar/khrfat.pdf, 26.10.2016.

Horasan, G. D. (2013): Fiziksel Aktivite. In: Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Hrsg.) www.thsk.gov.tr Ankara. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/-khrfat.pdf, 26.10.2016.

Horst, M. (2004): Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung. 2. Auflage, Oldenburg, München.

Hradil, S. (2001): Soziale Ungleichheit in Deutschland. Leske+Budrich (UTB). Opladen.

Huck, S. (2004): Public Relations ohne Grenzen? - Eine explorative Analyse der Beziehung zwischen Kultur und Öffentlichkeitsarbeit von unternehmen. Bentele, G. (Hrsg.). 1. Auflage, VS Verlag für Sozial-wissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.

Hürriyet (2012): İşte Türkiye'nin Beslenme Raporu. http://www.hurriyet.com.tr/-iste-turkiyenin-beslenme-raporu-19871858, 15.11.2015.

Hürriyet (14.12.2015): Türkiye'de 2014 yılında bin 190 radyo ve televizyon var. http://www.hurriyet.com.tr/turkiyede-2014-yilinda-bin-190-radyo-ve-televizyon-var-40026702, 15.12.2017).

Hyde, R. (2008): "Europe battles with obesity," The Lancet, vol. 371, no. 9631, pp. 2160–2161, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18595166, 14.04. 2016.

Inglehart, R. (1995): Kultureller Umbruch: Wertewandel in der westlichen Welt. Campus Verlag, Frankfurt am Main.

Irwin, M. L.; Yasui, Y.; Ulrich, C. et al. (2003): Effect of exercise on total and intra-abdominal body fat in postmenopausal women: a randomized controlled trial. JAMA 289(3):323-330. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12525233, 17.12.2016.

Jakicic, J. M.; Clark, K.; Coleman, E. et al (2001): Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. American College of Sports Medicine position stand. Med Sci Sports Exerc 2001; 33: 2145-2156. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11740312, 12.09.2016.

Jebb, S. A.; Ahern, A. L.; Olson, A. D. et al. (2011): Primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment versus standard care: a

randomised controlled trial. Lancet 2011; 378 (9801): 1485-92. http://www.ncbi.-nlm.nih.gov/pubmed/21906798, 17.03.2017.

Joseph, R.J.; Alonso-Alonso M.; Bond, D.S. et al. (2011): The neurocognitive connection between physical activity and eating behaviour. Obes Rev. 2011 Oct; 12 (10): 800-12. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00893.x. Epub 2011 Jun 16. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21676151, 12.09.2016.

Kaiser, R. (2014): Qualitative Experteninterviews - Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Ehrhart, H.-G.; Frevel, B. Schubert, K.; Schüttemeyer, S. S. (Hrsg.): Elemente der Politik. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Kerrigan, S. G.; Call, C.; Schaumberg, K. et al. (2018): Associations between change in sedentary behavior and outcome in standard behavioral weight loss treatment. In: Transl Behav Med. 2018 Feb 7. doi: 10.1093/tbm/ibx038. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/29425373, 10.02.2018.

Khac, V. D. (2011): Sexualität und Partnerschaft bei Adipositas: Ergebnisse der Berliner Männer-Studie. Dissertation der Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin. http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/-MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000009855/Dissertationsarbeit+Viet+Dinh+Khac_Druckfertig+Rahmen_ohne_CV.pdf?hosts=, 07.01.2016.

Klier, H. (2015/16): BlutdruckDaten. In: Klier, H. (Hrsg.): Blutdruck-Ratgeber - Kompaktes Wissen zum Blutdruck von den Experten bei BlutdruckDaten. https://www.blutdruckdaten.de/files/blutdruck-ratgeber-blutdruckdaten.pdf?2, 12.11.2016.

Knoll, K.P. (2010): Kosten der Adipositas in der Bundesrepublik Deutschland. Dissertation an der Technischen Universität München. https://mediatum.ub-.tum.de/doc/824712/824712.pdf, 12.10.2016.

Koch, J. (1996): Marktforschung: Begriffe und Methoden, Oldenbourg Verlag, München.

Koch, J. (2012): Marktforschung: Grundlagen und praktische Anwendungen. 6. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Oldenbourg Verlag, München.

Kofahl, D. (2015): Kulturelle und religiöse Einflüsse auf (und durch) die Ernährungskultur von türkeistämmigen Migranten. M530 Ernährungs Umschau: 9/2015. http://www.apek-consult.de/app/download/5802616008/-Interview+Daniel+Kofahl+Ernährungs-Umschau+Türkisch-Deutsche-Esskultur.pdf, 20.02.2016.

Konrad, K. (2007): Mündliche und schriftliche Befragung. 5., überarbeitete Auflage, Verlag empirische Pädagogik, Landau.

Korczak, D.; Kister. Ch. (2013): Wirksamkeit von Diäten zur nachhaltigen Gewichtsreduktion bei Übergewicht und Adipositas. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Bd. 127. Köln. https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/-hta345_bericht_de.pdf, 21.05.2016.

Kramer, F. M.; Jeffery, R. W.; Forster, J. L. et al. (1989): Long-term follow-up of behavioral treatment for obesity: patterns of weight regain among men and women. International Journal of Obesity (1989, 13 (2): 123-136). http://europepmc.org/abstract/MED/2663745, 17.03.2017.

Kraemer, W. J.; Volek, J. S.; Clark, K. L. et al. (1999): Influence of exercise training on physiological and performance changes with weight loss in men. Med Sci Sports Exerc 31(9):1320-1329. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/-10487375, 15.12.2016

Kroll, M. M. C. (2014): Adipositasmanagement in der Hausarztpraxis aus der Sicht Betroffener - Eine qualitative Analyse von Patienteninterviews. Dissertation aus dem Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Kuhles, B. (2002): Interkulturelles Management westlicher Banken in Südostasien: Analyse und Konzept am Beispiel von Singapur, Malaysia und

Vietnam. Herausgegeben von Roland Berger Strategy Consultants-Academic Network. Schriften zum europäischen Management, Gabler Edition Wissenschaft, Springer Fachmedien, Wiesbaden

Kuntz, B.; Lampert, T. (2010): Sozioökonomische Faktoren und Verbreitung der Adipositas. Deutsches Ärzteblatt International 107 (30): 517-522, https://www-.aerzteblatt.de/archiv/77670/Soziooekonomische-Faktoren-und-Verbreitung-von-Adipositas, 12.12.2016.

Kyle, U. G.; Bosaeus, I.; De Lorenzo, A. D. et al. (2004): Composition of the ESPEN Working Group. Bioelectrical impedance analysis-part I: review of principles and methods. Clin Nutr. 2004 Oct;23(5):1226-43. http://intl.elsevierhealth.com/journals/clnu, 10.09.2016.

Lagerstrøm, D. (2010): Fitness in a lifetime perspective: structure, process and results. Br J Sports Med 2010; 44 (Suppl. 01) http://bjsm.bmj.com/content/-bjsports/44/Suppl_1/i81.3.full.pdf, 11.08.2016.

Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. 3. Aufl., Beltz Verlag, Weinheim.

Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. 4. vollständige überbearbeitete Auflage. Beltz Verlag, Weinheim (u.a.).

Lee, Y.; Kwon, O.; Shin C. S. et al. (2015): Use of Bioelectrical Impedance Analysis for the Assessment of Nutritional Status in Critically Ill Patients. Clin Nutr Res 2015; 4: 32-40. http://dx.doi.org/10.7762/cnr.2015.4.1.32. https://www.-ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4337921/pdf/cnr-4-32.pdf, 12.11.2017.

Lehrke, S.; Laessle, R.G. (2009): Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Basiswissen und Therapie (2., aktualisierte und überarbeitete Auflage), Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Liuzzi, A.; Di Blasio A. M. (2013): An Up-to-Date Vision on the Aetiology and on the Epidemiology of Obesity and Morbid Obesity. In: Capodaglio, P.; Faintuch, J.; Liuzzi, A. (Editors). Disabling Obesity From Determinants to

Health Care Models. Springer-Verlag Berlin (u.a.).

Lubbadeh, J. (2012): Diäten im Check: So funktioniert Weight Watchers. http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/weight-watchers-wie-gut-funktioniert-abnehmen-mit-punktesystem-a-819416.html, 16.03.2017.

Machetanz, L. (2017): HbA1c. https://www.netdoktor.de/laborwerte/haemoglobin/hba1c/, 12.05.2017.

MacLean, P.S.; Bergouignan, A.; Cornier, M.-A. et al (2010): Biology's response to dieting: the impetus for weight regain, Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. 2011 Sep; 301(3): R581–R600. Published online 2011 Jun 15. doi: 10.1152/ajpregu.00755.2010. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/-PMC3174765/?report=printable, 14.05.2016.

Malberger, L. (2016): Depressiv statt schlank. Zeitonline vom 27. Januar 2016,http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2016-01/adipositas-fettleibigkeit-medikamente-behandlung, 10.11.2017

Maletzke, G. (1996): Interkulturelle Kommunikation: zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Westdt. VerI., Opladen.

Marcus, A. (2005): User Interface Design and Culture. In: Akin, N. (Hrsg.) Usability and Internationalization of Information Technology, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, London, S. 51-78.

Markworth, P. (2010): Sportmedizin – Physiologische Grundlagen. Gottwald, B. (Hrsg.). 24. Auflage, Nikol Verlag, Hamburg.

Max-Rubner-Institut Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (Hrsg.) (2008): Ergebnisbericht Teil 1. Nationale Verzehrsstudie II. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen. Karlsruhe. http://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Ernaehrung/NVS_Ergebnisbericht.pdf?__blob=publicationFile, 15.06.2016.

Mayer, H. O. (2009): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung,

Durchführung, Auswertung. 5. Auflage, Oldenburg Verlag, München.

Mensink, GBM.; Schienkiewitz A.; Haftenberger M. et al. (2013a): Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 56(5/6): 786-794, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg http://edoc.rki.de/oa/articles/rec5I0tIFMfd2/PDF/23JuqX9byg62Q.pdf, 15. 06.2015.

Mensink, G. B. M.; Truthmann, J.; Rabenberg, M. et al. (2013b): Obst- und Gemüsekonsum in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 5/6 ·2013. 56:779–785 DOI 10.1007/s00103-012-1651-8. Springer-Verlag Berlin (u.a.).

Methfessel, B. (2005): Fachwissenschaftliche Konzeption: Soziokulturelle Grundlagen der Ernährungsbildung. REVIS – Reform der Ernährungs- und Verbraucherbildung in Schulen. Heseker, H.; Schlegel-Matthies, K. (Hrsg.). Paderborner Schriften zur Ernährungs- und Verbraucherbildung 7 Universität Paderborn, 2005. http://www.ernaehrung-und-verbraucherbildung.de/docs/-07_2005-Soziokulturelle_Grundlagen.pdf, 08.12.2015.

Meuser, M. Nagel, U. (1997): Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Grundlagen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B.; Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag, München (u.a.).

Meuser, M.; Nagel, U. (2002): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht . Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Meuser, M.; Nagel, U. (2009): Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel, S.; Pickel, G.; Lauth, H.-J.; Jahn, D. (Hrsg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue

Entwicklungen und Anwendungen. Wiesbaden, S. 465-480.

Meyer, M. R. & Meier, C. A. (2010). Übergewicht und kardiovaskuläres Risiko. Neues zu Pathogenese und Therapie. Schweiz Med Forum, 10 (21), 358–362. https://medicalforum.ch/de/resource/jf/journal/file/view/article/smf/de/smf.2010.07179/2010-21-129.pdf/, 11.08.2016.

Mieg, H. A.; Näf, M. (2005): Experteninterviews (2. Aufl.). Institut für Mensch-Umwelt- Systeme (HES), ETH Zürich. http://www.mieg.ethz.ch/education/-Skript_Experteninterviews.pdf, 01.12.2015

Miller, W.C; Koceja, D.M.; Hamilton, E.J. (1997): A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or exercise plus exercise intervention. Int J Obes 21:941 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9347414, 15.12.2016.

Milliyet (2014): Alkolde bir yasak daha! von 02.06.2014, 08:27 http://www.milliyet.com.tr/alkolde-bir-yasak-daha--gundem-1891227/.

M.O.B.I.L.I.S: Multizentrisch organisierte bewegungsorientierte Initiative zur Lebensstiländerung in Selbstverantwortung: Interdisziplinäres Schulungsprogramm zur Therapie der Adipositas (2017): Inhalte. http://www.mobilis-programm.de, 15.03.2017.

M.O.B.I.L.I.S (2017 b): Adipositas Faktenblatt. http://www.mobilis-programm.de/pdf/Adipositas_Faktenblatt.pdf, 17.03.2017.

Möhring, W.; Schlütz, D. (2010): Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft - Eine praxisorientierte Einführung. 2., überarbeitete Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden.

Nass, O. (1998): Interkulturelles Management in Südostasien. Gabler Edition Wissenschaft, Wiesbaden

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2014): Obesity:

identifification, assessment and management, Clinical guideline Published: 27 November 2014 https://www.nice.org.uk/guidance/cg189, 16.04.2016.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2016). Obesity in adults: prevention and lifestyle weight management programmes (QS111). https://www.nice.org.uk/guidance/qs111/resources/obesity-in-adults-prevention-and-lifestyle-weight-management-programmes-75545293071301 oder https://-www.nice.org.uk/guidance/qs111, 15.04.2016.

Ng, M.; Fleming, T.; Robinson, M. et al. (2014) Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 384(9945):766-781, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624264/, 15.05.2015.

Nilsson, A. (2017): Gamma GT (GGT) im Blut und Blutbild. https://www.grossesblutbild.de/gammagt, 10.06.2017.

Nothmann, D.; Müller-Nothmann, S.-D. (2007): Die dicksten Diätlügen Warum Diäten nicht funktionieren und wie man trotzdem abnimmt. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

NTV (2009): Çayın Türkiye Serüveni. (http://www.ntv.com.tr/yasam/cayin-turkiye-seruveni,OvV37KsHyEa7mH90ROvtGQ 29.08.2009 erschienenen Artikel, 15.03.2016.

OECD (2016): Länderinformationen Deutschland und Türkei. http://www.oecdbetterlifeindex.org/de/countries/turkey-de/, 24.04.2016.

Ogburn, W. F. (1969): Kultur und sozialer Wandel. Luchterhand Verlag, Neuwied (u.a.)

Oh, E. G.; Hyun, S. S.; Kim, S. H. et al. (2008): A randomized controlled trial of therapeutic lifestyle modification in rural women with metabolic syndrome: a pilot study. Metabolism 2008; 57: 255-261. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/-pubmed/18191057, 12.08.2016.

Pencharz, P.; Azcue, M. (1996): Use of bioelectrical impedance analysis measurements in the clinical management of malnutrition. Am J Clin Nutr 1996; 64: 485S-488S. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8780368, 12.10.2016

Perlitz, M. (2004): Internationales Management: 68 Tabellen, 5. Aufl., Stuttgart.

Pfeifer, K.; Banzer, W.; Ferrari, N. et al. (2016): Empfehlungen für Bewegung. In: Rütten, A.; Pfeifer, K. (Hrsg.). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. https://www.sport.fau.de/files/2016/05/Nationale-Empfehlungen-für-Bewegung-und-Bewegungsförderung-2016.pdf, 15.12.2016.

Pirlich, M. (2007): Screening auf Mangelernährung im Krankenhaus ist notwendig: Aber welche Scores sollten verwendet werden? Nutrition News, Jahrgang 4, Ausgabe 1.

Powers, E.; Saultz, J.; Hamilton, A. (2007): Which lifestyle interventions effectively lower LDL cholesterol?. In: www.jfponline.com vol 56, No 6 / June 2007. https://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/3684/Which-LifestyleInterventions.pdf?sequence=1, Stand: 12.11.2017.

Predel, H.-G.; Tokarski, W. (2005): Einfluss körperlicher Aktivität auf die menschliche Gesundheit. In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2005 48:833-839. Springer Medizin Verlag. https://link.-springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00103-005-1104-8.pdf, 16.08.2017.

Pudel, V. (2003): Adipositas. Fortschritte der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen.

Raab-Steiner, E.; Benesch, M. (2008). Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung. 1. Auflage, Facultas, Wien

Reinehr, T. (2006). Entstehung von Übergewicht und Adipositas: Ursachen, Hintergründe und Folgen. Medizinische Hintergründe. In: Graf, C.; Dordel, S.; Reinehr, T. (Hrsg.): Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen. Deutscher Ärzteverlag, Köln.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Sportliche Aktivität. Faktenblatt zu GEDA

2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI, Berlin www.rki.de/geda. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/-Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Sportliche_Aktivitaet.pdf?__blob=publicationFile, 23.11.2015.

Robert Koch-Institut (2012): Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland (DEGS). https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/-degs_w1/ degs_info_broschuere.pdf, 29.12.2015.

Robert Koch-Institut (2012b): Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Werden wir immer dicker? DEGS-Symposium, Berlin. https://www.rki.de/DE/-Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_uebergewicht_adipositas.pdf?__blob=publicationFile, 15.04.2016.

Rolls, B J.; Roe, L. S.; Meengs, J. S. (2006): Reductions in portion size and energy density of foods are additive and lead to sustained decreases in energy intake. Am J Clin Nutr 83: 11-17. http://ajcn.nutrition.org/content/83/1/11.full#T1 oder https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1474143/pdf/nihms9624-.pdf, 15.04.2016.

Ross, K. M.; Patidar, S. M.; Perri, M. G. (2012): The impact of extended care on the longterm maintenance of weight loss: a systematic review and meta-analysis. Obes Rev 2012;13(6):509-17. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22212682, 16.05.2016.

Rothlauf, J. (2006): Interkulturelle Management. Mit Beispielen aus Vietnam, China, Japan, Russland und den Golfstaaten. Oldenburg Wissenschaftsverlag, München.

Rütten, A.; Pfeifer, K. (Hrsg.) (2016): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. FAU Erlangen-Nürnberg. https://www-.sport.fau.de/files/2016/05/Nationale-Empfehlungen-für-Bewegung-und Bewegungsförderung-2016.pdf, 14.12.2016.

Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı (STD) (Hrsg.) (2014): Türkiye“de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri., Ankara Seite 113

http://www.hta.gov.tr/pdf/Obezite%20Cerrahisi%20Rapor%2025%2004%202014.pdf, 15.08.2016.

Sassi, F. (2010): Obesity and the economics of prevention: Fit not fat. OECD. Paris. http://s3.amazonaws.com/zanran_storage/www.eaca.be/ContentPages/-956222899.pdf, 15.04.2015.

Saris, W. H. M.; Blair, S. N.; Van Baak, M. A. et al. (2003): How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. Obes Rev 4: 101-114. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12760445, 12.10.2016.

Schauerte, B. (2014): Betriebliche Gesundheitsförderung: Entwicklung und Evaluation eines Interventionskonzeptes zur Prävention kardiovaskulärer Risikoparameter bei Beschäftigten in KMU. Dissertation. Deutsche Sporthochschule Köln.

Schindler, K.; Ludvik, B. (2004): Methodische und praktische Aspekte der Bestimmung der Körperzusammensetzung. Wien Med Wochenschr (2004) 154/13–14: 305–312 Springer-Verlag. https://www.researchgate.net/publication/-242709302, 10.05.2017

Schmid, B. (2002): Auch Heimatliebe geht durch den Magen - Küche und ethnische Identität. Die Ernährungsweisen von Migrantinnen in Deutschland und ihre Veränderung in: Nahrungskultur: Essen und Trinken im Wandel. Heft 4/ 2002. http://www.buergerimstaat.de/4_02/kueche.htm, 30.06.2016.

Schmid, B. (2003): Ernährung und Migration. Empirische Untersuchungen zum Ernährungsverhalten italienischer, griechischer und türkischer Migrantinnen in Deutschland. Veröffentliche Dissertation, Techn. Universität München. Herbert Utz Verlag. München.

Schmitz, A.K. (2005): Kulturelle Unterschiede bei der Benutzung und Bewertung von Websites am Beispiel von Deutschland und Taiwan, Arbeit zur Erlangung des Akademischen Grades Magistra Artium im Internationalen

Informationsmanagement. Institut für Angewandte Sprachwissenschaft. Universität Hildesheim.

Scholz, G.H.; Flehmig, G. Scholz, M. et al. (2005): Evaluation des DGE-Selbsthilfeprogramms „ICH nehme ab“: Gewichtsverlust, Ernährungsmuster und Akzeptanz nach einjähriger beratergestützter Intervention bei übergewichtigen Personen, Ernährungs-Umschau 52 (2005) Heft 6. https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2005/06_2005/EU_06-_05_226_231.pdf, 15.06.2015

Scholz, F. (2011): Prospektive Untersuchung zur Veränderung des kardiometabolischen Risikoprofils unter einer interdisziplinären konservativen Adipositastherapie, Dissertation der medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFile-NodeServlet/FUDISS_derivate_000000012970/Dissertation_Version_digitale_Veroeffentlichung_19.7.2011.pdf?hosts=, 15.06.2016.

Schorb, F. (2015): Die Adipositas-Epidemie als politisches Problem, Gesellschaftliche Wahrnehmung und staatliche Intervention. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3., überarbeitete Auflage, Hogrefe, Göttingen

Schwingshandl, J.; Sudi, K.; Eibl, B. et al. (1999): Effect of an individualised training programme during weight reduction on body composition: a randomised trial. Arch Dis Child 81: 426-428 (1999). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/-pmc/articles/PMC1718135/pdf/v081p00426.pdf, 15.05.2015.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2010): Management of obesity, A national clinical guideline. http://www.sign.ac.uk/pdf/sign115.pdf, 15.05.2016.

Segal, K. R; Burastero, S.; Chun, A. et al. (1991): Estimation of extracellular and total body water by multiple-frequency bioelectrical–impedance measurement. Am J Clin Nutr 1991; 54: 26–9. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2058583,

15.10.2016.

Selberg, O.; Selberg, D. (2002): Norms and correlates of bioimpedance phase angle in healthy human subjects, hospitalized patients, and patients with liver cirrhosis. Eur J Appl Physiol 2002; 86 (509): 516. https://link.springer.com/-content/pdf/10.1007%2Fs00421-001-0570-4.pdf, 15.12.2016.

Shaw, K.; Gennat, H.; O'Rourke, P. et al. (2006): Exercise for overweight or obesity. Cochrane Database Syst Rev. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/-17054187, 15.12.2016.

Stange, R.; Leitzmann, C. (Hrsg.) (2010): Ernährung und Fasten als Therapie. Springer Verlag, Berlin (u.a.)

Statista (2018): normalerweise genutzte Quelle für Informationen. https://de.statista.com/download/MTUxODM3MjQwMSMjNjE2OTkjIzE3MTI1NyMjMSMjcGRmIyNTdGF0aXN0aWM=, https://de.statista.com/statistik/daten/-studie/171257/umfrage/normalerweise-genutzte-quelle-fuer-informationen/, 12.12.2017.

Statista (2017): Frei empfängbare TV-Sender in Deutschland. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/160407/umfrage/frei-empfangbare-tv-sender-in-deutschland-seit-1988/, 12.01.2018.

Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2010): Europa in Zahlen - Eurostat Jahrbuch 2010. Luxemburg: European Communities. http://ec.europa-.eu/eurostat/documents/3217494/5721313/KS-CD-10-220-DE.PDF/6b075383-208a-485f-aa95-b6123445a3aa?version=1.0, 15.06.2016.

Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2015): Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Frauen in EU, 2008 oder nächsten Jahr, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics, 05.05.2016.

Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2015); Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Männer in EU, 2008 oder nächsten Jahr,

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics explained/images/0/0f/Proportion_of_men-_who_were_overweight_or_obese%2C_2008_or_nearest_year_%28%25%29_Health2015.png, 05.05.2016.

Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Prävalenz von Übergewicht und Adipositas der Erwachsenen in EU. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and-_obesity_-_BMI_statistics, 05.05.2016.

Stemper, T. (2013): Was ist MET? In: Fitness & Gesundheit 1-2013. https://www.fitness-gesundheit.uni-wuppertal.de/fileadmin/fitness-gesundheit/pdf-Dokumente/Publikationen/2013/WasistMET_S.82-83.pdf, 30.05.2017.

Stern (2017): Abnehmen mit Weight Watchers – funktioniert das? http://www.stern.de/gesundheit/ernaehrung/diaet/diaeten-im-check--sofunktioniert-weight-watchers-3532574.html.

Straßburg, A. (2010): Ernährungserhebungen Methoden und Instrumente. Ernährungs Umschau 8/10. https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/-Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2010/08_10/EU08_2010-_422_430.qxd.pdf, 15.05.2015, S. 422- 430

Stobäus, N.; Normann, K.; Pirlich, M. (2010): Phasenwinkel und Bioelektrische Impedanzvektoranalyse – Klinische Anwendbarkeit der Impedanzparameter. Aktuel Ernährungsmed 2010; 35: 124-130. https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0030-1248434, 15.11.2017.

Stroebe, W.; Mensink, W.; Aarts, H. et al. (2007): Why dieters fail: Testing the goal conflict model of eating. doi: 10.1016/j.jesp.2007.01.005. http://goallab.nl/publications/documents/Stroebe,%20Mensink,%20Aarts,%20Schut,%20Kruglanski%20(2008)%20-%20why%20dieters%20fail.pdf.

Sumithran, P.; Prendergast, L.A; Delbridge, E. et al. (2011): Long-Term Persistence of Hormonal Adaptations to Weight Loss. N Engl J Med 2011; 365: 1597-604. http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1105816, 17.03-.2017.

Stiedenroth, N. (2009): Erhebung von Mangelernährungszuständen bei gynäkologisch-onkologischen Patientinnen mittels bioelektrischer Impedanzanalyse, Malnutrition Screening Tool und retrospektiver 24-Stunden Nahrungsanamnese, veröffentliche Dissertation an der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin. http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/-MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000005989/stiedenroth_diss.pdf, 12. 10.2016.

Swinburn, B.; Sacks, G.; Hall, K. D. et al. (2011): The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet 2011; 378: 804–14. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21872749, 12.08.2016.

Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2017): Die Ernährungsstudie der TK "Iss was, Deutschland?". https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/934342/Datei/-103680/TK-Ernährungsstudie%202017%20Pdf%20barrierefrei.pdf, 17.03.2017.

Titze, S.; Ring-Dimitriou, S.; Schober, P.H. et al. (2010): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.). Wien

Thomas, A. (2014): Das Eigene, das Fremde und das Interkulturelle. In: Thomas, A.: Wie Fremdes vertraut werden kann. Springer Fachmedien, Wiesbaden

TOAD (2012): Basın Bülteni vom 08.02.2012. http://www.saglikvebeslenme-bienali.com/pdfler/08022012.pdf. 16.08.2016.

