

Birgit Reime, Jürgen Born, Peter Novak, Volker Wanek, Elisabeth Hagel

Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Ulm

Ernährungsgewohnheiten bei Beschäftigten in der Metallindustrie: Determinanten und Muster

Zusammenfassung

Mit 1641 Beschäftigten zweier metallverarbeitender Betriebe wurde eine Studie zu Möglichkeiten und Grenzen betrieblicher Gesundheitsförderung durchgeführt, die auch Ernährungsgewohnheiten und gesundheitsbezogene Lebensstile einschloss. Nur ein kleiner Teil der Befragten ass täglich gesunde Nahrungsmittel, viele mieden aber den täglichen Verzehr ungesunder Nahrung. Der grösste Teil der Stichprobe wird durch eine Kombination gesunder und ungesunder Elemente des Essverhaltens gekennzeichnet. Die Gruppe der überwiegend gesunden Esser wird eher von Frauen als von Männern, eher von älteren als von jüngeren Menschen, eher von Verheirateten als von Alleinlebenden und eher von Angestellten als von Arbeitern gebildet. Die Schulbildung und die Kinderzahl wirkten sich nicht auf das Essverhalten aus. Gesunde Esser konsumierten weniger Alkohol und Nikotin, trieben mehr Sport und nahmen eher Kurse zur Gesundheitsförderung in Anspruch als überwiegend ungesunde Esser.

Ernährungsabhängige Krankheiten machen einen Anteil von 33% an allen Krankheiten aus, und verursachen 30,3% aller Kosten durch Mortalität, Arbeitsunfähigkeit und Invalidität. Der Einfluss der Nahrung bei der Genese von onkologischen Erkrankungen wird mit bis zu 35% angegeben, und ist damit noch vor Tabakkonsum (30%) der bedeutendste Faktor¹. Da es sich hierbei um Krankheiten mit multifaktorieller Genese handelt, ist es jedoch problematisch, den ernährungsbedingten Einfluss exakt zu ermitteln². Ferner entstehen in der

Bundesrepublik jährlich 33 Millionen DM und 2,6 Millionen verlorene Lebensjahre durch Herz-Kreislaufkrankheiten, von denen besonders Industriearbeiter betroffen sind. Die Umstellung der Ernährung kann nicht nur die Reduktion von Übergewicht bewirken, sondern auch die Progression von Herz-Kreislaufkrankheiten verhindern³. Insofern stellt die Änderung der Ernährung eine wichtige Form der Prävention chronischer Erkrankungen dar. Die bisherigen Befunde über den Zusammenhang zwischen Beruf

und Ernährung sind widersprüchlich⁴⁻⁶. In einer Schweizer Studie wurden Rangreihen nach günstigen Ernährungsgewohnheiten gebildet, wobei die Gruppe der Industriearbeiter auf dem vorletzten Rang lag. Der Gesamtrang für mehrere Aspekte des Gesundheitsverhaltens entsprach bei den meisten Berufsgruppen dem sozioökonomischen Status⁵. Hohe Korrelationen sind auch zwischen Essverhalten und beruflichem Sozialprestige belegt worden⁶.

In britischen Studien stieg der Prozentsatz an Familien, die sich regelmässig mit Vollkornbrot und Obst ernähren, mit steigendem Sozialstatus⁷⁻⁸. Ärmere Haushalte konsumierten mehr Weissbrot, Zucker, Kartoffeln und Fett. Die Merkmale qualifizierte Tätigkeit, höheres Einkommen und Hauseigentum erwiesen sich als statistisch hochsignifikant assoziiert mit gesünderem Essverhalten. Der Konsum von Fleisch (aber nicht der von Milchprodukten und Käse) nimmt in Deutschland mit sinkendem Einkommen zu⁹. Die Longitudinaldaten des britischen *National Food Survey* erbrachten jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass die seit den 70er Jahren zu beobachtende Abnahme der Koronarsterblichkeit in höheren sozialen Schichten mit der verringerten

Fettaufnahme in diesen Klassen zusammenhängt. Dagegen stimmen die Veränderungen in der Prävalenz des Nikotinabusus stärker mit den Veränderungen der Sterblichkeit zwischen den Sozialklassen überein¹⁰.

