

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie
und Rehabilitationswissenschaft der Medizinischen Fakultät Charité –
Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Ernährungskonzepte von Paaren im mittleren und höheren
Lebensalter.

Reconstruction of nutrition concepts among elderly spouses.

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Wirsching, Dorothea

Datum der Promotion: 30. Juni 2024

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	iii
Abkürzungsverzeichnis	iv
Zusammenfassung	1
Abstract	3
1. Einleitung	4
1.1. Forschungsrahmen	4
1.2. Demographischer Wandel und Relevanz chronischer Erkrankungen im Alter	4
1.3. Gesunde Ernährung als Prävention für chronische Erkrankungen	7
1.4. Modelle von Ernährungsvorstellungen und Nahrungswahl	8
1.5. Ernährung im Kontext von Paaren	9
2. Ziel der Arbeit	10
3. Methodik	11
3.1. Qualitativer Forschungsansatz	11
3.1.1. Grounded Theory Method als geeigneter qualitativer Forschungsansatz	11
3.1.2. Hintergründe und Darstellung der Grounded Theory Method	11
3.2. Einzelne Schritte der Studie: Datenerhebung, empirische Durchführung und qualitative Auswertung mittels Grounded Theory Method	13
3.2.1. Rekrutierung und Patientenkollektiv	13
3.2.2. Material und Vorgehen	14
3.2.3. Datenanalyse	14
3.2.4. Ausführliche Beschreibung der verschiedenen Analyse- und Codingschritte	15
4. Ergebnisse	20
4.1. Themen des paarbezogenen Ernährungskonzept	20
4.1.1. Ernährungsbezogene Gesundheitsvorstellungen	20
4.1.2. Geschmack	21

4.1.3. Körpervorstellungen	21
4.2. Dynamik und Einflüsse auf das Ernährungskonzept	22
4.3. Der Gesundheitsexperte / Die Gesundheitsexpertin	22
5. Diskussion	25
5.1. Zusammenfassung und Interpretation der zentralen Ergebnisse	25
5.2. Weiterführende Ergebnisse und Implikationen für zukünftige Forschung	26
5.2.1. Einflüsse auf das paarbezogene Ernährungskonzept	26
5.2.2. Diskrepanz zwischen theoretischen Gesundheitsvorstellungen und praktischen Gesundheitshandeln	27
5.2.3. Geschlechterspezifische Ernährungsvorstellungen	28
5.2.4. Paardynamiken und möglich resultierende Typiken	28
5.3. Chancen und Limitationen der Studie	28
5.4. Implikationen für die Forschungspraxis	29
Literaturverzeichnis	32
Eidesstattliche Versicherung	41
Anteilerklärung an der erfolgten Publikation	42
Auszug aus der Journal Summary List	43
Druckexemplar der Publikation	45
Lebenslauf	46
Publikationsliste	47
Danksagung	48

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. <i>Generierte Codes zu ernährungsbezogenen Gesundheitsvorstellungen</i>	17
Abbildung 2. <i>Vorläufige Concept Map zu ernährungsbezogenen Gesundheitsvorstellungen</i>	18

Abkürzungsverzeichnis

BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
DALY	Disability adjusted life years
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
DRCD	Diet-related chronic diseases
DW	Dorothea Wirsching (Autorin)
FFP	Family Food Preparer
GE	Gesundheitsexperte/Gesundheitsexpertin
GTM	Grounded Theory Method
MAXQDA	“Max”- Qualitative Data Analysis (Software für qualitative Datenauswertung)
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NB	Nadja Baer (Ko-Autorin)
NutriAct	Nutritional Intervention: Food Patterns, Behaviors, and Products
LQ	Lebensqualität
LS	Liane Schenk (Ko-Autorin)
resp.	respective
u.a.	unter Anderem
VA	Verna Anton (Ko-Autorin)
WHO	World Health Organization
z.B.	Zum Beispiel
z.T.	Zum Teil

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziel der Arbeit

In Deutschland existiert insbesondere mit steigendem Alter eine hohe Prävalenz ernährungsbedingter chronischer Erkrankungen, deren Ätiologie, Folgen und Prävention ausführlich dargestellt werden. Auch verändern sich physiologisch ernährungsrelevante Aspekte im Alter. Eine ausgewogene Ernährung verspricht eine Reduktion von chronischen Erkrankungen. Da Ernährung nicht nur individuell, sondern vor allem auch sozial gestaltet wird, soll das Ernährungsverständnis bei älteren Paaren untersucht werden. Dies erfolgt mittels einer qualitativen Untersuchung, sowie Einbettung in den bereits existierenden ernährungs- und gesundheitsbezogenen Forschungskorpus.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, neben der (in der Publikation resultierenden) Gesundheits- und Ernährungsvorstellungen innerhalb älterer Paare und die damit verbundene Dynamik, Anknüpfungspunkte für weitere Forschung und praktische Implikationen zu erarbeiten.

Methodik

Für die Fragestellung wurde ein qualitativer Forschungsansatz, die *Grounded Theory Method* verwendet. Die *Grounded Theory* wird als Methode vertieft beschrieben. Dabei werden die einzelnen angewandten methodischen Schritte in der vorliegenden Arbeit detailliert dargestellt und mit Abbildungen aus dem Forschungsprozess, welche bis dato nicht publiziert sind, illustriert. Das ursprüngliche Sample bestand insgesamt aus 21 Paar-Interviews, von denen 15 detailliert analysiert wurden.

Ergebnisse

Als zentrales Ergebnis stellte sich das *paarbezogene Ernährungskonzept* dar. Dieses setzt sich aus *ernährungsbezogenen Gesundheitsvorstellungen*, *Geschmack* und *Körpervorstellungen* zusammen, wobei der Fokus je nach Paar variiert. Weiterhin zeichnete sich bei allen Interviews ein/e so genannte/r *Gesundheitsexperten/in* (GE) ab. Ihm oder ihr wurde einvernehmlich eine fundiertere Gesundheitsexpertise innerhalb des Paares zugeschrieben. Je nach Ausprägung des GE gestaltete sich die Ernährungsdynamik des Paares different.

Diskussion

Das *paarbezogene Ernährungskonzept* wird in das bereits bestehende Literaturwissen kontextualisiert und es bestätigen sich insbesondere *ernährungsbezogene Gesundheits-*

vorstellungen. Zentral ist die Figur des GE, welche so bis dato nicht in der Literatur beschrieben wird. In der Mantelschrift werden die Ergebnisse mit Fokus auf praktische Implikationen diskutiert. Weiterhin werden Hinweise auf weitere Ergebnisse, welche nicht in dem Artikel platziert wurden, wie Einflüsse auf das *paarbezogene Ernährungskonzept*, geschlechterspezifische Ernährungsvorstellungen und mögliche resultierende Typiken aus den Paardynamiken dargestellt und bieten Anlass für weiterführende Forschung.

Abstract

Background and aim of the work

In Germany, there is a high prevalence of diet-related chronic diseases (DRCD), especially in the elderly population, of which the etiology, consequences and prevention are elaborated. Physiological nutritional aspects also change with age. A balanced diet promises a reduction of DRCD. Since nutrition is not only shaped individually, but also socially, this study examines the nutritional understanding among older couples. This is done by means of a qualitative study, as well as a contextualization into the already existing nutrition- and health-related research corpus.

The aim of the present work is, in addition to explore the health and nutrition perceptions within older couples (resulting in the publication) and the associated dynamics, to provide starting points for further research and practical implications.

Method

A qualitative research approach, the *Grounded Theory Method*, was used for the research question. *Grounded theory* is described in detail as a method. The individual methodological steps applied are presented systematically and are illustrated by figures from the research process, which are not published. The original sample consisted of a total of 21 paired interviews, of which 15 were analyzed in more detail.

Results

The central result was the couple-related *nutrition concept*. This concept is composed of *ideas about healthy diet, taste and the body image*, with the focus varying from couple to couple. Furthermore, a so-called *health expert* (HE) emerged in all interviews. He or she was considered to have a more in-depth health expertise within the couple. The couple's nutritional dynamics differed according to HE's expression.

Discussion

The couple-related *nutrition concept* is contextualized in the existing literature and, in particular, *ideas of healthy diet* confirm existing literature knowledge. Outstanding is the figure of the HE, which has not been described in the literature before. In this manuscript, the findings are discussed with a focus on practical implications. Furthermore, references to further results, which are not published in the article, such as influences on the *nutrition concept*, gender-specific perceptions and possible types resulting from couple dynamics, are presented and provide an opportunity for further research.

1. Einleitung

1.1. Forschungsrahmen

Die vorliegende Dissertation wurde am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Medizinischen Fakultät Charité verfasst und nutzte und analysierte Daten, welche im Rahmen des durch das BMBF geförderten Kompetenzclusters „NutriAct – Nutritional Intervention: Food Patterns, Behaviors, and Products“ erhoben wurden. Dieses interdisziplinäre Kompetenzcluster hatte zur Zielsetzung, wissenschaftliche Grundlagen und Lösungsansätze für ein gesundes Altern, insbesondere in Hinblick auf gesunde Ernährungsweisen im Alter, zu entwickeln. Hierfür wurden u.a. auf unterschiedlichen Ebenen Nahrungsmuster und Nahrungsauswahl untersucht (Schwingshackl et al., 2018).

Diese Dissertation fokussiert ernährungsbezogene Gesundheitsvorstellungen innerhalb älterer Paare sowie bestehende Paardynamiken bezüglich Ernährungsvorstellungen.

Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit werden zentrale Ergebnisse von Wirsching et al. (2022) dargestellt, sowie Aspekte vertieft, welche in der Publikation nicht bearbeitet wurden. Der Forschungshintergrund wird umfänglicher dargelegt. Zudem liegt ein Fokus auf der Beschreibung und vertieften Auseinandersetzung mit der Grounded Theory als qualitative Forschungsmethode, sowie auf einer detaillierten Darstellung der einzelnen methodischen Anwendungsschritte. Weiterhin gilt ein besonderes Augenmerk weiterführenden Ergebnissen mit sich ergebenden Forschungsfragen, sowie abzuleitenden möglichen praktischen Implikationen.

1.2. Demographischer Wandel und Relevanz chronischer Erkrankungen im Alter

Deutschland verzeichnet aufgrund einer sinkenden Geburtenrate und einer steigenden Lebenserwartung eine stetig alternde Bevölkerung. Bei der letzten groß angelegten Bevölkerungszählung im Jahr 2011 machten die über 50-Jährigen 41.0 %, die über 65-Jährigen 20.6 % der deutschen Gesamtbevölkerung aus (Statistisches Bundesamt, 2011). Der darauffolgende registergestützte Zensus findet aktuell deutschlandweit statt mit anzunehmenden weiter steigenden Zahlen. Die Lebenserwartung wächst aufgrund verbesserter medizinischer Versorgung und beträgt derzeit für neugeborene Jungen 78.54 Jahre und neugeborene Mädchen 83.38 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2021).

Eine höhere Lebensphase geht nachweislich mit einem deutlichen Anstieg verschiedener Erkrankungen einher. Bezüglich der Art der Erkrankung kann eine epidemiologische Transition festgestellt werden: Übertragbare Erkrankungen (in Englisch: communicable diseases) können in den letzten Jahren kontinuierlich eingedämmt werden und zeigen sich rückläufig, wohingegen chronische Erkrankungen (in Englisch: non-communicable diseases) ansteigen (World Health Organization, 2020). Die Prävalenz chronischer Erkrankungen steigt mit zunehmendem Alter – auf die über 60-Jährigen entfällt der Hauptanteil (World Health Organization, 2003). Von den über 65-jährigen lebenden Personen in Deutschland, leiden 58.3 % der Frauen und 55.3% der Männer an einer chronischen Erkrankung (Robert-Koch-Institut, 2012).

Chronische Erkrankungen weisen meist eine multifaktorielle Ätiologie auf, worunter die genetische Disposition, Umweltfaktoren und der Lebensstil entscheidende Faktoren darstellen (Fardet & Boirie, 2013; Medina-Remón, Kirwan, Lamuela-Raventós, & Estruch, 2018). Unter Letzterem werden z.B. Nikotinkonsumverhalten, Bewegung und Ernährung subsumiert. Durch Ernährung provozierte oder begünstigte chronische Erkrankungen sind in der Literatur häufig unter den sogenannten diet-related chronic disease (DRCD) zu finden.

Als ungünstige Ernährung ist vor allem diejenige zu werten, die in den westlichen Industrieländern mit der Veränderung von traditioneller Ernährung hin zu verarbeiteter, energiereicher Ernährung einhergeht. In verschiedenen Metaanalysen konnte ein inverser Zusammenhang zwischen Obst- und Gemüseverzehr und kardiovaskulären Erkrankungen festgestellt werden (Aune et al., 2017; Bechthold et al., 2019).