Triffoni-Melo, A. T.; Suen, V. M. M.; Resende, C. M. M. et al. (2015): Resting energy expenditure adaptation after short-term caloric restriction in morbidly obese women. Rev. Nutr., Campinas, 28 (5): 505-511, set./out. http://www-.scielo.br/pdf/rn/v28n5/1415-5273-rn-28-05-00505.pdf, 14.04.2017.

Trompenaars, F. (1993): Handbuch Globales Managen. Wie man kulturelle Unterschiede im Geschäftsleben versteht. Econ Verlag, Düsseldorf (u.a.).

Trompenaars, F.; Hampden-Turner, C. (1998): Riding the Waves of Culture,

Unterstanding Cultural Diversity in Business. 2. Edition, Nicholas Brealey Publishing, London-

Trompenaars, F.; Woolliams, P. (2003): Business- Across the Cultures, Capstone Publishing Ltd, London

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB) (2016): Obezite görülme sıklığının bölgelere göre dağılımı. Quelle: http://beslenme.gov.tr/index.php?page=40, 15.12.2016.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (SAGEM) (2014): Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No: SB-SAG-2014/0, http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB) (2011): Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014. Ankara. http://beslenme.gov.tr/content/-files/yayinlar/kontrolprogrami_2010 _2014.pdf, 12.10.2014.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB) (2013): Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2014-2017. Ankara. http://beslenme.gov.tr/content/-files/yayinlar/turkiye_sagliklibeslenme_ve_hareketli_hayat_programi.2014_2017.pdf, 08.12.2015.

Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) (2013): Sağlık Araştırması 2012. http://www.turkstat.gov.tr. Ankara. http://www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab-_id=223, 11.05.2016.

Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) (2017): Sağlık Araştırması 2016. http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24573, 12.12.2017.

Türkiye Istatistik Kurumu (TUIK) (2015): Prävalenz von Übergewicht und Adipositas: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, 31.12.2015.

Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (TSB) (2013-2017)

(2013): T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, (23-29). http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/turkiye_sagliklibeslenme_ve_hareketli_hayat_programi.2014_2017.pdf, 15.03.2016

TSBA (2004): "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" Projesi Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.

Türkiye Obezite Araştırma Derneği (TOAD) (2012): "Hareket Etmeye Zamanımız Yok!". Basın Bülteni (Pressemitteilung). http://www.saglikvebeslenmebienali.com/pdfler/08022012.pdf, 17.03.2016

Vaidya, V. (2006): Health and Treatment Strategies in Obesity. Adv Psychosom Med. Basel, Karger, 2006, vol 27, pp 73-85 http://www.karger.com/Article/-Abstract/90965, 15.05.2015.

Vanhöfen, S. (2014): Bestimmung der Fettverteilung und des Nebennierenvolumens bei gesunden Männern und Frauen sowie depressiven Patientinnen mittels MRT und Korrelation mit anthropometrischen Daten bzw. Hautwiderstandsmessungen. Inaugural-Dissertation der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität zu Tübingen. https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/58362/Dissertation_Vanhöfen.pdf?sequence=1&isAllowed=y, 12.07.2017

Verordnung über diätetische Lebensmittel (Diätverordnung-DiätV) § 14 (http://www.buzer.de/gesetz/5588/a76584.htm). 15.06.2016.

Völler, H.; Schmailzl, K. J. G.; Bjarnason-Wehrens, B. (2004): Adipositas und Herz- und Kreislauferkrankungen. Zeitschrift für Kardiologie, 93 (4), 503–513. https://www.researchgate.net/profile/Heinz_Voeller2/publication/233619221_Adipositas_und_Herz-_und_Kreislauferkrankungen_Grundlagen_und_therapeutische_Konsequenzen/links/0fcfd510fce1780857000000/Adipositas-und-Herz-und-Kreislauferkrankungen-Grundlagen-und-therapeutische-Konsequenzen.pdf, https://www.researchgate.net/, 12.07.2016.

Wadhera, R. K.; Steen, D. L.; Khan, I. et al. (2016): A review of low-density

lipoprotein cholesterol, treatment strategies, and its impact on cardiovascular disease morbidity and mortality. In Journal of Clinical Lipidology (2016) 10, 472-489, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27206934, 12.11.2017

Wansink, B. (2004): Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers. Annu Rev Nutr. 2004; 24: 455–79. http://mindlesseating.org/pdf/EnvironCues-ARN_2004.pdf, 12.11.2016.

Washburn, R. A.; Szabo A. N.; Lambourne, K. et al. (2014): Does the Method of Weight Loss Effect Long-Term Changes in Weight, Body Composition or Chronic Disease Risk Factors in Overweight or Obese Adults? A Systematic Review. PLOS ONE. October 2014, Volume 9, e109849. https://www.ncbi.nlm-.nih.gov/pmc/articles/PMC4198137/pdf/pone.0109849.pdf, 15.06.2016.

WAZ (09.12.2011): Scheidung führt bei Männern oft zu Übergewicht. https://www.waz.de/gesundheit/scheidung-fuehrt-bei-maennern-oft-zu-uebergewicht-id6147289.html, 12.10.2016.

Weight Watchers (2017a): Jederzeit und überall - Abnehmen mit Weight Watchers Online https://www.weightwatchers.de/images/1031/dynamic/-GCMSImages/BUG_56176_04_Weight_Watchers_Online.pdf, 17.03.2017.

Weight Watchers (2017b): Unternehmen, unter: http://www.weight-watchers.de/images/1031/dynamic/GCMSImages/01Unternehmen.pdf Stand: 17.03.2017

Weineck, J. (2009). Optimales Training: Leistungsphysiologische Trainingslehre unter besonderer Berücksichtigung des Kindes- und Jugendtrainings. 16. Auflage, Spitta Verlag, Balingen.

Winter, K. (2013): Soziale und sozialpsychische Determinanten des Gesundheitsverhaltens - Eine theoriegeleitete Analyse am Beispiel von Überernährung und Tabakkonsum. genehmigte Dissertation der der Freien Universität Berlin, http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNode-Servlet/FUDISS_derivate_000000016484/DissertationxKristinxWinterxOnlinexPublikation.pdf?hosts=, 12.04.2016.

Wipfinger, S. (2010): Veränderungen des Körpergewichts, der Körperzusammensetzung und der körperlichen Leistungsfähigkeit, sowie metabolische und hormonelle Veränderungen bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas während einer mehrwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/11052/1/Wipfinger_Sabine.pdf, 05.01.2016.

Wirth, A. (2015): Stufentherapie bei Adipositas – Was ändern die neuen Leitlinien?. In: Endokrinologie Informationen 2015; Sonderheft. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. http://www.endokrinologie.net/files/download/endokrinologie-informationen/sonderheft-2015.pdf, 15.02.2017

Wirth, A. (1996): Das metabolische Syndrom. Versicherungsmedizin; 48: 193-199.

Wirth, A. (2000): Adipositas - Epidemiologie, Ätiologie, Folgekrankheiten, Therapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Springer-Verlag, Berlin (u.a.).

Wirth, A. (2003): Adipositas-Fibel. 2. Auflage, Springer-Verlag, Berlin (u.a.)

Wirth, A. (2008): Epidemiologie. in: Wirth, A.: Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie: Springer Medizin Verlag. Heidelberg (u.a.) 40 – 63.

Wirth, A.; Hauner, H. (Hrsg.) (2013): Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie. 4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage Mit 102 Abbildungen und 66 Tabellen, Springer Verlag, Berlin (u.a.).

Wirth, A.; Waibitsch, M.; Hauner, H. (2014): Prävention und Therapie der Adipositas Dtsch Arztebl Int; 111(42): 705-13; DOI: 10.3238/arztebl.2014.0705 http://www.aerzteblatt.de/archiv/162761, 15.05.2015.

Wooley, S. C.; Garner, D. M. (1991): Confronting the Failure of Behavioral and Dietary Treatments for Obesity. Clinical Psychology Review, Vol. 11, pp. 729-780. https://www.researchgate.net/publication/223076885, 16.03.2017.

Wooley, S. C.; Garner, D. M. (1994): Dietary treatments for obesity are ineffective. BMJ Volume 309 10 September 1994. https://www.ncbi.nlm.nih-.gov/-pmc/articles/PMC2541482/pdf/bmj00456-0041.pdf, 16.03.2017.

World Health Organization (2000): Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation. WHO technical report series 894, Genf. http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.

World Health Organization (2006): Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas. in Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas: Ernährung und Bewegung für Gesundheit. EUR/06/5062700/8, Istanbul http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/87466/E89567G-.pdf?ua=1, 15.05.2015.

World Health Organization (2006a): Diet and physical activity: a public health priority. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/dietphysical-activity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf S. 4, 15.09.2015.

World Health Organization (WHO) (2009): Diet and physical activity: a public health priority. Obesity and Overweight. WHO global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/en, 15.07. 20015.

World Health Organization (2016a): 10 Facts on Obesity. http://www.who.int/-features/factfiles/obesity/facts/en/, 05.05.2016.

World Health Organization (2016b): Fact sheet N°311 . http://www.who.int/-mediacentre/factsheets/fs311/en/, 05.05.2016.

World Health Organization (2016c): Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des BMI. http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/, 06.07.-2016.

World Health Organization (2016d): Physical activity Fact sheet Reviewed June 2016. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/, 29.11.2016.

Würtz, E. (2006): Intercultural Communication on Web sites: A Cross-Cultural

Analysis of Web sites from High-Context Cultures and Low-Context Cultures. Journal of Computer-Mediated Communication 11 (2006) 274–299 a 2006 International Communication Association. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/-pdf/10.1111/j.1083-6101.2006.tb00313.x, 12.11.2016

Yost, T. J.; Jensen, D. R.; Eckel, R. H. (1995): Weight Regain Following Sustained Weight Reduction is Predicted by Relative Insulin Sensitivity. OBESITY RESEARCH Vol. 3 No.6 Nov. 1995. http://onlinelibrary.wiley.com/-doi/10.1002/j.1550-8528.1995.tb00193.x/epdf, 16.03.2017.

Yumuk, V.; Tsigos, C.; Fried, M. et al. (2015): European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obes Facts 2015;8:402-424 Vol. 8, No. 6, http://gucdv-1wwi8pslzdfpv7t0dk6.wpengine.netdna-cdn.com/wpcontent/uploads/2015/12/-2015-OMTF-European-Guidelines-for-Obesity-Management.pdf, 15.04.2016.

Zheng, Y. & Qi, L. (2014): Diet and lifestyle interventions on lipids: combination with genomics and metabolomics, Clinical Lipidology, 9: 4, 417-427. http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.2217/clp.14.30?needAccess=true, 21.11.2017.

Zwick, M. M. (2007): Migration, Ernährung und Körper - Das Beispiel türkischer MigrantInnen in Deutschland. http://www.michaelmzwick.de/-UPLOAD/sietar.-pdf, 27.01.2016.

Zwick, M. M. (2011): Die Ursachen der Adipositas im Kindes- und Jugendalter in der modernen Gesellschaft. Michael M. Zwick, M. M.; Deuschle, J; Renn, O. (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BCM	Body Cell Mass
BMI	Body Mass Index
bzw.	beziehungsweise
bspw.	beispielsweise
ca.	circa
cm	Zentimeter
d.h.	das heißt
dL	Deziliter
ECM	Extra Celuär Mass
et al.	et altera
etc.	et cetera
GGT	Gamma-Glutamyl-Transferase
ggf.	gegebenenfalls
HDL	High Density Lipoprotein
J	Jahre
kg	Kilogramm
kcal	Kilokalorien
L	Liter
LDL Low	Density Lipoprotein
Max	Maximum
m	Meter
Min	Minimum
Mg	Milligramm
MW	Mittelwert
n	Anzahl
SW	Standardabweichung

sec	Sekunden
Tab.	Tabelle
U	Unit/Einheit
u.a.m.	und andere mehr
uvm.	und viele(s) mehr
v.a.	vor allem
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prävalenz von Adipositas in Europa (Yumuk et al. 2015, S. 404) 2
Abbildung 2: Weltweite Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (DAG 2015) 10
Abbildung 3: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Männern in der EU, in 2008 oder dem folgenden Jahr (%) (Eurostat 2016).....11
Abbildung 4: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Frauen in der EU, in 2008 oder dem folgenden Jahr (%) (Eurostat 2016).....12
Abbildung 5: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Deutschland modifiziert nach DEGS1 (DEGS 2012).....12
Abbildung 6: Entwicklung der Verbreitung von Adipositas bei Erwachsenen von BGS98 (1998) bis DEGS1 (2008/11) (RKI 2012b).....13
Abbildung 7: Entwicklung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der Türkei zwischen 2008-2016 in Anlehnung (TUIK 2017).....14
Abbildung 8: Therapieziele und Therapiemaßnahmen in Abhängigkeit vom BMI und der Fettverteilung (Wirth 2000, S. 223) (modifiziert) 25
Abbildung 9: MOBILIS-Ernährungspyramide (Berg et al. 2008, S. 93).....49
Abbildung 10: Pyramide der mentalen Programmierung (Hofstede 1993, S. 19; Hofstede 2017, S. 5).....59
Abbildung 11: Die Manifestationen von Kultur (modifiziert) (Hofstede 1993, S. 21; Hofstede et al. 2017, S. 7).....60
Abbildung 12: Übersicht von verschiedenen Kulturdimensionen nach Apfelthaler 77
Abbildung 13: Verzehr von unterschiedlichen Lebensmitteln in der Türkei in Gramm pro Tag (TCSB 2011, S. 20; SAGEM 2014, S. 303 ff.).....80
Abbildung 14: Einordnung Deutschland in die Kulturdimensionen von Hofstede (Hofstede 2016a).....87
Abbildung 15: Einordnung der Türkei in die Kulturdimensionen (Hofstede 2016b) 88
Abbildung 16: Kulturvergleich anhand der Kulturdimensionen (Hofstede 2016) 90
Abbildung 17: Beispiele für Covers aus der Türkei bezüglich des Expertenstatus (http://www.dr.com.tr/kategori/Kitap).....100

Abbildung 18: Beispiele für Covers bezüglich „Herdentrieb“ (http://www.dr.com.tr/kategori/Kitap).....100
Abbildung 19: Cover-Beispiele aus Deutschland (www.gu.de).....101
Abbildung 20: Coverbeispiele für „Zeit ist Geld“ oder schnelle Ergebnisse (www.dr.com.tr).....104
Abbildung 21: Beispiele aus Deutschland für Langzeitorientierung (www.gu.de) 105
Abbildung 22: Beispiele aus der Türkei für Kurzzeitorientierung (http://www.dr.com.tr/kategori/Kitap).....105
Abbildung 23**:** Untersuchungsablauf der Arbeit.....119
Abbildung 24: Studienablauf der Interventionsstudie 122
Abbildung 25: Ablauf der Bewegungs- und Ernährungsintervention 135
Abbildung 26: Darstellung der Ausdauergeräte und Probanden 139
Abbildung 27: Borg-Skala (modifiziert) (Borg 1998, S. 30).....140
Abbildung 28: Ablauf der Befragung zum Gesundheitsverhalten der Beratungssuchenden 141
Abbildung 29: Ablauf des leitfadengestützten Experteninterviews.....147
Abbildung 30: Ablauf der Erhebung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens 155
Abbildung 31: Ernährungs- und Bewegungsprotokollbogen 156
Abbildung 32: Entwicklung der Mittelwerte des Körpergewichts von t0 – t1 (n= 7) 163
Abbildung 33: Entwicklung der Mittelwerte des BMI von t0 – t1 (n= 7).....164
Abbildung 34: Entwicklung der Mittelwerte des Taillenumfangs von t0 – t1 (n= 7) 164
Abbildung 35: Teilnahmehäufigkeit an der Ernährungsberatung.....171
Abbildung 36: Teilnahmehäufigkeit an den Bewegungseinheiten 171
Abbildung 37: Intensives Tätigkeitsvorkommen bei der Arbeit (n= 259).....172
Abbildung 38: Häufigkeit der intensiven Aktivitäten bei der Arbeit (n= 259) ...173
Abbildung 39: Moderates Tätigkeitsvorkommen bei der Arbeit (n= 259).....174
Abbildung 40: Häufigkeit der moderaten Aktivitäten bei der Arbeit (n= 259) ...175
Abbildung 41: Tägliches Verkehrsverhalten (n= 259) 176

Abbildung 42: Intensives Sport-, Fitness- oder Freizeitverhalten (n= 259) 177
Abbildung 43: Häufigkeit des intensiven Sport-, Fitness- oder Freizeitverhaltens (n= 259).....178
Abbildung 44: Moderate Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten (n= 259) 179
Abbildung 45: Häufigkeit der moderaten Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten (n= 259).....180
Abbildung 46: Häufigkeit des Obst- und Gemüseverzehrs (n= 259) 181
Abbildung 47: Menge des Obst- und Gemüseverzehrs (n= 259) 182
Abbildung 48: Verzehrhäufigkeit von kalziumreichen Produkten pro Woche (n= 259) 183
Abbildung 49: Verzehrhäufigkeit von Vollkornprodukten pro Woche (n= 259) 184
Abbildung 50: Verzehrhäufigkeit von Fleisch pro Woche 185
Abbildung 51: Verzehrhäufigkeit von Fisch oder Meeresfrüchten (n= 259) 186
Abbildung 52: Verzehrhäufigkeit von Süßigkeiten und Knabbereien pro Woche (n= 259).....187
Abbildung 53: Dauer der Hauptmahlzeiten (n= 259) 189
Abbildung 54: Trinkmenge pro Tag (n= 259) 190
Abbildung 55: Rauchverhalten der Beratungssuchenden (n= 259) 191
Abbildung 56: Häufigkeit des Alkoholkonsums der Beratungssuchenden (n= 259) 192
Abbildung 57: Stressniveau der Beratungssuchenden (n= 259) 193
Abbildung 58: Häufigkeit der in Anspruch genommenen Freizeitaktivitäten (n= 259) 194
Abbildung 59: Geschlechterverteilung der Beratungssuchenden (n= 259) 195
Abbildung 60: Die berufliche Situation der Beratungssuchenden (n= 259).....195
Abbildung 61: Bildungsniveau der Beratungssuchenden (n= 259) 196
Abbildung 62: Einkommenshöhe der Beratungssuchenden (n= 259) 197
Abbildung 63: Kategoriensystem der Informationskanäle 199
Abbildung 64: Kategoriensystem der Ursachen des Übergewichtsproblems.....200
Abbildung 65: Kategoriensystem der Gründe für Gewichtsreduktion 203
Abbildung 66: Kategoriensystem der Einstellung zur Ernährung und Bewegung in der Türkei.....204

Abbildung 67: Kategoriensystem der kulturspezifischen Gestaltung des europäischen Konstrukts 205
Abbildung 68: Vergleich der Häufigkeit von Mahlzeiten Türkei und Deutschland (n= 30) 208
Abbildung 69: Vergleich der Mahlzeithäufigkeit zwischen TR und DE (n= 30) 209
Abbildung 70: Aktivitätsverhalten der Protokollanten in der Freizeit im Landesvergleich TR und DE (n= 30) 213
Abbildung 71: Zusammenhang Mahlzeithäufigkeit und BMI TR (n= 30) 214
Abbildung 72: Zusammenhang Mahlzeithäufigkeit und BMI DE (n= 30) 215
Abbildung 73: Zusammenhang Alter und BMI in der Türkei (n= 30) 215
Abbildung 74: Zusammenhang Alter und BMI in Deutschland (n= 30) 216
Abbildung 75: Zusammenhang Alter und Häufigkeit der Bewegungseinheiten pro Woche in der Türkei (n= 30) 217
Abbildung 76: Zusammenhang Alter und Häufigkeit der Bewegungseinheiten pro Woche in Deutschland (n= 30) 217
Abbildung 77: Zusammenhang Alter und Dauer der körperlichen Aktivitäten in der Freizeit TR (n= 30) 218
Abbildung 78: Zusammenhang Alter und Dauer der körperlichen Aktivitäten in der Freizeit DE (n= 30) 219
Abbildung 79: Zusammenhang BMI und Dauer der körperlichen Aktivitäten pro Woche in der Türkei (n= 30) 219
Abbildung 80: Zusammenhang BMI und Dauer der körperlichen Aktivitäten pro Woche in Deutschland (n= 30) 220
Abbildung 81: Zusammenhang Beruf und BMI TR (n= 30) 221
Abbildung 82: Zusammenhang Beruf und BMI DE (n= 30) 221
Abbildung 83: Verteilung der Adipositasprävalenz in der Türkei (TCSB 2016) 223
Abbildung 84: Körperliches Aktivitätsvorkommen pro Woche 241

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des BMI (WHO 2016c) 17
Tabelle 2: Taillenumfang sowie kardiovaskuläres und metabolisches Risiko (Wirth und Hauner 2013, S. 4).....18
Tabelle 3: Negative Auswirkungen der Modernisierung auf den Lebensstil 20
Tabelle 4: Mit Übergewicht und Adipositas assoziierte Erkrankungen (Wirth und Hauner 2013, S.173 ff.; Hauner et al. 2014, S. 17).....22
Tabelle 5: Durch Adipositas verursachte Kostenarten modifiziert nach Knoll (2010).....23
Tabelle 6: Vorgehensweise bei der Erstuntersuchung (Hauner et al. 2014, S. 39)28
Tabelle 7: Das Basisprogramm der S3-Leitlinie zur Therapie von Übergewicht und Adipositas (Hauner et al. 2014, S. 42 ff.) 30
Tabelle 8: Komponente der Verhaltenstherapie nach S3-Leitlinie (Hauner et al. 2014, S. 54).....35
Tabelle 9: Grundsätze des Programms bezüglich der Ernährung (Froböse 2014) 43
Tabelle 10: Standardisiertes Konzept (MOBILIS 2017): 47
Tabelle 11: Eigenschaften der Gesellschaften mit einer hohen und niedrigeren Machtdistanz (Hofstede et al. 2017, S. 86; Hofstede 1993, S. 67 ff.; Hofstede 1984, S. 96).....65
Tabelle 12: Ausprägungen von individualistischen bzw. kollektivistischen Gesellschaften (Hofstede et al. 2017, S. 130; Hofstede 1984, S. 171; Hofstede 1993, S. 84; Huck 2004, S. 102):.....66
Tabelle 13: Ausprägungen von Gesellschaften mit maskuliner und femininer Orientierung (Hofstede et al. 2017, S. 175; Hofstede 1984, S. 207 ff.; Hofstede 1993, S. 60 ff.): 68
Tabelle 14: Die Charakteristiken der Gesellschaften mit schwacher bzw. einer starken Tendenz zur Unsicherheitsvermeidung (Hofstede et al. 2017, S. 224; Hofstede 1984, S 132 ff.; Hofstede 1993, S. 129 ff.; Huck 2004):.....70
Tabelle 15: Ausprägungen der langfristig vs. kurzfristig orientierten Gesellschaften (Hofstede et al. 2017, S. 261 f.; Hofstede 1993, S. 190; Huck 2004) 71

Tabelle 16: Einschlusskriterien 126
Tabelle 17: Ausschlusskriterien 126
Tabelle 18: Anthropometrische Parameter der Probanden zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0). 127
Tabelle 19: Tabellarische Darstellung der erhobenen Parameter 128
Tabelle 20: Kategorisierung und Klassifizierung des Phasenwinkels (DIG 2009, S. 18) 132
Tabelle 21: Kategorisierung und Klassifizierung von ECM/BCM-Index (DIG 2009, S. 18) 133
Tabelle 22: Referenzwerte für die erhobenen Laborparameter (Elsenhans 2006) 133
Tabelle 23: Einteilung der Blutdruck-Werte laut WHO (Croci 2017; Klier 2015/16) 134
Tabelle 24: Überblick der Themenkomplexe des Fragebogens zum Gesundheitsverhalten 142
Tabelle 25: Funktionen und Aufgabengebiete der Experten 149
Tabelle 26 Richtwerte für das Signifikanzniveau (p-Werte und Z-Werte) sowie des Pearson-Korrelationskoeffizienten (in Anlehnung an BÜHL 2008) 160
Tabelle 27: Anthropometrische Parameter der Probanden zum Beginn der Intervention (t0). 162
Tabelle 28: Anthropometrische Parameter zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) 162
Tabelle 29: Entwicklung der anthropometrischen Parameter von t0 zu t1 163
Tabelle 30: Körperzusammensetzung bei der Eingangsuntersuchung (t0) 165
Tabelle 31: Körperzusammensetzung zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1) 165
Tabelle 32: Entwicklung mittels BIA ermittelte Parameter von t0 zu t1 166
Tabelle 33: Laborparameter zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung (t0). 168
Tabelle 34: Die Laborparameter zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung (t1)). 169
Tabelle 35: Entwicklung der Laborparameter von t0 zu t1 169

Tabelle 36: Geschlechterspezifische Verteilung des intensiven Tätigkeitsvorkommens bei der Arbeit 172
Tabelle 37: Geschlechterspezifische Verteilung der Häufigkeit des intensiven Tätigkeitsvorkommens bei der Arbeit 173
Tabelle 38: Geschlechterspezifische Verteilung des moderaten Tätigkeitsvorkommens bei der Arbeit 174
Tabelle 39: Geschlechterspezifische Verteilung der Häufigkeit der moderat körperlichen Aktivität bei der Arbeit 175
Tabelle 40: Geschlechterspezifische Verteilung des Verkehrsverhalten der Beratungssuchenden 176
Tabelle 41: Geschlechterspezifische Verteilung der intensiven Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten 177
Tabelle 42: Geschlechterspezifische Verteilung der Häufigkeit der intensiven Sport-, Fitness- und Freizeitaktivitäten 178
Tabelle 43: Geschlechterspezifische Verteilung der moderaten Sport-, Fitness- oder Freizeitaktivitäten 179
Tabelle 44: Geschlechterspezifische Verteilung der Häufigkeit der moderaten Sport-, Fitness- und Freizeitaktivitäten 180
Tabelle 45: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse pro Woche 182
Tabelle 46: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse pro Tag 183
Tabelle 47: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Milch und Milcherzeugnissen pro Woche 184
Tabelle 48: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Vollkornprodukten pro Woche 185
Tabelle 49: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Fleisch und Fleischerzeugnissen pro Woche 186
Tabelle 50: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Fisch und Meeresfrüchten 187
Tabelle 51: Geschlechterspezifische Verteilung der Verzehrhäufigkeit von Süßigkeiten 188

Tabelle 52: Geschlechterspezifische Verteilung der Anzahl der Hauptmahlzeiten 188
Tabelle 53: Geschlechterspezifische Verteilung der Anzahl von Zwischenmahlzeiten 189
Tabelle 54: Geschlechterspezifische Verteilung der Dauer der Hauptmahlzeiten 190
Tabelle 55: Geschlechterspezifische Verteilung der Menge der Flüssigkeitszufuhr pro Tag 191
Tabelle 56: Geschlechterspezifische Verteilung des Rauchverhaltens.....192
Tabelle 57: Geschlechterspezifische Verteilung des Trinkverhaltens 193
Tabelle 58: Geschlechterspezifische Verteilung der Stressbelastung.....194
Tabelle 59: Anthropometrische Daten der Beratungssuchenden.....195
Tabelle 60: Geschlechterspezifische Verteilung der beruflichen Situation 196
Tabelle 61: Geschlechterspezifische Verteilung des Bildungsniveaus.....197
Tabelle 62: Geschlechterspezifische Verteilung der Höhe des Einkommens 198
Tabelle 63: Anthropometrische Daten der Protokollanten im Ländervergleich (n= 30) 207
Tabelle 64: Verzehrstruktur des Frühstücks im Ländervergleich TR/DE 210
Tabelle 65: Verzehrstruktur des Mittagsessens im Vergleich Türkei und Deutschland.....211
Tabelle 66: Verzehrstruktur Abendessen im Vergleich Türkei und Deutschland 212
Tabelle 67: Vergleich der körperlichen Aktivität bezüglich Häufigkeit und Dauer in der Freizeit TR/DE (n= 30).....214

Anhang

A I: Abstract (Deutsch)
A II: Abstract (Englisch)
A III: Einverständniserklärung in deutscher und türkischer Sprache
A IV: Anamnesebogen
A V: Fragebogen zur Studie
A VI: Leitfaden zur Experteninterviewreihe
A VII: Transkription der Experteninterviewreihe in türkischer Sprache
A VIII: Lebenslauf

Anhang I: Abstrakt Deutsch

Hintergrund:

Das Problem Übergewicht und Adipositas wächst stetig und hat das Ausmaß einer weltweiten Epidemie angenommen. In hohem Maße sind auch die Menschen in der Türkei von Übergewicht und Adipositas betroffen, beispielsweise aktuell 70,7 % der Frauen, und die Tendenz ist steigend. Manchmal kommen die nationalen Bemühungen zu kurz oder sind der Problematik nicht genug gewachsen. Da das Problem Übergewicht ein Risikofaktor für die Entwicklung verschiedener Erkrankungen darstellt, die medizinische Behandlung zu erhöhten Belastungen des Gesundheitssystems führt und am allerwichtigsten die Verschlechterung der Lebensqualität bedeutet, sollten die auf evidenzbasierter Grundlage aufbauende Präventionskonzepte für alle Betroffenen zur Verfügung stehen.