Frauen scheinen sich eher gesund zu ernähren als Männer. Die Wahrscheinlichkeit, zur Gruppe der gesunden Esser zu gehören, war in einer britischen Studie für Frauen 2,66mal so hoch wie für Männer⁸. Frauen achten eher auf fettarme und ballaststoffreiche Kost¹¹ und wählen öfter die Nahrungsmittel Obst, Joghurt, Kaffee, Tee und Diät-Limonade, während Männer mehr Fleisch- und Milchprodukte sowie kohlenhydratreiche Speisen wie Brot, Müsli und Süßigkeiten essen¹². Ausserdem nehmen Frauen kleinere Portionen zu sich als Männer. Erstere berichten von weniger sozialer Unterstützung, sich am Arbeitsplatz fettarm zu ernähren³. Verheiratete essen gesünder als Alleinlebende, ohne dass die Existenz von Kindern im Haus Bedeutung hatte⁸.

Die Ernährung ist auch mit anderen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen verbunden. Ex- und Nie-Raucher/innen sind häufiger gesunde Esser als aktuelle Raucher, und der Prozentsatz gesunder Esser nimmt mit zunehmendem Alkoholkonsum ab. Sportlich Aktive ernähren sich häufiger gesund als Inaktive⁸. Raucher/innen essen seltener Obst und Gemüse, frühstücken seltener und konsumieren weniger Vollkornbrot¹¹.

Methode

In der hier dargestellten Studie konzentrierten wir uns auf die Kovariaten von Essgewohnheiten im Kontext von Industriearbeit. Es wurde überprüft, welche demographischen und statusbezogenen Merkmale mit Ernährungsgewohnheiten verknüpft sind. Ferner wurde getestet, ob sich Zusammen-

hänge mit anderen Aspekten des Gesundheitshandelns wie Nikotin-, Medikamenten- und Alkoholkonsum, der sportlichen Betätigung und der Inanspruchnahme von Kursen zur Gesundheitsförderung finden.

Stichprobe

Die Stichprobe bestand insgesamt aus 1641 Beschäftigten in zwei Betrieben der metallverarbeitenden Industrie, von denen 86,3% männlich und 13,7% weiblich waren. Es nahmen nur Personen deutscher Nationalität teil, um eine Verzerrung der Daten durch national geprägte Ernährungsgewohnheiten auszuschliessen. Die Altersverteilung reichte von 16 bis 65 Jahren, mit einem Mittelwert von 41 Jahren. Der Bildungsstand war im Durchschnitt bei Männern deutlich niedriger als bei Frauen, die wiederum eher jünger waren als ihre männlichen Kollegen. Den grössten Teil (63,8%) bildeten Arbeiter, während 36,2% Angestellte waren. Die meisten Frauen (72,5%) waren als Büroangestellte tätig, nur 14,6% waren Arbeiterinnen. Die Beschäftigten in den beiden Werken unterschieden sich nicht nach der Alters- und Geschlechtsverteilung.

Design und Messinstrumente

Von den Betriebskrankenkassen wurde den Beschäftigten im Frühjahr 1995 ein standardisierter Fragebogen der Abteilung Medizinische Soziologie der Universität Ulm inklusive eines Freiumschlags zugeschickt (Rücklaufquote 64,9% in Werk A bzw. 44% in Werk B). Die Fragen bezogen sich u.a. auf die Arbeitssituation, Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenkonsument, sportliche Betätigungen und betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme. Ausserdem kam ein „Food-Frequency-Fragebogen“ zum Einsatz, und die Menge der konsumierten Getränke

wurde erhoben. Die demographischen Daten bezogen sich auf Geschlecht, Alter, Familienstand, Anzahl der Kinder im Haushalt und Schulbildung. Es wurde nicht die Höhe des Einkommens, sondern die Zufriedenheit damit erfragt.

