



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Essen im Kontext von Diabetes mellitus Typ 2
aus Sicht von DiätologInnen“

verfasst von / submitted by

Carina Höllersberger, Bakk.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 810

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Kultur- und Sozialanthropologie

Betreut von / Supervisor:

Priv.-Doz. Mag. Dr. Ruth Kutalek

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, die mich bei der Erstellung der Masterarbeit begleitet und unterstützt haben, allen voran bei meinen Interviewpartnerinnen für ihre Zeit und die Bereitschaft, mir einen Einblick in ihren Arbeitsalltag zu gewähren. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Großer Dank geht an Frau Priv.-Doz. Mag. Dr. Ruth Kutalek für die Betreuung meiner Masterarbeit und das laufende, rasche Feedback während des Verfassens.

Ganz besonders bedanken möchte ich mich bei meinen Eltern, Annemarie und Harald, für ihre jahrelange Unterstützung und dafür, dass sie mir ermöglicht haben, diesen Weg zu gehen.

Ebenso möchte ich mich bei José und Manuela für ihr offenes Ohr bedanken sowie bei meinen FreundInnen, Studien- und ArbeitskollegInnen, die mir immer wieder mit Ratschlägen und Ideen zur Seite standen.

Mein größter Dank geht an Pedro, der alle Höhen und Tiefen des Schreibens mit mir durchgestanden hat. Danke für den Optimismus und die Geduld.

Executive Summary

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, wie Essen in der Medizin konzipiert ist. Insbesondere wird dabei ein Fokus auf kulturelle Bedeutungen gelegt. Vor allem das theoretische Konzept der *Compliance* soll kritisch betrachtet werden. Medizinischer Rahmenkontext ist dabei Diabetes mellitus Typ 2.

Um die Fragestellung zu beantworten, wurde eine empirische Erhebung durchgeführt, basierend auf qualitativen leitfadengestützten ExpertInneninterviews. Die Informantinnen waren 15 in Wien tätige Diätologinnen. Die Interviews wurden transkribiert und orientiert an der *Grounded Theory* ausgewertet.

Die Erhebung zeigte, dass Kultur als ein Kriterium der Auswahl und des Angebots von Nahrungsmitteln erfahren wird. Zudem werden bestimmte Nahrungsmittel und -gruppen als in einer Kultur „typisch“ empfunden.

Essen kann außerdem mit dem Verständnis von Krankheit und Gesundheit in Zusammenhang stehen. Was und wie gegessen wird, wird beeinflusst davon, was „gesund sein“ und „krank sein“ für jemanden bedeuten und wie es bewertet wird. Das als kulturell wahrgenommene Verständnis von Gesundheit beeinflusst sowohl die Ernährungsweise als auch die *Compliance* der PatientInnen. Hierbei ist die Tatsache von Diabetes Typ 2 als „Krankheit ohne Schmerz“ von großer Bedeutung – dies übt den Diätologinnen zufolge bei einem Großteil der PatientInnen sehr starken Einfluss auf die Umsetzung der Ernährungsrichtlinien aus und wird häufig als Grund für *Non-Compliance* wahrgenommen.

Weiters wird ein Zusammenhang zwischen Essen und der Konzeption von Körper gesehen. Der menschliche Körper kann ein Ausdruck für etwas sein (Schönheitsideal, finanzieller Status etc.). Essen kann als Instrument dienen, um den Körper zu beeinflussen und demnach diesen Idealen näherzukommen. Gewisse kulturelle Konzeptionen bestimmter MigrantInnengruppen – etwa Übergewicht als Schönheitsideal – können sich auf die Umsetzung der Ernährungsrichtlinien auswirken.

Darüber hinaus wird Essen als eine kulturelle Praktik beschrieben, die eine starke soziale Funktion trägt. Es kann Teil einer Interaktion zwischen Menschen sein und dabei gewisse Werte, wie beispielsweise Zusammenhalt oder Gemeinschaft, ausdrücken. Damit in Verbindung stehen Normen und Regeln, die der Essenspraktik zugrunde liegen.

Dies kann ebenso die *Compliance* der PatientInnen beeinflussen, da eine Ernährungsveränderung immer auch Auswirkung auf das soziale Umfeld hat.

Zudem wird eine Verbindung zwischen Gender – dem sozialen und kulturellem Geschlecht – und Essen erfahren. Vor allem genderspezifische Rollenbilder können in der Beratung und bei der Umsetzung der Ernährungsrichtlinien zu Schwierigkeiten führen; auf der einen Seite werden kulturell empfundene, hierarchische Strukturen (v.a. in der Gruppe der türkischen MigrantInnen) als starr und somit problematisch für die Umsetzung von Ernährungsleitlinien empfunden. Gleichzeitig kann es auch bei Personen ohne Migrationshintergrund in älteren Generationen aufgrund von Rollenbilder zu Problematiken kommen – etwa hinsichtlich der Verantwortung für Ernährung und Gesundheit in der Familie, die der Frau zugeschrieben wird.

Kulturelle Aspekte werden auch als bedeutend für die Beratung wahrgenommen. Die interviewten Dietologinnen verwiesen darauf, dass kulturelles Wissen wichtig ist, um Verhalten der PatientInnen zu verstehen. Kulturelle Bedeutungen im Kontext von Essen und Diabetes müssen jedoch auch immer im Hinblick auf andere Faktoren betrachtet werden, denn Dietologinnen nehmen vor allem den sozioökonomischen Status – dabei vor allem den Beruf, das Bildungsniveau und die finanziellen Möglichkeiten der PatientInnen –, das soziale Umfeld sowie translokale Faktoren (Werbung, Medien, Politik) als Aspekte wahr, die die Essenspraktik sowie das Gesundheitsverhalten generell beeinflussen. Essen wird somit von den Dietologinnen im Kontext von Diabetes mellitus Typ 2 als ein komplexes, multifaktoriell bedingtes Phänomen beschrieben.

Ebenso sehen Dietologinnen *Compliance* in diesem Zusammenhang als sehr vielschichtig. Unterschiedliche Faktoren, wie das soziale Umfeld oder auch finanzielle Möglichkeiten, können diese dabei positiv oder negativ beeinflussen. Dietologinnen sehen sich dabei in der aktiven Rolle, die Ernährungsrichtlinien so an die PatientInnen zu adaptieren, dass für diese die Umsetzung auch ermöglicht wird. *Compliance* wird demnach nicht als rein einseitiges Konzept beschrieben, dessen Umsetzung ausschließlich von den PatientInnen abhängt, sondern das in der Interaktion zwischen Beratenden und PatientInnen gestaltet wird.

Sowohl aufgrund der Komplexität der Thematik „Essen“ als auch der Besonderheiten der Krankheit (meist schmerz- beziehungsweise beschwerdefreier Krankheitsverlauf; hohes Potential der PatientInnen, den Krankheitsverlauf durch Ernährungsveränderung zu beeinflussen), die sich auf die Ursache der Entstehung von Diabetes sowie auf die

Compliance der PatientInnen auswirken können, ist es laut den Diaetologinnen notwendig, PatientInnen so individuell wie möglich zu beraten. Individuelle Faktoren, die dabei als besonders bedeutend und beeinflussend empfunden werden (z.B.: der Patient hat nur beschränkte finanzielle Mittel; Patientin ist für die Ernährung der ganzen Familie zuständig etc.), müssen in der Beratung besondere Beachtung finden. Prinzipiell eignet sich Ernährung für eine individuelle Betrachtung sehr gut, da sie einen Zugang zur Lebenswelt der PatientInnen eröffnet.

Den Diaetologinnen zufolge ist es demnach für eine erfolgreiche Beratung notwendig, Ernährung nicht als rein medizinisches Konzept zu verstehen, sondern als komplexes Phänomen, dessen individuelle Umlegung unter anderem auf Basis kultureller, sozialer, religiöser und ökonomischer Aspekten ausgeführt wird. Erfolgreiche Beratung bedeutet daher nicht, den/die Patienten/Patientin an allgemeingültige medizinische Leitlinien anzupassen, sondern allgemeingültige Leitlinien an den individuellen Kontext des/der Patienten/Patientin zu adaptieren.

Schwierig für die Umsetzung dieser individuellen Beratung ist im öffentlichen Bereich, in dem DiabetikerInnen in Österreich zum Großteil behandelt werden, teilweise das Problem der Zeitressource. Aufgrund der Tatsache, dass Diabetes eine chronische Krankheit ist, steigt der Bedarf an Betreuung und ist nur schwer abzudecken. Zudem erschweren Sprachbarrieren bei PatientInnen mit Migrationshintergrund die Behandlung und kosten zusätzlich Zeit. Es wird dafür eine Lösungsstrategie, die sowohl PatientInnen als auch Behandelnde zufriedenstellt, benötigt.

Da auch makrostrukturelle Bedingungen wie wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen Einfluss auf die individuelle Ernährungspraktik nehmen können, bedarf es auch außerhalb der Beratung von DiabetikerInnen Ansätzen, die allen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu gesunder Ernährung beziehungsweise Wissen und Information darüber ermöglichen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	9
1 Einleitung.....	11
2 Fragestellung und Theorie	17
2.1 Compliance	18
2.2 Kulturelle Kompetenz.....	22
3 Projektdesign und Methode.....	27
3.1 Erhebungsmethode: ExpertInneninterviews	28
3.2 Analyse	32
3.3 Ethische Aspekte der Forschung.....	35
3.4 Forschungsfeld und Kontextualisierung	36
4 Ergebnisse.....	37
4.1 Essen als kulturelle Praktik im Kontext von Diabetes mellitus Typ 2	37
4.1.1 Kultur und Nahrungsmittel.....	37
4.1.2 Verständnis von Krankheit und Gesundheit.....	40
4.1.3 Konzeption von Körper	42
4.1.4 Soziale Funktion von Essen.....	45
4.1.5 Gender	47
4.2 Die Anwendung und Umsetzung des Wissens über Essen als kulturelle Praktik in der Beratung.....	50
4.3 Kommunikation und Sprachbarriere.....	53
4.4 Sozioökonomische Aspekte	55
5 Diskussion	62
5.1 Bedeutung für das Konzept der Compliance	63
5.2 Bedeutung für die Forderung nach kultureller Kompetenz	65
5.3 Bedeutung für die Ernährungsberatung von Typ-2-DiabetikerInnen	66
5.3.1 Ressourcen.....	68
5.3.2 Makrostrukturelle Bedingungen	69
Anhang.....	71

A.1 Interviewleitfaden.....	71
A.2 Abstract.....	73
A.3 Abstract Englisch.....	74
Curriculum Vitae	75
Literaturverzeichnis.....	77

1 Einleitung

Das Thema Essen hat mich immer schon fasziniert. Der Geschmack, Geruch und auch das Geräusch beim Zubereiten von Speisen sind wie Momentaufnahmen, die viel über denjenigen oder diejenige, der/die sie zubereitet, erzählen. Die Diversität der Art und Weise, wie gegessen wird, was dabei „erlaubt“ ist und was nicht, was als ekelhaft oder schmackhaft angesehen wird, ist mindestens so abwechslungsreich wie die unterschiedlichen Lebensmittel an sich, wie ich in meinem multinationalen Freundes- und Bekanntenkreis lernen durfte.

Es war eine Diskussion mit meinem Partner, die mich zur eigentlichen Fragestellung brachte. Darin ging es darum, wie wir – er als Allesesser, ich als Vegetarierin – eines Tages unseren Nachwuchs ernähren werden, als er, gebürtiger Andalusier, meinte: „Ich möchte schon, dass meine Kinder Fleisch essen. Denn es ist Teil meiner Kultur.“ Essen im Zusammenhang mit Kultur zu sehen, war mir als Studierende der Kultur- und Sozialanthropologie nicht neu; aber das Ganze in einem so direkten und persönlichen Kontext zu sehen, stellte mich doch vor einige Fragen: Stimmt es, dass ein Lebensmittel Teil einer konstruierten Entität wie „Kultur“ sein kann? Gibt man einen Teil „seiner Kultur“ (wie auch immer sich diese definieren mag) auf, wenn man auf bestimmte Lebensmittel verzichtet?

Im Hinblick auf den thematischen Schwerpunkt meines Studiums, der Medizinanthropologie, stellte ich mir bald auch die Frage, wie sich Essen als kulturelle und soziale Praktik im Kontext von Krankheit gestaltet. Wie wird Essen in der Medizin überhaupt verstanden? Und wie kann ein Verständnis von Essen, das mehr ist als etwas, das den Körper nährt, überhaupt in der alltäglichen Medizin Platz finden? Was bedeutet es für die Therapie und Beratung bei Krankheit, wenn man von Essen als rein nutritive Bedürfnisbefriedigung absieht und es als Praktik wahrnimmt?

So ergab sich auch die Fragestellung der vorliegenden Arbeit, in der untersucht werden soll, wie Essen jenseits seiner körperlich nährenden Funktion im Bereich der Medizin konzipiert ist. Dabei soll vor allem ein Schwerpunkt auf kulturelle Bedeutungen gelegt werden, da diese der individuellen Auslegung von Essverhalten gewissermaßen einen Rahmen bieten. Der Mensch isst, um zu überleben – jedoch erfüllt Essen weit mehr als nur eine nährende Funktion: Vor allem in plurikulturellen Gesellschaften, in

denen globale Bewegungen zunehmen und kulturelle und soziale Gruppen nicht mehr an nur einen lokalen Ort gebunden sind, kann Essen unter anderem eine wichtige Rolle im Hinblick auf die (Re-)Produktion von (kultureller) Identität spielen (Ayora-Diaz 2013: 50f; Brulotte/Giovine 2014: 1; Wilson 2006: 15f).

Als medizinischer Rahmenkontext der Arbeit dient Diabetes mellitus Typ 2 (DM2), eine chronische Stoffwechselkrankheit, deren Verbreitung aktuell „pandemische“ Ausmaße annimmt (Stadler/Prager 2012: 4). Die Krankheit scheint derzeit nicht nur in der Wissenschaft, sondern auch in den Medien recht präsent zu sein: Dabei geht es vor allem um einen weltweit drastischen Anstieg der Krankheit (Uhlmann 2016) oder um Diabetes als globales Problem (Zeit Online 2016); die österreichische Tageszeitung „Kurier“ schreibt sogar von einem „Diabetes-Tsunami“ (Mauritz 2016).

Grundsätzlich bezeichnet Diabetes mellitus eine Gruppe von Stoffwechselerkrankungen, denen ein chronisch erhöhter Blutzuckerspiegel zugrunde liegt (Roden 2012: 1). Man unterscheidet dabei zwischen verschiedenen Diabetes-Typen: Typ-1-Diabetes, Typ-2-Diabetes, Gestationsdiabetes und anderen spezifischen Diabetesformen. Am weitesten verbreitet ist dabei Diabetes mellitus Typ 2 – es handelt sich bei circa 95 Prozent der PatientInnen mit Diabetes mellitus um Typ 2 mit verminderter Insulinsensitivität (Biesalski et al. 2015: 378; Griebler et al. 2013: III).

Als Auslöser der Krankheit gilt hierbei einerseits die Genetik, auf die andererseits intrauterine Faktoren (also Faktoren, die vor der Geburt in der Gebärmutter auftreten), Geburtsgewicht und Umweltfaktoren einwirken (Biesalski et al. 2015: 379). Die Ursache für DM2 ist somit überwiegend eine genetische Disposition in Zusammenspiel mit Übergewicht, Adipositas, Bluthochdruck oder erhöhten Blutfettwerten, die häufig in einer zu fett- oder kohlenhydratreichen Ernährung sowie einer ungesunden Lebensführung verankert sind (zu wenig körperliche Aktivität, Rauchen etc.)¹. Beide Ursachen, also Ernährung und Lebensführung, sind sozioökonomisch beeinflusst (Griebler et al. 2013: III). Vor allem bei Personen mit einem niedrigen sozialen Status sowie einem niedrigen Bildungslevel tritt Diabetes vermehrt auf (ebd.: 5). Eine Korrelation zwischen niedrigem Bildungsgrad und dem Risiko für Diabetes ist im Geschlechtervergleich bei Frauen vermehrt anzufinden (Kautzky-Willer et al. 2012).

¹ Auch Gestationsdiabetes, also ein in der Schwangerschaft durch die hormonelle Umstellung entstandener Diabetes, erhöht die Wahrscheinlichkeit, später an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken, deutlich: So haben Frauen, die an einem Gestationsdiabetes leiden, später ein siebenfach höheres Risiko an DM2 zu erkranken (Griebler et al. 2013: III).

Auch das Einkommen dürfte im Kontext von DM2 eine Rolle spielen: So sind im internationalen Vergleich in Ländern mit hohem Einkommen rund 85 bis 95 Prozent aller Diabetes-Fälle Typ-2-DiabetikerInnen, in Ländern mit einem geringen beziehungsweise mittleren Einkommen kann man hierbei sogar von einem noch höheren Anteil ausgehen (Griebler et al. 2013: 8).

Derzeit leben in Europa etwa 52 Millionen Menschen zwischen 20 und 79 Jahren mit Diabetes – der Großteil davon mit Typ-2-Diabetes –, wobei man etwa von 33 Prozent nicht diagnostizierten Fällen ausgeht (IDF Diabetes Atlas 2014). Bis zum Jahr 2035 wird weltweit ein Anstieg von 387 Millionen auf 592 Millionen Diabetesfälle angenommen (ebd.).

In Österreich sind in etwa acht bis neun Prozent der Bevölkerung von Diabetes betroffen (Griebler et al. 2013: 16). Zu beachten ist, dass das Risiko, an Diabetes zu erkranken, hierbei nicht für alle gleich ist. Faktoren, die mit „Migration“ in Verbindung stehen, scheinen dabei die Diabetesprävalenz zu erhöhen, vor allem bei Frauen; weibliche Migrantinnen haben laut der Statistik Austria (2008: 85; 100) ein doppelt so hohes Risiko, an Diabetes zu erkranken, wie Österreicherinnen – Frauen aus der Türkei sowie aus dem ehemaligen Jugoslawien weisen sogar ein 3,4-fach höheres Risiko auf. Es ist daher anzunehmen, dass MigrantInnen auch eine bedeutende PatientInnengruppe in der Therapie und Beratung von Diabetes sind, was wiederum Fragestellungen hinsichtlich Essen als kulturelle und soziale Praktik in den Raum stellt.

Doch nicht nur aufgrund der Aktualität der Thematik Diabetes erscheint diese als Rahmen für die vorliegende Arbeit passend, sondern vor allem auch, weil Ernährung bei Diabetes mellitus Typ 2 von besonderer Bedeutung ist. Einerseits wird unausgewogene Ernährung als eine der Ursachen für den Ausbruch der Krankheit gesehen, andererseits kann durch Ernährungsveränderung in der therapeutischen Behandlung die Entwicklung des Diabetes maßgeblich positiv beeinflusst werden, weshalb Ernährungsberatung auch Teil der Diabetestherapie ist.

In der bisherigen sozialwissenschaftlichen Forschung wurde Diabetes mellitus Typ 2 schon vielfach behandelt, wobei ein Schwerpunkt im US-amerikanischen, besonders im mittellamerikanischen Raum zu bemerken ist. Der Großteil der Untersuchungen dient der Suche nach Barrieren im Diabetesmanagement, auch im Hinblick auf Bedeutungen der Krankheit beziehungsweise deren Auslöser für die PatientInnen und das Gesundheitspersonal (Antshel 2002; Castro-Rivas et al. 2014; Everett 2011; Fort et al.

2013; Hatcher/Whittemore 2007) – sowie nach Lösungsmöglichkeiten für eine optimierte Diabetesbetreuung (Mull et al. 2001; Rivera Adams 2003; Weller et al. 2012). Vielfach wurde dabei mit Minoritäten, hauptsächlich Personen mit Migrationshintergrund, geforscht.

Im deutschsprachigen Raum gibt es wenige sozialwissenschaftliche Studien, die sich mit Diabetes mellitus Typ 2 beschäftigen; meist handelt es sich eher um Richtlinien im Umgang mit PatientInnen. Auch dabei werden häufig PatientInnen mit Migrationshintergrund, überwiegend türkische Personen, in den Fokus der Diskussion gestellt – was an dem bereits genannten erhöhten Prävalenzrisiko liegen mag. Günay (2011) beschreibt in diesem Kontext beispielsweise Besonderheiten im Umgang mit türkischen DiabetikerInnen in Deutschland; Kalvelage (2003) verweist auf Missstände, gar ein „Therapie-Ziel-Versagen“ in der Versorgung türkischer PatientInnen, das jedoch sowohl von Behandelnden als auch Behandelten hervorgerufen wird; Yilmaz-Aslan et al. (2014) beschäftigten sich mit der Wahrnehmung der Krankheit DM2 bei türkischen MigrantInnen in Deutschland. Das Institut für Gesundheitsplanung (2004) hat eine empirische quantitative Studie zur Versorgung von Diabetes mellitus Typ 2 in Oberösterreich aus PatientInnensicht erstellt, in der die Behandlung und Therapie von Typ-2-DiabetikerInnen, die bei der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse versichert waren, unter anderem hinsichtlich Versorgungssituation, Therapieform und Zufriedenheit untersucht wurden.

Häufig wird in der Forschung – auch in bisher genannter – eine niedrige Compliance der PatientInnen thematisiert (Cohen et al. 1994; Diabetes and Nutrition Study Group 2006; Hertz et al. 2005). Die fehlende Therapietreue scheint bei Diabetes mellitus Typ 2 eine problematische Thematik zu sein. So soll es PatientInnen hierbei besonders schwerfallen, therapeutische Maßnahmen zu verfolgen und einzuhalten – darunter auch die dauerhafte Adaption von Ernährungsveränderungen.

Bei der Betrachtung des aktuellen Forschungsstandes zur Thematik zeigt sich, dass Essen und Ernährung im Kontext von Diabetes mellitus Typ 2 zwar meist beiläufig diskutiert, jedoch nicht schwerpunktmäßig behandelt werden. Günay, der oben bereits erwähnt wurde, verweist beispielsweise im Zusammenhang von „Ernährungsbesonderheiten türkischer MigrantInnen“ darauf, dass Essen in der türkischen Gesellschaft Genuss bedeutet „[u]nd reichliches Essen [...] ein Zeichen des Wohlstandes [ist]. Gastfreundschaft und eine üppige Bewirtung der Gäste besitzen einen hohen Stellenwert.

Angebotenes Essen darf auf keinen Fall zurückgewiesen werden.“ (2011: 46). Caballero (2007) hat verschiedene medizinische, soziale und kulturelle Faktoren identifiziert, die sich auf die Beziehung zwischen Gesundheitspersonal und PatientIn auswirken und ebenso die Compliance der PatientInnen in der Behandlung beeinflussen können. Dabei verweist er darauf, dass Ernährungspräferenzen zwischen kulturellen und ethnischen (Sub-)Gruppen divergieren und gleichzeitig oft eine familiäre und soziale Verbindung sein können. Er empfiehlt deshalb dem Gesundheitspersonal, „[to] identify local educational resources to help their patients receive culturally oriented medical nutritional therapy“ (2007: 87).

Nur wenige haben sich dabei bisher jedoch ausschließlich auf Essen fokussiert – so beispielsweise Weaver et al. (2014). Sie untersuchten den Einfluss ökonomischer, sozialer und kultureller Ressourcen hinsichtlich der Essenspraktik bei DiabetikerInnen. Zu kulturellen Ressourcen zählen Weaver et al. beispielsweise etwa den Geschmack und die Konzeption von Krankheit, die dabei das Essverhalten beeinflussen können. Sie teilten die PatientInnen in drei Gruppen ein: *Low*, *medium* und *high resource groups*; dabei wurde deutlich, dass sich alle drei Arten von Ressourcen auf die Ernährungspraktik auswirken, jedoch je nach Gruppe unterschiedlich variieren:

„Economic, social and cultural resources conspired to undermine dietary management among most in the low resource group, whereas social influences significantly influenced diet among many in the medium group. High resource respondents appeared most motivated to maintain a healthy diet, and also had the social and cultural resources to enable them to do so.“ (Weaver et al. 2014: 58)

Essen ermöglicht dabei einen Zugang zu unterschiedlichen Faktoren, die für die Essenspraktik von Individuen bedeutend sind: „The analysis of diet offers a window into the role economic, social and cultural resources play in dietary management, along with how these resources interact with individuals’ health agency and the ability to pursue health and well-being.“ (2014: 60). Ernährung wird verstanden als eine Praktik, die durch Entscheidungen produziert wird, die vom sozialen Milieu, den ökonomischen Möglichkeiten und den kulturellen Ressourcen beeinflusst sind.

Ähnliches zeigt sich auch bei Chowdhury et al. (2000), bei denen ebenso Essen im Fokus der Untersuchung zu Diabetes mellitus Typ 2 stand. Sie beschäftigten sich mit Essenspraktiken britischer BangladescherInnen mit Diabetes. Dabei zeigte sich, dass individuelle Entscheidungen bei Essen sehr heterogen sind, aber auf Basis von strukturellen und ökonomischen Faktoren sowie kulturellen Einflüssen getätigt werden. Auch

religiöse Beschränkungen beziehungsweise Verbote (beispielsweise der Verzehr von Fleisch, das nicht „halal“ ist) sind hierbei wichtig. Ähnlich wie Weaver et al. versteht sich Essen hier als Praktik, bei deren individueller Umlegung Personen sich an sozialen, kulturellen und ökonomischen Bedingungen orientieren.

