

Gesundheit während der Ausbildungsphase

Qualitative Befragung sozial benachteiligter und/oder lernbehinderter junger Erwachsener

Katrin Anderlohr, Fulda; Eva-Maria Endres*, Franziska Lehmann*, Berlin; Christoph Klotter, Fulda*

Zusammenfassung

Die qualitative Befragungsstudie mit sozial benachteiligten und/oder lernbehinderten jungen Erwachsenen hat zum Ziel, gesundheitsförderliche Maßnahmen für das Setting Betrieb zu eruieren. Mittels qualitativen Interviews mit Auszubildenden und Ausbilder/-innen eines Unternehmens konnte gezeigt werden, dass die Themen Gesundheit und Ernährung einen geringeren Stellenwert bei den Auszubildenden einnehmen als die Themen Ausbildung und Zukunft. Für eine gute Betriebsatmosphäre und das Wohlbefinden der Auszubildenden war der Führungsstil der Ausbilder entscheidend. Es bestand eine Diskrepanz zwischen Gesundheitswissen und -verhalten.

Interventionen zur Gesundheitsförderung sollten alle bedeutsamen Lebensbereiche der Auszubildenden mit einbeziehen, insbesondere die berufliche Zukunftsplanung. Des Weiteren sollten v. a. verhältnisbezogene Maßnahmen Anwendung finden, wie ein partizipativer Führungsstil, Pflegen einer gemeinsamen Esskultur oder rückenfreundliche Bedienung der Geräte.

Schlüsselwörter: Soziale Benachteiligung, Lernbehinderung, betriebliche Gesundheitsförderung, Jugendliche, Ausbildung

*K. ANDERLOHR, E.-M. ENDRES UND F. LEHMANN teilen sich die Erstautorenschaft.

Das Gesundheitsverhalten sozial benachteiligter Jugendlicher zeichnet sich durch eine Ernährung mit ungünstigerer Nährstoffzusammensetzung und einen inaktiveren Lebensstil (geschlechtsspezifisch v. a. für Mädchen) aus [2]. Zudem steht die Esskultur Jugendlicher im Zeichen der entwicklungspezifischen Neuorientierung: Essen vermittelt soziale und kulturelle Identität und befindet sich in der Entwicklungsphase der Jugend zwischen der Ablösung von den Eltern und der Abhängigkeit vom elterlichen Haushalt. Der Wunsch nach Eigenständigkeit und Unabhängigkeit muss deshalb mit der verlässlichen Versorgung durch die Familie vereinbart werden. Bspw. werden gemeinsame Essenszeiten als Möglichkeit zur Einmischung und Erziehung wahrgenommen und schaffen Verbindlichkeit, der sich die Jugendlichen eher entziehen wollen. Jugendliche sind zudem auf der Suche nach einer eigenen Identität und alternativen Lebensentwürfen [3].

Sozial benachteiligte Jugendliche und junge Erwachsene fanden bisher verhältnismäßig wenig Berücksichtigung in der Gesundheitsförderung [4]. Um das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit dieser Zielgruppe positiv zu beeinflussen und damit einen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit leisten zu können, stellt die Ausbildungsphase eine aussichtsreiche Zeitspanne dar. Im Setting Betrieb setzen gesundheitsfördernde Maßnahmen im Le-

Hintergrund

Über den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit besteht kein Zweifel: Zahlreiche Studien

haben in den vergangenen 25 Jahren überzeugend belegt, dass der soziale Status einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit ausübt [1]. Wie sich im aktuellen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und der Nationalen Verzehrsstudie II (NVS II) zeigt, gilt dies auch für das Jugend- und junge Erwachsenenalter. So wird ein deutliches Sozialschichtgefälle bei der Prävalenz von Adipositas, Essstörungen, psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten dokumentiert. Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus leiden im Vergleich zu Gleichaltrigen höherer Statusgruppen häufiger an diesen gesundheitlichen Auffälligkeiten [2].

Zitierweise:

Anderlohr A, Endres EM, Lehmann F, Klotter C (2013) Health during vocational training. Qualitative interviews with socially disadvantaged and/or learning-disabled adolescents. *Ernaehrungs Umschau international* 60(10): 168–173

The English version of this article is available online:
DOI 10.4455/eu.2013.032

bensalltag der Mitarbeiter/-innen an und ermöglichen somit, Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen sowie adäquate Zugangswege zu definieren und vorhandene Ressourcen nutzen zu können [5]. Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) nutzt dabei die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung nach der *Ottawa Charta* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [6].

