



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Geschlechtsspezifische Unterschiede im Essverhalten, in der Bewegungsmotivation, dem Körperbild und der Lebensqualität von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe unter besonderer Berücksichtigung des Migrationshintergrundes“

verfasst von / submitted by
Marianne Nora Auer

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the
requirements for the degree of

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2015

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

A 298

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

Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Mitbetreut von / Co-Supervisor:

Inhaltsverzeichnis

Theoretischer Teil

1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund	3
2.1. Definitionen	3
2.1.1. Migrationshintergrund	3
2.1.2. Body Mass Index	4
2.1.3. Ess- und Ernährungsverhalten	6
2.1.4. Gestörtes Essverhalten	7
2.1.4.1 Anorexia nervosa	7
2.1.4.2 Bulimia nervosa	8
2.1.4.3 Binge Eating Disorder	9
2.1.5 Körperbild	9
2.1.5.1 Störungen des Körperbildes	10
2.1.6 Bewegungsmotivation	11
2.1.7 Lebensqualität	12
2.2 Forschungsstand	12
2.2.1 Prävalenz von Übergewicht und Adipositas	13
2.2.2 Essverhalten und Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen	17
2.2.3 Körperbild und gestörtes Essverhalten bei Kindern und Jugendlichen	20
2.2.4 Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen	23
2.2.5 Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen	25

Empirischer Teil

3. Methode	28
3.1 Forschungsfragen	28
3.2 Operationalisierung	28
3.2.1 Erhebungsinstrument	29
3.2.2 Hypothesen	32
3.3 Durchführung	36
3.3.1 Teilnehmende Schulen	37

3.4 Datenmanagement und statistische Auswertung	38
4. Ergebnisse	39
4.1 Soziodemografische Merkmale der Stichprobe	39
4.1.1 Geschlecht	39
4.1.2 Alter	39
4.1.3 Migrationshintergrund	39
4.1.4 Schultyp	40
4.1.5 Erwerbstätigkeit der Eltern	41
4.2 Gesundheitsbezogene Merkmale der Stichprobe	42
4.2.1 BMI	42
4.2.2 Rauchen	44
4.2.3 Alkohol	44
4.3 Hypothesenprüfung	45
4.3.1 Salutogens Essverhalten	45
4.3.2 Pathogenen Essverhalten	48
4.3.3 Umgang mit Nahrungsmittel	52
4.3.4 Vorklinische Essstörung	53
4.3.5 Big-Eating, Binge-Eating Disorder, Bulimie	57
4.3.6 Bewegungsmotivation	64
4.3.7 Lebensqualität	69
4.3.8 Körperbild	77
5. Diskussion	85
6. Limitation	88
7. Zusammenfassung	89
8. Literaturverzeichnis	90
9. Abbildungsverzeichnis	97
10. Tabellenverzeichnis	99
11. Anhang	101

Danksagung

Vielen Dank an Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer, die es mir ermöglicht hat dieses Projekt zu realisieren. Vielen Dank an Mag. Dr. Reinhold Jagsch, meinen Betreuer, der mich mit Geduld, Umsicht, Flexibilität und konstruktiver Kritik durch den Diplomarbeitsprozess begleitet hat.

Meiner Familie, insbesondere Leon und Anika Jettmar sowie Stefan Auer, danke ich für die Rücksichtnahme, die Bekräftigung und die Unterstützung, die sie mir entgegengebracht haben.

Ein großer Dank gilt meiner Mutter, Renate Gabauer, die mir immer den Rücken frei gehalten hat, damit ich mich neben Beruf und Familie meinem Studium widmen konnte.

DANKE!

Theoretischer Teil

1. Einleitung

Laut Österreichischem Ernährungsbericht 2009 sind 10% der Mädchen und 12% der Buben in der Altersklasse von 6 bis 15 Jahren übergewichtig sowie 7% der Mädchen und 12% der Buben adipös (Elmadfa et al., 2009). Die veränderte Lebensweise von Kindern und Jugendlichen stellt einen wesentlichen Risikofaktor für die Ausbildung von Übergewicht dar. Übergewicht ist eines der größten Probleme der Industriestaaten, wobei ein extremer Anstieg bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen ist. Ein ungesunder Lebensstil, geprägt von geringer körperlicher Bewegung sowie falschem Essverhalten, ist verantwortlich für Übergewicht und Adipositas und in weiterer Folge für die rasant ansteigenden Zivilisationskrankheiten: Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, Bluthochdruck und Schlaganfall, wobei auch immer mehr Kinder und Jugendliche davon betroffen sind. Ein niedrigerer Energieverbrauch, bedingt durch eine geringere Fettverbrennung und weniger Muskelmasse gekoppelt mit der Zufuhr von hochkalorischen Lebensmitteln, erzeugt eine Dysbalance, die hauptverantwortlich für Übergewicht und Adipositas gemacht werden kann.

Durch die Etablierung sozialer Netzwerke über Handy oder Internet wird es nicht mehr zwingend nötig, nach draußen zu gehen, um Freunde zu treffen, auch Videospiele verdrängen mitunter die früher üblichen Ballspiele im Freien. Durch die Verbauung der Wohngebiete wird es zudem für Jugendliche immer schwieriger, sich im Freien aktiv zu bewegen. Die früher so gepriesene „Gstettn“ ist nahezu verschwunden, und die Motivation, sich in einem Sportverein zu betätigen, ist relativ gering und hängt auch sehr von soziokulturellen Faktoren ab. Wurde der Schulweg früher von einem Großteil der Kinder und Jugendlichen noch zu Fuß bewältigt, besteht heute die Tendenz, sie mit dem Auto bis zum Schultor zu bringen. Auch die Angst vieler Eltern, ihren Kindern könnte auf der Straße etwas zustoßen, fördert ebenfalls eine inaktive Freizeitgestaltung. Für einen gesunden Lebensstil ist jedoch körperliche Bewegung im Ausmaß von mindestens 60 Minuten täglich (WHO-Empfehlung) unumgänglich.

Da der Lebensstil des Einzelnen aber von psychosozialen und soziokulturellen Merkmalen geprägt ist, ist es zwingend notwendig, die Lebenswelt genauer zu analysieren, um zusätzliche mögliche Risikofaktoren heraus zu filtern. Studien,

die sämtliche Einflussfaktoren miteinschließen und somit ein umfassendes Bild liefern, sind vor allem in Österreich rar. Daher wurde die Life-Style-Studie ins Leben gerufen. Verantwortlich dafür zeichnet die Medizinische Universität Wien in Kooperation mit der Sigmund Freud Universität Wien unter der Projektleitung von Frau Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer. Ziel dieser Pilotstudie ist eine umfassende Lebensstilerkundung von Kindern und Jugendlichen in Wiener Schulen mit Berücksichtigung von Stimmungslage, Ess- und Freizeitverhalten, Suchtverhalten, BMI, ethnischer Herkunft sowie sozioökonomischem Status, wobei eine Folgestudie derselben Kohorte geplant ist, um die erhaltenen Ergebnisse zu überprüfen und neue Hypothesen testen zu können, mit dem übergeordneten Ziel, ein psychoedukatives Programm für Wiener Schülerinnen und Schüler zu entwickeln, das eine gesunde Lebensweise fördert.

Die vorliegende Arbeit ist Teil dieses Pilotprojektes, mit dem Ziel geschlechtsspezifische Unterschiede bei Wiener Schülerinnen und Schüler der 8. Schulstufe bezüglich ihres Essverhaltens, der Bewegungsmotivation, der Lebensqualität und des Körperbildes zu analysieren und auszuwerten. Ein besonderer Fokus wird dabei auf den Migrationshintergrund gelegt. Es soll der Frage nachgegangen werden, ob sich Wiener Schülerinnen und Schüler der 8. Schulstufe mit Migrationshintergrund in ihrem Lebensstil von Wiener Schülerinnen und Schüler der 8. Schulstufe ohne Migrationshintergrund unterscheiden.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Definitionen

Im folgenden Abschnitt werden die für die vorliegende Arbeit relevanten Begriffe erläutert.

2.1.1 Migrationshintergrund

Personen mit Migrationshintergrund lassen sich laut Definition der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), so wie sie in den Recommendations for the 2010 Censuses of Population and Housing verwendet werden, in zwei große Gruppen unterteilen. Als Migrantinnen und Migranten der ersten Generation sind im Ausland geborene Personen zu bezeichnen. Kinder von zugewanderten Personen, die im Inland geboren wurden, werden als Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation definiert.

Laut Statistik Austria, die ebenfalls mit diesen Begriffen arbeitet, leben in Österreich (Jahresdurchschnitt 2014) insgesamt 1.254.400 Migrantinnen und Migranten der ersten Generation und 460.200 Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation. Bei den unter 15-jährigen Männern gibt es 589.900 Migranten der ersten Generation und 233.100 der zweiten Generation. Bei den Frauen unter 15 Jahren sieht die Verteilung folgendermaßen aus: 664.500 gehören der ersten Generation an und 227.100 der zweiten. Das bedeutet, dass 20,4% der österreichischen Bevölkerung einen Migrationshintergrund aufweisen. Berechnet nach den einzelnen Bundesländern leben in Wien insgesamt 711.900 Migrantinnen und Migranten, das entspricht 40,7% der Wiener Bevölkerung (Statistik Austria, 2015).

Möchte man jedoch epidemiologische Studien zum Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten durchführen, erweist sich die oben erwähnte Klassifikation als unzureichend, da der tatsächliche Migrationsstatus nur mangelhaft abgebildet werden kann. Beispielsweise haben türkische Migrantinnen und Migranten der 5. Generation, die zu Hause nur türkisch sprechen, ebenso einen bedeutenden Migrationshintergrund wie Migrantinnen und Migranten der ersten Generation. Schenk et al. (2006) haben deshalb

einen Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus als Empfehlung für die epidemiologische Praxis erarbeitet. Ihrer Auffassung nach wird eine Person als Migrantin oder Migrant klassifiziert, wenn beide Elternteile in einem anderen Land geboren wurden oder die Person selbst und ein Elternteil. Ebenso wird die Muttersprache beziehungsweise die Sprache, die zu Hause gesprochen wird, als Indikator herangezogen, da Sprache ein Teil der Kultur ist, in der man lebt.

2.1.2 Body Mass Index (BMI)

Der Body Mass Index oder Körpermassen-Index stellt das Gewicht einer Person in Relation zur Größe dar und wird mit folgender Formel berechnet:

$$BMI = \frac{kg \text{ Körpergewicht}}{m \text{ Körpergröße}^2}$$

Er soll einen direkten Vergleich zwischen unterschiedlichen Personen sowie eine Einteilung in Gewichtsklassen ermöglichen. Die international verwendete Einteilung der einzelnen Gewichtsklassen, laut WHO (2006) ist geschlechtsunabhängig und ergibt folgende Werte:

<i>Untergewicht</i>	<i>BMI <18,5</i>
<i>Normalgewicht</i>	<i>BMI 18,5–24,9</i>
<i>Übergewicht</i>	<i>BMI > 25,0</i>
<i>Präadipositas</i>	<i>BMI 25–29,9</i>
<i>Adipositas I</i>	<i>BMI 30–34,9</i>
<i>Adipositas II</i>	<i>BMI 35–39,9</i>
<i>Adipositas III</i>	<i>BMI ≥ 40</i>

Diese Grenzwerte scheinen für Erwachsene geeignet zu sein, den Gewichtsstatus einzuschätzen, bei Kindern und Jugendlichen müssen jedoch die alters- und geschlechtsspezifischen Veränderungen des BMI berücksichtigt werden. Es ist daher ratsam, bei der Diagnose von Übergewicht beziehungsweise Adipositas entsprechend den Leitlinien der deutschen

Arbeitsgemeinschaft Adipositas den individuellen BMI anhand der Altersperzentile getrennt für Mädchen und Buben heranzuziehen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: BMI-Perzentile für Mädchen und Buben 6–18 Jahre (nach Rathmann et al., 2006)

Alter	Mädchen			Buben		
	50. Perzentil	90. Perzentil	97. Perzentil	50. Perzentil	90. Perzentil	97. Perzentil
6	15,39	17,99	19,67	15,45	17,86	19,44
6,5	15,48	18,21	20,01	15,53	18,07	19,76
7	15,62	18,51	20,44	15,66	18,34	20,15
7,5	15,81	18,86	20,93	15,82	18,65	20,60
8	16,03	19,25	21,47	16,01	19,01	21,11
8,5	16,25	19,65	22,01	16,21	19,38	21,64
9	16,48	20,04	22,54	16,42	19,78	22,21
9,5	16,70	20,42	23,04	16,65	20,19	22,78
10	16,94	20,80	23,54	16,89	20,60	23,35
10,5	17,20	21,20	24,03	17,14	21,02	23,91
11	17,50	21,61	24,51	17,41	21,43	24,45
11,5	17,83	22,04	25,00	17,70	21,84	24,96
12	18,19	22,48	25,47	17,99	22,25	25,44
12,5	18,56	22,91	25,92	18,30	22,64	25,88
13	18,94	23,33	26,33	18,82	23,01	26,28
13,5	19,30	23,71	26,70	18,94	23,38	26,64
14	19,64	24,05	27,01	19,26	23,72	26,97
14,5	19,95	24,35	27,26	19,58	24,05	27,26
15	20,22	24,59	27,45	19,89	24,36	27,53
15,5	20,45	24,77	27,57	20,19	24,65	27,77
16	20,64	24,91	27,65	20,48	24,92	27,99
16,5	20,81	25,02	27,69	20,77	25,18	28,20
17	20,96	25,11	27,72	21,04	25,44	28,40
17,5	21,11	25,20	27,74	21,31	25,68	28,60
18	21,25	25,28	27,76	21,57	25,91	28,78

Übergewicht und Adipositas wird in diesem Zusammenhang mit dem 90. und 97. Perzentil¹ assoziiert (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010; Kromeyer-Hauschild et al., 2001).

2.1.3 Ess- und Ernährungsverhalten

Beim Neugeborenen wird die Motivation zur Nahrungsaufnahme vom Hungergefühl und damit verbundenen Bedürfnis nach Sättigung reguliert. Die Wissenschaft geht daher davon aus, dass die bedarfsgerechte Nahrungsaufnahme angeboren ist. Grundlegende emotionale Erfahrungen werden in diesem Zusammenhang durch die frühe Mutter-Kind-Bindung gefestigt, wobei das Kind lernen muss, zwischen dem Hungergefühl und dem Bedürfnis nach Zuwendung zu unterscheiden. Pudel (1986) geht davon aus, dass das Ernährungs- bzw. Essverhalten einem soziokulturellen Lernprozess unterworfen ist und durch das Hineinwachsen in die jeweilige Kultur ausdifferenziert wird. Es wird in diesem Zusammenhang von einem kulturellen Geschmack gesprochen (Pudel & Westenhöfer, 1998).

Reagiert die unmittelbare Bezugsperson auf die Reaktionen des Kindes unangemessen, besteht die Gefahr, dass nicht adäquat zwischen Hungergefühl und anderen emotionalen Bedürfnissen unterschieden werden kann. Das Essverhalten kann nach Pudel und Westenhöfer (1998) durch die drei Komponenten Außensteuerung, Innensteuerung und Kognitive Kontrolle beeinflusst werden. Zur Außensteuerung gehören alle Ernährungsgewohnheiten, die durch die Familie beziehungsweise durch die Kultur, in der man verankert ist, vorgegeben werden. Die Innensteuerung bezieht sich auf die biologische Regulation des Hungergefühls. Mit zunehmendem Lebensalter beeinflussen soziokulturelle Normen maßgeblich das Essverhalten, und somit verdrängt die Außensteuerung die Innensteuerung. Die dritte Komponente bezieht sich auf die Kognitive Steuerung, damit sind alle bewussten Entscheidungen bezüglich Nahrungsaufnahme, Lebensmittelwahl, Zusammensetzung der Mahlzeiten usw. gemeint. Auch diese Komponente wird durch äußere Faktoren maßgeblich

¹ Perzentil ist eine Bewertungsgröße von Messwerten bezogen auf 100% der Messwerte.

beeinflusst. Einstellungen bezüglich Ernährung und Lebensmittelauswahl, gesellschaftliche Normen sowie das individuelle Ernährungswissen beeinflussen die kognitive Steuerung des Essverhaltens.

Motive, die das Essverhalten beeinflussen, können das Hungergefühl, kulturelle Einflüsse, Traditionen, das Nahrungsangebot, Gesundheitsüberlegungen, Schönheitsideale, Allergien, der soziale Status sowie emotionale Bedingungen sein (Pudel & Westenhöfer, 1998).

2.1.4 Gestörtes Essverhalten

Ein gestörtes Essverhalten kann anhand der diagnostischen Kriterien des DSM-5

der American Psychiatric Association (2013) diagnostiziert werden.

2.1.4.1 Anorexia nervosa

A. Restriction of energy intake relative to requirements, leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. Significantly low weight is defined as a weight that is less than minimally normal or, for children and adolescents, less than the minimal expected.

B. Intense fear of gaining weight or of becoming fat, or persistent behaviour that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.

C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight (S.338-339).

Die WHO gibt folgende BMI-Grenzwerte zur Diagnostik von Anorexia nervosa an:

Mild: BMI $\geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderate: BMI 16–16.99 kg/m^2

Severe: BMI 15–15.99 kg/m^2

Extreme: BMI $< 15 \text{ kg/m}^2$

2.1.4.2 Bulimia nervosa

A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:

1. Eating in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most individuals would eat in a similar period of time under similar circumstances.

2. A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating).

B. Recurrent inappropriate compensatory behaviours in order to prevent weight gain, such as self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics, or other medications; fasting or excessive exercise.

C. The binge eating and inappropriate compensatory behaviours both occur, on average, at least once a week for 3 month.

D. Self-evaluation is unduly influenced by body shape and weight.

E. The disturbance does not occur exclusively during episodes of anorexia nervosa.

Mild: An average of 1-3 episodes of inappropriate compensatory behaviours per week

Moderate: An average of 4-7 episodes of inappropriate compensatory behaviours per week

Severe: An average of 8-13 episodes of inappropriate compensatory behaviours per week

Extreme: An average of 14 or more episodes of inappropriate compensatory behaviours per week (S. 345).

2.1.4.3 Binge Eating Disorder

A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:

1. Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most people would eat in a similar period of time under similar circumstances.

2. A sense of lack of control over eating during the period (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating.

B. The binge-eating episodes are associated with three (or more) of the following.

1. Eating much more rapidly than normal.

2. Eating until feeling uncomfortably full.

3. Eating large amounts of food when not feeling physically hungry.

4. Eating alone because of feeling embarrassed by how much one is eating.

5. Feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty afterwards.

C. Marked distress regarding binge eating is present.

D. The binge eating occurs, on average, at least once a week for 3 month.

E. The binge eating is not associated with the recurrent use of inappropriate compensatory behaviour as in bulimia nervosa and does not occur exclusively during the course of bulimia nervosa or anorexia nervosa.

Mild: 1-3 binge-eating episodes per week

Moderate: 4-7 binge-eating episodes per week

Severe: 8-13 binge-eating episodes per week

Extreme: 14 or more binge-eating episodes per week (S.350).

2.1.5 Körperbild

Biblioni, Pich, Pons und Tur (2013) definierten Körperbild als multidimensionales Konstrukt, das sehr eng mit emotionalem Wohlbefinden und der Zufriedenheit mit Gewicht und Größe verknüpft ist. Das Konzept des Körperbilds wird in engem Zusammenhang mit dem Selbstwert einer Person gesehen. Die Definition von Körperbild, wie sie Price (1990) für die praktische Anwendung in der Pflegewissenschaft beschrieben hat, beinhaltet die drei Komponenten Körperrealität, das Körperideal und die Körperrepräsentation

(siehe Abbildung 1). Mit Körperrealität ist die objektive Erscheinung eines Menschen gemeint. Sie beinhaltet Gewicht, Größe, geschlechtsspezifische Merkmale und ist, aufgrund entwicklungsbedingter Gegebenheiten, nie konstant. Das Körperideal bezeichnet unsere Idealfigur, das heißt, wie wir uns gerne sehen und fühlen möchten. Diese Komponente wird stark von soziokulturellen Normen und herrschenden Schönheitsidealen beeinflusst. Die Art und Weise, wie wir uns kleiden und in der Öffentlichkeit präsentieren, bezeichnet Price (1990) als Körperrepräsentation.

Da sich das Körperideal nur selten mit der Körperrealität deckt, wird mit Hilfe von Copingstrategien sowie dem sozialen Unterstützungssystem das Körperbild immer wieder angepasst (Price, 1995).

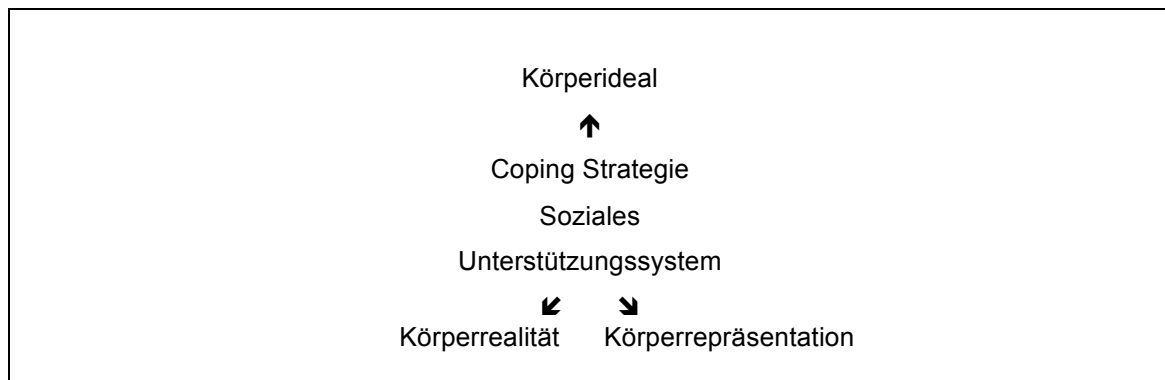


Abbildung 1: Körperbild-Modell von Price (1995), S. 170

Relevant ist das Konzept des Körperbildes beziehungsweise des Körperschemas für die Diagnose von Essverhaltensstörungen, da das Essverhalten, unter anderem, von der Körperwahrnehmung beeinflusst wird (Stice, 2002).

2.1.5.1 Störungen des Körperbildes

Die Diagnose einer Körperbildstörung erfolgt an Hand des DSM-5 der American Psychiatric Association (2013).

Body Dysmorphic Disorder

- A. Preoccupation with one or more perceived defects or flaws in physical appearance that are not observable or appear slight to others.*
- B. At some point during the course of the disorder, the individual has performed repetitive behaviours (e.r., mirror checking, excessive*

grooming, skin picking, reassurance seeking) or mental acts (e.g., comparing his or her appearance with that of others) in response to the appearance concerns.

C. The preoccupation causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

D. The appearance preoccupation is not better explained by concerns with body fat or weight in an individual whose symptoms meet diagnostic criteria for an eating disorder.

Specify if:

With good or fair insight: The individual recognizes that the body dysmorphic disorder beliefs are definitely or probably not true or that they may or may not be true.

With poor insight: the individual thinks that the body dysmorphic beliefs are probably true.

With absent insight/delusional beliefs: the individual is completely convinced that the body dysmorphic disorder beliefs are true (S. 242-243).

Die Körperbildstörung muss von einer Essstörung differenziert betrachtet werden, da sie als eigenständige psychiatrische Erkrankung zu sehen ist und nur bei der Anorexia nervosa als Zusatzkriterium miteinfließt (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.6 Bewegungsmotivation

Wie häufig sich jemand bewegt oder Sport betreibt hängt von verschiedenen physiologischen und entwicklungsbedingten Faktoren ab. Der Zugang zu öffentlichen Einrichtungen, in denen Bewegung stattfinden kann, sowie psychosoziale Faktoren bestimmen ebenfalls das Ausmaß körperlicher Betätigung eines Menschen (Troost, Kerr, Ward & Pate, 2001). Im Sportbereich geht es vor allem um Leistung. Schneller, stärker und vor allem besser zu sein als andere (Cho, 2004).

Bei übergewichtigen und adipösen Menschen steht Leistung, im Zusammenhang mit Bewegung, nicht im Vordergrund. Hier scheint die übliche Unterscheidung in intrinsische und extrinsische Motivation wirksam zu sein. Die extrinsische Motivation wird vor allem durch das Ergebnis der Handlung sowie die Reaktion der Umwelt gesteuert. Bleibt dieses Feedback aus, sinkt die Motivation (Ring-Dimitriou, Ardel-Gattinger & Gattinger, 2010). Bei der intrinsischen Motivation wird ein Verhalten um seiner selbst willen und wegen der inneren Befriedigung gesetzt (Ryan & Deci, 2000).

Intrinsische und extrinsische Motivation existieren jedoch nicht getrennt voneinander, es findet vielmehr ein fließender Übergang statt, wie er in der Self-Determination Theory beschrieben wird. Diese Theorie geht von einem Kontinuum aus mit Demotivation auf der einen Seite und intrinsischer Motivation auf der anderen (Gillison, Standage & Skevinton, 2006).

2.1.7 Lebensqualität

Nach der Definition der WHO wird Lebensqualität als ein multidimensionales Konstrukt verstanden. Physische, psychische, soziale und ökologische Aspekte werden unter dem Gesichtspunkt von subjektiv erlebtem Wohlbefinden und der Funktionsfähigkeit zusammenfasst (Renneberg & Lippky, 2006).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bezieht sich auf den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand, der körperliche, emotionale, soziale sowie psychische Komponenten enthält. Die erlebte Gesundheit schließt auch die Funktionsfähigkeit und das Handlungsvermögen des Betroffenen mit ein (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010; Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003; WHOQOL Group, 1995).

2.2 Forschungsstand

Im folgenden Abschnitt werden nationale sowie internationale empirische Studien vorgestellt, die sich mit dem Gesundheitszustand sowie der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen auseinandergesetzt haben. Besondere

Beachtung fanden Forschungsergebnisse, die Genderaspekte sowie den ethnischen Hintergrund in ihre Untersuchungen miteinfließen ließen.

2.2.1 Prävalenz von Übergewicht und Adipositas

Das Österreichische Grüne Kreuz hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen und des damaligen Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur sowie auf Initiative des Danone Nutrition Forums im Schuljahr 2005/2006 eine bundesweite Feldstudie zur Erhebung der Prävalenz von Über- und Untergewicht bei 6- bis 14-Jährigen durchgeführt. Erhoben wurden Alter, Geschlecht, Körpergröße und Gewicht im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung (N=114.148). Zwieauer et al. (2007) konnten dabei folgende Ergebnisse darstellen: 20,2% der Buben und 17,7% der Mädchen im Alter von 6 bis 14 Jahren sind demzufolge übergewichtig oder adipös. Untergewicht oder starkes Untergewicht wurde bei 7,3% der Buben und 8,7% der Mädchen festgestellt. Getrennte Auswertungen bezüglich Alter und Geschlecht ergaben, dass bei Buben im Alter von 6 bis 9 Jahren eine signifikant höhere Prävalenz für Adipositas vorliegt. Signifikante Unterschiede ergaben sich bei der Differenzierung nach Schultypen, wobei Hauptschülerinnen und Hauptschüler eher zu Adipositas neigen als Schülerinnen und Schüler der Allgemeinbildenden Höheren Schulen (Zwieauer et al., 2007).

Auf den Zusammenhang zwischen der Ausbildung von Adipositas und dem sozioökonomischen Status sowie dem Bildungsniveau wird im Ersten Österreichischen Adipositasbericht (Kiefer et al., 2006) hingewiesen. Frauen, die nur einen Pflichtschulabschluss haben, weisen mit 13,9% die höchste Adipositasprävalenz auf, wohingegen bei Akademikerinnen der Wert bei 3,2% liegt. Bei Männern ergeben sich ähnliche Werte, 11,4% Adipositasrate bei Pflichtschulabsolventen und 4,4% bei Akademikern. Insgesamt sind Männer jedoch häufiger von Adipositas betroffen.

Bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich ein ähnliches Bild. Die Daten von Wiener Schülerinnen und Schüler im Alter von 10 bis 15 Jahren, die in den Jahren 2003 und 2004 erhoben wurden, lassen vermuten, dass das

Bildungsniveau das Gewicht negativ beeinflusst. Hauptschülerinnen und Hauptschüler sind demnach doppelt so häufig von Übergewicht betroffen wie Schülerinnen und Schüler der Allgemeinbildenden Höheren Schule (Widhalm & Dietrich, 2003, 2004).

Seit dem Schuljahr 1983/84 wird in Österreich die „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“-Studie alle vier Jahre durchgeführt, wie auch in allen EU- Staaten. Initiiert wurde sie von dem WHO-Regionalbüro für Europa aufgrund des alarmierend schlechten Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen in westlichen Industriestaaten. An der Studie beteiligen sich ca. 40 Länder. Ziel ist es, einen umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand, das Risikoverhalten sowie den Lebensstil von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schülerinnen und Schüler zu erhalten. Im Schuljahr 2013/14 wurde die Erhebung in Österreich letztmalig durchgeführt, wobei 5.617 Datensätze ausgewertet wurden. Die Berechnung des BMI erfolgte auf Basis von Selbstberichten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer über ihr Gewicht und ihre Körpergröße. Demnach sind 9,9% der Mädchen und 15,2% der Buben übergewichtig, und 2,2% der Mädchen und 3,1% der Buben können als adipös eingestuft werden. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in der Adipositasprävalenz konnten nicht festgestellt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

Im Vergleich dazu ergab die in Deutschland durchgeführte HBSC-Studie (N=4.100) aus dem Jahre 2009/10, dass 4,9% der Mädchen und 7,4% der Buben übergewichtig sind. Als adipös konnten 3,6% der Mädchen und 3,3% der Buben eingestuft werden. In Deutschland wurde der mögliche Einfluss des Migrationshintergrundes und des soziokulturellen Status der Teilnehmerinnen und Teilnehmer berücksichtigt, und bezüglich Gewicht konnten folgende Ergebnisse gefunden werden: Innerhalb beider Geschlechter ist die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Migrantinnen und Migranten höher. Mädchen, bei denen entweder nur ein Elternteil (einseitiger Migrationshintergrund) oder beide Elternteile (zweiseitiger Migrationshintergrund) im Ausland geboren sind, weisen 10,5% Übergewicht und 9,4% Adipositas auf. Bei den Buben mit ein- und zweiseitigem

Migrationshintergrund sind 16,4% übergewichtig und 12,5% adipös. Ein Zusammenhang zwischen niedrigem soziokulturellen Status und der Ausbildung von Adipositas konnte belegt werden. 6,7% der Buben und 6,6% der Mädchen aus wenig wohlhabenden Familien leiden vermehrt unter starkem Übergewicht (HBSC-Team Deutschland, 2011a).