Die bisherigen Studien zu Diabetes mellitus Typ 2 haben sich zum überwiegenden Teil auf PatientInnen bezogen; die Perspektive des medizinischen Personals wurde dabei kaum als Forschungsschwerpunkt herangezogen. Die Ernährungsberatung von PatientInnen, die nach der Manifestation der Krankheit meist einen festen Bestandteil der Behandlung darstellt, wird in Österreich vor allem im öffentlichen Setting überwiegend von DiätologInnen durchgeführt. Vor allem diese wurden bisher – anders als ÄrztInnen und PflegerInnen – kaum in die Forschung miteinbezogen. Lediglich bei Pooley et al. (2001) wurden auch DiätologInnen befragt – jedoch ging es dabei nicht um Essen, sondern um zentrale Themen, Zielsetzungen und Schwierigkeiten der Diabetestherapie.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es somit zu verstehen, wie Essen in der Beratung von Diabetes mellitus Typ 2 konzipiert ist, das bedeutet, wie es hinsichtlich seiner Funktion als soziales und kulturelles Phänomen wahrgenommen wird und welche Faktoren dabei aus Sicht der Beratenden als bedeutend für die Essenspraktik von PatientInnen und somit auch für die Beratung selbst empfunden werden. Dabei sollen vor allem kulturelle Bedeutungen im Fokus der Betrachtung liegen – auch hinsichtlich der Frage, ob und wie diese mit der Thematik der Compliance in Zusammenhang stehen.

Die Auseinandersetzung soll einerseits dazu dienen, den Blick auf Essen als bedeutenden Teil eines therapeutischen Prozesses zu richten; die Beschäftigung mit Essen als kulturelles und soziales Phänomen könnte Potentiale bergen, die nicht nur der Diabetesberatung Vorteile bringen, sondern auch für Präventionsmaßnahmen – auch bei anderen (chronischen) Krankheiten, die mit Essen in Verbindung stehen – interessant sein könnten. Die Expertise der DiätologInnen ermöglicht hierbei einen Einblick in die Komplexität der Thematik.

2 Fragestellung und Theorie

In der Masterarbeit soll untersucht werden, wie DiätologInnen Essen im Kontext von Diabetes mellitus Typ 2 verstehen und welche Bedeutung dies für die Beratung von DiabetikerInnen hat. Dabei wird ein besonderer Schwerpunkt auf kulturelle Bedeutungen gelegt – begründet dadurch, dass Essenspraktik und -auswahl damit in engem Zusammenhang stehen können.

Der Mensch muss essen, um überleben zu können. Doch besitzt Essen – darunter werden in diesem Kontext sowohl Lebensmittel als auch Prozesse der Zubereitung und des Zu-sich-Nehmens verstanden – weit mehr als eine nutritive Funktion; es dient auch dazu, sozialen und kulturellen Bedeutungen Ausdruck zu verleihen sowie diese zu (re-)produzieren. Essen steht somit für etwas: „[F]ood is never just ‚food‘, but is always symbolic of other capabilities and capacities, depending on the lens used“ (Coveney 2014: 6). Über Essen werden Bedeutungen und Beziehungen ausgedrückt; das *Was*, *Wie* und *Wann* etwas gegessen wird, wird mitbestimmt von sozialen und kulturellen Normen und einem Bedeutungsgeflecht, in dem von Menschen auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichen Kontexten eigene Erfahrungen interpretiert werden – oder anders gesagt: Essen erfüllt nicht nur eine nutritive, sondern eben auch eine soziale, kulturelle und kommunikative Funktion (Wierlacher 1993: 2). Es dient der Lebenserhaltung im biologischen Sinne, wirkt sich jedoch ebenso auf soziale Bindungen und kulturelle Praktik aus: „Food always does something more than just being there. It nurtures. It speaks. It travels. It calculates. It identifies. It joins. It separates. It demarcates. It historicises. It symbolises. It empowers. It disempowers.“ (Coveney 2014: 2)

Essen kann auch auf Hierarchie, Inklusion, Exklusion, Grenzen aber auch Grenzüberschreitung hindeuten (Douglas [1972] 1997: 36): „[E]ach meal is a structured social event which structures others in its own image“ (ebd.: 44). Essen sendet somit sehr gehaltvolle Nachrichten an uns und andere und verweist damit auf eine soziale und kulturelle Stellung (ebd.; Coveney 2014: 30). Gleichzeitig ist es, geht es nach Barthes ([1961] 1997: 2; 22), ein Kommunikationssystem, das als Zeichen zwischen den Mitgliedern einer Gesellschaft dient und Körperbilder und -konzeptionen beinhaltet, Bräuche und Gebräuche, Situationen und Verhalten verdeutlicht.

Brulotte und Di Giovine beschreiben Essen und *foodways* – also Prozesse der Produktion und des Konsums im Zusammenhang mit Essen – als kulturelles Erbe und verweisen dabei darauf, dass Essen häufig eine bedeutende Rolle bei der (Re-)Produktion von individueller oder kollektiver Identität spielt:

„Yet how we eat, and what we eat, and when we eat, and with whom we eat, all uniquely vary from place to place, group to group, time to time [...]. And within these discrete social entities, food binds people together; it is individually consumed, entering into our singular bodies, but often communally grown, processed, and prepared [...] – and as such, food is often a primary marker of individual and group identity.“ (Brulotte/Di Giovine 2014: 1)

Ähnlich argumentiert auch Song (2014: 167) und beschreibt Essen als Praktik, um kulturelle und ethnische Identität zu formen und zu festigen; es dient zur Grenzziehung zwischen „Eigenem“ und „Fremden“, und kann von AkteurInnen als analytisches Werkzeug verwendet werden, um soziokulturelles Kapital zu erlangen.

Eine bedeutende Rolle als kulturelle Praktik spielt Essen vor allem in Zeiten, in denen globale Bewegungen zunehmen und kulturelle und soziale Gruppen nicht mehr an nur einen lokalen Ort gebunden sind. Vereinfachte Mobilität, Massentourismus, politische oder ökonomische Migration beziehungsweise Migrationsbewegungen im Allgemeinen haben Gesellschaften verändert und dazu geführt, dass heute oft von einer pluri- oder multikulturellen Welt (der Begriff der „Multikulturalität“ wird weiter unten ausführlicher diskutiert) gesprochen wird (Ayora-Diaz 2013: 49). Als Ausdruck einer Verbindung einer Gruppe zu einer Lokalität kann Essen hierbei von großer Bedeutung sein (ebd.: 50f).

Essen ist somit nicht nur nutritive Bedürfnisbefriedigung, sondern auch eine kulturelle und soziale Praktik. Hinsichtlich der Fragestellung der Masterarbeit, in der es um die Konzeption von Essen in der Beratung von DiätologInnen im Kontext von Diabetes mellitus Typ 2 geht, stellt sich nun die Frage, wie dieses komplexe Phänomen „Essen“ in der Beratung wahrgenommen wird.

2.1 Compliance

In der Arbeit sollen verschiedene theoretische Konzeptionen besondere Beachtung finden:

*Compliance*², die Therapietreue – also “the extent to which the patient follows medical instructions“ (WHO 2001: 7) – wird im Zusammenhang von Typ-2-Diabetes in der bisherigen Forschung immer wieder thematisiert und diskutiert (Cohen et al. 1994; Delamater 2006; Diabetes and Nutrition Study Group 2006; Hertz et al. 2005).

Die medizinische Diagnose von Diabetes mellitus Typ 2 zieht aufgrund der biomedizinischen Verbindung einer „ungesunden“ beziehungsweise unausgewogenen Ernährung und DM2 üblicherweise eine Modifikation der Ernährungsgewohnheiten der PatientInnen nach sich (Griebler et al. 2013: 5; Schindler/Ludvik 2009: 61ff). Hierbei fällt es PatientInnen oft schwer, Ernährungsveränderungen, die im Zuge der Erkrankung häufig nötig sind, zu übernehmen und dauerhaft beizubehalten. Aus verschiedenen Gründen erscheint dies besondere Anstrengungen und Mehraufwand zu erfordern, sowohl auf Seiten der PatientInnen als auch seitens des medizinischen Personals. Larne und Pugh (1998: 1393) beschreiben sogar “‘horrible struggles’ with patients because the food restrictions for diabetes are more stringent than for other diseases”.

Das Konzept der *Compliance* ist jedoch aus unterschiedlichen Gründen nicht unumstritten. Ein Grund dafür ist die Schwierigkeit der Definition des Begriffes, worauf bereits im Zuge des WHO *Adherence meetings* im Jahr 2001 verwiesen wurde: Die von den TeilnehmerInnen verfasste Definition beinhaltet beispielsweise die Annahme, dass PatientInnen passive TeilnehmerInnen in der medizinischen Interaktion sind, da sie „Instruktionen“ erhalten, denen sie zu folgen haben (WHO 2001: 7). *Compliance* beschreibt also, inwiefern Verständigungs- und Verhandlungsprozesse erfolgreich passieren: „In diesem Sinne wird die Therapietreue auch hier als Ausdruck der Arzt-Patienten-Beziehung spezifiziert, wobei der Blickwinkel allerdings auf die Befolgung der ärztlichen Empfehlung durch die betroffenen PatientInnen eingeschränkt wird. Eine Person gilt uns als compliant, wenn sie die vom/von der diabetes-behandelnden ArztIn [sic!] ausgesprochene Empfehlung weitgehend befolgt.“ (Institut für Gesundheitsplanung 2004: 69) Diese Ansicht ist mitunter kritisch zu betrachten: Das Konzept der *Compliance* gibt dem medizinischen Personal somit die Möglichkeit, auf „ProblempatientInnen“ zu verweisen und Ideen darüber, wie sich PatientInnen zu verhalten haben, wiederzugeben (Trostle 1988: 1306). Auch Bissell et al. (2004: 851) schließen sich dieser Kritik an und argumentieren, dass die Interaktion zwischen PatientInnen und medi-

² Die Begrifflichkeit *Compliance* wird üblicherweise synonym mit *Adherence* verwendet.

zinischem Personal nicht als Möglichkeit gesehen werden soll, Therapieanweisungen der Behandlung zu bekräftigen, sondern als Raum, in dem die Expertise des medizinischen Personals ebenso wie die der PatientInnen vereint werden kann, um ein gemeinsam definiertes Ziel – wie beispielsweise die Heilung der Krankheit oder Minimierung von Schmerzen – zu erreichen. Das Konzept, das dieser Struktur folgt, und gewissermaßen eine Alternative zu *Compliance* darstellen soll, benennen sie *Concordance* (ebd.).

Ähnlich argumentiert Caballero in einer Studie zu kultureller Kompetenz in der Diabetesbehandlung und verweist darauf, dass *Compliance* als Konzept verstanden werden sollte, dessen Umlegung und Erfolg von beiden an der Interaktion teilnehmenden „Parteien“ abhängt, da jeder Therapieplan auch eine Übereinkunft und ein „Vertrag“ zwischen diesen zwei Parteien ist:

„Both must recognize and acknowledge their responsibility and commitment to move forward. Unfortunately, many health care providers blame the patient for not following a treatment plan. It is disappointing to hear many professionals refer to patients as noncompliant. Although it is true that some patients may not adhere to their treatment plan, perhaps it is fairer and more helpful to say: ‘I have not found the best way to interact with my patient so that some specific behavioral changes occur.’“ (Caballero 2007: 83)

Auch die Medizinanthropologie hat sich der Thematik der *Compliance* angenommen, wenn auch langsam, wie Sharp (1999: 31) Ende der 90er-Jahre bedauert: „Unfortunately, anthropologists have neglected medical compliance.“ Bis in die Mitte der 70er-Jahre wurde *Compliance* in der Disziplin häufig mit einer „Kontrolle“ der PatientInnen gleichgesetzt, später wurde es eher unter dem Blickwinkel von „PatientInnenausfällen“ gesehen – somit also mit Themen wie der Versäumnis einer Pflicht und Schuldzuschreibung in Zusammenhang gebracht (ebd.).

Anfangs lag verstärkt ein Fokus auf Ideologien und Ansichten von PatientInnen und Behandelnden, die mit *(Non-)Compliance* in Verbindung gebracht wurden (Trostle 1988: 1301). Während zu Beginn also besonders die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn im Mittelpunkt stand, wurde daraufhin *Compliance* in der Anthropologie zunehmend als dynamisches, sich veränderndes und von vielen Interessensgruppen beeinflusstes Konstrukt des Austauschs verstanden, das innerhalb eines medizinischen Settings existiert (Applbaum/Oldani 2010: 120).

Bis heute steht bei der Thematik häufig die Frage darüber im Mittelpunkt, wer bei Entscheidungen in der Medizin Autonomie und Autorität besitzt. Die Medizinanthropolo-

gie versucht dabei immer mehr, *Compliance* hinsichtlich der größeren, strukturellen Kräfte zu sehen, auch im Zusammenhang einer zunehmenden Bürokratisierung (ebd.: 113; 122).

So beschreibt beispielsweise Sharp im Kontext von *Compliance* nach Transplantationen:

„But there is another realm of experience that is far less understood—rarely is it voiced publicly, nor does it appear in the literature. This is transplantation’s underground economy. Recipients [...] know of it, yet most professionals typically ignore or deny its existence. [...] The underground economy bears important policy implications; from a recipient perspective, it lies at the very heart of daily survival.“ (1999: 32)

Dass *Compliance* mehrdimensional und in ein Netz von äußeren Strukturen eingebettet ist, wird auch in einer von Oldani (2010) durchgeführten Studie erkennbar. Die von ihm interviewten ÄrztInnen sind von der Klinik dazu angehalten, PatientInnen anhand einer Skala je nach Schweregrad der Krankheit von eins bis fünf (eine „einfache“ Sinusitis ist beispielsweise eine Eins) zu bewerten. Diese Punkte werden am Ende des Jahres summiert und die jeweiligen ÄrztInnen dafür je nach Punkteanzahl mit Bonuszahlungen der Klinik belohnt. Die *Compliance* der PatientInnen ist demnach besonders wichtig für die ÄrztInnen, da Folgetermine einem Algorithmus zufolge die finanzielle Extrazahlung steigen lässt. Oldani zeigt dabei, dass *Compliance* nicht rein auf PatientInnen beschränkt ist, sondern in ein größeres Konstrukt eingebettet ist:

„Compliance in this model is multidimensional and focuses on two interrelated areas: ensuring patients maintain their adherence to treatment plans [...] and ensuring doctors adhere to clinic and hospital compliance measures in order to secure insurance payments and literally ‘to be in compliance’ with institutional/corporate goals and federal regulations. [...] Theoretically, the logic of the system is circular, and structured to keep all parties in compliance (and reimbursed): patients in compliance = doctors in compliance = hospital/clinic in compliance = reimbursement of hospital/clinic = doctor bonus pay = improved patient healthcare = patients in compliance, etc.“ (Oldani 2010: 215f).

Dies deutet auf ein Verständnis von *Compliance* als Prozess hin, der sowohl auf den Charakteristika eines Systems beruht als auch auf dem Verhalten von PatientInnen (ebd.: 224).

Das Konzept von *Compliance*, das in dieser Arbeit verwendet wird, basiert auf dem Verständnis von Sharp (1999), der *Compliance* weniger als einen Zustand des Seins, sondern vielmehr als notwendigen dialektischen Prozess sieht. Dieses schließt unter

anderem Krankheitsannahmen der PatientInnen und Behandelnden (Heurtin-Roberts/Reisin 1998), das soziale Umfeld (Trostle et al. 1983), Fragestellungen von Macht und der sozialen Klasse (Brown 1998) und vor allem auch ökonomische Faktoren (Oldani 2010) als strukturelle Bedingungen ein. Der Ansatz umfasst sowohl „the subjective experience of medicine takers“ als auch „the intersubjective relations between them and various treatment providers and influencers“ (Applbaum/Oldani 2010: 113).

Es soll dahingehend in dieser Arbeit eine kritische Betrachtung des Konzeptes *Compliance* geschehen; dabei stellt sich die Frage, ob DiätologInnen *Compliance* überhaupt als Problem in der Beratung wahrnehmen und, wenn ja, welche Faktoren damit in Zusammenhang stehen. Dabei wird auch diskutiert werden, ob DiätologInnen einen Zusammenhang zwischen der soziokulturellen Bedeutung von Essen und *Compliance* erfahren und welche Konsequenzen dies für die Beratung hat.

2.2 Kulturelle Kompetenz

Die Thematik der *Compliance* geht häufig einher mit dem Ruf nach *kultureller Kompetenz* bei Gesundheitspersonal (Dreissig 2005; Lüsebrink 2005), vor allem, wenn Non-Compliance mit „kulturtypisch empfundenen“ Verhaltensweisen bei PatientInnen gerechtfertigt wird, wie etwa bei Hunt und Arar (2001), bei denen ÄrztInnen *Non-Compliance* in der Diabetesbehandlung kulturellen Charakteristika zuschrieben, die sie in der Gruppe der mexikanisch-stämmigen AmerikanerInnen als typisch empfanden.

Hierbei werden „kulturell sensible“ und „kulturell gebildete“ MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens gefordert, um eben Problematiken wie fehlende *Compliance* zu vermeiden. Diese Forderung wurzelt hauptsächlich in einer zunehmenden nationalen (und/oder kulturellen) Diversität (Kripalani et al. 2006: 116).

Dies geschieht auch bei der Thematik des Typ-2-Diabetes. So wird bei Studien zu DM2 in Zusammenhang mit Essen immer wieder der Ruf nach „kultursensiblen“ Gesundheitspersonal laut: Murphy et al. (1993: 114) beziehen sich dabei auf den symbolischen Gehalt von Essen und dessen soziale und kulturelle Bedeutung. Sie argumentieren hinsichtlich des Erlernens von Essensritualen und -normen, dass „Diabetes educators [...] can enhance and demonstrate their respect for diverse cultures“ (ebd.). Auch Mull et al. (2001: 311) verlangen „*culturally educated*“ ÄrztInnen. Sie fordern diese auf, ihr Wissen zu kulturellen Praktiken laufend (durch Fortbildungen) zu aktualisieren.

Da das Zusammenspiel von Essen, Religion und Kultur auch zu Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Ernährungsvorschriften bei DM2 führen kann, fordern auch Günay (2011) und Naeem (2003) von medizinischem Personal ein besseres Verständnis kultureller und religiöser Praktiken von DiabetespatientInnen, um Therapie und Behandlung zu verbessern. Religiöse Feste wie der Ramadan – “both a religious duty as well as a cultural festival for Muslims”, wie Naeem (2003: 113) es beschreibt – können schwierig mit Diabetes zu vereinbaren sein, da dieser spezielle Ernährungsanforderungen stellt: So soll während des Ramadans von Sonnenaufgang bis zum Sonnenuntergang vollständig gefastet werden (ebd.). Zwar sind im Islam Kranke, Kinder, Schwangere und Reisende von den Normen der Fastenzeit ausgenommen – trotzdem erscheint ein Brechen dieser Regeln für religiöse Muslime und Musliminnen schwierig (Günay 2011: 47).

In diesem Zusammenhang ist es notwendig, das Heranziehen von Kultur als Kategorie zu diskutieren. Kultur zu verwenden, um verschiedene Verhaltensweisen und Bedeutungsstrukturen zu verstehen oder gar zu rechtfertigen, beinhaltet immer auch ein Risiko von Stereotypisierung – vor allem, wenn Kultur dabei als Normen und Vorstellungen verstanden wird, die mit allen Mitgliedern oder der Mehrheit einer Gruppe geteilt werden (Kutalek 2012: 5). Kultur ist jedoch sehr dynamisch (ebd.), sie beschreibt die Gesamtheit „einer Anzahl von Merkmalen, aus Kenntnissen, emotionalen und Verhaltensroutinen oder Gewohnheiten, die sich empirisch erfassen lassen“ (Beer 2012: 56). Diese Gesamtheit ergibt wiederum „ein weitgehend strukturiertes Ganzes, in dem die verschiedenen Teile in Beziehung zueinander stehen“ (ebd.).

Das bedeutet: Obwohl im alltäglichen Sprachgebrauch Kultur fälschlicherweise immer wieder synonym mit Nation, Ethnizität oder Sprache verwendet wird (Kleinman/Benson 2006: 1673) und vor allem in öffentlichen und politischen Diskussionen dabei häufig als unveränderbares, „lebenslanges“ Merkmal von Menschen verstanden wird, das sich überwiegend anhand nationaler Grenzen, Sprache oder Religion definiert, ist Kultur kein starres, fixes Konzept, das Menschen ein Leben lang anhaftet, sondern flexibel und von anderen Komponenten wie Ethnizität, Bildung, Gender, Migrationserfahrung, Alter, Familie oder dem ökonomischen Standard geformt (ebd.: 1674; Kutalek 2012: 5).

Die synonyme Verwendung von Kultur und Ethnizität, Nationalität und Sprache ist eines der Schlüsselprobleme des Konzeptes der kulturellen Kompetenz: “[P]atients of a certain ethnicity – such as the ‘Mexican patient’ – are assumed to have a core set of beliefs about illness owing to fixed ethnic traits” (Kleinman/Benson 2006: 1673). Es

entsteht die irreführende Idee einer konstanten, fixen Kultur. Kritik an kultureller Kompetenz wurde auch hinsichtlich der dabei implizierten, simplen Vorstellung von Kultur gehäußert (Carpenter-Song 2011: 178); “[C]ulture has been restricted to an extremely narrow emphasis on putatively ‘voluntary’ lifestyle factors such as diet, exercise and smoking. Such a narrow approach constitutes a very restricted view of the role of culture in producing health experience.” (Naeem 2003: 111) Dadurch tritt wieder das Risiko der Stereotypisierung auf, das auf der Annahme basiert, dass ethnische und kulturelle Gruppenzugehörigkeit kohärent und beständig ist und alle Mitglieder dieser Gruppen auch bestimmte kulturelle Eigenschaften gemein haben (Hannah 2011: 40; Schaffler 2013).

Der zweite Kritikpunkt am Konzept der kulturellen Kompetenz ist, dass dieses unbeabsichtigt der Kultur der PatientInnen Schuld zuschieben kann, da Kultur als ausschlaggebender Punkt gesehen wird, der in medizinischen Settings zu Problemen führt und somit (kulturelle) Kompetenz auf „professioneller“ Seite nötig wird (Carpenter-Song 2011: 178). Dadurch kann die medizinische Praxis beeinflusst werden, indem das medizinische Personal annimmt, dass fehlende *Compliance* bei kulturellen Differenzen variiert (Hannah 2011: 40).

Im Laufe des Diskurses hat es auch eine „Weiterentwicklung“ der Begrifflichkeit der kulturellen Kompetenz gegeben. Meist handelt es sich dabei um inter-, multi- oder transkulturelle Kompetenz (Domenig 2007; Lüsebrink 2005; Rathje 2006). Die Unterscheidung dieser Begrifflichkeiten ist jenseits der Theorie praktisch nicht vorhanden; tatsächlich handelt es sich jedoch hierbei um drei unterschiedliche Konzeptionen, deren Unterscheidung auf dem Verständnis von Kultur basiert: „Multikulturalität gründet auf der Multikulturalismusdebatte, welche von einem gesellschaftlichen Konzept des friedlichen Nebeneinanders von verschiedenen ‚Kulturen‘ ausgeht [...]“ (Domenig 2007: 171). Es deutet also die Existenz unterschiedlicher, geschlossener Kulturen an, die nebeneinander existieren. Eine ähnliche Konzeption liegt Interkulturalität zu Grunde: Es weist auf eine Interaktion zwischen zwei Kulturen hin, die wiederum als geschlossen und begrenzt definiert werden; bei der Interaktion können aufgrund des starren Charakters Reibungsflächen entstehen (ebd.: 172).

Beide Begrifflichkeiten verweisen hierbei auf die Problematik, die sie mit sich bringen: Sie unterstreichen das Verständnis einer Kultur als geschlossene, unveränderliche Entität – eine Ansicht, die Gesellschaften keinesfalls gerecht wird; denn „heute gibt es keine

nach außen klar abgrenzbaren ‚Kulturen‘ mehr (wahrscheinlich hat es sie auch gar nie gegeben), sondern sich gegenseitig beeinflussende soziale Felder und Gruppen, deren Grenzen im Zuge der Globalisierung und transnationalen Mobilität zunehmend durchlässiger werden“ (Domenig 2007: 169).

Aus diesem Grund in dieser Arbeit das Konzept der Transkulturalität bevorzugt, bei dem im Gegensatz zu obigen Verständnissen von Kultur „nicht das Zwischen oder das Nebeneinander, sondern das über das Kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit wieder Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum [rückt]“ (ebd.: 172).

Da die Frage im Mittelpunkt stehen soll, wie DiaetologInnen in der Beratung von Typ-2-DiabetikerInnen Essen konzipieren und dabei kulturelle Bedeutungen wahrnehmen und welche Konsequenzen dies für die Beratung hat, muss auch transkulturelle Kompetenz diskutiert werden. Dies geschieht auch hinsichtlich der Tatsache der erhöhten Diabetesprävalenz bei (weiblichen) MigrantInnen in Österreich, die daher auch eine wichtige PatientInnengruppe in der Diabetesberatung darstellen.

Transkulturelle Kompetenz wird definiert als „die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ (Domenig 2007: 174). Das Modell der transkulturellen Kompetenz, wie es hier verstanden wird, reflektiert somit auch den eigenen Standpunkt, anstatt andere, „fremde“ Kulturen von außen zu betrachten. Die Interaktion steht im Vordergrund, dabei steht das Gemeinsame vor der Differenz (ebd.: 170). Fachpersonen, die transkulturell kompetent agieren, „reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierung und Stereotypisierung von bestimmten Zielgruppen“ (Domenig 2007: 174). Es gilt hierbei also nicht, ausschließlich die Kultur „der anderen“ zu verstehen; vielmehr steht eine Selbstreflektion von eigenen relevanten Strukturen und Bedeutungen im Mittelpunkt, weshalb in der vorliegenden Arbeit Kultur auch nicht ausschließlich auf „die anderen“ bezogen wird.

