

(Un)bewusst zum Ziel

Welche Erfahrungen machen Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen mit dem Einsatz des Zürcher Ressourcen Modells® im Einzelsetting?

Bachelor-Thesis

Fabienne Dubach

Matrikel-Nr. 15-252-083

Evelyn Andrea Stulz

Matrikel-Nr. 15-251-861

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Ernährung und Diätetik, 2015

Referentin

Ninetta Scura, BSc Ernährung & Diätetik

Co- Referentin

Sandra Hofstetter, MSc Psychology,

MAS in Psychotherapy, Fachpsychologin
für Psychotherapie FSP

Bern, 31.07.2018

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract	5
1 Einleitung	6
1.1 Zielsetzung und Fragestellung	6
2 Theoretischer Bezugsrahmen	8
2.1 Verhaltensveränderung in der Therapie	8
2.2 Motivation und Ziele	9
2.3 Ressourcenaktivierung	9
2.3.1 Therapiebeeinflussende Faktoren	11
2.4 Grundprinzipien des Zürcher Ressourcen Modells®	11
2.4.1 Neurowissenschaft	11
2.4.2 Rubikon-Prozess	12
2.5 Elemente des Zürcher Ressourcen Modells®	14
2.5.1 Die Bildkartei	14
2.5.2 Der Ideenkorb	14
2.5.3 Die Affektbilanz	14
2.5.4 Das Motto-Ziel	15
2.5.5 Das Priming	15
2.5.6 Das Embodiment	15
2.5.7 Die Wenn-Dann-Pläne	16
2.5.8 Die Hypnose	16
2.5.9 ABC-Situationen	16
2.5.10 Erfolgstagebuch / Erfolgsspeicher	16
2.6 Aktuelle Studienlage zum ZRM® in der Therapie	17
3 Methode	18
3.1 Leitfadentwurf	18
3.2 Stichprobe / Rekrutierung	18
3.3 Durchführung	19
3.4 Auswertung	20
3.5 Ethische Aspekte	20
4 Ergebnisse	21
4.1 Merkmale der Stichprobe	21
4.2 Umsetzung des ZRM®s in der Ernährungsberatung	22
4.2.1 Transfer Gruppenelemente	22
4.2.2 Elemente	22
4.2.3 Ablauf	26

4.2.4	Anpassungen	27
4.2.5	Hilfsmittel	28
4.2.6	Einfluss ERB	28
4.2.7	Klinik	28
4.2.8	Meinungen ERB	29
4.3	Erfahrungen	30
4.3.1	Reaktionen der Klienten und Klientinnen	30
4.3.2	Positive Erfahrungen	30
4.3.3	Negative Erfahrungen	31
4.3.4	Rückmeldungen von Klienten und Klientinnen an ERBs	31
4.4	Beratungsprozess	32
4.4.1	Beziehungsaufbau	32
4.4.2	Compliance	32
4.4.3	Therapieerfolg	32
4.4.4	Wirksamkeit	33
4.4.5	Zeitmanagement	33
4.4.6	Chancen	34
4.4.7	Herausforderungen	36
4.5	Erfahrungen ohne Klient oder Klientin	36
4.5.1	Verordnung	36
4.5.2	Zusammenarbeit mit Ärzteschaft	36
4.5.3	Selbsterfahrung	37
4.6	Indikatoren zur Anwendung des ZRM®s	37
4.6.1	Verhaltensweisen	37
4.6.2	Diagnosen	38
4.6.3	Aussagen	38
4.6.4	Bedingungen	38
4.6.5	Bevölkerungsgruppen	39
4.7	Kontra-Indikatoren für die Anwendung des ZRM®s	39
4.7.1	Erstberatung	39
4.7.2	Hemmungen	40
4.7.3	Hindernisse	40
4.7.4	Bedingungen	41
4.8	Anforderungen an ERB	41
4.8.1	Kurs / Weiterbildung	41
4.8.2	Kompetenz	42
4.8.3	Überzeugung	43

4.8.4	Berufserfahrung	43
4.9	Förderung der ZRM®-Anwendung	43
4.9.1	Bekanntheit	43
4.9.2	Weiterbildungsangebot	44
4.9.3	Grundausbildung	44
5	Diskussion	44
5.1	Diskussion der Methodik	44
5.2	Diskussion der Ergebnisse	46
5.3	Beantwortung der Fragestellung	49
5.4	Hypothesen	50
6	Schlussfolgerung	50
7	Literaturverzeichnis	53
8	Bildquellen	56
9	Abkürzungsverzeichnis	56
10	Abbildungsverzeichnis	56
11	Tabellenverzeichnis	56
12	Anhang	57
12.1	Informationsschreiben für Probanden und Probandinnen	57
12.2	Einwilligungserklärung	58
12.3	Fragen zum Leitfaden und Durchführung der Interviews	59
12.4	Fragebogen „Demographische Daten“	59
12.5	Interviewleitfaden	61
12.6	Transkriptionsregeln	64
12.7	Ausschnitt aus Transkript	66
12.8	Ausschnitt aus Auswertung	67
12.9	Codierplan	68
12.10	Kategoriensystem	76

ABSTRACT

(Un)bewusst zum Ziel, Dubach Fabienne & Stulz Evelyn Andrea, 2018

Studiengang Ernährung & Diätetik, ERB15, Berner Fachhochschule Gesundheit

Einleitung: Therapeutische Verhaltensveränderungen gestalten sich herausfordernd. Deswegen werden in der Ernährungsberatung verschiedene Theorien und Modelle zum Prozess der Verhaltensveränderung integriert. Ein solches Tool ist das Zürcher Ressourcen Modell® (ZRM®). Ursprünglich als Gruppenkonzept entwickelt, ist es auch in der Einzelberatung anwendbar und bezieht das Unbewusste in den Prozess der Verhaltensveränderung mit ein.

Zielsetzung und Fragestellung: In der vorliegenden Arbeit werden unter anderem Chancen, Risiken, Vor- und Nachteile des ZRM®s in der Ernährungsberatung erfasst. Zudem werden Strategien zum Transfer der Inhalte des ZRM®s in das Einzelsetting der Ernährungsberatung erhoben. Die Arbeit will folgende Fragestellung beantworten: *Welche Erfahrungen machen Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen mit dem Einsatz des Zürcher Ressourcen Modells® im Einzelsetting?*

Methodik: Es wurden acht teilstrukturierte Experteninterviews mit praktizierenden Ernährungsberaterinnen geführt. Die qualitative Inhaltsanalyse geschah mit einem deduktiven und induktiv ergänzten Kategoriensystem nach Mayring (2010).

Ergebnisse: Es werden oft nicht alle Elemente des ZRM®s eingesetzt. Der Transfer der Gruppenelemente in die Ernährungsberatung geschieht mühelos. Es muss keine Übersetzung des ZRM®s für die Ernährungsberatung gemacht werden, weil der Kurs des Schweizerischen Verbandes der Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen (SVDE) Adaptionen bereits zu integrieren scheint. Die befragten Ernährungsberaterinnen beschreiben mehrheitlich positive Reaktionen der Klienten und Klientinnen auf das ZRM®. Sie erleben vor allem Chancen, erwähnen aber auch Hemmungen und Schwierigkeiten mit dem Einsatz des ZRM®s.

Schlussfolgerung: Die positiven Reaktionen auf den Einsatz des ZRM®s und die daraus resultierende Freude der Klientel übertragen sich auf die Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen und fördern die ZRM®-Anwendung. Dagegen sind zeitliche Aspekte und Hemmungen im Zusammenhang mit dem ZRM® Barrieren, welche die Anwendung des ZRM®s erschweren. Um den Einsatz des ZRM®s in der Berufsgruppe zu fördern, sollen Promotoren und Barrieren genauer erforscht werden.

Keywords: *Zürcher Ressourcen Modell®, Verhaltensveränderung in der Ernährungsberatung, Unbewusstsein, Transfer Gruppenkonzept in Einzelberatung*

1 EINLEITUNG

Veränderungen des Essverhaltens sind wie jede Verhaltensveränderung ein Prozess, der Menschen Mühe bereitet (Rothermund & Eder, 2011, pp. 134–135), da Verhalten als stabil gilt (Pullen, 2016, p. 287). Deswegen reicht das alleinige Bereitstellen von Wissen nicht aus, um Verhaltensveränderungen zu erzielen (van Achterberg et al., 2011, p. 160). Als besonders wichtig in der Therapie wird das Miteinbeziehen von Interventionen auf der Ebene der Verhaltensveränderung erachtet. Dies gilt besonders bei Krankheitsbildern wie der Adipositas, die aufgrund der erhöhten Morbidität und Mortalität Kosten im Gesundheitswesen verursacht, als erfolgsversprechendes Vorgehen. (Wabitsch et al., 2014, p. 3;11;54). Deswegen werden in der Ernährungsberatung verschiedene Ansätze und Modelle zur Unterstützung des Veränderungsprozesses herbeigezogen (Rufener, 2016, p. 48). Aus einer Studie mit an Essstörungen erkrankten Menschen geht hervor, dass Techniken, die die Selbstbestimmung und die Selbstwirksamkeit der Klientel stärken, sehr fördernd für das Erzielen von Verhaltensveränderungen sind (Cairns & Milne, 2006, p. 1090). Ein weiterer Faktor, der die Verhaltensveränderung ermöglicht, ist das Aktivieren von Ressourcen (Fiedler, 2011, p. 20). Eine Kombination aus Ressourcenaktivierung und Selbstwirksamkeit bietet die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell® (ZRM®) nach Maja Storch und Frank Krause (Storch & Krause, 2017, p. 19). Das ZRM® wurde ursprünglich als Gruppeninstrument entwickelt, eignet sich jedoch auch für die Einzelberatung (Krause & Storch, 2006, p. 41). Es ist ein wissenschaftlich fundiertes Konzept, welches neurobiologische Erkenntnisse einschliesst (Krause & Storch, 2006, p. 32). So wird das Unbewusste im Veränderungsprozess miteinbezogen, was hilfreich ist, damit Verhaltensveränderungen auf lange Sicht gelingen (Storch & Krause, 2017, p. 303). Weiter werden Gefühle und die Körperwahrnehmung berücksichtigt und der Aufbau von Motivation und Entschlusskraft gefördert (Storch & Krause, 2017, p. 303). Dies führt dazu, dass Selbstwirksamkeit und Autonomie der Klienten und Klientinnen gefördert werden (Krause & Storch, 2006, p. 41) und somit die Grundlage für Verhaltensveränderungen gebildet wird (Grawe, 1998, p. 34) (Cairns & Milne, 2006, p. 1090).

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Aktuell gibt es keine Studien über den Einsatz des ZRM®s in der Ernährungsberatung und Erfahrungen zeigen, dass es innerhalb der Berufsgruppe selten Anwendung findet. Das ZRM® klingt jedoch aufgrund oben genannter Aspekte als vielversprechend und lohnend für die Berufsgruppe der Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen, da

die Verhaltensveränderung eine Schlüsselkompetenz in diesem Beruf darstellt (Rapoport & Perry, 2000, p. 294). Vom Berufsverband SVDE (Schweizerischer Verband der Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen) werden Weiterbildungskurse zum ZRM® angeboten, welche auch besucht werden. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass es ERBs gibt, welche das ZRM® in der Beratung einsetzen. Da ERBs vorwiegend im Einzelsetting arbeiten und nicht in der Gruppe, kann angenommen werden, dass die erlernten Inhalte dieses Kurses in der Einzelberatung angewandt werden. Dies wiederum bedeutet, dass innerhalb der Berufsgruppe Erfahrungen mit dem Transfer des ZRM®s in die Einzelberatung da sind. Diese Arbeit will die Erfahrungen mit dem Transfer abholen und erörtern, wie genau ERBs das ZRM® in der Ernährungsberatung anwenden. Weiter ist es wichtig zu erfahren, welche Chancen und Risiken in der Anwendung des ZRM®s bestehen, ob allenfalls Schwierigkeiten auftreten und für welche Klienten und Klientinnen es besonders geeignet ist. Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, die Grundlage für weitere Forschung im Bereich des ZRM®s in der Ernährungsberatung zu liefern. Denn mit dem Zusammentragen von Erfahrungen könnten in einem späteren Schritt Lösungsansätze generiert werden, welche dafür sorgen, dass das ZRM®s in der Ernährungsberatung mehr genutzt wird. Davon profitieren sowohl die Berufsgruppe als auch die Klienten und Klientinnen. Denn das ZRM® bietet Werkzeuge für die Analyse der Klientensituation und dazu passende Interventionen (Krause & Storch, 2006, pp. 34–41). Es gilt als eine zusätzliche Vorgehensweise, welche der Berufsgruppe der Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen zur Verfügung steht. Der Profit der Klienten und Klientinnen resultiert aus den oben beschriebenen Faktoren, nach denen eine Verhaltensveränderung mit dem Ansatz des ZRM®s gelingen kann (Storch & Krause, 2017, p. 303) (Krause & Storch, 2006, p. 41) (Grawe, 1998, p. 34) (Cairns & Milne, 2006, p. 1090). Weiter kommt eine wirkungsvolle Ernährungsberatung auf lange Sicht dem Schweizerischen Gesundheitswesen zu Gute indem Kosten gesenkt werden können.

Aus diesen Gründen bearbeitet die vorliegende Arbeit folgende Fragestellung:

Welche Erfahrungen machen Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen mit dem Einsatz des Zürcher Ressourcen Modells® im Einzelsetting?

2 THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN

2.1 Verhaltensveränderung in der Therapie

Selbst wenn eine Person ein klares Ziel vor Augen hat, kann es sein, dass sie dieses nicht erreicht (Rothermund & Eder, 2011, p. 134). Gründe dafür können vorhandene Zielkonflikte oder der Fokus auf bereits gemachte negative Erfahrungen und Misserfolge sein (Kossak, 2011, p. 170). Konkrete Veränderungswünsche werden oft trotz bewusstem Vorsatz nur schwer umgesetzt, denn menschliches Verhalten gilt als weitestgehend stabil (Pullen, 2016, p. 288). Alte, automatisch eingeprägte Muster erschweren oder verhindern das Einführen von neuem Verhalten (Rothermund & Eder, 2011, p. 134). Dies lässt sich auch auf die Klienten und Klientinnen in der Ernährungsberatung übertragen. Als Beispiel fordert die aktuelle S3-Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ einen Einbezug verhaltenstherapeutischer Aspekte (Wabitsch et al., 2014, p. 43). Denn es gilt zu bedenken, dass die Nahrungsaufnahme nicht nur der Sättigung dient, sondern auch noch weitere Funktionen hat. Oftmals steht das Essen im Zusammenhang mit negativen emotionalen Zuständen und wird zum Zweck der Entspannung eingesetzt. (Wabitsch et al., 2014, p. 23). Die Ernährungstherapie bei Adipositas soll also nicht nur Fachwissen liefern und das Bewegungsverhalten thematisieren, um bei Klienten und Klientinnen eine Verhaltensveränderung erzielen zu können (Wabitsch et al., 2014, p. 43). Damit das Umsetzen von Ernährungsempfehlungen gelingt, muss die Verhaltensveränderung aus psychologischer Sicht in die Ernährungsberatung miteinbezogen werden (Rapoport & Perry, 2000, p. 294). Dazu müssen die individuelle Situation der Klienten und Klientinnen berücksichtigt und vorhandene Ressourcen in die Therapie mit eingebunden werden (Wabitsch et al., 2014, p. 44). Weil es kaum möglich ist, ein nur auf kognitiver Ebene gesteuertes Verhalten langfristig durchzuziehen (Pullen, 2016, p. 288), sollte die beratende Person zusätzlich bewusste wie auch unbewusste Aspekte zur Ziel- und Motivationsklärung berücksichtigen (van Achterberg et al., 2011, p. 160) (Pullen, 2016, p. 288). Auch Interventionen zur Förderung der Selbstwirksamkeit sollen in die Therapie integriert werden, weil eine positive Erwartungshaltung zur Erreichung von Leistungszielen führt (Schwarzer & Jerusalem, 2002, pp. 28–30). Dabei sollen die Motivation, die Bereitschaft und die Ressourcen des Klienten oder der Klientin für eine Lebensstiländerung überprüft werden (Wabitsch et al., 2014, p. 41). Sollte die Motivation für eine Veränderung nicht oder in einem zu geringen Ausmass vorhanden sein, ist es die Aufgabe der Ernährungsfachperson die Motivation des Gegenübers zu stärken (Laederach, Durrer,

Gerber & Pataky, 2016, p. 66). Folgende Kapitel beschäftigen sich deswegen mit der Thematik der Motivation, der Ziele und der Ressourcenaktivierung.

2.2 Motivation und Ziele

Motive werden als grundlegende, meist unbewusste und nicht beobachtbare Einflussfaktoren beschrieben, die unser Handeln aber auch unser Denken und Fühlen in eine bestimmte Richtung lenken. Ein Therapeut oder eine Therapeutin soll diese Antriebskräfte erkennen und die individuelle Ausprägung dieser Motive im Therapieprozess berücksichtigen. (Rothermund & Eder, 2011, p. 128). Die Stärke des Motivs ist ausschlaggebend für das Erreichen des persönlichen Zieles (Rothermund & Eder, 2011, p. 109). Wenn Ziele jedoch zu hoch gesetzt werden, so dass sie unerreichbar erscheinen, kann es zu einer Zielablösung (disengagement) kommen (Rothermund & Eder, 2011, p. 137). Es kann auch dann zu einer Zielablösung kommen, wenn das Unbewusste das Ziel nicht als erstrebenswert einstuft und dessen Erreichen nicht unterstützt (Storch & Krause, 2017, p. 316). In diesem Fall sind sehr geringe Leistungen zu erwarten (Rothermund & Eder, 2011, p. 137). Eine positive Erwartungshaltung an sich selber ist ein grundlegender Baustein, damit Ziele erreicht werden können (Rothermund & Eder, 2011, p. 134). Häufig fehlt auch eine effiziente Übersetzung der abstrakten Ziele in konkrete Handlungen. Für Klienten und Klientinnen bleibt es unklar, in welcher Situation sie sich wie verhalten sollen. Sie wissen zwar, welchen Zielendstand sie erreichen möchten, ihnen fehlt jedoch der Plan, wie sie das Ziel erreichen können. Folglich sollte die Zielintention durch konkrete Handlungsabsichten ergänzt werden. So gelingt es, dass die Person bestimmte Situationen mit entsprechenden Handlungstendenzen assoziiert. Wenn die Person dann auf die zuvor festgelegte Situation trifft, wird die dazugehörige Handlung aktiviert und automatisch in die Tat umgesetzt. (Rothermund & Eder, 2011, pp. 134-135). Auf diese Weise können Probleme der Antriebslosigkeit und Willensschwäche bei der Ausführung von zielbezogenem Verhalten umgangen werden (Rothermund & Eder, 2011, pp. 136-137). Zudem orientieren sich Klienten und Klientinnen häufig an Vermeidungszielen wie z.B. „Ich will nicht weiter zunehmen“. Solche negativen Formulierungen werden in der Literatur als wenig erfolgreich beschrieben, da es zur paradoxen Reaktion ihrer Zunahme kommt. Deshalb gilt es, Ziele positiv zu formulieren. (Kossak, 2011, p. 171).

2.3 Ressourcenaktivierung

Der Begriff „Ressource“ wurde erstmals 1981 von Badura eingeführt. Er riet dazu, sich von der Belastungsforschung abzuwenden und sich der Ressourcenforschung zuzuwenden. (Storch & Krause, 2017, p. 23). In der Therapie wird oft aus Sicht der

Problemperspektive gearbeitet. Zur Problemanalyse ist dies der richtige Weg, nicht jedoch für die Veränderung von Problemen. (Grawe, 1998, p. 96). Die Problemperspektive bestimmt lediglich, WAS verändert werden soll. Im Vergleich dazu bestimmt die Ressourcenperspektive WIE etwas verändert werden kann. Wie eine Verhaltensveränderung erreicht werden kann, sollte hauptsächlich von den Ressourcen des Klienten oder der Klientin abhängig gemacht werden. (Grawe, 1998, p. 99). Durch das Ansprechen von Ressourcen in der Therapie, hat der Klient oder die Klientin die Möglichkeit, sich von seinen oder ihren problematischen Seiten abzuwenden und sich auf die guten Seiten zu konzentrieren. Dies bewirkt ein positiveres Selbstbewusstsein und wirkt der Mutlosigkeit und Demoralisierung entgegen. Die Person fühlt sich besser, noch bevor sie etwas für ihre Veränderung getan hat. Dies verbessert die Erfolgchancen. (Grawe, 1998, p. 97). In der Therapie sollte das Augenmerk also auf den positiven Möglichkeiten (Ressourcen) der Person liegen. Dinge, die bereits gut funktionieren und die schon erreicht worden sind, sollen genauso im Vordergrund stehen wie die Stärken, die eine Person besitzt. (Grawe, 1998, p. 97). Als Ressourcen gelten Quellen, aus denen der Klient oder die Klientin das nötige Selbstwertgefühl bezieht. Dies können Dinge wie z.B. motivationale Bereitschaft, Interessen, Einstellungen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, finanzielle Möglichkeiten, zwischenmenschliche Beziehungen und noch viele mehr sein. Also alles, was dem Klienten oder der Klientin bei dem Veränderungsprozess helfen kann. (Grawe, 1998, p. 34). Viele dieser Ressourcen können im Veränderungsprozess positiv genutzt werden (Grawe, 1998, p. 97). Bei einer ressourcenorientierten Arbeitsweise geht man demnach davon aus, dass eine Person die benötigten Ressourcen für eine Problemlösung bereits in sich trägt (Storch & Krause, 2017, p. 24). Ressourcenaktivierung bezieht die Möglichkeiten des Klienten oder der Klientin in die Therapie mit ein und versucht, diesen möglichst viel Raum zu bieten (Grawe, 1998, p. 34). Therapeuten und Therapeutinnen dienen als Wegbegleiter oder Prozesshelfer und können die Person darin unterstützen, die vorhandenen Ressourcen zu entdecken und zu entwickeln (Storch & Krause, 2017, p. 24). Ressourcenaktivierung bedeutet, Merkmale zu finden, die für den Klienten motivational besetzt und für sein Selbstwertgefühl wichtig sind, um diese für den therapeutischen Veränderungsprozess mobilisieren zu können (Grawe, 1998, p. 34). Ausserdem sollen Ziele und Wünsche der Klienten und Klientinnen nicht in Frage gestellt, sondern unterstützt und gefördert werden (Grawe, 1998, p. 35). Sobald Erfolge eintreten, führt dies zu einem gesteigerten Selbstwertgefühl und Wohlbefinden, was der Klient oder die Klientin auf die Therapie zurückführt. Dies stärkt Hoffnungen auf eine weitere Verbesserung und erhöht so das Engagement für die Therapie. Das wiederum ist für den Therapeuten oder die Therapeutin erfreulich. Es entsteht ein positiver

Rückkopplungsprozess, der zu einem schnelleren Therapieerfolg beitragen kann. (Grawe, 1998, p. 35). Ebenfalls wichtig für eine erfolgreiche Verhaltensveränderung ist, dass sich der Klient oder die Klientin für Veränderungen selbst verantwortlich fühlt und nicht die Erwartungshaltung hat, dass die Fachperson ihm oder ihr die Arbeit abnimmt (Grawe, 1998, p. 96).