Ähnliche Ergebnisse fanden Brug et al. (2012) beim Vergleich von Jugendlichen im Alter von 10 bis 12 Jahren mit und ohne Migrationshintergrund aus sieben Europäischen Staaten bezüglich ihres Gewichtsstatus. Das Forscherteam hat Daten aus Belgien, Griechenland, Ungarn, den Niederlanden, Norwegen, Slowenien sowie Spanien getrennt ausgewertet und miteinander verglichen. Dabei konnten sie feststellen, dass in allen Staaten Jugendliche mit Migrationshintergrund einen höheren BMI hatten und mehr Adipöse bzw. Übergewichtige zu finden sind. Es wurde dabei eine Unterteilung gemacht in Sprache, die zu Hause gesprochen wird, und dem Geburtsland der Eltern. 35% der Jugendlichen aller untersuchten Länder sind von Übergewicht und Adipositas betroffen, wenn beide Elternteile nicht in dem jeweiligen Land geboren wurden, ohne Migrationshintergrund liegt der Prozentsatz bei 28,2%. Wenn nach der Sprache, die zu Hause gesprochen wird, unterteilt wird, liegt der Übergewichts- bzw. Adipositas-Anteil bei 34,6%. Lediglich in Griechenland wurden konträre Ergebnisse gefunden, hier waren Migrantinnen und Migranten weniger von Übergewicht und Adipositas betroffen als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Die Studienautoren und Studienautorinnen weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass in Griechenland allgemein die höchste Prävalenzrate von Übergewicht und Adipositas im Vergleich zu anderen Ländern zu finden ist.

Dass der Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko, Übergewicht oder Adipositas zu entwickeln, darstellt, haben Kirchengast und Schober (2006) anhand der Daten von Wiener Schülerinnen und Schüler im Alter von 6, 10, und 15 Jahren nachgewiesen. Die Population der Migrantinnen und Migranten wurde unterteilt in Türkei und ehemaliges Jugoslawien, diese wurden mit den österreichischen Kindern verglichen, wobei auch auf Geschlechtsunterschiede Rücksicht genommen wurde. Die Ergebnisse der Studie haben gezeigt, dass

Kinder mit Migrationshintergrund einen deutlich höheren BMI aufweisen. Die höchste Prävalenz von Übergewicht und Adipositas war unter 10-jährigen Buben mit 36,6% und unter Mädchen mit 30,9% aus dem ehemaligen Jugoslawien zu finden. Für diese Kinder war demnach das Risiko, übergewichtig zu werden oder Adipositas zu entwickeln, im Vergleich zu österreichischen Kindern in allen untersuchten Altersgruppen erhöht. Den sozioökonomischen Status der Untersuchten als Erklärung dafür heranzuziehen sei nicht zulässig, da keines der Kinder aus wohlhabenden Familien stammte. Die Studienautorinnen und Studienautoren gehen daher davon aus, dass der kulturelle beziehungsweise religiöse Hintergrund das Essverhalten nachhaltig beeinflusst. So wird in vielen Ländern Übergewicht noch immer mit Reichtum und Wohlstand assoziiert.

In Stuttgart wurde im Rahmen der Einschulungsuntersuchung 2001 der BMI von 2.804 Kindern im Alter von sechs Jahren erhoben. Die Nationalität der Kinder wurde in Deutsch, Türkisch, ehemaliges Jugoslawien und Griechenland kategorisiert. Alle anderen Nationalitäten wurden unter Sonstige zusammengefasst. Es konnte gezeigt werden, dass 21,1% der Buben und 18,4% der Mädchen mit türkischen Wurzeln am häufigsten von Übergewicht und Adipositas betroffen sind. Unter deutschen Buben und Mädchen findet man 7,7% übergewichtige und adipöse. Die Wahrscheinlichkeit, an Adipositas zu erkranken, ist bei türkischen Kindern mehr als doppelt so hoch als bei deutschen Kindern (Mädchen: odds ratio=2,38 (1,54-3,68); Buben: odds ratio=2,78 (1,83-4,21)). Differenziert nach Geschlecht ist für Mädchen das Risiko, an Übergewicht zu leiden oder an Adipositas zu erkranken, für die türkischen und griechischen Kinder am höchsten (odds ratio=2,47 bzw. odds ratio=2,17) Für italienische Buben ist dieses Risiko 4,5 Mal höher als für die Referenzgruppe (odds ratio=4,63), gefolgt von türkischen Kindern (odds ratio=3,60) und Kindern aus dem ehemaligen Jugoslawien (odds ratio=2,21) (Erb & Winkler, 2004).

Die Ergebnisse der Kieler Adipositas Präventionsstudie (KOPS), die seit 1996 alle sechs Jahre durchgeführt wird, zeigen ein ähnliches Bild. Bei der letzten Erhebung 2007 bis 2008 lag bei den 6- bis 14-jährigen Migrantinnen und Migranten die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 20,2% und bei

Nicht-Migrantinnen und Nicht-Migranten bei 11,7% (N=8.631). Der Migrationshintergrund wurde anhand der Nationalität der Eltern ermittelt. Die Kategorie Nicht-deutsch bedeutet hier, dass beide Elternteile keine deutsche Nationalität hatten. Ein niedriger sozialer Status galt jedoch für die Gruppe der Deutschen wie auch der Nicht-Deutschen gleichermaßen als ein Risikofaktor für die Ausbildung von Übergewicht und Adipositas (Lange, Placheta-Danielzik, Landsberg & Müller, 2010).

Die angeführten Forschungsergebnisse zeigen ein eindeutiges Bild. Der Anstieg von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist alarmierend. Dabei konnten geschlechtsspezifische Unterschiede sowie ein Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status, dem Bildungsniveau und dem Migrationshintergrund aufgezeigt werden. Das Risiko, an Übergewicht zu leiden oder Adipositas zu entwickeln, ist bei Migrantenkindern mit niedrigem sozioökonomischen Status und geringem Bildungsniveau am höchsten. Wirklich konsistente Begründungen, warum gerade Migration einen Risikofaktor darstellt, konnte anhand der Forschungsergebnisse nicht eruiert werden. Um jedoch zielgruppenspezifisch Präventionsmaßnahmen erarbeiten zu können, ist es notwendig, sich weitere Einflussfaktoren näher anzusehen.

2.2.2 Essverhalten und Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen

Durch die Zunahme der Erwerbstätigkeit beider Elternteile nehmen Kinder und Jugendliche vermehrt ihr Mittagessen außer Haus ein. Gemeinsame Familienessen, die laut Studien mit einer gesünderen Ernährung assoziiert werden, werden immer seltener (Gilman et al., 2000; Haapalahti et al., 2003; Neumark-Sztainer et al., 2002; Utter et al., 2013). Als Alternative werden Fertigprodukte herangezogen, die einen sehr hohen Salz- und Zuckergehalt mit einer geringen Nährstoffdichte aufweisen. Viele Bildungseinrichtungen haben darauf reagiert und versuchen, mit der „Gesunden Jause“ oder dem Angebot einer vollwertigen Mittagskost dem entgegenzuwirken. Das Bundesministerium

für Gesundheit (BMG, 2012) hat eine eigene Ernährungspyramide erstellt als Empfehlung für ein gesundes Essverhalten (siehe Abbildung 2).

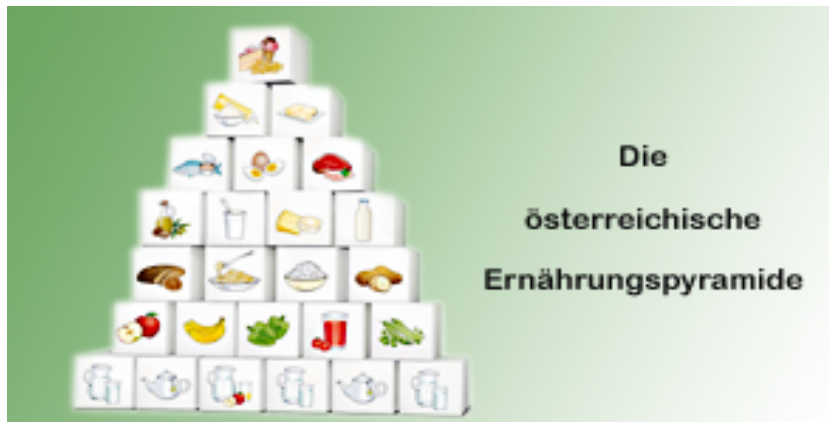


Abb. 2: Österreichische Ernährungspyramide (BMG, 2012, o.S.)

Der österreichische Ernährungsbericht (Elmadfa et al., 2012), der vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben wurde, liefert ein umfassendes Bild des Ernährungsstatus der österreichischen Bevölkerung. Ein Kapitel ist Kindern im Alter von 7 bis 14 Jahren gewidmet. Dadurch konnte gezeigt werden, dass der Konsum von Fleisch und Wurst in allen Altersgruppen weit über den Verzehrempfehlungen liegt. Beim Verzehr von Fisch erfüllten nur die 7- bis 9- Jährigen die Vorgaben. Insgesamt essen die befragten Kinder und Jugendlichen zu wenig Obst und Gemüse und konsumieren zu viel Zucker, vor allem in Form von gesüßten Limonaden.

Eine Studie, die Daten zum Ernährungsverhalten ausgewertet hat, ist die bereits erwähnte WHO-HBSC-Survey. Mithilfe einer Fragebatterie, dem Food Frequency Questionnaire (FFQ), wird nach der Verzehrhäufigkeit bestimmter Lebensmittel gefragt. Die Ergebnisse aus dem Jahre 2014 zeigen, dass 43,8% der Befragten (N=5.617) täglich Obst und 30,6% täglich Gemüse essen, wobei Mädchen in beiden Kategorien einen höheren Verzehr aufweisen. 27,9% der Kinder und Jugendlichen geben an, täglich Süßigkeiten zu naschen, und 16% würden nach eigenen Angaben täglich gesüßte Limonaden trinken. Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten dahingehend festgestellt werden, dass Mädchen mehr Obst und Gemüse essen, aber auch vermehrt naschen. Buben konsumieren vermehrt zuckerhaltige Limonaden. 48% der

Schülerinnen und Schüler essen zumindest einmal pro Woche Fast Food wie Döner, Pizza oder Burger. Befragt nach der Frühstückshäufigkeit geben 32,7% der Schülerinnen und Schüler an, sie würden dies nie tun. 54,9% der Buben und 48,7% der Mädchen nehmen ein Frühstück zu sich. Eine tägliche gemeinsame Mahlzeit mit der Familie gibt es bei 36,4% der Jugendlichen, wobei es sich dabei meist um das Abendessen handelt. Hier konnten vor allem Unterschiede in den einzelnen Altersgruppen festgestellt werden. Nur mehr 18,9% der 17-Jährigen geben an, täglich gemeinsam mit der Familie zu essen (Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

Das Robert Koch Institut Deutschland hat sich im Rahmen der KiGGS-Studie (2008) mit dem Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund auseinandergesetzt. KiGGS ist eine Langzeitstudie zur Gesundheit der deutschen Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren, die in regelmäßigen Abständen Daten zur Gesundheit abfragt. Die Messung des Ernährungsverhaltens erfolgte mit dem FFQ, wobei auch Portionsgröße, Light Produkte und Fertigprodukte erfragt wurden. Außerdem konnte angegeben werden, ob auf bestimmte Nahrungsmittel ganz verzichtet wird. Insgesamt konnten Daten von 17.641 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgewertet werden, wobei 2.590 davon einen Migrationshintergrund aufweisen. Türkischstämmige Kinder und Jugendliche sind mit 28,2% die am größten vertretene Gruppe, gefolgt von russischen. Sich vegetarisch zu ernähren wird von 4,9% der Befragten angegeben, den höchsten Anteil davon haben türkische Kinder und Jugendliche (9,8%). Bezüglich Nahrungsmittelpräferenz ergibt sich, dass Kinder und Jugendliche aus türkischen Familien einen signifikant höheren Konsum von Limonaden, Müsli, Cornflakes, Weißbrot, Frischkäse, Suppen, frittierten oder gebratenen Kartoffeln, Nuss-Nougatcreme und Knabbergebäck haben als Nicht-Migrantinnen und Nicht-Migranten und Migrantinnen und Migranten anderer Herkunft. Der Fleischkonsum ist in dieser Gruppe jedoch geringer. Deutsche Kinder und Jugendliche essen signifikant weniger Obst, Kekse und Schokolade, jedoch mehr Tiefkühlgemüse als die anderen Gruppen. Auch Fast Food wird mehr von türkischen Kindern und Jugendlichen verzehrt. Anhand eines logistischen Regressionsmodells konnte festgestellt werden, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen

einem ungünstigen Ernährungsmuster, dem Alter, dem Geschlecht, dem Migrationshintergrund sowie dem Sozialstatus gibt. Das Risiko, ein ungesundes Ernährungsverhalten zu entwickeln, erhöht sich für Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status um das Fünffache (odds ratio=5,09), ist man türkischer Herkunft, erhöht sich das Risiko um den Faktor 2,13 (odds ratio=2,13). Je länger Kinder von Einwanderern in Deutschland leben, desto ungünstiger ist die Prognose für ein gesundes Essverhalten (Kleise et al., 2010).

2.2.3 Körperbild und gestörtes Essverhalten bei Kindern und Jugendlichen

Das herrschende Schlankkeitsideal in den westlichen Industriestaaten, das oft mit normaler Ernährung nicht erreicht werden kann, scheint bei Jugendlichen eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers zu begünstigen und das Ernährungsverhalten negativ zu beeinflussen. So steigt die Zahl derer, die bereits in jungen Jahren eine Diäterfahrung gemacht haben, stetig an, und schon Kinder sind unzufrieden mit ihrem Äußeren und finden sich zu dick, obwohl sie nicht übergewichtig sind.

In der Schweiz konnten Daten von 3.384 Mädchen und 4.044 Buben im Alter von 16 bis 20 Jahren in Bezug auf Sorgen um das Gewicht und Probleme bei der Ernährung ausgewertet werden. Die Frage, ob das derzeitige Gewicht genau passen würde, haben 60% der Buben und 40% der Mädchen mit ja beantwortet. Zu dick und zu dünn fühlten sich jeweils ca. 20% der männlichen Befragten. 70% der Mädchen fühlten sich eher zu dick als zu dünn und hatten deswegen häufiger den Wunsch abzunehmen. Besorgt über ihr Essverhalten und Gewicht zeigten sich 13,9% der Mädchen und 1,6% der Buben. Unter Essattacken, bei denen mehrmals pro Woche große Mengen an Nahrung gegessen werden, litten 16% der Mädchen und 9% der Buben, sich willentlich zu erbrechen gaben 2,7% der weiblichen Jugendlichen und 0,7% der männlichen an. Die Ergebnisse legen nahe, dass mit einem Anstieg von Essstörungen zu rechnen ist (Narring et al., 2002).

Österreichischen Ergebnissen zufolge fühlen sich 42,8% der Mädchen und 28,9% der Buben im Alter von 11, 13, und 15 Jahren zu dick. Obwohl 87,6% der Befragten einen normalen Gewichtsstatus aufweisen, ist nur die Hälfte der Mädchen und Buben davon überzeugt, normalgewichtig zu sein. Die verzerrte Körperwahrnehmung, zu dick zu sein, nimmt mit dem Alter zu. 33,6% der 11-jährigen Mädchen stufen sich als zu dick ein, bei den 15-jährigen ist bereits jedes zweite Mädchen davon überzeugt (Dür & Griebler, 2007)

Daten aus Bremen belegen, dass 55% der untersuchten Jugendlichen im Alter von 13,9 Jahren sich für zu dick oder zu dünn hielten. Die Angaben, die sie im Screening Instrument zur Identifizierung von Essstörungen (SCOFF) gemacht haben, wurden mit dem errechneten BMI verglichen. Es konnte festgestellt werden, dass 62% der Befragten, die ein normales Körpergewicht hatten, auffällige Werte im SCOFF zeigten. Knapp ein Viertel berichtete über Diäterfahrungen, und 17% zeigten ein gestörtes Essverhalten. Der Schultyp sowie der Migrationshintergrund wurden als ein Risiko, an einer Essstörung zu erkranken, identifiziert. So erhöhte sich dieses Risiko bei Migrantinnen und Migranten, die eine Gesamtschule besuchen, erheblich. Gerade Mädchen waren davon häufiger betroffen (Gesundheitsamt Bremen, 2009).

Maximova et al. (2008) konnten anhand von Beurteilungen verschiedener Körpersilhouetten feststellen, dass übergewichtige Kinder, deren Eltern und Schulfreunde ebenfalls zu viel wiegen, sich als weniger dick einschätzen als Kinder mit einem schlanken Umfeld. Nur 1,6% der übergewichtigen und adipösen Jugendlichen haben sich selbst anhand von Körperbildern als zu dick eingeschätzt. 30% der normalgewichtigen Jugendlichen unterschätzten ihren BMI, im Unterschied zu 71,4% der Übergewichtigen und 59,4% der Adipösen.

Eine gestörte subjektive Körperwahrnehmung beeinflusst das Essverhalten und die Ernährungsgewohnheiten im negativen Sinn. So konnten Cattarin und Thompson (1994) in ihrer empirischen Studie einen solchen Zusammenhang bei weiblichen Jugendlichen belegen. Die Ergebnisse der HBSC-Studie (HBSC-Team Deutschland, 2011b) in Deutschland zeigen, dass der Migrationshintergrund einen Einfluss auf die Körperwahrnehmung hat. So finden sich 57,1% der Mädchen und 39,9% der Buben mit einseitigem

Migrationshintergrund als zu dick. Diese würden häufiger eine Diät machen als Jugendliche ohne Migrationshintergrund.

Valide Statistiken, wie viele Jugendliche tatsächlich von Essstörungen betroffen sind, gibt es derzeit nicht. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass aufgrund der Daten, die im Zusammenhang mit Diäterfahrungen und einer gestörten Körperwahrnehmung vorliegen, mit einer Zunahme von Essstörungen zu rechnen ist.

Die Prävalenz von Essstörungen bei 11- bis 17-Jährigen wurde mit dem SCOFF im Rahmen der KiGGS-Studie erhoben (siehe Tabelle 2). Daraus geht hervor, dass das Risiko zu erkranken bei Mädchen und Migrantinnen und Migranten am höchsten ist. Insgesamt zeigten sich bei 21,9% der Jugendlichen Hinweise auf die Entwicklung einer Essstörungen.

Tabelle 2: Prävalenz von Essstörungen bei 11–17-Jährigen in Deutschland (Statista, 2015a, o.S.)

	11–13 Jahre	14–17 Jahre	Gesamt
Gesamt	20,6%	22,7%	21,9%
Buben	17,8%	13,5%	15,2%
Mädchen	30,1%	30,4%	30,3%
Migrantinnen und Migranten	23,5%	32,3%	28,9%
Nicht-Migrantinnen und Nicht-Migranten	18,5%	21,2%	20,2%
Sozioökonomischer Status: Hoch	13,2%	17,2%	15,6%
Sozioökonomischer Status: Mittel	19,1%	22,6%	21,3%
Sozioökonomischer Status: Niedrig	28,3%	27,2%	27,6%

In deutschen Krankenhäusern wurden 2000 insgesamt 5.363 Fälle von Anorexia nervosa und 2.762 Fälle von Bulimia nervosa diagnostiziert. Es ist jedoch aufgrund der Spezifität dieser Erkrankungen von einer höheren Dunkelziffer auszugehen, da eine Spitalsaufnahme erst sehr spät erfolgt (Statista, 2015b). Repräsentative Daten für Österreich konnten diesbezüglich nicht gefunden werden.

2.2.4 Bewegungsverhalten und sportliche Aktivitäten von Kindern und Jugendlichen

Entscheidend für die Ausbildung von Übergewicht ist Bewegungsmangel und eine gleichzeitig zu hohe Energiezufuhr. Daraus ergibt sich, dass weniger Muskelmasse gebildet werden kann und die Fettverbrennung reduziert wird. In Verbindung mit einer kalorienreichen, jedoch nährstoffarmen Ernährung entsteht eine Dysbalance, die Übergewicht und Adipositas fördert (Zwiauer et al., 2007).

Das US Department of Health and Human Services hat 2008 die Richtlinien „Physical Activity for Americans“ herausgegeben, mit der Empfehlung, dass Kinder und Jugendliche sich mindestens 60 Minuten am Tag moderat und dreimal pro Woche intensiv bewegen sollten. Das Bundesministerium für Bildung und Frauen legte 2013 ein 10-Punkte-Programm für den Ausbau von Bewegung und Sport in den Schulen vor. Dieses wurde von allen Fraktionen des Nationalrates unterstützt und die tägliche Turnstunde in ganztägigen Schulen fixiert.

Empirische Studien belegen, dass ein erhöhter Body Mass Index im Zusammenhang mit Fernsehkonsum sowie der Internet- und Handynutzung gesehen werden kann. Kinder und Jugendliche, die vorwiegend sitzenden Freizeitbeschäftigungen nachgehen, leiden vermehrt an Übergewicht. Die vermehrte Handynutzung hat nur dann einen Einfluss auf das Gewicht, wenn damit elektronische Spiele gespielt werden. Zu telefonieren oder Nachrichten zu senden hat keine Auswirkungen auf den BMI (Yen et al., 2010).

Wie Kinder und Jugendliche ihre Freizeit verbringen hängt vom soziokulturellen Status ab und davon ob beide Eltern berufstätig sind. Kinder aus weniger wohlhabenden Familien, bei denen die Mutter zu Hause ist, verbringen mehr unstrukturierte Freizeit und spielen demnach vermehrt draußen. Kimbro, Brooks-Gunn und McLanahan (2010) haben durch die Analyse von Umgebungsmerkmalen festgestellt, dass erhöhter Fernsehkonsum assoziiert werden kann mit der Angst der Mutter, dem Kind könne beim Spielen draußen

etwas zustoßen. Jedoch kann man nicht davon ausgehen, dass erhöhter Fernsehkonsum gleichzeitig bedeutet, körperlich inaktiv zu sein (Bronikowski, 2012; Ekelund et al., 2012).

Daten aus einer Untersuchung des Bundesministeriums für Gesundheit, Jugend und Familie (BMGJF) zeigen, dass sich nur 24,7% der 11-jährigen, 21% der 13-jährigen und 11% der 15-jährigen Schülerinnen und Schüler in Österreich an die Empfehlung, sich 60 Minuten pro Tag zu bewegen, halten (Dür & Griebler, 2007). Es zeigt sich, dass die körperliche Betätigung mit dem Alter abnimmt. Im Vergleich zu der 2007 publizierte Studie konnte 2014 im WHO-HBCS-Survey ein leichter Anstieg bei den 11-jährigen Schülerinnen und Schülern bezüglich täglicher Bewegung verzeichnet werden (30,7%). In den beiden anderen Altersgruppen gab es keine Veränderungen. Buben bewegen sich generell in allen Altersgruppen mehr als Mädchen. Es gibt auch hier Hinweise darauf, dass der sozioökonomische Status sowie der Migrationshintergrund das Bewegungsverhalten beeinflusst. Jugendliche ohne Migrationshintergrund und aus der untersten Wohlstandsklasse verbringen ihre freie Zeit vorwiegend mit sitzenden Freizeitaktivitäten. Bei den Migrantinnen und Migranten sind es vor allem jene aus den mittleren und oberen Wohlstandsklassen, die eine inaktive Freizeitbeschäftigung vorziehen (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). Es muss jedoch erwähnt werden, dass die Daten aus den genannten Erhebungen mit Hilfe von selbstberichteten Angaben gesammelt wurden.

In der Schweiz hat man versucht, mittels Bewegungssensoren (Beschleunigungsmessgeräten) die tatsächlichen Aktivitäten der Kinder zu messen. Es konnte gezeigt werden, dass die körperliche Aktivität mit zunehmendem Alter sinkt. Die erforderlichen 60 Minuten täglich wurden von 10% der Mädchen aus der ersten Klasse und 27% der Mädchen aus der 5. Klasse nicht erfüllt. Ein Zusammenhang zwischen Medienkonsum, sozioökonomischem Status und ethnischen Hintergrund konnte nicht festgestellt werden. Signifikante Ergebnisse ergaben sich bezüglich Alter, Geschlecht und Gewichtsstatus. Normalgewichtige und jüngere Kinder bewegten sich deutlich mehr als übergewichtige und ältere. Der Unterschied

zwischen Buben und Mädchen vergrößerte sich mit zunehmendem Alter. Buben bewegen sich mehr als Mädchen (Bringolf-Isler et al., 2009; Moses et al., 2007).

Die HBSC-Daten 2009/10 aus Deutschland belegen ebenfalls einen geschlechtsspezifischen Unterschied beim Bewegungsverhalten. Die empfohlenen 60 Minuten tägliche Bewegung wurden von 14% der Mädchen und 20% der Buben umgesetzt. Am inaktivsten waren Buben ohne Migrationshintergrund (HBSC-Team Deutschland, 2011c). Befragt nach sportlichen Aktivitäten sind 31% der Kinder und Jugendlichen in ihrer Freizeit mindestens vier Stunden pro Woche aktiv. Am sportlich aktivsten sind Mädchen ohne Migrationshintergrund (26,4%) und vor allem jene mit einem hohen sozioökonomischen Status (30,6%). 5,3% der Befragten gaben an, keinen Sport zu betreiben, wobei hier die Gruppe der Migrantinnen und Migranten mit einseitigem Migrationshintergrund am häufigsten vertreten ist (10,2%) (HBSC-Team Deutschland, 2011d).

Die Untersuchungen zeigen, dass der Migrationshintergrund, das Geschlecht und das Alter sowie der familiäre Wohlstand das Bewegungsverhalten der Kinder und Jugendlichen maßgeblich beeinflussen. Das Risiko für die Praktizierung eines inaktiven Lebensstils ist für ältere Mädchen mit Migrationshintergrund und aus weniger gut situierten Verhältnissen am höchsten.

2.2.5 Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen

Für die Beurteilung der Lebensqualität einer Person braucht es immer einen Bezugsrahmen, da viele Faktoren das Wohlbefinden beeinflussen. In der Medizin wird die Messung der Lebensqualität sehr oft im Zusammenhang bestimmter Krankheiten eingesetzt, um zu einer Einschätzung der Beschwerdelast des jeweiligen Patienten zu gelangen und um gezielte Maßnahmen ergreifen zu können. Darüber hinaus existieren auch generische

Ansätze, die sowohl bei Gesunden als auch bei Kranken zur Anwendung kommen.

Das mehrdimensionale Konstrukt der Lebensqualität erfasst die Bereiche Körper, Psyche, Selbstwert, Familie, Freunde und Schule bzw. Arbeit. Bei Kindern und Jugendlichen kommt vor allem der Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (KINDL) zum Einsatz, der verschiedene Module bezüglich bestimmter Erkrankungen beinhaltet (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000).

In Deutschland wurden Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren zu ihrer Lebensqualität befragt. Die Ergebnisse des KINDL-R zeigen, dass die selbst berichtete Lebensqualität von Buben signifikant höher ist als die der Mädchen. Ein möglicher Einfluss des Migrationshintergrundes auf die subjektive Lebensqualität konnte in diesen Altersgruppen nicht nachgewiesen werden. Signifikant nimmt die Lebensqualität in den Dimensionen körperliches Wohlbefinden, Familie und Schule mit dem Alter ab. Nur der Selbstwert nimmt mit dem Alter zu (Ravens-Sieberer, Ellert & Erhart, 2007).

Im Zusammenhang mit der subjektiv empfundenen Lebensqualität wird die Lebenszufriedenheit und Beschwerdelast gesehen. Die Lebenszufriedenheit und die Beschwerdelast von Kindern und Jugendlichen wurden im Rahmen der 9. HBSC-Studie 2014 erhoben. Die Lebenszufriedenheit, die sich auf das Leben als Ganzes bezieht, wurde von den Befragten auf einer Skala von 0=schlechtestes mögliches Leben bis 10=bestes mögliches Leben abgefragt. Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler betrug 7,8 auf der Skala von 0 bis 10. Mädchen stufen ihre Lebenszufriedenheit signifikant schlechter ein als Buben, wobei dieser Unterschied im Alter von 15 Jahren am größten war. Generell sinkt die Lebenszufriedenheit mit dem Alter. Die durchschnittliche Beschwerdelast der Befragten lag bei 35,95 auf einer Skala von 0 (keine Beschwerdelast) bis 100 (sehr hohe Beschwerdelast). In allen Altersgruppen berichteten Mädchen häufiger von Beschwerden als Buben. Unterschiede in Bezug auf den Migrationshintergrund konnten nicht festgestellt werden. Der Familienwohlstand konnte als ein Indikator für die Lebenszufriedenheit und die Beschwerdelast gefunden werden. Je höher der

Wohlstand, desto höher die Lebenszufriedenheit und desto geringer die Beschwerdelast (Bundesministerium für Gesundheit, 2015; HBSC-Facsheet, 2012).

Die Lebensqualität von übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen ist meist vermindert. Sie sind vermehrt Kränkungen und Ablehnung ausgesetzt und die derzeit am stärksten stigmatisierte Gruppe (Ravens-Sieberer, Bullinger, Erhart & Ardelt-Gattinger, 2010). Es ist daher evident, zielgruppenspezifische Forschung auf diesem Gebiet voranzutreiben.

Empirischer Teil

3. Methode

Im folgenden Kapitel soll die im Rahmen der Diplomarbeit durchgeführte empirische Studie vorgestellt werden, die sich mit dem Essverhalten, der Bewegungsmotivation, dem Körperbild sowie der Lebensqualität von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe auseinandergesetzt hat. Der besondere Fokus liegt auf möglichen geschlechtsspezifischen Unterschieden sowie Unterschieden den Migrationshintergrund betreffend. In diesem Zusammenhang sollten folgende Forschungsfragen beantwortet werden.

3.1 Forschungsfragen

1. Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede im Essverhalten, der Bewegungsmotivation, dem Körperbild und der Lebensqualität von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe?
2. Unterscheiden sich Wiener Schülerinnen und Schüler der 8. Schulstufe mit Migrationshintergrund im Essverhalten, der Bewegungsmotivation, dem Körperbild und der Lebensqualität von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe ohne Migrationshintergrund?
3. Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede im Essverhalten, der Bewegungsmotivation, dem Körperbild und der Lebensqualität von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund?