Der vorliegende Beitrag beschreibt ausgewählte Ergebnisse einer Bedarfsanalyse für gesundheitsförderliche Maßnahmen in einem Ausbildungsbetrieb. Untersucht wurden die Lebensstilbereiche Gesundheit und Essen während der Ausbildungsphase bei sozial benachteiligten und/oder lernbehinderten jungen Erwachsenen. Das besondere Interesse galt den Fragen, wie die Zielgruppe die Zeit der Ausbildung erlebt, welche Bedürfnisse sie hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden hat und welche Zukunftsperspektiven sie für sich sieht. Mit der Bedarfsanalyse sollte ein Einblick in die Lebenswelt der Zielgruppe ermöglicht und eine partizipative Grundlage für die Gestaltung nachfolgender Interventionen geschaffen werden.

Methodik

Als Forschungsansatz wurde eine qualitative Methode gewählt, bei der die Auszubildenden und Ausbilder/-innen mittels leitfadengestützter Einzelinterviews befragt wurden. Die Leitfäden für beide Gruppen gliederten sich in die Oberthemen Arbeitsplatz, Gesundheit, Ernährung, Stimmung und Drogenkonsum. Beim Thema Arbeitsplatz richtete sich das Erkenntnisinteresse bei den Auszubildenden vor allen Dingen auf die zu verrichtende Arbeit und die Arbeitsorganisation des Unternehmens sowie auf Verbesserungsvorschläge und wahrgenommene Zukunftsperspektiven. Bei den Ausbildern ging es vorrangig darum, ihre Sicht zur Zusammenarbeit mit den Auszubildenden zu erfassen. Bei den anderen Oberthemen lag der Fokus auf der Erfassung des subjektiven Sinngehalts der Themen und der Lebenswelt der Auszubildenden.

Rekrutierung der Interviewpartner/-innen

Für die Rekrutierung der Interviewpartner/-innen wurde mit möglichen Teilnehmern/-innen persönlicher Kontakt im Ausbildungsbetrieb aufgenommen. Die Auswahl erfolgte auf Basis einer freiwilligen Teilnahme. Bei den Ausbildern/-innen wurden zum einen Personen ausgewählt, die in der Ausbildung der jungen Erwachsenen eine zentrale Rolle spielten, und zum anderen an einem der zwei unterschiedlichen Ausbildungsstandorte beschäftigt waren. Zur Teilnahme waren insgesamt sieben junge Erwachsene (19–21 Jahre) aus der Abteilung Hauswirtschaft und zwei Ausbilder/-innen in der Funktion der Küchenleitung bereit.

Datenauswertung

Die Interviews dauerten zwischen 16 und 105 Minuten. Die Auswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING. Das übergeordnete Ziel dieser Methode ist es, Kommunikationsmaterial systematisch auszuwerten. Dabei zielt sie nicht nur auf den Inhalt des verbalen Materials ab, sondern kann auch formale Aspekte und latente Sinngehalte zu ihrem Gegenstand machen.

In der vorliegenden Untersuchung fand die so genannte strukturierende Inhaltsanalyse Anwendung [7]. Dazu wurde zunächst ein Kategoriensystem, das zur Auswertung diente, formuliert. Dieses wurde im zweiten Schritt mit Ankerbeispielen, die typische Textstellen für die einzelnen Kategorien repräsentierten, ergänzt. Im dritten Schritt erfolgte die Erstellung von Kodierregeln, die die Zuordnung der Analyseeinheiten zu den Kategorien festlegen [8].

Das Kategoriensystem wurde sowohl induktiv, d. h. während der Auswertung und durch den Leitfaden, als auch deduktiv – theoriegestützt – entwickelt. In Orientierung am Interviewleitfaden wurden sieben Oberkategorien gebildet (Persönlichkeit, Zukunftsperspektiven, sozioökonomische

Hintergründe, Umgang mit Suchtmitteln, Gesundheit/Wohlbefinden, Essverhalten/Ernährung, Arbeitsplatz). Um die Auswertung zu spezifizieren, wurde jede Kategorie, ausgenommen die Kategorie „Umgang mit Suchtmitteln“, durch verschiedene Unterkategorien erweitert, die ihrerseits z. T. nochmals eine Unterteilung erhielten. ♦ Tabelle 1 bietet einen Einblick in das System. Insgesamt ergaben sich so 69 verschiedene Kategorien bzw. Codes, denen im Laufe der Auswertung insgesamt 1 069 Codings (Interviewabschnitte) zugeordnet wurden.