2.3.1 Therapiebeeinflussende Faktoren

Zum Therapieerfolg kann es nur dann kommen, wenn zwischen Fachperson und Klient oder Klientin eine vertrauensvolle Beziehung hergestellt werden konnte (Grawe, 1998, p. 17). Dazu sind die Kompetenz und Glaubwürdigkeit des Therapeuten oder der Therapeutin wichtig (Grawe, 1998, pp. 21-22). Der Klient oder die Klientin sollte sich von der Fachperson wertgeschätzt und verstanden fühlen. Für die Person muss klar sein, dass sie und die Fachperson die gleichen Ziele verfolgen und dass in der Therapie nicht über sie bestimmt wird. Wenn dies erfüllt ist, bedeutet die Therapie eine zusätzliche positive Ressource und der Therapeut oder die Therapeutin konnte das Prinzip der Ressourcenaktivierung erfolgreich verwirklichen. (Grawe, 1998, p. 135). Eine gute Therapiebeziehung wirkt sich auch positiv auf die Motivation und die Realisierbarkeitskomponente des Klienten oder der Klientin aus. Dies ist ein zentraler Aspekt in der Mobilisierung von Ressourcen und ist eine der wichtigsten Aufgaben des Therapeuten oder der Therapeutin. Die Fachperson muss versuchen, Intentionen des Klienten oder der Klientin zu aktivieren, zu stärken und zu fördern. (Grawe, 1998, p. 98).

2.4 Grundprinzipien des Zürcher Ressourcen Modells®

Das Zürcher Ressourcen Modell® wurde im Jahr 1991 von Maja Storch und Frank Krause entworfen und seit da weiter entwickelt. Seit 2002 ist das Konzept etabliert. (Storch & Krause, 2017, p. 20). Das ZRM® basiert auf neurobiologischen Erkenntnissen (Krause & Storch, 2006, p. 32). Das ZRM® verfolgt das Ziel, bereits zu Beginn der Therapie eine möglichst grosse Motivation von Seiten des Klienten oder der Klientin zu erzeugen, damit Lern- und Entwicklungsprozesse als lustvoll und belohnend erlebt werden. Eine Veränderung soll keine beschwerliche Prozedur sein, die man nur mit viel Disziplin erreichen kann (Storch & Krause, 2017, p. 27), sondern soll mittels Selbstregulation geschehen. Darunter versteht sich das Abstimmen von Verstand und Unbewusstsein. (Storch & Krause, 2017, p. 121).

2.4.1 Neurowissenschaft

Gemäss der Neurobiologie ist menschliches Verhalten die Summe gemachter Erfahrungen. Diese werden im Gehirn gespeichert, wenn zwei oder mehrere

Nervenzellen in Verbindung treten und Signale austauschen. Wird häufig dieselbe Erfahrung gemacht, verstärkt sich diese Verbindung, was sich in der Neurowissenschaft „Bahnung“ nennt. (Storch & Krause, 2017, p. 40). Die aus diesen Verbindungen entstandenen neuronalen Netze sind die Grundlage unseres Gedächtnisvermögens und werden als Reaktion auf einen Reiz aktiviert (Storch & Krause, 2017, p. 44). Verhalten kommt also dadurch zu Stande, dass für gleiche oder ähnliche Situationen stets dasselbe neuronale Netz verwendet wird. Um langfristig eine erfolgreiche Verhaltensveränderung erzielen zu können, müssen neue Automatismen im Gehirn entstehen. (Rothermund & Eder, 2011, pp. 134-135). Dazu muss sich ein neues neuronales Netz bilden, so dass alte Automatismen durch neue ersetzt werden. Die neu entstandenen Verbindungen werden durch häufige Wiederholungen immer besser gebahnt, so dass sie mit der Zeit leichter aktivierbar sind. So tritt das neu erlernte Verhalten irgendwann automatisch auf. Dies ist ein Prozess, der Geduld und Ausdauer erfordert. (Storch & Krause, 2017, p. 67). Beeinflusst wird dieser Prozess dadurch, dass alle gemachten Erfahrungen sich bewusst oder vor allem auch unbewusst auf die menschliche Entscheidungsfindung auswirken. Denn das primäre Ziel jedes Individuums ist der Erhalt der psychologischen Gesundheit. Das Gehirn sorgt dafür, indem es Situationen im Hinblick darauf bewertet, ob sie das psychische Wohlbefinden positiv oder negativ beeinflussen. Dazu wird auf die bereits gemachten Erfahrungen zurückgegriffen, welche nach einem unbewussten, affektiven Bewertungssystem beurteilt und im Gehirn gespeichert wurden. Dieses System nennt sich „somatische Marker“ und ist allgemein als das „Bauchgefühl“ bekannt. Es funktioniert nach dem Prinzip „gut/schlecht“, „annähern/vermeiden“ oder „plus/minus“. Somatische Marker beeinflussen uns beim Entscheid, ob etwas noch einmal getan werden soll oder nicht. Die somatischen Marker sind für die Arbeit nach ZRM® von zentraler Bedeutung. (Storch & Krause, 2017, pp. 49; 50 - 51; 56).

2.4.2 Rubikon-Prozess

Das Rubikon-Modell stellt den motivationalen Prozess eines Menschen dar, welcher mit dem unbewussten Bedürfnis beginnt und schliesslich in aktivem Handeln resultiert (Storch & Krause, 2017, p. 87) (Krause & Storch, 2006, p. 34). Das Modell wurde ursprünglich von Heckhausen (1989) und Gollwitzer (1990) entwickelt und im ZRM®-Konzept aufgrund von Erkenntnissen von Grawe (1998) mit der Phase des „unbewussten Bedürfnisses“ ergänzt (Krause & Storch, 2006, p. 33) (Storch & Krause, 2017, pp. 88-89). Das Rubikon-Modell lehnt sich an eine Metapher von Gaius Julius Cäsar an, der im Jahre 49 vor Christus nach langem Abwägen mit dem Ausruf „alea jacta est!“ (lateinisch: „Die Würfel sind gefallen!“) den Fluss Rubikon überquerte und

damit einen Krieg auslöste. Mit der Rubikon-Metapher lässt sich die Grundproblematik der Motivationspsychologie, nämlich die Wahl von Handlungszielen, erörtern. (Krause & Storch, 2006, pp. 33-34).

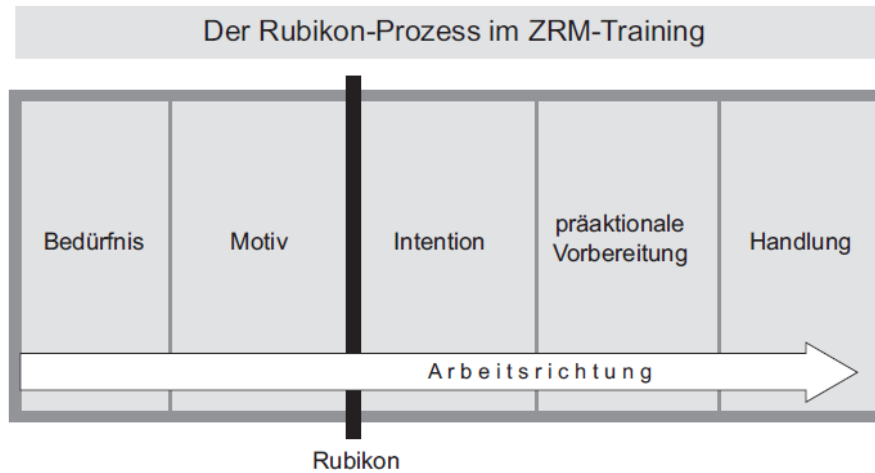


Abbildung 1 Erweitertes Rubikon-Modell nach Grawe

Das Rubikon-Modell ist fünfphasig und besteht aus Bedürfnis, Motiv, Intention, präaktionaler Vorbereitung und Handlung. Es zielt auf eine Persönlichkeitsentwicklung und eine Verhaltensänderung ab. (Storch & Krause, 2017, p. 89). Zu Beginn des Prozesses werden unbewusste Bedürfnisse erforscht und in Motive umgewandelt, da nur bewusste Wünsche für die Handlungsplanung eingesetzt werden können. Nachdem dies erfolgt ist, kann ein konkretes Ziel formuliert werden. (Storch & Krause, 2017, pp. 90-92). Sofern dieses Ziel mit genügend positiven somatischen Markern besetzt ist, gelingt der Schritt über den Rubikon (Storch & Krause, 2017, p. 95). Nach der Überquerung des Rubikons hat der Mensch eine starke Intention, sein Ziel zu verfolgen. Intentionen gelten als besonders erfolgsversprechend, wenn eine hohe Volitionsstärke besteht. Diese besteht, wenn das Ziel attraktiv erscheint, durch eigenes Handeln erreicht werden kann und mit starkem Wille verfolgt wird. (Storch & Krause, 2017, pp. 96-97) (Grawe, 1998, p. 97). In der präaktionalen Vorbereitung werden Massnahmen erarbeitet, damit neue Intentionen auch in kritischen Situationen in die Tat umgesetzt werden können (Storch & Krause, 2017, p. 98). Am Ende des Rubikon-Prozesses wurden neue Zielintentionen entwickelt und Ausführungsintentionen geplant, so dass in aktives Handeln übergegangen werden kann (Storch & Krause, 2017, p. 100).

2.5 Elemente des Zürcher Ressourcen Modells®

2.5.1 Die Bildkartei

Die Entdeckung des Unbewussten gelingt am besten mit ressourcenaktivierenden Bildern, die positive Gefühle auslösen (Storch & Krause, 2017, p. 123). Die Auswahl eines Bildes aus der Kartei geschieht nicht mit dem Verstand sondern über die somatischen Marker mit Gefühlen (Storch & Krause, 2017, p. 124).

2.5.2 Der Ideenkorb

Beim Ideenkorbverfahren erhält der unbewusste Inhalt des ausgewählten Bildes durch Sammeln von Assoziationen eine sprachliche Form und kann für die weitere Planung genutzt werden. Das Erstellen des Ideenkorbes wird ebenfalls ressourcenaktivierend gestaltet. (Storch & Krause, 2017, p. 125).

2.5.3 Die Affektbilanz

Die im Ideenkorb gesammelten positiven Assoziationen zum Bild, werden nun erneut mit somatischen Markern bewertet und in der Affektbilanz visuell dargestellt. Da es positive wie auch negative somatische Marker gibt, enthält die Affektbilanz zwei getrennte Skalen, die von null bis 100 % reichen. (Storch & Krause, 2017, pp. 126-127). Nur Ideen, bei denen keine negativen Affekte vorhanden sind, haben eine Chance realisiert zu werden (Storch & Krause, 2017, p. 128). Folglich sollte die Beurteilung des Ziels auf der negativen Affektbilanz null sein und auf der Positiven mindestens 70% (Storch & Krause, 2017, pp. 127-128).

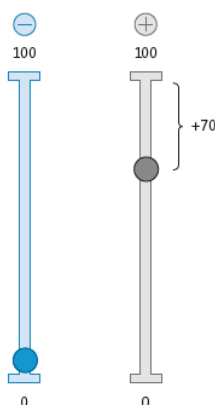


Abbildung 2 Affektbilanz nach Maja Storch und Frank Krause

2.5.4 Das Motto-Ziel

Motto-Ziele sind in einer bildhaften Sprache im Präsens formuliert und repräsentieren eine innere Haltung des Handelnden. Das Handeln eines Menschen wird gewissermaßen unter ein Motto gestellt. Ziele werden allgemein formuliert, wodurch sie mit starken Gefühlen verbunden sind und dadurch stärker zum eigenen Selbst dazugezählt werden. Sie bieten Unterstützung in der Überquerung des Rubikons. (Storch & Krause, 2017, pp. 141-142). Wie Rothermund und Eder (2011) beschreiben, wird durch eine Auslösesituation das gewünschte Verhalten automatisch herbeigeführt (Rothermund & Eder, 2011, pp. 136-137). Damit das Motto-Ziel handlungswirksam ist, muss es als Annäherungsziel formuliert sein (Storch & Krause, 2017, p. 149). Denn, wie oben beschrieben, sind Vermeidungsziele nicht wirksam (Kossak, 2011, p. 171). Zudem muss es 100% unter eigener Kontrolle sein und eine Affektbilanz von null auf der negativen Skala und mindestens 70% auf der positiven Skala aufweisen (Storch & Krause, 2017, p. 149).

2.5.5 Das Priming

Erinnerungshilfen (Primes) sind Gegenstände, welche mit dem Motto-Ziel assoziiert werden. Das Priming löst eine unbewusste Reaktion auf einen Stimulus aus. So wird eine Gedächtnisspur aktiviert, die das Verhalten bedeutsam beeinflussen kann. (Storch & Krause, 2017, p. 160). Das Priming ermöglicht dem Gehirn, in schwierigen Situationen auf Autopilot zu schalten und die Zielerreichung zu sichern (Storch & Krause, 2017, p. 164). Primes dienen dazu, die neu entwickelten neuronalen Netze zu stimulieren und dauerhaft beizubehalten (Storch & Krause, 2017, pp. 165-166).

2.5.6 Das Embodiment

Beim Embodiment wird der Körper in den Denkprozess miteinbezogen, weil man davon ausgeht, dass Körper und Geist untrennbar miteinander verbunden sind. Eine Manipulation des Körpers in Form von Handbewegungen oder Körperhaltungen haben einen Einfluss auf Emotionen, motivationale Prozesse, Gehirnaktivität sowie Einstellungen und Bewertungen. (Storch & Krause, 2017, pp. 168-169). Das Embodiment dient dazu, Informationen zu verkörpern, was eine zuverlässige Erinnerung ermöglicht und Lerninhalte besser behalten werden können. So wird das neue neuronale Netz mit dem Körper verbunden. (Storch & Krause, 2006, p. 39).

2.5.7 Die Wenn-Dann-Pläne

Mit Wenn-Dann-Plänen werden Strategien erarbeitet, nach denen das gebildete Motto-Ziel in die Tat umgesetzt werden kann. Sie erhöhen das persönliche Gefühl der Verpflichtung und erleichtern den Start einer zielgerichteten Handlung. Indem man Intentionen in einem Wenn-Dann-Satz formuliert, wird ein situativer Reiz direkt mit einer Handlung gekoppelt und Automatismen werden erzeugt. (Storch & Krause, 2017, p. 179).

2.5.8 Die Hypnose

Im ZRM® wird eine Vorgehensweise praktiziert, welche an die Hypnosetherapie und das mentale Training angelehnt ist. Dabei machen Klienten und Klientinnen eine Fantasiereise, wobei sie sich selbst sehen, wie sie das gewünschte Handeln umsetzen. Diese Vorstellungsübung wird von der beratenden Person geleitet, indem sie einen Text vorliest und dabei auf die körperlichen Merkmale des zielrealisierenden Handelns fokussiert. Dies betrifft vor allem skeletomotorische Aspekte wie auch die Wahrnehmung von Körperphänomenen wie beispielsweise die Empfindung des Wärmegefühls. (Storch & Krause, 2006, p. 39).

2.5.9 ABC-Situationen

Das Situationstypen-ABC ist Grundlage dafür, in welcher Situation welche Handlung angezeigt ist, um das Handlungsziel zu erreichen. Dabei werden drei verschiedene Typen unterschieden. Bei den A-Situationen gelingt die Verwirklichung des Motto-Ziels problemlos und automatisch. Bei B-Situationen ist das Erreichen des Motto-Ziels schwierig. Da sie jedoch vorhergesehen sind, können sich Klienten oder Klientinnen darauf vorbereiten und die Umsetzung des Motto-Ziels ist dadurch trotzdem erreichbar. C-Situationen kommen überraschend, weshalb eine vorgängige Planung von Strategien nicht möglich ist und deshalb die Verwirklichung des Motto-Ziels herausfordernd ist. (Storch & Krause, 2017, pp. 274-275).

2.5.10 Erfolgstagebuch / Erfolgsspeicher

Das Führen eines Erfolgstagebuchs hilft Klienten und Klientinnen ihren Erfolgsspeicher zu füllen. Damit sollen die Klientel auf Erfolge sensibilisiert werden. Zudem soll ihnen bewusst gemacht werden, dass es ihnen Situationen bereits gelungen ist, ihr Motto-Ziel zu erreichen. So kann die Selbstwirksamkeit von Klienten und Klientinnen gestärkt werden. (Storch & Krause, 2017, p. 275).

2.6 Aktuelle Studienlage zum ZRM® in der Therapie

In einem von Storch und Olbrich entwickelten Präventionsprogramm (2011), wurde die Einschätzung der subjektiven Arbeitsfähigkeit bei Rentenversicherten in Deutschland erhoben. Dabei handelte es sich um Personen, welche für die Erwerbsfähigkeit negativ beeinflussende Risikofaktoren aufwiesen. (Storch & Olbrich, 2011, p. 2;10). Nach Durchführung des Selbstmanagementtrainings nach ZRM® und der Bildung von Haltungszielen, konnten die Teilnehmenden ihre negativen Affekte besser regulieren. Ausserdem waren die Teilnehmenden danach in der Lage, besser mit Stress umzugehen und gesundheitsförderndes Verhalten zu zeigen. Weiter hat sich gezeigt, dass ohne passendes und stabiles Haltungsziel Effekte auf der Verhaltensebene nicht nachhaltig sind. (Storch & Olbrich, 2011, pp. 2;13–14).

In einer Bachelor-Thesis aus dem Jahr 2015 wurde untersucht, ob das Bilden von Motto-Zielen bei Betreuungspersonen in Kinderkrippen das subjektive Stressempfinden im Arbeitsalltag reduzieren kann (Fellner, 2015, p. 2). Es konnte gezeigt werden, dass die Bildung von Motto-Zielen im Vergleich zur Bildung von SMART-Zielen das subjektive Stressempfinden signifikant senken kann. Dies deutet darauf hin, dass Motto-Ziele als Coping-Strategien geeignet sind. (Fellner, 2015, p. 34).

Eine Master-Thesis aus dem Jahr 2016 widmete sich einer ähnlichen Thematik.

Hier wurde die subjektive Wirkung von Motto-Zielen im Vergleich zu SMART-Zielen untersucht. Die Teilnehmenden verspürten im Gegensatz zu den SMART-Zielen bei den Motto-Zielen einen stärkeren inneren Antrieb, das Ziel zu erreichen. Dabei wurde das Motto-Ziel als beruhigend, Selbstsicherheit erhöhend, motivierend, fokussierend, positiv/optimistisch, bestätigend und kreativitätssteigernd erlebt. Die persönliche Identifikation, Mitgestaltung, Memorierbarkeit, das Unbewusste, die Möglichkeit, Stärken auszubauen, der simple Prozess, sowie die Möglichkeit der Selbstreflexion und der Spass wurden als Vorteile der Motto-Ziele beschrieben (Eller, 2016, pp. 69-71;73).

Eine weitere Master-Thesis beschäftigte sich mit der Art, wie die Affektbilanz in Entscheidungssituationen rund um den beruflichen Werdegang eingesetzt werden kann. Dabei wurde der Einsatz der Affektbilanz von Seiten der Beratungsfachperson und der Klienten und Klientinnen beurteilt. Die Arbeit der Affektbilanz wurde vorwiegend positiv bewertet. Von den beratenden Personen wurde der Einsatz der Affektbilanz als hilfreich erlebt, während Klienten und Klientinnen die Affektbilanz als unterstützend empfunden haben. (Schumacher, 2015, pp. 2;39;49;53).

Eine Bachelor-Thesis untersuchte, ob das ZRM® Menschen im Prozess der Arbeitssuche unterstützt. Dabei wurde das ZRM® in der Einzelberatung und in Workshops durchgeführt, wobei es keine Unterschiede der Effekte zwischen den beiden

Settings gab. Es konnte gezeigt werden, dass die Teilnehmenden in der Umsetzung ihrer Ziele unterstützt werden konnten und dass die Anwendung einzelner Elemente ausreicht, um Ziele zu erreichen. (Kalla, 2016, pp. 1;4;47;57;82).

3 METHODE

3.1 Leitfadenentwurf

Die Fragestellung wurde qualitativ mit Experteninterviews anhand von halbstrukturierten Interviews bearbeitet. Leitfadeninterviews stellen sicher, dass alle relevanten Aspekte erfragt werden. Diese Strukturiertheit erlaubt es bei der Auswertung, Vergleiche zu ziehen. (Hussy, Schreier, & Echterhoff, 2013, p. 225).