3.2 Operationalisierung

Zur Operationalisierung der Fragestellungen wurde eine Querschnittstudie mittels Fragebogenerhebung an Wiener Allgemeinbildenden Pflichtschulen sowie Allgemeinbildenden Höheren Schulen der 8. Schulstufe durchgeführt. Neben der Erhebung der soziodemographischen Daten Alter, Geschlecht, Schultyp, Migrationshintergrund, BMI und der Erwerbstätigkeit der Eltern

wurden acht Skalen des Interdisziplinären Testsystems zur Diagnostik und Evaluation bei Adipositas und anderen durch Ess- und Bewegungsverhalten beeinflussbaren Krankheiten (AD-EVA) von Ardelt-Gattinger und Meindl (2010) vorgegeben.

3.2.1 Erhebungsinstrument

Die Fragebögen und Skalen des Interdisziplinären Testsystems zur Diagnostik und Evaluation bei Adipositas und anderen durch Ess- und Bewegungsverhalten beeinflussbaren Krankheiten (AD-EVA) von Ardelt-Gattinger und Meindl (2010) dienen der Identifikation von Störungen und Ressourcen in den Bereichen Ess- und Bewegungsverhalten, Kognitionen über das eigene Gewicht, Körperbild, Lebensqualität, Nahrung und körperliche Betätigung (Dauer ca. 30–60 Minuten).

Der AD-EVA umfasst folgende Subskalen:

Fragebogen zum salutogenen Essverhalten (FEV Salut)

Der Fragebogen besteht aus 12 Items und zwei Subskalen und dient der Erfassung des positiven Zuganges zum Sport und der Umsetzung von Empfehlungen. Die Beantwortung erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala, die von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt total“ reicht. Die Items sind so gepolt, dass „stimmt gar nicht“ 1 ist und wenig salutogene Tendenzen anzeigt. Test-Retest-Reliabilität: Sport: $r = ,78$, Empfehlungen umsetzen: $r = ,83$, Gesamtskala: $r = ,81$.

Fragebogen zum pathogenen Essverhalten (FEV Path)

Der Fragebogen setzt sich aus drei Subskalen zusammen, wobei Kognitive Kontrolle durch 11 Items erfasst wird, Störbarkeit/Externalität durch 13 Items und Emotionalität durch acht Items. Er dient der Erfassung der wahrgenommenen gedanklichen Beschäftigung mit Essen oder Nicht-Essen, der Störbarkeit und der in Zusammenhang mit Essen auftretenden Emotionen. Die Skala ist als fünfstufige Likert-Skala aufgebaut und reicht von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt total“, wobei „stimmt gar nicht“ 1 ist und daher wenig kognitive Kontrolle, niedrige Störbarkeit und geringes Emotionsessen anzeigt.

Test-Retest-Reliabilität: Kognitive Kontrolle: $r = ,90$, Störbarkeit: $r = ,88$, Emotionsessen $r = ,73$.

Fragebogen zum Umgang mit Nahrungsmitteln (FUN)

Der Fragebogen umfasst zehn Items und dient der Erfassung des selbst empfundenen Cravings, dem unbeherrschbaren Drang nach übermäßigem Essen/Naschen sowie der selbst wahrgenommenen Abhängigkeit von den genannten Verhaltensweisen. Der Fragebogen trägt einen für Patientinnen und Patienten absichtlich maskierenden Namen, um Effekte der sozialen Erwünschtheit zu minimieren.

Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer fünfstufigen Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt total“, wobei die Items einheitlich so gepolt sind, dass „stimmt gar“ nicht 1 ist und somit wenig Suchttendenz anzeigt. Item 1–4 sind für Essen (statt Alkohol) modifizierte Craving-Items aus dem Fragebogen von Beck, Wright, Newmann und Liese (1997). Item fünf gehört ebenfalls dazu, erfüllt aber auch das Kriterium der verminderten Kontrollfähigkeit. Die übrigen Items sind Formulierungen, die den ICD-10- und den DSM-IV-Kriterien entsprechen. Test-Retest-Reliabilität: $r = ,78$.

Fragebogen zu vorklinischen Essstörungen (FVE)

In diesem Verfahren geht es um die Erfassung von vorklinischen Essstörungen bzw. Essstörungssymptomen. Der Fragebogen besteht in der Kinder- und Jugendlichenversion aus den zwei Subskalen Preoccupation with Weight and Shape und Kompensationsverhalten. Zeitweilige Kompensationsmaßnahmen müssen bei Kindern nicht zwingend mit Binge-Eating-Anfällen verbunden sein, wie dies in allen Schemata zur Definition des klinischen Vollbildes der Bulimie festgelegt ist (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010).

Die Items sind so gepolt, dass „stimmt gar nicht“ 1 ist und somit keinen Hinweis für vorklinische Bulimie oder Binge Eating anzeigt. „Stimmt total“ ist 5 und zeigt den höchsten Ausprägungsgrad an.

Test-Retest-Reliabilität: Preoccupation with Weight and Shape: $r = ,76$, Kompensationsverhalten: $r = ,86$.

Fragebogen zu Binge Eating, Big Eating und Klinischer Bulimie (FBEB)

Grundlage dieses Fragebogens sind die internationalen Diagnoseschemata zu Binge Eating und Bulimie (ICD-10 und DSM-IV). Die Kinder- und Jugendlichenversion besteht aus zehn Items, der gesamte Fragebogen enthält drei Subskalen: Big Eating, Binge und Kompensation, Binge Eating Disorder. Die Gesamtskala Bulimie weist alle Merkmale des klinischen Bildes der Bulimie auf.

Die Beantwortung erfolgt auf einer dichotomen Skala, wobei „nein“ kein Vorhandensein und „ja“ das Auftreten eines der gefragten Symptome bedeutet. Test-Retest-Reliabilität: Big Eating: $r = ,80$, Binge und Kompensation: $r = ,82$, Binge Eating Disorder: $r = ,81$, Gesamtskala: $r = ,81$.

Revidierter KINDer Lebensqualitätsfragebogen und Skala zur Lebensqualität in Bezug auf Adipositas von Kindern und Jugendlichen (SLQ-Adip-KJ/KINDL-R)

Die beiden Fragebögen dienen der Erfassung der allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der spezifisch auf Adipositas bezogenen Aspekte der Lebensqualität aus der subjektiven Sichtweise von betroffenen Kindern und Jugendlichen.

KINDL-R besteht aus 24 Likert-skalierten Items (fünfstufige Antwortkategorien von 1= nie und 5 = immer), die sechs Dimensionen zugeordnet sind. Körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Funktionsfähigkeit im Alltag (Schule, Kindergarten). Die Itemwerte werden für die Auswertung aufaddiert, wobei negativ formulierte Items umzupolen sind. Höhere Testwerte indizieren somit eine höhere Lebensqualitätseinschätzung.

SLQ-Adip-KJ besteht aus fünf Items zu zentralen empirisch erhobenen, salutogen und pathogen formulierten Befindlichkeiten von Kindern mit Übergewichtsproblemen. Die Beantwortung erfolgt auf einer fünfstufigen Skala, wobei die negativ formulierten Items umgepolt werden müssen. Höhere Werte entsprechen einer höheren Lebensqualitätseinschätzung.

Test-Retest-Reliabilität: KINDL-R: $r = ,83$, SLQ-Adip-KJ: $r = ,83$.

Fragebogen zur Bewegungsmotivation (FBM)

Der aus acht Items bestehende Fragebogen dient der Erfassung der

intrinsischen und extrinsischen Motivation, sich zu bewegen. Die beiden Subskalen heißen Spaß und Befriedigung sowie Power und Ästhetik. Die Beantwortung erfolgt auf einer fünfstufigen Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt sehr“. „Stimmt gar nicht“ ist dabei 1 und zeigt daher eine geringe Ausprägung in den beiden Motiven.

Test-Retest-Reliabilität: Spaß und Bewegung sowie Power und Ästhetik: $r = ,88$, Gesamtskala: $r = ,89$.

Skala zum Körperbild (SKB)

Dieses Verfahren ist eine Ratingskala mit Figuren unterschiedlichen Körperumfangs. Die Beantwortung erfolgt auf einer sechsstufigen Silhouetten-Skala. Dabei sind die Items so gepolt, dass 1 „morbid untergewichtig“, 2 „schlank“, 3 „normalgewichtig“, 4 „übergewichtig“, 5 „adipös“ und 6 „morbid adipös“ bedeutet. Mit den fünf Einzelitems werden jeweils Selbstbild, Wunschbild, Fremdbild sowie die schönste und die hässlichste Figur abgefragt.

Test-Retest-Reliabilität zwischen $r = ,82$ und $r = ,84$.

3.2.2 Hypothesen

H0.1.1: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede im salutogenen Essverhalten von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe.

H1.1: Mädchen der 8. Schulstufe unterscheiden sich signifikant von Buben der 8. Schulstufe im salutogenen Essverhalten.

H0.1.2: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede im pathogenen Essverhalten von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe.

H1.2: Mädchen der 8. Schulstufe unterscheiden sich signifikant von Buben der 8. Schulstufe im pathogenen Essverhalten.

H0.1.3: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede im Umgang mit Nahrungsmitteln bei Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe.

H1.3: Mädchen der 8. Schulstufe unterscheiden sich signifikant von Buben der 8. Schulstufe im Umgang mit Nahrungsmitteln.

H0.1.4: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Vorliegen einer vorklinischen Essstörung bei Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe.

H1.4: Mädchen der 8. Schulstufe unterscheiden sich signifikant von Buben der 8. Schulstufe beim Vorliegen einer vorklinischen Essstörung.

H0.1.5: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Vorliegen der Essstörungen Binge Eating, Big Eating und klinischer Bulimie bei Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe.

H1.5: Mädchen der 8. Schulstufe unterscheiden sich signifikant von Buben der 8. Schulstufe beim Vorliegen von Binge Eating, Big Eating und klinischer Bulimie.

H0.1.6: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebensqualität von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe.

H1.6: Mädchen der 8. Schulstufe unterscheiden sich signifikant von Buben der 8. Schulstufe in ihrer Lebensqualität.

H0.1.7: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Bewegungsmotivation von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe.

H1.7: Mädchen der 8. Schulstufe unterscheiden sich signifikant von Buben der 8. Schulstufe in der Bewegungsmotivation.

H0.1.8: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Wahrnehmung ihres Körperbildes von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe.

H1.8: Mädchen der 8. Schulstufe unterscheiden sich signifikant von Buben der 8. Schulstufe in der Wahrnehmung ihres Körperbildes.

H0.2.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede im salutogenen Essverhalten von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.2.1: Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund unterscheiden sich signifikant von Schülerinnen und Schülern ohne Migrationshintergrund im salutogenen Essverhalten.

H0.2.2: Es gibt keine signifikanten Unterschiede im pathogenen Essverhalten von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.2.2: Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund unterscheiden sich signifikant von Schülerinnen und Schülern ohne Migrationshintergrund im pathogenen Essverhalten.

H0.2.3: Es gibt keine signifikanten Unterschiede im Umgang mit Nahrungsmitteln von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.2.3: Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund unterscheiden sich signifikant von Schülerinnen und Schülern ohne Migrationshintergrund im Umgang mit Nahrungsmitteln.

H0.2.4: Es gibt keine signifikanten Unterschiede bei der Identifizierung einer vorklinischen Essstörung von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.2.4: Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund unterscheiden sich signifikant von Schülerinnen und Schülern ohne Migrationshintergrund beim Vorliegen einer vorklinischen Essstörung.

H0.2.5: Es gibt keine signifikanten Unterschiede bei der Identifizierung der Essstörungen Binge Eating, Big Eating und klinischer Bulimie von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.2.5: Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund unterscheiden sich signifikant von Schülerinnen und Schülern ohne Migrationshintergrund beim Vorliegen der Essstörungen Binge Eating, Big Eating und klinischer Bulimie.

H0.2.6: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Lebensqualität von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.2.6: Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund unterscheiden sich signifikant von Schülerinnen und Schülern ohne Migrationshintergrund in ihrer Lebensqualität.

H0.2.7: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Bewegungsmotivation von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.2.7: Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund unterscheiden sich signifikant von Schülerinnen und Schülern ohne Migrationshintergrund in der Bewegungsmotivation.

H0.2.8: Es gibt keine signifikanten Unterschiede im Körperbild von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.2.8: Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund unterscheiden sich signifikant von Schülerinnen und Schülern ohne Migrationshintergrund in der Wahrnehmung ihres Körperbildes.

H0.3.1: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede im salutogenen Essverhalten von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.3.1: Es gibt signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in Abhängigkeit des Migrationshintergrundes im salutogenen Essverhalten.

H0.3.2: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede im pathogenen Essverhalten von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.3.2: Es gibt signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in Abhängigkeit des Migrationshintergrundes im pathogenen Essverhalten.

H0.3.3: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede im Umgang mit Nahrungsmitteln bei Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.3.3: Es gibt signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in Abhängigkeit des Migrationshintergrundes im Umgang mit Nahrungsmitteln.

H0.3.4: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Identifizierung einer vorklinischen Essstörung von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.3.4: Es gibt signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in Abhängigkeit des Migrationshintergrundes beim Vorliegen einer vorklinischen Essstörung.

H0.3.5: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Identifizierung der Essstörungen Binge Eating, Big Eating und klinischer

Bulimie von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.3.5: Es gibt signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in Abhängigkeit des Migrationshintergrundes beim Vorliegen der Essstörungen Binge Eating, Big Eating und klinischer Bulimie.

H0.3.6: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebensqualität von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.3.6: Es gibt signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in Abhängigkeit des Migrationshintergrundes bei der Lebensqualität.

H0.3.7: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Bewegungsmotivation von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.3.7: Es gibt signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in Abhängigkeit des Migrationshintergrundes in der Bewegungsmotivation.

H0.3.8: Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede im Körperbild von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe mit und ohne Migrationshintergrund.

H1.3.8: Es gibt signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in Abhängigkeit des Migrationshintergrundes in der Wahrnehmung des Körperbildes.

3.3 Durchführung

Die Erhebung erfolgte im Schuljahr 2011/12 im Rahmen des Pilotprojektes „Life Style Study“ der Medizinischen Universität Wien in Kooperation mit der Sigmund Freud Universität Wien unter der Projektleitung von Univ.-Prof. Dr. Gabriele Fischer. Die Selektion der Schulen und die Rekrutierung der Stichprobe erfolgten über den Wiener Stadtschulrat in Kooperation mit den jeweiligen Schuldirektoren. Sonderschulen, sonderpädagogische Zentren, Berufsschulen und Privatschulen wurden bei der Erhebung nicht miteinbezogen. Da es sich um eine Fragebogenerhebung handelte waren keine nachteiligen Auswirkungen zu erwarten, daher konnte ein positives Ethikvotum

der Medizinischen Universität Wien ausgestellt werden (Ethik-Votum: 788/2011).

Im Rahmen eines Elterninformationsabends wurde das Projekt in den ausgewählten Schulen vorgestellt und das schriftliche Einverständnis der Eltern bezüglich der Teilnahme ihrer Kinder eingeholt. Schülerinnen und Schüler, die an der Erhebung teilnahmen, wurde vor Ort ein Dokument zur informierten Einwilligung vorgelegt mit Zusicherung der Anonymität. Erst danach wurden die Fragebögen ausgeteilt. Das Ausfüllen der Fragebögen fand in zwei vorher vereinbarten Unterrichtsstunden in Anwesenheit des Klassenlehrers bzw. der Klassenlehrerin statt. Kinder, deren Einverständnis nicht vorlag, verbrachten die Zeit in einer anderen Klasse. Aus organisatorischen Gründen musste auf das Messen des Körpergewichtes und der Körpergröße, zur Berechnung des BMI verzichtet werden. Der BMI der Schülerinnen und Schüler beruht demnach auf Selbstbeurteilungen.

3.3.1 Teilnehmende Schulen

- *Allgemeinbildende Höhere Schulen*

Amerlinggymnasium: Amerlingstraße 6, 1060 Wien

BGRG Albertgasse: Albertgasse 18-22, 1080 Wien

Erich Fried Realgymnasium: Glasergasse 25, 1090 Wien

Gymnasium und Realgymnasium Ettenreichgasse: Ettenreichgasse 41-43, 1100 Wien

BG/BRG Pichelmayergasse: Pichelmayergasse 1, 1100 Wien

Bundesgymnasium und Bundesrealgymnasium Geringergasse: Geringergasse 2, 1110 Wien

GRG auf der Schmelz: Auf der Schmelz 4, 1150 Wien

BORG Henriettenplatz: Henriettenplatz 6, 1150 Wien

- *Allgemeinbildende Pflichtschulen* (Hauptschulen/Kooperative Mittelschulen)

KMS Leibnitzgasse: Leibnitzgasse 33, 1100 Wien

Sir Karl Popper Schule Kooperative Mittelschule: Schweglerstraße 2-6, 1150 Wien

KMS/Neue Mittelschule Schopenhauerstraße: Schopenhauerstraße 79, 1180 Wien

Ganztags KMS Anton Sattler Gasse: Anton Sattler Gasse 93, 1220 Wien

KMS Anton Krieger Gasse: Anton Krieger Gasse 25, 1230 Wien

3. 4 Datenmanagement und statistische Auswertung

Für die Auswertung der Daten wurde das Programm IBM SPSS Statistics Version 20 für Windows verwendet. Tabellen und Abbildungen wurden mit Hilfe von Word und Excel erstellt.

Der ursprüngliche Datensatz umfasste 402 Fälle. Aufgrund von fehlenden Angaben zum Geschlecht konnten 25 Fälle nicht ausgewertet werden. In die Auswertung wurden die erhobenen Daten von 377 Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe einbezogen. Mit dem Programm Excel für Windows wurde eine Datenmatrix erstellt, die danach mit dem Programm SPSS Statistics für die Auswertung aufbereitet wurde.

Anhand des Testmanuals (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010) wurden entsprechend den vorgegebenen Subskalen neue Variablen gebildet. Die Rohwerte wurden laut Normentabelle des AD-EVA in T-Werte transformiert und Häufigkeiten errechnet. Die T-Wert-Skala hat einen Mittelwert von 50 und eine Standardabweichung von 10, wobei ein T-Wert zwischen 40 und 60 einen im Normbereich liegenden Wert angibt. Um Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen auf statistische Signifikanz zu überprüfen, wurden univariate Varianzanalysen gerechnet (ANOVA). Bei signifikanten Ergebnissen wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Die unabhängigen Variablen waren Geschlecht und der Migrationshintergrund. Alle Outcome-Variablen zu Essverhalten, Bewegungsmotivation, Lebensqualität und Körperbild waren die abhängigen Variablen. Voraussetzung für die Anwendung der oben beschriebenen Testverfahren sind Normalverteilung und Homogenität der Varianzen. Man kann aber davon ausgehen, „*dass die Mittelwertverteilung für beliebige Verteilungsformen des Merkmals in der Population bereits dann hinreichend normal ist, wenn $n \geq 30$* “ (Bortz, 1989).

Die Fragebögen für Binge Eating, Big Eating, Binge Eating Disorder und klinischer Bulimie wurden nur von denjenigen beantwortet, die auch angaben, unter diesen Symptomen zu leiden, daher reduzierte sich die Stichprobe dementsprechend. Zur Testung der Homogenität der Varianzen wurde der

Levene-Test eingesetzt, der in allen vier Skalen homogene Varianzen ergeben hat.

Weitere Verfahren, die zur Anwendung kamen: Chi-Quadrat-Test, Korrelation nach Spearman. Es wurde zweiseitig getestet und das Signifikanzniveau auf $\alpha=0,05$ festgelegt.

4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse, die auf Basis der aufgestellten Hypothesen erbracht wurden, dargestellt.

4.1 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

4.1.1 Geschlecht

Von den 377 Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern waren 182 männlich (48,3%) und 195 weiblich (51,7%).

4.1.2 Alter

Das durchschnittliche Alter der Gesamtgruppe lag bei 14,02 (SD 0,63) Jahren.

4.1.3 Migrationshintergrund

Der Migrationshintergrund wurde anhand des Geburtslandes der Eltern und der Kinder sowie der Sprache, die zu Hause gesprochen wird, eruiert. Primär wurde in drei Gruppen eingeteilt: deutsch/nicht deutsch/zweisprachig. Aufgrund zu weniger Fälle „nicht deutsch“ und „zweisprachig“ wurden diese zu einer Gruppe zusammengefasst.

50,1% der Schülerinnen und Schüler hatten keinen Migrationshintergrund, und bei 49,9% wurde ein Migrationshintergrund ermittelt. Innerhalb der männlichen Teilnehmergruppe hatten 47,8% keinen Migrationshintergrund und 52,2% einen

Migrationshintergrund. Bei den Mädchen war die Verteilung 52,3% ohne und 47,7% mit Migrationshintergrund (siehe Abbildung 3).

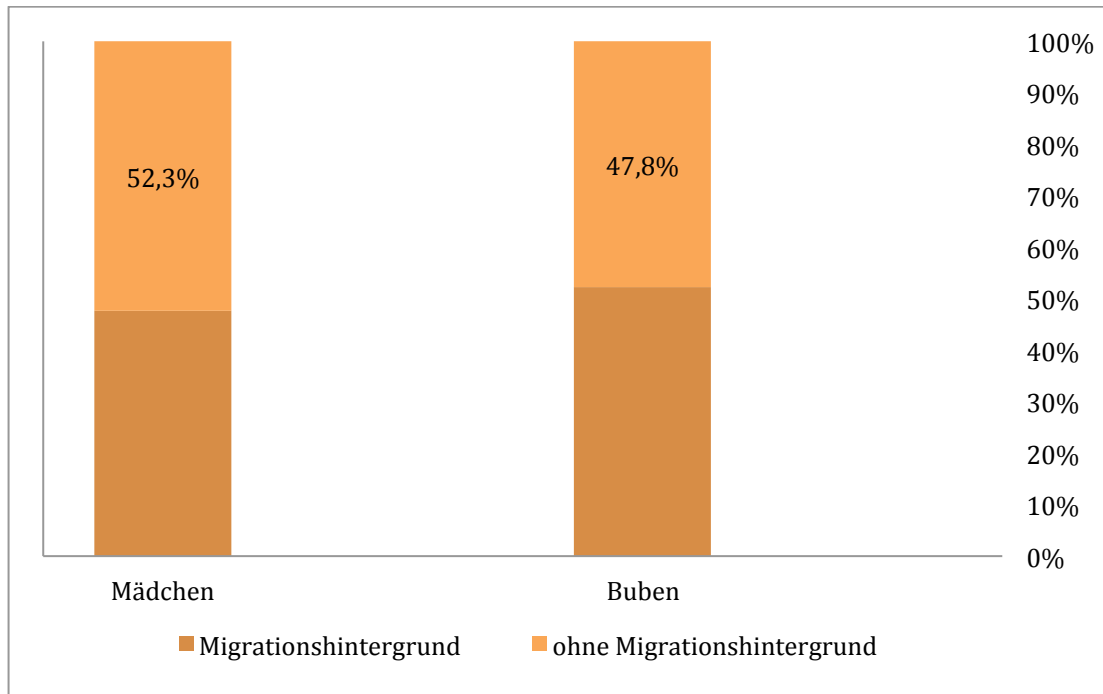


Abb. 3: Verteilung Geschlecht und Migrationshintergrund

4.1.4 Schultyp

Von den 189 Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern ohne Migrationshintergrund besuchten 113 Schülerinnen und Schüler (59,8%) die Allgemeinbildende höhere Schule und 76 (40,2%) die Allgemeine Pflichtschule. Bei den Migranten besuchten 72 (38,3%) die Allgemeinbildende höhere Schule und 116 (61,7%) die Allgemeine Pflichtschule (siehe Abbildung 4). Kinder mit Migrationshintergrund besuchten signifikant häufiger eine Allgemeine Pflichtschule als Kinder ohne Migrationshintergrund. Die Prüfgröße für den Verteilungsunterschied fiel mit $\chi^2(\text{Fisher-kor.})=17,371$, $p<,001$ signifikant aus.

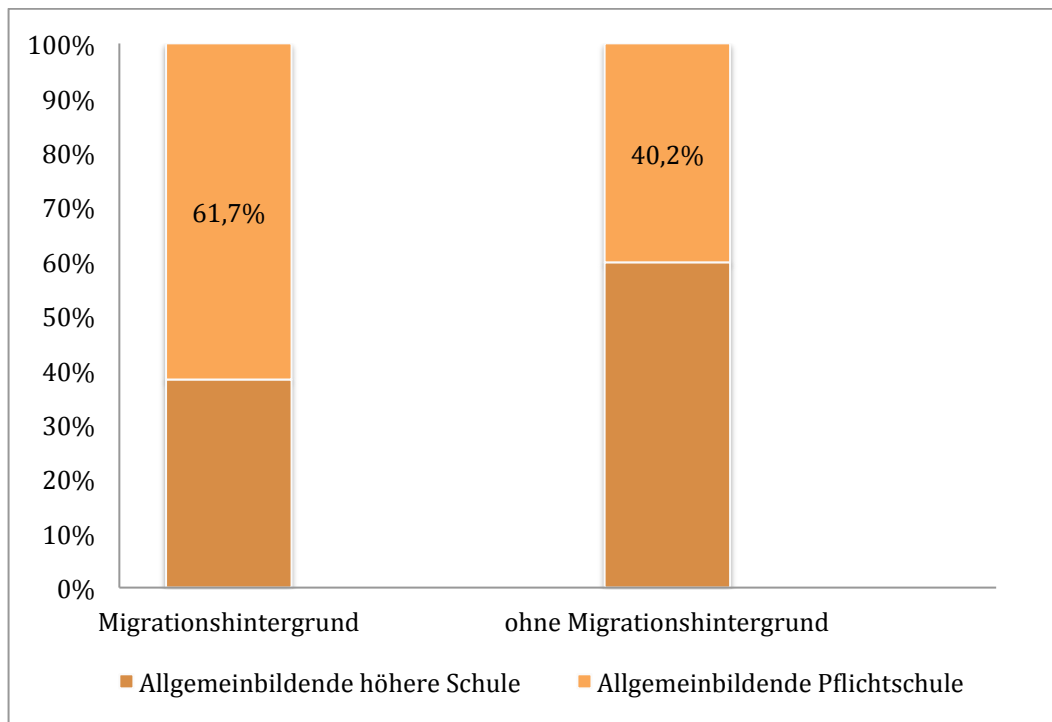


Abb. 4: Besuchter Schultyp und Migrationshintergrund

4.1.5 Erwerbstätigkeit der Eltern

24 Fragebögen enthielten keine Angaben zum Beruf der Eltern. Die Angaben der übrigen 353 Datensätze wurden in drei Kategorien zusammengefasst. Ein Elternteil erwerbstätig, beide erwerbstätig und spezielle Erwerbssituation. Unter spezieller Erwerbssituation wurden alle Fälle zusammengefasst, bei denen ein Elternteil entweder arbeitslos, karenziert, in Pension oder in Ausbildung war. Bei 20,1% der Schülerinnen und Schüler war nur ein Elternteil erwerbstätig, bei 68,6% der Schülerinnen und Schüler waren beide Eltern berufstätig, und 11,3% befanden sich in einer speziellen Erwerbssituation (siehe Abbildung 5).

Bei 15,9% der Migrantengruppe und 4,2% der Nicht-Migrantengruppe war nur ein Elternteil erwerbstätig, in einer speziellen Erwerbssituation befanden sich 6,2% der Eltern von Migrantenkindern und 5,1% der Nicht-Migrantenkinder. Eltern von Migrantenkindern befanden sich signifikant häufiger in einer traditionellen Erwerbssituation, bei der nur ein Elternteil arbeitet. Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(2)=32,82$, $p<,001$ signifikant aus. Die Erwerbstätigkeit der Eltern hatte

keinen Einfluss auf das Gewicht der Kinder. Der Chi-Quadrat-Test fiel mit der Prüfgröße χ^2 (Fisher-kor.)=13,720, p=,415 nicht signifikant aus.

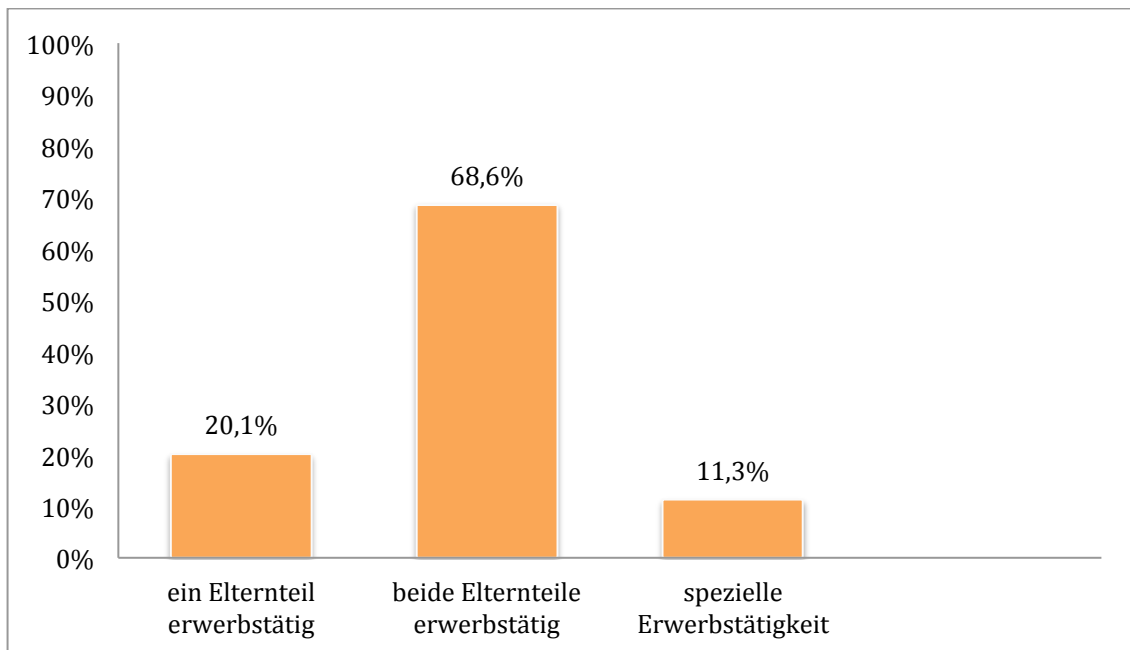


Abb. 5: Erwerbstätigkeit der Eltern

4.2 Gesundheitsbezogene Merkmale der Stichprobe

4.2.1 BMI

Vier Fälle konnten auf Grund von fehlenden Angaben nicht berücksichtigt werden. Der durchschnittliche BMI der Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmer lag bei 20,65 (siehe Tab. 3), wobei Buben einen etwas höheren BMI hatten als Mädchen ($\text{♀}=20,38$ $\text{♂}=20,92$). Migranten wogen schwerer als Nicht-Migranten, $F(1, 369=9,42, p=,002, \eta_p^2 = ,025)$, wobei Buben mit Migrationshintergrund insgesamt den höchsten BMI aufwiesen (21,74).