Die Auswertung fand softwaregestützt durch MaxQDA statt.

Ergebnisse¹

Sozio-ökonomischer Hintergrund

Die Auszubildenden besaßen entweder einen Hauptschulabschluss oder holten diesen mit ihrer Ausbildung nach. Das Ausbildungsgehalt der Interviewten lag bei 400–500 € brutto/Monat, zusätzlich erhielten einige Fahrtgeld vom Unternehmen, Wohngeld über die Agentur für Arbeit und/oder Kindergeld von ihren Eltern. Die finanzielle Aufstellung der Eltern war aufgrund deren Arbeitssituation (Arbeitslosigkeit, kurzfristige und/oder einfache Beschäftigungen wie Putzhilfe oder Hundebetreuung) als schwierig zu bewerten.

Die meisten Auszubildenden wohnten noch mit ihrer Familie zusammen, nur wenige hatten eine eigene Wohnung. Teilweise wurde von Unterstützung durch Familienhelfer, schlechten Wohnbedingungen sowie Heimaufenthalt gesprochen. Überwiegend wurde jedoch von guten Verhältnissen innerhalb der Familie berichtet.

B: „Aber bei uns ist es wirklich so, Wochenende ist so Familientag. Das ist ganz wichtig bei uns. Und dann sitzen dann alle sechs, mit mir sechs Kinder am Tisch, mit Eltern, obwohl meine Eltern getrennt

¹Im Ergebnisteil finden sich z. T. ausgewählte Interviewabschnitte.

A = Ausbilder/-in, B = Auszubildende/-r, I = Interviewer/-in

Oberkategorie	Unterkategorien mit ausgewählten Interviewabschnitten
Gesundheit/ Wohlbefinden	<p>Erkrankungen B: „Des war ne Erbkrankheit, so mit vier oder so hatt ich dann schon Diabetes.“</p> <hr/> <p>Maßnahmen sowie Wünsche und Bedürfnisse zur Gesundheitserhaltung und Stressbewältigung B: „Also manchmal gehe ich mit meiner Mutti spazieren oder ich wohne zur Zeit im Dorf und dann fahre ich manchmal Inliner oder ich gehe mit meinem Bruder raus und spiele mit ihm Federball oder Fußball...“</p> <hr/> <p>subjektive Vorstellung zum Gesundheitsbegriff I: „Und was bedeutet Gesundheit für dich?“ B: „Mich gesund ernähren, dass ich nicht krank an die Arbeit komme (...) ja. Das heißt, halt für mich Gesundheit.“</p>
Ernährung	<p>Aversionen/Präferenzen B: „Rosenkohl zum Beispiel. Den mag ich net. Wie jetzt letzte Woche auch, am Freitag war das, auch nur Bauernomelette da, das wollt ich zum Beispiel auch net haben. ...“</p> <hr/> <p>Essverhalten (differenziert nach Tageszeiten und Ort: Zu Hause und auf der Arbeit)</p> <hr/> <p>Stellenwert des Essens B: „... Ich gebe nicht gerne viel Geld aus. Wenn ich einkaufen gehe, kaufe ich wirklich nur so das Billigste, sagen wir mal.“</p> <hr/> <p>Esskultur (Situation während dem Essen, Traditionen)</p> <hr/> <p>Ernährungswissen vs. Ernährungsverhalten</p> <hr/> <p>Veränderungsbedarf/Wünsche bzgl. des Lebensmittelangebotes und des Essverhaltens</p> <hr/> <p>Diätverhalten</p> <hr/> <p>Versorgung im Privatbereich</p>
Arbeitsplatz	<p>Klima am Arbeitsplatz I: „Und wie ist denn der Umgang der Auszubildenden untereinander?“ B: „Ähm, rau aber herzlich. Ja, also von, von, von unhöflich bis ruppig bis ganz freundschaftlich, also es gibt da alle Sorten.“</p> <hr/> <p>Verhältnis zwischen Ausbilder und Auszubildenden</p> <hr/> <p>Was gefällt/gefällt nicht am Arbeitsplatz</p> <hr/> <p>Einstellung zur Arbeit</p> <hr/> <p>Unterstützungsbedarf und -maßnahmen</p>