Statistische Auswertung

Bei der Auswertung mit SPSS für Windows 5.0 kamen Chi-Quadrat-Tests zum Einsatz. Zuvor wurden die Daten in verschiedenen Kategorien zusammengefasst: Als niedriger Alkoholkonsum galt weitgehende Abstinenz, als moderat galt ein täglicher Konsum von 5–25 g und hoher Konsum entsprach einer Menge ab 30 g reinem Alkohol. Die Daten bezüglich der Medikamenteneinnahme und der körperlichen Betätigung wurden dichotomisiert. Folgende Kriterien galten als gesundes Essen: (fast) *täglicher* Konsum von Vollkornbrot, Obst, Gemüse oder Salat sowie *nicht-täglicher* Verzehr von Fleisch, Wurst, Eiern, Süßigkeiten und Limonade. Es wurden drei Gruppen gebildet: Ein bis drei gesunde Essgewohnheiten galten als überwiegend ungesundes Verhalten und vier bis sechs gesunde Essgewohnheiten als Mischform zwischen gesundem und ungesundem Verhalten und Personen, die mindestens sieben dieser neun Kriterien erfüllten, wurden als überwiegend gesunde Esser eingestuft. Es wurde überprüft, ob sich die Essgewohnheiten in Werk A und Werk B unterscheiden. Da dies bei keinem der Items mit Ausnahme des höheren Konsums von Süßigkeiten in Werk B der Fall war, wurden die Daten der beiden Werke zusammengefasst.

Ergebnisse

Die Analyse der Häufigkeiten der konsumierten Lebensmittel zeigt, dass fast die Hälfte der Befragten

Nahrungsmittel	(Fast) täglich n (%)	Mehrmals pro Woche n (%)	Mehrmals im Monat n (%)	Seltener n (%)	Nie n (%)
Fleisch	195 (11,9)	922 (56,2)	405 (24,7)	105 (6,4)	10 (0,6)
Eier	23 (1,4)	235 (14,4)	689 (42,0)	648 (39,7)	39 (2,4)
Wurst	675 (41,3)	717 (43,9)	151 (9,2)	73 (4,5)	17 (1,0)
Süssigkeiten	235 (14,3)	502 (30,8)	432 (26,5)	405 (24,8)	57 (3,5)
Limonade	342 (21,1)	332 (20,4)	211 (13,0)	428 (26,4)	311 (19,2)
Gemüse	292 (17,9)	853 (52,2)	397 (24,3)	88 (5,4)	3 (0,7)
Salat	474 (29,0)	858 (52,4)	255 (15,6)	43 (2,6)	6 (0,4)
Obst	771 (47,0)	549 (33,6)	218 (13,3)	87 (5,3)	8 (0,5)
Vollkornbrot	233 (14,2)	329 (20,2)	396 (24,3)	483 (29,6)	190 (11,6)

Tabelle 1. Häufigkeit der konsumierten Lebensmittel.

täglich Obst isst (Tabelle 1). Der Verzehr von Gemüse und Salat ist weniger verbreitet, denn jeweils ca. die Hälfte der Stichprobe konsumiert diese Nahrung nur mehrmals in der Woche. Fast täglich werden Gemüse und Salat nur von ca. 18% bzw. 29% gegessen. Nicht einmal jede/r sechste Teilnehmer/in an der Befragung isst (fast) täglich Vollkornbrot, und ein weiteres Fünftel konsumiert es nur mehrmals pro Woche. Nur eine Minderheit von 12% isst (fast) täglich Fleisch, allerdings konsumieren ca. 41% täglich Wurst. Nur 23 Personen (1,4%) verzichten nicht auf ein tägliches Ei. Etwa jede fünfte Person trinkt täglich Limonade und jede sechste nascht täglich Süssigkeiten. Fast 40% der Beschäftigten übt keine einzige gesunde Essgewohnheit aus. Ca. 30% haben täglich wenigstens ein gesundes Nahrungsmittel wie Vollkornbrot, Obst, Gemüse oder Salat auf dem Speiseplan, und eine tägliche Kombination von zwei dieser Elemente wählen weniger als 20%. Das gegenteilige Bild zeigt sich beim Verzehr von Fleisch, Wurst, Eiern, Süssigkeiten und Limonade. Die grösste Gruppe verzichtet auf den täglichen Genuss von allen fünf Lebensmitteln. Ca. jede dritte Person konsumiert täglich eines dieser Elemente und weniger als

jede/r fünfte Befragte übt keine der drei potentiell schädlichen Essgewohnheiten aus. Die gemeinsame Analyse dieser neun Essgewohnheiten ergab, dass die meisten Personen (1095 = 67,9%) zwischen vier und sechs gesunden Verhaltensweisen aufwiesen, und wurden in der Kategorie „Kombination gesunder und ungesunder Essgewohnheiten“ zusammengefasst. Nur 19,1% (308 Personen) der Befragten übten sieben bis neun gesunde Essgewohnheiten aus, und nur eine kleine Anzahl (210 = 13,0%) war durch drei oder weniger gesunde Ernährungsgewohnheiten gekennzeichnet.