In der vorliegenden Arbeit wurde ein für den deutschsprachigen Raum entwickeltes Präventionskonzept „Das Turbo-Stoffwechsel-Prinzip“ zur Behandlung von Übergewicht unter den kulturspezifischen Rahmenbedingungen in der Türkei erprobt, um die Praktikabilität des Konstrukts in diesem Setting festzustellen, daraus den betroffenen übergewichtigen und adipösen Personen durch die zielgruppenorientierte Modifikation in der Abnehmpraxis eine evidenzbasierte Therapiemöglichkeit anzubieten und somit auch einen Beitrag zu den internationalen Bemühungen in der Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas zu leisten.

Methode:

Um die Forschungsfrage in vollem Umfang beantworten zu können, wurde als erster Schritt das europäische Konstrukt unter den kulturspezifischen Rahmenbedingungen in Form von Ernährungs- und Bewegungsinterventionen in der Türkei (in Istanbul) erprobt, um einerseits die Effekte der Intervention festzustellen und andererseits die Praktikabilität und Umsetzbarkeit in originaler Form bei der Abnehmpraxis herauszufinden. Zu dieser Interventionsstudie wurde parallel das Gesundheitsverhalten der übergewichtigen und adipösen Personen mittels eines standardisierten Fragebogens detailliert erhoben, um eine breitere Basis für die zielgruppenspezifische Modifikation des Konstrukts zu bilden. Darüber hinaus wurden leitfadengestützte Experteninterviews und das Ernährungs- und Bewegungsprotokoll eingesetzt, um die offenen Fragestellungen zu beantworten und die Aktualität der Daten sicherzustellen. Dadurch ist eine gänzliche zielgruppenspezifische Modifikation des europäischen

Präventionskonzepts möglich.

Ergebnisse:
Die Ergebnisse der Interventionsstudie belegen, trotz Schwierigkeiten bei der Umsetzung, dass die Bewegungs- und Ernährungsintervention hinsichtlich der Langzeiteffekte signifikante Änderungen in den meisten studienrelevanten Parametern zeigt, beispielsweise bei Körpergewicht von 88,2 ± 16,0 auf 82,5 ± 16,0 (- 5,70 kg) bzw. 6,4 %, bei BMI von 33,45 ± 3,61 auf 31,24 ± 3,73 (- 2,21 kg/m2) bzw. 6,4 % und bei Taillenumfang von 103,7 ± 9,6 cm auf 92,9 ± 9,6 cm (- 10,8 cm) bzw. 10,4 %. Von 30 Probanden nahmen im Durchschnitt nur 7,62 ± 4,94 an den angeleiteten Bewegungseinheiten teil, bei den Ernährungsinterventionen waren es im Durchschnitt 15,25 ± 5,37 Probanden. Ein Drop-out nach 26 Wochen betrug 77 % (23 Personen).

Die Ergebnisse der anderen Teilstudien, die im Rahmen dieser Arbeit eingesetzt wurden, belegen, dass das Bewegungs- und Ernährungsverhalten der in der Türkei lebenden Personen von einer gesunden Lebensweise nach den DGE-Richtlinien weit entfernt ist. Das durchschnittliche Sitzverhalten betrug über 6,55 Stunden. Die vierte eingesetzte Methode, die zur Erhebung der aktuellen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Einheimischen in der Türkei sowie der in Deutschland lebenden Türkeistämmigen diente, belegte, dass keine signifikanten Unterschiede vom Ursprungsland hinsichtlich Ernährungs- und Bewegungsverhalten vorhanden sind und ein für die in der Türkei lebenden Personen modifiziertes Konstrukt auch ohne weiteres bzw. ohne große Änderungen in Deutschland eingesetzt werden könnte.

Zusammenfassung:
Wie die Ergebnisse der Interventionsstudie und im Weiteren die Ergebnisse der Experteninterviews offenlegen, ist die Berücksichtigung der kulturspezifischen Rahmenbedingungen, wie Erwartungen, Interessen und Vorlieben usw. der Zielgruppe, bei der inhaltlichen Gestaltung, Umsetzung und Etablierung des Konzeptes signifikant bedeutend, um die Menschen mit Übergewichtsproblemen zu erreichen und somit auch einen Beitrag zu den internationalen Bemühungen in der Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas zu leisten.

Schlagworte
Präventionskonzept, Lebensstil-Intervention, Gewichtsreduktionsprogramm, Kultur, Therapie, Adipositas, Diät, Türkei

Anhang II: Abstrakt Englisch

Background:

The problem of overweight and obesity is growing steadily and has reached the magnitude of a worldwide epidemic. To a large extent the people in Turkey are also affected by this problem, for example currently 70.7% of women, with the trend is rising. Sometimes the national efforts are too little or have not done enough to address this problem. As the problem of overweight is a risk factor for the development of various diseases. Medical treatment leads to increased stress on the health system and, most importantly, reduced quality of life, therefore prevention-based lifestyle intervention should be available to all concerned.

In the present study a prevention concept, "The Turbo-Metabolism Principle" developed for German-speaking countries, was tested under the culture-specific conditions in Turkey to determine its practicability and transferability. This concept will offer the overweight and obese persons concerned an evidence-based therapy option for weight loss, and thus to make a significant contribution to international efforts in the fight against overweight and obesity.

Method:

In order to be able to answer the research question in full, the first step was to test the European prevention concept under the culture-specific conditions in the form of nutrition and exercise interventions in Turkey (in Istanbul). The intervention concept was studied, firstly to determine the effects, secondly the practicability and lastly the feasibility in original form of the weight loss practice. In parallel to this intervention study, the health behavior of overweight and obese individuals was assessed in detail, by means of a standardized questionnaire, in order to provide a broader basis for the target group-specific modification of the construct. In addition, guideline-based expert interviews and the nutrition and exercise protocol were used to answer the open questions and ensure the timeliness of the data. This ensures a complete target group-specific modification of European prevention concept.

Results:

The results of the intervention study, despite difficulties in implementation, show that exercise and nutritional modifications has significant changes in long-term effects in most study-relevant parameters. The mean body weight of the intervention group decreased from 88.2 ± 16.0 to 82.5 ± 16.0 (- 5.70 kg) or 6.4

%, and BMI from 33.45 ± 3.61 to 31.24 ± 3.73 (-2.21 kg / m2) or 6.4 % and waist circumference of 103.7 ± 9.6 cm to 92.9 ± 9.6 cm (-10.8 cm) or 10.4 %. Of the 30 volunteers, only 7.62 ± 4.94 participated in the guided exercise units, and 15.25 ± 5.37 subjects in the dietary interventions. After 26 weeks, 77% (23 people) had dropped out of the study.

The results of the other sub-studies used in this work demonstrate that the physical activity and nutritional habits of people living in Turkey, according to the DGE guidelines, are not in tune with a healthy lifestyle. The average daily sitting behavior was over 6.55 hours. The fourth method used to survey the current dietary and physical habits of locals in Turkey and those living in Germany showed no significant differences between the country of origin in terms of diet and physical activity. It also showed that the prevention concept for Turkey could also be used for the Turkish population living in Germany without major changes.

Summary and conclusion:

The results of the intervention study and subsequent expert interviews reveal that culture-specific modifications to the framework is required. These modifications should include expectations, interests and preferences of the target group, in the content design, implementation and establishment of the concept. These finding are of significance to people with overweight problems, and contribute to international efforts in the fight against overweight and obesity.

Keywords

Prevention concept, lifestyle intervention, weight reduction program, culture, therapy, obesity, diet, turkey

Anhang III: Einverständniserklärung

Methodik

Probandenaufklärung

Deutsche Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne
Institut für Pädagogik und Philosophie

Die Ethikkommission

Erforderliche Einverständniserklärung

Projekttitel: „Umsetzung des europäischen Konstrukts zur Gewichtsreduktion unter kulturspezifischen Rahmenbedingungen in der Türkei“.

Verantwortlicher Projektleiter: Ahmet Tarık Ergüven

Telefon: 0090 539 240 60 86

Unser Forschungsprojekt befasst sich mit der Umsetzung des europäischen Konstrukts zur Gewichtsreduktion in der Türkei.

Ihre Aufgabe als Proband wird darin bestehen, an den Ernährungs- und Trainingsinterventionen teilzunehmen und in den Alltag zu integrieren.

Wir werden relevante Studienparameter, wie Alter, Größe, Gewicht, Bauchumfang, Körperzusammensetzung und Laborparameter registrieren.

Anhand der erhobenen Daten wollen wir herausfinden, wie weit ein europäisches Konstrukt komplett in der Türkei umsetzbar ist und welche Erwartungen die Studienteilnehmer an ein Konstrukt zur Gewichtsreduktion stellen.

Die Untersuchung sollte für Sie weder schmerzhaft noch unangenehm sein. Ihre Daten werden wir unter Verschluss halten und nur in anonymisierter Form veröffentlichen. Sie haben das Recht, jederzeit Fragen zu stellen und die Untersuchung ohne Gefährdung oder sonstige Nachteile für Sie jederzeit abzubrechen.

Da die DSHS Köln keine Probandenversicherung für dieses Vorhaben abgeschlossen hat, ist eine Haftung für Sach- und Personenschäden gegen die Sporthochschule und ihre Mitarbeiter ausgeschlossen - es sein denn, der entstandene Schaden beruht auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass sie sich freiwillig zur Teilnahme an dieser Untersuchung entschlossen haben.

Proband (Datum, Name):

Zeuge (Datum, Name):

1

Anhang III: Einverständniserklärung auf Türkisch

4 Proband Bilgilendirmesi

Deutsche Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne
Institut für Pädagogik und Philosophie

Etik Komisyonu

Gerekli Onay

Proje başlığı: "Bir Avrupa zayıflama konseptinin Türkiye'de özel kültürel şartlar altında uygulanması"

Proje Sorumlusu: Ahmet Tarık Ergüven

Telefon: 0090 539 240 60 86

Araştırma projemizin konusu bir Avrupa zayıflama konseptinin Türkiye'de uygulanabilirliğinin araştırılmasıdır.

Proband olarak görevleriniz, diyet ve egzersiz müdahalelerinde (çalışmalarında) yer almak ve günlük yaşamda uygulamaktır.

Bizim buradaki görevimiz ise araştırmayla ilgili yaş, boy, kilo, bel çevresi, vücut kompozisyonu ve laboratuvar parametrelerini kaydetmek olacaktır.

Elde edilen verilere dayanarak bir Avrupa zayıflama konseptinin Türkiye'de uygulanabilirliğini sınamayı ve araştırmaya katılan kişilerin kilo verme programından ne/ler beklediklerini öğrenmeyi amaçlıyoruz.

Araştırma, sizi zorlayıcı veya rahatsız edici olmamalıdır. Elde edilen veriler gizli tutulacak, sadece bilimsel amaçlı bu çalışmada isim vermeden kullanılacaktır. Dilediğiniz zaman soru sorma, bilgi edinme ve herhangi bir dezavantajınız olamadan araştırmayı bırakma hakkına sahipsiniz.

Köln Alman Spor Üniversitesi bu proje için herhangi bir Proband sigortası yapmamaktadır ve dolayısıyla Spor Üniversitesi'nin ve çalışanların mal ve şahış zararlarına karşı hiçbir sorumluluğu yoktur.- bu zarar ihmal veya kasıta dayanmadığı süresince.

Aşağıdaki bölümü imzalayarak bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığınızı onaylıyorsunuz.

Proband (tarih, isim):

Şahit (tarih, isim):

Anhang V: Anamnesebogen

Anamnese – Eingangstest von:

Körperfettanteil_____ Alter _____

Körpergewicht _____ Körpergröße_____

Ruhepuls _____ Blutdruck/ Systole _____ Diastole _____

Haben Sie Beschwerden, Erkrankungen oder akute Verletzungen

im Bereich der Muskeln, Knochen, Bänder und Sehnen?

- ☐ Haltungsschwäche
- ☐ Beschwerden HWS
- ☐ Beschwerden BWS
- ☐ Beschwerden LWS
- ☐ Wirbelverschleiß
- ☐ Bandscheibenschaden
- ☐ Wirbelverschiebung
- ☐ Ellenbogen
- ☐ Handgelenke
- ☐ Schulter
- ☐ Hüftgelenk
- ☐ Knie
- ☐ Fußgelenk
- ☐

im Bereich der inneren Organe oder des allgemeinen Stoffwechsels?

- ☐ Ja _____
- ☐ nein

Medikamente

- ☐ Blutdrucksenkend
- ☐ Beruhigend
- ☐ Kreislaufanregend
- ☐ Sonstiges

Sonstige Erkrankungen

- ☐ Asthma
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐

Sind in Ihrer Familie schwerwiegende Erkrankungen bekannt?

- ☐ ja
- ☐ nein

Rauchen Sie

- ☐ Ja
- ☐ nein

Wie ist Ihr Alkoholkonsum?

Anhang IV:Anamnesebogen

Sportliche Aktivitäten		
Welche Sportarten		
...haben Sie früher betrieben?	☐ Freizeitsport	☐ Leistungssport
...betreiben Sie heute?	☐ Freizeitsport	☐ Leistungssport

Trainingswünsche/Ziele

Wie stellen Sie sich Ihre Trainingsintensität vor?

_____Tage pro Woche
_____Minuten pro Tag

Welche der nachfolgenden Trainingsziele treffen auf Sie zu?

- ☐ Herz-Kreislauf Training
- ☐ Gewichtreduktion
- ☐ Körperstraffung
- ☐ Haltungsverbesserung
- ☐ sonstiges
- ☐ Positive Beeinflussung körp. Beschwerden
- ☐ Figurtraining
- ☐ Muskelaufbau
- ☐ Stressaufgleich

Alltagsabhängige Faktoren

Ist Ihre berufliche Tätigkeit...

- ☐ überwiegend sitzend
- ☐ überwiegend stehend
- ☐ Mit körp. Anstrengung verbunden

Fühlen Sie sich im Alltag gestresst?

- ☐ öfter
- ☐ manchmal
- ☐ nie

Halten Sie derzeit eine Diät?

- ☐ nein
- ☐ ja

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Datum:_____ Unterschrift des Kunden:_____

Anhang V: Fragebogen

Fiziksel aktiviteler

Aşağıdaki sorularda normal bir hafta içerisinde (haftalık) farklı fiziksel aktivitelerin süreleri sorulacaktır

Lütfen soruları kendinizi düzenli hareket eden birisi görmesenizde cevaplayınız.

Soruları cevaplarken yoğun fiziksel aktiviteler ve orta seviye fiziksel aktiviteler olarak ikiye ayırıyoruz.

A1. **İşiniz hafif terlemeye neden olan fiziksel çalışmayı içeriyor mu?(Örneğin hızlı yürüme, hafif eşyaları taşıma gibi) veya yaptığınız iş en azından 10 dakika sürüp biraz daha hızlı nefes alıp veremeye neden oluyor mu?**

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

A2. **Haftanın kaç gününde bu tarz fiziksel çalışmaları işinizin bir parçası olarak yapıyorsunuz?**

- ☐ Hiç
- ☐ 1 gün
- ☐ 2 gün
- ☐ 3 gün
- ☐ 4 gün
- ☐ 5 gün
- ☐ 6 gün
- ☐ 7 gün

A3. **Böyle bir çalışma gününde ortalama ne kadar zamanınızı fiziksel çalışarak geçiriyorsunuz? Lütfen saat türünden yazınız.**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Anhang V: Fragebogen

A4. **İşiniz hafif terlemeye neden olan fiziksel çalışmayı içeriyor mu?(Örneğin hızlı yürüme, hafif eşyaları taşıma gibi) veya yaptığınız iş en azından 10 dakika sürüp biraz daha hızlı nefes alıp veremeye neden oluyor mu?**

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

A5. **Haftanın kaç gününde bu tarz fiziksel çalışmaları işinizin bir parçası olarak yapıyorsunuz?**

- ☐ Hiç
- ☐ 1 gün
- ☐ 2 gün
- ☐ 3 gün
- ☐ 4 gün
- ☐ 5 gün
- ☐ 6 gün
- ☐ 7 gün

A6. **Böyle bir çalışma gününde ortalama ne kadar zamanınızı fiziksel çalışarak geçiriyorsunuz? Lütfen saat türünden yazınız.**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Section B: Fiziksel aktiviteler 2

Fiziksel Aktiviteler

Ulaşımla ilgili sorular bölümü

İlerideki bölümde ulaşım tarzınız ile ilgili alışkanlıklarınız hakkında sorular yöneltilecektir. Şimdi günlük gitmek zorunda olduğunuz yerlere nasıl ulaştığınız hakkında sorular yöneltilecektir. Örneğin işe, alışverişe, arkadaşlarınıza, spora gibi... Bu sorular işteki bahsettiğiniz fiziksel aktiviteleri kapsamıyor.

B1. **Düzenli olarak günde en azından 10 dakika ulaşmak zorunda olduğunuz yere yürüyerek ya da bisikletle gidiyormusunuz? Burada örneğin işe, alışverişe boş zamanların değerlendirdiğiniz yer, arkadaş ziyaretleri gibi...**

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Anhang V: Fragebogen

Section C: Fiziksel aktiviteler 3

Boş zaman değerlendirme alışkanlığı sorular bölümü:

Şimdi nasıl boş zamanlarınızı değerlendirdiğinize gelelim. Önümüzdeki sorularda öncelikle yoğun daha sonra orta derecede Spor, Fitness ve boş zaman değerlendirme aktivitelerine geleceğiz. Bu bölümdeki sorular yukarıda değindiğiniz iş ve ulaşımla ilgili fiziksel aktiviteleri kapsamıyor.

C1. En azından10 dakika aşırı terlediğiniz nefes nefese kaldığınız yoğun spor, fitness veya boş zaman aktifitesi yapıyor musunuz? (Örneğin: Koşu, Spor yüzme veya tempolu bisiklet sürme)

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

C2. Normal bir haftada kaç gün bu tarz yoğun spor, fitness veya boş zaman aktivitesi yapıyorsunuz?

- ☐ Hiç
- ☐ 1 gün
- ☐ 2 gün
- ☐ 3 gün
- ☐ 4 gün
- ☐ 5 gün
- ☐ 6 gün
- ☐ 7 gün

C3. Böyle bir günde bu yoğun spor, fitness veya boş zaman aktivitesiyle ne kadar zaman geçiriyorsunuz? Dakika türünden yazınız.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

C4. En azından 10 dakika çalışma esnasında hafif terlediğiniz ve nefesinizin hafif hızlandığı orta seviye spor, fitness veya boş zaman aktivitesi yapıyor musunuz? (Örneğin Tempolu yürüyüş, golf, veya jimnastik ve pilates)

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Anhang V: Fragebogen

C5. **Normal bir haftada kaç gün bu tarz normal spor, fitness veya boş zaman aktivitesi yapıyorsunuz?**

- ☐ Hiç
- ☐ 1 gün
- ☐ 2 gün
- ☐ 3 gün
- ☐ 4 gün
- ☐ 5 gün
- ☐ 6 gün
- ☐ 7 gün

C6. **Böyle bir günde bu orta seviye spor, fitness veya boş zaman aktivitesine ne kadar zaman ayırıyorsunuz? (Dakika türünden yazınız.)**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

C7. **Normalde bir günde ortalama kaç saatinizi otutarak ya da yatarak (uyuyarak değil) geçiriyorsunuz? (Saat türünden yazınız.)**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Section D: Beslenme

Şimdi beslenme konusuna gelelim. Lütfen şimdi son 7 günü düşününüz. Yani geçen haftayı.

D1. **Geçen hafta hangi sıklıkla sebze ve meyve gibi doğal ürünleri tükettiniz?**

- ☐ Hiç
- ☐ Haftada 1-2 defa
- ☐ Haftada 3-4 defa
- ☐ Haftada 5-6 defa
- ☐ Hergün

D2. **Meyve ve sebze yediğiniz günlerde günde kaç tane meyve ve sebze tüketiyorsunuz? (Tane dediğimizde burada porsiyonu kastediyoruz. Bir porsiyon ortalama bir avuç dolusu meyve veya sebze demektir.)**

- ☐ Hiç
- ☐ 1-2 tane meyve ve sebze
- ☐ 3-4 tane meyve ve sebze
- ☐ 5 veya daha fazla meyve ve sebze

Anhang V: Fragebogen

D3. **Geçen hafta hangi sıklıkla kalsiyum zengini ürünler süt, yoğurt, peynir gibi, tükettiniz?**

- ☐ Hiç
- ☐ Haftada 1-2 defa
- ☐ Haftada 3-4 defa
- ☐ Haftada 5-6 defa
- ☐ Hergün

D4. **Geçen hafta hangi sıklıkla tam tahıl ürünler; tam tahıl ekmek vb tükettiniz?**

- ☐ Hiç
- ☐ Haftada 1-2 defa
- ☐ Haftada 3-4 defa
- ☐ Haftada 5-6 defa
- ☐ Hergün

D5. **Geçen hafta hangi sıklıkla et yediniz? (Örneğin dana, kuzu, beyaz et, sucuk)**

- ☐ Hiç
- ☐ Haftada 1-2 defa
- ☐ Haftada 3-4 defa
- ☐ Haftada 5-6 defa
- ☐ Hergün

D6. **Geçen hafta hangi sıklıkla balık veya deniz ürünleri tükettiniz?**

- ☐ Hiç
- ☐ Haftada 1-2 defa
- ☐ Haftada 3-4 defa
- ☐ Haftada 5-6 defa
- ☐ Hergün

Anhang V: Fragebogen

D7. **Geçen hafta hangi sıklıkla tatlı ve çerez; chips, kek, pasta, çikolata, dondurma vb. tükettiniz?**

- ☐ Hiç
- ☐ Haftada 1-2 defa
- ☐ Haftada 3-4 defa
- ☐ Haftada 5-6 defa
- ☐ Hergün
- ☐ Günde birden fazla

D8. **Normal bir hafta hafta içinde (mesai günlerinde; pazartesi-cuma) ortalama kaç ana ve ara öğün alıyorsunuz? Ana ve ara öğün şekillerinde sırasıyla belirtiniz.**

Ana öğün: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ara öğün: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

D9. **Ana öğünler için ne kadar zaman ayırıyorsunuz?**

- ☐ 10 dakikadan az
- ☐ 10-20 dakika arası
- ☐ 20-30 dakika arası
- ☐ 30 dakikadan fazla

D10. **Normalde bir günde ortalama ne kadar su içiyorsunuz?**

- ☐ 1 litreden az
- ☐ 1-2 litre arası
- ☐ 2-3 litre arası
- ☐ 3 litreden fazla

Section E: Sigara Alışkanlığı

Bu kısa bölümü sigara alışkanlığınıza ayırdık.

E1. **Sigara kullanıyor musunuz?**

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Anhang V: Fragebogen

E2. **Günde ne kadar kullanıyorsunuz? Adet türünden yazınız.**

Section F: Alkol tüketimi

Alkol alışkınlıklarınızla ilgili bölümdür.

F1. **Hangi sıklıkla aşağıdaki alkollü içecekleri tüketiyorsunuz? (1-Günlük, 2-Haftada birden fazla, 3-Haftada bir defa, 4-Nadiren, 5-Hiç)**

	1	2	3	4	5
Alkol içeren içecekler (Bira v.b.)	☐	☐	☐	☐	☐
Şarap, Sekt	☐	☐	☐	☐	☐
Sert içkiler (rakı, vodka v.b.)	☐	☐	☐	☐	☐

F2. **Alkollü içecekler içtiğinizde kaç bardak tüketiyorsunuz?**

Bira (0,2l)

Şarap (0,1l)

Section G: Subjektif stres algılama ve dengeleme mekanizması

Şimdi kişisel stresi nasıl algıladığınıza ve buna gün içerisinde nasıl karşı koyduğunuza gelelim.