Tab. 1: Ausgewählter Ausschnitt aus dem Kategoriensystem
B = Auszubildende/-r; I = Interviewer/-in

leben, mit ähm (...) Schwiegertöchtern, Schwiegersöhnen und ähm Enkelkindern mittlerweile schon.“

Gesundheit und Wohlbefinden

Einige der Auszubildenden wiesen chronische und/oder akute Erkrankungen auf, wie z. B. Diabetes mellitus Typ 2, Epilepsie, Kurzdarmsyn-

²unv. = unverständliche Aussprache, Wort konnte bei der Transkription nicht identifiziert werden.

drom, Migräne oder Asthma. Der Großteil der Auszubildenden gab an, auf regelmäßigen Schlaf zu achten und Sport zu treiben. Für Letzteres stellten jedoch häufig monetäre und zeitliche Gründe Barrieren für die regelmäßige Durchführung dar. (I: „Du hast ja auch gesagt, dass du überlegst, ob du dich im Fitnessstudio wieder anmeldest.“ B: „Ja wenn es jetzt, also wenn's damit jetzt nicht klappt, kommt halt immer drauf an, ich weiß halt nicht, ob es sich lohnt, wenn ich

den ganzen Tag arbeiten bin und abends dann geschlossen ist. Das wär auch ne Geldsache, [...]“)

Entgegen den Aussagen der Ausbilder/-innen schienen Drogen für die Interviewten keine Rolle zu spielen und eher negativ besetzt zu sein. Auch Alkohol wurde den eigenen Aussagen zufolge nur gelegentlich konsumiert. Lediglich Zigaretten und Süßwaren wurden in der Befragung ein höherer Stellenwert eingeräumt. (B: „Also jetzt die ganz harten Drogen wie ein Joint und Pillen und so was, da hatte ich noch nie was mit zu tun. Zigaretten, das habe ich schon einmal ausprobiert. Das gebe ich zu. Das habe ich dann gelassen wegen meinem Asthma und ja (...) Alkohol trinke ich auch mal ab und zu und zwar nicht so viel. Da kenne ich auch meine Grenzen. Süßigkeiten achja, die esse ich schon sehr sehr gerne.“)

Bei gesundheitlichen Problemen wurde von eigenen Bewältigungsstrategien berichtet: B: „Ich laufe, also ich spaziere viel, weil ich ähm, jetzt wieder zu dem gesundheitlichen, weil ich hab viel Migräne. Da nehm ich hin und wieder ne Tablette, aber am besten ist einfach, wenn ich nach der Arbeit Duschen gehe und dann einfach nur ein bisschen spazieren laufe. Dann geht's mir schon viel besser.“ Andererseits kam auch Ratlosigkeit bezüglich Maßnahmen zur Gesunderhaltung zutage: A: „Da fehlt halt auch diese Eigenverantwortung, wo man sagt, der Mensch muss abends auch mal zur Ruhe kommen, nach so einem Tag oder der Mensch, der braucht jetzt seine acht Stunden Schlaf.“

Die subjektive Leistungsfähigkeit und Anforderungen im Alltag wurden von den Interviewten sehr unterschiedlich wahrgenommen. Berichtet wurde von chronischer Müdigkeit, Erschöpfung nach der Arbeit, Aggressionen und subjektivem Unwohlsein bei bestehenden Erkrankungen, aber auch von einer guten Leistungsstärke (I: „Und wie findest du die Arbeit jetzt hier so?“ B: „Viel chilliger als irgendwo anderswo. Weil man eigentlich sehr viel, also die verlangen halt nicht viel von (unv.)²“

versus I: „Und wie fühlst du dich, wenn du nach einem normalem Arbeitstag nach Hause kommst?“ B: „Fertig. Einfach nur fertig und geschlaucht.“)

Die Beschreibung der Bedeutung von Gesundheit bereitete den Auszubildenden Schwierigkeiten, da der Begriff Gesundheit zu abstrakt schien (I: „Und was genau verstehst du unter gesund leben?“ B: „Gesund leben. Gute Frage... Ich weiß nicht.“). Entweder machten sie keine Aussage oder sie brachten mit dem Gesundheitsbegriff lediglich Aspekte der gesunden Ernährung (viel Obst und Gemüse) und nicht zum Arzt zu müssen bzw. krankheitsfrei zu sein, in Verbindung (B: „So gesundheitsmäßig bin ich auch zufrieden. Wie gesagt, ich war jetzt seit Dezember rum nicht mehr beim Arzt, also es geht mir gesundheitlich echt ganz gut.“ I: „Dann würdest du auch nichts ändern wollen?“ B: „Nein. Also wenn man so acht Monate durchgehend gesund ist, ich glaube da will man nichts ändern.“). Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Gesundheit und somit gesunde Ernährung im Leben der jungen Erwachsenen keine große Rolle spielen, obwohl bei einigen chronische Erkrankungen diagnostiziert sind.