Die Frage danach, wie die Konzeption von Essen nun in der Ernährungsberatung erfahren wird, steht somit im Mittelpunkt der Untersuchung. Die Fragestellung der Masterarbeit soll jedoch keinesfalls zu einer Kulturalisierung beitragen. Zwar soll kulturell geprägten Handlungen bei Essverhalten und im Kontext der Medizin Beachtung geschenkt werden – jedoch sind diese dabei keinesfalls als starr und unveränderlich zu verstehen;

kulturelle Bedeutungen bieten lediglich einen Rahmen für individualisierte Entscheidungen und deren Umlegung. Es soll vielmehr ein Verständnis darüber ermöglicht werden, wie beratendes Gesundheitspersonal Essen als kulturelle und soziale Praktik im Kontext von Typ-2-Diabetes wahrnimmt und welche Konsequenzen dies für die Beratung hat, um dadurch zu ermöglichen, Perspektiven und Blickwinkel der Beratenden zu verstehen.

3 Projektdesign und Methode

Die Arbeit wurde nach den Prinzipien und Methoden der qualitativen Forschung gestaltet. Qualitative Forschung – verstanden als ein Oberbegriff für unterschiedliche Forschungsansätze (Flick et al. 2013: 18) – zielt darauf ab, einen Zugang zu Bedeutungen und Erfahrungen in einem bestimmten Kontext herzustellen (Crowe et al. 2015: 616; Green/Thorogood 2009: 25). Das Verstehen komplexer Zusammenhänge ist dabei eher Erkenntnisprinzip als das Erklären durch einzelne Beziehungen (Flick et al. 2013: 23) – mit anderen Worten: Es ist das Hauptinteresse des Forschenden, die Perspektive des anderen zu verstehen. Durch die Beschreibung von Lebenswelten „von innen heraus“ soll zudem ein besseres Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) geschaffen werden und somit auf Abläufe, Deutungsmuster oder Strukturmerkmale hingewiesen werden (ebd.: 14). Im Mittelpunkt steht dabei die Beantwortung der Fragen „about the ‘what’, ‘how’, or ‘why’ of a phenomenon [...]“ (Green/Thorogood 2009: 5). Dafür werden empirische Daten gesammelt und verwendet, die die Erfahrungen und Bedeutungen von Individuen hinsichtlich dieser Phänomene beschreiben (Crowe et al. 2015: 616).

Da Verhalten – insbesondere Gesundheitsverhalten – kontextuell ist (Green/Thorogood 2009: 22), eignen sich qualitative Verfahren besonders für sozialwissenschaftliche Forschung im Bereich der Medizin hinsichtlich des Verständnisses von Gesundheit, Krankheit und der jeweiligen sozialen, kulturellen und politischen Faktoren, die diese beeinflussen (Fossey et al. 2002: 718). Qualitative Forschung situiert Handlungsprozesse in ihrem alltäglichen Kontext (Flick et al. 2013: 23), weshalb sie sich für die vorliegende Arbeit besonders gut eignet – steht doch die Beratung von DiabetikerInnen, die eben als ein solcher Handlungsprozess anzusehen ist – in ihrem Fokus.

In der qualitativen Forschung wird zudem versucht, verschiedene Perspektiven zu verstehen, anstatt „die eine“ Realität zu erklären (Green/Thorogood 2009: 32), weshalb sie großen Nutzen für den Gesundheitsbereich hat: „Public health and health promotion, for instance, are often concerned with changing behaviour. Without an empathetic understanding of why people behave as they do, we are unlikely to identify the possibilities for change.“ (ebd.: 25)

Anders als in der quantitativen Forschung, deren Ziel es ist, „die Subjektivität der Forschenden möglichst auszuschalten“ (Baur/Blasius 2014: 46) und Objektivität erreicht

ist, wenn verschiedene Forschende unabhängig voneinander die gleichen Ergebnisse einer Untersuchung erhalten, geht die qualitative Forschung davon aus, dass Forschende nie vollständig ihre Subjektivität ausschalten können – sie ist zudem Teil und Ressource der Forschung selbst (ebd.: 47). Das Forschungsfeld ist voll von Werten, deren sich kein/e TeilnehmerIn – auch nicht der/die Forschende – vollkommen entziehen kann: „Both research and researchers are part of the world, and there is no privileged place we can occupy from which to study that world objectively.“ (Green/Thorogood 2009: 23)

Demzufolge ist es von grundlegender Bedeutung, die einzelnen Abschnitte, Schritte und Prozesse einer Forschung transparent und offen zugänglich zu machen, um dadurch ihre Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen. Die Perspektive der Forschenden im Forschungsprozess selbst, vor allem in Hinblick auf die Interpretation der Daten, muss authentisch dargestellt werden (Fossey et al. 2002: 723). Information über Interessen, Erfahrungen und Handlungen im Forschungsprozess ermöglicht Außenstehenden, „to weigh the researcher’s role in the conduct of the study, and the understandings gained from engaging with the study participants, data and setting“ (ebd.: 728). Ziel ist es, methodisch kontrollierte, reflektierte Subjektivität zu erlangen, die ein Gütekriterium qualitativer Wissenschaftlichkeit ist (Helfferich 2014: 573). Die Transparenz und die Offenlegung des Zugangs gelten somit als Notwendigkeit, um Qualität in qualitativer Forschung zu garantieren.

Aus diesem Grund sollen in diesem Kapitel sowohl das Forschungsfeld (Charakteristika, Zugang, Rekrutierung der Interviewpartnerinnen) als auch die Methodik (Datenerhebung, Analyse, Verwertung der Ergebnisse) dargestellt und diskutiert werden.

3.1 Erhebungsmethode: ExpertInneninterviews

Die Aufgabe der sozialwissenschaftlichen Forschung ist es, soziale Regeln, „die hinter den Handlungsprozessen stehenden Alltagswirklichkeiten (oder: Alltagsideologien bzw. Perspektiven), die das soziale Handeln ja ersetzen, zu erfassen“ (Girtler 2001:146). Dabei basiert qualitative Forschung nicht auf einem einheitlichen methodischen Zugang – es existiert somit nicht *die eine*, allseits gültige Methode –, sondern es kann aus einem Spektrum von Ansätzen gewählt werden, die je nach Fragestellung passend erscheinen (Flick et al. 2013: 22). Diese Tatsache hat mitunter auch zu Kritik geführt (Morse 2011) und verdeutlicht die Notwendigkeit der Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses.

Die Datenerhebung basierte, wie bereits erwähnt, auf qualitativen Interviews. Diese ermöglichen, „einen Zugang zu den Erfahrungen und sozialen Welten der InterviewpartnerInnen zu erlangen“ (Fossey et al. 2002: 727). Dabei sind sprachliche Handlungen, also Antworten oder Erzählungen, immer intersubjektiv angelegt (Helfferich 2014: 561), was bei der Erhebung und im Sinne eines reflexiven Forschungsprozesses beachtet werden muss.

Für die Thematik und Forschungsfrage am besten geeignet erschienen (halbstrukturierte) leitfadengestützte ExpertInneninterviews. Halbstrukturierte leitfadengestützte Interviews ermöglichen die Exploration eines bestimmten Themas auf Basis einer Richtlinie – eben jener des Leitfadens (Fossey et al. 2002: 727). Dieser ist eine vorab definierte, systematische Vorgabe zur Gestaltung des Interviews, die dem Prinzip „So offen wie möglich, so strukturierend wie nötig“ folgt (Helfferich 2014: 560).

Obwohl der Leitfaden für die Interviewführung sehr wichtig ist, um den Ablauf in gewissem Maß zu steuern und die Vergleichbarkeit der Interviews untereinander zu ermöglichen (ebd.: 560; 565), diente er in den durchgeführten Interviews eher als Orientierung, nicht jedoch als fixe, starre Vorgabe, nach denen die Interviews strikt und fortlaufend geführt wurden. Der Leitfaden zur Interviewerhebung der Masterarbeit wurde in Anlehnung an Flick (2011) generiert.

ExpertInneninterviews erwiesen sich als adäquat, da mit ihnen Abläufe, Zusammenhänge, Wissens Elemente und Routinen abgefragt werden können (Helfferich 2014: 572). Prinzipiell werden bei ExpertInneninterviews in der Regel Personen herangezogen, die als professionelle MitarbeiterInnen in Organisationen in spezifischen Funktionen über besondere Erfahrung und somit Wissen verfügen (Flick 2011: 215). Spezifisch für ExpertInneninterviews ist, dass hierbei nicht die Person selbst im Interesse der Forschung steht, sondern in seiner/ihrer „Eigenschaft als Experte für ein bestimmtes Handlungsfeld“ (ebd.: 214) und somit eine Gruppe, nicht einen Einzelfall repräsentiert (ebd.).

Die Auswahl von ExpertInnen geschah auf Basis der Definition von Bogner und Menz (2009): Hierbei werden ExpertInnen als Personen definiert, die über Wissen verfügen, das sich auf ein spezifisches Handlungsfeld bezieht – es besteht jedoch „nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln,

kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen“ (Bogner/Menz 2009: 73).

Rekrutierung

Kriterium bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen war die berufliche Tätigkeit als Diätologe/Diätologin, wobei der Schwerpunkt Stoffwechselerkrankungen beziehungsweise Diabetes mellitus Typ 2 und die damit verbundene Praxis in der Beratung von DiabetikerInnen erwünscht war.

Die beruflichen Tätigkeitsmöglichkeiten für DiätologInnen in Österreich sind vielfältig: So können DiätologInnen beispielweise in einer eigenen Praxis freiberuflich oder bei niedergelassenen ÄrztInnen tätig sein, Schulungen in Schulen, Firmen oder anderen Institutionen zu unterschiedlichen Thematiken, die mit Ernährung in Verbindung stehen, durchführen, in öffentlichen (Kranken-)Anstalten mit PatientInnen arbeiten, die diätetische Beratung brauchen, eine Lehrtätigkeit ausüben, in der Privatwirtschaft forschend, beratend oder im Verkauf beschäftigt sein etc. Deutlich ist jedoch, dass vor allem im freiberuflichen Bereich DiätologInnen häufig nicht nur eine Tätigkeit ausüben, sondern neben der Beratung in der eigenen Praxis meist auch anderwärtig in Schulungen, Projekten oder Kollaboration mit niedergelassenen ÄrztInnen tätig sind.

Die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen erfolgte in einem ersten Schritt über die Website des „Verband für Diätologen Österreichs“³, der ein Kontaktverzeichnis der in Wien tätigen DiätologInnen anbietet, sowie über verschiedene Ärztezentren und niedergelassene ÄrztInnen in Wien, die online in Verzeichnissen und Telefonbüchern zu finden sind. Die erste Kontaktaufnahme fand telefonisch statt, in Ausnahmefällen auch per E-Mail. Hierbei wählte ich Diätologinnen aus, die den Schwerpunkt Stoffwechselerkrankungen beziehungsweise Diabetes mellitus Typ 2 angaben. Dabei waren ausschließlich weibliche Diätologinnen zu finden, was sich auch später bei anderen Rekrutierungsprozessen nicht änderte.

Im Laufe der ersten Kontaktaufnahme mit potentiellen Interviewpartnerinnen wurde deutlich, dass in Österreich Diabetes mellitus Typ 2 vor allem im öffentlichen Sektor behandelt wird. Daher war die Notwendigkeit des Heranziehens von Diätologinnen aus öffentlichen Krankenanstalten und Gesundheitseinrichtungen klar. Da jedoch trotzdem

³ <http://www.diaetologen.at/>

vereinzelt Typ-2-DiabetikerInnen eine Beratung in einer privaten, freiberuflichen Praxis in Anspruch nehmen – wie mir bei den ersten Anfragen von Dietologinnen mitgeteilt wurde – und um ein möglichst diverses Bild beziehungsweise verschiedene Zugänge zur Thematik zu erhalten, wurden sowohl Dietologinnen aus dem öffentlichen Sektor als auch freiberuflich Tätige rekrutiert und somit verschiedene Settings herangezogen. Die Dietologinnen aus den jeweiligen Krankenanstalten und Gesundheitszentren wurden direkt beziehungsweise nach Absprache mit dem jeweiligen Träger oder Abteilungsverantwortlichen und der nötigen Zustimmung telefonisch kontaktiert.

Zustimmung und Durchführung

Insgesamt wurden im Zeitraum September bis November 2015 mit 15 in Wien tätigen Dietologinnen leitfadengestützte Expertinneninterviews durchgeführt. Die durchschnittliche Dauer der Interviews betrug 52 Minuten, wobei das längste Interview 65 Minuten, das kürzeste 31 Minuten dauerte. Ort und Zeit wurden von den jeweiligen Interviewpartnerinnen ausgewählt. Drei Interviews haben in der Praxis der freiberuflichen Dietologinnen stattgefunden, drei in einem Kaffeehaus, neun in den Ambulanzen beziehungsweise Gesundheitszentren.

Sechs Dietologinnen waren hauptsächlich freiberuflich, eine Dietologin in der Lehre, acht Dietologinnen ausschließlich oder überwiegend in einer öffentlichen Krankenanstalt beziehungsweise einem öffentlichen Gesundheitszentrum tätig.

Alle Interviewpartnerinnen erhielten nach Zustimmung zu den Interviews im Vorfeld per E-Mail ein Informationsblatt zur Masterarbeit (mit Ausnahme von zweien, denen ich das Informationsblatt erst bei dem Interviewtermin selbst übergab). Darauf wurde sowohl kurz das Thema als auch die Aufzeichnung der Interviews durch ein Aufnahmegerät sowie die vollständige Anonymisierung der Personen und Institutionen thematisiert. Vor dem Interview wurden diese Punkte erneut mit den Interviewpartnerinnen besprochen und um schriftliche Zustimmung auf dem Informationsblatt, das gleichzeitig als Einverständniserklärung diente, gebeten. Alle Interviewpartnerinnen haben sofort zur Aufnahme und Verwendung der Daten zugestimmt. Eine Kopie des Informationsblattes verblieb jeweils bei den Interviewpartnerinnen.

Nach einer kurzen Darstellung der persönlichen Motivation sowie dem Forschungsinteresse hinter dem Thema Ernährung und Diabetes mellitus Typ 2 starteten die eigentli-

chen Interviews anhand des Leidfadens⁴. Am Ende der Interviews gab es für die Interviewpartnerinnen noch die Möglichkeit, anfällige Anmerkungen oder Fragen mitzuteilen.

Als erweiterter Aspekt der Interviews diente die Teilnahme an einer Gruppenschulung für Typ-2-DiabetikerInnen. Im Zuge der Diabetestherapie in Österreich werden neben individueller Beratung in manchen Häusern auch Gruppenschulungen angeboten, in denen überwiegend ambulante PatientInnen von DiätologInnen über Diabetes mellitus Typ 2 aufgeklärt werden. Dabei geht es nicht ausschließlich um Ernährung; es werden ebenso Basisinformationen über die Krankheit selbst, medizinische Informationen zu Blutzucker, biologische Abläufe im menschlichen Körper, Folgeerkrankungen und der Einsatz unterschiedlicher Medikamenten besprochen.

Die Teilnahme der Gruppenschulung erfolgte nach der Zustimmung der vortragenden Diätologin, die bereits im Vorfeld interviewt wurde. Die Schulung dauerte insgesamt vier Tage, wobei ich an den drei Tagen, an denen unter anderem Ernährung besprochen wurde, anwesend war – Tag vier wurde ausschließlich über diabetische Fußpflege gesprochen, was thematisch für die Arbeit nicht relevant war. Die Perspektive als ZuhörerIn inmitten einer Gruppe von rund 10–15 Personen ermöglichte es mir, mich als EmpfängerIn der Informationen, die die Diätologin vermittelte, zu fühlen und gleichzeitig Beziehungs- und Handlungsmuster zwischen den PatientInnen und der Diätologin zu beobachten.

3.2 Analyse

Die Analyse geschah orientiert an der *Grounded Theory*, einer Forschungsmethodologie, die von Glaser und Strauss in den 60er Jahren entwickelt wurde (*The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* 1967). Die *Grounded Theory* ist jedoch weniger ein technisches Regelwerk, sondern eine flexible Forschungsstrategie, in der die konsequente Analyse der Daten im Mittelpunkt steht (Lueger 2009: 191). Die Grundidee ist, „dass empirische Fakten den Ausgangspunkt der Forschung und Theoriegenerierung, und nicht den Bezugspunkt empirischer Prüfung darstellen“ und somit „eine Theorie nicht bloß eine äußere Realität beschreibt [...], sondern sie eine perspektivische (und fehlbare) Interpretation der erhobenen Daten repräsentiert“ (ebd.: 194f).

⁴ Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang beigelegt.

Die *Grounded Theory* ist somit theoriegenerierend, was bedeutet, dass nicht im Vorhinein mit bereits entwickelten Theorien gearbeitet wird, sondern diese erst im Laufe der Forschung anhand des empirischen Materials entstehen. Dabei haben soziale Schlüsselprozesse eine zentrale Stellung, da sie „nicht nur einen hohen Erklärungswert für das Geschehen im Untersuchungsfeld haben und viele Einzelkonzepte integrieren, sondern das Augenmerk auch auf strukturelle Bedingungen lenken“ (Lueger 2009: 195).

Um eine profunde Analyse zu ermöglichen, war die Transkription der Interviews, also die Verschriftlichung der mitgeschnittenen Audioaufzeichnungen, ein erster notwendiger Schritt. Es wurden alle 15 Interviews vollständig und wortwörtlich im Textverarbeitungsprogramm Microsoft Word transkribiert und anschließend in das Analyseprogramm Atlas.ti eingefügt. Die Transkription erfolgte in Anlehnung an die *Grounded Theory* laufend, das heißt, dass sie direkt nach den Interviews erfolgte, anstatt gesammelt am Ende der Datenerhebung. Dies ermöglichte eine laufende Reflexion der Daten und der Erhebung selbst.

Die Transkription umfasste sowohl den gesprochenen Text der Interviewpartnerinnen und der Interviewerin wie auch sprachliche Betonungen, Sprechpausen, wichtige mündliche Ausdrucksformen wie Seufzen, tiefes Einatmen und Ähnliches, nicht vollständig ausgesprochene beziehungsweise unverständliche Worte sowie Störungen des Interviews durch andere Personen oder laute Geräusche. Dies ist wichtig, um ebenso situations- und kontextbezogen analysieren zu können: „Information gathered during data collection needs to be recorded in a manner that enables the researcher to analyse the data, but also allows him or her to describe subjective meaning and social context from the data.“ (Fossey et al. 2002: 728) Die Sprache der Interviewpartnerinnen sowie der Interviewerin wurde an das Schriftdeutsch angenähert, mit Ausnahme von Redewendungen oder Wörtern, deren Bedeutung sich nur durch Dialektwörter ausdrücken ließ. Bei der Verschriftlichung der Audiodateien wurden zum Datenschutz alle Namen und Institutionen vollständig anonymisiert.

Neben der Transkription der Interviews wurden zudem Notizen, die bei der Gruppenschulung verfasst wurden, durch das Importieren in Atlas.ti in elektronische Form gebracht – ebenso wie Unterlagen (Broschüren, Flyer, Informationsmaterial), die im Zuge der Interviewerhebungen von den Interviewpartnerinnen übergeben wurden.

Die Analyse mit, einer „Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software“ (CAQDAS) (Kuckartz 2010: 9) wie Atlas.ti erweist sich hierbei als praktisch, da die

Verwendung des Analyseprogrammes den Analyseprozess vereinfacht, indem die Texte in Subgruppen nach benutzereigenen Kriterien übersichtlich organisiert, Kategorien und ein Kategoriensystem definiert und diese den jeweiligen Textabschnitten schneller zugeordnet werden können (ebd.: 12). Atlas.ti stellte somit sowohl für die Analyse der Transkripte der qualitativen Interviews ein geeignetes Tool dar.

In Anlehnung an Kuckartz (2010: 23ff) wurde folgendermaßen analysiert:

- 1) Zu Beginn stand die Exploration der Texte. Dazu wurden die Transkripte in Printfassung gebracht, in einer ersten Runde vertiefend durchgelesen, wichtige Stellen und Formulierungen markiert und somit eine erste offene Codierung vollzogen. Das offene Codieren ist hierbei – in Anlehnung an die *Grounded Theory* – als „Prozess des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten definiert“ (Kuckartz 2010: 75). Hierbei werden Aussagen in Sinneinheiten zerlegt und mit Anmerkungen und Begriffen versehen (Flick 2011: 388). Die Benennung dieser Begriffe (Codes) kann entweder anhand theoretischer Konstruktionen geschehen, oder mittels Begrifflichkeiten, die von den Akteuren selber verwendet werden, was nach Flick vorzuziehen ist (ebd.: 391). Die Codes wurden hierbei entweder als einzelne Schlagwörter oder kurze prägnante Phasen benannt. Dabei wurde induktiv orientiert codiert, was bedeutet, dass im Gegensatz zur deduktiven Vorgangsweise, bei der das Datenmaterial mit im Vorfeld definierten Codes untersucht wird, Kategorien und Schlagworte erst im Zuge der Analyse entstehen (Kuckartz 2010: 60).
- 2) Diesem Schritt folgte eine weitere Durchsicht der Daten, nun in elektronischer Form im Analyseprogramm Atlas.ti. Dabei wurden Texte segmentiert, bereits erstellte Codes über- beziehungsweise eingearbeitet sowie neue Codes zugeteilt.
- 3) Daraufhin folgte die Phase des axialen Codierens. Dieses diente der Verfeinerung und Differenzierung der Codes, die im offenen Codieren entstanden sind (Flick 2011: 393). Das axiale Codieren bestand aus dem Verknüpfen von Kategorien und richtete sich also „gezielt auf eine bestimmte fokussierte Kategorie und ihre Beziehungen“ (Kuckartz 2010: 77). Hierbei wurden ebenso die unterschiedlichen Daten der Erhebungen zusammengefügt. Dabei entstand ein Kategoriensystem, das unterschiedliche Codes miteinander in Verbindung stellte, einige Codes als unbrauchbar definierte und die bereits erstellten wiederum differenzierte, es also ermöglichte, den Codes zugehörige Subkategorien zu bilden

(Kuckartz 2010: 25). Somit bewegte sich die Analyse auf eine höhere, abstraktere Ebene zu (ebd.).

- 4) Nachdem die zentralen Kategorien identifiziert wurden, bestand der Folgeschritt aus selektivem Codieren, das das Ziel hatte, durch Gruppierung der Daten Kern-/Schlüsselkategorien herauszuarbeiten (Flick 2011: 396) sowie Handlungsmuster der Akteurinnen aufzudecken: „Die einzelnen Handlungsmodelle werden in ein umfassendes theoretisches Konzept, eine Theorie über das typische Handeln typischer Akteure im Untersuchungsfeld, verdichtet. Die Kernkategorie(n) werden systematisch zu anderen Kategorien in Beziehung gesetzt.“ (Kuckartz 2010: 77) Hierbei wurde somit eine komplexe Analyse durchgeführt, die aus der gezielten Prüfung der in vorherigen Schritten der Analyse generierten Kategoriensysteme bestand.

Im Forschungsprozess wurden zudem laufend sogenannte Memos verfasst. Diese sind ein wichtiger Bestandteil des Forschungsprozesses und beziehen sich auf „Codenotizen und auf übergreifende Zusammenhänge, die der Forscher Schritt für Schritt erkennt“ (Böhm 2013: 477). Sie dienen neben der Theoriegenerierung vor allem der aktiven Reflexion des jeweiligen Forschungsstandes beziehungsweise -prozesses.

3.3 Ethische Aspekte der Forschung

Wissenschaftliche Forschung im medizinischen Bereich erfordert eine besondere Beachtung ethischer Aspekte, da die Interaktion zwischen Gesundheitspersonal und PatientInnen sensible Daten beinhalten kann. Dies gilt speziell im Kontext von Diabetes mellitus Typ 2, da die Chronizität der Krankheit besondere Ansprüche an die am Therapieprozess beteiligten Personen stellt.

Um auf diese Bedingungen entsprechend zu reagieren, wurden folgende Punkte in der Arbeit berücksichtigt:

- 1) Datenschutz: Alle Echtnamen der beteiligten Personen und Institutionen wurden – wie bereits im Kontext der Transkription beschrieben – durch Codenamen ersetzt. Ebenso wurden indirekte Verweise auf Personen und Krankenanstalten in den Interviews anonymisiert. Die erhobenen Daten werden vertraulich behandelt, versichert aufbewahrt und nicht an Dritte weitergegeben, die nicht in die Erstellung der Arbeit miteinbezogen waren.

- 2) Schweigepflicht: Alle in den Interviews preisgegebenen, persönlichen Daten von PatientInnen oder sonstigen Personen fallen unter Schweigepflicht.
- 3) Verwendung der Daten: Alle gesammelten Daten wurden ausschließlich für die empirische Studie der Masterarbeit verwendet.
- 4) Transparenz: Die Interviewpartnerinnen wurden über das Ziel und den Inhalt der Studie informiert. Zusätzlich wurde ein Informationsblatt mit einer schriftlichen Erklärung ausgehändigt.
- 5) Freiwilligkeit: Die Interviewpartnerinnen wurden darauf aufmerksam gemacht, dass die Teilnahme freiwillig ist und auch nach Zusage ein Abbruch jederzeit und ohne Angabe von Gründen sowie ohne negative Folgen beziehungsweise Auswirkungen für sie möglich ist.
- 6) Ethische Bewilligung: Ein Antrag zur Bewilligung der Arbeit wurde bei der Ethikkommission des AKH Wien eingereicht und positiv beschieden.