Die Einteilung des BMI in Gewichtsklassen erfolgte anhand des Alters und der geschlechtsspezifischen Perzentilgruppen. Es gab keine Fälle von morbid untergewichtigen Schülerinnen und Schülern. 1,3% der Gesamtstichprobe (n=373) war morbid adipös, 5,9% adipös, 14,2% übergewichtig, 69,7% normalgewichtig, 5,9% schlank und 2,9% untergewichtig. Differenziert nach

Geschlecht und Migrationshintergrund ergab sich die Verteilung, wie in Tabelle 4 ersichtlich.

Tab. 3: BMI in Abhängigkeit von Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	20,04	3,58	87
	ja	21,74	3,23	94
weiblich	nein	20,20	3,44	102
	ja	20,60	3,00	90

Tab. 4: Gewichtsklasse nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschl.	Migration	Untergewicht	Normal gewicht	Übergewicht	adipös	morbid adipös
männlich	nein	11,5%	71,2%	11,5%	2,3%	3,4%
	ja	2,1%	66,0%	20,2%	10,6%	1,1%
weiblich	nein	11,7%	70,7%	12,7%	3,9%	1,0%
	ja	10,0%	71,1%	12,2%	6,7%	0,0%

Zur Veranschaulichung der Tabelle 4 wurden die einzelnen Gewichtsklassen getrennt für Mädchen und Buben sowie den Migrationshintergrund in Abbildung 6 grafisch dargestellt.

Zur Frage, ob es einen signifikanten Verteilungsunterschied zwischen den Gruppen Geschlecht und Migrationshintergrund gibt, wurde ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt mit dem Ergebnis, dass die Verteilung der Gewichtsklassen über die Gruppen Migrationshintergrund ja/nein unterschiedlich ist. Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(7)=16,61$, $p=,020$ signifikant aus. Das heißt, Migranten hatten einen höheren BMI als Nicht-Migranten. Es kann jedoch nicht gesagt werden, dass Buben schwerer waren als Mädchen: $\chi^2(7)=7,71$, $p=,359$.

Relativiert durch Fisher-Korrektur, da die Quote der Erwartungswerte zu klein war (unter 5), ergab die mehrdimensionale Kreuztabelle Geschlecht und Migration mit der Gewichtsklasse, dass Buben mit Migrationshintergrund einen signifikant höheren BMI aufweisen, $\chi^2(\text{Fisher-kor.})=19,24$, $p=,004$.

Im Gegensatz dazu bestand dieser Unterschied bei Mädchen nicht. Die Prüfgröße $\chi^2(\text{Fisher-kor.})=3,29$, $p=,899$ fiel nicht signifikant aus. Das heißt,

Mädchen mit Migrationshintergrund unterschieden sich nicht signifikant von Mädchen ohne Migrationshintergrund in ihrem BMI (siehe Abbildung 6).

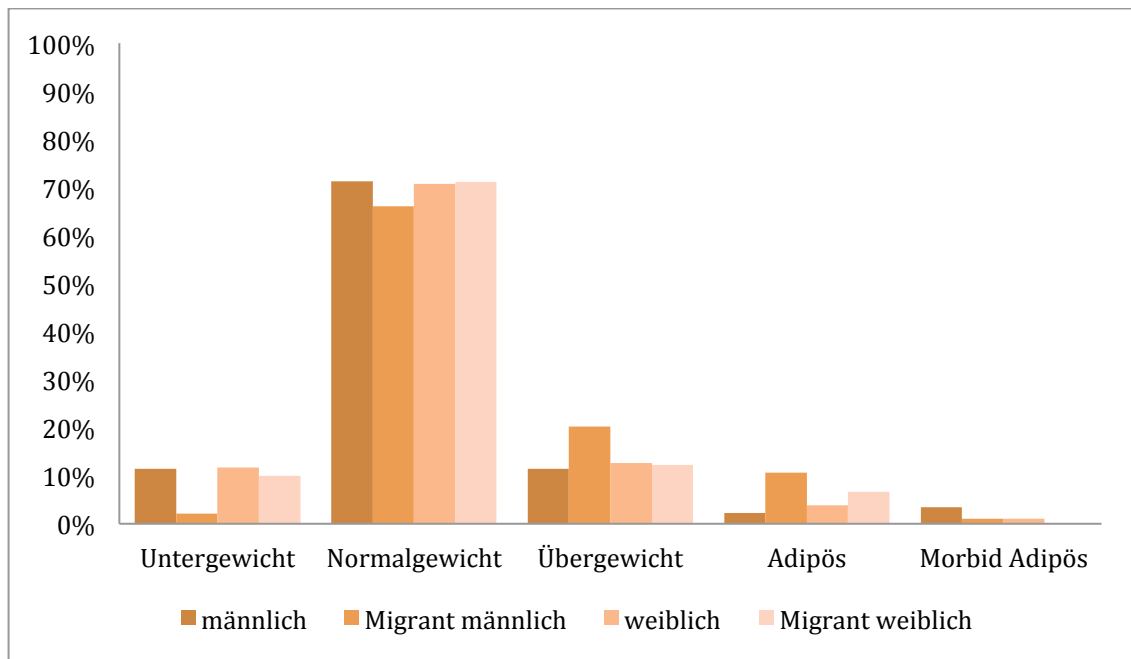


Abb. 6: Grafische Darstellung der Gewichtsklassen getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund

4.2.2 Rauchen

Von den 328 verwertbaren Fragebögen zum Thema Rauchen gaben 7,2% der Österreicherinnen und Österreicher und 6,8% der Migrantinnenpopulation an, täglich zu rauchen. Der Anteil an Nichtraucher lag in beiden Gruppen bei ca. 84,5%. Gelegentlich zu rauchen gaben 8,4% der Österreicherinnen und Österreicher und 8,7% der Migrantinnen und Migranten an. Es gab keine signifikanten Verteilungsunterschiede bezüglich Geschlecht und Migrationshintergrund. Geschlecht: $\chi^2 (3)=5,39$, $p=,145$, Migrationshintergrund: $\chi^2 (3)=3,62$, $p=,306$ nicht signifikant.

4.2.3 Alkohol

1,9% der männlichen Befragten mit Migrationshintergrund gaben an, täglich Alkohol zu konsumieren. Keiner der befragten österreichischen Buben würde

dies tun. 75,7% der Gesamtstichprobe würde keinen Alkohol trinken. 28,7% der österreichischen Schülerinnen und Schüler und 19,8% der Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund würden gelegentlich Alkohol trinken. Es konnte beim Alkoholkonsum kein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied festgestellt werden. Geschlecht: χ^2 (Fisher-kor.)=3,72, p=,298 nicht signifikant.

Es konnten jedoch signifikante Unterschiede im Bezug auf den Migrationshintergrund festgestellt werden. Schülerinnen und Schüler ohne Migrationshintergrund würden signifikant häufiger Alkohol trinken als Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund: χ^2 (Fisher-kor.)=8,50, p=,025 signifikant.

4.3 Hypothesenprüfung

4.3.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede im salutogenen Essverhalten unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes

Unter salutogenem Essverhalten (FEV Salut) werden die Subskalen positiver Zugang zu Sport (FEV Salut S) und Empfehlungen umsetzen (FEV Salut EU) zusammengefasst. Die Reliabilitätsanalyse (Cronbach α) ergab für die einzelnen Skalen folgende Werte:

Skala	Cronbach α	k	N
FEV Salut S	,881	4	352
FEV Salut EU	,669	8	334
Gesamt	,813	12	330

Für Buben ohne Migrationshintergrund lag der durchschnittliche T-Wert in der Gesamtskala salutogenes Essverhalten bei 47,77. Mit Migrationshintergrund lag der Wert bei 50,12. Bei den Mädchen ergaben sich folgende T-Werte: Mit Migrationshintergrund 46,05 und ohne Migrationshintergrund 48,34.

Der mittlere T-Wert der Gesamtstichprobe bezüglich positivem Zugang zu Sport beträgt 46,67. Das entspricht einem Wert im Normbereich. Tabelle 5 zeigt die T-Werte getrennt nach Migrationshintergrund und Geschlecht.

Tab. 5: T-Werte für FEV Salut S

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	47,63	9,94	84
	ja	49,78	9,54	90
weiblich	nein	45,63	8,40	98
	ja	43,54	8,33	83

Die Grafik in Abbildung 7 zeigt die T-Werte der Skala FEV Salut S getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund.

Der mittlere T-Wert der Gesamtstichprobe bezüglich Empfehlungen umsetzen beträgt 49,34. Das entspricht einem normgerechten Wert. In Tabelle 6 sind die Werte getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund dargestellt. In Abbildung 8 sind die T-Werte der Skala FEV Salut EU grafisch dargestellt.

Tab. 6: T-Werte für FEV Salut EU

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	48,05	8,71	84
	ja	50,09	9,61	89
weiblich	nein	50,29	7,64	98
	ja	48,69	8,20	83

Detailergebnisse der Hypothesenprüfung:

Es konnte festgestellt werden, dass im Gesamtwert des salutogenen Essverhaltens eine Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Migrationshintergrund vorzufinden war. Die Prüfgröße fiel mit $F(1, 351)=5,66$, $p=,018$ ($\eta_p^2=,016$) mit einem kleinen Effekt signifikant aus. In der Stichprobe ohne Migrationshintergrund konnte dieser Geschlechtsunterschied nicht nachgewiesen werden, $t(180)=-,41$, $p=,680$. Innerhalb der Migrantinnen und Migranten ergab sich ein signifikantes Ergebnis. Buben mit Migrationshintergrund würden ein besseres salutogenes Essverhalten aufweisen als Mädchen mit Migrationshintergrund, $t(171)=2,93$, $p=,004$.

Bei den Empfehlungen Umsetzen ergaben sich keine signifikanten Haupteffekte. Es konnte hier kein signifikanter Verteilungsunterschied den Migrationshintergrund betreffend oder beim Geschlecht gefunden werden.

Beim positiven Zugang zum Sport ergab sich ein signifikanter Haupteffekt bezüglich Geschlecht, $F(1, 351)=18,23$, $p < ,001$ ($\eta_p^2 = ,049$) und eine signifikante Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Migrationshintergrund $F(1, 351)=4,83$, $p=,029$ ($\eta_p^2 = ,014$). Die anschließend durchgeführten post-hoc-t-Tests ergaben bei der Gruppe ohne Migrationshintergrund keine signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Buben. Dieser Unterschied war bei den Migrantinnen und Migranten signifikant. Buben mit Migrationshintergrund gaben an, einen positiveren Zugang zu Sport zu haben als Mädchen mit Migrationshintergrund.

Ohne Migrationshintergrund: $t(180)=1,47$, $p=,143$ nicht signifikant.

Mit Migrationshintergrund: $t(171)=4,56$, $p<,001$ signifikant.

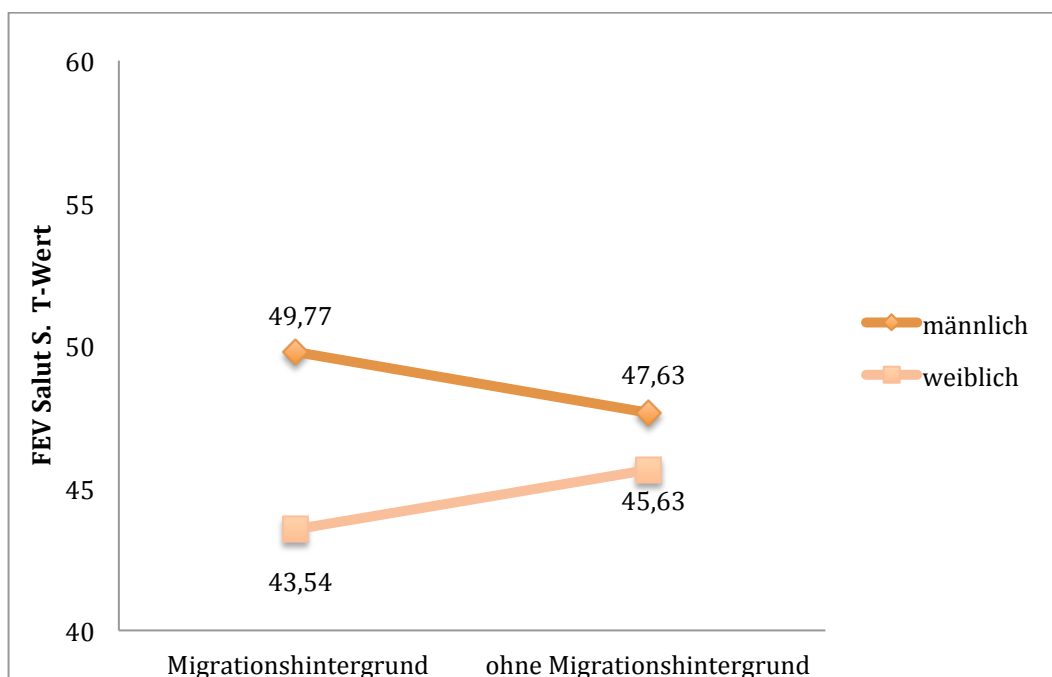


Abb. 7: Grafische Darstellung T-Werte FEV Salut S

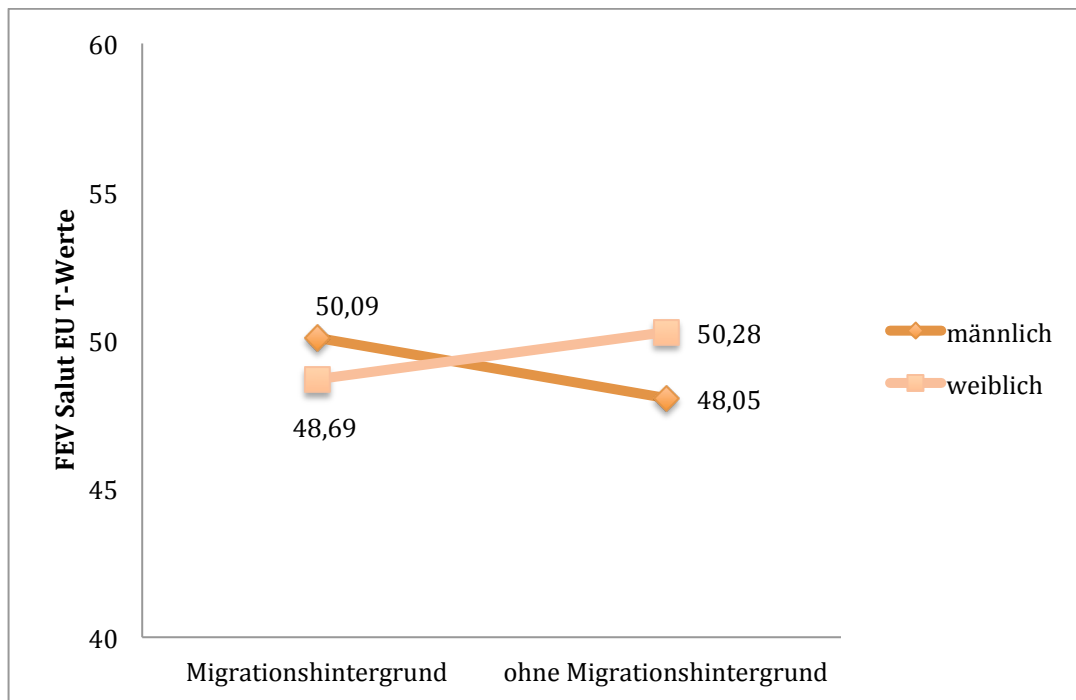


Abb. 8: Grafische Darstellung der T-Werte FEV Salut EU

4.3.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede im pathogenen Essverhalten unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes

Das pathogene Essverhalten (FEV Path) wird in drei Subskalen unterteilt: Emotionsessen (FEV Path EE), Störbarkeit (FEV Path S) und kognitive Kontrolle (FEV Path K). Die Reliabilitätsanalyse ergab folgende Werte:

Skala	Cronbach α	k	N
FEV Path EE	,915	8	334
FEV Path S	,894	13	317
FEV Path K	,928	11	326

Die durchschnittlichen T-Werte in der Skala Emotionsessen getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund sind in Tabelle 7 ersichtlich. Demzufolge weisen Mädchen mit Migrationshintergrund mit 59,85 den höchsten T-Wert der Gesamtstichprobe auf, wobei dieser Wert im oberen Normalbereich angesiedelt ist.

Tab. 7: T-Werte für FEV Path EE

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	52,92	10,85	83
	ja	57,64	10,80	89
weiblich	nein	53,77	10,50	98
	ja	59,85	10,51	84

Die durchschnittlichen T-Werte der Skala Störbarkeit lagen bei den Buben bei 52,90, wobei sich die Werte getrennt nach Migrationshintergrund ja/nein nicht wesentlich voneinander unterschieden. Bei den Mädchen lag der Wert in der Gruppe der Migrantinnen bei 55,88 und den Nicht-Migrantinnen bei 52,42 (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: T-Werte für FEV Path S

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	52,84	10,36	83
	ja	52,90	10,92	89
weiblich	nein	52,42	10,86	98
	ja	55,88	10,88	84

In Abbildung 9 sind die T-Werte der Tabelle 7 grafisch dargestellt. Abbildung 10 zeigt die grafische Darstellung der T-Werte für die Skala des pathogenen Essverhaltens betreffend Störbarkeit.

Bei der Kognitiven Kontrolle ergaben sich getrennt für die Gruppe Migration ja/nein und Geschlecht die Ergebnisse, wie in Tabelle 9 ersichtlich.

Die durchschnittlich erreichten T-Werte bei der kognitiven Kontrolle sind grafisch in Abbildung 11 dargestellt.

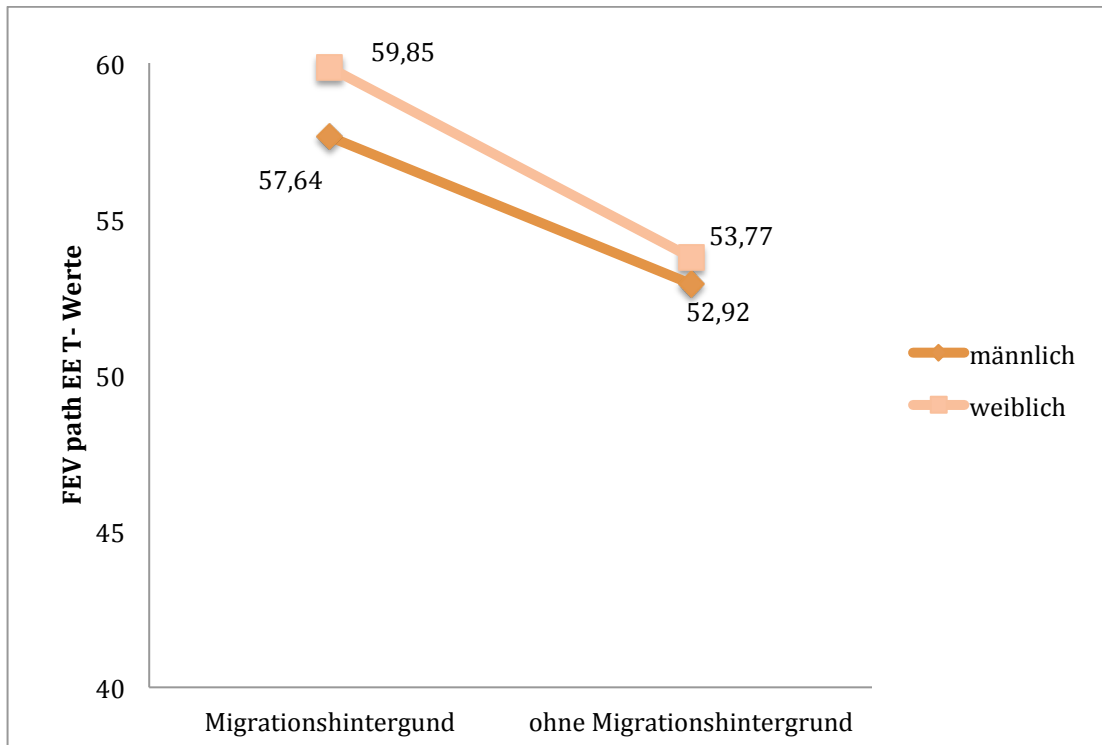


Abb. 9: Grafische Darstellung der T-Werte FEV Path EE

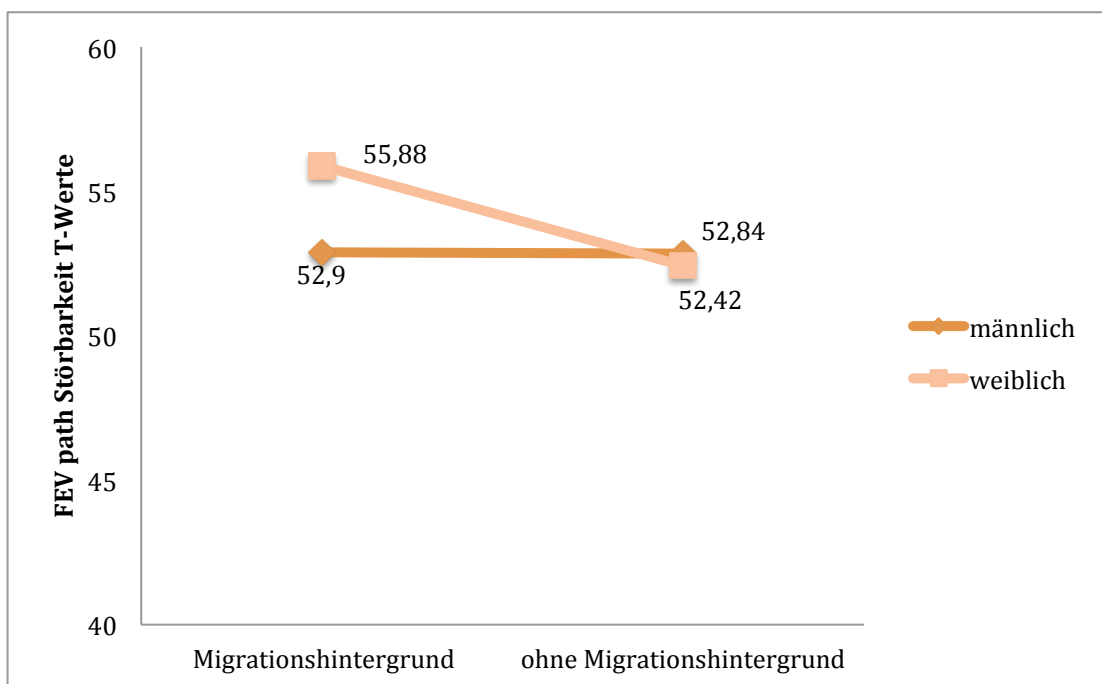


Abb.10: Grafische Darstellung der T-Werte FEV Path S

Tab. 9: T-Werte für FEV Path Kognitive Kontrolle

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	47,85	9,41	81
	ja	49,85	11,46	89
weiblich	nein	53,72	11,14	98
	ja	56,68	10,17	84

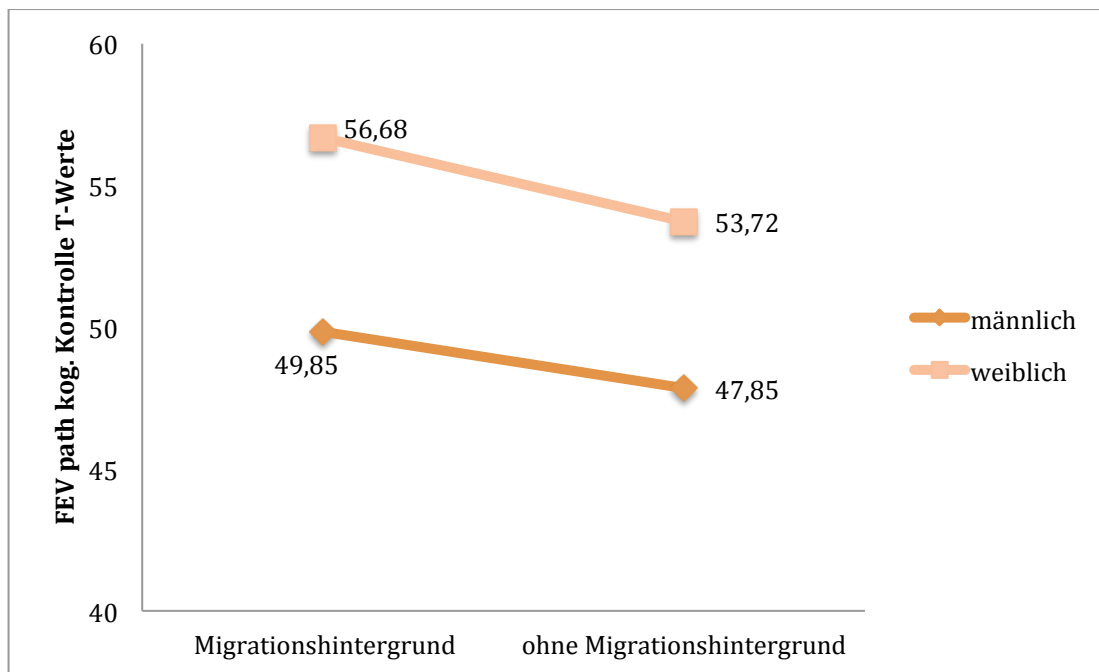


Abb. 11: Grafische Darstellung der T-Werte FEV Path Kog. K.

Detailergebnisse der Hypothesenprüfung

In der Skala Emotionsessen konnte keine Wechselwirkung festgestellt werden. Es ergab sich ein signifikanter Haupteffekt den Migrationshintergrund betreffend. Die Prüfgröße $F(1, 350)=22,57$, $p<,001$ ($\eta_p^2=,061$) fiel mit einem mittelgroßen Effekt signifikant aus. Die Gruppe der Migranten würde demnach höhere Werte beim Emotionsessen aufweisen. Dieser Unterschied konnte innerhalb vom Geschlecht nicht festgestellt werden. Bei der Skala Störbarkeit gab es keine signifikanten Unterschiede in den Gruppen. Geschlechtsunterschiede gab es bei der kognitiven Kontrolle, die Prüfgröße $F(1, 348)=31,27$, $p<,001$ fiel signifikant aus, mit einem mittelgroßen Effekt

($\eta_p^2=,082$). Der Haupteffekt Migrationshintergrund fiel ebenfalls signifikant aus, $F(1, 348)=4,76$, $p=,03$. Das bedeutet, Migranten weisen generell einen höheren Wert in der kognitiven Kontrolle auf.

4.3.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit Nahrungsmittel unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes

Um die Effekte sozialer Erwünschtheit zu minimieren, trägt dieser Fragebogen absichtlich einen irreführenden Namen. Er dient der Erfassung des selbst empfundenen Cravings und übermäßigen Drangs nach Essen beziehungsweise Naschen sowie der selbst wahrgenommenen Abhängigkeit von diesen Verhaltensweisen. Die Reliabilitätsanalyse ergab folgende Werte:

Skala	Cronbach α	k	N
FUN	,912	10	324

Die T-Werte der Skala FUN sind in Tabelle 10 ersichtlich, getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund. Abbildung 12 zeigt die T-Werte der Tabelle 10 grafisch dargestellt.

Tab. 10: T-Werte der Skala FUN

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	52,02	11,38	78
	ja	55,01	12,98	88
weiblich	nein	50,97	10,59	98
	ja	57,60	9,73	83

Detaillergebnisse der Hypothesenprüfung:

Es konnte keine signifikante Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Migrationshintergrund festgestellt werden. Die Prüfgröße für den Haupteffekt

Migrationshintergrund fiel mit $F(1, 343)=15.78$, $p<,001$ signifikant aus. Der Effekt muss mit $\eta_p^2=,044$ als klein bewertet werden.

Demzufolge haben Migrantinnen und Migranten einen signifikant höheren T-Wert beim Drang nach übermäßigem Essen und Naschen sowie der wahrgenommenen Abhängigkeit von dieser Verhaltensweise als Nicht-Migrantinnen und Nicht-Migranten, wobei die T-Werte im oberen Normbereich liegen.

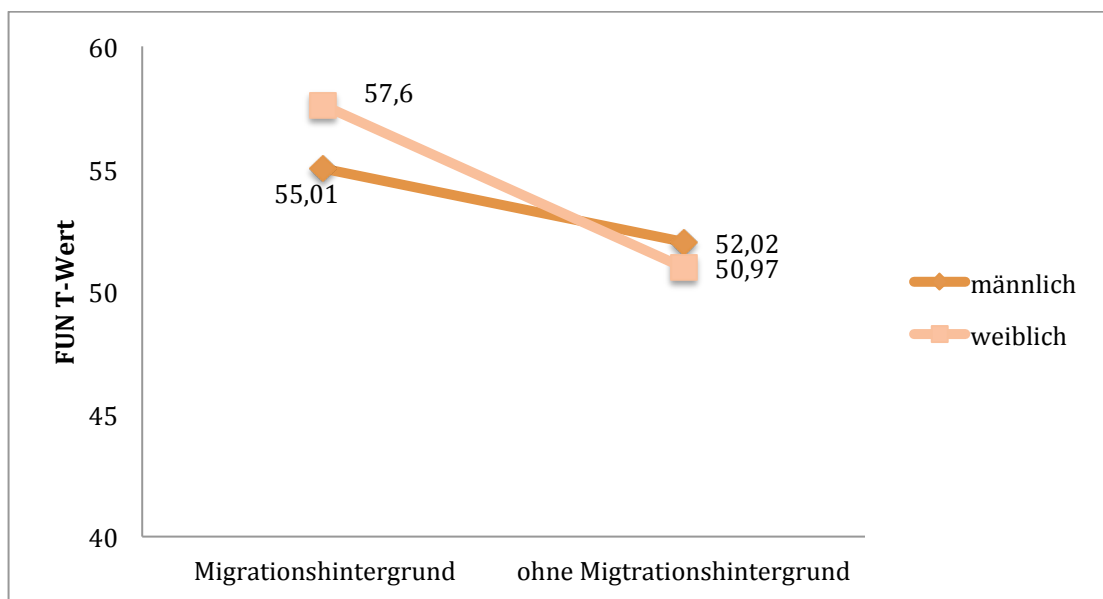


Abb. 12: Grafische Darstellung der T-Werte FUN

4.3.4 Geschlechtsspezifische Unterschiede beim Vorliegen einer Vorklinischen Essstörung mit und ohne Migrationshintergrund

Der Fragebogen zur vorklinischen Essstörung teilt sich in die Subskalen Preoccupation with Weight and Shape (FVE PWS) und Kompensationsverhalten (FVE KV) sowie eine Gesamtskala. Die Reliabilitätsanalyse der einzelnen Skalen ergab folgende Werte:

Skala	Cronbach α	k	N
FVE PWS	,863	7	334
FVE KV	,746	2	344
Gesamt	,645	9	332

In Tabelle 11 sind die T-Werte, die in der Skala Preoccupation with Weight and Shape erzielt wurden, getrennt für Geschlecht und Migrationshintergrund dargestellt. Abbildung 13 stellt die T-Werte der Tabelle 11 grafisch dar.