Ernährung

Als Lebensmittelpräferenzen wurden von den befragten Auszubildenden immer wieder Fast Food, zuckergetränkte Getränke und Süßigkeiten genannt. Das Essen zu Hause und im Betrieb wurde jedoch überwiegend als abwechslungsreich und ausgewogen beschrieben: Brotmahlzeiten, Salat, Milchprodukte und verschiedene Warmgerichte. Bei der Lebensmittelauswahl erzielten Geschmack und Preis einen höheren Stellenwert als der Gesundheitsaspekt oder die Qualität der Lebensmittel (B: „Ich muss ganz ehrlich sagen ich bin ein Geizhals. Ich gebe nicht gerne viel Geld aus. Wenn ich einkaufen gehe, kaufe ich wirklich nur so das Billigste, sagen wir mal.“)

Die Grundzüge einer gesunden Ernährung waren überwiegend bekannt, dennoch spiegelte sich das Wissen eher selten im berichteten Ernährungsver-

halten wider (I: „Wie würdest du denn beschreiben wie du isst? Also erzähl einfach mal!“ B: „Ja, das, also nicht gesund, kann man so sagen.“ I: „[lacht] Ok. Was ist für dich gesund?“ B: „Also Obst, Gemüse, ja, das esse ich weniger. [...] Aber sonst [...] Fisch jetzt, was so auch für die Gesundheit gut ist, esse ich gar nicht.“)

Die Versorgung im Privatbereich erfolgte bei der Mehrzahl der Befragten durch die Mutter, die meist täglich warme Gerichte zubereitete. Verhaltensauffälligkeiten beim Essen, wie restriktives Essverhalten, Adipositas, Bulimia nervosa oder Radikaldiäten traten ebenfalls auf.

Seitens der zwei befragten Ausbilder/-innen wurde die Vermutung geäußert, dass zu Hause teilweise eine eingeschränkte Lebensmittelverfügbarkeit herrscht und die Auszubildenden ein nur geringes Lebensmittelrepertoire kennen (A: „Dann haben wir Leute, die verschiedene Lebensmittel gar nicht kennen, die das nicht gewöhnt sind von zu Hause. Also die einen ganz eingeschränkten Speiseplan haben“).

Die im Betrieb angebotene kostenfreie oder vergünstigte Frühstücks- und Mittagsmahlzeit nahmen alle Auszubildenden in Anspruch. Ihre Esskultur wurde seitens einem der Ausbilder durch fehlende Tischmanieren und eine unregelmäßige Mahlzeitenstruktur charakterisiert (A: „Ok, ja die essen jetzt und wenn die fertig sind oder genügend gegessen haben, stehen die auf. Manchmal denke ich: Gott, wie sieht dieser Tisch aus? Haben die auf dem Tisch gegessen oder auf den Tellern?“). Jedoch wurde von den Auszubildenden auch von starken familiären Bindungen mit traditioneller Mahlzeitenkultur berichtet.

Arbeitsplatz

Das Arbeitsumfeld wurde z. T. als gesundheitsabträglich beschrieben. Starke Hitzeentwicklung in der Küche führte bei einigen Auszubildenden zu Kreislaufschwierigkeiten, zudem wurden hektik und rückenunfreundliche Bedienung der Geräte als belastend empfunden.

Das Arbeitsklima bewerteten die Auszubildenden und die Ausbilder/-innen überwiegend gut. Die Aussagen differierten jedoch nach Standort und Ausbilder/-in. A (Standort A): „Ich teile die Arbeit jetzt nicht ein, das macht ihr unter euch und dann helfen die sich auch gegenseitig. Also dann entwickelt man in der Mannschaft doch schon ein sehr großes (unv.) also das ist wirklich ein Team dann.“ versus B: „Hier oben [Standort B] stört mich die Zusammenarbeit. Die arbeiten nicht miteinander, sondern gegeneinander.“ Die Teamarbeit zeichnete sich einerseits durch gegenseitige Unterstützung und gute Kooperation aus, andererseits wurden auch Mobbing und Ausgrenzung beschrieben (B: „Das hat sich dann auch ein bisschen verschlimmert, weil die mich dann leider auch mal getreten hatte und mich dann auch mal, mir dann auch mal gedroht hatte“).