3.4 Forschungsfeld und Kontextualisierung

Die Interviewpartnerinnen waren alle weiblich, großteils stammten sie überdies in etwa aus der gleichen Altersgruppe wie ich, was dazu führte, dass meist von Beginn an eine gewisse Nähe und Sympathie zu den Interviewpartnerinnen vorhanden war. Da ich zudem privat großes Interesse an der Thematik Ernährung habe und mich viel damit beschäftige, war auch hier meist im Vorfeld eine gewisse Einigkeit bemerkbar. Das war zugegebenermaßen nicht immer unproblematisch für die Forschung: Im Nachhinein betrachtet erschwerte es mir diese Nähe, als Forschende in manchen Situationen nicht zu sehr in eine Haltung der Zustimmung zu kippen – es ist mir auch nicht immer gelungen. Hilfreich war dabei jedoch das von Anfang an kommunizierte Verständnis der Interviewpartnerinnen als Expertinnen auf dem Bereich Ernährung und Diabetes mellitus Typ 2. Vor allem in Hinblick auf die tägliche Praxis mit PatientInnen und den „exklusiven“, für mich neuen Einblick in den Arbeitsalltag von Dietologinnen, der mir in diesen Expertinneninterviews gegeben wurden, wurde die Rollenverteilung im Interview immer wieder deutlich definiert und führte zur notwendigen Distanz.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analyse dargestellt.

4.1 Essen als kulturelle Praktik im Kontext von Diabetes mellitus Typ 2

Die Beraterinnen erfahren Essen auf unterschiedliche Weise als kulturelle Praktik. Hierbei kann grob zwischen zwei Punkten unterschieden werden: Einerseits wird die kulturelle Bedeutung von Essen als eine Art Auswahlkriterium von Nahrungsmittel beschrieben; andererseits geht es mehr um Konzeptionen, die an die Essenspraktik gebunden sind. Dabei handelt es sich um das Verständnis von Krankheit und Gesundheit, von Körper, Gender sowie um die soziale Bedeutung von Essen, die damit in Verbindung steht.

4.1.1 Kultur und Nahrungsmittel

Kultur wurde unter anderem als eine Art Rahmenbedingung genannt, die vorgibt, welche Nahrungsmittel es gibt beziehungsweise welche verzehrt werden. Das bedeutet, Kultur ist ein Kriterium, das das Angebot an Lebensmitteln gewissermaßen definiert und beeinflusst.

Dabei werden Unterschiedlichkeiten vor allem im Ländervergleich wahrgenommen. Diaetologin I beschreibt beispielsweise die Rolle von Kultur bei Essen als eine große, da diese das Sortiment an Lebensmittel beeinflusst; es gibt daher bestimmte Lebensmittel in einem Land – oder eben nicht (DI Z151).

Kultur prägt das Spektrum an Lebensmittel und somit auch die Essenspraktik von Personen. Diaetologin N sieht in Kultur einen Faktor, der – neben dem Bildungs- und Einkommensniveau (Z064) – bestimmt, welche Nahrungsmittel Personen auswählen. In der Beratung erkennt sie dies daran, dass PatientInnen aus dem gleichen Land meist ähnliche Lebensmittel verzehren. Als Beispiel nennt sie hierbei türkische PatientInnen, bei denen ihr ein besonders hoher Konsum an Zucker aufgefallen ist:

„I: Wovon hängt es denn Ihrer Meinung nach ab, wie sich jemand ernährt?“

DN: Also ganz wichtig die Kultur. Wirklich ganz, ganz häufig, gerade in der Ambulanz ein Thema. Wir haben viele Patienten mit Migrationshintergrund, und da ist einfach schon ein Muster zu erkennen. Ja, also dass man sagt, okay, türkische Patienten beschreiben einem bei der Ernährungsanamnese, was haben sie gestern gegessen, 24 Stunden Record [24-stündiges Ernährungsprotokoll, das die PatientInnen für die Beratung verfassen müssen; Anm.], ähnliche Speisen, ja, wo, was weiß ich, der [s]chwarze [Tee] mit [viel] Zucker? Ja, mit [viel] Zucker. Also, hm, also ganz, glaub ich, ganz wichtig Kultur einfach.“ (DN Z059)

Sie sieht die vermehrte Verwendung von Zucker als etwas, das durch einen gewissen kulturellen Hintergrund bedingt ist; Zucker wird sozusagen als kulturell konnotiert wahrgenommen.

Ähnliches schildert Diaetologin G. Sie verweist darauf, dass sie bemerkt hat, dass in Indien vergleichsmäßig süß gegessen wird, was sie auch als eine Ursache für das dort aktuell verstärkte Diabetesaufkommen sieht:

„[...] und ich denk halt auch da, ich war schon in Indien und hab bemerkt, wie gern zuckrig die essen, also da sind wir wieder bei der Kultur vielleicht, na.“ (DG Z110)

Besonders zuckrig – also süß – zu essen versteht sie als kulturelle Besonderheit und drückt damit aus, dass Präferenzen des Geschmacks, in diesem Fall die Süße, ebenso wie die Bewertung und Bedeutung des Sinneseindrucks auch kulturell geprägt werden.

Eine Konnotation, bei der bestimmte Nahrungsmittel als in einer Kultur „typisch“ beschrieben werden, zeigt sich darin, dass diese Lebensmittel von besonderer Bedeutung für die Mitglieder einer „kulturellen Gruppe“ sind. Das betrifft im österreichischen Kontext beispielsweise Fleisch – so hat etwa das Schnitzel hier eine besonders hohe Wertigkeit (DI Z165).

Diaetologin D nimmt die Zuschreibung „kulturell typischer“ Nahrungsmittel auch bei Lebensmittelgruppen wahr. Ihr zufolge ist „bei uns“ – sie bezieht sich auf Personen ohne Migrationshintergrund – im Vergleich zu MigrantInnen kulturell Obst und Gemüse nicht mehr wirklich verankert. Damit meint sie, dass die Wertigkeit von Gemüse und Obst abgenommen hat. In der Adaption dieser Ernährungsweise sieht sie unter anderem eine Ursache dafür, dass viele MigrantInnen nach der Migration ernährungsbedingte Krankheiten entwickeln (DD Z350).

Diaetologin N geht hierbei einen Schritt weiter und bezieht kulturelle Konnotation auf den Nährstoffgehalt von Essen: Die österreichische „kulturelle“ Küche ist ihrer Ansicht nach nicht besonders energiearm. Das bedeutet, es handelt sich dabei um eine hochkalo-

rische, daher in gewissem Maß auch ungesunde Küche. Dadurch, dass Essenspraktik, die eben auch diese Küche umfasst, angelernt wird, stellen Veränderung der Ernährung der PatientInnen, die im Zuge der Diabetestherapie meist notwendig sind, oft eine Problematik dar, da es schwierig ist, erlernte Gewohnheiten langfristig zu verändern (DN Z099)

Kultur formt demnach ein Muster, das den Mitgliedern einer kulturellen Gruppe in ihrer Lebensmittelauswahl und Essenspraktik gewissermaßen Orientierung bietet. Diese Muster können in der Beratung hilfreich sein:

„Mhm – also ich glaube, wenn Leute eine, eine Kultur leben, und verschiedene Rhythmen im Jahresablauf auch drinnen sind, Feste, die man feiert und was weiß ich was, ahm, dann tu ich mir leichter, also wenn alles so, ahm, alles ist jederzeit möglich, ja.“ (DF Z148)

Rhythmen, die damit in Zusammenhang stehen – wie beispielsweise bestimmte jährliche kulturelle und/oder religiöse Feste oder besondere Nahrungsmittel, die nur zu speziellen Anlässen gegessen werden (sie nennt als Beispiel unter anderem den Allerheiligenzstriezel, ein zopfförmiges Gebäck, das in Österreich und Süddeutschland zu Allerheiligen Patenkindern von ihren PatInnen geschenkt wird) – empfindet sie in der Beratung als sehr hilfreich. Denn einerseits nimmt sie diese Rhythmen für die PatientInnen als sehr unterstützend wahr, da sie diesen eine Art Rahmen bieten, um Veränderungen in der Ernährung zu adaptieren; andererseits kann sie sich als Beratende selbst daran orientieren und die Ernährungsberatung danach ausrichten:

„Weil es ein bisschen um diesen Rhythmus auch im eigenen Körper ja geht, was auch der eigenen Körper braucht und da kann ich ja viel mehr solche Beispiele bringen, auch viel leichter manche Dinge umsetzen und üben [...] und oft ist das ein wahnsinniger Anreiz, in unserem Kulturkreis zum Beispiel, dass man sagt, es kommt die Vorweihnachtszeit mit Punsch und Keksen und was weiß ich was und es kommt Weihnachten, aber wir üben das, wie man sich das trotzdem genehmigen kann und wie ich das steuere, was ich davor und danach machen muss und was weiß ich was.“ (DF Z148)⁵

⁵ Die Verwendung des Begriffs „Kulturkreis“ ist im täglichen Sprachgebrauch noch weit verbreitet, wird in der heutigen Kultur- und Sozialanthropologie jedoch als überholt angesehen. Es ist eine „im Deutschen noch manchmal (meist unüberlegt) verwendete Vorstellung und Bezeichnung, wonach Kulturen kreisförmig um Zentren herum angelegt oder gruppiert sind und von dorthin beeinflusst [sic!] werden“ (Gingrich/Steger 2011: 217). Eine Diskussion des Begriffes ist in eben zitiertem „Lexikon der Globalisierung“ von Kreff et al. (2011) zu finden.

4.1.2 Verständnis von Krankheit und Gesundheit

Die Bedeutung von Essen wurde auch mit der Konzeption von Krankheit und Gesundheit in Verbindung gebracht wird. Was und wie gegessen wird, hängt demnach auch von dem (kulturell geprägten) Verständnis der jeweiligen Person ab, was es bedeutet, krank oder gesund zu sein.

Dies zeigt sich beispielsweise bei der Antwort von Dietologin K auf die Frage nach der Ursache der erhöhten Diabetesprävalenz bei Frauen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien. Einerseits sieht sie dabei einen Zusammenhang mit Kultur und der Mentalität der Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, da sich diese Gruppe durch eine besonders hohe Geselligkeit auszeichnet, die häufig durch große, gemeinsame Essen unterstrichen wird. Andererseits nimmt die Dietologin in diesem Kontext besonders das kulturelle Verständnis und die Wertigkeit von „gesund sein“ als wichtig wahr. In der Beratung dieser PatientInnengruppe hat sich gezeigt, dass Essen ist in diesem Zusammenhang ein Faktor für Lebensqualität ist, dem PatientInnen eine wichtige Rolle für ihr Wohlbefinden zuschreiben. Das Genießen von bestimmten Lebensmitteln hat daher häufig mehr Wertigkeit als ein langes, gesundes Leben zu führen. Handelt es sich nun um Lebensmittel, die aus medizinischen Gründen weniger zu empfehlen sind und daher im Zuge der Diabetesberatung minimiert werden sollten, sieht sich die Dietologin in einer komplizierten Situation, da es für sie schwierig ist, PatientInnen zu einer Veränderung der Ernährungsgewohnheiten zu motivieren (DK Z080).

Sie verweist in diesem Zusammenhang auch auf die Therapietreue. Auf die Frage, ob es einen PatientInnentyp gibt, bei dem *Non-Compliance* verstärkt auftritt, antwortet sie:

„Ahm, ja, dadurch, dass ein großer Faktor schon Kultur ist, ah, muss ich einfach ehrlich zugeben, dass ich schon bemerkt [habe], dass einfach so aus dem jugoslawischen Raum, ja, einfach die Umsetzung oft nicht ist, weil die dahinter keinen Sinn sehen und die einfach die Einschränkung viel größer sehen, als wie den Benefit, den sie haben von der Ernährungsumstellung, ja.“ (DK Z138)

Genuss und Intensität sind von großer Bedeutung für die PatientInnen. Der Stellenwert von Gesundheit der PatientInnen wird als ein Faktor gesehen, der dazu führen kann, dass PatientInnen die in der Beratung vorgeschlagenen Ernährungsveränderungen nicht umsetzen:

„[A]lso ich habe mehrere Patienten wirklich schon gefragt, warum sie nicht bereit sind, etwas zu verändern, und die sagen dann auch wirklich bewusst: ‚Ich sterbe

lieber zehn Jahre früher, aber esse weiterhin halt täglich meinen Speck und meine Eier', und die sind halt, also für die ist das Lebensqualität [...]“ (DK Z080)

Auf die Auswirkung der kulturellen Konzeption von Krankheit auf die *Compliance* der PatientInnen verweist auch Diaetologin H. Sie beschreibt, dass unterschiedliche Konzeptionen von Krankheit, die auch die Krankheitseinsicht betreffen, ein Problem darstellen können; Wissen bei Beratenden über diese Konzeptionen können dabei jedoch bereits von Anfang an Unstimmigkeiten in der Beratung verhindern. Kulturelles Wissen wird demnach sehr wichtig für die Ernährungsberatung gesehen. Als Beispiel nennt Diaetologin H in diesem Kontext türkische PatientInnen:

„Weil es gibt auch Kulturen, wie jetzt zum Beispiel teilweise bei den türkischen Patienten, da ist Krankheit nur, wenn es weh tut. Und sonst hab ich es nicht. Und dann hab ich da auch nicht die Einsicht, warum soll ich da denn ein Medikament nehmen, wenn es mir nicht weh tut. Ich komme nur, wenn ich Schmerzen habe.“ (DH Z082)

In diesem Zusammenhang ist auf eine Besonderheit von Typ-2-Diabetes zu verweisen: Die Krankheit kann verhältnismäßig lange ohne besondere körperliche Beschwerden vonstattengehen. Das bedeutet, dass PatientInnen, die an DM2 leiden, häufig im Verlauf der Krankheit keine Schmerzen fühlen beziehungsweise keine anderen Begleitscheinungen bemerken. Erst beim Einsetzen von neuropathischen Störungen, also Schädigungen des Nervensystems, wird der Diabetes körperlich spürbar und dadurch bewusst, *„aber an sich ist das eine Erkrankung, [da kann ich] auch jeden Tag drei Liter gezuckertes Cola trinken und [...] eigentlich für mein Körpererleben ist es völlig wurscht“ (DA Z108).*

Das Verständnis von Krankheit ohne Schmerz, das von Diaetologin H im obigen Zitat als Besonderheit einer „türkischen Kultur“ definiert wird, wurde im Großteil der Interviews von den Diaetologinnen patientenübergreifend immer wieder als Faktor genannt, wenn es darum ging, dass PatientInnen die Ernährungsrichtlinien der Diaetologinnen nicht umsetzen:

„Ja – ‚Ich spüre es nicht, drum tut mir auch nichts weh, was wollen Sie von mir?‘ und das höre ich schon oft, das haben wir schon auch öfter, so quasi: ‚Was erzählen Sie mir? Ich mein, ich bin fünfzig Jahre alt, was wollen Sie von mir? Ich hab ja, ich spüre ja nichts, mir tut ja nichts weh.‘“ (DC Z151)

Die Beschwerdefreiheit des Diabetes führt dazu, dass die Bereitschaft, Ernährung zu verändern, bei den PatientInnen gering sein kann. Krankheit ohne Schmerz ist ein Abstraktum (DA Z152) und führt gewissermaßen zu einer Therapiemüdigkeit, da durch das

Fehlen von Schmerz auch keine Verbesserung oder Verschlechterung wahrgenommen wird:

„[Schwierig ist,] [d]ass sie [die PatientInnen, Anm.] irgendwann sagen: ‚Boah, ganz ehrlich, was soll das bringen, ich spüre es eh nicht‘. Also genau dieses Argument: Ich spüre es eh nicht. (DD Z228)

Da das Verständnis von Krankheit an körperlichen Schmerz gebunden ist, der beim Diabetes fehlt, fühlen sich PatientInnen gewissermaßen gesund, weshalb oft die Notwendigkeit einer Ernährungsumstellung nicht gesehen wird (DG Z098). Die Umsetzung von Veränderungen, die zwischen den Diaetologinnen und den PatientInnen in der Beratung besprochen werden, werden häufig nicht eingehalten, da PatientInnen *„nicht genau verstehen, warum man das so von ihnen will, weil eigentlich haben sie ja nichts“* (DA Z144).

4.1.3 Konzeption von Körper

Dass Essen als Praktik verstanden werden kann, um kulturelle und soziale Bedeutungen zu (re-)produzieren, zeigt sich im Kontext von Diabetes mellitus Typ 2 vor allem hinsichtlich der Konzeption von Körper. Übergewicht – in manchen Fällen auch Adipositas – spielt eine Rolle, da *„[...] besonders gerade bei den Diabetikern da sehr viele übergewichtig sind und man weiß, dass der Diabetes, überhaupt der Typ-2-Diabetes eigentlich beim Großteil der Patienten durch das Übergewicht auftritt“* (DJ Z027).

Es gibt also eine enge Verbindung der Krankheit mit Übergewicht, was hierbei eine weitere Besonderheit von Typ-2-Diabetes auszeichnet: Da DM2 – wie weiter oben beschrieben – an und für sich ohne Beschwerden auftreten kann beziehungsweise nach außen hin nicht sichtbar ist, Übergewicht jedoch visuell wahrnehmbar, verleiht dieses Übergewicht dem Diabetes in gewisser Weise eine Art Ausdrucksmöglichkeit:

„Genau, weil das SEHE ich. Den Blutzucker, wenn vor allem Diabetiker am Anfang vielleicht nur einmal in der Woche oder so messen, dann ist das ja, im Endeffekt, mein Gott, so als würde ich mich einmal in der Woche auf die Waage stellen. Aber [...] beim Gewicht sehe ich auch: Passt mir das Gewandstück nicht mehr, und eben, sagen Leute eben, dass ich vielleicht eben zugenommen hab. Also das sieht man viel mehr als den Blutzucker. Es wird keiner sagen: ‚Ma du schaust heute aus, als hättest du einen hohen Blutzucker‘ (beide lachen). Das macht keiner, und deswegen eben, da ist man doch noch ein bisschen äußerlich gesteuert, dass man sagt, das ist das Wichtigere.“ (DB Z042)

Der Diabetes wird durch das Übergewicht somit sichtbar. Dieses Übergewicht ist beeinflussbar – durch Ernährung. Die Essenspraktik spielt deshalb eine besondere Rolle – vor allem, da Essen, wie sich in der Erhebung zeigte, als Instrument verstanden wird, mit dem PatientInnen direkt Einfluss auf ihren Körper, dadurch auch auf Übergewicht und somit auf den Verlauf der Krankheit einwirken können:

„Und ich denk, dass gerade die Rolle beim Diabetes mit Ernährung eine ganz eine große ist, weil er das eigentlich selber beeinflussen kann. Da kann er seinen Beitrag leisten. Wenn der Patient kommt und hat eh schon einen offenen Fuß und sieht schon nichts und weiß ich nicht, HbA1c [Langzeitzucker, Anm.] ist hoch, dann sagt ja der Arzt, so, Tabletten, Insulin, was soll er tun? ‚Nein‘ sagen wird er nicht tun. Und beim Essen ist so die einzige Möglichkeit, wo ich quasi das ganze Schicksal oft kompensieren kann.“ (DC Z092)

PatientInnen können durch Essen „einen Beitrag leisten“ und „das ganze Schicksal kompensieren“, was ausdrückt, dass diese bei der Ernährung bei DM2 in einer besonders aktiven Position gesehen werden. PatientInnen gewinnen durch Essen gewissermaßen an Handlungsfreiheit im Kontext der Krankheit zurück (DC Z094); sie verfügen über hohes Potential und gewissermaßen auch Macht – sowohl über den eigenen Körper als auch über den Verlauf der Krankheit.

Da Übergewicht ein sehr komplexes Phänomen ist, das mit vielen Bedeutungen behaftet ist, ist es nun naheliegend, dass diese – eben auch kulturellen – Bedeutungen auch an die Thematik von Essen gebunden sind, wie sich in den Gesprächen mit den Diätologinnen zeigte. Dabei wird immer wieder auf den Zusammenhang eines kulturell beeinflussten Körperbildes und Essen verwiesen – in weiterer Folge auch auf Typ-2-Diabetes.

Dies verdeutlicht folgendes Zitat aus dem Interview mit Diätologin E. Auf die Frage, wie die Beratung von MigrantInnen sich von jener von PatientInnen ohne Migrationshintergrund unterscheidet, beschreibt sie, dass neben Sprache, speziellen Lebensmitteln und Zubereitungsmethoden auch Bedeutungen von Übergewicht in die Beratung miteinbezogen werden müssen:

„Und gerade eben Türkei, Saudi-Arabien, da ist ja eigentlich noch Körperfülle eigentlich immer noch ein bisschen als, als Statussymbol da drinnen von der Kultur her. Die sehen gar nicht, dass Diabetes gefährlich ist, weil es tut ja nicht weh. Das ist das nächste Problem, es TUT nicht weh.“ (DE Z249)

Der Körper hierbei für etwas steht – nämlich als Symbol für einen (hohen) finanziellen Status. Diese Konzeption versteht sie als kulturell beeinflusst. Dadurch, dass die The-

matik des fehlenden Schmerzes bei Typ-2-Diabetes hinzukommt, die weiter oben bereits thematisiert wurde, sehen PatientInnen ihrer Ansicht nach nicht die Gefahr der Krankheit.

Die Bedeutung kultureller Körperkonzeptionen verdeutlicht sich auch bei der Frage nach der erhöhten Diabetesprävalenz von MigrantInnen. Dietologin B sieht die Ursache dafür neben einem niedrigen Einkommen auch darin, dass in manchen kulturellen Gruppen Übergewicht positiv konnotiert ist. Die kulturelle Konzeption von Übergewicht als Ausdruck von Status und gewissermaßen finanzieller „Potenz“ beeinflusst die Essenspraktik und somit auch das Risiko, an Diabetes zu erkranken, erhöht, wie sie in der Beratung von DiabetikerInnen bisher bemerkt hat:

„[A]lso zum Beispiel in einigen Gebieten, also von einigen Beratungen, von einigen Kindern, die ich beraten hab, war es auch so, dass da teilweise eben dann durchgekommen ist, [...] dass Übergewicht ja eher positiv besetzt war, weil man konnte sich was leisten. Man kann sich ja was leisten. Wenn ich mehr Gewicht hab, dann heißt es ja, dass ich genug Geld hab, dass ich zu essen hab. Das heißt, da ist es ja eben positiv besetzt und das bleibt manchmal eben noch ein bisschen hängen.“ (DB Z071)

Auch Dietologin O sieht die erhöhte Diabetesprävalenz von Migrantinnen aus der Türkei beziehungsweise dem ehemaligen Jugoslawien – neben eventuellen psychischen Problemen, die durch die Migration aufgetreten sind – bedingt durch eine kulturelle Konzeption von Körper. Dabei spielt vor allem *„der Glaube der Männer, dass sie sagen, gut, eine Frau, die muss dick sein, ab einem gewissen Alter, wenn sie einmal ein Kind bekommen hat“* (DO Z145) eine Rolle. Ein fülliges Körperbild, das sie als Ideal beschreibt, wird hierbei auch als genderspezifisch wahrgenommen; das heißt, Essen und Essenspraktik stehen auch mit einem kulturellen und sozialen Geschlecht in Verbindung.

Die Vorstellung darüber, wie ein Körper aussehen soll, – sozusagen das definierte Körper- oder Schönheitsideal –, beeinflusst somit Individuen in Entscheidungen bei Essen und wirkt sich auf deren Essenspraktik aus. Dadurch, dass Übergewicht diesem (Schönheits-)Ideal entspricht und positiv konnotiert ist, wird die Essenspraktik danach ausgerichtet. Denn Essen ist – wie oben diskutiert – ein Instrument, mit dessen Hilfe dieses Ideal erreicht werden kann.

4.1.4 Soziale Funktion von Essen

Eine besondere Rolle von Essen als kulturelle Praktik sehen Diaetologinnen hinsichtlich eines sozialen Faktors. Menschen schreiben Essen soziale Bedeutung zu – diese Zuschreibungen werden unter anderem auch als kulturell geprägt wahrgenommen.

In den Interviews wurden dabei unter anderem die Bedeutung von „Geselligkeit“ und „Gemeinschaft“ genannt:

„Es sind sehr viele gesellschaftliche Zusammentreffen. Also [...] wo wir dann auch von der Türkischdolmetsch eingeladen wurden zu einem türkischen Kochnachmittag mit Freundinnen von ihr und da war es einfach diese Geselligkeit, was du bei uns auch gar nicht mehr so hast. Bei uns sind's eher diese Einsiedler; die [Anm.: TürkInnen], halt, essen, ja, würde ich sagen, ahm, wo jeder einfach mitbringt und das Essen einfach dazugehört, ja. Das ist einfach, ja, Essen ist wichtig, ja.“ (DO Z145)

Essen dient in diesem Kontext dazu, als Teil einer Interaktion zwischen Menschen bestimmte Werte auszudrücken oder zu verstärken. Die hohe soziale Relevanz, die eben diese Geselligkeit unterstreicht beziehungsweise gewissermaßen ausdrückt, wird meist bei PatientInnen mit Migrationshintergrund, dabei vor allem bei der Gruppe der TürkInnen, wahrgenommen.