G1. **Şimdiki stres durumunuzun seviyesini nasıl tahmin ederdiniz?**

- ☐ Hiç baskı hissetmiyorum
- ☐ Çok az
- ☐ Arada sırada
- ☐ Fazla
- ☐ Çok fazla

Anhang V: Fragebogen

G2. **Günlük stresli dengelemek ve ortadan kaldırmak için neler yapıyorsunuz? (Birden fazla cevap alternatifi mümkün.)**

- ☐ Yemek yemek
- ☐ Spor yapmak
- ☐ Hareket etmek
- ☐ Gevşeme yöntemlerini kullanmak
- ☐ Arkadaşlar ile buluşmak
- ☐ Televizyon seyretmek
- ☐ Kitap okumak
- ☐ Müzik dinlemek
- ☐ Diğer

Section H: Kişisel Bilgiler

Bu bölümde bir kaç kısa kişisel soru sorulacaktır. Bu sosyo demokrafik sorular düzenli olarak halkın sağlık durumunu değerlendirecektir. Bu soruları cevaplamada serbestsiniz ve anomümdür. Teşekkürler

Tabii ki ilerideki soruları cevaplama isteği size bırakılmıştır. İsterseniz doğrudan test sonucunuzu öğrenebilirsiniz. Anonüm durumunuz kesinlikle korunacaktır.

H1. **Cinsiyetiniz?**

- ☐ Erkek
- ☐ Kadın

H2. **Yaşınız?**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

H3. **Hangi coğrafi bölgede yaşıyorsunuz?**

- ☐ Marmara Bölgesi
- ☐ Ege Bölgesi
- ☐ İç Anadolu Bölgesi
- ☐ Akdeniz Bölgesi
- ☐ Karadeniz Bölgesi
- ☐ Güney Doğu Anadolu Bölgesi
- ☐ Doğu Anadolu Bölgesi

Anhang V: Fragebogen

H4. **Posta kodunuz nedir?**

H5. **Mesleğiniz?**

- Öğrenci ☐
- İşçi ☐
- Memur ☐
- Serbest meslek ☐
- Ev kadını ☐
- Emekli ☐
- İş arayan ☐
- Yorum yok ☐

H6. **Eğitim seviyeniz?**

- ilkokul ☐
- Orta öğretim ☐
- Meslek lisesi ☐
- Lise ☐
- Yüksek okul ☐
- Üniversite ☐
- Okul terk ☐
- Yorum yok ☐

H7. **Boyunuz? (Santimetre cinsinden)**

H8. **Kilonuz? (Kg cinsinden)**

Anhang V: Fragebogen

H9. Oturduğunuz yerin nüfüsu ne kadar? (İlçe bazında)

- ☐ 5000 den az
- ☐ 5.000 - 20.000 arası
- ☐ 20.000 - 100.000 arası
- ☐ 100.000 - 500.000
- ☐ 500.000 den fazla
- ☐ Yorum yok

H10. Aylık net geliriniz ortalama ne kadar? (Vergiler ve sosyal kesintiler çıktıktan sonra elinize geçen net miktar?)

- ☐ 1.000 TL den az
- ☐ 1.000 TL ile 1.500 TL arası
- ☐ 1.500 TL ile 2.000 Tl arası
- ☐ 2.000 TL ile 3.000 TL arası
- ☐ 3.000 TL ile 5.000 TL arası
- ☐ 5.000 TL den fazla
- ☐ Yorum yok

İlginiz için teşekkür ederiz.

Anhang VI: Leitfaden für Experteninterviews

Anhang:

Leitfaden – Experteninterview

Allgemeines – Protokoll Experteninterview	
Experte	
Name der Einrichtung	
Interviewort	
Datum und Zeit	
Dauer des Interviews	
Zur Person	
Alter	
Geschlecht	
Beruf	
Funktionen und Aufgaben	
Seit wann in der Position	
Abschluss	
Anmerkungen zum Interview	

1

Anhang VI: Leitfaden für Experteninterviews

Einleitung

Einführung in das Thema
Kurze Vorstellung des Forschungsvorhabens und Erläuterung der Sinn und Zweck des Interviews.

Modul 1: Fragen zur Informationsgewinnung

- Welche Informationskanäle werden bei der Beschaffung von Informationen bezüglich der Gesundheit/Übergewicht von der Bevölkerung in Anspruch genommen? Und wie zuverlässig sind diese Quellen?

Modul 2: Fragen zur Einstellung der Ernährung und Bewegung

- Wie ist ihre Einstellung zur Bewegung und Ernährung?
- Sind Sie kulturell/sozial beeinflusst?

Modul 3: Fragen zur Ursachen von Gewichtsproblematik

- Welche Ursachen führen in der Türkei zur Gewichtsproblemen?
- Welcher Natur sind die Ursachen fürs Gewichtsproblem?

Modul 4: Fragen zur Beweggründe zum Abnehmen und Auswahl der Methoden

- Was sind die Beweggründe für die türkischen Kunden um abzunehmen?
- Welche Methoden für Abnehmen sind für die türkischen Kunden relevant?
- Was sind die Gründe für die Auswahl?
- Welche Erwartungen haben die türkischen Kunden von einem Gesundheitsprodukt fürs Abnehmen?
- Haben ihre Erwartungen einen kulturellen bzw. gesellschaftlichen Hintergrund?
- Wie bewerten Sie die aktuell angewendeten Methoden für die Bekämpfung von Übergewicht?
- Welche Risiken sind vorhanden?

Fragen zur erfolgreichen Etablierung eines Konstrukts/Gesundheitsprodukts in der Türkei am Beispiel eines Gewichtsreduktionsprogramms

- Welche Elemente unseres Angebotes müssen wir deutlicher hervorheben, damit das Programm für den türkischen Markt attraktiver und interessanter wird?
- Welche Messgrößen wenden die türkische Kunden fürs Essen?
- Wie soll die Inhaltliche Gestaltung des Produkts gruppenspezifisch aussehen?
- Welcher Weg verspricht erflogt?

Schluss

Vielen Dank noch einmal!

2

Anhang VII: Transkription

Methodik

001	I	Öncelikle kabul ettiğiniz için teşekkür ederim.
002	E1	Rica ederim ne demek.
003	I	İsterseniz kaç yıldır burada çalıştığınız sorusu ile başlayalım
004	E1	Öğrenci olduğum dönemden beri çalışıyorum. 2011'den beri belediye
005		bünyesindeyim. Belli bir ara verdim ondan sonra engelli çocuklarla 2,5
006		sene fitness üzerine part olarak çalıştım. Edirne'den git gel yaptım. Hafta
007		sonları sırf kendime yeni bir iş imkanı bulabilmek için. Aldığım para 600
008		TL kadardı ve yol paramı da kendim karşılıyordum. Sadece gönül işi
009		olarak düşünüyordum çünkü. Ve onlarla çalışmak bambaşka bir şey.
010		Otizimlilerle, zihinsel engellilerle çalışıyordum, bedensel engellilerle de
011		değil. Onlarla tüm branşları çalıştırdım ve yaşam becerileri, tuvalet
012		eğitimden tutun, bir sürü branşlaşmaya kadar hepsini gerçekleştirdim.
013		Burada yaz spor okullarında çalıştım. Şimdi de fitness bünyesinde
014		çalışıyorum.
015	I	Çok güzel . O zaman ilk sorumuzla başlayalım müsaade ederseniz.
016		İnsanlarımız ya da Türk insanımız genellikle sağlıkla alakalı bilgi edinmek
017		için hangi kanalları kullanıyorlar? Yayın kanallarını diyelim.
018	E1	İnternet ve televizyon. Evet, direkt.
019	I	Bu yolların paylaştığı bilgilerin güvenirliliği sizce nasıl?
020	E1	Şimdi şöyle bir şey normal fitness üzerinden gittiğimiz zaman tamam
021		doğru karın egzersizleri, bacak, basen egzersizlerinde problem yok ama
022		bir bel fıtığı olan insan ya da boynunda problem olan insanlar internet
023		aracılığı ile bir bilgi edindiği zaman o hareketi kendiliğinden uygulamaya
024		çalışıyor ve başında bir danışman olmadığı için yanlış uygulayıp artı kendi
025		fıtıklarını artırabiliyor.
026	I	Kilo vermeyle alakalı bilgi ne kadar sağlıklı bu kaynaklar üzerinden?
027	E	Kilo verme ile alakalı derken şimdi o biraz daha beslenme bölümüne
028		giriyor, bir sürü internette biz de güncel olarak kullanıyoruz, Dukan
029		Diyeti, Canan Karatay Diyeti, şu diyeti bu diyeti bir kere beslenmek
030		bireysel kişiseldir. Bazı insanları bünyesi Otobur'dur ot yediği zaman bile
031		kilo alır. İnek bünyesi dediğimiz bir bünyedir, işte burada testler devreye
032		- o zaman insanlar neden 4 yıl okuyorlar. Bu testler nedendir. Tabii ki
033		herkeste aynı etkiyi yapmadığı için sağlıklı bulmuyorum.
034	I	Tamam. Bir de bahsettiklerinize olumlu ya da olumsuz cevap verme
035		durumum yok, siz doğru bildiğinizi güzel bir şekilde anlatıyorsunuz.
036	I	Bir sonraki bölümümüz sorularımız hareket ve beslenme ile alakalı,
037		beslenme konusunu dediğiniz gibi uzmanlarımız ile konuşurum
038		insanlarımızın hareket yapmadaki amacı neden hareket yapıyorlar ya da
039		yeteri kadar hareket yapıyorlar mı?
040	E1	Tamamen insanlar görüntüsü güzelleşsin diye, yani çalıştığım sürece
041		gördüm sağlık çok fazla ağrı sancı vermediği sürece insanlar sağlık için
042		yapmıyorlar, sadece fiziksel görüntü için yapıyorlar ve ne kadar doğru
043		yapıyorlar derseniz çoğu yanlış %70 yanlış.
044	I	Hareket kültürümüz var mı ya da hareket alışkanlığı?
045	E1	Hareket alışkanlığı yok, sadece yemekten sonra yürüyüş. Türk kültürü. O
046		da rahatsızlık vermesin diye.

1

Anhang VII: Transkription

Methodik

047	I	Mesela bir insanımıza kilo verme ile alakalı program önerdiğimizde
048		akıllarına ne geliyor? Hareket mi beslenme mi?
049	E1	Şimdi şöyle, her ikisini de istiyorlar. Ama bir hareket uzmanından
050		beslenme programı istiyorlar. Yaptıkları yanlış bu. Mesela
051		kardiyovasküler sistem antremanı çalıştırdığımız zaman insanlar şey diye
052		düşünüyorlar, ben makineleri kullanmak istiyorum, ağırlık kullanmak
053		istiyorum. İşte yanlış olan nokta bu. Kardiyovasküler sistem antremanı
054		dediğimiz şey zaten devamlılık ister ve uzun süre antrenman yapmak
055		gerekir. Ama insanlarımız özendiği şeyi yapmak istiyor. Ben de ağırlık
056		kaldırmak istiyorum ben de bundan yapmak istiyorum diyor.
057		İşte burada çok büyük eksiğimiz var.
058	I	Bizim insanımızın hareket alışkanlığı ve kültürü, hareket alışkanlığı
058		nedenleri kültüre bağlı mı değil mi? Bir kültürel altyapısı var mı?
059	E1	Tabii ki bağlı şöyle düşünün, çocukluktan misal veriyorum, kendi
060		çocuğum olduğunu düşünün ve ben bir fitness antrenörüyüm çocuğumu
061		küçüklükten spora yönlendiriyorum veya branşlaşmaya yönlendiriyorum
062		veya sabah yürüyüşe götürüyorum ister istemez çocuk bu kültürle
063		büyüyecek ki kendi kültürüm için de söylüyorum, anne babada böyle bir
064		şey olmadığı için çocuk kendi kendine ileride isterse öğreniyor. Ama hani
065		ben hiçbir Türk ailesinde duymadım hani "sabah kalkıp yürüyüşe gidelim"
066		veya "Bir sahilde koşalım" diye öyle bir şey görmedim, duymadım yani.
067	I	Bundan sonraki bölümde kilo ile alakalı sorum var.
068		Türk insanının yada Türkiye'deki kilo sorunun nedenleri sizce nedir?
069	E1	Beslenme ve hareketsizlik. Tamamen.
070	I	Bu beslenme ve hareketsizlik nedeni ne olabilir?
071	E1	Yanlış beslenme ve hareketsizlik. Biraz tembellikten kaynaklanıyor.
072		Disiplinsizlikten kaynaklanıyor. Burada ücretsiz bir spor tesisinde bile
073		istikrar yok. Yabancı insanlar burada bir çok insana hizmet veriyoruz.
074		Onlar bizim Türk halkımızdan daha istikrarlı. Yani yüzde %70'i yabancı
075		diyebilirim burayı kullanan insanların. Bizimkiler buraya geliyor tabii ki
076		vücutlar ham olduğu için ertesi gün ağrısı oluyor. Ağrısı olduğu için bu
077		onu pes ettiriyor. Bir dahaki geldiklerinde de inanılmaz kapris yapıyorlar.
078		Buramız ağrıyor şuramız ağrıyor, tabii ki ağrıyacak ve çabuk kilo vermek
079		istiyorlar. Sen 30 senede aldığın kiloyu 30 dakikada veremezsin. Böyle bir
080		durum var. Beslenmede de şöyle bir yanlış var, işte bizim halkımızda
081		oturup bizim dışarı gitme ya da evde toplanma dediğimiz zaman aklımıza
082		gelen yemek yemektir. İşte buradan kaynaklanıyor, birisine giderken ev
083		eşyası veya tabak en basit örnek birisine yemek götürdüğü zaman tabak
084		dolu gelir. İşte böyle yemek alışverişi ve eşler geç geldiği zaman işten,
085		genellikle bayanlarımız ev hanımı olduğu için onlar eşlerini bekliyorlar
086		akşam saat 9'de yemek yiyorlar arkasından bir tatlı, çay onun üzerine bir
087		meyve derken beslenmede problemler çıkıyor.
088	I	Süper, zaten biraz önce nedenlerini söylemiştiniz, kilo verme nedeni
089		sadece güzel olmak nasıl olursa olsun.
090	E1	Çok az bir kesim sadece sağlıklı olmak için o da top noktaya ulaşmış artık
091		çare bulamamış fizik tedaviye gitmiş doktor ona demiş ki; "artık spora

Anhang VII: Transkription

Methodik

092		yönlenmen gerekiyor" ondan sonra geliyorlar.
093	I	Türk insanımızın kilo verme metotları ya da yöntemleri hangileri?
094	E1	Aç kalma. Bir de şöyle bir yanlış var. Spora aç geliyorum hocam diyor,
095		neden çünkü eve gittiği zaman enerji boşlanmasına giriyor vücut eve
096		gidince yiyor yiyor bir de oturuyor güzelce. Sen burada harcadığın kalori
097		zaten Allah'a emanet öyle bir problemimiz var ve insanlar aç kalarak tek
098		bir öğün yiyerek zayıflayabileceğini düşünüyor. İşte bu da internetten
099		veya başka yerlerden edindiği yanlış bilgilerden kaynaklanıyor. Tek tip
100		beslenme çok yanlış.
101	I	Günümüzdeki beslenme yöntemleri hakkında ne dersiniz? Güncel kilo
102		vermekle alakalı diyet programları diyelim.
103	E1	Diyet programları ile dediğim gibi yine burada kişiye özel olduğu için bu
104		tip beslenmeler benim şöyle bir şey var ben diyet uyguluyorum kendime
105		tutuyor zayıflıyorum ama disiplinli bir şekilde uyguluyorum sonra
106		arkadaşım bana gelip diyor ki "Nasıl zayıfladın " - bu diyeti uyguladım o
107		da alıyor uyguluyor ama bu kişinin belki şekeri, gizli şekeri var belki
108		başka problemleri var bu sefer ne oluyor, sağlık problemleri ortaya
109		çıkıyor. Tek tip beslenme işte insanlar internette ve tv de gördüğü her
110		şeyi kendine uygulamaya çalıştığı için problemler çıkıyor.
111	I	Böyle programların riskleri neler olabilir sizce?
112	E1	Şimdi şöyle aç kalmayı da bir diyet gibi düşünüyorlar. Aç kalan bir insan
113		ne olur? Vücut şeker düşer ve sizin şekeriniz varsa ondan sonra hareket
114		spor yapıyorlar aç karnına tansiyonu düşüyor, başı dönüyor, bayılıyor
115		ondan sonra eve gidiyor halsizlik oluyor biraz da enerji boşlanması
116		olduğu için eve gidiyor iyice yiyor bu sefer diyor ki insanlar spor bana kilo
117		aldırdı. Veya sporu bıraktığım zaman kilo aldım. Ama neden, sen spor
118		yaparken metabolizma hızlanmaya giriyor, beslenmene dikkat ediyorsun,
119		ister istemez fazla enerji harcıyorsun. Sporu bıraktıktan sonra eski
120		yaşantına dönüyorsun ister istemez beslenmeyi kaçırıyorsun bir
121		rahatlama geliyor sonra ne oluyor eski haline dönüyor aslında ama diyor
122		ki spor bana kilo aldırdı bu bütün bayanlardan duyduğum şey. Hocam
123		sporu bırakınca daha çok kilo aldım.
124	I	Beslenme ile alakalı olduğunuzu söylediniz. Gelen insanlara önermek için.
125		Bir insana bu programı sunduğunuzda beklentileri nelerdir?
126	E1	İnsanlar geliyor yağ ölçümü falan alıyoruz biz burada. Diyoruz ki hocam
127		nasıl değerlendiriyorsunuz. Diyorum ki yağ oranınız çok fazla değil ama
128		biz bu yağ oranımıza tüm vücut olarak bakıyoruz. Çünkü bölgesel
129		yağlanmaya bakamıyoruz bu tesiste hocam burası gitsin diyor sadece.
130		Bölgesel. Hocam diyor göbeğim gitsin. Hocam diyor bacaklarım gitsin.
131		Sadece orayı versek biz ona yetecek o. İşte kolunu çalıştırmışız, bacağını
132		çalıştırmışız hiçbir önemi yok. Diyor ki hocam benim göbeğim gitsin yeter
133		ben daha gelmeyeceğim zaten diyor.
134	I	Herhangi bir üründe sağlık için kilo vermekle alakalı sunulan ürünlerde
135		nelerin öne çıkması gerekiyor? Ya da hangi terimlerin?
136	E1	Mesela bir hareketi yaptırırken etkisini onun anlayacağı dilde anlatmak
137		gerekiyor. Mesela Kegel Egzersizi, köprü , briç dediğimiz egzersiz. Mesela

Anhang VII: Transkription

Methodik

138		plates dersi veriyorum. Diyorum ki "hanımlar bunu yapmanız gerekiyor
139		işte şu şu şu nedenlerden dolayı" biraz daha bilimsel konuştuğunuz
140		zaman pek anlamıyor. Ama kadınlara şunu dersek ama hanımlar ileride
141		bayanlarda idrar kaçırmayı biraz daha azaltıyor sonlandırıyor dersek
142		hemen şu tepki "hocam bunu biraz daha fazla yapalım" "hocam bunu 20
143		tane yapalım 30 tane yapalım " Bakıyorum dersten sonra kadın kendi
144		gününde geldiği zaman yerde köprü hareketi yapıyor biraz onların
145		anlayacağı dilde, mesela "aç gelirseniz kilo alırsınız" biraz daha korkutma
146		onların anlayacağı dilden.
147	I	Dediğimiz gibi bunların bir kültürel veya sosyal alt yapısı var mı? Örneğin
148		kocası kilo vermesini istemiş vermeyince boşanmışlar öyle nedenlerden
149		buraya gelip kilo vermeye çalışanlar var mı?
150	E1	Tabii ki, geçen gün bir bayanla geldi, hatta ben ona bir eleştiride
151		bulundum haddime değil ama tabii ki insanları kırmadan bir eleştiride
152		bulunuyorum. Dedi ki "hocam kilolu olduğum için eşim beni spora
153		gönderdi" dedi. "Eşim yüzme antrenörü denizde kızlara yüzme öğretiyor,
154		ben yüzemiyorum, onun için yüzme öğreneceğim" dedi. Eşim işte
155		saçlarımın kızıl olmasını istiyordu, gittim saçlarımı kestirdim kızıla
156		boyattım, kapalıydım açıldım dedi şöyleydi böyleydi dedi. Dedim ki siz
157		buraya sadece eşiniz için geliyorsanız gelmeyin, öncelikle kendiniz için
158		gelin ondan sonra eşiniz için gelin dedim. Kadınların hepsinde bu var
159		hocam işte biz gençken çok zayıftık şöyleydik böyleydik eşimizle aramız
160		çok iyiydi, ama yaş biraz ilerledikten sonra eşimiz diyor ki kilo ver ne oldu
161		sana böyle diyor, başka kadınlara bakıyor bu mantıkla gelen çok var.
162	I	Bir kültür etkisi var kocaların dominantlığı kadınların onlara göre ..
163		Tamam bu kadar teşekkür ederim.
164	E1	Rica ederim.
165		
166		
167		
168		
169		

4

Anhang VII: Transkription

Methodik

001	I	Öncelikle zaman ayırdığınız için teşekkür ediyorum. Kısaca bu zamana
002		kadar yaptığınız işleri ve çalışmalardan bahsedebilir misiniz? Özel bir
003		spor merkezinde olduğunuzdan bahsettiniz.
004	E2	Evet ben ilk mezun olduğum sene özel bir spor tesisinde çalıştım. 5 ayrı
005		tesis vardı ve oradaki sporcuların beslenmesi ile ilgileniyorduk. Hani kilo
006		vermek isteyen de vardı kas yapmak isteyen de vücut geliştirmek isteyen
007		de. Onun dışında öncesinde de stajlarım oldu toplu beslenme, halk sağlığı
008		ya da anne çocuk sağlığı devlet hastanelerinde ve bir çok yerde staj
009		yaptım. 2014 Ocak ayında da burada göreve başladım. Burada daha çok
010		poliklinikte hasta bakıyoruz. Diyabet, tansiyon, şeker ne varsa o şekilde
011		poliklinik yapıyoruz.
012	I	Öncelikle insanlarımızın bilgi edinme kaynakları dediğimizde kilo ile
013		mücadeleyle alakalı hangi kaynakları genellikle kullanıyorlar?
014	E2	Aslında doktor ve diyetisyenlerden öğrenmeleri gereken şeyleri insanlar
015		daha çok internetten ve televizyondan konuşan doktorlardan ya da
016		yetkisiz insanlardan öğreniyorlar maalesef. Daha çok görsel medyadan
017		ediniyolar bilgileri benim gördüğüm kadarı ile.
018	I	Bu bilgiler veya yollar ne kadar güvenli insanlar için?
019	E2	Ben kesinlikle güvenli bulmuyorum çünkü kişiye özel olan şeyler değil.
020		Genel konuşulduğu için. Şeker hastası da buna inanıyor, obezi de inanıyor,
021		tansiyon hastası da inanıyor. Halbuki herkesin diyeti beslenmesi kişiye
022		özel ama onlar genel konuştuğu için kesinlikle hiç doğru bulmuyorum.
023		Sıkıntılı.
024	I	İnsanlarımızın harekete ve beslenmeye olan bakış açısı yani hareketi ne
025		olarak görüyorlar?
026	E2	Yani şunu mu demek istiyoruz onlar için hareket, egzersiz ne demek?
027	I	Yani hareket etmek bizim insanımızda bir kültür olarak var mı?
028	E2	Hareket etmek onlar için sadece kilo vermek istediklerinde olan bir şey.
029		Yani günlük rutinlerinde yürüyüş yapalım, spor yapalım çok az bir
030		kesimde var belki %20, %30'luk bir kesimde. Geri kalanı sadece kilo
031		verme döneminde ya da fizik tedavi gibi zorunlu kaldıkları şeylerde
032		oluyor. Ya da yazın aktiviteleri var ama hava soğuduğunda bunu
033		bırakıyorlar yani bu şekilde bir çok etkene bağlı.
034	I	Bu hareketsizliğin kültürel bir alt yapısı var mı? Bir yere bağlayabilir
035		miyiz?
036	E2	Hareketsizlik kültürel alt yapısı ne olabilir belki kadının evde işi çok
037		oluyordur, çocuğu ile ilgilenmesi gerekiyordur. Çocuğunu alıp yürüyüşe
038		çıkmak yerine çocuğu evde avutmayı tercih ediyor. Yaşam tarzı olarak
039		daha çok evin içini benimsediği için olabilir.
040	I	Gözlemlediğiniz kadarı ile beslenmede insanlarımızın kilo sorunun
041		nedenleri nelerdir?
042	E2	Gözlemlediğim kadarı ile insanlar eskiden kalma alışkanlıklara sahipler.
043		Yani eskiden yerel şeyler tüketiliyormuş mesela buğday var onunla
044		ekmek yapıyor, un yapıyor, hamur yapıyor onu yiyor. Şimdi her şeye
045		rahat ulaşmasına rağmen bu alışkanlığından vaz geçmeyip atadan
046		dededen gördüğü şekilde tek tip beslenmeye devam ediyor. Yani

Anhang VII: Transkription

Methodik

047		yöresinde yetişene göre. Halbuki şimdi her şeye daha rahat
048		ulaşabiliyoruz. Bunun değişmesi lazım. Ama sadece bilinçli kesimde
049		değişiyor bu.
050	I	Biraz önce açıkladınız ama insanlarımızın kilo vermekteki ana neden,
051		zayıflamak istemekteki ana neden nedir.?
052	E2	Şöyle istikrarlı ve istekli davrananlar gelip diyetini alıyor, spor yapmaya
053		başlıyor ve o kiloyu kaybediyor. Bazı hastalıklar sonucu da kilo verme
054		olabiliyor. Bence ana neden istikrarlı ve istekli olması hastanın.
055	I	Ben soruyu açıklayamadım galiba neden kilo vermek istiyorlar?
056	E2	Çünki bir çok hastalık başgösteriyor. Dizleri, beli ağrıyor bundan rahatsız
057		oluyor ya da eşim beni artık beğenmiyor, çevrede çocuğum benle
058		şişmanım diye dalga geçiyor gibi sebeplerden zayıflamak istiyor. Ya da
058		kendi özgüvenlerini arttırmak için.
059	I	İnsanlarımız hangi kilo verme yöntemini severek yapıyorlar? Ya da
060		bilerek bilmeyerek yapıyorlar. Yani genelde insanlarımız kilo vermek
061		istedikleri zaman ne yapıyorlar?
062	E2	Kilo vermek istediklerinde ilk yaptıkları şey, komşum sen nasıl kilo verdin
063		diye kilo veren birisine sormak. Doktora, diyetisyene gelip tahlilini
064		yaptırıp diyetini yazdırmak yerine çevresinde duyduğu işte yoğurtla
065		limonu karıştırıp ye gibi saçma şeylere inanıyorlar ya da bir aktara gidip
066		yağ yakıcı çay satın alıyorlar. Öncelikle danışma yerleri uzman olmuyor
067	I	Günümüzde bu beslenme ve kilo verme yöntemlerini nasıl
068		karşılıyorsunuz? Doğru yöntemler mi insanımız için. 6 öğün beslenme
069		örneğin.
070	E2	6 öğün beslenme konusunda bilimsel olarak kanıtlanmış bir şey de yok
071		aslında. Metabolizmayı hızlandırıyor filan deniyor ama bana biraz hikaye
072		gibi geliyor işin açıkçası. Türkiye'de insanlar yeni araştırmalara açık
073		değiller. Diyetisyen de olsa kabul etmiyor. 6 öğün böyle olacak sen ona 3
074		öğün 2 öğün dediğinde saçmalama metabolizma yavaşlar diye ters tepki
075		alıyorsun. Aslında doğru olmayan şey konusunda ısrarcılar. Çok iyi
076		bilimsel olarak kanıtlanmadığı sürece bu fikirlerini değiştirecek gibi
077		değiller yani.
078	I	Bu kullanılan yöntemlerin riskleri ne olabilir?
079	E2	İşin açıkçası bunun sürdürülebildiği sürece hasta hayatı boyunca 6 öğün
080		yemeğe devam ettiği sürece çok büyük problem olmaz, geri kilo almaz
081		ama sonrasında bu hasta hayat değişikliği yapmadı ise eski beslenmesine
082		geri dönerse verdiği kiloları geri alıyor. Bu bir ikincisi şeker hastalarında
083		problem olabiliyor, insülin salınımı, pankreası sürekli çalıştırdığımız için
084		problem olabiliyor. Onun dışında eğer sağlıklı olmayan, 6 öğün yine bir
085		nebze sağlıklı bir yöntem, kafasına göre gidip çayları alıp içtiyse saçma
086		sapan şok diyetler yaptıysa o zaten en problemli şey o hiçbir şekilde
087		dönüşü olmayan problem. Karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği vs.vs.
088	I	Insanlarımızın kilo verme ile alakalı ürünlerden beklentileri nedir?
089	E2	İnsanlar sihirli değnek etkisi bekliyorlar kesinlikle. İstikrarlı davranalım,
090		aydan aya 2 ila 4 kilo verelim değil pat diye bütün kilodan kurtulmak
091		istiyorlar. Beklentileri bu sihirli değnek etkisi yani.