Das Unternehmen bot den Auszubildenden umfassende Unterstützungsangebote im privaten und beruflichen Bereich an, wie Stützunterricht, Hilfe bei Bewerbungen oder psychosozialen Problemen. Seitens der Auszubildenden wurde dies generell positiv bewertet, es wurde jedoch bemängelt, dass dies auch zu mangelnder Selbständigkeit führt. Mehrere Befragte forderten daher, den Unterstützungsbedarf stets individuell zu erfragen (z. B.: B: „Manche brauchen die Hilfe, für manche ist es gut, aber manchen muss man einfach die Chance geben sich auch ein bisschen zu entwickeln. Es bringt ja auch nichts, wenn ich an dem gleichen Punkt stehen bleibe, das BRINGT JA NICHTS.“).

Durch den Vergleich zweier Standorte, an denen zwei unterschiedliche Ausbilder/-innen tätig waren, konnten unterschiedliche Führungsstile beschrieben werden (A [Standort A]: „Und ich erwarte keine Arbeit, die ich nicht selber vorgearbeitet hab. Also wenn es jetzt brennt, steh ich genauso, würde ich in die Spülküche gehen [...] Es wird also zwischen den Auszubildenden oder dem Anleiter oder den anderen Arbeitskollegen kein Unterschied gemacht.“ versus A [Standort B]: „Ich bezeichne mich manchmal selber gerne als Löwendompteur, also es geht nicht nur darum, dass

ich in der Küche präsent bin und zeige, was geht. Sondern es ist ganz viel Moderation und auch miteinander lernen, lehren. Und ja, es ist häufig der Fall, dass ich eher Erzieher bin als Lehrer.“). Die Auszubildenden erlebten es als positiv, wenn Verantwortung an sie delegiert wurde und der/die Ausbilder/-in Vertrauen in ihre Arbeit und in die Selbstverwaltung der Gruppe hatte (A [Standort B]: *„Ich KÖNNTE natürlich sagen, ich hab, ich lasse meine Küche alleine und geh da hin. Das Problem ist halt, dass ähm, es dann hier brennen würde. Und da ist mein Pflichtgefühl auch halt oft größer.“* versus A [Standort A]: *„Also man merkt es eigentlich immer ganz toll, wenn ich jetzt mal ne Stunde oder zwei weg muss [...] in dem Moment, wo man weg ist und man muss sich wirklich auf sie verlassen, dann kann man sich auch absolut auf die verlassen, das ist also ...“*).

Strenge Hierarchien zwischen Anleitern/-innen und Auszubildenden und die Förderung von Machtverhältnissen unter den Auszubildenden traten gemeinsam mit einem unkollegialen Arbeitsklima auf und umgekehrt. Wenn den Auszubildenden der Sinn der Arbeitsanweisungen erläutert wurde, zeigten sich bessere Arbeitsergebnisse. Zudem war den Auszubildenden eine faire und abwechslungsreiche Einteilung der Arbeitsbereiche wichtig, da ihr Gerechtigkeitsempfinden stark ausgeprägt war. Eine strikte Festlegung der Aufgaben durch die Anleiter/-innen wurde hingegen als negativ bewertet.

Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass der Führungsstil einen großen Einfluss ausübte auf

- das Arbeitsklima,
- das Wohlbefinden der Auszubildenden,
- die Einstellung zur Arbeit,
- den Teamgeist und die soziale Kompetenz,
- die individuelle Entwicklung (Reifeprozess),
- den Aufbau von persönlichen Ressourcen.

Schwierigkeiten entstanden v. a. in Drucksituationen, wie z. B. bei hohem

Arbeitstempo und Hektik. Wenn sich die Auszubildenden in ihren Kompetenzen nicht anerkannt fühlten, waren Widerstandshaltungen zu erkennen. So wurde eine geringe Frustrationstoleranz beobachtet, die sich bspw. bei Routinarbeiten, Langeweile, Misserfolgen (A [Standort B]: *„Oder männliche Azubis, die kucken in den Ofen, sieht, dass der Kuchen kaputt ist und schmeißt das Blech einmal quer durch die Küche.“*), Faulheit anderer Mitarbeiter/-innen, Belehrungen sowie Stress äußern konnte.