Im Gegensatz dazu beschreibt Diaetologin O einen sogenannten „Einsiedler“. Dieser „Essenstyp“ definiert sich dadurch, dass Essen für ihn weniger eine Praktik ist, die in Interaktion mit anderen stattfindet, sondern, wie Diaetologin E beschreibt, *„dass ich irgendwie so nebenbei esse“* (Z283). Die Bedeutung von Essen als soziale Interaktion mit anderen einer Gemeinschaft nimmt ab. Diese Entwicklung wird dabei unterschiedlichen begründet – beispielsweise durch die Industrialisierung oder politische Veränderungen (DB Z052); es wird eher individuell und „für sich“ gegessen. Diese Veränderung wird von Diaetologin E als Phänomen „unserer“ Kultur – sie bezieht sich dabei auf Menschen ohne Migrationshintergrund – beschrieben:

„Und dass eben in unserer Kultur haben wir total super Essen, das ist aber meistens, also das ist immer etwas Selbstgemachtes gewesen von früher, das haben wir nicht irgendwo gekauft, [...] und das ist eine voll eine schöne Basis und da hat man sich auch noch zusammengesetzt beim Essen, da hat man auch noch langsam gegessen, da hat man sich noch Zeit genommen, das war nicht neben dem Fernseher. Und jetzt kommen da halt so viele negative andere Faktoren dazu, die das Ganze, leider die Kultur auch so verloren gehen lässt [...]. Diese soziale Komponente auch beim Essen, das ist voll weit weg.“ (DE Z275)

Die soziale Bedeutung von Essen beeinflusst auch die Entstehung von DM2, wobei sich sowohl eine kleine als auch eine große soziale Bedeutung von Essen negativ darauf auswirken können.

Essen als Teil sozialer Interaktion steht wiederum mit Normen, Regeln und Verboten bei der Essenspraktik selbst in enger Verbindung. Dies zeigt der folgende Zitatausschnitt von Diaetologin B:

„Also, wenn ich mir jetzt denk, eine Familie zum Beispiel auch aus der Ukraine, da wird groß aufgetischt und da eben ist es so, dass da jeder nicht ein Schnitzel auf den Teller bekommt, sondern da müssen es zwei Schnitzel sein, und wenn man dann ‚Nein‘ sagt, dann ist das schon eine Beleidigung. Und wenn ich das schon einmal hab, dass ich eben, ich will ja niemanden beleidigen, deswegen ess ich dann die zwei. [...] Und wenn ich halt in der Kultur bin, dann bin ich es gewohnt, ich ess immer meine zwei Schnitzel. Also das ist eben von der Kultur sehr unterschiedlich.“ (DB Z077)

„Groß auftischen“, also als Gastgeber seinen Gästen ein reichliches Angebot an Essen anzubieten, wird als eine kulturelle Norm gesehen, an die sich TeilnehmerInnen einer Gruppe zu halten haben. Hierbei wird deutlich, dass das Verletzen dieser Norm auch (soziale) Konsequenzen haben kann: Das Ablehnen von Essen, das als Regelbruch verstanden wird, kann zu Kränkung und Beleidigung anderer, an der Essenspraktik teilnehmenden AkteurInnen führen. Dies wirkt sich wiederum auf Entscheidungen und Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich Essen aus.

„Also ich hab viele Patienten, also nicht nur Diabetiker, aber auch die Leute, die abnehmen wollen, wenn sie dann zum Beispiel in die Türkei nachhause fahren zur Familie, sagen sie: ‚Ich weiß nicht, wie ich es machen soll, weil eben ich, [...] da wird die ganze Zeit gegessen, da wird die ganze Zeit auch süß gegessen, fettig gegessen, und ich kann nicht immer Nein sagen‘. Also da ist es teilweise für die, wenn sie wegfahren ein ziemlicher Konflikt, weil eigentlich will ich gerade abnehmen, aber ich kann das meiner Familie nicht klar machen [...]“ (DB Z081)

Normen und Regeln, die mit Essen in Verbindung stehen, können die Umsetzung von Ernährungsrichtlinien, die an den Diabetes angepasst sind, für PatientInnen erschweren, wie in der Beratung wahrgenommen wird. Das Ablehnen von Essen wird als Regelverletzung angesehen, was vor allem im familiären Gefüge eine Schwierigkeit darstellt.

Soziokulturelle Normen und Regeln in die Beratung miteinzubeziehen ist demnach besonders wichtig. So ist es beispielsweise relevant, ob es im Herkunftsland der MigrantInnen *„kulturell üblich [ist], dass sich der Tisch biegen muss, dass man aufessen muss um nicht [...] unhöflich zu sein“* (DD Z192). Wird ein Ablehnen von Essen bezie-

hungsweise ein Nicht-Aufessen als Beleidigung gesehen, gleichzeitig jedoch vom Gastgeber erwartet, Essen nachzureichen, entsteht gewissermaßen ein Teufelskreis, aus dem beide TeilnehmerInnen schwer aussteigen können (ebd.).

Diese Normen und Regeln bei Essen werden in diesem Zusammenhang als relativ starr empfunden; bei PatientInnen mit Migrationshintergrund werden sie darüber hinaus verstärkt wahrgenommen, wie Diaetologin N beschreibt:

„Und große Hauptmahlzeiten auch beschreiben viele einfach. Oder wenn die Familie zusammenkommt, was ja auch oft ist, dann extrem viel am Tisch steht. Oder wenn man eingeladen ist, man MUSS dann das essen, ich meine, das ist bei uns eh auch so eigentlich, ja, ich weiß jetzt nicht, ob da viel Unterschied ist, aber ich meine, wenn man eingeladen ist, MUSS man das ja essen. [...] [Da] ist noch, hab ich das Gefühl, noch mehr Druck da irgendwie von der Familie.“ (DN Z167)

Dass diese Normen und Regeln bei Personen mit Migrationshintergrund stärker empfunden werden, kann mitunter daran liegen, dass auch die soziale Funktion von Essen bei Personen mit Migrationshintergrund – wie oben beschrieben – als wichtiger empfunden wird. Im Gegensatz zu dem oben genannten „Einsiedler“, der mehr für sich alleine isst, und bei dessen Esspraktik soziale Normen weniger relevant zu sein scheinen, werden aufgrund der Bedeutung von Essen für Gemeinschaft und Gesellschaft auch die damit in Verbindung stehenden Normen als wesentlicher wahrgenommen.

4.1.5 Gender

Ein weiterer Punkt, der sich in der Erhebung im Kontext von Essen als soziokulturelle Praktik als bedeutend herausgestellt hat, ist Gender – das (sozial und kulturell) konstruierte Geschlecht einer Person und damit verbundene Rollenbilder und Normen.

Dabei wurde hauptsächlich das Rollenbild der Frau thematisiert. Einerseits wurde dieses im Zuge der Diabetesprävalenz von MigrantInnen als Mitursache für das erhöhte Risiko genannt. Ist die Rolle der Frau hauptsächlich an das Zuhause und den „Herd“ gebunden und ist sie gewissermaßen in ihrer Bewegungsfreiheit aufgrund geschlechtsspezifischer Hierarchien eingeschränkt, kann dies zu Übergewicht und demnach Diabetes mellitus Typ 2 führen. Besonders die ausschließliche Zuständigkeit für die Essenszubereitung und Kinderversorgung wird hierbei als beeinflussend wahrgenommen, da dies auch die Möglichkeit bietet, „mehr zu essen, mehr essen, weniger Bewegung“ (DG Z102)

Diaetologin K sieht die Rolle der Frau, vor allem bei türkischen MigrantInnen, hierbei in Verbindung mit der Diabetesprävalenz – dabei wiederum vor allem die Zuständigkeit des Haushaltes und die somit eingeschränkte Bewegungsmöglichkeit (DK Z080).

Genderspezifische Normen wirken sich demnach auf Essenspraktik von Menschen aus und können auch die Beratung beeinflussen. Sie werden teilweise als Barriere wahrgenommen, da es schwierig ist, die Vorstellungen der Diaetologinnen mit den Werten der PatientInnen unter einen Hut zu bringen (DI Z087). Bei PatientInnen mit Migrationshintergrund werden diese Normen verstärkt wahrgenommen:

„[B]ei uns Österreichern ist es schon schwierig, weil die Frau trotzdem sagt: ‚Na, ich muss, mein Mann will unbedingt einen Schweinsbraten am Sonntag haben‘. Aber bei den Migranten, wir haben halt sehr viele Türken in Wien, also [...] da ist es noch mehr eben hierarchisch aufgeteilt und da hat der Mann das Sagen und da kann die Frau manchmal gar [...] nichts tun. Das ist halt schwierig für mich dann auch zu arbeiten muss ich sagen manchmal, weil ich dann versuch, in eine Kultur reinzupfuschen. Und das muss man halt sehr behutsam tun, und es geht halt schwieriger teilweise, weil man oft halt an die Grenzen stößt, weil die Frau sagt: ‚Nein, das geht nicht‘.“ (DB Z230)

Ebenso verweist Diaetologin G darauf, dass sie bei Essensauswahl und -praktik einen Einfluss genderspezifischer Bedeutungen und Normen bemerkt. Entscheidungen darüber, was, wie und wo gegessen wird, werden auch anhand von Rollenzuschreibungen an das soziokulturelle Geschlecht getroffen. Diese Bedeutungen können in der Beratung eine Art Barriere darstellen; denn häufig können Frauen aufgrund dieser Normen gewisse Maßnahmen der Ernährungsveränderung so nicht umsetzen (DG Z132).

Wie bisher deutlich wurde, wird im Kontext von Diabetes mellitus Typ 2 eine hohe Relevanz von Gender hinsichtlich Essen in der Beratung wahrgenommen: Einerseits als einer der Gründe der erhöhten Diabetesprävalenz bei Migrantinnen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien, andererseits stellen diese die Diaetologinnen auch in der Beratung vor Herausforderungen, da sie diese Normen als relativ starr und unveränderlich wahrnehmen und dazu führen können, dass PatientInnen Ernährungsrichtlinien nicht umsetzen (können).

Gender scheint generell ein präsent Thema zu sein – auch bei PatientInnen ohne Migrationshintergrund und mit vermeintlich gleichem „kulturellen Background“ wie die Diaetologinnen. So wurde auch hier mehrmals erwähnt, dass diese genderspezifische Rollenzuschreibungen in der Beratung zu Schwierigkeiten führen können, vor allem, wenn der männliche Part an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt.

Dies liegt daran, dass die Beschaffung und Zubereitung des täglichen Essens in einem familiären Gefüge häufig als bei den Frauen angesiedelt gesehen wird. An diese ist gleichzeitig eine Zuständigkeit für die Aufrechterhaltung der Gesundheit der Familie geknüpft. Obwohl Männer durchaus auch kochen, unterscheidet sich die Bedeutung, die hinter der jeweiligen Essenszubereitung steht. Dies verdeutlicht Diaetologin H bei der Frage nach dem hohen Frauenanteil in der Diaetologie:

*„Ja, aber das ist halt früher so gewesen, jetzt ist es eh schon anders, es wird eh schon besser, aber DASS das jetzt wirklich der männerdominierende Beruf wird, das kann ich mir so nicht vorstellen, weil ja auch, jetzt rein kulturell gesehen, was jetzt gesundes Essen betrifft und Versorgung mit gesundem Essen, ist halt wirklich eher weiblich. Es sind zwar die meisten Köche Männer, aber die sehen sich nicht so sehr als Ernährer, sondern mehr als Künstler. Und die kochen daheim auch nicht.“
(DH Z152)*

Es kommt hierbei zu einer Unterscheidung zwischen zwei Arten des Kochens – einerseits einem „künstlerischen“, das eher Männern zugeteilt ist; andererseits dem täglichen Zubereiten von Essen, das dem Auftrag der Aufrechterhaltung von Gesundheit dienen soll und Frauen unterliegt. Die Zuschreibung der Verantwortung von Gesundheit an Frauen manifestiert sich dabei über die Zuständigkeit der Nahrungszubereitung. Da Ernährung eine Komponente ist, die Gesundheit beeinflusst, obliegt demnach den Frauen auch die Verantwortung der Zubereitung (gesunder) Ernährung. Während diese für die tägliche Beschaffung und Zubereitung von Essen im familiären Kontext als zuständig sind, steht Kochen bei Männern eher unter einer nach außen gewendeten, repräsentativen Perspektive:

„I: Also Ernährung ist Frauensache, nach wie vor?“

DG: Oder sagen wir so, vielleicht dieses „Gesund“, na. Weil Ernährung, für die, für die durchaus üppigen, kalorienreichen Speisen gibt es viele Köche, aber, um das dann wieder auszumerzen sind wieder die Frauen zuständig (beide lachen). Ja, das ist so.“ (DG Z196)

Aufgrund der Zuständigkeit der Frau für gesunde Ernährung und Gesundheit in der Familie kann es – wenn nun der Mann erkrankt – im Zuge der Diabetesberatung dazu kommen, dass die Verantwortung der Ernährungsveränderung ebenso auf die Frau übertragen wird:

„[D]ie Männer [...] versuchen [das], oft auf die Frau, auf die Hausfrau abzuschieben, ja, dass überhaupt bei so älteren Ehepaaren oft, dass es heißt: ‚Na, Mama, komm her‘ (beide lachen) so quasi: ‚Hör zu, das ist jetzt so quasi dein Kapitel, weil du kochst‘. Dann sag ich immer: ‚Na bitte, Sie sind aber der Patient, jetzt tun Sie

das nicht abschieben auf die Frau, Sie sind ja nicht entmündigt‘, also bei der älteren Generation kommt das schon noch vor.“ (DM Z213)

Auch Dietologin B sieht sich in Beratungen häufig mit Situationen konfrontiert, in denen mitgebrachte Partnerinnen der Diabetiker eher die Adressatinnen von Ernährungsveränderungen sind als die Patienten selbst, da diese die Zuständigkeit für Ernährung und demnach Gesundheit in der Familie tragen (DB Z187).

Die weibliche Verantwortlichkeit für Essenszubereitung wird jedoch als generationsgebunden empfunden und verändert sich. Das bedeutet: Je älter die PatientInnen sind, desto stärker erfahren die Dietologinnen die Zuschreibung der jeweiligen Genderrolle. Vor allem bei jüngeren Generationen verschiebt sich die Zuständigkeit der Nahrungsbeschaffung und -zubereitung und ist nicht mehr ausschließlich auf Frauen beschränkt:

„[D]ie 80-, 70-Jährigen, da ist das so: ‚Meine Frau kocht, sagen’s das meiner Frau‘, sag ich: ‚Ja, sag ich ihr gerne, nur es geht um Sie. Es geht um Ihr Leben, es ist Ihre Gesundheit‘, ja. Da hast du das eher. Aber bei so unter 50, ja, da ist jetzt einfach, da hat sich viel getan, ja, genau, aber sicher immer noch eher Frauenthema, die Kocherei, ja.“ (DC Z174)

4.2 Die Anwendung und Umsetzung des Wissens über Essen als kulturelle Praktik in der Beratung

Bisher hat sich gezeigt, dass unterschiedliche kulturelle Bedeutungen die Essenspraktik von Menschen beeinflussen können. Diese werden auch in Zusammenhang mit der Thematik der *Non-Compliance* der PatientInnen gesehen, da sie – wie beispielsweise bei Gender deutlich – häufig als starr und statisch wahrgenommen werden.

Als Lösungsstrategie zur Vermeidung von Schwierigkeiten in diesem Kontext bedarf es den Interviewpartnerinnen zufolge eines Wissens über kulturelle Normen und Werte der jeweiligen PatientInnen. Dies führt zu Verständnis für Handlungen und Verhaltensweisen, wie Dietologin M beschreibt. Bei der Frage, wie sich die Beratung von MigrantInnen von der Beratung von PatientInnen ohne Migrationshintergrund unterscheidet, verweist sie zuerst auf eine Sprachbarriere, die hierbei zu überwinden ist und fügt dann hinzu, dass sich die Beratung nur dahingehend unterscheidet, dass Beratende wissen müssen, wie sich die Ernährungsweise je nach Herkunftsland gestaltet. Wie wichtig diese Kenntnisse sind, wurde ihr in einer Fortbildung über die Ernährung bei türkischen PatientInnen bewusst. Dabei konnte sich nicht nur Wissen über bestimmte Zubereitungsweisen von Nahrungsmitteln aneignen (*„Weil ich hab nicht gewusst oder nie ge-*

dacht, dass die Türken ein Butter verwenden“), sondern kam auch zu neuen Erkenntnissen über Essen als kulturelle und soziale Praktik:

„[D]a war ein Arzt, ein türkischer Arzt eben und eine türkische Psychologin und die haben mir da wirklich sehr die Augen geöffnet [...] dass das so eine Beleidigung ist, wenn die Hausfrau nicht mitisst, wenn Gäste da sind. Das ist nämlich extrem schwierig für die Frau, eine Diät einzuhalten. Und bei denen ist es ja so üblich, dass da dauernd irgendwer, alleine die Nachbarn, dass die dauernd am Abend da sind. Da wird scheinbar so viel gegenseitig eingeladen und da muss immer irrsinnig viel am Tisch stehen [...]; und dann hab ich schon mehr Verständnis gehabt, dass das für die Frauen nicht so einfach ist. [...] Jaja – also dann ist mir das noch wichtiger vorgekommen zu wissen, den kulturellen Hintergrund jeweils, weil das dann schon eine große Rolle spielt für die Compliance natürlich.“ (DM Z165)

Auch Diaetologin O argumentiert ähnlich. Ihr erscheint es in der Beratung von MigrantInnen wichtig, über kulturelles Wissen zu verfügen, wobei sie dies vor allem auf „Ernährungsgepflogenheiten“, also Lebensmittel und deren Zubereitung, bezieht. Dabei geht es ihr vor allem darum, in Hinblick auf Faktoren wie Nährwerte, Alternativen anbieten zu können. Mit anderen Worten: Besitzt sie Kenntnisse über Lebensmittel, die in diesen Breiten nicht typisch sind, ermöglicht ihr dies, den PatientInnen Alternativen anzubieten, die hinsichtlich biomedizinischer Vorgaben für Typ-2-Diabetes passend sind. Wird sie in der Beratung mit unbekannten Nahrungsmitteln konfrontiert, greift sie auf das Internet als Informationsquelle zurück:

„Ja, ja, also das ist schon ganz, ganz wichtig, aber wie gesagt, pf, wenn wir das nicht kennen, dann lebe Doktor Google.“ (DO Z169)

Kulturelle Begebenheiten der PatientInnen im Hinblick auf Essen zu kennen erscheint auch Diaetologin C bedeutend für die Beratung. Sie bezieht dies, so wie in den vorhergehenden Zitaten, überwiegend auf Kochweisen und Lebensmittel, die als „anders“ wahrgenommen werden:

„[Es] ist auch wirklich wichtig, dass man die Kultur, den kulturellen Hintergrund [kennt], die kochen anders wie wir. Ist so. Da kann ich nicht sagen, weiß ich nicht, zum Beispiel, wenn man, wir haben viel[e] aus den Philippinen [...]; [i]ch meine, da kann ich nicht daherkommen und sagen: ‚Ab morgen kriegen Sie jeden Tag ein Vollkornbrot‘, nur weil das bei uns so üblich ist. Das bringt nichts, der wird das nicht machen, ja. Also da [...] muss man sich eher einstellen drauf wie, woher kommt der, ja. [...] Der kommt von wo anders und darum muss man das einfach auch mit ins Boot holen, ja. Dann zu sagen, ja, jetzt sind sie halt da und jetzt ist das so, das wird nichts, das wird auch nicht funktionieren, ja.“ (DC Z206)

Das Wahrnehmen und Akzeptieren der jeweiligen Koch- und Esspraktiken der PatientInnen ist elementar, um Ernährungsberatung so auszurichten, dass den PatientInnen

eine Umsetzung der Ernährungsrichtlinien überhaupt möglich ist. Deutlich wird dabei der Zusammenhang zwischen der Gestaltung der Ernährungsberatung durch die Beratende, also welche Faktoren sie beachtet und wie sie die Ernährungsrichtlinien für Diabetes mellitus Typ 2 an die PatientInnen adaptiert, und der *Compliance* der PatientInnen; nicht PatientInnen müssen sich dabei primär an Ernährungsrichtlinien anpassen, sondern diese Richtlinien an Gegebenheiten und individuelle Eigenheiten der PatientInnen gewissermaßen adaptiert werden, um diesen die Umsetzung überhaupt zu ermöglichen.

Eine ähnliche Ansicht vertritt Dietologin K. Auch sie verweist darauf, dass die jeweiligen Essgewohnheiten in die Beratung miteinbezogen werden müssen. Bei der Frage, wie sich die Beratung von MigrantInnen von jener von Personen ohne Migrationshintergrund unterscheidet, sieht sie – neben sprachlichen Barrieren – eine große Bedeutung in einem Wissen über die jeweiligen Ernährungsgewohnheiten der PatientInnen. Darüber sollen sich DietologInnen im Vorfeld informieren und sich dementsprechend anpassen:

„Man muss einfach in der Beratung schon eingehen auf die Bedürfnisse. Ich kann nicht, ah, jemand[em], der klassisch türkisch ist, ah, meine Empfehlungen von der österreichischen Küche [aufdrücken], was da gesund und fettarm ist, damit können die nichts anfangen. Also schon, da entgegenkommen, je nachdem, wo die herkommen, da wirklich auch praxisrelevante Tipps, weil sonst ist das für den Patient nicht umsetzbar, ja.“ (DK ZO88)

In der Beratung von PatientInnen mit Migrationshintergrund ist es auch für Dietologin L von Bedeutung, sich die individuelle Nährstoffverteilung anzusehen, um anschließend den Ernährungsplan an die PatientInnen anzupassen, wobei Lebensmittel, die die PatientInnen verwenden, dabei herangezogen werden:

„Also das heißt, ich werde jetzt auch nicht wieder den, den österreichischen Schweinsbraten aufs Auge drücken, sondern werde eher schauen, mit was kochen die zuhause, was verwenden die für Produkte, wie kann man das dann so zuordnen, dass das ahm, eher ausgewogen und eher fettarm ist.“ (DL Z112)

Eine individuelle Adaption der Ernährungsrichtlinien bei Typ-2-Diabetes an Ernährungsweisen der PatientInnen ist von Bedeutung, um diesen auch eine Umsetzung und somit *Compliance* zu ermöglichen. Eine Voraussetzung dafür ist, wie bisher ersichtlich, Wissen und Information über die jeweiligen Esspraktiken der PatientInnen, die sich auch kulturell unterscheiden können, zu besitzen. Sich dieses anzueignen geschieht auch in der Beratung direkt, gewissermaßen als *learning by doing*: „Ja, aber das sind so

Dinge, die, auf die kommt man erst mit der Zeit drauf, aber die würde man von Haus aus so nicht wissen.“ (DH 2113)

Um Beratung hierbei erfolgreich zu gestalten, bedarf es eines genaueren Hinter- und Nachfragens bei PatientInnen, vor allem bei jenen mit Migrationshintergrund:

„Also ich muss genauer hinterfragen, was das jetzt wirklich ist, weil ich mich mit den Speisen nicht so gut auskenne – Kultur natürlich auch, ich muss einfach, muss genauer hinterfragen, muss genauer hinterfragen und schauen, was wissen die überhaupt. Eben, wenn ich sage ‚Vollkorn‘, kann man nicht sagen, was ist jetzt Vollkorn. Ja, oder wie erkennen sie Vollkorn, da muss man extrem ausholen, ja. Was ist Vollkorn, [...] was gibt’s für Möglichkeiten an Lebensmittel, wie erkenne ich es, was tu ich damit, was muss ich beachten bei der Zubereitung, das ist so, also, eigentlich viel aufwändiger.“ (DN Z178)

Das genaue Hinterfragen ermöglicht ein besseres Verständnis der PatientInnen und deren Wissensstandes. Auch kulturelle Bedeutungen werden dadurch deutlicher und es kann auf Faktoren, die das Essverhalten der PatientInnen beeinflussen, genauer eingegangen werden. Dadurch wird es möglich, sich ein Gesamtbild der PatientInnen zu machen und dann Faktoren, die das Essverhalten am meisten beeinflussen, zu erkennen und zu besprechen, wie sie weiter ausführt:

„[W]enn ich sage: Okay, wenn die Kultur das ist, was das Essen am meisten beeinflusst – naja, das werde ich nicht ändern können, aber ich kann es einmal ansprechen und fragen, okay, kann man trotzdem mit der Familie mitessen und das irgendwie anpassen, dass ich halt nicht so viel Weißbrot esse und mehr Gemüse oder wie auch immer. Ja, also ich sollte eigentlich das alles zumindest einmal erfragen, eine gescheite Anamnese machen und dann herausfiltern, was ist eigentlich, warum, warum es bis jetzt so war, wie es war.“ (DN Z256)

Das Identifizieren von Faktoren, die das jeweilige Essverhalten so beeinflussen, dass es mitunter auch zur Entstehung von Typ-2-Diabetes geführt hat, und anschließend darauf zu reagieren, muss Teil des Anamnesegesprächs sein. Zwar nimmt sie kulturelle Faktoren als etwas wahr, das sie nicht beeinflussen kann – prinzipiell kann jedoch durch Ansprechen dieser Faktoren prinzipiell versucht werden kann, darauf zu reagieren.