Ein Großteil aller DRCD manifestiert sich in Übergewicht und Diabetes mellitus Typ 2. Weiterhin zählen kardiovaskuläre Erkrankungen, neurokognitive-psychiatrische Erkrankungen, verschiedene Krebsarten, Krankheiten des Verdauungstrakts, Sarkopenie und einige Skelett-, Nieren- und Lebererkrankungen zu den DRCD (Ezzati & Riboli, 2013; Fardet & Boirie, 2013, 2014). Die Genese der DRCD stellt sich als multifaktoriell und komplex dar: Zu Beginn steht eine ungünstige Ernährung, welche pathologische Stoffwechselmechanismen auslöst, wie zum Beispiel erhöhten Blutdruck, veränderten Fettstoffwechsel, veränderte Darmflora, erhöhten oxidativen Stress oder eine Fehlregulation des Immunsystems. Diese Mechanismen können in entsprechenden DRCD resultieren. Die DRCD selbst wiederum können ein Risiko für weitere DRCD darstellen. Dabei stellen

Übergewicht und Diabetes mellitus Typ 2 die Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung weiterer DRCD dar (Fardet & Boirie, 2013).

(DR)CD bringen auf individueller Ebene sowie auf struktureller Ebene große indirekte und direkte Kosten mit sich. Als direkte Kosten ist insbesondere eine erhöhte Mortalität zu nennen. Die WHO schätzt, dass 71% aller Todesfälle weltweit durch chronische Erkrankungen verursacht wurden (Nishida, Uauy, Kumanyika, & Shetty, 2004; World Health Organization, 2020). In Deutschland entfallen etwa Dreiviertel der Todesfälle auf chronische Erkrankungen (Robert-Koch-Institut, 2012). Auf struktureller Ebene steigen durch DRCD die medizinischen, pflegerischen und gesellschaftlichen Kosten und machen einen Großteil des finanziellen Anteils im öffentlichen Gesundheitswesen aus (World Health Organization, 2003). Weiterhin sind als indirekte Kosten durch die Krankheitslast eine Reduktion der Lebensqualität von Betroffenen zu nennen. Diese rückt in der Forschung zunehmend in den Fokus und kann zum Beispiel anhand der Disability-adjusted-Life-Years (DALY) mitunter berücksichtigt werden. Die DALY wurde erstmals 1993 im Weltentwicklungsbericht (world development report) präsentiert und 1994 durch die WHO expliziert: Es werden mittels einer Formel, die sowohl Morbidität als auch Mortalität mit einbezieht, die verlorenen gesunden Lebensjahre gemessen (Murray, 1994; World Bank, 1993).

Es ist also zweifelsfrei wichtig, chronischen Erkrankungen vorzubeugen. Eine zentrale Einflussgröße stellt eine gesunde Ernährung dar, durch welche die Risiken für eine DRCD deutlich gesenkt werden können (Holler, 2000; Medina-Remón et al., 2018; Neuhouser, 2018; Rivlin, 2007).

Die Ernährung ist ein dynamisches Element, welches sich im Verlauf der Zeit verändert. Insbesondere der älteren Lebensphase wird durch eine Transition ein Veränderungsmoment in der Ernährung zugeschrieben (Sobal, Bisogni, Devine, & Jastran, 2006). Abhängig davon, wie Personen ihr eigenes Altern bewerten, zeigt sich ein entsprechendes Gesundheits- und Ernährungsverhalten (Huy, Schneider, & Thiel, 2010). Zudem verändern sich ernährungsassoziierte Aspekte im Alter. So ist zum Beispiel das Hungergefühl und der Appetit im Alter physiologisch reduziert (Giezenaar et al., 2016). Häufig werden z.B. im Alter nicht ausreichend Proteine und Ballaststoffe aufgenommen (Shlisky et al., 2017). Spezifische altersbedingte psychosoziale Faktoren wie Einsamkeit, Verlust des Partners, ökonomische Restriktion, geringe soziale Unterstützung, geistige oder körperliche Ge-

sundheitsprobleme, kognitiver Verfall und Mobilitätseinschränkungen können sich weiterhin negativ auf die Ernährung auswirken (Irz et al., 2014). Insgesamt gilt dieser Altersgruppe also ein besonderes Augenmerk.

1.3. Gesunde Ernährung als Prävention für chronische Erkrankungen

Wodurch sich eine gesunde Ernährung auszeichnet, ist beständiger Gegenstand zahlreicher Forschungsarbeiten. Eine universelle Definition für gesunde Ernährung gibt es nicht, im Gegenteil, sie zeigt sich variabel je nach Zielgruppe und Forschungsperspektive (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2018). Es existieren divergierende Forschungsschwerpunkte, von einer rein naturwissenschaftlichen Untersuchung der Nahrungsbestandteile und -produkte mit deren Auswirkung auf die Gesundheit, hin zu ganzheitlichen, komplexeren und mitunter kultursensiblen Ansätzen, welche Diäten und Ernährungsmuster untersuchen (Willcox, Willcox, Todoriki, & Suzuki, 2009).

Naturwissenschaftlicher Konsens besteht weitgehend darüber, was gesunde Nährstoffe und Lebensmittel ausmacht: Wünschenswert ist ein hoher Verzehr von Gemüse und Obst, Vollkornprodukten, von einer Vielzahl von Proteinen, und eine geringe Menge an gesättigten- und Transfettsäuren, zugesetztem Zucker, verarbeiteten Produkten und Salz (Fardet & Boirie, 2014; Millen et al., 2016). Für Deutschland existieren Ernährungsempfehlungen der DGE, welche diese Erkenntnisse in die 10 Regeln der Ernährung eigearbeitet haben. Diese sind in einer simplifizierten und graphisch aufgearbeiteten Darstellung in mehreren Sprachen auf der DGE-Homepage erhältlich

(<https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge>).

Auf Ebene der Ernährungsmuster ist die wohl allgemein bekannteste die mediterrane Diät, deren präventive und positive Eigenschaften in zahlreichen Studien und Metaanalysen gezeigt wurden. Die mediterrane Diät zeichnet sich aus durch einen hohen Obst-, Gemüse- und Getreideverzehr, sowie durch einen hohen Fettanteil, der überwiegend aus pflanzlichen Fetten, sprich ungesättigten Fettsäuren besteht. Besonders hervorzuheben sind eine allgemein reduzierte Mortalität, eine protektive Wirkung gegen Fettleibigkeit oder hierdurch mögliche Gewichtsabnahme, sowie eine Risikoreduktion des metabolischen Syndroms und kardiovaskulären Erkrankungen (Esposito, Kastorini, Panagiotakos, & Giugliano, 2011; Kastorini et al., 2011; Meryem & Havva, 2017; Nordmann et al., 2011; Serra-Majem, Roman, & Estruch, 2006; Sofi, 2009; Sofi, Abbate, Gensini, & Casini, 2010). Weiterhin werden auf Ebene von Ernährungsmustern der

Okinawan-Diät, welche gering an Fetten und reich an Kohlenhydraten ist, gesundheitsfördernde Eigenschaften zugesprochen (Willcox et al., 2009).

Aufgrund der Heterogenität der älteren bzw. alternden Bevölkerung gestalten sich die Ernährungsanforderungen und -empfehlungen zwar individuell, trotzdem verändern sich die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2018). Wegen zahlreicher physiologischer Veränderungen im Alter wie z.B. eine veränderte Körpermassenzusammensetzung, eine Reduktion der Skelettmuskulatur, oder eine Reduktion der Knochenfestigkeit, werden insbesondere eine reduzierte Energiezufuhr, eine Anpassung der Makronährstoffe, wie z.B. weniger Fette und mehr Proteine, eine ausreichende Versorgung mit Kalzium und Vitamin D, sowie eine erhöhte Zufuhr von Mineralstoffen empfohlen (Arens-Azevedo & Berh-Völtzer, 2002; Pleyer & Raidl, 2018).

1.4. Modelle von Ernährungsvorstellungen und Nahrungswahl

In der Theorie stellt die Ernährung zwar eine einfach zu verändernde Variable dar, jedoch zeigt sich, dass wissenschaftlich empfohlene Lebensmittel und Nährstoffe oder Ernährungsmuster in der Praxis nur unzureichend umgesetzt werden. Beispielsweise liegt die Aufnahme Obst- und Gemüsemenge in den meisten westlichen Ländern deutlich unter der mindestens 400g empfohlenen Menge (Baker & Wardle, 2003). Scheinbar widersprüchlich dazu wird in der Literatur *Gesundheit* jedoch als ein entscheidender und relevanter Einfluss auf die Nahrungsauswahl identifiziert (Contento, 2008; Furst, Connors, Bisogni, Sobal, & Falk, 1996). Daher scheint die Wahrnehmung von Gesundheit und die Konzeptualisierung von gesunder Ernährung, die jeweils in eigene Glaubenssysteme eingebettet ist, deutlich komplexer und weiter gefasst zu sein als die rein (natur-)wissenschaftliche Definition (Bisogni, Connors, Devine, & Sobal, 2002; Falk, Sobal, Bisogni, Connors, & Devine, 2001; Vizireanu & Hruschka, 2018).

In der Literatur existieren zur Untersuchung von der Nahrungsauswahl verschiedene Herangehensweisen, welche es zu differenzieren gilt. Für diese Forschungsarbeit vor allem relevant scheinen konzeptuelle Modelle, welche induktiv zum Thema Ernährung durch qualitative Forschung entstanden sind. Hier ist das *Food Choice Process Model* das erste und wurde seither zahlreich zitiert und weiterentwickelt (Furst et al., 1996). Die einschlägigsten Veränderungen sind durch Connors et al. (2001), und Sobal et al. (2006) erfolgt.

Das *Food Choice Process Model* inkludiert den *Lebensablauf* (in Englisch: Life Course), *Einflüsse* (in Englisch: Influences) und das *persönliche Ernährungssystem* (in Englisch:

Personal Food System) als bestimmende Elemente für die Nahrungsauswahl. Unter der Kategorie *persönliches Ernährungssystem* werden „Gesundheit“, „Geschmack“, „Einbeziehen von Beziehungen“ (in Englisch: „managing relationship“), „Kosten“, „Praktikabilität“ und „Weitere“ als miteinander interagierenden Faktoren genannt, welche in einer spezifischen Nahrungsauswahl münden (Sobal et al., 2006). Es werden theoretische und praktische Überlegungen innerhalb eines Werte- und Entscheidungssystems berücksichtigt. Dabei wird von einem bewussten mentalen Prozess und einer expliziten Reflexion ausgegangen.

Nahrungsauswahl und Ernährungsgewohnheiten entwickeln und verändern sich über die Zeit, insbesondere nach Wendepunkten oder Lebensabschnitten und -übertritten (Paquette, 2005). Weiterhin sind Nahrungsauswahl und Ernährungsgewohnheiten aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten: Individuelle, psychologische, familiäre, kulturelle, soziale, ökonomische, wirtschaftliche, politische, historische, geographische und umweltbedingte Faktoren wirken in komplexer Weise zusammen und beeinflussen die Nahrungsauswahl über den Lebenslauf (Cruwys, Bevelander, & Hermans, 2015; Furst et al., 1996; Landry et al., 2018; Sobal et al., 2006; World Health Organization, 2003).

Das erstmals von Engel (1980) beschriebene und in der Psychologie und Medizin vielfach verwendete biopsychosoziale Modell ist also auch für Nahrungsauswahl zutreffend und von Bedeutung.

1.5. Ernährung im Kontext von Paaren

Ernährung gestaltet sich also nicht individuell, sondern entsteht aus den zahlreichen obigen genannten Einflüssen. Insbesondere der soziale Kontext und Umfeld beeinflussen das Ess- und auch das Gesundheitsverhalten (Pachucki, Jacques, & Christakis, 2011).

Die Ernährungsgewohnheiten und Nahrungsauswahl werden in einer Partnerschaft gegenseitig stark beeinflusst (Cruwys et al., 2015; Devine, 2005; Hasford, Kidwell, & Lopez-Kidwell, 2018; Laitinen, Högström, & Räsänen, 1997; Robinson & Higgs, 2013). Ebenso unterliegt der Umgang mit dem Körpergewicht stark der Partnerschaftsdynamik und kann daher nicht isoliert betrachtet werden (Dailey, Romo, & Thompson, 2011; C. Markey & Markey, 2011; C. N. Markey, Markey, & Birch, 2001). Die individuelle Ernährung verändert sich also im Verlauf hin zu einer Paarernährung (Baer et al., 2021; Bove, Sobal, & Rauschenbach, 2003).

2. Ziel der Arbeit

Um ein gesundes Altern zu fördern und entsprechend effektive Ernährungsinterventionen im Alter etablieren zu können, müssen die ernährungsbezogenen Gesundheitsvorstellungen innerhalb älterer Paare tiefgehend exploriert und nachvollzogen werden und mögliche Anknüpfungs- oder Veränderungsmomente identifiziert werden.

Trotz des genannten Forschungskorpus konzentrieren sich die meisten bisherigen Studien auf Individuen, sodass der Einfluss und die Wechselwirkung von resp. innerhalb einer Partnerschaft auf die Vorstellung von (gesunder) Ernährung unberücksichtigt bleiben. Inwiefern gemeinsame ernährungsbezogene Gesundheitsvorstellungen innerhalb eines Paares, besonders eines älteren Paares, dynamisch geprägt werden, ist in der Literatur bis dato noch wenig erforscht.