Anhang VII: Transkription

Methodik

092 093 094	I	İnsanlarımızın örnek olarak bir yerde gördüm 3 yumurta büyüklüğünde et kısmı mesela porsiyon büyüklükleri yumurta kullanılmasının bir nedeni var mı?
095 096 097 098	E2	Yumurta biraz daha standart olduğu için mesela ben anlatırken 3 avuç içiniz kadar diye anlatıyorum. Yazılı olarak 3 avuç içi uzun olacağından basit yumurta veya 3 köfte büyüklüğünde şeklinde hani daha kolay anlayabilecekleri dilde standart olduğu için yumurta.
099 100 101	I	İnsanlara başarılı bir program sunmanız için hangi öğelerin öne çıkması gerekiyor? Bir program hazırladık Metabolic Balance gibi örneğin.Türk insanının ilgisini çekebilmesi için.
102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125	E2	Bir kere uygulanabilir bir şey olması gerekiyor. Chia tohumları, avakadolar olursa eğer diyette hemen hocam biz bunu nasıl alacağız, nasıl yapacağız gibi sıkıntılara giriyorlar. Günlük hayatlarında kolay uygulanabilir olduğunu görmesi lazım, yediğinden zevk alması lazım. Kısıtlanma duygusundan hiç hoşlanmıyorlar çünkü. Su içme konusunda bunu çeşitlendirmek gerekiyor. İçine bir şeyler kat falan diye en azından bu şekilde kolay ulaşılabilir ve damak tatlarına uygun çok kısıtlamayacak şekilde diyetler ilgilerini çekiyor. Bir de çok yüksek kilo vermeyi vaat edenler ilgilerini çekiyor ama onlar da sağlıksız olanlar.

3

Anhang VII: Transkription

Methodik

001	I	Hocam öncelikle zaman ayırdığınız için teşekkür ediyorum. Hocam temel
002		olarak burada fitness salonlarındaki eğitim ve ondan sonraki öğretim
003		görevlisi olarak eğitiminizi kısa olarak sırayalabilir misiniz?
004	E3	Şöyleki ben fitness salonlarında çalışmaya 1989'da başladım.2010'a
005		kadar devamlı fitness salonlarında aktif olarak çalışıyorum ve aynı
006		zamanda burada okulda da dersini veriyorum. Okulda verdiğim ders
007		fitness liderliği, fitnessde ergonometri, fitness de antrenman modelleri
008		derslerine giriyorum.
009	I	hocam insanlarımızın sağlık, beslenme yada hareket konusunda
010		kullandıkları yollar nelerdir, hangi yolları bilgi edinmek amacı ile
011		kullanıyorlar?
012	E3	Türkiye'de genellikle bilimsel olarak bir yaklaşım yok. Bildiğimiz gibi
013		sizin de bildiğiniz gibi hep bu spor salonlarındaki hocalar alaylı yani daha
014		evvelden bu işin eğitimini almamış kişiler yani body building yapmış
015		kişiler bu salonlarda çalışıyorlardı. Daha sonra 2000 senelerinden sonra
016		inanılmaz derecede spor salonları açılmaya başlandı ve bu spor salonları
017		açılmaya başladı ama üniversitelerden beden eğitimi çıkışlı hocalar
018		kullanılmaya başlandı ama o üniversite çıkışlı hocaların çoğu da bu
019		bilgilerden mahrum kişilerdi, sırf beden eğitimi çıkışlı hocaları kullanalım
020		diyerek ama onlarda bu bilgilerden çok uzak kişilerdi, daha sonra bu
021		kişiler oradan buradan kitaplardan bazı bilgiler elde ettiler ona göre yalan
022		yanlış halkı o şekilde eğitmeye çalışıyorlar. Sizinle de gördük alınmış o
023		kadar hocanın hiçbiri bu işi bilmiyor.Ne yazık ki bu işin esası bu. Spor
024		salonlarına gidenlerde hasbel kader spor yapmaya çalışıyorlar. Veya
025		diyetisyenler çıkıyor tv'ye işte o diyetisyenlerden bazı şeyler öğrenmeye
026		çalışıyorlar onu yeme bunu yeme hikayeleri ve bu toplum bilinçsiz bir
027		şekilde gidiyor.
028	I	Hocam dediğiniz gibi bilgilere ulaşma yolu sağlıksız
029	E3	Kesinlikle sağlıksız, çünki bilinçlendirme konusunda daima çok yetersiz
030		olarak , şöyle düşüneceksiniz sporda başarılı olamayan bir ülkenin
031		halkına nasıl spor yaptırabiliyorsunuz ki, baktığınız zaman göreceksiniz
032		biz dünya çapında sporda başarılı mıyız hayır değiliz o zaman sporda
033		başarılı değilsek halkımıza hiç spor yaptıramıyoruz demek ki.
034	I	Güzel bir bağlantı hocam insanlarımızın harekete ve spor yapmaya bakış
035		açısı nedir? Sporu nasıl ve ne olarak görüyorlar?
036	E3	Bakın açıkça şöyle söyleyeyim. Ben yaklaşık 20 küsür senedir bu spor
037		salonlarındayım. Benim gözlemlerim analizim çok basittir. Buraya gelen
038		kişilerden yola çıkarak ben size anlatmaya çalışayım. Bu spor salonlarına
039		gelen kişilerin %95'i ya toplum tarafından dışlanmış itelenmişlerdir,
040		"Kilolusun, kilo vermen lazım" diyerek spor salonlarına gelirler, %95'in
041		içindekilerden bahsediyorum tabii ki yahut da çok zayıftırlar işte biraz
042		vücut yapayım kadınlara kızlara hoş görüneyim diyerek veyahut bu spor
043		salonlarına gideyim oradan bir tane kız tavlayayım yada erkek tavlayayım
044		diye giderler. Sadece %5 i aktif olarak spor yapmak için giderler. Çok
045		basit benim 20 küsür senedir gözlemlediğim şey bu..
046	I	İnsanlarımızın hareket ve davranışı fitness yapmadaki altyapısı kültürel

Anhang VII: Transkription

Methodik

047		bazlı mı veya hangi nedene bağlayabiliriz neden insanlar gelip de %95' i
048		dediniz dışlanması, kadınla kızla orada arkadaşlık edinme durumu onun
049		nedeni kültürel bir neden midir ya da sosyal mi neden spor merkezlerini
050		öyle bir şey için seçiyorlar.
051	E3	Cevap çok basit yani bugüne kadar yapılan çalışmalarda hiçbir şekilde
052		devlet ve yöneticiler bu ülkeyi yönetenler spor politikasını tam olarak
053		oturtamamışlardır. Bütün mesele bundan kaynaklanıyor. İnsanlara
054		sporun ne kadar önemli olduğunu anlatamamışlardır. Yani Atatürk
055		öldükten sonra bu işler zaten sıfırlanmış durumdadır. O kadar basit
056		konuşuyorum. Onun spor için görüşlerine de baktığınız zaman her şeyi
057		görürsünüz. İlk açılan ilk yapılan spor faaliyetleri gelişmesi hep onun
058		sayesinde bu işin esası bu.
058	I	Hocam kilo sorununa gelirsek sizin de bir fitness geçmişiniz var.
059		İnsanlarımızdaki kilo sorununun nedenleri nelerdir?
060	E3	Beslenme alışkanlıkları genellikle ama bu son zamanlarda çok daha
061		fazlalaştı fast food olayları ve beslenme, biz toplum olarak çok ağır
062		yemekler yiyoruz ve spor yapmamak bu kadar basit.
063	I	Hocam size gelen müşterilerin üyelerin kilo verme nedenleri nelerdir,
064		neden kilo vermek istiyorlar?
065	E3	Dışlanma ile veya karşındakine güzel gözükme ile alakalı yani sağlık
066		nedenleri ile gelenler hani kilom var sağlığım bozuk diye gelenler çok az.
067	I	Hocam Türk insanı için hangi yöntemleri öneriyorsunuz? Genelde kilo
068		vermek için önerilen yöntemler nedir? Kilo vermek için nasıl bir çalışma
069		sunuluyor fitness merkezlerinde?
070	E3	Genelde diyet ağırlıklı olması gerekiyor. Yalnız şöyle bir şey var bunu
071		defalarca anlatmaya çalıştım sadece spor ile insan kilo vermez bu hiçbir
072		zaman unutulmasın yani. Bu unutulmasın hatta kilo bile alınır. Spor yapan
073		insan yediğini aynı şekilde yemeye devam etsin kilo bile alır. Ama sağlıklı
074		beslenme olmadığı sürece ve bu düzene koyulmadığı sürece kilo
075		vermenin imkanı yok.
076	I	İnsanlarımızın sağlık ürünlerinden beklentileri ne mesela bir diyet
077		programı var bundan beklentileri ne?
078	E3	Körü körüne bu programlara bağlanıyorlar. Gereksiz şeyler de yapılıyor.
079		Siz de görüyorsunuz Tv'de birisinin A dediğine diğeri B diyor, bir
080		diyetisyenin A dediğine diğer diyetisyen B diyor. Yani birisi zeytinyağı
081		yeme diyor, diğeri ye diyor, birisi tereyağı yeme diyor, diğeri ye diyor.
082		Kilo aldırmaz diyor, diğeri kilo aldırır diyor. Yani böyle çapraşık bir
083		olaydan nasıl bir beklenti olabilir, sağlıklı beslenme dediğimiz olaya
084		geçilmediği sürece de zaten sağlıklı bir toplumun olmasına da imkan yok.
085	I	Bunu hangi mercii sunabilir?
086	E3	Onu esasında öyle bir mercii olmalı ki, devletin içinde bir mercii olmalı bu
087		devletin içinde sporla alakalı bir spor bakanlığına bağlı tam olarak
088		insanları sağlıklı beslenme ve spora yönlendirecek bir merciinin
089		bulunması gerekiyor. Ve bunlarla ilgili devlet kanalı ile bir bilinçlendirme
090		kampanyası yapılması gerekiyor, yani kalkıp ta A kişisi B kişisi C kişisi
091		buraya davet edip buraya çıkıp bunları yapınca bir beyin karmaşası

2

Anhang VII: Transkription

Methodik

092		meydana geliyor. Kim neye inanacağını bilmiyor. Ama devlet kanallı resmi
093		bir şey çalışma yapılırsa devlet şu besinler sağlıksızdır şu besinler
094		sağlıklıdır diye bir komite kurup o komitenin içinde proje geliştirirlerse
095		ve bununla birlikte şu tip sporları bu tip tesislerimiz var bu şekilde
096		eğitilmiş kadrolarımız var derse ancak bu şekilde kurtulur bu memleketin
097		sporu başka şekilde kurtulmaz.
098	I	Hocam çok teşekkür ederim.
099		
100		
101		
102		
103		
104		
105		
106		
107		
108		
109		
110		
111		
112		
113		
114		
115		
116		
117		
118		
119		
120		
121		
122		
123		
124		
125		
126		
127		
128		
129		
130		

3

Anhang VII: Transkription

Methodik

001	I	Öncelikle görüşmeyi onayladığınız için teşekkür ederim.
002		En azından şu ana kadar bu tesisle ve fitness ile alakalı geçmişinizden kısa
003		bahseder misiniz? Hangi aşamalar, kaç yıldır bu görevde
004		bulunuyorsunuz?
005	E4	Ben 2012 Kasım ayı itibari ile bu tesiste yer almaktayım. 3 yılı aşkın
006		süredir çalışıyorum. Bizim genel itibari ile spor
007		merkezimiz bayanlar üzerine kurulu bir tesisti. Daha sonrasında beylere
008		de açmaya karar verdik. Sporun aile bazında yer alması ile yola çıktık,
009		daha sonrasında çocuklara da yer vermeye başladık. Sporu ailede
010		aşılamaya karar verdik. Fertlerle beraber ilerleme aşamasında gidiyoruz.
011		Verimli bir çalışma olduğunu düşünüyoruz. 2 tane eğitmenimiz var,
012		vardiyalı sistemde çalışıyorlar. Fitness artı grup dersleri üzerinden yola
013		çıkıyoruz. Çünkü fitness bir yere kadar belirli bir düzeye kadar çıkıyor
014		ama insanlar belli bir zaman sonra grup derslerinde de farklılık yaratmak
015		istiyorlar. Bir yere kadar Fitness gidiyor bayanlar üzerinde , grup
016		derslerinin onlar için daha eğlenceli ve aktivasyonlu olduğunu
017		düşünüyoruz ekip arkadaşlarımızla beraber. Ortaklaşa çalışma yoluyla
018		hocalarımızın eşliğinde tek taraflı değil hep beraber karar vererek yol
019		alıyoruz.
020	I	Eğitiminiz hakkında biraz bilgi verir misiniz?
021	E4	Lise mezunuyum. Spor alanı. Şu anda üniversite okuyorum.
022	I	Yaşınız
023	E4	36
024	I	İnsanlarımızın kilo veya beslenme ile alakalı spor ile alakalı kullandığı
025		yollar nelerdir? Bilgi almak için hangi yolları kullanıyorlar?
026	E4	İnsanlar önce şaşkın bir şekilde geliyorlar, ne yapacaklarını bilemez
027		şekilde hemen zayıflayabileceklerini düşünüyorlar bir iki antrenmanda
028		ama belli bir süreci var biz onlara öncelikle bir antrenman hazırlıyoruz 2
029		hafta kadar kardiyo çalıştırıyoruz ondan sonra farklı çalışma sistemleri
030		program ve kart aşamasına geçiyoruz. Kilo ve boylarına göre program
031		farklılıkları da söz konusu olabiliyor. Çok bilinçli üyelerimiz de var tam ne
032		yapacağını bilemeyen üyelerimiz de var sporcularımız da var. Aktif olarak
033		sağlık kontrollerinden geçen, diyetisyenlerden görev alan arkadaşlarımız
034		da söz konusu ama hiçbir şey yapmayıp kendi kafalarına göre hareket
035		eden üyeler de maalesef var. Hocalarımız onlara güzel bir program
036		vererek ve anlatarak sistematik bir şekilde çalışıyorlar. Verim olarak tabii
037		şimdi ne yaptığını bilmek lazım. Çok strestli olarak gelen üyelerimiz de
038		var. Gerçekten sağlıklı spor yapmak isteyen üyelerimiz de var.
039	I	Genel olarak insanlar bilgi edinmek için hangi kaynakları kullanıyorlar?
040	E4	Anladığım kadarı ile genelde Tv'den yola çıkarak hareket ediyorlar.
041	I	Okuma alışkanlıkları pek yok.
042	E4	Okuma yok görsellik ve duyumlarla maalesef yola çıkarak hareket
043		ediyorlar. Diyetisyenlerin söylemiş olduklarını da kendilerine göre baz
044		alarak sanki kendilerine de uygun olacağını düşünerek hareket ediyorlar.
045		Ama daha çok bakıldığı zaman kendi kan tahlillerine ve vücut yapılarına
046		göre spor yapmalarının onlar için daha güvenli olduğunu düşünüyorum.

1

Anhang VII: Transkription

Methodik

047	I	Bu yolların güvenirliliği nasıl, paylaşılan bilgilerin ne kadar güvenli.
048		Örneğin Tv geneli bilgilendirme amaçlı.
049	E4	Ben bu konunun güvenirliliğini bir kişi üzerinden yola çıkarak
050		güvenirliliğini düşünüyorum. ? Kişiye göre farklılık söz konusu olabilir.
051		Kişinin kendine göre rahatsızlıkları söz konusu olabilir. Bana göre diyet
052		listesi verilmez, bana göre hastalığı varsa kişinin kendi faktörüne göre
053		spor yaptırılacağını düşünüyorum. Kişiye göre hareket etmek lazım.
054	I	O zaman o sorun da ortadan kalkıyor ister istemez. Türk insanının
055		harekete ve beslenmeye, yemeğe bakış açısı nasıl, hareketi ve spor ne
056		olarak ve nasıl görüyorlar, neden?
057	E4	Şimdi doğruyu konuşmak gerekirse Türk Halkı olarak biraz spordan uzak
058		insanlarız. Kendi ananelerimizle yaşayan insanlarız. Son birkaç yıldır
058		sporun daha gündemde olduğu bir döneme girdik. Şimdi şöyle düşünmek
059		gerekiyor. Bakıldığı zaman insanlar sanki sporu kilo vermek amaçlı imiş
060		gibi düşünüyor ama öyle olmadığını hepimiz biliyoruz. Sağlık açısından
061		yola çıkarsak daha çok yol kat edileceğinin farkındayız. Mesela 43 kilo bir
062		üyemiz var, kilo olarak düşünmüyor sağlıklı bir yaşam olarak kilo almak
063		isteyen üyelerimiz de var çok aşırı zayıf olup nasıl kontrollü olacağını kas
064		yapılarını nasıl güçlendireceğini fiziksel aktivitelerin nasıl olacağının
065		farkında olan üyelerimiz de var. Yani sporun sadece kilo almış kişilerle
066		yola çıkılmaması gerektiği . Sağlıklı yaşam kalitesi açısından iyi bir yerlere
067		gelerek hareket edilmesi gerektiğini düşünüyorum.
068	I	Bunun bir kültürel altyapısı var mı örneğin sporu sadece kilo vermek
069		olarak düşünmek, bunun bir nedeni olması gerekiyor. Neden Türk insanı
070		sporu kilo vermek amaçlı görüyor? Ya da hareketi.
071	E4	Şimdi şöyle bir durum söz konusu, bizim kültürümüze göre hareket
072		ettiğimiz zaman genel itibariyle hanımlar şimdi daha sosyalleştik daha
073		açık olarak bakıldığı zaman. Spora gitmek ayıptı, dışarı çıkmak ayıptı, biz
074		bunları birkaç senedir ancak yola çıkarak hareketlerimizi yaptık. Türk
075		insanı olarak yemek yemeyi de seviyoruz, kültürlerimiz belli, herhangi bir
076		yere gittiğimiz zaman zorla yemek yedirme kültürümüz var. Daha onun
077		sınırını maalesef koyamamışız durumdayız. Ne zaman sınırlarımız kendi
078		içimizde var olursa bana göre daha sağlıklı oluruz.
079	I	Ondan sonraki sorumuz başka bir kategori Türkiye'deki insanların kilo
080		sorunlarının nedenleri, neden insanlar şu anda obez veya kilo alıyorlar?
081		Her yıl 1 milyon kişi obez oluyor.
082	E4	Yemek standartlarımızın çok iyi ve kaliteli olmadığını düşünüyorum. Eğer
083		biz kendi kontrollerimizi daha sağlam ve kaliteli bir şekilde yaparsak.
084		Yemek kalitemizi iyi bir şekilde arttırırsak buna belki bir çizgi olarak
085		getirebileceğimizi düşünüyorum. Sadece evimizde değil dışarıda bile,
086		çocuklarımızı okula gönderdiğimizde bile maalesef bu sınırlamanın
087		dışına çıkıp okullara varana kadar belli bir sınır getirilmesi taraftarıyım
088		ben.
089	I	standart ve sınır
090	E4	Aynen öyle standart. Şimdiki çocuklara bakıyoruz belli bir yemek
091		kaliteleri var. Onun dışına maalesef çıkamıyorlar çocuklar çorba sebzeyi

Anhang VII: Transkription

Methodik

092		maalesef çok iyi göremiyor. Aslında bir kalabalık içerisinde birbirlerine
093		bakarak sebzenin nasıl olduğunu bilseler daha farklı olacak çünkü
094		çocuklar kendi içerisinde birbirlerine bakarak bazı şeyleri daha çok farklı
095		geliştirebiliyor ve sevebiliyorlar. Önce evde sonra okulda eğitim diye
096		düşünüyorum.
097	I	Sorunların alt yapısına inecektik. Nedenleri nelerdir diye hangi türden bu
098		kilo sorunlarının nedenleri. Onu da zaten söylediniz. İnsanlarımızın kilo
099		verme nedeni nedir? Türk insanı neden kilo vermek istiyor? Kadınlar
100		erkekler.
101	E4	Şimdi o kendi içlerinde bence ayrılıyor . Kimileri gerçekten ciddi sağlık
102		sorunları yaşadığı zaman kilo verme nedenine gidiyorlar. Dizlerde ağrı,
103		belde ağrı, kaslarda güçsüzlük sebebiyle başlıyor, şeker hastalığı, kalp
104		rahatsızlığı, kolestrol bunları çok çeşitli sıralandırabilirsiniz. Bir de görsel
105		açıdan etraftan rahatsızlık söz konusu olabiliyor. Kişi başkalarına göre
106		zayıflama içerisinde, kendilerine göre değil bir arkadaşının ne kadar kilo
107		almışsın sana yakışmadı demesiyle bile insanlar spora başlayabiliyor
108		maalesef . Gerçekten çok bilinçli olanlar da var. Kendi sağlığını düşünerek
109		hareket edenler de var.
110	I	İnsanlarımız için hangi kilo verme yöntemleri uygundur? Bildiğiniz
111		yöntemler var mı?
112	E4	Eğer çok düzenli egzersiz yapıyorsanız, kendinizi şekerden ve tuzdan,
113		beyaz undan da uzak tutuyorsanız, kilo vermek bana göre daha hızlı ve
114		sağlıklı oluyor.
115		
116	I	A: Çok teşekkür ederim.
117		
118		
119		
120		
121		
122		
123		
124		
125		
126		
127		
128		
129		
130		
131		

Anhang VII: Transkription

Methodik

001	I	Çalıştığınız ile alakalı
002	E5	15 yıldır buradayım. Tıp doktoruyum fizyoloji uzmanıyım. Spor hekimliği
003		alanında çalıştım. 15 yıldır buradayım. Fizyoloji doktoram var. Spor
004		hekimliği yaptım. Takım doktorluğu. Beslenme dersi veriyorum. Dopingle
005		ile mücadele ve ergojenik destek dersi fizyoloji ve spor fizyolojisi dersi ve
006		bazı ilgili dersleri verdiğim oluyor. Temel derslerim bunlar yani.
007	I	Yaşınız hocam?
008	E5	49.
009	I	İnsanlarımız genel olarak hangi kaynaklardan sağlıkla sporla ya da
010		beslenmeyle alakalı bilgileri ediniyorlar?
011	E5	Aile ve eş dosttan ediyorlar. Biraz meraklı olanlar gazatelerin
012		magazinlerinden veya internetten de şimdi şimdi sosyo kültürel
013		seviyesine göre değişiyor.
014	I	Bunların güvenirliliği sizce nasıl?
015	E5	Edinilen bilgilerin bir kısmı eğer doğru kaynağa ulaşırlarsa güvenilir bilgi
016		var. İnternette ve zaman zaman baktıkları gazetelerde de var. İnsanlar
017		onları aramayıp daha çok karşılarına çıkanla oralarda da en büyük tehlike
018		bu beslenme konusunda diyet önerileri olabiliyor ve benim gözlemim son
019		3- 4 yıldır beslenme doğru ve sağlıklı beslenme yönünde doğru bilgi daha
020		çok çıkmaya başladı. Gerçekten konunun uzmanları ile TV'de olsun
021		basında olsun daha çok yer buluyorlar. Hem onlarla yapılan röportaj
022		görüşmelerde olsun doğru bilgi arttı. Ama hala bir takım böyle popüler
023		yayıncılığı kolay, cazip yaz diyetleri 1 haftada yaza hazırlanın filan tarzı
024		aslında sağlıksız şeyler ama onun dışında Tv önemli çünkü TV'de de
025		işleniyor bu konu oraya da genelde uzmanlar çıktığı için majör hatası
026		olmayan genel geçer temel doğru bilgilere ulaştırma şansı oluyor. Kadın
027		programlarını izlemiyorum ama oralara da çıkıyorlar diye biliyorum. O
028		tür konular oluyor yani. Bazen de işin cazibesini arttırmak için hem
029		magazin yönü ağır olsun diye oralarda da da bir iki denk geldim yani konu
030		temelinden sapıyor. Daha farklı bir yöne gidiyor. Bir takım estetik vs.
031		güzellik kozmetik diyeceğimiz tarzda şeylerde kombine (vernest) ?
032		derdest denilen şeyin içinde o da var. Spora yönelik bilgilerde aktiviteye
033		yönelik bilgiler de yine genel olarak doğru. Ama bazen yetkili olmayan
034		kişiler de tv'ye çıkıyor.Çünkü onları çıkaranlarda yetkin değil. Gidiyorlar
035		kendi gittikleri salonda tanıdıkları veya kendi popüler olmuş birine
036		danışabiliyorlar o kişilerden maalesef spor eğitmeni liyakatına sahip
037		olmayanlar Tv'de program yapabiliyorlar. Bunlar var. Ama baktığınızda
038		genel olarak hem beslenmede genel doğruların daha daha çok
039		konuşulduğunu görüyoruz. Hem de harekete yönelik de baktığımızda
040		geneli olması olmamasından iyi . Ve artıyor gittikçe.
041	I	İnsanlarımızın harekete ve beslenmeye bakış açısı nedir?
042	E5	Çok hareketsiziz ve beslenme konusunda çok bilinçsiziz. Çünkü bizim
043		geleneksel alışkanlığımız zengin sofralar eğer imkan varsa bol çeşitli ve
044		miktarları fazla besleniyoruz. Akşam yemekleri de genelde hafif olmasını
045		önermekle birlikte hem bazen saat olarak geç saatte yenebiliyor ailenin
046		geç saatte bir araya gelmesi, hem de bol miktarda yeniliyor. Ondan sonra