4.3 Kommunikation und Sprachbarriere

Um eine Auseinandersetzung mit individuellen Faktoren überhaupt möglich zu machen, ist den Diätologinnen zufolge unbedingt funktionierende Kommunikation zwischen PatientInnen und Beratenden nötig. Denn eine erfolgreiche Beratung ist erst verwirklicht, wenn bei den PatientInnen verstärkt nachgefragt werden kann, um Ernährungs-

praktiken und -gewohnheiten zu erkennen und zu verstehen – da dieses Kennenlernen bisher, wie oben erwähnt, aktiv in der Beratung geschieht. Diaetologin H sieht ein verstärktes Nachfragen vor allem als Teil der Anamnese bei MigrantInnen:

„Aber es gibt halt so kulturelle Besonderheiten, die man dann erfragen muss, so wie bei den türkischen Patienten, wo es halt so ist, dass die am Abend einfach die Hauptmahlzeit essen, einfach weil da alle kommen. [...] [A]ber [...] dieses Hinterfragen ist sicher wichtig. Es macht einen großen Unterschied einfach in der Anamnese, man muss viel genauer da reingehen und sagen: Was heißt das? Wie machen Sie das? Wie kochen Sie das? Was nehmen Sie da?“ (DH Z109)

Da die kulturelle Bedeutung von Essen etwas ist, das in die Beratung miteinbezogen werden muss, ist das genaue (Nach-)Fragen in der Anamnese für Diaetologin H sehr wichtig, um Besonderheiten zu bemerken und darauf eingehen zu können. Sie verweist hierbei auf ihre aktive Rolle als Beratende hinsichtlich der (Non-) Compliance der PatientInnen: Die Gestaltung der Ernährungsberatung durch die Diaetologin wirkt sich darauf aus, ob DiabetikerInnen eine Umsetzung der Leitlinien möglich ist:

„[I]ch kann dann natürlich der Patientin, [...] der Hausfrau, der türkischen, die halt tagsüber alleine daheim ist, kann ich sagen: ‚Kochen Sie zu Mittag ihre Hauptmahlzeit‘, aber es ist halt am Abend die Hauptmahlzeit und es wird nicht hinhauen, dass die dann am Abend sitzt und nur die Linsensuppe löffelt, wenn die alle habern [essen, Anm.], und sie alleine dann zu Mittag sitzt und irgendetwas isst. [...] [U]nd da kann ich mir noch so überlegen, wie toll das nicht wäre und was man nicht alles tun könnte, aber es gibt einfach Menschen, die, oder Bevölkerungsgruppen oder kulturelle Gruppen, die halt bestimmte Gewohnheiten haben. Dass halt bestimmte Dinge vom Ablauf her einfach nicht reinpassen.“ (DH Z113)

Kommunikation wird dabei als grundlegend angesehen, um eine erfolgreiche Beratung zu ermöglichen. Derzeit werden jedoch Verständigungsprobleme, vor allem in der Beratung von MigrantInnen, als Faktor erfahren, der diese erschwert, da dadurch eben jenes notwendige Hinterfragen verhindert wird und die Beratenden die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeit bemerken:

„Schwierig wird's dann eher, wenn sie kein Deutsch verstehen, weil dann (lacht) kann ich nichts mehr machen.“ (DL Z112)

Aufgrund von Verständigungsproblemen oder Sprachbarrieren können Missverständnisse auftreten; so kann es etwa dazu kommen, dass Information von den PatientInnen falsch verstanden wird, obwohl die Diaetologin den Eindruck hat, dass ihr Gegenüber die Erklärungen verstanden hat:

„Also da ist einfach die Barriere Sprache hoch. Der sagt: „Jaja“ darauf und denkt sich wahrscheinlich weiß ich nicht was.“ (DC Z200)

Aus diesem Grund ist ein verstärktes Nachfragen – vor allem bei nicht deutschsprachigen MigrantInnen – der Diätologin zufolge dringend notwendig, um Sicherheit zu bekommen, dass die Informationen tatsächlich verstanden wurden (Z218).

Sprachbarrieren in der Beratung sind zudem problematisch, da nicht nur Informationen zu Ernährung nicht erfasst werden, sondern auch Themen wie die Messung des Blutzuckerspiegels oder organisatorische Punkte wie Terminplanung zwischen Beratenden und PatientInnen nicht ausreichend diskutiert werden können (DH Z082). Werden LaiendolmetscherInnen – etwa PartnerInnen, Kinder oder Bekannte – herangezogen, was häufig der Fall ist, sind damit zusätzlich oft Unsicherheiten auf Seiten der Beratenden verbunden, da diese nicht wissen, ob Information, die sie an die PatientInnen weitergeben, tatsächlich auch so übersetzt wurde:

„Das [...] spiegelt sich in der Beratung natürlich auch insofern wieder, wenn ich da jetzt eine Frau bei mir sitzen hab, die kein Wort Deutsch spricht oder zumindest nicht ausreichend, dass ich mich mit ihr unterhalten kann, und ihr Ehemann dann zum Beispiel mit ist, weil er derjenige ist, der etwas besser Deutsch kann, um zu dolmetschen und ich dann eben von der Bewegung spreche, weiß ich natürlich auch nicht, was davon jetzt immer ankommt.“ (DI Z092)

Zusätzlich ist zur Überwindung von Sprachbarrieren ein erhöhter organisatorischer und zeitlicher Aufwand durch die Diätologinnen nötig, denn *„man [kann] halt nicht einfach auf der Station zu dem Patienten, zu der Patientin hingehen, die Beratung machen, weil da muss man erst einmal einen Dolmetscher organisieren, Telefonate, Terminvereinbarung, [...] bis es dann einmal wirklich zu einer Beratung kommt.“ (DK Z071)*

Lösungsstrategien, wie fremdsprachige Unterlagen zu Ernährung bei Typ-2-Diabetes, die in einigen Institutionen bereits angeboten werden, sind aufgrund der Individualität der PatientInnen bei Essen für die Beratung nicht zufriedenstellend. Zwar ist es den Diätologinnen dadurch möglich, die grundlegenden Dinge zu vermitteln, jedoch nützen die Unterlagen alleine nichts, weil jede/r PatientIn unterschiedlich ist und darauf auch mit fremdsprachigen Infomaterialien nicht eingegangen werden kann (DJ Z157).

4.4 Sozioökonomische Aspekte

Im Zuge der Erhebung hat sich gezeigt, dass Essen – vor allem im Kontext von Typ-2-Diabetes – ein überaus komplexes Phänomen ist. Faktoren, die sich auf Nahrungsmittel-

auswahl, Essenspraktik und in Folge auch auf den Umgang mit DM2 auswirken, werden von den Diaetologinnen als besonders divers und vielschichtig wahrgenommen. Zwar ist der kulturelle Kontext der Personen dabei ein wichtiger Aspekt – wie auch bereits bisher dargestellt wurde –, jedoch müssen auch andere Rahmenbedingungen und Bedeutungen beachtet werden – vor allem hinsichtlich der Thematik der *(Non-) Compliance*.

So wurde auf die Frage, wovon es abhängt, wie sich jemand ernährt, meist ein Bündel aus Faktoren genannt, die die Diaetologinnen dabei als bedeutend wahrnehmen. Diaetologin K antwortet folgendermaßen:

„(atmet tief ein) Ahm, sehr viel ist Kindheit, Prägung, [...] was die Eltern vorleben, die Familie vorlebt, wo man geboren ist, also Kultur, ahm, dann natürlich, ahm, grundsätzlich das, Lebensumstände, ja, soziale Faktoren genauso, ja. Es kommt drauf an, wie man sozial, ah, gesettled ist, ob man genug finanzielle Möglichkeiten hat, ja, das ist sicher, spielt auch eine Rolle, ja, wie man sich ernährt. Erziehung, Schulbildung, [...] und natürlich glaube ich auch, wo man wohnt.“ (DK Z118)

Diaetologin I zeichnet ein ähnliches Bild und meint, dass vor allem die Vorbildfunktion der Eltern, also wie „es jemand zuhause gelernt hat“, dabei von Bedeutung ist. Ebenso sieht sie einen Einfluss von Kultur und Religion. Besonders wesentlich ist das eigene Persönlichkeitsprofil – Ausbildung, finanzielle Mittel und das soziale Umfeld (DO Z079). Sowohl Einkommens- als auch Sozialstrukturen sind somit im Kontext von Essen relevant (DD Z096).

Große Bedeutung für Essenspraktik und -auswahl wird dem sozioökonomischen Status zugeschrieben, wozu vor allem Beruf, Schulbildung und Wissen sowie Einkommen und damit verbundene, finanzielle Möglichkeiten gezählt werden. Der sozioökonomische Status wird daher im Kontext von Essen und Diabetes mellitus Typ 2 als besondere Gesundheitsdeterminante wahrgenommen.

In der Erhebung wurden unter anderem der Beruf der PatientInnen und damit zusammenhängende Strukturen genannt, wenn es um Faktoren ging, die Essenspraktik und Lebensmittelauswahl beeinflussen. Diese Strukturen geben vor, was, wie und wann gegessen werden kann, wie in folgendem Zitatausschnitt von Diaetologin H deutlich wird:

„[D]as [sind] sicher einerseits die kulturellen Besonderheiten, es sind die individuellen Gewohnheiten, Besonderheiten, es sind die Umstände, Familie, ahm, Beruf. Wenn ich jetzt zum Beispiel hier in der Beratung einen Kontrolleur hab von der [Firma], dann weiß ich, der ist acht Stunden jeden Tag unterwegs [...] wo es ein Problem ist, eine Beratung zu machen bezüglich ausreichend trinken, weil die nicht

einfach aufs Häusl [Toilette, Anm.] gehen können, ja, [...] also das sind so Dinge, die beeinflussen das Ernährungsverhalten.“ (DH Z118)

Die beruflichen Strukturen sind relevant für die Gestaltung von Essenspraktik und Essverhalten. Es ist daher auch naheliegend, dass diese sich darauf auswirken, in welchem Ausmaß PatientInnen die Ernährungsleitlinien im Zuge der Diabetesberatung umsetzen (können) und somit *compliant* sind. Das verdeutlicht sich bei der Antwort von Diätologin B auf die Frage, wovon es abhängt, wie sich jemand ernährt. Sie sieht neben Erziehung, Herkunft und Traditionen vor allem im Beruf einen wichtigen Einflussfaktor. In der Beratung bemerkt sie, dass berufliche Strukturen die PatientInnen stark in deren Handlungsmöglichkeit zur Umsetzung von Ernährungsmodifikation beschränken; dabei geht es vor allem auch um Druck von Seiten der Arbeitgeber:

„[A]lso – manche können nicht, weil sie eben nicht einmal eine gescheite Mittagspause haben, weil das vom Arbeitgeber ein bisschen eingeschränkt wird oder man unter Druck gesetzt wird. Also manchmal kann man da gar nichts wirklich großartig dafür. Man würde gerne, aber – sich da wirklich dafür einzusetzen, ich sag manchmal: ‚Sie haben das Recht auf eine Mittagspause, wenigstens fünf Minuten‘, auch das ist manchmal, da haben einige richtig Angst, da sieht man die Angst so [...]. Es ist [viel], eigentlich hauptsächlich Gewohnheit, Herkunft, Religion, Ramadan zum Beispiel, Religion, aber eben die ganze Umgebung, Umwelt, eben, hauptsächlich auch die Arbeit, weil die Arbeit macht eben drei Viertel des Tages aus.“ (DB Z288)

Da der Beruf einen Großteil des Tages ausmacht, spielt auch die Frage eine Rolle, welche Möglichkeiten Personen haben, sich innerhalb dieser Struktur ausreichend und gesund zu versorgen; vor allem bei Personen, die in Schichtbetrieben arbeiten, kann das zur Problematik werden (DD Z198). Sowohl Arbeitszeiten als auch die Art und Weise der Beschäftigung beeinflusst somit die Essenspraktik von Personen (DL Z076).

Auf diese Faktoren müssen Diätologinnen in der Beratung eingehen, da Ernährungsveränderungen für die PatientInnen ansonsten nicht umsetzbar sind, wie Diätologin L ausführt:

„Was aber auch wichtig ist, wir drücken dem Patienten jetzt nicht ein Ernährungsschema auf und sagen: ‚Das ist die richtige Auswahl‘, [...] [w]eil das natürlich auch im Alltag der Patienten einplanbar sein muss. Ja, also wenn man den Schichtarbeiter hat und man sagt: ‚Sie müssen um 08:00 essen und um 12:00 und um 17:00 Uhr‘, dann wird das wahrscheinlich nicht funktionieren, sondern eher dann wirklich angepasst an die Verhältnisse.“ (DL Z076)

Neben dem Beruf und damit verbundenen Strukturen wurden in der Erhebung vor allem den finanziellen Möglichkeiten der PatientInnen eine wichtige Rolle zugeschrieben, einerseits bei der Gestaltung der Ernährung, andererseits auch hinsichtlich der *Compli-*

ance. Dabei können fehlende finanzielle Möglichkeiten dazu führen, dass PatientInnen die Umsetzung von Ernährungsrichtlinien nicht gelingt. Dietologin C sieht neben dem Kulturellen und der Erziehung vor allem in der Kaufkraft einen Faktor, der sich darauf auswirkt, wie sich jemand ernährt. Sie wird in der Beratung oft auch mit finanziellen Möglichkeiten der PatientInnen konfrontiert:

„[H]alt schon auch oft finanziell, ja. Das, glaube ich, ist mittlerweile leider schon ein großer Faktor auch, ja. Weil oft höre ich ja auch in der Beratung: ‚Ich würde mich ja gerne gesund ernähren, aber haben Sie schon einmal geschaut, wie viel das kostet? Wir sind vier Leute zuhause.‘ Das kommt mittlerweile immer öfter, ja.“ (DC Z274)

Ähnliches berichtet auch Dietologin M. Sie trifft in der Beratung regelmäßig auf die Schwierigkeit, dass PatientInnen nicht die nötigen finanziellen Mittel zur Verfügung stehen, um sich gesund und ausgewogen zu ernähren:

„Das habe ich letztes erst gehabt. Die hat gemeint, na, das kann sie sich alles nicht leisten, das Obst und das Gemüse und so [...].“ (DM Z090)

Der sozioökonomische Status, allem voran finanzielle Möglichkeiten beziehungsweise das Einkommen der PatientInnen beeinflussen die Beratung dahingehend, als dass es den PatientInnen erschwert möglich ist, die Ernährungsleitlinien der Dietologinnen umzusetzen. Gesunde Lebensmittel werden teilweise als teurer angesehen. Reicht das Einkommen der PatientInnen nicht dafür aus, diese zu kaufen, ist es für sie kaum möglich, sich entsprechend zu ernähren.

Auch bei der Frage nach der Diabetesprävalenz von Migrantinnen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien wurde in der Erhebung immer wieder auf den sozioökonomischen Status verwiesen und das Einkommen als ein (Mit-)Faktor genannt, der die Ernährungsweise und daher auch das Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken, beeinflusst. Dietologin I sieht neben einer eventuellen genetischen Dispositionen sowie einer psychischen Verstimtheit aufgrund möglicher Isolation vor allem die Kaufkraft dafür als Ursache. Aufgrund der Tatsache, dass billige Lebensmittel oft diejenigen sind, die unter gesundheitlichen Gesichtspunkten nicht bevorzugt gekauft werden sollten, ist es vor allem bei Personen, denen weniger finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, schwierig, diese zu gesunder Ernährung zu motivieren (DI Z086). Da sich die genannten MigrantInnengruppen häufig in sozioökonomisch schlechteren Situationen befinden, ist hierbei die Verbindung zur erhöhten Diabetesprävalenz naheliegend. Ähnlich argumentiert hier Dietologin C:

„Das was leider schon auch, finde ich, ein Thema ist, ist, manchmal ist es halt so, dass die Migranten leider zum Teil ja oft sehr, aus ärmeren vielleicht Verhältnissen kommen [...]. Und ja, dass [sich] halt die dann natürlich auch nicht unbedingt so die Ernährung jetzt leisten können wie wir hier, ich meine, wir reden hier von Bio und weiß der Kuckuck und der ist einfach froh, wenn er sich für seine fünfköpfige Familie einmal das Brot kaufen kann, ja.[...] [W]eil Gemüse ist auch teuer, ja, das höre ich oft: ‚Der Salat ist ja so teuer, das kann ich mir nicht leisten‘, ja, dass das sicher ein Faktor ist, dass das dann, sag ich jetzt einmal, schneller begünstigt wird, dass die Erkrankung vielleicht auftritt, ja.“ (DC Z080)

Auch Diaetologin B sieht – wie weiter oben bereits beschrieben – neben kulturellen Faktoren das Einkommen als einen Aspekt, der die Diabetesprävalenz erhöht. Dadurch, dass viele MigrantInnen Niedriglohnberufe ausüben, stehen ihnen nicht die ausreichenden Mittel zur Verfügung, um Lebensmittel zu kaufen, die aus gesundheitlichen Aspekten zu bevorzugen wären (DB Z070). Die Lebensmittelauswahl und Essenspraktik wird daher stark eingeschränkt.

Ein weiterer Punkt, auf den Diaetologin B verweist, ist der Einfluss des sozioökonomischen Status auf das Gesundheitsverhalten generell. Je niedriger der sozioökonomische Status ist, desto negativer wirkt er sich auf das Gesundheitsverhalten von Personen aus, da er wiederum die Handlungsmöglichkeiten der Personen hinsichtlich Gesundheit gewissermaßen beschränkt. Dies wird ebenso in Zusammenhang mit der erhöhten Diabetesprävalenz von MigrantInnen gesehen. Diaetologin D unterstreicht die Notwendigkeit einer Betrachtung der Gesundheitsdeterminanten von MigrantInnen, *„weil man schon weiß, dass je geringer das Einkommen, desto schwieriger ist es, sich gesünder zu ernähren, desto häufiger wird einseitig gegessen“* (DD Z097). Je weniger jemand verdient, desto mehr muss dieser meist auch arbeiten und hat somit weniger Zeit, sich um seine Gesundheit zu kümmern, beispielsweise ärztliche Kontrolltermine wahrzunehmen. Der Stellenwert von Gesundheit nimmt gezwungenermaßen ab (ebd.).

Individuelle Entscheidungen bei Essen werden aus Sicht der Diaetologinnen somit von äußeren Strukturen beeinflusst, die sich auch auf die Beratung der PatientInnen auswirkt: Oft werden begrenzte finanzielle Möglichkeiten hierbei als Grund genannt, die eine Umsetzung der Ernährungsrichtlinien erschweren oder gar verhindern. Da ungesunde Lebensmittel im Vergleich billiger sind, PatientInnen mit einem niedrigen Einkommen jedoch keine Möglichkeit besitzen, hierbei auf gesündere Alternativen auszuweichen, beschränkt dies die Handlungsmöglichkeiten der Personen und kann gewissermaßen auch zu ernährungsbedingten Krankheiten wie Typ-2-Diabetes führen. Aus diesem Grund sind auch gesamtgesellschaftliche Strategien nötig, wie Diaetologin D

ausführt. Sie sieht die Verantwortung einer gesunden Ernährungsweise sowohl beim Individuum als auch überindividuell angesiedelt, etwa in der Politik:

„[A]lso was ich halt arg finde, ist, dass nach wie vor halt eigentlich gesündere Lebensmittel immer noch teurer sind als ungesündere, also dass man über Lebensmittelsteuern eigentlich auch etwas machen sollte. [...] [D]ahingehend sollte man sich etwas überlegen, dass die gesündere Variante eigentlich auch die günstigere ist und ich glaube damit würde man genau die Zielgruppe, die halt vorwiegend über den Preis einkaufen müssen, weil sie eben nicht die finanziellen Mitteln haben, leichter erreichen.“ (DD Z334)

Ein weiterer Punkt, der im Zuge des sozioökonomischen Status als bedeutend für Essenspraktik und Nahrungsmittelauswahl beschrieben wurde, ist das Bildungslevel beziehungsweise im Speziellen der Wissenstand über Gesundheit und Ernährung. Dass PatientInnen Wissen darüber besitzen, wird als wichtig angesehen, da ansonsten die Therapie nicht verstanden wird und dies in weiterer Folge dazu führen könnte, dass es zu keiner Umsetzung der Ernährungsrichtlinien kommt (DL Z016). Eine ausreichende Vermittlung nötiger Wissensinhalte kann beispielsweise zufolge in einer Gruppenschulung geschehen – ein Angebot, das bereits in vielen Institutionen existiert, und das viele Vorteile besitzt, gleichzeitig jedoch auch nicht für alle PatientInnen gleichermaßen geeignet ist, da ein individuelles Eingehen auf Bedürfnisse nicht möglich ist (DF Z102).

Wenn Wissen und Verständnis über bestimmte Grundlagen von Ernährung fehlen, kann das dazu führen, dass die Notwendigkeit einer Ernährungsveränderung bei den PatientInnen nicht gesehen wird:

„[...] Aber was ich glaube, schon glaube, ist, dass so diese Aufklärung und was man auch so annimmt, oft ein Problem ist, ja. Also es kommt, würd [ich] eher so sagen, es kommt wahnsinnig, finde ich, auf den Bildungsgrad an. [...] [A]lso das seh ich jetzt, je gebildeter [der Patient] ist, umso [...] schneller schaffe ich auch eine Umstellung und eine, ah, umso schneller ist der bereit, das auch anzunehmen und zu verändern[.] [U]nd ich hab viel mehr Widerstand und viel mehr Überzeugungsarbeit zu leisten, wenn ich einen niedrigeren Bildungsstand hab.“ (DF Z056)

Je mehr Wissen auf Seiten der PatientInnen vorhanden ist, desto einfacher ist somit auch die Umsetzung der Ernährungsrichtlinien, die von der Diätologin angeboten werden, da PatientInnen schneller bereit sind, die Veränderungen anzunehmen. *Compliance* wird somit auch in Bezug auf Wissen und ernährungsmedizinischem Verständnis erfahren.

Spannend ist hierbei, dass die Diätologinnen Bildung und Wissen vor allem als bedeutend sehen, wenn es um die Auseinandersetzung beziehungsweise die kritische Reflexi-

on von Werbung und Medien geht. In vielen Gesprächen wurde angemerkt, dass vor allem die Werbeindustrie im Kontext von Ernährung eine wichtige Rolle bei der Definition von „gesunden“ und „ungesunden“ Lebensmittel spielen:

„Ich denk mir auch, dass Medien unglaublich viel da mit rein spielen, dass in den verschiedensten Zeitungen und die Werbung und so weiter, dass das schon einen ganz großen Faktor spielt. Das merkt man auch, wenn man mit Patienten redet, dann sieht man so einen Trend in eine jeweilige Richtung, dass,, ahm, Leute bestimmte Lebensmittel als positiv oder negativ bewerten.“ (DL Z047)

Dabei werden häufig ungesunde Nahrungsmittel als gesund tituliert. Menschen orientieren sich bei der Produktauswahl – oft aufgrund von fehlendem Wissen – jedoch an Werbung und Medien, was den Diätologinnen zufolge mitunter auch gesundheitliche Folgen haben kann. Vor allem „Diätprodukte“ führen KonsumentInnen auf eine falsche Fährte, da diese Produkte zwar als gesund bezeichnet werden, aus gesundheitlichen Aspekten jedoch nicht unbedingt zu bevorzugen sind. Fehlendes Wissen bei den KonsumentInnen wird hierbei als Problem gesehen (DJ Z098).

Es ist nötig, auf diese makrostrukturellen Einflüsse hinzuweisen, da dadurch wiederum die Komplexität der Thematik aufgezeigt wird und Faktoren und Einflüsse identifiziert werden, die im Kontext von Typ-2-Diabetes eine Rolle für die Essenspraktik selbst als auch in weiterer Folge für die *(Non-)Compliance* der PatientInnen eine Rolle spielen. Es ist dabei essentiell, kulturelle Bedeutungen nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit anderen Faktoren zu betrachten und diese in die Beratung einzubeziehen. Eine individuelle Beratung ist daher besonders wichtig:

„Und, ah ich glaube, wenn man sich als Diätologin mehr oder weniger vielleicht gut, irgendwie gut hineinversetzen kann in die Situation, ja. Ich mein, das ist ja im Prinzip auch unser Job, dass man irgendwie ein bisschen, ich mein, ich muss nicht mitleiden mit ihm, aber es, glaube ich, hilft sehr wohl, wenn man sich denkt: ‚Okay, der erzählt gerade, der ist Schichtarbeiter, hat zwei Kinder‘, was weiß ich, ja, dann ist das glaube ich einfach super, wenn man irgendwie sagt: ‚Okay, laut Lehrbuch ist das vielleicht nicht so gut, wenn wir hier jetzt das und das tun, ABER bei Ihnen ist es halt einfach nicht anders möglich, wir machen das so.‘ (DC Z111)

Allgemeine Ernährungsrichtlinien sollen somit an den Kontext der PatientInnen adaptiert und je nach individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten ausgerichtet werden.

5 Diskussion

Wie in der Darstellung der Ergebnisse verdeutlicht, nehmen die befragten Dietologinnen Essen als kulturelle und soziale Praktik wahr, deren individuelle Umsetzung unter anderem von Faktoren wie Beruf, Einkommen, Bildung, dem sozialen Umfeld aber auch makrostrukturellen Bedingungen beeinflusst wird.

Kultur wird dabei vor allem als eine Art Rahmenbedingung der Essensauswahl und -praktik von Individuen beschrieben. Zudem werden damit Bedeutungen und Konzeptionen wie Gender, Körper und Krankheit verbunden, die sich auf die Essenspraktik auswirken. Diese müssen aus diesem Grund auch in der Beratung von Typ-2-DiabetikerInnen Platz finden.

Kulturelle Aspekte werden von den Dietologinnen teilweise als starr und unveränderlich wahrgenommen, vor allem bei Normen im Bereich Gender sowie auch dem Verständnis von Krankheit selbst. Auch die Bedeutung von Essen hinsichtlich kollektiver Werte wie „Zusammenhalt“ oder „Geselligkeit“ in bestimmten PatientInnengruppen, die oftmals als kulturell begründet beschrieben wurden, fanden Erwähnung.