Ziel der Arbeit ist es, den mentalen Prozess von Ernährungsvorstellungen zu explorieren und auf Paarebene zu beleuchten. Die ursprüngliche Forschungsfrage zielte auf das Begreifen der Vorstellung von und Dynamik gesunder Ernährung innerhalb älterer Paare. Im Verlauf zeigte sich, dass ernährungsbezogene Gesundheitsvorstellungen nicht separiert von weiteren Ernährungsvorstellungen existieren. Die finale Forschungsfrage strebte ein umfassendes und vertieftes Verständnis von Ernährungsvorstellungen innerhalb von Paaren im mittleren und höheren Lebensalter, die sowohl durch explizite, aber auch durch bestehende implizite und präreflexive Ideen herausgearbeitet werden sollen. Dabei wurde eine konzeptionelle Ebene fokussiert und Ernährungspraktiken wurden nicht in Augenschein genommen.

Es wurde ein qualitativer und explorativer Forschungsansatz gewählt.

3. Methodik

3.1. Qualitativer Forschungsansatz

Qualitative Forschung eignet sich unter anderem für das Annähern und Verstehen von komplexen Zusammenhängen, zu denen noch wenig Vorwissen existiert. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass „sie empirisch, sowie systematisch vorgeht, flexibel an den Forschungsgegenstand angepasst ist und die Rekonstruktion von Bedeutung in den Mittelpunkt stellt“ (Schreier, 2013, S.186). Bei dem qualitativen Forschungsansatz werden nicht-standardisierte Daten erhoben und es können verschiedene spezifische qualitative Analysemethoden unterschieden werden, von denen die *qualitative Inhaltsanalyse*, *dokumentarische Methode*, *objektive Hermeneutik*, und *Grounded Theory Method* eine Auswahl darstellt.

3.1.1. Grounded Theory Method als geeigneter qualitativer Forschungsansatz

Anhand eines qualitativen Forschungsansatzes lassen sich die paarbezogenen Ernährungskonzepte explorativ und offen ergründen, um zu einem tiefen und fundierten Verständnis zu gelangen. Ziel der Forschungsarbeit war das Herausarbeiten wichtiger Stellgrößen und zentraler Konzepte in diesem Zusammenhang.

Für die Auswertung der vorliegenden Paarinterviews zeigte sich die Grounded Theory Method (GTM) nach Corbin und Strauß, welche sich dem Forschungsgegenstand durch ein hermeneutisch-phänomenologisches Verstehen annähert, als geeignet (Corbin & Strauss, 2015). Mittels dieser kann sich einem bisher wenig beleuchteten Forschungsgebiet ohne Vorannahmen angenähert, es aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden und anhand des zentralen Werkzeugs des Codierens können Phänomene induktiv aus dem Datenmaterial erarbeitet werden. Am Ende des Forschungsprojekts soll ein Modell stehen, an welchem bestenfalls in der Praxis angeknüpft werden kann. Dies wird im Gegensatz zu den anderen obig genannten qualitativen Forschungsmethoden bei der GTM explizit gefordert. Die einzelnen Analyseschritte der GTM münden in der sogenannten Kernkategorie, auf welcher basierend ein solches Modell oder Theorie gespannt wird.

3.1.2. Hintergründe und Darstellung der Grounded Theory Method

Die im Deutschen geeignetste Übersetzung „gegenstandsbezogene Theoriebildung“ scheint nicht umfassend das im Englisch Beschriebene abzubilden, sodass im Folgenden der englische Begriff GTM weiterhin verwendet werden soll.

Die GTM wurde ursprünglich – zunächst ohne systematische theoretische Fundierung – von Glaser und Strauß erstmals 1967 in den USA als Gegenentwurf zu den damals nomologisch vorherrschenden sozialwissenschaftlichen Ansätzen entwickelt. Mittlerweile hat sich die zunächst noch vage Methode weiterentwickelt, modifiziert und ausdifferenziert. Zudem ist sie nicht mehr nur auf den US-amerikanischen Raum zentriert, sondern zählt international zu den etabliertesten und meist verwendeten qualitativen Methodiken. Insbesondere für die Gesundheits- und Sozialwissenschaften wird die GTM vielfach angewandt (Bakker, 2019; Bücken, 2020; Strübing, 2021).

In dem Terminus GTM ist sowohl die Methodologie, als auch die konkrete Methodik, und das Forschungsprodukt selbst inkludiert. Es existieren zahlreiche Arbeiten und Diskussionen über die philosophisch-wissenschaftliche Einordnung der GTM. Zweifelsfrei kann sie als eine übergeordnete theoretische Methode betrachtet werden, welche sich einer interpretativen-qualitativen Herangehensweise bedient. Dieser Forschungsarbeit wird weiterhin das von Strauß im Verlauf entwickelte pragmatisch-interaktionistische Grundverständnis zugrunde gelegt. Insbesondere wird die GTM in dieser Forschungsarbeit als Methodik und „Werkzeug“ mit konkreten Strategien, Techniken und Prozeduren betrachtet und verwendet. Die GTM ist ein codierendes Verfahren, anhand dessen ein meist komplexer Gegenstand „aufgebrochen“, elaboriert, systematisiert, strukturiert und interpretiert wird (Corbin & Strauss, 2015; Strübing, 2021). Die Anwendung als Methodik lässt dabei Spielraum für individuelle Vorgehensweisen. Diese individuelle Vorgehensweise gestaltet sich in der folgenden Forschungsarbeit unter anderem so aus, dass ausgewählte Teile der dokumentarischen Methode sehr rudimentär verwendet und in die GTM integriert werden. Um das „Wie“ und den Erfahrungsraum bei als zentral identifizierten Themenbereichen noch besser zu verstehen, werden dazu reflektierende Interpretationen formuliert (Bohnsack, Nentwig-Gesemann, & Nohl, 2008). Diese fungieren als analytisches Memo im Rahmen der GTM.

Die konkrete Methodik, sowie die Einhaltung qualitätssichernder Maßnahmen, werden detailliert im Folgenden anhand der Forschungsarbeit erörtert.

3.2. Einzelne Schritte der Studie: Datenerhebung, empirische Durchführung und qualitative Auswertung mittels Grounded Theory Method

3.2.1. Rekrutierung und Patientenkollektiv

Das positive Datenschutzvotum wurde im Frühjahr 2016 eingeholt (1082/15) und das daran anknüpfende Ethikvotum (EA4/151/16) im Oktober 2016.

Der Rekrutierungszeitraum dauerte 18 Monate, von Juni 2016 bis Dezember 2017. Flyer mit allen studienrelevanten Informationen wurden durch eine Wissenschaftlerin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft in Supermärkten, Apotheken, Hausarztpraxen, Kommunen und Gartenvereinen in ganz Berlin ausgehängt. Zusätzlich wurden die Studieninformationen über das Intranet charité und über geeignete soziale Netzwerke, wie beispielsweise die Facebook-Gruppe „Netzwerk“ verbreitet. Auch ein Gatekeeper- und Schneeballeffekt wurde genutzt, wodurch mehr Paare akquiriert werden konnten (Kruse, 2015).

Angestrebt wurde eine non-probabilistische Stichprobe. Anhand eines theoretischen Samplings wurden zunächst ähnlich erscheinende Paare ausgewählt und sukzessive eine maximale Varianz und Heterogenität bezüglich sozioökonomischen Status, Beruf, Wohnform, Kinderstatus, sexuelle Orientierung, Länge der Beziehung der Paare angestrebt, woraus sich eine „konzeptuelle Repräsentativität“ nach (Strübing, 2021) ergibt. Im Verlauf wurden wenige Einschluss- und Ausschlusskriterien festgelegt, die in der unten angehängten Publikation unter 2.1. zu finden sind (Wirsching et al., 2022).

Die Interviews wurden ab dem Rekrutierungszeitraum bis März 2018 durchgeführt. Die endgültige Interviewstichprobe umfasste 21 Paare, von denen 15 Interviews für die vorliegende Dissertation mittels weiteren theoretischen Samplings und Vorcodieren (=Pre-coding) ausgewählt und analysiert wurden. Dabei wurden Interviews mit dichtem und relevantem Informationsmaterial für die Fragestellung ausgewählt. Dieser Prozess wurde bis zum Erreichen des theoriegeleiteten Abbruchkriteriums einer theoretischen Sättigung fortgesetzt, d.h. bis eine konzeptionelle Dichte der Daten vorlag und keine maßgeblichen Aspekte für die Fragestellung mehr hinzukamen. Zudem sind mit 15 Interviews die mindestens geforderten sechs Interviewpartner für eine solide Analyse und Interpretation der Daten erreicht (Helfferich, 2011).

Ausführliche soziodemographische Daten der entsprechenden 30 Interviewteilnehmenden sind der unten angehängten Publikation unter 2.1. und Table 1 zu entnehmen (Wirsching et al., 2022).

3.2.2. Material und Vorgehen

Zu Beginn des Interviews wurden die Teilnehmenden mündlich und schriftlich über den Datenschutz und den Studienablauf informiert. Danach unterzeichneten sie die Einverständniserklärung und füllten einen demografischen Fragebogen aus.

Ein halbstrukturierter Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an die Prinzipien des S²PS²-Systems entwickelt (Kruse, 2015) und in eine Forschertriangulation eingebettet (Flick, 2016). Der Interviewleitfaden wurde vorab getestet und modifiziert und entsprechend dem iterativen Prinzip der GTM während der Studie angepasst, um aufkommende Themen zu integrieren. Der Interviewleitfaden besteht hauptsächlich aus offenen Fragen, um den Prozess induktiv zu gestalten (und anschließenden Folgefragen). Alle Fragen wurden einfach und kurz formuliert. Beispielhafte Auszüge des Interviewleitfadens finden sich in Wirsching et al. (2022) auf Seite 3 in Table 2.

Die Interviews wurden von VA, entweder in den Büros der Abteilung für medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften oder der Häuslichkeit der Paare, durchgeführt und währenddessen audioaufgezeichnet. Die Interviews dauerten zwischen 60-90 min und die Interviewten wurden als Aufwandsentschädigung monetär kompensiert.

3.2.3. Datenanalyse

Die Aufzeichnungen aller Interviews wurden wörtlich transkribiert, unter Verwendung einer externen Transkriptions-Dienstleistung, welche überwiegend nach den Regeln von Kuckarzt (Fuß & Karbach, 2014) arbeitete. Alle Transkripte wurden mit einem Pseudonym versehen und identifizierende Informationen nicht transkribiert, um Anonymität zu gewährleisten. Für die spätere Analyse wurden parallel zu den Transkripten ebenso die Audioaufnahmen verwendet.

Aus forschungs-organisatorischen Gründen konnte eine tiefergehende Analyse erst nach Abschluss der Datenerhebung beginnen, was nicht dem Goldstandard der GTM entspricht. Dennoch war die Analyse selbst ein fortlaufender zyklisch-iterativer Prozess. Neben den Grundprinzipien der qualitativen Forschung, wurden die in den etablierten „Consolidated criteria for reporting qualitative research“ (COREQ) beschriebenen 32 Kriterien

für eine Berichterstattung qualitativer Studien bei allen Schritten der vorliegenden Forschungsarbeit berücksichtigt und reflektiert (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Weiterhin wurden die von Corbin und Strauß formulierten Qualitätsmerkmale für die GTM, wie das Verwenden des theoretischen Samplings mit dem Kriterium der theoretischen Sättigung, das Verwenden der Methode des ständigen Vergleichens, das Kodieren, das Schreiben theoretisch-analytischer Memos und das intersubjektive Forschen eingehalten (Corbin & Strauss, 2015). Während des gesamten Analyseprozesses wurden zentrale Schritte und Entscheidungen in einem Forschungstagebuch notiert, um Daten zu organisieren, zu verwalten und die Analyse transparent zu machen.

Die Datenanalyse zeichnete sich auf der einen Seite als sehr strukturiert aus, blieb aber der GTM bedingt auch flexibel. Die Forschenden waren in einem engen und ständigen Austausch, um die Triangulation zu gewährleisten. Interpretationszirkel fanden regelmäßig statt, um die eigene Perspektive zu überprüfen, zu erweitern, z.T. bereits bestehende Ideen verwerfen, neue Denkanstöße zu erhalten und offene Fragen zu klären. Die Forschenden verfügten über – unter dem Begriff der *theoretischen Sensitivität* subsumiert – vorläufige Annahmen und sensibilisierende Konzepte, welche auf theoretischem Vorwissen basierten. Im Prozess der Datenanalyse distanzieren sich die Forschenden so weit wie möglich davon, und nahmen eine offene, flexible und reflektierende Haltung ohne Vorannahmen ein.

In den Analyseprozess oder Rückmeldung erster Ergebnisse wurden die Interviewten nicht mit einbezogen.