In Anlehnung an SPSS (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren) (Helfferich, 2011, pp. 182–185) und Krueger & Casey (Krueger & Casey, 2015, pp. 43-49;60-61) wurde ein erster Entwurf des Interviewleitfadens erstellt. Dazu wurden mittels Brainstorming (Krueger & Casey, 2015, pp. 60–61) Fragen gesammelt und zusammengetragen. Die Fragen wurden anschliessend in eine chronologische Reihenfolge gebracht und in folgende Kategorien eingeteilt: Eröffnende Fragen, einleitende Fragen, Übergangsfragen, Schlüsselfragen und Schlussfragen (Krueger & Casey, 2015, pp. 44–46), wobei die einleitende Frage in einem letzten Überarbeitungsschritt wegfiel. Die sortierten Fragen wurden nach Vorgaben zur Entwicklung eines Leitfadens überprüft, aus- oder umformuliert (Krueger & Casey, 2015, pp. 61–67). Mittels SPSS (Helfferich, 2011, pp. 182–185) wurden die Fragen dann erneut geprüft und in der Anzahl reduziert. Es ergaben sich am Schluss sieben Leitfragen. Da die Fragen bereits sortiert waren, konnten sie direkt subsumiert werden (Helfferich, 2011, pp. 182–185). Für jede Leitfrage wurden nach Notwendigkeit Checkpunkte definiert. Ebenfalls wurden Anschlussfragen vorformuliert, welche allen Teilnehmenden gestellt wurden, damit eine gewisse Tiefe erreicht wird. (Helfferich, 2011, pp. 182–185). Um den Leitfadenentwurf auf die Verständlichkeit der Fragen, die logische Anordnung und die etwaige Befragungszeit zu prüfen, wurde ein Pretest im Rahmen eines Interviews durchgeführt (Diekmann, 2014, p. 485). Fragen zum Leitfaden sowie zur Durchführung der Interviews, die im Rahmen des Pretests beantwortet wurden, sind in Anhang 12.3 zu finden. Nach Durchführen des Pretests wurden im Leitfaden (siehe Anhang 12.5) Änderungen vorgenommen.

3.2 Stichprobe / Rekrutierung

Eine ausreichende Stichprobengrösse beginnt ab sechs Probanden (Helfferich, 2011, p. 175). In dieser Untersuchung angestrebt wurden deswegen sechs bis acht Teilnehmende. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen für das Forschungsprojekt wurden

mittels Google-Suche unter den Stichwörtern „Ernährungsberatung“ und „Zürcher Ressourcen Modell“ gefunden. Da die Berufsgruppe übersichtlich ist, konnten interprofessionelle Kontakte genutzt werden. Angefragt wurden vor allem Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen der Praktikumsbetriebe für die Studierenden der Berner Fachhochschule Gesundheit. Die Rekrutierung schloss Teilnehmende aus der ganzen Schweiz ein und beschränkte sich nicht auf einzelne Regionen.

Als Einschlusskriterien galten folgende:

- Diplomierte Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen BSc BFH (Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik der Berner Fachhochschule Gesundheit) oder HF (Diplomierte Ernährungsberaterin, diplomierter Ernährungsberater Höhere Fachschule), welche aktuell berufstätig sind
- Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen, welche das ZRM® im Einzelsetting anwenden
- Minimum absolvierter ZRM®-Kurs SVDE oder Grundkurs ZRM® bei einem offiziellen Trainer oder bei einer offiziellen Trainerin

Als Ausschlusskriterien galten folgende:

- Ernährungsscoaches ohne krankenkassenanerkannte Ausbildung
- Zusatzmodul B-Studierende
- Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen, welche ausschliesslich in der Forschung oder Industrie tätig sind
- Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen, welche das ZRM® nur im Gruppensetting anwenden
- Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen ohne ZRM®-Weiterbildung

3.3 Durchführung

Die Google-Suche ergab sechs Ernährungsberaterinnen, welche das ZRM® anwenden. Über Kontakte innerhalb der Berufsgruppe konnten zehn weitere Ernährungsberaterinnen gefunden werden.

Die Personen wurden telefonisch rekrutiert, wobei sich acht Ernährungsberaterinnen zu einem Interview bereit erklärten. Die Person für den Pretest wurde gezielt zu diesem Zweck per E-Mail angefragt. Zwei der ermittelten Kontakte wurden gar nicht erst angefragt, weil sie dem Forscherteam zu einem späteren Zeitpunkt bekannt gegeben wurden und eine Person erhielt aufgrund Vollzähligkeit der Stichprobe eine Absage.

Die Interviews wurden jeweils von einer Forschungsperson durchgeführt und nicht von beiden, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen (Hussy et al., 2013, pp. 224–225). Die Interviews hatten alle eine Dauer von 28 bis maximal 49 Minuten.

Mittels der Software „f4“ wurden die Interviews transkribiert, wobei Transkriptionsregeln zur inhaltlich-semantischen Transkription (Dresing & Pehl, 2017, pp. 21-25) berücksichtigt wurden (siehe Anhang 12.6).

3.4 Auswertung

Zur Auswertung wurden bei der vorliegenden Untersuchung interpretative Verfahren angewandt. Als Grundlage für die interpretierende qualitative Inhaltsanalyse (Mayer, 2013, pp. 25–26) dienten die Transkripte der acht Interviews. Die Daten des Pretests wurden für die Auswertung nicht berücksichtigt, da sie keinen inhaltlichen Mehrwert boten.

Ausgewertet wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010), dazu wurde ein deduktives Kategoriensystem (Anhang 12.10) erstellt (Mayring, 2010), welches sich am Interviewleitfaden orientierte.

Für die einzelnen Analyseschritte wurden Regeln in Form eines Codierplans (siehe Anhang 12.9) festgelegt, auf welche jede Entscheidung im Auswertungsprozess zurückzuführen ist (Mayring, 2010, pp. 48–49). Für die Auswertung wurde Microsoft Excel verwendet, wobei der gesamte Interviewtext jeweils in die erste Spalte kopiert wurde. Für jedes Interview wurde ein eigenes Tabellenblatt kreiert, in welchem der Originaltext in einem ersten Schritt paraphrasiert und in einem zweiten generalisiert wurde. Nach der Generalisierung wurden die Aussagen in die deduktiven Kategorien eingeteilt, wobei induktiv während des Prozesses Kategorien verändert oder neu gebildet wurden (Mayring, 2010, pp. 66–67) (siehe Anhang 12.10). In einem dritten Schritt wurden die Aussagen innerhalb eines Interviews zum ersten Mal reduziert (Z3 Regel). Als vierter und letzter Schritt wurden diese Reduktionen das zweite Mal reduziert (Z4 Regel), wobei alle acht Interviews zusammengefasst und sich wiederholende Aussagen gestrichen wurden. (Mayring, 2010, pp. 68–70).

3.5 Ethische Aspekte

Gemäss der Verordnung über die Humanforschung mit Ausnahme der klinischen Versuche, fällt die vorliegende Arbeit nicht in den Zuständigkeitsbereich der Schweizerischen Ethikkommission (Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz HFG), Der Bundesrat, 2011), da keine Daten von Klienten oder Klientinnen erhoben werden. Die Teilnehmenden konnten die Befragung jederzeit abbrechen oder die Teilnahme verweigern. Die Daten wurden anonymisiert, sodass

keine Rückschlüsse auf die Person oder die Unternehmung, in welcher die Person tätig ist, gemacht werden können. Die erhobenen Daten werden nicht weiterverwendet und die Teilnehmenden erhielten eine Einverständniserklärung mit genaueren Informationen, welche sie unterschrieben haben. (Beispiel siehe Anhang 12.1 und 12.2)

4 ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragungen dargestellt. Dabei wird zuerst eine Übersicht über die Merkmale der vorliegenden Stichprobe gegeben. Nachfolgend werden die in Kategorien zusammengefassten Aussagen dargestellt. Die Kapitelüberschriften beziehen sich ab 4.2 jeweils auf die Kategorien und Subkategorien des Kategoriensystems. Die Reihenfolge der einzelnen Kategorien und Subkategorien ist zufällig und steht in keiner Relevanz zu den Ergebnissen.

4.1 Merkmale der Stichprobe

Die untenstehende Tabelle gibt eine Übersicht über Charakteristika der acht Teilnehmenden dieser Untersuchung. Alle Teilnehmenden waren weiblich, weswegen im Folgenden immer von der weiblichen Form gesprochen wird. Alle Informationen zum Anwendungsort des ZRM®s können der Tabelle 1 entnommen werden. Die Berufserfahrung mit dem ZRM® beträgt zwischen knapp zwei bis sechs Jahre. Mit Ausnahme von T1, die eine Weiterbildung zum ZRM®-Coach hat, haben alle Teilnehmerinnen die modulare Weiterbildung des SVDEs besucht.

Tabelle 1 Demographische Daten der Teilnehmerinnen

	Abschluss	ZRM®-Ausbildung	Anwendung ZRM®	Arbeitsort mit ZRM®
T1	Ernährungsberaterin HF	Zertifikatslehrgang „ZRM®-Coach“	3 Jahre	Regionalspital
T2	Ernährungsberaterin BSc	Modulare Weiterbildung SVDE	3 Jahre	Universitätsklinik, ambulante Praxis
T3	Ernährungsberaterin HF	Modulare Weiterbildung SVDE	5 Jahre	Regionalspital
T4	Ernährungsberaterin HF	Modulare Weiterbildung SVDE	3 Jahre	Freiberufliche Praxis
T5	Ernährungsberaterin BSc BFH	Modulare Weiterbildung SVDE	Knapp 2 Jahre	Regionalspital
T6	Ernährungsberaterin BSc BFH	Modulare Weiterbildung SVDE	5 Jahre	Praxis, Neurorehabilitationsklinik
T7	Ernährungsberaterin BSc BFH	Modulare Weiterbildung SVDE	5 Jahre	Freiberufliche Praxis
T8	Ernährungsberaterin HF	Modulare Weiterbildung SVDE	6 Jahre	Ambulante Praxis, ambulantes Setting in Klinik

4.2 Umsetzung des ZRM®s in der Ernährungsberatung

An dieser Stelle werden die inhaltlichen Zusammenfassungen der Aussagen dazu dargestellt, wie die interviewten Ernährungsberaterinnen das ZRM® umsetzen. Es wurden Aussagen zu den Elementen, dem Transfer der Gruppenelemente, dem Ablauf, vorgenommenen Anpassungen, Hilfsmitteln, dem Einfluss der ERBs, dem Einsatz in der Klinik und Meinungen der ERBs gemacht.

4.2.1 Transfer Gruppenelemente

In dieser Subkategorie wird festgehalten, wie die befragten ERBs die Gruppenelemente des ZRM®s in die Einzelberatung übertragen und welche Erlebnisse sie damit machen. Aus den Interviews geht hervor, dass die eingesetzten Elemente meist im Zweiersetting mit dem Klienten oder der Klientin erarbeitet werden. Manchmal werde das Umfeld der Klienten und Klientinnen miteinbezogen, indem ERBs die Erarbeitung einzelner Elemente als „Hausaufgabe“ aufgeben oder begleitende Angehörige involvieren. Ersteres allerdings könne für die Klientel überfordernd sein. Grundsätzlich bereite den befragten ERBs der Transfer keine Schwierigkeiten, es kämen aber weniger Ideen zusammen als in der Gruppe. Einige der Gruppenelemente werden von ERBs nicht als solche erkannt, so werden Wenn-Dann-Pläne von einer Befragten nicht als Gruppenelement gesehen. Eingesetzt werden: Motto-Ziele, Ideenkorb, Wenn-Dann-Pläne, Priming, Embodiment und Bilder, wobei das Priming manchmal nicht funktioniere.

„Da sind wir halt eine Zweiergruppe (lacht), der Klient und ich. Wo miteinander sammeln.“ (T3: Z 98 – 99)

4.2.2 Elemente

Diese Subkategorie fasst Art und Häufigkeit des Einsatzes der einzelnen Elemente des ZRM®s zusammen. Weiter werden gemachte Erlebnisse mit den Elementen des ZRM®s in Tabelle 2 beschrieben.

Welche Elemente und ob alle oder nur eine Auswahl der Elemente eingesetzt werden, ist unterschiedlich. Die befragten ERBs geben an, oft nur einzelne Elemente aus dem ZRM® einzusetzen. Dabei sei es klientenabhängig, welche Elemente bewusst weggelassen werden. Einige erzählen, dass bei Erwachsenen alle Elemente des ZRM®s eingesetzt werden, während bei Kindern nur einzelne zum Einsatz kommen. Werden nur einzelne Elemente eingesetzt, werde manchmal nicht um Einverständnis dazu gebeten. Wieder andere geben an, überhaupt keine Elemente bewusst wegzulassen und das ganze ZRM® an einem Stück durchzuführen. Alle Elemente des ZRM®s an einem Stück werden als sehr zeitintensiv erlebt, weil sie drei bis vier

Beratungen in Anspruch nehmen. Die Elemente des ZRM®s seien gut verständlich, würden den Klienten oder die Klientin befähigen, aktiv zu werden und können laut den Interviews auch mit anderen Tools kombiniert werden. Laut den befragten ERBs werden die Elemente des ZRM®s oft ohne Hilfsmittel eingesetzt. Einige ERBs besäßen jedoch einen Ordner mit Hilfsmitteln.

Eine Auflistung zur Häufigkeit des Einsatzes einzelner Elemente können untenstehender Grafik entnommen werden. Die Einteilung fand aufgrund von Aussagen der Teilnehmerinnen statt.

„Also, wie mit dem Rubikon, einzelne Teile des Rubikons. Der ganze Rubikon finde ich, braucht recht viel Zeit.“ (T2: Z 37 – 38)

Häufiger Einsatz	Gelegentlicher Einsatz	Seltener Einsatz	Kein Einsatz
<ul style="list-style-type: none"> • Somatische Marker • Motto-Ziele • Bilder • Wenn-Dann-Pläne • Affektbilanz • Zielpyramide 	<ul style="list-style-type: none"> • Embodiment • ABC-Situationen • Erfolgstagebuch • Erfolgsspeicher 	<ul style="list-style-type: none"> • Achtsamkeit • Körperarbeit • Meditation 	<ul style="list-style-type: none"> • C-Situationen • Hypnose • Lösungsfilme • Thermometer

Abbildung 3 Darstellung der Einsatzhäufigkeit einzelner Elemente

Tabelle 2 Matrix mit allen Aussagen zum Einsatz der meist besprochenen Elemente des ZRM®s und zu Erlebnissen mit den Elementen

	Bilder	Körperarbeit	Affektbilanz	Priming	Embodiment	Motto-Ziele
Einsatz	<ul style="list-style-type: none"> • Werden als Primes eingesetzt • Integration in Alltag • Wenn ganzes ZRM® durchgeführt wird • Oft werden zwei Bilder gewählt • Als Grundlage des ZRM®s • Häufig 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Anorexie-Patienten • Bewusst kein Einsatz • Erwähnung Körperhaltung • Wird eingesetzt • Bewegungsübungen • Im Sinne der Achtsamkeitsweiterbildung • Nur in Gruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Auch einzeln • Früher Einsatz • Bei diffusen Gefühlen • In jeder Beratung • Oft in Erstberatung 	<ul style="list-style-type: none"> • Übergewichtige Männer • Häufiger Einsatz • Öfter, wenn ganzes ZRM® angewandt wird • Auch einzeln • Zurückhaltend • Kernstück des ZRM®s • Integration in Alltag 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Anwendung • Individuell • Im Stehen • Mit kleinen Gesten 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Einsatz • Wird mit Priming verbunden • immer
Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Eigene werden mitgebracht • Erarbeitung in Beratung • Karteikarten • Originalbildersatz • Bilder von Idolen bei Kindern 	<ul style="list-style-type: none"> • Bälle bei Atemübungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wird von Hand aufgezeichnet 	<ul style="list-style-type: none"> • Bild • Farbe des Bildes • Keine fixen Primes • Selbstgesammelte Primes • Neue Gegenstände • Primes aus der Natur 		
Wirkung Klient und Klientin	<ul style="list-style-type: none"> • Leidenschaft 		<ul style="list-style-type: none"> • Positive Veränderungen • Widerstand wird erkannt • Schwierigkeiten werden erkannt 	<ul style="list-style-type: none"> • Überfordernd • Widerstand 	<ul style="list-style-type: none"> • Überfordernd 	<ul style="list-style-type: none"> • Für viele zu esoterisch
Wirkung ERB				<ul style="list-style-type: none"> • Skepsis 	<ul style="list-style-type: none"> • Unwohl • Inkompetent 	

Ziele		<ul style="list-style-type: none"> Entspannungsübungen zum Ermöglichen der Bauchentscheidungen 	<ul style="list-style-type: none"> Erörtern positiver und negativer Gefühle Erklären der Entstehung gemischter Gefühle Aufzeigen, warum Veränderungen nicht gelingen Abholen der Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung neuer Automatismen Verstärkung neuronaler Netzwerke 		
Positives	<ul style="list-style-type: none"> Gutes Ansprechen bei Hirnschlag-Patienten 		<ul style="list-style-type: none"> Kommt gut an 	<ul style="list-style-type: none"> funktioniert 		<ul style="list-style-type: none"> können sich verändern
Negatives	<ul style="list-style-type: none"> Schwierig, das Passende zu finden 	<ul style="list-style-type: none"> Fremder Bereich für ERB 	<ul style="list-style-type: none"> Nicht effektiv unter Zeitdruck 	<ul style="list-style-type: none"> Schwierig Zeit fehlt dazu 	<ul style="list-style-type: none"> ERBs können sich damit nicht identifizieren 	<ul style="list-style-type: none"> Dauert 2-3 Sitzungen Funktionieren oft nicht Zeitaufwändig

4.2.3 Ablauf

Die befragten Ernährungsberaterinnen haben alle einen individuellen, jedoch ähnlichen Ablauf, eine Beratung mit dem ZRM® zu führen. Die befragten ERBs finden es zwingend nötig, dass Klienten und Klientinnen vor dem Einsatz des ZRM®s alle fallspezifischen und fachlich relevanten Informationen erhalten. Weiter müsse das ZRM® möglichst genau erklärt und begründet werden und sollte jemand noch mehr erfahren wollen, werde auf die Website des ZRM®s verwiesen. Es sei nötig, dass die Klienten und Klientinnen ihr Einverständnis bezüglich der Anwendung des ZRM®s geben.

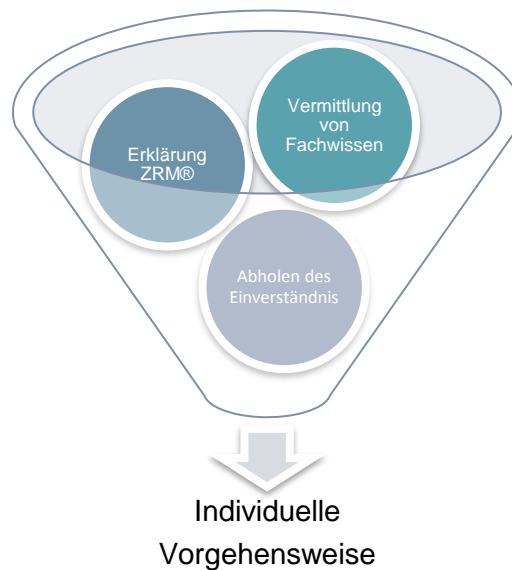


Abbildung 4 Darstellung des Ablaufs einer ZRM®-Beratung

*„Und wenn ich das Gefühl hätte, das [ZRM®] würde passen, täte ich es noch einmal erwähnen und dann können sie ja dann entscheiden, ob sie das noch wollen beiziehen.“
(T6: Z 179 – 181)*

Zum Start der Anwendung werde meistens ein separater Termin ausgemacht, auch, damit die Klienten und Klientinnen ihren Entscheid noch einmal überdenken und den Termin im Zweifelsfall absagen könnten. Es könne vorkommen, dass das ZRM® in der Erstberatung bereits erwähnt werde. Ein sauberer Aufbau des ZRM®s wird als wichtig empfunden. Im Verlauf des Beratungsprozesses könne das ZRM® in den Hintergrund geraten. Löst die Anwendung bei Klienten und Klientinnen Widerstand aus, werde dieser angesprochen und wenn nötig das ZRM® abgebrochen. Der Einsatz des ZRM®s erfolge jeweils zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Beratungsverlauf und die Klienten und Klientinnen würden die Schwerpunkte selbst setzen.

Nachfolgend ein paraphrasierter Ausschnitt der Teilnehmerin T7, als detailliertes Beispiel für einen individuellen Ablauf einer Beratung nach ZRM®:

„Die Patienten schreiben Themen auf, die sie bearbeiten möchten und Gründe, weshalb sie das ZRM® machen möchten. Dann zeichnen wir die Affektbilanz ein. Anschliessend sage ich den Patienten, dass sie ein Bild auswählen sollen. Zur Vorbereitung für die Bildauswahl lese ich ihnen einen Text vor, damit sie sich bei geschlossenen Augen entspannen können und in eine positive Gefühlswelt hineinkommen.“ (T7: Originaltext Z 48 – 60)

„Patienten müssen das Priming machen, nachdem sie das Bild ausgesucht und das Motto-Ziel formuliert haben. Patienten betrachten ihr Bild und notieren dazu passende Worte, aus diesen Worten bilden sie Sätze. Dann formulieren sie einen Satz [...]. Dann kontrolliere ich, ob der Satz ein Annäherungsziel und kein Vermeidungsziel ist, vollständig in der eigenen Kontrolle ist und dass die Affektbilanz stimmt. [...] Danach suchen sie Gegenstände. [...]“ (T7: Originaltext Z 85 – 113)

4.2.4 Anpassungen

Hier werden alle Formen von Anpassungen beschrieben, welche die befragten Personen am Konzept des ZRM®s vorgenommen haben, um es im Einzelsetting der Ernährungsberatung verwenden zu können.

Die befragten Ernährungsberaterinnen geben an, das ZRM® mit anderen Coaching-Tools zu verbinden oder es individuell auf den Klienten abzustimmen. Weiter werden Anpassungen auf der sprachlichen Ebene erwähnt. Die Wortwahl werde dahingehend angepasst, dass mythische Assoziationen vermieden werden. Die ZRM®-Fachbegriffe würden teilweise gar nicht verwendet werden und das ZRM® werde „Motivations-Modell“ genannt.

„Das brauche ich meistens nicht so, sondern sage mehr das Bauchgefühl. Einfach, weil Unterbewusstsein für viele Leute auch so etwas Mystisches oder so auslösen kann. [...]“ (T2: Z 170 – 173)

Weiter erwähnt werden Anpassungen der Hilfsmittel. Dabei würden vorgegebene Hilfsmittel gar nicht verwendet oder die erhaltenen Unterlagen aus dem SVDE-Kurs abgeändert werden. Laut Aussagen geschehen Anpassungen bei einigen der Befragten laufend, andere wiederum machen gar keine Anpassungen am ZRM®. Erwähnt wird, dass bei Kindern die Bildauswahl angepasst wird und vermehrt auf Tierbilder zurückgegriffen wird.