Tab. 11: T-Werte der Skala FVE PWS

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	50,67	11,16	81
	ja	51,13	11,17	86
weiblich	nein	52,63	11,46	96
	ja	54,49	12,06	83

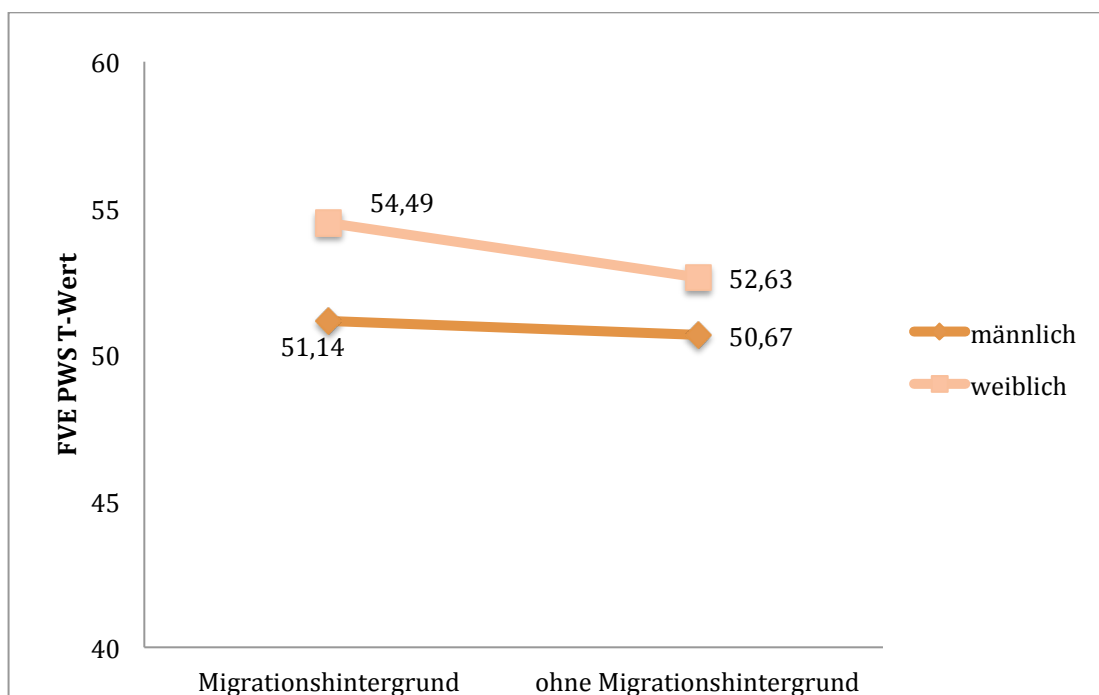


Abb.13: Grafische Darstellung der T-Werte FVE PWS

Im Fragebogen zum Kompensationsverhalten erbrachte die Gruppe mit Migrationshintergrund einen Gesamt-T-Wert von 53,35 und die Gruppe ohne Migrationshintergrund einen Gesamt-T-Wert von 49,57. Die genaue Aufschlüsselung der T-Werte nach Geschlecht und Migrationshintergrund ist in Tabelle 12 ersichtlich. Abbildung 14 stellt die T-Werte der Skala FVE KV grafisch dar.

Tab. 12: T-Werte der Skala FVE KV

Geschlecht	Migration	Mittelwert	Sd	n
männlich	nein	50,34	6,26	80
	ja	54,36	10,07	85
weiblich	nein	48,94	4,07	96
	ja	52,31	8,37	83

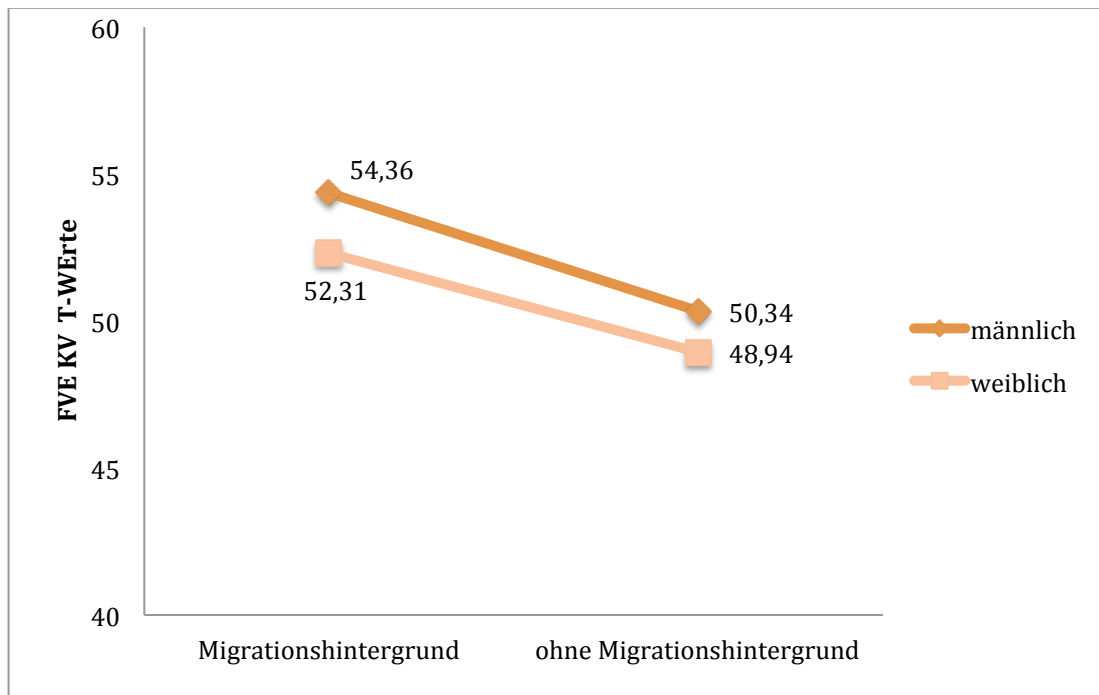


Abb. 14: Grafische Darstellung der T-Werte FVE KV

Die Gesamtskala zur Identifikation einer vorklinischen Essstörung ergab wie in Tabelle 13 ersichtlich folgende durchschnittliche T-Werte getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund. In Abbildung 16 sind die Ergebnisse der Gesamtskala bezüglich Vorliegen einer vorklinischen Essstörung grafisch dargestellt.

Tab. 13: T-Werte der Skala FVE gesamt

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	50,49	11,57	81
	ja	52,29	13,07	86
weiblich	nein	52,45	11,49	96
	ja	54,92	12,18	83

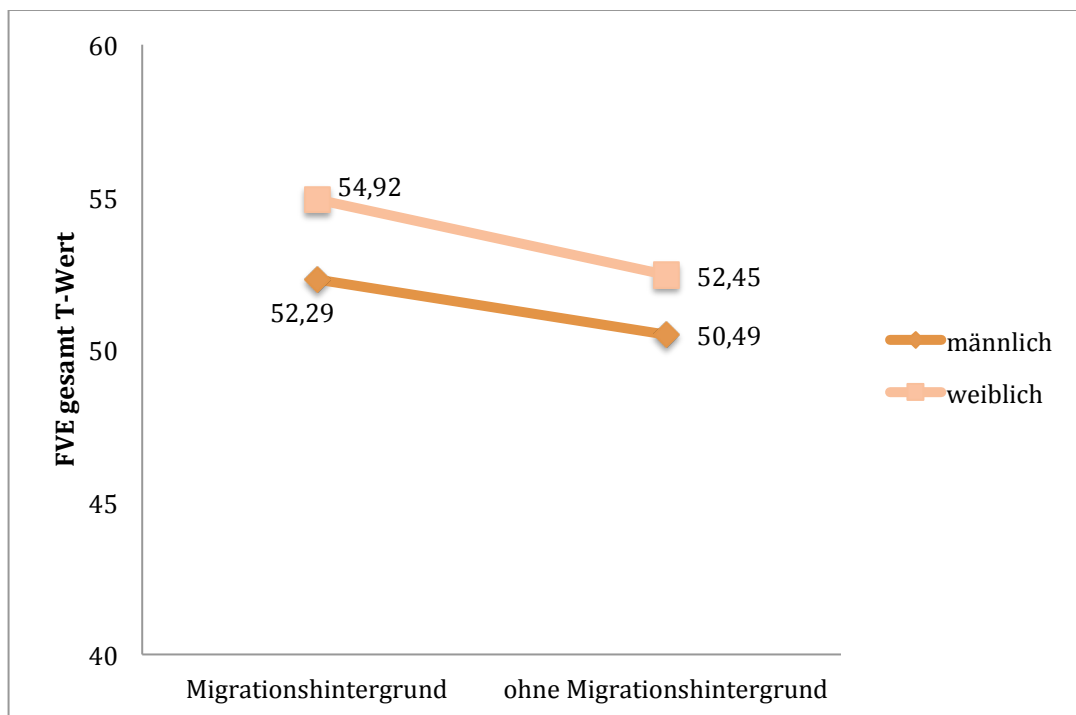


Abb. 15: Grafische Darstellung der T-Werte FVE gesamt

Detaillierergebnisse der Hypothesenprüfung

Das Gesamtergebnis der Skala zur Identifizierung vorklinischer Essstörungen ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Buben und zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund.

Bezüglich Preoccupation with Weight and Shape gab es keine signifikante Wechselwirkung $F(1, 342)=0,32$, $p=,573$, somit können die Haupteffekte ohne Einschränkung interpretiert werden. Innerhalb der Migration ja/nein gab es keine signifikanten Unterschiede. Beim Geschlecht konnte ein signifikanter Unterschied mit kleinem Effekt gefunden werden, $F(1, 342)=4,62$, $p=,032$ ($\eta_p^2=,013$). Mädchen haben signifikant höhere Werte als Buben unabhängig vom Migrationshintergrund. Beim Kompensationsverhalten ergab sich ein heterogener Levene-Test $p<.001$ da aber etwa gleich große Gruppen vorlagen, konnte die Varianzanalyse trotzdem interpretiert werden.

Es gab keine signifikante Wechselwirkung, aber beide Haupteffekte (Geschlecht und Migrationshintergrund) waren signifikant. Für Geschlecht fiel

die Prüfgröße $F(1, 340)=4,58$, $p=,033$ signifikant aus, mit einem kleinen Effekt $\eta_p^2=,013$. Für Migrationshintergrund fiel die Prüfgröße $F(1, 340)=21,06$, $p<,001$ signifikant aus, mit einem mittleren Effekt $\eta_p^2=,058$. Das heißt Mädchen haben im Kompensationsverhalten einen niedrigeren T-Wert als Buben und Migranten haben einen höheren T-Wert als Nicht-Migranten. In der Gesamtskala gab es weder signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede noch Unterschiede den Migrationshintergrund betreffend.

4.3.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede im Fragebogen betreffend Big Eating, Binge und Kompensation, Binge Eating Disorder und Bulimie unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes

Die Items des Fragebogens zur Diagnose von Binge Eating mussten folgendermaßen gewichtet werden:

Item 4–8 nein=0 ja=1=5

Item 9 nein=0 ja=1=30

Prävalenz von Essanfällen

21,2% der männlichen Befragten ohne Migrationshintergrund und 41,2% mit Migrationshintergrund gaben an, unter Essanfällen zu leiden. Bei den weiblichen Befragten haben 22,3% ohne Migrationshintergrund und 24,7% mit Migrationshintergrund Essanfälle angegeben (siehe Abb. 16).

Prävalenz von nächtlichem Essen

Es wurde auch erfasst, ob und wie häufig in der Nacht gegessen wird. Von den insgesamt 159 der befragten Buben und 173 der befragten Mädchen gaben jeweils 2 (1,3% bzw. 1,2%) an täglich in der Nacht zu essen. 88,6% der Gesamtstichprobe würde nie in der Nacht essen, 7,5% ein Mal im Monat und 2,7% ein bis zwei Mal wöchentlich (siehe Abbildung 17).

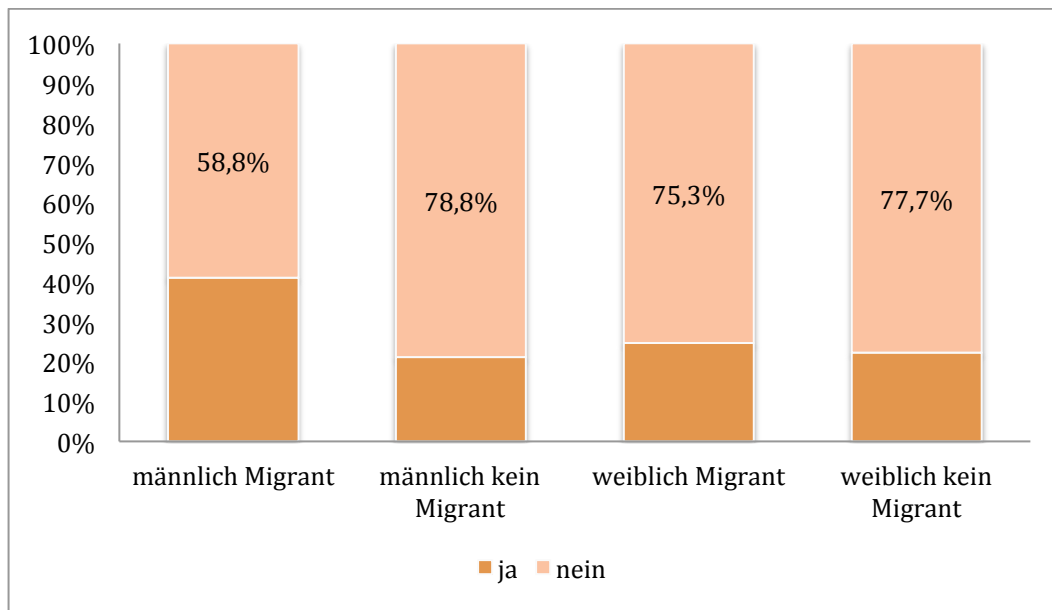


Abb. 16: Essanfälle ja/nein getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund

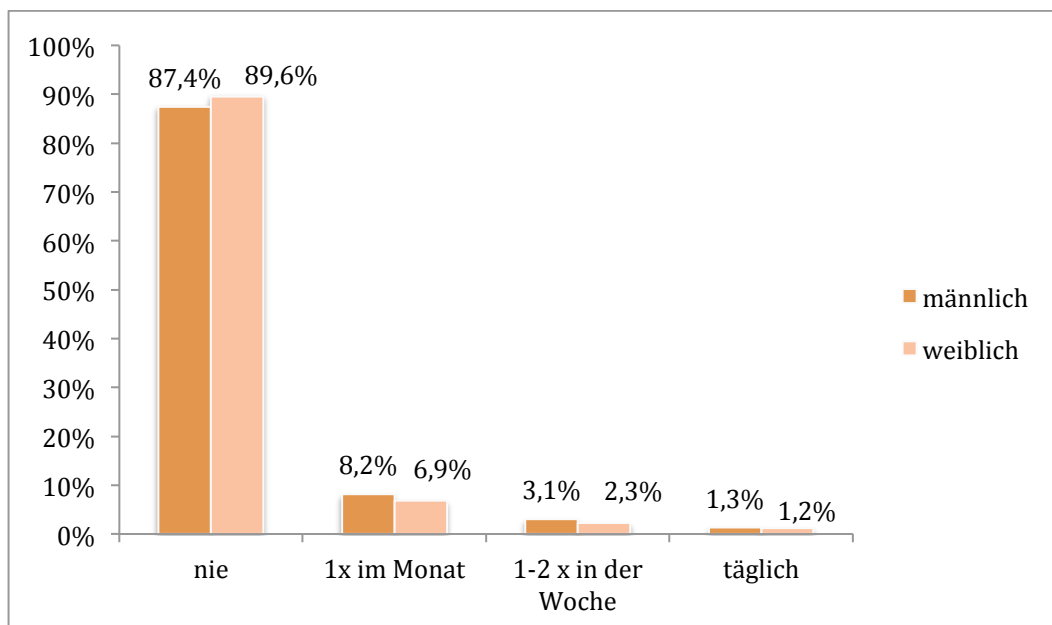


Abb. 17: Häufigkeit von nächtlichem Essen getrennt für Mädchen und Buben

Tabelle 14 zeigt die T-Werte für die Skala Big Eating (FBEB Big Eating). Hier ist anzumerken, dass sich die Anzahl der Fälle reduziert hat, da nur diejenigen Personen die Fragen beantwortet haben, die auch davon betroffen waren. Der durchschnittliche T-Wert für die männlichen Befragten ohne Migrationshintergrund liegt außerhalb des Normbereichs und kann als leicht überdurchschnittlich bewertet werden. In Abbildung 18 sind die durchschnittlichen T-Werte der Skala Big Eating getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund grafisch abgebildet.

Tab. 14: T-Werte der Skala Big Eating

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	60,36	10,25	14
	ja	56,34	8,47	32
weiblich	nein	58,00	9,44	20
	ja	55,95	9,24	20

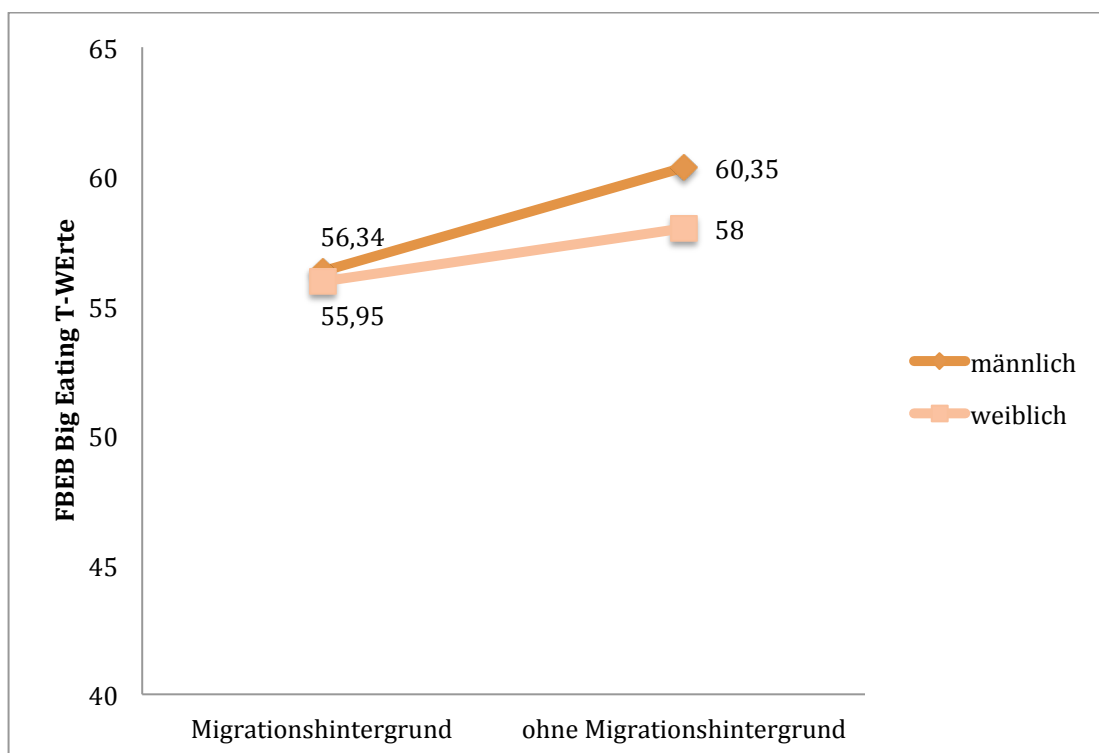


Abb. 18: Grafische Darstellung der T-Werte FBEB Big Eating

Die T-Werte der einzelnen Gruppen für die Skala Binge Eating und Kompensation (FBEB B&K) sind in Tabelle 15 aufgeschlüsselt. Insgesamt haben 87 Schülerinnen und Schüler diese Items beantwortet. Zur Veranschaulichung sind die durchschnittlichen T-Werte der Skala Binge Eating und Kompensation in Abbildung 19 getrennt für Mädchen und Buben sowie für den Migrationshintergrund grafisch dargestellt.

Tab. 15: T-Werte für Binge Eating und Kompensation

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	56,93	7,41	15
	ja	59,87	9,33	33
weiblich	nein	57,85	7,48	20
	ja	59,74	8,41	19

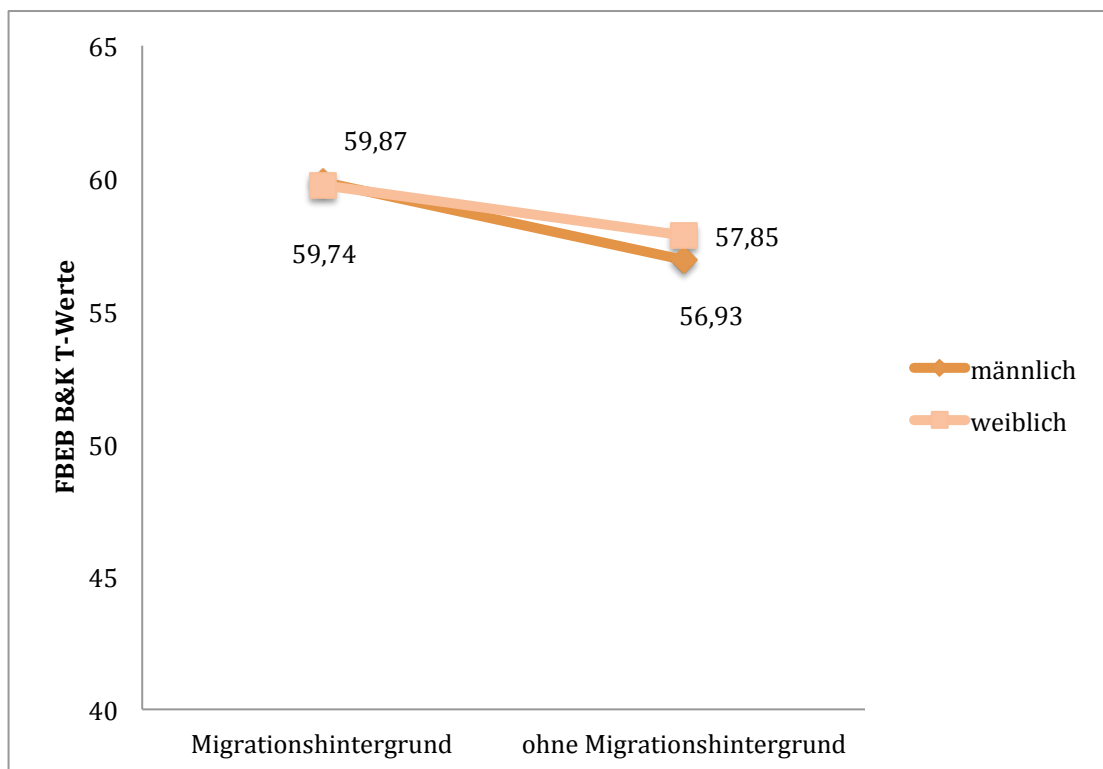


Abb. 19: Grafische Darstellung der T-Werte FBEB B&K

Der Fragebogen für die Binge Eating Disorder wurde von 91 Schülerinnen und Schülern beantwortet, wobei die T-Werte (siehe Tabelle 16) der Mädchen mit und ohne Migrationshintergrund über dem Normbereich liegen. Die T-Werte der Buben liegen nur knapp darunter, jedoch noch im Normbereich. In Abbildung 20 sind die Ergebnisse der Binge Eating Disorder Skala grafisch dargestellt.

Bei der Subskala Bulimie lagen die T-Werte der Buben mit Migrationshintergrund knapp über dem Normbereich, siehe Tabelle 17. Abbildung 21 stellt die durchschnittlichen T-Werte aller Befragten grafisch dar.

Tab. 16: T-Werte für die Skala Binge Eating Disorder (FBEB BED)

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	59,80	7,78	15
	ja	59,85	8,16	34
weiblich	nein	61,27	7,35	22
	ja	62,90	8,12	20

Tab. 17: T-Werte für die Subskala Bulimie (FBEB BUL)

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	58,40	5,88	15
	ja	61,09	8,79	34
weiblich	nein	58,55	7,05	22
	ja	59,85	7,46	20

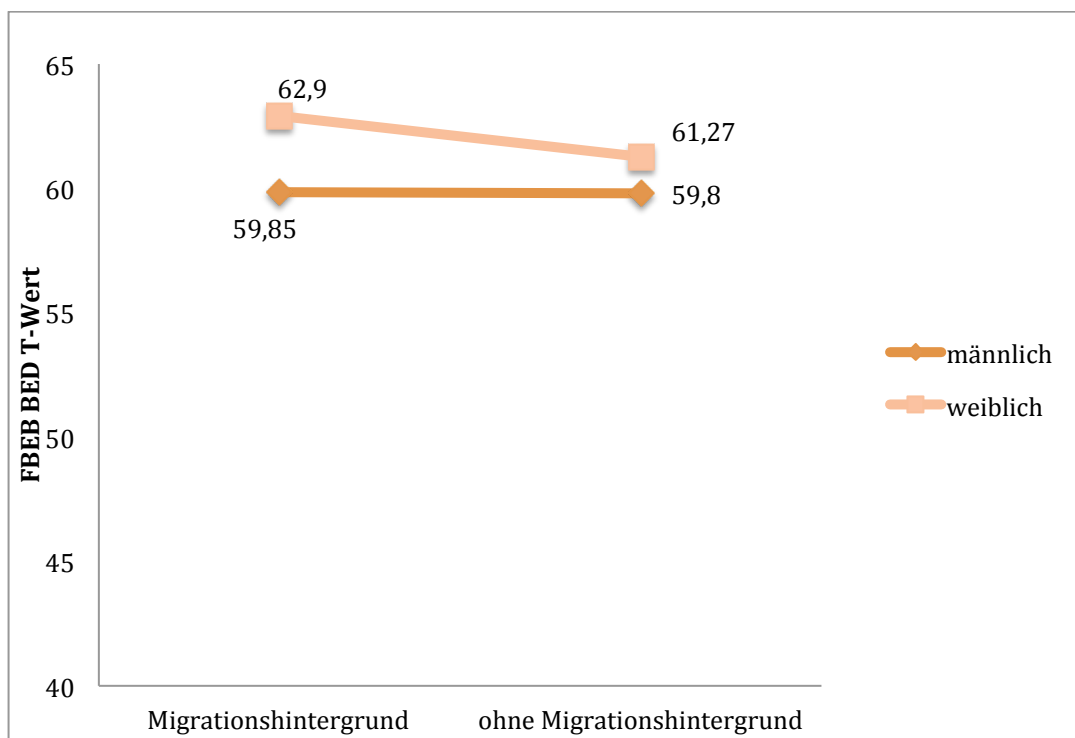


Abb. 20: Grafische Darstellung der FBEB BED

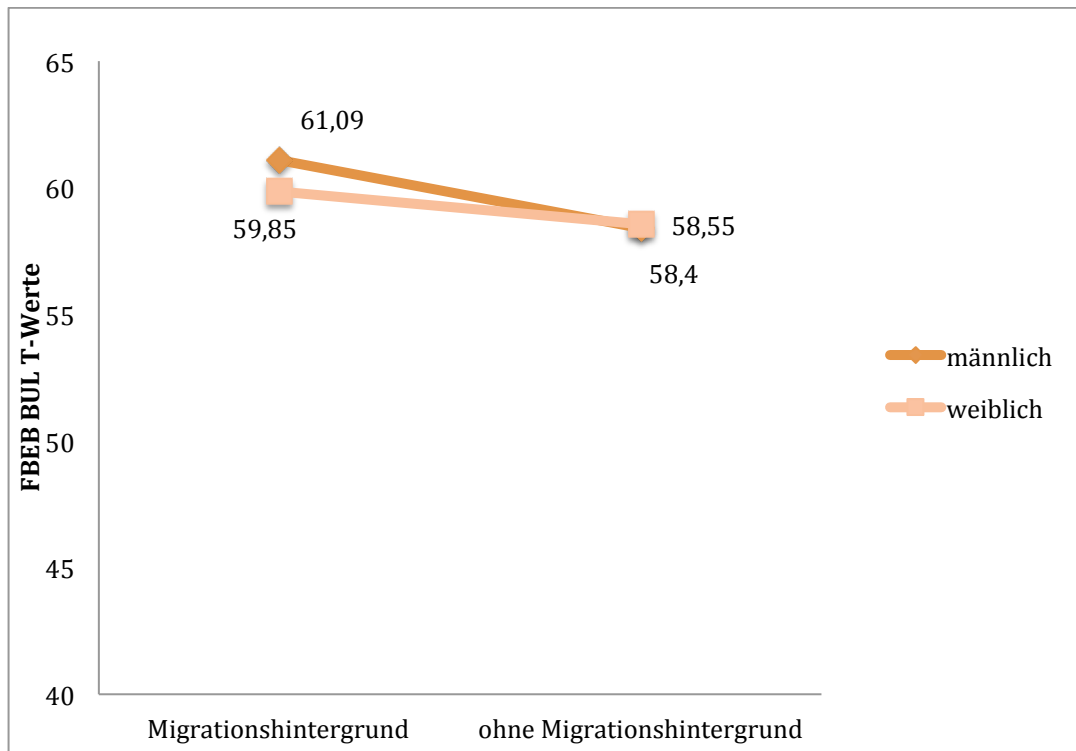


Abb. 21: Grafische Darstellung der T-Werte FBEB BUL

Detaillierergebnisse der Hypothesenprüfung

Es konnte kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Essanfällen gefunden werden, $\chi^2=2,80$, $p=,095$. Ein signifikantes Ergebnis ergab der Zusammenhang zwischen Essanfällen und dem Migrationshintergrund. Migrantinnen und Migranten würden signifikant häufiger unter Essanfällen leiden als Nicht-Migrantinnen und Nicht-Migranten. Jedoch liegt dieser Unterschied alleine bei den männlichen Probanden. Buben mit Migrationshintergrund gaben signifikant häufiger an, unter Essanfällen zu leiden als Buben ohne Migrationshintergrund. Dieser Unterschied ist bei den Mädchen nicht signifikant (♀ : $p=,714$, ♂ : $p=,006$).