3.2.4. Ausführliche Beschreibung der verschiedenen Analyse- und Codingschritte

Für das Datenmanagement wurde MAXQDA (Version 18.0.8) verwendet, um eine Bündelung und Vereinfachung forschungs- und prozessbezogener Datenverarbeitung zu erlangen. Der erste Schritt der Analyse war das mehrmalige Lesen der Transkripte und das Vorcodieren per Hand durch Unterstreichen, Einkreisen und Hervorheben relevanter Information für die Forschungsfrage, sowie das Verwenden eines Vorcodierungs-Memos. Corbin und Strauß legen drei Modi des Kodierens nahe, welche tendenziell aufeinander aufbauend, jedoch nicht strikt voneinander zeitlich separiert zu verstehen sind (Corbin & Strauss, 2015; Strübing, 2021): *Offenes*, *axiales* und *selektives* Kodieren. Alle Codes haben zunächst vorläufigen Charakter und das Coding ist kein linearer, sequenzieller, sondern ebenso ein iterativ-zyklischer Prozess.

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde sich an dem Coding Manual von Saldaña orientiert, welche die Kodier-Modi von Corbin und Strauß als eigenständige Kodier-Methode modifiziert und konkretisiert (Saldaña, 2017). Der Kodier-Prozess wurde somit in die zwei geforderten Abschnitte, den ersten und den zweiten Zyklus, eingeteilt, die legitimerweise nicht strikt zeitlich voneinander getrennt benutzt wurden.

Im ersten Zyklus, der in etwa dem offenen Kodieren entspricht, wurden insbesondere *initial* Codes – mit *in vivo*- und *process*- , *versus*- und *simultaneous*- Codes angewendet (Saldaña, 2017). Dabei wurde abschnittsweise eine „line-by-line“-Kodierung verwendet und relevante Eindrücke aus den Transkripten extrahiert. Dies geschah zunächst überwiegend deskriptiv, im Verlauf zunehmend elaboriert und abstrahiert. Der Kodierungsprozess wurde von mir (DW) in enger Abstimmung mit einer weiteren Wissenschaftlerin (VA) durchgeführt.

Der zweite Zyklus, der in etwa das axiale und selektive Kodieren umfasst, wurde nach dem vierten Interview begonnen und beinhaltete vorwiegend *focused*-, *axial*-, und später *theoretical* Coding.

Diese führen schrittweise zu einer Theorieentwicklung, indem die Codes geordnet, klassifiziert werden, konzeptuelle Codes und hierarchische Strukturen erstellt werden, sowie (Sub-)Kategorien etabliert, organisiert und in Beziehung gesetzt werden. Hierfür wurde mitunter das in MAXQDA zu Verfügung stehende „creative coding“ verwendet.

In Abbildung 1 ist als Screenshot ein Teil von bereits etablierten Codes aus dem Programm MAXQDA zu erkennen, welche im Verlauf des Kodierungsprozesses durch mich generiert wurden. Dies stellt einen Zwischenstand dar, ist bislang nicht veröffentlicht, und die Codes wurden im Verlauf modifiziert und erweitert. Je nach Projekt variiert die Anzahl der Codes, Kategorien und Themen. In der Literatur existieren unterschiedliche Vorschläge von 50-300 Codes, 15-20 Kategorien und 5-7 zentrale Kategorien (Themen) (Saldaña, 2017). In der Forschungsarbeit existierten durch ein überwiegendes „line-by-line“-Coding über alle Interviews hinweg zunächst 1.795 Codes, worunter sich 816 Codes für die Fragestellung als zentral darstellten; es ergaben sich einige (Sub-)Kategorien, wobei eine Kernkategorie, das *paarbezogene Ernährungskonzept*, und 3 zentrale Kategorien resultierten.

▲ ● 🟢 subjektive ernährungsbezogene Gesundheitsvorstellungen	0
▷ ● 🟢 generelle Annahmen	13
● 🟠 auf mögliche vorhandene Krankheiten abgestimmt	2
▲ ● 🟢 Inhalte und Quantität	0
▲ ● 🟢 spezifische Nahrungsprodukte als gesund	0
● 🟢 Körper braucht Fleisch für ausgewogene Ernährung	5
● 🟢 (grüne) Smoothies gesund	2
● 🟢 2-2,5l pro Tag trinken	1
● 🟢 Obst- und gemüsereiche Kost	12
● 🟢 (mehr) dunkles Brot essend	3
● 🟢 Rohrzucker statt raffiniertes, weißer Zucker	1
▲ ● 🟢 bestimmte Nahrungsbestandteile als gesund	0
● 🟢 wenige Gewürze	1
● 🟢 wenig Salz konsumierend	2
● 🟢 wenig tierisches Eiweiß	1
● 🟢 im Alltag auf wenige Kalorien und fettarme Ernährung achtend	21
▲ ● 🟢 im Alltag auf zuckerarme Ernährung achtend	12
● 🟢 keine gezuckerten Getränke	1
▲ ● 🟢 Essensmenge	0
● 🟢 auf Abendbrot verzichten wollend	2
● 🟢 Vermeiden von zu starkem Völlegefühl nach dem Essen	3
▲ ● 🟢 restriktives und abgestimmtes Essen als gesund	0
● 🟢 Frühstück wenig essend	2
● 🟢 mittags asketisch essend	2
● 🟢 Mittagessen auf sportliche Aktivität ausgerichtet	1
● 🟢 abends weniger Kohlenhydrate aus diätetischen Gründen	1
● 🟢 einen kleinen Salat als Mittagessen	1
● 🟢 "Alles in Maßen"	13
● 🟢 Ernährung sollte ausgewogen sein	11
▷ ● 🟢 Herkunft, Produktion, Zubereitung	62
▷ ● 🟢 Mahlzeiten-setting und -struktur	64
▷ ● 🟢 Was wird als ungesund betrachtet?	18

Abbildung 1. Generierte Codes zu ernährungsbezogenen Gesundheitsvorstellungen

Quelle: Eigene Darstellung als Screenshot aus dem Programm MAXQDA

Mittels ständiger komparativer Analyse wurden die Codes untereinander und mit den Daten, sowie die entstandenen Kategorien untereinander und mit den Codes und Daten gegengeprüft und entsprechend angepasst. Hierfür erstellte ich ebenfalls in MAXQDA sogenannte Concept-maps – „Maxmaps“ genannt –, welche eine bessere Übersicht erhobener Daten und bereits erfolgter Analyse ermöglicht und diese dann graphisch angeordnet, gebündelt, hierarchisiert, kommentiert und in Zusammenhang gesetzt werden können. Ein Beispiel einer Concept-Map mit einigen Codes zu *ernährungsbezogenen Gesundheitsvorstellungen* ist in bislang unveröffentlichter Abbildung 2 zu sehen und gibt einen Einblick in den konkreten Forschungsprozess. Es entstehen – rechteckig eingerahmt – erste Kategorien, welche mit Pfeilen markierte dazugehörige Subkategorien und Codes inkludieren.

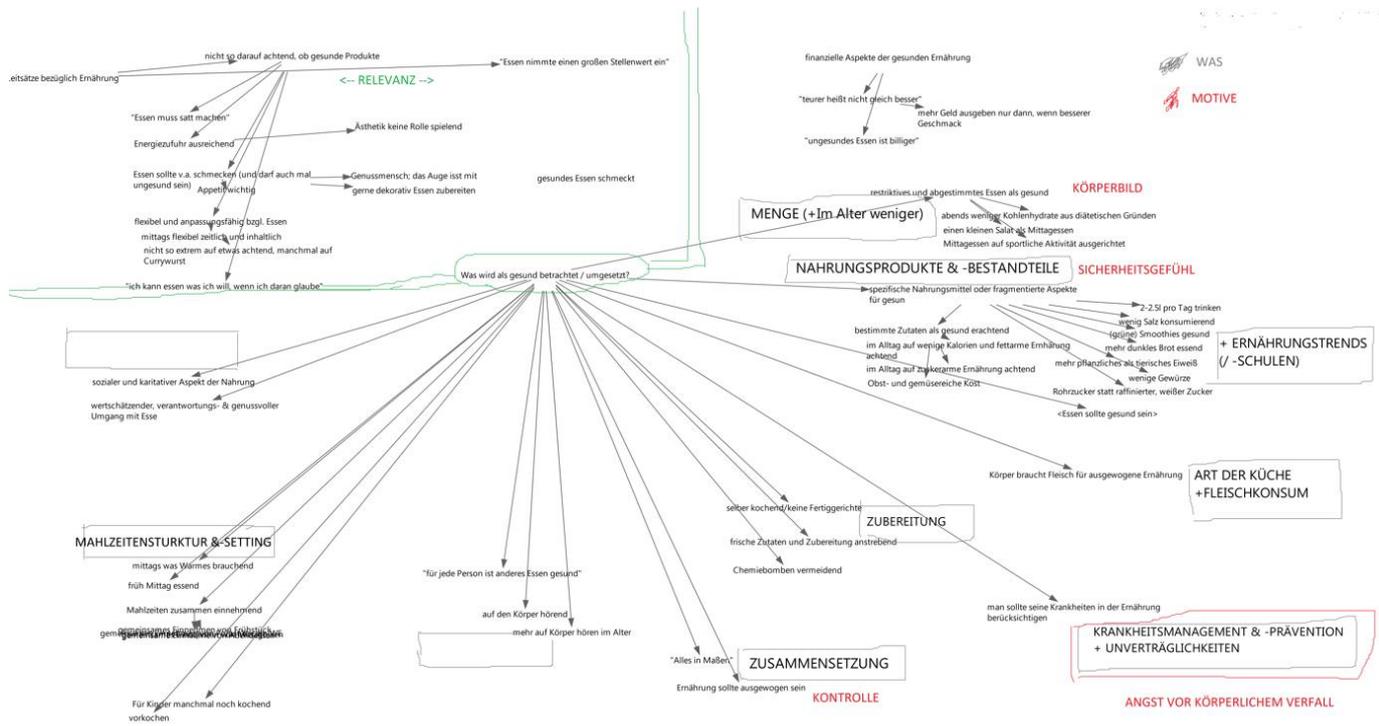


Abbildung 2. Vorläufige Concept Map zu ernährungsbezogenen Gesundheitsvorstellungen

Quelle: Eigene Darstellung aus dem Programm MAXQDA

Zusätzlich zu dem Kodieren wurden durch mich (DW) durchgehend sogenannte Memos angelegt. Einerseits um Transparenz, aber wichtiger um eine ständige Reflexion zu gewährleisten: Es werden weitere Interpretationsansätze angestoßen, Fragen kommen auf und neue Perspektiven werden eingenommen. Es wurden unterschiedliche Arten von Memos verwendet, von welchen Folgende zentral im Forschungsprozess waren:

- (1) Code-Memos, welche die Codes noch näher definieren und ausführen. Dabei wurden auch Fragen und Gedanken zu den Codes notiert. Diese wurden in MAXQDA eingepflegt.
- (2) Aufschlussreiche analytische Memos, welche regelmäßig verfasst wurden und bei dem Reorganisieren und Reanalysieren der Daten unterstützen, sowie für das Erstellen von (Sub-)Kategorien halfen. Diese wurden fortlaufend in einem Worddokument verfasst.
- (3) Memos pro Interview-Paar, welche reflektierende Interpretationen im Sinne der dokumentarischen Methode darstellen und den Erfahrungsraum der jeweiligen Paare rund um Ernährung noch intensiver zu begreifen versuchen. Diese wurden im Verlauf auf ca. 1 DIN A4 –Seite komprimiert und strukturiert und konnten unter anderem für regelmäßig

stattfindende Interpretationszirkel genutzt werden, um Ideen/Forschungsrichtungen weiterzuentwickeln oder zu verwerfen. Die Memos wurden in MAXQDA oder als Word-Datei angelegt.

Der Analyseprozess wurde fortgesetzt, bis eine theoretische Sättigung erreicht war. Im Verlauf des Kodier- und Analyseprozesses wurde ein zentrales Thema identifiziert, was wiederum selbst - als sogenannte Kernkategorie - codiert wurde. Sukzessive wurden alle Unterkategorien und Kategorien um diese sich herausbildende Kernkategorie herum organisiert. Die Hauptergebnisse wurden deskriptiv beschrieben und weiterhin resultierte eine Modellentwicklung (*conceptual model*) der paarbezogenen Gesundheits- bzw. Ernährungsvorstellungen, das *paarbezogene Ernährungskonzept*. Zur besseren Veranschaulichung kann Fig. 1 in Wirsching et al. (2022) auf Seite 4 herangezogen werden.

4. Ergebnisse

Die Ergebnisse werden an dieser Stelle zusammengefasst dargestellt. In Wirsching et al. (2022) finden sich die Ergebnisse zum Teil detaillierter und mit Zitaten unterlegt.

4.1. Themen des paarbezogenen Ernährungskonzept

Das *paarbezogene Ernährungskonzept* stellt sich als zentrales Thema, die sogenannte Kernkategorie, dar. Die Interviewten attribuierten ihre Ernährungsvorstellungen häufig mit Adjektiven wie „normal“ oder „vernünftig“. Es zeigte sich, dass das Kriterium der Vernunft über die Paare hinweg variabel war. Es konnten drei Themen rekonstruiert werden, welche das Ernährungskonzept darstellen und entsprechende Kategorien und Subkategorien enthalten: *Ernährungsbezogene Gesundheitsvorstellungen* (in Englisch: *Ideas of healthy diet*), *Geschmack* (in Englisch: *Taste*) und *Körpervorstellungen* (in Englisch: *Body Images*).