4.2.5 Hilfsmittel

Mit dieser Subkategorie werden Material und Unterlagen erfasst, welche zum Durchführen des ZRM®s in der Ernährungsberatung benötigt werden.

Als Hilfsmittel kämen die Unterlagen des SVDE-Kurses zum Einsatz. Es wird erwähnt, dass die Schemata zu Beginn der ZRM®-Karriere der ERB Sicherheit vermitteln. Weiter wird genannt, dass die ZRM®-Bildkartei selten verwendet werde. Für Kinder werde die Affektbilanz in Form eines Wurms an einer Magnettafel benutzt.

„[...] für Kinder und Jugendliche gibt es ein spezielles Buch und dort hat es so Gefühlsbilanzen mit dem Würmli, so mit einer Magnettafel, das nehme ich manchmal [...]“ (T8: Z 62 – 64)

4.2.6 Einfluss ERB

Diese Subkategorie befasst sich damit, wie die ERBs in der Beratung nach ZRM® die Prozesse der Klienten und Klientinnen beeinflussen. Zwar geben die befragten ERBs an zu wissen, dass die Prozesse der Klientel nicht beeinflusst werden sollten. Allerdings werde der Einfluss der ERB auf die Prozesse der Klientel durch das ZRM® als gross eingeschätzt. So wird genannt, dass Prozesse der Klienten und Klientinnen ressourcenaktivierend und lösungsorientiert beeinflusst werden. Weiter würden die Gedanken und Gefühle der ERBs in diese Prozesse miteinfließen. Gehemmte Klienten oder Klientinnen würden stärker beeinflusst werden. Die befragten ERBs erklären, dass sie Ideen liefern und den Prozess der Klientel in folgenden Punkten unterstützend begleiten:

- Bildung des Motto-Ziels
- Führung durch den Rubikon
- Kontrollieren des Motto-Ziels und der Affektbilanz
- Bieten Hilfestellung beim Umsetzen des Primings
- Liefern Beispiele für Wenn-Dann-Pläne

„Ja der Einfluss ist natürlich relativ gross und ist ja da auch eigentlich die Kunst, um wirklich dahinterzubleiben und nicht etwas vorzugeben.“ (T4: Z 162 – 163)

4.2.7 Klinik

Hier werden Aussagen zum Einsatz des ZRM®s im klinischen Setting zusammengefasst. In diesem Punkt sind die Meinungen zweigeteilt. Im stationären

Setting werde das ZRM® einerseits von den Befragten nicht in Betracht gezogen. Dafür seien in der Klinik oder im Spital tätige Psychologen zuständig. Der Einsatz werde aus Zeitgründen abgelehnt, bei Indikation würde ein ambulantes Aufgebot erfolgen. Andere sagen, der Einsatz in der Klinik wäre sinnvoll, vorstellbar und auch möglich, wenn das Vorgehen ausreichend erklärt wird. Eine Möglichkeit zum Einsatz des ZRM®s in der Klinik sehen die Befragten bei kurzer Hospitalisationsdauer. Dabei wäre eine ambulante Weiterbetreuung nötig. So könnte das Priming nach Austritt erfolgen. Einzelne Befragte machten Erfahrungen mit dem stationären Einsatz in einer Neuro-Rehabilitations-Klinik und mit hirnverletzten Klienten und Klientinnen.

„Ich habe in einer Rehaklinik in der Neurologie geschafft [...] auch dürfen mit den Leuten den Rubikon machen. Also ich habe dürfen ZRM® voll anwenden [...].“ (T6: Z 562 – 565)

4.2.8 Meinungen ERB

Diese Subkategorie befasst sich mit Aussagen, welche Ansichten und Werthaltungen der befragten ERBs über den Einsatz des ZRM®s widerspiegeln. Das ZRM® wird als gute, fundierte und klare Methode beschrieben. Die spielerische Art und Leichtigkeit des ZRM®s wird von den ERBs geschätzt. Die Weiterbildung im Bereich des ZRM®s sei positiv und das ZRM® eine „tolle Sache“. ERBs seien vom ZRM® fasziniert und es wird als lustvolle und schöne Vorgehensweise erlebt. Klienten würden merken, dass das Vorgehen für die ERBs angenehm sei. Mit dem ZRM® stehe das Wohl der Klienten und Klientinnen im Vordergrund und die ressourcenorientierte Vorgehensweise komme bei den Klienten und Klientinnen gut an. Ausserdem würden Probleme auf eine gute Art und Weise herauskristallisiert werden. Es sei positiv, dass die Klienten und Klientinnen keine Schriftstücke verfassen müssen. Das Unbewusste werde in Sprache umgewandelt und somit das Hauptproblem der Klientel bearbeitet. Das ZRM® richte keinen Schaden an, habe keine negativen Aspekte und es habe keine Konsequenzen, wenn die ERB einen Fehler mache. Trotzdem sei die Nachfrage am ZRM® innerhalb der Berufsgruppe nicht gross. Die befragten ERBs benennen jedoch eine Kombination aus Fachberatung und dem ZRM® als gewinnbringend. Das ZRM® wird als Grundhaltung beschrieben und die sei wichtig. Die Arbeit alleine mit Bildern sei nämlich noch keine ZRM®-Arbeit. Bei negativen Erfahrungen mit dem ZRM® in der Ernährungsberatung müsse das Vorgehen verbessert werden.

„[...] dass die Leute, ehm, nichts schriftlich müssen konstruieren. Sie können es mit Bilder machen und aus ihrem, ehm, Dasein berichten und lachend berichten. Und das ist das Beste. Also dass sie Freude haben da drann.“ (T7: Z 4 – 7)

4.3 Erfahrungen

Hier werden Erfahrungen beschrieben, welche in Zusammenarbeit mit den Klienten und Klientinnen gemacht werden. Es werden positive und negative Erfahrungen beschrieben, sowie Reaktionen und Rückmeldungen der Klienten und Klientinnen.

4.3.1 Reaktionen der Klienten und Klientinnen

Hier werden die Reaktionen der Klientel beschrieben, welche die befragten Personen in der Beratung nach ZRM® erlebt haben. Dabei wird in Abbildung 5 zwischen positiven, neutralen und negativen Reaktionen unterschieden.

Positive	Neutrale	Negative
<ul style="list-style-type: none"> • Offenheit für Neues • kein Widerstand • Freude, etwas zu tun, das gelingt • Zufriedenheit • Beratung wird strahlend verlassen • Positive Gefühle • Freude an Bild • Dankbarkeit, etwas Neues auszuprobieren • keine Ablehnung • Gute Reaktion • keine Probleme, wenn Einsatz gut begründet wird • Klient/-innen lassen sich darauf ein • Pat. übernehmen Verantwortung • wird als angenehm empfunden • Zufriedenheit • Beruhigung • aufgeschlossen • Erleichterung • Genuss • Positiv, dass an Uni-Zürich entwickelt wurde • Positive Reaktion bei jüngeren Klienten und Klientinnen, weil sie mit Achtsamkeit vertraut sind 	<ul style="list-style-type: none"> • Änderung der Ziele • offene Signalisation, wenn ZRM nicht passt • Körperhaltung verändert sich • Überrascht • Erkennen psychischer Probleme • gezielter Einsatz bleibt von Klient/-innen unbemerkt • wird nicht als gezielte Methode wahrgenommen 	<ul style="list-style-type: none"> • Angst vor Neuem • ZRM wird als seltsam erlebt • Anstrengung • Ablehnung • Widersand • Ablehnung wird erst überspielt, dann versendet das ZRM • Beratungsabbruch • Herkunft aus Psychologie ist abschreckend • komisches Gefühl • Enttäuschung • Ungeduld

Abbildung 5 Darstellung der Reaktionen der Klienten und Klientinnen auf das ZRM®

„Aber ich habe das Gefühl, dass wenn die Leute wirklich etwas haben danach und wenn das wirklich funktioniert, haben sie enorm Freude. [...]“ (T2: Z 330 – 332)

4.3.2 Positive Erfahrungen

Hier werden positive Erfahrungen der befragten ERBs mit dem ZRM® in der Ernährungsberatung beschrieben. Sie erleben die ressourcenorientierte Arbeit als besonders positiv. Das ZRM® wird von Seiten der ERB als effizient und entspannend erlebt. Nach einer Beratung mit ZRM® hätten ERBs mehr Energie, als nach einer herkömmlichen Vorgehensweise. Die Anwendung des ZRM®s sei gut, angenehm und bringe eine Leichtigkeit mit sich. Das ZRM® musste bis jetzt von keiner der befragten

Personen abgebrochen werden und sei Dank Basis auf Evidenzen gut in die Ernährungsberatung integrierbar. Mit der Erfahrung würden ERBs lernen, das ZRM® erfolgreich in der Beratung anzuwenden. Der Fokus beim ZRM® liege nicht auf einer perfekten Verhaltensweise, sondern ermögliche den Klienten und Klientinnen, ihre Bedürfnisse zu leben. Die befragten ERBs erklären, dass Klienten und Klientinnen das ZRM® aktiv anwenden, indem sie ihre Erfahrungen mit ihren Angehörigen teilen. Besonders positiv überrascht seien ERBs darüber, wie gut Männer auf das ZRM® ansprechen.

„Ja, das habe ich manchmal schon das Gefühl, dass man, man kommt auf eine gute Art eigentlich halt wirklich auf die Probleme zu sprechen.“ (T4: 326 – 327)

4.3.3 Negative Erfahrungen

An dieser Stelle werden negative Erfahrungen der befragten ERBs mit dem ZRM® in der Ernährungsberatung beschrieben. Die Teilnehmerinnen berichten über seltsame Erfahrungen zu Beginn der ZRM®-Karriere. Einige ERBs erwähnen, dass die Ärzteschaft negative Erfahrungen mitbekommen könnten, weil Klienten und Klientinnen darüber berichten. Es komme vor, dass Angehörige negativ auf das ZRM® reagieren oder eine zu starre Fixierung auf das ZRM® Unstimmigkeiten in der Partnerschaft auslöse. Andere geben an, keine oder keine schlimmen negativen Erfahrungen gemacht zu haben.

„[...] dass in einer Partnerschaft dass die Bilder so überall gewesen sind, dass der Partner dann das Gefühl gehabt hat, so jetzt, reicht es dann“ (T1: Z 271 – 273)

4.3.4 Rückmeldungen von Klienten und Klientinnen an ERBs

Dieser Abschnitt befasst sich mit Rückmeldungen, welche die befragten Personen von ihren Klienten und Klientinnen auf die Arbeit mit dem ZRM® erhalten haben. Zwar würden selten Rückmeldungen gegeben werden, sie können aber sowohl positiver wie auch negativer Natur sein. Dabei würden die Negativen überwiegen, wenn die ERB das ZRM® noch nicht lange anwendet. Wenn Klienten oder Klientinnen dem ZRM® gegenüber ablehnend sind, werde dies oft erst in der Zweitberatung genannt. Einigen Klienten und Klientinnen sei das ZRM® zu esoterisch, andere melden Erfolg zurück. Auf Wenn-Dann-Pläne, die Affektbilanz und Bilder erfolgen laut den ERBs positive Rückmeldungen. Es gebe Klientinnen und Klienten, die das ZRM® als unterstützend erleben und andere, denen es nichts nütze.

„Dass sie ihre Bilder und dass sie das mitnehmen, ja. Da kommen immer wieder eigentlich ganz gute Rückmeldungen, ja.“ (T8: Z 314 – 315)

4.4 Beratungsprozess

Diese Kategorie fasst Erfahrungen zusammen, welche die befragten ERBs mit dem ZRM® rund um den Beratungsprozess machen. Dabei werden sowohl Erfahrungen mit Klienten und Klientinnen, wie auch solche ohne berücksichtigt.

4.4.1 Beziehungsaufbau

Dieser Abschnitt befasst sich damit, wie das ZRM® sich auf den Prozess des Beziehungsaufbaus zwischen ERB und Klientel auswirkt. Ebenfalls thematisiert wird die Wichtigkeit des Beziehungsaufbaus für die Arbeit mit dem ZRM®.

Einig sind sich die Befragten darin, dass das ZRM® eine engere Beziehung zum Klienten oder zur Klientin schafft. Die Kontaktaufnahme über Bilder stärke den Beziehungsaufbau und er werde gefördert. Der Zugang zur Gefühlswelt schaffe Nähe und die Beratungsbeziehung werde intensiver. Das hierarchische Gefälle zwischen ERB und Klient oder Klientin werde verringert. Andererseits könne das ZRM® alles zerstören, wenn die Methode dem Klienten oder der Klientin nicht entspreche.

„[...] es ist viel eine engere Beziehung danach, [...] weil man viel mehr noch die Gefühlswelt und die psychologische Aspekte mit rein nimmt. [...]“ (T5: Z 303 – 306)

4.4.2 Compliance

Hier geht es darum, wie sich die Compliance mit der Arbeit nach ZRM® von der Compliance in herkömmlichen Beratungen unterscheidet. Die Compliance wird mit dem ZRM® als besser bis sehr gut erlebt. Es wird erwähnt, dass die Klienten und Klientinnen für eine hohe Compliance das ZRM® wirklich anwenden wollen und ihre Ziele selber setzen können müssen. Einige der Befragten nehmen keinen Unterschied in der Compliance wahr. Im ZRM® liege die Umsetzung beim Klienten oder bei der Klientin selber. Auch hier sei die Compliance nicht hundertprozentig und besprochene Massnahmen würden vernachlässigt, sobald andere Probleme vordergründig seien. Die Compliance sei schwierig zu beurteilen.

„Also, wenn ich den Klienten gut begleite, haben praktisch alle Klienten eine gute Compliance. [...]“ (T2: 426 – 428)

4.4.3 Therapieerfolg

Diese Subkategorie fasst Aussagen dazu zusammen, wie sich der Einsatz des ZRM®s auf den Therapieerfolg in der Ernährungsberatung auswirkt. Für einige der Befragten ist es nicht klar, ob Klienten und Klientinnen einen grösseren Therapieerfolg haben, aber

es wird vermutet. Andere sehen gerade bei Diabetikern einen grösseren Erfolg. Die Erfolgchance könne oftmals auch nicht abgeschätzt werden oder Erfolge werden gar nicht erst verglichen. Jemand (T1) führe eine Statistik und komme in 80% der Fälle auf einen besseren Therapieerfolg. Einige ERBs beobachten schnellere Veränderungen und sehen bereits mit einzelnen Elementen Erfolge. Gerade bei Klienten und Klientinnen mit Widerstand sei das ZRM® erfolgreich. Es wird beschrieben, dass Klienten und Klientinnen eigene Erfolge erkennen und sich mit der Anwendung des ZRM®s besser fühlen. Andere Klienten und Klientinnen glauben laut den befragten ERBs nicht, dass das ZRM® ihnen hilft. Die befragten ERBs geben an, dass nicht sie über Erfolg entscheiden, sondern die Klienten und Klientinnen. Abschliessend lasse sich sagen, dass kleine Schritte zum Erfolg führen.

„Ja, ob sie schneller abnehmen kann ich nicht sagen. Aber ich gehe davon aus, dass die das mit einem besseren Gefühl unterwegs sind.“ (T3: Z 281 – 282)

4.4.4 Wirksamkeit

Hier werden Einschätzungen der Teilnehmerinnen zur Wirksamkeit des ZRM®s in der Ernährungsberatung festgehalten. Diese werde als vorhanden oder gut erlebt. Damit eine Beratung nach ZRM® wirksam sein könne, sei es wichtig, dass der Klient oder die Klientin Entscheidungen selber treffen und Ziele selbst definieren könne. Es sei für die Befragten schwierig zu sagen, ob eine Beratung nach ZRM® wirksamer ist, als eine herkömmliche Ernährungsberatung. Doch es zeige sich, dass das ZRM® besonders wirksam sei bei Menschen, die die Lösung schon in sich tragen, sie aber nicht erkennen. Weiter zeigen die Erfahrungen, dass die ernährungstherapeutischen Massnahmen bei einer Beratung nach ZRM® besser umgesetzt werden können und das ZRM® motivierend ist. Einige der ERBs erleben eine bessere Wirksamkeit, die immer noch Potential hat, während andere keine Unterschiede beobachten können. Die Wirksamkeit sei abhängig von den Ressourcen der Klienten und Klientinnen.

„Ich denke, ehm, Beratung ist einfach wirksamer, wenn man den Klienten freier kann lassen entscheiden.“ (T5: Z 332 – 334)

4.4.5 Zeitmanagement

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Auswirkung des ZRM®s auf den Zeitaufwand in der Ernährungsberatung. Die meisten der befragten ERBs geben an, dass das Zeitmanagement im Zusammenhang mit dem ZRM® ein Hindernis sein kann und herausfordernd ist. Dennoch sei der Einsatz des ZRM®s trotz Zeitdruck machbar. Andere wiederum sagen, sie spüren keine Auswirkungen auf das Zeitmanagement und

es werde nicht als Schwierigkeit gesehen. Jemand (T7) gibt an, für die Arbeit mit dem ZRM® sogar nur 30 Minuten zu brauchen. Eine Übersicht über Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Zeitmanagement des ZRM®s und den Strategien der ERBs dazu, soll die nachfolgende Grafik liefern.

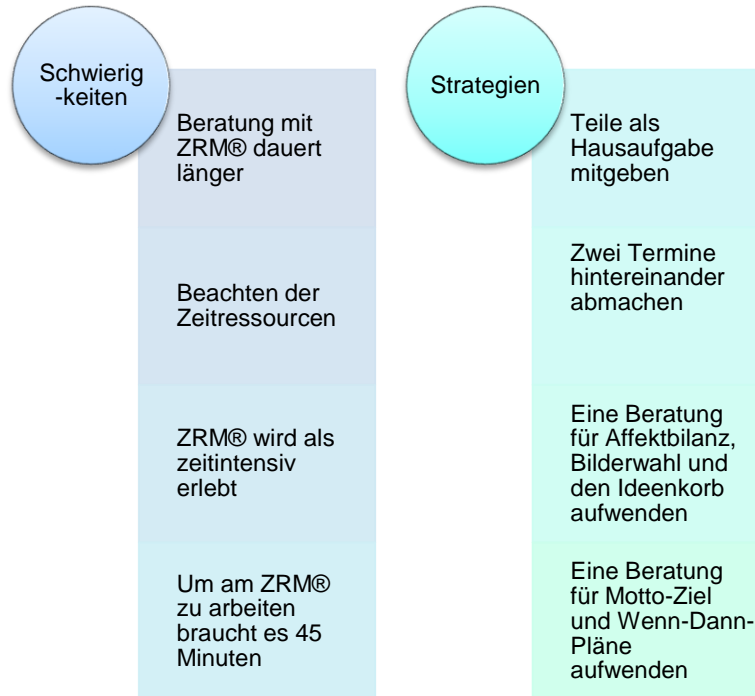


Abbildung 6 Darstellung von Schwierigkeiten und Strategien im Zeitmanagement

„Aber das ZRM® nachzumachen ist einfach, es ist wirklich sehr einfach in einer halben Stunde das reinzubringen, was ich will reinbringen.“ (T7: Z 525 – 526)

4.4.6 Chancen

Diese Subkategorie befasst sich mit Chancen, welche das ZRM® für die Ernährungsberatung bietet. Dabei wird unterschieden, ob die Chance in der Anwendung des ZRM®s liegt, im Ergebnis der Beratung, in der Beratung selber oder bei der Klientel und den Veränderungen ihres Verhaltens. Alle diese Ergebnisse sind nachfolgend in Abbildung 7 zusammengefasst.

Anwendung	Ergebnis	Beratung	Klienten und Klientinnen	Veränderung
<ul style="list-style-type: none"> • ZRM® bietet einen anderen Ansatz • Betrachtungsweise aus anderer Perspektive • ERBs haben Freude an Adipositas-Beratungen • ERBs profitieren vom ZRM® • Einfache Anwendung • Eignet sich auch für kognitiv benachteiligte Personen 	<ul style="list-style-type: none"> • ZRM® ist zielführend • langfristige Zielerreichung • löst etwas aus • hilft, weiter zu kommen • Alles ist machbar • identifiziert Gründe für Scheitern • Jemand ist nach der Anwendung des ZRM®s vom Rollstuhl aufgestanden 	<ul style="list-style-type: none"> • kein Druck wird ausgeübt • keine Erwartungen • Chancen in Prozessbegleitung • öffnet Türen • bleibt interessant 	<ul style="list-style-type: none"> • blühen auf • ZRM® fördert Selbstbewusstsein • ZRM® weckt Lebensfreude • bringt Leute zum Strahlen • Lebensqualität steigt • Weniger Widerstand • Selbstsicherheit im Treffen von Entscheidungen • Weg wird leichter • Wohlgefühl • fühlen sich auch bei Nicht-Erreichen des Ziels besser • macht sichtbar, was sie schon wissen • nimmt Druck weg • stärkt Ressourcen • werden dort abgeholt, wo sie stehen • Möglichkeit, sich selber besser kennen zu lernen • Befähigung, für eigene Bedürfnisse einzustehen • trotz Misserfolg ohne Druck zum zweiten Termin • Integration anderer Lebensaspekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Positive Gefühle werden als Ressource für Veränderungen geschaffen • langfristige Verhaltensveränderungen werden möglich • Neurobiologische Ebene wird verändert • Veränderung und Entwicklung

Abbildung 7 Darstellung von Chancen einer Beratung nach ZRM®

„Ich finde es [das ZRM®] ein gutes, es ist wie ein Handwerk und es ist mal ein Handwerk wo man wie kann hervorheben und wo einem an die inneren Ressourcen bringt.“ (T8: Z 264 – 266)

4.4.7 Herausforderungen

In diesem Kapitel werden Herausforderungen beschrieben, welche ERBs mit dem Einsatz des ZRM®s erleben. Hier wird die Situation der Klienten und Klientinnen genannt, die sich verändern könne. So könne es passieren, dass das Interesse der Klientel am ZRM® schwindet. Weiter setze das ZRM® bei Klienten und Klientinnen Geduld und Fantasie voraus. Für die Klientel sei es schwierig, zwischen Kopfentscheidungen und dem Bauchgefühl zu unterscheiden. Als schwierig werde das ZRM® bei fremdsprachigen Klienten und Klientinnen erlebt. Eine der befragten ERBs (T4) gibt an, dass Schwierigkeiten hauptsächlich bei der ERB und nicht bei der Klientel liegen. So sei es schwierig, den Klienten und Klientinnen Zeit zu lassen und die Stille auszuhalten. Auch das Dranbleiben und Ansprechen der Klienten und Klientinnen auf ihre Erfahrungen zwischen zwei Beratungen wird von ERBs als schwierig genannt. Schwierigkeiten würden ausserdem auftauchen, wenn die Fachberatung und die Prozessbegleitung vermischt werden.