Essgewohnheiten und soziodemographische Merkmale

Signifikante Unterschiede beim Essverhalten werden im Hinblick auf das Geschlecht, das Alter, den beruflichen Status und das Zusammenleben mit einem Partner gefunden (Tabelle 2). Frauen gehören mit einem höheren Prozentsatz zur Gruppe der gesunden Esser als Männer (35,0% versus 16,6%), während Männer häufiger als Frauen in der Gruppe der überwiegend ungesunden Esser zu finden sind (14,4% versus 4,1%). Mit steigendem Alter nimmt der Anteil an gesunden Essern zu und

der Anteil an überwiegend ungesunden Essern nimmt ab ($p = 0,0000$). Mehr als jeder fünfte Angestellte (22,7%) wird als überwiegend gesunder Esser klassifiziert, aber nur 17% der Arbeiter. Diese machen wiederum einen grösseren Prozentsatz in der Kategorie „überwiegend ungesunde Esser“ aus (15,6% versus 8,6%). Alleinlebende bilden in der Kategorie „überwiegend ungesunde Esser“ einen grösseren Teil als Verheiratete (16,7% versus 11,4%). Personen, die mit einem Partner zusammenleben, ernähren sich nicht gesünder als Singles. Die Sorge für ein oder mehrere Kinder war ebenfalls nicht signifikant mit den Essgewohnheiten verbunden. Auch in Bezug auf die Schulbildung und die Einkommenszufriedenheit wurde kein überzufälliger Zusammenhang mit Essverhalten gefunden.

Essgewohnheiten und andere Aspekte des Gesundheitshandelns

Klare Unterschiede zwischen den drei Gruppen mit verschiedenen Essgewohnheiten gab es auch bezüglich anderer verhaltensbezogener Variablen. Tabelle 3 zeigt, dass überwiegend gesunde Esser auch eher in die Gruppe mit hoher nichtalkoholischer Flüssigkeitsaufnahme gehören (24,0%) als über-

Merkmal	Überwiegend ungesunde Essgew. n (%)	Kombination von ges. und unges. Essgew. n (%)	Überwiegend gesunde Essgew. n (%)	Signifikanz p
<i>Geschlecht</i>				
weiblich	9 (4,1)	134 (60,9)	77 (35,0)	0,0000
männlich	201 (14,4)	961 (69,0)	231 (16,6)	
<i>Alter</i>				
19-35 Jahre	115 (20,9)	356 (64,6)	80 (14,5)	0,0000
36-49 Jahre	77 (12,2)	438 (69,3)	117 (18,5)	
50-65 Jahre	18 (4,2)	298 (70,1)	109 (25,6)	
<i>Beruf. Status</i>				
Arbeiter	159 (15,6)	685 (67,4)	173 (17,0)	0,0000
Angestellte	51 (8,6)	410 (68,8)	135 (22,7)	
<i>Schulbildung</i>				
bis 9 Jahre	137 (12,7)	730 (67,8)	209 (19,4)	0,82
>= 10 Jahre	73 (13,6)	365 (68,0)	99 (18,4)	
<i>Familienstand</i>				
verheiratet	129 (11,4)	774 (68,6)	226 (20,0)	0,009
anderes	81 (16,7)	321 (66,3)	82 (16,9)	
<i>Partner</i>				
ja	157 (12,6)	854 (68,4)	237 (19,0)	0,62
nein	49 (14,6)	224 (66,7)	63 (18,8)	
<i>Kinder</i>				
ja	122 (13,0)	646 (68,6)	174 (18,5)	0,73
nein	88 (13,1)	449 (66,9)	134 (20,0)	
<i>Einkommen</i>				
zufrieden	149 (12,3)	820 (67,8)	241 (19,9)	0,12
unzufrieden	61 (15,5)	268 (68,0)	65 (16,5)	