4.1.1. Ernährungsbezogene Gesundheitsvorstellungen

Die rekonstruierten Annahmen über gesunde Ernährung gliedern sich in folgende drei Kategorien: 1) *Quantität der Nahrung*; 2) *Qualität der Nahrung* sowie 3) *Mahlzeitenstruktur und -setting*, welche jeweils die in Wirsching et al. (2022) genannten Subkategorien enthalten. Es zeigt sich, dass nicht nur spezifische Nahrungsprodukte und Nahrungsbestandteile der Mahlzeit, sondern ebenso Kontextfaktoren und Rahmenbedingungen, welche unter *Mahlzeitenstruktur und -setting* zusammengefasst werden, relevant für ein Ernährungskonzept sind.

Bezüglich der der ersten beiden Kategorien werden v.a. Vollkornprodukte, Obst- und Gemüsekonsum als gesund benannt und es dokumentiert sich eine Abneigung gegen Chemie- und Schadstoffe, welche insbesondere mit Fertiggerichten in Verbindung gebracht werden. Es zeigt sich zum Teil eine sehr fragmentierte Aufzählung mit Details wie zum Beispiel „Rohrzucker statt raffinierten, weißen Zuckers“, „Margarine statt Butter“ als unverhandelbare Komponente in den Ernährungsvorstellungen, welche jedoch isoliert und nicht in ein vollständiges Gesundheitskonzept eingebettet zu existieren scheinen. Bezüglich der Nahrungsbestandteile besteht die Aufzählung durch die Interviewten vornehmlich aus Negativaufzählungen, wie zucker-, salz-, fett- und kalorienarm. Hier wird das Ungesunde thematisiert, das einen Gegenhorizont zu gesunder Ernährung bildet, welche sich

durch ein Fehlen und Weglassen von bestimmten Produkten auszeichnet. Somit wird gesunde Ernährung negativ definiert und lässt einen mit gesunder Ernährung konnotierten Verzicht bei den Interviewten vermuten.

Bei der Kategorie *Mahlzeitenstruktur und -setting* manifestiert sich neben einer divergierenden Anzahl der Mahlzeiten, welche von den Interviewten als gesund empfunden werden, die Relevanz von Regelmäßigkeit resp. Ritualisierung der Mahlzeiten, welche eine vergemeinschaftende Funktion haben und in einem ruhigen Ambiente stattfinden sollen. Dahinter verbirgt sich ein ganzheitliches und salutogenetisches Motiv, welchem eine positive Definition von Gesundheit zugrunde liegt. Dies wurde bei einigen Interviewten durch einen allgemein achtsamen, gesundheitsbewussten und selbstfürsorglichen Lebensstil ergänzt, welcher der Gesundheit zuträglich ist.

4.1.2. Geschmack

Weiterhin formt der *Geschmack paarbezogene Ernährungskonzepte*. In den Interviews dokumentiert sich *Geschmack* als im Verlauf der Partnerschaft gemeinsam veränderbar. Entweder wird der *Geschmack* in die bei den Interviewten omnipräsenten *ernährungsbezogenen Gesundheitsvorstellungen* integriert, sodass *Geschmack* und *Gesundheitsvorstellungen* im Einklang stehen.

Oder es zeigt sich eine Kontrastierung des *Geschmacks* zu der *ernährungsbezogenen Gesundheit* und bildet einen Gegenhorizont. Dabei wird der *Geschmack* im Gegensatz zu *ernährungsbezogener Gesundheit* mit einem regel-, zwangs- und verzichtsfreien Ernährungsalltag assoziiert.

Im Zusammenhang mit *Geschmack* werden von Interviewten auch die Begriffe Appetit und Genuss benutzt. *Geschmack* wird dabei in eine gemütliche und achtsame Grundhaltung eingebettet, die als gesund und somit ergänzend zur *ernährungsbezogenen Gesundheitsvorstellungen* eingestuft wird.

4.1.3. Körpervorstellungen

Das Thema *Körpervorstellungen* manifestiert sich als weiteres zentrales Thema. Es können zwei Kategorien ausgemacht werden. (1) *Körpervorstellungen*, welche auf *ernährungsbezogenen Gesundheitsvorstellungen* basieren und (2) *Körpervorstellungen*, welche aus rein ästhetischen Körperidealen angestrebt werden.

(1) Genannte zugrundeliegende Gesundheitsvorstellungen gehen davon aus, dass der Körper „ein kleines Fettpolster“ brauche und ein etwas stämmigerer Körper leistungsfähiger sei. Kontrastierend hierzu existierte ebenfalls die Gesundheitsvorstellung eines geringen Körpergewichts, welches mit körperlichem Wohlbefinden assoziiert wird. Durch ein geringes Körpergewicht beschrieben Interviewte gegenwartsbezogen ein besseres Körpergefühl und weniger Gelenkschmerzen; zukunftsbezogen versprechen sie sich eine höhere Lebensqualität und Unabhängigkeit.

(2) Oppositiv hierzu standen ästhetisch gerahmte *Körpervorstellungen*, welche bei manchen Paaren das Hauptrational der Ernährungskonzepts darstellten. *Ernährungsbezogene Gesundheitsvorstellungen* wurden dann konsekutiv an einem idealen Körperbild angelegt. Attraktivität, Schlankheit und Sexualität schienen in dem Sample ein ideales Körperbild auszumachen. Mittels eines eher restriktiven Essverhaltens wird versucht, dieses zu erreichen.

4.2. Dynamik und Einflüsse auf das Ernährungskonzept

Die rekonstruierten dargestellten Dimensionen bestimmen selten isoliert ein *paarbezogenes Ernährungskonzept*. Die Relevanz der Themen variierte interindividuell und zwischen den Paaren. Zudem unterliegen Ernährungskonzepte einem paarbiographischen Wandel. Paare berichteten über ihr Ernährungskonzept als ein dynamisches Konstrukt.

Die Veränderung des Ernährungskonzepts auf Paarebene betrifft insbesondere einzelne Aspekte der *ernährungsbezogenen Gesundheit, Geschmack oder Körperbild*, welche gemeinsam ausgehandelt werden. Priorisierte Themen können dabei individuell bestehen bleiben und erweisen sich als sozialräumlich geprägt und teilweise sehr robust. In dem Sample waren also *paarbezogene Ernährungskonzepte* festzustellen, welche innerhalb des Paares ausgehandelt und etabliert werden.

4.3. Der Gesundheitsexperte / Die Gesundheitsexpertin

Bezüglich der Aushandlung insbesondere *ernährungsbezogener Gesundheitsvorstellungen* manifestierte sich innerhalb einer jeden Paardiyade jeweils die Figur eines/einer sogenannten „Gesundheitsexperten/-in“ (GE), welche in dem Sample sowohl männlich als auch weiblich sein konnte. Die Rolle des GE zeichnete sich innerhalb eines jeweiligen Paares ab, variierte jedoch in der konkreten Ausformung über die Paare hinweg.

Der GE wurde durch fundiertere Expertise und konkretere Vorstellungen zu gesunder Ernährung innerhalb des Paares charakterisiert. Im Verlauf des Interviews dokumentierte sich der GE dadurch, dass er in der Regel als Erster auf die Frage antwortet, ob Essen gesund sein müsse. Alternativ oder zusätzlich führte der GE diese Frage oder weitere Aspekte zu *ernährungsbezogenen Gesundheitsvorstellungen* detaillierter aus.

Die Figur des GE zeichnete sich durch eine höhere Priorisierung einer gesunden Ernährung und entsprechend mehr Wissbegier und Offenheit für gesundheitsbezogene Ernährungsinformationen aus. So berichteten GE beispielsweise von einer Teilnahme einer Onlinestudie für gesündere Ernährung. Andere GE informieren sich bei Ärzten und präsentierten medizinisch geprägte ernährungsbezogene Gesundheitsvorstellungen. Es konnte eine hohe Übernahme von Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit unter den GE erkannt werden.

Für die GE war es meist eindeutig und unverhandelbar, was für sie - und je nach Ausprägung der GE auch für ihre Umwelt – gesunde Ernährung darstellt. Bei manchen GE resultierte das in einer wertenden Haltung in Bezug auf Ernährungsvorstellungen oder -verhalten der Umwelt und sie benutzten dabei Begrifflichkeiten wie „falsche“ und „schlechte Ernährung“ oder „unvernünftiges Essen“. Von den GE geprägt, entwickelte sich ein *Ernährungs-Codesystem*, in welchem die wertenden Begrifflichkeiten von beiden Seiten innerhalb des Paares verstanden und im Interviewverlauf benutzt wurden. Auch normative Begrifflichkeiten wie „normal“ oder „einfach“ wurden innerhalb der Paardiyade verwendet und eine identische Bedeutung zugeschrieben, welche jedoch bei anderen Paaren divergieren konnte.

Die GE fokussierten – interindividuell variierend – eine der oben beschriebenen Kategorien der *ernährungsbezogenen Gesundheitsvorstellungen*, welche sie für sich und ihren Partner verfolgten. Dies kann zum Beispiel *Ausgewogenheit und Variation* sein, wenn ein GE immer wieder im Verlauf des Interviews betonte, „alles in Maßen“ zu konsumieren. Oder es kann *Mahlzeitensetting und -struktur* sein, indem ein GE im Verlauf wiederholt die Ruhe und das Gemeinsame bei den Mahlzeiten betonte.

Die Ausprägung des GE bildete über das Sample hinweg ein Kontinuum von latent bis manifest, je nachdem als wie zentral sich die *ernährungsbezogene Gesundheit* für den GE darstellte und zu welchem Grad er diese explizierte. Wenn beispielsweise neben der

ernährungsbezogenen Gesundheit auch der *Geschmack* als wichtig von dem GE dargestellt wurde und es Freiheitsgrade in der Relevanz des gesunden Essens zu geben schien, wurde ein solcher GE als latent eingestuft. War im Gegenteil jedoch keinerlei Kompromissfähigkeit bezüglich *ernährungsbezogener Gesundheit* festzustellen, so wurde ein solcher GE als manifest eingestuft.

Dem GE kommt eine zentrale moderierende Rolle hinsichtlich der Ausprägung gemeinsamer *ernährungsbezogener Gesundheitsvorstellungen* zu. Die Art, wie diese Rolle ausgeübt wird, variiert stark zwischen den Paaren: Das kann eher eine passive Rolle sein, wenn der GE seine eigenen Gesundheitsvorstellungen eher für sich selbst behält und anstrebt (passive Rolle). Ernährungskonzepte der Partner scheinen hier parallel zu koexistieren. Oder aber die Rolle des GE gestaltet sich aktiver. Dabei kann der GE kooperativ sein, indem er dem Partner und möglichen existierenden Gesundheitsvorstellungen gegenüber offen und einbeziehend ist. Das Paar definiert vorwiegend gemeinsam *ernährungsbezogene Gesundheitsvorstellungen*, die auf sie beide zutreffen (aktiv-kooperative Rolle). Dem gegenüber steht der eher dominante GE, welcher weniger kompromissbereit ist und Normen innerhalb des Paares setzt (aktiv-dominante Rolle). Der unterschiedliche Umgang mit dem Mandat des GE bestimmt die ernährungsbezogene Paardynamik.

5. Diskussion

5.1. Zusammenfassung und Interpretation der zentralen Ergebnisse

Als zentrales Thema konnte das *paarbezogene Ernährungskonzept* herausgearbeitet werden. Dies setzt sich aus den Themen *ernährungsbezogene Gesundheitsvorstellungen*, *Geschmack* und *Körperbild* zusammen.

Das Thema *ernährungsbezogene Gesundheitsvorstellungen* umfasste wiederkehrende Annahmen in Bezug auf bestimmte Lebensmittel, Nährstoffe, Ausgewogenheit, Mäßigung, Krankheiten, Selbstgemachtes und Frische und bestätigt bereits existierende Ergebnisse hierzu (Bisogni, Jastran, Seligson, & Thompson, 2012; Faltermaier, Kiihnlein, & Burda-Viering, 1998; Paquette, 2005). Das sich in dem Sample darstellende, zum Teil sehr fragmentierte Gesundheitswissen, was sich punktuell aus sehr detaillierten und spezifischen Gesundheitsvorstellungen zusammensetzt, kann möglicherweise Sicherheit und Struktur in einem sonst mit Informationen überfluteten, komplexen Gebiet, geben (Barlösius, 2016). Zudem ist es möglich, dass ein individuelles Regelwerk ein (vermeintliches) Gefühl der Kontrolle gibt, wenn zum Beispiel spezifische Zutaten gemieden werden oder auf bestimmte Herstellungsweisen geachtet wird.