„Und ich finde das ist manchmal für mich und für Klienten/Klientinnen eine wahnsinnige Herausforderung. Was ist Kopfentscheidung und was nicht? [...]“ (T2: Z 322 – 325)

4.5 Erfahrungen ohne Klient oder Klientin

Diese Oberkategorie bietet eine Übersicht gemachter Erfahrungen der befragten ERBs, die keinen direkten Zusammenhang mit der Klientel haben. Es werden Punkte wie die Verordnung, die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und Erfahrungen mit der Selbstanwendung des ZRM®s beleuchtet.

4.5.1 Verordnung

Die beschränkte Anzahl an Beratungen innerhalb einer Verordnung sei problematisch. Es wird beschrieben, dass zu wenige Beratungen abgehalten werden können, um Gewichtsziele zu erreichen. Es brauche mehr als sechs Beratungen.

„Gut, wir sind an diese sechs Sitzungen gebunden, das ist ein bisschen das Problem.“ (T4: 365 – 366)

4.5.2 Zusammenarbeit mit Ärzteschaft

In diesem Kapitel wird beschrieben, ob und wie sich der Einsatz des ZRM®s auf die Zusammenarbeit der befragten ERBs mit der Ärzteschaft auswirkt. Konflikte zwischen dem Arztauftrag und den Wünschen der Klientel werden als generell vorhanden beschrieben, da die Ziele der Ärzteschaft meistens nicht mit denen der Klientel

übereinstimmen. Der Arzt oder die Ärztin könne aber nicht bestimmen, was der Klient oder die Klientin umsetzt. Welche Vorgehensweise ERBs in der Beratung wählen und wie Klienten und Klientinnen ihre Ziele erreichen, kümmere die Ärzteschaft nicht. Konflikte könnte es geben, wenn die Klientel aufgrund des ZRM®s das ursprüngliche Ziel der Überweisung nicht mehr verfolgen oder ERBs mehr Therapieeinheiten benötigen. Oft erfahre der Arzt oder die Ärztin nicht, dass das ZRM® eingesetzt werde, eventuell werde es im Schlussbericht erwähnt. Jemand anderes (T7) findet, Ärzte und Ärztinnen sollten über den Einsatz des ZRM®s Bescheid wissen und hält deswegen für ihre zuweisenden Ärzte und Ärztinnen Vorträge über das ZRM®. Die Ärzteschaft sei froh, darüber aufgeklärt zu werden und findet das ZRM® eine gute Sache. T7 sieht überhaupt keine Probleme mit dem Arztauftrag.

„Ich sage den Ärzten auch nicht unbedingt, dass ich mit dem [dem ZRM®] schaffe. Das ist einfach, das ist in meiner Beratungsfreiheit. [...]“ (T3: Z 328 – 331)

4.5.3 Selbsterfahrung

Die befragten ERBs geben an, das ZRM® auch an sich selber anzuwenden und den Rubikon selber zu überqueren. Bilder würden auch bei ERBs gute Gefühle verursachen. Das Sammeln eigener Erfahrungen sei nötig, um das ZRM® in der Ernährungsberatung einzusetzen. Dabei geben einige der befragten ERBs an, das ZRM® in Interventionsgruppen anzuwenden. Weiter wäre es vorstellbar, das ZRM® im klinischen Setting als Selfcare-Tool anzuwenden.

„Da habe ich ein bestimmtes, der Rubikon, das habe ich am Anfang für mich gemacht, also einfach, dass ich ein wenig dreingekommen bin.“ (T7: Z 160 – 162)

4.6 Indikatoren zur Anwendung des ZRM®s

Diese Kategorie gibt einen Überblick darüber, wann und bei wem die Befragten das ZRM® einsetzen. Es wird beschrieben, welche bestimmten Verhaltensweisen oder Aussagen der Klienten und Klientinnen dazu veranlassen, das ZRM® einzusetzen und bei welchen Diagnosen es zur Anwendung kommt. Es wird ersichtlich, welche Bedingungen zuerst erfüllt sein müssen und bei welchen Menschen das ZRM® eingesetzt wird.

4.6.1 Verhaltensweisen

Dieser Abschnitt stellt Verhaltensweisen der Klienten und Klientinnen dar, aufgrund derer ERBs das ZRM® einsetzen. Das ZRM® werde eingesetzt, wenn Klienten und Klientinnen verzweifelt sind oder sich zwingen, ein Ziel zu erreichen. Aber auch dann,

wenn das Ziel zwar erreicht werde, dieses aber ein ungutes Gefühl hinterlasse. Weiter werde es dann eingesetzt, wenn der Beratungsfortschritt stagniere und es zu Rückfällen oder Motivationsproblemen komme. Die Befragten geben an, das ZRM® bei Menschen mit geringem Selbstvertrauen aufgrund negativer Erfahrungen anzuwenden oder bei jemandem, der von sich aus in bildlicher Sprache spricht.

„Oder wenn kommt, dass sie sich unwohl fühlen im Körper beim Umsetzen von diesem Ziel. Zwar das gelingt, es aber nicht ein gutes Gefühl gibt. [...]“ (T2: Z 220 – 222)

4.6.2 Diagnosen

Hier werden Krankheitsbilder und ernährungstherapeutische Themen beschrieben, bei welchen das ZRM® zum Einsatz kommt. Hauptsächlich werde das ZRM® bei Gewichtsthematiken angewandt: Übergewicht, Adipositas, Untergewicht, Essstörungen, speziell Anorexia nervosa, und Stressessen. Aber auch bei Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper oder beim Wunsch nach Gewichtsstabilisierung. Einige ERBs würden das ZRM® auch bei Diabetes Mellitus, Dyslipidämie, Magen-Darm-Erkrankungen, Unverträglichkeiten, der FODMAP-Diät oder in der Ernährungsberatung nach einem Hirnschlag einsetzen. Einige der Befragten sind der Meinung, das ZRM® könnte bei jeder Diagnose angewandt werden.

„Ich habe es eigentlich nur bei Adipositas eingesetzt. Ja. Ja, vielleicht noch bei Magen-Darm-Sachen.“ (T4: Z 194 – 195)

4.6.3 Aussagen

Es gebe Aussagen, welche ERBs dazu bewegen, das ZRM® einzusetzen, diese seien allerdings nicht präsent und können nicht spezifiziert werden. Nur die Aussage „Ich mag nicht über das Essen sprechen“ kann in den Interviews genannt werden.

„[...] Sie, genau das brauche ich. Ich brauche jetzt nicht einen Ernährungsplan, ich muss jetzt nicht über das [Essen] reden.“ (T6: Z 181 – 184)

4.6.4 Bedingungen

Dieser Abschnitt befasst sich mit den Bedingungen an die Beratungssituation, welche die befragten ERBs haben, um das ZRM® anzuwenden. Das ZRM® werde erst eingesetzt, wenn die Fachberatung genügend erfolgt und Wissen vorhanden sei. Auch werde das ZRM® eingesetzt, wenn Klienten und Klientinnen mit herkömmlicher Beratung an der Umsetzung von Veränderungen scheitern oder Schwierigkeiten haben. Eine Bedingung könne auch der mangelnde Erfolg zwischen zwei Beratungen sein oder ein Widerspruch zwischen Krankheitseinsicht und Therapieziel. Wenn die ERB das

Gefühl habe, Veränderungen gelängen aufgrund des Unbewusstseins nicht, werde der Einsatz des ZRM®s in Erwägung gezogen. Dazu solle die ERB den individuell stimmigen Zeitpunkt im Beratungsprozess wählen. Dies könne auch die Erstberatung sein, sofern der Klient oder die Klientin bereits Ernährungsberatungen hatte. Damit das ZRM® eingesetzt wird, müssen laut den befragten ERBs diese weiteren Bedingungen erfüllt sein:

- Eine gute Beziehung zwischen ERB und Klient oder Klientin
- Bereitschaft für dieses „Experiment“ und Zustimmung der Klientel
- Ausreichende Begründung zum Einsatz des ZRM®s
- Klienten und Klientinnen können sich öffnen und sind offen für Neues
- Gewisse Ruhe im Leben der Klientel

„Es braucht natürlich wirklich eine Bereitschaft um ein Experiment zu machen oder.“ (T4: Z 239 – 240)

4.6.5 Bevölkerungsgruppen

Grundsätzlich könne das ZRM® bei allen Klienten und Klientinnen angewandt werden. So werde es auch an Kindern und Jugendlichen angewandt. Häufiger werde es bei Frauen als bei Männern eingesetzt.

„[...] Also ja ich mache es mehr bei Frauen. Bei den Männern habe ich manchmal das Gefühl die sind so rational. Die wollen manchmal mehr so ein wenig Facts oder so.“ (T8: Z 186 – 188)

4.7 Kontra-Indikatoren für die Anwendung des ZRM®s

In dieser Kategorie werden Hemmungen und Hindernisse im Zusammenhang mit der Anwendung des ZRM®s beschrieben. Es wird erklärt, warum das ZRM® für die Erstberatung grundsätzlich eher nicht geeignet ist und unter welchen weiteren Bedingungen die befragten ERBs auf einen Einsatz des ZRM®s verzichten.

4.7.1 Erstberatung

Grundsätzlich werde das ZRM® in der Erstberatung nicht angewandt. Das ZRM® habe hier keinen Platz, da der Fokus auf der Auftragsklärung und dem Kennenlernen liege. Ausserdem sei der Beziehungsaufbau in der Erstberatung noch ungenügend.

„Nein, in der Regel nicht [auf die Frage, ob sie das ZRM® in der Erstberatung anwendet]. Man muss den Klienten zuerst ein wenig kennen.“ (T5: Z 248 – 249)

4.7.2 Hemmungen

Hier werden Hemmungen der befragten ERBs beschrieben, das ZRM® einzusetzen oder anzusprechen. Diese seien bei vielen der Befragten manchmal vorhanden und treten situativ auf. Sie stünden damit in Zusammenhang, dass das ZRM® kein typisches Tool für die Ernährungsberatung sei. Es wird erwähnt, dass ERBs sich gehemmt fühlen, das ZRM® einzusetzen, wenn sie merken, dass Klienten oder Klientinnen psychologische Aspekte in der Ernährungsberatung ablehnen. Skeptisch seien sie dann, wenn der Klient oder die Klientin gleichzeitig in psychologischer Betreuung ist. Andere ERBs beschreiben keine Hemmungen zu haben.

„Ja, es ist, da habe ich manchmal schon Hemmungen, wenn ich die Vorstellung vom Klienten [von der Ernährungsberatung] ein wenig durchbreche.“ (T8: Z 233 – 235)

4.7.3 Hindernisse

Dieser Abschnitt befasst sich mit Aspekten, welche die befragten ERBs daran hindern, das ZRM® einzusetzen oder die den Einsatz erschweren. Wenn Klienten oder Klientinnen verschlossen oder skeptisch sind, nicht auf die Gefühlsebene gehen können oder von ihrer Hilfslosigkeit überzeugt sind, dann seien das Eigenschaften, die den Einsatz des ZRM®s verhindern würden. Ebenfalls nicht eingesetzt werde das ZRM®, wenn Optimismus da sei, das Ziel auf einem anderen Weg zu erreichen. Auch nicht bei Personen, für die das Unbewusste nicht existiere, die sich nicht darauf einlassen können oder die Angst vor Neuem hätten. Das ZRM® findet laut den befragten ERBs dann keine Anwendung, wenn es als esoterisch empfunden wird, andere Dinge für den Klienten oder die Klientin wichtiger sind oder der Einsatz nicht gewünscht wird. Gemachte negative Erfahrungen mit „Fantasie-Tools“ oder eine Aversion gegen psychologische Interventionen könnten ERBs ebenfalls davon abhalten, das ZRM® einzusetzen. Vorsicht sei geboten bei Menschen, die ihre eigenen Grenzen nicht erkennen, kein Körpergefühl haben oder die unfreiwillig in die Ernährungsberatung kommen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird insofern als Hindernis empfunden, als dass nicht alle beteiligten Professionen mit dem ZRM® arbeiten.

„Also ich glaube ich würde es [das ZRM®] nie bei Klienten anwenden, wo du nicht auf Gefühlsebene kommst. [...] wo sehr auf den Fakten bleibt und nichts irgendwie an sich hin lässt [...] dort würde ich es nicht machen.“ (T5: Z 160 – 165)

4.7.4 Bedingungen

Hier werden Bedingungen beschrieben, unter welchen die befragten ERBs das ZRM® nicht anwenden. Nicht angewandt werde das ZRM®, wenn die Beratungssituation problemfrei sei oder eine Beratung auf der Basis von Wissensvermittlung angebracht sei. Ohne erfolgten Beziehungsaufbau wird das ZRM® laut den Interviews genauso wenig eingesetzt wie ohne das Einverständnis des Klienten oder der Klientin. Eine unpassende Situation, sowie die Anwendung nur weil die ERB das ZRM® in ihrem Angebot hat, seien weitere Bedingungen, die gegen eine Anwendung des ZRM® sprechen.

„Weil wenn das [ZRM®] jemand will machen, will er es machen und wenn jemand es nicht will machen, dann macht man es nicht. Das ist von Anfang an klar.“ (T7: Z 559 – 561)

4.8 Anforderungen an ERB

Diese Kategorie gibt einen Überblick darüber, welche Anforderungen eine Ernährungsfachperson erfüllen muss, um das ZRM® einzusetzen. Es wird darauf eingegangen, welche Kompetenzen nötig sind, wie wichtig die Berufserfahrung ist und ob der Kurs des SVDE oder eine Weiterbildung zwingende Voraussetzung ist. Ebenfalls wird die Relevanz der Überzeugung der ERB vom ZRM® dargestellt.

4.8.1 Kurs / Weiterbildung

Um das ZRM® im Einzelsetting der Ernährungsberatung einzusetzen wird das Besuchen einer Weiterbildung bei den meisten der Befragten empfohlen. Jemand sagt, dass es nicht zwingend eine Weiterbildung braucht, wenn das ZRM® von einem Experten oder einer Expertin angeleitet wird. Eine Weiterbildung im Bereich des ZRM® sei jedoch sinnvoll und könne bei Freiberuflern auch zu Marketingzwecken verwendet werden. Der SVDE-Kurs gebe gute Anweisungen und sei auf die Anwendung in der Einzelberatung ausgerichtet. Ein Tageskurs wird hingegen als ungenügend beschrieben, es sollte besser der mehrtägige Fachkurs besucht werden. Gerade weil in der Weiterbildung Selbsterfahrungen mit dem ZRM® gesammelt werden, sei sie so wichtig und auch nötig.

„Also es reicht sicher nicht nur einmal so einen Tageskurs. Sondern ich bin froh, dass ich den Fachkurs gemacht habe, wo doch über eine längere Zeit gegangen ist. Zum es verstehen.“ (T3: Z 380 – 382)

4.8.2 Kompetenz

Dieser Abschnitt stellt die Fähigkeiten und Fertigkeiten dar, welche ERBs besitzen müssen, um das ZRM® anzuwenden. So brauche es zu Beginn der Arbeit mit dem ZRM® Überwindung. Diese gelte es aufzubringen. Es solle sichergestellt werden, dass der Klient oder die Klientin, sowie bei Bedarf auch deren Angehörigen, in kurzen Abständen betreut werden können. Alle anderen Eigenschaften, die die Arbeit mit dem ZRM® laut den Befragten voraussetzt, sind in der nachfolgenden Grafik gegliedert.

„Eben sicher die Rolle gut anschauen, was für eine Rolle hat man im Zürcher Ressourcen Modell® als Beraterin. Also, man ist dann nicht mehr die Fachberaterin und sagt, was korrekt ist und das ist ganz wichtig, dass das geklärt ist.“ (T2: Z 520 – 522)

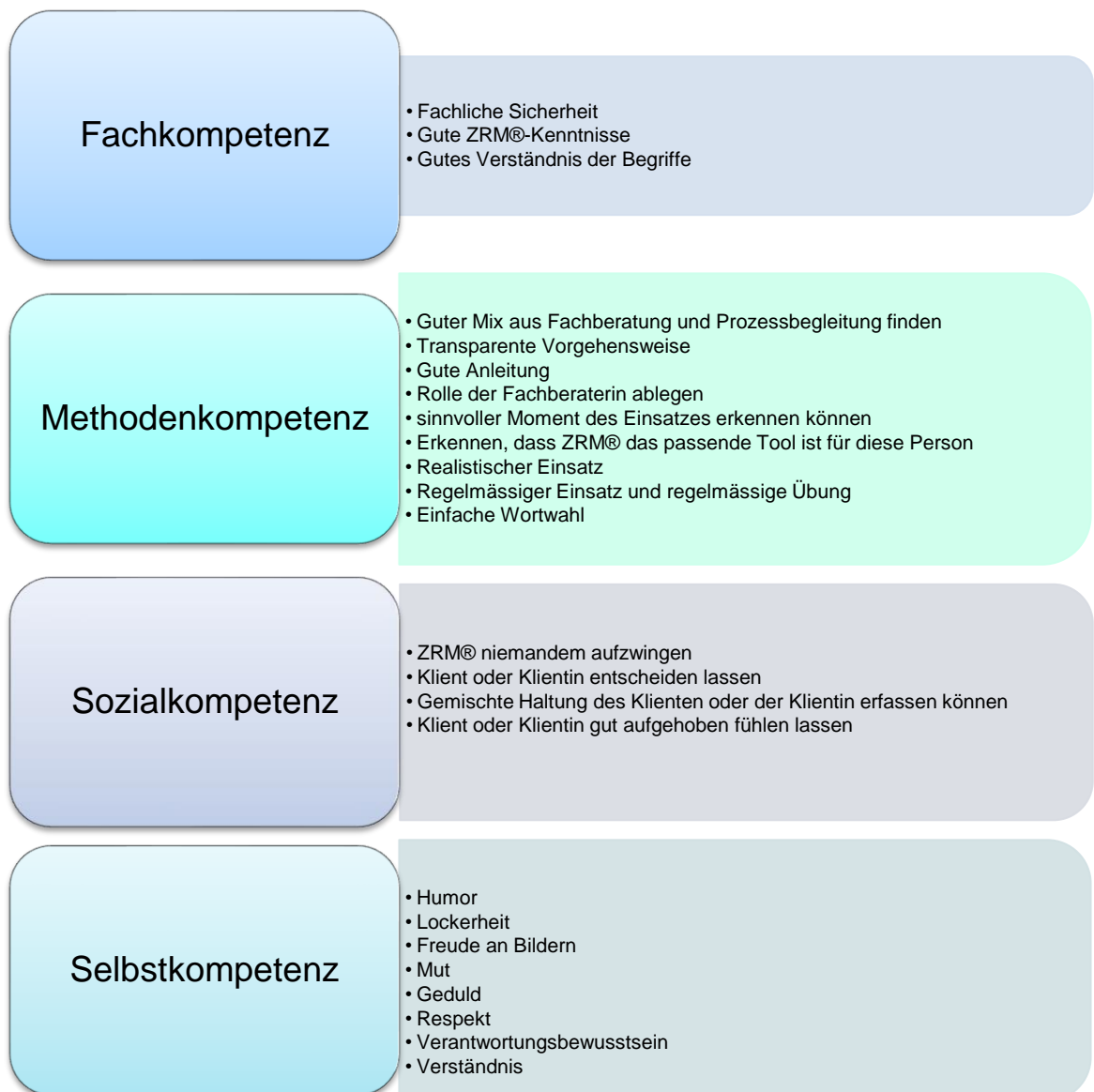


Abbildung 8 Darstellung der nötigen Kompetenzen für den Einsatz des ZRM®s

4.8.3 Überzeugung

Die befragten ERBs geben an, dass man vom ZRM® überzeugt sein muss, um es einzusetzen. So können laut Aussagen der ERBs Hemmungen überwunden werden. Faszination sporne dazu an, das ZRM® trotz anfänglicher Unsicherheit anzuwenden. Es sei wichtig, dass ERBs an das Konzept glauben und keine Angst davor haben.

„Ja, aber weil mich das so fasziniert hat das Thema [ZRM®], [...]habe ich natürlich nicht es einfach weggeschmissen [...], sondern ich habe irgendwie dann noch Wege gesucht, dass ich es wieder kann machen, ja.“ (T7: Z 568 – 570)

4.8.4 Berufserfahrung

Es sei nicht zwingend eine bestimmte Anzahl an Jahren Berufserfahrung nötig, um das ZRM® im Einzelsetting der Ernährungsberatung einzusetzen. Das Interesse am ZRM® und die Fähigkeit in der Prozessbegleitung werden von einigen der befragten ERBs als wichtiger beschrieben, als die Berufserfahrung. Gleichzeitig sei der Einsatz des ZRM®s leichter, wenn ERBs sich sicher und frei in der Beratung fühlen. Ein Einsatz direkt nach dem Studium sei sinnlos, weil sich der eigene Beratungsstil erst entwickeln müsse. Andere finden Berufserfahrung wichtig und nötig, gerade wenn ERBs das ZRM® bei Anorexie-Betroffenen einsetzen wollen.

„Also ich glaube nicht, dass es Sinn macht wirklich gerade direkt nach dem Studium. Weil häufig muss man sich zuerst selber den Beratungsstil finden [...].“ (T5: Z 469 – 472)

4.9 Förderung der ZRM®-Anwendung

Diese Kategorie befasst sich mit Aspekten, welche die Anwendung des ZRM®s innerhalb der Berufsgruppe fördern würden. Dabei werden die Bekanntheit, das Weiterbildungsangebot und eine Integration in die Grundausbildung genannt.

4.9.1 Bekanntheit

Die befragten ERBs denken, das ZRM® sollte mehr verbreitet sein und mehr eingesetzt werden, weil es für jede schwierige Situation geeignet ist. Sie wünschen sich, dass der Einsatz vom SVDE gefördert wird und das ZRM® bekannter wird. Der Bedarf in der Berufsgruppe sei gross und ERBs sollten das ZRM® kennen lernen.