1

Anhang VII: Transkription

Methodik

047		da böyle süren alışkanlığımızla tv vs. aile oturuyor çay kurabiye kek
048		meyve yeniyor. Meyve masum kalıyor. Bu tarz yemek sonrası öğün gibi
049		akşamları böyle alışkanlıklarımız da var, ve bizim sofralarımızda yani
050		ekonomik durumu elveren grup için söylüyorum mutlaka bir tatlı ve
051		aslında zararlı dediğimiz besin ögeleri de yaygın. Dolayısıyla beslenme
052		alışkanlıklarımız iyi değil, eskiden beslenme alışkanlıklarımız şöyle
053		bilirdik. Tahıl ağırlıklı Anadolu Mutfağı, Ege Mutfağı zeytinyağlılar diye
054		miktarları tabii bir de yapılış şekilleri de önemli. Aslında kültürümüzde
055		sağlıklı bir potansiyel var ama biraz miktarlar bir de tahıl ağırlıklı
056		Anadolu Mutfağı diyeceğimiz aslında biraz fakir mutfağı. Zenginleştikçe
057		yağı artıyor, eti artıyor, iyisi kuyruk yağıdır diye bu sefer o artıyor. Yani
058		beslenme alışkanlığı maalesef batılı toplumlardan ters. Batı
058		toplumlarında kötü beslenenler ekonomik durumu daha kötü olanlar
059		daha ucuz daha basit daha kolay erişilebilir yemek onlarda. Bizde ise tam
060		tersi ekonomik durumu iyileştikçe şişmanlık artıyor. Öbür tarafta da
061		aslında kötü beslenmeden bahsedebiliriz eksik ve yetersiz beslenmeden
062		bahsedebiliriz fakirlik olduğunda. Ama orada geleneksel Anadolu kendi
063		kendine yetiştirdiği hala kentlere yığılma olmasına rağmen yine o kültürle
064		yok yarıcıdan gelen yok gelen köyde kalan akrabaların yaptığı filan falan
065		yine veya yazın orada geçirme ürüne katılma vs. kültürü devam eden bir
066		kesim var. Ekonomik seviye ile de ilişkili. Oralarda yine bölük börçük de
067		olsa sağlıklı beslenme şeyi var ama ekonomik durum arttıkça bizim
068		yaptığımız çalışmada da var çalışmamızda da gördük bunu şişmanlık
069		artıyor. Halbuki batıda bu durum terse dönmüş. Biz biraz sosyokültürel
070		olarak da herhalde geriden gittiğimiz için. Bizde kentleşme daha yeni
071		batıda kentleşme daha erken başlıyor. Sanayi toplumuna geçişte ondan
072		sonra kentleşme kent yaşamı bizde hala birinci jenerasyon kırsaldan
073		kente gelenler hala var. Bir önce gelenlerin çocukları var torunu olan az.
074		Dolayısıyla o geleneksel yapı ekonomik şartlar iyileştiğinde hem konfor
075		hem zenginlik algısı yani arabası olan araba ile bakkala gidiyor. Bu bir
076		sınıf atlama meselesi bizde hala bunlar çok ayrı görülemez bence. Şahin
077		araba alıyor 20 yaşında arabası yokken arabam oldu diyor. Ve onu bir
078		sosyoekonomik gelişim bir zenginlik göstergesi vesilesi olarak görüyor.
079		Bu garip görülecek bir şey de değil doğal böyle olması ve aynı kişi daha iyi
080		yemek yiyebildiğini şey yapıyor. Ben çok biraz şakayla karışık bir zor
081		ekonomik şartlardan zengin olmuş kendi hayatında çocukluğunda
082		fakirliği görmüş sonra da zenginliği görmüş ciddi zenginlik görmüş
083		birileri şöyle bir şikayetine kulak misafiri oldum ben bu yanlızca ona has
084		bir şey değil. Yahu çocuktuk yiyemiyorduk şimdi paramız var yine
085		yedirmiyorsunuz. Şimdi yiyebildiği ne kebap yiyebiliyor, çocukken
086		yiyememiş beğendiği yağlı pahalı tatlılar şunlar bunlar alamamış
087		çocukken şimdi alabilecek durumu var yeme diyoruz ona ve tersine
088		gidiyor. Şimdi biz onunla konuşurken yapma işte bu sağlıksız diye
089		anlatmışız. Ama bunun böyle bir danışmanlık almayan ve ekonomik
090		olarak o kadar zengin olması da gerekmiyor artık alabilir olduğunda
091		insanlar bunu şey yapıyorlar, bence önemli bir sorun kentillik kültürü ve

Anhang VII: Transkription

Methodik

092		ekonomik refahın yeni yeni yükselmesi az az yükselmesi o zaman bir şeye
093		erişilebilir olması daha yemesi hoş veya göze hoş veya yokluğu daha önce
094		çekilen bir takım harcama türlerine ki beslenme tatlı erişimi var,
095		yiyeceğe erişim sıkıntısı çekmiş gruplar yiyeceğe erişimi olduğunda
096		sadece kendilerinin olması gerekmiyor , şehre gelmiş ekonomik durumu
097		iyi doğmuş ama annesi o yokluktan gelmiş varken yedireyim diyor veya o
098		demezse anneanne babaanne bir önceki jenerasyon aile yapımız güçlü
099		olduğu için onlar bu sefer yedirin çocuğa var niye yedirmiyorsunuz daha
100		da ye, belki zamanında kendileri yediremediği için torunları yesin diye
101		keza böyle bir ara dönem sanki yaşıyoruz. Batıda sosyoekonomik düzey
102		arttıkça tabii kültür ve bilinçte alakalı, şişmanlık azalırken daha çok
103		fakirlerin kilolu olduğu bir yerken belki de o fakirlik dediğimiz bizim
104		anladığımız gerçek anlamda fakirlik yemek yiyecek kaynağına erişme
105		sıkıntısı olmamakla birlikte olduğu için. Belki fakirlikten biraz farklı
106		olduğu için de olabilir. Ama benim gözlemim batıda düşük sosyo
107		ekonomik toplumların sorunu iken daha çok bizde ekonomik durumu
108		toparlanmış orta, orta üst gelir seviyesinin sorunu gibi gözüküyor.
109		Hareket kültürümüzde de yok, imkanımız da yok. Yani şehirlerimiz çok
110		kötü, şehiri biz yüksek yüksek binalar daha çok insanların yaşadığı
111		binalar gelişmeyi de onların betonun daha kaliteli, mermerinin daha
112		pahalı olması odalarının daha geniş olması gibi algılıyoruz. Halbuki o
113		yaşama alanına ihtiyacı sahile gittiğinizde görüyorsunuz insanlar iç içe
114		piknik yapma ihtiyacı duyuyorlar çünkü başka yeşil alan yok. Oralarda
115		yoktu onlar da doldurma. İhtiyaçtan bari dolduralım diyorlar denizden
116		çalıp kara üretiyoruz. Yani şehir planlamamızda buna elvermiyor,
117		yollarımız da öyle bunların hepsi bütün çıkıp güvenli olarak yürüyüş
118		yapacak yol yok. Yaya yolu yok. Rahat rahat yürünecek yer yok, parklar
119		yok yani o parkların içinde en azından 1 -2 km. yürüyüş parkuru olan şeyi
120		batı da çok görürsünüz şehirlerin ortasında büyük şehirlerde mutlaka
121		1'den çok vardır. Semtlerde mutlaka vardır. Bunlar çoğaltılmaya
122		çalışılıyor ama biz bunun sıkıntısını yaşamadan akıl edip öngörüp bir
123		planlama yapmak yerine sıkıntısı yaşanmaya başladıktan sonra yapıldığı
124		için bakıyorsunuz 2 tane apartmanın arasında daracık bir boşlukta
125		belediye de ancak orayı bulmuş, oraya 3 tane alet koymuş, o aletlerin de
126		sağlıklılığı da tartışmalı o da ayrı. Şehir de planlama da elvermiyor
127		hareketli yaşama, yeni yeni spor salonları vs. çoğalıyor bu iyi bir şey ama
128		oralar ne kadar sağlıklı dar alan kapalı alan batı da da çok var oraları
129		kimler kullanıyor, nasıl gidiyor, yetişmiş eleman var mı yok mu çok ciddi
130		bir sıkıntı. Eğitmenlerin maalesef mesleki yeterliliklerinin tartışılır
131		olduğunu söyleyeyim. Önemli kısmı çok tartışılır bu konudaki şeyleri ve
132		şehir yaşamı bizim şehirlerin yaşamı sağlıklı yaşama hiç uygun değil ve
133		alışkanlıklarımız hiç sağlıklı değil. Bakkala bile yürümüyoruz günlük
134		hayatın içinde hareketi çok az koyuyoruz çok yönden sıkıntılı yani.
135	I	Hocam bir alt başlık kilo sorunları, Türk insanın kilo almasının nedenleri
136		kısaca nelerdir?
137	E5	Hareketsizlik başta ve beslenme alışkanlıkları.

Anhang VII: Transkription

Methodik

138	I	Neden kilo vermek istiyor insanlar?
139	E5	Birincisi daha önce bayanlarda fiziksel görüntü, keza erkeklerde de var
140		ve ama boyutu işin ilerledi ise sağlık problemleri. Benim gözlemim
141		birincisi fiziksel görünüm ikincisi sağlık.
142	I	İnsanlar kilo verme ile alakalı programlardan neler bekliyorlar?
143	E5	Yanlış bir şey bekliyorlar. Aslında bu bir yaşam tarzı kaynaklı sorun
144		olduğu için değişmesi gereken yaşam tarzı halbuki insanlar aceleci,
145		sabırsız ve aslında yaşamlarını değiştirmek istemiyorlar. Hem yemeğe
146		devam etmek hem hareket etmemek ama hem de zayıf ve uygun
147		görünümlü veya sağlıklı olmak istiyorlar. Bu olur bir şey değil yani sebebi
148		doğru tesbit edip o sebebi ortadan kaldırmak ilk şey olmalı ondan sonra
149		da ilave tedavi anlamında işler yapılmalı. Sebep başta kötü beslenme
150		alışkanlığı yenen yemek miktarı, yemek düzeni, sabahleyin hiçbir şey
151		yemiyorum ben deyip akşam yemeğinde aşarı yemek yiyen biri, sabah
152		kahvaltısı yemiyorum, bir poğaça ile geçiştiriyorum, öğlen de bilmem ne
153		yapıyorum tam tersi yemesi gereken hiçbir şey değiştirme tamam akşam
154		yediklerini öğlen ye sabah ye akşamı hafiflet dediğinizde bunu
155		yapmayarak gün içindeki dağılımını değiştirerek kilo vermeyi
156		sağlayabiliyor. Yani orada alınan fazla değil dağılımı yanlış ama bu
157		davranışı değiştiremezseniz veya yenenleri değiştiremezseniz, kızartmayı
158		azalt yemeğe daha az yağ koy tuz ekme gibi temel doğru beslenme çünkü
159		içinde sebze meyve yeterli yiyorsan içinde yeterli minareller var tuz
160		ekmeye gerek yok dediğiniz halde insanlar eğer bunları yansıtmıyorsa
161		hayata porsiyonlarını azalt çok yiyorsun bu böyle olmaz dediğinizde bir
162		de aktif yaşam tarzı ne öneriyoruz biz şehirdesin hareket alanın az olsun
163		bir şekilde buna ekleyebilirsin. 10.katta oturuyorsan 3-4 kat yürü sonra
164		bin asansöre sonra bunu ilerletebilirsin, hatta 10.kata kadar çık eğer
165		yapabiliyorsan. Tamam 10 kat biraz çok ama herkeste 10.katta
166		oturmuyor yani. Merdiven kullan. Çok temel çok basit. İşyerinde bunu
167		kullan hep oturma arada 10 dakikalık 5 dakikalık her ne ise çok kısa
168		zamanlar 5 dk. Baktığınızda düzenli bir egzersiz içinde yetersiz ama hep
169		hareketsiz kalacağına 5 er dakika saat başında yürüsen yarım saat 6
170		saatlik mesai boyunca aralarda öğlen yemeğine çık yürüyerek git. Evden
171		sandviç getirip ofiste oturarak yeme çık bir parkta ye aynı sandviçi getir
172		yine gibi. Veya bir restoranda dışarıda yiyorsan biraz uzaktan seç
173		yürüyerek git gel işte. Artık ekonomik durumu iyi olanlar bile toplu
174		taşıma kullanıyorlar trafikten dolayı, o zaman bir durak geride in,
175		arabasız çık filan diyip, ama onu da görüyoruz ya arabasız olmuyor deyip
176		3 saat trafikte kalıp 1 saatte gideceği yere 3 saatte zor varan ama
177		arabasıyla giden halbuki yürüse daha aktif olacak bunları hep
178		öneriyorsunuz, tarif ediyorsunuz bunların çoğu uygulanabilir şeyler
179		düzenli olarak spor salonuna gitmekten daha kolay şeyler ve hayatın her
180		gününde yapılabilir. Dolayısıyla her gün bir aktivite yapılabilir aktif
181		yaşam. Bunları yapmıyor insanlar ne yapıyorlar 15 gün 20 gün 1 ay hatta
182		buna dayanıyorlar. Yiyeceklerini kısıyorlar o süre zarfında yürüyüşlerini
183		yapıyorlar hatta koşuyorlar, bisiklete biniyorlar ama istedikleri şu “Ben

Anhang VII: Transkription

Methodik

184		eskiden yaptığıma devam edeyim, gerekli kiloya indikten sonra ". Burada
185		yaş faktörü önemli yani daha erken yaşlarda bunu daha kolay yapıyorlar.
186		20li 30lü yaşların ilk dönemi diyelim. Daha kolay oluyor dolayısıyla şöyle
187		bir şey isteyince kilo veriyorum ekmeği biraz kısayım kilo veriyorum
188		diyorlar. Dolayısıyla yaşama tarzı değiştirmeden arada örneğin 6 ay
189		içeresinde aldıkları fazladan 4-5 kiloyu 1 ay içinde verip bu da 4-5 kere 4-
190		5 döngü olarak en azından tekrarlandığında veya hatta bazen 10 yıllarca
191		böyle gittiğinde yani kışın oturduk hareketsiz kaldık bahar geldi biraz
192		yediğimize dikkat edelim hareket edelim. 1 ayda 6 ayın eksiğini
193		tamamlayalım, bu da alışkanlık yapıyor bunu hep yapmaya
194		niyetleniyorlar, hep yapacaklarını sanıyorlar yaş ilerlediğinde bu
195		zorlaşıyor artı o alışkanlıklarla sanki o kiloların fazla olduğu dönemin
196		zararları yokmuş kötü beslenmenin fazla kalori ile beslenmenin yanlış
197		kaynaktan beslenmenin yüksek kalorili glisemik indeksinin yüksek
198		besinlerle beslenmenin diğer hataları sanki kilo ile kamufle imiş gibi
199		düşünüyorlar halbuki o uzun süre kötü beslenme uzun süre glisemik
200		endeksi yüksek besinlerle beslenme uzun süre fast food veya yüksek
201		kalorili besinleri alıp vitaminleri az alma gibi hatalar birikiyor yıllar
202		içinde onu da göz ardı ediyorlar. Her şeyi kilo ile ……. ? ediyorlar. Sigara
203		içmek de böyle bir davranış. O da temel hatalardan biri. Alkol kullanımı
204		bizde çok yaygın değil ama kullanan kesim de var o da boş kalori kimseye
205		içmeyin demiyoruz ama düzenli ve mikatır yüksek alkol alımı da
206		öneriyorsunuz ramazanda 1 ay içmeyen kişi ondan sonra tekrar
207		içebiliyor. Bu da kötü beslenme ve değiştirilemeyen davranışlardan bir
208		örnek.
209	I	Genel olarak Türk insanın yaşam tarzının karakteristik özellikleri neler
210		birkaç nokta olarak? Türk insanını öyle bir kategoriye sokma imkanımız
211		var mı?
212	E5	Evinde oturur, az hareket eder, gerekmedikçe hareket etmiyoruz,
213		çalışmak için hareket ediyoruz. Fiziksel aktif olmak gerektiğini
214		bilmiyoruz, iş için hareket ediyoruz. Bedenen çalışmak bedeni çalıştırmak
215		zorunluluktan yani kültürümüzde gerekmedikçe çalışılmaz çalışanlarda
216		genellikle alt sınıftır, ırgattır. Köylülükten ırgatlıktan tarlamızı sürmekten
217		kentli olduğumuzda artık beyler paşalar gibi yaşayacağız ve hareket
218		etmeyeceğiz, hareket etmek ayıptır neredeyse. Biraz bununla ilişikin.
219		Benim gözlemim böyle. Bunu bilimsel bir araştırma, sosyolojik birşeye
220		dayanarak söylemiyorum. Benim hissettiğim gördüğüm gerekmedikçe
221		hareket etmiyor, gerekmedikçe hareket etmeyen birine de yani düzenli
222		spor alışkanlığı yok okullarda bilinçli spor yaptırılmıyor çocuklara yani
223		yarışmacılık anlamında da sınıflar arası turnuvalar olsun okulunda
224		düzenli bir maç yapma çocuğun içinde var bunlar aslında çocukken
225		imkan yokluğundan yapmama alışkanlığına dönüşüyor. Yani semt
226		sahalarımız az. Yurt dışına baktığınızda bizim okulların spor alanları dar
227		dolayısıyla yaşam da hareketsizliğe alıştırıyor. Bence kültürde de öyle bir
228		şey var bedenen çalışmak gerekmedikçe yapılacak bir iş değil. Bu da
229		gerekmez olduğunda kent yaşamında kırsal yaşamda zorunluluk hiçbir

Anhang VII: Transkription

Methodik

230		şey değilse bir yerden bir yere giderken yürümeniz lazım gerekmediği
231		zaman boş zaman değerlendirmesi için , sağlık, aktivite için hareket
232		ettiğinde mutlu olduğunu farketme fırsatı yok insanımızın. Ben bu
233		hareketi etsem bir rahatlayacağım sıkıntım dağılacak morilimi bozan ne
234		olduysa evde işte ekonomik sosyal ne derdim varsa yürürken bisiklete
235		binerken koşarken bunları unuturum. Bir gideyim yüzeyim kendime
236		gelirim filan böyle bir şeyimiz pek yok. Bir yandan açıklığı seviyoruz
237		piknik alanları. Piknik alanları da değil orası yeşillik insanlar betondan
238		aslında farketmeden bıkıyorlar. O betonları yapıyorlar o binaları evleri
239		alıyorlar yani suçlayamayorum da yani bunda cehalet hor görecek halimiz
240		yok yak onu bile planlaması gereken yöneticiler de bunu anlamamış
241		yıllarca. Pek çok semte baktığınızda köyden kente göç ve
242		gecekondulaşmanın 2.3.jenerasyonu yerleri . Yani gelip oturulmuş
243		topraklar sonra oralar hak olmuş, baktığınızda hakikaten orada birelerin
244		hakkı olmuş olan belki parasını verip aldı, belki artık oturma hakkı elde
245		etti yıllarca orada oturduğu için o yerlerin yıkılması lazım ki bir açık alan
246		çıksın ortaya. O kadar iç içe bir yerleşim olmuş kimin evini yıkacaksınız,
247		çözülür bir dert değil, ben de çözüm bulamıyorum bakınca. Yeni yerleşim
248		alanları yapılırken buna uygun açılır o ayrı. Kentsel dönüşüm buna göre
249		planlanabilir. O da yeterince değil onu da öyle görmüyoruz. Biraz açık
250		alan oldu mu mutlaka oraya bir tane park yapacağımız yerde bir şey belki
251		de o kişinin hakkı şimdi düşünün o arazi de sizin olsa siz de bir rezidans,
252		site, avm yapıp kazanacağınız parayı mı tercih edersiniz,yoksa orası
253		birden belediye orayı yeşil alan yapsın birileri park yapsın mı istersiniz.
254		Bunun gibi kimseye de fazla bir şey denmiyor hakikaten bu geç kalmış bir
254		planlama son yıllarda da düzeltmeye yönelik bir çaba bizim de
256		gördüğümüz yok dolayısı ile kent yaşamı bizim de . Bizim yaşamımız
257		hareketsizlik üzerine kurulu soru oradan geldi ama çevre de fazla bir
258		alternatif sunmuyor. Çevresel şartlar da bunu çok değiştirmiyor. En
259		önemlisi bu konuda bilinç az. Bu bilinç ilk öğretimden geçer, aileleri bunu
260		aktarmak zor, ailelere aktarmak lazım, tv çok önemli bir iletişim aracı
261		bizde sevmiyoruz ama lazım sevmiyoruz başka onun kullanılması lazım.
262		Ayrıca ilkokullardan başlayarak bunu yapmayı denedik ve beceremedik
263		xxxxx
264		
265		
266		
267		
268		
269		
270		

6

Anhang VII: Transkription

Methodik

001	I	Öncelikle zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Kısaca bu zamana kadar
002		yaşamınız, eğitiminiz artı çalıştığınız yerleri söyleyebilir misini,
003		geçmişinizi.
004	E6	Hacettepe Ünv.Diyet Etik Bölümünden 1999 yılında mezun oldum. Yaşar
005		Holdingin catering grubunda çalıştım, orada hem catering işiyle
006		ilgilendim hem de holdinge bağlı olan Çeşme Altınyunus Otel'de
007		haftasonları fitness center da beslenme uzmanlığı yaptım. Bu süreç 1,5 yıl
008		kadar sürdü daha sonra Amerika'daki Inches Away adlı zayıflama
009		merkezleri zincirinin Türkiye kolu Nutra Slim'de bir süre çalıştım. Daha
010		sonra aynı sektörde devam ettim, yani cateringi aslında tamamen
011		bırakmış oldum. Devlet dairesine atamam geldi ve 2002 senesinden
012		itibaren 4,5 yıl kadar Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'nda hem
013		catering hem hastalıklarda diyet tedavisi, yatan hasta, ayakta hasta ile
014		ilgili çalışmalarım oldu. Bu 4,5 yılın son dönemlerinde yine Hacettepe
015		Ünv.Beslenme Diyet Etik Bölümünde yüksek lisans yaptım daha sonra
016		özel sektöre geçtim. Özel sektörde yine sağlıklı zayıflama hastalıklarda
017		diyet tedavisi üzerine çalışmalarıma devam ettim ve yüksek lisanstan
018		sonra tekrar doktora yapmaya karar verdim. Doğum nedeni ile doktoraya
019		ara vermiştim, tez aşamasında bıraktım. Şu an kendi iş yerimi kurdum ve
020		yine aynı dalda devam ediyorum. Metabolik sendromun, hastalıklarda
021		diyet tedavisinin üzerine çalışmalarım devam ediyor.
022	I	Teşekkür ederim. Genel olarak insanlarımız sağlık sorunlarıyla alakalı
023		bilgi edinmek için hangi kaynakları kullanıyorlar?
024	E6	İnternet, yazılı basın, tv haberleri, dergilerde çıkan şeyler ve kulaktan
025		dolma komşudan duyduklarını uyguluyorlar insanlar kendi üzerlerinde,
026		kendisi icat çıkaranlar da var. Bunun ilk çıkış noktası da o. Kendi
027		üzerimde denedim sonuç aldım diyenler.
028	I	Bu yollar ne kadar güvenli? Şu ana kadar edindiğiniz tecrübelere
029		dayanarak.
030	E6	Şimdi sağlıklı beslenmenin de sağlıklı zayıflama, kilo almanın da, ilaç
031		besin etkileşimlerinin de çok profesyonel bir alt yapıda gitmesi gereken
032		şeyler olduğunu düşünüyorum. Çünkü herkesin metabolizma hızı,
033		hastalık yatkınlıkları farklıdır, beslenme alışkanlıkları, hangi saatte hangi
034		yiyeceğe ulaşabildiği çok değişkendir kişiden kişiye. Dolayısı ile bu iş
035		standardize edilemiyor. Bilimsel çalışmalarda ideal karbonhidrat protein
036		yağ yüzdeleri için sadece aralık verebiliyorlar tıbbi yayınlar bile mesela
037		%40, %50 %55 arası karbonhidrat deniliyor. %35'e kadar toplam yağ,
038		%25'e kadar en fazla protein alımı deniliyor. Dolayısı ile bunlar bile bir
039		aralıktan söz ederken bizim bu işi bütün dünya üzerindeki insanlara
040		standardize etmemiz mümkün değil tek sayfa diyet reçetesinde.
041	I	İnsanlarımızın beslenmeye bakış açısı nasıl? Beslenmeyi ne görüyor veya
042		yaşam tarzında beslenmenin önemi.
043	E6	Ben biliyorum diyorlar, herkes herşeyi biliyor.
044	I	Bilmenin bir sosyal ve kültürel alt yapısı var mı? Onu bildiklerini neden
045		düşünüyorlar?
046	E6	Merak ediyorlar, ilgi duydukları konuda böyle adeta çok atıştırmacı bir