Es kann konstatiert werden, dass das persönliche Ernährungskonzept (und die Nahrungsauswahl) nicht isoliert existiert, sondern sich entwickelt und stark mit dem des Partners interagiert, sodass ein *paarbezogenes Ernährungskonzept* entsteht. Gleiche Ergebnisse, allerdings für jüngere Paare beschreiben Ristovski-Slijepcevic und Chapman (2005). Ähnliches wird mit dem Begriff „managing relationship“ im *Personal Food System* des Food-Choice-Prozessmodells impliziert (Furst et al., 1996). Diese interaktionelle Ebene ist Fokus der vorliegenden Forschungsarbeit und macht einen zentralen Bestandteil des *paarbezogenen Ernährungskonzepts* aus. In dieser Studie haben wir die Rolle eines GE bei allen Paaren herausgearbeitet. Dies ist diejenige Person innerhalb der Paare, die auf konzeptioneller und (vor-)reflexiver Ebene fundiertere Expertise, konkretere Vorstellungen und höhere Priorisierung einer gesunden Ernährung zugeschrieben wird. In Wirsching et al. (2022) ist eine Abgrenzung zu dem bereits in der Literatur existierenden Family Food Preparer (FFP), der sich auf die Ernährungspraxis bezieht, zu finden (Bourcier, Bowen, Meischke, & Moinpour, 2003; Brown & Miller, 2002; Hannon, Bowen, Moinpour, & McLerran, 2003).

Nach dem Food-Choice-Modell kann das Ernährungskonzept als integraler Bestandteil des sogenannten *Personal Food System* eingeordnet werden (Connors, Bisogni, Sobal, & Devine, 2001; Furst et al., 1996). Der in der vorliegenden Forschungsarbeit sich darstellende mentale Prozess von Ernährungsvorstellungen ist teilweise dem Prozess des *Personal Food Systems* entsprechend. Als theoretische Vorstellungen zeigten sich in der neben „Health“ und „Taste“, „Body Image“ als weiterer Aspekt. Weiterhin stellt sich das paarbezogene Ernährungskonzept als ein dynamisches Konstrukt dar, was mit bereits etablierten Befunden übereinstimmt (Bourdieu, 1990; Lenger, Schneickert, & Schumacher, 2013). Auch in dem Food-Choice-Modell werden Ernährungskonzepte aus der „life course perspective“ als über die gesamte Lebensspanne dynamisch beschrieben (Connors et al., 2001; Devine, 2005).

Das Verständnis dieser Prozesse ist wesentlich für die Entwicklung und wirksame Umsetzung von Strategien zur Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten, welche unter 5.4. ausgeführt werden.

5.2. Weiterführende Ergebnisse und Implikationen für zukünftige Forschung

5.2.1. Einflüsse auf das paarbezogene Ernährungskonzept

In der Studie wurde auf die Aushandlung und Dynamik des *paarbezogenen Ernährungskonzept* fokussiert. In der Analyse der Daten ergaben sich neben dem wechselseitigen Einfluss der Partnerschaft, Hinweise auf weitere Einflüsse, welche nicht tiefergehend analysiert wurden. Zukünftige Studien können die im Folgenden genannten Einflüsse näher explorieren und systematisieren.

Bestehende Erkrankungen scheinen über alle Interviews hinweg eine Rolle zu spielen. Durch körperliche Erkrankungen findet eine bewusste Auseinandersetzung und Modifizierung der bestehenden Themen des Ernährungskonzepts statt. Bezüglich des Themas *ernährungsbezogene Gesundheitsvorstellungen* werden je nach Erkrankung andere Foki gesetzt. Beispielsweise ändert ein Paar aufgrund einer Reflux-Erkrankung die *Mahlzeitenstruktur*. Eine andere Interviewte verändert aufgrund Arthrose-artiger Beschwerden *Quantität der Nahrung* dahingehend, dass sie für sich weniger Fleischkonsum als gesund erachtet. Eine adäquate Handhabung bestehender Krankheiten bilden ein rationales Motiv für eine subjektive gesunde Ernährung. Devine (2005) und Sobal et al. (2006) beschreiben sogenannte „turning points“ als Veränderungsmoment in der Ernährung. Über

das gesamte Sample hinweg können körperliche Erkrankungen als solche angenommen werden.

Existierende Ernährungstrends und überwiegend über den Fernseher transportierte nahrungsrelevante Informationen scheinen für das untersuchte Sample und Altersgruppe eine wichtige sozialmediale Beeinflussung darzustellen.

Darüber hinaus ist eine starke sozialräumliche Prägung anklingend. Bezüglich der in der Ursprungsfamilie erlebten Ernährungskonzepte scheint es bei einigen Paaren zu einer Fortführung von diesen zu kommen. Dabei werden Elemente, die in der Ursprungsfamilie praktizierten Ernährungsgewohnheiten, tradiert oder auch wieder bewusst aufgegriffen. Andere Paare scheinen sich hingegen bewusst zu den in der Ursprungsfamilie erlebten Ernährungskonzepten (explizit) zu distanzieren, wobei der Partner bei diesem Abgrenzungsprozess eine wichtige Stellgröße darstellt. Die Daten deuten darauf hin, dass dieser Einfluss je nach der emotionalen Beziehung zu den Eltern variiert. Existierende Studien hierzu postulieren eine Persistenz der erlebten „childhood food domain“ (Correa et al., 2017; Hooper, Ivory, & Fougere, 2015). Die aktuelle Studie stellt dies in Frage, und gibt Anlass zu der Vermutung, dass eine eher negative Beziehung zu den Eltern zu einer Distanzierung der „childhood food domain“, dagegen eine eher positive emotionale Beziehung zu den Eltern zu einem Fortbestehen der „childhood food domain“ führt.

5.2.2. Diskrepanz zwischen theoretischen Gesundheitsvorstellungen und praktischen Gesundheitshandeln

Die vorliegende Dissertation konzentriert sich, wie in den Ergebnissen bereits beschrieben, auf die reflexive Ebene der subjektiven Ernährungskonzepte. In Anlehnung an Bohnsacks' Modell wurde die propositionale Logik und nicht die performative Logik bezüglich des Essens analysiert (Amling & Vogd, 2017). Obwohl Ernährungspraktiken nicht im Detail analysiert wurden, finden sich Hinweise darauf, dass es Diskrepanzen zwischen *paarbezogenen Ernährungsvorstellungen* und der tatsächlichen paarbezogenen Ernährungspraxis gibt.

Viele psychologische Modelle untersuchen diesen Unterschied von Motivation, Volition und Handeln im Allgemeinen, von denen der Health Action Process Approach sehr etabliert ist (Schwarzer, 2008). Es gibt bereits Erkenntnisse, dass ältere Personen Ernährungswissen nicht in die Praxis umsetzen (Turconi, Rossi, Roggi, & Maccarini, 2013).

Grund hierfür können zum Beispiel, wie in dem „personal food system“ beschrieben finanziellen Aspekte („cost“) oder zeitliche Ressourcen und Praktikabilität („convenience“) sein (Connors et al., 2001; Furst et al., 1996). Weitere systematische Hindernisse für die Umsetzung einer gesund angestrebten Ernährung können in zukünftiger Forschung exploriert werden.

5.2.3. Geschlechterspezifische Ernährungsvorstellungen

Es zeigte sich, dass der/die GE nicht geschlechtergebunden ist. Dies gilt es durch quantitative (Folge-)Forschung zu bestätigen.

Geschlechterspezifische Unterschiede zeichnen sich jedoch in den Analysen bezüglich des Umgangs mit einem angestrebten schlanken Körperideal und dem resultierenden restriktiven Essverhalten ab. Während weibliche Interviewte dieses Thema explizit ansprechen und einen offenen Umgang damit darlegen, streben männliche Interviewte dies ebenfalls an, zeigen jedoch einen durch Ironie distanzierteren oder einen durch vermeintlich männlich assoziierte Eigenschaften legitimierten Umgang mit restriktivem Essverhalten.

5.2.4. Paardynamiken und möglich resultierende Typiken

Durch die Paardynamik und unterschiedliche Zusammensetzungen und Priorisierung der drei Themen des *paarbezogenen Ernährungskonzepts*, werden *paarbezogene Ernährungskonzepte* ausgehandelt und etabliert. Resultierend zeichneten sich verschiedene Ernährungstypiken ab. Ebenso zeichneten sich mit den Ernährungstypiken einhergehend jeweilige Ernährungsstile ab, wie zum Beispiel klassische Hausmannskost, Fusionsküche, improvisierte Küche, und Diätküche, welche möglicherweise in zukünftig geplanter Arbeit den noch herauszuarbeitenden und konkretisierenden Typiken zugeordnet werden könnte.

5.3. Chancen und Limitationen der Studie

Der verwendete qualitative Forschungsansatz ermöglichte es, ohne feste Vorannahmen neue Konzepte zu erlangen und vorläufige Modelle zu generieren. Durch die Paarinterviews wurde ein Einblick in Einfluss und Interaktion der Partnerschaft auf die Ernährungsvorstellungen gewonnen und somit konnte die ernährungsbezogene Paardynamik erfasst werden. Dadurch entstand als bisheriges Novum in der Literatur die Figur des GE.

Gleichzeitig können die oben beschriebenen Ergebnisse nicht generalisiert werden. Das liegt zum einen in der qualitativen Methodik selbst begründet, die u.a. eine nicht-randomisierte, kleine, und auf den Großraum Berlin begrenzte Stichprobe enthält. Zum anderen kann ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden, da sich möglicherweise bei dem Oberthema Ernährung eher gesundheitsbewusste Paare gemeldet haben, welche sich per se schon mehr mit dem Thema auseinandersetzen. Wir versuchten dem durch ein breites Bewerben der Studie möglichst entgegen zu wirken. Weiterhin wird die soziale Erwünschtheit im Antwortverhalten teilweise angenommen, was zu einem weiteren Bias (Response Bias) führt. Das Rational-Choice-Modell belegt dies insbesondere für sensible Themen, welche Ernährung und Diät inkludiert (Hebert, Clemow, Pbert, Ockene, & Ockene, 1995; Stocké, 2004). Diese Selektions- und Responsebias sollten bei möglichen weiteren quantitativen Studien als systematischer Fehler geringgehalten und kontrolliert werden.

Die Limitationen der Studie sind ausführlicher in Wirsching et al. (2022) dargestellt.

5.4. Implikationen für die Forschungspraxis

Wie in der Einleitung beschrieben, ist durch die Industrialisierung und Marktveränderung der Nahrungsmittel, zunehmend eine ungesunde Ernährung mit daraus resultierenden DRCD in der Bevölkerung festzustellen.

Es obliegt der Verantwortung der Politik, des öffentlichen Gesundheitswesens und der Nahrungsmittelindustrie, sowie deren Zusammenarbeit, diesbezüglich Veränderungsimpulse zu geben. Ernährungskonzepte können nachweislich durch Markt- und Ernährungsinterventionen geformt werden (McCarthy, Collins, Flaherty, & McCarthy, 2017; Ristovski-Slijepcevic & Chapman, 2005). Der Ansatz der Primärprävention zur Reduktion der DRCD gilt als die kostenwirksamste, erschwinglichste und nachhaltigste Maßnahme. Verantwortung, Richtlinien und Strategien existieren hier sowohl auf globaler, europäischer und länderspezifischer Ebene. Seit 2004 gibt es eine durch die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly) formulierte Resolution „Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health“ formuliert, welche alle Länder auffordert ernährungspolitische Strategien für einen Rückgang chronischer Erkrankungen zu entwickeln (World Health Organization, 2003). Auf europäischer Ebene zeigt sich in diesem Feld die *Produktreformulierung* als zentral, welche eine Reduktion von Energie, Zucker, Fetten und

Salz in Fertigprodukten vorschreibt und in Deutschland 2018 in der „Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten“ resultierte. Dies wird in Deutschland durch das Max-Rubner-Institut mittels Produktmonitoring überprüft, jedoch hat es bisher keinen verpflichtenden, sondern einen empfehlenden und dialogorientierten Charakter (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2020).

Neben der *Produktreformulierung*, die die ernährungsphysiologische Zusammensetzung von Produkten optimiert, werden in Deutschland Maßnahmen zur Werberegulierung, Verbesserung des Ernährungswissens, sowie verbraucherfreundlichen Lebensmittelkennzeichnung getroffen. Hier existiert in Deutschland z.B. seit 2020 der sogenannte *Nutri-Score*, umgangssprachlich auch als Ernährungsampel bekannt, auf freiwilliger Basis für alle Lebensmittelprodukte (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2020).

Aus den Ergebnissen der Forschungsarbeit können Schlussfolgerungen abgeleitet werden, die dazu beitragen können, Ernährungsinterventionen zu verbessern und eine konsequente und nachhaltige Umsetzung dieser zu fördern.

Um fragmentierte Ernährungsvorstellungen zu reduzieren, sollte nicht nur Ernährungswissen mit detaillierten Ernährungsinformationen vermittelt werden, sondern konkrete Ernährungsmuster vorgeschlagen und gefördert werden, die weniger abstrakt und näher am täglichen Leben sind (Barlösius, 2016). Ein gesundes Ernährungsmuster stellt zum Beispiel die bereits genannte mediterrane Ernährung dar. Yannakoulia et al. (2018) schlagen Ernährungsmuster für ältere Menschen mit spezifischen Gesundheitsproblemen vor, für die ein Nutzen nachgewiesen werden konnte. Ernährungsinterventionen könnten also Ernährungsstile aufgreifen und diese gegebenenfalls erweitern oder modifizieren.