Die Prüfung des Zusammenhangs zwischen Geschlecht und nächtlichem Essen fiel mit $\chi^2(\text{Fisher-kor.})=0,62$, $p=,926$ nicht signifikant aus. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen nächtlichem Essen und Migrationshintergrund konnte festgestellt werden, $\chi^2(\text{Fisher-kor.})=9,52$, $p=,017$.

Das heißt, Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund wären demnach signifikant häufiger von nächtlichem Essen betroffen als Schülerinnen und Schüler ohne Migrationshintergrund.

In allen Skalen des Fragebogens zu Binge Eating Disorder, Big Eating, Big Eating und Kompensation sowie klinischer Bulimie konnten keine signifikanten Unterschiede, weder bezüglich Geschlecht noch bezüglich Migrationshintergrund, gefunden werden ($p > ,05$). Auffällig ist jedoch, dass in allen Skalen die T-Werte auf hohem Niveau angesiedelt und als knapp über dem Normbereich liegend zu beurteilen sind.

Tabelle 18 enthält eine überblicksmäßige Zusammenfassung der statistischen Kennwerte zur Prüfung der Unterschiedshypothesen das Essverhalten betreffend.

Tab. 18: Statistische Kennwerte der Hypothesenprüfung zum Essverhalten

AV	UV	df	F	Sig.
FEV Salut gesamt	Geschlecht	1	3,246	,072
	Migration	1	0,001	,976
	Geschlecht*Migration	1	5,661	,018
FEV Salut S	Geschlecht	1	18,227	<,001
	Migration	1	0,001	,977
	Geschlecht*Migration	1	4,827	,029
FEV Salut EU	Geschlecht	1	0.210	,647
	Migration	1	0.059	,808
	Geschlecht*Migration	1	3,938	,048
FEV Path EE	Geschlecht	1	1,819	,178
	Migration	1	22,566	<,001
	Geschlecht*Migration	1	0.350	,554
FEV Path S	Geschlecht	1	1,252	,264
	Migration	1	2,338	,127
	Geschlecht*Migration	1	2,192	,140
FEV Path KK	Geschlecht	1	31,271	<,001
	Migration	1	4,764	,030
	Geschlecht*Migration	1	0.176	,675

FVE PWS	Geschlecht	1	4,619	,032
	Migration	1	0,898	,344
	Geschlecht*Migration	1	0,319	,573
FVE KV	Geschlecht	1	4,577	,033
	Migration	1	21,059	<,001
	Geschlecht*Migration	1	0,163	,687
FVE gesamt	Geschlecht	1	3,106	,079
	Migration	1	2,695	,102
	Geschlecht*Migration	1	0,069	,793
FBEB Big	Geschlecht	1	0,443	,508
	Migration	1	2,152	,146
	Geschlecht*Migration	1	0,226	,636
FBEB B&K	Geschlecht	1	0,042	,837
	Migration	1	1,648	,203
	Geschlecht*Migration	1	0,079	,779
FBEB BED	Geschlecht	1	1,707	,195
	Migration	1	0,236	,628
	Geschlecht*Migration	1	0,207	,650
FBEB BUL	Geschlecht	1	0,106	,746
	Migration	1	1,410	,238
	Geschlecht*Migration	1	0,169	,682

4.3.6 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bewegungsmotivation unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes

Es wurde der Frage nachgegangen, inwieweit sich die Befragten in der Motivation, sich zu bewegen, unterscheiden. Eine Skala umfasst die intrinsische Motivation, die den Spaß an der Bewegung und am Sport (FBM S&B) in den Vordergrund stellt. Die andere Skala beinhaltet die extrinsische Motivation, das Motiv, sich zu bewegen, aufgrund von Power und Ästhetik (FBM P&Ä). Zusätzlich wurden die Daten der Gesamtskala (FBM gesamt) erhoben. Die Reliabilitätsanalyse der Skalen FBM S&B und FBM P&Ä ergab folgende Werte:

Skala	Cronbach α	k	N
FBM S&B	,779	5	338
FBM P&Ä	,668	3	340
FBM gesamt	,805	8	336

Die T-Werte der Subskalen für die Bewegungsmotivation können als im unteren Normbereich liegend beurteilt werden. Tabelle 19 bietet einen Überblick der einzelnen T- Werte getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund, die in Abbildung 22 grafisch dargestellt sind.

Die T-Werte der Skala Power und Ästhetik können als normgerecht beurteilt werden und sind in Tabelle 20 ersichtlich. Die grafische Darstellung der durchschnittlichen T-Werte getrennt für Geschlecht und Migrationshintergrund sind in Abbildung 23 zu sehen.

Die T-Werte der Gesamtskala Bewegungsmotivation liegen für alle Gruppen im Normbereich und sind in Tabelle 21 dargestellt. Abbildung 24 zeigt die durchschnittlichen T-Werte der Skala Bewegungsmotivation gesamt, getrennt für Geschlecht und Migrationshintergrund.

Tab.19: T-Werte der Skala FBM S&B

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	46,19	9,37	80
	ja	45,98	8,49	83
weiblich	nein	42,29	7,57	98
	ja	42,71	8,42	83

Tab. 20: T-Werte der Skala FBM P&Ä

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	49,28	8,47	80
	ja	51,56	8,59	83
weiblich	nein	50,58	7,47	98
	ja	52,13	8,68	83

Tab. 21: T-Werte der Gesamtskala zur Bewegungsmotivation FBM

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	47,60	9,58	80
	ja	48,53	9,40	83
weiblich	nein	46,03	8,17	98
	ja	47,27	9,22	83

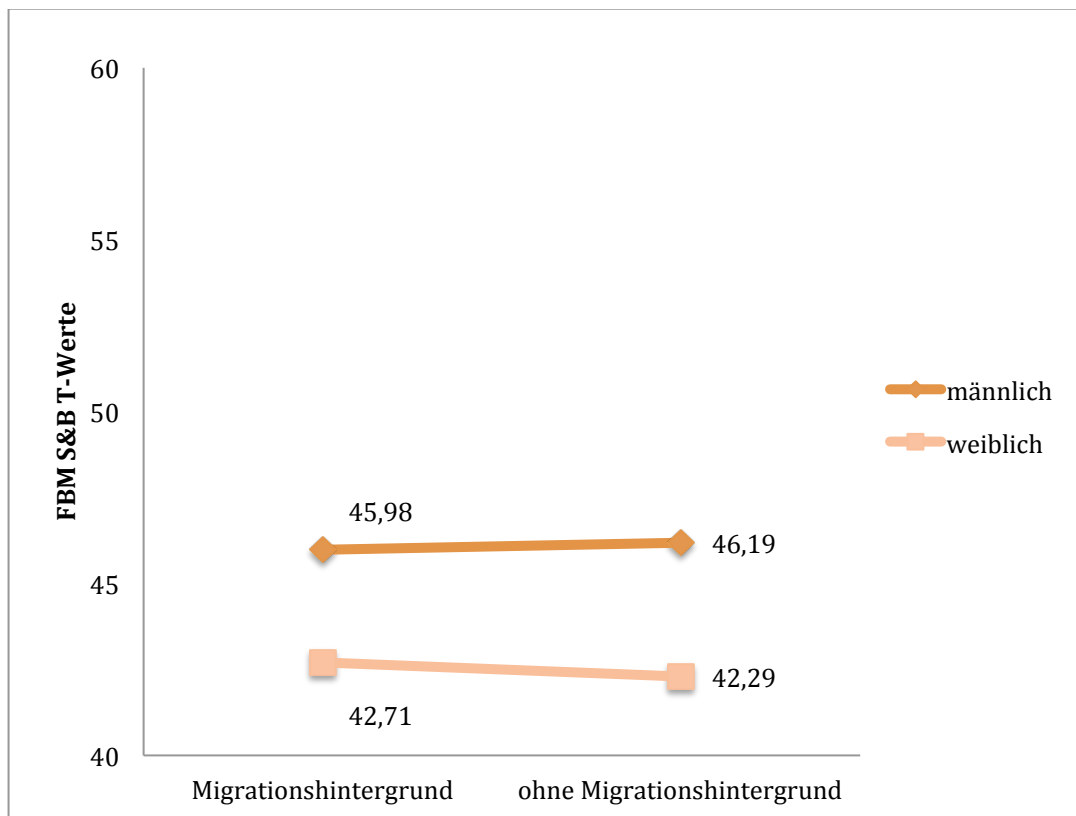


Abb. 22: Grafische Darstellung der T-Werte der Skala FBM S&B

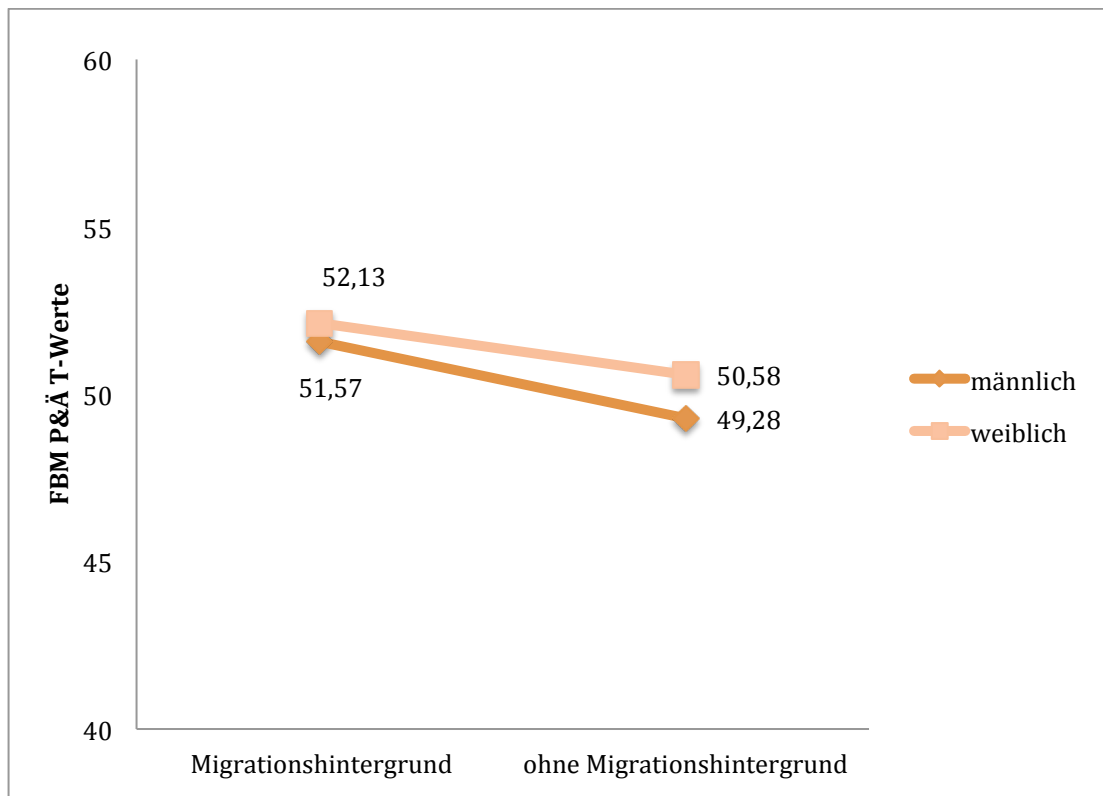


Abb. 23: Grafische Darstellung der T-Werte der Skala FBM P&Ä

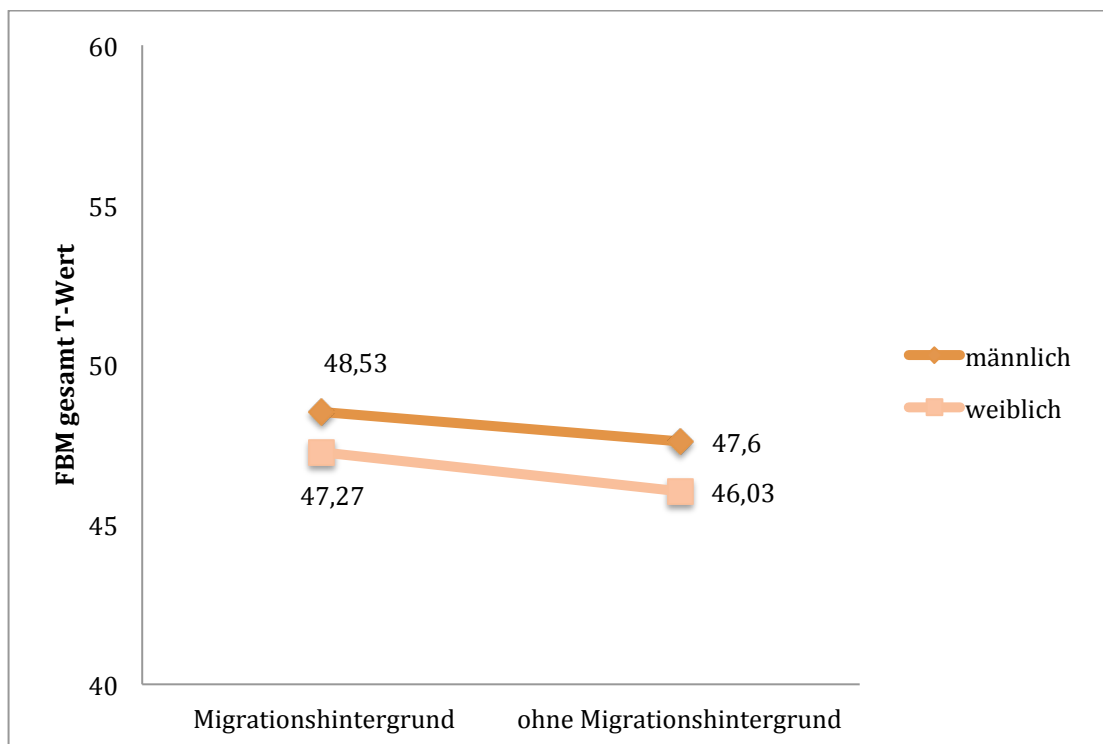


Abb. 24: Grafische Darstellung der T-Werte der Skala FBM gesamt

Detailergebnisse der Hypothesenprüfung

Die T-Werte sind unauffällig und liegen für alle Gruppen im Normbereich. Die Signifikanzprüfung der Unterschiedshypothesen des Gesamtwertes der Bewegungsmotivation ergab keine signifikanten Ergebnisse, weder für Geschlecht ($p=,149$) noch für Migrationshintergrund ($p=,270$).

In der Skala Sport und Bewegung konnten keine signifikante Unterschiede bezüglich Migrationshintergrund gefunden werden, $p=,907$. Einen signifikanten Unterschied mit kleinem Effekt ergab die Prüfung bezüglich des Geschlechts $F(1, 340)=15,42$, $p<,001$ ($\eta_p^2=,043$). Es gab keine Wechselwirkung mit dem Migrationshintergrund. Buben mit und ohne Migrationshintergrund erzielten einen höheren T-Wert als Mädchen mit und ohne Migrationshintergrund.

In der Skala Power und Ästhetik gab es keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede ($p=,297$), jedoch signifikante Unterschiede mit kleinem Effekt zwischen der Gruppe der Migrantinnen und Migranten und Nicht-Migrantinnen und Nicht-Migranten. Die Prüfgröße $F(1, 340)=4,60$, $p=,033$ fiel mit einem kleinen Effekt ($\eta_p^2=,013$) signifikant aus. Migrantinnen und Migranten haben hier einen höheren T-Wert als Nicht-Migrantinnen und Nicht-Migranten. Die extrinsische Motivation würde für die Gruppe mit Migrationshintergrund eine größere Bedeutung haben.

Tabelle 22 enthält die statistischen Kennwerte der Hypothesenprüfung bezüglich Bewegungsmotivation.

Tab. 22: Statistische Kennwerte der Unterschiedshypothesen zur Bewegungsmotivation

AV	UV	df	F	Sig.
FBM S&B	Geschlecht	1	15,420	<,001
	Migration	1	0,014	,907
	Geschlecht*Migration	1	0,122	,727
FBM P&Ä	Geschlecht	1	1,092	,297
	Migration	1	4,597	,033
	Geschlecht*Migration	1	0,171	,680
FBM gesamt	Geschlecht	1	2,090	,149
	Migration	1	1,219	,270
	Geschlecht*Migration	1	0,024	,877

4.3.7 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Lebensqualität unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes

Der Fragebogen zur Lebensqualität setzt sich aus einer Gesamtskala (KINDL gesamt) und den fünf Subskalen mit den Dimensionen körperliches und psychisches Wohlbefinden (KINDL kW, KINDL pW), Selbstwert (KINDL SW), Familie (KINDL Fam), Freunde (KINDL Freund) und Schule (KINDL Schul) zusammen. Die Reliabilitätsanalyse ergab folgende Werte:

Skala	Cronbach α	k	N
KINDL gesamt	.851	24	312

Die T-Werte der Lebensqualität Gesamtskala liegen im unteren Normbereich, wobei Mädchen mit Migrationshintergrund mit 42,59 den niedrigsten Wert erzielten (siehe Tabelle 23). Abbildung 25 zeigt die durchschnittlichen T-Werte der einzelnen Gruppen für den Gesamtwert der Lebensqualität.

Tab. 23: T-Werte der Gesamtskala Lebensqualität

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	47,38	9,08	81
	ja	47,45	9,87	85
weiblich	nein	46,38	8,79	98
	ja	42,59	7,95	83

Tabelle 24 beinhaltet die durchschnittlichen T-Werte der Dimensionen körperliches und psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Schule getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund.

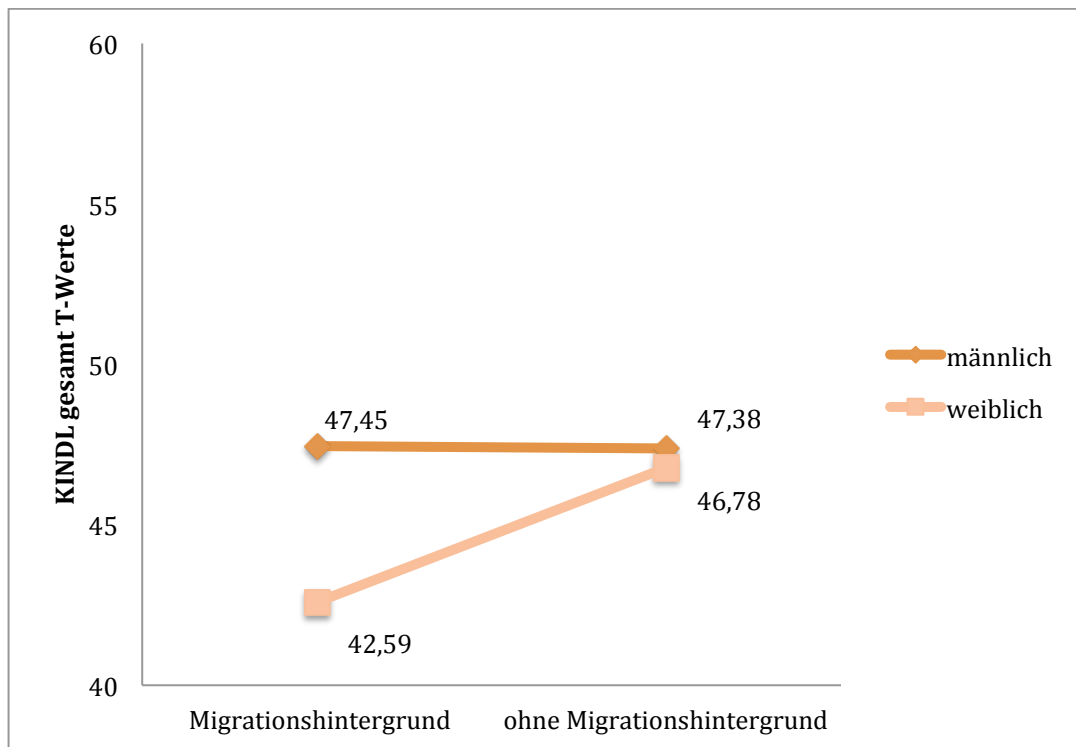


Abb. 25: Grafische Darstellung der T-Werte KINDL gesamt

Tab. 24: Durchschnittliche T-Werte des KINDL

Skala	Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
KINDL kW	männlich	nein	48,99	8,54	79
		ja	48,85	7,76	80
	weiblich	nein	45,08	8,36	98
		ja	41,70	8,39	82

KINDL pW	männlich	nein	47,41	8,13	79
		ja	46,95	9,63	80
	weiblich	nein	48,29	7,40	98
		ja	44,89	7,31	82

KINDL SW	männlich	nein	48,37	10,07	79
		ja	50,13	10,22	80
	weiblich	nein	45,36	8,05	98
		ja	44,85	7,58	82

KINDL Fam	männlich	nein	50,92	9,23	79
		ja	50,36	9,32	80
	weiblich	nein	51,79	8,17	98
		ja	50,24	9,75	82

KINDL Freund	männlich	nein	45,22	8,38	79
		ja	46,64	8,95	80
	weiblich	nein	48,64	9,23	98
		ja	45,06	8,43	82

KINDL Schul	männlich	nein	48,99	9,07	79
		ja	46,09	9,01	80
	weiblich	nein	48,14	9,34	98
		ja	45,21	9,34	82

Zur Veranschaulichung der durchschnittlichen T-Werte wurde ein Profildigramm getrennt für das Geschlecht sowie für den Migrationshintergrund erstellt (siehe Abbildung 26).

Detailergebnisse der Hypothesenprüfung

Die Hypothesenprüfung des Gesamtwertes des KINDL hat eine signifikante Wechselwirkung ergeben. Die Prüfgröße dafür fiel mit $F(1, 343)=3,997$, $p=,046$ signifikant aus, mit einem kleinen Effekt ($\eta_p^2=,026$). Zusätzlich zur Wechselwirkung aus Geschlecht und Migrationshintergrund fiel die Prüfgröße für Geschlecht mit $F(1, 343)=9,26$, $p=,003$ signifikant aus, mit einem kleinen Effekt ($\eta_p^2=,026$).

Das bedeutet, Mädchen mit Migrationshintergrund würden sich allgemein in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt fühlen würden. Ein geschlechtsspezifischer

Unterschied innerhalb der Gruppe ohne Migrationshintergrund konnte nicht festgestellt werden.

Beim körperlichen Wohlbefinden gab es keine Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Migrationshintergrund. Daher sind die beiden Haupteffekte uneingeschränkt interpretierbar. Es konnten signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern und für den Migrationshintergrund gefunden werden. Die Prüfgröße für das Geschlecht fiel mit $F(1, 341)=36,70$, $p<,001$ mit einem mittleren Effekt ($\eta_p^2 =,097$) signifikant aus. Buben beurteilten ihr subjektiv empfundenes körperliches Wohlbefinden besser als Mädchen. Die Prüfgröße für den Migrationshintergrund fiel mit $F(1, 341)=3,94$, $p=,048$ mit einem kleinen Effekt ($\eta_p^2 =,011$) signifikant aus. Schülerinnen und Schüler ohne Migrationshintergrund gaben an, sich körperlich besser zu fühlen als Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund.

Beim subjektiv empfundenen psychischen Wohlbefinden gab es keine Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Migrationshintergrund. Der Haupteffekt Migrationshintergrund fiel mit $F(1, 342)=5,41$, $p=,021$ mit einem kleinen Effekt ($\eta_p^2 =,016$) signifikant aus. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Buben und Mädchen festgestellt werden. Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund gaben ein geringeres subjektiv empfundenes psychisches Wohlbefinden an als Schülerinnen und Schüler ohne Migrationshintergrund.

Beim Selbstwert konnten signifikante Unterschiede zwischen Buben und Mädchen festgestellt werden unabhängig vom Migrationshintergrund. Die Prüfgröße für den Haupteffekt Geschlecht fiel mit $F(1, 342)=18,55$, $p<,001$ mit einem kleinen Effekt ($\eta_p^2 =,051$) signifikant aus. Unabhängig vom Migrationshintergrund würden Buben einen höheren Selbstwert haben als Mädchen.

Keine signifikanten Unterschiede gab es in der Dimension Familie. Hier schätzten Mädchen und Buben mit und ohne Migrationshintergrund ihre Lebensqualität gleich ein, wobei die T-Werte im Normbereich lagen.

Bei den subjektiv empfundenen Freundschaftsbeziehungen wurde eine signifikante Wechselwirkung aus Geschlecht und Migrationshintergrund gefunden. Die Prüfgröße fiel hier mit $F(1, 341)=7,60$, $p=,006$ sowie einem kleinen Effekt ($\eta_p^2=,022$) signifikant aus. Mädchen ohne Migrationshintergrund würden über bessere Freundschaftsbeziehungen verfügen als Mädchen mit Migrationshintergrund. Die Ergebnisse der t-Tests haben gezeigt dass der Unterschied bei Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund nicht signifikant ist. Innerhalb der Gruppe ohne Migrationshintergrund fiel die Prüfgröße $t(177)=-2,61$, $p=,010$ signifikant aus. Mädchen würden innerhalb dieser Gruppe über bessere Freundschaftsbeziehungen verfügen als Buben. Dieser Unterschied ist innerhalb der Gruppe mit Migrationshintergrund nicht signifikant. Die Prüfgröße fiel mit $t(164)=1,30$, $p=,196$ nicht signifikant aus. Das bedeutet, dass man in der Gruppe der Migranten nicht sagen kann, ob Mädchen oder Buben über bessere Freundschaftsbeziehungen verfügen würden.

Die subjektiv erlebten Belastungen im Bereich Schule ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Buben und keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Migrationshintergrund. Der Unterschied betreffend Migrationshintergrund fiel mit der Prüfgröße $F(1, 341)=8,62$, $p=,004$ mit einem kleinen Effekt ($\eta_p^2=,025$) signifikant aus. Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund gaben an, sich in Bezug auf die Schule mehr belastet zu fühlen als Schülerinnen und Schüler ohne Migrationshintergrund.

Tabelle 25 enthält die statistischen Kennwerte der Hypothesenprüfung für die subjektiv empfundene Lebensqualität

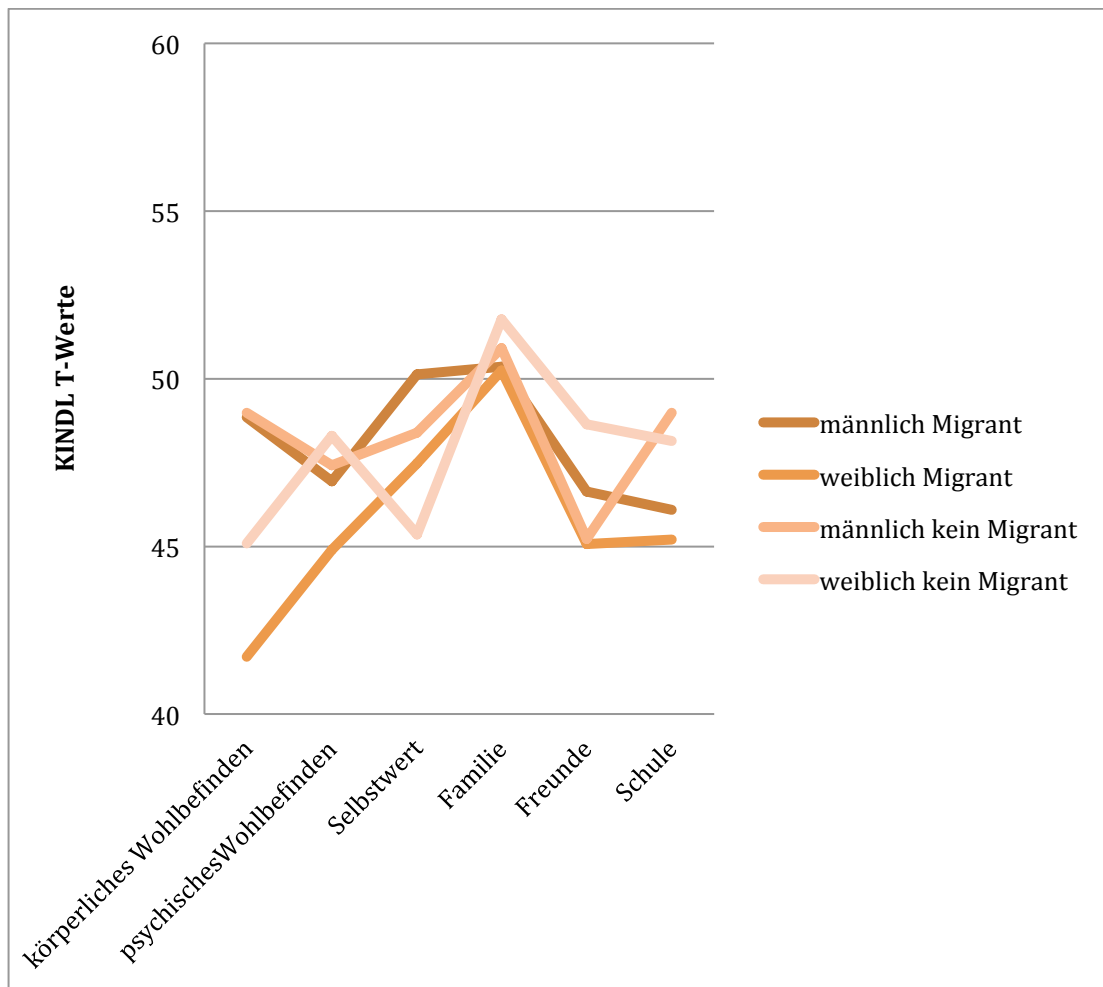


Abb.26: Profildigramm der KINDL-Subskalen

Tab. 25: Statistische Kennwerte der Hypothesenprüfung betreffend Lebensqualität

AV	UV	df	F	Sig.
KINDL gesamt	Geschlecht	1	9,26	,003
	Migration	1	3,73	,054
	Geschlecht*Migration	1	3,99	,046
KINDL kW	Geschlecht	1	36,69	<,001
	Migration	1	3,94	,048
	Geschlecht*Migration	1	2,83	,093
KINDL pW	Geschlecht	1	0,848	,358
	Migration	1	5,409	,021
	Geschlecht*Migration	1	2,46	,118
KINDL SW	Geschlecht	1	18,547	<,000
	Migration	1	0,159	,690
	Geschlecht*Migration	1	1,029	,311

KINDL Fam	Geschlecht	1	0,079	,779
	Migration	1	1,287	,257
	Geschlecht*Migration	1	0,307	,580
KINDL Freund	Geschlecht	1	0,853	,356
	Migration	1	1,304	,254
	Geschlecht*Migration	1	7,600	,006
KINDL Schul	Geschlecht	1	0,720	,397
	Migration	1	8,624	,004
	Geschlecht*Migration	1	0,002	,966

Der Fragebogen SLQ Adip erfasst die Lebensqualität allgemein in Bezug auf Adipositas. Die Reliabilitätsanalyse ergab folgende Werte:

Skala	Cronbach α	k	N
SLQ Adip	,612	5	337

Für die Gesamtstichprobe lag der mittlere T-Wert bei 48,64. Den höchsten T-Wert erzielten Buben ohne Migrationshintergrund mit 51,71, den niedrigsten T-Wert erzielten mit 44,28 Mädchen mit Migrationshintergrund, siehe Tabelle 26.