1

Anhang VII: Transkription

Methodik

047		bebek gibi önlerine gelen her şeyi kurcalıyorlar o merakla. Merak iyi bir
048		şeydir ama yanlış kaynak insana hata yaptırır, yanlış kaynak çok fazla
049		bilgi kirliliği çok fazla doğru bilgiye sadece her alanda öyle sadece
050		uzmanından elde edebilirsiniz. Ya da gerçekten çok daha güvenilir tıbbi
051		kaynaklardan edinebilirsiniz doğru bilgiyi.
052	I	Kilo sorununa gelince Türk insanındaki kilo sorununun nedenleri
053		nelerdir?
054	E6	Bir kere çok hamur obur bir toplumuz. Önce çorba içiyoruz sonra
055		yemeğin içine patates koyuyoruz, o yemeğin yanında pilav makarna
056		grubundan bir şeyler erişte filan mutlaka oluyor. Çorbalarımıza zaten un
057		şehriye erişte koymayı seviyoruz. Yemeğin yanında ekmek olmazsa olmaz
058		diyoruz. Üstüne tatlı üstüne meyve yiyoruz. Sık yapılan hata hamur obur
058		toplumuz bu bir. İkincisi çok yağlı bir mutfak kültürümüz var, tuzu çok
059		seviyoruz. Bir de tabii ki uzun zaman içerisinde abur cuburlar çok
060		çeşitlendi, raflarda inanılmaz yer kaplıyorlar ve reklamlarla da insanları
061		hatta küçük çocukları taciz ediyorlar. Benim çocukluğumda bir Tadelle
062		vardı. Bir de Mabel gibi bir şeyler vardı. Şimdi inanılmaz çeşitlilik var.
063		Herkes her çeşidi ve her yeni çıkanı kendi üzerinde deniyor ve bu
064		deneyler uzun vadede açlık tokluk hormanlarını ele geçirip sağlık
065		sorunlarına ve içinden çıkılması güç bir iştah silsilesine dahil ediyor bizi.
066		Bunu çok tehlikeli buluyorum.
067	I	Bunun kültürel altyapısı neden hamur ürünlerini tüketiyoruz?
068	E6	Geleneksel mutfak kültürü, herkes annesinin mutfağında öyle gördüğü
069		için öyle devam ettiriyor, dahası dışarı çıktığınızda diyelim ki döner
070		yiyeceksiniz yanında patates kızartması altında üstünde etrafında döner
071		yanında şekerli içecek derken yani fast food da inanılmaz taaruz tadında
072		hem karbonhidrat hem yağ hem tuz oranları çok yüksek dışarıda yemek
073		seçeneklerinin.
074	I	Türk insanın neden kilo vermek istiyor?
075	E6	Biraz bu olaya hala estetik kaygıyla yaklaşıyoruz. Estetik kaygıyla
076		yaklaştığımızda 3-5 kiloyu verince çevreden insanlar diyorki “aaa işte ne
077		güzel kilo verdin” diyor, biz de sadece o cümleyi duymak için kilo
078		veriyormuşuz gibi. Tekrar kendimizi serbest bırakıp zafer sarhoşluğu
079		mutluluk ile tekrar o 3 kiloyu geri alıyoruz. Pazartesi bırakıp Perşembe
080		başlıyoruz, olayın ciddi bir sağlık sorunu olabileceği ile ilgili bilincimiz
081		henüz yok. İnsanlar bu işi özellikle erkek danışanlar ne zaman ciddiye
082		alıyor. Yumurta kapıya dayandı dediğimiz noktada ne zaman ki gidiyorlar
083		bir dahiliyeden kardiyolojiden, endopin’den fırçayı yiyorlar ciddi bir
084		sağlık sorunu bir bohça ilaçla çıkıyorlar o zaman çıkmazda olduklarını
085		anlayıp beslenme planına o zaman başvurabiliyorlar.
086	I	İnsanlarımızın kilo vermek için kullandığı yöntemlerin başında neler
087		geliyor?
088	E6	Bir kere herkes bir mucizenin peşinde. Mucize bir karışım, mucize bir
089		iksir bir şey olsun onu ben içeyim bir yandan yiyip içeyim lay lay lom bir
090		yandan da o iksir benim vücuduma girsin benim yağlarımı eritsin ve yok
091		etsin havaya uçursun o yağları. Böyle bir şey yok. İshal yapmasın, idrar

Anhang VII: Transkription

Methodik

092		sökmesin, metabolizmaya kaslara zarar vermesin, sinir hücrelerinin
093		koruyucu çeperine zarar vermesin, hormon dengesini bozmasın falan
094		falan dediğimizde zaten hiçbir şey yok. Mucize yok. Size hiçbir zarar
095		vermeyen mucize bir çözüm kesinlikle yok. Hiçbir zaman da olmayacak.
096		Hiçbir mucize yöntem bizim yeme içme tempomuzla baş edemez çünkü
097		biz onunla yarışmaya başlayacağız bir süre sonra karşımızda mucize bir
098		çözüm olsa bile biz onun çözme kapasitesi ile yarışır noktaya kadar
099		sınırlarımızı zorlama potansiyeline sahibiz bireyler olarak.
100	I	Zayıflama ile ilgili şu anda uygulanan yöntemlerin herhangi bir olumsuz
101		tarafı var mı?
102	E6	Şimdi profesyonel yardım almanın dışındaki yöntemlerden bahsedecek
103		olursak evet yani bağırsak sökücü yöntemler bağırsak duvarına zarar
104		veriyorlar. Biz o bağırsak duvarını korumak ve hatta probiyotik bakteriler
105		ile dayayıp döşemenin peşinde iken bir çok hastalığı önlemek adına bunu
106		yapmalıyız. Bunun peşinde iken bağırsak sökücüler ve bağırsak duvarına
107		probiyotik dokuya zarar veriyorlar. Yağ kaybediyoruz, yağda eriyen
108		vitamini, vücut suyunu kaybediyoruz, mineralleri kaybediyoruz. İshal
109		sağlıklı bir şey olsaydı zaten soluğu acilde almazdık. İdrar sökücü
110		yöntemler var, idrar sökücüler de vücuttan yine ciddi su kaybı bu ödem
111		atma değil yani. Ödem herkesin vücudunda değişken miktardadır
112		bugünden yarına. Vücudun kendi ihtiyaç duyduğu suyun da vücuttan
113		sökülüp atılması ile sonuçlanır, vücuda giren hiçbir diüretik bugün ne
114		kadar ödemin var diye sorup ona göre bir idrar sökme işlemi yapmaz
115		böyle bir seçiciliği yoktur. Dolayısı ile vücudun suyunun da kaybıyla
116		sonuçlanır. Beraberinde tabii ki mineraller, suda eriyen vitaminler yine
117		kayba uğruyor. Ciddi bir erezyon aslında her ikisi de. Beyinde
118		hipotalamusa etki ederek hipofiz bezine etki ederek hormon dengesi ile
119		oynayarak, açlık tokluk hormonları ile oynayarak çözüm üreten formüller
120		var ki bunlar piyasaya çıktığı gibi toplatılıyor. Bir de lif tabletleri var.
121		Suyla şişerek tokluk veriyor ama bu da bağırsaklar duvarında tamamen
122		liflerle kaplanması halinde sadece demirin halk arasında bilindiği üzere
123		sadece demirin değil diğer bir çok mineralin de emilimini de olumsuz
124		etkiliyor. Kana geçişini minerallerin bunun dışında işe yaradığı
125		zannedilen karışımlar var. Başka yan etkileri oluyor. İşte limonu
126		sıkıyorsunuz suya koyuyorsunuz üzerine maydanozu dövüyorsunuz 2
127		gün bekliyorsunuz okuyup üfleyip içiyorsun gibi şeyler. Bunları
128		yaparsanız tansiyonunun düşebilir, yere yığılabilirsiniz, ne kadar
129		konsantre yaptığınıza bağlı olarak gibi. Yararı olmayıp sakıncası olan
130		hiçbir şekilde yağ yakma vs. bir etkisi olmayan vücuda tokluk hissi
131		vermeyen hormon dengesine etki etmeyen bunların tamamen dışında bir
132		grup var. Uydurma karışımlar zarar verebiliyor.
133	I	Bir sağlık konseptinin Türk insanına ulaşabilmesi için, başarılı olabilmesi
134		için hangi kısımlarının ön plana çıkarılması gerekiyor?
135	E6	Bir kere biz ilkokuldan itibaren şişman çocuklarla çok zayıf çocukların ve
136		atletik yapıdaki çocukların hepsinin birlikte aynı hareketleri
137		yapabilmesine çalışıyoruz kendi ülkemizde. Beden eğitimi öğretmenlerini

Anhang VII: Transkription

Methodik

138		ne yazık ki bu konuda biraz özensiz buluyorum. Beden eğitimi sporcuları
139		nasıl mezun oluyor? Herkesin kendi atletik skalası, bir kulvarı var,
140		yarışabileceği bir şey var. Kilosuna göre halter kaldırıyor gibi. Ama bu
141		şekilde eğitim alıp mezun olduktan sonra neden acaba bizim beden
142		eğitimi, spor hocalarımız kilolu çocuklarla atletik yapıda olanları ve çok
143		zayıf olanları aynı hareketleri yapabilmeye zorluyorlar ve buna göre ders
144		notu veriyorlar. Ben bunu doğru bulmuyorum. Bizim bence beden eğitimi
145		derslerinde yapmamız gereken şu; düzenli spor yapınca vücudumuzda
146		neler olur? Bu değişiklikler yaşam kalitesine, sosyal ilişkilerimize, iş, okul,
147		ders başarımıza nasıl yansır? Oksijenlenme oranı artar, zihinsel
148		performans artar derslerinizi daha iyi anlarsınızdan tutun da vücuttaki
149		büyüme gelişme boyumuzun uzaması, işte bak spor yaparsan topuğa
150		basılarak yapılan egzersizlerde büyüme hormonu daha ritmik salgılanır,
151		boyun uzar çok yakışıklı ağabey olursun gibi… Bunların anlatılması
152		gerekir. Çocukları kocaman bir kasanın üzerinden takla attırmaya
153		uğraşmadan önce, biz sevdirmek yerine soğutuyoruz. Bence en büyük
154		hata bu. Bizim toplumumuzun sporu sevmemesinin nedeni çocuklar
155		neden hep sokaklarda futbol oynayan bir sürü çocuk varken, doğuştan
156		aktiviteye programlı iken bir anda bırakıyoruz okul döneminde çünkü
157		bize spor sevdirilmiyor, biz spordan soğutuluyoruz. Tabii ki bireysel
158		faktörler çok etkili, aile çok etkili ama genel olarak kilolu çocuğun belki de
159		hayatının sonuna kadar kilolu kalma sebebi bile olabilir. Bunun üzerine
160		düşünülmeli.
161	I	Dün İstanbul Ünv. Spor Fakültesinde idim oradaki 2 hocamla görüşmem
162		oldu. Onlar da hemfikir bir çok konuda. Doğru kanalla çocuklara
163		ulaşamıyorlar. Bu bilgileri adapte edemiyorlar. Sporun güzel tarafına
164		onları açıklayamıyorlar.
165	E6	Bizim işimiz çok böyle insanın eline vurma ile bir iş tabiri caizse. Spor da
166		öyle kendini üz, iyice zorla dilin dışarı sarksın şeklinde bir uygulama
167		sizinki benzer kategorideyiz. Dolayısı ile insanların çok yapmayı tercih
168		etmeyecekleri bir şeyi hayat boyu disiplinli yapmalarını sağlamak için
169		onları ikna etmeniz gerekiyor. Tamam ben kendimi zorlayacağım. İyi ama
170		neden? Sen beni bir ikna et, ben bunun yararlılıklarına hakim olayım. Bu
171		yararlılıklar benim zihnimde ataçlı olarak gittiğim her yere gitsin, ben
172		bunu önemseyeyim ve bir şekilde hayatımda hep bunun için bir pencere
173		açayım. Fırsat yaratayım noktasına gelmem için ikna olmam gerekiyor.
174		Spor yararlı. Mikrofon tutun, sorun herkes spor yararlı der. Bilmek farklı
175		bir şey, bilinçli olarak onu içselleştirip hayatına tatbik etmek farklı bir şey.
176		İkisinin arasındaki fark eğitimden geçiyor. Eğer eğitilirseniz, spor
177		vücudunuza ne yapıyor? Bu konuda ikna olursanız kendinizi
178		zorluyorsunuz ve yaşam tarzı değişikliği oradan itibaren başlıyor. Benim
179		de zaten hep danışanlarıma her konuda eğitim vermeye çalışmam, daha
180		çok zaman ayırmaya çalışmamın temelindeki neden bu. Eğer kişi yiyeceğe
181		baktığı zaman ne görüyor, gördüğü şeyi değiştirebiliyor muyum? Çünkü 1
182		saniyeden daha kısa sürede yeme kararı alıyoruz. Eğer o yiyeceğe,
183		yememesi gereken bir şeye baktığında ne gördüğünü değiştirebilirseniz

Anhang VII: Transkription

Methodik

184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200	 I	eğitimle beynini yıkayarak o zaman uzun vadede daha kontrollü olabiliyor, tadımlık yiyor, daha seyrek yiyor., yedikten sonra alması gereken önlemleri biliyor gibi. Teşekkür ederim.

5

Anhang VII: Transkription

Methodik

001	I	Öncelikle kişisel bilgileriniz gerekiyor hocam yaşınız?
002	E7	35 (Burada organizasyon müdürüyüm)
003	I	Hocam ne zamandan beri bu pozisyonda çalışıyorsunuz? Spor AŞ.'de
004		diyelim.
005	E7	[redacted] 2003 yılından beri görev yapıyorum, 2009 yılında
006		organizasyon müdürü oldum. Ama 2012-2014 yılları arasında Spor
007		[redacted] ayrılıp [redacted] görev yaptım. 2014 yılı Aralık ayında
008		da eski görevime geri döndüm.
009	I	İstanbul Ünv.'de doktora yapmışsınız.
010	E7	Evet Spor Sosyolojisi bölümü.
011	I	İnsanlarımızın sağlıkla alakalı bilgilenmek istediklerinde hangi yolları
012		kullanıyorlar?
013	E7	Benim gözlemlediğim kadarı ile insanlarımız sağlıkla ilgili bilgilenme
014		kanalları birkaç farklı kanal var.. Bunlardan 1.si yeni aile hekimliği
015		uygulaması ile insanların biraz daha kolaylıkla pratisyen hekimlere
016		ulaşabiliyor olmaları, eskiden Devlet hastanelerine ve sağlık ocaklarına bu
017		kadar sık gidilmiyordu. Şimdi mahallelerde olduğu için aile hekimlerine
018		daha sık gidip onlardan bilgi alabiliyor insanlar. Ama bununla beraber en
019		yoğun kullanılan kaynağın (yaptığımız araştırmalardan ve gözlemlerden)
020		en yoğun bilgi alınan kaynağın TV olduğunu düşünüyorum hem de açık
021		ara 1.konumda. tv kanallarında aynı şekilde radyolarda, gazetelerde de
022		çok geniş yer veriliyor ama Tv kanallarında sağlıkla ve rahatsızlıkla ilgili
023		programlar çok ilgi çekiyor. İnsanlar beslenme ile ilgili sağlıkla ilgili
024		önleyici tedbirlerle ilgili en fazla bilgiyi buradan alıyorlar.2.sırada tahmin
025		ediyorum Aile Hekimleri, 3.sırada da insanların sosyal çevreleri. Eş dost
026		akraba gibi ve özellikle insanlarımızın yaşadığı tıbbi sorunlarda ya da
027		tıbbi olaylarda hep etrafında bilgi edinme isteği vardır. Yani hamile olan
028		birisi kendinden kısa bir süre önce hamile olmuş tanıdıkları, akrabaları,
029		arkadaşları varsa ondan aldığı bilgiye çok itibar eder. Çocuğu doğduktan
030		sonra işte kaç aylıksa o ayları geçirmiş olan insanlardan bilgi almayı. Keza
031		işte safra kesesinde taş tespit edilmiş biri veya kasık fıtığından ameliyat
032		olmuş biri o ameliyatı olmuş insanlara o muayeneleri geçirmiş insanlara
033		falan. Diğer toplumlardankinden çok daha fazla bizim çevremizden bilgi
034		almak ve bu bilgi ile hareket etme özelliğimiz olduğunu düşünüyorum. Ve
035		bunun da 3.sırada yani çevreden edinilmiş bilgilerin o olayla ilgili bir
036		tecrübe yaşamış insanlardan edinilen bilgilerin 3.sırada geldiğini
037		düşünüyorum. Örnek kolesterol ile ilgili kötü kolesterolünüz çok yüksek
038		veya trigilseridiniz çok yüksek onunla ilgili bir sorun yaşamış, tedavi
039		görmüş bir tanıdığınız varsa ondan aldığınız bilgi de doktordan hemen
040		sonra hatta bazı durumlarda doktordan bile önce geldiğini ben gördüm.
041	I	Bu yollar sizce ne kadar güvenli ve sağlıklı?
042	E7	Şimdi baktığınız zaman 3. Yol mesela çevresinden edindiği bilgiden
043		sağlıkla ilgili bir çok şey insanın vücuduna, metabolizmasına özgü
044		olacağından dolayı kişilerin sürekli etraftaki bireylerin başına gelenlerle
045		kendilerini kıyaslamaları çok sağlıklı bir yol değil. Aile hekimlerinden ama
046		tabii onlar da uzman hekim olmadığı için onlardan aldıkları bilgiler genel

Anhang VII: Transkription

Methodik

047		olarak belirli konularda ben sağlıklı veri taşıdığına ben inanıyorum. Genel
048		şeylerde özellikle, genel beslenme ile ilgili ya da hareket etme ile ilgili
049		bazı şeylerde, soğuk algınlığı gibi herkesin başına gelebilecek, biraz daha
050		basit kabul edebileceğimiz hastalıklarla mücadelede oradan aldıkları
051		bilgiler elbette sağlıklı olacaktır ama yani başta tv kanalları olmak üzere
052		bunun içinde radyo tamam interneti unuttum az önce insanlarımız
053		forumlarımızı açarsanız bebeğinin kakasında kan gören bir annenin
054		forumda insanlara fikir sorduğunu günlerce bununla uğraştığını
055		görüyorsunuz. Kaç gün geçmiş o çocuğun kakasında kan varsa doktora
056		gitmen lazım. Hani bunu akıl etmek, orada çare aradığını da
057		görüyorsunuz, interneti de buna eklemek lazım kısaca kitle iletişim
058		araçları. Yani bu kitle iletişimde elde edilen bilgiler maalesef yani her
058		zaman doğru olmayabiliyor. Yani tv kanallarında olsun, internette olsun
059		bir çok yayını takip ediyorsunuz. Ama şu bir gerçek Türkiye'de özellikle
060		beslenme konusunda herkesin gördüğü bir olay bu. Yıllarını bu işe adamış
061		profesörler, çok uzman kişiler yayınları yok satan insanlar birbirlerinden
062		çok farklı bilgiler sunabiliyorlar size, yani birbirlerinin dediklerini
063		yalanlayacak şekilde Burada da insanlar tabii şu korkuya kapılıyor; acaba
064		sağlık endüstrisi bizleri yanlış mı yönlendiriyor. Doktorların, tıp
065		uzmanlarının bir kısmı bu endüstriye hizmet etmek amacı ile insan
066		sağlığını gözetmeden mi acaba bize bilgi sunuyorlar. Bu konuda endişe
067		ediyor insanlar. Bu endişe bu sefer farklı şeylere yönlendirebiliyor
068		insanları orada doktora güvensizlik tıp bilimine medikale karşı bir
069		güvensizlik ondan sonra çevreden edinilen bilginin, kulaktan dolma
070		bilginin onların önüne geçmesi ya da kişinin konunun uzmanı olmayan tıp
071		uzmanlarından kendisi ile ilgili konu uzmanı olmayan tıpçılardan bilgi
072		alıp hareket etmesi veya bunları harmanlayıp kafasında kendi bir sonuca
073		varması bunlar çok sağlıksız sonuçlar verebiliyor. Ben bu konunun biraz
074		tartışmalı olduğunu görüyorum. %100 sağlıklı diyemem ama %100
075		sağlıksız da bilgi ediniliyor diyemeyiz. Biraz burada tesadüfe kalıyor. Yani
076		edindiğiniz bilgi işinize yarayabilir de veya çok kötü sonuçlar da
077		doğurabilir.
078	I	Türk insanının harekete ve beslenmeye bakış açısı nedir?
079	E7	Bizim insanlarımızın çok fazla, özellikle son yıllara kadar hareket ettiğiniz
080		söyleyemeyiz. Çünkü yani ben doktora çalışmamda da herkes için spor
081		veya sağlık amaçlı ya da yaşam boyu spor olarak ifade ettiğimiz spor
082		sosyolojisinde de genel olarak kitle sporu olarak adlandırılan sportif
083		etkinliğin dünya genelinde de biraz 20.yy. ikinci yarısından itibaren bir
084		gelişme gösterdiğini, Uluslararası Olimpiyat Komitesinin 1950'lerde
085		yürüttüğü bir kampanya var "Spor herkesin olmak istiyor" baktığınız
086		zaman sıradan insanın izleyicilikten aktif sporculuğa geçişi sporun sadece
087		sporcuların iştigal edeceği bir uğraşı değil de herkesi ilgilendiren bir konu
088		olduğunun bir şekilde önce Batı toplumlarınca gözlemlenmesi bu
089		döneme denk geliyor. Bunun bize gelişine bakarsak bizim insanımızın
090		biraz daha izleyicilikten sporla ilgili alanlara yönelmesi biraz daha aktif
091		bir şekilde spora katılması, etken katılımına bakarsak ben daha çok

Anhang VII: Transkription

Methodik

092		bunun 1980'lerde biraz daha kitleselleştiğine inanıyorum. Yaptığım
093		araştırmalar da bunu gösteriyor. Son 30 yıldır insanların bu yönde bir
094		eğilimi var. Bu ne kadar sağlıklı ne kadar verimli bir eğilim. Günden güne
095		bu eğilimin verim oranı insanlara katkı oranı artıyor. Özellikle artık
096		bulunduğumuz çağda 2010'lu yıllarda insanlarımız hareket ve beslenme
097		ile ilgili çok doğru bilgilere zamanında ulaşabiliyorlar. Yani hem hareketin
098		bir şekilde ne kadar önemli olduğu hayatlarında hem de beslenmenin az
099		önce söylediğim o görüş ayrılıklarını bir kenara bırakırsak çok temel
100		şeylerde işte kolesterolün değil şekerin tehlikeli olması gibi, rafine
101		şekerden uzak durulması gibi konularda insanlarımız bu bilgilere artık
102		haizler. Hareket edebilecekleri, spor yapabilecekleri alanlara da eskisine
103		oranla daha rahat ulaşabiliyorlar. Şu an sadece İstanbul Büyükşehir
104		Belediyesi'nin işletmekte olduğu bir çok spor kompleksi, halkın hafta içi
105		gündüz saatlerinde ücretsiz kullanımına açık. Bunu bir çok ilçe belediyesi
106		de gerçekleştiriyor İstanbul'da hatta Türkiye'deki bir çok belediye yerel
107		yönetim bu alanda çalışmalar yürütüyor. Devletin kurumları da özellikle
108		Spor Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'da başta olmak üzere teşvik edici
109		kampanyalar, bazı faaliyetler yürütüyorlar. Bunlara ek olarak özel sektör
110		de bir şekilde sosyal sorumluluk çalışması yapacağı zaman ya da bir
111		reklam pazarlama faaliyeti yapacağı zaman kitleye açık bir faaliyette
112		hareketli etkinlikleri fiziksel hareketi kapsayan etkinlikleri ön plana
113		alıyorlar. Bunu sporda sponsorluğun son zamanlarda insanların izleyici
114		olarak edilgen bir şekilde iştirak ettiği futbol gibi alandan biraz daha
115		insanların aktif bir şekilde katıldığı atletizm gibi, yol koşuları gibi alanlara
116		kaymasından da bunu gözlemleyebilmekteyiz. Artık insanlarımız
117		beslenme ve hareketle ilgili biraz daha fazla bilgi edinebiliyorlar.Hareket
118		edebilecekleri, spor yapabilecekleri daha kolay ulaşabiliyorlar. Sadece
119		büyük şehirlerimizde özellikle İstanbul başta olmak üzere açık havada
120		insanlarımızın spor yapabileceği alanların biraz kısıtlı olduğunu
121		görüyoruz. Bu hem yeşil alan eksikliğinden elbette yeşil alanlarımız yok
122		mu var ama özellikle İstanbul'da ben yeterli düzeyde olduğunu
123		düşünmüyorum hem de yolla işte yol koşularına hazırlık yapıyorsanız
124		trafikte özellikle trafiğe açık mekanlarda bisiklet binmek veya koşmak
125		maalesef bizim trafikteki kuralsız uygulamalardan sürücülerimiz
126		dikkatsizliğinden dolayı tehlikeli hal alabiliyor.
127	I	Hocam insanlarımızın kilo almasındaki ana nedenler nelerdir?
128	E7	İnsanlarımızın kilo almasındaki ana nedenin beslenme alışkanlıklarımız
129		olduğunu düşünüyorum. Buna kendim de dahilim.Yaklaşık 15 kilo fazlam
130		var. Yani bu konuda bilinçli olan insanlarımız da bazı alışkanlıklardan
131		özellikle biliyorsunuz, beslenme alışkanlığı damak tadı dediğimiz şey,
132		bebekken çocukken edinildiğinde ilerleyen yaşlarda değiştirilmesi çok
133		zor. Özellikle aşırı karbonhidrat tüketimi, hamur işine olan düşkünlükler,
134		pilav makarna gibi gıdaların çok tüketiliyor olması, tatlıya olan
135		düşkünlük, rafine şekerin vücudun ihtiyaç duyduğunun birkaç katı
136		hergün alınıyor olması, beslenme alışkanlığımızın bize biraz kontrol
137		etkileri gibi. Bunların bir şekilde düzeltilmesi gerekiyor. En azından