Dass Kultur hierbei als ein inflexibles, festes Konstrukt wahrgenommen wird, muss in diesem Kontext kritisch betrachtet werden – begründet dadurch, dass ein Verständnis von Kultur als Entität, die unveränderlich ist, die Gefahr kultureller Stereotypisierung mit sich bringen kann. Entgegen dieser Vorstellung ist Kultur, wie im theoretischen Teil der Masterarbeit bereits diskutiert, ein dynamisches und veränderliches Konstrukt, das in der Interaktion von Menschen (re-)produziert wird und zudem nicht über klare Grenzen verfügt (Domenig 2007; Kutalek 2012).

Die Wahrnehmung von Kultur als unveränderliche Konstante kann vor allem hinsichtlich einer synonymen Verwendung von Kultur und Nation problematisch sein. Die Gleichsetzung der Begrifflichkeiten, auf die auch Kleinman und Benson (2006: 1673) verwiesen haben, ist auch in den Interviews mehrmals vorgekommen. Dabei muss auf die Gefahr einer Verallgemeinerung und zudem einer Stereotypisierung verwiesen werden, da angenommen werden könnte, dass alle Mitglieder einer Nation – ex aequo Kultur – über gleiche oder ähnliche Verhaltensmuster und Normen verfügen. Den PatientInnen werden dabei vermeintlich „kulturtypische“ Eigenschaften zugeschrieben, die der Individualität der jeweiligen Personen nicht entsprechen.

Die Betrachtung *eines* Faktors bei Essverhalten – sei es Kultur, Religion, Gender – wird der Komplexität der Thematik nicht gerecht, wie auch Chowdhury et al. in der eingangs erwähnten Studie beschreiben:

„[F]ood consumption patterns in this group [britischer BangladescherInnen; Anm.], as in all other societies, are not determined solely by cultural factors. Rather, there is considerable scope for individual choice and variation within the broad cultural pattern – for example, in the quantity of meat eaten when available and affordable.“ (Chowdhury et al 2000: 225)

Es kann also zusammenfassend festgehalten werden: Essen ist ein kulturelles und soziales Phänomen, demnach Kultur auch ein Faktor, der sowohl auf Essen als auch auf das Verständnis von Krankheit und Gesundheit Einfluss nehmen kann. Sie ist ein „intrinsic part of human life and therefore has an impact on clinical medicine: it affects our communication, our decision-making and our perception of health and illness“ (Kutalek 2012: 6). Der Einfluss von Kultur auf Konzepte wie Gesundheit oder Krankheit muss in der medizinischen Interaktion bewusst sein, da kulturelle Bedeutungen und Praktiken die Therapie und Behandlung von Diabetes beeinflussen (Nam et al. 2011: 6). Essen und Ernährungsverhalten, vor allem aber „Vorschriften“ über Essen reflektieren hierbei Glaubenssysteme, Werte und Moral und, da sie lokal und zeitlich situierte, kulturelle Praktiken sind (Chen 2008: 58).

Kultur als Kategorie zu beachten ist somit jedenfalls notwendig – trotzdem bedarf es eines gewissen Maßes an Kritik bei der Verwendung von Konzepten, die damit in Zusammenhang gebracht werden – wie der *Compliance* oder kultureller Kompetenz –, da dabei das Risiko besteht, dass Menschen auf einzelne Faktoren wie Kultur beschränkt und nicht in individuellen Kontexten wahrgenommen werden (Kutalek 2012: 5).

Und diese individuellen Kontexte sind sehr wichtig, wie in der Erhebung deutlich wurde. Deshalb kann auch Kultur keinesfalls isoliert betrachtet werden, sondern muss immer im jeweiligen Bezug auf weiterer individuelle Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen gesehen werden: „It is helpful to be aware of the most common cultural aspects that may influence DM care in any group, but a productive clinical encounter must focus on a particular patient's characteristics and preferences.“ (Caballero 2007: 83)

5.1 Bedeutung für das Konzept der Compliance

Im Kontext der Thematik *Compliance* hat sich gezeigt, dass verschiedene Einflussfaktoren die „Therapietreue“ der PatientInnen in der Diabetesberatung erschweren oder er-

leichtern. Zwar wurden in diesem Zusammenhang auch die thematisierten kulturellen Bedeutungen genannt, jedoch bedarf es auch hier eines Verweises auf die Relevanz anderer Aspekte, wie beispielsweise dem sozioökonomischen Status der PatientInnen, der sich den Diaetologinnen zufolge stark auf die *Compliance* auswirken kann. Vor allem geringe finanzielle Möglichkeiten sind hierbei signifikant und schränken die Entscheidungsfreiheit bezüglich Nahrungsmittel und Ernährung ein, wie auch bei Caplan (1997: 11) deutlich wurde. Verfügt ein Patient beispielsweise nur über beschränkte finanzielle Mittel, so ist er hinsichtlich der Möglichkeiten der Lebensmittelauswahl auch gewissermaßen eingeschränkt – ebenso wie berufliche Strukturen und das Bildungsniveau hierbei ausschlaggebend sind. Dies unterstreicht die Ergebnisse von Oldani (2010) und Sharp (1999), die *Compliance* als ein Konzept verstehen, das nicht nur auf Verhalten der PatientInnen und der Behandelnden beruht, sondern in das ebenso größere, strukturelle Bedingungen einfließen.

Besonders spannend erscheint im Zusammenhang mit der Thematik *Compliance*, dass diese von den Diaetologinnen nicht als ein einseitiges Konzept erfahren wird; zwar wird immer wieder auf das hohe Eigenpotential der PatientInnen verwiesen, durch Ernährungsveränderung sowohl den eigenen Körper als auch den Verlauf der Krankheit zu beeinflussen – jedoch beschreiben die Diaetologinnen, dass auch die Gestaltung der Beratung ihrerseits beeinflusst, ob PatientInnen die Ernährungsrichtlinien umsetzen und dieses Potential ausnutzen können.

Therapietreue wird also als Konzept verstanden, das auch von Diaetologinnen in der Beratung beeinflusst wird. Da ebenso die Vorgehensweise der Diaetologinnen in der Beratung dafür als bedeutend wahrgenommen wird, weicht dieses Verständnis mitunter von der „klassischen“ Definition von *Compliance* ab, bei der die Verantwortung für eine niedrige *Compliance* und demnach einer nicht funktionierenden Therapie doch eher bei den PatientInnen gesehen wird. Zwar fügt sich die Definition von *Compliance* der Diaetologinnen auch in jene des WHO Adherence meetings 2001 ein, bei dem es als das Ausmaß, in dem PatientInnen medizinischen Instruktionen folgen, definiert wird (WHO 2001: 7), jedoch unterscheidet es sich dadurch, dass Diaetologinnen die Möglichkeiten, dieses Ausmaß zu beeinflussen, als etwas sehen, dass sie mitgestalten können – eben durch eine individuelle Adaption der Ernährungsrichtlinien an die Lebensumstände der PatientInnen, wie weiter unten ausführlicher diskutiert wird. Die Diaetologinnen können sozusagen auf die äußeren, strukturellen Bedingungen reagieren.

Dadurch, dass die Verantwortung einer „erfolgreichen Beratung“ hierbei nicht einseitig ist, ist auch eine alleinige Schuldzuschreibung bei Misserfolg an die PatientInnen nicht möglich, was im Gegensatz dazu bisher am Konzept der *Compliance* stark kritisiert wurde.

5.2 Bedeutung für die Forderung nach kultureller Kompetenz

Die Ansicht, dass kulturelle Kompetenz der Behandelnden beziehungsweise Beratenden die Lösung jeglicher Problematiken der Interaktion zwischen PatientInnen und Gesundheitspersonal mit „kulturell unterschiedlichen“ Kontext ist – auch der *Non-Compliance* –, wird dabei mitunter der Boden entzogen. Denn ebenso wie Essen wird auch *Compliance* als komplex und multifaktoriell bedingt beschrieben. Zwar ist kulturelles Wissen und gewissermaßen auch eine Sensibilisierung für Bedeutungen, die kulturell beeinflusst sind, notwendig, da sie auch die Therapie und Behandlung von Diabetes beeinflussen (Nam et al. 2011: 6). Sie wurden auch von den Dietologinnen in den Interviews als wichtig beschrieben, um Missverständnisse mit PatientInnen zu verhindern und deren Verhaltensweisen in der Beratung zu verstehen. Jedoch zeigte sich in der Analyse deutlich, dass (trans-)kulturelle Kompetenz nur als eine Teilkompetenz professionellen Handelns zu verstehen ist.

Für die Ernährungsberatung von DiabetikerInnen bedeutet dies, dass den DietologInnen Information und Austausch über kulturelle Bedeutungen bei Essen ermöglicht werden sollte, wie es auch in den Interviews teilweise gewünscht wurde. So könnte ihnen auch ein gewissermaßen zeitaufwändiges *learning by doing*, das in diesem Zusammenhang von den Dietologinnen beschrieben wurde, erspart bleiben. Zudem könnte dabei eine Reflexion über das Konzept „Kultur“ auch zu einer Sensibilisierung hinsichtlich der Verwendung des Begriffs im Zusammenhang mit „Nation“ führen. Eine Auseinandersetzung mit Essen als kulturelle Praktik könnte beispielsweise bereits in der Ausbildung verankert werden, oder aber durch Fortbildungen, wie auch bei Dietologin M beschrieben, passieren. Dabei sollte es jedoch weniger um die Darstellung kultureller Andersartigkeit gehen, sondern im Sinne der Definition transkultureller Kompetenz vielmehr darum, den Dietologinnen zu ermöglichen, „individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ (Domenig 2007: 174).

Die Tatsache, dass Essen derart multifaktoriell beeinflusst wahrgenommen wird, verweist jedoch darauf, dass es viel mehr notwendig ist, PatientInnen in ihrer Individualität zu begreifen und Kultur dabei nur ein Faktor von vielen ist, der sich auf Essverhalten und -praktik der PatientInnen und ebenso auf deren Umgang mit der Krankheit auswirkt. Eine Auseinandersetzung mit „anderen“ kulturellen und sozialen Normen und Werten ist jedoch grundsätzlich wichtig, da auch

„sichtbar wird, [...] dass oft nicht die ‚kulturelle Fremdheit‘ das Problem ist, sondern wir in vielen Belangen dringende Fragen der Ethik in der Medizin und der PatientInnenrechte noch nicht zufriedenstellend beantwortet haben [...] [und] dass ‚Differenz‘ und ‚Diversität‘ auch Prinzipien für die medizinische Versorgung der ‚eigenen‘ Bevölkerung sein müssen, nicht zuletzt als Anregungen, sich wieder ganzheitlich dem leidenden Menschen zuzuwenden“ (Binder-Fritz 2009: 40).

Es soll daher Ziel sein, „Gesundheitsangebote sensibel für die vielfältigen Bedürfnisse und Bedarfe aller Nutzer/innen zu gestalten [...]“, da „der Migrationshintergrund nur ein Diversitätsmerkmal von vielen ist, das wie auch die Merkmale Geschlecht, Alter und sozialer Status mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Bedarfen einhergeht [...]“ (Brzoska/Razum 2015: 558). Die Forderung nach (trans-)kultureller Kompetenz muss daher realistisch eingegrenzt werden (Kalvelage 2003: 41).

5.3 Bedeutung für die Ernährungsberatung von Typ-2-DiabetikerInnen

Die Erhebung hat gezeigt, dass Ernährungsberatung vor allem individuell sein muss, um erfolgreich zu sein und die Auswirkungen von Diabetes einzudämmen. Dies bedeutet einerseits, dass auf die jeweiligen Bedürfnisse der PatientInnen ausreichend eingegangen werden muss. Gleichzeitig können „allgemeingültige“ Ernährungsrichtlinien, wie jene der Österreichischen oder Deutschen Gesellschaft für Ernährung, die als Grundlage der Ernährungsberatung dienen (DO Z219) beziehungsweise Maßstäbe wie der Body-Mass-Index (BMI), ein Maßstab zur Einordnung von Unter-, Normal- und Übergewicht (WHO 2016), den PatientInnen nicht einfach „übergestülpt“ werden. Vielmehr bedarf es einer Adaption dieser Richtlinien an die jeweiligen Umstände der PatientInnen, wie auch in den Interviews verdeutlicht wurde – die Lebensumstände der PatientInnen formen dabei die jeweilige Gestaltung der Ernährungsrichtlinien.

Da eine Veränderung der Ernährungsweise – beispielsweise durch das Verbot von und somit einen Verzicht auf „schlechte“ Nahrungsmittel – für die PatientInnen einen Verstoß gegen Normen einer Gruppe bedeuten, soziale Konsequenzen haben und bis hin zur Exklusion aus dieser Gruppe führen kann (Elliott 2014; Stead et al. 2011), muss auch das soziale Risiko der Ernährungsveränderung in der Beratung abgewogen und dem medizinischen Risiko gegenübergestellt werden, *„weil die Person lebt ja nicht isoliert, die ist ja eingebettet in einem sozialen System, in eine Familie oder Nicht-Familie“ (DG Z178).*

Besonders die geschlechterspezifische Teilung der Küche scheint dabei relevant; im Zusammenhang damit wurde in den Interviews mehrmals die weibliche Verantwortung für die Aufrechterhaltung von Gesundheit in der Familie genannt und damit auf zwei Teilbereiche verwiesen, die von Tolksdorf als „Endoküche“ und „Exoküche“ beschrieben wurden (Tolksdorf 1973 zit. nach Matter 2010): Endogene Küche, also die Zubereitung von Nahrung in einem privaten, familiären Kontext, die regelmäßig beziehungsweise täglich geschieht, ist weiblich konnotiert, während hingegen die exogene Küche, die einer repräsentativen Darstellung dient und sich nach außen richtet – wie etwa das Grillen bei Festen oder auch das professionelle Ausüben der Kochtätigkeit – männlich konnotiert ist. Dies fließt ebenso in die Beratung ein wie die Bedeutung davon, ob der/die DiabetikerIn mit der Familie mitisst oder auch, ob er/sie (nur) für sich selbst kocht, worauf Garcia de Alba Garcia et al. (2007: 2224) verweisen.

Ein Miteinbeziehen des sozialen Umfeldes, beispielsweise der EhepartnerInnen, wie es von den Diätologinnen bereits häufig getan wird, kann dabei nötig sein, um den/die Patienten/Patientin auch in seiner/ihrer Rolle als Mitglied einer sozialen oder kulturellen Gruppe wahrzunehmen:

„In order successfully to promote ‚healthier‘ food choices by the members of any cultural group, the initial focus of the exercise must be to understand how these people (both individually and as a member of a wider group) classify and select the foods they eat and, equally importantly, the foods they choose not to eat.“ (Chowdhury et al. 2000: 210)

In der Beratung sind deshalb Lösungsstrategien notwendig, die sowohl kulturelle Werte als auch die individuelle Umlegung beachten (ebd.: 225). BehandlerInnen sind demnach dazu angehalten, unterschiedliche Faktoren in die Beratung einzubeziehen, um *Compliance* zu fördern: „Clinicians should understand the patient’s psychosocial factors as

well as other financial barriers by assessing the reason for this lack of adherence to effectively deliver the self-care message to patients.“ (Nam et al. 2011: 5f)

5.3.1 Ressourcen

Die Forderung einer individualisierten Beratung ist theoretisch leicht gestellt. Tatsächlich ist eine praktische Umsetzung dieser im medizinischen Alltag mitunter schwierig, da das Erfassen und Betrachten von PatientInnen in ihrem jeweiligen individuellen Umfeld und Kontext mehr Kommunikation bedarf und daher auch einen erhöhten Zeitaufwand (besonders die Beratung nicht-deutschsprachiger PatientInnen) benötigt. Zeit ist jedoch – vor allem im öffentlichen Sektor – eine Ressource, an der es häufig mangelt:

„Both patients and health professionals identify the need to deliver diabetes care in a more personal way, providing more continuity of care, with consultations more carefully targeted to the requirements of individual patients. [...] Yet the structures within which care is delivered, and especially the lack of time to respond to the needs of individual patients, restricts the extent to which this can be achieved.“ (Pooley et al. 2001: 324)

Ressourcen im Bereich der Diabetesberatung sind besonders dahingehend wichtig, da Diabetes mellitus Typ 2 eine chronische, also lebenslange Krankheit ist. In den Interviews wurde vor allem das dauerhafte Verändern von Ernährungsgewohnheiten der PatientInnen als Ziel, gleichzeitig jedoch als Schwierigkeit genannt. Eine längerfristige Betreuung wird, wie beispielsweise von Diätologin O beschrieben, als Lösungsstrategie gesehen, um konstante Ernährungsveränderung zu erreichen. Ähnliches zeigte sich auch in einer Studie von Lim et al. (2009), in der PatientInnen, bei denen nach der Ernährungsberatung ein telefonisches *follow up* durchgeführt wurde, Ernährungsveränderungen länger beibehielten als PatientInnen, bei denen dies nicht der Fall war. Diese längerfristigen Betreuungen sind jedoch vor allem im öffentlichen Sektor aufgrund begrenzter Ressourcen schwer möglich.

Das Problem fehlender Ressourcen steht auch in Zusammenhang mit der Thematik der Kommunikation. Die elementare Bedeutung von Kommunikation für eine auf beiden Seiten zufriedenstellende Behandlung beziehungsweise Beratung, wie sie beispielsweise bei Pöchhacker (2009) geschildert wird, beschreiben auch die Diätologinnen in der Erhebung. Dass aufgrund vermehrter Migrationsbewegung – auch im Hinblick auf die aktuelle Flüchtlingsthematik – die PatientInnengruppe heterogener wird, führt auch zu einer erhöhten Präsenz von Sprachbarrieren in der Beratung.

Die Bedeutung von Kommunikation in medizinischen Settings wurde bereits vielerorts interdisziplinär diskutiert (Flores 2005; Pöllabauer 2009; Menz 2011; im österreichischen Kontext vor allem von Pöchhacker 2008; 2009; 2013). Es ist wichtig, auf die Thematik zu verweisen, vor allem, da Sprache und Kommunikation in den Interviews immer wieder angesprochen wurde und sich gezeigt hat, dass die Diätologinnen Sprache als Zugang zu den PatientInnen sehen, um diese auch in ihrer Individualität zu erfassen und behandeln zu können.

Da Sprachbarrieren in der Beratung von MigrantInnen eine große Problematik zu sein scheinen, Kommunikation jedoch als notwendige Basis für eine erfolgreiche Beratung gesehen wird, um individuelle Besonderheiten und unterschiedliche Bedeutungen – auch kulturelle – zu erkennen, zu erfragen und darauf zu reagieren, sei hier darauf hingewiesen, dass es dringend einer professionellen Lösungsstrategie für Sprachbarrieren im medizinischen Alltag bedarf. Diese soll sowohl Beratende als auch PatientInnen zufriedenstellen und den Alltag – vor allem in öffentlichen Einrichtungen – erleichtern, so dass eine erfolgreiche und qualitativ hochwertige Beratung ermöglicht werden kann.

5.3.2 Makrostrukturelle Bedingungen

Die Ergebnisse der Erhebung beschreiben Essen als ein komplexes Phänomen, dem je nach PatientIn individuell entgegengetreten werden muss, um Ernährungsberatung erfolgreich zu gestalten. Den Anspruch an alle DiätologInnen zu stellen, Menschen dazu zu bringen, lebenslange Ernährungsveränderungen zu übernehmen und gleichsam das „Problem Typ-2-Diabetes“ zu lösen, ist jedoch zu weit gegriffen. Vor allem, da sich in den Gesprächen gezeigt hat, dass auch wirtschaftliche (und teilweise auch politische) Interessen, die etwa über Medien oder die Werbung unterstützt und vertreten werden, als überindividuelle Einflussfaktoren gesehen werden, die Entscheidungen von Individuen im Kontext von Essen bedingen. „Äußere“, globale Strukturen – oder „äußere Bedeutungen“, wie Mintz (1996) es nennt – beeinflussen Individuen und soziale Gruppen, da diese „übergreifenden wirtschaftlichen, gesellschaftlichen, politischen (ja sogar militärischen) Verhältnisse“ (ebd.: 64) deren Leben äußere Grenzen vorgibt und somit auch den Umgang mit Nahrungsmitteln bedingen.

Es bedarf daher auch Strategien auf einer höheren, strukturelleren Ebene, um einerseits PatientInnen eine Ernährungsumstellung zu ermöglichen, andererseits Ernährungsverhalten dahingehend auch präventiv so zu verändern, dass Diabetes mellitus Typ 2 in

Zukunft nicht die Ausmaße erreicht, die derzeit vorhergesagt werden. Dazu müssen vor allem Chancengleichheit hinsichtlich Zugang und Leistbarkeit von gesunden Lebensmitteln ermöglicht werden. Dies fordert die WHO im Kontext der WHO Ernährungs-konferenz 2013 in der *„Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020“*. Darin werden Maßnahmen genannt, die Strategien auf internationaler Ebene mit individuellen Praktiken verbindet und die Auswirkung des Einkommens auf die Qualität beziehungsweise Ausgewogenheit der Ernährung beweisen und gleichzeitig vermindern sollen. So ist etwa unter Punkt 7 festgehalten, dass „[z]ur Verbesserung der Bezahlbarkeit und Zugänglichkeit gesunder Lebensmittel für alle Bevölkerungsgruppen [...] die Defizite bei der Regulierung der Lebensmittelsysteme in der Europäischen Region in Angriff [genommen werden müssen]“ (WHO 2013). Weiters sollen, wie in Punkt 10 beschrieben, gesunde Optionen „zugänglich, bezahlbar und attraktiv“ gemacht werden. Dabei gäbe es laut WHO kein Patentrezept, jedoch müsste klar auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, „Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen die gesunde Wahl zur einfachsten Wahl wird“ (ebd.).

Es ist also ein Ansetzen auf mehreren Ebenen nötig, wenn Ernährungsberatung erfolgreich stattfinden soll und eine Umsetzung für die PatientInnen realisierbar sein soll. Einerseits müssen neben biologischen Parametern Faktoren wie eben kulturelle Bedeutungen, das soziale Umfeld, der sozioökonomische Status oder religiöse Ansichten der PatientInnen Beachtung finden und Lösungsstrategien gefunden werden, die sich innerhalb der äußeren Bedingungen, die das Leben der PatientInnen begrenzen, realisieren lassen. Andererseits müssen auch Veränderungen auf einer anderen, strukturelleren Ebene – beispielsweise durch gesetzliche Regulierungen – geschehen.

Schlussendlich ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Thematik Essen einen breiten Zugang zur jeweiligen Lebenswelt der PatientInnen ermöglicht. Die Betrachtung der Essenspraktik einer Person kann berufliche Strukturen, finanzielle Möglichkeiten, Werte und Normen kultureller und sozialer Art, Schönheitsbilder, soziale Beziehungen sowie das Verständnis von Gesundheit und Krankheit offenlegen. Dabei wird es möglich, die Diversität der Menschen zu erfassen und darauf zu reagieren – ein Potential, das generell in der Medizin für die Betreuung und Therapie von PatientInnen genutzt werden könnte.

Anhang

A.1 Interviewleitfaden

Essen im Kontext von Diabetes mellitus Typ 2 aus Sicht von DietologInnen

I. PERSÖNLICHER TEIL

- 1) Bitte stellen Sie sich kurz vor.
- 2) Könnten Sie mir vielleicht kurz erzählen: Wie sieht ein „normaler“ Arbeitsalltag bei Ihnen aus?

II. DIABETES MELLITUS TYP 2 & ESSEN

- 1) Wovon hängt es Ihrer Meinung nach ab, wie sich jemand ernährt?
- 2) Welche Bedeutung hat Essen für Typ-2-Diabetes?
- 3) Was sind (Ihrer Meinung nach) die Ursachen dafür, dass jemand DM2 bekommt?
- 4) Nehmen wir an, ein Patient kommt mit der Diagnose DM2 zu Ihnen.

Wie gehen Sie vor?

- 5) Gibt es in der Ernährungsberatung von PatientInnen mit DM2 Schwierigkeiten, die regelmäßig auftreten? Wenn ja, welche?
- 6) Laut Statistik Austria haben nicht alle Menschen das gleiche Risiko, an DM2 zu erkranken. Bei MigrantInnen ist das Risiko doppelt so hoch, bei Migrantinnen aus der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien noch höher. Woran liegt das Ihrer Meinung nach?
- 7) Was bedeutet es für Sie als Dietologin in der Beratung, wenn Ihr Patient Migrationshintergrund hat?
- 8) Welche Bedeutung haben soziale, kulturelle oder religiöse Ereignisse wie zum Beispiel Weihnachten, Ramadan, Allerheiligen oder der jüdische Fastentag Jom Kippur für Sie in der Beratung von DiabetikerInnen?
- 9) Welche Bedeutung hat Kultur im Kontext von Essen?

10) Welche Bedeutung haben klassische Rollenverteilungen von Frau und Mann für Sie in der Beratung von DiabetikerInnen?

11) Schlussfrage: Was muss man als Diätologin beachten, um DiabetikerInnen erfolgreich zu beraten?

A.2 Abstract

Derzeit leben in Europa etwa 52 Millionen Menschen mit Diabetes. In Österreich sind etwa acht bis neun Prozent der Bevölkerung von Diabetes mellitus betroffen, etwa 90 % davon von Typ 2. Teil der Diabetestherapie in Österreich ist eine Ernährungsberatung. Dabei werden in Einzel- oder Gruppenschulungen, die zum Großteil von DiätologInnen durchgeführt werden, PatientInnen hinsichtlich einer Ernährungsmodifikation beraten.