Zukunftsperspektiven

Die Auszubildenden blickten insgesamt positiv in die Zukunft. Sie hatten berufliche sowie private Ziele und zeigten Eigeninitiative (B: *„Und dann habe ich mir zum Ziel gesetzt, entweder mit dreißig Familie und wenn mit dreißig keine Familie, dann Motorrad.“* / B: *„Falls ich ne Absage bekomme, dann werd ich so schnellst wie möglich Bewerbungen abschicken. Hab mich auch schon vorbereitet...“*). Viele strebten eine Weiterqualifizierung an. Die Erfolgsbeobachtungsstatistik der Abteilung Hauswirtschaft des untersuchten Unternehmens 2006–2008 zeigte, dass 78 % der Absolventen/-innen dieses Unternehmens eine Arbeitsstelle oder eine Zusatzausbildung erhielten.

Diskussion

Das fehlende Verständnis für Gesundheit als ein Zusammenwirken von physischen, psychischen und sozialen Aspekten [9] und die Schwierigkeit, Bedürfnisse hinsichtlich ihrer Gesundheit zu formulieren, deutet darauf hin, dass sich die Auszubildenden nur wenig mit dem Thema beschäftigen, was als typisch für diese Altersphase gilt [10]. Gesundheit bedeutete für sie ausschließlich die Abwesenheit von Krankheit und hatte einen geringen Stellenwert.

In der Auswahl der Lebensmittel spiegelte sich letzteres wider. Hier waren v. a. Preis und Geschmack entscheidend, Gesundheitsaspekte oder Qualität der Lebensmittel spielten eine geringere Rolle. Dies deutet auf den „Ge-

schmack des Notwendigen“, wie ihn BOURDIEU bezeichnet, hin, welcher v. a. mit geringen ökonomischen Ressourcen einhergeht und somit milieubedingt sein könnte [11].

Ein weiterer möglicher Erklärungsansatz ist, dass Gesundheit milieubedingt nur ein sekundär bedeutsames Ziel für die Auszubildenden ist. Da die jungen Erwachsenen in der Untersuchung häufig mit stark eingeschränkten finanziellen Mitteln und schwierigen sozialen Bedingungen in den Familien konfrontiert sind, scheint die Schaffung einer finanziellen und sozialen Grundlage das primäre Ziel zu sein. Diese Priorisierung findet sich auch in der Bedürfnispyramide von MASLOW wieder [12]. Die Bewältigung der Alltagsprobleme steht für die Auszubildenden im Vordergrund und eine gesunde Ernährung nach geltenden Empfehlungen ist kein vorrangiges Thema.

Weiterhin zeigt sich in den Aussagen der Auszubildenden jedoch auch die altersbedingte identitätsstiftende Rolle des Ernährungs- und Gesundheitsverhaltens. Es fand sich z. B. ein vom Essen im Elternhaus abweichender Fast-Food-Konsum in der Freizeit oder ein erhöhtes Risikoverhalten wie Rauchen unter den Jugendlichen.

Die Themenbereiche Arbeit und Ausbildung waren durchgängig ein wichtiger Gegenstand in den Interviews und entscheidend für das Wohlbefinden der Auszubildenden. Besonders der Führungsstil spielte immer wieder eine zentrale Rolle. Zusammenfassend ist den Aussagen der befragten Auszubildenden nach für ihr Wohlbefinden und ihre Leistungsfähigkeit besonders wichtig, dass:

- sie in ihren Kompetenzen, Fähigkeiten und in ihrer Selbstständigkeit anerkannt werden,
- Herausforderungen an sie gestellt werden,
- sie Erfolgsmomente haben,
- ihnen Vertrauen seitens der Ausbilder entgegengebracht wird,
- sie eine abwechslungsreiche Arbeit haben,
- ihnen die Sinnhaftigkeit der verschiedenen Aufgaben erläutert wird,

- Gerechtigkeit bei der Pausen- und Aufgabenverteilung herrscht,
- ihre Bedürfnisse individuell ermittelt werden und sie partizipativ an der Planung und Umsetzung der Unterstützungsmaßnahmen teilhaben können.