Detailergebnisse der Hypothesenprüfung:

Die Prüfung der Unterschiedshypothesen ergab keine signifikante Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Migrationshintergrund. Die Haupteffekte Geschlecht und Migrationshintergrund ergaben signifikante Unterschiede. Die Prüfgröße für das Geschlecht fiel mit $F(1, 341)=13,53$, $p<,001$ mit einem kleinen Effekt ($\eta_p^2=,038$) signifikant aus. Buben würden sich bei Übergewicht oder Adipositas mehr in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt fühlen als Mädchen. Die Prüfgröße für den Migrationshintergrund fiel mit $F(1, 341)=9,47$, $p=,002$ mit einem kleinen Effekt ($\eta_p^2=,027$) signifikant aus. Schülerinnen und Schüler ohne Migrationshintergrund würden sich mehr von Übergewicht oder Adipositas in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt fühlen als Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund. Abbildung 27 zeigt die T-Werte des SLQ Adip als Grafik veranschaulicht. Die statistischen Kennwerte der Hypothesenprüfung sind in Tabelle 27 ersichtlich.

Tab. 26: Durchschnittliche T-Werte des SLQ Adip getrennt nach
Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht	Migration	Mittelwert	SD	n
männlich	nein	51,71	9,93	80
	ja	49,63	12,51	84
weiblich	nein	48,97	9,23	98
	ja	44,28	8,82	83

Tab. 27: Statistische Kennwerte der SLQ Adip Hypothesenprüfung

AV	UV	df	F	Sig.
SLQ Adip	Geschlecht	1	13,529	<,001
	Migration	1	9,469	,002
	Geschlecht*Migration	1	1,407	,236

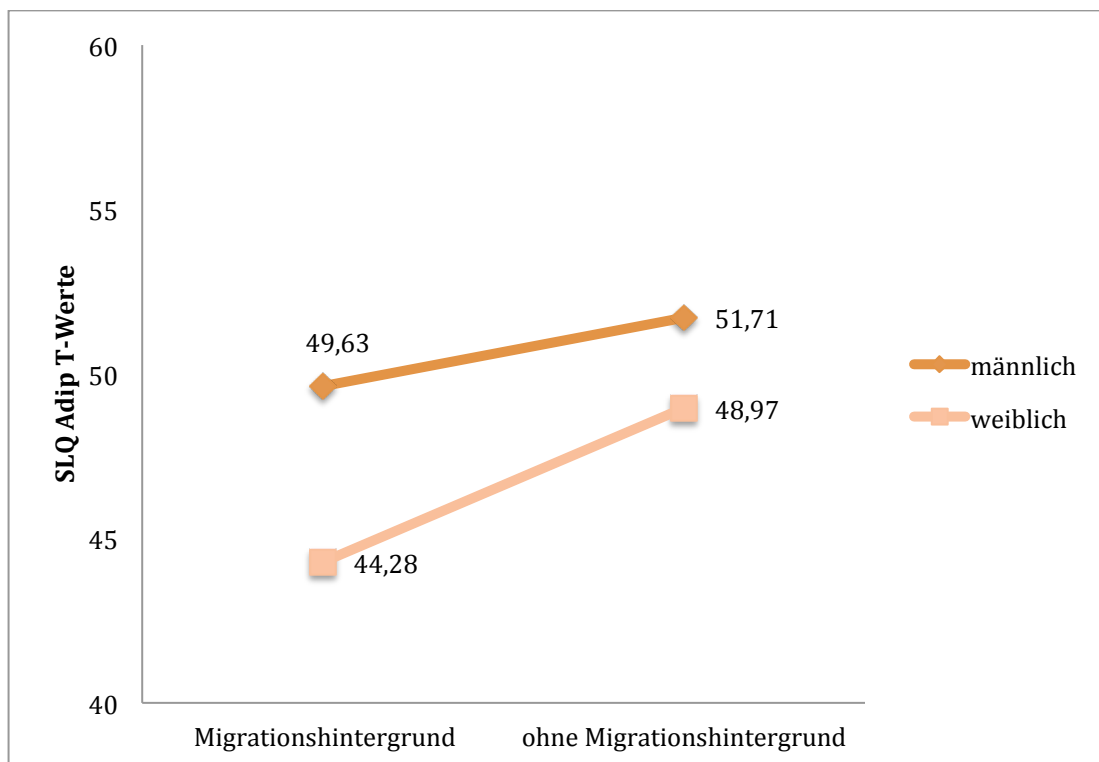


Abb. 27: Grafische Darstellung der T-Werte des SLQ Adip

4.3.8 Geschlechtsspezifische Unterschiede im Körperbild unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes

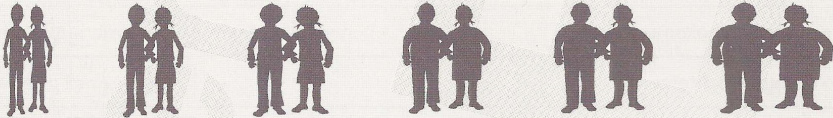
Für die Beurteilung des Körperbildes wurden sechs Silhouetten vorgegeben, anhand denen die Schülerinnen und Schüler angeben sollten, wie sie sich selbst sehen, wie sie selbst gerne aussehen würden, wie sie glauben, dass andere sie sehen, und welche Silhouette für sie die schönste und hässlichste Figur darstellen würde (siehe Abbildung 28).

Die sechs Silhouetten entsprechen einem morbid untergewichtigen, schlanken, normalgewichtigen, übergewichtigen, adipösen und morbid adipösen Körper. Die Beurteilung der hässlichsten Figur konnte nur teilweise ausgewertet werden, da sich mehr als ein Viertel der Befragten nicht entscheiden konnte und die morbid untergewichtige sowie die morbid adipöse Silhouette als hässlichste Figur beurteilt haben.

Der BMI wurde als Kovariate in die Berechnungen miteinbezogen, um nicht als Störvariable aufzutreten. Die Bewertungen der Silhouetten wurden auf geschlechtsspezifische Unterschiede unter Miteinbeziehung des Migrationshintergrundes geprüft sowie auf Zusammenhänge mit dem eigenem BMI untersucht.

SKB-KJ

Du siehst hier sechs Figuren, die unterschiedlich dick sind. Bitte beantworte die folgenden Fragen, indem Du das Quadrat unter der für Dich richtigen Figur ankreuzt.



1. Wie siehst Du Dich selbst?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
2. Wie wärst Du am liebsten?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
3. Wie, glaubst Du, sehen Dich andere?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
4. Wer hat die schönste Figur?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
5. Wer hat die hässlichste Figur?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

Abb. 28: Körperbild-Silhouetten (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010)

Selbstbild

Über alle Gruppen konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der eigenen Gewichtsklasse und der Beurteilung des Selbstbildes gefunden werden. Die Prüfgröße $r_s = .512$ ($p < .001$, $N = 353$) fiel signifikant aus. Die Ergebnisse der Korrelation nach Spearman für das Selbstbild sind in Tabelle 28 dargestellt.

Unabhängig vom Geschlecht sowie vom Migrationshintergrund schätzten sich die Schülerinnen und Schüler richtig ein. Abbildung 29 zeigt die Ergebnisse bezüglich Selbstbild und eigener Gewichtsklasse getrennt für das Geschlecht und den Migrationshintergrund, als Streudiagramm.

Tab. 28: Korrelation zwischen Gewichtsklasse und Selbstbild ($** p < .01$)

	Mig. nein	Mig. ja
♂	.486 ** 83	.507 ** 91
♀	.627 ** 98	.513 ** 84

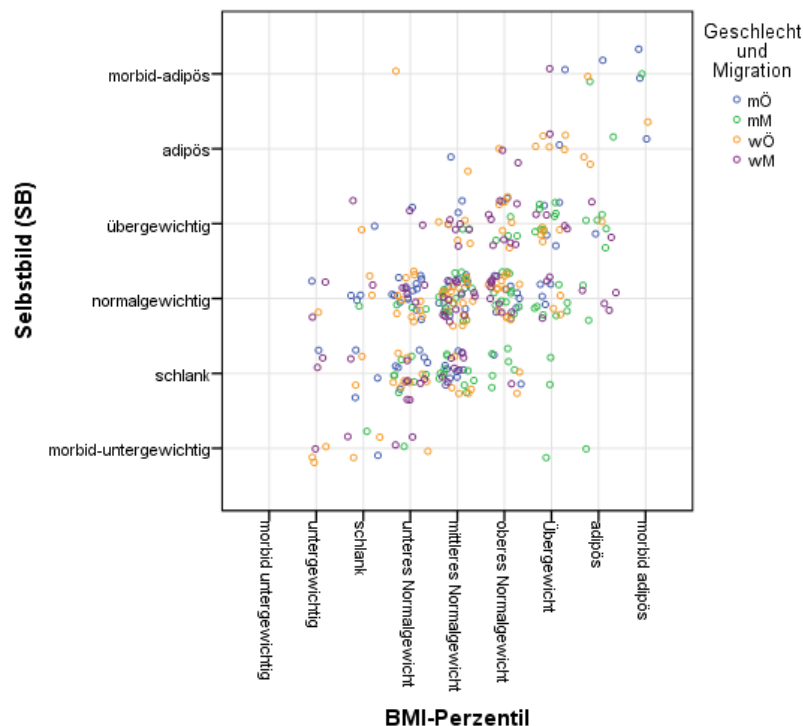


Abb. 29: Streudiagramm Selbstbild und eigene Gewichtsklasse

Fremdbild

Bei der Beurteilung des Fremdbildes konnten ähnliche Ergebnisse gefunden werden, wie in Tabelle 29 dargestellt. Die Prüfgröße $r_s = ,503$ ($p < ,001$, $N=355$) fiel signifikant aus. Auch hier besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der eigenen Gewichtsklasse und der Einschätzung, wie man von anderen gesehen wird.

Tab. 29: Korrelation zwischen Gewichtsklasse und Fremdbild (** $p < ,01$)

	Mig. nein	Mig. ja
♂	.507** 83	.462** 90
♀	.582** 98	.482** 84

Abbildung 30 zeigt den Zusammenhang zwischen Fremdbild und eigener Gewichtsklasse als Streudiagramm.

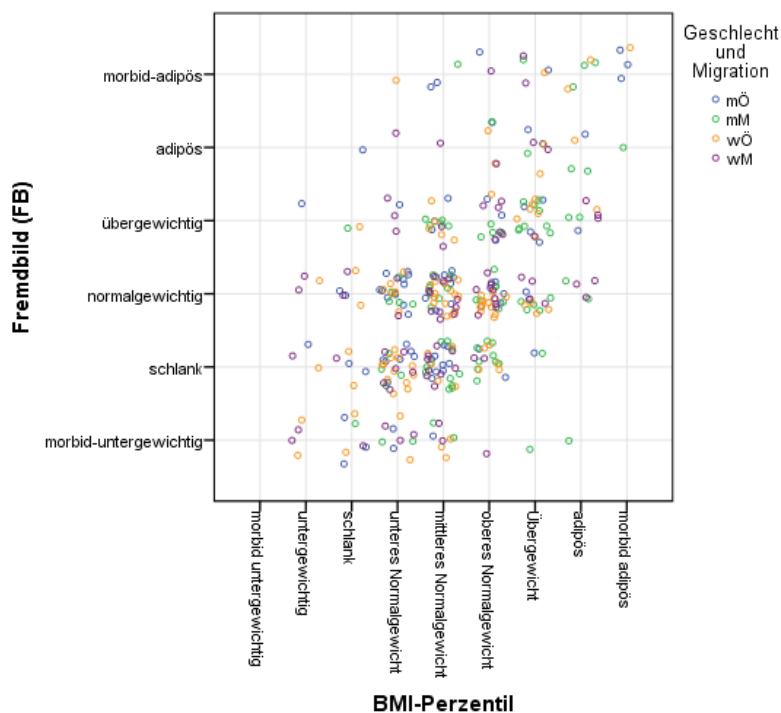


Abb. 30: Streudiagramm Fremdbild und eigene Gewichtsklasse

Idealbild

Bei der Beurteilung, welche Silhouette das Idealbild darstellt, konnte ein signifikanter Unterschied bezüglich Geschlecht festgestellt werden. Die Prüfgröße für das Geschlecht fiel mit $F(1, 349)=33,431$, $p<,001$ signifikant aus, mit einem mittleren Effekt ($\eta_p^2=,088$).

Für Buben stellte eine eher normalgewichtige Figur das Idealbild dar, wohingegen Mädchen eine schlanke Silhouette bevorzugten. Die Prüfgröße für den Migrationshintergrund fiel mit $F(1, 349)=0,743$, $p=,389$ und für den Migrationshintergrund*Geschlecht mit $F(1, 349)=0,149$, $p=,660$ nicht signifikant aus.

Beim Idealbild konnte keine Übereinstimmung mit der eigenen Gewichtsklasse gefunden werden. Die Prüfgröße $r_s = ,035$ ($p=,512$, $N=353$) fiel nicht signifikant aus. Getrennt nach Migrationshintergrund und Geschlecht ergaben sich Werte wie in Tabelle 30 ersichtlich.

Bei Buben mit Migrationshintergrund würde die Tendenz bestehen, dass je höher ihr BMI ist, desto schlanker würden sie gerne sein. Bei Mädchen ohne Migrationshintergrund gab es einen positiven Zusammenhang. Demnach würde das Idealbild bei Mädchen ohne Migrationshintergrund mit der eigenen Gewichtsklasse übereinstimmen. Abbildung 31 zeigt den Zusammenhang zwischen eigener Gewichtsklasse und Idealbild als Streudiagramm.

Tab. 30: Korrelation eigene Gewichtsklasse und Idealbild (** $p<,05$)

	Mig. nein	Mig. ja
♂	.035 83	-.195 91
♀	.211* 98	-.049 84

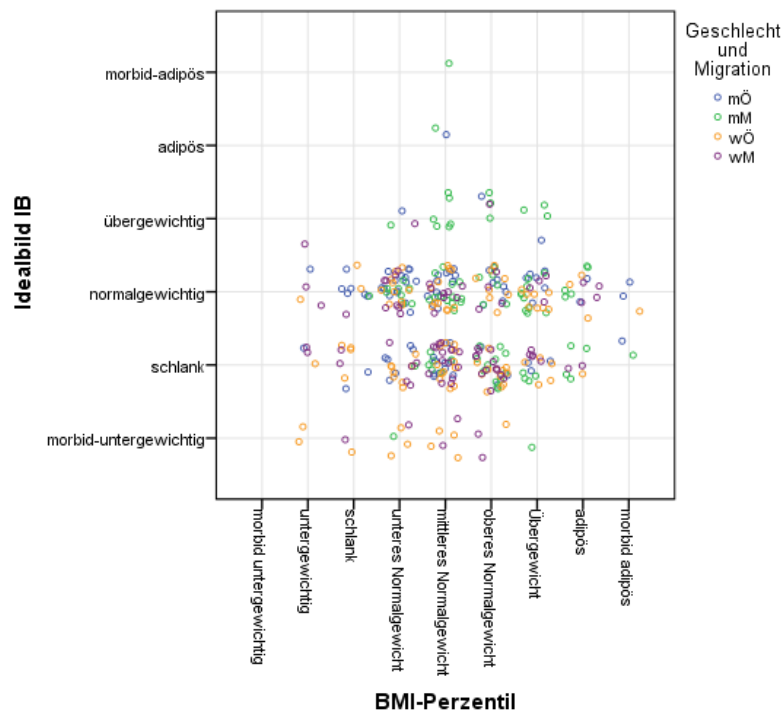


Abb. 31: Streudiagramm Gewichtsclassen und Idealbild

Schönste Figur

Insgesamt wurde die schlanke bis normalgewichtige Silhouette als schönste Figur eingestuft, wobei es hier einen signifikanten Unterschied zwischen Mädchen und Buben gab. Buben fanden signifikant häufiger die normalgewichtige Figur am schönsten. Die Prüfgröße für das Geschlecht fiel mit $F(1, 350)=26,767$, $p<,001$ mit einem mittleren Effekt von $\eta_p^2=,071$ signifikant aus. Die Prüfgröße für den Migrationshintergrund fiel mit $F(1, 350)=0,789$, $p=,375$ und für den Migrationshintergrund*Geschlecht mit $F(1, 350)=0,777$, $p=,379$ nicht signifikant aus.

Es konnte kein Zusammenhang zwischen der eigenen Gewichtsclassen und der schönsten Figur gefunden werden. Die Prüfgröße $r_s=.070$ ($p=,190$, $N=354$) fiel nicht signifikant aus. Für Buben und Mädchen getrennt und nach Migrationshintergrund unterteilt ergab sich ein signifikantes Ergebnis bei Buben mit Migrationshintergrund, siehe Tabelle 31. Je höher der BMI von Buben mit Migrationshintergrund ist desto schöner würden sie eine Figur, die leichter ist finden, und je niedriger der eigene BMI ist desto schöner beurteilten sie eine

stärkere Figur. Abbildung 32 zeigt den Zusammenhang der eigenen Gewichtsklasse mit der Beurteilung der schönsten Figur, getrennt für Mädchen und Buben sowie den Migrationshintergrund.

Tab. 31: Korrelation Gewichtsklasse und schönste Figur (**p<,05)

	Mig. nein	Mig. ja
♂	-0.109 82	-0.239* 90
♀	0.138 98	-0.153 84

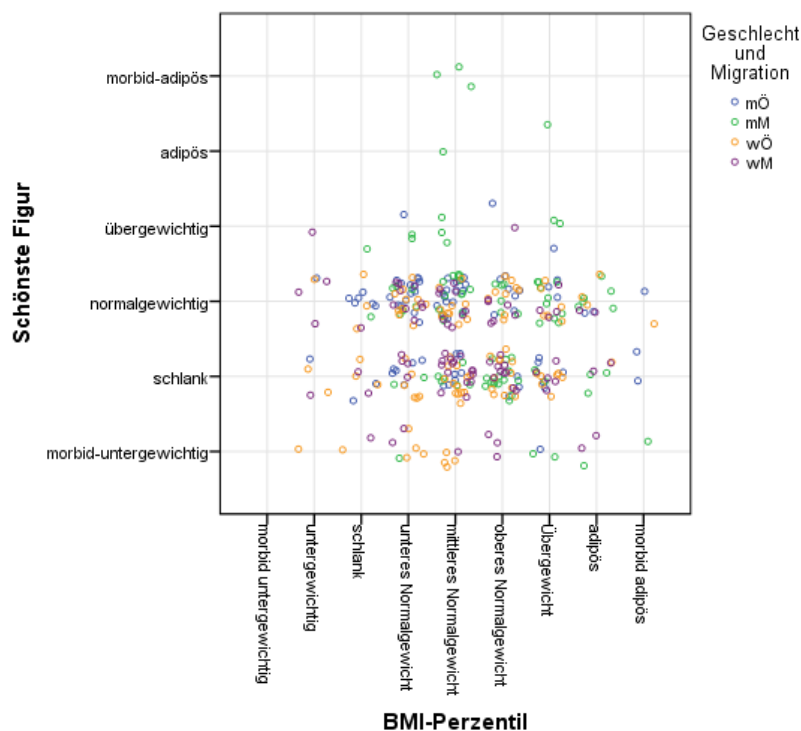


Abb. 32: Streudiagramm Gewichtsklasse und schönste Figur

Hässlichste Figur

31% der Befragten konnte sich nicht eindeutig entscheiden, welche der Silhouetten die hässlichste Figur darstellen würde, und haben eine Doppelbewertung abgegeben. Von den 69%, die sich festlegen konnten, fanden 25,6% die morbid untergewichtige, 1,1% die schlanke und 0,3% die

adipöse Figur am hässlichsten. Mehr als die Hälfte (73%) beurteilten die morbid adipöse Silhouette als die hässlichste, siehe Abbildung 33.

Das Streudiagramm in Abbildung 34 zeigt die Beurteilungen der Befragten getrennt nach Migrationshintergrund und Geschlecht in Abhängigkeit vom eigenen Gewichtsstatus.

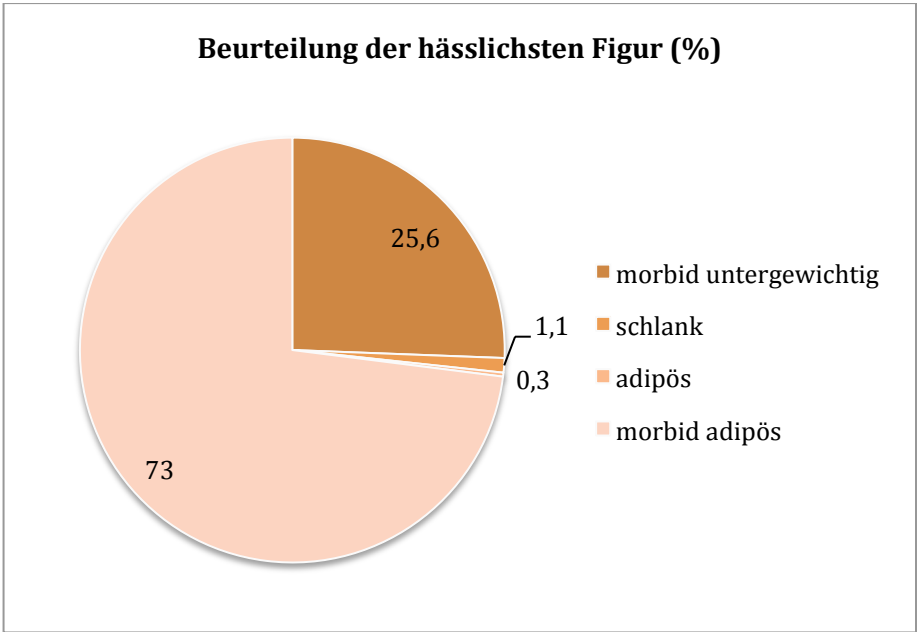


Abb. 33: Verteilung hässlichste Figur

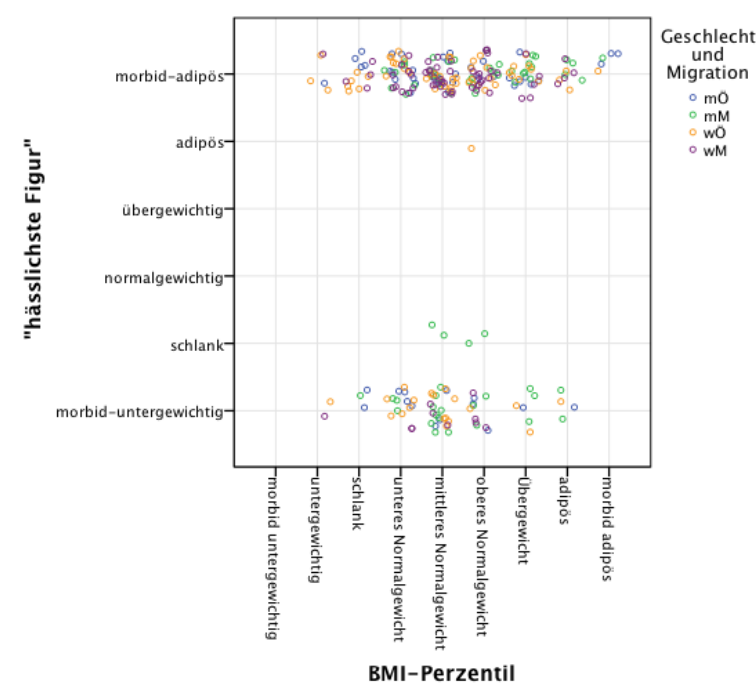


Abb. 34: Streudiagramm Gewichtsclassse und hässlichste Figur

Zur Frage, ob das Selbstbild zum Idealbild passt, wurde die Differenzvariable Selbstbild minus Idealbild gebildet. Maximal konnten dabei 5 Punkte erreicht werden. Bei einem Wert von 0 stimmt das Selbstbild mit dem Idealbild überein. Bei einem negativen Wert sieht sich die Person schlanker, wäre jedoch gerne stärker. Ein positiver Wert sagt aus, dass sich die Person zu dick fühlen würde. Bei 40,1% stimmte das Selbstbild mit dem Idealbild überein. 44,9% sahen sich selbst stärker und würden ein schlankeres Idealbild bevorzugen. Bei 15,1% war es umgekehrt, sie schätzten sich selbst schlanker ein, als ihr Idealbild sein sollte, siehe Abbildung 35.

Die durchgeführte Varianzanalyse mit den festen Faktoren Geschlecht und Migrationshintergrund ergab, dass Mädchen signifikant häufiger unzufrieden mit ihrem Selbstbild sein würden als Buben, unabhängig vom Migrationshintergrund. Die Prüfgröße fiel mit $F(1, 353)=23,74$, $p<,001$ signifikant aus, mit einem mittleren Effekt ($\eta_p^2=,063$).

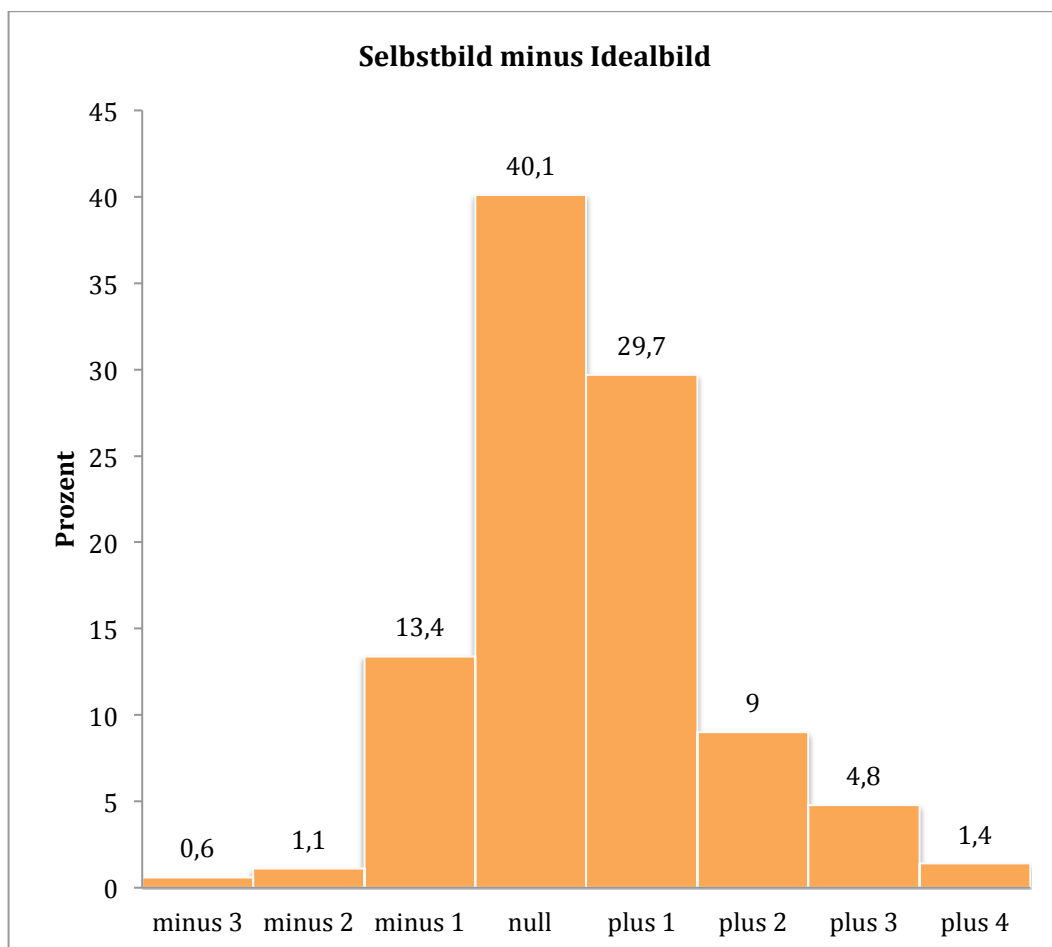


Abb. 35: Grafische Darstellung der Prozentwerte Selbstbild minus Idealbild

5. Diskussion

Zur besseren Nachvollziehbarkeit werden die wesentlichen Ergebnisse der empirischen Studie zum Essverhalten, zur Bewegungsmotivation, zur Lebensqualität sowie zum Körperbild von Wiener Schülerinnen und Schülern der 8. Schulstufe unter Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden und des Migrationshintergrundes zusammengefasst und diskutiert.

Die untersuchte Stichprobe (N=377) wies einen Migrantenanteil von 49,9% auf, wobei mehr als die Hälfte (61,7%) die Allgemeine Pflichtschule besuchte. Die Erwerbstätigkeit beider Eltern lag bei 68,9% und hatte keinen Einfluss auf den BMI der Schülerinnen und Schüler. 1,3% der Gesamtstichprobe musste als morbid adipös eingestuft werden, 5,9% als adipös und 14,2% als übergewichtig. Buben mit Migrationshintergrund waren signifikant schwerer und sind häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen als Mädchen. Auffällig sind die Ergebnisse von Nikotin- und Alkoholkonsum. Obwohl das Alter der Schülerinnen und Schüler zum Zeitpunkt der Befragung 14 Jahre war, gaben 16% an, entweder täglich oder gelegentlich zu rauchen, wobei es keine Verteilungsunterschiede bei Mädchen und Buben oder den Migrationshintergrund betreffend gab. Der Alkoholkonsum (täglich oder gelegentlich) lag bei ca. 25%. Migranten würden aber signifikant weniger Alkohol konsumieren als nicht Migranten.