Darüber hinaus sollten nicht nur *Gesundheitsvorstellungen*, sondern das Ernährungskonzept als Ganzes und die damit verbundenen Themen berücksichtigt werden. Durch Ernährungsinterventionen sollen also auch *Geschmack* und *Körperbild* Einzug finden, bestenfalls mit gesundheitszentrierten Identitäten verknüpft werden und letztere gestärkt werden.

Die Paardiyade scheint für Ernährungsinterventionen geeignet zu sein. Ernährungsinterventionen sollten sich nicht nur an den FFP, sondern insbesondere auch an den GE richten.

Es zeigt sich, dass das Fernsehen in dieser Alterskohorte eine ernährungsprägende Rolle spielt. Dies bestätigt frühere Erkenntnisse und könnte für Strategien der öffentlichen Gesundheit genutzt werden (Alizadeh & Salehi, 2016).

Ein weiteres Medium mit breitem Wirkspektrum könnten Hausarztpraxen bzw. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) darstellen, die von dem Sample als wichtige Instanzen mit einer gewissen Einflussnahme dargestellt werden. Durch die niederschwellige und regelmäßige Kontaktaufnahme durch die PatientInnen selbst, könnten parallel zum eigentlichen Behandlungsanliegen bereits bestehende Ernährungsinterventionen beworben oder perspektivisch individualisierte Ernährungsinterventionen implementiert werden.

Literaturverzeichnis

- Alizadeh, L., & Salehi, L. (2016). Older People's Perspectives on Health, Physical Activity and Nutritional Behaviors. *Health Promotion Perspectives*. <https://doi.org/10.15171/hpp.2015.034>
- Amling, S., & Vogd, W. (Eds.). (2017). *Dokumentarische Organisationsforschung: Perspektiven der praxeologischen Wissenssoziologie*. (1st ed.). Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.2307/j.ctvdf02hf>
- Arens-Azevedo, U., & Berh-Völtzer, C. (2002). *Ernährung im Alter* (Vincentz Verlag). Hannover.
- Aune, D., Giovannucci, E., Boffetta, P., Fadnes, L. T., Keum, N. N., Norat, T., ... Tonstad, S. (2017). Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality-A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *International Journal of Epidemiology*, *46*(3), 1029–1056. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw319>
- Baer, N.-R., Zoellick, J. C., Deutschbein, J., Anton, V., Bergmann, M. M., & Schenk, L. (2021). Dietary preferences in the context of intra-couple dynamics: Relationship types within the German NutriAct family cohort. *Appetite*, *167*(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105625>
- Baker, A. H., & Wardle, J. (2003). Sex differences in fruit and vegetable intake in older adults. *Appetite*, *40*(3), 269–275. [https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(03\)00014-X](https://doi.org/10.1016/S0195-6663(03)00014-X)
- Bakker, J. I. (Hans. (2019). Grounded Theory Methodology and Grounded Theory Method: Introduction to the Special Issue. *Sociological Focus*, *52*(2), 91–106. <https://doi.org/10.1080/00380237.2019.1550592>
- Barlösius, E. (2016). *Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung* (3. edition). Weinheim: Beltz Juventa.
- Bechthold, A., Boeing, H., Schwedhelm, C., Hoffmann, G., Knüppel, S., Iqbal, K., ... Schwingshackl, L. (2019). Food groups and risk of coronary heart disease, stroke and heart failure: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, *59*(7), 1071–1090. <https://doi.org/10.1080/10408398.2017.1392288>

- Bisogni, C. A., Connors, M., Devine, C. M., & Sobal, J. (2002). Who we are and how we eat: A qualitative study of identities in food choice. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34(3), 128–139. [https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60082-1](https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60082-1)
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I., & Nohl, A.-M. (2008). Einleitung: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. In *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis*. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90741-3_1
- Bourcier, E., Bowen, D. J., Meischke, H., & Moinpour, C. (2003). Evaluation of strategies used by family food preparers to influence healthy eating. *Appetite*, 41(3), 265–272. [https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(03\)00104-1](https://doi.org/10.1016/S0195-6663(03)00104-1)
- Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. Cambridge: Stanford University Press.
- Bove, C. F., Sobal, J., & Rauschenbach, B. S. (2003). Food choices among newly married couples: Convergence, conflict, individualism, and projects. *Appetite*. [https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(02\)00147-2](https://doi.org/10.1016/S0195-6663(02)00147-2)
- Brown, L. J., & Miller, D. (2002). Couples' Gender Role Preferences and Management of Family Food Preferences. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34(4), 215–223.
- Bücker, N. (2020). Kodieren - aber wie? Varianten der Grounded-Theory-Methodologie und der qualitativen Inhaltsanalyse im Vergleich. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 21(1). Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/>
- Connors, M., Bisogni, C. A., Sobal, J., & Devine, C. M. (2001). Managing values in personal food systems. *Appetite*, 36(3), 189–200. <https://doi.org/10.1006/appe.2001.0400>
- Contento, I. R. (2008). Nutrition education: linking research, theory, and practice. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 17(1), 176–179.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2015). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (4. ed.). Los Angeles, CA: Sage.
- Correa, N., Rajaraman, D., Swaminathan, S., Vaz, M., Jayachitra, K. G., Lear, S. A., & Punthakee, Z. (2017). Perceptions of healthy eating amongst Indian adolescents in India and Canada. *Appetite*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.029>
- Cruwys, T., Bevelander, K. E., & Hermans, R. C. J. (2015). Social modeling of eating: A

- review of when and why social influence affects food intake and choice. *Appetite*, *86*, 3–18. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.08.035>
- Dailey, R. M., Romo, L. K., & Thompson, C. M. (2011). Confirmation in Couples' Communication About Weight Management: An Analysis of How Both Partners Contribute to Individuals' Health Behaviors and Conversational Outcomes. *Human Communication Research*. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2011.01414.x>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung. (2018). Veränderungen im Energie- und Nährstoffbedarf. Retrieved October 25, 2021, from <https://www.fitimalterdge.de/fachinformationen/ernaehrung-im-alter/physiologische-veraenderungen/veraenderungen-im-energie-und-naehrstoffbedarf/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung. (2020). *14. DGE-Ernährungsbericht*. (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Ed.). Bonn.
- Devine, C. M. (2005). A Life Course Perspective: Understanding Food Choices in Time, Social Location, and History. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *37*(3), 121–128. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60266-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60266-2)
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, *137*(5), 535–544.
- Esposito, K., Kastorini, C. M., Panagiotakos, D. B., & Giugliano, D. (2011, February 1). Mediterranean diet and weight loss: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1089/met.2010.0031>
- Ezzati, M., & Riboli, E. (2013). Behavioral and Dietary Risk Factors for Noncommunicable Diseases. *New England Journal of Medicine*, *369*(10), 954–964. <https://doi.org/10.1056/nejmra1203528>
- Falk, L. W., Sobal, J., Bisogni, C. A., Connors, M., & Devine, C. M. (2001). Managing healthy eating: Definitions, classifications, and strategies. *Health Education and Behavior*, *28*(4), 25–39. <https://doi.org/10.1177/109019810102800405>
- Fardet, A., & Boirie, Y. (2013). Associations between diet-related diseases and impaired physiological mechanisms: A holistic approach based on meta-analyses to identify targets for preventive nutrition. *Nutrition Reviews*. <https://doi.org/10.1111/nure.12052>
- Fardet, A., & Boirie, Y. (2014). Associations between food and beverage groups and

- major diet-related chronic diseases: An exhaustive review of pooled/meta-analyses and systematic reviews. *Nutrition Reviews*. <https://doi.org/10.1111/nure.12153>
- Flick, U. (2016). *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung, vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Furst, T., Connors, A., Bisogni, C. A., Sobal, J., & Falk, L. W. (1996). Food Choice: A Conceptual Model of the Process. *Appetite*, 26(3), 247–266. <https://doi.org/10.1006/appe.1996.0019>
- Fuß, S., & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription : eine praktische Einführung*. UTB (Vol. 4185 : Soz). Opladen [u.a.]: Budrich.
- Giezenaar, C., Chapman, I., Luscombe-Marsh, N., Feinle-Bisset, C., Horowitz, M., & Soenen, S. (2016). Ageing is associated with decreases in appetite and energy intake— A meta-analysis in healthy adults. *Nutrients*, 8(1). <https://doi.org/10.3390/nu8010028>
- Hannon, P. A., Bowen, D. J., Moinpour, C. M., & McLerran, D. F. (2003). Correlations in perceived food use between the family food preparer and their spouses and children. *Appetite*, 40(1), 77–83. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(02\)00140-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0195-6663(02)00140-X)
- Hasford, J., Kidwell, B., & Lopez-Kidwell, V. (2018). Happy wife, happy life: Food choices in romantic relationships. *Journal of Consumer Research*. <https://doi.org/10.1093/jcr/ucx093>
- Helfferrich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. *SpringerLink: Bücher*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Holler, C. (2000). Ernährungsqualität und Mortalität: Studienergebnisse und deren ernährungstherapeutische Bedeutung in der Primärprävention von Erkrankungen. *Journal Für Ernährungsmedizin*, 2(4), 21–24.
- Hooper, C. M., Ivory, V. C., & Fougere, G. (2015). “Dinner’s ready!” A qualitative exploration of the food domain across the lifecourse. *Appetite*, 92, 133–142. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2015.04.073>
- Huy, C., Schneider, S., & Thiel, A. (2010). Perceptions of aging and health behavior: Determinants of a healthy diet in an older German population. *The Journal of*

- Nutrition, Health & Aging*, 14(5), 381–385. <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0084-z>
- Irz, X., Fratiglioni, L., Kuosmanen, N., Mazzocchi, M., Modugno, L., Nocella, G., ... Zanello, G. (2014). Sociodemographic determinants of diet quality of the EU elderly: A comparative analysis in four countries. *Public Health Nutrition*, 17(5), 1177–1189. <https://doi.org/10.1017/S1368980013001146>
- Kastorini, C. M., Millionis, H. J., Esposito, K., Giugliano, D., Goudevenos, J. A., & Panagiotakos, D. B. (2011). The effect of mediterranean diet on metabolic syndrome and its components: A meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(11), 1299–1313. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.09.073>
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz* (2nd ed.). Weinheim ; Basel: Beltz Juventa.
- Laitinen, S., Högström, P., & Räsänen, L. (1997). Similarity of food choices among young Finnish couples. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. <https://doi.org/10.1046/j.1365-277X.1997.00068.x>
- Landry, M., Lemieux, S., Lapointe, A., Bédard, A., Bélanger-Gravel, A., Bégin, C., ... Desroches, S. (2018). Is eating pleasure compatible with healthy eating? A qualitative study on Quebecers' perceptions. *Appetite*, 125, 537–547. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.02.033>
- Lenger, A., Schneickert, C., & Schumacher, F. (2013). Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. In A. Lenger, C. Schneickert, & F. Schumacher (Eds.), *Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18669-6>
- Markey, C., & Markey, P. (2011). Romantic partners, weight status, and weight concerns: An examination using the actor-partner interdependence model. *Journal of Health Psychology*, 16(2), 217–225. <https://doi.org/10.1177/1359105310375636>
- Markey, C. N., Markey, P. M., & Birch, L. L. (2001). Interpersonal predictors of dieting practices among married couples. *Journal of Family Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.3.464>
- McCarthy, M. B., Collins, A. M., Flaherty, S. J., & McCarthy, S. N. (2017). Healthy eating

- habit: A role for goals, identity, and self-control? *Psychology and Marketing*.
<https://doi.org/10.1002/mar.21021>
- Medina-Remón, A., Kirwan, R., Lamuela-Raventós, R. M., & Estruch, R. (2018). Dietary patterns and the risk of obesity, type 2 diabetes mellitus, cardiovascular diseases, asthma, and neurodegenerative diseases. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, *58*(2), 262–296. <https://doi.org/10.1080/10408398.2016.1158690>
- Meryem, P., & Havva, S. (2017). Mediterranean Diet in Prevention of Chronic Diseases. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, *6*(7), 36–39.
- Millen, B. E., Abrams, S., Adams-Campbell, L., Anderson, C. A., Brenna, J. T., Campbell, W. W., ... Lichtenstein, A. H. (2016). The 2015 Dietary Guidelines Advisory Committee Scientific Report: Development and Major Conclusions. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, *7*(3), 438–444. <https://doi.org/10.3945/an.116.012120>
- Murray, C. J. L. (1994). Global burden of disease Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bulletin of the World Health Organization*, *72*(3), 429–445.
- Neuhouser, M. L. (2018). The importance of healthy dietary patterns in chronic disease prevention. *Nutrition Research*, *70*, 3–6. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2018.06.002>
- Nishida, C., Uauy, R., Kumanyika, S., & Shetty, P. (2004). The Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. *Public Health Nutrition*, *7*(1a), 245–250. <https://doi.org/10.1079/phn2003592>
- Nordmann, A. J., Suter-Zimmermann, K., Bucher, H. C., Shai, I., Tuttle, K. R., Estruch, R., & Briel, M. (2011). Meta-analysis comparing mediterranean to low-fat diets for modification of cardiovascular risk factors. *American Journal of Medicine*, *124*(9), 841–851.e2. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.04.024>
- Pachucki, M. A., Jacques, P. F., & Christakis, N. A. (2011). *Social Network Concordance in Food Choice Among Spouses, Friends, and Siblings*. *American Journal of Public Health* (Vol. 101). Retrieved from <http://www.ajph.org>.
- Paquette, M.-C. (2005). Perceptions of Healthy Eating State of Knowledge and Research Gaps. *Canadian Journal of Public Health*, *96*(3), 16–21.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/BF03405196>