Bei einer betrieblichen Gesundheitsförderung sollten die aufgeführten Aspekte daher besondere Beachtung finden. Um die Arbeits- und Lebenssituation der Auszubildenden nachhaltig zu verbessern, sollte ein Konzept implementiert werden, welches die verschiedenen Lebensbereiche der Auszubildenden berücksichtigt. So wäre die Unterstützung bei der beruflichen und privaten Zukunftsplanung ein zentrales Element, da soziale und berufliche Aspekte in ihrer derzeitigen Lebenssituation eine wichtige Rolle spielen. Die Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils sollte neben verhaltensbezogenen vor allen Dingen durch verhältnisbezogene Maßnahmen erfolgen, da so der Diskrepanz zwischen Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten sowie dem geringen Stellenwert von Gesundheit Rechnung getragen werden kann.

Die Ergebnisse dieser Pilot-Studie haben gezeigt, dass Klischees über sozial benachteiligte Jugendliche wie bspw. fehlende Ambitionen bezüglich der beruflichen Entwicklung, hoher Fast-Food-Konsum, Drogenmissbrauch oder Faulheit differenzierter betrachtet werden und in Frage gestellt werden müssen. Insgesamt haben die befragten Auszubildenden in der Mehrzahl genaue Vorstellungen über ihre Zukunft. Sie zeigen durchaus Engagement, indem sie um ihre soziale Anerkennung kämpfen, private und berufliche Ziele verfolgen sowie nach Selbstverwirklichung streben. Sie wollen sich nicht von der Gesellschaft abgrenzen, sondern teilhaben.

Studienlimitationen

Für die Untersuchung konnte aufgrund der eingeschränkten Forschungsmittel nur eine kleine Gruppe

ausgewählt werden. Die hier dargestellten Ergebnisse sind daher nicht repräsentativ für sozial benachteiligte Jugendliche, ermöglichen aber einen tieferen Einblick in Lebenswürfe und Lebensstile einzelner Personen aus dieser Zielgruppe. Hieraus können Schlüsse für größer angelegte Studien wie auch die betriebliche Gesundheitsförderung in vergleichbaren Settings gezogen werden.

Die Aussagen von nur zwei Auszubildenden spiegeln lediglich die subjektiven Sichtweisen dieser beiden Personen wieder, die von der Sicht anderer Ausbilder stark abweichen können.

Die Stadt, in der die Untersuchung durchgeführt wurde, ist im Städtevergleich relativ stark von konservativen Werten geprägt, was Auswirkungen auf die Einstellungen der Befragten haben könnte. Das Unternehmen zeichnet sich durch eine Struktur aus, die gezielt auf sozial benachteiligte junge Erwachsene ausgerichtet ist. Daher sind die Ergebnisse nicht auf alle Ausbildungsbetriebe anzuwenden.

Katrin Anderlohr, M. Sc. Public Health Nutrition
Eva-Maria Endres, M. Sc. Public Health Nutrition
Franziska Lehmann, M. Sc. Public Health Nutrition
Prof. habil. Christoph Klotter
Hochschule Fulda
Arbeitsgruppe Diversity Management
Marquardstraße 35, 36039 Fulda
E-Mail: eva-maria.endres@he.hs-fulda.de

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Literatur

1. Richter M, Hurrelmann K. Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hg). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (2009), S.13–33
2. Lampert L, Hagen C, Heizmann B. *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin (2010)
3. Bartsch S (2007) *Jugendesskultur: Jugendliche als Träger und Gestalter von Esskultur. Ernährung – Wissenschaft und Praxis* 8: 368–373
4. Gold C, Lehmann F. *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret. Band 17. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln (2012)*
5. Altgeld T, Kolip P. *Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung*. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hg). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3. Aufl., Hans Huber, Bern (2010), S. 45–56
6. Faller G. *Mehr als nur Begriffe: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement im betrieblichen Kontext*. In: Faller G (Hg). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Hans Huber, Bern (2010), S. 23–33
7. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Flick U, Kardorff E, Steinke I (Hg). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 6. durchgesehene und aktualisierte Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg (2006), S.468–475
8. Diekmann A. *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. 19. Aufl., Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg (2008)
9. *Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hg). Ottawa Charta der Gesundheitsförderung*. URL: www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ Zugriff 08.12.12
10. Gerhards J, Rössel J. *Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 20. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln (2003)*
11. Bourdieu P. *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main (1987)
12. Maslow A. *Motivation und Persönlichkeit*. 2. Aufl., Walter Verlag, Olten (1978)

DOI: 10.4455/eu.2013.032