„Es [ZRM®] ist halt in jeder schwierigen Situation wo man ansteht, kann man das brauchen. Und darum ist es eigentlich schade, ist es nicht verbreiteter.“ (T1: Z 359 – 360)

4.9.2 Weiterbildungsangebot

Es werden sowohl vermehrte Kurse, wie auch Fortführungskurse gewünscht. Einige der befragten ERBs finden Supervisionen fast wichtiger als Weiterbildungskurse.

„Aber ich fände es halt noch gut, wenn es ein bisschen regelmässiger einen Austausch gäbe, oder eben so ein wenig Fortführungskurse oder so oder eben diese Supervisionen. Das fände ich halt cool.“ (T5: Z 456 – 459)

4.9.3 Grundausbildung

Das ZRM® wird als wichtige Grundlage beschrieben und soll deswegen in den Studiengang Ernährung und Diätetik, also in die Grundausbildung, integriert werden. Es wird gewünscht, dass die Studierenden Selbsterfahrungen mit dem ZRM® machen.

„[...] Sie sollen es weiterhin an der Fachhochschule lehren. (lacht).“ (T3: Z 411 – 414)

5 DISKUSSION

5.1 Diskussion der Methodik

Dadurch, dass zur Rekrutierung als Kanal Google und Kontakte innerhalb der Berufsgruppe genutzt wurden, kann es sein, dass sich ein Rekrutierungs-Bias ergeben hat. Möglicherweise hätte es in der Berufsgruppe Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen gehabt, die für diese Arbeit ebenfalls wesentliche Inhalte hätten liefern können. Diese Personen wurden allerdings nicht auf die Untersuchung aufmerksam, weil sie nie angeschrieben wurden und hatten somit keine Möglichkeit zur Teilnahme. Die Rekrutierung wurde gestoppt, nachdem acht Interviews vereinbart waren. Die Suche nach Teilnehmenden hätte jedoch noch drei weitere potentielle Kandidatinnen ergeben, welche aufgrund ausreichender Interviewanzahl nicht mehr kontaktiert wurden oder eine Absage erhielten. Dies hätte den Rahmen einer Bachelor-Thesis gesprengt, allerdings wären die Erlebnisse dieser Kontakte für diese Arbeit möglicherweise ebenfalls spannend gewesen. Weiter zu bemängeln ist, dass die Studie keine Männer einschliesst. Männer hätten für diese Studie jedoch unter Umständen noch ganz andere, wertvolle Erfahrungen mit dem ZRM® liefern können. Allerdings ist es unklar, ob es überhaupt Ernährungsberater gibt, welche sich in diesem Bereich weitergebildet haben.

Die Aussagekraft der vorliegenden Arbeit muss aufgrund der geringen Stichprobengrösse kritisch hinterfragt werden. Allerdings ist es nicht möglich, die Grösse der Gesamtpopulation der ERBs mit ZRM®-Weiterbildung zu benennen. Folgedessen

kann nicht gesagt werden, in welchem Verhältnis die Stichprobengrösse zur Population steht. Somit könnte es möglich sein, dass die vorliegende Stichprobengrösse sogar adäquat ist.

Ein weiterer Bias könnte darin bestehen, dass sich jene Ernährungsberaterinnen zur Teilnahme bereit erklärt haben, die vorwiegend positive Erfahrungen mit dem ZRM® gemacht haben und dies das Bild somit verfälscht.

Positiv an der Stichprobe war, dass sie mehrere Kantone umfasste und nicht auf einen fixiert war. Auf der anderen Seite wurde nur die deutschsprachige Schweiz berücksichtigt. Unter Berücksichtigung von französisch- und italienischsprachigen Kantonen wären die Ergebnisse für die Schweiz repräsentativer ausgefallen.

Als Stärke dieser Arbeit wird das Vorgehen zur Erarbeitung des Interviewleitfadens angesehen. Dieser erfolgte im Forscherteam aus zwei Personen und wurde von einer Expertin betreut. Der Pretest wurde mit einer Person geführt, welche die Einschlusskriterien erfüllte und deren Feedback deswegen sehr gut genutzt werden konnte. Die vorgenommenen Änderungen am Leitfaden waren deswegen zielführend. Der Entscheid, die Ergebnisse des Pretests nicht in die Arbeit einzuschliessen, kann hinterfragt werden. Wäre der Pretest nach demselben Vorgehen ausgewertet worden, wie die anderen acht Interviews, hätten sich vielleicht Ergebnisse abgezeichnet, die sehr wohl einen Mehrwert geboten hätten. Aus diesem Grund könnte das eine weitere Schwäche der vorliegenden Arbeit sein.

Die Interviews wurden jeweils von einer Person des Forscherteams durchgeführt, weil dies in der Literatur so empfohlen wird (Hussy et al., 2013, pp. 224–225). Dies kann sowohl Vor- als auch Nachteil sein. Es kann sein, dass durch das unterschiedliche Formulieren der Fragen die Summe der Ergebnisse grösser wurde, was bei qualitativer Vorgehensweise gewinnbringend ist. So wurde zum Beispiel beim Punkt „Beziehungsaufbau“ von einer Forscherin nach der Wichtigkeit dessen gefragt, während die andere Forscherin nach Auswirkungen des ZRM®s darauf fragte. Auf der anderen Seite kann es sein, dass so auch wichtige Antworten verpasst wurden. Vielleicht hätten jene, die nach der Wichtigkeit befragt wurden, auch spannende Erfahrungen zu den Auswirkungen zu berichten gehabt und vice versa.

Während der Interviews wurde es oft versäumt, an wesentlichen Stellen nachzufragen, was sich erst bei der Transkription bemerkbar gemacht hat. Dies führte dazu, dass Aussagen aus dem Ergebnisteil ausgeschlossen werden mussten, weil sie ohne Zusammenhang dastanden.

Die Befragten haben oft Ausdrücke verwendet, die nicht dem ZRM®-Chargon entsprachen. Diese wurden für die Kategorisierung durch das Forscherteam angepasst. Es kann gut sein, dass dadurch Missverständnisse entstanden sind und die befragten Personen eigentlich etwas anderes sagen wollten, als das Forscherteam darunter verstanden hat. Allgemein mussten Aussagen oft interpretiert werden. Dabei könnten Fehler entstanden sein, die zu Missverständnissen geführt haben und auf falsche Zusammenhänge schliessen lassen. Die Codierung geschah aufgrund des Gutdünkens des Forscherteams, was nicht ausschliesst, dass eine andere Person mit den gleichen Daten zu anderen Ergebnissen käme.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Gemäss der Literatur ist die Beziehung zwischen beratender Person und Klient oder Klientin sehr wichtig für den Therapieerfolg. Das ZRM® bewirkt eine bessere Beziehung zwischen ERB und Klientel, was eine wichtige Grundlage für den Therapieerfolg sein kann. (Grawe, 1998, p. 17). Die befragten Personen betonen alle die Wichtigkeit des Beziehungsaufbaus für den Einsatz des ZRM®s. Es wird aber auch erwähnt, dass das ZRM® bei fehlendem Beziehungsaufbau alles zunichtemachen könne. Hier wäre es spannend gewesen, nachzufragen, was unter „alles“ verstanden wird und ob es danach nicht mehr möglich ist, eine Beziehung zum Klienten oder zur Klientin herzustellen. Der fehlende Beziehungsaufbau wird nebst der Auftragsklärung als Grund dafür genannt, dass das ZRM® in der Erstberatung keinen Platz findet. Gleichzeitig gibt es ERBs, welche Teile des ZRM®s in der Erstberatung verwenden, sofern der Klient oder die Klientin bereits Ernährungsberatungen hatte. Diese Aussagen stehen im Widerspruch zueinander, weil der Beziehungsaufbau nichts mit der Tatsache zu tun hat, ob jemand schon bei einer anderen Fachperson eine Ernährungsberatung hatte oder nicht. Vielleicht gibt es individuelle Faktoren, die das Fehlen einer Beratungsbeziehung in den Hintergrund stellen. Das könnten Faktoren sein, die den Befragten selbst nicht bewusst sind oder die vom Forscherteam nicht erfragt worden sind.

Die Erkenntnis zum mühelosen Einsatz der Gruppenelemente im Einzelsetting ist gemäss der Literatur nicht überraschend (Krause & Storch, 2006, p. 41). In der Untersuchung von Kalla (2016) machte es keinen Unterschied in der Wirksamkeit, ob das ZRM® im Einzelsetting oder in Gruppen erarbeitet wurde (Kalla, 2016, p. 47). Die Tatsache, dass die befragten ERBs das ZRM® über zwei bis sechs Jahre hinweg immer wieder in der Einzelberatung einsetzen, deutet ebenfalls darauf hin, dass auch im Einzelsetting die gewünschte Wirkung erzielt wird. Die Arbeit von Kalla (2016) zeigte ausserdem, dass bereits der Einsatz einzelner Elemente zum Erfolg führt (Kalla, 2016,

p. 82). In Anbetracht dessen, dass die meisten der hier befragten Personen oft nur einzelne Elemente einsetzen, ist es legitim zu schlussfolgern, dass auch in der Ernährungsberatung schon der Einsatz einzelner Elemente erfolgreich ist. Im Vergleich zur Literatur lassen sich die Ergebnisse zu einzelnen Elementen diskutieren. Die Affektbilanz zum Beispiel wird bei der Entscheidungsfindung betreffend des beruflichen Werdegangs als unterstützend für Klienten und Klientinnen erlebt (Schumacher, 2015, p. 39). Die vorliegende Untersuchung bezieht die Meinung der Klienten und Klientinnen nicht mit ein, es kann also kein Vergleich dazu gezogen werden. Beratungsfachpersonen geben an, dass die Affektbilanz hilfreich sei (Schumacher, 2015, p. 49). Zwar erwähnt in dieser Untersuchung keine der befragten Personen, dass die Affektbilanz als hilfreich erlebt werde. Doch zur Affektbilanz wurden keine negativen Äusserungen gemacht, ausser, dass sie unter Zeitdruck nicht effektiv sei. Da ERBs sie jedoch schon früh im Beratungsprozess und auch häufig einsetzen, darf davon ausgegangen werden, dass die Affektbilanz als hilfreich erlebt wird. Als weiteres Element lässt sich der Einsatz der Motto-Ziele diskutieren. Diese wurden als erfolgreicher als SMART-Ziele beschrieben (Eller, 2016, pp. 69–70) (Fellner, 2015, p. 34), was sich mit der Theorie des ZRM®s deckt (Storch & Krause, 2017, pp. 141–142). Diese Aussage kann mit den vorliegenden Ergebnissen schlecht verglichen werden, weil SMART-Ziele nie Gegenstand der Untersuchung waren. In Anbetracht der Ergebnisse, kann angenommen werden, dass die Motto-Ziele sich positiv auf die Prozesse der Klienten und Klientinnen in der Ernährungsberatung auswirken. Denn Motto-Ziele werden mit Ausnahme einer Person, bei der sie nie funktionieren, immer angewandt. Hingegen sind Effekte auf den Therapieerfolg und die Wirksamkeit schwierig abzuschätzen, weil die befragten ERBs nach erfolgter ZRM®-Anwendung keinen Vergleich dazu haben, wie sich der Therapieverlauf ohne ZRM®-Anwendung entwickelt hätte. Aus den vorliegenden Ergebnissen lässt sich eine Tendenz dazu ableiten, dass sowohl der Therapieerfolg wie auch die Wirksamkeit mit dem ZRM® gefördert werden. In einer Untersuchung von Storch und Olbrich konnte gezeigt werden, dass das ZRM® positive Effekte auf die Stressbewältigung und die Regulation negativer Affekte hat (Storch & Olbrich, 2011, p. 13). Die Ergebnisse von Storch und Olbrich würden die Theorie unterstützen, wonach das ZRM® die Wirksamkeit einer Therapie erhöht. Auch der Aspekt, dass das ZRM® eine andere Vorgehensweise bietet und diese bei wiederholtem Scheitern sinnvoll ist (Kossak, 2011, p. 170), würde die Theorie unterstützen, wonach das ZRM® sich positiv auf das Ergebnis der Ernährungsberatung auswirkt.

Obwohl davon gesprochen wird, dass das ZRM® angewandt wird, selbst wenn nur Teile davon angewandt werden, so holen sich einige bei dem Einsatz einzelner Elemente nicht

die Erlaubnis des Klienten oder der Klientin. Es wird aber betont, wie wichtig es sei, das Einverständnis einzuholen. Es kann darauf spekuliert werden, dass beim Einsatz einzelner Elemente nur jene eingesetzt werden, die den ERBs am meisten zusagen und mit denen sie sich so wohl fühlen, dass sie keine Hemmungen haben. Es könnte sein, dass sie sich deswegen nicht vom Klienten oder von der Klientin rückversichern lassen müssen, dass ihr Vorgehen in Ordnung ist. Auch werden zum Beispiel Meditation, Hypnose und Körperarbeit selten eingesetzt, weil sie als berufsfremd angesehen werden und Hemmungen verursachen. Einige der befragten ERBs geben an, dass sie die Wortwahl anpassen und nicht vom „Unbewussten“ sprechen, um nicht esoterisch zu wirken. Sie fürchten sich davor, nicht ernst genommen zu werden. Dabei verfolgt das ZRM® einen wissenschaftlich fundierten Ansatz, der neurobiologische Erkenntnisse umfasst (Krause & Storch, 2006, p. 32). Auch werden Hemmungen beschrieben, das ZRM® einzusetzen, wenn Klienten oder Klientinnen einen schlechten Zugang zu ihrer Gefühlswelt haben. Dabei wäre es laut der Literatur gerade hier besonders sinnvoll, das ZRM® anzuwenden, weil Bilder auf eine gute Art Zugang zum Unbewussten schaffen (Storch & Krause, 2017, p. 123).

Es wird zwar gesagt, dass die Prozesse des Klienten möglichst nicht beeinflusst werden sollten, es aber dennoch geschieht. So wird zum Beispiel kontrolliert, dass es sich beim Motto-Ziel um ein Annäherungsziel und nicht um ein Vermeidungsziel handelt. Gemäss der Literatur ist eine Beeinflussung in diese Richtung jedoch sinnvoll, weil negative Zielformulierungen als wenig erfolgreich beschrieben werden (Kossak, 2011, p. 171). Laut der Literatur kann es zu einer Zielablösung kommen, wenn der Klient oder die Klientin zu hoch gesteckte Ziele verfolgt (Rothermund & Eder, 2011, p. 137). Die befragten Personen geben an, die Erfahrung zu machen, dass kleine Schritte zum Erfolg führen. Diese Erkenntnis deckt sich mit jenen aus der Literatur (Rothermund & Eder, 2011, p. 137) und daraus lässt sich ableiten, dass ERBs eingreifen sollten, wenn sie erkennen, dass jemand sich zu hohe Ziele gesteckt hat.

ERBs, die zu ihrer ambulanten Tätigkeit auch klinisch tätig sind, können sich den Einsatz des ZRM®s im klinischen Setting nicht vorstellen. Hierzu wird oft der Faktor Zeit als Hinderungsgrund genannt. Hingegen können sich ERBs, welche ausschliesslich ambulant arbeiten, sehr wohl einen Einsatz und auch einen Nutzen des ZRM®s in der klinischen Tätigkeit vorstellen. Es könnte sein, dass nicht in der Klinik tätige ERBs sich des Zeitdrucks in der Klinik weniger bewusst sind und deswegen auch keine Hindernisse für den Einsatz des ZRM®s sehen. Interessant zu beobachten ist, dass die meisten der Befragten auch ambulant einen zeitlichen Mehraufwand angeben, während T7 sagt, mit dem ZRM® sogar Zeit sparen zu können. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass das

ZRM®, sofern es gezielt eingesetzt wird, an den wesentlichen Punkten ansetzt und somit effizienter sein kann, als herkömmliche Beratungsformen. Weiter lässt sich daraus ableiten, dass der Zeitdruck ein grosses Thema für die Berufsgruppe der Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen ist. Dies wirkt sich darauf aus, wie die Therapie gestaltet wird und es ist möglich, dass aufgrund des Zeitdrucks die Betreuung von Klienten und Klientinnen nicht so erfolgen kann, wie der oder die ERB das gerne tun möchte und wie es auch zielführend wäre.

5.3 Beantwortung der Fragestellung

Das ZRM® wird in der Ernährungsberatung vor allem bei Gewichtsproblematiken angewandt. Es ist dann indiziert, wenn Klienten und Klientinnen beim Erreichen ihres Ziels schon oft gescheitert sind oder wenn ERBs den Verdacht hegen, Klienten und Klientinnen zwingen sich zur Zielerreichung. Grundsätzlich ist das Konzept des ZRM®s für alle Menschen geeignet. Für die Ernährungsberatung ist eine gute Beziehung der ERBs zur Klientel zwingend nötig, damit das ZRM® erfolgreich eingesetzt werden kann. Gleichzeitig schafft die Arbeit mit dem ZRM® eine engere Beziehung. Weitere Chancen des ZRM®s für die Ernährungsberatung machen sich in diversen Aspekten der Beratung bemerkbar. Die Wirksamkeit einer Ernährungsberatung mit dem ZRM® ist schwierig abzuschätzen, tendenziell sind aber Erfolge in der Verhaltensveränderung der Klientel beobachtbar. Reaktionen der Klienten und Klientinnen auf das ZRM® sind überwiegend positiv. Für ERBs ist die Arbeit mit dem ZRM® eine positive und leichte Art, Ernährungsberatungen durchzuführen, weil das Konzept einen individuellen und klientenzentrierten Ablauf der Beratung zulässt. Gerade am Anfang der ZRM®-Karriere einer Ernährungsfachperson ist dies allerdings nicht so. Hier haben die Befragten zum Teil negative Erfahrungen gemacht. Dies ist nicht weiter verwunderlich, weil der Einsatz des ZRM®s in der Ernährungsberatung auch Herausforderungen birgt. So kann sich das ZRM® zuerst negativ auf das Zeitmanagement auswirken, wobei ERBs mit der Zeit Strategien dagegen entwickeln. Weiter fordert das ZRM® von der Klientel Geduld und Fantasie. Es ist die Aufgabe der ERBs, eine Atmosphäre zu schaffen, die es der Klientel ermöglicht, diese Herausforderungen zu meistern. Um dies erfolgreich zu ermöglichen, müssen die ERBs zum Einsatz des ZRM®s Eigenschaften aus den Bereichen der Sozial-, Methoden-, Fach- und Selbstkompetenz mitbringen. Um das ZRM® erfolgreich einzusetzen, ist es nötig, dass ERBs vom Konzept überzeugt sind. Zwar keine Anforderung aber dennoch als empfehlenswert gilt der Kurs des SVDEs. Er bereitet optimal auf die Anwendung des ZRM®s in der Ernährungsberatung vor. Der Transfer der Gruppenelemente in das Einzelsetting bereitet den ERBs so keine Schwierigkeiten. Diesbezüglich müssen folglich keine Lösungsansätze generiert werden, vor allem weil

die ERBs bereits Strategien dazu haben, um die Gruppenelemente besser in der Einzelberatung zu integrieren. Beispielsweise kann es ein Mehrwert sein, wenn das Umfeld der Klienten und Klientinnen zum Sammeln von Ideen miteinbezogen wird. Es werden nicht immer alle Elemente des ZRM®s eingesetzt. Am häufigsten werden die Elemente somatische Marker, Motto-Ziele, Bilder, Wenn-Dann-Pläne, Affektbilanz und Zielpyramide in der Ernährungsberatung eingesetzt. Selten bis nie eingesetzt werden Elemente aus der Achtsamkeit und Körperarbeit, die Meditation und die Hypnose. Diese Elemente werden von den Befragten als berufsfremd empfunden. Sie lösen Hemmungen aus, weil der Einsatz dieser Elemente bei Klienten und Klientinnen aufgrund einer Verwechslung mit der Esoterik auf Widerstand stossen könnte. Damit das ZRM® nicht mit Esoterik verwechselt wird, passen einige der ERBs ihre Wortwahl an und vermeiden es, ZRM®-Begriffe zu verwenden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit müssen kritisch gewürdigt werden. Einerseits können aufgrund des Vergleichs der Ergebnisse mit der verwendeten Literatur im Kapitel 2.6 keine abschliessenden Aussagen gemacht werden. Die Qualität der meisten da verwendeten Studien lässt dies nicht zu, da es sich mit Ausnahme von Storch und Olbrich (2011) um Bachelor- und Master-Thesen handelt. Weiter weist diese vorliegende Arbeit Mängel in der Methodik auf, welche unter 5.1 ausführlich diskutiert wurden. Eine abschliessende Beantwortung der Fragestellung ist nicht möglich, weil diese Arbeit nicht alle in der Berufsgruppe vorhandenen Erfahrungen mit dem ZRM® erfasst.

5.4 Hypothesen

Durch die Auseinandersetzung mit den gewonnenen Ergebnissen und der bearbeiteten Literatur kann die Tendenz zu folgenden Hypothesen zur quantitativen Überprüfung abgeleitet werden:

- Das ZRM® wirkt auch, wenn nur einzelne Elemente daraus eingesetzt werden und nicht das ganze Konzept durchgeführt wird.
- Die Anwendung des ZRM®s ist auch ohne die Gruppe als zusätzliche Ressource wirksam.
- Das ZRM® kann im Einzelsetting der Ernährungsberatung erfolgreich angewandt werden.

6 SCHLUSSFOLGERUNG

Das ZRM® ist im Einzelsetting der Ernährungsberatung einsetzbar, weil der Transfer der Gruppenelemente mühelos gelingt. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass es für

einen Einsatz des ZRM®s in der Ernährungsberatung nicht die zusätzliche Ressource einer Gruppe braucht. Besonders geeignet ist das ZRM® für ernährungstherapeutische Themen wie die Adipositas, das Über- oder Untergewicht und im Bereich der Gewichtsstabilisierung. Es kann jedoch auch bei weiteren Diagnosen Anwendung finden. Ob das ZRM® in der Ernährungsberatung den Therapieerfolg positiv beeinflusst, kann nicht abschliessend beurteilt werden. Dazu ist Forschung auf diesem Gebiet nötig. Allenfalls ist es sinnvoll, die Wirksamkeit einzelner Elemente des ZRM®s isoliert in der Ernährungsberatung mit einem quantitativen Vorgehen zu überprüfen.