Essverhalten

Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund wiesen einen signifikant höheren T-Wert beim Emotionsessen und einen höheren Wert bei der kognitiven Kontrolle auf. Sie zeigten höhere Werte beim Drang nach übermäßigem Naschen und Essen und bei der wahrgenommenen Abhängigkeit von diesen Verhaltensweisen. Unabhängig vom Migrationshintergrund würden sich Mädchen signifikant häufiger mit ihrem Gewicht und ihrem Aussehen beschäftigen als Buben. Mädchen erzielten jedoch beim Kompensationsverhalten niedrigere Werte. Buben mit Migrationshintergrund zeigten beim Kompensationsverhalten den höchsten T-Wert. Die T-Werte des Fragebogens zu vorklinischen Essstörungen lagen im Normbereich. 41,2% der männlichen Befragten mit Migrationshintergrund gaben an, unter Essanfällen zu

leiden. Buben ohne Migrationshintergrund waren signifikant häufiger von Big Eating betroffen, wobei der T-Wert als leicht überdurchschnittlich zu bewerten ist.

Die Angaben von 91 Schülerinnen und Schülern zeigten, dass eine mögliche Essstörung vorliegen könnte. Es gab weder geschlechtsspezifische Unterschiede noch Unterschiede bezüglich des Migrationshintergrundes. Die T-Werte der Mädchen mit und ohne Migrationshintergrund im Fragebogen zur Binge Eating Disorder sind als überdurchschnittlich zu bezeichnen. Buben mit Migrationshintergrund hatten einen überdurchschnittlichen T-Wert im Fragebogen für Bulimie.

Bewegungsmotivation

Die Motivation, sich zu bewegen, war bei Mädchen mit Migrationshintergrund am geringsten ausgeprägt und lag in allen Gruppen im unteren Normbereich. Allgemein stand die extrinsische Motivation bei den Befragten im Vordergrund. Das heißt, sie würden Sport betreiben, um besser auszusehen oder kräftiger und muskulöser zu sein.

Lebensqualität

Mädchen mit Migrationshintergrund fühlten sich allgemein in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt. Sie gaben an, sich körperlich und psychisch schlechter zu fühlen als Mädchen und Buben ohne Migrationshintergrund und Buben mit Migrationshintergrund. Buben und Mädchen mit Migrationshintergrund würden eher unter Belastungen im Zusammenhang mit der Schule leiden. Mädchen würden generell über bessere Freundschaftsbeziehungen verfügen als Buben. Nur Buben mit Migrationshintergrund würden sich in ihrer Lebensqualität nicht beeinträchtigt fühlen, wenn sie unter Übergewicht oder Adipositas leiden würden.

Körperbild

Unabhängig vom Geschlecht und Migrationshintergrund schätzten sich die SchülerInnen richtig ein. Ein schlanker bis normalgewichtiger Körper würde für die Befragten generell das Idealbild sowie die schönste Figur darstellen. Mädchen würden mit ihrer Figur unzufriedener sein als Buben, unabhängig vom Migrationshintergrund. Ein interessantes Ergebnis konnte bei Buben mit Migrationshintergrund gefunden werden: Je höher ihre BMI-Angaben waren,

desto schöner fanden sie eine Figur, die schlanker ist und umgekehrt. Das betraf auch ihr Idealbild.

Vergleichbar mit den Daten der HBSC-Studien (2013/14, 2012, 2013) oder den Ergebnissen von Kirchengast und Schober (2006) konnte gezeigt werden, dass der Migrationshintergrund ein mögliches Risiko darstellt, Übergewicht zu entwickeln oder an Adipositas zu erkranken. Buben mit Migrationshintergrund sind davon am häufigsten betroffen, obwohl sie bei der Bewegungsmotivation deutlich höhere Werte erzielten als die übrigen Befragten.

Die Prävalenz von Essanfällen sowie die erhöhten Werte in der Bulimie-Skala können möglicherweise im Zusammenhang mit der ebenfalls stärkeren Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens bei Migrantinnen und Migranten gesehen werden. Die überdurchschnittlichen Werte der Mädchen mit und ohne Migrationshintergrund in der Binge-Eating-Skala lassen auf ein höheres Risiko eine Essstörung zu entwickeln, schließen.

Eine mögliche verzerrte Körperwahrnehmung, wie in der SMASH-Studie 2004 publiziert, konnte anhand der erhobenen Daten nicht gefunden werden. Mädchen und Buben, unabhängig vom Migrationshintergrund, schätzten sich selbst und wie andere sie sehen würden richtig ein. Ein untergewichtiges Körperbild wurde weder als Idealfigur noch als schönste Figur, unabhängig vom Geschlecht und Migrationshintergrund, bezeichnet. Mädchen sind jedoch signifikant häufiger mit ihrem Aussehen unzufrieden und würden gerne schlanker sein.

Als besorgniserregend müssen die Ergebnisse zum Nikotin- und Alkoholkonsum interpretiert werden, da dies bereits in dieser Altersgruppe ein Thema zu sein scheint.

Es konnte gezeigt werden, dass der Migrationshintergrund und das Geschlecht das Essverhalten, die Bewegungsmotivation, das Körperbild sowie die Lebensqualität in unterschiedlichster Weise beeinflusst. Handlungsbedarf besteht vor allem beim Alkohol- und Nikotinkonsum sowie beim Gewichtsstatus der Schülerinnen und Schüler. Es sollten vor allem Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität von Migrantinnen und Migranten getroffen werden. Auch im Hinblick auf den steigenden Anteil von Personen mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung und ihren schlechteren Gesundheitsdaten ist Forschung in diesem Bereich unumgänglich.

6. Limitation

Aussagen, die anhand von Selbstbeurteilungen getroffen werden, sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die soziale Erwünschtheit oder Verständnisschwierigkeiten nicht ganz auszuschließen sind, vor allem wenn Gruppen untersucht werden, die Deutsch nicht als Muttersprache haben.

Da der BMI einen wesentlichen Faktor der Erhebung darstellte, wäre es besser gewesen, diesen auch objektiv zu messen, was natürlich mit einem erheblichen administrativen Mehraufwand verbunden gewesen wäre.

Untersuchungen haben gezeigt, dass Migrantinnen und Migranten allgemein keine homogene Gruppe darstellen und es wesentliche Unterschiede in ihrem Lebensstil gibt. Bei dem Versuch, die Migrantengruppe auch nach Herkunftsländern zu differenzieren, ergaben sich jedoch für eine sinnvolle Berechnung zu kleine Gruppen.

7. Zusammenfassung

Hintergrund: Ein ungesunder Lebensstil wird für die steigende Zahl adipöser und übergewichtiger Kinder und Jugendlicher verantwortlich gemacht. Aus diesem Grund initiierte die Medizinische Universität Wien, in Kooperation mit der Sigmund Freud Universität Wien, die Pilotstudie „Life Style Study“. Im Rahmen dieser Studie wurde im Schuljahr 2011/12 eine Erhebung an Wiener Allgemeinbildenden höheren Schulen und Allgemeinen Pflichtschulen der 8. Schulstufe durchgeführt, mit dem Fokus auf Geschlechtsunterschiede und den Migrationshintergrund.

Methode: Die Fragebogenerhebung erfasste alle relevanten soziodemografischen Merkmale der Stichprobe (N=377) sowie Daten zum Essverhalten, der Bewegungsmotivation, dem Körperbild und der Lebensqualität.

Ergebnisse: Der Migrantenanteil der Stichprobe lag bei 49,9%, die zu 61,7% die Allgemeine Pflichtschule besuchten. 1,3% der Gesamtstichprobe war morbid adipös, 5,9% adipös und 14,2% übergewichtig. Signifikante Unterschiede bezüglich Migrationshintergrund und dem Geschlecht gab es in allen Bereichen. Buben mit Migrationshintergrund waren häufiger von Übergewicht oder Adipositas betroffen als Schüler und Schülerinnen ohne Migrationshintergrund und Mädchen mit Migrationshintergrund. Bei 24% der Befragten konnten Anzeichen einer vorklinischen Essstörung festgestellt werden, von der Buben und Mädchen mit und ohne Migrationshintergrund in unterschiedlicher Weise betroffen waren. In der subjektiv bewerteten Lebensqualität fühlten sich Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund mehr beeinträchtigt als Schülerinnen und Schüler ohne Migrationshintergrund. Anzeichen einer verzerrten Körperwahrnehmung konnten nicht gefunden werden. Die Einschätzungen zum Selbstbild und Fremdbild ergaben für alle Gruppen übereinstimmende Ergebnisse. Obwohl das Durchschnittsalter bei 14 Jahren lag, ist der Nikotin- und Alkoholkonsum (16% bzw. 25%) der Befragten, unabhängig vom Geschlecht und Migrationshintergrund als bedenklich einzustufen.

8. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Ardelt-Gattinger, E., Meindl, M. (Hrsg.) (2010). *AD-EVA Interdisziplinäres Testsystem zur Diagnostik und Evaluation bei Adipositas und anderen durch Ess- und Bewegungsverhalten beeinflussbaren Krankheiten*. Bern: Huber, Hogrefe.
- Bortz, J. (1989). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin, Springer.
- Bibiloni, M., Pich, J., Pons, A. & Tur, J.,A. (2013). Body image and eating patterns among adolescents. *BMC Public Health*, 13, 1104. DOI: 10.1186/1471-2458-13-1104
- Brug, J., Stralen van, M.M., ChinAPaw, M.J.M., De Bourdeaudhuij, I., Lien, N., Bere, E. et al. (2012). Differences in weight status and energy-balance related behaviours according to ethnic background among adolescents in seven countries in europe: the ENERGY-project. *Pediatric Obesity* 7 (5) 399-411. doi:10.1111/j.2047-6310.2012.00067.x.
- Bringolf-Isler, B., Grize, L., Mäder, U., Ruch, N., Sennhauser, F. & Braun-Fahländer, Ch. (2009). Assessment of intensity, prevalence and duration of everyday activities in Swiss school children: a cross-sectional analysis of accelerometer and diary data. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 6, 50.
- Bronikowski, M. (2012). Physical activity interventions in promotion of youth health? In: K. Kleiner (Hrsg.), *Fachdidaktik „Bewegung und Sport“ im Kontext. Zwischen Orientierung und Positionierung* (S. 153-165) Purkersdorf: Hollinek.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012). Leitlinie Schulbuffet. Ernährungspyramide. Zugriff am 21.09.2015. Verfügbar unter: <http://bit.ly/ernaehrungspyramide>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Jugend und Familie ISBN: 978-3-902611-89-5. www.bmg.gv.at.
- Bundesministerium für Bildung und Frauen (2013). 10-Punkte-Programm für den Ausbau von Bewegung und Sport. Zugriff am 12.10.2015. Verfügbar unter: <https://www.bmbf.gv.at/suche/ergebnis.html?searchterm=Turnstunde>.

- Cattarin, J. & Thompson, J.K. (1994). A three-year longitudinal study of body image and eating disturbance in adolescent females. *Eating Disorders*, 2, 114-125.
- Cho, M. (2004). The strenght of motivation and physical activity level during leisure time among youth in South Korea. *Youth and Society* 35 (4), 480-494.
- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO HBSC Survey 2006*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Jugend und Familie.
- Erb, J. & Winkler, G. (2004). Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 152 (3), 291-298. doi 10.1007/s00112-003-0738-6.
- Elmadfa, I., Freisling, H., Nowak, V. & Hofstädter, D. (2009). *Österreichischer Ernährungsbericht 2008*. 1. Auflage. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Jugend und Familie.
- Elmadfa, I. (Hrsg.) (2012). *Österreichischer Ernährungsbericht 2012*. 1.Auflage: Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Familie. Zugriff am 22.08.2015. Verfügbar unter: <http://www.bmg.gv.at>.
- Ekelund, U., Luan, J., Sherar, L.B., Esliger, D.W., Griew, P., Cooper, A. et al. (2012). Moderate to vigorous physical activity and sedentary time and cardiometaboloc risk factors in children and adolescents. *Journal of American Medical Association*, 307 (7) 704-712 doi:10.1001/jama.2012.156.
- Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2009). „*Spieglein, Spieglein an der Wand...*“ *Körperselbstbild und Essverhalten bei Jugendlichen in Bremen*. Bremen: Gesundheitsamt der Freien Hansestadt.
- Gillison, F.B., Standage, M. & Skevinton, S.M. (2006). Relationships among adolescents'weight perceptions, exercise goals, exercise motivation, quality of life and leisure-time exercise behaviour: a self-determination theory approach. *Health Education Research*, 21, 836-847.
- Gilman, M.W., Rifas-Shiman, S.L., Frazier, A.L., Rockett, H.R., Camargo, C.A. Jr., Field, A.E., et al. (2000). Familydinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of Family Medicine* 9(3), 235-240.
- HBSC-Team Deutschland (2011a). Studie Health Behaviour in School-aged Children- Faktenblatt „Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen“ Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
- HBSC-Team Deutschland (2011b). *Studie Health Behavior in School-aged*

Children – Faktenblatt „Körperbild und Diätverhalten von Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

HBSC-Team Deutschland (2011c). *Studie Health Behavior in School-aged Children – Faktenblatt „Körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen“*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

HBSC-Team Deutschland (2011d). *Studie Health Behavior in School-aged Children – Faktenblatt „Sportliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen“*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

HBSC Factsheet Nr. 01/2012 *Alters- und Geschlechtsunterschiede in der subjektiven Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse 2010 und Trends*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Haapalahti, M., Mykkanen, H., Tikkanen, S. & Kokkonen, J. (2003). Meal patterns and food use in 10-to11-year old Finnish children. *Public Health Nutrition* 6(4) 365-370

Utter, J., Denny, S., Robinson, E., Fleming, T., Ameratunga, S. & Grant, S. (2013). Family meals among New Zealand young people: relationship with eating behaviors and body mass index. *Journal of Nutrition. Education Behavior* 45 (1), 3-11.

Kiefer, I., Rieder, A., Rathmanner, T., Meidlinger, B., Baritsch, C., Lawrence, K., Dorner, T., Kunze, M. (Hrsg.) (2006). *Erster Österreichischer Adipositasbericht*. Wien: Verein Altern mit Zukunft. Zugriff am 14.06.2015. Verfügbar unter http://www.sipcan.at/fileadmin/Downloads/Adipositas/OEsterreichischer_Adipositasbericht_2006.pdf.

Kirchengast, S. & Schober, E. (2006). To be an immigrant: a risk factor for developing overweight and obesity during adolescence? *Journal of Biosocial Science*, 38, 695-705.

Kleise, C., Mensink, G., Kurth, B.M., Neuhauser, H. & Schenk, L. (2010). *Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – KiGGS-Migrantenauswertung-Endbericht*. Berlin: Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. Zugriff am 14.07.2015. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0257-1004090>.

Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H.C., Hesse, V., et al. (2001). Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149, 807-818.

- Kimbro, R.T., Brooks-Gunn, J. & McLanahan, S. (2010). Young children in urban areas: Links among neighborhood characteristics, weight status, outdoor play, and television watching. *Social Science & Medicine* 72, 668-676.
- Lange, D., Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B. & Müller, M.J. (2010). *Soziale Ungleichheit, Migrationshintergrund, Lebenswelten und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS)*. Bundesgesundheitsblatt. Springer. DOI 10.1007/s00103-010-1081-4.
- Maximova, K., McGrath, J.J., Barnett, T., O'Loughlin, J., Paradis, G. & Lamber, M. (2008). Do you see what I see? Weight status misperception and exposure to obesity among children and adolescents. *International Journal of Obesity* 32, 1008-1015.
- Moses, S., Meyer, U., Puder, J., Roth, R., Zahner, L. & Kriemler, S. (2007). Das Bewegungsverhalten von Primarschulkindern in der Schweiz. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie* 55 (2) 62-68.
- Neumark-Sztainer, D., Croll, J., Story, M., Hannan, B., French, S.A. & Perry, Ch. (2002). Ethnic/racial differences in weight related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from Project EAT. *Journal of Psychosomatic Research* 53(5) 963-974.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A. et al. (2002). Gesundheit und Lebensstil 16-20 Jähriger in der Schweiz. SMASH 2002 Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 95b). Zugriff am 10.06.2015. Verfügbar unter: http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/RdS95b_de.pdf.
- Price, B. (1990). *Body Image - Nursing Concepts and Care*. New York: Prentice Hall.
- Price, B. (1995). Assessing altered body image. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2, 169–175.
- Pudel, V (1986). Psychologie der Ernährung. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 134, 393–396.
- Pudel, V., Westenhöfer, J. (1998). Ernährungspsychologie. Eine Einführung. Göttingen: Hogrefe.
- Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M. (2000). *Der KINDL-R Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Zugriff am 20.07.2015. Verfügbar unter: <http://www.kindl.org/deutsch>.
- Ravens-Sieberer, U., Ellert, U. & Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene

Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz 2007, 50, 871–878. Springer. Zugriff am: 20.07.2015. Verfügbar unter: https://www2.uni-erfurt.de/sport/seiten/downloads/KiGGS_Ravens-Sieberer_psychische_Ges.pdf.

Ravens-Sieberer, S., Bullinger, M., Erhart, M., Ardelt-Gattinger, E. (2010). Revidierter KINDer Lebensqualitätsfragebogen (KINDER-R) und Skala zur Lebensqualität in Bezug auf Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. In: E. Ardelt-Gattinger & H. Meindl (Hrsg.), *AD–EVA Interdisziplinäres Testsystem zur Diagnostik und Evaluation bei Adipositas und anderen durch Ess- und Bewegungsverhalten beeinflussbaren Krankheiten* (S. 134–149). Bern: Huber.

Renneberg, B. & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In: B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 29–33). Heidelberg: Springer.

Ring-Dimitriou, S., Ardelt-Gattinger, E., Gattinger, E. (2010). Fragebogen zur Bewegungsmotivation (FBM). In: E. Ardelt-Gattinger & M. Meindl (Hrsg.), *AD–EVA Interdisziplinäres Testsystem zur Diagnostik und Evaluation bei Adipositas und anderen durch Ess- und Bewegungsverhalten beeinflussbaren Krankheiten* (S. 164–184). Bern: Huber.

Robert Koch Institut (Statistisches Bundesamt Berlin) (2008). *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Ergebnisse des Nationalen Kinder und Jugendgesundheitsurveys(KIGGs). Zugriff am 08.07.2015. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichte/rstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_SVR.pdf?__blob=publicationFile.

Statistik Austria. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Zugriff am 14.07.2015. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457.

Statistik Austria. (2015). *Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund*. Zugriff am 14.07.2015. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html.

Statista (2015a). *Prävalenz von Essstörungen nach SCOFF bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Jahr 2006*. Zugriff am: 22.08.2015. Verfügbar unter: <http://de.statista.com/statistik>.

- Statista (2015b). Anzahl der in deutschen Krankenhäusern diagnostizierten Fälle von Anorexia und Bulimie in den Jahren 2000-2013. Zugriff am 22.08.2015. Verfügbar unter: <http://de.statista.com/statistik>.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – eine Einführung. In: J. Schumacher, A. Klaiberg, E. Brähler. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Schenk, L., Bau, A.-M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H. et al. (2006). *Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis*. Berlin: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Springer. DOI 10.1007/s00103-006-0018-4.
- Trost, S.G., Kerr, L., Ward, D. & Pate, R. (2001). Physical activity and determinants of physical activity in obese and non obese children. *International Journal of Obesity*, 25, 822-829.
- United Nations Economic Commission for Europe Conferende of European Statisticians Recommendations for the 2010 censuses of population and housing. Zugriff am: 14.07.2015. Verfügbar unter: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/CES_2010_Census_Recommendations_English.pdf.
- US Departement of Health and Human Services (2008) *Physical Activity Guidelines for Americans*. Zugriff am: 14.07.2015. Verfügbar unter: <http://health.gov/PAGuidelines/pdf/paguide.pdf>.
- WHO (2006). Global Database on Body Mass Index. BMI classification. Zugriff am 20.08.2015. Verfügbar unter: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
- WHOQOLA Group (1995). The World Health Organisation Quality of life Assessment: Position Paper from the World Health Organisation. *Sozial Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- Widhalm, K. & Dietrich, S. (2003). Adipositas Prävalenzstudie aus Wien – Ein gesundheitliches Problem? Adipositas Jahrestagung 2003. *Aktuelle Ernährung* 28, 108, doi:101055/s-2003-816401.
- Widhalm, K. & Dietrich, S. (2004). Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 10-15 Jährigen Wiener SchülerInnen. Adipositas Jahrestagung 2004. *Aktuelle Ernährung* 29, 303.
- Yen, Cheng-Fang., Hsiao, R.C., Ko Chih-Hung., Yen, Ju-Yu., Huang, Chi-Fen., Liu, Shu-Chun., et al. (2010). The relationship between body mass index and television viewing, internet use and cellular phone use: The

moderating effect to socio-demographic characteristics and exercise.
International Journal of Eating Disorders 43,6 565-571.

Zwiauer, K., Burger, P., Hamner, J., Hauer, A., Lehner, A., Lehner, P., et al.
(2007). *Österreichische Feldstudie zur Erhebung der Prävalenz von Übergewicht bei 6 bis 14-jährigen Schülerinnen und Schülern*. Wien: Österreichisches Grünes Kreuz Studienbericht.

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Körperbild–Modell von Price 1995
Abbildung 2:	Österreichische Ernährungspyramide (BMG 2010)
Abbildung 3:	Verteilung Geschlecht und Migrationshintergrund
Abbildung 4:	Besuchter Schultyp und Migrationshintergrund
Abbildung 5:	Erwerbstätigkeit der Eltern
Abbildung 6:	Grafische Darstellung der Gewichtsklassen getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund
Abbildung 7:	Grafische Darstellung der T-Werte für die Skala FEV SalutS
Abbildung 8:	Grafische Darstellung der T-Werte für die Skala FEV Salut EU
Abbildung 9:	Grafische Darstellung der T- Werte für die Skala FEV Path EE
Abbildung 10:	Grafische Darstellung der T-Werte für die Skala FEVPathS
Abbildung 11:	Grafische Darstellung der T-Werte FEV Path Kog. K.
Abbildung 12:	Grafische Darstellung der T-Werte FUN
Abbildung 13:	Grafische Darstellung der T-Werte FVE PWS
Abbildung 14:	Grafische Darstellung der T-Werte FVE KV
Abbildung 15:	Grafische Darstellung der T-Werte FVE gesamt
Abbildung 16:	Essanfälle ja/nein getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund
Abbildung 17:	Häufigkeit von nächtlichem Essen getrennt für Mädchen und Buben
Abbildung 18:	Grafische Darstellung der T-Werte FBEB Big Eating
Abbildung 19:	Grafische Darstellung der T-Werte FBEB B&K
Abbildung 20:	Grafische Darstellung der FBEB BED
Abbildung 21:	Grafische Darstellung der T-Werte FBEB BUL
Abbildung 22:	Grafische Darstellung der T-Werte der Skala FBM S&B
Abbildung 23:	Grafische Darstellung der T-Werte der Skala FBM P&Ä
Abbildung 24:	Grafische Darstellung der T-Werte der Skala FBM gesamt
Abbildung 25:	Grafische Darstellung der T-Werte KINDL gesamt
Abbildung 26:	Profildigramm der KINDL-Subskalen

- Abbildung 27: Grafische Darstellung der T-Werte des SLQ Adip
- Abbildung 28: Körperbild-Silhouetten Ardelt-Gattinger und Meindl (2010)
- Abbildung 29: Streudiagramm Selbstbild und eigene Gewichtsklasse
- Abbildung 30: Streudiagramm Fremdbild und eigene Gewichtsklasse
- Abbildung 31: Streudiagramm Gewichtsklasse und Idealbild
- Abbildung 32: Streudiagramm Gewichtsklasse und schönste Figur
- Abbildung 33: Verteilung hässlichste Figur
- Abbildung 34: Streudiagramm Gewichtsklasse und hässlichste Figur
- Abbildung 35: Grafische Darstellung der Verteilung der Differenzvariable
Selbstbild - Idealbild

10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	BMI Perzentile für Mädchen und Buben 6 -18 Jahre (nach Rathmanner et.al.2006)
Tabelle 2:	Prävalenz von Essstörungen bei 11-17 Jährigen in Deutschland (Quelle: statista 2015a)
Tabelle 3:	BMI in Abhängigkeit von Geschlecht und Migrationshintergrund
Tabelle 4:	Gewichtsklasse nach Geschlecht und Migrationshintergrund
Tabelle 5:	T-Werte für FEV Salut S
Tabelle 6:	T-Werte für FEV Salut EU
Tabelle 7:	T-Werte für FEV Path EE
Tabelle 8:	T-Werte für FEV Path S
Tabelle 9:	T- Werte für FEV Path K
Tabelle 10:	T-Werte für FUN
Tabelle 11:	T-Werte für FVE PWS
Tabelle 12:	T-Werte für FVE KV
Tabelle 13:	T-Werte für FVE gesamt
Tabelle 14:	T- Werte der Skala Big Eating
Tabelle 15:	T- Werte der Skala Binge Eating & Kompensation
Tabelle 16:	T-Werte für die Skala Binge Eating Disorder (FBEB BED)
Tabelle 17:	T-Werte für die Subskala Bulimie (FBEB BUL)
Tabelle 18:	Statistische Kennwerte der Hypothesenprüfung betreffend Essverhalten
Tabelle 19:	T-Werte der Skala FBM S&B
Tabelle 20:	T-Werte der Skala FBM P&Ä
Tabelle 21:	T-Werte der Gesamtskala zur Bewegungsmotivation FBM
Tabelle 22:	Statistische Kennwerte der Unterschiedshypothesen bezüglich Bewegungsmotivation
Tabelle 23:	T-Werte der Gesamtskala Lebensqualität
Tabelle 24:	durchschnittliche T-Werte des KINDL

Tabelle 25:	Statistische Kennwerte der Hypothesenprüfung betreffend Lebensqualität
Tabelle 26:	Durchschnittliche T-Werte des SLQ Adip getrennt nach Geschlecht und Migrationshintergrund
Tabelle 27:	Statistische Kennwerte der SLQ Adip Hypothesenprüfung
Tabelle 28:	Korrelation zwischen Gewichtsklasse und Selbstbild
Tabelle 29:	Korrelation zwischen Gewichtsklasse und Fremdbild
Tabelle 30:	Korrelation eigene Gewichtsklasse und Idealbild
Tabelle 31:	Korrelation Gewichtsklasse und schönste Figur

Anhang

CURRICULUM VITAE

ANGABEN ZUR PERSON

Marianne Nora Auer

22.08.1966
Markt 17
7121 Weiden am See

+43 (0) 676 7097014
auer.m.n@gmail.com
verheiratet
drei Kinder

ARBEITSERFAHRUNG

- SEIT OKTOBER 2008** Organisationsassistentin an der Medizinischen Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Public Health
- 18.08. bis 26.09.2008** Aushilfsbedienstete am Magistratischen Bezirksamt für den 2. Bezirk (Nationalratswahlen)
- 2001 bis 2007** Psychologisch-technische Assistentin am Institut für Fahrernachschulung und verkehrspsychologischer Diagnostik INFAR Burgenland
Testvorgabe, KlientInnenbetreuung, Koordination der Zusammenarbeit mit den Behörden (AmtsärztInnen, VerkehrsreferentInnen)
Projektbetreuung und -durchführung im Bereich Verkehrssicherheit
Werbung und Öffentlichkeitsarbeit.
- Mai 2001** Mitarbeit bei der Volkszählung, Magistratisches Bezirksamt für den 2. Bezirk
- 04.10. bis 17.12.1999** Sechswöchiges Fachpraktikum für Psychologen bei „somo.sozialwissenschaftliche mobilitätsforschung und beratung“
- 1997** Mitarbeit: Hochschülerschaftswahlen der ÖH Wien
Kandidatur für die Studienrichtungsvertretung für das Institut für Psychologie Wien
- 1980 bis 1990** diverse Tätigkeiten im Gastgewerbe (Küche, Service) und Verkauf

SCHUL UND BERUFSAUSBILDUNG

- SEIT 2005** Eingetragene Mediatorin beim Justizministerium
- 20.01.2000** Erfolgreicher Abschluss der Ausbildung Mediation
- APRIL 1994– JÄNNER.2000** Mediationsausbildung bei der Arbeitsgemeinschaft für praxisorientierte Fort- und Weiterbildung
- 06.03. – 24.04.1996** Ausbildung in „Progressiver Muskelentspannung“ beim Institut für Biofeedback und Gesundheitspsychologie
- MÄRZ 1994** Tutoriumsausbildung der Österreichischen Hochschülerschaft
- SOMMERSEMESTER 1986** Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien
- WINTERSEMESTER 1985** Immatrikulation an der Universität Wien, Studienrichtung Ernährungswissenschaften und Französisch

20.06.1985 Ablegung der Reifeprüfung

1976 – 1985 Wirtschaftskundliches Realgymnasium Bruck an der Leitha

PERSÖNLICHE INTERESSEN UND KOMPETENZEN

SEIT 2009 Oberbootsmann und Vorstandsmitglied des Segelclub Weiden SCW

SEIT 1987 Mitglied im Segelclub Weiden am See (SCW)
erfolgreiche Teilnahme an Yardstick-Segelregatten

1977 – 1985 Aktives Mitglied der Pfadfindergruppe Bruck an der Leitha

1973 – 1980 Musikschule Bruck an der Leitha: Blockflöte, Gitarre, Schlagzeug

EDV KENNTNISSE MS Office
QuarkXpress
Power Point
Excel
SAP
SPSS

SPRACHEN

MUTTERSPRACHE Deutsch

SPRACHNIVEAU	Verstehen	Sprechen	Schreiben
ENGLISCH	C2	C1	C1
FRANZÖSISCH	A1	A1	A1

FÜHRERSCHEIN Klasse B

PUBLIKATIONEN

Jettmar, M. (1998). Einblick in die Arbeitsweise der Betreuungslehrer an den Hauptschulen und Polytechnischen Schulen des Burgenlandes. *Schulpsychologische Informationen. Kinder in seelischen Nöten. Wie stützt die Schule Heranwachsende?* 22, 60-71