Tabelle 2. Verteilung der Essgewohnheiten nach Geschlecht, Alter, Status, Schulbildung, Familienstand, Zusammenleben mit Partner bzw. Kindern und Einkommenszufriedenheit (n = 1641).

wiegend ungesunde Esser (11,1%). Den geringsten Anteil an aktuell Rauchenden stellen die überwiegend gesunden Esser (12,7%). Überwiegend ungesunde Esser finden sich häufiger bei Nie-Rauchern (13,1%) als bei Ex-Rauchern (10,7%). Der Alkoholkonsum war ebenfalls signifikant mit dem Ernährungsstatus verknüpft ($p = 0,002$). Mehr gesunde Esser als überwiegend ungesunde Esser waren in der Gruppe der (fast) Abstinente (22,7% versus 14,1%), während überwiegend ungesunde

Esser einen grösseren Anteil in der Gruppe der viel Alkohol Trinkenden ausmachten als Personen mit überwiegend gesunden Ernährungsgewohnheiten (17% versus 13,1%). Die Einnahme von Medikamenten war dagegen nicht signifikant mit dem Ernährungsverhalten assoziiert (Tabelle 3).

Personen mit überwiegend gesundem Ernährungsverhalten gehörten häufiger zur Gruppe der körperlich Aktiven als Personen mit ungesunden Ernährungsmustern (Tabelle 4). Sie übten Fahrrad fah-

ren, Joggen und Gartenarbeit signifikant häufiger mindestens einmal pro Woche aus als die überwiegend ungesunden Esser. Dagegen war das Schwimmen auf alle Ernährungs-Kategorien gleich verteilt. Signifikante Unterschiede in den Ernährungsgewohnheiten bestanden ausserdem zwischen Personen, die früher einmal bei einer Krankenkasse an einem Kurs zur Gesundheitsförderung teilgenommen, und solchen, die dies bisher nicht wahrgenommen hatten (Tabelle 4): Der Anteil der über-

Merkmal	Überwiegend ungesunde Essgew. n (%)	Kombination von ges. und unges. Essgew. n (%)	Überwiegend gesunde Essgew. n (%)	Signifikanz p
Tgl. Wasser-/Saftkonsum				
0–0,5 Liter	68 (18,2)	262 (70,5)	42 (11,3)	0,0000
1–1,5 Liter	93 (11,8)	531 (67,3)	165 (20,9)	
2–2,5 Liter	40 (11,1)	233 (64,9)	86 (24,0)	
Rauchstatus				
Nie-Raucher	70 (13,1)	351 (65,7)	113 (21,2)	0,0006
Ex-Raucher	67 (10,7)	427 (68,1)	133 (21,2)	
Aktiver Raucher	71 (16,4)	306 (70,8)	55 (12,7)	
Alkoholkonsum				
kein/niedrig	46 (14,1)	206 (63,2)	74 (22,7)	0,002
moderat	68 (12,3)	384 (69,2)	103 (18,6)	
hoch	81 (17,1)	330 (69,8)	62 (13,1)	
Medikamente				
<i>Bluthochdruck</i>				
häufig – gelegentlich	23 (15,0)	92 (60,1)	38 (24,8)	0,07
selten – nie	184 (12,9)	983 (68,8)	262 (18,3)	
<i>HerzKreislauf</i>				
häufig – gelegentlich	10 (12,5)	54 (67,5)	16 (20,0)	0,95
selten – nie	195 (13,0)	1020 (68,2)	280 (18,7)	
<i>Kopfschmerz</i>				
häufig – gelegentlich	61 (16,2)	254 (67,6)	61 (16,2)	0,07
selten – nie	147 (12,1)	829 (68,5)	235 (19,4)	

Tabelle 3. Verteilung der Essgewohnheiten nach anderen Aspekten des Gesundheitshandelns: Trinkgewohnheiten, Rauchstatus, Alkohol- und Medikamentenkonsum (n = 1641).

wiegend gesunden Esser war sowohl bei der Teilnahme am Kurs „Ernährungsberatung“ als auch bei den Kursen „Entspannungstraining“ und „Gymnastik“ höher als der der überwiegend ungesunden Esser.