Die Anwendung des ZRM®s kann ERBs auch vor Schwierigkeiten stellen. So kann das Zeitmanagement bei der Arbeit mit dem ZRM® ein Problem sein. Zeitdruck scheint jedoch im Alltag der ERBs generell eine Herausforderung darzustellen. Auf den Einsatz des ZRM®s sollte folglich nicht aufgrund des Zeitdrucks verzichtet werden. Denn das ZRM® setzt an den für die Klientel relevanten Punkten an und die Ernährungsberatung kann gezielter und effizienter gestaltet werden, als auf herkömmliche Art und Weise. Eine weitere Barriere für den Einsatz des ZRM®s sind Hemmungen. Hier ist die Sorge, durch die Arbeit mit dem ZRM® als esoterisch und nicht mehr als schulmedizinisch wahrgenommen zu werden, vordergründig. Nebst Zeitdruck und der Verwechslung mit Esoterik scheint es weitere Barrieren zu geben, welche den Einsatz des ZRM®s behindern. All diese Barrieren könnten die Ursache dafür sein, dass das ZRM® in der Berufsgruppe der Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen so spärlich eingesetzt wird. Da es aber ERBs gibt, welche überzeugt nach diesem Konzept arbeiten und positive Erfahrungen machen, muss es auch Promotoren zum Einsatz des ZRM®s geben. Hierunter fällt aufgrund der Ergebnisse der SVDE-Kurs, der ERBs gut auf den Einsatz des ZRM®s im Einzelsetting vorbereitet. Ein weitere Promotor sind die positiven Reaktionen der Klientel auf das ZRM®. Ihre Freude am Konzept überträgt sich auf die ERBs und führt dazu, dass das ZRM® gerne angewandt wird. Auch die Förderung der Bekanntheit, welche von den Befragten gewünscht wird, wäre ein Promotor. Ein guter Ansatz dazu ist die Integration des ZRM®s in den Studiengang „Ernährung und Diätetik“ an der Berner Fachhochschule Gesundheit. Um weitere Promotoren und Barrieren zu erfassen, sollen sich zukünftige qualitative Untersuchungen auf die Erfassung von Barrieren und Promotoren zur ZRM®-Anwendung in der Ernährungsberatung konzentrieren. Dazu liefert die vorliegende Arbeit die Grundlagenforschung, auf der aufgebaut werden kann. So könnten in einem späteren Schritt des Forschungsprozesses im Bereich des ZRM®s in der Ernährungsberatung Strategien zum Überwinden der herrschenden Barrieren abgeleitet werden. Dies würde den Einsatz des ZRM®s in der Berufsgruppe fördern und käme Klienten und Klientinnen zu Gute.

Denn diese Arbeit zeigt, dass im Prozess der Verhaltensveränderungen nicht nur der bloße Wille der Klienten und Klientinnen oder deren Intelligenz eine Rolle spielen. Viel zentraler in diesem Prozess sind andere Kräfte wie das Unbewusste. Menschen sind sich aber ihren unbewussten Bedürfnissen oftmals nicht bewusst, weswegen Zielkonflikte bei Verhaltensveränderungen normal sind, selbst wenn ein Ziel klar formuliert werden kann. All dies wird in einer Ernährungsberatung berücksichtigt, wenn sie nach ZRM® geführt wird. Eine weitere Erkenntnis ist die Tatsache, dass ERBs trotz klientenzentriertem Ansatz in der Beratung diesen Prozess der Verhaltensveränderung unterstützend anleiten und auch lenken sollen. Weiter zeigt sich aus den Ergebnissen, dass es für die Verhaltensveränderung fördernd ist, wenn die Klientel mehr in die Pflicht genommen werden. Die Zeit zwischen zwei Beratungen kann produktiver genutzt werden, wenn Klienten und Klientinnen Aufträge zu Hause erarbeiten. Eine solche Intervention würde dafür sorgen, dass die Klientel im Prozess der Verhaltensveränderung dranbleiben und die Eigenverantwortung erhöht wird. Ein erfolgreiches Erarbeiten dieser Aufträge kann zusätzlich die Selbstwirksamkeit erhöhen und somit die Motivation fördern, eine Verhaltensveränderung langfristig durchzuziehen. All diese Erkenntnisse sollten in der Ernährungsberatung berücksichtigt werden, damit Klienten und Klientinnen optimal begleitet werden können und bewusst durch das Unbewusste zu ihren ganz persönlichen Zielen gelangen.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz HFG), Der Bundesrat 2011.
- Cairns, J., & Milne, R. L. (2006). Eating disorder nutrition counseling: strategies and education needs of English-speaking dietitians in Canada. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(7), 1087–1094. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.04.025>
- Diekmann, A. (2014). *Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (Originalausgabe, vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage August 2007, 11. Auflage). *Rororo Rowohlt's Enzyklopädie: Vol. 55678*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Dresing, T., & Pehl, T. (Eds.). (2017). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (7. Auflage). Marburg: Eigenverlag.
- Eller, N. (2016). Praxistauglichkeit und motivationale Wirkung von Motto-Zielen im Vergleich zu hohen spezifischen Zielen im komplexen Lösungsvertrieb (Masterthesis). Hochschule Reutlingen, Reutlingen.
- Fellner, K. (2015). Mit Motto-Zielen dem Stress an den Kragen.: Der Einsatz von Zielen zur Stressregulation bei Betreuungspersonen in Kinderkrippen. (Bachelorarbeit). Hochschule für angewandte Wissenschaften, Arbeits- und Organisationspsychologie, Zürich.
- Fiedler, P. (2011). Ressourcenorientierte Psychotherapie. In R. Frank (Ed.), *Therapieziel Wohlbefinden* (pp. 19–31). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13760-0_2
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>
- Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (2., überarbeitete Auflage). *Springer-Lehrbuch*. Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-34362-9>
- Jerusalem, M., & Hopf, D. (Eds.). (2002). *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen* (Unveränd. Nachdr. der letzten Aufl.). *Zeitschrift für Pädagogik Beiheft: Vol. 44*. Weinheim: Beltz.

- Kalla, W. (2016). *Das Zürcher Ressourcen Modell in der Transferberatung* (Bachelorthesis). Steinbeis Hochschule, Berlin.
- Kossak, H. C. (2011). *Sinnvolle Werte und Lebensziele entwickeln: Psychotherapie mit kognitiv- behavioralen Methoden der Imagination und Hypnose*. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Krause, F. & Storch, M. (2006). *Ressourcenorientiert coachen mit dem Zürcher Ressourcen Modell – ZRM: Resource-oriented Coaching with the Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)*.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). Thousand Oaks, California: SAGE.
- Laederach, K., Durrer, D., Gerber, P. & Pataky, Z. (2016). *Adipositas-Consensus 2016*.
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6., überarb. Aufl.). *Sozialwissenschaften 10-2012*. München: Oldenbourg. Retrieved from <http://www.oldenbourg-link.com/isbn/9783486706918>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (Neuausgabe). s.l.: Beltz Verlagsgruppe. Retrieved from http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407291424
- Pullen, J. C. (2016). Der Körper als Ressource in individuellen Veränderungsprozessen. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 23(3), 285–296. <https://doi.org/10.1007/s11613-016-0464-2>
- Rapoport, L., & Perry, K. N. (2000). Do dietitians feel that they have had adequate training in behaviour change methods? *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 13(4), 287–298. <https://doi.org/10.1046/j.1365-277x.2000.00241.x>
- Rothermund, K., & Eder, A. (2011). *Allgemeine Psychologie: Motivation und Emotion* (1. Aufl.). *Basiswissen Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-93420-4>
- Rufener, A., & Jent, S. (Eds.). (2016). *Der ernährungstherapeutische Prozess: Lehrbuch für Studium und Praxis* (1. Auflage). Bern: Hogrefe.
- Schumacher, S. (2015). Gemischte Gefühle. Die Arbeit mit der Gefühlsbilanz nach dem Zürcher Ressourcen Modell bei Entscheidungssituationen in der Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung (Masterthesis). Fachhochschule Nordwestschweiz, Luzern.

- Storch, M., & Olbrich, D. (2011). Das GUSI-Programm als Beispiel für Gesundheitspädagogik in Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. In Hohengehren: Schneider-Verlag.
- Storch, M., & Krause, F. (2017). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert: Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)* (6., überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe. Retrieved from http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm/bok_id/2347467
- Van Achterberg, T., Huisman-de Waal, Getty G J, Ketelaar, Nicole A B M, Oostendorp, R. A., Jacobs, J. E., & Wollersheim, H. C. H. (2011). How to promote healthy behaviours in patients? An overview of evidence for behaviour change techniques. *Health Promotion International*, 26(2), 148–162. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq050>
- Wabitsch, M., Berg, A., Bischoff, S. C., Colombo-Benkmann, M., Ellrott, T., Hauner, T., Heintze, C., Kanthak, U., Kunze, D., Stefan, N., Teufel, M. & Wirth, A. (2014). *Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur "Prävention und Therapie der Adipositas"*.

8 BILDQUELLEN

Rubikon-Modell	(Krause & Storch, 2006, p. 34)
Affektbilanz	(Storch & Krause, 2017; p. 128)

9 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BSc	Bachelor of Science
BFH	Berner Fachhochschule
ERB	Ernährungsberater / Ernährungsberaterin
ERBs	Ernährungsberater / Ernährungsberaterinnen
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen
ZRM®	Zürcher Ressourcen Modell®

10 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Erweitertes Rubikon-Modell nach Grawe	13
Abbildung 2 Affektbilanz nach Maja Storch und Frank Krause	14
Abbildung 3 Darstellung der Einsatzhäufigkeit einzelner Elemente	23
Abbildung 4 Darstellung des Ablaufs einer ZRM®-Beratung	26
Abbildung 5 Darstellung der Reaktionen der Klienten und Klientinnen auf das ZRM®.	30
Abbildung 6 Darstellung von Schwierigkeiten und Strategien im Zeitmanagement	34
Abbildung 7 Darstellung von Chancen einer Beratung nach ZRM®.....	35
Abbildung 8 Darstellung der nötigen Kompetenzen für den Einsatz des ZRM®s.....	42

11 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Demographische Daten der Teilnehmerinnen	21
Tabelle 2 Matrix mit allen Aussagen zum Einsatz der meist besprochenen Elemente des ZRM®s und zu Erlebnissen mit den Elementen.....	24

12 ANHANG

12.1 Informationsschreiben für Probanden und Probandinnen

Informationsblatt

Bachelor Thesis zum Thema Zürcher Ressourcen Modell® in der Ernährungsberatung

Was wir Ihnen mitteilen wollen

Wir möchten uns ganz herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie an unserem Interview teilnehmen wollen und somit einen wesentlichen Beitrag zur Beantwortung unserer Forschungsfrage und unserer Bachelor Thesis leisten.

Was wir mit unserer Studie erreichen wollen (Ziel)

Wir wollen herausfinden, wie und wann dazu ausgebildete Ernährungsberater/-innen das Zürcher Ressourcen Modell in der Einzelberatung anwenden, wie sie die Gruppenelemente berücksichtigen und welche Erfolge sie mit dem ZRM® haben. Erkenntnisse daraus sollen der Berufsgruppe zu Gute kommen, indem Schwierigkeiten mit dem ZRM® wie auch deren Bewältigungsstrategien definiert werden und somit auch andere Ernährungsberater/-innen die Chancen der Anwendung des ZRM®s erkennen und dies im Alltag mit ihren Patienten und Patientinnen integrieren können.

Was bedeutet die Teilnahme am Interview für Sie (Aufwand)

Für die Durchführung des Interviews sind max. 45 Minuten geplant. Es wird an dem Ort Ihrer Wahl durchgeführt, somit sollten für Sie keine Reisekosten anfallen. Unsere Fragen richten sich lediglich an Ihre praktische Tätigkeit als Ernährungsberater/-in und werden deswegen keine erweiterten persönlichen Aspekte haben, die für Sie unangenehm sein könnten.

Welche Rechte Sie haben, wenn Sie am Interview teilnehmen

Sie entscheiden frei, ob Sie teilnehmen wollen oder nicht. Aus einer Nichtteilnahme entsteht kein Nachteil für Sie. Sie können auch Antworten auf einzelne Fragen verweigern. Wenn Sie sich jetzt entscheiden teilzunehmen, können Sie ihre Entscheidung jederzeit widerrufen und auch die Löschung des Interviews verlangen. Sie müssen Ihre Entscheidungen nicht begründen.

Was mit Ihren Daten geschieht:

Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und von den Verantwortlichen des Forschungsprojekts abgetippt. Für die Abschrift der Interviews werden persönliche Angaben, wie z.B. Personennamen, Arbeitsort etc. anonymisiert, d.h. es kann kein Bezug zu ihrer Person hergestellt werden. Personenbezogene Kontaktdaten werden von den Interviewdaten getrennt aufbewahrt und sind ebenfalls nur für die Verantwortlichen des Forschungsprojektes zugänglich. Die Abschrift wird nicht veröffentlicht und ist nur für Verantwortliche des Forschungsprojektes sowie für die Dozierenden zugänglich. Die Ergebnisse der Interviews können für Veröffentlichungen und für die Lehre verwendet werden. Es können auch einzelne Zitate aus den Interviews veröffentlicht werden, wobei nicht erkennbar ist, von welcher Person die Aussagen stammen. Nach Beendigung des Projektes werden die Kontaktdaten sowie die Audiodateien gelöscht.

An wen Sie sich wenden können

Evelyn Stulz
Telefon 079/360 98 00

Fabienne Dubach
Telefon 079/650 60 28

12.2 Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung

Bachelor Thesis zum Thema Zürcher Ressourcen Modell® in der Ernährungsberatung

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Ich wurde von den Verantwortlichen des Forschungsprojekts mündlich und schriftlich über den Zweck und den Ablauf des Interviews informiert.
- Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme am Forschungsprojekt/ Interview sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich akzeptiere den Inhalt des zum oben genannten Forschungsprojekt abgegebenen schriftlichen Informationsblatts.
- Ich bin damit einverstanden an dem Interview teilzunehmen. Ich nehme freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen.
- Ich stimme der Audio Aufzeichnung des Interviews zu.
- Ich stimme der Verwendung von anonymisierten Zitaten in Veröffentlichungen zu.

Ort, Datum	Vorname / Nachname der Studienteilnehmerin / -nehmer
	Unterschrift Studienteilnehmerin / -nehmer

Ort, Datum	Vorname / Nachname der Verantwortlichen des Forschungsprojekts
	Unterschrift der Verantwortlichen des Forschungsprojekts

12.3 Fragen zum Leitfaden und Durchführung der Interviews

- Wie haben Sie die Fragen verstanden? (Dazu auf jede Leitfrage eingehen)
- Gab es Fragen, die bei Ihnen negative Gefühle ausgelöst haben?
- Was hätten Sie uns noch gerne erzählt?
- Was müssen wir bei der Durchführung der Interviews unbedingt beachten / anders machen?
- Wie fanden Sie die effektive Gesprächszeit? Denken Sie, diese Zeit ist eine vergleichbare Angabe, welche wir den Interviewpartner kommunizieren dürfen?
- Würden Sie etwas anders machen, anders formulieren?

12.4 Fragebogen „Demographische Daten“

Relevante Angaben zum Interviewpartner

1. Abschluss

-) Ernährungsberater/-in BSc BFH
-) Ernährungsberater/-in HF

2. ZRM-Ausbildung / Weiterbildung

-) Zertifikatslehrgang „ZRM®“-Coach
-) Zertifikatslehrgang ZRM®“-Trainer/-in
-) Modulare Weiterbildung SVDE

3. Berufserfahrung mit dem ZRM in Jahren

4. Arbeitsort, an dem Sie das ZRM einsetzen oder auch eingesetzt haben

12.5 Interviewleitfaden

	Leitfrage	Check	Anschlussfragen
Eröffnende Frage	Was gefällt Ihnen besonders am ZRM in der Ernährungsberatung?		
Übergangsfrage	Wie nutzen Sie das ZRM in der Einzelberatung?	<u>Einzelne Elemente:</u> Hypnose Körperarbeit (Achtsamkeit / Meditation) Bilder Hilfsmittel, die dazu eingesetzt werden Affektbilanz Priming Embodiment Wenn-Dann-Pläne	Wann wenden Sie diese an? Welche Anpassungen mussten Sie vornehmen, damit Sie die Elemente in die ERB einfließen lassen können?

Schlüssel Fragen	Das ZRM wurde als Gruppenkonzept entwickelt. Wie setzen Sie diese Gruppenelemente in der Einzelberatung um?	Priming Embodiment Ideenkorb Wenn-Dann-Pläne	Wie gestalten Sie die Umsetzung der Einzelelemente? Welchen Einfluss nehmen Sie als Berater/in auf die Prozesse des Klienten? Gibt es Elemente, von denen Sie sich bewusst sind, dass Sie sie in der Beratung nicht einsetzen? (Nachfragen warum)
	Bei welchen Klienten setzen Sie das ZRM ein?	Verhaltensweise Klienten Krankheitsbild Aussagen Klienten Erstberatung Hemmungen Merkmale b. Pat., bei denen Sie es nicht verwenden	Gibt es für Sie Verhaltensweisen oder Problemstellungen, bei denen der Einsatz des ZRMs speziell geeignet ist? Wann noch? Wie starten Sie in die Anwendung des ZRMs? Wie reagieren Klienten? Wann setzen Sie das ZRM bewusst nicht ein?

	Welche Chancen sehen Sie in der Nutzung des ZRMs in der Ernährungsberatung?	Therapieerfolg Compliance Beziehungsaufbau Rückmeldungen v. Klienten	Welche Unterschiede in der Wirksamkeit einer Beratung nach ZRM sehen Sie im Vergleich zu einer Beratung, in der Sie das ZRM nicht anwenden?
	Wo sehen Sie in der Ernährungsberatung Schwierigkeiten in der Umsetzung des ZRMs?	Zeitaufwand Arztauftrag vs. Patientenwunsch „Widerstand“ bei Klienten	Haben Sie allenfalls negative Erfahrungen mit dem ZRM gemacht? Welche Möglichkeiten zum Einsatz des ZRMs in der klinischen Tätigkeit sehen Sie allenfalls?
Schlussfrage	Was empfehlen Sie zu berücksichtigen, wenn man mit dem ZRM in der Ernährungsberatung arbeiten möchte?	Kurs / Weiterbildung Berufserfahrung	Was möchten Sie uns noch unbedingt mitteilen im Zusammenhang mit dem ZRM in der ERB?

12.6 Transkriptionsregeln

Inhaltlich-semantische Transkription

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „S'het“ wird zu „es hat“ und „hei mr“ wird zu „haben wir“.

Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Dass man mehr Leistung kann erbringen.“

3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt.

Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.

4. Umgangssprachliche Partikeln wie „gäu, gell, äüä“ werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.

8. Verständnissignale von Seiten des nicht Sprechenden wie „hm, aha, ja, genau“ werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.

9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (...) markiert.

10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSBUCHSTABEN gekennzeichnet.

11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Jeder Sprechbeitrag wird mit einer Zeitmarke versehen.

12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.

13. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.

14. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „T1-8:“ und „PT:“ gekennzeichnet.

15. Besteht die Antwort lediglich aus einem „hm“ wird eine Beschreibung der Betonung in Klammern festgehalten. Zu nutzen sind: bejahend, verneinend, nachdenkend, fragend, wohlfühlend, z.B. „hm (bejahend)“.

16. Sprecherüberlappungen werden mit „//“ gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein „//“. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser „//“ und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit „//“ gekennzeichnet.