- Pleyer, B., & Raidl, A. (2018). *Ernährung im Alter Praxishandbuch mit Checklisten für Pflege und Betreuung*.
- Ristovski-Slijepcevic, S., & Chapman, G. E. (2005). Integration and individuality in healthy eating: Meanings, values, and approaches of childless, dual earner couples. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 18(4), 301–309. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2005.00623.x>
- Rivlin, R. S. (2007). Keeping the young-elderly healthy: is it too late to improve our health through nutrition? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 86(5), 1572–1276. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/ajcn/86.5.1572S>
- Robert-Koch-Institut. (2012). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*.
- Robinson, E., & Higgs, S. (2013). Food choices in the presence of “healthy” and “unhealthy” eating partners. *British Journal of Nutrition*. <https://doi.org/10.1017/S0007114512002000>
- Saldaña, J. (2017). *The Coding Manual for Qualitative Researchers* (3E ed.). Los Angeles: SAGE Publications Ltd.
- Schreier, M. (2013). Teil II - Qualitative Methoden. In W. Hussy, M. Schreier, & G. Gerald Echterhoff (Eds.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (2. Auflage). Heidelberg: Springer Verlag.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1–29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>
- Schwingshackl, L., Ruzanska, U., Anton, V., Wallroth, R., Ohla, K., Knüppel, S., ... Bergmann, M. M. (2018). The NutriAct Family Study: A web-based prospective study on the epidemiological, psychological and sociological basis of food choice. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5814-x>
- Serra-Majem, L., Roman, B., & Estruch, R. (2006). Scientific evidence of interventions using the Mediterranean Diet: A systematic review. In *Nutrition Reviews*. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2006.tb00232.x>
- Shlisky, J., Bloom, D. E., Beaudreault, A. R., Tucker, K. L., Keller, H. H., Freund-Levi, Y.,

- ... Meydani, S. N. (2017). Nutritional considerations for healthy aging and reduction in age-related chronic disease. *Advances in Nutrition*. American Society for Nutrition. <https://doi.org/10.3945/an.116.013474>
- Sobal, J., Bisogni, C. A., Devine, C. M., & Jastran, M. (2006). Conceptual Model of the Food Choice Process over the Life Course. In *The Psychology of food choice* (pp. 1–19).
- Sofi, F. (2009). The Mediterranean diet revisited: Evidence of its effectiveness grows. *Current Opinion in Cardiology*. <https://doi.org/10.1097/HCO.0b013e32832f056e>
- Sofi, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2010, November 1). Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: An updated systematic review and meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29673>
- Statistisches Bundesamt. (2011). Zensus.Datenbank. Abrufbar unter:
<https://ergebnisse2011.zensus2022.de/datenbank/online?operation=previous&levelindex=2&step=0&titel=Bev%C3%B6lkerung+kompakt+%28Tabellen%29&levelid=1669032006633&levelid=1669031952222#abreadcrumb>. Zuletzt abgerufen am 27.07.2022
- Statistisches Bundesamt. (2021). DESTATIS. Abrufbar unter:
<https://www.genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectio nname=126210002&zeitscheiben=16&sachmerkmal=ALT577&sachschluessel=AL TVOLL000,ALTVOLL020,ALTVOLL040,ALTVOLL060,ALTVOLL065,ALTVOLL080 #abreadcrumb>. Zuletzt abgerufen am 27.07.2022
- Strübing, J. (2021). *Qualitative Sozialforschung. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils* (4. Auflage). Wiesbaden : Springer. Retrieved from <http://www.springer.com/series/12481>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Turconi, G., Rossi, M., Roggi, C., & Maccarini, L. (2013). Nutritional status, dietary habits, nutritional knowledge and self-care assessment in a group of older adults attending

- community centres in Pavia, Northern Italy. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(1), 48–55. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2012.01289.x>
- Vizireanu, M., & Hruschka, D. (2018). Lay Perceptions of Healthy Eating Styles and Their Health Impacts. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 50(4), 365–371. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.12.012>
- Willcox, D. C., Willcox, B. J., Todoriki, H., & Suzuki, M. (2009, August 1). The okinawan diet: Health implications of a low-calorie, nutrient-dense, antioxidant-rich dietary pattern low in glycemic load. *Journal of the American College of Nutrition*. <https://doi.org/10.1080/07315724.2009.10718117>
- Wirsching, D., Baer, N. R., Anton, V., & Schenk, L. (2022). Dietary concepts in the dyad: Results from a qualitative study of middle-aged and older couples. *Appetite*, 175, 106020. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2022.106020>
- World Bank. (1993). *World development report 1993: investing in health*. New York: Published for the World Bank, Oxford University Press.
- World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases : report of a joint WHO/FAO expert consultation*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.
- Yannakoulia, M., Mamalaki, E., Anastasiou, C. A., Mourtzi, N., Lambrinoudaki, I., & Scarmeas, N. (2018). Eating habits and behaviors of older people: Where are we now and where should we go? *Maturitas*. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.05.001>

Eidesstattliche Versicherung

Ich, Dorothea Wirsching, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „**Ernährungskonzepte von Paaren im mittleren und höheren Lebensalter. Reconstruction of nutrition concepts among elderly spouses**“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht. Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit der Erstbetreuerin, angegeben sind.

Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Datum

Unterschrift

Anteilserklärung an der erfolgten Publikation

Dorothea Wirsching hatte folgenden Anteil an der folgenden Publikation:

Wirsching, D., Baer, N. R., Anton, V., & Schenk, L. (2022). Dietary concepts in the dyad: Results from a qualitative study of middle-aged and older couples. *Appetite*, 175, 106020.

Beitrag im Einzelnen:

- Erarbeitung und Operationalisierung der Fragestellung
- Literaturrecherche für theoretische Einordnung und aktuellen Forschungsstand
- Festlegen für Auswertungsmethode mit theoretischer und praktischer Vertiefung in Grounded Theory und das Programm MAXQDA
- Methodische Durchführung des Projekts mit z.T. Datenaufbereitung (bereits vorliegende Interviews durch Ko-Autorin VA, welche extern transkribiert wurden), Datenorganisation und Datenanalyse. Hierzu zählt insbesondere:
 - Ordnen & Auswählen der Transkripte
 - Codieren (teils line-by-line) der ausgewählten Transkripte
 - Abschnittsweises paralleles Codieren mit Ko-Autorin VA für Intersubjektivität und Vorstellen/Beurteilung vorläufiger Ergebnisse in Interpretationszirkeln.
 - Erstellen und Hierarchisieren von Kategorien.
 - Modellerstellung und -finalisierung, woraus die Abbildung 1 der Publikation resultierte
- Erstellen aller Abbildungen und Tabellen im Manuskript
- Verfassen des Manuskripts und Einarbeitung des Feedbacks von Ko-Autorinnen NB und LS. Finale Abstimmung mit allen Ko-Autorinnen.
- Alleinige Verantwortung für Publikationsprozess inklusive Einreichung, Kommunikation mit Editor und – in Rücksprache mit Ko-Autorin NB – Bearbeitung der Revision bis zur Annahme

Unterschrift, Datum und Stempel der erstbetreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift der Doktorandin

Auszug aus der Journal Summary List

Journal Data Filtered By: **Selected JCR Year: 2021** Selected Editions: SCIE,SSCI
 Selected Categories: **"NUTRITION and DIETETICS"** Selected Category
 Scheme: WoS
Gesamtanzahl: 90 Journale

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfaktor
1	PROGRESS IN LIPID RESEARCH	7,982	14.673	0.00444
2	Advances in Nutrition	11,981	11.567	0.01334
3	CRITICAL REVIEWS IN FOOD SCIENCE AND NUTRITION	31,262	11.208	0.02478
4	Annual Review of Nutrition	7,215	9.323	0.00335
5	Obesity	25,762	9.298	0.02427
6	FOOD CHEMISTRY	189,508	9.231	0.08940
7	International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity	16,438	8.915	0.01650
8	AMERICAN JOURNAL OF CLINICAL NUTRITION	68,739	8.472	0.03128
9	Hepatobiliary Surgery and Nutrition	1,647	8.265	0.00234
10	NUTRITION RESEARCH REVIEWS	3,782	8.146	0.00184
11	Current Obesity Reports	3,004	8.023	0.00444
12	Food Science and Human Wellness	2,006	8.022	0.00162
13	CLINICAL NUTRITION	23,957	7.643	0.02320
14	NUTRITION REVIEWS	12,365	6.846	0.00620
15	Nutrients	94,031	6.706	0.11554
16	Frontiers in Nutrition	6,265	6.590	0.00791
17	PROCEEDINGS OF THE NUTRITION SOCIETY	8,177	6.391	0.00431
18	JOURNAL OF NUTRITIONAL BIOCHEMISTRY	15,277	6.117	0.00837
19	FOOD POLICY	11,047	6.080	0.00834
20	FOOD REVIEWS INTERNATIONAL	4,176	6.043	0.00190

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfaktor
21	ANNALS OF NUTRITION AND METABOLISM	5,971	5.923	0.00425
22	INTERNATIONAL JOURNAL OF EATING DISORDERS	13,532	5.791	0.01109
23	INTERNATIONAL JOURNAL OF OBESITY	27,811	5.551	0.01817
24	Current Nutrition Reports	1,378	5.537	0.00223
25	Journal of Nutrition Health & Aging	8,783	5.285	0.00814
26	Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics	8,586	5.234	0.00888
27	Journal of Functional Foods	22,198	5.223	0.01629
28	Obesity Research & Clinical Practice	2,416	5.214	0.00339
29	Beneficial Microbes	3,044	5.050	0.00286
30	APPETITE	29,122	5.016	0.01884
31	Journal of the International Society of Sports Nutrition	3,234	4.948	0.00272
32	Journal of Eating Disorders	1,910	4.916	0.00265
33	NUTRITION	16,721	4.893	0.01010
34	EUROPEAN JOURNAL OF CLINICAL NUTRITION	20,025	4.884	0.01161
35	EUROPEAN JOURNAL OF NUTRITION	12,404	4.865	0.01315
36	Obesity Facts	2,937	4.807	0.00341
37	Nutrition & Diabetes	2,153	4.725	0.00253
38	JOURNAL OF NUTRITION	47,858	4.687	0.01691
39	NUTRITION METABOLISM AND CARDIOVASCULAR DISEASES	8,961	4.666	0.00758
39	Nutrition & Metabolism	5,663	4.654	0.00397
41	INTERNATIONAL JOURNAL OF SPORT NUTRITION AND EXERCISE METABOLISM	4,338	4.619	0.00359

Druckexemplar der Publikation

Die Publikation ist aufgrund fehlender Genehmigung des Verlages an dieser Stelle nicht als Volltext vorzufinden. Die Publikation ist unter folgendem Link zu finden:

Wirsching, D., Baer, N. R., Anton, V., & Schenk, L. (2022). Dietary concepts in the dyad: Results from a qualitative study of middle-aged and older couples. *Appetite*, 175, 106020. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2022.106020>

Lebenslauf

Der Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht

Publikationsliste

- Spanhel K., Schweizer J.S., Wirsching D., Lehr D., Baumeister H., Bengel J., Sander L. (2019). Cultural adaptation of internet interventions for refugees: Results from a user experience study in Germany. *Internet Interventions*, 18.
- Wirsching, D., Baer, N. R., Anton, V., & Schenk, L. (2022). Dietary concepts in the dyad: Results from a qualitative study of middle-aged and older couples. *Appetite*, 175.

Danksagung

Ich danke zuallererst aus dem Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft meiner direkten Betreuerin PD Dr. Liane Schenk, sowie Verena Anton für die zahlreichen wertvollen Austausche über Inhalt und Organisatorisches, wofür sie stets Zeit einräumten. Auch Dr. Nadja Baer möchte ich herzlich danken, die sich im Verlauf meiner Dissertation fleißig und pragmatisch einbrachte. Weiterhin danke ich Prof Dr. Adelheid Kuhlmeier, unter deren Schirmherrschaft das Dissertationsprojekt stattfand.

Besonderen Dank gilt natürlich den Proband*innen, ohne welche die Studie nicht möglich gewesen wäre.

Im privaten Umfeld standen mir zahlreiche liebe und vertraute Personen sowohl mit fachlicher, als auch mit unermüdlicher emotionaler Unterstützung zur Seite. Einen großen Dank dafür!