Diskussion

Bei der vorliegenden Studie wurden die Ernährungsgewohnheiten von Werktätigen im Kontext von Industriearbeit überprüft. Dabei zeigte sich, dass gesundes Essverhalten scheinbar eher durch das Vermeiden potentiell schädlicher Substanzen wie fett- und zuckerhaltige Lebensmittel bestimmt

wird, als durch den häufigen Verzehr gesunder Nahrung wie Obst, Gemüse und Vollkornbrot. Dieser Umstand kann ein Effekt der Präventionspolitik für Herz-Kreislaufkrankungen sein, denn in den Medien wird kontinuierlich darauf hingewiesen, dass diese Lebensmittel nicht zu oft gegessen werden sollten. Lupton und Chapman¹³ haben in einer qualitativen australischen Studie aufgezeigt, dass viele Personen gesundheitserzieherische Ratschläge im Hinblick auf den Cholesterin- und Fettgehalt in der Nahrung befolgen, obwohl sie Zweifel an der Richtigkeit solcher Informationen haben und sie zynisch kommentieren.

Die soziodemographischen Merkmale, die sich bereits in früheren Studien als aussagekräftig erwiesen hatten, waren auch mit eindeutigen Gruppenunterschieden in dieser Stichprobe von Berufstätigen in der Metallbranche verknüpft. Danach gehören Frauen eher zu den gesunden Essern als Männer. Dies könnte sowohl eine höhere Ausprägung der Gesundheitsorientierung, als auch ein stärkeres Streben nach Schlankheit und Attraktivität ausdrücken, zumal das Essverhalten von Frauen und Männern gesellschaftlich unterschiedlich bewertet wird: Von Frauen wird erwartet, dass sie kleinere Portionen essen und sich bei fettreichen Nahrungsmitteln

Merkmal	Überwiegend ungesunde Essgew. n (%)	Kombination von ges. und unges. Essgew. n (%)	Überwiegend gesunde Essgew. n (%)	Signifikanz p
Kursteilnahme				
Gymnastik				
ja	16 (7,2)	153 (68,9)	53 (23,9)	0,02
nein	100 (14,0)	472 (66,0)	143 (20,0)	
Kursteilnahme				
Entspannung				
ja	6 (5,4)	70 (63,1)	35 (31,5)	0,0002
nein	198 (13,9)	976 (68,4)	253 (17,7)	
Kursteilnahme				
Ernährungsberatung				
ja	2 (6,1)	18 (54,5)	13 (39,4)	0,01
nein	116 (13,2)	587 (66,9)	174 (19,8)	
Körperliche Betätigung				
<i>Fahrrad</i>				
>= 1mal/Woche	98 (10,7)	621 (68,1)	193 (21,2)	0,001
selten – nie	110 (15,9)	468 (67,8)	112 (16,2)	
<i>Joggen</i>				
>= 1mal/Woche	18 (10,1)	115 (64,6)	45 (25,3)	0,03
selten – nie	186 (13,4)	958 (68,9)	247 (17,8)	
<i>Schwimmen</i>				
>= 1mal/Woche	12 (14,0)	1021 (68,3)	281 (18,8)	0,92
selten – nie	193 (12,9)	57 (66,3)	17 (19,8)	
<i>Gartenarbeit</i>				
>= 1mal/Woche	60 (9,7)	424 (68,5)	135 (21,8)	0,001
selten – nie	146 (15,1)	660 (68,2)	162 (16,7)	

Tabelle 4. Verteilung der Essgewohnheiten nach Teilnahme an Kursen zur Gesundheitsförderung und körperlicher Betätigung (n = 1641).