12.7 Ausschnitt aus Transkript

103
 104 T4: Ja. Und von dem her hat man das dort eigentlich dort auch schon so geübt.
 105 Anpassungen, ich weiss gar nicht ob ich (lacht) spezielle Anpassungen gemacht
 106 habe oder habe müssen machen. Was ich bei den Kindern habe ich vielleicht ein
 107 wenig andere Bilder. Viel mit Tierbilder und dass ich das andere eigentlich draussen
 108 lasse. Aber nicht nur. #00:06:23-4#
 109
 110 I: Mhm. Gut. Das ZRM ist ja eben als Gruppenkonzept entwickelt worden
 111 ursprünglich. Wie tun Sie die Gruppenelemente in die Einzelberatung umsetzen?
 112 #00:06:39-8#
 113
 114 T4: Also mit Gruppen habe ich es nie gemacht. Und was für Gruppenelemente jetzt
 115 speziell? #00:06:47-5#
 116
 117 I: Zum Beispiel der Ideenkorb mit den Bildern. #00:06:49-4#
 118
 119 T4: Ah ja. Also Gruppen (lacht) sind zwei in der Regel. Bei Jugendlichen habe ich
 120 auch schon gehabt, dass die Eltern dabei gewesen sind und habe sie dann natürlich
 121 auch einbezogen. So. #00:07:06-2#
 122
 123 I: So, ja. Mhm. Und auch das Priming wird eigentlich in der Gruppe gemacht. Wie tun
 124 Sie das im Einzelsetting? #00:07:16-6#
 125
 126 T4: Ah jetzt habe ich gerade ein Loch mit dem Priming. Also das sind ja die
 127 Erinnerungshilfen oder? #00:07:31-4#
 128
 129 I: Ja genau, Entschuldigen Sie. #00:07:34-7#
 130
 131 T4: Ich mache dann eigentlich einfach Beispiele, zum Zeigen um was es geht. Und
 132 ja. Aber das müssen Sie dann nachher eigentlich selber sammeln ja. Also was ich da
 133 einfach die Erfahrung gemacht habe, man muss ihnen wirklich gut sagen, es geht
 134 nicht darum, zu Hause aufzuräumen und Sachen zu sammeln (lacht), sondern dass
 135 es wirklich etwas Neues muss sein, dass es eine neue Verknüpfung kann geben.
 136 #00:08:10-9#
 137
 138 I: Ja. Also meinen Sie zum Beispiel ein Gegenstand, wenn sie es mit einem kleinen
 139 Figürchen oder so die Verknüpfung machen, dass das etwas Neues soll sein.
 140 #00:08:20-6#
 141
 142 T4: Genau und nicht etwas, was sie von irgendjemandem schon bekommen haben
 143 oder so #00:08:26-4#
 144
 145 I: Ja. Gut. Und auch das Embodiment, wo Sie auch gesagt haben, haben Sie auch
 146 schon gemacht. Auch das ist eigentlich ein Gruppenelement. Wie haben Sie das
 147 angepasst? #00:08:43-8#
 148
 149 T4: Halt einfach im Dialog auch oder. Also das Ausprobieren und im Dialog also
 150 (lacht). Anders geht es ja gar nicht. #00:09:00-0#
 151
 152 I: Ja mhm. Bei den Wenn-Dann-Pläne auch im Dialog oder wie machen Sie es dort?
 153 #00:09:05-5#

12.8 Ausschnitt aus Auswertung

T	Generalisierung	Kategorie	Subkategorie	deduktiv / induktiv	Reduktion (Z3)	Reduktion (Z4)
ZRM in der Ernährungsberatung						
Ablauf						
T1	Körperarbeit wird nach der Bildung des Motto-Ziels eingesetzt.	Umsetzung des ZRMs in der Ernährungsberatung	Ablauf	deduktiv	Einstieg: Erklärung ZRM / Anwendung ZRM entscheidet Pat. / Einsatz Körperarbeit nach Bildung Motto-Ziel	Individuelle Abläufe / Zuerst Vermittlung Fachwissen / ZRM wird erklärt / Einverständnis bei Pat. einholen / meist separater Termin zur Durchführung / Erwähnung in Erstberatung möglich / Sauberer Aufbau ist wichtig / Für weitere Infos Verweis auf Website / ZRM kann in Hintergrund geraten / Widerstand wird angesprochen und allenfalls ZRM abgebrochen. 1. Pat. notieren Gründe für die Anwendung des ZRMs / 2. Affektbilanz / 3. Entspannungsübung mittels Textvorlesung / 4. Bildauswahl / 5. Formulierung Motto-Ziel / 6. Priming / 7. in Folgeberatung wird ZRM noch mal gemacht, weil sich schon Veränderungen ergeben haben können / Pat. können jeweils selber Schwerpunkt setzen / Einsatz zu unterschiedlichen Zeiten der Beratung
T1	Für den Einstieg wird das ZRM mit Beispielen erklärt und Patienten entscheiden, ob sie diese Methode ausprobieren wollen oder nicht.	Umsetzung des ZRMs in der Ernährungsberatung	Ablauf	deduktiv		
T1	In der Einzelberatung wird manchmal das ganze ZRM an einem Stück eingesetzt.	Umsetzung des ZRMs in der Ernährungsberatung	Ablauf	deduktiv	Einstieg: ZRM anhand Beispielen erklären, Ursprung ZRM erklären, Einverständnis abholen, Vereinbarung separater Termin	
T2	Das ZRM wird angesprochen, indem gefragt wird, ob Zwänge als anstrengend erlebt werden.	Umsetzung des ZRMs in der Ernährungsberatung	Ablauf	deduktiv		
T2	Manchmal wird das ZRM in der Erstberatung erwähnt, nie aber umgesetzt.	Umsetzung des ZRMs in der Ernährungsberatung	Ablauf	deduktiv	Erwähnung ZRM in Erstberatung	
T2	Zum Einstieg in das ZRM wird erklärt, dass es sich dabei um ein Tool aus der Motivationspsychologie handelt und was es genau ist.	Umsetzung des ZRMs in der Ernährungsberatung	Ablauf	deduktiv		
T2	Für das ZRM wird ein separater Termin vereinbart, damit Klienten die Möglichkeit haben, diesen abzusagen.	Umsetzung des ZRMs in der Ernährungsberatung	Ablauf	deduktiv		
T2	Widerstand wird besprochen und allenfalls das ZRM abgebrochen.	Umsetzung des ZRMs in der Ernährungsberatung	Ablauf	deduktiv	Widerstand wird besprochen, wenn unpassend wird ZRM abgebrochen	

12.9 Codierplan

Kategorie	Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel
Umsetzung des ZRMs in der Ernährungsberatung			
	Elemente	Aussagen, die sich auf die Art und Weise des Einsatzes der Elemente des ZRMs im Einzelsetting beziehen und auf Erlebnisse damit.	T2: Jaja. Also eher wenn ich das Ganze an einem Stück mache. Ehm halt mit den Bildelemente, suche ich dann. Wirklich, wenn man mit Elementen dann macht, genau, mit den Bildern, jaja. Ich habe diese Kartenkartei wo ich dann auslege. Ja. (Z: 45-47)
	Transfer Gruppenelemente	Aussagen, die erklären, wie Gruppenelemente im Einzelsetting angewandt werden.	T5: Es bin dann ich, wo der zweite Teil eigentlich dazu beisteuere, es ist halt einfach ein Zweierteam, ja. Also aber nein, ich habe jetzt nie noch irgendwie, ja nie Patienten gehabt, wo vielleicht mit einer Begleitperson gekommen wären, das wäre ja noch eine Variante gewesen, dass man gesagt hätte, wir machen das das nächste Mal, schauen Sie doch, dass Sie jemanden mitnehmen, wo Sie vielleicht dabei könnte unterstützen oder so. Aber ehm es hat sich irgendwie bei denen Patienten nicht ergeben. Aber das wäre noch so eine Möglichkeit gewesen. (Z: 81-88)
	Ablauf	Reihenfolge, in welcher Elemente des ZRMs eingesetzt werden und welche Informationen wann gegeben werden	T2: ...Und wenn jemand bereit ist, dann mache ich meistens einen separaten Termin für das auch ab. Also ich mache das meistens dann nicht dann anschliessend auch noch. Weil das (unv.) jemand Zeit hat, sich Gedanken zu machen, will er das auch? Ehm und kann den Termin dann auch noch absagen. Finde ich, ist wie auch wichtig. (Z: 301-305)

	Anpassungen	Änderungen, die an Hilfsmitteln, am Ablauf, an Elementen oder an Begrifflichkeiten vorgenommen wurden	T3: ...Also da habe ich Anpassungen gemacht. Das wären jetzt die Erinnerungshilfen. Genau. Statt Primes. So. Ja, dann nachher ist das Erfolgstagebuch, das ist nicht neu. Ja. Und Wenn-Dann-Sätze. Also ja, ich habe wirklich probiert Begriffe zu finden, wo die Leute schon aus dem Alltag kennen. Statt die spezifischen Mottoziele und Mottosätze. (Z: 83-87)
	Hilfsmittel	Material und Unterlagen, welche zur Durchführung des ZRMs eingesetzt werden.	T8: Ehm, was ich habe, es gibt für Kinder und Jugendliche gibt es ein spezielles Buch und dort hat es so Gefühlsbilanzen mit dem Würmli, so mit einer Magnettafel, das nehme ich manchmal bei den Kindern. (Z: 62-64)
	Einfluss der ERB	Prozesse und Vorgänge im Patienten, welche die ERBs mit ihrem Verhalten bewusst oder unbewusst beeinflussen	T3: Ja, natürlich schon auch. Ich versuche mich schon draussen zu haben, aber ehm (...) Ja. Ist noch schwierig. Ich beeinflusse ihn sicher. Also wenn ich das Bild anschau, dann habe ich auch irgendwie halt meine Gefühle. Oder meine Gedanken. (Z: 110-113)
	<i>Klinik</i>	Aussagen zum Einsatz des ZRMs im klinischen Setting	T5: Phuu, stationär, ich denke stationär ist wohl eher ein bisschen schwierig, weil du, also ich hätte jetzt nicht gross Zeit, das zu machen stationär, also dort noch viel weniger als ambulant. Du müsstest eine stationäre Beratung machen, um das ZRM einzuführen. Diese Zeit haben wir einfach schlussendlich schlicht und einfach nicht denke ich. (Z: 411-415)
	<i>Meinungen ERB</i>	Ansichten und Werthaltungen, welche ERBs im Zusammenhang mit dem ZRM haben.	T8: ...Und auch, es ist sehr etwas Lustvolles, sehr etwas Schönes, aber manchmal muss man auch die Klienten ein wenig dranbehalten, dass man auch selber dahintersteht und sagt, doch es ist eigentlich etwas Gutes oder. (Z: 164-167)
Erfahrungen			

	Positive	Erlebnisse im Zusammenhang mit Patienten, welche positiver Natur sind	T6: Was ich amigs noch lässig finde, wenn die Leute / Sie, ich habe mit meiner Tochter mal chli so und es hat der auch geholfen, die hat also auch Schwierigkeiten oder so. Das sind die besten Rückmeldungen (unv)/ weil das zeigt, dass sie [die Patienten] sind aktiv drann. Sie [die Patienten] wenden es [das ZRM] an, sie haben es verstanden. (Z: 407-411)
	Negative	Erlebnisse im Zusammenhang mit Patienten, welche negativer Natur sind	T7: Ja ganz am Anfang [der ZRM-Karriere] habe ich schon 2-3 Mal komische Erfahrungen gemacht. Aber ich kann mich nicht mehr so erinnern. Ja da habe ich einfach manchmal nicht mehr weitergewusst. (Z: 566-568)
	Reaktionen	Verhaltensweisen oder Aussagen, welche Klienten aufgrund des ZRMs zeigen oder machen	T5: Eigentlich gut [auf die Frage, wie Klienten auf das ZRM reagieren]. Also eben, durch das, dass ich das Päckli nie ganz komplett anwende und nur die einzelnen Sachen rausnehme, eigentlich gut. Die meisten lassen sich gut darauf ein. (Z: 253-255)
	Rückmeldungen	Wertende Äusserungen, die Klienten zum ZRM rückmelden	T2: Ja. Ich frage auch danach. (lacht) Regelmässig. Ja. Es wird angenehm erlebt, wenn sie etwas haben, unterstützend erlebt, eh, einflussfaktoren wie kann ich mich wie mit einem guten Gefühl oder mit Sicherheit irgendwo reingeben, wo unsichere Atmosphäre und so weiter ist. ehm. Ja. also ich glaube, gute Feedbacks. (Z: 413-416)
Beratungsprozess			
	Beziehungsaufbau	Positive Auswirkungen des ZRMs auf den Beziehungsaufbau	T5: Ich glaube, es ist viel eine engere Beziehung danach [nach dem Einsatz des ZRMs], weil man halt viel tiefer hinab geht, weil man viel mehr noch die Gefühlswelt und die psychologische Aspekte mit rein nimmt. Ich habe das Gefühl, da kommt man schon sehr nahe an den Patienten ran. (Z: 303-306)

	Compliance	Positive Auswirkungen des ZRMs auf die Compliance	T5: Ist noch schwierig zum sagen. Ich glaube, sie ist besser [auf die Frage wie sie die Compliance der Patienten einschätzt]. Gerade bei denen, wo ich es [das ZRM] wirklich ausprobiert habe weil sie [die Patienten] vielleicht auch eher zu dem können stehen, wo sie eben noch nicht wollen. (Z: 287-289)
	Therapieerfolg	Positive Auswirkung des ZRMs auf den Therapieerfolg	T5: Ehm, ich glaube schon [auf die Frage ob sie Unterschiede im Therapieerfolg sieht]. Es ist halt häufig mit den Wenn-Dann-Plänen sind es kleine Schritte, die man macht, weil es halt wirklich gerade spezifisch auf diese Situation ist, aber häufig sind es dann genau diese Situaition, wo der Patient am meisten belasten. (Z: 277-280)
	Zeitmanagement	Aussagen, die mit dem Faktor Zeit zu tun haben.	T7: Ehm. Es ist auch so, dass mit ZRM die Beratung länger geht. Also ich mache jedes Mal bei jemandem, der mir angemeldet wird für das Gewicht zu reduzieren, mache ich mindestens 12 Beratungen, wenn nicht 18 oder mehr. (Z: 484-486)
	Wirksamkeit	Aussagen zur Wirkung, die das ZRM auf den Therapieverlauf und auf das Erreichen der Ziele bei Patienten hat	T5: Und ehm, bei ihr hat es [das ZRM] mega gut funktioniert. Also ja einfach zum sichtbar machen, was sie eigentlich schon wissen (lacht). (Z: 200-201)
	Herausforderungen	Aspekte, welche den Einsatz des ZRMs herausfordernd machen	T2: ...Wenn man das Ganze macht, finde ich, ist es für die Leute eine Herausforderung. Ehm. Fantasievoll müssen können dürfen zu sein. Und vor allem intuitiv zu entscheiden und nicht mit dem Kopf. Da finde ich, braucht es recht viel gute Anleitung, damit die Leute nicht mit dem Kopf entscheiden. (Z: 315-318)
	Chancen	Dinge, welche durch die Verwendung des ZRMs gelingen können	T3: Also schon eh, am Ziel dranbleiben. Längerfristig etwas mit weniger Widerstand können verfolgen. Das habe ich schon den Eindruck, ja. (Z: 211-212)

Erfahrungen ohne Klient oder Klientin			
	Verordnung	Aussagen zur Verordnung und der limitierten Beratungsanzahl als Grenze für den Erfolg des ZRMs in der Ernährungsberatung	T4: Gut, wir sind an diese sechs Sitzungen gebunden, das ist ein bisschen das Problem. Ja, ich habe natürlich auch längere Sitzungen. Also Dreiviertelstunden und nicht einfach eine halbe Stunde. Dann hat es auch gut Platz. (Z: 365-367)
	Zusammenarbeit mit Ärzteschaft	Erfahrungen, die ERBs im Umgang mit Ärzten haben, wenn diese herausfinden, dass sie das ZRM einsetzen.	T5: Nein. Eigentlich nicht [auf die Frage, ob sie Konflikte zwischen dem Arztauftrag und dem was sie in der ERB macht, sieht]. Weil schlussendlich tut man ja das ZRM versuchen die Massnahmen umzusetzen, wo dann auch sollen zum Ziel führen schlussendlich. (Z: 370-371)
	Selbsterfahrung	Erfahrungen, die ERBs mit dem ZRM an sich selbst machen.	T2: Also halt so eigene Sätze, wo ich wie merke, wo für mich negative Gefühle sind und ein Ziel wo ich trotzdem möchte erreichen. Dass ich das halt in diesem Moment in einer Interventionsgruppe oder wie immer man das machen kann eh für sich selber wie so Sätze macht. Und irgend so ein Kraffelement dann hat, das einem unterstützt für die schwierigen Sachen wo negative Gefühle gibt. (Z: 204-208)
Indikatoren zur Anwendung des ZRMs			
	Verhaltensweisen	Verhaltensweisen von Klienten und Klientinnen, aufgrund derer ERBs sich veranlasst sehen, das ZRM einzusetzen	T1: Ich glaube es ist mehr die Gesamt-Situation. Also so ein bisschen ein gewisses verzweifelt zu sein von den Leuten. Oder auch von mir, wo ich denke, jetzt sind wir schon so viele Male ab demselben angestanden. Und wenn man immer wieder am gleichen ansteht, über längere Zeit, dann lohnt es sich einfach, vielleicht einen Umweg zu probieren, damit man zum Ziel kommt. (Z: 192-196)

	Diagnosen	Krankheitsbilder und Therapien, bei welchen ERBs das ZRM anwenden	T5: Ich habe es jetzt vor allem bei Adip. Gebrauch [auf die Frage bei welchen Krankheitsbildern sie das ZRM einsetzen]. (Z: 220)
	Aussagen	Äusserungen, die Klienten und Klientinnen machen, aufgrund derer ERBs sich veranlasst sehen, das ZRM einzusetzen	T6: ...Und dann hat es wirklich schon Leute gehabt, also es sind vor allem Adipöse, wo viel schon gemacht haben, wo sagen, Sie, genau das brauche ich. Ich brauche jetzt nicht einen Ernährungsplan, ich muss jetzt nicht über das [Essen] reden. (Z: 181-184)
	Bedingungen	Aspekte, die erfüllt sein müssen, damit ERBs das ZRM überhaupt einsetzen	T6: [Auf die Frage, ob es Verhaltensweisen oder Aussagen von Klienten gibt, bei denen sie das ZRM dann anwendet] Ja, immer wenn es um Motivation geht. Durchhalten. Ich habe schon viel gemacht, ich weiss schon alles. (Z: 161-162)
	Bevölkerungsgruppen	Aussagen darüber, für welche Personen das ZRM geeignet ist	T8: Hmm. (...). Vielleicht mache ich es schon ein bisschen mehr bei Frauen. Also ja ich mache es mehr bei Frauen. Bei den Männern habe ich manchmal das Gefühl die sind so rational. Die wollen manchmal mehr so ein wenig Facts oder so. Also es ist ja, dieser Herr ist jetzt wirklich eher ein wenig die Ausnahme gewesen. Ich mache es mehr bei Frauen. (Z: 186-190)
Kontra-Indikatoren für die Anwendung des ZRM			
	Erstberatung	Aussagen über den Einsatz des ZRM in der Erstberatung	T1: Also ich brauche es [ZRM] nicht als Einstieg [in die Beratung]. Sicher nicht. Ja. (Z: 14)

	Hemmungen	Aspekte, welche ERBs hemmen, das ZRM anzusprechen oder es einzusetzen	T7: Ja. Hemmungen habe ich gehabt (lacht). Zum Beispiel gerade kürzlich, wo eine Ärztin zu mir gekommen ist, wo ein Typ 2 Diabetes gehabt hat, also hat, immer noch. Und bei ihr, ist, aus ihren Erzählungen und das wo sie [die Ärztin] mitgebracht hat, ist wirklich das rausgekommen, dass sie, ehm, dass sie das ZRM möchte machen, also dass es gut wäre mit ihr, das zu probieren. Und dann habe ich ein wenig Schiss gehabt, gopf, uuh jetzt muss ich ihr das sagen (lacht). (Z: 379-384)
	Hindernisse	Aspekte, welche ERBs daran hindern, das ZRM anzusprechen oder es einzusetzen	T1: Ehm. (...) Ich habe es auch schon erwähnt und dann, wenn ich merke, dass ein Patient sehr skeptisch ist oder (lacht) sage es mal so, zu wenig verzweifelt ist oder einfach noch Hoffnung hat, dass er einen anderen Weg findet, so, dann brauche ich es auch nicht. Ich tue es einfach ansprechen und wenn ich merke, die Zeit ist noch nicht reif, dann/ oder sie können es sich nicht so vorstellen, dann ist gut, dann lassen wir es. Es muss nicht unbedingt das sein. (Z: 206-211)
	<i>Bedingungen</i>	Gegebenheiten, unter denen ERBs das ZRM nicht ansprechen oder einsetzen	T7: ...und wenn jemand es nicht will machen, dann macht man es nicht. Das ist von Anfang an klar. (Z: 560-561)
Anforderungen an ERB			
	Kurs/Weiterbildung	Aussagen über die Sinnhaftigkeit der Weiterbildung im Bereich des ZRMs zur Anwendung des ZRMs	T4: Ja eben, dass man die eigenen Erfahrungen kann machen braucht es das schon. Also ehm, ich habe auch schon vor Jahren das Buch gelesen, wie heisst es, mein Wunschgewicht oder mein Ichgewicht? (Z: 424-426)

	Berufserfahrung	Aussagen über die Notwendigkeit der Berufserfahrung zur Anwendung des ZRMs	T5: Also ich glaube nicht, dass es Sinn macht wirklich gerade direkt nach dem Studium [das ZRM anzuwenden]. Weil häufig muss man sich zuerst selber den Beratungsstil finden und man muss sich mit allem, was man dort einmal gelernt hat, zuerst wohl fühlen und "bödelet" fühlen. (Z: 469-472)
	Kompetenz	Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche ERBs besitzen müssen, wenn sie das ZRM anwenden wollen	T1: Dass man es sehr gut kennt, dass man es vorsichtig anwendet, dass man seine Grenzen kennt, aber dass man auch Freude daran hat. Also gerne mit Bildern schafft. Ja. (Z: 409-411)
	Überzeugung	Aussagen darüber, dass ERBs vom ZRM überzeugt sein müssen	T8: Ich glaube wie selber das Gefühl haben, doch das ist etwas Gutes, aber man muss so ein wenig dranbleiben und das auch wie so ein wenig üben oder vielleicht wieder hervorheben oder ja. (Z: 237-239)
Förderung der ZRM-Anwendung			
	Bekanntheit	Aussagen darüber, dass das ZRM bekannter sein sollte	T6: Und durch eure Arbeit jetzt haben Sie eine weitere Chance, es [das ZRM] ein bisschen mehr ins Publikum zu tun. Und eh, ja. Ich finde es wichtig, ja. (Z: 272-247)
	Weiterbildungsangebot	Aussagen über das derzeitige Weiterbildungsangebot	T1: Dass es so schön wäre, wenn das mehr angewendet würde. Wenn es mehr Kurse gäbe, weil ich habe schon mehr vom Team schicken wollen und jetzt gerade in diesem Jahr ist gar nichts ausgeschrieben. (Z: 443-445)
	Grundausbildung	Aussagen über die Integration des ZRMs in den Studiengang	T3: ...Sie sollen es weiterhin an der Fachhochschule lehren (lacht). (Z: 414)

Deduktiv

Induktiv

12.10 Kategoriensystem

Kategorie: Umsetzung des ZRM in der Ernährungsberatung
Elemente
Transfer Gruppenelemente
Ablauf
Anpassungen
Hilfsmittel
Einfluss der ERB
<i>Klinik</i>
<i>Meinungen ERB</i>

Kategorie: Erfahrungen
Positive
Negative
Reaktionen
Rückmeldungen

Kategorie: Beratungsprozess
Beziehungsaufbau
Compliance
Therapieerfolg
<i>Wirksamkeit</i>
Herausforderungen
Chancen

Kategorie: Erfahrungen ohne Klient oder Klientin
Verordnung
Zusammenarbeit mit Ärzteschaft
<i>Selbsterfahrung</i>

Kategorie: Indikatoren zur Anwendung des ZRM®s
Verhaltensweisen
Diagnosen
Aussagen
Bedingungen

Bevölkerungsgruppen

Kategorie: Kontra-Indikatoren zur Anwendung des ZRM®s
--

Erstberatung

Hemmungen

Hindernisse

Bedingungen

Kategorie: Anforderungen an ERB
--

Kurs/Weiterbildung

Berufserfahrung

Kompetenz

Überzeugung

Kategorie: Förderung der ZRM®-Anwendung
--

Bekanntheit

Weiterbildungsangebot

Grundausbildung

Deduktiv

Induktiv