Anhang VII: Transkription

Methodik

138		vücudun zararlı olduğu kesin olan, zararlı olduğu herkesçe tüm
139		sağlıkçılar, tıpçılar tarafından kabul edilen bazı maddelerin vücudumuza
140		artık sokulmaması gerektiğini ben düşünüyorum ama maalesef bu
141		konuda daha yol almamız gerekiyor. Çünkü batıda özellikle ABD'de
142		olduğu gibi bizde de obezite ciddi bir sorun olmaya devam ediyor.
143		Özellikle çok küçük yaştaki çocukların, bebeklerin hatta dikkat ederseniz
144		olması gerekten çok daha ağır olduğunu, hantal ve kilolu gözüktüğünü bir
145		çok yerde gözlemleyebiliyorsunuz. Çok küçüklükten başlayarak ilk 6 ay
146		anne sütü mesela teşvik edilir. Ama nedense bazen kişisel imkanlar buna
147		el vermez bir şekilde anne çalışıyordur, emzirme imkanı yoktur çocuğuna
148		mamalar verir bazen kolayına kaçarlar bazen de çocuğun fizyolojisi bunu
149		gerektirdiği için mama ile başlayan o alışkanlıklar sonrasında da çok
150		düzeltilmediğinde yani yavan ekmek yiyen çocuk görüyorsunuz çok
151		eğitimli ailelerin kendi çevremden de görüyorum, çocuğun elinde bir
152		yavan ekmeği, birkaç dilim ekmeği peş peşe tükettiğini gözlemliyorum.
153		Bunların bir şekilde küçük yaşta önüne geçilirse (geçilmezse) aslında bu
154		büyüyen bir problem oluyor. Benim kendi hayatımda da yaşadığım gibi
155		bir çok insanımız beslenme alışkanlıklarını değiştirmekte zorlanıyorlar.
156		Birinci kısım bu ikinci kısım da elbette ki biraz hareket eksikliğidir. Bu
157		hareket eksikliğinin giderilmesi için biz ne kadar salonlarımız ücretsiz
158		açarsak açalım insanların spor yapacabilecekleri alanlar, onları
159		bilinçlendirme kampanyaları işte bir durak önce in yürü, bir durak sonra
160		bin biraz yürü, yürüyen merdivene binme normal merdivenden çık şu
161		kadar kalori yak gibi bu tür kampanyaları istediğiniz kadar yapın edin
162		insanların elbetteki sosyoekonomik durumları ile ilgilidir. Yani bir kişinin
163		fiziksel olarak çok yorgun işten eve dönüyorsa 10-12 saat çalışmış veya
164		kafasında ay sonunu nasıl getireceği, geçim sıkıntısı gibi şeyler varsa o
165		insanda kalori yakmaktan öte tuttuğu bazı (dert ?) ve o insan için
166		hakikaten o yürüyen merdivene değil, normal merdivenden çıkarak ya da
167		bir durak önce inecek enerjisi olmadığı gibi normal durağında inse bile
168		oradan evine gidecek enerjisi olmayabiliyor. Bunun olduğu, belli şeylerin
169		aşıldığı bir toplum olmamız ümidi ile ben konuşuyorum. Sosyoekonomik
170		refahta yükselirse elbetteki bu tip alanlarda da insanlar daha dikkatli
171		bilinçli hale gelir.Ama şu an özellikle günden güne insanların
172		bilinçlendiğini ve elinde imkan olanların daha fazla hareket ettiğini
173		görüyoruz. Bu konuda hem kamuda hem özel sektörde ciddi çalışmalar
174		yapılıyor. Medya sektörü de bunları çok destekliyor. Doğrudan insana
175		dokunan bir alan çünkü. Umut ediyorum, yavaş yavaş belli sorunların
176		aşılması ile daha sağlıklı bir toplum olacağız.
177	I	Hocam son soru Türk insanları neden zayıflamak istiyor? Kilolu oldu
178		diyelim zayıflama nedenleri.
179	E7	Bizim insanlarımızda sağlıktan çok biraz daha görünüş için zayıflama
180		eğiliminde olduğunu düşünüyorum. Bir çok spor yapan insanın da veya
181		zayıflamaya çalışan diyet yapan insanın da konuştuğunuzda "ya ben bunu
182		sağlığım için yapıyorum aslında kilo vermek gibi bir derdim yok" dediğini
183		işitiyorsunuz. Bununla ilgili yapmış olduğum herhangi bir saha çalışması

Anhang VII: Transkription

Methodik

184		yok ama tamamen kişisel gözlemlerimden, çevremden ve okuduğum,
185		takip ettiğim yayınlardan hareketle söylüyorum. Zayıflamanın birinci
186		motivasyon noktasının bizim toplumumuzda dış görünüşü güzelleştirme,
187		dış görünüşü güzelleştirerek daha kolay kabul görme olduğunu, ikinci
188		motivasyonun sağlık olduğunu düşünüyorum. Tabii bir anket yapılsa ve
189		sorulsa insanlara muhtemelen sağlık birinci çıkacaktır ama burada ben
190		insanlarımızın dürüst davramadığını düşünüyorum ben. Daha çok kilolu
191		olduğunu kabul etmektense, ben kiloluyum ve kilo vermem gerekiyor
192		biraz da güzel görünmek istiyorum, bu göbekle gözükmek istemiyorum
193		demektense işte ben şeker tüketmem yasak, şeker hastalığı olmadığı
194		halde benim şekerim var deyip tatlı ikramlarından kaçan insanlar oluyor.
195		Elbetteki bu da doğru sonuçta sağlığa zararlı bir şey evet tüketmeyeceğiz
196		veya çok az tüketeceğiz ama neyse kilomuz varsa bununla da yüzleşmek
197		lazım ve güzel, iyi görünmek her insanın da hakkı. İnsanlar kilo verdikleri
198		zaman hem daha fit bir görünüme sahip olduklarında kendilerin iyi
199		hissediyorlar hem de hareket kabiliyetlerinin arttığını hissettiklerinde,
200		merdivenleri daha rahat çıkmak, bir vapuru yakalamak istediği zaman
201		çok rahat depar atmak o vapura bunlarda insana kendisini mutlu
202		hissettiren şeyler. Daha zor yorulmak, daha geç yorulmak. Bu aşamada
203		baktığımızda insanın kendisini iyi hissetmesi için de sağlıklı bir vücuda
204		sahip olması gerekiyor ve sevdikleriyle çocuğu varsa çocuğu ile yaşlı ise
205		torunu varsa torununun büyüdüğünü görmesi için ömrünün uzaması için
206		elbette ki ömrünün ne kadar süreceğini biz tahmin edemeyiz ama kendi
207		elinde olan imkanlarla o değişkenlerle kendi hayat sürecini uzatmak,
208		kalitesini arttırmak insanların yapabileceği bir şey. Bunları düşünerek
209		kendilerini motive etmeleri lazım, dış görünüş için zayıflamaya çalışmayı
210		da ben kesinlikle hor görüyorum gibi bir sonuç çıkmasın. Sonuçta
211		insanları bir şekilde kilo kaybetmeleri iyi bir şey ama şunu da
212		gözlemliyorsunuzdur "0 Beden" dediğimiz bir hadise var insanların
213		aslında çok sağlıksız bir şekilde zayıfladıkları bazı durumlar da oluyor işte
214		bu da bize gösteriyor ki o sağlık bilincinden çok tamamen dış görünüşe ve
215		modaya yönelik bir zayıflama eğilimi var hem bizde hem de birçok batı
216		toplumunda var. Bundan kaçınılması lazım. Yani insan vücudunun
217		tamamen olması gerektiği gibi, en sağlıklı olacak şekilde gıdalar alması
218		ona göre hareket etmesi gerekir yoksa bir manken tanıdığımdan
219		biliyorum, kendini tok tutmak için suya batırımış pamuk yuttuklarını
220		söylerdi. "Midemizi tok tutsun da çok tüketmeyelim" diye. Yani bunun da
221		ne kadar sağlıksız bir şey olduğunu dahi konuşmamıza gerek yok. Bundan
222		da uzak durulması gerekir.
223	I	Hocam bu kadardı. Zaman ayırdığınız için çok teşekkür ederim.
224		
225		

5

Anhang VII: Transkription

Methodik

001	I	Kısaca spor geçmişinizi anlatır mısınız.
002	E8	Orta son sınıfta sanırım 16 yaşındaydım, futbola başladım, amatör olarak
003		[redacted]
004		
005		
006		O arada
007		beden eğitimi öğretmenliği yapmaya da devam ettim. Aktif sporun
008		içerisinde yer aldım, öğretmenlikten kaynaklanan. Hemen hemen sporun
009		her branşı ile ilgilendim. En azından yapabilecek durumda olmasam bile
010		bilgi sahibi oldum. Gittiğim her yerde spor yapmaya, yaptırmaya gayret
011		ettik. Öğrencileri spora teşvik etmeye çalıştık. Sporu bir yaşam biçimi
012		haline getirmek istedim. Kendi hayatımda da sürekli sporu bıraktıktan
013		sonra da , futbolu bıraktıktan sonra da spor yapmaya devam ettim. Daha
014		sonra ciddi bir sakatlık geçirince ta ki aşil tendonumu kopardıktan sonra
015		5-6 aydır artık aktif olarak spor yapamıyorum.
016	I	[redacted] zaten sizi seçme sebebim farkı kademelerden gençler olsun
017		büyükler olsun biraraya geldiniz, insanların en azından spora bakış açısını
018		biliyorsunuz, ne kadar spor yapıp yapmadığını nedenlerini onun için
019		müdürüm ilk sorumuz biraz önce bahsettiğim gibi insanlar bilgi edinmek
020		için hangi kaynakları, yolları kullanıyorlar? Spor ve genel sağlıkla alakalı.
021	E8	Daha çok arkadaş çevresinden duyuyorlar. Basından, medyadan ondan
022		sonra haber kanallarından, sadece spor haberleri yapan spor gazeteleri
023		var, tv programlarından haber elde etmeye duymaya çalışıyorlar. Ama
024		şöyle aktif olarak doğru düzgün, kaliteli bir spor kanalı yok. İnsanların
025		tarafsız bir gözle spor izleyebileceği, dinleyebileceği, öğrenebileceği bir
026		kanal yok. Hemen hemen bütün kanallar bir taraf ve tarafgirlik içerisinde,
027		hepsi kendi tuttuğu kulübe kendi branşına yakın haber yapmaya
028		çalışıyorlar. İnsanlar spor haberlerini tarafsız gözle alamıyorlar. Doğru
029		düzgün bilgilenemedikleri için de sporun asıl ruhunu kaçırıyorlar. Yani
030		yıllarca ben profesyonel futbol oynadım. Çok maç kazandık çok maç
031		kaybettik yani sporun aslında bir kazanma, kaybetme değil de bir yaşam
032		biçimi olduğunu anlamak gerekiyor. Yani nihayetinde bir taraf direğe
033		vuruyor, içeriye giriyor gol oluyor keybediyorsun, bir taraf direğe
034		vuruyor dışarıya çıkıyor out oluyor kazanıyorsun. Yani aslında çok
035		önemsiz olduğunu ortaya çıkarıyor. Asıl önemli olan o sporun içerisinde
036		yer almak. Spor yapmak veya spor yapmasan da onu izlemek, taraf
037		olmak, tarafgir olmak desteklemek. Ben hiç unutmuyorum bir maçta, maç
038		seyretmeye gitmiştim bizim maçımız yoktu. Tribünde ayağa kalkmayan
039		bilmem ne olsun gitsin diyor yani. Yorgunum ayağa kalkmak
040		istemiyorum, "niye ayağa kalmıyorsun, rakip takımı mı tutuyorsun
041		dediler" Ya yok rakip takımı tutmuyorum ayağa da kalkmıyorum dedim
042		kavga çıktı orada. İnsanlar öyle bir hale gelmiş ki ya bizdensin ya insan
043		değilsin diyorlar.
044	I	Nedeni nedir?
045	E8	Bence şöyle; insanlar hayatlarında başaramadığı, yapamadığı, elde
046		edemediği şeyleri kötülüyor. Şimdi hayatında hiçbir taraf olamamış

Anhang VII: Transkription

Methodik

047		kendinde bir şey bulamamış, kendini yetiştirememiş adamlar oraya gidip
048		bir spor müsabakasında bir şey olmaya çalışıyorlar. Beşiktaşlı olmakla
049		adam olmayı eş tutuyor. Halbuki sen adamsan Beşiktaşlı olup olmaman
050		Trabzonlu olup olmaman önemli değil. İnsanlar kendi hayatlarındaki
051		eksiklikleri, zayıflıklarını o yönde gidermeye çalışıyorlar. Kendi hayatında
052		düşünün sağlam psikolojisi olanlar, temiz bir altyapı alanlar, işte eğitim
053		alanlar gidip de bir stadın önünde hüngür hüngür ağlamaz ki. Yenildi diye
054		cam çerçeve kırmaz ki. Bu eğitimsizlikten, görgüsüzlükten, bilinçsizlikten
055		meydana gelen bir şey. Bir de bu sporun içerisinde olan insanların yanlış
056		yönlendirmelerinden dolayı yani "bu maçı alacağız başka yolu yok" Hani
057		ingilizce bir cümle var die for you, kill for you ya çevirmişler. Böyle bir şey
058		yok. Ölmeye gerek yok . Öyle bir hale gelmiş ki arkadaşım, hiç
058		unutmuyorum Beşiktaş maçı kaybetti adam televizyon ekranlarında
059		diyor ki ben buraya gelirken çocuğum uyudu, ben şimdi uyanınca ona
060		nasıl söyleyeceğim Beşiktaş'ın yenildiğini diyor. Bırak bir gün sonra yener
061		bir hafta sonra yenilir ve ben profesyonel futsom oynadım o maçlarda
062		böyle sıkıntılar olurdu biz gülerdik. Rakip takımın hepsi arkadaşımızdı,
063		sahada itişirdik ondan sonra maçtan çıkınca bir yerde oturup sohbet
064		ederdik. Ama adamlar birbiriyle konuşmadı ben Gümüşhaneydim
065		Bayburt birbiriyle konuşmazdı arkadaştık yani. Şimdi sporun içinde
066		olanlar, spordan beslenenler, sporu yönetenler sporcu olmadığı için böyle
067		oluyor. Spor yapan yaptıranların sporla alakası yok hayatında eşofman
068		giymemiş adam sporla ilgili bir projede spor ile ilgili bir bilimde spora
069		bakanlıkta öyle olunca anlamıyor ki. Yani o tozu yutmamışsa, o şeyi
070		görmemişse anlatmakla anlatamazsın yani. Bu bir kültürdür. Spor
071		kültürüdür. Onu yerleştirmek lazım, onun için de eğitmek lazım okullarda.
072		Bir bakın okullarda en yüksek notlar beden eğitimi dersidir. Beden
073		eğitimi, resim, müzik ve din derslerindedir yüksek notlar. Ama en kötüsü
074		odur hocam. Türkiye'nin doğru düzgün milli sporcusu yok. Devşirmelerin
075		dışında doğru düzgün koşucusu yok. Jimnastikcisi, paralelcisi, dengecisi
076		yok, yüksek atlamacısı yok. Bir güreşimiz var onu da elimize, yüzümüze
077		bulaştırdık. Neden okullarda eğitim doğru düzgün yapılmadığı için. Okul
078		müdürleri veya veliler çocuklarını spora yönlendirmedikleri için. Burada
079		bir öğrencime 6 yıldır spor salonunda antrenman yaptırıyorum. Annesi
080		geldi "çocuğum terliyor" diyor. Terlesin işte ne güzel faydalı. " Ama olur
081		mu, terleyince hasta olur" diyor. Diyorum ki terleyince hasta olmaz,
082		terlemezse hasta olur. Hani bunu yeni baştan dipten gelip anlatmak lazım
083		velilere, öğrencilere, öğretmenlere, siyasilere, yöneticilere, belediye
084		başkanlarına. Sporun olmazsa olmaz olduğunu, sağlık için şart olduğunu,
085		psikoloji için şart olduğunu, fizik için şart olduğunu. Diyet yapıyorlar,
086		yemek yememekle kilo verilmez. Öyle bir şey yok. Yakman lazım,
087		yiyeceksin, yakacaksın. Dengeli yakacaksın. Spor yapacaksın. Sağlık
088		Bakanı buraya geldi 20 dakika konuştu 18 dakikasında spor yapın,
089		yürüyün, koşun dedi. Budur onun için de spor yapılamaya müsait yerlerin
090		yapılması lazım. Tesisler lazım. Koşu yolları, bisiklet yolları lazım.
091		Bunların üzerinde çalışmak lazım.

2

Anhang VII: Transkription

Methodik

092	I	İnsanlarımızın harekete bakış açısı nedir? Ne olarak görüyorlar hareketi?
093	E8	Harekete şöyle bakıyorlar; veli diyor ki mesela “benim çocuğum terliyor”
094		Terleyince rahatsız olacağını düşünüyor. Yorulunca hasta olacağını
095		düşünüyor. Halbuki yorulunca asla hasta olmazsın, güç kazanırsın. İnsanı
096		uyuşukluğa sevk eden hareketsizlik aslında. Ne kadar az hareket edersen.
097		O kadar çok yorulursun. O kadar çok hasta olursun. O kadar çok
098		hantallaşırsın. Dilimizde bir sürü atasözü var “Işleyen demir ışıldar”
099		vücutta öyle değil midir yani. Asıl bizim hareketi ön plana çıkarıp
100		hareketsizliği geri plana itmemiz lazım. Buna rağmen artık çok hızlı
101		asansörler yapılıyor. Yürüyen merdivenler yapılıyor. Her yere araba ile
102		gidiliyor. Ve işin kötüsü arabanın içinde de hareketsizleştiriyorlar.
103		Otomatik vites çıktı, kol durdu. Kol yok ayak yok sadece bakarak
104		gidiyorsun yani.öyle ki artık iyice bizi hareketsizleştiriyorlar. Bu da ileride
105		inanılmaz ciddi sağlık sorunlarına yol açıyor. Bu daha başlangıç böyle
106		giderse çok daha ciddi sakatlıklara rahatsızlıklara yol açar.
107	I	[redacted] zaten yılda 1 milyon Türk insanımız obez oluyor. Her yıl artıyor
108		bu düzenli olarak. Dediniz ki annesi terleyince hasta olur, bu bilinçsizlik
109		ve yanlış bilgilendirmeler mi , ailelerin mi bilinçsizliği?
110	E8	Ailenin günahı yok, bir kap gibi düşünün kabın içine ne renk su koyarsan
111		o kabın rengini alır ya ailenin bir kabahati yok ben de bir çocuk
112		babasıyım. Bize öğretilen bu, aileye bunu öyle öğretmişsin ki aile öyle
113		söylüyor. Bir anne baba asla çocuğunun kötülüğünü istemez ama bildiği
114		yöntemi uyguluyor, ona öyle öğretilmiş olduğu için öyle konuşuyor. Yoksa
115		ailenin kabahati yok. Onu ona kim öğretiyor o şekilde öğretmenleri
116		öğretiyor, yanlış öğreten öğretmenleri, o toplum, televizyon. Televizyonda
117		öğretilen o, gazetelerde öğretilen o, öğretmenlerin öğrettiği o. En son
118		veliye kızmak lazım. Veli öyle öğrenmiş, ne alıyorsa onu ve ben de
119		biliyorum beden eğitimi öğretmenleri okulların en zayıf en etkisiz
120		öğretmenleri. Neden? Bunun sebebi kendileridir hocam. Kendi işlerini
121		ciddiye almadıkları için , kendi işlerini doğru düzgün yapmadıkları için
122		“rahat, hazır ol, topu al kaybol” beden eğitimi öğretmeninin sloganı bu.
123		Öğretmen odasında oturuyor, balkondan topu atıyor çocuklara, çocuklar
124		aralarında maç yapıyorlar alıp getiriyorlar topu koyuyorlar oraya. Böyle
125		olunca da spor bu hale geldi, politika olmadığı için. Son zamanlarda bu
126		TEOG sınavlarında spor yapanlara, spora katılanlara ek puan verilmesi
127		çıktı, şu anda bakanlık onun üzerinde duruyor. O olaydan sonra o
128		duyuldu, hemen bizim salonlarımıza ilgi arttı. Yani bu aslında üst politika
129		ile birlikte yürütülürse çözüm üretilebiliyor. Onun için veli çocuğunu
130		önceden göndermiyordu çocuğunu spora niye soru çözsün, test çözsün
131		diye. İyi bir okula yerleşsin diye. Şimdi iyi bir okula yerleşmenin
132		yollarından bir tanesi spor yaparsan da ek 30 puan. Büyük bir puan bu.
133		Onun için daha çok ilgi olacağını düşünüyorum.
134	I	İnsanlarımızın kilo alma nedenleri sizce nelerdir?
135	E8	Zenginleşiyoruz, ekonomik olarak zenginleşiyoruz. Zenginleştikçe
136		insanlar istediği şeyi bulup yeme lüksüne sahip ve yedikçe ister istemez
137		kilo alıyorsun. Zenginleştiğimiz için araba alıyoruz. Zenginleştiğimiz için

Anhang VII: Transkription

Methodik

138		yürüyen merdivenler var, asansör var ve insanlar çok yoğun çalıştıkları
139		için kapalı mekanlarda hareketsizlik oluştu. Bu hareketsizlik yiyorsun,
140		yakmıyorsun. Daha çok yiyorsun, daha az yakıyorsun. Daha çok yiyorsun,
141		daha az yürüyorsun, koşuyorsun. Yani insanlar senede 7-8 gün tatil
142		yapıyorlar. Ne yapacaksın ki o 7-8 günde. Onun içinde herşey dahil 5 kilo
143		var diye bir şey var biliyor musun? Tatil yerlerinde herşey dahil
144		programları var ya artık herşey dahil 5 kilo. Orada sınırsız yeme imkanı
145		var. Her şeyi yiyor hiçbir şey yapmıyor 5 kilo da orada alıyor. Onun için
146		gittikçe hareketsizleştiğimiz ve zenginleştiğimiz için ve damak tadımızıda
147		geliştiriyoruz. Bulup da yiyemiyorduk bu bir gerçek, şimdi buldukça daha
148		çok yiyoruz. Ama daha az hareket ediyoruz. Hareket etmedikçe insanlar
149		ister istemez şişmanlamaya başladı. Allah korusun savaş filan çıkmasın,
150		yemin ediyorum karşıdan karşıya koşacak halimiz yok.
151	I	Buradaki tecrübelerinize dayanarak insanların kilo verme nedenleri
152		nelerdir?
153	E8	Şimdi kendimden size bahsedeyim. Artık elbiselerin sana olmuyor
154		diyorsun ki artık ben kilo aldım elbisem bana olmuyor. Etraftan da artık
155		şişmanladın kilo aldın deniyor. Sağlık sorunları başlıyor. Aldığın nefes
156		yetmiyor. Es kaza asansör bozuk olduğunda 4 kat 5 kat çıkamıyorsun. Ve
157		toplum da artık senin bu vücudundaki bozukluğu sana söylemeye başladı
158		artık hani kilo aldın, şişmanladın. Öyle olunca insanlar kilo verme gereğini
159		duyuyorlar. Bunun için de nasıl verebilirim kısmına da gelince biz millet
160		olarak çok kolaycı olduğumuz için en kısa sürede en çok kiloyu nasıl
161		veririzin peşine düşüyoruz. Televizyon programlarında var 7 günde kilo.
162		10 günde 15 kilo gibi sağlıksız, bilinçsiz, tehlikeli şeylere yöneliyoruz. Kısa
163		zamanda tez kilo vermek istiyoruz. Ama bunun yanında gerçekten bu işi
164		bilimsel olarak yapan yerlere de giden, katılan, spor tesislerine yazılanlar
165		var. Bizim tesislerimizde bu şekilde inanılmaz bir yoğunluk var. İnsanlar
166		geliyorlar, zayıflamak için bir çaba gösteriyorlar. Alışkanlık haline
167		getirtmeye çalışıyoruz. Tabii bu alışkanlık haline gelirse, tadını bir kere
168		alırlarsa onu kolay kolay bırakamıyorlar. Ama bunun için de belli bir süre
169		daha gerekiyor. Şöyle bir şey var; ben bir spor müdürü olarak gördüğüm
170		şişmanlara şişmansınız diyorum. Böyle güzel değilsiniz diyorum.
171		Şişmanladın diyorum adam rahatsız olsun diye. Ama bir kısmı ama böyle
172		de iyidir, göbek erkeğin şusudur o dengedir falan. Halbuki daha çıplak
173		daha yalın söylemek lazım. Şişmansın, kilolusun zayıflaman lazım. Bunu
174		insanların sahte değil de gerçekleri yüzlerine söylersen bnun çok etkili
175		olacağına ve insanların spor tesisine yönlendireceğini düşünüyorum.
176	I	[redacted] bu kadar, çok teşekkür ediyorum.
177		
178		
179		
180		

Anhang VIII: Lebenslauf

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name:	Ahmet Tarık Ergüven
Geburtsdatum und -ort:	01.07.1972 Gaziantep, Türkei
Familienstand:	ledig
e-Mail:	erguven@gmx.net

Studium und Schule

01.2014 - Jetzt	Deutsche Sporthochschule Köln Promotionsstudium zum Doktor der Philosophie
10.1995 – 10.2002	Bergische Universität Gesamthochschule Wuppertal Studium der Wirtschaftswissenschaften, Diplom-Ökonom Schwerpunkt Internationales Management und Organisation
06.1992 – 09.1995	Internationaler Bund, an der Volkshochschule und der Gesamthochschule Wuppertal Sprachkurse zur Erlernung der deutschen Sprache
07.1990 – 05.1992	Universität Uludağ in Balikesir/Türkei Studium Fremdenverkehrsbetriebswesen und Hotelgewerbe
06.1990	Atatürk-Gymnasium, Gaziantep/Türkei Abitur

Berufliche Entwicklung

12.2014 – 08.1015	Berater der Gemeinde Esenyurt Sportdirektion Markenbildung, Weiterbildungsgestaltung, Organisation Qualitätsmanagement
08.2010 – 09.2013	Fitness- und Ernährungsberater in Deutschland und in der Türkei
01.2010 – 07.2010	Just Fit GmbH & Co. KG, Köln Personal Trainer und Sales Mitarbeiter
12.2008 – 12.2009	Selbstständiger Berater Projektmanagement: Beratung eines Fitness-Clubs (City-Fit) in Troisdorf
04.2008 – 11.2008	Besuch der Sprachkurse in der Sprachschule Berlitz und in Train it, Köln Englischkurse
07.2007 – 03.2008	Studioleiter bei McFit in Köln
01.2007 – 06.2007	Clubmanager bei Fit24 in Köln
03.2005 – 12.2006	Sportlicher Leiter in Fit24
01.2003 – 03.2005	Personal Trainer in Fit24

Anhang VIII: Lebenslauf

Berufsbegleitende Weiterbildung	
2015	Modernes Fettstoffwechseltraining für Jedermann an der DSHS Köln
2013	Coach für Sporternährung an der DSHS Köln
03.2007 – 07.2007	TÜV Rheinland Zertifizierter Qualitätsmanager (TÜV) Schwerpunkte: Qualität und Management, Qualitätstechniken
04.2006 – 07.2006	TÜV Rheinland Zertifizierter Qualitätsbeauftragter (TÜV) Aufbau eines QM-Systems, Organisation der Qualitätstätigkeiten und Auditierung
03.2006 – 11.2006	Inline Skating Instructor
01.2003 – 10.2003	Fitnesstrainer-Lizenz BSA