zurückhalten¹². Weitere Effekte fanden sich bezüglich des Alters. Mit dem Alter steigt der Anteil gesunder Esser. Zum einen nimmt die Morbidität mit dem Alter zu, so dass die Auswahl gesunder Nahrungsmittel auf Unverträglichkeiten oder Diätvorschriften zurückgehen kann. Zum anderen ist die jüngere Generation durch die Bevorzugung von „junk food“ gekennzeichnet. Unklar bleibt, warum Verheiratete eher gesund essen als Nicht-Verheiratete, wenn gleichzeitig die Anwesenheit eines Partners oder Kindes im Haushalt nicht mit Gruppenunterschieden

verbunden ist. Hervorzuheben ist, dass sich kein Gruppenunterschied im Hinblick auf Schulbildung, aber auf den beruflichen Status ergibt. Eventuell gelten unterschiedliche soziale Normen in den beiden Arbeitsbereichen („Etwas Leichtes für's Büro“ versus „Wer schwer arbeitet muss auch schwer essen“). Es ist möglich, dass die Arbeiter durch eine fatalistische Gesundheitsorientierung oder durch die Einstellung, dass fettreiche Nahrung erst die nötige Kraft gibt, um die Anstrengungen bewältigen zu können, gekennzeichnet sind.

Bourdieu¹⁴ hat betont, dass in der französischen Bevölkerung mit sinkendem Einkommen die Ausgaben für fetthaltige Nahrungsmittel ansteigen. Dagegen werde in Haushalten mit höherem Einkommen auf eine gesündere Lebensweise durch magere Kost Wert gelegt. Dieser „Notwendigkeitsgeschmack“ der unteren sozialen Klassen für gleichermassen nährnde wie billige Speisen lasse sich aus der Bemühung um kostensparende Reproduktion der Arbeitskraft ableiten. Mit dem Konsum dickmachender Lebensmittel setze sich diese Klasse von der

gesellschaftlichen Norm der „legitimen Lebensart“ ab. An die Stelle der Schlankheitsmaxime, die mit steigender Sozialschicht immer mehr akzeptiert werde, setzten Arbeiter die Moral des Menschen, der zu leben versteht.

Der Einfluss des Einkommens ist in unserer Studie nicht klar nachvollziehbar, weil nicht seine Höhe sondern nur die Zufriedenheit damit erhoben wurde. Es zeigt sich jedoch, dass Personen, die eher unzufrieden mit ihrer finanziellen Ausgangslage sind, sich tendenziell schlechter ernähren. Dieser Unterschied erreicht jedoch nicht die Signifikanzgrenze. Ob fehlende materielle Ressourcen die schlechte Ernährung signifikant beeinflussen, sollte in weitergehenden Studien mit Beschäftigten in grossen Werken durch die Erfragung der Einkommenshöhe geklärt werden.

Die Verbindung von einzelnen Elementen des Gesundheitshandelns zu Mustern konnte auch von uns dargestellt werden. Wer sich gesünder ernährt, gehört eher zu den Nichtrauchern und Nichttrinkern und zu den körperlich Aktiven. Interessant ist der Befund, dass gesunde Esser zu einem grossen Teil die Kategorie „Ex-Raucher“ bilden. Hier ist ein Hinweis auf eine geänderte (gesteigerte) Gesundheitsorientierung zu sehen, die sich auch in der Abgewöhnung des Rauchens ausdrückt. Maschewski-Schneider und Klesse¹⁵ fanden ebenfalls bei Ex-Raucherinnen die höchste Gesundheitsorientierung. Erstmals wurde von uns auch die Aufnahme von ausreichend nicht-alkoholischer Flüssigkeit erhoben, die gleichfalls mit einem eher gesunden Essverhalten verknüpft ist.

Summary

Eating habits of employees in the metal industry: Determinants and patterns

We conducted a survey on chances and barriers of occupational health promotion and health behaviour including diet in two South German metal companies. Only a small percentage of the 1641 participants consumed healthy food each day, but many avoided eating unhealthy food. Most employees are characterized by a combination of healthy and unhealthy elements. The group of "healthy eaters" consists of more women than men, more older than younger people and more non-manual than manual workers. The level of education and number of children have not been associated with eating habits. Healthy eaters consumed less alcohol and tobacco and were more engaged in sports and in health promotion programmes than unhealthy eaters.