Essen ist nicht nur nutritive Bedürfnisbefriedigung, sondern kann als eine kulturelle und soziale Praktik verstanden werden. In dieser Arbeit wird deshalb der Frage nachgegangen, wie dieses Verständnis von Essen in der Medizin wahrgenommen wird, wobei ein Schwerpunkt auf kulturelle Bedeutungen gelegt wird. In der bisherigen Forschung wird immer wieder auf das Problem der Therapietreue der PatientInnen in der Diabetesberatung verwiesen. Als theoretischer Rahmen soll daher das Konzept der *Compliance* dienen, welches gleichzeitig auch kritisch diskutiert werden soll. Ebenso wird die Forderung nach kultureller Kompetenz, wie sie bisher häufig im Kontext von Diabetes mellitus Typ 2 gestellt wurde, behandelt.

In 15 leitfadengestützten Interviews mit Diätologinnen zeigt sich, dass Essen vor allem hinsichtlich des Nahrungsmittelangebotes, des Verständnisses von Krankheit und Gesundheit, der Konzeption von Körper, Gender und der sozialen Funktion als kulturelles Phänomen verstanden wird. Die individuelle Umlegung von Essenspraktik wird jedoch, ebenso wie *Compliance*, von mehreren diversen Faktoren beeinflusst. Dazu zählt vor allem der sozioökonomische Status, dabei besonders der Beruf, finanzielle Möglichkeiten sowie das Bildungsniveau. Die Therapie und Beratung von DiabetikerInnen muss daher an individuelle Bedürfnisse und Kontexte der PatientInnen angepasst sein.

A.3 Abstract Englisch

Diabetes afflicts about 52 million people in Europe. In Austria, approximately 8% to 9% of the population suffers from the chronic disease, the majority from type 2 diabetes mellitus (DM2). Part of the diabetes care in Austria is a nutritional counselling. In individual or group trainings, mainly held by dieticians, patients get trained in modifying their nutrition habit.

Food is not only a nutritional need; it can also be understood as a cultural and social practice. In this Master's Thesis the main question will be how this understanding of food is experienced in the medical context. There will be an emphasis on cultural meaning. Further studies frequently mention the problem of *compliance* in diabetes care. Thus, *compliance* will not only be the theoretical framework for this study, but also critically discussed. Moreover, the need for cultural competence, as commonly mentioned in the context of DM2, will be debated.

Fifteen guideline-based interviews with dieticians have been conducted. The findings imply that food is mainly understood as a cultural phenomenon in terms of food range, its social function, the understanding of disease and health as well as the concept of body and gender. However, individual food practice is influenced by different factors. This especially includes the socio-economic status, particularly the occupation, financial possibilities and the level of education. The therapy and counselling of diabetics must therefore be focused on individual aspects and contexts of patients.

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name	Höllersberger Carina, Bakk. phil.
Adresse	Anastasius Grün-Gasse 17/8 1180 Wien
E-Mail	c.hoellersberger@gmail.com
Geburtsdatum	19. Mai 1988

Berufserfahrung

Oktober 2013 – Februar 2016	Studienassistentin <i>Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien</i> • Assistenz für das Projekt „Sprachbarrieren im Gesundheitswesen“ • Literaturrecherche und -aufbereitung • Datenerhebung (quantitativ, qualitativ) und Verarbeitung • Vorbereitung, Organisation und Durchführung von Interviews • Mitorganisation von Projekttagungen und Round Tables
September 2012 – Juli 2013	Praktikantin <i>ETHNOCINECA Filmfest</i> • Co-Organisation und Unterstützung der ETHNOCINECA – Projektwerkstatt • Organisation und Betreuung von Vortragenden • Ansprechperson für die TeilnehmerInnen der Projektwerkstatt • Screening und Bewertung der eingereichten Filmbeiträge
Juli 2010	Praktikantin <i>KinderUni Wien</i> • Betreuung der Kinder zwischen und während den Lehrveranstaltungen • Organisatorische und technische Unterstützung der Vortragenden
Dezember 2008 – Juni 2009	Nachhilfelehrerin <i>Nachhilfeinstitut Schülerhilfe Wien</i> • Nachhilfe für die Fächer Deutsch, Spanisch, Englisch für Kinder und junge Erwachsene zwischen 5 und 18 Jahren

Auslandserfahrung

September 2006 - Juni 2007	Auslandsaufenthalt in Spanien (Madrid) • Kinderbetreuung • Sprachkurse
----------------------------	--

Ausbildung

Ab Februar 2012	Masterstudium Kultur- und Sozialanthropologie <i>Universität Wien</i> • Schwerpunkt Medizinanthropologie (Migration, Sprache, Kultur) sowie Ernährungsanthropologie
Oktober 2007 – Dezember 2011	Bakkalaureatsstudium Publizistik- und Kommunikationswissenschaft (Abschluss Bakk.phil.) <i>Universität Wien</i> • Schwerpunkt internationale Kommunikation • Außenjournalismus • Methoden wissenschaftlichen Arbeitens
Mai 2006	Matura mit ausgezeichnetem Erfolg <i>Oberstufenrealgymnasium Perg (OÖ)</i>

Sprachkenntnisse

Deutsch	Muttersprache
Englisch	Verhandlungssicher (C1)
Spanisch	Verhandlungssicher (C1)

EDV-Kenntnisse

MS-Office	sehr gute Kenntnisse
Atlas.ti	gute Kenntnisse
Endnote	gute Kenntnisse
Betriebssysteme	sehr gute Kenntnisse in Apple MacOS und Microsoft Windows

Literaturverzeichnis

ANTSHEL, K. (2002): Integrating Culture As a Means of Improving Treatment Adherence in the Latino Population. In: *Psychology, Health & Medicine*. Vol. 7(4): 435–449.

APPLBAUM, K./OLDANI, M. (Hrsg.) (2010): Special Issue for Anthropology & Medicine. In: *Anthropology & Medicine*. Vol. 17(2): 113–127.

AYORA-DIAZ, S. (2013): Yucatecan Food and the Postcolonial Politics of Representation. In: VARGAS-CETINA, G. (Hrsg.): *Anthropology and the Politics of Representation*. The University of Alabama Press, Tuscaloosa Alabama. 49–65.

BARTHES, R. ([1961] 1997): Toward a Psychosociology of Contemporary Food Consumption. In: COUNIHAN, C./VAN ESTERIK, P. (Hrsg.): *Food and Culture. A Reader*. Routledge, New York. 20–27.

BAUR, N./BLASIUS, J. (Hrsg.) (2014): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden.

BEER, B. (2012): Kultur und Ethnizität. In: BEER, B./FISCHER, H. (Hrsg.): *Ethnologie. Eine Einführung*. 7. überarbeitete und erweiterte Auflage. Dietrich Reimer Verlag, Berlin. 53–73.

BIESALSKI, H./GRIMM, P./NOWITZKI-GRIMM, S. (2015): *Taschenatlas Ernährung*. 6. überarbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart/New York.

BINDER-FRITZ, C. (2009): Die soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit. In: RÁSKY, É. (Hrsg.): *Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit*. Facultas Verlag, Wien. 28–44.

BISSELL, P./MAY, C. R./NOYCE, P. R. (2004): From Compliance to Concordance: Barriers to Accomplishing a Re-Framed Model of Health Care Interactions. In: *Social Science & Medicine*. Vol. 58: 851–862.

BOGNER, A./MENZ, W. (2009): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: BOGNER, A./LITTIG, B./MENZ, W.

(Hrsg.): Experteninterviews: Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 61–98.

BÖHM, A. (2013): Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: FLICK, U./von KARDORFF, E./STEINKE, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Ausgabe. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg. 475–485.

BRULOTTE, R./GIOVINE, M. (2014): Introduction. In: BRULOTTE, R./GIOVINE, M. (Hrsg.): Edible Identities: Food as Cultural Heritage. Ashgate, Burlington. 1–27.

BROWN, P. (Hrsg.) (1998): Understanding and Applying Medical Anthropology. Mayfield Publishing Company, Mountain View u.a.

BRZOSKA, P./RAZUM, O. (2015): Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Vol. 58(6): 553–559.

CABALLERO, A. (2007): Cultural Competence in Diabetes Mellitus Care: An Urgent Need. In: Insulin. Vol. 2(2): 80–91.

CARPENTER-SONG, E. (2011): Recognition in Clinical Relationships. In: DELVEC-CIO GOOD, M./WILLEN, S./HANNA, S./VICKERY, K./PARK, L. (Hrsg.): Shattering Culture. American Medicine Responds to Cultural Diversity. Russell Sage Foundation, New York. 168–183.

CAPLAN, P. (Hrsg.) (1997): Food, Health and Identity. Routledge, London [u.a.].

CASTRO-RIVAS, E./BOUTIN-FOSTER, C./MILAN, M./KANNA, B. (2014): „Es como uno bomba de de tiempo [It’s like a time bomb]“: A Qualitative Analysis of Perceptions of Diabetes among First-Degree Relatives of Latino Patients with Diabetes. In: Diabetes Spectrum. Vol. 27(1): 50–57.

CHEN, N. (2008): Food, Medicine and the Quest for Good Health. Nutrition, Medicine, and Culture. Columbia University Press, New York.

- CHOWDHURY, A./HELMAN, C./GREENHALGH, T. (2000): Food Beliefs and Practices among British Bangladeshis with Diabetes: Implications for Health Education. In: *Anthropology & Medicine*. Vol. 7(2): 209–226.
- COHEN, M. Z./TRIPP-REIMER, T./SMITH, C./SOROFMAN, B./LIVELY, S. (1994): Explanatory Models of Diabetes: Patient Practitioner Variation. In: *Social Science & Medicine*. Vol. 38(1): 59–66.
- COVENEY, J. (2014): *Food*. Routledge, London [u.a.].
- CROWE, M./INTER, M./PORTER, R. (2015): Conducting Qualitative Research in Mental Health: Thematic and Content Analyses. In: *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol. 49(7): 616–623.
- DELAMATER, A. (2006): Improving Patient Adherence. In: *Clinical Diabetes*. Vol. 24(2): 71–77.
- DIABETES AND NUTRITION STUDY GROUP of the Spanish Association (2006): Diabetes Nutrition and Complications Trial: Adherence to the ADA Nutritional Recommendations, Targets of Metabolic Control, and Onset of Diabetes Complications. A 7-Year, Prospective, Population-Based, Observational Multicenter Study. In: *Journal of Diabetes and its complication*. Vol. 20(6): 361–366.
- DOMENIG, D. (2007): Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: DOMENIG, D. (Hrsg.): *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. 2. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern. 165–189.
- DOUGLAS, M. ([1972] 1997): Deciphering a Meal. In: COUNIHAN, C./VAN ESTER-
IK, P. (Hrsg.): *Food and Culture. A Reader*. Routledge, New York. 36–54.
- DREISSIG, V. (2005): *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Transcript Verlag, Bielefeld.
- ELLIOT, C. (2014): Food as People: Teenagers' Perspectives on Food Personalities and Implications for Healthy Eating. In: *Social Science & Medicine*. Vol. 121: 85–90.

EVERETT, M. (2011): They Say It Runs the Family: Diabetes and Inheritance in Oaxaca, Mexico. In: Social Science & Medicine. Vol. 72: 1776–1783.

FLICK, U. (2011): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 4. Auflage. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg.

FLICK, U./von KARDORFF, E./STEINKE, I. (Hrsg.) (2013): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Ausgabe. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg.

FLORES, G. (2005): The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. In: Medical Care Report and Review. Vol. 62(3): 255–299.

FORT, M./ALVARADO-MOLINA, N./PEÑA, L./MENDOZA MONTANO, C./MURRILLO, S./MARTÍNEZ, H. (2013): Barriers and Facilitating Factors for Disease Self-Management: A Qualitative Analysis of Perceptions of Patients Receiving Care for Type 2 Diabetes and/or Hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. In: BMC Family Practice. Vol. 13: 131.

FOSSEY, E./HARVEY, C./McDERMOTT, F./DAVIDSON, L. (2002): Understanding and Evaluating Qualitative Research. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. Vol. 36: 717–732.

GARCIA DE ALBA GARCIA, J./SALCEDO ROCHA, A./LOPEZ, I./BAER, R./DRESSLER, W./WELLER, S (2007): Diabetes is My Companion: Lifestyle and Self-Management among Good and Poor Control Mexican Diabetic Patients. In: Social Science & Medicine. Vol. 64: 2223–2235.

GINGRICH, A./STEGE, A. (2011): Kulturkreis. In: KREFF, F./KNOLL, E./GINGRICH, A. (Hrsg.) (2011): Lexikon der Globalisierung. Transcript Verlag, Bielefeld. 217–220.

GIRTLE, R. (2001): Methoden der Feldforschung. 4. Auflage. Böhlau Verlag, Wien/Köln/Weimar.

GLASER, B./STRAUSS, A. (1967): The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. De Gruyter, New York.

GREEN, J./THOROGOOD, N. (2009): *Qualitative Methods for Health Research*. 2. Ausgabe. SAGE, London [u.a.]

GRIEBLER, R./GEISSLER, W./WINKLER, P. (Hrsg.) (2013): *Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen*. Österreichischer Diabetesbericht 2013. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.

GÜNAY, S. (2011): *Diabetes mellitus und Migration – Besonderheiten im Umgang mit türkischen Patienten*. In: THAMER, U./WÜSTENBECK, M. (Hrsg.): *Gesundheit von Migranten*. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main. 45–50.

HANNAH, S. (2011): *Clinical Care in Environments of Hyperdiversity*. In: DELVECCHIO GOOD, M./WILLEN, S./HANNA, S./VICKERY, K./PARK, L. (Hrsg.): *Shattering Culture. American Medicine Responds to Cultural Diversity*. Russell Sage Foundation, New York. 35–69.

HATCHER, E./WHITTEMORE, R. (2007): *Hispanic Adults' Beliefs about Type 2 Diabetes: Clinical Implications*. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. Vol. 19: 536–545.

HELFFERICH, C. (2014): *Leitfaden und Experteninterviews*. In: BAUR, N./BLASIUS, J. (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden. 559–574.

HERTZ, R./UNGER A./LUSTIG M. (2005): *Adherence with Pharmacotherapy for Type 2 Diabetes: A Retrospective Cohort Study of Adults with Employer-Sponsored Health Insurance*. In: *Clinical Therapeutics*. Vol. 27(7): 1064–1073.

HEURTIN-ROBERTS W./REISIN, E. (1998): *Health Beliefs and Compliance with Prescribed Medication for Hypertension Among Black Women–New Orleans 1985–86*. In: BROWN, P. (Hrsg.): *Understanding and Applying Medical Anthropology*. Mayfield Publishing Company, Mountain View u.a. 248–250.

HUNT, L./ARAR, N.H. (2001): *An Analytic Framework for Contrasting Patient and Provider Views of the Process of Chronic Disease Management*. In: *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 15(3): 347–367.

IDF Diabetes Atlas (2014): URL: http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf [abgerufen am 28.04.2016]

INSTITUT FÜR GESUNDHEITSPLANUNG (2004): Die Versorgung von Diabetes mellitus Typ 2 aus PatientInnen-sicht. Eine empirische Studie zur Versorgungssituation in Oberösterreich. Linz. URL: <https://repository.publisso.de/resource/fri:5902411-1/data> [abgerufen am 25.05.2016]

KALVELAGE, B. (2003): Diabetes-Schulungen türkischer Patienten – Wanderung zwischen therapeutischen Nihilismus und unrealistischer Erwartung. In: BORDE, T./DAVID, M. (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main. 35–42.

KAUTZKY-WILLER, A./DORNER, T./JENSBY, A./RIEDER, A. (2012): Women Show a Closer Association between Educational Level and Hypertension or Diabetes Mellitus than Males: A Secondary Analysis from the Austrian HIS. In: BMC Public Health. Vol. 12(1): 392.

KLEINMAN, A./BENSON, P. (2006): Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. In: PLoS Medicine. Vol. 3(10): 1673–1676.

KRIPALANI, S./BUSSEY-JONES, J./KATZ M. (2006): A Prescription for Cultural Competence in Medical Education. In: Journal of General Internal Medicine. Vol. 21: 1116–1120.

KUCKARTZ, U. (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3. aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

KUTALEK, R. (2012): Diversity Competence in Medicine: Equity, Culture and Practice. In: Wiener klinische Wochenschrift. Vol. 124(3): 3–9.

LARME, A. C./PUGH J. (1998): Attitudes of Primary Care Providers Toward Diabetes. Barriers to Guideline Implementation. In: Diabetes Care. Vol. 21(9): 1391–1396.

LIM, H./PARK, J./CHOI, Y./HUH, K./KIM, W. (2009): Individualized Diabetes Nutrition Education Improves Compliance with Diet Prescription. In: Nutrition Research and Practice. Vol. 3(4): 315–322.

LUEGER, M. (2009): Grounded Theory. In: BUBER, R./HOLZMÜLLER, H. (Hrsg.): Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen. 2., überarbeitete Auflage. Gabler, Wiesbaden.

LÜSEBRINK, H. (2005): Interkulturelle Kommunikation. Interaktion, Fremdwahrnehmung, Kulturtransfer. J.B. Metzler Verlag, Stuttgart/Weimar.

MAURITZ, E. (2016): Ärzte warnen: "Wir haben einen Diabetes-Tsunami" URL: <http://kurier.at/lebensart/gesundheit/aerzte-warnen-wir-haben-einen-diabetes-tsunami/191.20>
2.440 [abgerufen am 22.04.2016]

MENZ, F. (2011): Ärztliche Gespräche mit PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen. In: PEINTINGER, M. (Hrsg.): Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Facultas Verlag, Wien. 225–235.

MINTZ, S. (1994): Zur Beziehung zwischen Ernährung und Macht. In: Jahrbuch für Wirtschaftsgeschichte 1994. Vol. 1: 61–72.

MORSE, J. (2011): Molding Qualitative Health Research. In: Qualitative Health Research. Vol. 21(8): 1019–1021.

MULL, D./NGYUEN, N./MULL, J. (2001): Vietnamese Diabetic Patients and Their Physicians: What Ethnography Can Teach Us. In: The Western Journal of Medicine. Vol. 175: 307–311.

MURPHY, F./SATTERFIELD, D./ANDERSON, R. M./LYONS, A. (1993): Professional Development: Diabetes Educators as Cultural Translators. In: The Diabetes Educator. Vol. 19: 113–118.

NAEEM, A. (2003): The Role of Culture and Religion in the Management of Diabetes: A Study of Kashmiri Men in Leeds. In: The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health. Vol. 123(2): 110–116.

NAM, S./CHESLA, C./STOTTS, N./KROON, L./JANSON, S. (2011): Barriers to Diabetes Management: Patient and Providers Factors. In: Diabetes Research and Clinical Practice. Vol. 93: 1–9.

OLDANI, M. (2010): Assessing the 'Relative Value' of Diabetic Patients Treated through an Incentivized, Corporate Compliance Model. In: *Anthropology & Medicine*. Vol. 17(2): 215–228.

POOLEY, C./GERRARD, C./HOLLIS, S./MORTON, S./ASTBURY, J. (2001): ‚Oh it’s a Wonderful Practice ... You Can Talk to Them’: A Qualitative Study of Patients’ and Health Professionals’ Views on the Management of Type 2 Diabetes. In: *Health and Social Care in the Community*. Vol. 9(5): 318–326.

PÖCHHACKER, F. (2008): Krankheit, Kultur, Kinder, Kommunikation: Die Nichte als Dolmetscherin. In: *Curare*. Vol. 31(2/3): 133–142.

PÖCHHACKER, F. (2009): KrankenhausdolmetscherInnen: Bedarf, Probleme, Perspektiven. In: RÁSKY, É. (Hrsg.): *Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit*. Facultas Verlag, Wien. 117–123.

PÖCHHACKER, F. (2013): Dolmetschen im Krankenhaus – aus translationswissenschaftlicher Sicht. In: KAELIN, L./KLETEČKA-PULKER, M./KÖRTNER, U. (Hrsg.): *Wieviel Deutsch braucht man um gesund zu sein?* Verlag Österreich, Wien. 103–117.

PÖLLABAUER, S. (2009): Im Wilden Westen des Dolmetschens. Ausbildung und Professionalisierung des Community Interpreting. In: RÁSKY, É. (Hrsg.): *Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit*. Facultas Verlag, Wien. 97–116.

RATHJE, S. (2006): Interkulturelle Kompetenz–Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts. In: *Zeitschrift für Interkulturellen Fremdsprachenunterricht*. Vol. 11(3). URL: <http://zif.spz.tu-darmstadt.de/jg-11-3/docs/Rathje.pdf> [abgerufen am 24.04.2016]

RIVERA ADAMS, C. (2003): Lessons Learned From Urban Latinas With Type 2 Diabetes Mellitus. In: *Journal of Transcultural Nursing*. Vol. 14(3): 255–265.

RODEN, M. (2012): Diabetes mellitus – Definition, Klassifikation und Diagnose. In: *Wiener klinische Wochenschrift*. Vol. 124(2): 1–3.

SCHAFFLER, Y. (2013): Is it Wise to Use „Culture“ as Category in the Sector of Health-Care? In: *Curare*. Vol. 36(3): 172–179.

SCHINDLER, K./LUDVIK, B. (2009): Ernährungsempfehlung bei Diabetes mellitus. In: Wiener klinische Wochenschrift. Vol. 121(5): 61–64.

SHARP, L. (1999): A Medical Anthropologist's View on Posttransplant Compliance: The Underground Economy of Medical Survival. In: Transplantation Proceedings. Vol.31(4): 31–33.

SONG, G. (2014): Kimchi – Geschmack der Heimat? Essen und Identität am Beispiel alltäglicher Esspraktiken koreanischer Migranten. In: AMENDA L./LANGTHALER, E. (Hrsg.): Kulinarische “Heimat” und “Fremde”. Migration und Ernährung im 19. und 20. Jahrhundert. Jahrbuch für Geschichte des ländlichen Raumes 2013. Studien Verlag, Innsbruck/Wien/Bozen. 166–135.

STADLER, M./PRAGER, R. (2012): Typ 2 Diabetes Mellitus – Screening und Prävention. In: Wiener klinische Wochenschrift. Vol. 124(2): 4–6.

STATISTIK AUSTRIA (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien.

STEAD, M./McDERMOTT, L./MacKINTOSH, A./ADAMSON, A. (2011): Why Healthy Eating is Bad for Young People's Health: Identity, Belonging and Food. In: Social Science & Medicine. Vol. 72: 1131–1139.

TOLKSDORF, U. (1973): Grill und Grillen. Oder: die Kochkunst der mittleren Distanz. Ein Beschreibungsversuch. In: Kieler Blätter zur Volkskunde 5. 113-133. Zitiert nach MATTER, M. (2010): Siegt das Virtuelle über die Realität – oder wo bleiben die wesentlichen Sinneseindrücke? Medialisierte Nahrungszubereitung. In: KALINKE, H./ROTH, K./WEGER, T.: Esskultur und kulturelle Identität – Ethnologische Nahrungsforschung im östlichen Europa. R. Oldenburg Verlag, München. 219–232.

TROSTLE, J. (1988): Medical Compliance as an Ideology. In: Social Science & Medicine. Vol. 27(12): 1299–1308.

TROSTLE, J./HAUSER, W./SUSSER, I. (1983): The Logic of Noncompliance: Management of Epilepsy from the Patient's Point of View. In: Culture, Medicine and Psychiatry. Vol. 7: 35–56.

UHLMANN, B. (2016): Zahl der Diabetiker steigt weltweit drastisch an. URL: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/globale-gesundheit-zahl-der-diabetiker-steigt-weltweit-drastisch-an-1.2937074> [abgerufen am 22.04.2016]

WEAVER, R./LEMONDE, M./PAYMAN, N./GOODMAN, W. (2014): Health Capabilities and Diabetes Self-Management: The Impact of Economic, Social and Cultural Resources. In: Social Science & Medicine. Vol. 102: 58–68.

WELLER, S./BAER, R./GARCIA DE ALBA GARCIA, J./SALCEDO ROCHA, A. (2012): Explanatory Models of Diabetes in the U.S. and Mexico: The Patient-Provider Gap and Cultural Competence. In: Social Science & Medicine. Vol. 75: 1088–1096.

WIERLACHER, A. (1993) (Hrsg.) : Kulturthema Essen: Ansichten und Problemfelder. Akademie Verlag, Berlin.

WILSON, T. (2006): Introduction. Food, Drink and Identity in Europe: Consumption and the Construction of Local, National and Cosmopolitan Culture. In: WILSON, T. (Hrsg.): Food, Drink and Identity in Europe. Rodopi, Amsterdam/New York. 11–29.

WHO (2001): Adherence to Long-term Therapies: Policy for Action. Meeting report, 4–5 June 2001. <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherencerep.pdf> [abgerufen am 28.04.2016]

WHO (2013): Ernährungskonferenz 2013 URL: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/9/7/CH1047/CMS1374489715230/dt_version.pdf [abgerufen am 25.02.2016]

WHO (2016): Body mass index – BMI. URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> [abgerufen am 25.04.2016]

YILMAZ-ASLAN, Y./BRZOSKA, P./BLUHM, M./ASLAN, A./RAZUM, O. (2014): Illness Perceptions in Turkish Migrants with Diabetes: A Qualitative Study. In: Chronic Illness. Vol. 10(2): 107–121.

ZEIT ONLINE (2016): Diabetes wird zum globalen Problem. URL: <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2016-04/weltgesundheitsstag-diabetes-steigerung-risiko> [abgerufen am 22.04.2016]