Résumé

Habitudes alimentaires des employés de la métallurgie: Facteurs déterminants et modèles

Une enquête portant sur les attitudes envers la prévention de la santé en milieu professionnel et les modes de vie protecteurs de la santé a été réalisée sur une population de 1641 employés de deux entreprises métallurgiques. Seule une petite partie des sujets se nourrissait quotidiennement d'aliments sains, une grande partie d'entre eux évitant toutefois de manger des aliments malsains. Pour la majorité des sujets on peut qualifier le comportement alimentaire de combinaison d'éléments nutritionnels sains et malsains. Le groupe des sujets ayant un comportement alimentaire essentiellement sain se recrute plutôt chez les femmes que chez les hommes, plutôt chez les personnes âgées que parmi les jeunes, plutôt chez les gens mariés que chez les personnes seules et enfin plutôt chez les employés que parmi les ouvriers. Le type de formation scolaire et le nombre d'enfants n'ont pas eu d'influence sur le comportement alimentaire. Ce sont surtout les sujets se nourrissant de manière saine qui consomment de l'alcool de manière modérée, ne fument plutôt pas ou plus, font le plus de sport et suivent plutôt des cours sur les programmes de santé que les sujets ayant un comportement alimentaire plutôt malsain.

Literaturverzeichnis

- 1 Bundesminister für Gesundheit. Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 27., Baden-Baden: Nomos, 1993: 331 pp.
- 2 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Hrsg. Ernährungsbericht 1996. Frankfurt/Main, 1996: 368 pp.
- 3 Scherwitz L. Können Lebensstiländerungen die Progression der Atherosklerose aufhalten? Präventivmed 1992; 4: 50–56.
- 4 Glanz K, Kristal A, Sorensen G, Palombo R, Heimendinger J, Probst L. Development and validation of measures of psychosocial factors influencing fat- and fiber-related dietary behavior. Prev Med 1993; 22:373–387.
- 5 Hinnen U, Dai S, Marti B, Hotz Ph, Barazzoni F. Einfluss des Berufs auf das Gesundheitsverhalten und die biologischen kardiovaskulären Risikofaktoren. Soz Präventivmed 1993; 2:117–121.
- 6 Smith A, Baghurst K. Public health implications of dietary differences between social status and occupational groups. J Epidemiol Commun Health 1992; 46:409–416.
- 7 Cox BD, Blaxter M, Buckle J, et al. The Health and Lifestyle Survey: preliminary report. London: The Health Promotion Research Trust, 1987: 345pp.
- 8 Anderson AS, Hunt K. Who are the “healthy eaters”? Eating patterns and health promotion in the west of Scotland. Health Educ J 1992; 51:3–10.
- 9 Adolf Th. Lebensmittelaufnahme und Vitaminversorgung Erwachsener in Abhängigkeit vom Einkommen. In: Barlösius E, Feichtinger E, Köhler BM. Ernährung in der Armut. Berlin: Edition Sigma, 1995: 89–105.
- 10 Morgan M, Heller RF, Swerdlow A. Changes in diet and coronary heart disease mortality among social classes in Britain. J Epidemiol Commun Health 1989; 43:162–167.
- 11 Blaxter M. Health and Lifestyles. London: Routledge, 1990: 268 pp.
- 12 Rolls BJ, Fedoroff IC, Guthrie JF. Gender differences in eating behavior and body weight regulation. Health Psychol 1991; 10:133–142.
- 13 Lupton D, Chapman S. “A healthy lifestyle might be the death of you”: discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay public. Sociol Health Illness 1995; 17:477–494.
- 14 Bourdieu P. Die feinen Unterschiede. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1982: 878 pp.
- 15 Maschewski-Schneider U, Klesse R. Lebenslage und Gesundheitshandeln von sozial benachteiligten Frauen. Soz Präventivmed 1993; 38:156–164.

Danksagung

Diese Studie wurde unterstützt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, Bundesrepublik Deutschland. Ferner bedanken wir uns herzlich bei den beiden Diplom-Oecotrophologinnen Jutta Kamensky und Gabriele Berg für ihre fachkundigen Kommentare und bei Herrn Dipl.-Psych. Jean-Louis Zambujo für die französische Übersetzung.

Korrespondenzadresse

Birgit Reime (Dipl.-Psych.)
 Abt. für Medizinische Soziologie
 der Universität Ulm
 Am Hochsträss 8
 D-89081 Ulm